



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. L *PASCA PARTUM*
SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI BEKAS
SECTIO CAESAREA DUA KALI DAN
MAKROSOMIA DI RUANG
SERUNI RUMAH SAKIT
MITRA KELUARGA
BEKASI BARAT**

**Disusun Oleh :
AGHIS NUFADILLAH
201701016**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA KELUARGA
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
BEKASI
2020**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. L *PASCA PARTUM*
SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI BEKAS
SECTIO CAESAREA DUA KALI DAN
MAKROSOMIA DI RUANG
SERUNI RUMAH SAKIT
MITRA KELUARGA
BEKASI BARAT**

**Disusun Oleh :
AGHIS NUFADILLAH
201701016**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA KELUARGA
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
BEKASI
2020**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama lengkap : Aghis Nufadillah

NIM : 201701016

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga Program
Studi DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. L *Pasca Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Bekas *Sectio Caesarea* Dua Kali Dan Makrosomia Di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang dilaksanakan pada tanggal 12 Februari 2020 sampai dengan 14 Februari 2020 adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas makalah ilmiah ini, tanpa unsur plagiatisme baik dalam aspek penulisan maupun substansi.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan yang sebenar-benarnya. Bila dikemudian hari terdapat kekeliruan, maka saya bersedia bertanggung jawab atas semua risiko perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 25 Februari 2020

Yang Membuat Pernyataan,


Aghis Nufadillah

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. L *Pasca Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Bekas *Sectio Caesarea* Dua Kali Dan Makrosomia Di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 31 Mei 2020
Pembimbing Makalah



Ns. Lina Herida Pinem, S.Kep., M.Kep.

Mengetahui,
Koordinator Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Mitra Keluarga



Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp. Kep.M.B

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. L *Pasca Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Bekas *Sectio Caesarea* Dua Kali Dan Makrosomia Di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang disusun oleh Aghis Nufadillah (201701016) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 08 Juni 2020.

Bekasi, 08 Juni 2020

Penguji I



Ns. Edita Astuti Panjaitan, S.Kep., M.Kep.

Penguji II



Ns. Lina Herida Pinem, S.Kep., M.Kep.

Nama : Aghis Nufadillah
NIM : 201701016
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Ny. L. Pasca
Partum Sectio Caesarea Dengan Indikasi Bekas
Sectio Caesarea Dua Kali Dan Makrosomia Di
Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga
Bekasi Barat
Halaman : xiii + 101 halaman + 1 tabel + 1 lampiran
Pembimbing : Lina Herida Pinem

ABSTRAK

Latar Belakang: Pada tahun 1990 dan 2014 tingkat *sectio caesarea* pada rata-rata global meningkat sebanyak 12.4. Beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada persalinan *sectio caesarea* yaitu terjadinya infeksi *puerperal*, perdarahan, luka kandung kemih, dan kemungkinan terjadi ruptura uteri.

Tujuan Umum: Laporan kasus ini bertujuan untuk memperoleh gambaran nyata melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan *sectio caesarea* atas indikasi makrosomia (bayi besar) melalui pendekatan proses keperawatan secara komprehensif.

Metode Penulisan: Dalam penyusunan laporan kasus ini menggunakan metode deskriptif-naratif, melalui studi kasus, studi kepustakaan dan studi dokumentasi yaitu dengan mengungkapkan fakta- fakta sesuai dengan data-data yang didapat pada saat penulis melakukan proses keperawatan.

Hasil: Hasil dari pengkajian didapatkan enam diagnosa yaitu risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pascapartum, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, ansietas berhubungan dengan hubungan interpersonal, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka bekas operasi, risiko konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen. Intervensi pertama: kaji kontraksi dan konsistensi uterus, observasi tekanan darah, observasi tinggi fundus uteri, monitor *lochea*. Intervensi kedua: kaji nyeri pasien secara komprehensif, meliputi: P,Q,R,S,T tiap 8 jam, ajarkan relaksasi napas dalam, observasi nadi. Intervensi ketiga: observasi suhu, monitor tanda-tanda infeksi, lakukan perawatan luka, berikan obat *bactesyn* 2x375 mg peroral. Intervensi keempat: anjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaan, anjurkan keluarga untuk menemani pasien, ajarkan teknik relaksasi. Intervensi kelima: observasi penyebab gangguan mobilitas yang dialami pasien, kaji kemampuan pasien dengan melakukan mobilitas, anjurkan pasien mengubah posisi tiap 2 jam. Intervensi keenam: kaji tanda dan gejala konstipasi, kaji penyebab konstipasi, anjurkan konsumsi makanan berserat, anjurkan konsumsi cairan.

Kesimpulan dan Saran: Dengan prioritas diagnosa sesuai dengan kebutuhan dasar yang paling utama yaitu kebutuhan fisiologis. Saran untuk perawat bekerja sama dalam memberi asuhan keperawatan dapat berjalan secara optimal demi kesembuhan pasien.

Keyword: asuhan keperawatan, makrosomia, *sectio caesarea*

Daftar Pustaka: 30 (2010-2020)

Name : Aghis Nufadillah
Student ID Number : 201701016
Study Program : Diploma III Nursing
Title : Nursing Care in Ny. L Pasca Partum
Caesarean Sectio with Indications of
Secondhand Sectio Caesarean and Macrosomia
in Seruni Room Mitra Keluarga West Bekasi
Hospital
Page : xiii + 101 pages + 1 tables + 1 attachment
Supervisor : Lina Herida Pinem

ABSTRACT

Background: In 1990 and 2014 the rate of *sectio caesarea* on the global average increased by 12.4. Some complications that can occur in labor *caesarean sectio* include infection *puerperal*, bleeding, bladder sores, and the possibility of uterine rupture.

General Objectives: This case report aims to obtain a real picture of performing nursing care in patients with *caesarean section* on indications of macrosomia (large infants) through a comprehensive nursing process approach.

Writing Method: In compiling this case report using the descriptive-narrative method, through case studies, literature studies and documentation studies that are by disclosing facts in accordance with the data obtained at the time the authors conducted the nursing process.

Results: The results of the study found six diagnoses, namely the risk of bleeding associated with postpartum complications, acute pain associated with physical injury agents, risk of infection associated with invasive procedures, anxiety associated with interpersonal relationships, physical mobility barriers associated with postoperative wound pain, risk of constipation related with abdominal muscle weakness. The first intervention: assess uterine contractions and consistency, blood pressure observation, observation of uterine fundus height, monitor *lochea*. Second intervention: assess the patient's pain comprehensively, including: P, Q, R, S, T every 8 hours, teach deep breathing relaxation, pulse observation. Third intervention: observation of temperature, monitor for signs of infection, perform wound care, administer bactesyn 2x375 mg orally. The fourth intervention: encourage the patient to express feelings, encourage the family to accompany the patient, teach relaxation techniques. The fifth intervention: observation of the causes of mobility disorders experienced by the patient, assess the patient's ability to perform mobility, encourage the patient to change position every 2 hours. The sixth intervention: assess the signs and symptoms of constipation, assess the causes of constipation, encourage consumption of fibrous foods, encourage consumption of fluids.

Conclusions and Suggestions: With the priority of diagnosis in accordance with the most basic basic needs namely physiological needs. Suggestions for nurses to work together in providing nursing care can run optimally for the healing of patients.

Keywords: nursing care, macrosomia, *sectio caesarea*

Bibliography: 30 (2010-2020)

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan makalah ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. L *Pasca Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Bekas *Sectio Caesarea* Dua Kali Dan Makrosomia Di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat”.

Makalah ilmiah ini dibuat dengan tujuan untuk menyelesaikan tugas akhir semester pada mata kuliah Karya Tulis Ilmiah di STIKes Mitra Keluarga. Dalam penyusunan makalah ilmiah, penulis banyak mendapatkan bimbingan, bantuan, serta dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, melalui kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ns. Lina Herida Pinem, S.Kep., M.Kep. selaku dosen pembimbing Karya Tulis Ilmiah (KTI) serta selaku penguji II yang telah bersedia meluangkan waktu, pikiran dan tenaga untuk membimbing dan memberikan masukan atau arahan kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
2. Ns. Edita Astuti Panjaitan, S.Kep., M.Kep. selaku penguji I yang telah meluangkan waktu dan pikiran untuk menguji penulis mengenai karya tulis ilmiah ini.
3. Dr. Susi Hartati S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An selaku Ketua STIKes Mitra Keluarga yang bersedia memberikan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah.
4. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep.M.B selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan yang selalu memberikan arahan, dukungan dan semangat kepada mahasiswa angkatan VII.
5. Ns. Anung Ahadi, S.Kep.,M.Kep selaku dosen Pembimbing Akademik (PA) yang telah membimbing, memotivasi, memberikan semangat, serta memberikan kritik yang sangat membangun dalam penulisan karya tulis ilmiah.

6. Ns. Elfrida Simamora, S.Kep yang telah bersedia membantu penulis mencari referensi terkait kasus kelolaan penulis.
7. Seluruh staf akademik dan staf non akademik STIKes Mitra Keluarga yang telah menyediakan fasilitas dan bantuan dalam bentuk apapun demi kelancaran penulisan karya tulis ilmiah.
8. Seluruh pihak Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat, seluruh perawat ruang rawat inap Seruni serta *clinal mentor* yang telah bersedia menyediakan tempat untuk penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien kasus kelolaan.
9. Ny. L beserta suami selaku pasien kelolaan yang telah bersedia memberikan informasi kepada penulis dalam melaksanakan proses asuhan keperawatan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah.
10. Kedua orang tua tersayang, ayah tercinta Agapitus Kasmin, ibu tercinta Ika Atikah, dan adik tercinta Ajwa Abighael Kirana yang selalu mendoakan, memberikan motivasi, memberikan arahan, serta dukungan secara moril maupun materiil selama menempuh pendidikan dan dalam penulisan karya tulis ilmiah.
11. Sandy Lefo Revanda yang menjadi bagian *support system* yang selalu memberikan semangat dan motivasi dalam penulisan karya tulis ilmiah ini.
12. The Babs: Rizqiani Dwi Lestari yang selalu memberikan semangat, yang selalu bersama-sama dari awal masuk kuliah sampai saat ini dalam penulisan karya tulis ilmiah.
13. Sahabat tercinta: Arien Michellina, Kinanti Aisyah, Atika Nurfadila, Aulia Rahmah, Sheva Aulia yang menjadi *support system* yang telah bersedia memberikan semangat, dan motivasi kepada penulis dalam pembuatan karya tulis ilmiah.
14. Teman tercinta: Elysabeth Niken dan Yuni Hermalia yang telah selalu memberikan dukungan, dan motivasi selama perkuliahan.
15. Teman seperjuangan karya tulis ilmiah maternitas khususnya anak bimbingan Bu Lina: Nur Anisa Utami, Zahrina Zakkiyah, Ajeng Triani, Nisma Ajeng, Mega Ayu L.

16. Teman-teman DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga angkatan VII yang memberikan dukungan, semangat, dan motivasi satu sama lain selama perkuliahan, yang telah berjuang bersama dalam pembuatan karya tulis ilmiah.
17. Seluruh pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu-persatu, yang telah mendoakan, mendukung, dan memberikan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan makalah ilmiah ini masih banyak kekurangan baik dari segi bentuk maupun penyajiannya. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang sifatnya membangun untuk perbaikan karya tulis ilmiah ini. Semoga makalah ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan khususnya mahasiswa keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan.

Bekasi, 25 Februari 2020

Aghis Nufadillah

DAFTAR ISI

COVER DALAM.....	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK.....	v
ABSTRACT.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Ruang Lingkup.....	5
D. Metode Penulisan.....	6
E. Sistematika Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN TEORI.....	8
A. Konsep Masa Nifas.....	8
B. Adaptasi Fisiologis.....	12
C. Adaptasi Psikologis.....	22
D. Penatalaksanaan Medis.....	23

E. Konsep Dasar Sectio Caesarea.....	24
F. Konsep Dasar Indikasi Makrosomia.....	29
G. Konsep Asuhan Keperawatan <i>Sectio Caesarea</i>	30
BAB III TINJAUAN KASUS.....	51
A. Pengkajian.....	51
B. Diagnosa Keperawatan.....	66
C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan.....	67
BAB IV PEMBAHASAN.....	82
A. Pengkajian.....	82
B. Diagnosa Keperawatan.....	85
C. Rencana Keperawatan.....	92
D. Implementasi Keperawatan.....	95
E. Evaluasi Keperawatan.....	96
BAB V PENUTUP.....	99
A. Kesimpulan.....	99
B. Saran.....	100

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

3.1 Analisa Data.....	63
-----------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN I : *Skrinning Edinburgh Postnatal Depression Scale*
(EPDS)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Sectio Caesarea adalah melahirkan janin melalui irisan pada dinding perut (laparotomi) dan dinding uterus (histerekromi) (Nurjanah et al., 2013). Tindakan *sectio caesarea* seringkali dilakukan atas indikasi ditemukannya faktor penyulit pada saat poses persalinan, baik berasal dari kekuatan his ibu (faktor *power*), berasal dari bayi (faktor *passenger*), maupun berasal dari penyulit jalan lahir (faktor *passage*). Berdasarkan data dari 121 negara, analisis trend menunjukkan bahwa antara 1990 dan 2014 tingkat *sectio caesarea* pada rata-rata global meningkat sebanyak 12.4% (dari 6.7 menjadi 19.1%). Peningkatan terbesar terjadi di Amerika Latin dan Amerika Karibia (19.4% dari 22.8% menjadi 42.2%), Asia (15.1% dari 4.4% menjadi 19.5%) dan yang paling rendah terjadi di Afrika (4.5% dari 2.9% menjadi 7.4%) (Betrán et al., 2016). Data dari hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 terdapat 17% persalinan melalui bedah *caesar* (Badan Kependudukan Dan Keluarga Berencana Nasional, 2017). Menurut Riskesdas tahun 2018 prevalensi persalinan dengan operasi *sectio caesarea* di Provinsi Jawa Barat sebanyak 15.5% (Kemenkes RI, 2018). Data dari *medical record* dalam satu tahun terakhir di salah satu Rumah Sakit Kota Bekasi persalinan dengan *sectio caesarea* sebanyak 731 orang (51.5%).

Faktor risiko persalinan dengan *sectio caesarea* antara lain: usia ibu, Ketuban Pecah Dini (KPD), paritas, berat janin dan letak plasenta, *Cephalo Pelvik Disproportion* (CPD), Preeklamsia Berat (PEB), bayi besar (makrosomia), kelainan letak, gemeli dan hambatan jalan lahir dengan kejadian persalinan *sectio caesarea* (Maryanti & Endrike M, 2019).

Makrosomia atau bayi besar adalah bayi dengan berat badan lahir lebih dari 4 kilogram. Prevalensi makrosomia di Amerika Serikat sebesar 9.2% dan di China sebesar 7.3% (Chen & Wang, 2020). Menurut Riskesdas tahun 2018 prevalensi proporsi berat badan lahir lebih dari sama dengan 4000 gram di Indonesia tahun 2018 sebanyak 3.7% (Riskesdas 2018, 2018).

Penyebab utama kejadian makrosomia dipengaruhi oleh 3 hal yakni dipengaruhi oleh faktor genetik atau keturunan, multiparitas dengan riwayat makrosomia sebelumnya dan akibat diabetes mellitus. Kematian ibu yang berhubungan dengan kelahiran bayi makrosomia disebabkan oleh perdarahan postpartum dan distosia, sedangkan kematian bayi akibat makrosomia disebabkan oleh komplikasi-komplikasi yang merugikan pada keluaran perinatal seperti distosia bahu, apgar *score* rendah, asfiksia. Makrosomia berisiko terjadinya distosia bahu janin dan tidak dapat dilahirkan setelah kepala janin dilahirkan (Dungga, 2019). Hal ini yang menyebabkan kasus dengan makrosomia (bayi besar) memerlukan persalinan tindakan seperti *sectio caesarea*. Tindakan ini utamanya bertujuan agar risiko kematian ibu serta bayi dapat dikurangi sehingga pada akhirnya target MDG's di Indonesia untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dapat tercapai (Subekti, 2018).

Beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada persalinan *sectio caesarea* yaitu terjadinya infeksi *puerperal* (nifas), perdarahan, luka kandung kemih, dan kemungkinan terjadinya ruptura uteri (Aspiani, 2017). Dari hasil penelitian di Rumah Sakit Dr. R. Ismoyo Kota Kendari pada bulan Januari sampai dengan Juni tahun 2019 didapatkan komplikasi dan harus dilakukan persalinan *sectio caesarea* yaitu, komplikasi obstetri dan hipertensi gestasional dan diabetes gestasional (usia dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun). Dikarenakan pada usia dibawah 20 tahun organ-organ reproduksi belum bereproduksi secara matang. Usia 35 tahun keatas akan mengalami kekuatan untuk mengejan berkurang yang dapat

mengakibatkan kesakitan dan atau kematian pada ibu dan bayi (Maryanti & Endrike M, 2019). Komplikasi dari makrosomia menimbulkan komplikasi pada ibu dan bayi. Komplikasi pada ibu (maternal) yaitu perdarahan postpartum, laserasi vagina, perineum sobek, dan laserasi servik. Komplikasi pada bayi antara lain distosia bahu yang menyebabkan cedera *plexus brachialis*, *fraktur humerus*, dan *fraktur clavícula* (Dungga, 2019).

Menurut *World Health Organization* (WHO), di negara-negara maju di dunia, di mana diperkirakan 130.000 kematian ibu terjadi di tahun 2017. Sub Sahara Afrika dan Asia Selatan menyumbang sekitar 86% (254.000) dari perkiraan Angka Kematian Ibu (AKI) secara global pada tahun 2017, Asia Tenggara sebagai tambahan, dicatat lebih dari 5% AKI secara global sekitar 16.000 (World Health Organization, 2019). Tahun 2010 menunjukkan AKI di Indonesia sebesar 346 per 100.000 kelahiran hidup. AKI di Indonesia pada tahun 2015 lebih rendah dibandingkan tahun 2010, yaitu sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup (Badan Pusat Statistik Indonesia, 2013). Indikator Angka Kematian Ibu (AKI) atau *Maternal Mortality Rate* (MMR) menggambarkan besarnya risiko kematian ibu pada fase kehamilan, persalinan, dan masa nifas diantara 100.000 kelahiran hidup dalam satu wilayah pada kurun waktu tertentu. AKI di Jawa Barat tahun 2017 yang dilaporkan sebesar 76.03 per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan Kabupaten/Kota proporsi AKI antara 23.4/100.000 kelahiran hidup – 131.4/100.000 kelahiran hidup, tertinggi terdapat di Kabupaten Karawang dan terendah di Kota Bekasi (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2017).

Strategi Kementerian Kesehatan Dalam rangka menurunkan angka kematian ibu (AKI) di Indonesia, Kementerian Kesehatan menetapkan lima strategi operasional yaitu penguatan Puskesmas dan jaringannya; penguatan manajemen program dan sistem rujukannya; meningkatkan peran serta masyarakat; kerjasama dan kemitraan; kegiatan akselerasi dan

inovasi tahun 2011; penelitian dan pengembangan inovasi yang terkoordinir.

Peran perawat dalam pencegahan komplikasi pascapartum *sectio caesarea* dan menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitasi. Dari segi promotif perawat dapat melakukan peningkatan pemahaman pada pasien tentang nutrisi yang baik untuk membantu masa penyembuhan luka jahitan, menghindari terjadinya infeksi, dan perawatan pada luka operasi dirumah. Dari segi preventif perawat dapat memantau kontraksi uterus agar tidak terjadi komplikasi lanjut yaitu perdarahan. Peran perawat dari segi kuratif, perawat berkolaborasi dengan pemberian analgesik dan pemberian antibiotik. Peran perawat rehabilitatif, perawat menganjurkan untuk melakukan ambulasi dini, senam nifas, tetap melakukan kontrol kesehatan pascapartum sesuai dengan yang disarankan (Simanjuntak & Wulandari, 2017).

Berdasarkan uraian diatas dapat terlihat pentingnya peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara holistik yang dapat membantu proses penyembuhan pasien. Berdasarkan data hasil survey atau observasi di Rumah Sakit yang penulis temukan, maka penulis tertarik untuk membuat makalah penulisan ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. L *Pasca Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Bekas *Sectio Caesarea* Dua Kali Dan Makrosomia Di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” untuk memenuhi syarat kelulusan pada ujian akhir.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan dari penulisan ilmiah adalah diperolehnya pengalaman secara nyata dalam merawat pasien dan gambaran atau informasi pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Ny. L *Pasca Partum Sectio*

Caesarea Dengan Indikasi Bekas *Sectio Caesarea* Dua Kali Dan Makrosomia Di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan *pasca partum sectio caesarea* dengan indikasi bekas *sectio caesarea* dua kali dan makrosomia.
- b. Menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *pasca partum sectio caesarea* dengan indikasi bekas *sectio caesarea* dua kali dan makrosomia.
- c. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien dengan *pasca partum sectio caesarea* dengan indikasi bekas *sectio caesarea* dua kali dan makrosomia (tujuan, kriteria hasil, rencana tindakan).
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai perencanaan pada pasien *pasca partum sectio caesarea* dengan indikasi bekas *sectio caesarea* dua kali dan makrosomia.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *pasca partum sectio caesarea* dengan indikasi bekas *sectio caesarea* dua kali dan makrosomia.
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik.
- g. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta mencari solusi atau alternatif pemecahan masalah.
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *pasca partum sectio caesarea* dengan indikasi bekas *sectio caesarea* dua kali dan makrosomia.

C. Ruang Lingkup

Adapun ruang lingkup dalam penulisan ilmiah ini adalah “Asuhan Keperawatan Pada Ny. L *Pasca Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Bekas *Sectio Caesarea* Dua Kali Dan Makrosomia Di Ruang Seruni

Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang dilaksanakan dari tanggal 12 Februari 2020 sampai 15 Februari 2020.

D. Metode Penulisan

Metode dalam penulisan ilmiah ini menggunakan metode deskriptif-naratif. Dalam metode deskriptif-naratif pendekatan yang digunakan adalah:

1. Studi kasus yaitu peserta didik mengelola satu kasus menggunakan asuhan keperawatan. Memberikan asuhan keperawatan kepada pasien secara langsung dengan wawancara pasien ataupun keluarga pasien, observasi secara langsung kondisi pasien, pemeriksaan fisik, serta menerapkan proses asuhan keperawatan pada pasien.
2. Studi kepustakaan yaitu memperoleh bahan ilmiah bersifat teoritis menggunakan media cetak seperti buku-buku dan menggunakan media elektronik seperti internet.
3. Studi dokumentasi yaitu mengumpulkan data-data melalui *medical record* pasien, perawat ruangan, dan dokter.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan ilmiah terdiri dari lima bab yang disusun secara sistematika dengan urutan sebagai berikut:

BAB I: Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II: Tinjauan Teori yang terdiri dari pengertian, etiologi, patofisiologi, penatalaksanaan medis, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB III: Tinjauan Kasus yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB IV: Pembahasan yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan

evaluasi keperawatan. BAB V: Penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Masa Nifas

1. Pengertian

Masa nifas (*postpartum* atau *puerperium*) berasal dari bahasa Latin yaitu dari kata “*Puer*” yang artinya bayi dan “*Parous*” yang berarti melahirkan (Nurjanah et al., 2013). Masa nifas adalah masa setelah bayi melahirkan bayi dan biasa disebut juga dengan pulih kembali, dengan maksud keadaan pulihnya alat reproduksi seperti sebelum hamil (Sutanto, 2018). Masa nifas atau masa involusi atau dengan nama lain periode pasca persalinan (*post partum*) adalah masa yang dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, dimana masa nifas ini berlangsung selama kira-kira enam minggu (Maryunani, 2015).

2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut Sutanto (2018) tujuan asuhan masa nifas terdiri dari:

a. Mendeteksi adanya perdarahan masa nifas.

Perdarahan *postpartum* adalah kehilangan darah sebanyak 500 ml atau lebih dari traktus genitalia setelah melahirkan. Perdarahan ini menyebabkan perubahan tanda-tanda vital (pasien mengeluh lemah, limbung, keringat dingin, mengigil, tekanan darah sistolik <90 mmHg, nadi >100 kali/menit, kadar haemoglobin <8 gr%). Pendeteksian adanya perdarahan masa nifas dan infeksi mempunyai porsi besar. Alasan mengapa asuhan masa nifas harus dilaksanakan mengingat bahwa perdarahan dan infeksi menjadi faktor penyebab tingginya Angka Kematian Ibu (AKI). Penolong persalinan sebaiknya tetap waspa

da, sekurang-kurangnya satu jam postpartum untuk mengatasi kemungkinan terjadinya komplikasi persalinan.

b. Menjaga kesehatan ibu dan bayi.

Penolong persalinan wajib menjaga kesehatan ibu dan bayi baik kesehatan fisik maupun psikologis. Kesehatan fisik yang dimaksud adalah memulihkan kesehatan umum ibu. Berikut adalah cara tepat menjaga ibu dan bayi:

- 1) Penyediaan makanan yang memenuhi kebutuhan gizi ibu bersalin
 - a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori setiap hari karena ibu sekarang dalam masa menyusui.
 - b) Makan dengan diet seimbang untuk mendapatkan karbohidrat, protein, lemak, mineral, dan vitamin yang cukup.
 - c) Minum sedikitnya tiga liter air ssetiap hari
- 2) Menghilangkan terjadinya anemia

Secara fisiologis kehamilan akan menyebabkan anemia. Setelah persalinan selesai, maka anemia harus segera dihilangkan. Bisa denga mengonsumsi makanan yang kaya zat besi dan suplemen zat besi dari dokter. Apabila otot-otot rahim lemah, sehingga tidak bisa cepat berkontraksi untuk mengecil ke ukuran normal akibat suplai oksigen yang kurang maka akan menjadi faktor penyebab terjadinya perdarahan.
- 3) Pencegahan terhadap infeksi dengan memperhatikan keberhasilan dan sterilisasi.
- 4) Pergerakan otot yang cukup, agar tunas otot menjadi lebih baik, peredaran darah lebih lancar dengan demikian otot akan mengadakan metabolisme lebih cepat.

Kesehatan psikologis atau emosi penting untuk diberikan kepada seorang ibu baru. Menghadapi peran baru sebagai seorang ibu

dalam keadaan masih merasakan sakit pada tubuhnya pasca melahirkan. Awal peran sebagai seorang ibu terkadang mereka mengalami permasalahan dalam hal menyusui, maka dengan itu harus bersabar dalam mendampingi pasien untuk mendukung dan memperkuat keyakinan serta memungkinkan ibu mampu melaksanakan perannya. Hal itu dimaksudkan agar ibu dapat melaksanakan perawatan sampai masa nifas selesai, dapat memelihara bayi dengan baik, agar pertumbuhan dan perkembangan bayi baik.

c. Menjaga kebersihan diri.

Mengajarkan kepada ibu bersalin bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Dimulai membersihkan daerah di sekitar vulva terlebih dahulu dari depan ke belakang. Selanjutnya, membersihkan daerah sekitar anus.

d. Melaksanakan *screening* secara komprehensif.

Tujuan dilakukan *screening* adalah untuk mendeteksi masalah apabila ada, kemudian mengobati dan merujuk apabila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya. Pada keadaan ini, dilakukan pengawasan kala IV persalinan yang meliputi pemeriksaan plasenta, pengawasan Tinggi Fundus Uteri (TFU), pengawasan Tanda-Tanda Vital (TTV), pengawasan konsistensi rahim, dan pengawasan keadaan umum ibu. Apabila ditemukan permasalahan, maka harus segera melakukan tindakan sesuai dengan standar pelayanan pentalaksanaan masa nifas.

e. Memberikan pendidikan laktasi dan perawatan payudara.

Berikut ini adalah beberapa hal yang dapat disampaikan kepada ibu bersalin untuk menyiapkan diri sebagai seorang ibu yang menyusui:

- 1) Menjaga agar payudara tetap bersih dan kering.
- 2) Menggunakan bra yang menyokong payudara atau bisa menggunakan bra menyusui agar nyaman melaksanakan peran sebagai ibu menyusui.

- 3) Menjelaskan dan mengajari tentang teknik menyusui dan pelekatan dengan benar.
 - 4) Apabila terdapat permasalahan pada puting susu yang lecet, sarankan untuk mengoleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui.
 - 5) Kosongkan payudara dengan pompa ASI apabila bengkak dan terjadi bendungan ASI. Urut payudara dari arah pangkal menuju puting, kemudian keluarkan ASI sebagian dari bagian depan payudara, sehingga puting menjadi lunak atau pakai bantuan pompa. Susukan bayi setiap 2-3 jam. Pompa lagi ketika ASI tidak langsung dihisap anak.
- f. Pendidikan tentang peningkatan pengembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak.
- g. Konseling Keluarga Berencana (KB).

Berikut ini adalah konseling KB yang dapat diberikan kepada ibu bersalin:

- 1) Pasangan harus menunggu idealnya sekurang-kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali. Setiap pasangan dapat menentukan sendiri kapan dan bagaimana mereka ingin merencanakan keluarganya.
- 2) Wanita akan mengalami ovulasi sebelum mendapatkan lagi haidnya setelah persalinan, sehingga penggunaan KB dibutuhkan sebelum haid pertama untuk mencegah kehamilan baru. Umumnya, metode KB dapat dimulai 2 minggu setelah persalinan.
- 3) Sebelum menggunakan KB sebaiknya bidan menjelaskan efektivitas, efek samping, keuntungan dan kerugian, serta kapan metode tersebut dapat digunakan.
- 4) Jika ibu dan suami telah memilih metode KB tertentu, maka dalam 2 minggu ibu dianjurkan untuk kembali. Hal ini untuk melihat apakah metode KB yang telah diterapkan tersebut bekerja dengan baik.

- h. Mempercepat involusi alat kandungan.
- i. Melancarkan fungsi gastrointestinal atau perkemihan.
- j. Melancarkan pengeluaran *lochea*.
- k. Meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi hati dan pengeluaran sisa metabolisme.

3. Tahap atau Periode Masa Nifas

Menurut Maryunani(2015) masa nifas dibagi dalam tiga tahap atau periode, yaitu :

- a. Puerperium Dini (Periode Immediate Postpartum)
 - 1) Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam.
 - 2) Yaitu masa segera setelah plasenta lahir sampai kepulihan dimana ibu sudah diperbolehkan mobilisasi jalan.
 - 3) Masa pulih atau kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
 - 4) Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri.
- b. Puerperium Intermedial (Periode Early Postpartum 24 jam – 1 minggu)
 - 1) Masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.
- c. Remote Puerperium (Periode Late Postpartum 1 minggu – 5 minggu)
 - 1) Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila ibu selama hamil maupun bersalin, ibu mempunyai komplikasi, masa ini bisa berlangsung 3 bulan bahkan lebih lama sampai tahunan.

B. Adaptasi Fisiologis

Perubahan pada sistem reproduksi secara keseluruhan disebut proses involusi dimana proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot uterus (Pamuji, 2017).

1. Perubahan Sistem Reproduksi

a. Uterus

Setelah plasenta lahir, uterus akan mulai mengeras karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya. Uterus berangsur-angsur mengecil sampai keadaan sebelum hamil (Wahyuningsih, 2019). Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

- 1) Autolysis, merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterine. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan 5 kali lebar dari semula selama kehamilan.
- 2) Terdapat *polymorph phagolitik* dan *macrophages* di dalam sistem vaskuler dan limfasik.
- 3) Efek oksitosin, menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan mengompres pembuluh darah yang menyebabkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu situs artau tempat implatansi plasenta serta mengurangi perdarahan (Sutanto, 2018).

Dalam waktu 12 jam, tinggi fundus mencapai kurang lebih 1 cm di atas umbilicus dan dalam beberapa hari kemudian perubahan involusi berlangsung cepat. Fundus turun kurang lebih 1-2 cm setiap 24 jam sehingga uterus secara berangsur-angsur akan menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali pada keadaan seperti sebelum hamil (Pamuji, 2017). Tinggi fundus uteri dan berat uterus menurut masa involusi terlihat pada tabel sebagai berikut (Wahyuningsih, 2019): Waktu involusi bayi lahir tinggi fundus uteri setinggi pusat seberat 1000 gram. Waktu involusi uri lahir tinggi fundus uteri dua jari dibawah pusat seberat 750 gram. Waktu involusi satu minggu tinggi fundus uteri berada di pertengahan pusat-simfisis seberat 500 gram. Waktu involusi uri dua minggu fundus uteri tidak teraba di atas simfisis seberat 350

gram. Waktu involusi enam minggu tinggi bertambah kecil seberat 50 gram. Waktu involusi delapan minggu tinggi fundus uteri normal seberat 3gram.

b. Lochea

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari kavum uteri dan vagina selama nifas (Pamuji, 2017). Lochea mempunyai bau amis (anyir), meskipun tidak terlalu menyengat, dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita(Nurjanah, Siti Nunung, Ade Siti Maemunah, 2013). Menurut Sutanto(2018) berikut ini merupakan macam-macam lochea:

1) Lochea Rubra (*Cruenta*)

Lochea rubra (*cruenta*) berlangsung selama 1-3 hari, berwarna merah kehitaman, dengan ciri-ciri yang terdiri dari darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, *lanugo* (rambut bayi), dan sisa meconium.

2) Lochea Sanguinolenta

Lochea sanguinolenta berlangsung selama 4-7 hari, berwarna merah kecoklatan dan berlendir, dengan ciri-ciri yang terdiri dari sisa darah bercampur lendir.

3) Lochea Serosa

Lochea serosa berlangsung selama 7-14 hari, berwarna kuning kecoklatan, dengan ciri-ciri yang terdiri dari lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan atau laserasi plasenta.

4) Lochea Alba

Lochea alba berlangsung selama lebih dari 14 hari (2-6 minggu *postpartum*), berwarna putih, dengan ciri-ciri yang terdiri dari mengandung leukosit, sel desidua, dan sel epitel, selaput lendir seerviks serta serabut jaringan yang mati.

5) Lochea Purulenta

Lochea purulenta dengan ciri-ciri terjadi infeksi keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

6) Lochea Statis

Lochea statis dengan ciri-ciri lochea tidak lancar keluarnya.

c. Endometrium

Perubahan terjadi dengan timbulnya thrombosis, degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Bekas implantasi plasenta karena kontraksi sehingga menonjol ke kavum uteri, hari pertama endometrium tebal 2,5 mm, endometrium akan rata setelah hari ketiga (Wahyuningsih, 2019).

d. Serviks

Setelah persalinan, bentuk serviks agak membuka seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim. Setelah 2 jam dapat dilalui oleh 2-3 jari dan setelah 7 hari dapat dilalui oleh 1 jari (Pamuji, 2017).

e. Vagina dan Perineum

Vagina secara berangsur-angsur luasnya berkurang tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran multipara, hymen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil dan berubah menjadi karunkula mitiformis. Minggu ke 3 ruggae vagina kembali. Perineum yang terdapat laserasi arau jahitan serta edema akan berangsur-angsur pulih sembuh 6-7 hari tanpa infeksi. Oleh karena itu, *vulva hygiene* perlu dilakukan (Wahyuningsih, 2019).

f. Payudara

Laktasi dapat diartikan dengan pembentukan dan pengeluaran Air Susu Ibu (ASI), yang merupakan makanan pokok terbaik bagi bayi yang bersifat alamiah. Produksi ASI masih sangat dipengaruhi oleh faktor kejiwaan, ibu yang selalu dalam keadaan tertekan, sedih, kurang percaya diri dan berbagai ketegangan emosional akan menurunkan volume ASI bahkan tidak terjadi

produksi ASI. Ada 2 refleks yang sangat dipengaruhi oleh keadaan jiwa ibu, yaitu:

1) *Refleks Prolaktin*

Pada waktu bayi mengisap payudara ibu, ibu menerima rangsangan neurohormonal pada puting dan areola, rangsangan ini melalui nervus vagus diteruskan ke hypophysis lalu ke lobus anterior, lobus anterior akan mengeluarkan hormon prolaktin yang masuk melalui peredaran darah sampai pada kelejar-kelenjar pembuat ASI dan merangsang untuk memproduksi ASI.

2) *Refleks Let Down*

Refleks ini mengakibatkan memancarnya ASI keluar, isapan bayi akan merangsang puting susu dan aerola yang dikirim lobus posterior melalui nervus vagus, dari glandula pituitary posterior dikeluarkan hormon oxytocin ke dalam peredaran darah yang menyebabkan adanya kontraksi otot-otot myoepitel dari saluran air susu, karena adanya kontraksi ini maka ASI akan terperas ke arah ampula. Perubahan pada payudara dapat meliputi:

- a) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan.
- b) Kolostrum sudah ada saat persalinan, produksi ASI terjadi pada hari ke 2 atau hari ke 3 setelah persalinan.
- c) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi (Nurjanah et al., 2013).

2. Perubahan Sistem Pencernaan

Menurut Sutanto (2018) perubahan sistem pencernaan dari masa kehamilan dan kemudian sekarang berada pada masa nifas dapat dijelaskan sebagai berikut :

- a. Kadar progesteron tinggi selama masa kehamilan: Mengganggu keseimbangan cairan tubuh. Progesteron yang bertanggung jawab

untuk mempersiapkan lingkungan yang sesuai untuk memelihara janin yang sedang tumbuh pasti akan membutuhkan banyak sekali cairan, meningkatkan kolesterol darah., melambatkan kontraksi otot polos pada organ-organ pencernaan sehingga menyebabkan turunya gerakan peristaltik yang akan mengarah pada mual dan konstipasi.

Kadar progesteron menurun selama masa nifas: Menurunnya kadar progesteron akan memulihkan sistem pencernaan yang semula mengalami beberapa perubahan ketika masa kehamilan. *Tonus* dan motilitas otot traktus akan kembali ke keadaan normal sehingga akan memperlancar sistem pencernaan.

- b. Sekresi saliva menjadi lebih asam dan lebih banyak selama masa kehamilan: Keadaan ini, gigi berlubang menjadi lebih mudah terjadi, sehingga pada masa kehamilan membutuhkan perawatan gigi yang lebih baik untuk mencegah karies. Selain itu, mual dan muntah juga sering terjadi akibat produksi saliva yang banyak pada kehamilan trisemester pertama.

Sekresi saliva normal selama masa nifas: Berlangsung kurang lebih 10 minggu juga terjadi pada ibu nifas.

- c. Asam lambung menurun selama masa kehamilan: Menurunnya asam lambung akan melambatkan pengosongan lambung, sehingga menyebabkan kembung. Asam lambung normal selama masa nifas.
- d. Perbesaran uterus akan menekan diafragma, lambung, dan intestin selama masa kehamilan: Tekanan uterus pada usus bagian bawah pada awal masa kehamilan dan kembali pada akhir masa kehamilan akan menyebabkan terjadinya konstipasi. Bulan terakhir, nyeri ulu hati dan pencernaan asam (regurgitasi) akan menjadi sebuah ketidaknyamanan akibat tekanan ke atas dari pembesaran uterus. Uterus kembali ke ukuran semula pada masa nifas.
- e. Pelebaran pembuluh darah rektum (hemoroid) pada masa kehamilan: Hal tersebut dapat terjadi pada persalinan rektum dan otot-otot yang menyokongnya akan sangat teregang.

Pembuluh darah kembali ke ukuran semula pada masa nifas: Ibu *postpartum* menduga akan merasakan nyeri saat defekasi akibat episiotomi, laserasi ataupun akibat hemoroid pada perineum. Oleh karena itu, kebiasaan buang air yang teratur perlu dicapai kembali setelah tonus otot kembali normal.

3. Perubahan Sistem Perkemihan

Pelvis, ginjal dan ureter yang meregang dan berdilatasi selama kehamilan kembali normal pada akhir minggu keempat setelah melahirkan. Kurang lebih 40% wanita nifas mengalami proteinuria yang nonpatologis sejak pasca melahirkan sampai dua hari *postpartum*. Diuresis yang normal dimulai segera setelah bersalin sampai hari kelima setelah persalinan. Jumlah urine yang keluar dapat melebihi 3000 ml perharinya. Tindakan ini diperkirakan merupakan bagian normal dari kehamilan. Selain itu, didapati adanya keringat yang banyak beberapa hari pertama setelah melahirkan. Kandung kemih pada puerperium mempunyai kapasitas yang meningkat secara relatif. Oleh karena itu, distensi yang berlebihan, urine residual yang berlebihan, dan pengosongan yang tidak sempurna, harus diwaspadai dengan seksama. Urine dan pelvis yang mengalami distensi akan kembali normal pada dua sampai delapan minggu setelah persalinan (Sutanto, 2018).

4. Perubahan Sistem Musculoskeletal

Setelah persalinan dinding perut longgar karena diregang begitu lama, tetapi biasanya pulih dalam enam minggu. Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi. Alasannya, ligamen rotundum menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Akibat putusya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama

akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihannya dibantu dengan latihan (Sutanto, 2018).

5. Perubahan Sistem Endokrin

a. Hormon plasenta

Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan signifikan hormon-hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasentas menurun dengan cepat setelah persalinan.

Penurunan hormon *Hormon Placental Lactogen* (HPL), estrogen, dan progesteron serta *plasental enzyme insulinase* membalik efek diabetogenik kehamilan, sehingga kadar gula darah menurun secara bermakna saat pada nifas.

Homan Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ketujuh *postpartum* dan sebagai onset pemenuhan *mammae* pada hari ketiga *postpartum*.

b. Hormon pituitary

Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ketiga, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c. Hormon oksitosin

Oksitosin dikeluarkan dari kelenjar bawah otak bagian belakang (posterior), bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Pada wanita yang memilih menyusui bayinya, isapan sang bayi merangsang keluarnya oksitosin lagi dan ini membantu uterus kembali ke bentuk normal serta pengeluaran air susu.

d. Hipotalamik pituitari ovarium

Bagi wanita yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Seringkali

menstruasi pertama itu bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron.

6. Perubahan Tanda-Tanda Vital

a. Suhu badan

Satu hari (24 jam) *postpartum* suhu akan naik sedikit (37.5°C - 38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan (dehidrasi) dan kelelahan karena adanya bendungan vaskuler dan limfatik. Apabila keadaan normal suhu badan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik kembali karena adanya pembentukan ASI, payudara membengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI.

b. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa antara 60-80 kali/menit. Sesudah melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Denyut nadi melebihi 100 kali/menit, waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan *postpartum*.

c. Tekanan darah

Tekanan darah meningkat pada persalinan 15 mmHg sistole dan 10 mmHg diastole. Biasanya setelah bersalin tidak berubah (normal), kemungkinan tekanan darah akan tetap rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada *postpartum* dapat menandakan terjadinya preeklamsi pada masa *postpartum*.

d. Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran napas. Bila pernapasan pada masa *postpartum* menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok (Sutanto, 2018).

7. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Segera setelah bayi lahir, kerja jantung mengalami peningkatan 80% lebih tinggi daripada sebelum persalinan karena *autotransfusi* dari *uteroplacental*. Pada persalinan pervagina kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Bila melalui *sectio caesarea* kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah dan *haemokonsentrasi* (Sutanto, 2018).

8. Perubahan Sistem Hematologi

Jumlah kehilangan darah yang normal dalam persalinan:

- a. Persalinan pervaginam: 300-400 ml
- b. Persalinan *sectio caesarea*: 1000 ml
- c. Histerektomi secaria: 1500 ml

Total volume darah kembali normal dalam waktu 3 minggu *postpartum*. Jumlah sel darah putih akan meningkat terutama pada kondisi persalinan lama berkisar 25000-30000. Selama minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen, dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama *postpartum*, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun.

Leukosistosis yang meningkat dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa *postpartum*. Jumlah hemoglobin, hematokrit, dan eritrosit akan sangat bervariasi. Apalagi pada awal-awal masa *postpartum* sebagai akibat dari volue darah, volumen plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Kira-kira selama kelahiran dan masa *postpartum* terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 *postpartum* dan akan kembali normal dalam 4-5 minggu *postpartum*(Sutanto, 2018).

C. Adaptasi Psikologis

Menurut Sutanto (2018) berikut ini merupakan 3 tahap penyesuaian psikologi ibu dalam masa *post partum*:

1. Fase *Taking In*

Fase ini terjadi setelah melahirkan sampai hari kedua. Dengan ciri-ciri:

- a. Perasaan ibu berfokus pada dirinya.
- b. Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain.
- c. Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya.
- d. Ibu akan mengulangi pengalaman-pengalaman waktu melahirkan.
- e. Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal.
- f. Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi.
- g. Kurangnya nafsu makan menandakan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal.
- h. Gangguan psikologis yang mungkin dirasakan ibu pada fase ini adalah sebagai berikut:
 - 1) Kekecawaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya. Misalnya, jenis kelamin tertentu, warna kulit, dan sebagainya.
 - 2) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.
 - 3) Suami atau keluarga yang mengkritik ibu tentang cara merawat bayinya dan cenderung melihat saja tanpa membantu. Ibu akan merasa tidak nyaman karena sebenarnya hal tersebut bukan hanya tanggung jawab ibu saja, tetapi tanggung jawab bersama.

2. Fase *Taking Hold*

Fase ini dimulai dari hari ketiga sampai hari kesepuluh. Dengan ciri-ciri:

- a. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan merawat bayi, muncul perasaan sedih (*baby blues*).

- b. Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orangtua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya.
 - c. Ibu memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh, Buang Air Besar (BAB), Buang Air Kecil (BAK), dan daya tahan tubuh.
 - d. Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan, dan mengganti popok.
 - e. Ibu cenderung terbuka menerima nasehat dan kritikan pribadi,
 - f. Kemungkinan ibu mengalami depresi *postpartum* karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya.
 - g. Wanita pada masa ini sangat sensitif akan ketidakmampuannya, cepat tersinggung dan cenderung menganggap pemberitahuan sebagai teguran. Dianjurkan untuk berhati-hati dalam berkomunikasi dengan wanita pada fase ini dan perlu memberikan support.
3. Fase *Letting Go*
- Fase ini dimulai dari hari kesepuluh sampai akhir masa nifas. Dengan ciri-ciri:
- a. Ibu merasa percaya diri untuk merawat diri dan bayinya. Setelah pulang ke rumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga.
 - b. Ibu sudah mengambil tanggung jawab dan memahami kebutuhan bayi.

D. Penatalaksanaan Medis

1. Tes Diagnostik

Menurut Mochtar (2002) dalam Aspiani (2017) tes diagnostik pada klien dengan tindakan *sectio caesarea* adalah:

- a. Hitung darah lengkap
- b. Golongan darah (ABO) dan pencocokan silang, tes Coombs, Nb
- c. Urinalisis: menentukan kadar albumin atau glukosa
- d. Pelvimetri: menentukan *cephalopelvik disproportion*

- e. Kultur: mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II
- f. Ultrasonografi: melokalisasi plasenta menentukan pertembuhan, kedudukan, dan presentasi janin
- g. Amniosintesis: mengkaji maturitas paru janin
- h. Tes stres kontraksi atau tes non-stres: mengkaji respons janin terhadap gerakan atau stres dari pola kontraksi uterus atau pola abnormal
- i. Penentuan elektronik selanjutnya: memastikan status janin atau aktivitas uterus

2. Terapi atau penatalaksanaan

Menurut Prawirohardjo (2007) dalam Aspiani (2017) penatalaksanaan medis dan perawatan setelah *sectio caesarea*, yaitu:

- a. Perdarahan dari vagina harus dipantau dengan cermat
- b. Fundus uteri harus sering dipalpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap berkontraksi dengan kuat
- c. Pemberian analgesik dan antibiotik
- d. Periksa aliran darah uterus paling sedikit 30 ml/jam
- e. Pemberian cairan intravaskular, 3 liter cairan biasanya memadai untuk 24 jam pertama setelah pembedahan
- f. Ambulasi satu hari setelah pembedahan klien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan orang lain
- g. Perawatan luka: insisi diperiksa setiap hari, jahitan kulit (klip) diangkat pada hari ke empat setelah pembedahan
- h. Pemeriksaan laboratorium: hematokrit diukur pagi hari setelah pembedahan untuk memastikan perdarahan pasca operasi atau mengisyaratkan hipovolemia

E. Konsep Dasar Sectio Caesarea

1. Pengertian

Istilah *sectio caesarea* berasal dari perkataan Latin *Caedere* yang artinya memotong. *Sectio Caesarea* atau kelahiran *caesarea* adalah

melahirkan janin melalui irisan pada dinding perut (laparatomi) dan dinding uterus (histerektomi) (Nurjanah, Siti Nunung, Ade Siti Maemunah, 2013).

Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vaginam atau suatu *histerotomi* untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Mochtar, 2020 dalam Aspiani, 2017).

2. Klasifikasi

Menurut Aspiani(2017) secara umum tindakan *sectio caesarea* dapat dibagi menjadi beberapa jenis, yaitu :

a. Sectio Transperitonealis Profunda

Sectio caesaria transperitonelis profunda dengan insisi di segmen bawah uterus. Insisi pada bawah rahim, bisa dengan teknik melintang atau memanjang. Kelebihan atau keunggulan cara ini antara lain sebagai berikut:

- 1) Perdarahan luka insisi tidak banyak
- 2) Penjahitan luka lebih mudah
- 3) Penutupan luka dengan reperitoneal yang baik
- 4) Bahaya peritonitis tidak besar
- 5) Tumpang tindih dari peritoneal Flap baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritonium
- 6) Perut pada umumnya kuat, sehingga bahay ruptur uteri tidak besar di kemudian hari.

Kelemahan atau kerugian sebagai berikut:

- 1) Luka dapat menyebar ke kiri, kanan dan bawah, yang dapat menyebabkan putusnya arteri uterina
- 2) Keluhan pada kandung kemih post operasi tinggi

b. Sectio Korporal atau Klasik

Insisi di buat pada korpus uteri, pembedahan ini yang lebih mudah dilakukan, hanya diselenggarakan apabila ada halangan untuk melakukan *sectio caesarea transperitonealis profunda*

misalnya, melekat erat uterus pada dinding perut karena *sectio* yang sudah atau insisi segmen bawah uterus mengandung bahaya perdarahan yang banyak. Kelebihan tindakan ini sebagai berikut:

- 1) Mengeluarkan janin lebih cepat
- 2) Tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik
- 3) Sayatan bisa diperpanjang paroksimal atau distal

Kekurangan tindakan ini sebagai berikut:

- 1) Infeksi mudah menyebar secara *intraabdominal* karena tidak ada peritonealisasi yang baik
- 2) Untuk persalinan berikutnya sering terjadi ruptur uteri spontan

c. Sectio Caesaria Peritoneal

Dilakukan tanpa membuka peritonium parietalis, dengan demikian tidak membuka kavum abdominal. Dulu dilakukan untuk mengurangi bahaya infeksi, akan tetapi dengan kemajuan pengobatan terhadap infeksi, pembedahan ini jarang dilakukan. Rongga peritoneum tak dibuka, dilakukan pada pasien infeksi uterin berat. Menurut arah sayatan pada rahim *sectio* dapat dilakukan sebagai berikut:

- 1) Sayatan memanjang (*longitudinal*) menurut Kroning
- 2) Sayatan melintang (*transversal*) menurut Kerr

Berdasarkan saat dilakukan *sectio caesarea* dapat dibagi atas:

- 1) Sectio primer: direncanakan pada waktu antenatal care
- 2) Sectio sekunder: tidak direncanakan terlebih dahulu sewaktu sulit

d. Sectio Caesaria Hysterectomy

Sectio caesaria hysterectomy dilakukan dengan indikasi:

- 1) Atonia uteri
- 2) Plasenta accrete
- 3) Myoma uteri
- 4) Infeksi intra uteri berat

3. Indikasi

Menurut Mochtar (2002) dalam Aspiani(2017) indikasi dilakukan *sectio caesarea* adalah sebagai berikut:

a. Indikasi ibu

- 1) Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior) dan totalis
- 2) Panggul sempit
- 3) Disproporsi sefalo-pelvik: Ketidakseimbangan antara ukuran kepala dengan panggul
- 4) Partus lama (*prolonged labor*)
- 5) Ruptur uteri mengancam
- 6) Partus tak maju (*obstructed labor*)
- 7) Distosia serviks
- 8) Pre-eklamsia dan hipertensi
- 9) Disfungsi uterus
- 10) Distosia jaringan lunak

b. Indikasi janin

- 1) Letak lintang
- 2) Letak bokong
- 3) Presentasi rangkap bila reposisi tidak berhasil
- 4) Presentasi dahi dan muka (letak defleksi) bila reposisi dengan cara-cara lain tidak berhasil
- 5) Gemeli, *sectio caesarea* dianjurkan:
 - a) Bila janin pertama letak lintang atau presentasi bahu (*shoulder presentation*)
 - b) Bila terjadi interlok (*locking of the twins*)
 - c) Distosia oleh karena tumor
 - d) Gawat janin
- 6) Kelainan uterus
 - a) Uterus arkuatus
 - b) Uterus septus
 - c) Uterus duplekus

- d) Terdapat tumor di pelvis minor yang mengganggu masuk kepala janin ke pintu atas panggul

Menurut Manuaba (2002) dalam Aspiani (2017) indikasi ibu dilakukan *sectio caesarea* adalah ruptur uteri iminen, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini. Sedangkan indikasi dari janin adalah fetal distress dan janin besar melebihi 4.000 gram. Menurut Wiknjosastro (2007) dalam buku (Nurjanah et al., 2013) indikasi dilakukan *sectio caesarea* adalah:

- a. Distorsia janin-panggul
- b. Gawat janin
- c. Plasenta previa
- d. Riwayat *sectio caesarea* sebelumnya
- e. Kelahiran letak (utamanya letak lintang)
- f. Hipertensi, pre-eklamsia berat
- g. Eklamsia
- h. Janin besar

4. Komplikasi

Menurut Mochtar (2002) dalam Aspiani(2017) komplikasi yang sering terjadi pada ibu dengan *sectio caesarea* adalah:

- a. Infeksi *puerperal* (nifas)
 - 1) Ringan, dengan kenaikan suhu beberapa hari saja
 - 2) Sedang, dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung
 - 3) Berat, dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik

Hal ini sering kita jumpai pada pasrtus terlantar, dimana sebelumnya telah terjadi infeksi intra partal karena ketuban yang telah pecah terlalu lama. Penanganannya adalah dengan pemberian cairan, elektrolit dan antibiotik yang adekuat dan tepat.
- b. Perdarahan disebabkan karena:
 - 1) Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka

- 2) Atonia uteri
- 3) Perdarahan pada *placental bed*
- c. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonealisasi terlalu tinggi
- d. Kemungkinan ruptura uteri spontan pada kehamilan mendatang.

F. Konsep Dasar Indikasi Makrosomia

1. Pengertian

Fetal makrosomia adalah sebuah kategorial yang digunakan untuk menggambarkan janin dengan berat badan diperkirakan atau aktual yang telah ditetapkan. Kebanyakan mempertimbangkan berat janin di atas 4000 atau 4500 gram menjadi makrosomik, dengan bobot di atas 4500gram menjadi definisi yang paling umum digunakan(Evans, 2014).

2. Faktor Risiko

Faktor risiko yang diketahui dari makrosomia meliputi: usia ibu, obesitas sebelum kehamilan, berat badan yang berlebihan pada saat kehamilan, diabetes mellitus gestasional, riwayat keluarga dengan diabetes mellitus, kehamilan *postterm*, multiparitas, dan jenis kelamin bayi laki-laki (Chen & Wang, 2020).

3. Etiologi

Makrosomia dipengaruhi oleh 3 hal yakni karena dipengaruhi olehfaktor genetic atau keturunan, multiparitasdengan riwayat makrosomia sebelumnya dan akibat diabetes mellitus (Rukiyah &Yulianti, 2010dalam Dungga, 2019).

Penyebab makrosomia adalah multifaktorial, dan dapat dibagi secara luas, yaitu faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan yang dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi termasuk genetik, usia ibu, paritas, usia kehamilan dan jenis kelamin anak. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi termasuk antropometri ibu (Alshehri & Sobaih, 2016).

4. Komplikasi

Komplikasi pada ibu (maternal) yaitu perdarahan *postpartum*, laserasi vagina, perineum sobek, dan laserasi servik. Komplikasi pada bayi antara lain distosia bahu yang menyebabkan cedera plexus brachialis, fraktur humerus, dan fraktur clavicula (Dungga, 2019).

Komplikasi pada ibu dengan bayi makrosomia yaitu perdarahan *postpartum* karena berkepanjangan persalinan, infeksi *postpartum*, laserasi pada anus. Komplikasi ada bayi dengan jangka pendek mengakibatkan asfiksia atau kelainan metabolik (hipoglikemia, hiperbilirubinemia, hipomagnesia), distosia bahu, apirasi mekonium, dan trauma kelahiran seperti cedera pleksus brakialis dan klavikula. Jangka panjang komplikasi pada bayi dapat mengakibatkan obesitas dan diabetes tipe 2 dikemudian hari (Alshehri & Sobaih, 2016).

G. Konsep Asuhan Keperawatan *Sectio Caesarea*

Menurut Aspiani (2017) hal-hal yang harus dikaji pada konsep asuhan keperawatan *sectio caesarea* meliputi:

1. Pengkajian

a. Identitas

Pada penderita dengan indikasi *sectio caesarea* dapat terjadi pada setiap umur kehamilan yang dapat dilihat pada kehamilan muda.

b. Keluhan Utama

Pada klien dengan post operasi keluhan utamanya yaitu klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi, badannya lemah, tidak berani bergerak, dan rasa haus yang berlebihan.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada riwayat penyakit sekarang yang perlu dikaji yaitu jam selesai operasi, kesadaran klien, keadaan umum, letak dan ukuran dari luka operasi.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Apakah klien pernah mengalami riwayat tindakan operasi sebelumnya.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Peranan keluarga atau keturunan merupakan faktor penyebab penting yang perlu dikaji yaitu penyakit berat yang pernah diderita salah satu anggota yang ada hubungannya dengan operasi misalnya: TBC, Diabetes Mellitus, dan Hipertensi.

f. Riwayat Obstetri

Untuk mengetahui riwayat obstetri pada klien dengan letak lintang yang perlu diketahui adalah:

1) Keadaan haid

Perlu ditanyakan kapan *menarche* siklus haid, hari pertama haid terakhir untuk dapat diketahui yang keluar darah muda atau darah tua, encer atau menggumpal, lamanya nyeri atau tidak, pada sebelum atau sesudah haid, berbau atau tidak, dimana untuk mengetahui gambaran tentang alat kandungan.

2) Perkawinan

Berapa kali kawin dan berapa lama dengan suami yang sekarang.

3) Kehamilan

Riwayat kehamilan pada klien dengan partus bisa terdapat pada primi atau multigravida.

4) Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

Ditanyakan kelangsungan dari kehamilan dan persalinan serta nifas yang lalu, bagaimana keadaan bayi yang dilahirkan, apakah cukup bulan atau tidak, kelahirannya normal atau tidak, siapa yang menolong persalinan dan dimana melahirkannya, sehingga mendapat gambaran yang jelas tentang riwayat kehamilan, persalinan yang lalu.

g. Pola kebiasaan sehari-hari menurut Virginia Henderson

1) Respirasi

Pada kasus post op *sectio caesarea* penyulit yang sering ditemukan adalah obstruksi jalan nafas, respirasi yang tidak adekuat dan respirasi *arrest*.

2) Nutrisi

Klien setelah selesai operasi pemenuhan nutrisinya selama puasa melalui infus dan setelah 6 jam baru diberikan minum secara bertahap dan setelah 8 jam aru diberikan makanan lunak, tapi bila klien dengan lumbal pungsi langsung diberi makan, minum seperti biasanya bahkan dianjurkan banyak minum.

3) Eliminasi

Meliputi berapa kali BAB, konsistensi, warna, bau, dan klien dengan post *sectio caesarea*, untuk BAK melalui dawer kateter yng sebelumnya telah terpasang.

4) Istirahat atau tidur

Pada klien dengan post op *sectio caesarea* mengalami gangguan istirahat tidur karena adanya rasa nyeri pada daerah operasi dan ada rasa yang tidak enak pada uretra akibat terpasangnya dower cateter.

5) Mempertahankan temperatur tubuh dan sirkulasi

Pada klien post op *sectio caesarea* mengalami gangguan dalam hal temperatur tubuh, suhu tubuh $>37.5^{\circ}\text{C}$.

6) Kebutuhan *personal hygiene*

Klien post op *sectio caesarea* pada hari pertama dan kedua sebelum kateter dibuka klien membutuhkan orang lain untuk membersihkan diri dalam hal ini klien harus dimandikan.

7) Aktivitas

Pola aktivitas dapat terganggu dengan adanya rasa nyeri pada daerah operasi sehingga klien membatasi gerakan.

8) Gerak dan keseimbangan tubuh

Aktivitas berkurang, tidak bisa berjalan karena nyeri dan ketidaknyamanan.

9) Kebutuhan berpakaian

Klien dengan post op *sectio caesarea* mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan berpakaian tersebut.

10) Kebutuhan keamanan

Kebutuhan keamanan ini perlu dipertanyakan klien tetap merasa aman dan terlindungi oleh keluarganya. Klien mampu menghindari bahaya dari lingkungan.

11) Sosialisasi

Pada data sosial ini dapat dilihat apakah klien merasa terisolasi atau terpisah karena terganggunya komunikasi, adanya perubahan pada kebiasaan atau perubahan dalam kapasitas fisik untuk menentukan keputusan untuk beradaptasi dengan lingkungan sekitarnya. Klien mungkin tampak sangat cemas dan ketakutan.

12) Kebutuhan spiritual

Klien yang menganut agama Islam selama keluar darah nifas atau masa nifas tidak diperbolehkan melaksanakan ibadah. Sedangkan darah nifas adalah darah yang keluar dari rahim ibu sesudah ia melahirkan anak, ini berlangsung selama 40 hari dan selama-lamanya 60 hari sesudah melahirkan.

13) Kebutuhan bermain dan rekreasi

Klien dengan post op *sectio caesarea* biasanya tidak dapat memenuhi kebutuhan bermain dan rekreasi karena dalam kondisi yang lemah.

14) Kebutuhan belajar

Bagaimana klien berusaha belajar, menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia.

h. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Keadaan umum biasanya lemah

2) Kesadaran

Apatis

3) Tanda-tanda vital

Tekanan darah: Normal atau menurun $<120/90$ mmHg

Nadi: Nadi meningkat >80 kali/menit

Suhu: Suhu meningkat $>37.5^{\circ}\text{C}$

Respirasi: Respirasi meningkat

4) Pemeriksaan *head to toe*

a) Kepala

Meliputi bentuk wajah apakah simetris atau tidak, keadaan rambut dan keadaan kulit kepala.

b) Wajah

Apakah ada cloasma graviraum, konjungtiva pucat atau merah, adanya oedema.

c) Mata-telinga-hidung

Pada daerah wajah dikaji bentuk wajah, keadaan mata, hidung, telinga, mulut dan gigi.

d) Leher

Peru dikaji apakah terdapat benjolan pada leher, pembesaran vena jugularis dan adanya pembesaran kelenjar tiroid.

e) Dada dan punggung

Perlu dkaji kesimetrisan dada, ada tidaknya retraksi *intercostae*, pernafasan tertinggal, suara *wheezing,ronchi*, bagaimana irama dan frekuensi pernafasan. Pada jantung dikaji bunyi jantung (interval) adakah bunyi *gallop*, murmur.

f) Payudara atau *mammae*

Apakah puting menonjol atau tidak, aerola menghitam, kolostrum.

g) Abdomen

Ada tidaknya distensi abdomen, bagaimana dengan luka operasi adakah perdarahan, berapa tinggi fundus uterinya, bagaimana dengan bising usus, adakah nyeri tekan.

h) Ekstermitas atas dan bawah

Ekstremitas atas apakah simetris, ujung-ujung jari sianosis atau tidak, ada tidaknya oedem klien dengan post op biasanya terpasang infus. Ekstremitas bawah apakah simetris, ada tidaknya oedema, bagaimana dengan pergerakannya biasanya klien dengan post operasi sering takut menggerakkan kakinya, apakah tanda-tanda homan, refleksi patella, adakah tanda-tanda trombosis vena.

i) Genitalia

Adakah pengeluaran lochea, bagaimana warnanya, banyaknya, bau serta adakah oedema vulva, bagaimana posisi kateter terpasang dengan baik atau tidak, apakah lancar dan bagaimana kebersihan klien pada post operasi yang biasanya akan tampak kotor karena banyak darah yang belum dibersihkan.

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obstruksi jalan napas (mukus dalam jumlah berlebihan), jalan napas alergik (respon obat anastesi).
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)
- c. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui
- d. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan obstruksi anatomi, penyebab multipel, gangguan sensori motorik, infeksi saluran kemih.
- e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelelahan.
- f. Risiko infeksi berhubungan dengan faktor risiko : Episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.
- g. Defisit perawatan diri: mandi atau kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan postpartum.

- h. Konstipasi berhubungan dengan penurunan frekuensi, perubahan pada pola defekasi.
- i. Risiko syok berhubungan dengan hipovolemi
- j. Risiko perdarahan berhubungan komplikasi pascapartum.
- k. Defisit pengetahuan: perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

3. Rencana Keperawatan

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obstruksi jalan napas (mukus dalam jumlah berlebihan), jalan napas alergik (respon obat anastesi).

Kriteria:

- 1) Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara napas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernapas dengan mudah, tidak ada *pursed lips*).
- 2) Menunjukkan jalan napas yang paten (klien merasa tercekik, irama napas, frekuensi pernapasan dalam rentang normal, Tidak ada suara napas abnormal).
- 3) Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan napas.

Intervensi:

- 1) Pastikan kebutuhan oral atau *tracheal suctioning*.
- 2) Auskultasi suara napas sebelum dan sesudah *suctioning*.
- 3) Informasikan pada klien dan keluarga tentang *suctioning*.
- 4) Minta klien napas dalam sebelum *suction* dilakukan.
- 5) Berikan O₂ dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi *suction nastracheal*.
- 6) Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan.
- 7) Anjurkan klien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal.
- 8) Monitor status oksigen klien
- 9) Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan *suction*.

- 10) Hentikan *suction* dan berikan O₂ apabila pasien menunjukkan bradikardia, peningkatan saturasi O₂, dan lain-lain.
 - 11) Buka jalan napas, gunakan teknik *chin lift* atau *jaw thrust* bila perlu.
 - 12) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi.
 - 13) Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan napas buatan.
 - 14) Pasang mayo bila perlu.
 - 15) Lakukan fisioterapi dada jika perlu.
 - 16) Berikan broncodilator bila perlu.
 - 17) Berikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab.
 - 18) Atur inatake untuk mengoptimalkan keseimbangan cairan.
 - 19) Monitor respirasi dan status O₂
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)

Kriteria:

- 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi, mencari bantuan)
- 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
- 3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri)
- 4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang

Intervensi:

- 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
- 2) Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan
- 3) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri
- 4) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri
- 5) Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau

- 6) Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau
 - 7) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
 - 8) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
 - 9) Kurangi faktor presipitasi nyeri
 - 10) Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)
 - 11) Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
 - 12) Ajarkan tentang teknik non farmakologis
 - 13) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
 - 14) Tingkatkan istirahat
 - 15) Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
- c. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan suplai ASI tidak cukup, kurang pengetahuan, refleks isap bayi buruk.

Kriteria:

- 1) Kemantapan pemberian ASI: Bayi: perlekatan bayi sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI.
- 2) Kemantapan pemberian ASI: Ibu: kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dan payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI.
- 3) Pemeliharaan pemberian ASI: keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/todler
- 4) Penyapihan Pemberian ASI
- 5) Diskontinuitas progresif pemberian ASI
- 6) Pengetahuan Pemberian ASI: tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI ibu mengenali isyarat lapar dari

bayi dengan segera ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI

Intervensi:

- 1) Evaluasi pola menghisap / menelan bayi
- 2) Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui
- 3) Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dan bayi (misalnya *reflex rooting*, menghisap dan terjaga)
- 4) Kaji kemampuan bayi untuk *latch-on* dan menghisap secara efektif
- 5) Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting
- 6) Pantau integritas kulit puting ibu
- 7) Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susu dan mastitis
- 8) Pantau kemampuan untuk mengurangi kongesti payudara dengan benar
- 9) Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi
- 10) Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI
- 11) Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik-topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran memberi susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang
- 12) Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula
- 13) Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI
- 14) Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu
- 15) Diskusikan metode alternative pemberian makan bayi

- d. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan obstruksi anatomi, penyebab multipel, gangguan sensori motorik, infeksi saluran kemih.

Kriteria:

- 1) Kandung kemih kosong secara penuh
- 2) Tidak ada residu urine > 100-200 cc
- 3) Intake cairan dalam rentang normal
- 4) Bebas dari ISK
- 5) Tidak ada spasme bladder
- 6) Balance cairan seimbang

Intervensi:

- 1) Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia (misalnya, output urin, pola berkemih kemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten)
- 2) Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau properti alpha agonis
- 3) Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium channel blockers dan antikolinergik
- 4) Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toilet
- 5) Merangsang refleks kandung kemih
- 6) Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit)
- 7) Gunakan double-void teknik
- 8) Masukkan kateter kemih
- 9) Anjurkan pasien / keluarga untuk merekam output urin, sesuai
- 10) Instruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja
- 11) Memantau asupan dan keluaran
- 12) Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi
- 13) Membantu dengan toilet secara berkala

e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

Kriteria:

- 1) Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari
- 2) Pola tidur, kualitas dalam batas normal
- 3) Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat
- 4) Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur

Intervensi:

- 1) Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur
 - 2) Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat
 - 3) Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca)
 - 4) Ciptakan lingkungan yang nyaman
 - 5) Kolaborasikan pemberian obat tidur
 - 6) Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien
 - 7) Instruksikan untuk memonitor tidur pasien
 - 8) Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur
 - 9) Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam
- f. Risiko infeksi berhubungan dengan faktor risiko : Episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.

Kriteria:

- 1) Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi
- 2) Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya
- 3) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi
- 4) Jumlah leukosit dalam batas normal
- 5) Menunjukkan perilaku hidup sehat

Intervensi:

- 1) Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain
- 2) Pertahankan teknik isolasi
- 3) Batasi pengunjung bila perlu

- 4) Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien
- 5) Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan\
- 6) Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan
- 7) Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung
- 8) Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat
- 9) Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum
- 10) Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing
- 11) Tingkatkan intake nutrisi
- 12) Berikan terapi antibiotik bila perlu
- 13) *Infection Protection* (proteksi terhadap infeksi)
- 14) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal
- 15) Monitor hitung granulosit, WBC
- 16) Monitor kerentanan terhadap infeksi
- 17) Pertahankan teknik aseptik pada pasien yang berisiko
- 18) Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase
- 19) Inspeksi kondisi luka / insisi bedah
- 20) Dorong masukkan nutrisi yang cukup
- 21) Dorong masukan cairan
- 22) Dorong istirahat
- 23) Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep
- 24) Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi
- 25) Ajarkan cara menghindari infeksi
- 26) Laporkan kecurigaan infeksi
- 27) Laporkan kultur positif

- g. Defisit perawatan diri: mandi atau kebersihan diri berhubungan dengan kelelahan postpartum.

Kriteria:

- 1) Perawatan diri ostomi: tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi
- 2) Perawatan diri: aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu
- 3) Perawatan diri mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu
- 4) Perawatan diri *hygiene*: mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu
- 5) Perawatan diri *hygiene oral* : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu
- 6) Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi
- 7) Membersihkan dan mengeringkan tubuh
- 8) Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan *hygiene oral*

Intervensi:

- 1) Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.
- 2) Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri
- 3) Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan
- 4) Tempat handuk, sabun, deodoran, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan di samping tempat tidur atau di kamar mandi
- 5) Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal
- 6) Memfasilitasi diri mandi pasien

- 7) Memantau pembersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien
 - 8) Memantau integritas kulit pasien
 - 9) Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri.
- h. Konstipasi berhubungan dengan penurunan frekuensi, perubahan pada pola defekasi.

Kriteria:

- 1) Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari
- 2) Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi
- 3) Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi
- 4) Feses lunak dan berbentuk

Intervensi:

- 1) Monitor tanda dan gejala konstipasi
 - 2) Monitor bising usus
 - 3) Monitor feses : frekuensi, konsistensi dan volume
 - 4) Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus
 - 5) Monitor tanda dan gejala ruptur usus atau peritonitis
 - 6) Jelaskan etiologi dan rasionalisasi tindakan terhadap pasien
 - 7) Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi
 - 8) Dukung intake cairan
 - 9) Kolaborasikan pemberian laksatif
 - 10) Pantau tanda-tanda dan gejala impaksi
 - 11) Anjurkan pasien atau keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja
 - 12) Anjurkan pasien atau keluarga untuk diet tinggi serat
- i. Risiko syok berhubungan dengan hipovolemia

Kriteria:

- 1) Nadi dalam batas yang diharapkan
- 2) Irama jantung dalam batas yang diharapkan
- 3) Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan

- 4) Irama pernapasan dalam batas yang diharapkan
- 5) Natrium serum dalam batas normal
- 6) Kalium serum dalam batas normal
- 7) Klorida serum dalam batas normal
- 8) Kalsium serum dalam batas normal
- 9) Magnesium serum dalam batas normal
- 10) PH darah serum dalam batas normal

Intervensi:

- 1) Monitor status sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme, nadi perifer, dan kapiler refill.
- 2) Monitor tanda inadekuat oksigenasi jaringan
- 3) Monitor suhu dan pernafasan
- 4) Monitor input dan output
- 5) Pantau nilai labor : HB, HT, AGD dan elektrolit
- 6) Monitor hemodinamik invasi yang sesuai
- 7) Monitor tanda dan gejala asites
- 8) Monitor tanda awal syok
- 9) Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat
- 10) Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas
- 11) Berikan cairan IV dan atau oral yang tepat
- 12) Berikan vasodilator yang tepat
- 13) Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok
- 14) Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok
- 15) Monitor fungsi neurologis
- 16) Monitor fungsi renal
- 17) Monitor tekanan nadi
- 18) Monitor status cairan, input, output
- 19) Monitor EKG

- 20) Pantau tren dalam parameter hemodinamik (misalnya, CVP, MAP, tekanan kapiler pulmonal / arteri)
 - 21) Pantau faktor penentu pengiriman jaringan oksigen (misalnya, PaO₂ kadar hemoglobin SaO₂, CO), jika tersedia
 - 22) Pantau tingkat karbon dioksida sublingual dan / atau tonometry lambung, sesuai
 - 23) Monitor gejala gagal pernafasan (misalnya, rendah PaO₂ peningkatan PaCO₂ tingkat, kelelahan otot pernafasan)
- j. Risiko perdarahan berhubungan komplikasi pascapartum.

Kriteria:

- 1) Tidak ada hematuria dan hematemesis
- 2) Kehilangan darah yang terlihat
- 3) Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole
- 4) Tidak ada perdarahan pervaginam
- 5) Tidak ada distensi abdominal
- 6) Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal
- 7) Plasma, PT, PTT dalam batas normal

Intervensi:

- 1) Monitor ketat tanda-tanda perdarahan
- 2) Catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan
- 3) Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit
- 4) Monitor TTV ortostatik
- 5) Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif
- 6) Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresh frozen plasma)
- 7) Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan
- 8) Hindari mengukur suhu lewat rectal
- 9) Hindari pemberian aspirin dan anticoagulant

- 10) Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K
 - 11) Hindari terjadinya konstipasi dengan menganjurkan untuk mempertahankan intake cairan yang adekuat dan pelembut feces
 - 12) Identifikasi penyebab perdarahan
 - 13) Monitor status cairan yang meliputi intake dan output
 - 14) Monitor penentu pengiriman oksigen ke jaringan (PaO₂, SaO₂ dan level Hb dan cardiac output)
 - 15) Pertahankan patensi IV line
 - 16) Lakukan manual pressure (tekanan) pada area perdarahan
 - 17) Gunakan ice pack pada area perdarahan
 - 18) Lakukan pressure dressing (perban yang menekan) pada area luka
 - 19) Tinggikan ekstremitas yang perdarahan
 - 20) Monitor ukuran dan karakteristik hematoma
 - 21) Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas
 - 22) Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh: emesis, feces, urine, residu lambung, dan drainase luka
 - 23) Monitor complete blood count dan leukosit
 - 24) Kurangi faktor stress
 - 25) Hindari penggunaan anticoagulant
 - 26) Hindari penggunaan aspirin dan ibuprofen
- k. Defisit pengetahuan: perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum
- Kriteria:
- 1) Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan
 - 2) Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar
 - 3) Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya

Intervensi:

- 1) Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik
- 2) Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat.
- 3) Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat
- 4) Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat
- 5) Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat
- 6) Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat
- 7) Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit
- 8) Diskusikan pilihan terapi atau penanganan
- 9) Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan *second opinion* dengan cara yang tepat atau diindikasikan
- 10) Eksplorasi kemungkinan sumber atau dukungan, dengan cara yang tepat
- 11) Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Jenis implementasi keperawatan terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, yaitu :

a. *Independent Implementations*

Implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi *activity daily living*, memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-kultural, dan lain-lain.

b. *Interdependen atau Collaborative Impelementations*

Tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter.

c. *Dependen Implementations*

Tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, *physioterapies*, psikolog dan sebagainya (Dinarti; Yuli Muryanti, 2017).

Persiapan proses implementasi akan memastikan asuhan keperawatan yang efisien, aman dan efektif. Lima kegiatan persiapan tersebut adalah pengkajian ulang, meninjau dan merevisi rencana asuhan keperawatan yang ada, mengorganisasi sumber daya dan pemberian asuhan, mengantisipasi dan mencegah komplikasi, serta mengimplementasikan intervensi keperawatan (Potter & Perry, 2010).

5. Evaluasi Keperawatan

Tujuan asuhan keperawatan adalah membantu klien menyelesaikan masalah kesehatan aktual, mencegah terjadinya masalah risiko, dan mempertahankan kesehatan. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Dinarti; Yuli Muryanti, 2017). Proses evaluasi yang menentukan efektivitas asuhan keperawatan meliputi lima unsur: mengidentifikasi kriteria dan standar evaluasi, mengumpulkan data untuk menentukan apakah kriteria dan standar telah dipenuhi,

menginterpretasi dan meringkas data, mendokumentasikan temuan dan setiap pertimbangan klinis, dan menghentikan, meneruskan, atau merevisi rencana perawatan (Potter & Perry, 2010).

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Pasien bernama Ny. L berusia tahun 38 tahun yang bersuku medan menganut agama Islam memiliki riwayat pendidikan terakhir SMA. Ny. L bekerja sebagai ibu rumah tangga. Suami dari Ny. L bernama Tn. R berusia 37 tahun bersuku Jawa menganut agama Islam memiliki riwayat pendidikan terakhir SMA, saat ini suami dari Ny. L bekerja sebagai pegawai swasta. Ny. L dan suaminya Tn. R tinggal di Cluster Taman Sakura Blok M2 No.2 RT/RW 03/20 Babelan, Bekasi. Status perkawinan yaitu menikah satu kali dengan lama perkawinan sudah 17 tahun.

2. Resume

Ny. L datang ke Poli Kebidanan Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat pada tanggal 07 Februari 2020 pukul 15.15 WIB didampingi oleh suaminya Tn. R dengan keadaan sedang hamil untuk kontrol kehamilan dengan G4P3A0 hamil 38 minggu dengan riwayat bekas *caesar* dua kali. Telah dilakukan pemeriksaan tekanan darah dengan hasil 147/90 mmHg, mendengarkan denyut jantung janin dengan hasil 147 kali/menit dan irama teratur, melakukan USG dengan hasil berat badan bayi sebesar 5700 gram. Ny. L dianjurkan oleh dr. L untuk cek protein urine. Pukul 15.55 WIB hasil pemeriksaan protein urine adalah positif (+) 1, kemudian pasien mendapatkan penjelasan tentang hasil protein urine dan direncanakan *sectio caesarea* pada tanggal 12 Februari 2020 pukul 07.00 WIB.

Ny. L datang ke ruang rawat inap Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga pada tanggal 11 Februari 2020 pukul 17.15 WIB didampingi oleh suaminya Tn. R, keadaan umum *composmentis*, GCS 15, tidak ada keluhan, tafsiran persalinan tanggal 25 Februari 2020, pemeriksaan antenatal dilakukan di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat dengan hasil antenatal penyakit yang dialami selama kehamilan adalah G4P3A0 hamil 38-39 minggu dengan riwayat bekas *caesar* dua kali. Datang untuk dilakukan *sectio caesarea* pada tanggal 12 Februari 2020, Ny. L datang dengan membawa hasil laboratorium pada tanggal 16 Januari 2020 dengan hasil Hemoglobin 11, 1 g/dl, GDS 105 mg/dl, *bloading time* 1' 30", *cloating time* 12, dan membawa hasil pemeriksaan laboratorium albumin urine tanggal 07 Februari 2020 dengan hasil positif (+) 1. Tindakan yang sudah dilakukan adalah mengobservasi denyut jantung janin dengan hasil 143 kali/menit dan irama teratur, melakukan palpasi TFU dengan hasil TFU 42 cm punggung kanan presentasi kepala, melakukan CTG dengan hasil dilakukan pemeriksaan dalam, tidak ada pembukaan dan hasil denyut jantung janin 150 dpm, diberikan obat kalfrofen 100 mg melalui suppositoria, cefazol 1 gram melalui *intracutan* dengan negatif tidak ada alergi, dilakukan pemasangan infus di vena cepalika sinistra Ring As 500 cc.

Ny. L tiba di ruang operasi Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat pada tanggal 12 Februari 2020 pukul 06.45 WIB, keadaan umum sakit ringan, kesadaran *composmentis*. Tindakan yang dilakukan adalah dilakukan bius spinal, pemasangan *dower cateter* nomor 14, dilakukan *sectio caesarea* atas indikasi bekas *caesar* dua kali, makrosomia dengan hasil presentasi kepala, ketuban jernih, jenis kelamin laki-laki, berat badan 5700 gram, panjang badan 57 cm.

Ny. L tiba di ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga pada tanggal 12 Februari 2020 pukul 10.30 WIB didampingi oleh suaminya Tn. R

dan keluarga. Keadaan pasien sakit sedang, kesadaran composmentis, datang dengan keluhan nyeri dengan karakteristik P:nyeri pada daerah luka operasi, Q: seperti tertusuk-tusuk, R: nyeri pada bagian abdomen S: skala 5, T: kurang lebih 2 menit hilang timbul, nyeri pada saat bergerak. Tindakan yang telah dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah: 139/97 mmHg, nadi: 103 kali/menit suhu: 36⁰C, pernapasan: 18 kali/menit, dilakukan pemeriksaan TFU dengan hasil TFU sepusat, luka operasi kering, tidak ada rembesan dan tidak ada tanda-tanda inflamasi, kontraksi uterus keras, *lochea rubra*. Masalah keperawatan yang ditemukan adalah nyeri akut. Tindakan keperawatan mandiri yang telah dilakukan adalah mengajarkan pasien teknik relaksasi napas dalam. Tindakan kolaborasi yang sudah dilakukan adalah memberikan obat torasic 100 mg melalui oral. Evaluasi secara umum masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

3. Riwayat Keperawatan

a. Keluhan Utama

Pada tanggal 12 Februari 2020 pukul 13.15WIB dilakukan pengkajian pada Ny. L. Pasien mengatakan merasakan nyeri dengan karakteristik nyeri P : nyeri pada daerah luka operasi, Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk, R : nyeri pada bagian abdomen, S : skala nyeri 5, T : kurang lebih 2 menit hilang timbul, nyeri pada saat bergerak. Pasien tampak meringis kesakitan dan tampak memegang area abdomen, tampak membatasi pergerakan.

b. Riwayat Persalinan Sekarang

Ny. L melakukan persalinan di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat pada tanggal 12 Februari 2020 pukul 07.30 WIB dengan tipe persalinan *Sectio Caesarea* atas indikasi bekas *sectio caesarea* dan janin besar (*Macrosomia*) dengan jumlah perdarahan 300 cc. Jenis kelamin bayi Ny. L yaitu Laki-laki dengan berat badan lahir 5700 gram dengan panjang badan 57 cm. Hasil

Apperence, Pulse, Grimace, Activity, Respiratory (APGAR) Score yaitu 6 pada menit pertama dan 8 pada menit kelima.

c. Riwayat Obstetri

Riwayat Obstetri Ny. L yaitu P4A0 Anak hidup 5 anak kedua (*gemeli*). Anak pertama dengan usia kehamilan 38-39 minggu, tidak ada penyulit saat kehamilan, jenis persalinan normal dengan penolong persalinan dokter, tidak ada penyulit dalam persalinan, komplikasi nifas tidak ada, lahir dengan jenis kelamin perempuan dengan berat badan lahir 3000 gram, panjang badan 49 cm, keadaan anak sehat dan berusia 15 tahun. Anak kedua dengan usia kehamilan 39-40 minggu, tidak ada penyulit saat kehamilan, jenis persalinan *sectio caesarea* atas indikasi *gemeli*, penolong persalinan dokter, tidak ada penyulit dalam persalinan, komplikasi nifas tidak ada, lahir dengan jenis kelamin laki-laki, dengan berat badan lahir 2800 dan panjang badan 50 cm dan berat badan lahir 2750 gram dan panjang badan 48 cm, keadaan anak sehat dan berusia 8 tahun. Anak ketiga dengan usia kehamilan 38-39 minggu, tidak ada penyulit saat kehamilan, jenis persalinan *sectio caesarea* atas indikasi persalinan tak maju, penolong persalinan dokter, tidak ada penyulit dalam persalinan, komplikasi nifas tidak ada, lahir dengan jenis kelamin perempuan dengan berat badan lahir 3300 gram, panjang badan 48 cm. Anak keempat dengan usia kehamilan 38-39 minggu, tidak ada penyulit saat kehamilan, jenis persalinan *sectio caesarea* atas indikasi bekas *sectio caesarea* dan janin besar, penolong dokter, tidak ada penyulit dalam persalinan, komplikasi nifas tidak ada, lahir dengan jenis kelamin laki-laki, dengan berat badan lahir 5700 gram, panjang badan 57 cm, keadaan anak di rawat di perina dikarenakan sianosis dan berusia 0 hari.

d. Riwayat Keluarga Berencana (KB)

Pasien mengatakan sebelumnya melaksanakan program keluarga berencana (KB) dengan jenis kontrasepsi kondom dimana suami

dari Ny. L saat hubungan menggunakan kondom, selama penggunaan kondom tidak ada masalah, menggunakan kondom pertama kali sejak anak ketiga berusia 8 tahun, dikarenakan suami dari Ny. L ingin melakukan KB menggunakan kondom saja. Rencana yang akan datang pasien mengatakan akan menggunakan kontrasepsi jenis suntik 3 bulan, karena tidak perlu setiap bulan kembali ke pelayanan kesehatan. Ny. L mengatakan ia mengetahui informasi tentang KB dimana fungsinya untuk menjarangkan anak.

e. Riwayat Imunisasi TT

Pasien mengatakan sebelum menikah dan saat masa kehamilan tidak melakukan imunisasi TT.

f. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan nenek dari suaminya memiliki penyakit diabetes mellitus. Pasien dan suami tidak memiliki penyakit diabetes mellitus, jantung, dan hipertensi. Semasa kehamilan trisemester tiga Ny. L memiliki hipertensi saat kehamilan.

g. Riwayat Kebiasaan Sehari-hari Sebelum Dirawat

1) Pola Nutrisi/Cairan

Pasien mengatakan frekuensi makan dalam sehari sebanyak 3 kali dengan satu kali makan satu porsi. Jenis makanan yang dimakan seperti biasa seperti nasi, lauk pauk, sayuran dan buah-buahan. Nafsu makan baik tidak ada mual dan muntah dan tidak ada alergi atau toleransi terhadap makanan. Pasien mengatakan frekuensi minum dalam sehari sekitar 6-8 gelas (1500-2000 ml). Rata-rata berat badan sebelum hamil sekitar 65 kg dan berat badan sekarang sekitar 77 kg.

2) Pola Eliminasi

Pasien mengatakan BAB satu kali dalam sehari dengan konsistensi lunak, defekasi terakhir pukul 05.00 WIB (12 Februari 2020 sebelum dilakukan operasi *sectio caesarea*), tidak ada hemorroid, keluhan saat BAB tidak ada. Pasien

mengatakan BAK 7-8 kali dalam sehari, karakteristik urine kuning jernih dan tidak ada keluhan dalam BAK.

3) Personal Hygiene

Pasien mengatakan mandi dua kali dalam sehari di pagi dan sore hari, *oral hygiene* dua kali sehari di pagi dan sore hari, serta mencuci rambut sebanyak tiga kali dalam seminggu.

4) Pola Aktivitas/Istirahat dan Tidur

Pasien mengatakan bekerja sebagai ibu rumah tangga, tidak ada pembatasan aktivitas selama kehamilan, kegiatan selama waktu luang pasien menonton televisi, terkadang membaca buku novel dan mengaji, tidak ada keluhan dalam beraktivitas dan dalam kehidupan sehari-hari dilakukan secara mandiri. Pasien mengatakan tidur siang sekitar 1-2 jam dan tidur malam selama 7-8 jam perhari, serta tidak ada keluhan atau masalah dalam istirahat atau tidur.

5) Pola Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Pasien mengatakan tidak merokok, tidak mengonsumsi minuman keras, dan tidak ketergantungan obat.

6) Riwayat Seksualitas

Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam berhubungan seksualitas.

7) Riwayat Psikososial

Pasien mengatakan pada kehamilan yang sekarang tidak direncanakan dan belum mempunyai rencana untuk hamil, perasaan pasien beserta keluarga bahagia dan senang atas kelahiran anak kelima, pasien mengatakan siap menjalani peran sebagai ibu, pasien mengatakan untuk mengatasi stress biasanya melakukan ibadah sholat, baca Al-Quran, menonton televisi ataupun jalan-jalan. Pasien tinggal bersama suami. Peran dalam struktur keluarga yaitu Ny. L sebagai istri bagi suaminya dan sebagai ibu bagi anak-anaknya, Tn. R sebagai suami bagi istrinya dan sebagai ayah dari anak-

anaknya. Pasien mengatakan sanggup merawat bayi dan sudah tahu dalam merawat bayi seperti memandikan, merawat tali pusat serta cara menyusui bayi dengan bayi karena sebelumnya sudah berpengalaman pada anak yang sebelumnya. Harapan pasien saat ini ingin segera pulih dan ingin segera pulang berkumpul dengan anak-anak yang dirumah, Ny. L mengalami rasa cemas karena By.Ny.L dirawat di ruang Perina, tetapi Ny. L mengatakan ia tidak boleh cemas secara berlebihan karena akan mengganggu Ny. L dalam tahap penyembuhan dan secara tidak langsung nanti By.Ny.L merasa sedih serta ingin anaknya yang di perina cepat pulih, Ny.L telah diberikan penjelasan oleh suaminya terkait By.Ny.L masuk ke ruang Perina, tapi karena suami Ny.L selalu memberikan dukungan sehingga Ny.L tidak terlalu cemas dan tidak terlalu sedih karena suaminya selalu memberikan dukungan yang positif hingga Ny. L dapat menerima keadaan . Tidak ada faktor budaya yang mempengaruhi kesehatan. Hasil dari *Skrinning Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) adalah 8 dengan interpretasi depresi tidak mungkin terjadi.

8) Status Sosial Ekonomi

Pasien mengatakan penghasilan perbulan suami lebih dari Rp 4.000.000, pengeluaran dalam sebulan kurang lebih Rp 2.000.000. Pasien mengatakan memiliki jaminan kesehatan yaitu asuransi perusahaan.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Sistem Kardiovaskuler/Sirkulasi

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan hasil pemeriksaan nadi 92 kali/menit dengan irama teratur dan denyut nadi kuat, tekanan darah 139/79 mmHg, suhu 36 °C, pengisian kapiler kurang dari tiga detik, edema tidak ada, konjungtiva

tampak anemis, sklera anikterik, terdapat riwayat peningkatan tekanan darah selama kehamilan trisemester ketiga, tidak mempunyai penyakit jantung dan tidak ada keluhan lainnya.

b. Sistem Pernafasan

Jalan nafas bersih dengan frekuensi 18 kali/menit, irama teratur dengan kedalaman dalam, pasien tidak ada batuk, suara nafas vesikuler.

c. Sistem Pencernaan

Keadaan mulut pasien gigi tidak caries, tidak ada stomatitis, lidak tampak tidak kotor, tampak tidak memakai gigi palsu, tidak tercium bau mulut, pasien mengatakan tidak muntah, tidak ada kesulitan dalam menelan, tidak mual, nafsu makan baik, pasien mengatakan nyeri pada daerah perut dengan karakteristik nyeri P : nyeri pada daerah luka operasi, Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk, R : nyeri pada bagian abdomen, S : skala nyeri 6, T : kurang lebih 2 menit hilang timbul, nyeri pada saat bergerak. Tidak merasa penuh pada bagian perut. Berat badan sekarang 77 kg dan tinggi badan 155 cm dengan hasil Indeks Massa Tubuh (IMT) adalah 32, bentuk tubuh pasien tegak, membran mukosa lembab, hasil pemeriksaan lingkaran lengan atas 33 cm, pasien mengatakan belum BAB setelah operasi (12 Februari dikaji 5 jam setelah PP), tidak ada hemorroid dan tidak ada keluhan dalam sistem pencernaan.

d. Neurosensori

Status mental pasien orientasi, pasien tidak memakai kacamata, tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak mengalami gangguan bicara dan tidak merasakan sakit kepala.

e. Sistem Endokrin

Gula darah pasien mg 105/dl (11 Februari 2020).

f. Sistem Urogenital

Pola BAK pada saat pengkajian pasien masih tertampung dalam *urine bag* dan pasien tampak terpasang kateter urine, dengan

jumlah urine 350 cc, warna urine kuning keruh dan tidak ada keluhan saat BAK.

g. Sistem Integumen

Turgor kulit baik dan elastis, warna kulit tampak kemerahan, keadaan kulit terdapat insisi operasi *sectio caesarea* pada bagian abdomen bawah dengan jenis luka *sectio caesarea transperitonealis profunda*, panjang luka insisi 18 cm, keadaan kulit tampak bersih dan keadaan rambut bersih.

h. Sistem Muskuloskeletal

Pasien terdapat kesulitan dalam pergerakan dikarenakan masih dalam tahapan bedrest dikarenakan *post operasi sectio caesaria*. Ekstremitas pada tungkai simetris, tidak ada tanda-tanda Homan Sign, tidak tampak oedema dan varices.

i. Dada dan Axilla

Hasil pemeriksaan Dada dan Axilla keadaan mammae membesar, aerola mammae tampak menghitam, papila mammae kanan dan kiri exverted atau menonjol keluar, kolostrum sudah keluar, produksi ASI sudah keluar, tidak ada sumbatan pada ASI, pasien belum mencoba memberikan ASI pada bayinya dikarenakan masih dalam keadaan bedrest selama 12 jam setelah operasi dan bayi pasien diberada di perina karena tampak sianosis pada bayi pasien, tidak tampak adanya pembengkakan dan nyeri tidak ada.

j. Perut dan Abdomen

Tinggi fundus uteri satu jari dibawah pusat, kontraksi atau *after pain* kuat, konsistensi uterus keras. Terdapat luka insisi operasi dibagian abdomen bawah, dengan jenis luka *sectio caesarea transperitonealis profunda*, panjang luka insisi 18 cm , luka operasi tertutup kassa, tidak ada rembesan di sekitar luka.

k. Anogenital

lochea rubra dengan karakteristik warna merah segar, jumlah satu softek (200 cc), berbau amis, perineum utuh.

5. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Penunjang Tanggal 16.01.2020

Hemoglobin 11.1 * gr/dl (12.5-16.0 gr/dl), leukosit 6,410 /ul (4,000-10,500 /ul), hemtokrit 33* Vol% (37-47 Vol%), trombosit 151,000 /ul (150,000-450,000 /ul), eritrosit 3,97* Juta/ul (4,20-5,40 Juta/ul), MCV 82 fl (78-100 fl), MCH 28 pg (27-31 pg), MCHC 34% (32-36%), masa perdarahan 1.30 menit (1.00-6.00 menit), masa pembekuan 12.00 menit (9.00-15.00), gula darah sewaktu 105 mg/dl (60-140 mg/dl), HbsAg non reactive (non reactive), urinalisa: warna kuning keruh *(kuning jernih), BJ 1.025 (1.005-1.030), PH 6.0 (.5-8.5), keton 1+* (negative), protein/albumin negative (negative), glukosa negative (negative), bilirubin negative (negative), darah samar negative (negative), nitrit negative (negative), urobilinogen 0.2 EU/dl (0.1-1.0 EU/dl), sedimen urine: leukosit 4-6*/LPB (0-5/LPB), eritrosit 0-1/LPB (0-1/LPB), silinder granula halus* (negative/LPK), epitel 1+*, bakteri positive*, kristal Ca oxalat*, lain-lain negative, morfologi eritrosit normal.

Pemeriksaan Penunjang Tanggal 07.02.2020

Urinalisa: protein/albumin 1+* (negative)

Pemeriksaan Penunjang Tanggal 11.02.2020

Urinalisa: protein/albumin negative (negative)

6. Penatalaksanaan

a. Obat Oral, Supp

- 1) Kaltrofen supp, dengan dosis 100 mg diberikan ekstra *persuppositoria*.
- 2) Adalat Oros, dengan dosis 30 mg diberikan satu kali dalam sehari *peroral*.
- 3) Lactamor, diberikan tiga kali dalam sehari *peroral*.
- 4) Torasic, dengan dosis 100 mg diberikan tiga kali dalam sehari *peroral*.

- 5) Bactesyn, dengan dosis 375 mg diberikan dua kali dalam sehari *peroral*.
- b. Obat Injeksi
 - 1) Cefazol, dengan dosis 1 gram diberikan ekstra *perintravena*.
 - 2) Torasic, dengan dosis 30 mg diberikan tiga kali dalam sehari *perintravena*.

7. Data Fokus

Data klinik dengan keadaan umum sakit sedang, kesadaran *composmentis*, tekanan darah 139/79 mmHg, nadi 92 kali/menit, suhu 36 °C, pernapasan 18 kali/menit

a. Kebutuhan dasar fisiologis : Oksigenasi

Data subjektif : pasien mengatakan tidak sesak, tidak batuk.

Data objektif : jalan nafas bersih, frekuensi 18 kali/menit, irama teratur dan kedalaman nafas dalam, pasien tampak tidak batuk, tampak tidak sesak, tampak tidak menggunakan otot bantu pernapasan, suara nafas vesikular.

b. Kebutuhan dasar fisiologis : Cairan

Data subjektif : Pasien mengatakan minum 300 cc, tidak ada mual dan muntah, pasien mengatakan baru ganti softex satu kali, warna darah merah segar.

Data objektif : pasien tampak terpasang kateter urine, tampak tidak mual dan muntah, tidak ada edema pada ekstremitas pasien, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab, perdarahan diruang operasi 300 cc, tidak ada tanda-tanda dehidrasi, lochea rubra (merah segar) dengan jumlah satu softek 200cc, balance cairan per 24 jam intake (2300+1400) – output (1650+300+770) = +980 cc. CRT <3detik, kontraksi uterus kuat, konsistensi uterus keras, hematorit 33 vol%.

c. Kebutuhan dasar fisiologis : Nutrisi

Data subjektif : pasien mengatakan tidak mual dan muntah, menghabiskan satu porsi makan, nafsu makan baik, tidak ada alergi makanan.

Data objektif : Pasien tampak lemas, tampak menghabiskan satu porsi makan, konjungtiva anemis, berat badan sekarang 77 kg, tinggi badan 155 cm, Indeks Massa Tubuh (IMT) 32, lingkar lengan atas 33 cm, hemoglobin 11.1 g/dl.

d. Kebutuhan dasar fisiologis: Eliminasi

Data subjektif: pasien mengatakan belum BAB setelah operasi, terpasang selang kateter urine.

Data objektif: pasien tampak bedrest, aktivitas fisik terbatas, pasien tampak terpasang kateter urine dengan jumlah urine 400, berwarna kuning keruh.

e. Kebutuhan dasar fisiologis: Aktivitas

Data subjektif : pasien mengatakan lemas, belum dapat bergerak karena harus bedrest.

Data objektif : pasien tampak lemas, pasien post operasi lima jam, pasien tampak terbaring dan dianjurkan bedrest sampai pukul 20.00 WIB.

f. Kebutuhan dasar rasa aman : Infeksi

Data subjektif : pasien mengatakan tidak ada bengkak, kemerahan, panas didaerah luka insisi, tidak ada rembesan di kasa yang menutupi luka.

Data objektif : suhu 36⁰C, tampak terdapat luka insisi operasi, luka tertutup kasaan, tidak tampak rembesan, luka operasi tampak kesamping (*transperitonealis profunda*), lochea rubra (merah segar)

g. Kebutuhan dasar rasa nyaman : Nyeri

Data subjektif : pasien mengatakan merasakan nyeri dengan karakteristik nyeri P : nyeri pada daerah luka operasi, Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk, R : nyeri pada bagian abdomen, S : skala nyeri 5, T : kurang lebih 2 menit hilang timbul, nyeri pada saat bergerak.

Data objektif : Pasien tampak meringis kesakitan, tampak memegang area abdomen, nadi 92 kali/menit, tampak membatasi pergerakan.

h. Kebutuhan konsep diri : Cemas

Data subjektif : Ny. L mengatakan mengalami rasa cemas karena By.Ny.L dirawat di ruang Perina, tetapi Ny. L mengatakan ia tidak boleh cemas secara berlebihan karena akan mengganggu Ny. L dalam tahap penyembuhan dan secara tidak langsung nanti By.Ny.L merasa sedih serta ingin anaknya yang di perina cepat pulih, Ny.L telah diberikan penjelasan oleh suaminya terkait By.Ny.L masuk ke ruang Perina, tapi karena suami Ny.L selalu memberikan dukungan sehingga Ny.L tidak terlalu cemas dan tidak terlalu sedih karena suaminya selalu memberikan dukungan yang positif hingga Ny. L dapat menerima keadaan.

Data objektif : Ny. L tampak sedikit gelisah, tampak melihat secara sepintas, hasil dari *Skrinning Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) adalah 8 dengan intepretasi depresi tidak mungkin terjadi.

8. Analisa Data

Tabel 3.4 Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	Data subjektif : pasien mengatakan baru ganti softex satu kali, warna merah segar. Data objektif : perdarahan diruang operasi 300 cc, lochea rubra (merah segar) dengan jumlah satu softex 200 cc (total perdarahan di ruang operasi dan	Risiko perdarahan	Komplikasi pascapartum

	<p>pembalut sekitar 500 cc), kontraksi uterus kuat, konsistensi uterus keras, tinggi fundus uteri satu jari dibawah pusat, <i>time out</i> operasi pukul 08.50 WIB, hematokrit 33 vol%, hemoglobin 11.1 gr/gl.</p>		
2.	<p>Data subjektif : pasien mengatakan tidak ada bengkak, kemerahan, panas didaerah luka insisi, tidak ada rembesan di kasa yang menutupi luka.</p> <p>Data objektif : suhu 36⁰C, tampak terdapat luka insisi operasi, luka tertutup kasaan, tidak tampak rembesan, luka operasi tampak kesamping (<i>transperitonealis profunda</i>), lochea rubra (merah segar)</p>	Risiko infeksi	Prosedur invasif
3.	<p>Data subjektif : pasien mengatakan merasakan nyeri dengan karakteristik nyeri P : nyeri pada daerah luka operasi, Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk, R : nyeri pada bagian abdomen, S : skala nyeri 5, T : kurang lebih 2 menit</p>	Nyeri akut	Agen cedera fisik

	<p>hilang timbul, nyeri pada saat bergerak.</p> <p>Data objektif : Pasien tampak meringis kesakitan, tampak memegang area abdomen, nadi 92 kali/menit, tampak membatasi pergerakan.</p>		
4.	<p>Data subjektif : pasien mengatakan lemas, belum dapat bergerak karena harus bedrest.</p> <p>Data objektif : pasien tampak lemas, pasien post operasi lima jam, pasien tampak terbaring dan dianjurkan bedrest sampai pukul 20.00 WIB.</p>	Hambatan mobilitas fisik	Nyeri luka bekas operasi
5	<p>Data subjektif: pasien mengatakan belum BAB setelah operasi.</p> <p>Data objektif: pasien tampak bedrest, aktivitas fisik terbatas.</p>	Risiko komstipasi	Kelemahan otot abdomen
6	<p>Data subjektif : Ny. L mengatakan mengalami rasa cemas karena By.Ny.L dirawat di ruang Perina, tetapi Ny. L mengatakan ia tidak boleh cemas secara berlebihan karena akan mengganggu Ny. L dalam</p>	Ansietas	Hubungan interpersonal

	<p>tahap penyembuhan dan secara tidak langsung nanti By.Ny.L merasa sedih serta ingin anaknya yang di perina cepat pulih, Ny.L telah diberikan penjelasan oleh suaminya terkait By.Ny.L masuk ke ruang Perina, tapi karena suami Ny.L selalu memberikan dukungan sehingga Ny.L tidak terlalu cemas dan tidak terlalu sedih karena suaminya selalu memberikan dukungan yang positif hingga Ny. L dapat menerima keadaan.</p> <p>Data objektif : Ny. L tampak sedikit gelisah, tampak melihat secara sepintas, hasil dari <i>Skrinning Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> (EPDS) adalah 8 dengan intepretasi depresi tidak mungkin terjadi.</p>		
--	---	--	--

B. Diagnosa Keperawatan

1. Risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pascapartum
 Tanggal ditemukan: 12 Februari 2020
 Tanggal teratasi: 13 Februari 2020

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
Tanggal ditemukan: 12 Februari 2020
Tanggal teratasi: 15 Februari 2020
3. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif
Tanggal ditemukan: 12 Februari 2020
Tanggal teratasi: 15 Februari 2020
4. Ansietas berhubungan dengan hubungan interpersonal
Tanggal ditemukan: 12 Februari 2020
Tanggal teratasi: 14 Februari 2020
5. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka bekas operasi
Tanggal ditemukan: 12 Februari 2020
Tanggal teratasi: 13 Februari 2020
6. Risiko konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen
Tanggal ditemukan: 12 Februari 2020
Tanggal teratasi: 13 Februari 2020

C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan

1. Risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pascapartum
Data subjektif : pasien mengatakan baru ganti softex satu kali, warna darah merah segar.
Data objektif : perdarahan diruang operasi 300 cc, *lochea* rubra (merah segar) dengan jumlah satu softex 200cc, kontraksi uterus kuat, konsistensi uterus keras, tinggi fundus uteri satu jari dibawah pusat, hematorit 33 vol%, hemoglobin.11.1 gr/dl
Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam tidak terjadi perdarahan.
Kriteria Hasil : Tanda-tanda vital (tekanan darah) dalam batas normal (120/80), *lochea* normal (rubra), kontraksi uterus kuat, konsistensi uterus keras, tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat.

Rencana Keperawatan :

Rencana Keperawatan Mandiri:

- a. Kaji kontraksi dan konsistensi uterus tiap 8 jam
- b. Observasi tanda-tanda vital (tekanan darah) tiap 8 jam
- c. Observasi tinggi fundus uteri tiap 8 jam
- d. Monitor *lochea* (warna, jumlah, bau) tiap 8 jam

Pelaksanaan Keperawatan :

Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 15.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital (tekanan darah) dengan hasil 146/90 mmHg. Pukul 18.00 WIB mengobservasi tinggi fundus uteri dengan hasil setinggi pusat, mengkaji kontraksi dan konsistensi uteru dengan hasil kontraksi kuat konsistensi keras, memonitor *lochea* dengan hasil warna merah segar, jumlah 200 cc, bau amis (perawat ruangan). Pukul 22.00 WIB mengobservasi tinggi fundus uteri dengan hasil satu jari dibawah pusat, mengkaji kontraksi dan konsistensi uterus dengan hasil kontraksi kuat konsistensi keras, memonitor *lochea* dengan hasil warna merah segar, jumlah 1/2 pembalut, bau amis (perawat ruangan).Pukul 05.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital (tekanan darah) dengan hasil 126/64 mmHg (perawat ruangan).

Evaluasi Keperawatan Pukul 06.50 WIB:

S: Pasien mengatakan darah berwarna merah segar.

O: tekanan darah 120/80 mmHg, *lochea* rubra, kontraksi uterus kuat, konsistensi uterus keras, tinggi fundus uterus dua jari dibawah pusat.

A: Masalah teratasi tujuan tercapai

P: Hentikan intervensi

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

Data subjektif : pasien mengatakan merasakan nyeri dengan karakteristik nyeri p : nyeri pada daerah luka operasi, q : nyeri seperti tertusuk-tusuk, r : nyeri pada bagian abdomen, s : skala nyeri 5, t : kurang lebih 2 menit hilang timbul, nyeri pada saat bergerak.

Data objektif : Pasien tampak meringis kesakitan, tampak memegang area abdomen, nadi 92 kali/menit, tampak membatasi pergerakan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam nyeri berkurang.

Kriteria Hasil : Pasien mampu dapat melaporkan nyeri berkurang dengan skala ringan (1-3), nadi dalam batas normal (60-100 kali/menit), pasien tampak tenang dan rileks, pasien tidak tampak memegang area abdomen, pasien dapat mobilisasi.

Rencana Keperawatan :

Rencana Keperawatan Mandiri:

- a. Kaji nyeri pasien secara komprehensif, meliputi: lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus (PQRST) tiap 8 jam.
- b. Ajarkan teknik nonfarmakologi (relaksasi napas dalam) tiap 8 jam.
- c. Observasi tanda-tanda vital (nadi) tiap 8 jam.

Rencana Keperawatan Kolaborasi:

- d. Berikan obat torasic 3x100 mg peroral (diberikan setelah obat torasic 3x30 mg *perintravena* stop)
- e. Berikan obat torasic 3x30 mg *perintravena*.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 14.00 WIB memberikan obat torasic 30 mg *perintravena* dengan hasil obat telah diberikan dan tetesan infus lancar (perawat ruangan). Pukul 15.00 WIB mengobservasi tekanan darah (nadi) 69 kali/menit. Mengkaji nyeri pasien secara komprehensif, meliputi: lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus (PQRST) dengan hasil pasien mengatakan merasakan nyeri dengan karakteristik nyeri p : nyeri pada daerah luka operasi, q : nyeri seperti tertusuk-tusuk, r : nyeri pada bagian abdomen, s : skala nyeri 4, t : kurang lebih 2 menit hilang timbul, nyeri pada saat bergerak. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dengan hasil pasien dapat

mengikuti apa yang perawat contohkan, pasien kooperatif, pasien dapat mengulangi sendiri. Pukul 20.00 WIB memberikan obat torasic 100 mg *peroral* dengan hasil obat telah diberikan (perawat ruangan). Pukul 21.30 mengkaji nyeri pasien secara komprehensif, meliputi: lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus (PQRST) dengan hasil pasien mengatakan merasakan nyeri dengan karakteristik nyeri p : nyeri pada daerah luka operasi, q : nyeri seperti tertusuk-tusuk, r : nyeri pada bagian abdomen, s : skala nyeri 4, t : kurang lebih 2 menit hilang timbul, nyeri pada saat bergerak (perawat ruangan). Pukul 23.00 WIB memberikan obat torasic 30 mg *perintravena* dengan hasil obat telah diberikan dan tetesan infus lancar (perawat ruangan). Pukul 05.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital (nadi) 85 kali/menit (perawat ruangan).

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 13 Februari 2020 pukul 08.10 WIB

S: mengatakan merasakan nyeri dengan karakteristik nyeri p : nyeri pada daerah luka operasi, q : nyeri seperti tertusuk-tusuk, r : nyeri pada bagian abdomen, t : kurang lebih 2 menit hilang timbul, nyeri pada saat bergerak.

O: S: skala 4, nadi 96 kali/menit, pasien tampak meringis kesakitan, memegang area abdomen, membatasi pergerakan

A: Masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai

P: Lanjutkan intervensi a, c, d, e.

Pelaksanaan Keperawatan:

Tanggal 13 Februari 2020

Pukul 09.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital (nadi) 69 kali/menit. Mengkaji nyeri pasien secara komprehensif, meliputi: lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus (PQRST) dengan hasil pasien mengatakan merasakan nyeri dengan karakteristik nyeri p : nyeri pada daerah luka operasi, q : nyeri seperti tertusuk-tusuk, r : nyeri pada bagian abdomen, s : skala nyeri 3, t : kurang lebih 2 menit hilang timbul, nyeri pada saat bergerak. Pukul

13.00 WIB memberikan obat torasic 30 mg *perintravena* dengan hasil obat telah diberikan dan tetesan infus lancar (perawat ruangan), memberikan obat torasic 100 mg perora dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 15.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital (nadi) dengan hasil 96 kali/menit (perawat ruangan). Pukul 17.00 WIB mengkaji nyeri pasien secara komprehensif, meliputi: lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus (PQRST) dengan hasil pasien mengatakan merasakan nyeri dengan karakteristik nyeri p : nyeri pada daerah luka operasi, q : nyeri seperti tertusuk-tusuk, r : nyeri pada bagian abdomen, s : skala nyeri 3, t : kurang lebih 2 menit hilang timbul, nyeri pada saat bergerak (perawat ruangan).Pukul 19.00 WIB memberikan obat torasic 30 mg *perintravena* dengan hasil obat telah diberikan dan tetesan infus lancar (perawat ruangan), memberikan obat torasic 100 mg peroral dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 05.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital (nadi) dengan hasil 89 kali/menit (perawat ruangan). Pukul 06.00 WIB memberikan obat torasic 100 mg peroral dengan hasil obat berhasil diberikan setelah makan (perawat ruangan).

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 14 Februari 2020pukul 06.30 WIB

S: mengatakan merasakan nyeri dengan karakteristik nyeri p : nyeri pada daerah luka operasi, q : nyeri seperti tertusuk-tusuk, r : nyeri pada bagian abdomen, t : kurang lebih 2 menit hilang timbul, nyeri pada saat bergerak.

O: S: skala 3, nadi 85 kali/menit, pasien tampak meringis kesakitan, memegang area abdomen, tidak membatasi pergerakan.

A: Masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai

P: Lanjutkan intervensi a, c, d. (hentikan intervensi b dan e)

Pelaksanaan Keperawatan:

Tanggal 14 Februari 2020

Pukul 08.30 WIB mengobservasi tanda-tanda vital (nadi) 86 kali/menit. Mengkaji nyeri pasien secara komprehensif, meliputi:

lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus (PQRST) dengan hasil pasien mengatakan merasakan nyeri dengan karakteristik nyeri p : nyeri pada daerah luka operasi, q : nyeri seperti tertusuk-tusuk, r : nyeri pada bagian abdomen, s : skala nyeri 3, t : kurang lebih 2 menit hilang timbul, nyeri pada saat bergerak. Pukul 13.00 WIB memberikan obat torasic 100 mg peroral dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 15.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital (nadi) dengan hasil 83 kali/menit, mengkaji nyeri pasien secara komprehensif, meliputi: lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus (PQRST) dengan hasil pasien mengatakan merasakan nyeri dengan karakteristik nyeri p : nyeri pada daerah luka operasi, q : nyeri seperti tertusuk-tusuk, r : nyeri pada bagian abdomen, s : skala nyeri 2, t : kurang lebih 2 menit hilang timbul, nyeri pada saat bergerak (perawat ruangan). Pukul 19.00 WIB memberikan obat torasic 100 mg peroral dengan hasil obat berhasil diberikan (perawat ruangan). Pukul 05.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital (nadi) dengan hasil 95 kali/menit (perawat ruangan). Pukul 06.00 WIB memberikan obat torasic 100 mg peroral dengan hasil obat berhasil diberikan setelah makan (perawat ruangan)

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 15 Februari 2020 pukul 06. 15 WIB

S: mengatakan merasakan nyeri dengan karakteristik nyeri p : nyeri pada daerah luka operasi, q : nyeri seperti tertusuk-tusuk, r : nyeri pada bagian abdomen, t : kurang lebih 2 menit hilang timbul, nyeri pada saat bergerak.

O: S: skala 2, nadi 80 kali/menit, pasien tampak rileks, sesekali memegang area abdomen, dapat mobilisasi.

A: Masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai

P: Lanjutkan intervensi a, c, d. (hentikan intervensi b dan e)

Pelaksanaan Keperawatan:

Tanggal 15 Februari 2020

Pukul 08.15 WIB mengobservasi tanda-tanda vital (nadi) 90 kali/menit. Mengkaji nyeri pasien secara komprehensif, meliputi: lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus (PQRST) dengan hasil pasien mengatakan merasakan nyeri dengan karakteristik nyeri p : nyeri pada daerah luka operasi, q : nyeri seperti tertusuk-tusuk, r : nyeri pada bagian abdomen, s : skala nyeri 2, t : kurang lebih 2 menit hilang timbul, nyeri pada saat bergerak. Pukul 13.00 WIB memberikan obat torasic 100 mg peroral dengan hasil obat berhasil diberikan.

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 15 Februari 2020 pukul 13.45 WIB

S: mengatakan merasakan nyeri dengan karakteristik nyeri p : nyeri pada daerah luka operasi, q : nyeri seperti tertusuk-tusuk, r : nyeri pada bagian abdomen, t : kurang lebih 2 menit hilang timbul, nyeri pada saat bergerak.

O: S: skala 2, nadi 83 kali/menit, pasien tampak rileks dan tenang, tidak memegang area abdomen, dapat mobilisasi.

A: Masalah teratasi tujuan tercapai

P: Hentikan intervensi

3. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

Data subjektif : pasien mengatakan tidak ada bengkak, kemerahan, panas di daerah luka insisi, tidak ada rembesan di kassa yang menutupi luka.

Data objektif : suhu 36⁰C, tampak terdapat luka insisi operasi, luka tertutup dengan kassa, tidak ada rembesan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam infeksi tidak terjadi.

Kriteria Hasil : Tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada rembesan, suhu normal (36⁰C-37.5⁰C),

Rencana Keperawatan :

Rencana Keperawatan Mandiri:

- a. Observasi tanda-tanda vital (suhu)
- b. Monitor tanda-tanda infeksi
- c. Lakukan perawatan luka

Rencana Keperawatan Kolaborasi:

- d. Berikan obat bacesyn 2x375 mg *peroral*.

Pelaksanaan Keperawatan:

Pukul 15.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital (suhu) dengan hasil 36.2⁰C. Pukul 17.00 WIB memonitor tanda-tanda infeksi dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi. Pukul 22.00 WIB memonitor tanda-tanda infeksi dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi. Pukul 05.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital (suhu) dengan hasil 36.5⁰C. Pukul 08.00 WIB memberikan obat bacesyn 375 mg *peroral* dengan hasil obat telah diberikan dan telah diminum.

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 12 Februari 2020 pukul 08.00 WIB

S: pasien mengatakan tidak ada bengkak, kemerahan, panas di daerah luka insisi, tidak ada rembesan di kassa yang menutupi lukanya.

O: suhu 36.3⁰C, terdapat luka insisi operasi, luka tertutup dengan kassa, tidak ada rembesan.

A: Masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai

P: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan: Pukul 09.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital (suhu) dengan hasil 36⁰C. Pukul 11.00 WIB memonitor tanda-tanda infeksi dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi. Pukul 15.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital (suhu) dengan hasil 36.4⁰C. Pukul 19.00 WIB memberikan obat bacesyn 375 mg *peroral* dengan hasil obat telah diberikan dan telah diminum. Pukul 21.00 WIB memonitor tanda-tanda infeksi dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi. Pukul 05.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital (suhu)

dengan hasil 36.2⁰C. Pukul 08.00 WIB memberikan obat bacesyn 375 mg *peroral* dengan hasil obat telah diberikan dan telah diminum.

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 13 Februari 2020pukul 08.00 WIB

S: pasien mengatakan tidak ada bengkak, kemerahan, panas didaerah luka insisi, tidak ada rembesan di kassa yang menutupi lukanya.

O: suhu 36.3⁰C, terdapat luka insisi operasi, luka tertutup dengan kassa, tidak ada rembesan.

A: Masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai

P: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan:Pukul 08.30 WIB mengobservasi tanda-tanda vital (suhu) dengan hasil 36.7⁰C.Pukul 11.30 WIB memonitor tanda-tanda infeksi dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi. Pukul 15.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital (suhu) dengan hasil 36.5⁰C.Pukul 19.00 WIB memberikan obat bacesyn 375 mg *peroral* dengan hasil obat telah diberikan dan telah diminum.Pukul 20.30 WIB memonitor tanda-tanda infeksi dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi.Pukul 05.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital (suhu) dengan hasil 36.8⁰C. Pukul 08.00 WIB memberikan obat bacesyn 375 mg *peroral* dengan hasil obat telah diberikan dan telah diminum.

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 14 Februari 2020pukul 08.00 WIB

S: pasien mengatakan tidak ada bengkak, kemerahan, panas didaerah luka insisi, tidak ada rembesan di kassa yang menutupi lukanya.

O: suhu 36.5⁰C, terdapat luka insisi operasi, luka tertutup dengan kassa, tidak ada rembesan.

A: Masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai

P: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan:Pukul 08.15 WIB mengobservasi tanda-tanda vital (suhu) dengan hasil 36.6⁰C.Pukul 10.00 WIB memonitor tanda-tanda infeksi dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi. Pukul

13.10 WIB melakukan perawatan luka dengan hasil luka tidak ada pus atau nanah, tidak ada darah, tidak ada rembesan

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 15 Februari 2020 pukul 08.15 WIB

S: pasien mengatakan tidak ada bengkak, kemerahan, panas didaerah luka insisi, tidak ada rembesan di kassa yang menutupi lukanya.

O: suhu 36.5⁰C, terdapat luka insisi operasi, luka telah diganti tidak ada pus atau nanah luka tertutup dengan kassa, tidak ada rembesan.

A: Masalah teratasi tujuan tercapai

P: Hentikan intervensi.

4. Ansietas berhubungan dengan hubungan interpersonal

Data Subjektif: Ny. L mengatakan mengalami rasa cemas karena By.Ny.L dirawat di ruang Perina, tetapi Ny. L mengatakan ia tidak boleh cemas secara berlebihan karena akan mengganggu Ny. L dalam tahap penyembuhan dan secara tidak langsung nanti By.Ny.L merasa sedih serta ingin anaknya yang di perina cepat pulih, Ny.L telah diberikan penjelasan oleh suaminya terkait By.Ny.L masuk ke ruang Perina, tapi karena suami Ny.L selalu memberikan dukungan sehingga Ny.L tidak terlalu cemas dan tidak terlalu sedih karena suaminya selalu memberikan dukungan yang positif hingga Ny. L dapat menerima keadaan.

Data Objektif: Ny. L tampak sedikit gelisah, tampak melihat secara sepintas, hasil dari *Skrinning Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) adalah 8 dengan intepretasi depresi tidak mungkin terjadi.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam respon ansietas kembali normal.

Kriteria Hasil : pasien mengatakan sudah tidak cemas, tampak tidak gelisah, kontak mata ada

Rencana Keperawatan :

Rencana keperawatan mandiri:

- a. Anjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaan
- b. Anjurkan keluarga untuk menemani pasien
- c. Ajarkan teknik relaksasi

Implementasi Keperawatan:

Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 16.30 WIB menganjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaan dengan hasil pasien mengatakan sedih anaknya berada di ruang perina dan kepikiran dengan anaknya yang dirumah. Pukul 17.00 WIB menganjurkan keluarga untuk menemani pasien dengan hasil suami pasien menemani istrinya ke ruang perina. Pukul 18.05 WIB mengajarkan teknik relaksasi dengan hasil pasien akan melakukan jika perasaannya sedang tidak mood. Pukul 19.30 WIB menganjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaan dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak terlalu cemas, tetapi terkadang khawatir dengan kondisi anaknya di perina. Pukul 21.00. WIB menganjurkan keluarga untuk menemani pasien dengan hasil suami pasien menemani istrinya di samping pasien. Pukul 23.00 WIB mengajarkan teknik relaksasi dengan hasil pasien akan melakukan jika perasaannya sedang tidak mood. Pukul 02.00 WIB menganjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaan dengan hasil pasien mengatakan tidak sedih, tidak khawatir. Pukul 04.00 WIB menganjurkan keluarga untuk menemani pasien dengan hasil suami pasien menemani istrinya. Pukul 06.00 WIB mengajarkan teknik relaksasi dengan hasil pasien akan melakukan jika perasaannya sedang tidak mood.

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 13 Februari 2020 pukul 07.00 WIB

S: Pasien mengatakan anaknya sudah membaik, terkadang merasa cemas

O: Kontak mata kurang, gelisah

A: Masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai

P: Lanjutkan semua intervensi

Implementasi Keperawatan:

13 Februari 2020

Pukul 08.15 WIB menganjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaan dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak cemas, karena suami dan keluarga serta perawat selalu memberikan saya semangat. Pukul 10.00 WIB menganjurkan keluarga untuk menemani pasien dengan hasil suami pasien menemani istrinya. Pukul 13.05 WIB mengajarkan teknik relaksasi dengan hasil pasien akan melakukan jika perasaan cemas kembali datang. Pukul 15.30 WIB menganjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaan dengan hasil pasien mengatakan tidak cemas. Pukul 17.00 WIB menganjurkan keluarga untuk menemani pasien dengan hasil suami pasien menemani istrinya di samping pasien. Pukul 19.00 WIB mengajarkan teknik relaksasi dengan hasil pasien akan melakukan. Pukul 20.00 WIB menganjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaan dengan hasil pasien mengatakan tidak sedih, karena anaknya akan pulang hari sabtu bersama dengan pasien. Pukul 23.00 WIB menganjurkan keluarga untuk menemani pasien dengan hasil suami pasien menemani istrinya di samping pasien. Pukul 03.00 mengajarkan teknik relaksasi dengan hasil pasien akan melakukan jika perasaannya sedang tidak mood.

Evaluasi Keperawatan:

14 Februari 2020 Pukul 06.30 WIB

S: Pasien mengatakan tidak cemas, merasa senang karena anaknya akan pulang bersama dengan pasien di hari sabtu.

O: Kontak mata pasien ada, tampak tidak gelisah

A: Masalah teratasi, tujuan tercapai

P: Hentikan semua intervensi

5. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri bekas luka operasi

Data subjektif: pasien mengatakan lemas, belum dapat bergerak karena harus bedrest.

Data Objektif: : pasien tampak lemas, pasien post operasi lima jam, pasien tampak terbaring dan dianjurkan bedrest sampai pukul 20.00 WIB.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam mobilitas pasien meningkat.

Kriteria hasil: pasien mengatakan tidak lemas, aktivitas fisik meningkat.

Rencana keperawatan:

Rencana keperawatan mandiri:

- a. Observasi penyebab gangguan mobilitas yang dialami pasien.
- b. Kaji kemampuan pasien dengan melakukan mobilitas
- c. Anjurkan pasien mengubah posisi setiap 2 jam.

Implementasi keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020 pukul 16.00 WIB mengobservasi penyebab gangguan mobilitas yang dialami pasien dengan hasil nyeri luka bekas operasi SC. Pukul 16.30 WIB mengkaji kemampuan pasien dengan melakukan mobilitas dengan hasil pasien mengatakan pergerakan masih terbatas dikarenakan harus bedrest. Pukul 20.00 WIB perawat ruangan mengkaji kemampuan pasien dengan melakukan mobilitas dengan hasil menganjurkan Ny.L melakukan miring kanan dan kiri secara perlahan. Pukul 22.00 perawat ruangan menganjurkan pasien mengubah posisi setiap 2 jam dengan hasil pasien akan melakukan perubahan posisi setiap 2 jam. Pukul 23.00 WIB perawat ruangan mengkaji kemampuan pasien dengan melakukan mobilitas dengan hasil menganjurkan Ny.L melakukan duduk secara perlahan jika tidak pusing Ny. L boleh belajar berjalan seperti ke kamar mandi. Pukul 05.00 WIB perawat ruangan mengkaji kemampuan pasien dengan melakukan mobilitas dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak ada batasan dalam pergerakan tetapi harus berhati-hati, pasien sudah mencoba belajar berjalan seperti ke kamar mandi.

Evaluasi keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020 pukul 07.10 WIB

S: pasien mengatakan sudah tidak lemas, sudah bisa bergerak sudah tidak bedrest, aktivitas nya sudah meningkat dan akan menjenguk anaknya di ruang Perina, sudah bisa sendiri saat ke kamar mandi.

O: pasien tampak mandiri saat berjalan, tampak duduk di kursi, tampak tidak lemas.

A: masalah teratasi, tujuan tercapai

P: hentikan intervensi

6. Risiko konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen

Data Subjektif: pasien mengatakan belum BAB setelah operasi.

Data Objektif: pasien tampak bedrest, aktivitas fisik terbatas.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam konstipasi tidak terjadi.

Kriteria Hasil: pasien mengatakan sudah BAB, feses lunak dan berbentuk.

Rencana Keperawatan:

Rencana keperawatan mandiri:

- a. Kaji tanda dan gejala konstipasi
- b. Kaji penyebab konstipasi
- c. Anjurkan konsumsi makanan berserat
- d. Anjurkan konsumsi cairan (1,5-2 Liter)

Implementasi Keperawatan:

Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 15.15 WIB mengkaji tanda dan gejala konstipasi dengan hasil pasien mengatakan belum BAB. Pukul 16.00 WIB mengkaji penyebab konstipasi dengan hasil pasien bedrest post op. Pukul 17.05 WIB menganjurkan konsumsi makanan berserat dengan hasil pasien mengatakan akan konsumsi makanan berserat seperti pisang, anggur, wortel, dan lain-lain. Pukul 19.00 WIB menganjurkan konsumsi cairan (1,5-2 Liter) dengan hasil pasien akan minum sehari maksimal 2 liter. Pukul 20.30 WIB mengkaji tanda dan gejala konstipasi dengan hasil

pasien mengatakan belum BAB, perut terasa penuh. Pukul 22.00 WIB mengkaji penyebab konstipasi dengan hasil pasien bedrest post op, tetapi pasien sudah mampu bergerak miring kanan kiri. Pukul 23.55 WIB menganjurkan konsumsi makanan berserat dengan hasil pasien mengatakan akan konsumsi makanan berserat seperti pisang, anggur, wortel, dan lain-lain. Pukul 03.00 WIB menganjurkan konsumsi cairan (1,5-2 Liter) dengan hasil pasien akan minum sehari maksimal 2 liter. Pukul 04.15 WIB mengkaji tanda dan gejala konstipasi dengan hasil pasien mengatakan sudah BAB di kamar mandi. Pukul 05.00 WIB mengkaji penyebab konstipasi dengan hasil pasien sudah tidak bedrest. Pukul 05.00 WIB menganjurkan konsumsi makanan berserat dengan hasil pasien mengatakan akan konsumsi makanan berserat seperti pisang, anggur, wortel, dan lain-lain. Pukul 05.00 WIB menganjurkan konsumsi cairan (1,5-2 Liter) dengan hasil pasien akan minum sehari maksimal 2 liter.

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 13 Februari 2020 pukul 06.30 WIB:

S: Pasien mengatakan sudah BAB, sudah lega setelah bab, BAB lunak dan berbentuk

O: pasien sudah tidak bedrest, pasien sudah dapat beraktivitas seperti jalan, duduk, perut teraba tidak keras.

A: Masalah teratasi tujuan tercapai

P: Hentikan intervensi

BAB IV

PEMBAHASAN

Penulis pada BAB ini akan membahas tentang adanya kesenjangan antara teori dengan kasus kelolaan setelah dilakukan Asuhan Keperawatan Pada Ny. L *Pasca Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Bekas *Sectio Caesarea* Dua Kali Dan Makrosomia Di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat yang dilaksanakan dari tanggal 12 Februari 2020 sampai 15 Februari 2020. Penulis akan menguraikan kesenjangan yang dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan, serta akan mengidentifikasi adanya faktor penghambat dan faktor pendukung dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada kasus kelolaan.

A. Pengkajian

Menurut Nurjanah et al., (2013), tekanan darah meningkat pada persalinan 15 mmHg sistole dan 10 mmHg diastole. Biasanya setelah bersalin tidak berubah (normal), kemungkinan tekanan darah akan tetap rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsia pada masa *postpartum*. Menurut Sutanto (2018), tekanan darah relatif rendah karena ada proses kehilangan darah karena persalinan. Tekanan darah yang tinggi mengidentifikasikan adanya pre eklamsia *postpartum*. Biasanya, tekanan darah normal yaitu <140/90 mmHg. Bila tekanan darah menjadi rendah menunjukkan adanya perdarahan *postpartum*. Namun, pada kasus yang ditemukan oleh pengkaji tekanan darah pasien saat dilakukan pengkajian adalah 139/79 mmHg yang dikategorikan sebagai normal, pasien mengatakan terdapat riwayat peningkatan tekanan darah selama kehamilan trisemester ketiga, kemudian selama hamil Ny.L mengkonsumsi adalat oros.

Menurut Nurjanah et al., (2013), denyut nadi normal pada orang dewasa antara 60-80 kali/menit. Sesudah melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Denyut nadi melebihi 100 kali/menit, waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan postpartum. Menurut Aspiani(2017), pemeriksaan fisik pada tanda-tanda vital *post sectio caesarea* dimana nadi meningkat >80 kali/menit. Pada kasus kelolaan ditemukan nadi 92 kali/menit dengan irama teratur dan denyut nadi kuat dapat disimpulkan nadi meningkat melebihi batas normal, dikarenakan pada teori diatas denyut nadi orang dewasa berkisar 60-80 kali/menit. Hal tersebut dikarenakan pasien mengeluh nyeri akibat *postsectio caesarea*. Menurut Aspiani (2017), pengkajian pemeriksaan fisik pada pasien *sectio caesarea* didapatkan suhu meningkat >37.5⁰C. Menurut Nurjanah et al., (2013) Satu hari (24 jam) *postpartum* suhu akan naik sedikit (37.5 ⁰C -38⁰C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan (dehidrasi) dan kelelahan karena adanya bendungan vaskuler dan limfatik. Apabila keadaan normal suhu badan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik kembali karena adanya pembentukan ASI, payudara membengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI. Namun, pada saat pengkajian ditemukan suhu tubuh pasien suhu 36 ⁰C. Berarti, suhu pasien tersebut tidak mengalami peningkatan suhu dan suhu tersebut tergolong normal dikarenakan suhu normal pada orang dewasa berkisar 36⁰C-37.5⁰C.

Menurut Sutanto (2018) pernapasan cenderung lambat atau normal sekitar 16-20 kali/menit. Bila respirasi cepat >30 permenit mungkin diikuti oleh tanda-tanda *shock*. Namun, saat pengkajian respirasi pasien didapatkan 18 kali/menit.

Pemeriksaan *Diastasis Recti Abdominalis* (DRA) tidak dilakukan dikarenakan pasien menolak untuk dilakukan pemeriksanaan DRA. Pemeriksaan DRA pada kasus makrosomia sangat penting dilakukan, bahkan pada pasien kelolaan sebelumnya mempunyai riwayat kehamilan dengan gemeli.

Menurut Chen & Wang (2020) faktor risiko yang diketahui dari makrosomia meliputi: usia ibu, obesitas sebelum kehamilan, berat badan yang berlebihan pada saat kehamilan, diabetes mellitus gestasional, riwayat keluarga dengan diabetes mellitus, kehamilan *postterm*, multiparitas, dan jenis kelamin bayi laki-laki. Namun, pada kasus ditemukan kesejangan antara teori dengan kasus yaitu, pada teori faktor terjadinya makrosomia dikarenakan diabetes mellitus gestasional, namun diabetes mellitus gestasional tidak ada pada pasien dan hasil laboratorium gula darah sewaktu pada tanggal 11 Februari 2020 hasilnya adalah 105 gr/dl. Adanya riwayat keluarga dengan diabetes mellitus, tetapi pasien mengatakan keluarga pasien ataupun keluarga dari suami pasien tidak ada riwayat keluarga dengan diabetes mellitus.

Menurut Rukiyah & Yulianti (2010) dalam Dungga (2019) penyebab makrosomia dipengaruhi oleh 3 hal yakni karena dipengaruhi oleh faktor genetic atau keturunan, multiparitas dengan riwayat makrosomia sebelumnya dan akibat diabetes mellitus. Namun, ditemukan kesenjangan antara teori dengan kasus. Menurut teori penyebab yang dipengaruhi oleh 3 hal terjadinya makrosomia yang diatas, pada pasien tidak terjadi 3 hal tersebut. Tidak ada faktor genetik dari keluarga pasien dan suami pasien melahirkan dengan kasus makrosomia, pada kehamilan sebelumnya berat badan anak pertama 3000 gram, anak kedua gemeli dengan berat badan 2800 gram dan 2750 gram, anak ketiga dengan berat badan 3300 gram.

Pemeriksaan USG pada Ny. L sudah dilakukan bersamaan dengan kontrol kehamilan pada tanggal 7 Februari 2020 di ruang Poli Kebidanan Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat dengan hasil USG 5700 gram, tetapi pada penulis rekam medis pasien hasil USG tersebut dicantumkan di dalam rekam medis pasien.

Faktor pendukung dalam pengkajian, yaitu pada saat dilakukan pengkajian pasien tampak kooperatif dalam memberikan informasi

kepada penulis, dan penulis dapat melihat data dari rekam medis, serta dapat informasi tentang pasien kelolaan dari perawat ruangan.

Faktor penghambat dalam melakukan pengkajian, yaitu terkadang pasien kelolaan tampak tidak terlalu kooperatif dikarenakan pasien tidak terlalu suka untuk ditanya-tanya, pasien menolak untuk dilakukan pemeriksaan DRA, solusinya adalah untuk pasien dengan perawat ataupun mahasiswa dalam menghadapi pasien yang terkadang kooperatif dan terkadang tidak kooperatif sebaiknya memberikan waktu luang untuk pasien sendiri, dan tidak kembali secara terus menerus supaya pasien tidak merasa bosan. Untuk pasien sebaiknya lebih terbuka terkait hal-hal keluhan pasca operasi *sectio caesarea* supaya perawat bisa mengetahui apakah sejauh mana sudah ada perbaikan dalam keluhan atau belum, serta adanya keterbatasan waktu dikarenakan *clinical mentoring* tidak dapat menemani sampai sore.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut teori Nurarif & Kusuma (2015), diagnosa keperawatan pada pasien *postpartum sectio caesarea* sebanyak sebelas diagnosa keperawatan. Pada kasus Ny. L dengan *postpartum sectio caesarea* ditemukan empat diagnosa keperawatan. Terdapat tiga diagnosa keperawatan dari empat diagnosa keperawatan yang ditemukan yang sesuai dengan teori Nurarif & Kusuma (2015), yaitu :

1. Risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pascapartum.

Diagnosa keperawatan risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pascapartum ini diangkat oleh pengkaji dikarenakan ada data yang mendukung secara objektif maupun subjektif, dimana data subjektif : pasien mengatakan baru ganti softex satu kali, warna merah segar. Data objektif : perdarahan diruang operasi 300 cc, lochea rubra (merah segar) dengan jumlah satu softex 200 cc, kontraksi uterus kuat, konsistensi uterus keras, tinggi fundus uteri satu jari dibawah pusat, *time out* operasi pukul 08.50 WIB, hematokrit 33 vol%, hemoglobin 11.1 gr/gl.

Menurut Profil Kesehatan Indonesia tahun 2014 empat penyebab kematian ibu terbesar yaitu perdarahan 30,3%, hipertensi dalam kehamilan (HDK) 27,1%, infeksi 7,3%, dan lain-lain yaitu penyebab kematian ibu tidak langsung seperti kondisi penyakit kanker, ginjal, jantung atau penyakit lain yang diderita ibu sebesar 35,3% (Satriyandari & Hariyati, 2017). Sesuai dengan diagnosa keperawatan risiko perdarahan berkaitan dengan angka kematian ibu yang masih tinggi salah satunya karena perdarahan, dimanaperdarahan postpartum adalah perdarahan yang terjadi melalui jalan lahir melebihi batas normal yaitu 500 ml pada persalinan pervaginam dan 1000 ml pada sectio caesarea, diikuti dengan perubahan tanda vital sebagai akibat dari ketidakstabilan hemodinamik pada perdarahan yang banyak dan adanya penurunan hematokrit(Lestari et al., 2019). Faktor predisposisi terjadinya risiko perdarahan adalah usia, paritas, jarak persalinan dengan sebelumnya, riwayat perdarahan postpartum, partus yang sangat cepat, dan faktor penyebabnya antara lain atonia uteri, retensio plasenta, inversio uteri, kelainan pembekuan darah, laserasi jalan lahir, retensio plasenta (Harumi & Kasiati, 2018; Yunadi et al., 2019). Atonia uteri disebabkan oleh berbagai faktor risiko yang dapat dibagi menjadi faktor risiko pada antepartum dan intrapartum. Faktor risiko antepartum terdiri dari anemia sejak masa kehamilan ($Hb \leq 9$ gr/dl), peningkatan umur ibu, grande multipara, distensi uterus berlebih (kehamilan kembar, makrosomia, polihidramnion), dan riwayat perdarahan postpartum sedangkan faktor risiko pada intrapartum terdiri dari anestesi umum, percepatan persalinan, persalinan lama, kala 3 memanjang, dan partus precipitatus(Lestari et al., 2019).

Menurut beberapa teori yang berhubungan dengan diagnosa keperawatan risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pascapartum berkaitan dengan kasus kelolaan adalah Ny. L merupakan pasien post *sectio caesarea* dengan indikasi makrosomia,

dikarenakan makrosomia dapat menyebabkan perdarahan postpartum karena uterus mengalami peregangan yang berlebihan sehingga mengakibatkan lemahnya kontraksi dan memicu terjadinya perdarahan postpartum (Rifdiani, 2016). Makrosomia merupakan faktor risiko antepartum yang dapat menyebabkan atonia uteri (Lestari et al., 2019). Sehingga diperlukan kunjungan masa nifas pertama salah satunya bertujuan untuk mencegah perdarahan masa nifas misalnya karena atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, memberikan konseling pada ibu atau salah satu keluarga untuk mencegah perdarahan (Sutanto, 2018).

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)

Diagnosa keperawatan ini diangkat oleh penulis karena didukung oleh adanya data pasien kelolaan yang dibuktikan pasien mengatakan merasakan nyeri dengan karakteristik nyeri P : nyeri pada daerah luka operasi, Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk, R : nyeri pada bagian abdomen, S : skala nyeri 5, T : kurang lebih 2 menit hilang timbul, nyeri pada saat bergerak, dan data objektif pasien tampak meringis kesakitan, tampak memegangi area abdomen, nadi 92 kali/menit, tampak membatasi pergerakan. Maka dari adanya data pasien secara subjektif maupun objektif diperlukan pemantauan dan penanganan lebih lanjut agar pasien tidak merasakan nyeri secara berlebihan setiap hari, adanya perubahan nyeri berkurang, sehingga dapat memberikan rasa nyaman pada pasien.

3. Risiko infeksi berhubungan dengan faktor risiko : Episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.

Terdapat kesenjangan etiologi dari diagnosa keperawatan risiko infeksi pada teori Nurarif & Kusuma (2015) dengan buku Herdman & Kamitsuru (2018). Menurut buku Herdman & Kamitsuru (2018) diagnosa keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif. Penulis dalam mengangkat diagnosa keperawatan mengikuti referensi menurut Herdman & Kamitsuru (2018), dikarenakan salah

satunya pada buku tersebut tahun terbitnya terbaru, serta dalam buku tersebut merupakan buku NANDA yang berisi kumpulan diagnosa keperawatan. Penulis mengangkat diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif karena ada data yang mendukung secara subjektif maupun objektif dimanapatient mengatakan tidak ada bengkak, kemerahan, panas didaerah luka insisi, tidak ada rembesan di kasa yang menutupi luka. Data objektif : suhu 36°C, tampak terdapat luka insisi operasi, luka tertutup kasa, tidak tampak rembesan, luka operasi tampak kesamping (*transperitonealis profunda*), lochea rubra (merah segar), maka dari itu supaya tidak terjadi infeksi pada pasien kelolaan dibutuhkan pemantauan lebih lanjut pada pasien.

4. Risiko konstipasi berhubungan dengan penurunan frekuensi, perubahan pada pola defekasi.

Diagnosa ini muncul dikarenakan saat pengkajian data yang ditemukan adalah pasien mengatakan BAB satu kali dalam sehari dengan konsistensi lunak, defekasi terakhir pukul 05.00 WIB (12 Februari 2020), tetapi setelah post op pasien mengatakan belum defekasi. Diagnosa ini diangkat dikarenakan dari post op SC sampai 5 jam PP pasien belum BAB, kemudian didukung dengan riwayat persalinan gemeli dan persalinan dengan makrosomia dimana bisa mengakibatkan eliminasi terganggu.

Diagnosa keperawatan tambahan yang ditemukan pada pasien yang tidak terdapat pada teori Nurarif & Kusuma(2015), tetapi diagnosa keperawatan tersebut terdapat pada buku Herdman & Kamitsuru (2018) yaitu :

1. Hambatan mobilitas di tempat tidur berhubungan dengan nyeri bekas luka operasi

Diagnosa keperawatan hambatan mobilitas di tempat tidur berhubungan dengan nyeri bekas luka operasi penulis angkat karena ada data yang mendukung pada pasien, dibuktikan dengan data

subjektif : pasien mengatakan lemas, belum dapat bergerak karena harus bedrest. Data objektif : pasien tampak lemas, pasien post operasi lima jam, pasien tampak terbaring dan dianjurkan bedrest sampai pukul 20.00 WIB. Maka dengan diangkatnya diagnosa ini diperlukan informasi untuk pasien setelah bedrest harus melakukan miring kanan dan miring kiri terlebih dahulu secara perlahan, kemudian perlahan duduk, dan belajar berjalan untuk meningkatkan aktivitas pasien dan dapat mempercepat proses penyembuhan.

Mobilisasi pasca sectio caesarea dapat dilakukan setelah 24-48 jam pertama pasca bedah. Mobilisasi bertujuan untuk mempercepat penyembuhan luka, memperbaiki sirkulasi, mencegah statis vena, meningkatkan fungsi pencernaan, mengurangi komplikasi pasca bedah mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin seperti sebelum operasi, mempertahankan konsep diri pasien dan mempersiapkan pasien pulang (Nadiya & Mutiara, 2018). Terdapat kesenjangan antara teori dengan anjuran dokter, dimana dokter menganjurkan bedrest selama 8 jam setelah 8 jam pasien boleh belajar mobilisasi.

2. Ansietas berhubungan dengan hubungan interpersonal

Diagnosa ini diangkat dikarenakan terdapat data pada saat pengkajian, yaitu data subjektif : Ny. L mengatakan mengalami rasa cemas karena By.Ny.L dirawat di ruang Perina, tetapi Ny. L mengatakan ia tidak boleh cemas secara berlebihan karena akan mengganggu Ny. L dalam tahap penyembuhan dan secara tidak langsung nanti By.Ny.L merasa sedih serta ingin anaknya yang di perina cepat pulih, Ny.L telah diberikan penjelasan oleh suaminya terkait By.Ny.L masuk ke ruang Perina, tapi karena suami Ny.L selalu memberikan dukungan sehingga Ny.L tidak terlalu cemas dan tidak terlalu sedih karena suaminya selalu memberikan dukungan yang positif hingga Ny. L dapat menerima keadaan. Data objektif : Ny. L tampak sedikit gelisah, tampak melihat secara sepintas, hasil dari *Skriming Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) adalah 8 dengan intepretasi depresi tidak mungkin terjadi.

Diagnosa ini diangkat dikarenakan pasien mengalami cemas dikarenakan anaknya masuk keruang perina karena *apgar score* 6/8, kemudian pasien memikirkan keadaan anak-anak pasien di rumah.

Sedangkan diagnosa yang terdapat di teori tetapi tidak terdapat di pasien adalah :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obstruksi jalan napas (mukus dalam jumlah berlebihan), jalan napas alergik (respon obat anastesi).

Diagnosa ini tidak muncul pada pasien dikarenakan saat pengkajian data yang ditemukan adalah jalan nafas bersih dengan frekuensi 18 kali/menit, irama teratur dengan kedalaman dalam, pasien tidak ada batuk, suara nafas vesikuler.

2. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui

Diagnosa ini tidak muncul pada pasien dikarenakan saat pengkajian data yang ditemukan adalah keadaan mammae membesar, aerola mammae tampak menghitam, papila mammae kanan dan kiri exverted atau menonjol keluar, kolostrum sudah keluar, produksi ASI sudah keluar, tidak ada sumbatan pada ASI.

3. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan obstruksi anatomi, penyebab multipel, gangguan sensori motorik, infeksi saluran kemih.

Diagnosa ini tidak muncul pada pasien dikarenakan saat pengkajian data yang ditemukan adalah pola BAK pasien tertampung dalam *urine bag* dan pasien tampak terpasang kateter urine, dengan jumlah urine 350 cc, warna urine kuning keruh dan tidak ada keluhan saat BAK.

4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelelahan.

Diagnosa ini tidak muncul pada pasien dikarenakan saat pengkajian data yang ditemukan adalah pasien mengatakan tidur siang sekitar 1-2 jam dan tidur malam selama 7-8 jam perhari, serta tidak ada keluhan

atau masalah dalam istirahat atau tidur, tidak ada perubahan pola tidur dari sebelum dan sesudah melahirkan.

5. Defisit perawatan diri: mandi atau kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan postpartum.

Diagnosa ini tidak muncul pada pasien dikarenakan pasien dapat melakukan perawatan diri seperti mandi, makan, toileting setelah 24 jam pascapartum.

6. Risiko syok berhubungan dengan hipovolemi

Diagnosa ini tidak muncul pada pasien dikarenakan saat pengkajian data yang didapatkan adalah kondisi pasien tidak mengalami perdarahan dan hemodinamik dalam kondisi stabil dengan bukti: hasil pemeriksaan keadaan umum sakit sedang, kesadaran *composmentis*, tekanan darah 139/79 mmHg, nadi 92 kali/menit, suhu 36 °C, pernapasan 18 kali/menit, lochea rubra dengan karakteristik warna merah segar, jumlah satu softek (200 cc).

7. Defisit pengetahuan: perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum

Diagnosa ini tidak muncul pada pasien dikarenakan saat pengkajian data yang ditemukan adalah pasien mengatakan sanggup merawat bayi dan sudah tahu dalam merawat bayi seperti memandikan, merawat tali pusat serta cara menyusui bayi dengan bayi karena sebelumnya sudah berpengalaman pada anak yang sebelumnya.

Faktor pendukung dalam pembuatan diagnosa keperawatan adalah adanya referensi dari buku Nurarif & Kusuma (2015) yang memiliki beberapa diagnosa untuk kasus *sectio caesarea*, pembuatan diagnosa didukung karena adanya keluhan pasien serta respon dari pasien yang sesuai dengan batasan karakteristik dalam mengangkat diagnosa.

Faktor penghambat dalam pembuatan diagnosa keperawatan adalah dikarenakan kurangnya referensi dalam kasus *sectio caesarea* terutama dalam konsep asuhan keperawatan, serta di beberapa sumber referensi

kurangnya teori tentang diagnosa keperawatan dengan kasus *sectio caesarea*.

C. Rencana Keperawatan

Menurut Dinarti dan Yuli Muryanti(2017), pada tahap ini perawat membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan pasien. Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien atau klien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan. Berikut ini merupakan rencana keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang diangkat:

1. Risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pascapartum

Penulis membuat tujuan perencanaan dengan batasan waktu 1 x 24 jam. Menurut Nurarif & Kusuma (2015), intervensi menurut teori yang dapat dilakukan ada 26 intervensi tetapi penulis hanya melakukan 4 intervensi dengan alasan disesuaikan dengan keadaan atau kondisi pasien berdasarkan dengan buku NIC.

Rencana Keperawatan :

Rencana Keperawatan Mandiri:

- a. Kaji kontraksi dan konsistensi uterus tiap 8 jam
- b. Observasi tanda-tanda vital (tekanan darah) tiap 8 jam
- c. Observasi tinggi fundus uteri tiap 8 jam
- d. Monitor *lochea* (warna, jumlah, bau) tiap 8 jam

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

Penulis membuat tujuan perencanaan dengan batasan waktu 4 x 24 jam. Menurut Nurarif & Kusuma (2015), intervensi menurut teori yang dapat dilakukan ada 15 intervensi tetapi penulis hanya melakukan 4 intervensi dengan alasan disesuaikan dengan keadaan atau kondisi pasien berdasarkan dengan buku NIC.

Rencana Keperawatan :

Rencana Keperawatan Mandiri:

- a. Kaji nyeri pasien secara komprehensif, meliputi: lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus (PQRST) tiap 8 jam.
- b. Ajarkan teknik nonfarmakologi (relaksasi napas dalam) tiap 8 jam.
- c. Observasi tanda-tanda vital (nadi) tiap 8 jam.

Rencana Keperawatan Kolaborasi:

- d. Berikan obat torasic 3x100 mg peroral (diberikan setelah obat torasic 3x30 mg *perintravena* stop)
 - e. Berikan obat torasic 3x30 mg *perintravena*.
3. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

Penulis membuat tujuan perencanaan dengan batasan waktu 4 x 24 jam. Menurut Nurarif & Kusuma(2015), intervensi menurut teori yang dapat dilakukan ada 27 intervensi tetapi penulis hanya melakukan 4 intervensi dengan alasan disesuaikan dengan keadaan atau kondisi pasien berdasarkan dengan buku NIC.

Rencana Keperawatan :

Rencana Keperawatan Mandiri:

- a. Observasi tanda-tanda vital (suhu)
- b. Monitor tanda-tanda infeksi
- c. Lakukan perawatan luka

Rencana Keperawatan Kolaborasi:

- d. Berikan obat bacesyn 2x375 mg *peroral*.
4. Ansietas berhubungan dengan hubungan interpersonal
- Penulis membuat tujuan perencanaan dengan batasan waktu 2 x 24 jam. Intervensi yang dilakukan sebanyak 3 intervensi dengan alasan disesuaikan dengan keadaan dan kondisi pasien berdasarkan dengan buku NIC.

Rencana Keperawatan :

Rencana keperawatan mandiri:

- a. Anjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaan

- b. Anjurkan keluarga untuk menemani pasien
 - c. Ajarkan teknik relaksasi
5. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri bekas luka operasi
Penulis membuat tujuan perencanaan dengan batasan waktu 4 x 24 jam. Menurut Aspiani (2017), intervensi menurut teori yang dapat dilakukan ada 17 intervensi tetapi penulis hanya melakukan 3 intervensi dengan alasan disesuaikan dengan keadaan atau kondisi pasien berdasarkan dengan buku NIC.

Rencana keperawatan:

Rencana keperawatan mandiri:

- a. Observasi penyebab gangguan mobilitas yang dialami pasien.
 - b. Kaji kemampuan pasien dengan melakukan mobilitas
 - c. Anjurkan pasien mengubah posisi setiap 2 jam.
6. Risiko konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen
Penulis membuat tujuan perencanaan dengan batasan waktu 1 x 24 jam. Menurut teori Aspiani (2017), intervensi yang dapat dilakukan sebanyak 12 intervensi, tetapi penulis hanya melakukan 4 intervensi dengan alasan disesuaikan dengan keadaan atau kondisi pasien berdasarkan dengan buku NIC.

Rencana Keperawatan:

Rencana keperawatan mandiri:

- a. Kaji tanda dan gejala konstipasi
- b. Kaji penyebab konstipasi
- c. Anjurkan konsumsi makanan berserat
- d. Anjurkan konsumsi cairan (1,5-2 Liter)

Faktor pendukung dalam pembuatan referensi perencanaan keperawatan, yaitu adanya sumber referensi yang dapat dijadikan rujukan referensi dalam merencanakan asuhan keperawatan. Faktor penghambat dalam pembuatan perencanaan keperawatan, yaitu kurangnya referensi akibat adanya kendala karena wabah covid-19.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang diatas, yaitu risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pascapartum, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, ansietas berhubungan hubungan interpersonal, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka bekas operasi, risiko konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen.

1. Risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pascapartum

Implementasi keperawatan dilakukan secara baik dengan implementasi keperawatan independent yaitu, mengkaji kontraksi dan konsistensi uterus tiap 8 jam, mengobservasi tanda-tanda vital (tekanan darah) tiap 8 jam, mengobservasi tinggi fundus uteri tiap 8 jam, memonitor *lochea* (warna, jumlah, bau) tiap 8 jam.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

Implementasi keperawatan dilakukan secara baik dengan implementasi keperawatan independent dan interdependent. Implementasi keperawatan secara independent yaitu, mengkaji nyeri pasien secara komprehensif, meliputi: lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus (PQRST) tiap 8 jam, mengajarkan teknik nonfarmakologi (relaksasi napas dalam) tiap 8 jam, mengobservasi tanda-tanda vital (nadi) tiap 8 jam. Implementasi keperawatan secara interdependent yaitu, memberikan obat torasic 3x100 mg peroral (diberikan setelah obat torasic 3x30 mg *perintravena* stop), memberikan obat torasic 3x30 mg *perintravena*.

3. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

Implementasi keperawatan dilakukan secara baik dengan implementasi keperawatan independent dan interdependent. Implementasi keperawatan secara independent yaitu, mengobservasi tanda-tanda vital (suhu), memonitor tanda-tanda infeksi, melakukan perawatan luka. Implementasi keperawatan secara interdependent yaitu, memberikan obat bactesyn 2x375 mg *peroral*.

4. Ansietas berhubungan dengan hubungan interpersonal
Implementasi keperawatan dilakukan secara independen, yaitu: menganjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaan, menganjurkan keluarga untuk menemani pasien, mengajarkan teknik relaksasi.
5. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka bekas operasi.
Implementasi keperawatan dilakukan secara baik dengan implementasi keperawatan independen yaitu, mengobservasi penyebab gangguan mobilitas yang dialami pasien, mengkaji kemampuan pasien dengan melakukan mobilitas, menganjurkan pasien mengubah posisi setiap 2 jam.
6. Risiko konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen
Implementasi keperawatan dilakukan secara independen, yaitu: mengkaji tanda dan gejala konstipasi, mengkaji penyebab konstipasi, menganjurkan konsumsi makanan berserat, menganjurkan konsumsi cairan (1,5-2 Liter).

Faktor pendukung dalam melakukan implementasi adalah pasien tampak kooperatif dan komunikatif, serta kolaborasi dengan perawat ruangan sehingga dapat melakukan implementasi keperawatan dengan baik. Faktor penghambat dalam melakukan implementasi adalah tidak dapat melakukan implementasi selama 24 jam dan terkadang kurangnya informasi saat diluar jam dinas pengkaji.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (Dinarti; Yuli Muryanti, 2017).

1. Risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pascapartum
Evaluasi keperawatan dilakukan selama 1x24 jam, perdarahan tidak terjadi dengan kriteria hasil tanda-tanda vital (tekanan darah) dalam batas normal (120/80), *lochea* normal (rubra), kontraksi uterus kuat, konsistensi uterus keras, tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat. Masalah teratasi, tujuan tercapai. Dibuktikan dengan evaluasi di hari keempat dengan data subjektif: pasien mengatakan darah berwarna merah segar. Data objektif: tekanan darah 120/80 mmHg, *lochea* rubra, kontraksi uterus kuat, konsistensi uterus keras, tinggi fundus uterus dua jari dibawah pusat.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
Evaluasi keperawatan dilakukan selama 4x24 jam, nyeri berkurang, dengan kriteria hasil pasien mampu dapat melaporkan nyeri berkurang dengan skala ringan (1-3), nadi dalam batas normal (60-100 kali/menit), pasien tampak tenang dan rileks, pasien tidak tampak memegang area abdomen, pasien dapat mobilisasi. Masalah teratasi, tujuan tercapai. Dibuktikan dengan evaluasi di hari keempat dengan data subjektif: pasien mengatakan merasakan nyeri dengan karakteristik nyeri p : nyeri pada daerah luka operasi, q : nyeri seperti tertusuk-tusuk, r : nyeri pada bagian abdomen, t : kurang lebih 2 menit hilang timbul, nyeri pada saat bergerak. Data objektif: S: skala 2, nadi 83 kali/menit, pasien tampak rileks dan tenang, tidak memegang area abdomen, dapat mobilisasi.
3. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif
Evaluasi keperawatan dilakukan selama 4x24 jam, infeksi tidak terjadi, dengan kriteria hasil tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada rembesan, suhu normal (36⁰C-37.5⁰C). Masalah teratasi, tujuan tercapai. Dibuktikan dengan evaluasi di hari keempat dengan data subjektif: pasien mengatakan tidak ada bengkak, kemerahan, panas di daerah luka insisi, tidak ada rembesan di kassa yang menutupi lukanya. Data objektif: suhu 36.5⁰C, terdapat luka insisi operasi, luka

telah diganti tidak ada pus atau nanah luka tertutup dengan kassa, tidak ada rembesan.

4. Ansietas berhubungan dengan hubungan interpersonal

Evaluasi keperawatan dilakukan selama 2 x 24 jam, respon ansietas kembali normal dengan kriteria hasil pasien mengatakan tidak cemas, kontak mata ada, tidak gelisah. Masalah teratasi, tujuan tercapai. Dibuktikan dengan evaluasi di hari ke tiga dengan data subjektif: pasien mengatakan tidak cemas, merasa senang karena anaknya akan pulang bersama dengan pasien di hari sabtu. Data objektif: kontak mata pasien ada, tampak tidak gelisah

5. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri bekas luka operasi

Evaluasi keperawatan dilakukan selama 1x24 jam, mobilitas pasien meningkat, dengan kriteria hasil pasien mengatakan tidak lemas, aktivitas fisik meningkat. Masalah teratasi, tujuan tercapai. Dibuktikan dengan evaluasi di hari kedua dengan data subjektif: pasien mengatakan sudah tidak lemas, sudah bisa bergerak sudah tidak bedrest, aktivitas nya sudah meningkat dan akan menjenguk anaknya di ruang Perina, sudah bisa sendiri saat ke kamar mandi. Data obejktif: pasien tampak mandiri saat berjalan, tampak duduk di kursi, tampak tidak lemas.

6. Risiko konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen

Evaluasi keperawatan dilakukan selama 2 x 24 jam, konstipasi tidak terjadi, dengan kriteria hasil pasien mengatakan sudah BAB, feses lunak dan berbentuk. Masalah teratasi tujuan tercapai. Dibuktikan pada hari kedua dengan data subjektif: pasien mengatakan sudah BAB, sudah lega setelah bab, BAB lunak dan berbentuk. Data objektif: pasien sudah tidak bedrest, pasien sudah dapat beraktivitas seperti jalan, duduk, perut teraba tidak keras.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien pascapartum dengan *sectio caesarea* dan sudah membahas kesenjangan-kesenjangan antara teori dan kasus, maka penulis akan menyimpulkan dalam melakukan pengkajian perlu diperhatikan pada pasien *sectio caesarea* adalah adanya keluhan nyeri, tanda-tanda infeksi atau perdarahan yang dapat terjadi, serta apakah sistem-sistem lainnya terganggu atau tidak setelah persalinan *sectio caesarea*.

Diagnosa keperawatan yang muncul yang sering muncul pada pasien *sectio caesarea* adalah nyeri akut. Tetapi tidak menutup kemungkinan diagnosa keperawatan lainnya seperti: risiko perdarahan, risiko infeksi, hambatan mobilitas, dan lain-lain dapat ditemukan saat pengkajian pada pasien *sectio caesarea*.

Perencanaan pada setiap diagnosa keperawatan dibuat berdasarkan prioritas masalah yang disesuaikan dengan kondisi pasien. Prioritas masalah keperawatan yang diangkat pada kasus kelolaan adalah risiko perdarahan karena pada 24 jam pertama bisa mengakibatkan adanya perdarahan maka dari itu perlu pemantauan ataupun penanganan tindak lanjut agar tidak terjadi perdarahan. Rencana keperawatan yang telah dibuat adalah kaji kontraksi dan konsistensi uterus tiap 8 jam, observasi tanda-tanda vital (tekanan darah) tiap 8 jam, observasi tinggi fundus uteri tiap 8 jam dan monitor *lochea* (warna, jumlah, bau) tiap 8 jam.

Tahap implementasi keperawatan, tindakan keperawatan yang dilakukan disesuaikan kembali dengan intervensi yang telah dibuat sebelumnya berdasarkan referensi. Dalam melakukan implementasi keperawatan selama 24 jam pengkaji tidak melakukan secara 24 jam dikarenakan adanya keterbatasan waktu, sehingga pengkaji mendelegasikan kepada perawat ruangan yang akan merawat pasien kelolaan pengkaji.

Berdasarkan teori evaluasi keperawatan dalam pendokumentasian keperawatan tertulis SOAP (subjektif, objektif, analisa, planning), kemudian disesuaikan kembali pada tujuan dan kriteria hasil yang sudah dibuat sebelum membuat perencanaan. Evaluasi keperawatan pada 4 diagnosa keperawatan yang pengkaji angkat telah teratasi dan tujuan tercapai.

B. Saran

1. Bagi Mahasiswa Keperawatan

Sebagai calon perawat yang melakukan dinas di pelayanan kesehatan harus memperbanyak pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien *post partum* dengan indikasi makrosomia (bayi besar), dengan cara mencari referensi melalui buku ataupun jurnal agar dapat memberikan asuhan keperawatan secara lebih baik lagi, dalam menghadapi pasien yang terkadang kooperatif dan tidak kooperatif sebaiknya lebih membina hubungan saling percaya satu sama lain, memberikan waktu luang untuk pasien, tidak sering keluar masuk ke kamar pasien maka akan membuat pasien bosan, dalam menanyakan pengkajian sebaiknya menulis yang ada di rekam medis terlebih dahulu setelah itu ke pasien.

2. Bagi Institusi

Diharapkan untuk menambah sumber referensi di perpustakaan yang berkaitan tentang asuhan keperawatan *sectio caesarea* dan

makrosomia (bayi besar), sehingga mahasiswa tidak kekurangan referensi dan dapat lebih menguasai tentang konsep tersebut.

3. Bagi Perawat

Saran untuk perawat, yaitu harus mendokumentasikan setiap tindakan sesuai SOP yang ada di Rumah Sakit tempat ia bekerja, karena hasil pendokumentasian dapat dijadikan sumber informasi bagi mahasiswa keperawatan dalam mengambil kasus kelolaan, serta lebih menambah ilmu terhadap indikasi *sectio caesarea* salah satunya dengan indikasi makrosomia sehingga dapat melakukan impelentasi sesuai dengan kebutuhan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Alshehri, H., & Sobaih, B. (2016). *Prevalence and outcomes of macrosomic infants born to non-diabetic mothers : A ten years ' experience at tertiary care center. January*. Diunduh pada 10 April 2020 pukul 09.00 WIB dari <https://doi.org/10.7537/marsjas121216.12>
- Aspiani, R. Y. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas Aplikasi NANDA, NIC dan NOC*. TIM.
- Badan Kependudukan Dan Keluarga Berencana Nasional. (2017). *2017 Survei Demografi dan*. Diunduh pada 25 Maret 2020 pukul 18.00 WIB dari <http://sdki.bkkbn.go.id/files/buku/2017IDHS.pdf>
- Badan Pusat Statistik Indonesia. (2013). profil penduduk hasil supas 2015. In *Badan Pusat Statistik Indonesia*. Diunduh pada 22 Maret 2020 pukul 17.00 WIB dari <https://doi.org/2101018>
- Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A. B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M., & Torloni, M. R. (2016). The increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS ONE*, *11*(2), 1–12. Diunduh pada 17 Maret 2020 pukul 19.05 WIB dari <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>
- Chen, S., & Wang, S. (2020). *Effect of PM2 . 5 on macrosomia in China : A nationwide prospective cohort study. September 2019*, 1–7. Diunduh pada 10 April 2020 pukul 11.09 WIB dari <https://doi.org/10.1111/ijpo.12584>
- Dinarti; Yuli Muryanti. (2017). *Bahan Ajar Keperawatan: Dokumentasi Keperawatan*. 1–172. Diunduh pada 19 April 2020 pukul 05.00 WIB dari <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wpcontent/uploads/2017/11/PRA-KTIKA-DOKUMEN-KEPERAWATAN-DAFIS.pdf>

- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2017). Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat 2017. Diunduh pada 5 April 2020 pukul 22.40 WIB dari [Www.Diskes.Jabarprov.Go.Id](http://www.Diskes.Jabarprov.Go.Id), 52.
- Dungga, E. F. (2019). Faktor yang berhubungan dengan makrosomia. *Jambura Nursing Journal*. Diunduh pada 12 April 2020 pukul 10.50 WIB dari <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Evans, A. T. & E. D. (Ed.). (2014). *Manual of Obstetrics* (8th Editio). Wolters Kluwer Health.
- Harumi, A. M., & Kasiati, K. (2018). Usia Resiko Tinggi dan Perdarahan Post Partum. *Jurnal Informasi Kesehatan Indonesia (JIKI)*, 3(2), 91. Diunduh pada 23 Mei 2020 pukul 19.15 WIB dari [https://doi.org/10.31290/jiki.v\(3\)i\(2\)y\(2017\).page:91-95](https://doi.org/10.31290/jiki.v(3)i(2)y(2017).page:91-95)
- Herdman, T. ., & Kamitsuru, S. (Ed.). (2018). *NANDA-I diagnosis keperawatan : definisi dan klasifikasi 2018-2020* (11 ed.). EGC.
- Kemenkes RI. (2018). Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2018. In *Riset Kesehatan Dasar 2018* (hal. 182–183).
- Lestari, M., Mulawardhana, P., & Utomo, B. (2019). *Faktor Risiko Kejadian Atonia Uteri*. 5(2), 189–196.
- Maryanti, S., & Endrike M, F. E. (2019). KARAKTERISTIK IBU DENGAN PERSALINAN SECTIO CAESARIA DI RUMAH SAKIT DR. R. ISMOYO KOTA KENDARI. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*. Diunduh pada 18 Mei 2020 pukul 20.10 WIB dari <https://doi.org/10.35892/jikd.v14i4.293>
- Maryunani, A. (2015). *Asuhan Ibu Nifas dan Asuhan Ibu Menyusui*. IN MEDIA.
- Nadiya, S., & Mutiara, C. (2018). Hubungan Mobilisasi Dini Post Sectio Caesarea (SC) dengan Penyembuhan Luka Operasi di Ruang Kebidanan RSUD dr. Fauziah Kecamatan Kota Juang Kabupaten Bireuen. *JOURNAL OF HEALTHCARE TECHNOLOGY AND MEDICINE*. Diunduh pada 10 April 2020 pukul 09.50 WIB dari <https://doi.org/10.33143/jhtm.v4i2.216>

- Nurarif, A. ., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc Edisi Revisi Jilid 3*. Mediaction Jogja.
- Nurjanah, S. ., Maemunah, A. ., & Badriah, D. . (2013). *Asuhan Kebidanan PostPartum Dilengkapi dengan Asuhan Kebidanan Post Sectio Caesarea*. PT Refika Aditama.
- Pamuji, S. E. B. (2017). *BUKU AJAR ASUHAN IBU NIFAS DAN MENYUSUI (Untuk Mahasiswa Diploma Kebidanan)*. Pustaka Rihama.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2010). *Fundamental Keperawatan Buku 1 Edisi7*. Salemba Medika.
- Rifdiani, I. (2016). The Effect of Parity, Birth Weight Babies, Pregnancy Interval and a History of Hemorrhage with the Incidence of Postpartum Hemorrhage (Case Study in the RSUD Ngudi Waluyo Wlingi Blitar on 2014). *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 4(3), 396–407.92/jikd.v14i4.293
- Riskesdas 2018. (2018). *HASIL UTAMA RISKESDAS 2018 Kesehatan*. 20–21. Diunduh pada 20 Maret 2020 pukul 14.47 WIB dari http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorpop_2018/Hasil Riskesdas 2018.pdf
- Satriyandari, Y., & Hariyati, N. R. (2017). *FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI*. 1(1), 49–64.
- Simanjuntak, N. M., & Wulandari, S. (2017). *Tindakan Seksio Sesaria Atas Indikasi Cephalopelvic Disproportion (Cpd) Di Ruang Delima Rsud Pasar Rebo Jakarta Timur*. 1(1), 30–38.
- Subekti, S. W. (2018). Indikasi Persalinan Seksio Sesarea. *Jurnal Biometrika dan Kependudukan*. Diunduh pada 13 April 2020 pukul 12.30 WIB dari <https://doi.org/10.20473/jbk.v7i1.2018.11-19>
- Sutanto, A. V. (2018). *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui Teori dalam Praktik Kebidanan Profesional*. PUSTAKA BARU PRESS.
- Wahyuningsih, S. dan M. D. K. (2019). *BUKU AJAR ASUHAN KEPERAWATAN POST PARTUM DILENGKAPI DENGAN PANDUAN PERSIAPAN PRAKTIKUM MAHASISWA KEPERAWATAN*. Deepublish.
- World Health Organization. (2019). Maternal mortality : level and trends 2000 to 2017. In *Sexual and Reproductive Health*. Diunduh pada 25 April 2020

pukul 06.11 WIB dari
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternalmortality2000-2017/en/>

Yunadi, F. D., Andhika, R., & Septiyaningsing, R. (2019). Identifikasi Faktor Ibu Dengan Perdarahan Post Partum. *Oksitosin : Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 6(2), 119–126. Diunduh pada 20 Mei 2020 pukul 07.03 WIB dari <https://doi.org/10.35316/oksitosin.v6i2.489>

LAMPIRAN

Lampiran 1

SKRINING EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)	
Nama	: Ny.L
Alamat	: Bekasi
Tanggal Lahir	: 03/03/1981
Tanggal kelahiran Bayi:	12/02/2020
No. Telepon	: -
<p>Sebagaimana kehamilan atau proses persalinan yang baru saja anda alami, kami ingin mengetahui bagaimana perasaan anda saat ini. Mohon memilih jawaban yang paling mendekati keadaan perasaan anda DALAM 7 HARI TERAKHIR, bukan hanya perasaan anda hari ini.</p>	
<p>Dibawah ini ialah contoh pertanyaan yang telah disertai oleh jawabannya. Saya merasa bahagia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ya, setiap saat</p> <p><input type="checkbox"/> Ya, hampir setiap saat</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak, tidak terlalu sering</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak pernah sama sekali</p> <p>Arti jawaban diatas ialah: “saya merasa bahagia di hampir setiap saat” dalam satu minggu terakhir ini. Mohon dilengkapi pertanyaan lain dibawah ini dengan cara yang sama.</p>	

Dalam 7 hari terakhir:

1. Saya mampu tertawa dan merasakan hal-hal yang menyenangkan

Sebanyak yang saya bisa

Tidak terlalu banyak

Tidak banyak

Tidak sama sekali

2. Saya melihat segala sesuatunya kedepan sangat menyenangkan

Sebanyak sebelumnya

Agak sedikit kurang dibandingkan dengan sebelumnya

Kurang dibandingkan dengan sebelumnya

Tidak pernah sama sekali

3. * Saya menyalahkan diri saya sendiri saat sesuatu terjadi tidak sebagaimana mestinya

Ya, setiap saat

Ya, kadang-kadang

Tidak terlalu sering

Tidak pernah sama sekali

4. Saya merasa cemas atau merasa kuatir tanpa alasan yang jelas

Tidak pernah sama sekali

Jarang-jarang

Ya, kadang-kadang

Ya, sering sekali

5. * Saya merasa takut atau panik tanpa alasan yang jelas

Ya, cukup sering

Ya, kadang-kadang

Tidak terlalu sering

Tidak pernah sama sekali

6. * Segala sesuatunya terasa sulit untuk dikerjakan

Ya, hampir setiap saat saya tidak mampu menanganinya

Ya, kadang-kadang saya tidak mampu menangani seperti biasanya

- Tidak terlalu, sebagian besar berhasil saya tangani
- Tidak pernah, saya mampu mengerjakan segala sesuatu dengan baik

7. * Saya merasa tidak bahagia sehingga mengalami kesulitan untuk tidur

- Ya, setiap saat
- Ya, kadang-kadang
- Tidak terlalu sering
- Tidak pernah sama sekali

8. * Saya merasa sedih dan merasa diri saya menyedihkan

- Ya, setiap saat
- Ya, cukup sering
- Tidak terlalu sering
- Tidak pernah sama sekali

9. * Saya merasa tidak bahagia sehingga menyebabkan saya menangis

- Ya, setiap saat
- Ya, cukup sering
- Disaat tertentu saja
- Tidak pernah sama sekali

10. *Muncul pikiran untuk menyakiti diri saya sendiri

- Ya, cukup sering
- Kadang-kadang
- Jarang sekali
- Tidak pernah sama sekali

Diperiksa/ditelaah oleh: Aghis Nufadillah Tanggal:12 Feb 2020

