

**ASUHAN KEPERAWATAN POST SECTIO CAESAREA  
ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH DINI  
PADA NY. T DI RUANG SRIKANDI  
RSUD KOTA SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

**Yuyun Fatmawati**  
**NIM : 89.331.31059**

**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 : Sabtu

Tanggal : 14 Mei 2011

Semarang, 14 Mei 2011

Pembimbing

UNISSULA  
SEMARANG

(Ns. Sri Wahyuni, S.Kep.)


NIK: 210 998 007

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Senin tanggal 6 Juni 2011 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 6 Juni 2011

Tim Penguji,  
Penguji I




(Ns. Tutik Rahayu, S. Kep)  
NIK : 210 996 001

Penguji II



(Indartik, S. Kep)  
NIK : 05 02 730

Penguji III



(Ns. Sri Wahyuni, S. Kep)  
NIK : 210 998 007

## PERSEMBAHAN

- ❖ Dosen Fakultas Ilmu Keperawatan, terima kasih atas bimbingan selama ini.
- ❖ Ibu dan ayah tercinta sebagai wujud terima kasih atas kasih sayang dan do'a yang selama ini diberikan demi kelancaran pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
- ❖ Kakak-kakakku serta keponakan tersayang yang telah memberikan dukungan dan do'a.
- ❖ My husband will be, yang telah memberikan motivasi dan do'a tiada henti kepada saya.
- ❖ Almameterku yang tiga tahun telah menjadikanku lebih baik dan semoga bermanfaat kelak, amien.....

## MOTTO

*"Jadikanlah kelembutan sebagai pekerjamu dalam segala urusanmu"*

*"Janganlah kamu bersikap lemah, dan janganlah pula kamu bersedih hati, padahal kamulah orang-orang yang paling tinggi derajatnya, jika kamu orang-orang yang beriman."*

*"Pendidikan merupakan perlengkapan paling baik untuk hari tua" (Aristoteles)*

*"Sesungguhnya sesudah kesulitan itu adalah kemudahan, maka apabila kamu telah selesai (dari suatu urusan), kerjakanlah dengan sungguh-sungguh (urusan) yang lain.*

*Dan hanya kepada Tuhanmulah hendaknya kamu berharap".*

*(Q.M. Alam Nasyah : 6-8)*

*"Jadikanlah sabar dan shalat sebagai penolongmu. Dan sesungguhnya yang demikian itu sungguh berat, kecuali bagi orang-orang yang khusyu' (yaitu) orang-orang yang meyakini bahwa mereka akan menemui Tuhannya, dan bahwa mereka akan kembali kepada-Nya" (Q.S. Al-Baqarah : 45-46)*

*Berusaha Selalu Jegar Dalam Menghadapi Masalah Karena Yakin Selalu ada*

*Allah Di Hati dan Menjaga Kita*

## KATA PENGANTAR

*Assalamu'alaikum wr.wb.*

*Alhamdulillahirobbil'alamin*, segala puji syukur ke hadirat Allah SWT yang mana telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T DENGAN POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH DINI DI RUANG SRIKANDI RSUD KOTA SEMARANG"**. Berbagai hambatan yang penulis hadapi dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat teratasi berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini perkenankan penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Allah SWT, dengan ridho Allah saya dapat menyelesaikan Karya Tulis ini.
2. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.Sc., M.Eng selaku Rektor Unissula yang telah memberikan dukungan kepada semua mahasiswa.
3. Bapak Iwan Ardian, S.KM selaku Dekan FIK Unissula yang telah memberikan banyak kesempatan dan memberi bantuan serta dukungan kepada semua mahasiswa.
4. Ibu Wahyu Endang Setyowati, S.KM selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula yang telah memberikan dukungan dan bantuan kepada semua mahasiswa.
5. Perawat dan bidan di ruang srikandi RSUD ketileng yang telah memberikan bimbingan dan kesempatan pada penulis mengambil studi kasus untuk karya tulis ilmiah.

6. Ibu Ns. Sri Wahyuni, S.Kep., Selaku pembimbing yang telah berkenan dan sabar memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
7. Ayah dan Ibu tercinta, kakak-kakakku keponakan tersayang serta my husband will be Mahardika Kurniawan yang selalu memberi semangat, dukungan dan inspirasi.
8. Sahabat-sahabatku yang baik hati mba Sinta, mba Sweety, Lina, Ayung, Danis, Echy, Madon, Widya, Wiwik, Rosy terima kasih banyak atas dukungan dan ketulusan do'anya.
9. Rekan-rekan seperjuangan yang telah memberikan bantuan, saran serta pendapatnya dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari akan keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang dapat membangun dari semua pihak yang membaca demi sempurnanya karya tulis ilmiah ini. Semoga karya tulis ini bermanfaat bagi semua pihak.

*Wassalamu'alaikum wr.wb.*

Semarang, Mei 2011

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI .....	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	iv
HALAMAN MOTTO.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xi
<b>BAB I    PENDAHULUAN</b>	
A. Latar belakang .....	1
B. Tujuan penulisan.....	2
C. Manfaat penulisan.....	3
<b>BAB II    TINJAUAN TEORI</b>	
A. Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini .....	5
B. Etiologi dan Mekanisme.....	5
C. Manifestasi Klinis .....	6
D. Pemeriksaan Diagnostik .....	6
E. Komplikasi .....	7
F. Penatalaksanaan .....	8
G. Konsep Dasar Sectio Caesarea .....	8
H. Tipe dan Jenis sectio caesarea .....	9
I. Indikasi .....	9
J. Patofisiologi .....	10



K. Pathways.....	12
L. Komplikasi .....	13
M. Penatalaksanaan.....	13
KONSEP DASAR KEPERAWATAN	
A. Pengkajian Keperawatan.....	15
B. Fokus Intervensi .....	16
BAB III HASIL ASUHAN KEPERAWATAN .....	19
BAB VI PEMBAHASAN .....	32
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan .....	41
B. Saran .....	46
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Konsultasi

Lampiran 2. Asuhan Keperawatan

Lampiran 3. Surat Keterangan Konsultasi

Lampiran 4. Surat Kesediaan Membimbing



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Kehamilan dan persalinan merupakan fase terpenting dalam kehidupan wanita. Wanita saat menjalani proses persalinan akan melahirkan bayi, placenta dan selaput ketuban dari rahim.

Proses persalinan yang di jalani wanita menimbulkan berbagai resiko seperti kematian ibu melahirkan. Berdasarkan survey Demografi kesehatan Indonesia tahun 2007 angka kematian ibu sebanyak 248 / 100.000, angka kematian bayi sebanyak 20 / 1000 kelahiran hidup. Penyebab kematian ibu karena pendarahan, eklampsia, pre eklampsia, Infeksi dan partus lama. Untuk mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu atau janin, untuk itu penolong persalinan perlu mengetahui tentang penatalaksanaan *Sectio Caesaria*. (Depkes RI, 2007)

Di Indonesia menurut Survei Demografi dan Kesehatan pada tahun 1997 dan tahun 2002-2003 mencatat angka persalinan SC secara nasional hanya berjumlah kurang lebih 4 % dari jumlah total persalinan.

Secara umum jumlah SC di rumah sakit pemerintah adalah sekitar 20-25% dari total persalinan, sedangkan di rumah sakit swasta jumlahnya sangat tinggi yaitu sekitar 30-80 % dari total persalinan (Depkes RI, 2006 : 9).

Besarnya persalinan *section caesarea* (SC) dibandingkan persalinan normal tetap mengandung risiko dan kerugian yang lebih besar seperti risiko

kematian dan komplikasi yang lebih besar seperti resiko kesakitan dan menghadapi masalah fisik pasca operasi seperti timbulnya rasa sakit, perdarahan, infeksi, kelelahan, sakit punggung, sembelit dan gangguan tidur juga memiliki masalah secara psikologis karena kehilangan kesempatan untuk berinteraksi dengan bayi dan merawatnya (Depkes RI, 2006 : 9).

Saat ini, persalinan dengan bedah Caesarea bukan hal yang baru lagi bagi para ibu maupun pasangan suami istri. Sejak awal, tindakan operasi Caesarea merupakan pilihan yang harus dijalani karena keadaan darurat untuk menyelamatkan nyawa ibu maupun janinnya. Dalam perkembangannya, selain untuk menolong kegawatan persalinan, operasi Caesar kadang dilakukan untuk alasan yang irasional, misalnya untuk mendapatkan hari kelahiran anak yang terbaik menurut kepercayaan. ([www.google.com](http://www.google.com))

Mencermati dampak yang di timbulkan akibat persalinan SC dapat menyebabkan meningkatkan resiko kematian ibu bersalin, keluhan fisik pasca SC serta masalah psikologis yang mungkin terjadi maka penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Ny. T dengan Post *Sectio Caesarea* atas Indikasi KPD (ketuban pecah dini) di ruang srikandi RSUD Ketileng, Semarang.

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Penulis dapat melaksanakan asuhan keperawatan ibu bersalin pada Ny. T dengan post SC atas indikasi KPD secara komprehensif.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui konsep dasar *sectio caesarea* (SC) dan ketuban pecah dini (KPD) yang meliputi pengertian, etiologi dan faktor predisposisi, patofisiologi dan klasifikasi, manifestasi klinis, pathways, pemeriksaan diagnostik, komplikasi, dan penatalaksanaan.
- b. Melaksanakan pengkajian kepada Ny. T dengan post SC atas indikasi KPD
- c. Menganalisa data yang di peroleh dan menegakkan diagnosa pada Ny. T
- d. Menyusun perencanaan pada N. T dengan post SC atas indikasi KPD
- e. Melaksanakan tindakan keperawatn yang di berikan pada Ny. T dengan post SC atas indikasi KPD
- f. Mengevaluasi serta mendokumentasikan keperawatan kepada Ny.T

## C. Manfaat penulisan

### 1. Bagi mahasiswa

Manfaat penulisan KTI diharapkan dapat memberikan tambahan pengetahuan dan dapat digunakan sebagai acuan untuk melakukan asuhan keperawatan ibu hamil dengan post SC atas indikasi KPD dan mahasiswa dapat memahami tentang konsep dasar *section caesarea*.

### 2. Bagi institusi

Institusi dapat mengetahui sejauh mana mahasiswa FIK UNISSULA Program Studi DIII Keperawatan mampu membuat asuhan keperawatan pada ibu post SC atas indikasi KPD.

3. Bagi lahan praktek

Dapat meningkatkan asuhan pelayanan yang komprehensif pada pasien KPD dan memantau keadaannya.

4. Bagi masyarakat

Hasil penulisan diharapkan dapat memberikan pengetahuan dan informasi kepada masyarakat tentang asuhan keperawatan pada ibu post SC atas indikasi KPD.



## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Ketuban Pecah Dini**

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan mulai dan di tunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar KPD adalah hamil aterm diatas 37 minggu, sedangkan dibawah 36 minggu tidak terlalu banyak (Ida bagus, 2001).

Ketuban yang pecah spontan atau PROM adalah ruptur karion dan amnion 1 jam atau lebih sebelum awitan persalinan. (Barbara, 2005)

Ketuban pecah dini adalah ketuban yang pecah sebelum awitan persalinan. (Morgan, Hamilton, 2009)

Jadi KPD adalah pecahnya selaput ketuban sebelum ada tanda persalinan atau pecah sebelum waktunya biasanya terjadi pada usia kehamilan > 37 minggu .

#### **B. Etiologi**

Penyebab KPD meliputi hal-hal sebagai berikut:

1. Serviks inkompeten.
2. Ketegangan rahim berlebihan seperti pada kehamilan ganda, hidramnion.
3. Kelainan letak janin dalam rahim, seperti letak sungsang dan letak lintang.
4. Kemungkinan kesempitan panggul seperti perut gantung, bagian terendah belum masuk PAP (pintu atas panggul), disproporsi sefalofelvik.

5. Kelainan bawaan dari selaput ketuban.
6. Infeksi yang menyebabkan terjadinya proses biomekanik pada selaput ketuban dalam bentuk proteolitik sehingga menyebabkan ketuban pecah.

**KPD terjadi akibat mekanisme sebagai berikut:**

1. Selaput ketuban tidak kuat sebagai akibat kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi.
2. Jika terjadi pembukaan serviks, selaput ketuban sangat lemah dan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban. (Yulaikhah, 2009)

**C. Manifestasi Klinik**

1. Ketuban pecah dini atau PROM (Premature Rupture Of Membrane) ditandai dengan cairan amnion yang memancar dari vagina. Cairan tersebut dapat mengalir atau bocor dari vagina tanpa adanya kontraksi.
2. Pengumpulan cairan amnion dalam vagina akan divisualisasikan selama pemeriksaan dengan spekulum.
3. Demam pada ibu, takikardi janin dan keluaran bau tidak sedap bias menandakan infeksi. (R. Stright, 2005)

**D. Pemeriksaan penunjang**

1. Pemeriksaan leukosit darah, bila  $> 15000 \text{ mm}^3$ , mungkin ada infeksi.
2. USG (Ultrasonography): membantu dalam menentukan usia kehamilan, letak janin, berat janin, letak plasenta, gradiasi plasenta serta jumlah air ketuban.



3. Nilai bunyi jantung janin dengan stetoskop laenec atau dengan fetal phone atau dengan CTG (Cardiotocography). Bila ada infeksi intra uterin atau peningkatan suhu, bunyi jantung janin akan meningkat. (saifuddin, 2006).

#### **E. Komplikasi**

Pada kebanyakan kasus masalah infeksi pada ibu tidak serius dan segera bisa diatasi dengan pemberian antibiotik serta pengosongan rahim. Sedangkan komplikasi dalam janin adalah:

1. Prematuritas: sekitar 20% dari bayi-bayi yang di lahirkan setelah ketuban pecah dini mempunyai berat badan kurang dari 2.500 gr.
2. Infeksi : penyebab kematian janin yang paling utama adalah infeksi, semakin lama periode laten, semakin lama kala satu persalinan dan semakin besar insidensi ninfeksi.
3. Malpresentasi: keadaan ini sering dijumpai, khususnya presentasi bokong.
4. Prolaps funiculi: kejadian ini terdapat, khususnya pada bayi-bayi prematur.
5. Mortalitas perinatal: angka keseluruhan 5%: pada bayi prematur, angkanya 30%, semakin lama periode laten, semakin tinggi mortalitasnya. Malpresentasi meningkatkan mortalitas, dan infeksi intrauterin memperburuk prognosis. (Hakimi, 2003)

## **F. Penatalaksanaan**

1. Ketika tidak terdapat kontraindikasi terhadap tatalaksana observasi (infeksi intra-amnion, 'gawat janin'/ hasil pemeriksaan janin yang tidak meyakinkan, perdarahan per vaginam, dan proses persalinan aktif), maka tatalaksana observasi maupun augmentasi persalinan segera merupakan pilihan yang bisa di terima.
2. Jika keadaan leher rahim kurang baik, maka perlu di lakukan pematangan leher rahim.
3. Oligohidramion parah dapat disebabkan oleh kompresi tali pusat pada proses persalinan yang mengarah pada hasil pemeriksaan janin yang tidak meyakinkan dan persalinan melalui bedah sesar. Masih belum jelas apakah amnionfus inpartum dapat memperbaiki hasil pemeriksaan janin dan menurunkan angka persalinan dengan bedah sesar atau tidak. (Norwitz & John O, 2006).

Salah satu penatalaksanaan ketuban pecah dini adalah dengan sectio caesarea.

## **G. Konsep Sectio Caesarea**

Sectio caesarea merupakan pembedahan obstetric untuk melahirkan janin yang variabel melalui abdomen. (Farrer, 2001)

Sectio caesarea didefinisikan sebagai lahirnya janin melalui insisi di dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi). (Cunningham, Hartono, Suyono, Brahm, Hartanto, 2009)

Sectio caesarea adalah, Pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus (Hanifa Wikajosastro, 2005).

Jadi sectio caesarea adalah pembedahan yang di lakukan pada abdomen dan uterus guna untuk mengeluarkan anak karena indikasi tertentu seperti bedah sesar berulang, panggul sempit, pre-eklamsi berat, letak janin sungsang, KPD, dan lain-lain.

#### **H. Tipe atau jenis sectio caesarea**

Jenis SC dapat di klasifikasikan menjadi 5, yaitu :

1. Segmen bawah: insisi melintang
2. Segmen bawah: insisi membujur
3. Sectio caesarea klasik
4. Sectio caesarea extraperitoneal
5. Histerektomicaesarea. (Hakimi, 2003)

#### **I. Indikasi**

Indikasi ibu

1. Panggul sempit absolute.
2. Kegagalan melahirkan secara normal karena kurang adekuatnya stimulasi.
3. Tumor-tumor jalan lahir yang menimbulkan obstruksi.
4. Stenosis servik/vagina.
5. Plasenta previa
6. Disproporsi sepelopelvik.

## 7. Ruptura uteri membakat.

### Indikasi janin

1. Kelainan letak.
2. Gawat janin.
3. Prolapsus plasenta.
4. Perkembangan bayi yang terhambat.
5. Mencegah hipoksia janin, misalnya karena pre eklamsi berat, ketuban pecah dini.

### Kontraindikasi

1. Janin mati.
2. Syok, anemia berat, sebelum diatasi.
3. Kelainan congenital berat.
4. Infeksi piogenik pada dinding abdomen.
5. Minimnya fasilitas operasi *sectio caesarea*. (Rasjidi, 2009)

## J. Patofisiologi

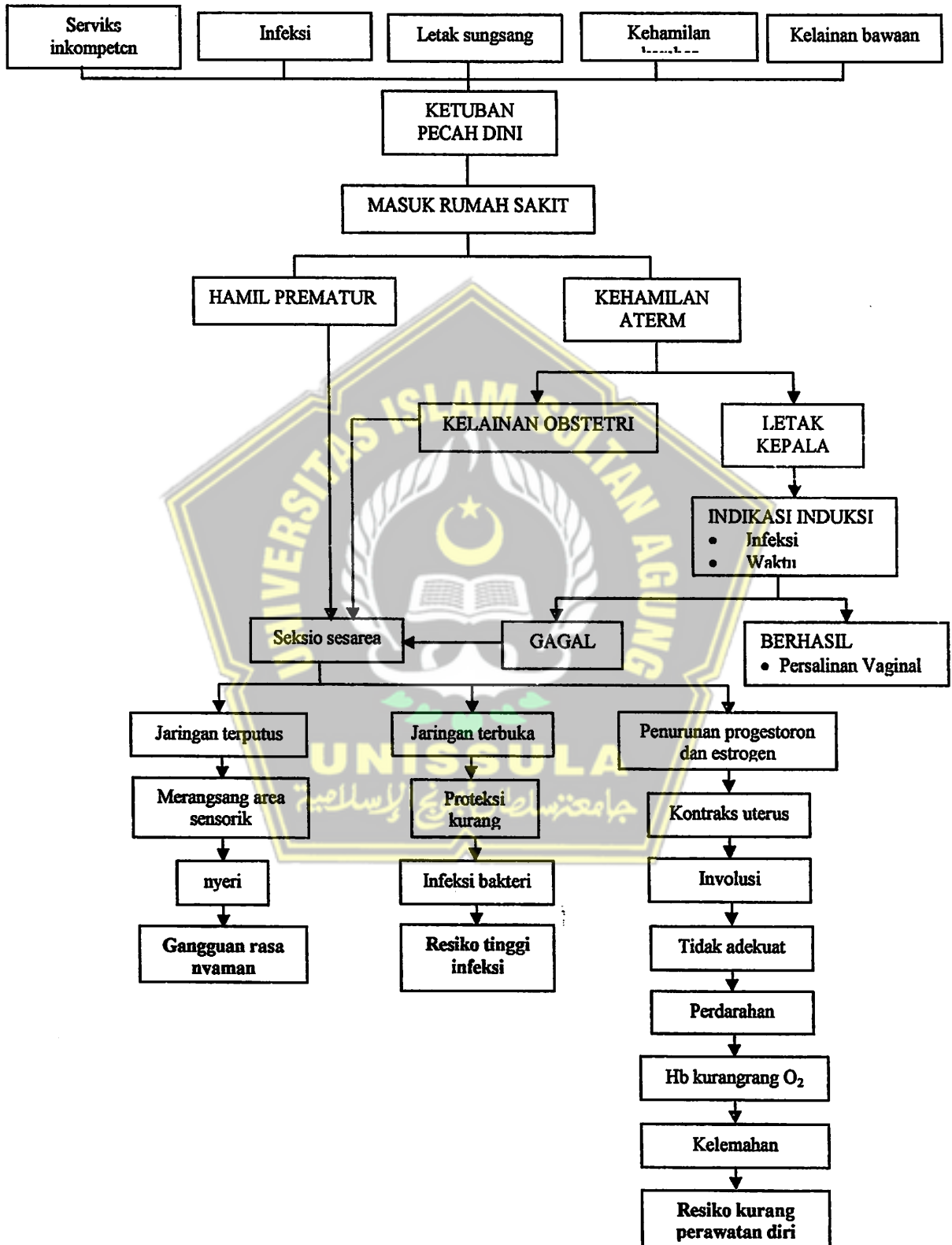
PROM atau ketuban pecah dini dihubungkan dengan malpresentasi, kemungkinan titik lemah pada amnion dan karion, infeksi subklinis, dan kemungkinan serviks inkompeten. Pertahanan dasar dan pertahanan efektif janin terhadap infeksi hilang dan resiko infeksi uterus yang naik, dikenal dengan sebagai kariomnionitis, meningkat.

Penyebab utama kematian yang berhubungan dengan ketuban pecah dini adalah infeksi, bila periode laten (waktu antara pecahnya membran dan awitan persalinan) kurang dari 24 jam, resiko infeksi rendah.

Setelah janin bertambah besar dalam rahim dan cukup bulan akan menuju jalan lahir. Apabila seorang ibu mengalami masalah seperti KPD, CPD, usia >35 tahun, ada riwayat SC, partus lama, kelainan letak pada bayi, dan keadaan ibu yang bermasalah selama hamil, maka persalinan normal sulit untuk dilakukan, hal ini di indikasikan untuk kelahiran secara sectio caesarea. (R. Stright, 2005)



### K. Pathways



(Manuaba, 2004)

## **L. Komplikasi**

Komplikasi utama persalinan sectio caesarea adalah kerusakan organ-organ seperti visika urinaria dan uterus saat dilangsungkan operasi, komplikasi anestesi, perdarahan, infeksi dan tromboemboli. Kematian ibu lebih besar pada persalinan sectio caesarea dibandingkan persalinan pervaginam. Sulit untuk memastikan hal tersebut terjadi apakah dikarenakan prosedur operasinya ataukah karena alasan yang menyebabkan ibu hamil tersebut harus dioperasi.

Takipneu sesaat pada bayi baru lahir lebih sering terjadi pada persalinan sectio caesarea, dan kejadian trauma persalinan pun tidak dapat disingkirkan. Resiko jangka panjang yang dapat terjadi adalah terjadinya plasenta previa, solusio plasenta, plasenta akreta, dan rupture uteri. (Rasjidi, 2009).

## **M. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan medis dan perawatan setelah dilakukan sectio caesarea :

1. Perdarahan dari vagina harus dipantau dengan cermat.
2. Fundus uteri harus sering dipalpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap berkontraksi dengan kuat.
3. Analgesia meperidin 75-100 mg atau morfin 10-15 mg diberikan, pemberian narkotik biasanya disertai anti emetik, misalnya prometazin 25 mg.
4. Periksa aliran darah uterus palingsedikit 30 ml/jam.
5. Pemberian cairan intra vaskuler, 3 liter cairan biasanya memadai untuk 24 jam pertama setelah pembedahan.

6. Ambulasi, satu hari setelah pembedahan klien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan orang lain.
7. Perawatan luka, insisi diperiksa setiap hari, jahitan kulit (klip) diangkat pada hari keempat setelah pembedahan.
8. Pemeriksaan laboratorium, hematokrit diukur pagi hari setelah pembedahan untuk memastikan perdarahan pasca operasi atau mengisyaratkan hipovolemia.
9. Mencegah infeksi pasca operasi, ampicilin 29 dosis tunggal, sefalosporin, atau penisilin spektrum luas setelahjanin lahir (Cunningham, F Garry, 2005 : 614).





## KONSEP DASAR KEPERAWATAN

### A. Pengkajian

#### 1. Identitas klien

Meliputi: Nama, umur, suku bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, tanggal masuk, tanggal pengkjian, diagnose medis, no RM, serta penanggung jawab.

#### 2. Riwayat kesehatan

##### a. Riwayat kesehatan sekarang

Apakah yang dirasakan klien pada saat sekarang

##### b. Riwayat kesehatan dahulu

Apakah sebelumnya klien pernah mengalami penyakit yang sama tau penyakit turunan dan menular.

##### c. Riwayat kesehatan keluarga

Adanya penyakit turunan yang menjadi factor (pencetus) dan dikaji adanya kelahiran kembar.

##### d. Riwayat menstruasi dan kehamilan dan persalinan

saat mentruasi biasanya klien tidak ada kesulitan.selama hamil klien mengalami mual muntah,klien juga mengeluh pusing saat hamil jenis persalinan SC, keadaan anak, BB, BP, apgar score dan pendarahan.

##### e. Riwayat nifas

lochea, kontraksi uterus, Tfu, pendarahan.

### 3. Pemeriksaan fisik

Dilakukan mulai dari kepala sampai ekstremitas bawah secara sistematis.

- a. Kepala: Hygiene rambut, keadaan rambut
- b. Mata
  - Sklera : ikterik / tidak
  - Konjungtiva : anemis / tidak
  - Mata : simetris / tidak
- c. Leher: Apakah ada pembengkakan kelenjer tyroid, tekanan vena jugularis.
- d. Dada
  - Pernafasan: jenis pernafasan, bunyi nafas, penarikan sela iga, asi keluar atau tidak, putting susu menonjol, aerola menghitam, terdapat lesi / tidak
- e. Abdomen: Nyeri tekan pada abdomen, teraba masa pada abdomen, kontraksi uterus, dan tinggi pundus uteri
- f. Ekstremitas: Nyeri panggul saat beraktifitas, ada atau tidak adanya kelemahan

### B. Fokus Intervensi

1. Nyeri berhubungan dengan adanya insisi pembedahan. (Marlylin E Doengoes,2001)

Tujuan: nyeri berkurang dalam 2 x 24 jam dan rasa nyaman terpenuhi

Kriteria Hasil : klien dapat beradaptasi dengan nyerinya

### Tindakan Keperawatan dan Rasional

#### a. Tingkatan nyeri dan instensitasnya

Rasional : dengan mengkaji dapat diperoleh data yang berguna untuk menentukan tindakan selanjutnya

#### b. Alihkan perhatian klien terhadap objek lainnya

Rasional : dengan membagi konsentrasi akan mengurangi perhatian klien terhadap nyeri yang dirasakan

#### c. Anjurkan klien melakukan tehnik relaksasi

Rasional : dapat membantu dalam mengurangi ansetas dan ketegangan dan serta meningkatkan kenyamanan

#### d. Berikan analgetik yang diresepkan dokter

Rasional : untuk mengatasi nyeri

### 2. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan/kulit rusak. (Marlylin E Doengoes,2001)

Tujuan : infeksi tidak terjadi

Kriteria hasil:

- tidak ada tanda infeksi
- tidak terjadi peningkatan suhu

### Tindakan Keperawatan dan Rasional

#### a. Inspeksi balutan abdominal terhadap eksudat dan rembesan

Rasional : balutan steril menutupi luka pada 24 jam pertama kelahiran caesarea membantu melindungi luka dari cedera atau kontaminasi

b. Kaji suhu nadi, pernapasan, sel darah putih

Rasional : demam setelah pasca operasi hari ke 3, leukositosis dan takikardia menunjukkan infeksi

c. Berikan antibiotic khusus untuk proses infeksi yang teridentifikasi

Rasional : perlu untuk mematikan organisme

3. Kurang perawatan diri berhubungan dengan efek- efek anestesi: pengungkapan ketidak mampuan untuk berpartisipasi dalam tingkat yang diinginkan. (Marlylin E Doengoes,2001)

Kriteria Hasil : klien di harapkan mampu melakukan perawatan diri

Tindakan Keperawatan dan Rasional

a. Pastikan berat/durasi ketidak nyamanan/adanya skit kepala pasca spinal

Rasional : nyeri berat mempengaruhi respon emosi dan perilaku sehingga klien mungkin tidak mampu bervokus pada aktifitas perawatan diri sampai kenyamanan terpenuhi.

b. Kaji status psikologis klien

Rasional : pengalaman nyeri fisik disertai dengan nyeri mental yang mempengaruhi keinginan klien

c. Berikan agens analgesic 3-4 jam sesuai kebutuhan

Rasional : menurunkan ketidak nyamanan yang dapat mempengaruhi untuk melaksanakan perawatan diri

## BAB III

### HASIL ASUHAN KEPERAWATAN

#### A. Pengkajian

##### 1. Identitas

Pengkajian dilakukan pada hari selasa 23 maret 2011 jam 13.00. Nama pasien Ny T, umur 35 tahun. Status Obstetric: P<sub>3</sub>NH<sub>1</sub> (partus ketiga nifas hari pertama). Pasien masuk Rumah Sakit tanggal 21 maret 2011. Nomor CM : 170890. Pendidikan SD. Alamat Plamongan sari RT 02/VII, Semarang. Agama Islam, pekerjaan pembantu rumah tangga. Penanggung jawab Tn. S, hubungan dengan klien: suami, umur 35 tahun, agama islam, pendidikan STM, pekerjaan sopir angkutan umum.

##### 2. Keluhan Utama

Klien mengatakan perutnya terasa nyeri pada bekas luka post operasi Sectio Caesarea (SC).

##### 3. Riwayat Persalinan Sekarang

Pada tanggal 21 maret 2011 klien di bawa ke RSUD ketileng sekitar jam 15.00 WIB atas rujukan bidan , klien mengatakan saat di rumah keluar cairan ngepyok dari jalan lahir 1,5 jam sebelum di bawa ke rumah sakit, saat di IGD klien segera di beri cairan infuse oleh perawat setempat. Pada tanggal 22 maret 2011 di lakukan SC pada jam 09.50 WIB. Saat pengkajian klien post SC hari ke-2 di Ruang Srikandi RSUD Kota Semarang, dengan panjang luka post SC 11 cm, kondisi luka belum kering, tertutup perban.

#### 4. Riwayat Kehamilan.

Kehamilan sekarang di rencanakan karena klien dan suami klien menginginkan satu anak lagi. Status obstetric saat hamil ini adalah G<sub>3</sub>P<sub>2</sub>A<sub>0</sub>, usia kehamilan saat masuk RS 38 minggu. Jumlah anak di rumah 2 (dua), anak pertama adalah laki-laki lahir secara spontan di bidan, dengan BB 3 kg dalam keadaan sehat, usia anak pertama sekarang adalah 15 tahun. Anak kedua perempuan lahir secara spontan di bidan dengan BB 2,9 kg, dalam keadaan sehat umur anak kedua adalah 11 tahun.

#### 5. Riwayat Menstruasi

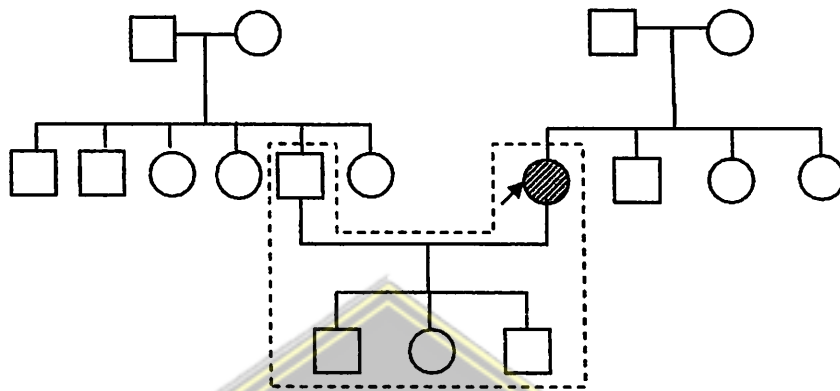
Menarche umur : klien mengatakan menarche saat usia 14 th. Siklus menstruasi : 28 hari. Lama menstruasi : 7 hari. Cara klien mengatasi gangguan menstruasi : klien mengatakan jika mengalami gangguan nyeri haid atau disminore klien hanya beristirahat atau tiduran sampai nyeri hilang sendiri, klien tidak pernah mengkonsumsi jamu atau obat-obatan untuk mengatasi nyeri haid.

#### 6. Riwayat KB

Klien mengatakan sebelum kehamilan ketiga klien menggunakan KB suntik setiap 3 bulan sekali selama 9 tahun, selama menggunakan KB suntik klien tidak mengalami atau merasakan keluhan apapun, klien mengatakan nyaman dengan KB suntik. Setelah kelahiran anak ketiga klien mengatakan menggunakan KB steril yg sudah dilakukan bersamaan dengan operasi SC.

## 7. Riwayat Kesehatan Keluarga

### Genogram



### Keterangan :

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Hubungan suami istri
-  : Hubungan saudara
-  : Klien
-  : Tinggal dalam satu rumah

## 8. Pemeriksaan Fisik

Kedaaan umum klien saat dilakukan pengkajian yaitu composmentis, lemas. TD: 130/90 mmHg, N :88 x/mnt, S: 37,5 °C, RR: 22 x/mnt. Tinggi badan:160 dan berat badan 70 kg Kulit kuku: turgor baik, elastisitas baik, capillary refill<2 dtk. Kepala: kotor, tidak terdapat massa, rambut hitam panjang, ikal, lengket dan kusut. Leher: simetris, tidak terdapat pembesaran kelenjar tyroid. Pada pemeriksaan dada, Paru-paru: Inspeksi,

dada terlihat normal tidak barel chest, palpasi dengan hasil sonor, reflek taktil fromitus kanan kiri sama, tidak ada nyeri tekan dan masa, pada auskultasi bunyi nafas vesikuler. Pada pemeriksaan jantung dengan inspeksi: Terlihat dada normal, gerakan dada pada saat inspirasi mengembang, palpasi pada batas jantung teraba di inter costal ke-3 dan ke-5, ictus cordis 2 cm dari sternum kiri, perkusi tidak ada nyeri, lokasi denyutan ictus cordis di inter costal ke-5, auskultasi terdengar buyi jantung I dan bunyi jantung II. Payudara: bentuk normal, puting menonjol dan sedikit kotor, terdapat corpus, areola, dan papilla mammae, keluar ASI sedikit-sedikit, colostrum. Abdomen: inspeksi: Terdapat luka insisi dan di tutup verban kurang lebih 11 cm, dari hasil auskultasi terdengar gerak peristaltik usus 12 x/menit, palpasi: Tinggi fundus uteri dua hari post partum setinggi dua jari di atas umbilicus, diastasis rektus abdominalis teraba 1 jari, perkusi adanya nyeri tekan. Perianal: terpasang DC, vulva dan vagina kotor, Lokea: 4 kali ganti pembalut dalam sehari, warna: merah segar sampai merah tua, jenis: lochea rubra. Hemoroid: tidak ada. Ekstremitas, varises: tidak ada, Tanda homans: tidak ada nyeri tekan betis saat dorsoflexi.

## **B. Pengkajian Kebutuhan khusus**

### **1. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan**

Klien mengatakan sangat senang dan bersyukur dengan keadaanya yang sekarang dengan di beri karunia yang lebih yaitu anak yang ketiga yang sudah di rencanakan bersama suami klien. Upaya yang dilakukan



klien dalam mempertahankan kesehatannya dengan cara menjaga pola makan, kebersihan dan jika klien mengalami sakit klien segera memeriksakan ke puskesmas atau klinik terdekat. Selama klien dirawat di rumah sakit klien belum bisa melakukan perawatan secara mandiri karena gerak klien terbatas dengan menahan rasa sakit bekas operasinya. Klien juga mengatakan tidak tahu cara melakukan perawatan luka setelah post SC.

## 2. Pola Nutrisi dan Metabolik

Asupan makanan klien adalah nasi, lauk-pauk, dan buah-buahan, klien makan sehari 3x sehari. Diet yang di jalani klien adalah nasi lembek, klien menghindari makanan yang mengandung tinggi purine. Mengatakan tidak ada keluhan penurunan nafsu makan. Makan habis 1 porsi, klien mempunyai riwayat asam urat, klien menghindari makanan pantangan seperti emping, kangkung, bayam, jeroan dan lain-lain. Pola minum klien sehari 5-7 gelas blimbing dengan komposisi teh, air putih dan susu.

## 3. Pola Eliminasi

Klien mengatakan sebelum dirawat dirumah sakit klien BAK 4-6 kali sehari dan BAB 1-2 kali sehari. Selama dirawat dirumah sakit pola BAK klien ada perubahan, klien terpasang DC, BAK klien sekitar 300 cc/8jam, Klien mengatakan BAB 1 kali sehari selama dirawat. Klien mengatakan tidak ada keluhan pada pola eliminasinya.

#### 4. Pola Aktifitas dan Latihan

Klien adalah seorang ibu rumah tangga yang bekerja sebagai buruh rumah tangga, kegiatan sehari-hari klien bekerja di rumah majikannya. Klien mengatakan jika pagi hari klien sering jalan-jalan pagi di sekitar rumahnya sebelum bersiap untuk berangkat kerja, setelah persalinan dan dirawat dirumah sakit klien mengatakan masih lemas dan terasa letih, klien belum bisa mengerjakan pekerjaannya karena masih dalam perawatan. Klien hanya melakukan ambulasi dan tirah baring diatas tempat tidur.

#### 5. Pola Istirahat dan Tidur

Klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit tidur sekitar jam 22.00 dan bangun sekitar jam 04.30, klien tidak pernah mengalami gangguan atau keluhan-keluhan saat tidur, klien jarang tidur siang karena klien harus bekerja. Selama di rumah sakit klien tidur sewaktu-waktu atau tidak menentu, klien sering bangun malam untuk menyusui bayinya, jika ada waktu senggang atau bayinya tertidur klien sebisa mungkin memanfaatkan waktu untuk tidur atau beristirahat.

#### 6. Pola kognitif Perseptual Sensori

Klien mengatakan tidak ada keluhan sensori baik pendengaran maupun penglihatan. Kemampuan mengingat dan memahami klien cukup baik pengambilan keputusan di Bantu oleh suami dan keluarga. Klien mengatakan tidak ada penurunan sensitivitas akibat nyeri. Persepsi terhadap nyeri P: Nyeri seperti teriris perih, Q: Kualitas nyeri sedang, R:

Nyeri di daerah luka post op.± 11 cm, tertutup perban, S: skala nyeri 5, T: Nyeri dirasa saat bangun, mau duduk dan berdiri

#### 7. Pola Persepsi Diri dan Konsep Diri

klien adalah seorang yang sangat sabar, ramah, rendah diri dan selalu bersyukur, klien seorang wanita berusia 35 tahun dan sudah menikah, klien menyukai semua anggota tubuhnya, peran klien adalah sebagai seorang istri dan ibu bagi anak-anaknya, klien juga bekerja sebagai buruh rumah tangga, klien sangat bersyukur menjadi seorang wanita dan di beri kepercayaan oleh Allah SWT untuk mempunyai seorang suami yang baik dan 3 anak. Kebahagiaan klien bertambah dengan kelahiran anak ketiganya begitu juga dengan suami dan anak-anaknya. Klien mengatakan ingin mengasuh anak-anaknya hingga menjadi seorang yang berhasil, ingin memberikan pendidikan yang layak bagi anak-anaknya, agar kehidupan klien kelak menjadi lebih bahagia.

#### 8. Pola Mekanisme Koping

Dalam pengambilan keputusan klien di Bantu oleh suami dan keluarga. Upaya yang dilakukan klien dalam menghadapi masalah adalah dengan tetap bersabar, berdo'a dan terus bertawakal.

#### 9. Pola Seksual dan Reproduksi

Klien mengatakan tidak ada masalah atau keluhan dalam hubungan seksual, tidak ada gangguan dengan hubungan seksual klien dengan suaminya. Keluarga, suami dan anak-anak klien saling menyayangi, klien mempunyai keluarga yang harmonis.

#### 10. Pola Komunikasi Komunikasi

Pola komunikasi klien dengan orang lain baik, jelas dalam pengucapan kata-kata, komunikasi yang dilakukan oleh klien menggunakan bahasa jawa dan Indonesia, dengan intensitas komunikasi yang cukup.

#### 11. Kebutuhan Spiritual

Klien mengatakan "dalam menjalankan ibadah selalu mentati ajaran agama atau kepercayaan yaitu ajaran agama islam", klien tidak percaya bahwa makan daging dan ikan tidak baik setelah melahirkan.

#### 12. Pemeriksaan Fisik Bayi

Berat badan: 3400 gram, panjang badan: 50 cm, Lingkar kepala: 36 cm, lingkar dada: 36 cm, suhu: 36,5 °C jantung dan paru: denyut jantung 140x/mnt, pernapasan: 40x/mnt, bunyi napas vesikuler, kepala: ubun-ubun: berdenyut dengan kuat, rambut kepala tebal, bersih, tidak ada lesi. Punggung: simetris, tidak ada lesi, kulit bersih lembut. Mata: simetris bersih, conjungtiva tidak anemis, tidak ikterik. Telinga: bentuk simetris, terdapat lubang telinga, keluaran serumen tidak ada. Mulut: keadaan mulut baik, simetris, palatum mole: +, palatum durum: +, Hidung: bentuk simetris, terdapat lubang hidung, tidak ada nafas cuping hidung, tidak ada sekret dan pembesaran polip. Leher: simetris, tidak ada pembesaran kelenjar thyrioid, tidak ada tanda-tanda iritasi. Genetalia: laki-laki, tidak ada pembesaran skrotum, anus berlubang, tidak terdapat tanda infeksi. Ekstremitas: jari tangan dan kaki tidak terdapat kelainan, pergerakan aktif, perut: lembek.

## 13. Pemeriksaan Penunjang

## LABORAT

Tanggal periksa: 22 Maret 2011

Pemeksaan	Hasil	Satuan	Nilai minimal
Hemoglobin	10,9 L	g/dl	11,7-15.5
Hematokrit	34.1	%	33-45
Leukosit	17.900 H	ribu/dl	3.6-11.0
Eritrosit	4,8	juta/dl	3.8-5.2
Trombosit	217.000	ribu/dl	150-440

## LAB KLINIK

Protein (+) positif

## THERAPY

Infus : RL 20tpm

Biosanbe

Amoxilin

Dopamed 3x500 mg

Canexi 2x1 gr

Syntosinon 3x1 gr

Injeksi : - kethorolac 2x1 gr

- cefotaxim 2x1 gr

### C. Analisa Data

Analisa data diambil tanggal 23/03/2011 jam 13.00

1. Data subjektif Ny Q mengatakan merasa nyeri pada luka bekas post.SC, nyeri seperti teriris perih, Data objektif: klien tampak meringis menahan nyeri, otot tegang, perilaku distraksi. terdapat luka bekas post SC, P: nyeri seperti teriris perih, Q: kualitas nyeri sedang, R: nyeri didaerah bekas luka post.op ± 11cm, tertutup perban. S: skala nyeri 5(sedang), T: nyeri dirasa saat bangun mau duduk dan berdiri. problemnya yaitu gangguan rasa nyaman nyeri, penyebabnya luka post sectio Caesarea.
2. Data subjektif Ny. T mengatakan tidak tahu cara melakukan perawatan luka setelah post SC, data objektif: terdapat luka post SC, kondisi luka belum kering, tampak luka tertutup perban, perban tampak kotor, luka post SC sepanjang 11cm. problemnya yaitu resti infeksi, penyebabnya post op Caesar.

### D. Prioritas masalah

1. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan trauma pembedahan
2. Resiko tinggi terjadinya infeksi berhubungan dengan trauma jaringan/kulit rusak

## E. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan di lakukan tanggal 23 maret 2011 jam 13.00

### 1. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan trauma pembedahan

Tujuannya yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil: data subyektif :

klien mengatakan nyeri berkurang. P : nyeri tidak seperti teriris, Q : nyeri menjadi ringan, R : nyeri di daerah post SC tidak parah, S: skala nyeri berkurang menjadi 0, T : nyeri tidak terasa ketika duduk maupun berdiri.

Rencana keperawatan yang dilakukan: pantau ku dan TTV klien,rasional: mengetahui keadaan umum klien. Kaji skala nyeri klien rasional: mengetahui skala nyeri klien. Berikan teknik mengatasi nyeri dengan relaksasi dan tarik nafas dalam, rasional: agar klien rileks. Atur posisi klien senyaman mungkin, rasional: memenuhi kebutuhan kenyamanan klien. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik, rasional: mengatasi nyeri.

### 2. Resiko tinggi terjadinya infeksi berhubungan dengan trauma jaringan/kulit rusak tujuannya yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi dengan criteria hasil: tidak ada tanda infeksi (jauh dari criteria infeksi), albumin dalam keadaan normal, suhu tubuh dalam keadaan normal. Rencana keperawatan yang di lakukan : berikan nutrisi yang adekuat, rasional: Nutrisi yang adekuat akan menghasilkan daya tahan tubuh yang optimal. Pantau TTV (suhu, nadi), rasional: mengetahui tanda-tanda vital klien. Berikan penkes untuk

menjaga daya tahan tubuh, kebersihan diri serta tanda-tanda infeksi dini pada luka, rasional : dengan adanya partisipasi dari pasien, maka kesembuhan luka dapat lebih mudah terwujud. Perawatan luka dengan teknik septic aseptik, rasional: menjaga luka agar tetap steril. Kolaborasi dengan dokter tentang pemberian antibiotic, rasional: agar tidak mudah terinfeksi.

#### **F. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan ini dilakukan pada tanggal 23 maret 2011 pada jam 14.00 dan pada tanggal 24 maret 2011 jam 08.00

##### **1. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan trauma pembedahan**

Implementasi yang dilakukan yaitu pada hari rabu tanggal 23 maret 2011 jam 14.00. memantau keadaan umum klien dan TTV, jam 14.00 mengkaji skala nyeri klien, jam 14.30 mengajarkan tehnik relaksasi dan tarik nafas dalam, 14.15 mengalihkan perhatian ke objek lain (mengobrol) 15.00 mengatur posisi klien senyaman mungkin, 17.00 kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik.

##### **2. Resti infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, kulit rusak, implementasi yang dilakukan pada hari rabu tanggal 23 maret 2011 yaitu**

jam 14.00 memantau keadaan umum dan memantau TTV klien, jam 14.15 mengobservasi keadaan luka klien (mengkaji tanda infeksi), jam 14.20 menyuapi klien dengan memberikan makanan bernutrisi, 15.00 memberikan penkes tentang kebersihan diri dan luka serta memberikan informasi tentang tanda-tanda infeksi dini pada luka, 17.00 kolaborasi



dengan dokter tentang pemberian antibiotic. 24 maret 2011 jam 08.00  
mengganti balut bekas luka SC hari ke tiga.

### **G. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi keperawatan dilakukan pada tanggal 23 jam 20.00 dan 24  
maret 2011 jam 07.30

1. Pada tanggal 23 maret 2011 jam 20.00 Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan trauma pembedahan, evaluasinya yaitu subjektif klien mengatakan nyeri berkurang, objektif yaitu P: nyeri seperti teriris, Q:nyeri berkurang, R: nyeri didaerah bekas luka post SC, S:skala ringan 3, T: hilang timbul, analisa masalah teratasi sebagian, planningnya lanjutkan intervensi.
2. Pada tanggal 23 dan 24 maret 2011 jam 11.00. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, kulit rusak evaluasinya yaitu subjektif klien mengatakan bisa menjaga kebersihan diri & paham tentang melahirkan sesar, Klien mengerti kebutuhan nutrisinya, objektif klien makan makanan yg bernutrisi, luka post op caesar belum kering, ganti balut setelah tiga hari post SC, tidak ada tanda-tanda infeksi. Analisa masalah teratasi, planning pertahankan intervensi.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini Penulis akan membahas tentang kasus yang diambil yaitu mengenai Asuhan Keperawatan pada Ny. T dengan post Sectio caesarea atas indikasi ketuban pecah dini di ruang srikandi RSUD kota Semarang baik dari segi teori pengaplikasian dilahan.

Dari hasil pengkajian pada Bab III (Resume Keperawatan) ada banyak bagian yang masih kurang, antara lain pada bagian pengkajian seperti pada data pasien. Selama memberikan asuhan keperawatan pada Ny. T dengan post Sectio caesarea atas indikasi ketuban pecah dini.

Penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan. Proses keperawatan adalah pemecahan masalah yang sistematis untuk memberikan asuhan keperawatan. Adapun tahapan proses keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Adapun pembahasan untuk diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. T dengan post Sectio caesarea atas indikasi ketuban pecah dini adalah :

#### **1. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan trauma pembedahan**

Penulisan redaksional diagnosa keperawatan yang penulis tetapkan kurang tepat, karena melihat teori yang ada di Carpenito yaitu nyeri berasal dari individu yang mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dalam berespon terhadap suatu rangsangan yang berbahaya. Etiologi yang tepat

adalah nyeri berhubungan dengan trauma jaringan dan refleks spasme otot sekunder akibat pembedahan.

Nyeri akut adalah keadaan ketika individu mengalami dan melaporkan adanya sensasi tidak nyaman atau ketidaknyamanan yang parah, yang berlangsung selama satu detik sampai kurang dari 6 bulan (Carpenito, 2009).

Batasan untuk menegakkan diagnosa ini adalah batasan mayor; komunikasi (verbal atau dengan kode) untuk mendeskripsikan nyerinya. Batasan minor perilaku berhati-hati, melindungi, berfokus pada diri sendiri, mimik wajah menunjukkan adanya nyeri, gangguan tonus otot (Carpenito, 2009).

Diagnosa ini masuk prioritas utama alasannya karena menurut "Hierarki Maslow" termasuk kebutuhan dasar manusia berupa rasa aman dan nyaman, apabila gangguan rasa nyaman nyeri tidak teratasi akan mengganggu klien dalam beraktifitas. Dalam mengatasi masalah gangguan rasa nyaman nyeri, penulis menerapkan tujuan klien merasa nyaman nyeri berkurang, dengan kriteria hasil skala nyeri menjadi 0, klien tampak rileks.

Diagnosa ditegakkan karena pada pengkajian ditemukan data subjektif : Ny. T mengatakan bagian perut bekas post operasi terasa sakit. Data lengkapnya yaitu data subjektif: Ny. T mengatakan bagian perut bekas post SC terasa nyeri. Data obyektifnya klien tampak meringis menahan nyeri, otot tegang, perilaku distraksi. terdapat luka bekas post SC P: nyeri Q: seperti teriris perih. R: nyeri yang dialami pada perut yang habis dioperasi. S: skala nyeri 5 dan T: terjadinya saat duduk, bangun mau berdiri.

Data yang penulis cantumkan kurang lengkap, seharusnya perlu ditambahkan data tentang perubahan tanda-tanda vital (TTV). Tanda-tanda vital yang penulis dapatkan saat pengkajian adalah: Tekanan darah: 130/90 mmHg, Nadi: 88x/menit, Suhu: 37,5<sup>0</sup>C, Respiratory rate: 22x/menit.

Diagnosa ini muncul karena adanya trauma jaringan atau kerusakan kulit saat dilakukan pembedahan atau *sectio caesarea* (Doengoes, 2001) ditandai dengan laporan nyeri, wajah meringis menahan sakit, otot tegang, perilaku distraksi.

Adapun dalam mengatasi masalah diagnose keperawatan Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan trauma pembedahan, penulis melakukan rencana keperawatan yang tujuannya yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil: data subyektif : klien mengatakan nyeri berkurang menjadi 0. P : nyeri tidak seperti teriris, Q : nyeri menjadi ringan, R : nyeri di daerah post SC tidak parah, S: skala nyeri berkurang menjadi 0, T : nyeri tidak terasa ketika duduk maupun berdiri. Rencana keperawatan yang dilakukan: Tingkatan nyeri dan instensitasnya ,Rasional: dengan mengkaji dapat diperoleh data yang berguna untuk menentukan tindakan selanjutnya. Alihkan perhatian klien terhadap objek lainnya, Rasional: dengan membagi konsentrasi akan mengurangi perhatian klien terhadap nyeri yang dirasakan. berikan teknik mengatasi nyeri dengan relaksasi dan tarik nafas dalam agar klien rileks, rasional: relaksasi dapat mengurangi ketegangan otot-otot yang akan mengurangi nyeri (Carpenito, 2009) . Memberikan dan mengubah posisi

senyaman mungkin dengan, rasional: dapat membantu klien dalam mengurangi rasa nyeri (Doengoes, 2001). kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik, Rasional : untuk mengatasi nyeri.

Dalam menyusun intervensi, penulis mengalami kesalahan dalam tujuan intervensi. Penulis telah menetapkan kriteria hasil yaitu skala nyeri menjadi 0 hal ini merupakan tujuan yang tidak realistis. Menurut Alimul Aziz, (2004) penetapan kriteria hasil seharusnya berpedoman pada kriteria S, P, K, K, W yaitu: S(Subyek): perilaku pasien yang diamati, P(Predikat): kondisi yang melengkapi pasien, K(Kriteria): kata kerja yang dapat diukur, K(Kondisi): sesuatu yang menyebabkan asuhan diberikan dan W(Waktu): waktu yang ingin dicapai. Tujuan intervensi gangguan rasa nyaman nyeri adalah: Klien mengatakan peredaan setelah suatu tindakan yang memuaskan (Carpenito. 2009).

Implementasi dari tindakan tidak mengalami hambatan, karena klien kooperatif dan mau diajak bekerja sama. implementasi yang telah penulis lakukan yaitu mengkaji skala nyeri, memantau tanda-tanda vital, mengajarkan tehnik relaksasi dan tarik nafas dalam, mengalihkan perhatian terhadap objek lain, mengatur posisi senyaman mungkin, pemberian analgetik sesuai advis dokter.

Evaluasi setelah tindakan keperawatan yang penulis lakukan adalah masalah teratasi sebagian karena klien mengatakan nyeri sudah berkurang tetapi masih belum hilang. Untuk menyelesaikan masalah nyeri klien penulis mendelegasikan ke perawat ruangan.

## 2. Resti infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, kulit rusak.

Resiko infeksi adalah mengalami peningkatan resiko terinfeksi organisme patogenik.

Menurut NANDA (2009-2011), faktor resiko infeksi adalah penyakit kronis, imunitas didapat tidak adekuat, pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat (mis., integritas kulit tidak utuh, jaringan yang mengalami trauma, penurunan kerja siliaris, statis cairan tubuh, perubahan sekresi pH, gangguan peristalsis), pertahanan tubuh sekunder yang tidak adekuat (mis., penurunan hemoglobin, leukopenia, supresi/ penurunan respons inflamasi), peningkatan pemajanan lingkungan terhadap pathogen, imunosupresi, prosedur invasif, pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemajanan patogen, malnutrisi, agens farmasi/obat (mis., imunosupresan), ketuban pecah dini, ketuban pecah lama/memanjang, trauma, kerusakan jaringan.

Resiko tinggi infeksi merupakan keadaan dimana makhluk hidup atau seseorang terinfeksi oleh agen patogenik atau oportunistik (virus, jamur, bakteri, protozoa, parasit, dll) didukung dengan port de-entri makhluk hidup tersebut. Diagnosa resiko tinggi infeksi ini dapat ditegakkan apabila ada faktor pendukung, diantaranya adalah tindakan invasif, adanya port de-entri bagi agen patogenik atau oportunistik (Carpenito. 2009)

Diagnosa ini menjadi diagnosa yang kedua karena merupakan resiko, bila tidak segera dilakukan tindakan keperawatan maka masalah akan menjadi aktual. Infeksi akan memperlambat proses penyembuhan luka dan jika

perawatan luka tidak menggunakan teknik aseptik dan didukung daya tahan tubuh yang tidak baik dari klien, maka akan terjadi infeksi. (Doengoes, 2001)

Diagnosa resti infeksi berhubungan dengan trauma jaringan/kulit rusak penulis angkat karena pada saat dilakukan pengkajian ditemukan data subjektif Ny. T mengatakan tidak tahu cara melakukan perawatan luka setelah post SC, data objektif: terdapat luka post SC, kondisi luka belum kering, tampak luka tertutup perban, perban tampak kotor, luka post SC sepanjang 11cm. Data yang penulis tambahkan adalah pemeriksaan laboratorium, antara lain pemeriksaan hemoglobin (Hb): 10,9 l, pemeriksaan leukosit: 17.900 H.

Adapun dalam mengatasi masalah diagnose keperawatan Resti infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, kulit rusak., penulis melakukan rencana keperawatan yang tujuannya ialah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi dengan criteria hasil: tidak ada tanda infeksi(jauh dari kriteria infeksi), albumin dalam keadaan normal, suhu tubuh dalam keadaan normal.

Rencana keperawatan yang di lakukan : berikan nutrisi yang adekuat, rasional: Nutrisi yang adekuat akan menghasilkan daya tahan tubuh yang optimal. Pantau Tanda-tanda vital, rasional: untuk mengetahui nadi, suhu. Berikan penkes untuk menjaga daya tahan tubuh, kebersihan diri serta tanda-tanda infeksi dini pada luka, rasional: dengan adanya partisipasi dari pasien, maka kesembuhan luka dapat lebih mudah terwujud. Perawatan luka dengan teknik septic aseptik, rasional: menjaga luka agar tetap steril. Kolaborasi

dengan dokter tentang pemberian antibiotic, rasional: agar tidak mudah terinfeksi.

Implementasi untuk masalah keperawatan resti infeksi berhubungan dengan trauma jaringan/kulit rusak tidak mengalami hambatan. Penulis sudah melakukan tindakan sesuai dengan yang direncanakan. Penulis tidak mengalami kesulitan dalam melakukan implementasi karena dari klien dan keluarga klien sangat kooperatif untuk dilakukan tindakan keperawatan.

Hasil evaluasi yang telah ditetapkan untuk diagnosa keperawatan resti infeksi berhubungan dengan trauma jaringan/kulit rusak sudah sesuai dengan intervensi dan kriteria hasil, masalah sudah teratasi.

Pada pengkajian yang sudah penulis lakukan ada beberapa hasil data yang seharusnya penulis rumuskan dalam diagnosa keperawatan. Diagnosa tersebut adalah:

- a. Mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri/merasa tidak nyaman. (Doengoes, 2001)

Diagnosa ini dapat ditegakkan karena ada data yang didapatkan dari pengkajian yang mendukung diagnosa ini dapat dimunculkan, diantaranya adalah data subyektif : Klien mengatakan "klien merasa lemas dan letih". Data Obyektif: Klien sudah bertirah baring, klien tidak merasa cemas dengan keadaan seperti sekarang ini setelah di lakukan tindakan operasi, aktifitas klien belum sepenuhnya terpenuhi, latihan ambulasi dilakukan dengan duduk ditempat diatas tempat tidur. Masalah ini harus



diatasi karena jika tidak dilakukan penatalaksanaan akan menyebabkan diagnose actual. Dan memperparah kondisi klien.

- b. Resiko terhadap perubahan pola eliminasi perkemihan dan atau konstipasi yang berhubungan dengan manipulasi dan atau trauma sekunder terhadap Sectio Caesarea (Tucker, Susan Martin, 2001).

Konstipasi adalah kelainan pada sistem pencernaan di mana seorang manusia (atau hewan) mengalami pengerasan feses yang sulit untuk dibuang yang dapat menyebabkan kesakitan hebat pada penderitanya.

Konstipasi dapat disebabkan oleh pola makan, hormon, akibat samping obat-obatan, dan juga karena kelainan anatomis. Pengobatan konstipasi dapat dilakukan dengan pengubahan pola makan, obat pencahar (laksatif), terapi serat, dan pembedahan, walaupun pilihan terakhir jarang dilakukan. Konstipasi hebat disebut juga dengan obstipasi.

Konstipasi adalah keluhan pencernaan yang paling umum. Gejala akan berbeda antara seseorang dengan seseorang yang lain, karena bentuk usus besar setiap orang berbeda-beda. Munculnya rasa mulas bukan suatu tanda, begitupula mulas yang tak tentu juga tidak menuju ke suatu gejala. Konstipasi sering terjadi pada anak-anak dan orang tua, dan lebih banyak terjadi pada wanita dibandingkan dengan pria. Pada anak-anak, konstipasi dapat mengarah kepada soiling (Wikipedia Indonesia, 2006).

Adapun tanda dari konstipasi diantaranya: Adanya feses yang keras, defekasi kurang dari 3 kali seminggu, menurunnya bising usus,

adanya keluhan pada rektum, nyeri saat mengejan dan defekasi, adanya keluhan masih ada sisa feses (Uliyah, Musrifatul. Hidayat, Aziz alimul: 2006).

Pada pengkajian yang didapatkan oleh penulis Data Subyektif :  
Klien mengatakan "klien BAB 1 hari sekali, tidak ada keluhan tentang masalah buang air besarnya, dan BAK kurang lebih 400 cc/8 jam, tidak ada masalah dengan BAK nya". Data Obyektif : Gerak peristaltik usus tidak mengalami peningkatan dan penurunan 12 kali permenit, tidak ada masalah mengenai proses BAB. Untuk itu penulis menyimpulkan diagnosa ini tidak dingkat.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada Ny. T dengan post sectio caesarea (SC) atas indikasi ketuban pecah dini (KPD) di ruang Srikandi RSUD ketileng Semarang tanggal 23 Maret 2011 sebagai langkah terakhir dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat diambil kesimpulan yang sekiranya dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi pemberi asuhan keperawatan pada pasien khususnya pada pasien dengan post SC atas indikasi ketuban pecah dini.

#### **A. Kesimpulan**

Sectio caesarea didefinisikan sebagai lahirnya janin melalui insisi di dinding abdomen (laparatomi) dan dinding uterus. (Cunningham, Hartono, Suyono, Brahm, Hartanto, 2009).

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan mulai dan di tunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar KPD adalah hamil aterm diatas 37 minggu, sedangkan dibawah 36 minggu tidak terlalu banyak (Ida bagus, 2001).

#### **1. Pengkajian**

Pada pengkajian di keluhan utama Klien mengatakan perutnya terasa nyeri pada bekas luka post operasi, nyeri seperti teriris perih, Data objektif: klien tampak meringis menahan nyeri, otot tegang, perilaku distraksi. terdapat luka bekas post SC, P: nyeri seperti teriris perih, Q: kualitas nyeri sedang, R: nyeri didaerah bekas luka post.op ± 11cm, tertutup perban. S:

skala nyeri 5(sedang), T: nyeri dirasa saat bangun mau duduk dan berdiri. problemnya yaitu gangguan rasa nyaman nyeri, penyebabnya luka post section Caesarea. Masalah yang muncul kedalam diagnosa keperawatan adalah nyeri berhubungan dengan adanya insisi pembedahan.

Pada pengkajian Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan Klien juga mengatakan tidak tahu cara melakukan perawatan luka setelah post SC. data objektif: terdapat luka post SC, kondisi luka belum kering, tampak luka tertutup perban, perban tampak kotor, luka post SC sepanjang 11cm. problemnya yaitu resti infeksi, penyebabnya post op Caesar. Masalah yang muncul kedalam diagnosa keperawatan resti infeksi berhubungan dengan trauma jaringan/kulit rusak.

Pengkajian Asuhan Keperawatan pada Ny. T dengan post SC atas indikasi ketuban pecah dini telah dilaksanakan sesuai dengan teori, meskipun dalam pengkajian masih ada banyak kekurangan dan kesenjangan.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Untuk menentukan diagnosa keperawatan pada Ny. T dengan post SC atas indikasi ketuban pecah dini. dapat ditegakkan diagnosa keperawatan yaitu:

- a. Nyeri berhubungan dengan trauma jaringan dan refleks spasme otot sekunder akibat pembedahan.
- b. Resti infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, kulit rusak.

Diagnosa yang seharusnya muncul adalah:

- a. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan penurunan kondisi (dekondisi) akibat tirah baring.
- b. Resiko terhadap perubahan pola eliminasi perkemihan dan atau konstipasi yang berhubungan dengan manipulasi dan atau trauma sekunder terhadap Sectio Caesarea.

### 3. Intervensi.

Pada langkah ini telah dilakukan sesuai dengan rencana yang telah dibuat, hal ini karena adanya kerjasama yang baik antara perawat, pasien, dan dengan keluarga pasien. Untuk masalah keperawatan nyeri berhubungan dengan trauma jaringan dan refleks spasme otot sekunder akibat pembedahan, penulis melakukan rencana keperawatan yang tujuannya yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil: data subyektif : klien mengatakan nyeri berkurang menjadi 0. P : nyeri tidak seperti teriris, Q : nyeri menjadi ringan, R : nyeri di daerah post SC tidak parah, S: skala nyeri berkurang menjadi 0, T : nyeri tidak terasa ketika duduk maupun berdiri. Rencana keperawatan yang dilakukan: Tingkatan nyeri dan instensitasnya ,Rasional: dengan mengkaji dapat diperoleh data yang berguna untuk menentukan tindakan selanjutnya. Alihkan perhatian klien terhadap objek lainnya, Rasional: dengan membagi konsentrasi akan mengurangi perhatian klien terhadap nyeri yang dirasakan. berikan teknik mengatasi nyeri dengan relaksasi dan tarik nafas dalam agar klien rileks,

rasional: relaksasi dapat mengurangi ketegangan otot-otot yang akan mengurangi nyeri (Carpenito, 2009) . Memberikan dan mengubah posisi senyaman mungkin dengan, rasional: dapat membantu klien dalam mengurangi rasa nyeri (Doengoes, 2001). kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik, Rasional : untuk mengatasi nyeri.

Adapun untuk masalah keperawatan resti infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, kulit rusak. Penulis melakukan rencana keperawatan yang tujuannya ialah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi dengan criteria hasil: tidak ada tanda infeksi(jauh dari kriteria infeksi), albumin dalam keadaan normal, suhu tubuh dalam keadaan normal. Rencana keperawatan yang dilakukan : berikan nutrisi yang adekuat, rasional: Nutrisi yang adekuat akan menghasilkan daya tahan tubuh yang optimal. Pantau Tanda-tanda vital, rasional: untuk mengetahui nadi, suhu. Berikan penkes untuk menjaga daya tahan tubuh, kebersihan diri serta tanda-tanda infeksi dini pada luka, rasional: dengan adanya partisipasi dari pasien, maka kesembuhan luka dapat lebih mudah terwujud. Perawatan luka dengan teknik septic aseptic, rasional: menjaga luka agar tetap steril. Kolaborasi dengan dokter tentang pemberian antibiotic, rasional: agar tidak mudah terinfeksi.

#### 4. Implementasi

Implementasi yang dilakukan belum dilakukan dengan efektif sehingga ada hasil yang diharapkan yang belum sesuai dengan criteria hasil yang ditetapkan oleh penulis.

Implementasi yang telah dilakukan penulis untuk diagnosa pertama adalah pada hari rabu tanggal 23 maret 2011 jam 14.00. memantau keadaan umum klien dan TTV, jam 14.00 mengkaji skala nyeri klien, jam 14.30 mengajarkan tehnik relaksasi dan tarik nafas dalam, 14.15 mengalihkan perhatian ke objek lain(mengobrol) 15.00 mengatur posisi klien senyaman mungkin, 17.00 kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik.

Untuk diagnosa yang kedua implementasinya adalah pada hari rabu tanggal 23 maret 2011 yaitu jam 14.00 memantau keadaan umum dan memantau TTV klien, jam 14.15 mengobservasi keadaan luka klien (mengkaji tanda infeksi), jam 14.20 menyuapi klien dengan memberikan makanan bernutrisi, 15.00 memberikan penkes tentang kebersihan diri dan luka serta memberikan informasi tentang tanda-tanda infeksi dini pada luka, 17.00 kolaborasi dengan dokter tentang pemberian antibiotic. 24 maret 2011 jam 08.00 mengganti balut bekas luka SC hari ke tiga.

#### 5. Evaluasi

Evaluasi dari tindakan keperawatan pada Ny. T dengan post SC atas indikasi KPD untuk masalah keperawatan nyeri berhubungan dengan adanya insisi pembedahan, sudah teratasi sebagian karena klien mengatakan nyeri sudah berkurang tetapi belum hilang. Masalah keperawatan belum sesuai dengan criteria hasil yang telah ditetapkan oleh penulis. Evaluasi masalah keperawatan resti infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, kulit rusak, sudah teratasi dan sesuai dengan intervensi serta kriteria hasil yang di inginkan.

## **B. Saran**

1. Menyarankan kepada ibu-ibu pada umumnya dan klien pada khususnya, untuk dapat mendukung dan mencapai semua tujuan pada masa kehamilan dan persalinan, diharapkan ibu dapat mengikuti program senam hamil secara rutin untuk memperlancar proses persalinan nantinya. Kepada klien Sectio Caesarea agar selalu menggunakan alat support seperti gurita atau korset pada perut untuk melindungi tarikan kulit sekitar insisi Post-Op Sectio Caesarea dari tarikan yang berlebihan. Selain itu klien diharapkan tidak hamil lagi minimal 3 tahun dengan menggunakan alat kontrasepsi untuk mencegah kehamilan, kepada klien juga diharapkan untuk tetap menyusui bayinya dengan teknik yang benar minimal 6 bulan guna menjaga kesehatan bayi dan daya imun bayi.
2. Bagi mahasiswa hendaknya lebih memahami tentang hubungan terapeutik dalam pemberian asuhan keperawatan terutama pada pasien dengan post SC atas indikasi KPD dan klien dengan masalah kesehatan lain pada umumnya. Mahasiswa hendaknya melakukan pengkajian secara tepat agar dapat menentukan diagnosa yang tepat sehingga tidak muncul komplikasi yang lebih berat.
3. Hubungan antara perawat dengan tim kesehatan lain serta kerjasama perawat dengan keluarga sangat diperlukan untuk membantu dalam asuhan keperawatan yang optimal dan perkembangan kondisi pasien kearah yang lebih baik.



4. Rumah sakit hendaknya memberikan informasi pada masyarakat tentang masalah kesehatan, penanganan dan pencegahan dini, baik melalui leaflet maupun poster.
5. Bagi para pembaca (khususnya mahasiswa Keperawatan dan perawat) setelah membaca Karya Tulis Ilmiah ini dapat menambah wawasan tentang apa itu post SC atas indikasi ketuban pecah dini, tanda dan gejalanya, komplikasi dan penanganan yang tepat.



## DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi, 2008. *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- Carpenito, L., J. 2009. *Diagnosa keperawatan aplikasi pada praktek kliniks*. Alih bahasa: Eka Anisa Mardela. Edisi 9. Jakarta: EGC.
- Doengoes, M., E. 2001. *Rencana Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Smeltzer, Suzanne C. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth Volume 2 (edisi 8)*. Jakarta: EGC.
- Doengoes, M., E. 2000. *Rencana asuhan keperawatan pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien*. Edisi 3. Alih bahasa: I Made Kariasa. Jakarta: EGC.
- Hacker, Neville. 2001. *Esensial Obstetri dan ginekologi*. Edisi 2. Alih bahasa: Edi Nugroho. Jakarta : Hipokrates
- F. Gary Conningham, at all. 2006. *Williams Obstwtrics*. Edisi 21 vol 1. Alih bahasa: dr. Andry hartono. Jakarta : EGC
- F. Gary Conningham, at all. 2009. *Williams Obstwtrics*. Edisi 21. Alih bahasa: Brahm U. Jakarta : EGC
- Hidayat, Aziz Alimul A. Uliyah, Mussrifatul. 2006. *Keterampilan prosese praktik klinik kebidanan*. Jakarta : Salemba medik
- Wikipedia Indonesia. 2009. <http://id.wikipedia.org/wiki/Konstipasi>. 03/02/2009.11.00 am.
- [Http://www.google.com](http://www.google.com). 2009. *trend-operasi sesar*. 20/01/2008. 20.00 pm.
- Depkes RI. 2007. Profil kesehatan. <http://www.depkes.go.id>. 2 mei 2011.
- Manuaba, I., A., C. 2009. *Patologi Obstetri untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Manuaba, I., A., C. 2007. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: EGC
- Manuaba, I., B., G. 2004. *Penuntun Kepaniteraan Klinik Obstetri & Ginekologi*. Jakarta: EGC.

- Manuaba, I., B., G. 2001. *Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi dan KB*. Jakarta: EGC.
- Farrer, Helen. 2001. *Perawatan Maternitas*. Alih bahasa: Yasmin Asih. Jakarta : EGC
- R. Stright, Barbara. 2005. *Keperawatan Ibu-Bayi Baru Lahir*. Edisi 3. Alih bahasa: Maria A. Wijayarini, S.Kp, MSN. Jakarta: EGC
- Yulaikhah, Lily. 2009. *Seri Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta: EGC.
- Hakimi, mohammad. 2003. *Fisiologi dan Patologi Persalinan*. Jakarta: yayasan Essentia Medica.
- Depkes RI. 2006. *Angka Persalinan Sesar*. <http://www.depkes.go.id>. 10 April 2011. 17.00 pm.
- Saifuddin, Abdul Bari. 2006. *Standar Pelayanan Medik Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: Gaya Baru.
- Rasjidi, Imam. 2009. *Kelainan Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta.
- Morgan, Hamilton. 2009. *Obstetri & Ginekologi Panduan Praktek*. Alih bahasa: Rusi M. Syamsi. Jakarta: EGC.
- Fakultas kedokteran padjadjaran. 2006. *Obstetri Operatif*.
- Herdman, T., Heather. 2011. *NANDA Internasional Diagnosis Keperawatan*. Alih bahasa: Made Sumarwati, S.Kp, MN. Jakarta : EGC.
- R. Norwitz, John O. 2008. *At a Glance Obstetri dan Ginekologi*. Edisi kedua. Alih bahasa: Diba Artsiyanti E. P. Jakarta: Erlangga.
- Tucker, Susan martin, at all. 1999. *Standar Keperawatan Pasien: Proses Keperawatan, Dignosa dan Evaluasi*. Alih bahasa Asih. Jakarta: EGC.