ASUHAN KEPERAWATAN POST PARTUM DENGAN SEKTIO SESAREA (SC) ATAS INDIKASI LETAK JANIN SUNGSANG PADA NY.P DI RUANG DEWI KUNTI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA SEMARANG

Karya Tulis Ilmiah

Disusun Oleh:

Atik Rokhayatun
NIM. 89.331.3953

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG

2011

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Jum'at

Tanggal : 20 Mei 2011

Semarang, 20 Mei 2011
Pembimbing

(Ns. Halimatul Muridah, S.Kep)
NIK: 210909017

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada hari dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 7 Juni 2011

Tim Penguji

Penguji I

(Ns. Sri Wahyuni, S. Kep)
NIK. 210998007

Penguji II

(Ns. Tutik Rahayu, S. Kep)
NIK. 210996001

Penguji III

(Ns. Halimatul Mufidah, S. Kep)
NIK. 210909017

MOTTO

"Puncak keberhasilan pasti melalui berbagai macam rintangan, tapi hadapilah dengan sabar dan tawakal"

"Hai orang-orang beriman, jadikanlah sabar dan sholat sebagai penolongmu, sesungguhnya Allah beserta orang-orang yang sabar"

"Seorang sahabat tidak akan menyembunyikan kesalahan untuk menghindari perselisihan, justru karena kasihnya ia memberanikan diri menegur apa adanya"

"Harta yang paling menguntungkan ialah SABAR.. Bahasa yang paling manis adalah SENYUM. Dan ibadah yang paling indah tentunya KHUSYUK

"Cintailah kekasihmu sekedarnya saja, siapa tahu nanti akan jadi musuhmu. Dan bencilah musuhmu sekedarnya saja, siapa tahu nanti akan jadi kekasihmu. (Ali bin Abi Thalib)"

"Mencintai orang lain adalah setengah iman".

KATA PENGANTAR

Assalamu 'alaikum wr. wb.

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan taufik dan hidayah serta Inayah-NYA sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya tulis ilmiah ini yang berjudul " Asuhan Keperawatan post partum denagan SC atas indikasi letak janin sungsang di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang". Yang merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya keperawatan di Prodi DIII keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Islam Sultan Agung.

Dalam penulisan dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan, bimbingan, pengarahan, dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu perkenankan penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.Sc., M. Eng, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Iwan Ardian, SKM selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ibu Wahyu Endang, SKM selaku kaprodi DIII keperawatan, Fakultas Ilmu keperawatan, Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menyusun karya tulis ilmiah ini.
4. Ibu Halimatul Mufidah, S. Kep, Ns selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah yang banyak memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

5. Bapak dan ibu Dosen Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan sebagai dasar karya tulis ilmiah ini.
6. Ayah dan Ibu tercinta yang telah memberikan dukungan baik materi maupun moril kepada penulis.
7. Adikku tercinta serta keluarga besarku terima kasih atas doanya.
8. Sahabat dan temanku tercinta yang telah mendukung dan motivasi dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Semoga Allah SWT melimpahkan rahmat dan hidayah-NYA kepada kita semua dan besar harapan semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi penulis dan pembaca pada umumnya.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini banyak kekurangan. Oleh sebab itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang dapat membangun dari berbagai pihak untuk memperbaiki karya tulis ilmiah ini.

Wassalamu 'alaikum wr. wb.

Semarang,20 Mei 2011

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i

HALAMAN PERSETUJUAN ii

HALAMAN PENGESAHAN iii

HALAMAN MOTTO..... iv

KATA PENGANTAR..... v

DAFTAR ISI vii

DAFTAR TABEL..... ix

BAB I PENDAHULUAN..... 1

A. Latar Belakang Masalah..... 1

B. Tujuan Penulisan..... 3

C. Manfaat Penulisan..... 4

BAB II KONSEP DASAR..... 6

A. Konsep Dasar Penyakit 6

1. Pengertian 6

2. Perubuhan fisiologi dalam masa nifas..... 7

3. Tanda dan gejala bahaya post partum 12

4. Tahapan masa nifas 13

5. Indikasi dan kontra indikasi sektio sesarea 14

6. Keuntungan dan kerugian sektio sesarea..... 15

7. Komplikasi pada kelahiran sungsang..... 16

B. Konsep Keperawatan..... 16

1. Fokus pengkajian..... 16

2. diagnosa..... 18

3. intervensi 19
C. Fisiologisways 29
BAB III HASIL ASUHAN KEPERAWATAN 30
A. Pengkajian 30
1. Identitas klien 30
2. Keluhan utama 30
3. Riwayat kesehatan sekarang 30
4. Riwayat kehamilan 31
5. Riwayat menstruasi 31
6. Riwayat KB 31
7. Pemeriksaan fisik 31
8. Pengkajian kebutuhan khusus... 34
9. Pemeriksaan fisik pada bayi 35
10. Pemeriksaan penunjang ..... .35
11. Terapi medis 36
B. Analisa data 36
C. Prioritas keperawatan 37
D. Intervensi keperawatan 37
E. Implementasi keperawatan 38
F. evaluasi 41
BAB IV PEMBAHASAN 43
BAB V PENUTUP 51
a. Kesimpulan 51
b. Saran 52
DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Table 2.1 tahapan masa nifas.....13

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
UNISSULA
جامعة سلطان أجونج الإسلامية

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Masa nifas (peurperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat –alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira – kira 6 minggu.

Asuhan masa nifas sangat diperlukan karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Diperkirakan bahwa 60 % kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan, dan 50 % kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama. Masa neonates juga merupakan masa kritis dari kehidupan bayi, dua pertiga kematian bayi terjadi dalam 4 minggu setelah persalinan dan 60 % kematian bayi baru lahir terjadi dalam waktu 7 hari setelah lahir. Dengan pemantauan melekat dan asuhan pada ibu dan bayi masa nifas dapat mencegah beberapa kemantian ini (Prawirohardjo, 2006).

Istilah *sectio caesarea* berasal dari bahasa latin "caedere" yang artinya memotong. Pengertian ini semula dijumpai dalam *Roman Law (Lex Regia*) dan *Emperor's Law (Lex Caesarea*) yaitu undang – undang yang menghendaki supaya janin dalam kandungan ibu – ibu yang meninggal harus dikeluarkan dari dalam rahim. Jadi sektio sesarea tidak ada hubungannya sama sekali dengan "*Julius caesarea*".

Jacob nufer tercatat sebagai orang yang pertama kali melakukan seksio sesarea (SC) pada istrinya, dia adalah seorang tukang potong babi (Lutan, 1998).

Ibu yang pernah menjalani SC sebelumnya bisa meminta kelahiran pervagina pada kehamilan berikutnya karena mereka ingin mengalami kepuasan melahirkan sendari. Selain banyak ibu merasa takut memikarkan mengasuh bayi dan anak lainnya ketika sadar dari pembedahan abdomen mayor yang diakibatkan oleh seksio sesarea (Chapman, 2006).

Kesempatan menyelesaikan kelahiran pervagina setelah SC tidak berbeda secara bermakna hanya karena alasan SC sebelumnya yang mungkin meliputi Disproporsi Sefalopelvik (CPD) dan gagal maju, atau menjalani SC dari sekali sebelum nya (Enkin, 2000).

Sekitar 75 % ibu yang melahirkan dengan SC akan melakukan persalinan per vagina, tetapi sisanya 25 % yang akan mengulangi SC karena banyak alasan lain seperti letak bayi sungsang dan jarang yang karena rupture uteri (Horn, 2003).

Dengan menghitung angka, Enkin (2000) menyatakan bahwa resiko mengalami SC darurat untuk kondisi akut serius dalam persalinan (misal : gawat janin, perdarahan antepartum atau prolapls tali pusat) adalah 2, 7 %, atau 30 kali lebih sering dari rupture uteri pada kelahiran pervagina yang direncanakan SC sebelumnya.

Insiden pada kasus terjadinya rupture uterus pada ibu yang belum pernah mengalami SC sebelumnya. Ibu yang pernah menjalani SC, pada

berikutnya akan memilih kelahiran pervagina memiliki kemampuan 0,09 % sampai 0,8 % mengalami rupture jaringan parut. Sedangkan ibu yang menjalani tiga atau lebih SC sebelumnya hanya mengalami peningkatan resiko dehidrasi marjinal jaringan parut (pemisahan asimtomatik jaringan parut uterus) (Chapman (2006, dalam Enkin, 2000).

Fakta menunjukkan jumlah ibu nifas di Jawa Tengah pada tahun 2008 sejumlah 603.049 orang (Dinkes PropinsiJawa Tengah, 2008). Sedangkan jumlah ibu nifas menurut dinas kesehatan kota semarang pada tahun 2009 sejumlah 26.766 orang.Jumlah rekap ibu nifas di Kecamatan Semarang Utara sejumlah 2116 orang . Masalah yang berkaitan dengan masa nifas diantaranya yaitu perdarahan sejumlah 27 orang (1,28%), infeksilaserasi 13 orang (0,6%) dan lain-lain 51 orang (2,4%) (Data Puskesmas Kecamatan Semarang Utara, 2009).

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

   Untuk memberikan asuhan keperawatan pada Ny. P dengan post SC atas indikasi letak janin sungsang di Ruang Dewi Kunti RSUD Kota Semarang.

2. Tujuan khusus

   a. Untuk melakukan pengkajian terhadap Ny.P dengan post SC atas indikasi letak janin sungsang di Ruang Dewi Kunti RSUD Kota Semarang

b. Untuk menarik diagnosa yang muncul pada Ny.P dengan post SC atas indikasi letak bayi sungsang di Ruang Dewi Kunti RSUD Kota Semarang.

c. Untuk menentukan intervensi keperawatan pada Ny.P dengan post SC atas indikasi letak bayi sungsang di Ruang Dewi Kunti RSUD Kota Semarang.

d. Untuk melakukan implementasi keperawatan pada Ny.P dengan post SC atas indikasi letak bayi sungsang di Ruang Dewi Kunti RSUD Kota Semarang.

e. Untuk melakukan evaluasi pada Ny.P dengan post SC atas indikasi letak bayi sungsang di Ruang Dewi Kunti RSUD Kota Semarang.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi penulis

   Dapat memahami pengertian, penyebab dan masalah yang muncul pada Ny.P dengan post SC atas indikasi letak bayi sungsang, sehingga dapat menerapkan asuhan keperawatan pada Ny.P dengan post SC atas indikasi letak bayi sungsang.

2. Bagi profesi

   Untuk meningkatkan kualitas pelayanan asuhan keperawatan terutama pada klien dengan post SC atas indikasi letak bayi sungsang.

3. Bagi institusi pendidikan

   a. Memberikan asuhan dalam kegiatan pembelajaran mengenai asuhan keperawatan terutama pada post partum lewat SC dengan indikasi letak bayi sungsang.

b. Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan mahasiswa dalam menerapkan asuhan keperawatan terutama pada post partum dengan SC atas indikasi letak bayi sungsang.

4. Bagi masyarakat

Untuk meningkatkan pengetahuan dalam upaya deteksi dini terhadap kasus post partum dengan SC atas indikasi letak bayi sungsang dan segera melakukan rujukan di tenaga kesehatan.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, masa nifas berlangsung selama kira – kira 6 minggu (Prawirohardjo, 2006).

Masa nifas (puerperium) yaitu dimulai sejak 1 jam lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Prawirohardjo, 2008).

Masa nifas yaitu dimulai beberapa jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu berikutnya (Bahiyatun (2009, dalam JHPEIGO, 2002).

Sektio sesarea (SC) adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500gr (Prawirohardjo, 2000).

Sektio sesarea adalah suata pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dindig abdomen dan uterus (Medica, 2003).

Sektio sesarea adalah persalinan melalui sayatan pada dinding abdomen (laparotomi) dan sayatan pada uterus (histerotomi) (Scott, 2002).

Letak sungsang adalah bayi letak longitudinal dan bokong bayi berada di segmen bawah uterus ibu (Chapman, 2006).

Dari beberapa pengartian diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa post partum dengan SC atas indikasi letak sungsang adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat diatas 500gr dan letak bayi longitudinal dengan luka sayatan diperut dan masa nifasnya dimulai dari 1 jam lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari).

2. Perubahan Fisiologi dalam Masa Nifas

Masa nifas merupakan masa kembalinya organ-organ reproduksi seperti sedia kala sebelum hamil, sehingga pada masa nifas banyak sekali perubahan-perubahan yang terjadi, diantaranya :

a. Perubahan dalam sistem reproduksi

1) Perubahan dalam uterus/rahim (involusi uterus).

Involusi uterus adalah kembalinya uterus pada keadaan sebelum hamil. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Selain uterus, vagina, ligament uterus, dan otot dasar panggul juga kembali ke keadaan sebelum hamil. Bila ligament uterus dan otot dasar panggul tidak kembali ke keadaan sebelum hamil, kemungkinan terjadinya prolaps uteri makin besar. Selama proses involusi, uterus menipis dan

mengeluarkan lokea yang diganti dengan endometrium baru. Setelah kelahiran bayi dan plasenta terlepas, otot uterus berkontraksi sehingga sirkulasi darah yang menuju uterus berhenti dan ini disebut dengan iskemi. Enzim proteolitik diserap oleh serat otot yang disebut autolisis, lisozim dalam sel ikut berperan diproses ini, dan produknya dibawa oleh pembuluh darah yang kemudian disaring di ginjal. Proses involusi uterus disertai dengan penurunan tinggi fundus uteri (TFU). Pada hari pertama, TFU diatas simpisis pubis atau sekitar 12 cm. proses ini terus berlangsung dengan penurunan TFU 1 cm tiap harinya, sehingga pada hari ke-7 TFU berkisar 5 cm dan pada hari ke-10 TFU tidak teraba disimpisis pubis (Bahiyatun, 2009).

2) Involusi tempat plasenta

Setelah plasenta dan ketuban dikeluarkan konstriksi vaskuler dan trombosis menurunkan tempat plasenta kesuatu area yang meninggi dan bernodul tidak teratur. Pertumbuhan endometrium keatas menyebabkan pelepasan jaringan nekrotik dan mencegah pembentukan jaringan parut yang menjadi karakteristik penyembuhan luka. Endometrium itu akan mengalami regenerasi dan selesai pada akhir minggu ketiga, masa paska partum kecuali pada bekas tempat plasenta biasanya

tidak selesai sampai enam minggu setelah melahirkan (Bobak; Lowdermilk; Jensen, 2004).

3) Pengeluaran lokea

Setelah kelahiran, uterus membersihkan areanya sendiri dari sisa darah yang ada dengan cara mengeluarkan lokea. Lokea rubra, produksinya akan berakhir pada dua hingga tiga hari adalah darah berwarna merah, seperti aliran menstruasi. Lokea serosa produksinya berakhir pada hari ketiga hingga kesepuluh, lokea ini mirip drainase serosanguinea. Lokea alba merupakan rabas yang terakhir berwarna kecoklatan atau kekuningan yang penuh krim, ketika produksi lokea berhenti, servik mulai menutup dan resikonya terkena infeksi asenden menurun. Jumlah lokea dapat meningkat saat pemberian ASI dan dipacu oleh kelelahan. Tipe, jumlah, dan konsistensi lokea mengindikasikan tingkat penyembuhan pada area plasenta. Lokea rubra yang menetap, atau yang mengalami perubahan dari bentuk serosa tau rubra dapat mengindikasikan sub involusi atau perdarahan pasca partum yang lambat (Ladewig, London, Olds, 2006).

4) Perubahan pada perineum

Tampak edema dan memar setelah melahirkan, bisa ditemukan episiotomi atau laserasi (Barbara, 2004).

5) Perubahan pada Vagina

Halus dan membengkak, dengan tonus yang buruk setelah kelahiran rugae tampak kebali dalam tia sampai empat minggu. Indeks esterogen kembali dalam enam sampai sepuluh minggu (Barbara, 2004).

b. Laktasi / pengeluaran Air Susu Ibu

Selama kehamilan horman estrogen dan progesterone menginduksi perkembangan alveolus dan duktus lactiferas dari dalam mamae dan juga merangsang kolostrum sesudah kelahiran bayi ketika kadar hormone estrogen menurun memungkinkan terjadinya kenaikan kadar hormone prolaktin dan produksi ASI pun dimulai.

c. Perubahan sistem Pencernaan

Wanita mungkin menjadi lapar dan siap makan kembali dalam 1 jam atau 2 jam setelah melahirkan. Konstipasi dapat terjadi pada masa nifas awal dikarenakan kekurangan bahan makanan selama persalinan dan pengendalian pada fase defekasi.

d. Perubahan sistem perkemihan

Pembentukan air seni oleh ginjal meningkat, namun ibu sering mengalami kesukaran dalam buang air kecil, karena :

Perasaan untuk ingin BAK ibu kurang meskipun kandung kemih penuh

Uretra tersumbat karena perlukaan/oedema pada dindingnya akibat oleh kepala bayi

Ibu tidak biasa BAK dengan berbaring

e. Penebalan Sistem Muskuloskeletal

Adanya garis-garis abdomen yang tidak akan pernah menghilang dengan sempurna. Dinding abdomen melunak setelah melahirkan karena meregang setelah kehamilan. Perut menggantung sering dijumpai pada multipara.

f. Perubahan Sistem Endokrin

Kadar hormone-hormon plasenta, hormone plasenta laktogen (hpl) dan chorionia gonadotropin (HCG), turun dengan cepat dalam 2 hari, hpl sudah tidak terdeteksi lagi. Kadar estrogen dan progesterone dalam serum turun dengan cepat dalam 3 hari pertama masa nifas. Diantara wanita menyusui, kadar prolaktin dan oksitosin meningkat setelah bayi disusui (Bobak; Lowdermilk; jensen, 2004).

g. Perubahan Tanda-tanda Vital

Suhu badan wanita inpartu tidak lebih dari 37,2^{0}C. Setelah partus dapat naik 0,5^{0}C dari keadaan normal, tetapi tidak melebihi 38,0^{0}C sesudah 12 jam pertama melahirkan. Bila suhu lebih dari 38,0^{o}C mungkin ada infeksi. Nadi dapat terjadi bradikardi, bila takikardi dan badan tidak panas dicurigai ada perdarahan berlebih/ada vitrum korelis pada perdarahan. Pada beberapa kasus ditemukan hipertensi dan akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak ada penyakit-penyakit lain dalam kira-kira 2 bulan tanpa pengobatan.

h. Perubahan sistem kardiovaskuler

Sistem kardiovaskuler pulih kembali ke keadaan tidak hamil dalam tempo 2 minggu pertama masa nifas. Dalam 10 hari pertama setelah melahirkan peningkatan faktor pembekuan yang terjadi selama kehamilan masih menetap namun diimbangi oleh peningkatan aktifitas fibrinolitik.

i. Perubahan Sistem Hematologik

Leukosit yang diangkat sel-sel darah putih berjumlah 15.000 selama persalinan, selanjutnya meningkat sampai 15.000 – 30.000 tanpa menjadi patologis jika wanita tidak mengalami persalinan yang lama/panjang. Hb, HCT, dan eritrosit jumlahnya berubah-ubah pada awal masa nifas.

j. Perubahan Psikologis Postpartum

Banyak wanita dalam minggu pertama setelah melahirkan menunjukkan gejala-gejala depresi ringan sampai berat (Bobak; Lowdermilk; jensen, 2004).

3. Tanda dan gejala bahaya post partum

a. Peningkatan perdarahan, bekuan darah, atau keluaran jaringan.

b. Perdarahan pervaginan merah terang setiap waktu setelah kelahiran.

c. Nyeri lebih berat dari yang seharusnya.

d. Kenaikan suhu sampai 38°C.

e. Merasa kandung kemih penuh disertai ketidakmampuan untuk berkemih.

f. Pembeesaran hematoma.

g. Perasaan gelisah disertai dengan kulit yang pucat, dingin dan lembap, denyut jantung cepat, pusing, dan gangguan penglihatan.

h. Nyeri, kemerahan, dan hangat disertai dengan area yang keras pada betis.

i. Sulit bernapas, nyeri dada, batuk, warna kulit biru (Barbara, 2004).

4. Tahapan masa nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	1. Mencegah perdarahan masa nifas akibat atonia uteri 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan rujuk jika perdarahan berlanjut 3. Memberi konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai cara mencegah perdarahan masa nifas akibat atonia uteri 4. Pembarian ASI awal 5. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir 6. Menjaga bayi tetap sehat dengan mencegah hipotermia 7. Petugas kesehatan yang menolong persalinan harus mendampingi ibu dan bayi lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil
2	6 hari setelah persalinan	1. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau 2. Menilai adanya demam 3. Memastikan agar ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat

		4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda penyulit 5. Memberi konseling pada ibu tentang asuhan pada bayi, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan perawatan bayi sehari- hari
3	2 minggu setelah persalinan	1. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau 2. Menilai adanya demam 3. Memastikan agar ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda penyulit 5. Memberi konseling pada ibu tentang asuhan pada bayi, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan perawatan bayi sehari- hari
4	6 minggu setelah persalinan	1. Mengkaji tentang kemungkinan penyulit pada ibu. 2. Memberi konseling keluarga berencana (KB) secara dini.

Tabel 2.1 tahapan masa nifas (Bahiyatun, 2009).

5. Indikasi dan kontra indikasi sektio sesarea

Indikasi yang menambah tingginya angka persalinan dengan sektio sesarea adalah:

a. Tindakan sektio sesarea pada letak sungsang.

b. Sektio sesarea berulang.

c. Kehamilan prematuritas.

d. Kehamilan dengan resiko tinggi.

e. Kehamilan ganda.

f. Kehamilan dengan pre eklamsia dan eklamsia.

g. Konsep *well bron baby* dan *well health mother* dengan orientasi persalinan spontan, outlet forsep/vakum, dan sektio sesarea (Manuaba, 2001).

Sektio sesarea tidak boleh dikerjakan kalau ada keadaan sebagai berikut :

a. Janin sudah mati atau berada dalam keadaan jelek sehingga kemungkinan hidup kecil.
b. Jalan lahir ibu mengalami infeksi yang luas dan fasilitas untuk *caeserea extrapertoneal* tidak tersedia (Hakimi, 2003).

6. Keuntungan dan kerugian sektio sesarea

Keuntungan SC antara lain :

a. Membuat persalinan menjadi lebih singkat.
b. Tidak ada kompresi jalan lahir.
c. Tidak ada sepsis dari jalan lahir.
d. Menurunkan resiko ruptur uterus setelah riwayat SC.

Kerugian SC yaitu :

a. Kemungkinan merusak kandung kemih dan usus.
b. Trombosis dan emboli.
c. Gangguan penyembuhan luka.
d. Kekhawatiran terjadinya ruptur pada SC berikutnya (Rabe, 2002).

7. **Komplikasi pada kelahiran sungsang**

   a. Hipoksia

   b. Prolaps tali pusat

   c. Persalinan macet setelah kepala turun

   d. Hiperektensi kepala bayi (star gazing)

   e. Trauma kepala dan leher (Chapman, 2006).

B. Konsep Keperawatan

1. Fokus pengkajian

a. Sikulasi

Hipotensi, nadi melambat (50-70 x/menit), tekanan darah bervariasi, edema pada ekstremitas bawah, kehilangan darah 600-800 ml.

b. Intregitas ego

Menunjukkan tanda kegagalan dan atau refleksi negatif pada kemamapuan sebagai wanita reaksi emosional yang bervariasi, ekspresi minta maaf untuk perilaku intrapartum yang tidak terkontrol, rasa takut menngenai kondisi bayi baru lahir dan perawatan segara neonatal. Dapat menunjukkan liabilitas emosional, dari kegembiraan sampai ketakutan, marah, atau menarik diri, ibu/ pasangan dapat memiliki pertanyaan atau salah terima peran dalam pengalaman kelahiran. Mungkin mengekspresikan ketidakmampuan untuk menghadapi situasi baru.

c. Eliminasi

Terpasang kateter menetap, bising usus tidak ada, atau jelas.

d. Makanan/ cairan

Abdomen lunak, tidak ada distensi pada awal post SC, nyeri epigastrik, merasa haus, lapar, mukosa mulut kering.

e. Neurosensori

Kerusakan gerakan dan sensasi dibawah tingkat anastesi spinal epidural.

f. Nyeri

Mengeluh ketidaknyamanan/ nyeri dari berbagai sumber: trauma bedah/ insisi bedah, nyeri abdomen karena kontraksi uterus, distensi kandung kemih, nyeri karena pembengkakan payudara.

g. Keamanan

Kemungkinan terpajan infeksi karena daya tahan tubuh yang rendah, immobilitas, trauma jaringan. Balutan abdomen dapat tampak sedikit noda atau kering dan utuh. Jalur parenteral bila digunakan: paten, bebas eritema, bengkak, dan nyeri tekan.

h. Seksualitas

Riwayat CPD, kehamilan multipel, uterus sangat distensi, riwayat kelahiran SC sebelumnya, fundus dengan kontraksi kuat dan terletak diumbilikus. Aliran lochea sedang, bebas dari bekuan yang berlebihan, merah gelap, hanya beberapa bekuan kecil, perineum utuh, striae pada abdomen, paha dan payudara, payudara lunak dengan puting tegang.

i. Aktivitas

Tampak berenergi, kelelahan/ keletihan, mengantuk.

j. Pemeriksaan diagnostik

Jumlah darah lengkap, Hb, PCV, Urinalisis bila diperlukan (Doenges & Moorhouse (2001, dalam Rohmah & Walid, 2009).

2. Diagnosa

Menurut Tucker, at. All. (1999, Doenges & Moorhouse 2001, Stolte 2004, dan Bobak 2005, dalam Rohmah & Walid, 2009). Bahwa diagnosis keperawatan yang dapat muncul pada ibu post SC antara lain adalah:

a. Nyeri akut berhubungan dengan trauma pembedahan, efek anesthesia, efek hormonal, distensi kandung kemih/ abdomen, pembengkakan payudara.
b. Ansietas berhubungan dengan krisis situasi, ancaman pada konsep diri, transmisi/ kontak interpersonal, kebutuhan tidak terpenuhi.
c. Ketidakberdayaan berhubungan interaksi interpersonal, persepsi terhadap aturan.
d. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan merasa gagal dalam peristiwa persalinan yang normal.
e. Resiko tingggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan penurunan intake peroral.
f. Perubahan eliminasi urin berhubungan dengan trauma/ deversi mekanis, efek hormonal (perpindahan cairan dan atau peningkatan aliran plasma ginjal), efek anastesi.

g. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, penurunan Hb, prosedur invasif atau peningkatan pemajanan lingkungan,CPD, malnutrisi.

h. Kurangnya pengetahuan mengenai perubahan fisiologis, harapan, regimen pasca operasi, periode pemulihan, perawatan diri dan kebutuhan perawatan bayi.

3. Intervensi

a. Nyeri akut berhubungan dengan trauma pembedahan, efek anesthesia, efek hormonal, distensi kandung kemih/ abdomen, pembengkakan payudara.

Tujuan: pasien dapat mengontrol nyeri

Kriteria hasil: pasien dapat mengidentifikasi dan menggunakan intervensi untuk mengatasi nyeri/ ketidaknyamanan dengan tepat, mengungkapkan berkurangnya nyeri, tampak rileks, mampu tidur/ istirahat dengan tepat.

Intervensi:

1) Kaji lokasi, sifat, dan durasi nyeri.

Rasional: menandakan ketepatan pilihan tindakan.

2) Hilangkan faktor- faktor yang menghasilkan ansietas (misal: kehilangan kontrol), berikan informasi akurat, dan anjurkan keberadaan pasangan.

Rasional: ansietas dapat menurunkan toleransi nyeri dan kontrol diri.

3) Instruksikan teknik relaksasi; posisikan senyaman mungkin. Gunakan sentuhan terapiutik

Rasoinal: dapat membantu dalam reduksi ansietas dan ketegangan dan meningkatkan kenyamanan.

4) Pantau distensi kandung kemih; anjurkan berkemih

Rasional: retensi urin dan distensi kandung kemih dapat meningkatkan ketidaknyamanan, menghambat persalinan, dan mengakibatkan trauma kandung kemih.

5) Kolaborasi dengan berikan analgetik.

Rasional: dapat meningkatkan relaksasi, memperpendek nyeri, membatasi keletihan, dan mencegah komplikasi.

b. Ansietas berhubungan dengan krisis situasi, ancaman pada konsep diri, transmisi/ kontak interpersonal, kebutuhan tidak terpenuhi.

Tujuan: pasien tidak terlihat gelisah

Kriteria hasil:

1) Pasien mengungkapkan rasa takut pada keselamatan dirinya dan janin.
2) Mendiskusikan perasaan tentang kelahiran sesarea
3) Tampak benar-benar rileks

Intervensi :

1) Kaji respon psikologis

Rasional: makin klien merasakan ancaman, makin besar tingkat ansietas.

2) Beri penguat aspek positif dari ibu dan kondisi janin.

Rasional: memfokuskan pada kemungkinan keberhasilan hasil akhir dan membantu membawa ancaman yang dirasakan/aktual kedalam perspektif.

3) Anjurkan klien/pasangan mengungkapkan atau mengekspresikan perasaan (menangis).

Rasional: membantu mengidentifikasi perasaan/masalah negatif dan memberikan kesempatan untuk mengatasi perasaan ambivalen atau tidak teratasi/berduka.

4) Berikan masa privasi. Kurangi rangsang lingkungan, seperti jumlah orang yang ada, sesuai indikasi keinginan klien.

Rasional: memungkinkan kesempatan bagi klien/pasangan untuk menginternalisasi informasi, menyusun sumber-sumber, dan mengatasi dengan efektif.

c. Ketidakberdayaan berhubungan interaksi interpersonal, persepsi terhadap aturan.

Tujuan: klien ikut dalam proses pembuatan keputusan.

Kriteria hasil:

1) klien mengungkapkan rasa takut dan perasaan kerentanan.

2) Klien mengekspresikan kebutuhan/keinginannya.

Intervensi :

1) Kaji faktor-faktor yang menimbulkan rasa keputusasaan.

Rasional: kelahiran sesarea tidak direncanakan (dan kadang-kadang direncanakan) dapat dikarakteristikkan oleh rasa

kehilangan kontrol klien/pasangan terhadap pengalaman kelahiran.

2) Berikan pilihan-pilihan dalam perawatan bila mungkin (mis; pilihan anestesi, pemasangan I.V.)

Rasional: memungkinkan klien/pasangan untuk memiliki beberapa rasa asupan/kontrol terhadap situasi.

3) Identifikasi harapan dan keinginan klien/pasangan berkenaan dengan pengalaman melahirkan.

Rasional: memberikan kesempatan untuk memenuhi kebutuhan dan meningkatkan pengalaman positif.

4) Berikan informasi, dan diskusikan persepsi klien/pasangan.

Rasional: menurunkan stres yang disebabkan oleh kesalahan konsep/rasa takut yang tidak ditemukan serta takut karena ketidaktahuan.

d. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan merasa gagal dalam peristiwa persalinan yang normal.

Tujuan: klien merasa percaya diri pada kemampuan dan dirinya.

Kriteria hasil: klien mampu mengidentifikasi dan mendiskusikan perasaan negatif.

Intervensi:

1) Anjurkan pengungkapan perasaan.

Rasional: reaksi klien bervariasi dan dapat menyulitkan diagnosa pada periode praoperasi.

2) Anjurkan untuk bertanya dan memberikan informasi/penguatan pembelajaran sebelumnya .

Rasional: meningkatkan pemahaman dan memperjelas kesalahan konsep.

3) Berikan komunikasi verbal dari pengkajian dan intervensi.

Rasional: bila masalah harga diri timbul pada klien, ini dapat menjadi berat pada periode pascapartum.

4) Anjurkan klien/pasangan berpartisipasi dalam aktivitas ikatan diruang melahirkan (mis; menyusui dan menggendong bayi).

Rasional: memberikan penguatan pengalaman kelahiran dan menghilangkan suasana pembadahan terhadap kelahiran.

e. Resiko tingggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan penurunan intake peroral.

Tujuan: tidak terjadi dehidrasi.

Kriteria hasil: mempertahankan tingakat hidrasi adekuat dibuktikan oleh nadi teraba, pengisisan kapiler cepat, membran mukosa lembab.

Intervensi:

1) Perhatikan kerakteristik pola persalinan dan tonus uterus.

Rasional: abrupsio plasenta dapat menjadi komplikasi dari kelahiran anak darurat.

2) Letakkan bayi baru lahir pada abdomen klien.

Rasional: BB bayi baru lahir merangsang kontraksi uterus dan membantu pemisahan plasenta.

3) Pantau tanda-tanda pemisahan plasenta, hindari kekuatan besar pada tali pusat.

Rasional: inspeksi komplet plasenta dapat dilakukan kemudian untuk menjamin bahwa tidak ada jaringan tertinggal didalam uterus.

4) Inspeksi laserasi perineum, tekan pembalut perianal bersih terhadap perineum.

Rasional: tekanan membatasi perdarahan sampai bantuan tersedia untuk perbaikan yang dibutuhkan.

5) Catat waktu/metode pengeluaran plasenta dan kondisi klien.

Rasional: pencatatan akurat membantu mengidentifikasi potensial komplikasi.

f. Perubahan eliminasi urin berhubungan dengan trauma/ deversi mekanis, efek hormonal (perpindahan cairan dan atau peningkatan aliran plasma ginjal), efek anastesi.

Tujuan: tidak terjadi perubahan pada eliminasi urin.

Kriteria hasil: menunjukkan keadekuatan haluaran urin secara individual dengan berat jenis DBN dan albumin urin tidak lebih dari 1+.

Intervensi:

1) Pantau masukan dan haluaran.

   Rasional: peningkatan diuresis dapat terjadi, mengakibatkan kehilangan cairan yang tertahan sebanyak 1,8 kg (4 lb) atau lebih dalam periode 24 jam karena tirah baring, yang menurunkan fungsi adrenal.

2) Catat warna, jumlah, berat jenis, dan kadar albumin setiap berkemih.

   Rasional: peningkatan haluaran urin ditunjukkan oleh urin yang kurang pekat dengan penurunan berat jenis. Albumin lebih besar dari 2+ menandakan spasme glomerulus.

3) Kaji kepenuhan kandung kemih bantu pengosongan jika perlu.

   Rasional: kandung kemih penuh dapat menghambat penurunan janin dan meningkatkan resiko cedera pada ibu.

4) Pasang kateter perkemihan untuk kontinuitas drainase.

   Rasional: klien dengan Hipertensi Karena Kehamilan (HKK) berat memerlukan kelahiran sesarea karena penyimpangan status maternal, janin, dan keadaan plasenta dan biasanya kateter dipasang sebelum pembedahan untuk mencegah trauma kandung kemih.

g. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, penurunan Hb, prosedur invasif atau peningkatan pemajanan lingkungan, CPD, malnutrisi.

Tujuan : tidak terjadi infeksi

Kriteria hasil :

1) bebas dari infeksi
2) Pencapaian tepat waktu dalam pemulihan luka tanpa komplikasi

Intervensi:

1) Tinjau ulang kondisi/faktor resiko yang ada sebelumnya. Catat waktu pecah ketuban.

   Rasional: kondisi dasar ibu, seperti diabetes atau hemoragi dapat menimbulkan potensial resiko infeksi atau penyembuhan luka yang buruk.

2) Kaji terhadap tanda/gejala infeksi (misal; peningkatan suhu, nadi jumlah sel darah putih, atau bau/warna rabas vagina)

   Rasional: pecah ketuban terjadi 24 jam sebelum pembedahan dapat mengakibatkan korioamnionitis sebelum intervensi bedah dan dapat mengubah penyembuhan luka.

3) Berikan perawatan perineal sedikitnya setiap 4 jam bila ketuban telah pecah.

   Rasional: menurunkan resiko infeksi asenden.

4) Dapatkan kultur darah, vagina, dan plasenta sesuai indikasi.

   Rasional: mengidentifikasi organisme yang menginfeksi dan tingkat keterlibatan.

5) Catat hemogoblin (Hb) dan hematokrit (Ht); catat perkiraan kehilangan darah selama prosedur pembedahan.

Rasional: resiko infeksi pascamelahirkan dan penyembuhan buruk meningkat bila kadar Hb rendah dan kehilangan darah berlebihan.

6) Berikan antibiotik spektrum luas parenteral pada praoperasi.

Rasional: sebagai pengobatan pada infeksi yang teridentifikasi khususnya jika klien mengalami pecah ketuban yang lama.

h. Kurangnya pengetahuan mengenai perubahan fisiologis, harapan, regimen pasca operasi, periode pemulihan, perawatan diri dan kebutuhan perawatan bayi.

Tujuan: klien mengerti dan memahami tentang situasi dirinya.

Kriteria hasil:

1) klien mengungkapkan pemahaman tentang indikasi kelahiran sesarea.
2) Mengenali ini sebagai metode alternatif kelahiran bayi.

Intervensi:

1) Catat tingkat stres dan apakah prosedur direncanakan atau tidak.

Rasional: mengientifikasi kesiapan klien/pasangan untuk menerima informasi.

2) Berikan informasi akurat dengan istilah-istilah sederhana.

Rasional: memberikan informasi dan mengklarifikasi kesalahan konsep.

3) Tinjau ulang indikasi-indikasi terhadap pilihan alternatif kelahiran.

   Rasional: perkiraan satu dari 5 atau 6 kelahiran melalui operasi sesarea seharusnya dilihat sebagai alternatif bukan cara yang bukan abnormal, untuk meningkatkan keselamatan dan kesejahteraan maternal/janin.

4) Gambarkan prosedur praoperatif dengan jelas, dan berikan rasional dengan tepat.

   Rasional: informasi memungkinkan klien mengantisipasi kejadian dan memahami alasan intervensi/tindakan.

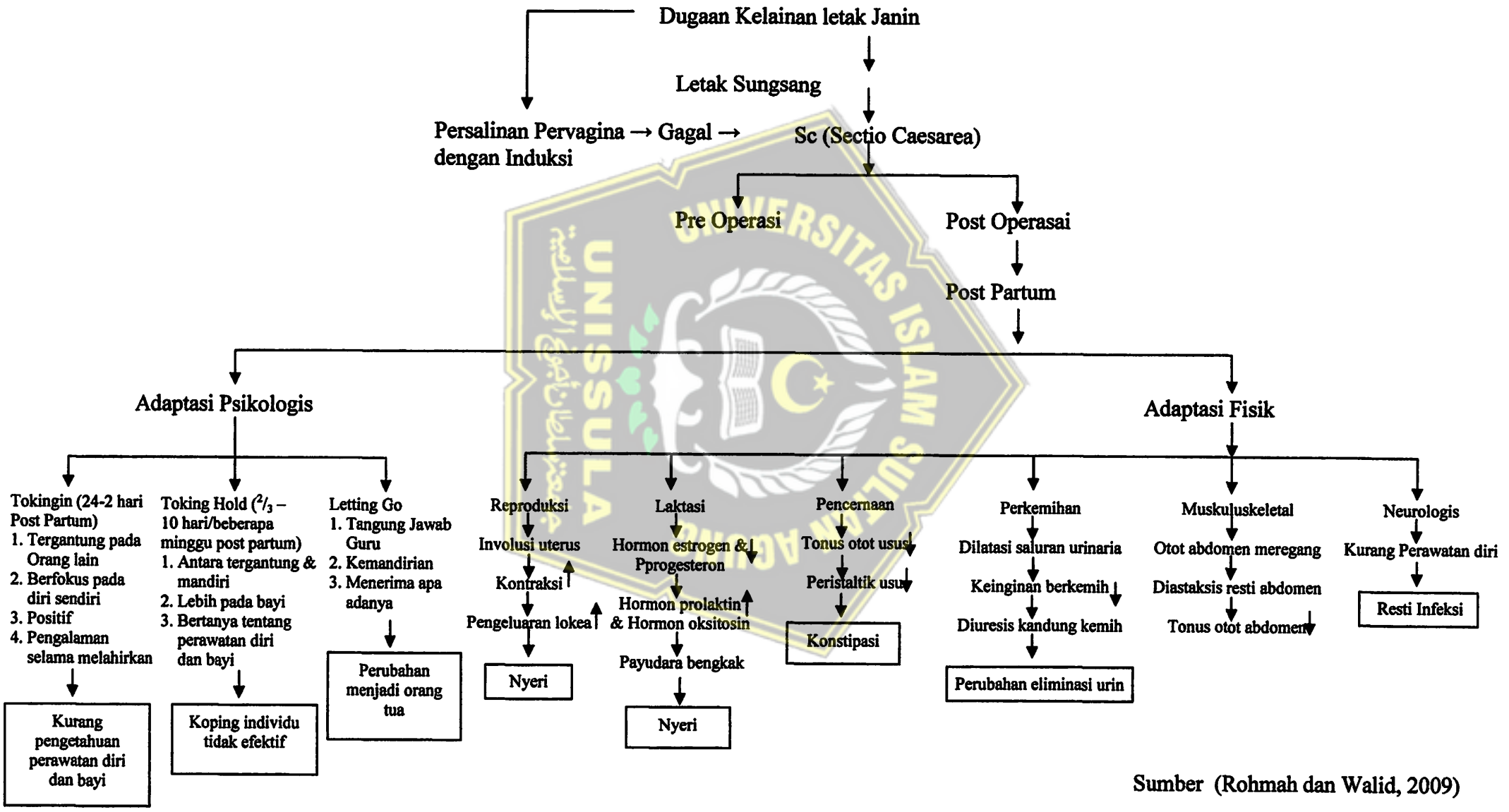
5) Berikan penyuluhan pascaoperasi; termasuk instruksi latihan kaki, batuk, dan napas dalam.

   Rasional: memberikan teknik untuk mencegah komplikasi yang berhubungan dengan stasis vena dan pnemonia hipostatik, dan menurunkan stres pada sisi operasi.

6) Diskusikan sensasi yang diantisipasi selama melahirkan dan periode pemulihan.

   Rasional: mengetahui apa yang dirasakan dan apa yang normal membantu mencegah masalah yang tidak perlu.

C. Fisiologisway



Sumber (Rohmah dan Walid, 2009)

BAB III

HASIL ASUHAN KEPERAWATAN

A. PENGKAJIAN

Pengkajian dilakukan pada hari selasa tanggal 8 Maret 2011 pukul 09.45 WIB di ruang Dewi Kunti Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang. Dari pengkajian tersebut di peroleh data sebagai berikut:

1. Identitas klien

   Nama klien Ny. P umur 24 tahun dengan jenis kelamin perempuan, beragama islam. Pekerjaan Swasta, dan status obstetrik post partum dengan sektio sesarea (SC) atas indikasi letak bayi sungsang, $P_2 A_0$.

2. Keluhan utama

   Klien merasakan nyeri pada luka jahitan post SC.

3. Riwayat kesehatan sekarang

   Ny. P mengatakan pada tanggal 03 Maret 2011 pukul 07.30 WIB. Klien merasakan kenceng- kenceng pada perut. Kemudian keluarga membawanya ke bidan terdekat, dan bidan tersebut menyarankan untuk merujuk klien kerumah sakit. Dan keluarga memutuskan untuk membawa Ny.P ke Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang pada jam 09.30 WIB dan dibawa keruang Srikandi setelah sampai diruang Srikandi Ny. P diperiksa oleh dokter, dan dokter menyarankan untuk operasi sesarea (SC) karena letak bayi klien sungsang, dan keluarga setuju. Lalu pada tanggal

07 Maret 2011 operasi SC dilakukan, kemudian pada tanggal 08 Maret 2011 Ny. P dipindah ke ruang Dewi Kunti pada pukul 08.00 WIB.

4. Riwayat kehamilan

Ny. P mengatakan hamil anak pertama mengalami mual muntah pada usia kehamilan tiga bulan sedangkan pada saat hamil anak kedua ini mengalami mual muntah pada usia kehamilan trimester 1, dan juga mengalami keputihan pada usia kehamilan trimester 3 (7 bulan), bahkan sampai berbau dan berwarna kuning. Karena merasa takut dan cemas berpengaruh terhadap kandungannya Ny. P dan suami memeriksakan kedokter dan sembuh. Selama hamil klien juga memeriksakan kehamilannya ke Bidan dan Dokter spesialis kandungan sebanyak 4 kali. Usia kehamilan anak kedua ini yaitu 40 minggu tiga hari dengan HPHT pada 24 mei 2010.

5. Riwayat menstruasi

Ny. P mengatakan menarche pertama pada umur 12 tahun, siklus menstruasinya : teratur (28 hari), dan lama mentruasi 7 hari. Gangguan saat menstruasi : Ny. P mangatakan pada saat menstruasi hari pertama mengalami nyeri perut (disminore) dan cara mengatasinya yaitu mengalihkan rasa nyeri tersebut dengan beraktivitas.

6. Riwayat KB

Jenis KB : jenis KB yang digunakan Ny. P adalah jenis KB suntik. Lama KB yaitu 4 tahun.

7. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum Ny. P lemah dengan kesadaran composmentis, yaitu sadar penuh dengan nilai GCS 15 (E_4 V_5 M_6). Bentuk kepala Ny. P mesochepal, tidak ada benjolan, rambut hitam, panjang, bersih, tidak terdapat lesi dan ketombe. Bentuk mata Ny. P simetris, reflek cahaya bagus, konjunctiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, dan tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Bentuk hidung Ny. P simetris, tidak menggunakan alat bantu pernapasan, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada pembesaran polip, tidak pilek, tidak ada perdarahan. Bentuk telinga Ny. P simetris, ada penumpukan serumen, dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran, tidak ada tanda infeksi. Mulut bersih, tidak berbau, gigi bersih, tidak ada stomatitis, mukosa bibir kering. Bentuk leher Ny. P simetris, warna kulit sawo matang, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Bentuk dada simetris, saat klien bernapas tidak ada retraksi dinding dada, dan dada bergerak simetris. Pada pemeriksaan jantung inspeksi ictus cordis tidak tampak. Pada palpasi ictus cordis teraba pada midklavikula sinistra intercosta keempat dan kelima. Pada saat diperkusi terdengar pekak. Pada auskultasi terdengar bunyi jantung S_1 dan S_2 (lup dub), tidak ada suara tambahan (gallops negatif). Pada pemeriksaan paru inspeksi dada pengembangannya simetris, tidak menggunakan otot bantu pernafasan. Pada palpasi traktil fremitus teraba kanan-kiri sama atau seimbang. Pada perkusi paru terdengar sonor. Pada auskultasi tidak terdapat suara ronchi dan wheezing. Pada pemeriksaan inspeksi payudara

ukuran dan bentuk simetris, tidak ada kelainan, tidak ada perubahan posisi, areola mamae berwarna hitam, puting susu menonjol keluar tapi ASI belum bisa keluar, puting tampak kotor, tidak ada luka atau lecet, payudara bengkak. Pada saat palpasi payudara diperoleh konsistensi keras, tidak ada massa, puting susu simetris, warna puting hitam, menonjol keluar. Pada pemeriksaan abdomen perut tampak buncit, terdapat luka jahitan bekas operasi SC yang dibalut dengan panjang pembedahan ± 10 cm dan arah pembedahan horizontal, luka masih basah, diastasis rectus abdominalis (DRA) 2 jari atau 4-5 cm. Pada saat di auskultasi terdengar bising usus 12 kali per menit (normal), tidak terdengar bising pada aorta abdominalis. Pada saat di perkusi terdengar bunyi pekak. Pada saat di palpasi terasa keras. Kekuatan kontraksi kuat, terdapat linea nigra, tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, terdapat nyeri perut pada luka jahitan post operasi SC. P : nyeri karena trauma pembedahan post operasi SC. Q : kualitas nyeri sedang seperti ditusuk- tusuk. R : letaknya diperut (diatas simpisis, bawah umbilikus). S : skala nyeri 6. T : waktu timbul nyeri tidak menentu kadang hilang kadang timbul. Pemeriksaan perianal, kebersihan dan keutuhan: terlihat bersih, klien ganti balut dua kali dalam sehari yaitu tiap pagi dan sore hari, tidak terdapat luka episiotomi, tidak ada tanda- tanda iritasi, tidak terdapat tanda- tanda REEDA, lochea berwarna merah muda dengan jumlah 50 cc, bau amis, termasuk jenis lochea rubra, tidak terdapat tanda – tanda hemoroid. Pada pemeriksaan kulit dan kuku didapatkan hasil warna kulit sawo matang, bersih, tidak ada oedema, turgor cukup, ada luka

jahitan post SC di perut, kuku bersih, tidak bercat, kapilari refil kurang dari 3 detik. Pada ekstremitas tidak terdapat oedem, tidak terdapat varises, tidak terdapat tanda Homan's, terpasang infus RL 20 tetes permenit pada ekstremitas atas sebelah kiri, kedua ekstremitas atas aktif, ekstremitas bawah aktif. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah 110/60 mmHg, suhu 36,5^{0}C, nadi 80 kali permenit, dan respirasi rate 20 kali permenit.

8. Pengkajian kebutuhan khusus

Pada pengkajian oksigenasi Ny. P tidak mengalami sesak nafas, tidak menggunakan otot bantu pernafasan, tidak terpasang alat bantu pernafasan, respirasi rate 20 kali permenit, Ny. P merasa pusing setelah melakukan aktivitas. Pengkajian nutrisi : Ny. P mengatakan sebelum sakit makan 3 kali sehari dengan porsi cukup, dan komposisi nasi, lauk pauk, dan sayur, nafsu makan baik. Selama dirumah sakit klien makan 3 kali sehari dengan porsi kurang dan komposisi nasi tim, sayur, lauk pauk, klien makan 5- 6 sendok makan karena mulutnya terasa pahit, berat badan hamil 53 kg, tinggi badan 158 cm, setelah melahirkan berat badan klien 49 kg, tinggi badan 158 cm, selama hamil dan setelah melahirkan klien tidak mempunyai makanan pantangan yang harus dimakan. Cairan : asupan cairannya yaitu air putih dan teh dengan jumlah 6 gelas sehari, cairan infus yang masuk 1300 cc. Eliminasi : Ny. P terlihat mengeluarkan kringat berlebih karena ruangannya panas, upaya yang dilakukan memakai baju tipis dan kipas yang terbuat dari bambu, BAK pertama setelah persalinan

pada jam 16.00 WIB pada tanggal 7 Maret 2011, Klien terpasang selang kateter, pada tanggal 8 Maret 2011 jam 09.45 klien mengeluarkan urin sebanyak 400 cc, klien belum bisa BAB sejak tanggal 7 sampai saat dilakukan pengkajian pada tanggal 8 Maret 2011. Kenyamanan : klien mengatakan merasa tidak nyaman dengan keadaan sekarang karena untuk bergerak saja klien merasakan nyeri pada daerah perut yang ada luka bekas luka jahitan post operasi SC.

9. Pemeriksaan fisik pada bayi

Bayi Ny. P berumur 1 hari dengan berat badan 3900 gr, panjang badan 50 cm, lingkar dada 33 cm, lingkar kepala 33 cm. Bentuk kepala bulat, tidak ada benjolan, ubun- ubun kecil. Bentuk mata bayi Ny. P simetris, reflek cahaya belum ada. Bentuk hidung bayi Ny. P simetris, terdapat dua lubang hidung. Bentuk telinga bayi Ny. P simetris, Mulut simetris, pergerakan leher bisa menoleh kekanan dan kekiri. Genetalia : bayi berjenis kelamin laki- laki, terdapat lubang pada anus dan tidak ada kelainan, terdapat skrotum dan penis. Ekstremitas : jari tangan dan kaki lengkap tidak ada kelainan, pergerakan aktif. Perut lembek, terdapat lanugo. Punggung simetris, tidak ada benjolan, tidak ada luka.

10. Pemeriksaan penunjang

pada pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada tanggal 3 Maret 2011 ditemukan hasil WBC 11,80x10^3/ml (M: 4,8-10,8 F: 4,8-10,8), HGB 11,8 g/l (M: 14-18 F: 12-16), HCT 33,1% (M: 42-52 F 37-47), PLT 210x10^3ml (150-450)

11. Terapi medis

Infus jenis RL 20 tetes /menit, Injeksi cefotaxim 2x1 gr, ketolorak 2x1 gr, alinamin 2x1 gr.

B. ANALISA DATA

Dari hasil pengkajian tanggal 08 Maret 2011 jam 09.45 WIB didapatkan data sebagai berikut:

Data pertama meliputi data subyektif: klien mengatakan nyeri pada bekas luka jahitan post operasi SC didaerah perut terutama pada saat bergerak, pengkajian nyeri didapatkan data Paliatif: nyeri karena trauma pembedahan luka jahitan post operasi SC, Qualitas: nyeri sedang seperti ditusuk-tusuk, Region: perut, Skala: skala nyeri 6, Time: tidak tentu kadang timbul kadang hilang. Data obyektif: klien nampak meringis saat beraktivitas, terlihat bekas luka jahitan diperut yang tertutup kasa, skala 6. Jadi diagnosa yang muncul adalah nyeri berhubungan dengan trauma pembedahan.

Data kedua, terdapat data subyektif: klien mengatakan nyeri pada bekas luka jahitan post operasi SC di daerah perut, klien tidak tahu cara perawatannya. Data obyektif: terlihat bekas luka jahitan di perut yang ditutup dengan kasa , TTV : TD:110/60 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36.5 ^{o}c, RR: 20 x/menit, WBC 11800 ml. Maka diagnosa yang dapat diangkat adalah resiko terjadi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan.

Dan data ketiga didapatkan data subyektif: klien mengatakan ASInya tidak bisa keluar. Data obyektif: payudara teraba keras, saat di tekan ASI

tidak keluar, puting susu menonjol keluar dan tampak kotor, payudara bengkak. Jadi masalah yang timbul adalah ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurangnya pengetahuan pemberian ASI.

C. PRIORITAS KEPERAWATAN

Dari hasil data diatas dapat diprioritaskan urutan diagnosa keperawatan sebagai berikut :

1. nyeri berhubungan dengan trauma pembedahan.
2. resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan.
3. ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurangnya pengetahuan pemberian ASI.

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Intervensi keperawatan ini dilakukan pada tanggal 08 Maret 2011 pukul 10.45 WIB. Maka intervensi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

Intervensi untuk diagnosa keperawatan yang pertama: nyeri berhubungan dengan trauma pembedahan adalah Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil: klien tidak mengeluh nyeri, ekspresi wajah tenang, skala nyeri 3. Dengan intervensi: ajarkan relaksasi beri kompres hangat, beri kesempatan klien untuk istirahat, observasi TTV, kaji skala nyeri, kolaborasi dalam pemberian obat analgetik ketolorac 2x1 gr.

Diagnosa kedua: resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan. Dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan lama 2x24 jam klien tidak mengalami infeksi, dengan kriteria hasil: luka jahitan tampak kering dan bersih, suhu stabil (37°C). Dilakukan intervensi: pantau tanda–tanda vital terutama suhu, ganti balut 3 hari sekali, observasi tanda-tanda insfeksi, kolaborasi dalam pemberian cefotaxim 2x1 gr.

Diagnosa ketiga: tidak efektifnya pemberian ASI berhubungan dengan kurangnya pengetahuan pemberian ASI. Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, ASI bisa keluar lancar dengan kriteria hasil; puting susu bersih, ASI lancar. Dilakukan intervensi: ajarkan cara *breast care*, kompres payudara dengan air hangat, inspeksi payudara dan kaji adanya pembesaran puting, beritahu cara perawatan payudara yang benar.

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Diagnosa pertama: gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan trauma pembedahan, implementasi pertama dilakukan tanggal 8 Maret 2011. Dilakukan tindakan keperawatan: pukul 14.15 WIB mengajarkan relaksasi dengan beri kompres hangat, respon subjektif: klien mengatakan bersedia, respon objektif : klien tampak mengompres disekitar luka jahitan dengan air hangat, pukul 14.20 WIB memberi kesempatan klien untuk istirahat, respon subjektif : klien mengatakan bersedia, respon objektif: klien tampak istirahat pada siang hari, pukul 14.35 WIB mengobservasi TTV, respon subjektif : klien bersedia untuk distensi, respon objektif: TTV= TD: 120/70 mmHg, N:

75 x/menit, S: 37 °C, RR: 22 x/menit, pukul 14.40 WIB mengkaji skala nyeri, respon subjektif: klien mengatakan skala nyerinya 6, respon objektif: skala nyeri 6, mengkolaborasi dalam pemberian obat analgetik ketorolac 2x1 gr, respon subjektif : klien mengatakan bersedia, respon objektif: klien kooperatif saat injeksi. Implementasi hari kedua dilakukan pada tanggal 9 Maret 2011. Dilakukan tindakan keparawatan: pukul 15.00 WIB mengajarkan relaksasi dengan beri kompres hangat, respon subjektif: klien mengatakan bersedia, respon objektif: klien terlihat mengompres disekitar luka jahitan dengan air hangat, pukul 15.10 WIB mengkaji skala nyeri, respon subjektif: klien mengatakan skala nyerinya, respon objektif: skala nyeri 4, pukul 15.15 WIB mengobservasi TTV, respon subjektif: klien mengatakatan bersedia untuk ditensi, respon objektif: TTV=TD: 120/80 mmHg, N: 85x/menit, S: 37 °C , RR: 22x/menit, pukul 15.30 mengkolaborasi dalam pemberian obat analgetik ketorolac 2x1 gr, respon subjektif: klien mengatakan bersedia, repon objektif: klien kooperatif saat diinjeksi.

Diagnosa kedua: Resiko terjadi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, implementasi dilakukan tanggal 9 Maret 2011. Dilakukan tindakan keperawatan mulai pukul 16.00 WIB mengobservasi TTV terutama suhu, respon subjektif: klien mengatakan bersedia, respon objektif: suhu 37 °C, pukul 16.20 mengganti balut, respon subjektif: klien mengatakan bersedia, respon objektif: balut tidak diganti, luka masih basah, pukul 16.40 WIB mengobservasi tanda-tanda infeksi, respon subjektif: klien mengatakan bersedia, respon objektif: tanda-tanda infeksi tidak ada, pukul 16.50 WIB

mengkolaborasi dengan dokter pemberian antibiotik cefotaxime 2x1 gr, respon subjektif: klien mengatakan bersedia, respon objektif: klien kooperatif saat diinjeksi. Implementasi hari kedua dilakukan pada tanggal 10 Maret 2011. Tindakan keperawatan dilakukan mulai pukul 16.00 mengobservasi TTV terutama suhu, respon subjektif: klien mengatakan bersedia, respon objektif: suhu 37 °C , pukul 16.10 WIB mengganti balut, respon subjektif: klien mengatakan bersedia, respon objektif: balut luka jahitan diganti, luka masih basah, pukul 16.30 WIB mengobservasi tanda- tanda infeksi, respon subjektif: klien mengatakan bersedia, respon objektif: tanda- tanda infeksi tidak ada, pukul 16.45 WIB mengkolaborasi dengan dokter pemberian cefotaxime 2x1 gr, respon subjektif: klien mengatakan bersedia, respon objektif: klien kooperatif saat diinjeksi.

Diagnosa ketiga: Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurangnya pengetahuan pemberian ASI, implementasi dilakukan tanggal 9 Maret 2011. Dilakukan tindakan keperawatan mulai pukul 17.00 WIB mengajarkan *breast care*, respon subjektif: klien mengatakan mau diajari cara *breast care*, respon objektif: klien kooperatif saat perawat mengajarkan *breast care,* pukul 17.15 WIB mengompres payudara dengan air hangat, respon subjektif: klien mengatakan bersedia, respon objektif: klien tidak melakukan anjuran perawat, pukul 17.25 WIB menginspeksi payudara dan kaji adanya pembesaran puting, respon subjektif: tidak ada, respon objektif: puting susu menonjol keluar, payudara tidak mengalami perubahan posisi, tidak ada kelainan, pukul 17.35 WIB memberitahu cara perawatan

payudara yang benar, respon subjektif klien mengatakan bersedia, respon objektif: puting susu tampak kotor. Implementasi hari kedua dilakukan pada tanggal 10 Maret 2011 dengan tindakan keperawatan yang dimulai pada pukul 17.00 WIB mengajarkan cara *breast care*, respon subjektif: klien mengatakan bersedia diajari *breast care*, respon objektif: klien kooperatif saat perawat mengajarkan cara *breast care*, ASI belum keluar, pukul 17.30 WIB mengompres payudara dengan air hangat, respon subjektif: klien mengatakan bersedia, respon objektif: klien melakukan anjuran perawat, pukul 19.30 WIB memberi tahu cara perawatan payudara yang benar, respon subjektif: klien mengatakan bersedia, respon objektif: puting susu tampak bersih.

F. EVALUASI

Setelah dilakukan implementasi, penulis melakukan evaluasi sebagai berikut:

Diagnosa pertama yaitu nyeri berhubungan dengan trauma pembedahan, evaluasi dilakukan pada tanggal 9 Maret 2011 pukul 10.00 WIB, ditemukan data subjektif yaitu klien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 4, sedangkan data objektif: yang ditemukan yaitu ekspresi wajah klien tampak tenang , TTV: TD:120/80 mmHg, N: 85x/menit, S: 37 ^{o}C , RR: 22x/menit. Berdasarkan data yang diperoleh maka dapat dianalisa masalah teratasi sebagian, sehingga *planning* yang ditetapkan yaitu lanjutkan intervensi tentang manajemen nyeri (ajarkan relaksasi dengan kompres

hangat, observasi TTV, kolaborasi dengan dokter pemberian obat analgetik ketorolac 2x1 gr).

Diagnosa kedua yaitu resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, evaluasi dilakukan pada tanggal 11 Maret 2011 pukul 10.30 WIB, data subjektif: tidak diperoleh, sedangkan data objektif: yang ditemukan yaitu tanda- tanda infeksi tidak ditemukan, luka jahitan masih basah, S: 37 °C. Berdasarkan data yang diperoleh maka dapat dianalisa bahwa masalah teratasi sebagian, sehingga *planning* dilanjutkan yaitu observasi TTV terutama suhu, ganti balut 3 hari sekali, observasi tanda-tanda infeksi, kolaborasi dengan dengan dokter dalam pemberian cefotaxime 2x1 gr.

Diagnosa ketiga yaitu ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurangnya pengetahuan pemberian ASI, evaluasi dilakukan pada tanggal 11 Maret 2011 pukul 11.30 WIB, ditemukan data subjektif: yaitu klien mengatakan ASI belum bisa keluar, sedangkan data objektif: puting susu menonjol keluar, ASI belum keluar. Berdasarkan data yang diperoleh maka dapat dianalisa bahwa masalah belum teratasi, sehingga *planning* harus dilanjutkan yaitu ajarkan cara *breast care,* kompres payudara dengan air hangat, beritahu cara perawatan payudara yang benar.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dibahas tentang asuhan keperawatan klien post partum dengan SC atas indikasi letak janin sungsang pada Ny. P di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang. Dalam melakukan asuhan keperawatan ini penulis memperhatikan tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Pembahasan asuhan keperawatan tersebut sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul sebagai berikut:

A. Nyeri Berhubungan Dengan Trauma Pembedahan.

Menurut Nanda (2010) nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau di gambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (*International Association For The Study of Pain*) ; awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung kurang 6 bulan. Dengan batasan karakteristik perubahan selera makan, perubahan tekanan darah, perubahan frekuensi jantung, perubahan frekuensi pernapasan, laporan isyarat, diaphoresis, perilaku distraksi (misal; berjalan mondar-mandir, mencari orang lain dan/atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang), mengekspresikan perilaku (misal; gelisah, merengek menangis, waspada, iritabilitas, mendesah), masker wajah (misal; mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata

berpencar atau tetap pada satu focus, meringis), perilaku berjaga-jaga/melindungi area nyeri, fokus menyempit (misal; gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan), indikasi nyeri yang dapat diamati, perubahan posisi untuk menghindari nyeri, sikap tubuh melindungi, dilatasi pupil, fokus pada diri sendiri, gangguan tidur, melaporkan nyeri secara verbal.

Penulis angkat dengan problem nyeri karena saat dilakukan pengkajian didapatkan data-data : klien mengatakan nyeri meliputi data subyektif : klien mengatakan nyeri pada bekas luka jahitan post operasi SC di daerah perut, pengkajian nyeri didapatkan data P : nyeri karena trauma pembedahan post operasi SC, Q: kualitas nyeri sedang seperti ditusuk-tusuk, R: di perut (di atas simpisis di bawah umbikulus), S: skala nyeri 6, T: tidak tentu kadang muncul kadang hilang. Data obyektif : klien tampak meringis, terlihat luka jahitan di perut yang tertutup oleh balutan kasa, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi kuat, lokhea rubra. Problem yang tepat untuk diagnosa di atas menurut Nanda (2010) adalah nyeri akut karena nyeri dirasakan kurang dari 6 bulan, kadang timbul kadang tidak atau hilang.

Sedangkan untuk etiologi dari masalah keperawatan, nyeri akut adalah karena trauma pembedahan operasi sektio sesarea (SC). Saat ini klien post partum hari kesatu perut terasa nyeri setelah menjalani operasi SC sehingga dapat dirumuskan diagnosa keparawatan nyeri berhubugan dengan trauma pembedahan.

Masalah nyeri akut berhubungan trauma pembedahan, penulis angkat sebagai prioritas pertama karena menurut triase konsep nyeri merupakan ancaman dan pada Hirarki Maslow nyeri merupakan kebutuhan rasa nyaman yang harus dipenuhi dan apabila tidak segera ditangani akan berpengaruh pada kebutuhan fisiologi dan psikologi klien karena dengan nyeri klien bisa menyebabkan kecemasan sehingga masalah ini perlu mendapatkan penanganan yang segera. Diagnosa nyeri merupakan diagnosa yang aktual karena nyeri merupakan keluhan utama yang dirasakan klien dengan keadaan umum lemah.

Tindakan yang bertujuan untuk mengurangi atau menghilangkan nyeri yaitu: ajarkan relaksasi beri kompres hangat, rasional: kompres hangat dapat meregangkan otot-otot yang tegang. Beri kesempatan klien untuk istirahat, rasional: istirahat yang cukup dapat mengurangi rasa tidak nyaman. Observasi tanda-tanda vital, rasional: pada banyak klien, nyeri dapat menyabakan gelisah dan nadi meningkat, diharapkan untuk mengetahui kondisi atau keadaan klien, untuk mendapatkan data yang valid dan pada keadaan nyeri biasanya didapatkan tanda-tanda vital yang meningkat. Kaji skala nyeri, rasional: membantu mengidentifikasi faktor-faktor yang memperberat ketidaknyamanan/nyeri, hal ini dilakukan untuk mengetahui klien berada dalam rentang respon yang mana dan dapat menentukan kualitas dari nyeri baik nyeri ringan, sedang dan berat. Kolaborasi dalam pemberian obat analgetik, rasional: analgetik bekerja pada pusat otak lebih tinggi untuk

menurunkan persepsi nyeri. Obat-obatan analgetik dapat membantu menurunkan ketegangan dan ketidaknyamanan otot.

Pada implementasi keperawatan untuk mengatasi diagnosa keperawatan nyeri berhubungan dengan trauma pembedahan, penulis tidak mengalami hambatan. Nyeri klien dapat diatasi sebagian dengan tehnik relaksasi beri kompres dengan air hangat selain itu klien juga mendapat obat analgetik karena klien merasa nyeri klien sangat terasa sehingga diperlukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik.

Dari hasil evaluasi akhir tanggal 11 Maret 2011 pukul 10.00 WIB, masalah keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan trauma pembedahan dapat teratasi sebagian mendekati dengan kriteria hasil yang penulis tetapkan yaitu dengan skala tiga. Klien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri empat, klien tampak menahan nyeri saat bergerak untuk latihan miring kanan miring kiri, meskipun begitu perlu dilakukan pemantauan keadaan dari perawat ruangan untuk mencegah timbulnya nyeri lagi dan melanjutkan intervensi

B. Resiko Terjadi Infeksi Berhubungan Dengan Trauma Jaringan

Menurut Nanda (2010) resiko terhadap infeksi adalah mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik.

Dari data didapat terlihat balutan pada luka jahitan diperut, TD:110/60 mmHg, N: 80x/menit, RR:20x/menit, S:36,5°C.

Ini penulis angkat sebagai prioritas kedua, namun setelah dianalisa lebih dalam masalah ini kurang tepat menjadi prioritas kedua karena masalah ini masih dalam masalah resiko terjadi yaitu tidak ada tanda-tanda infeksi, peningkatan suhu tubuh juga tidak terjadi dan dilakukan pembedahan operasi SC di perut yang memungkinkan mikroorganisme dapat masuk dalam perut. Sehingga masalah nyeri ini lebih tepat menjadi prioritas ketiga.

Menurut Hirarki Maslow masalah resiko infeksi termasuk dalam kebutuhan perlindungan rasa aman yaitu perlindungan fisik atas ancaman terhadap tubuh berupa penyakit.

Untuk mengatasi masalah keperawatan resiko terjadi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, penulis melakukan beberapa intervensi keperawatan yaitu antara lain pantau tanda–tanda vital terutama suhu, rasional: peningkatan tanda vital terutama suhu dapat menunjukkan terjadinya infeksi, Ganti balut 3 hari sekali, rasional: kebersihan luka dapat terjaga. Observasi tanda-tanda insfeksi, rasional: gejala ISK dapat tampak pada hari kedua sampai hari ketiga pascapartum karena naiknya infeksi. Kolaborasi dalam pemberian cefotaxim 2x1 gr, rasional: sebagai antibiotik untuk mencegah terjadinya infeksi.

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada diagnosa resiko terjadi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan. Ini tidak ada hambatan-hambatan yang mempersulit penulis karena klien kooperatif. Penulis dapat melakukan semua rencana yang telah disusun karena adanya kerja sama dan dukungan dari klien serta pihak dari keluarga klien.

Hasil evaluasi akhir pada tanggal 11Maret 2011 pukul 10.30 WIB dengan masalah keperawatan resiko terjadi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, masalah sementara dapat diatasi sebagian dengan kriteria hasil yaitu tanda-tanda infeksi tidak ditemukan, luka masih basah, bersih, suhu 37°C. Tapi perlu juga ada tindak lanjut atau saran bagi klien bila sudah di rumah agar klien memeriksakan diri ke puskesmas, bidan ataupun rumah sakit jika terdapat kelainan-kelainan post partum, agar masalah resiko infeksi tidak menjadi aktual.

C. Ketidakefektifan Pemberian ASI Berhubungan Dengan Kurangnya pengetahuan Pemberian ASI

Menurut Nanda (2010) ketidakefektifan pemberian ASI adalah ketidakpuasan atau kesulitan ibu, bayi, atau anak mengalami proses pemberian ASI. Dengan batasan karakteristik: ketidakadekuatan suplai ASI, bayi melengkung menyesuaikan diri dengan payudara, bayi mengangis pada payudara, ketidakmampuan bayi untuk *latch-on* pada payudara ibu secara tepat, bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusu, bayi rewel dalam jam pertama setelah menyusu, ketidakcukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui, ketidakcukupan kesempatan untuk mengisap payudara, tidak tampak tanda pelepasan oksitosin, tidak mengisap payudara terus menerus, tampak tanda ketidakadekuatan asupan bayi, persepsi ketidakadekuatan suplai ASI, luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui, menolak *latching on,* tidak responsif terhadap tindakan

kenyamanan lain, proses pemberian ASI tidak memuaskan. Sedangkan faktor berhubungannya yaitu anomali bayi, bayi menerima makanan tambahan dengan puting buatan, diskontinuitas pemberian ASI, defisit pengetahuan, ambivalensi ibu, ansietas ibu.

Diagnosa keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan diskontinuitas pemberian ASI didapatkan data-data sebagai berikut: klien mengatakan ASI-nya tidak bisa keluar. Pada payudara teraba keras, saat ditekan ASI tidak keluar, puting susu menonjol keluar, dan puting tampak agak kotor.

Dari data-data di atas untuk masalah ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan diskontinuitas pemberian ASI, masalah ini penulis angkat sebagai prioritas ketiga setelah diagnosa keperawatan resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan trauma jaringan. Seharusnya yang lebih tepat masuk ke prioritas yang kedua karena untuk diagnosa resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan ini masih dalam masalah resiko belum aktual terjadi yaitu tidak ditemukannya tanda-tanda infeksi yang muncul.

Menurut Hirarki Maslow masalah ketidakefektifan pemberian ASI termasuk kedalam kebutuhan fisiologis yaitu nutrisi. ASI merupakan kebutuhan dasar nutrisi bagi bayi baru lahir. ASI eksklusif sebaiknya mulai diberikan pada bayi sejak usia 0 sampai 6 bulan.

Untuk mengatasi masalah keperawatan di atas, penulis melakukan beberapa intervensi keperawatan yang bertujuan agar ASI dapat keluar

lancar. Adapun intervensinya yang meliputi: ajarkan cara *breast care,* rasional: agar pembengkakan payudara tidak terjadi. Kompres payudara dengan air hangat dan dingin secara bergantian, rasional : mengurangi pembengkakan pada payudara dan ASI bisa keluar. Inspeksi payudara dan kaji adanya pembesaran putting, rasional: untuk mengetahui adanya kelainan pada puting. Beritahu cara perawatan payudara yang benar, rasional: agar payudara tetap bersih dan terjaga.

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada diagnosa ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan diskontinuitas pemberian ASI. Tidak ada masalah ataupun hambatan-hambatan lain yang mempersulit penulis. Selain itu ada dukungan dari pihak keluarga klien yang kooperatif sehingga penulis tidak ada kesulitan dalam menerapkan intervensi.

Hasil evaluasi untuk masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan diskontinuitas pemberian ASI. Pada tanggal 11 Maret 2011 pukul 11.30 WIB didapatkan hasilnya: masalah teratasi sebagian karena ASI keluar sedikit. Sehingga penulis masih melanjutkan intervensi karena ASI keluar sedikit.

BAB V

PENUTUP

Pada bab ini penulis akan menyimpulkan mengenai asuhan keperawatan post partum dengan SC atas indikasi letak janin sungsang pada Ny. P. Kesimpulan ini diambil berdasarkan dari hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 8 Maret 2011. Sesuai langkah terakhir dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat diambil beberapa kesimpulan yang sekiranya dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi pemberian asuhan keperawatan pada klien, khususnya klien post partum dengan SC atas indikasi letak janin sungsang.

A. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan sejak tanggal 8 Maret 2011 dapat disimpulkan :

1. Pengkajian merupakan cara untuk mengumpulkan data yang dilakukan penulis sejak tanggal 8 Maret 2011 pada Ny. P. Dalam pengkajian telah dilakukan sesuai dengan teori dan penulis tidak mengalami hambatan.
2. Diagnosa keperawatan yang penulis temukan pada Ny. P adalah nyeri berhubungan dengan trauma pembedahan, resiko terjadi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan pemberian ASI.
3. Rencana tindakan keperawatan disusun untuk mengatasi masalah pada Ny. P dan bisa dilaksanakan dengan maksimal karena mendapat dukungan dari keluarga .

4. Evaluasi yang dapat penulis peroleh pada Ny. P adalah masalah teratasi sebagian terbukti nyeri yang dialami klien berkurang, klien tidak mengalami infeksi dan ASI keluar sedikit.

B. Saran

1. Bagi Institusi

   Diharapkan institusi dapat menilai sejauh mana mahasiswa menguasai materi manajemen keperawatan, meningkatkan ketrampilan bagi mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan ibu bersalin.

2. Bagi Perawat

   Pada saat melakukan pengkajian Post Partum dengan SC atas Indikasi letak janin sungsang, hendaknya perawat melakukannya dengan tepat dan teliti agar tidak muncul komplikasi yang lebih berat. Selain itu perawat juga memberikan informasi kepada klien ketika akan pulang meliputi ganti balut tiga hari sekali, menjaga kebersihan luka, mengingatkan untuk kontrol lagi sesuai dengan waktu yang telah disarankan.

3. Bagi Keluarga

   Diharapkan bagi keluarga dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan tentang tanda-tanda persalinan dan tentang perawatan ibu bersalin dengan SC. Dapat mendampingi dan memberi dukungan pada pasien sebelum proses operasi SC dilakukan karena pasien akan merasa diperhatikan dan mempunyai semangat dalam menghadapi operasi yang akan dijalani.

4. Bagi Masyarakat

Untuk meningkatkan pengetahuan dalam upaya deteksi dini pada ibu bersalin dengan SC dan dapat melakukan antenatal care secara teratur serta pertolongan persalinan di tenaga kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

Bahiyatun. (2009). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal.* Jakarta : EGC.

Barbara, R. S. (2004). *Panduan Belajar : Keperawatan Ibu-bayi Baru Lahir (Terjemahan).* Jakarta : EGC.

Bobak,Lowdermilk. Jensen (2004). *Buku Ajara Keperawatan Maternitas (Terjemahan).* Jakarta : EGC.

Chapman, V. (2006). *Asuhan Kebidanan : Persalinan dan Kelahiran (terjemahan).* Jakarta: EGC

Doenges, M.E. (2001). *Rencana Perawatan Maternal / Bayi (Terjemahan).* Jakarta : EGC.

Hakimi, N. (2003). *Ilmu Kebidanan : Fisiologi dan Patologi Persalinan.* Jakarta : Yayasan Essentia Media.

Herdman, T.H. (2010). *Diagnosa Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2009 – 2011 (Nanda International (Terjemahan).* Jakarta : EGC.

Ladewig, P.W., London, M.L., Olds, S.B. (2006). *Buku Saku : Asuhan Ibu dan Bayi Baru Lahir.* Jakarta : EGC.

Lutan, D. (1998). Sinopsir Obstetri : *Obstetri Operatif, Obstetri Sosial.* Jakarta : EGC.

Manuaba, I.B.G. (2001). *Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi dan KB.* Jakarta : EGC.

Rabe, T. (2002). *Buku Saku Ilmu Kebidanan (Terjemahan).* Jakarta : Hipokrates.

Rohmah, N. Walid. S. (2009). *Proses Keperawatan : Teori dan Aplikasi.* Jogjakarta : Ar-Ruzz Media.

Saifuddin, A.B, Adriaansz, G. Wiknjosastro, G.H, Waspodo, D. (2006). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal.* Jakarta: Yayasan Biana Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Scoott, J.R. (2002). *Buku Saku Obstetri dan Ginekologi (Terjemahan).* Jakarta : Widya Media.

Wiknjosastro, H., Saifuddin, A.B., Rachimhadhi, T. (2000). *Ilmu Bedah Kebidanan.* Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Prawirahardjo.