



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.R POST PARTUM *SECTIO CAESAREA* DENGAN INDIKASI *CEPHALOPELVIC DISPROPORTION* (CPD) DI RUANG. E
RUMAH SAKIT SWASTA BEKASI
DIMASA PANDEMI COVID-19**

**DISUSUN OLEH :
AULIA YOLI SAPUTRI
201801008**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA KELUARGA
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
BEKASI
2021**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.R POST PARTUM *SECTIO*
CAESAREA DENGAN INDIKASI *CEPHALOPELVIC*
DISPROPORTION (CPD) DI RUANG. E
RUMAH SAKIT SWASTA BEKASI
DIMASA PANDEMI COVID-19**

**DISUSUN OLEH :
AULIA YOLI SAPUTRI
201801008**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA KELUARGA
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
BEKASI
2021**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : Aulia Yoli Saputri
NIM : 201801008
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Menyatakan bahwa Makalah Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. R Post Partum *Sectio Cesarea* dengan Indikasi *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) di Ruang. E Rumah Sakit Swasta Bekasi Di Masa Pandemi COVID-19 yang dilaksanakan pada tanggal 30 April 2021 sampai 01 Mei 2021 adalah hasil karya sendiri dan semua sumber yang digunakan sudah saya nyatakan benar.

Orisinalitas makalah ilmiah ini tanpa ada unsur *plagiarisme* baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

Bekasi, 19 Juni 2021

Yang membuat pernyataan


Aulia Yoli Saputri

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. R dengan Post Partum *Section Caesarea* dengan Indikasi *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) di Ruang. E Sakit Swasta Bekasi Di Masa Pandemi Covid-19” ini disusun oleh Aulia Yoli Saputri (201801008) dan telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang akhir program di hadapan Tim Penguji.

Bekasi, 19 Juni 2021

Pembimbing Makalah Ilmiah



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

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga
STIKes Mitra Keluarga



(Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.MB)

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. R Post Partum *Section Caesarea* dengan *Indikasi Cephalopelvic Disproportion* (CPD) di Ruang. E Rumah Sakit Swasta Bekasi di Masa Pandemi COVID-19” yang disusun oleh Aulia Yoli Saputri (201801008) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam ujian sidang dihadapan tim penguji pada tanggal 22 Juni 2021

Bekasi, 22 Juni 2021

Penguji I



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

Penguji II



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

Nama : Aulia Yoli Saputri
NIM : 201801008
Program Studi : Diploma 3 Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan pada Ny. R Post Partum *Sectio Caesarea* dengan Indikasi *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) di Ruang. E Rumah Sakit Swasta Bekasi di Masa Pandemi COVID-19
Halaman : xiv+89 halaman+1 tabel
Pembimbing : Edita Astuti Panjaitan

ABSTRAK

Latar Belakang : *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) merupakan kondisi dimana terjadi ketidaksesuaian antara panggul dengan kepala janin. *Sectio Caesarea* menjadi pilihan proses persalinan ibu dengan CPD jika tidak memungkinkan untuk melahirkan spontan. Namun tidak sedikit pula ibu post partum SC mengalami komplikasi saat persalinan seperti perdarahan saat pembedahan. Di Indoensia kasus SC sudah melebihi batas kisaran yang hanya 5-15%, di Indonesia kasus SC mencapai 17,6%.

Tujuan Umum : Laporan kasus ini adalah untuk memberikan gambaran nyata asuhan keperawatan pada pasien dengan *sectio caesarea* atas indikasi CPD melalui pendekatan proses keperawatan secara komprehensif.

Metode Penulisan : Dalam penyusunan kasus ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan mengungkapkan fakta-fakta sesuai dengan data-data yang didapat.

Hasil : Hasil dari pengkajian didapatkan lima diagnosa yaitu ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan payudara bengkak; kontraksi uterus; luka SC, resiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pascapartum, resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif (luka SC), menyusui tidak efektif berhubungan dengan payudara bengkak; tidak rawat gabung, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan postpartum SC. Diagnosa keperawatan utama yang ditemukan adalah ketidaknyamanan pascapartum berhubungan dengan payudara bengkak; kontraksi uterus; luka SC. Intervensi prioritas adalah kaji kualitas nyeri secara komprehensif, meliputi : *provocation* (P), *Quality* (Q), *Region* (R), *Severity Scale* (S), *Timing* (T), ajarkan dan anjurkan tehnik relaksasi napas dalam, berikan relaksasi nonfarmakologis terapi musik dan relaksasi napas dalam, dan berikan obat sesuai dengan program medis.

Kesimpulan dan Saran : pada pasien dengan post partum SC yang perlu diperhatikan adalah masalah keperawatan ketidaknyamanan pascapartum berhubungan dengan payudara bengkak; kontraksi uterus; luka sc, dan resiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pascapartum terutama pada 24 jam pertama pascapartum. Dan diharapkan kerja sama tim yang baik antar tenaga kesehatan agar didapatkan hasil yang optimal bagi pasien.

Keyword : Asuhan Keperawatan Maternitas, *Cephalopelvic Disproportion* (CPD), Postpartum *Sectio Cesarea*

Daftar Pustaka : 19 Buku dari tahun 2011-2021, 14 Jurnal dari tahun 2011-2021)

Name : Aulia Yoli Saputri
Student Number : 201801008
Study Program : Diploma III - Nursing
The Tittle of Scientific Paper : nursing care for Mrs. R postpartum sectio caesarea with indication of CPD in E. room of the hospital in Bekasi during COVID-19 pandemic.
Page : xiv+89 pages+1 attachments
Supervisor : Edita Astuti Panjaitan

ABSTRACT

Background : CPD is condition wherever there's is a discrepancy between the pelvis and the fetal head. Sectio caesarea is the choice the process of giving birth for mothers with CPD if it is not possible to give birth spontaneously. But not a few postpartum sectio caesarea mothers experience complications during the process such as bleeding during surgery. In Indonesia alone, sectio cases have exceeded the range limit of only 5 to 15 percent, sectio caesarea's cases in Indonesia have reached 17,6 percent.

Main objective : The purpose of this scientific writing to obtain a real picture of nursing care for patient with sectio caesarea with indication CPD through a comprehensive nursing process.

Writing Method : The method of this scientific writing is descriptive method, which describes a situation objectively and then presented in a narrative from as the writer is observing the patient and collecting data up to evaluation.

Results : The results of the study obtained five diagnoses, namely postpartum discomfort associated with swollen breasts; uterine contractions; SC wounds, bleeding risk related to postpartum complications, infection risk related to invasive procedures (SC wounds), ineffective breastfeeding related to swollen breasts; not hospitalization, impaired physical mobility related postpartum SC. The main nursing diagnoses found were postpartum discomfort related to swollen breasts; uterine contractions; SC wound. The priority intervention is to assess the quality of pain comprehensively, including : provocation (P), Quality (Q), Region (R), Severity Scale (S), Timing (T), teach and recommend deep breathing relaxation techniques, provide non-pharmacological relaxation music therapy and deep relaxation, and give medication according to the medical program.

Conclusions and recommendations : in patients with post-partum SC that need to be considered are postpartum discomfort nursing problems related to swollen breasts; uterine contractions; sc wounds, and the risk of bleeding related to postpartum complications, especially in the first 24 hours postpartum. And it is hoped that good teamwork between health workers is expected to obtain optimal results for patients.

Keyword : maternity nursing care, cephalopelvic disproportion, postpartum sectio caesarea

Bibliography : 19 books from 2011-2021, 14 journals from 2011-2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan berkat dan rahmat-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan makalah ilmiah dengan judul “Asuha Keperawatan pada Ny.R dengan Post Partum *Sectio Caesrea* atas indikasi *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) di Ruang. E Rumah Sakit Swasta Bekasi di Masa Pandemi COVID-19” ini dengan baik. Adapun tujuan penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah dalam rangka memenuhi persyaratan Tugas Akhir Semester di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan dan penyusunan Makalah Ilmiah ini penulis menemukan banyak kesulitan, akan tetapi berkat bantuan, bimbingan, dorongan dari berbagai pihak, makalah ini dapat diselesaikan dengan baik. Maka dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih, kepada :

1. Ibu Ns. Edita Astuti Panjaitan, S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing Makalah Ilmiah serta penguji II yang telah menyempatkan waktu untuk memberikan bimbingan, pengarahan, dorongan, motivasi dan saran yang bermanfaat selama proses pembuatan Makalah Ilmiah ini.
2. Ibu dr. Susi Hartati, S.KP., M.Kep., Sp. Kep. An selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.
3. Ns. Lina Herida Pinem, S.Kep., M.Kep selaku dosen penguji I yang telah memberikan masukan dan motivasi kepada penulis dalam penyusunan Makalah Ilmiah ini.
4. Ns. Anung Ahadi Pradana, M.Kep., Sp.Kep. Kom selaku dosen Pembimbing Akademik (PA) yang telah membimbing, membina dan mendukung penulis selama tiga tahun belajar di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.
5. Khususnya untuk kedua orang tua penulis yang telah berjuang demi kesuksesan penulis, tiada kata yang dapat penulis ucapkan selain ucapan terimakasih.

Terimakasih Mamah Ayah yang sudah berjuang untuk memberi pendidikan yang layak untuk penulis, sehingga bisa berada ditempat ini. Juga untuk adik-adik tersayang Assyifa Intan dan Syahirah yang selalu memberi semangat, motivasi yang membangun, hiburan, serta selalu mendoakan penulis sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan baik dan lancar.

6. Kepada diri saya sendiri Aulia Yoli, terimakasih sudah mampu berjuang sampai detik ini, dan sabar menjalani semua proses hingga akhir.
7. Keluarga pasien Ny. R yang telah memberikan penulis kesempatan dan kerjasama yang baik dalam pengambilan kasus ini.
8. Seluruh pihak Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur dan seluruh perawat Euphorbia yang telah membimbing dan menyediakan tempat bagi penulis untuk pengambilan kasus.
9. Seluruh dosen pengajar dan civitas Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang membantu dalam proses Pendidikan.
10. Seluruh dosen pengajar dan civitas Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah membantu dalam proses pendidikan.
11. Sahabat penulis di AFYNEO (Aan, Firli, Neng Syifaa, Okta), keluarga mini penulis di SMA Afifah Lis, Fira Alsya dan Erli Alifah yang telah memberi semangat, menghibur serta bersedia mendengar keluh kesah penulis selama proses pembuatan Makalah Ilmiah ini serta semua dukungan, doa, dan motivasi yang membangun.
12. Ka Nindya dan Ka Nurhaliza (ka ica) yang telah membantu penulis untuk mengatasi kebingungan yang dialami dan bersedia di repotkan untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan dari penulis.
13. Teman-teman penulis di anak mama squad, Atikah Putri, Fricilia Hadi, dan Syafira terima kasih telah setia menemani penulis dari awal semester sampai detik ini dan terimakasih telah setia mendengar semua keluh kesah serta bertukar pikiran saat penulis sudah tidak lagi dapat berfikir.
14. Teman-teman dekat penulis Anggi Zulaeha, Eka Rachma, Diana Lestari dan Lisda Nur'syhabani yang juga telah memberi semangat, doa, dan motivasi untuk penulis.

15. Kelompok peminatan Keperawatan Maternitas Atikah, Azahra Safa, Sucianti, Visa, Wiwit, Windy, dan teman-teman Angkatan VIII STIKes Mitra Keluarga yang telah memberikan bantuan, doa, dan semangat pada penulis.
16. Seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu oleh penulis yang telah mendukung penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih terdapat kekurangan. Untuk itu, penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang membangun dari pembaca agar tercipta karya tulis ilmiah yang dapat berguna bagi para pembaca. Namun terkhusus bagi perawat untuk meningkatkan pemberian asuhan keperawatan secara holistik dalam bidang maternitas.

Bekasi, 19 Juni 2021

Penulis,



(Aulia Yoli Saputri)

DAFTAR ISI

COVER DALAM	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan penulisan	4
C. Ruang Lingkup.....	5
D. Metode Penulisan	5
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II.....	7
TINJAUAN TEORI	7
A. Pengertian Masa Nifas	7
B. Adaptasi Fisiologis dalam Masa Nifas.....	7
C. Adaptasi Psikologis dalam Masa Nifas.....	13
D. Konsep <i>Sectio Caesarea</i>	14
E. Konsep <i>Cephalopelvic Disproportion</i>	18
F. Konsep Asuhan Keperawatan	21
BAB III	39
TINJAUAN KASUS.....	39
A. Pengkajian Keperawatan.....	39
B. Diagnosa Keperawatan.....	54

C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi	54
BAB IV	71
PEMBAHASAN	71
A. Pengkajian Keperawatan.....	71
B. Diagnosa Keperawatan.....	73
C. Perencanaan Keperawatan	75
D. Implementasi Keperawatan.....	79
E. Evaluasi Keperawatan.....	81
BAB V.....	84
PENUTUP.....	84
A. Kesimpulan	84
B. Saran.....	85
DAFTAR PUSTAKA	87

DAFTAR TABEL

Table 1. Analisa Data.....	50
----------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Materi Perawatan Payudara	91
Lampiran 2. Leaflet Perawatan Payudara	93
Lampiran 3. Materi Manajemen Laktasi	94
Lampiran 4. Leaflet Manajemen Laktasi	95
Lampiran 5. Format Pengkajian EPDS	96

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan merupakan suatu hal yang ditunggu oleh ibu hamil untuk merasakan kebahagiaan. Persalinan yang dialami oleh ibu yaitu pengeluaran hasil konsepsi yang hidup di dalam rahim dan dikeluarkan melalui vagina (Abasi, 2015 dalam Utami, 2016). Ada dua cara persalinan yaitu persalinan normal secara spontan atau pervaginam dan persalinan abnormal atau dengan bantuan suatu prosedur seperti SC. (Utami, 2016). Yaitu, persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Admin et al., 2019).

Tindakan dengan SC merupakan tindakan yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu, bayi atau keduanya dari kematian. Tindakan ini dilakukan jika terjadi pada masalah kekuatan kontraksi atau mengejan, janin, dan jalan lahir sedangkan kelahiran pervaginam tidak mungkin dilakukan dengan aman. Dengan kata lain hal ini dilakukan jika memang terdapat indikasi. (Ashar & Kusri, 2020).

Angka persalinan dengan metode SC telah meningkat di seluruh dunia dan melebihi batas kisaran, menurut (*World Health Organization* (WHO), angka kejadian *sectio caesarea* meningkat di negara-negara berkembang, namun sudah ditetapkan indikator persalinan atau batas kisaran persalinan *sectio caesarea* di setiap negara yaitu sebesar 5-15% per 1000 kelahiran di dunia. Di Indonesia berdasarkan (RISKESDAS, 2018), prevalensi SC adalah 17,6%, tertinggi pada DKI Jakarta 31,3% dan terendah di Papua 6,7%. Angka persalinan SC di Jawa Barat menurut RISKESDAS (2013), adalah sekitar 8,7%. Berdasarkan data rekam medis di salah satu Rumah Sakit Swasta di

Bekasi pada tahun 2020 adalah total kasus persalinan *sectio* sebanyak 554 kasus dan kasus SC dengan indikasi CPD sebanyak 23 kasus.

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya tindakan SC pada ibu hamil salah satunya disebabkan oleh CPD atau panggul sempit, dimana terjadi ketidaksesuaian antara ukuran kepala janin dengan panggul ibu sehingga janin tidak dapat keluar melalui vagina. Seorang ibu yang mempunyai panggul sempit akan sulit menjalani persalinan normal. Apabila persalinan dengan panggul sempit tetap dilakukan tanpa pengambilan tindakan yang tepat maka akan membahayakan ibu dan janin. Bahaya pada ibu yaitu partus lama yang akan menimbulkan dehidrasi, asidosis, infeksi intrapartum dan lainnya sedangkan pada janin yaitu kematian perinatal dan perlukaan pada jaringan di atas tulang kepala janin dan bahkan dapat menimbulkan fraktur pada os parietalis. (Pahlavi et al., 2017).

Banyak kemungkinan terjadinya komplikasi setelah melahirkan dengan tindakan SC, yang bila tidak ditangani maka akan mengakibatkan kematian pada ibu. Komplikasi yang bisa timbul pada post SC adalah infeksi puerperal, perdarahan yang terjadi pada waktu pembedahan, cabang-cabang atonia uteri ikut terbuka atau karena atonia uteria. Komplikasi lain yang mungkin terjadi yaitu luka kandung kemih, embolisme paru dan *deep vein thrombosis* juga dapat terjadi *rupture* uteri pada kehamilan berikutnya. Meskipun tindakan SC membuat ibu tidak merasakan sakitnya pembukaan kala 1 samapi 4 tindakan ini juga dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas maternal, sehingga tindakan ini seharusnya dilakukan hanya karena adanya indikasi medis .(Ayuningtyas et al., 2018).

Tanggung jawab penting perawat adalah memahami proses kelahiran normal untuk mencegah serta mendeteksi penyimpangan dari persalinan dan kelahiran normal serta mengimplementasikan usaha keperawatan ketika terjadi

komplikasi. Perawatan optimal bersalin, janin, dan keluarga yang mengalami komplikasi hanya dimungkinkan ketika perawat dan anggota tim keperawatan maternitas lainnya menggunakan pengetahuan dan kemampuan secara bersama-sama untuk memberikan perawatan yang kompeten dan berempati.

Berdasarkan uraian diatas peran perawat sangat diperlukan dalam pemulihan ibu mengingat perawat merupakan orang terdekat selama pasien menjalani persalinan perawatan post partum di rumah sakit. Peran perawat sebagai *promotor* dimana perawat berperan untuk memberikan edukasi pada ibu post SC dengan indikasi CPD dimana ibu harus memperhatikan berat janin yang tidak boleh melebihi 3000 gram jika ibu ingin melakukan persalinan dengan normal. Peran perawat sebagai *educator* yaitu memberikan informasi kepada ibu tentang cara perawatan luka, tanda-tanda infeksi pada luka serta hal-hal yang perlu diwaspadai saat pasien dirumah. Peran sebagai *collaborator* yaitu dengan berkolaborasi bersama tenaga kesehatan lain seperti dokter, ahli gizi, farmasi, fisioterapi dan tenaga laboratorium medik. Peran perawat sebagai *advocate* juga dibutuhkan sebagai pembela hak pasien dengan *post sectio caesarea*.

Perawat berperan dalam segi preventif yaitu perawat dapat memantau terjadinya kontraksi uterus agar komplikasi seperti perdarahan tidak terjadi. Perawat mempunyai peran dalam segi kuratif yaitu pengobatan. Perawat juga berkolaborasi untuk pemberian analgesik pasca operasi, pemberian antibiotik untuk mencegah infeksi pada bekas luka operasi dan perawatan luka. Pada tindakan keperawatan rehabilitatif perawat menganjurkan ambulasi dini, senam nifas untuk pemulihan kondisi kesehatan dan tetap melakukan kontrol kesehatan post partum sesuai dengan yang disarankan.

Melihat pentingnya peran perawat dalam proses pemulihan pasien post partum dengan SC, maka perawat perlu memahami dan melengkapi diri tentang asuhan

keperawatan pada pasien Ny.R. oleh karena itu penulis sebagai calon perawat akan membahas mengenai "Asuhan Keperawatan pada Ny.R Pasca Partum Tindakan *Sectio Caesarea* (SC) atas Indikasi *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) di Rumah Sakit Swasta di Bekasi".

B. Tujuan penulisan

1. Tujuan umum

Mahasiswa mampu memberikan gambaran tentang penerapan asuhan keperawatan pada Ny.R dengan Post Partum *Sectio Caesarea* (SC) atas indikasi *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) di ruang E Rumah Sakit Swasta Bekasi.

2. Tujuan khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan post partum *Sectio Caesarea* atas indikasi *Cephalopelvic Disproportion*.
- b. Menentukan masalah keperawatan pasien dengan post partum *Sectio Caesarea* atas indikasi *Cephalopelvic Disproportion*.
- c. Merencanakan asuhan keperawatan dengan pasien post partum *Sectio Caesarea* atas indikasi *Cephalopelvic Disproportion*.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai perencanaan dengan pasien post partum *Sectio Caesarea* atas indikasi *Cephalopelvic Disproportion*.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan dengan pasien post partum *Sectio Caesarea* atas indikasi *Cephalopelvic Disproportion*.
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik pada kasus post partum *Sectio Caesarea* atas indikasi *Cephalopelvic Disproportion*.
- g. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta mencari solusi/alternatif pemecahan masalah pada klien post partum *Sectio Caesarea* atas indikasi *Cephalopelvic Disproportion*.

- h. Mendokumentasi asuhan keperawatan pada pasien dengan post partum *Sectio Caesarea* atas indikasi *Cephalopelvic Disproportion*.

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup pembahasan makalah ilmiah ini adalah Asuhan Keperawatan pada Ny.R Post Partum *Sectio Caesarea* atas indikasi *Cephalopelvic Disproportion* mulai dari tanggal 30 April 2021 sampai dengan tanggal 02 Mei 2021 di ruang E Rumah Sakit Swasta di Bekasi yang meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan dalam makalah ilmiah ini menggunakan metode deskriptif naratif yaitu memberikan gambaran mengenai penerapan asuhan keperawatan pada klien melalui pendekatan proses keperawatan dengan menggunakan beberapa cara untuk menulis makalah ini, seperti :

1. Studi kasus yaitu memperoleh gambaran yang akurat dari pasien dalam memberikan Asuhan Keperawatan kepada klien langsung dan untuk memperoleh perbandingan antara teori dengan kasus.
2. Studi kepustakaan yaitu memperoleh bahan-bahan ilmiah yang bersifat teoritis baik aspek medik maupun secara Asuhan Keperawatan yang berhubungan dengan makalah ini melalui literatur buku, elektronik dan internet.
3. Studi dokumentasi yaitu mengumpulkan data yang diperoleh melalui *medical record* klien, riwayat kesehatan sebelumnya dan riwayat kesehatan sekarang.

E. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan makalah ilmiah ini secara sistematis disusun menjadi lima bab yang terdiri dari : BAB I : PENDAHULUAN yang meliputi latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan dan sistematika penulisan.

BAB II : TINJAUAN TEORI terdiri dari pengertian, adaptasi fisiologis, adaptasi psikologis, penatalaksanaan medis yang terdiri dari tes diagnostik dan terapi, konsep *sectio caesarea* dan komplikasi *sectio caesarea*, konsep kehamilan resiko tinggi yang terdiri dari definisi, etiologi, manifestasi klinis, proses penyakit, dan komplikasi, pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan. BAB III : TINJAUAN KASUS terdapat satu kasus pada klien dengan pasca partum *sectio caesarea* di ruang E Rumah Sakit Swasta Bekasi yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan. BAB IV : PEMBAHASAN yaitu berisi kesenjangan antara teori dan kasus dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan post partum *sectio caesarea*. BAB V : PENUTUP yang terdiri dari kesimpulan dan saran. DAFTAR PUSTAKA.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) terjadi sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta hingga 6 minggu (42 hari) setelahnya. Puerperium yaitu berasal dari kata *Puer* yang artinya bayi dan *Parous* yaitu melahirkan. Jadi, puerperium merupakan masa setelah melahirkan bayi yaitu masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra-hamil (Rini & Kumala, 2016).

Masa nifas sering disebut juga dengan puerprium yang berasal dari kata *puer* yaitu seorang anak dan *parere* berarti kembali ke semula di masa enam minggu setelah persalinan dimana organ reproduksi sudah kembali ke keadaan tidak hamil (Ratnawati, 2018).

Periode postpartum merupakan jangka waktu antara lahirnya bayi dengan kembalinya organ reproduksi ke keadaan normal seperti sebelum hamil. Periode ini sering disebut sebagai masa nifas (puerperium, atau trimester keempat kehamilan) (Lowdermilk et al., 2013).

B. Adaptasi Fisiologis dalam Masa Nifas

Ibu dalam masa nifas mengalami beberapa perubahan dalam fisiologis.

Perubahan-perubahan yang terjadi menurut Rini & Kumala (2016), antara lain :

1. Perubahan Sistem Reproduksi

a. Uterus

Terjadi proses involusi yaitu proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar yang disebabkan oleh adanya kontraksi otot-otot polos pada uterus.

Uterus pada waktu hamil penuh beratnya 11 kali berat sebelum hamil, berinvolusi kira-kira 500gr 1 minggu setelah melahirkan dan 350gr (11 sampai 12 ons) 2 minggu setelah lahir. Seminggu setelah melahirkan uterus berada ditempat semula. Pada minggu ke 6 beratnya menjadi 50-60 gram.

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

1) Iskemia Miometrium

Disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta yang membuat uterus relative anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.

2) Autolisis

Adalah proses penghancuran diri sendiri yang dapat terjadi pada otot uterine. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur yang juga dikatakan sebagai perusakan secara langsung yang disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesterone.

3) Efek Oksitosin

Oksitosin menimbulkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterin yang akan menekan pembuluh darah sehingga mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu mengurangi perdarahan. Penurunan ukuran uterus yang cepat itu ditandai oleh perubahan lokasi uterus ketika keluar dari abdomen dan kembali menjadi organ pelvik.

b. Perubahan pada serviks

Serviks mengalami involusi bersama dengan uterus. Perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang menganga seperti corong. Hal ini disebabkan karena korpus uteri yang dapat menimbulkan terjadinya kontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seakan-akan pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin.

c. Lochea

Indikator lain yang menunjukkan proses involusi uterus adalah lochea, lochea merupakan sekret uterus yang keluar melalui vagina selama masa puerperium (Handayani & Pudjiastuti, 2016).

Lochea terbagi mejadi 4 yaitu :

1) Lochea rubra

Disebut juga sebagai lochea kruenta, terjadi pada hari ke 1-3 setelah persalinan, berwarna merah terang sampai dengan merah tua yang mengandung desidua. Cairan rubra ini berupa cairan yang bercampur dengan darah dan sisa-sisa selaput ketuban dan berbau amis karena berisi darah segar, sisa selaput ketuban, sel epitel, eritrosit, leukosit, sel desidua, verniks caseosa, lanugo dan mekonium.

2) Lochea sanguinolenta

Cairan berwarna merah kecoklatan, berlendir dan berbau anyir. Cairan ini muncul pada hari keempat sampai hari ketujuh pasca melahirkan.

3) Lochea serosa

Cairan berwarna kuning kecoklatan yang mengandung serum, leukosit, dan robekan/laserasi plasenta. Muncul pada hari ketujuh sampai hari keempatbelas pasca melahirkan.

4) Lochea alba

Cairan ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati. Berlangsung selama 2 sampai 6 minggu pasca melahirkan.

5) Lochea purulenta, merupakan cairan nanah dan berbau busuk selama masa nifas.

2. Perubahan Tanda-Tanda Vital (TTV)

a. Suhu badan

Pada 24 jam postpartum suhu badan akan naik sedikit (37,5-38 C) sebagai akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan atau kelelahan. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik kembali karena ada pembentukan ASI, buah dada menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu tubuh tidak turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, tractus genitalis atau sistem lain.

b. Nadi

Denyut nadi akan kembali ke nilai sebelum hamil dalam beberapa hari postpartum, meskipun seberapa cepatnya kembali akan bervariasi pada tiap wanita. Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80x/menit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat dari biasanya sebagai kompensasi jantung untuk menurunkan resistensi cairan yang terjadi selama 24-48 jam setelah melahirkan dan bisa berlanjut hingga 6-8 hari.

c. Tekanan darah

Tekanan darah pada ibu melahirkan biasanya tidak banyak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi yang terjadi pada saat setelah melahirkan menandakan terjadinya preeklamsi postpartum.

d. Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berkaitan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Jika suhu dan nadi tidak dalam batas normal, pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila terdapat gangguan khusus pada saluran pernapasan.

3. Perubahan sistem kardiovaskuler

a. Volume Darah

Terjadinya perubahan pada volume darah tergantung pada beberapa faktor yaitu kehilangan darah selama melahirkan, mobilisasi dan juga

pengeluaran cairan ekstrasvaskuler. Kehilangan darah merupakan akibat dari penurunan volume darah total yang cepat tetapi terbatas.

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 500cc. Bila kelahiran melalui SC maka kehilangan darah dapat dua kali lipat yaitu 1000cc. Perubahan terdiri dari volume darah hematokrit. Bila persalinan pervaginam hematokrit akan naik namun pada persalinan SC hematokrit akan cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

b. Curah jantung

Curah jantung akan meningkat lebih tinggi lagi selama 30 sampai 60 menit karena darah yang melintasi plasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum, setelah itu *cardiac output*/nilai curah jantung akan menurun 50% setelah melahirkan dan berangsur kembali seperti sebelum melahirkan dalam 2-3 minggu (Maryunani, 2017).

c. Komponen darah

Jumlah hemoglobin, hematokrit dan eritrosit meningkat selama 72 jam pertama setelah melahirkan, leukosit mengalami peningkatan pada 10-12 hari pertama setelah melahirkan sehingga resiko terjadi infeksi.

Jumlah hemoglobin dan hematokrit serta eritrosit akan bervariasi pada awal-awal masa nifas sebagai akibat dari volume darah, volume plasma, dan volume sel darah yang berubah-ubah. Begitupun dengan faktor pembeku atau trombosit juga akan mengalami peningkatan sehingga resiko terjadi tromboemboli yang disebabkan oleh imobilisasi (Maryunani, 2017).

4. Perubahan sistem pencernaan

a. Nafsu makan

Biasanya ibu akan merasa lapar segera setelah melahirkan dan dapat menoleransi menu makanan yang ringan. Sebagian besar ibu akan merasa sangat lapar setelah pulih dari anastesi, analgesik, dan kelelahan.

Permintaan porsi makanan ibu biasanya dua kali lebih banyak dan sering mengkonsumsi camilan (Lowdermilk et al., 2013).

b. Defekasi

Defekasi spontan mungkin baru akan terjadi setelah 2-3 hari postpartum. Ini disebabkan oleh berkurangnya tonus otot di usus selama melahirkan dan masa nifas, diare sebelum persalinan, kurangnya makanan berserat dan dehidrasi (Lowdermilk et al., 2013).

5. Perubahan neurologi

Terkadang pusing karena stress atau hipertensi saat hamil dan lain-lain akan hilang 1-3 hari untuk postpartum normal atau beberapa minggu tergantung penyebab dan pengobatan yang efektif (Maryunani, 2017).

6. Perubahan sistem muskuloskeletal

Adaptasi sistem muskuloskeletal ibu yang terjadi saat hamil akan kembali saat masa nifas. Hal ini termasuk relaksasi dan hipermobilitas sendi serta perubahan gaya gravitasi ibu sebagai reaksi terhadap uterus yang membesar. Walaupun sendi lainnya kembali ke keadaan sebelum hamil, sendi yang berada di kaki mungkin tidak akan kembali. Ibu mungkin akan mendapatkan bahwa ukuran sepatunya membesar (Lowdermilk et al., 2013).

Sebagian besar wanita melakukan ambulasi 8-12 jam setelah melahirkan, ambulasi dini dianjurkan untuk menghindari terjadinya komplikasi, meningkatkan involusi, dan meningkatkan cara pandang emosional (Maryunani, 2017).

7. Perubahan sistem renal dan perkemihan

Pelvis ginjal dan ureter yang meregang dan berdilatasi saat masa kehamilan akan kembali normal pada akhir minggu keempat pasca melahirkan, dengan kata lain ureter yang berdilatasi dan pelvis kembali ke keadaan semula dalam 4-10 minggu pasca melahirkan. Pada masa nifas dapat terjadi udem dan hiperemia atau kelebihan darah di suatu bagian tubuh, kandung kemih sensitif dan kapasitasnya bertambah sehingga kandung kemih masih

terdapat urin residual sisa urine dan trauma kandung kemih waktu persalinan akan memudahkan terjadinya infeksi (Maryunani, 2017).

8. Perubahan sistem integument

Cloasma gravidarum atau topeng kehamilan atau melasma merupakan bitnik-bintik pigmen kecoklatan yang tampak di kulit kening/ dahi, pipi, hidung dan leher pada wanita hamil, biasanya akan menghilang pada akhir kehamilan. Sedangkan hiperpigmentasi pada puting dan *aerola mammae* serta *linea nigra* mungkin belum hilang secara sempurna setelah melahirkan. *Linea nigra* merupakan pigmentasi di kulit perut bawah bagian tengah biasanya tampak garis gelap atau dari umbilikus sampai simfisis berwarna gelap pada wanita hamil (Maryunani, 2017).

9. Perubahan sistem imunologi

Dapat terjadi sedikit peningkatan suhu tubuh tanpa penyebab yang nyata setelah kelahiran, namun demikian suhu ibu seharusnya dalam batas normal. Setiap ibu yang suhunya mencapai 38°C dalam periode 24 jam dua kali berturut-turut selama 10 hari pertama postpartum, tidak memasuki 24 jam pertama dianggap demam (Maryunani, 2017).

10. Perubahan sistem endokrin

Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam pasca partum, progesterone menurun pada hari ke tiga pasca partum dan mencapai kadar terendahnya satu minggu setelah melahirkan. Kadar estrogen yang berkurang berhubungan dengan pembesaran payudara dan diuresis cairan ekstrasel yang berlebihan yang terakumulasi selama kehamilan. Pada ibu menyusui kadar estrogen mulai meningkat 2 minggu setelah melahirkan dan pada hari ke 17 postpartum akan menjadi jauh lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang tidak menyusui. Kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur hilang (Lowdermilk et al., 2013).

C. Adaptasi Psikologis dalam Masa Nifas

Menurut Handayani & Pudjiastuti (2016) adaptasi psikologis yang dialami oleh ibu nifas ada 3 fase, yaitu :

1. Fase *taking in*

Merupakan fase ketergantungan yang berlangsung hanya satu sampai dua hari pertama pasca melahirkan, yang ditandai dengan ibu hanya fokus dengan diri sendiri dan pasif terhadap lingkungan, menyatakan adanya rasa ketidaknyamanan yang dirasakan seperti rasa mulas, nyeri luka jahitan, kurang tidur dan kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan adalah anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup, ciptakan komunikasi yang baik dan beri asupan nutrisi yang adekuat.

Gangguan psikologis yang terjadi di masa ini adalah kekecewaan terhadap bayinya, ketidaknyamanan pada perubahan fisik yang di alami, merasa bersalah karena belum bisa menyusui dan kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya.

2. Fase *taking hold*

Fase ini berlangsung selama tiga sampai sepuluh hari setelah melahirkan yang ditandai dengan ibu mengalami kekhawatiran terhadap ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya, pada fase ini ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung.

3. Fase *letting go*

Merupakan fase dimana ibu sudah mulai bisa menerima tanggung jawab serta peran barunya, berlangsung setelah 10 hari pasca melahirkan. Pada fase ini ibu mulai dapat beradaptasi dengan ketergantungan bayinya ketergantungan bayinya, terjadi peningkatan perawatan bayi dan dirinya, ibu merasa percaya diri, lebih mandiri terhadap kebutuhan bayi dan dirinya.

D. Konsep *Sectio Caesarea*

1. **Pengertian**

Persalinan SC adalah persalinan buatan, janin di lahirkan melalui insisi pada dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus atau rahim (histerektomi) dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin lebih dari 500 gram (Lubis, 2018).

Bedah *caesar* adalah prosedur operasi dimana bayi dilahirkan melalui sayatan bedah dibagian dinding abdomen ibu atau uterus. Tujuan utama persalinan dengan cara bedah caesar adalah untuk menyelamatkan hidup ibu maupun bayi (Masriroh, 2016)

2. Klasifikasi

Menurut Mochtar (2011) bedah caesar terbagi menjadi beberapa jenis yaitu :

a. *Sectio Caesrea* Transperitoneal Profunda

Dengan melakukan insisi di segmen bawah uterus (*low servical transversal*) kira-kira 10cm. perdarahan yang terjadi tidak sebanyak yang terjadi pada tehnik klasik. Keuntungan lain dari jenis ini adalah penjahitan luka lebih mudah sehingga kecil kemungkinan terjadi rupture uteri pada kelahiran berikutnya. Namun karena sayatan dilakukan secara melintang dan jika dilakukan dengan hati-hati maka akan menimbulkan risiko ikut terputusnya area uterine yang menyebabkan perdarahan lebih banyak.

b. *Sectio Caesarea* Ekstraperitoneal

Suatu teknik yang dilakukan tanpa insisi peritoneum melainkan dengan mendorong lipatan peritoneum ke atas dan kandung kemih ke bawah atau ke garis-garis tengah, kemudian uterus dibuka dengan insisi segmen bawah.

c. Bedah *caesar* klasik

Teknik sayatan garis secara vertikal yang dibuat pada kulit dan juga dinding badan uterus. Indikasi terhadap tindakan ini adalah jika kehamilan berusia kurang dari 32 minggu. Teknik ini adalah janin dapat

dikeluarkan lebih cepat dan tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih yang tertarik. Akan tetapi, kekurangannya bilamana terjadi infeksi maka akan lebih mudah untuk menyebar secara intraabdominal, juga tidak jarang ditemukan rupture uteri pada persalinan berikutnya.

d. *Sectio Caesarea* Histerektomi

Pengangkatan uterus setelah tindakan *sectio caesarea* oleh karena atonia uteri yang tidak dapat teratasi pada keadaan uterus miomato usus besar dan banyak atau keadaan rupture uteri yang tidak dapat diatasi.

3. Indikasi

Menurut Hartati & Maryunani (2015) terdapat indikasi pada ibu dan janin untuk melakukan operasi SC, pada ibu :

a. Proses persalinan normal yang lama atau kegagalan proses persalinan normal (*dystosia*).

b. *Cephalopelvic Disproportion* (CPD)

CPD adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Tulang-tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara alami. Bentuk panggul yang menggambarkan kelainan atau panggul patologis dapat juga menyebabkan kesulitan dalam persalinan secara spontan sehingga harus dilakukan tindakan pembedahan.

c. Detak jantung janin melambat (*fetal distress*).

d. Komplikasi pre-eklamsi.

Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan suatu penyakit yang terjadi pada masa kehamilan, dan penyebab terjadinya masih belum jelas. Selain perdarahan dan infeksi, pre-eklamsi dan eklamsi juga menjadi salah satu penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting dalam ilmu kebidanan.

e. Ibu menderita herpes.

- f. Putusnya tali pusat.
- g. Risiko luka parah pada rahim.
- h. Bayi dalam posisi sungsang, letak lintang.
- i. Bayi besar.
- j. Masalah plasenta seperti *placenta previa*.
- k. Pernah mengalami masalah penyembuhan perineum, distosia, SC berulang.
- l. Presentasi bokong, hipertensi akibat kehamilan (*pregnancy-induced hypertention*).
- m. Kelainan plasenta dan malpresentasi janin misalnya presentasi bahu.

Indikasi pada janin :

- a. Gawat janin.
- b. Primigravida tua.
- c. Kehamilan dengan diabetes melitus.
- d. Infeksi intrapartum.
- e. Kehamilan kembar.

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara *sectio*. Hal ini dikarenakan kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi.

- f. Kehamilan dengan kelainan congenital.
- g. Anomali janin, misalnya hidrocefalus.

4. Komplikasi

Komplikasi utama yang dapat terjadi pada operasi SC adalah kerusakan organ-organ seperti vesika urinaria dan uterus saat dilakukan operasi dan komplikasi yang berhubungan dengan anestesi, perdarahan, masalah infeksi karena masuknya mikroorganisme selama pasca operasi, vena thrombosis, berkurangnya vaskuler bagian atas uterus sehingga berisiko mengalami *rupture membrane*, terjadinya aspirasi, dan tromboemboli. Kematian ibu

lebih besar pada persalinan SC dibandingkan persalinan pervaginam (Hartati & Maryunani, 2015).

5. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan post SC menurut Hartati & Maryunani (2015) :

- a. Penatalaksanaan non-farmakologis
 - 1) Distraksi, pengalihan perhatian pasien dari nyeri.
 - 2) *Masasse*, tindakan yang nyaman sehingga dapat membantu relaksasi.
 - 3) Teknik relaksasi napas dalam.
 - 4) *Guided imagery* mendorong pasien untuk berkhayal.
 - 5) Mendengarkan musik.
- b. Penatalaksanaan farmakologis
 - a. Diit tinggi kalori protein.
 - b. Pemberian analgetic.
 - c. IVFD RL 20 tetes/menit.
 - d. Kaji tanda-tanda vital durasi interval teratur (15 menit) pastikan kondisi pasien stabil.
 - e. Lihat tinggi fundus uteri, kaji adanya perdarahan dari luka dan jumlah lochea.
 - f. Mobilisasi secara bertahap, perhatikan hidrasi yang mencukupi untuk resiko rendah dengan kehamilan tanpa komplikasi.
 - g. Perawatan luka : insisi diperiksa 3 hari pasca operasi.
 - h. Pemeriksaan laboratorium : hematokrit diukur pagi hari setelah pembedahan untuk memastikan perdarahan pasca operasi atau menandakan terjadinya hipovolemia. .

E. Konsep *Cephalopelvic Disproportion*

1. Definisi

Suatu keadaan dimana kepala fetus tidak sesuai dengan ukuran panggul ibu atau kondisi persalinan dimana ukuran panggul ibu terlalu kecil atau

kelainan bentuk sehingga kepala bayi tidak mampu melewatinya (Masriroh, 2016).

Disporposi kepala panggul yaitu keadaan yang timbul karena tidak adanya keseimbangan antara panggul dengan kepala janin yang disebabkan oleh keadaan panggul ibu yang sempit. Ini dapat terjadi ketika kepala besar seperti pada kasus *hydrocephalus*, atau ketika panggul kecil secara yang tidak normal atau dengan bentuk yang tidak biasa (Cunningham et al., 2014)

2. Faktor risiko

Faktor ibu :

a. Usia

Risiko CPD meningkat pada ibu hamil yang berusia <20 tahun. Pada usia remaja, ukuran dan bentuk panggul belum berkembang secara sempurna (Tsvieli et al., 2012).

b. Tinggi badan

Tinggi badan ibu yang <145cm menandakan ukuran panggul yang lebih sempit sehingga meningkatkan risiko terjadinya CPD. Tinggi badan ibu hamil dapat memberikan gambaran ukuran panggul. Walaupun ukuran janinnya lebih kecil, namun ibu hamil dengan tinggi badan ≤ 145 cm tetap memiliki risiko lebih tinggi dalam mengalami partus macet (Tohadam et al., 2012).

c. Usia kehamilan >41 minggu.

d. Kehamilan pertama.

e. Ukuran panggul ibu yang cenderung lebih kecil ketimbang ukuran panggul normal pada umumnya.

Faktor janin :

a. Ukuran bayi terlalu besar (4000 gram hingga 4500 gram)

b. Hidrosefalus

c. Kelainan letak janin

3. Manifestasi klinis

- a. Ditemukan pada ibu dengan keturunan panggul kecil
- b. Adanya penyakit di area panggul
- c. Pengukuran panggul yang kurang dari batas normal
- d. Janin belum masuk pintu atas panggul (PAP) pada usia kehamilan 36 minggu (primipara).
- e. Proses persalinan lama karena bayi tidak dapat melewati panggul.

4. Komplikasi

Pada CPD jarang sekali terjadi komplikasi bahkan jarang, namun ketika bayi terlalu besar untuk melewati panggul proses persalinan ibu akan sangat panjang dan terhambat sehingga dapat menyebabkan masalah persalinan dan cedera pada kelahiran. Beberapa komplikasi CPD adalah : (Murray, 2019)

- a. Trauma kandung kemih atau rektum akibat penekanan kepala janin dan tulang panggul sehingga menimbulkan gangguan sirkulasi dengan akibat terjadinya iskemia dan kemudian nekrosis pada tempat tersebut.
- b. *Rupture* uteri.
- c. Dehidrasi dan infeksi intrapartum dikarenakan disertai oleh pecahnya ketuban pada pembukaan kecil.
- d. *Fetal distress*.
- e. Distosia (persalinan sulit).

5. Pemeriksaan diagnostik

Diagnosis CPD sementara ini masih mengandalkan tanda klinis saat persalinan. Pemeriksaan pelvimetri secara klinis maupun radiologi dapat digunakan untuk membantu memprediksi CPD sebelum terjadi proses persalinan. Belum ada pemeriksaan penunjang yang menjadi standar baku untuk menegakkan diagnosis CPD. Pemeriksaan *X-ray*, *CT scan*, dan MRI pelvimetri belum terbukti secara akurat lebih berguna daripada pemeriksaan klinis (Franz et al., 2017).

6. Penatalaksanaan medis

Menurut Pahlavi et al. (2017), beberapa alternatif yang dapat dilakukan untuk indikasi CPD antara lain :

a. Sectio caesarea

Merupakan pilihan utama jika terdapat disproporsi berat.

b. Persalinan percobaan

Ialah percobaan untuk persalinan pervaginam pada wanita-wanita dengan panggul yang relatif sempit. Persalinan percobaan hanya dilakukan pada letak belakang kepala, jadi tidak dilakukan pada letak belakang sungsang, letak dahi, letak muka atau kelainan letak lainnya. Persalinan percobaan dikatakan berhasil jika anak lahir pervaginam secara spontan atau dibantu dengan ekstraksi (forceps atau vakum) dan anak serta ibu dalam keadaan baik.

Persalinan percobaan dihentikan jika tidak atau kurang sekali kemajuannya, keadaan ibu atau anak menjadi kurang baik, setelah pembukaan lengkap dalam 2 jam tidak mau masuk ke dalam rongga panggul walaupun his cukup baik, dan forceps yang gagal.

F. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian (Aspiani, 2017)

a. Identitas

Pada pasien dengan indikasi SC dapat terjadi pada setiap usia kehamilan yang dapat dilihat pada kehamilan muda.

b. Keluhan utama

Pada pasien dengan post operasi keluhan utama yang dirasa yaitu mengeluh nyeri pada luka bekas operasi, badannya terasa lemah, tidak berani banyak beregerak, dan merasa haus yang berlebihan.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Hal yang perlu dikaji pada riwayat kesehatan sekarang yaitu jam selesai operasi, tingkat kesadaran klien, keadaan umum, letak dan ukuran dari luka operasi.

d. Riwayat penyakit terdahulu

Kaji apakah klien pernah mengalami riwayat tindakan operasi sebelumnya.

e. Riwayat penyakit keluarga

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

f. Riwayat obsterti

Untuk mengetahui riwayat obsterti pada klien dengan letak lintang yang perlu dikaji adalah :

1) Keadaan haid

Perlu ditanyakan kapan datang *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, yang bertujuan untuk mengetahui gambaran tentang keadaan 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/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 dan persalinan yang lalu.

g. Pola kebiasaan sehari-hari menurut Virginia Henderson

1) Respirasi

Pada kasus post operasi SC penyulit yang sering ditemukan adalah obstruksi jalan napas, 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 baru diberikan makanan lunak, tapi bila klien dengan lumbal pungsi langsung diberikan makan, minum seperti biasanya, bahkan dianjurkan banyak minum.

3) Eliminasi

Meliputi berapa kali BAB, konsistensi, warna, baum dan klien dengan post SC untuk BAK melalui *dower cateter* yang sebelumnya telah terpasang.

4) Istirahat/tidur

Pada klien dengan post SC 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 temperature tubuh dan sirkulasi

Pada klien dengan post SC mengalami gangguan dalam hal temperatur tubuh, suhu tubuh $>37,5^{\circ}\text{C}$.

6) Kebutuhan *personal hygiene*

Klien dengan post SC pada hari pertama dan kedua sebelum kateter di buka 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 SC mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan berpakaian tersebut.

10) Kebutuhan keamanan

Kebutuhan keamanan perlu dipertanyakan apakah klien 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/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 setelah melahirkan.

13) Kebutuhan bermain dan rekreasi

Klien dengan post SC biasanya tidak dapat memenuhi kebutuhan bermain dan rekreasi karena sedang 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.

2. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

Keadaan umum biasanya lemah.

b. Kesadaran

Apatis.

c. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : normal atau menurun <120/90 mmHg.

Nadi : nadi meningkat >80x/menit

Suhu : suhu meningkat >37,5°C

Respirasi : respirasi meningkat

3. Pemeriksaan *head to toe*

a. Kepala

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

b. Wajah

Kaji adakah ada cloasma gravidarum, konjungtiva pucat atau merah adanya oedema.

c. Mata-telinga-hidung

Kaji pada daerah wajah bentuk wajah, keadaan mata, hidung, telinga , mulut dan gigi.

d. Leher

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

e. Dada dan punggung

Peril dikaji kesimetrisan dada, ada tidaknya retraksi *intercostae*, pernafasan tertinggal, suara *wheezing*, *ronchi*, bagaimana irama dan frekuensi pernapasan, pada jantung dikaji bunyi jantung (interval) adalah bunyi *galop*, mur-mur.

f. Payudara/mammae

Apakah putting 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. Ekstremitas atas dan bawah

1) Ekstremitas atas

Kesimetrisannya, ujung-ujung jari sianosis atau tidak, ada tidaknya oedem klien dengan post operasi biasanya terpasang infus.

2) Ekstremitas bawah

Kesimetrisannya, ada tidaknya oedema, bagaimana dengan pergerakannya biasanya klien dengan post operasi sering takut menggerakkan kakinya, refleks patella, adakah tanda-tanda thrombosis vena.

i. Genitalia

Adakah pengukuran 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.

4. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan menurut (SDKI, 2016), antara lain :

- a. Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan payudara bengkak, involusi uterus.
- b. Resiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pasca partum
- c. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi secret, efek anestesi.
- d. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive (luka SC).
- e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan payudara bengkak, tidak rawat gabung.
- f. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostik (anestesi).

- g. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka operasi.
- h. Ansietas berhubungan dengan takut mengalami kegagalan.
- i. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
- j. Kesiapan peningkatan menjadi orangtua.

5. Intervensi Keperawatan

Intervensi menurut SIKI (2018), yaitu :

- a. Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan payudara bengkak, kontraksi uterus, luka SC

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan masalah ketidaknyamanan tertasi dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan tidak nyaman menurun (1)
- 2) Meringis menurun (1)
- 3) Payudara bengkak menurun (5)
- 4) Tekanan darah dalam batas normal (sistolik : 80-120, diastolik : 60-80 mmHg) (5)
- 5) Frekuensi nadi dalam batas normal (60-100x/menit) (5)

Intervensi :

Observasi :

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang meperberat dan memperingan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri
- 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik :

- 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi musik, massage, kompres hangat/dingin)
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur

Edukasi :

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan startegi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan monitor nyeri secara mandiri
- 4) Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat
- 5) Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi :

- 1) Kolaborasi pemberian obat analgetik

b. Resiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pasca partum

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan perdarahan tidak terjadi dengan kriteria hasil :

- 1) Membrane mukosa lembab meningkat (5)
- 2) Kelembapan kulit meningkat (5)
- 3) Perdarahan vagina menurun (5)
- 4) Perdarahan pasca operasi menurun (5)
- 5) Tekanan darah (membaik 5)
- 6) Frekuensi nadi (membaik 5)
- 7) Suhu tubuh (membaik 5)

Intervensi :

Observasi :

- 1) Monitor tanda dan gejala perdarahan
- 2) Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah
- 3) Monitor tanda-tanda vital

Terapeutik :

- 1) Pertahankan bedrest selama perdarahan
- 2) Batasi tindakan invasif, jika perlu
- 3) Gunakan kasur pencegahan dekubitus
- 4) Hindari pengukuran suhu rektal

Edukasi :

- 1) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- 2) Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi
- 3) Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi
- 4) Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan
- 5) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K
- 6) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan
 - 2) Kolaborasi pemberian produk darah
 - 3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja
- c. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan dengan akumulasi secret, efek anestesi.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x24 jam diharapkan pasien menunjukkan bersihan jalan nafas efektif dengan status pernapasan adekuat dengan kriteria hasil dengan kriteria hasil :

- 1) Batuk efektif meningkat (5)
- 2) Produksi sputum menurun (5)
- 3) Mengi, *wheezing* menurun (5)
- 4) Sianosis menurun (5)
- 5) Frekuensi napas membaik (5)
- 6) Pola napas membaik (5)

Intervensi :

Observasi :

- 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
- 2) Monitor bunyi napas tambahan (mengi, *wheezing*, ronkhi kering)
- 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

Terapeutik :

- 1) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-thilt
- 2) Posisikan semi fowler atau fowler
- 3) Berikan minum hangat
- 4) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
- 5) Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik
- 6) Berikan oksigen

Edukasi :

- 1) Anjurkan asupan cairan 2000cc/hari, jika tidak ada kontraindikasi
- 2) Ajarkan teknik relaksasi napas dalam

Kolaborasi :

- 1) Kolaborasi pemberian bronkodilator
- d. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, luka (SC)
- Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam diharapkan pasien dapat meningkatkan pertahanan tubuh dengan kriteria hasil :
- 1) Pasien tidak menunjukkan adanya tanda-tanda infeksi ; demam, kemerahan, nyeri, bengkak menurun (5)
 - 2) Kadar sel darah putih leukosit membaik (5)
 - 3) Cairan pervaginam berbau busuk menurun (5)

Intervensi :**Observasi :**

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik :

- 1) Batasi jumlah pengunjung

- 2) Berikan perawatan luka pada hari ke-2
- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- 4) Pertahankan teknik aseptik

Edukasi :

- 1) Ajarkan cara mencuci tangan 6 langkah
- 2) Ajarkan etika batuk
- 3) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- 4) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- 5) Anjurkan meningkatkan asupan cairan
- 6) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Kolaborasi :

- 1) Kolaborasi pemberian imunisasi

e. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan post partum SC.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan mobilitas pasien meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Pergerakan aktivitas meningkat (5)
- 2) Kekuatan otot meningkat (5)
- 3) Nyeri menurun (5)
- 4) Kecemasan menurun (5)
- 5) Kaku sendi menurun (5)
- 6) Kelemahan fisik menurun (5)

Intervensi :

Observasi :

- a. Identifikasi nyeri atau keluhan fisik
- b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- c. Monitor tekanan darah dan nadi sebelum memulai pergerakan
- d. Monitor keadaan umum saat melakukan pergerakan

Terapeutik :

- 1) Fasilitasi pergerakan pada pasien
- 2) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik
- 3) Libatkan keluarga dalam meningkatkan ambulasi

Edukasi :

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
 - 2) Anjurkan melakukan ambulasi dini
 - 3) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (berjalan dari tempat tidur ke kursi, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
- f. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan payudara bengkak, tidak rawat gabung.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam diharapkan menyusui kembali efektif, dengan kriteria hasil :

- 1) Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat (5)
- 2) Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat (5)
- 3) Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam meningkat (5)
- 4) Tetesan/pancaran ASI meningkat (5)
- 5) Suplai ASI adekuat (5)
- 6) Bayi tidur setelah menyusui (5)

Intervensi :

Observasi :

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui

Terapeutik :

- 1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- 2) Jadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- 3) Berikan kesempatan ibu untuk bertanya
- 4) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui
- 5) Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan

Edukasi :

- 1) Berikan konseling menyusui
 - 2) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi
 - 3) Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar
 - 4) Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa
 - 5) Ajarkan perawatan payudara post partum (memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)
- g. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostik (anestesi)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x24 jam diharapkan masalah eliminasi urin pasien teratasi dengan kriteria hasil :

- 1) Sensasi berkemih meningkat (5)
- 2) Distensi kandung kemih menurun (5)
- 3) Volume residu urine menurun (5)
- 4) Urine menetes menurun (5)
- 5) Nocturia menurun (5)
- 6) Mengompol menurun (5)
- 7) Dysuria menurun (5)
- 8) Frekuensi BAK membaik (5)
- 9) Karakteristik urine membaik (5)

Intervensi :

Observasi :

- 1) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine
- 2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine
- 3) Monitor eliminasi urine

Terapeutik :

- 1) Catat waktu-waktu dan haluanan berkemih

- 2) Batasi asupan cairan
- 3) Ambil sample urin tengah atau kultur

Edukasi :

- 1) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih
- 2) Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine
- 3) Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih
- 4) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemih
- 5) Anjurkan minum yang cukup
- 6) Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur

Kolaborasi :

- 1) Kolaborasi pemberian obat suppositoria uretra
- h. Ansietas berhubungan dengan takut mengalami kegagalan
- Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan kecemasan pasien teratasi dengan kriteria hasil :
- 1) Verbalisasi kebingungan menurun (5)
 - 2) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (5)
 - 3) Perilaku gelisah menurun (5)
 - 4) Perilaku tegang menurun (5)
 - 5) Pola tidur membaik (5)
 - 6) Frekuensi pernapasan membaik (5)
 - 7) Frekuensi nadi membaik (5)

Intervensi :

Observasi :

- 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah
- 2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- 3) Monitor tanda-tanda ansietas

Terapeutik

- 1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan

- 2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan
- 3) Pahami situasi yang membuat ansietas
- 4) Dengarkan dengan penuh perhatian
- 5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- 6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- 7) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi :

- 1) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- 2) Informasikan secara factual mengenai diagnosis pengobatan dan prognosis
- 3) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
- 4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif
- 5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- 6) Latih kegiatan dan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- 7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- 8) Latih teknik relaksasi

Kolaborasi :

- 1) Kolaborasi pemberian obat antiansietas
- i. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan pengetahuan pasien meningkat dengan kriteria hasil :
- 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat (5)
 - 2) Verbalisasi minat dalam belajar meningkat (5)
 - 3) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat (5)
 - 4) Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat (5)
 - 5) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat (5)
 - 6) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (5)

- 7) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (5)

Intervensi :

Observasi :

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

Terapeutik :

- 1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- 2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- 3) Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi :

- 1) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- 2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- 3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

- j. Kesiapan peningkatan menjadi orang tua

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan kemampuan menjadi orang tua meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) *Bounding attachment* meningkat (5)
- 2) Perilaku positif menjadi orang tua meningkat (5)
- 3) Interaksi perawatan bayi meningkat (5)
- 4) Keinginan meningkatkan peran menjadi orang tua meningkat (5)

Intervensi :

Observasi :

- 1) Identifikasi keluarga risiko tinggi dalam program tindak lanjut.
- 2) Monitor status kesehatan anak dan status imunisasi anak.

Terapeutik :

- 1) Dukung ibu menerima dan melakukan perawatan pre natal secara teratur dan sedini mungkin.
- 2) Lakukan kunjungan rumah sesuai dengan tingkat risiko
- 3) Fasilitasi orang tua dalam memiliki harapan yang realistis sesuai tingkat kemampuan dan perkembangan anak.
- 4) Fasilitasi orang tua dalam menerima transisi peran.
- 5) Berikan bimbingan antisipasi yang diperlukan sesuai dengan tahapan usia perkembangan anak.
- 6) Fasilitasi orang tua dalam mengidentifikasi tempramen unik bayi.
- 7) Tingkatkan interaksi orang tua anak-anak dan berikan contoh.
- 8) Fasilitasi orang tua dalam mendapatkan dukungan dan berpartisipasi dalam *parent group programs*.
- 9) Fasilitasi orang tua dalam mengembangkan dan memelihara sistem dukungan sosial.
- 10) Fasilitasi mengatur penitipan anak, jika perlu.
- 11) Fasilitasi penggunaan kontrasepsi
- 12) Sediakan media untuk mengembangkan keterampilan sosial dan koping.

Edukasi :

- 1) Ajarkan orang tua dalam menanggapi isyarat bayi.

6. Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat. Tindakan kolaborasi merupakan tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan dokter atau petugas kesehatan lainnya.

Pelaksanaan keperawatan atau implementasi harus sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya dan pelaksanaan ini harus disesuaikan dengan masalah yang terjadi (Mitiyani, 2013)

7. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan proses penilaian pencapaian tujuan serta pengkajian ulang rencana keperawatan. Evaluasi menilai respon pasien subjektif maupun objektif, pengkajian kembali (*assessment*), rencana tindak lanjut (*planning*). Tujuan evaluasi ialah untuk mencegah atau mengobati respons pasien terhadap prosedur kesehatan yang telah diberikan. Evaluasi dimulai sejak tahap pengkajian data dan dapat menjadi indikator kemajuan pasien terhadap tujuan kriteria hasil. Adapun tujuan dicatatnya komponen evaluasi, ialah :

- a. Mengkomunikasikan status pasien dan hasil yang berhubungan dengan semua arti umum untuk semua perawat.
- b. Memberikan informasi yang bermanfaat untuk memutuskan mengawali, melanjutkan, memodifikasi atau menghentikan asuhan keperawatan.
- c. Memberikan bukti revisi untuk perencanaan keperawatan berdasarkan pada catatan penilaian ulang atau reformulasi diagnosis keperawatan (Basri et al., 2020)

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas

Ny. R usia 25 tahun, suku Sunda, Warga Negara Indonesia, agama Islam, pendidikan terakhir SMA, bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga (IRT), tinggal di Bekasi, dengan riwayat obstetric G2P1A1. Suami Tn. A berusia 30 tahun, suku Betawi, Warga Negara Indonesia, Pendidikan terakhir SLTA, bekerja sebagai pegawai swasta, tinggal di Bekasi.

Resume :

Pasien Ny.R berusia 25 tahun ke RSMK Bekasi Timur melalui poli dr.Data berjalan kaki diantar oleh suami pada tanggal 29 April 2021 pukul 10.50 WIB dengan riwayat obstetric G2P0A1 H: 41-42 minggu taksiran persalinan 19 April 2021, keluhan perut terasa kencang dan mulas tetapi masih jarang. Saat di poli dilakukan pemeriksaan USG dengan hasil taksiran berat janin 4000 gram, usia kehamilan lewat bulan (postterm) 41-42 minggu dan tinggi badan ibu 143 cm. Pada pemeriksaan dalam didapatkan kepala janin belum masuk PAP dan pintu atas panggul bawah ibu sempit. Kemudian ibu disarankan melakukan tindakan persalinan SC karena mengalami panggul sempit atau CPD. Dilakukan pengukuran tanda-tanda vital tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 89x/menit, suhu 36,4°C, pernapasan 20x/menit, palpasi fundus uteri 3 jari dibawah *Proeccus Xipoideus* (PX) puka preskep dan dilakukan pemeriksaan CTG pada janin karena usia kehamilan sudah post matur , dengan hasil denyut jantung janin (DJJ) 140x/menit teratur, kontraksi atau his 1 kali dalam 10 menit dengan durasi 15 detik. Pukul 21.30 dilakukan observasi djj 134x/menit. Tanggal 30 April 2021 pukul 03.00 pasien mulai puasa, pukul 05.00 dilakukan pemasangan infus RL 500 cc 20 tetes/menit ditangan kiri vena *metacarpal*, pukul 06.00 dilakukan pencukuran di daerah yang akan

dioperasi, pukul 08.15 dilakukan observasi djj 142x/menit teratur, kontraksi tidak ada. Pukul 08.40 pasien diantar ke ruang operasi dilakukan anatesi spinal oleh tim medis. Pukul 09.24 bayi lahir menangis kuat jenis kelamin perempuan, berat badan (BB) 3300 gram, panjang badan 49cm, *Appearance-Pulse-Grimace-Activity-Respiratory* (APGAR) score menit pertama 9, menit kelima 10, dilakukan *suction* kurang lebih 1 menit, anus ada, pukul 10.00 bayi dibawa ke ruang bayi. Pukul 10.00 operasi selesai, pukul 15.00 pasien dibawa ke ruang Euphorbia, pasien diobservasi TTV tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 88x/menit, pernapasan 17x/menit, suhu 36,6°C, tinggi fundus uteri sepusat, kontraksi uterus kuat, konsistensi uterus keras, keluar lender pervagina lokhea rubra, berwarna merah segar, berbau khas (amis), post SC hari pertama, jumlah darah 100cc/4jam, pasien mengatakan skala nyeri 7, pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi, nyeri seperti disayat, durasi nyeri 2-3 menit, nyeri hilang timbul. Berdasarkan data diatas masalah keperawatan yang muncul adalah ketidaknyamanan pasca partum (nyeri) Tindakan keperawatan yang telah dilakukan yaitu mengajarkan dan menganjurkan tehnik relaksasi napas dalam, observasi TTV tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 88x/menit, pernapasan 17x/menit. tindakan kolaborasi yang telah dilakukan yaitu pemberian Klatrofen supp, infus RL 500cc dan induxin, dari data diatas evaluasi secara umum, pasien masih mengeluh nyeri dibagian luka operasi, pasien tampak meringis.

2. Riwayat Keperawatan

a. Keluhan utama

Saat pengkajian pukul 15.10 WIB pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, skala nyeri 7, nyeri hilang timbul, pasien mengatakan sedikit pusing, pasien mengatakan kontraksi rahimnya kuat.

b. Riwayat persalinan sekarang

Pasien menjalani persalinan pada tanggal 30 April 2021 pukul 09.45 dengan tipe persalinan bantuan SC atas indikasi CPD dengan jumlah

perdarahan 300cc, jenis kelamin bayi perempuan, berat badan bayi 3300 gram, panjang badan 47 cm, APGAR score menit pertama 9 menit kelima 10.

c. Riwayat menstruasi

Pasien mengalami *menarche* saat usia 15 tahun, siklus menstruasi pasien teratur, lamanya 5-6 hari. Tidak ada keluhan yang menyertai haid dan tidak memiliki gangguan menstruasi.

d. Riwayat obsterti

Riwayat obsterti G2P1A1, ini merupakan anak yang pertama lahir, usia kehamilan 41-42 minggu, saat kehamilan tidak ada penyulit, persalinan dilakukan secara SC atas indikasi CPD ditolong oleh dokter dan tidak ada komplikasi persalinan, keadaan umum bayi sekarang sehat usia sekarang 4 jam. Pada tahun 2020 pasien mengalami keguguran di usia kehamilan 8 minggu karena sebelumnya pasien bekerja sebagai buruh pabrik dan mengatakan keguguran nya ini mungkin disebabkan oleh kelelahan bekerja.

e. Riwayat Keluarga Berencana (KB)

Pasien mengatakan tidak melaksanakan KB dari awal pernikahan nya dan setelah kelahiran anak pertamanya pasien mengatakan akan melaksanakan KB mandiri yaitu dengan metode kalender.

f. Riwayat Imunisasi Tetanus Toxoid (TT)

Pasien mengatakan pernah melakukan imunisasi Tetanus Toxoid 1x sudah sekitar 2 tahun yang lalu.

g. Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit keluarga atau keturunan seperti diabetes melitus, hipertensi, jantung, dan lain-lain.

h. Riwayat kebiasaan sehari-hari sebelum dirawat

1) Pola Nutrisi/Cairan

Ny.R mengatakan makan 3x/hari, jenis makanan padat (nasi dan lauk pauk), nafsu makan pasien baik, tidak ada alergi/toleransi

makanan. Rata-rata berat badan (BB) sebelum hamil 57 kg, BB sekarang (setelah melahirkan 68 kg).

2) Pola Eliminasi

a) Buang Air Besar (BAB)

Ny.R mengatakan BAB 1x/hari karakteristik feses lunak, warna kecoklatan, defekasi terakhir tanggal 29 April 2021. Hemoroid dan keluhan saat BAB tidak ada.

b) Buang Air Kecil (BAK)

Ny.R mengatakan BAK 5-6x/hari, karakteristik warna urin kuning jernih dan tidak ada keluhan saat BAK.

3) Personal hygiene

Ny.R mengatakan mandi sehari 2x, menggosok gigi 3x sehari, mencuci rambut 4x/minggu, rambut pasien tampak bersih.

4) Pola Aktivitas/Istirahat dan Tidur

Ny.R mengatakan bekerja sebagai ibu rumah tangga, pasien mengatakan tidak ada batasan aktivitas selama kehamilan seperti melakukan pekerjaan rumah tangga, waktu luang biasanya digunakan untuk menonton drama korea dan mengerjakan pekerjaan rumah yang belum selesai. Terdapat keluhan dalam beraktivitas karena saat perut membesar pasien mengatakan tidak lagi bebas dalam beraktivitas, pasien mampu melakukan aktivitas sehari-harinya secara mandiri. Lama tidur siang pasien 1-2 jam, tidak ada keluhan atau masalah tidur. Pasien mengatakan tidak mempunyai kebiasaan khusus sebelum atau sesudah tidur.

5) Pola Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Pasien mengatakan tidak merokok, tidak minum-minuman keras dan pasien mengatakan tidak memiliki ketergantungan obat-obatan.

6) Pola Seksualitas

Pasien mengatakan tidak mempunyai masalah seksualitas selama masa kehamilan.

7) Riwayat Psikososial

Pasien mengatakan kehamilan nya direncanakan, perasaan pasien dan keluarga tentang persalinan nya adalah merasa senang dan bahagia bayinya bisa lahir dengan selamat karena kehamilan yang sebelumnya pernah mengalami keguguran. Pasien mengatakan meskipun ini pengalaman pertamanya pasien sudah siap menjalankan peran nya sebagai seorang ibu, pasien tinggal dengan suami. Pasien mengatakan berperan sebagai seorang istri dan ibu, pasien mengatakan sanggup merawat bayinya karena sebelumnya pasien sudah membaca-baca mengenai cara perawatan bayi, dan nantinya akan ada ibu pasien yang membantu mengajari dan membantu merawat anaknya nanti. Harapan pasien saat ini adalah pasien ingin cepat pulih dan luka operasinya cepat kering. Pasien mengatakan tidak memiliki faktor kebudayaan yang mempengaruhi kesehatan nya dan keluarga. Pasien mengatakan ASI nya baru keluar di payudara sebelah kanan saja, kiri tidak menetes. pasien melaporkan merasa nyeri dan tidak nyaman karena adanya luka SC dibagian bawah abdomen. Nyeri seperti disayat, nyeri hilang timbul dan terasa lebih sakit bila bergerak, skala nyeri 7, post partum SC transversal H-1, terpasang verban bactigras ukuran, *approache* tidak ada, terpasang DC. Hasil pemeriksaan DL : leukosit 12,960 /ul* (29 April 2021)

8) Status Ekonomi

Pasien mengatakan penghasilan dalam sebulan lebih dari Rp.4.000.000,- dan pengeluaran tiap bulan nya kurang lebih Rp. 2.000.000,- untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari.

3. Pemeriksaan Fisik

a. Sistem kardiovaskuler/Sirkulasi

Nadi 98x/menit, irama nadi teratur, denyut kuat, tekanan darah 120/80 mmHg, suhu 36,3°C, pengisian kapiler <3 detik, pasien tidak tampak

edema, konjungtiva anemis, sklera anikterik. Riwayat peningkatan tekanan darah tidak ada, riwayat penyakit jantung tidak ada, keluhan saat ini tidak ada.

b. Sistem Pernapasan

Jalan napas pasien bersih, frekuensi napas 17x/menit, irama napas teratur dengan kedalaman dangkal, tidak ada batuk, suara napas vesikuler, pola napas teratur, sesak napas tidak ada, tidak tampak penggunaan otot bantu napas.

c. Sistem Pencernaan

Keadaan mulut pasien gigi tampak caries, stomatitis tidak ada, lidah tampak bersih, pasien mengatakan tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada keluhan pada bau mulut, pasien mengatakan tidak muntah, pasien tidak mengalami gangguan menelan, mual muntah tidak ada, nafsu makan baik, pasien mengatakan nyeri pada abdomen dan rasa penuh diperut tidak ada. Bentuk tubuh gemuk (obesitas), membrane mukosa tampak lembab, lingkaran lengan atas 37cm. Pasien mengatakan makan 3-4x/hari, pasien mengatakan makanan nya selalu dihabiskan, keluhan mual dan muntah tidak ada, konjungtiva tampak pucat, pasien tampak menghabiskan satu porsi makanan, hemoglobin 14.3 g/dl, tinggi badan : 143 cm BB sebelum hamil : 55kg, BB sekarang : 68 kg, IMT 33,3 (obesitas), lingkaran lengan atas 37cm.

d. Neurosensori

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

e. Sistem Endokrin

Hasil pemeriksaan laboratorium gula darah pasien 92 mg/dl (tanggal 29 April 2021)

f. Sistem Urogential

Pola BAK pasien, saat ini pasien masih terpasang *dower cateter* (DC), urin pasien 200cc, pasien mengatakan sudah minum sebanyak 600cc urin berwarna kuning jernih dan tidak ada keluhan karena masih terpasang DC.

g. Sistem Integumen

Terdapat luka insisi SC pada abdomen region bawah, diameter 15cm, luka insisi tertutup verban bactigres, tidak ada tanda-tanda infeksi atau inflamasi. Turgor kulit baik elastis, warna kulit normal (kemerahan), kebersihan kulit baik, kebersihan kulit kepala dan rambut bersih.

h. Sistem Muskuloskeletal

Ekstremitas pada tungkai simetris, tidak ada tanda *hooman sign*, tidak ada edema dan varises, pasien mengatakan takut bergerak karena sakit, pasien dianjurkan bed rest selama 8-12 jam post partum SC, tingkat ketergantungan pasien parsial.

i. Dada dan Axila

Keadaan mammae besar, aerola mammae tampak menghitam/hiperpigmentasi, papilla mammae exverted, produksi ASI sudah ada tapi hanya sebelah kanan dan hanya menetes sedikit, kiri tidak menetes. Tidak ada sumbatan pada ASI, ada sedikit pembengkakan pada payudara dan nyeri pada saat ditekan, produksi ASI hanya dipayudara sebelah kanan,

j. Abdomen

Tinggi fundus uteri 1 jari dibawah pusat, kontraksi *after pain* kuat, konsistensi uterus keras, luka post operasi SC (H-1), tidak ada tanda-tanda infeksi.

k. Sistem Reproduksi

Lochea rubra, karakteristik warna merah, 100cc (4jam), bau amis (khas), perineum utuh, tidak terdapat tanda-tanda infeksi. Pasien mengatakan sedikit pusing, pasien mengatakan lemas, pasien mengatakan sudah ganti pembalut 2x. Pasien tampak menghabiskan

minum 600cc/hari, membrane mukosa mulut pasien tampak kering, Tinggi Fundus Uterus (TFU) satu jari dibawah pusat, kontraksi/afterpain kuat, konsistensi uterus keras, lochea rubra dengan karakteristik berwarna merah segar, berbau khas (amis), *balance* cairan: *intake* (infus 500cc+ minum 600cc) – *output* (urin 200cc+jumlah perdarahan pervaginam 100cc+ iwl 680 cc) = +120cc. TTV : TD 120/85 mmHg, nadi 86x/menit, CRT <3detik, hemoglobin 14.3 g/dl, hematokrit 37 vol% (29 April 2021), riwayat perdarahan pada saat operasi 300cc.

4. Pemeriksaan Penunjang

Tanggal 29 April 2021

Hematologi : Hemoglobin 14.3 g/dl (normal 12.5-16.0), LED 10 mm/jam (normal 0-15), leukosit **12,960 /ul*** (normal 4000-10,500), hematokrit 41 (normal 37-47), trombosit 331,000 /ul (normal 150,000-450,000), eritrosit 4.94 juta/ul (normal 4.20-5.40). **Hitung Jenis** : Basofil 0 % (normal 0-1), eosinofil **1%*** (normal 2-4), batang **0%*** (normal 3-5), segmen **71%*** (normal 50-70), limfosit 21% (normal 20-50), monosit 7% (normal 2-8). Nilai eritrosit rata-rata : MCV 83 fl (normal 78-100), MHC 29 pg (normal 27-31), MCHC 35% (normal 32-36). **Koagulasi masa protombin** 10.1 detik (normal 9.4-11.3). GDS 92 mg/dl (60-140). **Urinalisa** : warna kuning jernih, BJ 1.010 (normal 1.005-1.030) pH 6.0 (normal 4.5-8.5).

Tanggal 29 April 2021

Hasil pemeriksaan CTG reaktif, denyut jantung janin 140x/menit teratur, kontraksi atau *his* 1-2x dalam 10 menit berdurasi 15 detik.

Tanggal 29 April 2021

Hasil pemeriksaan USG taksiran berat janin 4000 gram, ketuban cukup, jenis kelamin perempuan, denyut jantung janin 145x/menit, usia kehamilan 41-42 minggu.

Tanggal 01 Mei 2021

Hematologi : hemoglobin 12.8 g/dl (normal 12.5-16.0), leukosit **15,230 /ul*** (**normal 4,000-10,500**), hematokrit 37 vol% (normal 37-47), trombosit 273,000 /ul (150,000-450,000), eritrosit 4.41 juta/ul (normal 4.20-5.40)

5. Penatalaksanaan

Lactamam 3x1 tab per oral (meningkatkan dan melancarkan produksi ASI), metvelli 3x0,125 mg per oral (mencegah perdarahan setelah melahirkan), kalfrofen supp 4x1 (mengurangi nyeri), bactecyn 3x1 (1tab 375mg) antibiotik.

6. Data Fokus

Keadaan umum tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis, tanda-tanda vital Tekanan Darah (TD) 120/80 mmHg, nadi 88x/menit, suhu 36,3°C, pernapasan 17x/menit.

a. Kebutuhan fisiologis : oksigenasi

Subjektif : pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak napas

Objektif : pasien tampak tidak sesak, pasien tampak tidak batuk, tidak terdapat sumbatan jalan napas, tidak tampak menggunakan otot bantu napas, pernapasan 17x/menit, irama teratur, suara napas terdengar vesikuler (normal).

b. Kebutuhan fisiologis : cairan

Subjektif : pasien mengatakan sedikit pusing, pasien mengatakan lemas, pasien mengatakan sudah ganti pembalut 1x setelah selesai operasi.

Objektif : pasien tampak menghabiskan minum 600cc, membrane mukosa mulut lembab, Tinggi Fundus Uterus (TFU) satu jari dibawah pusat, kontraksi/afterpain kuat, konsistensi uterus keras, lochea rubra dengan karakteristik berwarna merah segar, jumlah 1 pembalut penuh

(100cc), berbau khas (amis), *balance* cairan : *intake* (infus 500cc+ minum 600cc) – *output* (urin 200cc+jumlah perdarahan pervaginam 100cc+ iwl 680 cc) = +120cc. TTV : TD 120/80 mmHg, nadi 88x/menit, CRT <3detik, hemoglobin 14.3 g/dl, hematokrit 37 vol% (29 April 2021), riwayat perdarahan pada saat operasi 300cc.

c. Kebutuhan fisiologis : nutrisi

Subjektif : pasien mengatakan dapat menghabiskan menu makanan yang disediakan RS (3 kali sehari), tidak ada pantangan dan pilihan makanan.

Objektif : porsi makan yang disediakan RS habis (3 kali sehari) ditambah dengan jenis makanan lain yang dibawa dari rumah. Tidak ada masalah intake nutrisi .

d. Kebutuhan fisiologis : aktivitas /istirahat dan tidur

Subjektif : pasien mengatakan tidur siang 1-2 jam, pasien mengatakan tidur masih sering terjaga karena rasa nyeri dan peduli pada bayinya, pasien mengatakan masih takut untuk bergerak karena nyeri.

Objektif : pasien dianjurkan untuk membatasi mobilisasi 8-12 jam pasca partum SC. Kebutuhan aktivitas dan personal hygiene masih dibantu (parsial care).

e. Kebutuhan rasa aman dan nyaman

Subjektif : pasien melaporkan merasa nyeri dan tidak nyaman karena adanya luka SC dibagian bawah abdomen. Nyeri seperti disayat, nyeri hilang timbul dan terasa lebih sakit bila bergerak, skala nyeri 7,

Objektif : Post partum SC transversal H-1, terpasang verban bactigras ukuran $\pm$ 15cm,approache tidak ada, terpasang DC. Hasil pemeriksaan DL : leukosit 12,960 /ul*, LED 10 mm/jam (29 April 2021).

f. Kebutuhan mencintai dan dicintai

Subjektif : pasien mengatakan senang dengan kelahiran anak pertamanya, pasien mengatakan apapun jenis kelamin anaknya yang penting lahir dengan sehat.

Objektif : pasien dan suami menerima kehadiran anaknya di keluarga

g. Kebutuhan aktualisasi diri

Subjektif : pasien mengatakan payudara terasa nyeri, pasien mengatakan ASI nya baru keluar di payudara sebelah kanan saja, payudara kiri tidak menetes, pasien mengatakan belum pernah dilakukan perawatan payudara,

Objektif : payudara tampak bengkak, bayi tampak tidak rawat gabung, areola tampak menghitam, papilla mammae tampak exverted, produksi ASI hanya dipayudara sebelah kanan, kiri tidak menetes

Analisa Data

Table 1. Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	Data Subjektif : a. Pasien mengatakan nyeri pada luka SC b. Pasien mengatakan payudara nya terasa panas dan sakit c. Pasien mengatakan sakit pada saat kontraksi Data Objektif : a. Luka insisi SC : diameter $\pm$ 15 cm b. Payudara bengkak, ASI hanya menetes sebelah kanan, bayi belum menyusui. c. Kontraksi uterus kuat dan keras. d. Pasien tampak meringis, enggan bergerak dan memegang perut setiap kali akan bergerak. e. Skala nyeri 7 f. Kuantitas : hilang timbul (jika ada pemicu) g. Time : menetap	Ketidaknyamanan pasca partum	Luka pembedahan SC, pembengkakan payudara, kontraksi uterus

No	Data	Masalah	Etiologi
	h. TD 120/80 mmHg i. Nadi 80x/menit j. Pernapasan 17x/menit		
2.	Data Subjektif : a. Pasien mengatakan sudah ganti pembalut 2x setelah selesai operasi. Data Objektif : a. Post partum SC (H-1) jumlah perdarahan SC 300cc. b. Uterus : 1 jari dibawah pusat, kontraksi baik, uterus membulat dan keras. c. Lokhea : rubra, tidak ada stolsel, tidak berbau, 1 pembalut penuh 4 jam. d. Episiotomi : tidak ada luka perineum e. Balance cairan : +120cc f. TTV : TD 120/80 mmHg, nadi 88x/menit, CRT <3detik, hemoglobin 14.3	Resiko Perdarahan	Komplikasi post partum

No	Data	Masalah	Etiologi
	g/dl, hematokrit 37 vol% (29 April 2021).		
3.	Data Subjektif : a. Pasien mengatakan tidak nyaman karena luka operasi dibagian bawah abdomen. Data Objektif : a. Luka insisi SC : jenis transversal, diameter 15 cm, luka ditutup verban bactigras, <i>aprrachment</i> tidak ada. b. Rubor (-), color (-), dolor (-), tumor (-). c. Episiotomi : tidak ada luka perineum. d. Pasien memegangi abdomen region bawah. e. Suhu 36,3°C. f. Leukosit 12,960 /ul*, LED 10 mm/jam (29 april 2021).	Resiko Infeksi	Efek prosedur invasive (luka SC)
4.	Data Subjektif : a. Pasien mengatakan ASI nya hanya keluar di payudara sebelah kanan, kiri tidak menetes. Data Objektif :	Menyusui tidak efektif	Payudara bengkak, tidak rawat gabung

No	Data	Masalah	Etiologi
	a. Payudara bengkak b. Nyeri pada payudara c. ASI tidak keluar atau tidak menetes dipayudara sebelah kiri d. Bayi tidak menyusui e. Bayi tidak rawat gabung dengan ibu f. BAK bayi hanya ganti popok 4 kali/hari g. Nutrisi bayi di support susu formula		
5.	Data Subjektif : a. Pasien mengatakan takut bergerak karena sakit Data Objektif : a. Pasien <i>bed rest</i> 8-12 jam post partum SC b. Tingkat ketergantungan pasien : <i>partial care</i> c. Mobilisasi : ROM dini d. Personel hygiene : pasien belum mandi e. Intake nutrisi : dibantu sebagian oleh keluarga	Gangguan mobilitas fisik	Post partum SC

No	Data	Masalah	Etiologi
	f. Eliminasi : pasien terpasang DC, fekal belum ada pasca partum g. Terpasang infus RL 500cc		

B. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan luka SC, pembengkakan payudara, kontraksi uterus
Ditemukan : 30 April 2021
Teratasi : 2 Mei 2021
2. Resiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi post partum
Ditemukan : 30 April 2021
Teratasi : 1 Mei 2021
3. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (luka pembedahan SC)
Ditemukan : 30 April 2021
Teratasi : 2 Mei 2021
4. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan payudara bengkak, tidak rawat gabung
Ditemukan : 30 April 2021
Teratasi : 2 Mei 2021
5. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan post partum SC
Ditemukan : 30 April 2021
Teratasi : 2 Mei 2021

C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi

1. Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan luka SC, pembengkakan payudara, kontraksi uterus

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang sampai dengan hilang

Kriteria Hasil :

- a. Respon nonverbal (meringis) menurun dengan tingkat skala 5
- b. Payudara bengkak menurun dengan tingkat skala 5
- c. Nadi dalam batas normal (60-100x/menit) membaik dengan tingkat skala 5
- d. Tekanan darah dalam batas normal (sistolik : 80-120, diastolik 60-80 mmHg) membaik dengan tingkat skala 5
- e. Skala nyeri 0-3

Rencana Keperawatan :

Observasi :

- a. Identifikasi karakteristik nyeri /shift
- b. Identifikasi skala nyeri/shift
- c. Identifikasi respon nyeri nonverbal/shift
- d. Observasi TTV (nadi, TD)/shift

Terapeutik :

- a. Ajarkan dan anjurkan teknik nonfarmakologis (relaksasi napas dalam, terapi musik)/shift dan saat pasien merasa nyeri

Edukasi :

- a. Jelaskan cara startegi meredakan nyeri
- b. Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri

Kolaborasi :

- a. Berikan obat Kaltrofen 4x1 melalui supp

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 30 April 2021

Pukul 14.30 WIB mengkaji karakteristik nyeri dengan hasil : pasien mengatakan nyeri akibat luka SC, nyeri seperti disayat dan perih, pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen bawah, pasien mengatakan skala nyeri

nya 7, pasien mengatakan nyeri hilang timbul dan berdurasi selama 5 menit. pasien mengatakan juga merasa nyeri pada payudara. **Pukul 15.15 WIB** mengobservasi TTV dengan hasil : TD 121/80 mmHg, nadi 87x/menit. **Pukul 15.20 WIB** mengajarkan dan menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi napas dalam dengan hasil : pasien mampu mengikuti instruksi perawat dan mau melakukan nya, pasien tampak rileks. **Pukul 16.00 WIB** perawat ruangan mengidentifikasi nyeri nonverbal dengan hasil : pasien tampak memegang area perut, pasien tampak sedikit meringis. **Pukul 20.00 WIB** perawat ruangan memberikan obat Kaltrofen via supp dengan hasil : obat berhasil dimasukkan. **Pukul 21.20 WIB** mengidentifikasi karakteristik nyeri dengan hasil : pasien mengatakan nyeri daerah luka operasi dan payudara, pasien mengatakan nyerinya hilang timbul, pasien mengatakan nyeri seperti disayat, pasien mengatakan skala nyerinya 7 dan berdurasi 2-3 menit, pasien mengatakan nyeri saat melakukan pergerakan (perawat ruangan). **Pukul 21.25 WIB** perawat ruangan mengobservasi TTV dengan hasil TD 120/85 mmHg, nadi 80x/menit. **Pukul 00.00 WIB** perawat ruangan memberikan obat kaltrofen via supp dengan hasil : obat berhasil dimasukkan, pasien tampak meringis. **Pukul 00.15 WIB** perawat ruangan mengidentifikasi respon nyeri non verbal dengan hasil pasien tampak tidur. **Pukul 05.00 WIB** memberikan obat kaltrofen via supp dengan hasil : obat berhasil dimasukkan (perawat ruangan).

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 30 April 2021

Subjektif : pasien mengatakan masih merasa nyeri di daerah luka operasi dan merasa nyeri di payudara, pasien mengatakan nyeri seperti disayat, pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak, pasien mengatakan juga merasa nyeri pada payudara pasien mengatakan nyeri kurang lebih 2-3 menit dan hilang timbul.

Objektif : skala nyeri 5, TD : 120/80 mmHg, nadi 81x/menit, pasien tampak meringis saat bergerak, payudara tampak bengkak.

Analisa : masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai

Planning : lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 01 Mei 2021

Pukul 08.10 WIB mengkaji karakteristik nyeri dengan hasil : pasien mengatakan nyeri akibat luka SC, nyeri seperti disayat dan perih, pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen bawah, pasien mengatakan, skala nyeri nya 5, pasien mengatakan nyeri hilang timbul dan berdurasi selama 1-2 menit, pasien mengatakan nyeri di area payudara sudah mulai berkurang. Bengkak di payudara tampak berkurang. **Pukul 08.20 WIB** menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri dengan hasil pasien mengerti yang dijelaskan oleh perawat. **Pukul 08.25 WIB** menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan hasil pasien mengerti dan akan melakukan yang telah dijelaskan oleh perawat. **Pukul 09.05 WIB** mengajarkan dan menganjurkan pasien terapi relaksasi musik dengan hasil : pasien dapat memilih musik yang disukai dan didengarkan selama 15 menit, pasien mengatakan akan mengikuti anjuran perawat. **Pukul 09.10 WIB** memberikan posisi nyaman dengan hasil : perawat memberikan posisi semi fowler, pasien tampak nyaman. **Pukul 10.00 WIB** mengidentifikasi respon nyeri nonverbal dengan hasil : pasien tampak memegang perutnya dan tampak meringis saat melakukan pergerakan. **Pukul 13.00 WIB** memberikan obat kaltrofen via supp dengan hasil : obat berhasil dimasukkan, pasien tampak meringis. **Pukul 14.00 WIB** mengobservasi TTV dengan hasil : TD 122/90 mmHg, nadi 82x/menit. **Pukul 14.15 WIB** mengidentifikasi karakteristik nyeri dengan hasil : pasien mengatakan nyeri dibagian bawah abdomen, pasien mengatakan nyeri akibat luka SC, pasien mengatakan skala nyerinya 4, pasien mengatakan nyeri seperti disayat, pasien mengatakan nyeri hilang

timbul dengan durasi 1 menit (perawat ruangan). **Pukul 15.10 WIB** mengobservasi TTV dengan hasil TD 120/85 mmHg, nadi 83x/menit (perawat ruangan). **Pukul 19.00 WIB** memberikan obat Klatrofen via supp dengan hasil : obat berhasil dimasukkan, pasien tampak meringis (perawat ruangan). **Pukul 20.00 WIB** mengobservasi TTV dengan hasil TD 122/81 mmHg, nadi 80x/menit. **Pukul 20.30 WIB** mengidentifikasi karakteristik nyeri dengan hasil : pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen, pasien mengatakan nyeri akibat luka SC, pasien mengatakan skala nyeri nya 3, pasien mengatakan luka operasi nya terasa perih, pasien mengatakan nyeri nya hilang timbul dan durasi nyeri nya kurang dari 1 menit. **Pukul 01.00 WIB** memberikan obat Kaltrofen via supp dengan hasil : obat berhasil dimasukkan, pasien tampak meringis. **Pukul 07.00 WIB** memberikan obat Kaltrofen via supp dengan hasil : obat berhasil dimasukkan, pasien tampak meringis.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 1 Mei 2021

Subjektif : pasien mengatakan nyeri luka SC, nyeri seperti disayat dan perih, pasien mengatakan nyeri dibagian bawah abdomen, skala nyeri 3, nyeri berdurasi kurang dari 1 menit. pasien mengatakan nyeri di area payudara sudah mulai berkurang.

Objektif : pasien tampak meringis, pasien tampak memegang perutnya saat melakukan pergerakan, pasien tampak mengikuti anjuran perawat untuk melakukan relaksasi dengan musik. Bengkak di payudara tampak berkurang

Analisa : masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Planning : lanjutkan intervensi :

- a. Kaji karakteristik nyeri/shift
- b. Observasi TTV pershift (TD dan nadi)
- c. Anjurkan tehnik relaksasi nafas dalam dan musick
- d. Berikan terapi obat Kaltrofen 4x1 via supp

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 02 Mei 2021

Pukul 08.00 WIB mengkaji karakteristik nyeri dengan hasil : pasien mengatakan nyeri akibat luka SC, nyeri seperti luka sayatam, nyeri dibagian abdomen bawah, skala nyeri 3, nyeri berdurasi kurang dari 1 menit. **Pukul 09.00 WIB** memberikan posisi nyaman dengan hasil : perawat memberikan posisi semi fowler, pasien tampak nyaman. **Pukul 11.00 WIB** menganjurkan tehnik relaksasi napas dalam dengan hasil : pasien mengikuti anjuran perawat. **Pukul 13.00 WIB** memberikan obat Kaltrofen via supp dengan hasil : obat berhasil dimasukan, pasien tampak meringis. **Pukul 14.00 WIB** mengobservasi TTV dengan hasil : TD 120/82 mmHg, nadi 82x/menit. **Pukul 15.00** mengkaji karakteristik nyeri dengan hasil : pasien mengatakan nyeri luka SC, nyeri seperti sayatan, nyeri dibagian bawah abdomen, skala nyeri 2, nyeri berdurasi kurang dari 1 menit (perawat ruangan).

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 02 Mei 2021

Subjektif : pasien mengatakan nyeri pada luka SC, nyeri dibagian abdomen bawah, skala nyeri 2, nyeri terasa sedikit perih, durasi nyeri kurang dari 1 menit.

Objektif : pasien tampak nyaman saat diberikan posisi semi fowler, pasien tampak mengikuti anjuran perawat untuk melakukan tehnik relaksasi napas dalam dan relaksasi dengan musik, pasien tampak rileks.

Analisa : masalah teratasi, tujuan tercapai

Planning : intervensi dihentikan, pasien pulang.

2. Resiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi post partum

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan perdarahan tidak terjadi

Kriteria hasil :

- a. Kontraksi uterus kuat
- b. Konsistensi uterus keras
- c. Perdarahan vagina menurun dengan tingkat skala 5
- d. TTV dalam batas normal (TD sistolik : 80-120, diastolik 60-80 mmHg) dengan tingkat skala 5
- e. Hemoglobin dalam batas normal (12,5-16,0 g/dl) membaik dengan tingkat skala 5
- f. Hematokrit dalam batas normal (37-47%) dengan tingkat skala 5

Rencana Tindakan :

Observasi :

- a. Monitor tanda dan gejala perdarahan/shift (konsistensi, kontraksi, tinggi fundus uterus, dan jumlah lochea)
- b. Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah
- c. Monitor TTV (TD dan nadi)/shift

Terapeutik :

- a. Pertahankan bedrest selama 8-12 jam post SC

Edukasi :

- a. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- b. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi
- c. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K
- d. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan

Kolaborasi :

- a. Berikan obat Metvella 3x1 tab/oral

Pelaksanaan Keperawatan:

Tanggal 30 April 2021

Pukul 15.00 WIB memonitor tanda dan gejala perdarahan dengan hasil tidak terdapat perdarahan hebat, lochea berwarna merah segar berbau khas (amis), jumlah $\frac{1}{2}$ pembalut 50 cc, tinggi fundus uterus satu jari dibawah

pusat, uterus teraba keras, kontraksi uterus kuat, akral teraba hangat. **Pukul 15.15 WIB** perawat ruangan memonitor tekanan darah dengan hasil : 121/80 mmHg, nadi 87x/menit. **Pukul 16.00 WIB** perawat ruangan memonitor kadar hemoglobin dan hematokrit sebelum dan setelah kehilangan darah dengan hasil : belum ada hasil untuk hari ini. **Pukul 20.00 WIB perawat ruangan** memberikan obat metvell 1 tab dengan hasil obat berhasil diminun dan tidak dimuntahkan. **Pukul 20.30 WIB** perawat ruangan memonitor tanda dan gejala perdarahan dengan hasil : tidak terdapat perdarahan hebat, pasien mengatakan keluar darah melalui vagina berwarna merah segar berbau khas (amis), jumlah $\frac{1}{2}$ pembalut 100 cc, tinggi fundus uterus 1 jari dibawah pusat, uterus teraba keras, kontraksi uterus kuat, akral teraba hangat. **Pukul 07.00 WIB** memberikan obat Metvell 1 tab dengan hasil : obat berhasil diminum dan tidak dimuntahkan. **Pukul 08.00 WIB** menjelaskan tanda dan gejala perdarahan dengan hasil : pasien mengatakan mengerti dan juga akan melapor pada perawat jika terjadi tanda dan gejala perdarahan. **Pukul 08.05 WIB** menganjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K dengan hasil : pasien mengatakan akan mengikuti anjuran dari perawat.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 01 Mei 2021

Subjektif : pasien mengatakan pasien mengatakan keluar darah melalui vagina berwarna merah segar berbau amis, pasien mengatakan belum ganti pembalut

Objektif : kontraksi uterus kuat, konsistensi uterus keras, TFU 1 jari dibawah pusat, tampak lochea berwarna merah segar, berbau khas (amis), jumlah 3x pembalut (tidak penuh) $\pm$ 150 cc/24 jam.

Analisa : masalah tidak terjadi, tujuan tercapai

Planning : hentikan semua intervensi

3. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasiv (luka pembedahan SC)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi

Kriteria Hasil :

1. TTV dalam batas normal (suhu 36-37,5°C)
2. Leukosit dalam batas normal (4000-10.000/ul) dengan tingkat skala 5
3. Tidak terdapat tanda-tanda infeksi (rubor, kalor, dolor, fungtio laesa, dan tumor) dengan tingkat skala 5

Rencana Tindakan :

Observasi :

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi/shift
- 2) Monitor nilai leukosit
- 3) Monitor TTV (suhu)/shift

Terapeutik :

- 1) Lakukan perawatan luka pada hari ke-2
- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Edukasi :

- 1) Ajarkan cara mencuci tangan 6 langkah
- 2) Anjurkan konsumsi nutrisi TKTP
- 3) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Kolaborasi :

- a. Berikan obat bactecyn 3x1 tab (375 mg/oral)

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 30 April 2021

Pukul 14.30 WIB memonitor tanda dan gejala infeksi dengan hasil tidak terdapat kemerahan, bengkak, panas disekitar luka, balutan tampak kering, tidak ada rembesan. **Pukul 15.15 WIB** memonitor TTV dengan hasil suhu

36,4°C (perawat ruangan). **Pukul 16.00 WIB** menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi nutrisi TKTP dengan banyak makan putih telur dan ikan dengan hasil : pasien mengerti dan akan mengikuti anjuran perawat (perawat ruangan). **Pukul 20.00 WIB** memberikan obat bactecyn 1tab via oral dengan hasil obat berhasil di minum dan tidak dimuntahkan. **Pukul 20.30 WIB** memonitor tanda dan gejala infeksi dengan hasil tidak terdapat tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, panas disekitar area operasi (perawat ruangan). **Pukul 05.00 WIB** memonitor TTV dengan hasil suhu 36°C (perawat ruangan). **Pukul 06.30 WIB** pasien dimandikan dan *kateter urine* dilepas kemudian dilakukan perawatan vulva (perawat ruangan). **Pukul 07.00 WIB** memberikan obat bactecyn 1 tab via oral dengan hasil obat berhasil diminum dan tidak dimuntahkan.

Evaluasi Keperawatan :

Tanggal 30 April 2021

Subjektif : pasien mengatakan hanya merasakan nyeri akibat luka sayatan operasi

Objektif : suhu 36°C, area sekitar luka insisi tampak bersih, tidak terdapat rembesan dan tidak terdapat kemerahan disekitar area luka, luka tertutup balutan kassa.

Analisa : masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning : lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 01 Mei 2021

Pukul 08.10 WIB memonitor tanda dan gejala infeksi dengan hasil pasien mengatakan hanya merasakan nyeri akibat luka SC, tidak terdapat tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, panas disekitar luka, balutan tampak kering, tidak ada rembesan, luka dibalut dengan kassa. **Pukul 10.00 WIB** memonitor nilai leukosit dengan hasil : 15.230/ul (tanggal 1 mei 2021). **Pukul 10.15 WIB** mengajarkan cara mencuci tangan 6 langkah

dengan hasil : pasien memperhatikan dan dapat mengikuti arahan perawat. **Pukul 11.00 WIB** menjelaskan tanda dan gejala infeksi dengan hasil : pasien mengerti dan mengetahui tanda dan gejala infeksi. **Pukul 13.00 WIB** memberikan obat bactecyn 1 tab via oral dengan hasil obat berhasil diminum dan tidak dimuntahkan. **Pukul 14.00 WIB** memonitor TTV dengan hasil : suhu 36,2°C. **Pukul 19.00 WIB** memonitor tanda dan gejala infeksi dengan hasil pasien mengatakan hanya merasakan nyeri akibat luka SC, tidak terdapat tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, panas disekitar luka, balutan tampak kering, tidak ada rembesan, luka tertutup dengan kassa (perawat ruangan). **Pukul 19.30 WIB** memonitor TTV dengan hasil : suhu 36,1°C (perawat ruangan). **Pukul 20.00 WIB** memberikan obat bactecyn 1 tab via oral dengan hasil obat berhasil diminum dan tidak dimuntahkan (perawat ruangan). **Pukul 00.00 WIB** mengobservasi pasien dengan hasil : pasien sedang tidur tenang bersama dengan bayinya (perawat ruangan). **Pukul 07.00 WIB** memberikan obat bactecyn 1 tab dengan hasil obat berhasil diminum dan tidak dimuntahkan.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 01 Mei 2021

Subjektif : pasien mengatakan tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan bengkak, panas atau lainnya, pasien mengatakan hanya merasakan nyeri dibagian luka operasi.

Objektif : suhu 36°C, luka insisi tampak kering, tidak tampak rembesan di balutan luka, tidak tampak kemerahan di area sekitar luka

Analisa : masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Planning : lanjutkan intervensi

- a. Monitor tanda dan gejala infeksi/shift
- b. Monitor nilai leukosit
- c. Monitor TTV (suhu)
- d. Lakukan perawatan luka pada hari ke-2

- e. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- f. Berikan obat bactecyn 3x1 tab (375 mg/oral)

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 02 Mei 2021

Pukul 08.00 WIB memonitor tanda dan gejala infeksi dengan hasil pasien merasakan nyeri akibat luka SC, tidak terdapat tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, panas disekitar luka, balutan tampak kering, tidak ada rembesan, luka dibalut dengan kassa. **Pukul 08.05 WIB** menilai leukosit dengan hasil belum ada hasil. **Pukul 09.00 WIB** melakukan perawatan luka post SC dengan hasil luka tampak bersih, kering, tidak ada rembesan, tidak ada kemerahan, luka dibersihkan kemudian ditutup kembali dengan balutan kassa. **Pukul 10.00 WIB** memonitor TTV dengan hasil suhu 36,5°C. **Pukul 13.00 WIB** memberikan obat bactecyn 1 tab dengan hasil obat berhasil diminum dan tidak dimuntahkan. **Pukul 13.30 WIB** melepas venflon di *vena metacarpal sinistra* dengan hasil tidak terdapat luka *phlebitis*, venflon berhasil dilepas dan tidak ada hambatan.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 02 Mei 2021

Subjektif : pasien mengatakan tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, panas, dan gatal di area sekitar luka

Objektif : suhu 36,2°C, luka insisi tampak kering, tidak ada rembesan dan luka tertutup balutan kassa

Analisa : masalah teratasi, tujuan tercapai

Planning : hentikan semua intervensi

4. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan payudara bengkak, tidak rawat gabung

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan menyusui kembali efektif

Kriteria hasil :

- a. Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam
- b. Tetesan/pancaran ASI sebelah kanan dan kiri meningkat
- c. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat
- d. Kemampuan ibu melakukan perawatan payudara meningkat

Rencana tindakan :

Observasi :

- a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui

Terapeutik :

- a. Sediakan materi dan media Pendidikan kesehatan
- b. Jadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- c. Berikan kesempatan untuk bertanya
- d. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui

Edukasi :

- a. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar
- b. Ajarkan perawatan payudara antepartum dan post partum

Kolaborasi :

- a. Berikan obat lactamam 3x1 tab per oral

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 30 April 2021

Pukul 20.00 WIB perawat ruangan memberikan obat lactamam 1 tab per oral, dengan hasil : obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan.

Tanggal 01 Mei 2021

Pukul 07.00 WIB memberikan obat lactamam 1 tab per oral dengan hasil : obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. **Pukul 10.00 WIB**

mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi dengan hasil : pasien mengatakan sudah siap untuk menerima informasi dari perawat. **Pukul 10.00-10.30 WIB** menjelaskan cara melakukan perawatan payudara antepartum dan postpartum : pasien tampak memperhatikan, pasien mampu menjelaskan cara melakukannya dan mampu mempraktikkan kembali apa yang sudah diajarkan oleh perawat, payudara kanan kiri pasien tampak keluar ASI, suami pasien tampak melakukan pijat oksitosin ke pasien. Pukul 10.35 WIB mengobservasi keadaan payudara pasien : payudara tampak lembek, pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang, ASI tampak keluar dari payudara kanan dan kiri saat dilakukan pemerahan. **Pukul 13.00 WIB** memberikan obat lactamam 1 tab peroral dengan hasil : obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. **Pukul 20.00 WIB** perawat ruangan memberikan obat lactamam 1 tab peroral dengan hasil : obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan

Evaluasi Keperawatan :

Tanggal 01 Mei 2021

Subjektif : Pasien mengatakan sudah mengetahui cara melakukan perawatan payudara, pasien mengatakan nyeri pada payudara sudah mulai berkurang.

Objektif : pasien tampak memperhatikan, pasien tampak mampu menjelaskan kembali dan mampu mempraktikkan kembali cara melakukan perawatan payudara, ASI tampak keluar dari payudara kanan dan kiri, payudara masih tampak bengkak mulai berkurang.

Analisa : masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

Planning : lanjutkan intervensi

- a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui
- c. Sediakan materi dan media Pendidikan kesehatan
- d. Jadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- e. Berikan kesempatan untuk bertanya

- f. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui
- g. Ajarkan perawatan payudara

Pelaksanaan Keperawatan :

Tanggal 02 Mei 2021

Pukul 07.00 WIB memberikan obat lactamam 1 tab dengan hasil : obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. **Pukul 09.00 WIB** mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi dengan hasil : pasien mengatakan sudah siap untuk menerima informasi dari perawat. **Pukul 09.00-09.05 WIB** mengevaluasi pertemuan sebelumnya dengan hasil : pasien mampu menjelaskan cara perawatan payudara. **Pukul 09.05-09.35 WIB** mengajarkan empat cara menyusui dan perlekatan dengan benar dengan hasil : pasien tampak memperhatikan, pasien mampu menjelaskan kembali dan mampu mempraktikkan kembali apa yang sudah diajarkan oleh perawat, ibu tampak menyusui bayinya. Pukul 13.00 WIB memberikan obat lactamam 1 tab dengan hasil : obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan.

Evaluasi Keperawatan :

Tanggal 02 Mei 2021

Subjektif : Pasien mengatakan sudah mengetahui posisi seperti apa saja yang dilakukan saat menyusui

Objektif : pasien tampak memperhatikan, pasien tampak mampu menjelaskan kembali dan mampu mempraktikkan kembali apa yang sudah diajarkan oleh perawat, ibu tampak menyusui bayinya.

Analisa : masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Planning : lanjutkan intervensi

5. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan post partum SC

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan mobilitas pasien meningkat

Kriteria hasil :

- a. Nyeri berkurang
- b. Kaku sendi menurun
- c. Kelemahan fisik menurun
- d. Pergerakan aktivitas meningkat
- e. Kekuatan otot meningkat
- f. Gerakan pasien terpenuhi
- g. Pasien dapat melakukan aktivitas secara mandiri
- h. Kecemasan saat melakukan pergerakan berkurang

Rencana Tindakan :**Observasi :**

- a. Identifikasi nyeri atau keluhan fisik
- b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- c. Monitor tekanan darah dan nadi sebelum memulai pergerakan
- d. Monitor keadaan umum saat melakukan pergerakan

Terapeutik :

- a. Fasilitasi pergerakan pada pasien
- b. Libatkan keluarga dalam meningkatkan ambulasi

Edukasi :

- e. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- f. Anjurkan pasien untuk mobilisasi secara bertahap :

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 30 April 2021

Pukul 15.10 WIB mengidentifikasi nyeri atau keluhan fisik dengan hasil pasien mengatakan sulit bergerak karena nyeri. **Pukul 15.15 WIB** menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dengan miring kanan dan miring kiri setelah 8 atau 12 jam post operasi dengan hasil pasien mengerti dan akan melakukan anjuran perawat (perawat ruangan). **Pukul 20.00 WIB** perawat ruangan membantu memenuhi kebutuhan pasien dengan hasil

perawat membantu mendekatkan barang-barang yang dibutuhkan pasien dalam jangkauan pasien. **Pukul 21.05 WIB** perawat ruangan memonitor TD dan nadi dengan hasil TD 120/82 mmHg, nadi 81x/menit. **Pukul 21.10 WIB** perawat ruangan menganjurkan pasien untuk mobilisasi (miring kanan miring kiri) dengan hasil pasien dapat melakukan mika miki tetapi masih sedikit takut.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 30 April 2021

Subjektif : pasien mengatakan masih takut untuk melakukan pergerakan

Objektif : pasien tampak takut untuk melakukan pergerakan, barang-barang yang dibutuhkan pasien sudah didekatkan kesamping pasien, pasien tampak mau mengikuti anjuran perawat dan mengikuti arahan perawat untuk melakukan ambulasi dini (mika-miki).

Analisa : masalah teratasi, tujuan tercapai

Planning : hentikan semua intervensi

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus yaitu “Asuhan Keperawatan pada Ny.R dengan Post Partum *Sectio Caesarea* dengan Indikasi *Cephalopelvic Disproportion* di Ruang. E Rumah Sakit Swasta Bekasi di Masa Pandemi Covid-19”. Dalam bab ini pembahasan akan disesuaikan dengan tahapan proses keperawatan yaitu mulai dari pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan, dimana perawat mendapatkan data yang dilakukan pada mulai tanggal 30 April 2021 sampai dengan 02 Mei 2021. Data yang diperoleh didapatkan dari catatan rekam medis, wawancara, catatan keperawatan dan juga pemeriksaan fisik.

Pada kasus Ny. R dilakukannya *sectio caesrea* dengan indikasi *cephalopelvic disproportion* (CPD), yaitu terjadi ketidaksesuaian antara panggul ibu dengan ukuran kepala janin. Hal tersebut sesuai dengan teori yang ada bahwa CPD merupakan salah satu peynulit persalinan (5,62%) yang mengakibatkan persalinan harus dilakukan dengan *scetio caesarea* (Rahmawati & Agustin, 2019)

Berdasarkan hasil pemeriksaan dokter penyebab CPD pada pasien adalah janin belum masuk jalan lahir karena pintu atas panggul bawah sempit, tinggi badan ibu 143 cm. Hal ini sesuai dengan teori yang ada yaitu tinggi badan ibu kurang dari 145 cm dapat mempengaruhi terjadinya CPD (Toh-adam et al., 2012)

Berdasarkan hasil pemeriksaan USG dan CTG didapatkan usia kehamilan 41-42 minggu dengan taksiran berat janin 4000 gram, djj 140x/menit, dan kontraksi atau his hanya 1-2x dalam 10 menit berdurasi 15 detik. Hal ini sesuai dengan teori karena fungsi endometrium pada ibu primipara belum optimal sehingga menyebabkan serviks tidak matang dan tidak terjadi kontraksi sehingga terjadi kehamilan postterm (Fariningsih, 2013).

Menurut teori Rini & Kumala (2016), perubahan suhu tubuh yang dialami ibu postpartum selama 24 jam pertama akan naik sedikit menjadi (37,5-38°C) karena sebagai akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan saat dan kelelahan selama persalinan atau merupakan efek samping dari anastesi. Namun pada kasus, 6 jam pertama pasca partum pasien tidak mengalami kenaikan suhu dikarenakan cairan pasien pada saat operasi terkontrol dan pasien tidak mengeluarkan tenaga saat melahirkan karena pasien tidak menjalani proses persalinan pervaginam.

Menurut teori Maryunani (2017), jumlah hemoglobin dan hematokrit serta eritrosit akan bervariasi pada awal-awal masa nifas sebagai akibat dari volume darah, volume plasma, dan volume sel darah yang berubah-ubah. Begitupun dengan faktor pembeku atau trombosit juga akan mengalami peningkatan sehingga resiko terjadi tromboemboli yang disebabkan oleh imobilisasi. Pada pasien jumlah hemoglobin, hematokrit dan eritrosit masih dalam batas normal. Pada pasien juga tidak terjadi tromboemboli karena pada pemeriksaan trombosit hasilnya normal dan pasien telah dianjurkan menggerakkan ekstremitas bawah untuk mengurangi resiko terjadinya tromboemboli dan juga untuk mengetahui efek dari anastesi spinal masih ada atau tidak. Setelah masa *bedrest* nya selesai pasien juga dianjurkan miring kanan, miring kiri.

Menurut Handayani & Pudjiastuti (2016), setelah proses persalinan ibu akan mengalami fase taking in yang terjadi pada hari pertama sampai hari kedua pasca persalinan dimana ibu hanya akan berfokus pada dirinya sendiri bukan anaknya, namun hal ini tidak terjadi pada pasien karena banyaknya dukungan dari suami dan karena ini adalah kelahiran anak pertamanya setelah keguguran pasien mengatakan sangat senang dengan kehadiran anaknya sekarang.

Pada tahap pengkajian penulis menemukan faktor pendukung antara lain sikap pasien dan keluarga yang kooperatif dan kerjasama antara pasien yang baik sehingga penulis dapat memperoleh data yang lengkap serta kerjasama dengan perawat ruangan yang baik dapat dilihat dari catatan medis dan catatan keperawatan yang lengkap.

Adapun faktor penghambat dalam melakukan pengkajian terhadap pasien adalah tidak adanya hasil ukuran panggul pasien yang menjelaskan pasien memiliki panggul yang sempit. Penulis juga kesulitan dalam mencari sumber literature tentang CPD dan sumber literatur yang sudah lama.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa berdasarkan (SDKI, 2016) postpartum dengan tindakan *sectio caesarea* terdapat 10 diagnosa keperawatan, namun yang ada pada teori dan yang ada pada kasus hanya 5 yaitu : ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan luka SC; payudara bengkak; dan kontraksi uterus, resiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi post partum, resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasive (luka SC), menyusui tidak efektif berhubungan dengan payudara bengkak; tidak rawat gabung, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan postpartum SC.

Sedangkan diagnosa yang ada pada teori yang tidak muncul pada kasus adalah :

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan anastesi. Diagnosa ini tidak penulis angkat karena tidak ada data yang mendukung seperti batuk tidak

efektif, sputum berlebih, mengi, *wheezing*, atau *ronchi*, tidak mampu batuk efektif.

- b. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan iritasi kandung kemih ditandai dengan berkemih tidak tuntas, distensi kandung kemih, enuresis, urine menetes, dan volume residu urine banyak. Diagnosa ini tidak penulis angkat karena ditunjukkan dengan kondisi pasien yang tidak mengalami penurunan jumlah atau frekuensi berkemih, BAK pasien tertampung dalam urine bag, pasien tampak terpasang kateter urin dan tidak ada keluhan saat BAK. Dan setelah *catheter* di lepas pasien dapat berkemih secara spontan.
- c. Ansietas berhubungan dengan takut mengalami kegagalan yang ditandai dengan gelisah, tampak tegang, sulit tidur, merasa bingung dan merasa takut dengan kondisi yang dialami sekarang. Diagnosa ini tidak penulis tegakkan karena tidak adanya data yang menunjang, karena pasien tampak sangat senang dengan kelahiran anak pertamanya, pasien tampak percaya diri dalam merawat anaknya.
- d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
Diagnosa ini tidak muncul pada pasien dikarenakan saat pengkajian data yang ditemukan adalah pasien sanggup merawat bayi, pasien mengatakan sudah mulai mencari-cari cara perawatan bayi, dan ada ibunya yang akan membantu mengajari dan merawat anaknya nanti.
- e. Kesiapan peningkatan menjadi orang tua
Diagnosa tersebut tidak penulis angkat, karena penulis tidak mengkaji tentang kesiapan ibu dan pengetahuan ibu untuk kesiapan peran menjadi orang tua sehingga masalah tersebut tidak dapat diketahui.

Faktor pendukung dalam menegakkan diagnosa keperawatan yaitu tercukupinya data-data secara subjektif maupun objektif yang diberikan oleh pasien. Pasien kooperatif saat menyampaikan keluhan yang dialami, sehingga memudahkan bagi penulis untuk menegakkan diagnosa keperawatan tersebut. Adapun faktor penghambat yang penulis temukan adalah dalam menegakkan

diagnosa keperawatan penulis menemukan hambatan yaitu tidak tersedianya literatur dalam edisi terbaru atau kurun waktu 10 bulan terakhir.

C. Perencanaan Keperawatan

Hal yang perlu diperhatikan dalam merencanakan tujuan dan kriteria hasil harus bersifat (SMART) yaitu dapat diukur, dilakukan, dilaksanakan dan realita yang ada sesuai dengan batasan waktu yang sudah penulis tetapkan dalam kasus.

Menurut Dinarti & Yuli (2017) perencanaan keperawatan merupakan rencana tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat yang bertujuan untuk mengatasi masalah, mencapai kesejahteraan kesehatan pasien dan kemandirian pasien. perencanaan keperawatan merupakan tahap yang dilakukan setelah penegakkan diagnosa , perencanaan merupakan suatu rangkaian kegiatan pemecahan masalah, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisa data dan diagnosa keperawatan.

Pada tujuan dari setiap intervensi terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus, dimana pada kasus dalam mencapai tujuan dari setiap intervensi tidak memiliki keterbatasan waktu. Sedangkan pada kasus penulis beri batasan waktu selama 3x24 jam.

Berikut merupakan rencana keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang diangkat :

1. Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan luka SC, payudara bengkak, kontraksi uteri

Penulis membuat tujuan perencanaan dengan Batasan waktu 3x24 jam. Menurut (SIKI, 2018), intervensi menurut teori yang dapat dilakukan ada 19 namun penulis hanya melakukan 9 intervensi dengan alasan disesuaikan dengan keadaan atau kondisi pasien.

Intervensi tambahan yang dimasukkan oleh penulis yaitu observasi TTV (nadi, dan tekanan darah) karena menurut Yuliasari & Santriani (2015) peningkatan tekanan darah dan nadi merupakan respon fisiologis tubuh terhadap nyeri.

Intervensi teori yang tidak dimasukkan kedalam kasus atau menjadi bagian dari perencanaan antara lain :

- a. Berikan kompres dingin pada luka operasi, intervensi ini tidak digunakan karena pasien tidak mengeluh panas dan bengkak pada area luka operasi.
- b. Fasilitasi untuk tidur ; pasien mengatakan sudah nyaman dengan kondisinya sekarang dan dapat tidur dengan nyaman.
- c. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, intervensi ini tidak digunakan karena dalam pemberian analgetik sudah di sesuaikan oleh intruksi dokter dan diberikan langsung oleh perawat.
- d. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, intervensi ini tidak digunakan karena pada saat dikaji pasien mengetahui penyebab nyeri akibat tindakan medis yaitu *section caesarea* dan tidak ada faktor budaya yang mempengaruhi kesehatan nya.
- e. Berikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresuer, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, tehnik imajinasi terbimbing, terapi bermain), intervensi ini tidak digunakan karena pada saat dikaji kondisi pasien sudah membaik saat diajarkan relaksasi napas dalam dan terapi musik.
- f. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), intervensi ini tidak digunakan karena tidak ada masalah yang disebabkan oleh kondisi lingkungan sekitar.

2. Resiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi post partum

Penulis membuat tujuan perencanaan dengan Batasan waktu 1x24 jam. Menurut (SIKI, 2018), intervensi menurut teori yang dapat dilakukan ada 17 intervensi tetapi penulis hanya melakukan 9 intervensi yang disesuaikan dengan keadaan atau kondisi pasien.

Intervensi yang ada pada teori namun tidak ada pada kasus yaitu :

- a. Kolaborasi pemberian produk darah, karena pasien tidak mendapat program dari dokter dan melihat hasil lab yaitu hemoglobin masih dalam batas normal yaitu 15,1 mg/dl.
- b. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, karena pasien tidak mengalami konstipasi dan pasien memang belum BAB karena perubahan fisiologis yang dialami oleh ibu post partum.
- c. Monitor koagulasi darah, intervensi ini tidak dipakai karena pasien tidak memiliki indikasi.
- d. Pertahankan bedrest selama perdarahan, tidak dipakai karena pasien tidak mengalami perdarahan aktif atau terus menerus.
- e. Batasi tindakan invasive, tidak dipakai karena pada pasien tidak mendapat tindakan invasive seperti IM, SC, IV sehingga pasien hanya minum obat via oral dan memasukkan obat via selang infus.
- f. Hindari pengukuran suhu rektal, intervensi ini tidak digunakan karena di Rumah Sakit menggunakan alat pengukur suhu dari dahi.
- g. Gunakan kasur pencegah dekubitus, intervensi ini tidak digunakan karena pada pasien tidak mengalami *bedrest* total dan kesadaran pasien masih dalam *composmentis*.

Intervensi yang tidak ada di teori namun ada pada kasus adalah

1. Pertahankan bedrest selama 8-12 jam, intervensi ini dipakai karena menyesuaikan dengan intruksi dari dokter untuk mencegah terjadinya tromboemboli.
3. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive luka SC
Penulis membuat tujuan perencanaan dengan batasan 3x24 jam. Menurut SIKI (2018), intervensi yang dapat dilakukan sebanyak 12 intervensi, tetapi penulis hanya melakukan 6 intervensi dengan alasan menyesuaikan dengan keadaan atau kondisi pasien saat ini.

Intervensi yang mengalami kesenjangan antara lain :

- a. Batasi jumlah pengunjung, intervensi ini tidak dipakai karena peraturan dari Rumah Sakit yang sudah membatasi jumlah pengunjung karena menyesuaikan juga dengan kondisi pandemi saat ini.
- b. Berikan perawatan pada kulit area edema, intervensi ini tidak dipakai karena pada pasien tidak terdapat kulit yang edema.
- c. Ajarkan etika batuk, intervensi ini tidak dipakai karena saat dikaji pasien mampu mempraktikkan etika batuk dengan benar dan pasien tidak mengalami batuk.
- d. Anjurkan meningkatkan asupan cairan, intervensi ini tidak dipakai karena asupan pasien sudah tercukup dengan adanya infus dan konsumsi air mineral.
- e. Kolaborasi pemberian imunisasi, intervensi ini tidak dipakai karena pasien hanya mengalami luka pembedahan bukan penyakit infeksi yang dapat menular.

Intervensi tambahan yang tidak ada diteori yaitu :

- a. Monitor hasil leukosit, intervensi ini dilakukan karena melihat hasil leukosit pasien sebelum operasi tinggi yaitu 12,960/ul, kemudian dokter mengintruksikan untuk melakukan pemeriksaan ulang pasca operasi.
 - b. Berikan obat bactecyn 3x1 tab (375mg) intervensi ini dilakukan karena mengikuti intruksi dari dokter.
 - c. Lakukan perawatan luka SC pada perawatan hari ke 2, intervensi ini dilakukan atas intruksi dokter untuk mengevaluasi luka operasi.
4. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan payudara bengkak, tidak rawat gabung

Penulis membuat tujuan perencanaan dengan batasan waktu 3x24 jam. Menurut SIKI (2018), intervensi yang dapat dilakukan sebanyak 12 intervensi, tetapi penulis hanya melaksanakan 10 intervensi dengan alasan menyesuaikan kondisi pasien saat ini.

Intervensi yang mengalami kesenjangan antara lain :

- a. Berikan konseling menyusui, jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi, kedua intervensi ini tidak dipakai karena sebelumnya pasien sudah mendapatkan informasi dari dokter saat kunjungan dokter keruanga.

Intervensi tambahan yaitu berikan obat

- a. Lactamam 3x1 tab, intervensi ini dilakukan mengikuti intruksi dari dokter yang berfungsi untuk melancarkan produksi ASI karena ibu juga mengatakan ASI nya hanya keluar di sebelah kanan saja.

5. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan post partum SC

Penulis membuat tujuan perencanaan dengan batasan waktu 1x24 jam. Menurut SIKI (2018), intervensi yang dapat dilakukan sebanyak 10 intervensi, tetapi penulis hanya melaksanakan 8 intervensi dengan alasan menyesuaikan kondisi pasien saat ini.

Intervensi yang mengalami kesenjangan antara lain :

- a. Fasilitasi ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk), intervensi ini tidak digunakan karena pada pasien tidak mengalami kelemahan fisik atau keterbatasan fisik seperti fraktur.
- b. Fasilitasi mobilisasi fisik, intervensi ini tidak digunakan karena mobilisasi pasien dibantu oleh suami.

Faktor pendukung dalam menyusun intervensi ini yaitu adanya referensi yang jelas sehingga memudahkan penulis untuk menyusun intervensi dengan baik. Faktor penghambat penulis tidak dapat ke perpustakaan untuk mencari referensi lainnya dikarenakan kondisi pandemi.

D. Implementasi Keperawatan

1. Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan payudara bengkak, kontraksi uterus, luka SC

Penulis dapat melaksanakan perencanaan keperawatan yang sesuai dengan yang direncanakan diantaranya mengkaji karakteristik nyeri pasien; faktor pencetus, kualitas, lokasi, skala, dan waktu munculnya nyeri (PQRST), mengkaji tanda-tanda vital (TD dan nadi) setiap shift, mengajarkan dan

menganjurkan teknik nonfarmakologis (terapi musik dan tarik napas dalam), menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, menjelaskan strategi meredakan nyeri, menganjurkan monitor nyeri secara mandiri, mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri dan memberikan obat Kaltrofen supp 4x1. Namun penulis hanya bisa melakukan intervensi satu kali (1 shift) dalam 24 jam dan selebihnya dilakukan pendelegasian ke perawat ruangan.

2. Resiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pasca partum

Penulis dapat melakukan sesuai dengan sudah direncanakan, diantaranya monitor tanda dan gejala perdarahan, monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah per hari, monitor tanda-tanda vital per shift, menjelaskan tanda dan gejala perdarahan, menganjurkan meningkatkan asupan cairan, menganjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan, dan memberikan obat metvelli 3x0,125 mg. Penulis hanya bisa melakukan intervensi satu kali (1 shift) dalam 24 jam dan selebihnya dilakukan pendelegasian ke perawat ruangan.

3. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive (luka SC)

Penulis dapat melakukan sesuai dengan yang direncanakan dengan baik, diantaranya mengobservasi tanda dan gejala infeksi, melakukan perawatan luka, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, mengajarkan cara memeriksa kondisi luka, menganjurkan meningkatkan asupan cairan dan nutrisi serta memberikan obat bactesyn 3x375 mg per oral. Penulis hanya bisa melakukan intervensi satu kali (1 shift) dalam 24 jam dan selebihnya dilakukan pendelegasian ke perawat ruangan.

4. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan payudara bengkak, tidak rawat gabung

Penulis dapat melakukan semua implementasi yang telah direncanakan diantaranya memberi edukasi tentang cara perawatan payudara dan memberikan obat lactamam 3x1tab melalui oral. Namun penulis hanya dapat

melakukan intervensi satu kali (1 shift) dalam 24 jam dan selebihnya dilakukan pendelegasian ke perawat ruangan.

5. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan post partum SC

Penulis dapat melakukan semua implementasi yang telah direncanakan, diantaranya menganjurkan pasien untuk melakukan pergerakan secara bertahap, mengjarkan ambulasi sederhana secara bertahap, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi.

Faktor pendukung yang diperoleh penulis yaitu pasien sangat komunikatif dan kooperatif serta kolaborasi yang baik dengan tim perawat ruangan sehingga penulis dapat melakukan rencana keperawatan dengan baik. Adapun faktor penghambat bagi penulis yaitu saat melakukan pelaksanaan keperawatan terdapat keterbatasan waktu dalam jam praktek dinas dirumah sakit sehingga penulis tidak dapat melakukan tindakan selama 24 jam kepada pasien kelolaan.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang penulis buat sesuai dengan kriteria hasil dalam asuhan keperawatan, intervensi yang sudah dilakukan oleh penulis terhadap proses dan perkembangan pada tahap tercapainya pelaksanaan, dimulai dari tercapainya kriteria hasil yang telah direncanakan pada kelima diagnosa tersebut masalah teratasi dan kriteria hasil tercapai sesuai dengan perkembangan yang dirasakan oleh pasien selama 3 hari di evaluasi. Dalam evaluasi tersebut yang sudah teratasi setelah 3x24 jam yaitu :

1. Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan payudara bengkak, luka SC dan kontraksi uterus, diagnosa ini dinyatakan teratasi karena respon pasien yang menunjukkan dan mengatakan bahwa nyeri sudah tidak muncul saat melakukan pergerakan, nyeri sudah berkurang, skala nyeri 2 pada luka jahitan. Pasien tampak nyaman dan lebih rileks, tidak tampak pasien memegang area

yang nyeri, TD 120/80 mmHg, nadi 80x/menit. Nyeri pada payudara juga sudah berkurang.

2. Resiko Perdarahan berhubungan dengan komplikasi pasca partum dinyatakan teratasi karena TTV ; Td 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,5°C, lochea rubra dengan jumlah pembalut $\frac{1}{2}$ pembalut kurang lebih 50 cc/4jam, warna merah terang dan berbau khas (amis), tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat dan konsistensi uterus teraba keras, kontraksi uterus baik.
3. Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasive, luka SC. Evaluasi keperawatan dilakukan selama 3x24 jam, infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada rembesan pada area luka, suhu normal (36-37,5°C). Masalah teratasi, tujuan tercapai yang dibuktikan dengan data subjektif bahwa pasien mengatakan tidak ada bengkak, kemerahan, rasa panas di daerah luka operasi, tidak ada rembesan di bactigras yang menutupi luka. Data objektif yang didapatkan yaitu ; suhu pasien 36,2°C, terdapat luka insisi operasi berdiameter ± 15 cm, luka telah diganti keadaan luka tidak ada pus atau nanah, rembesan tidak ada, kemerahan, bengkak, dan panas disekitar area luka tidak ada, luka tertutup dengan bactigras.
4. Dalam evaluasi diagnosa Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan payudara bengkak, tidak rawat gabung. Evaluasi keperawatan dilakukan selama 3x24 jam, menyusui kembali efektif. Masalah teratasi, tujuan tercapai dibuktikan dengan evaluasi saat setelah dilakukan perawatan payudara ASI tampak keluar dari kanan dan kiri, ibu langsung menyusui anaknya dengan mempraktikkan posisi cara menyusui yang benar.
5. Dalam evaluasi diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan post partum SC. Evaluasi keperawatan dilakukan selama 1x24 jam, mobilitas pasien meningkat dengan kriteria hasil kecemasan dalam melakukan pergerakan berkurang, nyeri saat bergerak berkurang dan kekuatan otot meningkat. Masalah teratasi, tujuan tercapai dibuktikan dengan evaluasi dihari ketiga dengan data subjektif pasien mengatakan sudah bisa bergerak dan pasien mengatakan sudah tidak lemas, tidak merasa nyeri dan tidak merasa cemas saat

melakukan pergerakan, pasien mengatakan sudah bisa jalan sendiri ke kamar mandi. Data objektif yang didapatkan pasien tampak mandiri saat berjalan, berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi dan berjalan ke kamar mandi.

Faktor pendukung yang penulis alami dalam melakukan tahapan evaluasi yaitu pasien kooperatif dalam menyampaikan kemajuan atau keluhan mengenai kondisi yang dirasakan oleh pasien. Penuli tidak menemukan adanya faktor penghambat.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny.R penulis akan menjelaskan tentang kesimpulan dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan sampai dengan evaluasi keperawatan. Penulis juga memberikan saran yang sebaiknya digunakan jika ditemukan kasus yang sama. Dalam pengkajian yang perlu diperhatikan dan tekankan pada ibu pasca partum *sectio* yaitu pengkajian terhadap ketidaknyamanan pasca partum yaitu nyeri, perdarahan, tanda-tanda infeksi, pengetahuan tentang manajemen laktasi dan kesiapan ibu menjalani peran barunya.

Pada proses pengkajian keperawatan, terdapat kesenjangan pada pengkajian adaptasi fisiologis ditemukan salah satunya yaitu pada perubahan sistem kardiovaskular yang menyebutkan bahwa terjadi kehilangan darah pada saat melahirkan dengan *sectio* normalnya 1000 ml, namun yang terjadi pada pasien hanya 300ml. Hal yang perlu diperhatikan saat melakukan pengkajian ibu pasca partum *sectio* adalah perdarahan. Perdarahan pasca partum biasanya terjadi dalam 24 jam pertama dan penyebab paling sering yaitu atonia uteri yang disebabkan oleh sisa plasenta yang tertinggal.

Pada diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus yaitu ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan payudara bengkak; luka SC; kontraksi uterus; risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pasca partum, risiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasive (luka SC), menyusui tidak efektif berhubungan dengan payudara

bengkak;tidak rawat gabung, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan post partum SC.

Pada proses perencanaan keperawatan yang direncanakan oleh penulis sudah sesuai dengan penetapan tujuan dan kriteria hasil yang sesuai dengan referensi buku, perencanaan yang sesuai dengan kondisi pasien dan keluhan pasien.

Pada tahap implementasi asuhan keperawatan, pada diagnosa pertama, kedua, ketiga, keempat, dan kelima sudah sesuai dengan perencanaan yang dibuat.

Pada tahap evaluasi dari lima diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan, seluruh tujuan sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan oleh penulis. Keberhasilan didukung oleh pasien yang kooperatif dan kerjasama yang baik dengan perawat ruangan sehingga walaupun penulis tidak dapat melihat langsung perkembangan pasien selama 24 jam, tetapi penulis dapat melihat perkembangan pasien dari catatan keperawatan yang terdapat diruangan.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, serta asuhan keperawatan yang telah dilakukan penulis kepada Ny.R untuk memenuhi mutu dalam pemerian asuhan keperawatan penulis menyampaikan beberapa saran, sebagai berikut :

1. Bagi penulis

Diharapkan untuk lebih memahami konsep CPD terlebih dahulu sebelum melakukan asuhan keperawatan secara nyata pada pasien dengan CPD dengan cara membaca sumber referensi tentang CPD agar dapat melakukan asuhan keperawatan yang lebih optimal dan berkualitas sesuai dengan yang pasien butuhkan.

2. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan dapat menambah buku-buku sumber yang membahas tentang CPD dengan referensi tahun terbaru dan mempertahankan sarana dan prasarana yang sudah ada guna melengkapi kebutuhan belajar mengajar di kampus.

DAFTAR PUSTAKA

- Admin, Puji Setiana, Herawati, & Sutriyati. (2019). Hubungan Kelainan Letak Janin , Preeklamsia, Ketuban Pecah Dini Dengan Persalinan Sectio Caesarea. *Jurnal Kesehatan Dan Pembangunan*, 9(18), 69–75.
<https://doi.org/10.52047/jkp.v9i18.45>
- Ashar, H., & Kusriani, I. (2020). *Determinant of the Increased Sectio Caesarea Labor Rates of Indonesia in 2017*. 22(Ishr 2019), 268–272.
<https://doi.org/10.2991/ahsr.k.200215.051>
- Aspiani, R. Y. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Aplikasi NANDA-NIC-NOC*. CV Trans Info Media.
- Ayuningtyas, D., Oktarina, R., Misnaniarti, & Sutrisnawati, N. N. D. (2018). Etika Kesehatan pada Persalinan Melalui Sectio Caesarea Tanpa Indikasi Medis Bioethics. *Jurnal Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 14(1), 9–16.
<https://doi.org/10.1080/14017430510009078>
- Basri, B., Utami, T., & Egi, M. (2020). *Konsep Dasar Dokumentasi Keperawatan*. CV. MEDIA SAINS INDONESIA.
- Cunningham, MacDonald, & Gant. (2014). *Obstetric Williams* (J. Suyono & A. Hartono (eds.)). EGC.
- Dinarti, & Yuli. (2017). *Dokumentasi Keperawatan*. Kementrian Kesehatan Republik.
- Fariningsih, E. (2013). HUBUNGAN ANTARA PARITAS DENGAN KEJADIAN KEHAMILAN POSTTERM DI RSUD EMBUNG FATIMAH KOTA BATAM 2013. *Journal of Health Science*.
- Franz, M., von Bismarck, A., Delius, M., Ertl-Wagner, B., Deppe, C., Mahner, S., Hasbargen, U., & Hübener, C. (2017). MR pelvimetry: prognosis for successful vaginal delivery in patients with suspected fetopelvic disproportion or breech

- presentation at term. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 295(2), 351–359.
<https://doi.org/10.1007/s00404-016-4276-6>
- Handayani, E., & Pudjiastuti, W. (2016). *Asuhan Holistik Masa Nifas dan Menyusui*. Trans Medika.
- Hartati, S., & Maryunani, A. (2015). *Asuhan Keperawatan Ibu Postpartum Seksio Sesarea*. Trans Info Media.
- Lowdermilk, Perry, & Cashion. (2013). *Keperawatan Maternitas* (2th ed.). Salemba Medika.
- Lubis, D. S. (2018). Hubungan Pengetahuan Ibu Dengan Riwayat Persalinan Sectio Caesarea (Sc) Di Rsia Norfa Husada Bangkinang Tahun 2018. *Doppler*, 2(2), 62–69.
<https://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/doppler/article/view/198>
- Maryunani, A. (2017). *Asuhan Ibu Nifas & Asuhan Ibu Menyusui*. IN MEDIA.
- Masriroh, S. (2016). *Keperawatan Obsterti & Ginekologi*. Penerbit Kyta.
- Mitiyani. (2013). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Salemba Medika.
- Mochtar, R. (2011). *Sinopsis Obstetri : Obsterti Fisiologi Obstetri Patologi* (1th ed.). Mediaction publishing.
- Murray, D. (2019). Cephalo-pelvic disproportion. *The Central African Journal of Medicine*, 2(12), 438–443. https://doi.org/10.5005/jp/books/11593_24
- Nurbaeti, I., Palupi, P., Handayani, M., & Lestari, K. B. (2013). *Asuhan Keperawatan Pada Ibu Postpartum Bayi Baru Lahir*. Mitra Wacana Media.
- Pahlavi, I. R., Dewi, R., Sari, P., & Ramkita, N. (2017). *Multigravida dengan Riwayat Seksio Sesarea atas Indikasi Disproporsi Kepala Panggul dengan Penyerta Tumor Paru , Kekurangan Energi Kronik dan Anemia Berat Multigravida with History of Caesarean Section on Indication of Cephalopelvic Disproportion with Lun*. 7(4), 30–36.

- Rahmawati, D., & Agustin, L. (2019). Faktor Penyebab Persalinan Pada Persalinan Dengan SeksioSesarea Di Kediri. *Jurnal Ilmu Dan Teknologi Kesehatan*, 10(1). <http://ojs.stikesbhamadaslawi.ac.id/index.php/jik>
- Ratnawati, A. (2018). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. PUSTAKA BARU PRESS.
- Rini, S., & Kumala, F. (2016). *Panduan Asuhan Nifas & Evidence Based Parctice*. DEEPUBLISH.
- RISKESDAS. (2013). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*. RISKESDAS.
- RISKESDAS. (2018). *Kementrain Kesehatan Republik Indonesia. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar*.
- SDKI, T. P. S. D. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indoensia.
- Sholeha, S. N., Sucipto, E., & Izah, N. (2019). Pengaruh Perawatan Payudara Terhadap Produksi ASI Ibu Nifas. *Oksitosin : Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 6(2), 98–106. <https://doi.org/10.35316/oksitosin.v6i2.491>
- SIKI, T. P. P. S. D. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indoensia.
- Toh-adam, R., Srisupundit, K., & Tongsong, T. (2012). Short stature as an independent risk factor for cephalopelvic disproportion in a country of relatively small-sized mothers. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 285(6), 1513–1516. <https://doi.org/10.1007/s00404-011-2168-3>
- Tsvieli, O., Sergienko, R., & Sheiner, E. (2012). Risk factors and perinatal outcome of pregnancies complicated with cephalopelvic disproportion: A population-based study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 285(4), 931–936. <https://doi.org/10.1007/s00404-011-2086-4>
- Utami, S. (2016). Efektivitas Aromaterapi Bitter Orange Terhadap Nyeri Post Partum

Seccio Caesarea. *Unnes Journal of Public Health*, 5(4), 316.

<https://doi.org/10.15294/ujph.v5i4.12422>

World Health Organization (WHO). (n.d.). *WHO Statement on Caesarean Section Rates*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(80\)91104-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(80)91104-6)

Yuliasari, D., & Santriani, E. (2015). Hubungan Counterpressure Dengan Nyeri Persalinan Pada Ibu Bersalin Kala I Fase Aktif Ibu Primipara Di BPS Hj. SULASTRI, Amd.Keb Pekalongan Lampung Timur Tahun 2013. *Jurnal Kebidanan*, 1(1), 9–12.

<http://ejurnalmalahayati.ac.id/index.php/kebidanan/article/view/536/470>

Lampiran 1. Materi Perawatan Payudara

A. Pengertian perawatan payudara

Perawatan payudara merupakan tindakan yang dilakukan demi memelihara kesehatan pada payudara terutama pada masa nifas (masa menyusui) untuk memperlancar pengeluaran ASI (Sholeha et al., 2019).

B. Tujuan perawatan payudara (Nurbaeti et al., 2013)

1. Memperlancar pengeluaran ASI saat menyusui.
2. Menjaga kebersihan dan kesehatan payudara.
3. Mengurangi pembengkakan.
4. Mencegah terjadinya penyumbatan.
5. Melancarkan peredaran payudara.
6. Membuat tubuh ibu menjadi rileks.

C. Hal-hal yang harus diperhatikan

1. Potong kuku sependek mungkin
2. Mencuci tangan dengan bersih

D. Alat-alat yang digunakan, antara lain :

1. Waslap
2. Kapas
3. Baskom
4. Minyak kelapa/*babyoil*
5. Handuk

E. Teknik yang digunakan (Nurbaeti et al., 2013)

1. Pengurutan payudara :

a. Pengurutan pertama

Licinkan kedua tangan dengan minyak. Tempatkan kedua tangan diantara payudara. Pengurutan dilakukan dimulai ke arah atas, lalu telapak tangan kanan ke arah sisi kiri dan telapak tangan ke arah sisi kanan. Lakukan terus pengurutan ke bawah dan samping. Selanjutnya pengurutan melintang. Ulangi masing-masing 20-30 gerakan untuk setiap payudara.

b. Pengurutan kedua

Sokong payudara kiri dengan tangan kiri, kemudian dua atau tiga jari tangan kanan membuat gerakan memutar sambil menekan mulai dari pangkal payudara dan berakhir pada puting susu. Lakukan 2 gerakan tiap payudara bergantian.

c. Pengurutan ketiga

Sokong payudara kiri dengan satu tangan sedang tangan lainnya mengurut dengan sisi kelingking dari arah tepi ke arah puting susu. Lakukan sekitar 30 kali.

2. Pengompresan

Kompres payudara dengan kapas atau handuk kecil hangat selama 3-5 menit lalu ganti dengan kompres air dingin. Kompres bergantian selama 3 kali dan akhiri dengan kompres air hangat.

Lampiran 2. Leaflet Perawatan Payudara

4. Meletakkan telapak tangan kiri menyokong payudara sebelah kiri dan tangan kanan dengan sisi kelingking mengerut payudara mulai dari pangkal dada ke arah puting susu., demikian dengan payudara sebelah kanan. Dilakukan sebanyak 30 kali.



C. Melakukan pengompresan

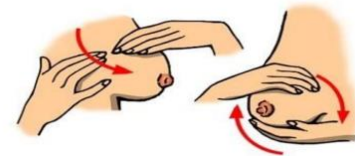
1. Mengompres kedua payudara dengan waslap hangat selama 2 menit, kemudian ganti dengan kompres waslap dingin selama 1 menit. Mengompres bergantian



Cegah penyakit payudara dengan menjaga kebersihan Payudara



BREAST CARE



Disusun oleh:

DIII Keperawatan

Apa itu Breast Care?

Breast care (Perawatan payudara) adalah suatu tindakan untuk merawat payudara terutama pada masa nifas (masa menyusui) untuk memplancar pengeluaran ASI.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan Breast Care?

1. Potong kuku sependek mungkin



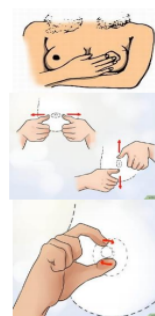
2. Cuci tangan dengan bersih



Cara Melakukan Breast Care

A. Merawat puting susu

1. Mengompres puting susu dengan kapas yang sudah dibasahi dengan Beby oil selama 3-5 menit., kemudian dibersihkan.



2. Keluarkan puting susu yang datar atau tenggelam.

3. Lakukan pemutaran puting susu

B. Melakukan pemijatan

1. Mengolesi payudara dengan Baby oil (minyak)



2. Menyokong payudara kiri dengan payudara kiri, payudara kanan dengan tangan kanan, 2 atau 3 jari dari tangan yang berlawanan membuat gerakan memuar seperti per sambil menekan, dari pangkal payudara dan berakhir pada puting susu, setiap payudara 2 kali gerakan.



3. Meletakkan kedua telapak tangan berada diantara kedua belahan payudara lalu diurut mulai dari atas, ke samping, ke bawah dan menuju ke puting susu dengan mengangkat payudara perlahan-lahan dan dilepaskan perlahan-lahan. Pemijatan dilakukan sebanyak 30 kali.



Lampiran 3. Materi Manajemen Laktasi

A. Pengertian Manajemen Laktasi

Laktasi merupakan proses reproduksi yang memberikan makanan bayi secara ideal dan alamiah serta merupakan dasar biologi dan psikologi yang dibutuhkan untuk pertumbuhan

Manajemen laktasi adalah segala daya upaya yang dilakukan untuk membantu ibu mencapai keberhasilan dalam menyusui bayinya.

B. Teknik menyusui

Pengertian teknik menyusui yang benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi bayi dengan benar.

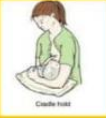
Teknik menyusui, antara lain :

1. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum memegang bayi
2. Menyusui sesering mungkin, semau bayi, paling sedikit 8x/hari
3. Jika bayi tidur lebih dari 3 jam, bangunkan lalu susui
4. Menyusui sampai payudara terasa kosong, lalu pindah ke payudara sisi yang lain
5. Beri bayi hanya ASI sampai umur 6 bulan (ASI Eksklusif)

C. Posisi dasar menyusui

Lampiran 4. Leaflet Manajemen Laktasi

Posisi dasar menyusui

- posisi Cradle**

- Posisi Football Hold**

- Posisi Cross Cradle**

- Posisi Lying Down**


karena kecerdasan

ANAK

berawal dari ASI



 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
MITRA KELUARGA

MANAJEMEN LAKTASI



DIII Keperawatan

Definisi

Laktasi adalah proses reproduksi yang memberikan makanan bayi secara ideal dan alamiah serta merupakan dasar biologi dan psikologi yang dibutuhkan untuk pertumbuhan.



Manajemen laktasi adalah merupakan segala daya upaya yang dilakukan untuk membantu ibu mencapai keberhasilan dalam menyusui bayinya.

Upaya-upaya manajemen laktasi

- masa kehamilan (Antenatal)**

- Pada masa segera setelah persalinan (perinatal)**

- Pada masa menyusui selanjutnya sampai**


Teknik menyusui

- cuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum memegang bayi
- Menusui sesering mungkin, semau bayi, paling sedikit 8x sehari
- Jika bayi tidur lebih dari 3 jam bangunkan lalu susui
- Menusui sampai payudara terasa kosong, lalu pindah ke payudara sisi yang lain
- Beri bayi hanya ASI sampai umur 6 bulan (ASI Eksklusif)

Lampiran 5. Format Pengkajian EPDS

Format Pengkajian *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS)

Nama : Ny. R

Usia : 25 tahun

Tanggal lahir bayi : 30 April 2021

Alamat : Bekasi

Skoring :

Nomor 1,2,4 bobot nilai : 0,1,2,3

Nomor 3,5,6,7,8,9,10 bobot nilai 3,2,1,0

Maksimum skor : 30

Kemungkinan Depresi skor : 10 atau lebih

Intruksi : isilah sesuai dengan yang dirasakan oleh ibu pada tujuh hari terakhir

1. Saya mampu tertawa dan melihat hal-hal yang lucu
 - Sama seperti aku selalu bisa
 - ✓Tidak begitu banyak sekarang
 - Jelas tidak begitu banyak sekarang
 - Tidak sama sekali
2. Saya dapat melakukan hal-hal yang menyenangkan
 - Sebanyak yang pernah saya lakukan
 - ✓Agak kurang dari biasanya
 - Kurang dari biasanya
 - Hampir tidak semuanya
3. Saya menyalahkan diri saya apabila terjadi sesuatu yang salah
 - Ya, Sebagian besar
 - Ya, beberapa saat

Tidak sangat sering

✓Tidak, tidak pernah

4. Saya cemas atau khawatir dengan alasan yang tidak jelas

Tidak, tidak sama sekali

✓Hampir tidak pernah

Ya, kadang-kadang

Ya, sangat sering

5. Saya merasa takut atau panik untuk alasan yang tidak jelas

Ya, cukup banyak

Ya, kadang-kadang

Tidak, tidak banyak

✓Tidak, tidak sama sekali

6. Segala sesuatu terasa menjadi beban bagi saya

Ya, Sebagian besar saya belum bisa mengatasi semuanya

Ya, kadang-kadang saya belum mengatasi serta belum biasa

Tidak, sebagian besar telah saya atasi cukup baik

✓Tidak, saya telah bisa mengatasi dengan baik

7. Saya begitu merasa tidak bahagia sehingga saya kesulitan tidur

Ya, Sebagian besar waktu

Ya, kadang-kadang

Tidak sangat sering

✓Tidak, tidak sama sekali

8. Saya merasa sedih atau sengsara

Ya, Sebagian besar waktu

Ya, cukup sering

Tidak sangat sering

✓Tidak, tidak sama sekali

9. Saya merasa begitu sedih sehingga saya menangis

Ya, Sebagian besar waktu

Ya, cukup sering

Hanya sesekali

✓Tidak, tidak pernah

10. Pikiran-pikiran untuk menyakiti diri terjadi bagi saya

Ya, cukup sering

Terkadang

Hampir tidak pernah

✓Tidak, tidak pernah

Total skor : 3