



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. A *POST PARTUM*
SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI PARTUS
TIDAK MAJU DI RUANG. S RUMAH
SAKIT SWASTA BEKASI DI
MASA PANDEMI
COVID-19**

**Disusun Oleh:
Azahra Safa Maurin
201801010**

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



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. A *POST PARTUM*
SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI PARTUS
TIDAK MAJU DI RUANG. S RUMAH
SAKIT SWASTA BEKASI DI
MASA PANDEMI
COVID-19**

**Disusun Oleh:
Azahra Safa Maurin
201801010**

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

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap : Azahra Safa Maurin

NIM : 201801010

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

Menyatakan bahwa makalah ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. A *Post Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Partus Tidak Maju Di Ruang. S Rumah Sakit Swasta Bekasi Di Masa Pandemi Covid-19” yang dilaksanakan pada tanggal 30 April 2021 sampai dengan 2 Mei 2021 adalah karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas makalah ilmiah ini, tanpa unsur *plagiarisme* baik dalam aspek penulisan maupun substansi.

Jakarta, 18 Juni 2021



Azahra Safa Maurin

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. A *Post Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Partus Tidak Maju Di Ruang. S Rumah Sakit Swasta Bekasi Di Masa Pandemi Covid-19” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 18 Juni 2021
Pembimbing Makalah



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

Mengetahui,
Koordinator Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Mitra Keluarga



Ns. Devi Susanti, M.Kep., Sp. Kep. MB

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. A *Post Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Partus Tidak Maju Di Ruang. S Rumah Sakit Swasta Bekasi Di Masa Pandemi Covid-19” yang disusun oleh Azahra Safa Maurin (201801010) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang di hadapan Tim Penguji pada tanggal 21 Juni 2021.

Bekasi, 21 Juni 2021

Penguji I



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

Penguji II



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

Nama : Azahra Safa Maurin
NIM : 201801010
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Ny. A *Post Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Partus Tidak Maju Di Ruang. S Rumah Sakit Swasta Bekasi Di Masa Pandemi Covid-19
Halaman : xv + 119 halaman + 3 tabel + 5 lampiran
Pembimbing : Lina Herida Pinem

ABSTRAK

Latar Belakang: Persalinan *Sectio Caesarea* (SC) di negara-negara berkembang terutama di negara Indonesia mengalami peningkatan. Penyebab peningkatan persalinan *sectio caesarea* ini disebabkan atas indikasi medis maupun non medis. Ada beberapa indikasi yang dilakukan tindakan *sectio caesarea* adalah gawat janin, *diproporsi cepalopelvik*, persalinan tidak maju, plasenta previa, prolapsus tali pusat, panggul sempit dan preeklamsi.

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

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

Hasil: Hasil dari pengkajian didapatkan lima diagnosa yaitu risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi *pascapartum*, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis, menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan metode menyusui. Diagnosa keperawatan utama yang ditemukan adalah risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi *pascapartum*. Intervensi prioritas adalah monitor tanda dan gejala, monitor tanda-tanda vital, monitor konsistensi dan kontraksi uterus, observasi tinggi fundus uterus, jelaskan tanda dan gejala perdarahan, monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah, monitor koagulasi, anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan, pertahankan *bedrest* selama perdarahan.

Kesimpulan dan Saran: Dengan diangkatnya diagnosa keperawatan prioritas disesuaikan dengan kebutuhan dasar yang paling utama yaitu kebutuhan fisiologi. Untuk tenaga kesehatan perawat bekerja sama dalam memberi asuhan keperawatan dapat bekerja sama dalam tim dan berjalan seara optimal demi kesembuhan pasien.

Kunci: Asuhan Keperawatan Maternitas, Partus Tidak Maju, *Sectio Caesarea* (SC).

Daftar Pustaka: 40 (2011-2021).

Name : Azahra Safa Maurin
NIM : 201801010
Study Program : Associate's Degree in Nursing
Judul Karya Tulis Ilmiah : Nursing Care Mrs. A Post Partum Sectio Caesarea With Indications of Parturition Not Progressing in the S Room of the Bekasi Private Hospital During the Covid-19 Pandemi.
Halaman : xv + 119 pages + 3 tables + 5 attachment
Pembimbing : Lina Herida Pinem

ABSTRACT

Background: Sectio Caesarea deliveries in developing countries, especially in Indonesia have increased. The cause of the increase in cesarean section deliveries is due to medical and non-medical indications. There are several indications for cesarean section, namely fetal distress, cephalopelvic proportions, non-progressive labor, placenta previa, umbilical cord prolapse, narrow pelvis, and preeclampsia.

General Objectives: This case report aims to obtain a real picture of nursing care for patients with section caesarea on indications of incomplete labor through a comprehensive nursing process approach.

Writing Method: In preparing this case report using a descriptive method, namely by revealing the facts following the data obtained.

Results: The results of the study obtained five diagnoses, namely the risk of bleeding associated with postpartum complications, acute pain associated with physical injury agents (surgical procedures), risk of infection associated with the effects of pharmacological agents, ineffective breastfeeding associated with less exposed to information about the importance of breastfeeding and breastfeeding methods. The main nursing diagnosis found was the risk of bleeding related to postpartum complications. Priority interventions are monitoring signs and symptoms, monitoring vital sign, monitoring uterine consistency and contractions, observing uterine fundal height, explaining signs and symptoms of bleeding, monitoring hematocrit/hemoglobin values before and after blood loss, monitoring coagulation, recommend reporting immediately if it occurs, bleeding maintain bedrest during bleeding.

Conclusions and Suggestions: With the appointment of priority nursing diagnoses adjusted to the most important basic needs, namely physiological needs. For health workers, nurses working together in providing nursing care can work together in teams and run optimally for the sake of patient recovery.

Keyword: Maternity Nursing care, Undeveloped Parturition, Sectio Caesarea (SC).

Bibliography: 40 (2011-2021).

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan nikmat islam, iman, dan sehat sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. A *Post Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Partus Tidak Maju Di Ruang. S Rumah Sakit Bekasi”.

Adapun tujuan dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini untuk menyelesaikan tugas akhir semester pada mata kuliah Karya Tulis Ilmiah di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga. Dalam penyusunan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menyadari bahwa masih jauh dari kata sempurna, tetapi berkat doa, bimbingan, motivasi, dan semangat dari berbagai pihak, Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis akan mengucapkan banyak-banyak terimakasih kepada:

1. Ibu Ns. Lina Herida Pinem, S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing sekaligus penguji II yang sudah banyak meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan arahan, dukungan, dan motivasi kepada penulis dalam proses pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Ibu Ns. Edita Astuti Panjaitan, S.Kep., M.Kep selaku dosen penguji I yang telah memberikan masukan dan arahan kepada penulis dalam proses penilaian sidang Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ibu Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep.M.B selaku ketua prodi DIII Keperawatan sekaligus dosen Pembimbing Akademik (PA) yang telah membimbing masa perkuliahan selama 3 tahun dan sangat sabar meluangkan waktunya untuk terus memberikan dorongan, motivasi, arahan selama proses pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ibu Dr. Susi Hartati, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep.An selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan yang telah bersedia memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

5. Ibu Ns. Aprillia Veranita, S.Kep., M.Kep selaku dosen pengajar selama 3 tahun yang sudah mensupport dan mendukung penulis dalam melancarkan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ny. A dan suami selaku pasien kelolaan yang telah bersedia dan memberikan informasi kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan lancar.
7. Keluarga yang sangat saya sayangi, ayah Sutrisno, mamah Endah Setiyaningsih, dan adek Neyza Aura Ramadhani yang selalu mendoakan memberi dorongan motivasi, serta dukungan moril maupun materil kepada penulis selama menempuh pendidikan 3 tahun sehingga bisa sampai menyelesaikan tugas akhir Karya Tulis Ilmiah ini dengan lancar.
8. Serda Asep Munandar yang telah banyak membantu penulis dalam proses menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dan yang selalu memberikan doa, semangat, motivasi kepada penulis.
9. Teman terdekat penulis yaitu Fitria, Wulan, Dila, dan Fenny yang telah berjuang bersama-sama memberi dukungan dan motivasi penulis sejak awal masuk kuliah hingga menyelesaikan tugas akhir Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Teman seperjuangan Karya Tulis Ilmiah peminatan maternitas yaitu Yoli, Wiwit, Atikah, Sucianti dan Windi yang telah bersama-sama membantu dan memberikan semangat dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah kepada penulis.
11. Teman sedari kecil Mba Fitri, Mba Tami, dan Teh Nida yang telah memberikan semangat dan motivasi kepada penulis dalam proses menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
12. Dan semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, yang telah mendukung penulis melalui doa dan semangat dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa makalah ini masih jauh dari kata sempurna, karena keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki. Oleh karena itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun agar dapat

sempurna dalam memperbaiki Karya Tulis Ilmiah ini. Demikian penulisan makalah ini disusun, semoga dapat bermanfaat bagi pembaca dan khususnya mahasiswa keperawatan maupun perawat dalam pemberian asuhan keperawatan.

Jakarta, 11 Mei 2021



Azahra Safa Maurin

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK.....	v
ABSTRACT.....	vii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan Penulisan	6
C. Ruang Lingkup.....	7
D. Metode Penulisan	7
E. Sistematika Penulisan	8
BAB II.....	9
TINJAUAN TEORI.....	9
A. Konsep Masa Nifas.....	9
B. Adaptasi Fisiologis	12
C. Adaptasi Psikologis	24
D. Penatalaksanaan Medis	27
E. Konsep Dasar <i>Sectio Caesarea</i>	28
F. Konsep Dasar indikasi: Partus Tidak Maju.....	33
G. Konsep Asuhan Keperawatan <i>Sectio Caesarea</i>	37
1. Pengkajian	37
2. Diagnosa Keperawatan	42
3. Perencanaan Keperawatan.....	42
4. Implementasi Keperawatan.....	52
5. Evaluasi keperawatan	53
BAB III	54
TINJAUAN KASUS.....	54

A. Pengkajian	54
B. Data Fokus	64
C. Analisa Data	66
D. Diagnosa Keperawatan	69
E. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan	70
BAB IV	85
PEMBAHASAN	85
A. Pengkajian	85
B. Diagnosa Keperawatan	88
C. Perencanaan Keperawatan	89
D. Implementasi Keperawatan	94
E. Evaluasi Keperawatan	97
BAB V	100
PENUTUP	100
A. Kesimpulan	100
B. Saran	101
DAFTAR PUSTAKA	103
LAMPIRAN	107

DAFTAR TABEL

2.1 Perubahan Uterus.....	12
2.2 Macam-macam <i>Lochea</i>	14
3.1 Analisa Data.....	66

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I : Materi Manajemen Laktasi.
- Lampiran II : *Leaflet* Manajemen Laktasi.
- Lampiran III : *Booklet* Manajemen Laktasi.
- Lampiran IV : Materi *Breastcare*
- Lampiran V : *Leaflet Breastcare*

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Persalinan merupakan tahapan yang akan dilalui oleh seorang ibu hamil, persalinan seharusnya terjadi secara alamiah namun pada beberapa kasus persalinan harus dilakukan secara tindakan seperti *sectio caesarea*.

Persalinan adalah proses pengeluaran janin dan plasenta yang telah cukup bulan atau sudah mampu hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Rahardjo, 2012). Namun, persalinan melalui *sectio caesarea* berisiko kematian 25 kali lebih besar dan berisiko infeksi 80 kali lebih tinggi dibanding dengan persalinan normal/pervaginam (Rezeki & Sari Maya, 2018).

Tindakan *sectio caesarea* merupakan tindakan yang cepat dan mudah, namun demikian tindakan *sectio caesarea* dapat mengakibatkan beberapa komplikasi. Komplikasi yang dapat terjadi yaitu kerusakan pada beberapa organ seperti vesika urinaria dan uterus saat dilangsungkannya operasi, komplikasi dari anastesi, perdarahan, infeksi dan tromboemboli. Persalinan dengan *sectio caesarea* menyebabkan kematian ibu lebih besar dibanding dengan persalinan pervaginam. Selain itu persalinan *sectio caesarea* lebih sering terjadi mengakibatkan bayi yang baru dilahirkan mengalami *takipneu*. Resiko jangka panjang yang dapat terjadi adalah terjadinya plasenta previa, solusio plasenta akkata dan ruptur uteri (Viandika & Septiasari, 2020).

Dampak dari *sectio caesarea* dapat mengakibatkan komplikasi pada ibu dan bayi namun, angka persalinan dengan metode *sectio caesarea* mengalami

peningkatan di seluruh dunia dan melebihi batas kisaran 10%-15% yang di rekomendasikan oleh *World Health Organization* (WHO) dalam upaya penyelamatan nyawa ibu dan bayi. Negara diantaranya yaitu Amerika Latin dan wilayah Karibia menjadi negara yang menduduki angka metode *sectio caesarea* tertinggi dengan jumlah 40,5% yang diikuti oleh negara Eropa (25%), Asia (19,2%), dan Afrika (7,3%) (Sulistianingsih & Bantas, 2018). Di Indonesia berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan prevalensi pada persalinan dengan tindakan *sectio caesarea* adalah 17,5%, dengan wilayah tertinggi pada Provinsi DKI Jakarta (31,1%) dan wilayah terendah pada Provinsi Papua (6,7%). Angka persalinan *sectio caesarea* di Jawa Barat menurut Riskesdas 2018 yaitu sebanyak 15,5% (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Data yang diperoleh dari *medical record* di salah satu rumah sakit swasta bekasi dalam satu tahun terakhir dengan persalinan *sectio caesarea* adalah sebanyak 1.413 orang (49,0%).

Faktor risiko dengan persalinan *sectio caesarea* dapat disebabkan oleh ibu ataupun bayi. Penyebab dari bayi antara lain ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, kelainan letak bayi, plasenta previa, janin yang sangat besar, dan gemeli (bayi kembar). Sedangkan penyebab dari ibu yaitu kehamilan pada ibu berusia lanjut, preeklampsia-eklampsia, riwayat bedah *sectio caesarea* pada kehamilan sebelumnya, ibu memiliki riwayat penyakit tertentu (Viandika & Septiasari, 2020). Adapun selain faktor risiko diatas yang mengakibatkan persalinan secara *sectio caesarea* antara lain yaitu persalinan berkepanjangan atau partus tidak maju, bayi belum lahir lebih dari 24 jam sejak ketuban pecah, kontraksi yang lemah dsb (Aprina & Puri, 2016).

Partus Tidak Maju atau biasa disebut dengan partus lama merupakan persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada kehamilan primipara dan untuk kehamilan multipara berlangsung lebih dari 18 jam. Partus tidak maju merupakan fase dari suatu partus yang macet dan berlangsung terlalu

lama sehingga menimbulkan gejala-gejala seperti dehidrasi, infeksi, kelelahan, serta asfiksia, dan kematian dalam kandungan (Kurniati, 2021). Komplikasi dari Partus Tidak Maju yaitu atonia uteri, laserasi, perdarahan, infeksi, dan cedera akibat tindakan ekstraksi dan rotasi (Mariam, 2018). Untuk mencegah komplikasi yang dapat menyebabkan kematian pada ibu, maka tindakan persalinan yang efektif harus segera dilakukan melalui tindakan *sectio caesarea*.

Di dunia diperkirakan 130.000 Angka Kematian Ibu terjadi pada tahun 2017, risiko seumur hidup yang diperkirakan dari kematian ibu adalah 1 dari 56. Proporsi Angka Kematian Ibu (AKI) di Afrika Sub-Sahara adalah 18,2% lebih tinggi dibandingkan dengan negara Eropa proporsi Angka Kematian Ibu (AKI) hanya 0,5%. Afrika Sub-Sahara dan Asia Selatan menduduki sekitar 86% dari perkiraan jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia pada tahun 2017 adalah 254.000 jika dihitung Afrika Sub-Sahara saja terhitung sekitar 66% (196.000). Sementara untuk Asia Selatan menduduki angka 20% (58.000). Jika di negara Asia Tenggara menduduki lebih dari 5% (16.000) Angka Kematian Ibu (AKI) (WHO et al., 2017). Pada tahun 2012 indikator Angka Kematian Ibu (AKI) berada pada 359 per 100.000 kelahiran hidup, dan mengalami penurunan pada tahun 2015 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup. Dalam rencana strategi kementerian kesehatan 2015-2019 Pemerintah Republik Indonesia menargetkan untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dari 359 per 100.000 kelahiran hidup, menjadi 306 per 100.000 kelahiran hidup (Pamilangan et al., 2019). Saat ini di Indonesia Angka Kematian Ibu (AKI) mengalami penurunan pada tahun 2015 menduduki angka 305 per 100.000 kelahiram hidup kemudian pada tahun 2019 menyatakan bahwa AKI di Indonesia adalah 205 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2020). Pada tahun 2016 terdapat 797 kasus kematian ibu pada Provinsi Jawa Barat (Rahma & Kurniasih, 2017).

Upaya-upaya yang sudah dilakukan oleh *World Health Organization* (WHO) memasukkan salah satu target SDG's dalam kesehatan yaitu menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) pada tahun 2030 dengan rasio angka kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup (Wardani et al., 2021). Untuk mencapai target SDG's Pemerintah telah melakukan berbagai upaya untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI). Upaya-upaya untuk menurunkan angka kematian ibu tersebut salah satunya adalah melalui program pelayanan antenatal terpadu. Antenatal terpadu merupakan pelayanan kesehatan ibu hamil di fasilitas kesehatan secara komprehensif dan terpadu, yang mencakup dengan upaya promotif, preventif, kuratif serta rehabilitatif. Pemanfaatan pelayanan antenatal oleh ibu hamil pada dasarnya merupakan manifestasi dari salah satu bentuk perilaku di bidang kesehatan dalam upaya mencegah dan menanggulangi adanya penyakit atau gangguan yang dapat membahayakan kesehatan (Maelani & Cahyati, 2018).

Target upaya penurunan kematian ibu dapat dilakukan melalui pencegahan terjadinya komplikasi pada ibu pasca partum dengan tindakan *sectio caesarea* indikasi partus tidak maju. Pencegahan komplikasi pada masa nifas merupakan tanggung jawab yang sangat penting dipenuhi oleh tenaga kesehatan khususnya perawat. Peran perawat dalam asuhan keperawatan pada pasien *post partum sectio caesarea* dengan indikasi partus tidak maju yaitu diantaranya mencakup promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Upaya promotif yang dapat dilakukan oleh perawat yaitu memberikan edukasi terhadap peningkatan pemahaman pada ibu mengenai nutrisi yang baik/nutrisi tinggi protein untuk membantu masa pemulihan luka jahitan, menghindari terjadinya infeksi, dan perawatan luka operasi sata dirumah. Selain itu, upaya preventif lainnya dapat dilakukan dengan memantau kontraksi uterus agar tidak terjadi komplikasi lanjut seperti perdarahan. Prinsip-prinsip pencegahan COVID-19 pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir di masyarakat meliputi *universal precaution* dengan selalu mencuci tangan memakai sabun selama 20 detik atau dengan

hand sanitizer, pemakaian Alat Pelindung Diri (APD), menjaga kondisi kesehatan tubuh dengan rajin berolahraga dan istirahat yang cukup, makan dengan makanan bergizi yang seimbang dan mempraktikkan etika batuk dengan benar. Sedangkan prinsip-prinsip manajemen COVID-19 di fasilitas kesehatan yaitu dengan pencegahan awal isolasi, prosedur pencegahan infeksi sesuai dengan standar, terapi oksigen jika mengeluh sesak nafas, pemberian antibiotik empiris (mempertimbangkan untuk risiko sekunder akibat infeksi bakteri), pemeriksaan SARS-CoV-2, pemeriksaan infeksi penyerta yang lain, pemantauan pada janin, kontraksi uterus, ventilasi mekanis terdahulu apabila terjadi gangguan pernafasan yang progresif, perencanaan persalinan berdasarkan pendekatan individual/indikasi obstetri, dan pendekatan berbasis tim dengan multidisiplin (Kemenkes, 2020). Upaya kuratif yang dapat dilakukan perawat yaitu melakukan tindakan mandiri keperawatan atau dengan pengobatan, perawat dapat berkolaborasi untuk pemberian analgesik pasca operasi, pemberian antibiotik untuk mencegah infeksi pada bekas luka operasi dan perawatan pada luka bekas operasi. Perawat juga melakukan upaya rehabilitatif dengan menganjurkan klien untuk melakukan ambulasi dini, senam nifas untuk pemulihan kondisi kesehatan dan tetap melakukan kontrol kesehatan *post partum* sesuai dengan anjuran yang disarankan (Simanjuntak & Wulandari, 2017).

Berdasarkan uraian diatas dapat dilihat pentingnya peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara holistik yang dapat membantu proses penyembuhan pasien. Berdasarkan data diatas dan hasil observasi di Rumah Sakit, maka penulis tertarik untuk membuat makalah penulisan ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. A *Post Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Partus Tidak Maju Di Ruang. S Rumah Sakit Swasta Bekasi Di Masa Pandemi Covid-19” untuk memenuhi syarat kelulusan pada tugas akhir.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan dari penulisan ilmiah adalah diperolehnya pengalaman secara nyata dalam merawat pasien dan gambaran informasi pelaksanaan “Asuhan Keperawatan Pada Ny. A *Post Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Partus Tidak Maju Di Ruang. S Rumah Sakit Swasta Bekasi Di Masa Pandemi Covid-19”.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penulisan makalah ini yaitu:

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan pada Ny. A dengan *Post Partum Sectio Caesarea* atas indikasi Partus Tidak Maju.
- b. Penulis mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada Ny. A dengan *Post Partum Sectio Caesarea* atas indikasi Partus Tidak Maju.
- c. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Ny. A dengan *Post Partum Sectio Caesarea* atas indikasi Partus Tidak Maju.
- d. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. A dengan *Post Partum Sectio Caesarea* atas indikasi Partus Tidak Maju.
- e. Penulis mampu mengevaluasi pelaksanaan tindakan keperawatan pada Ny. A dengan *Post Partum Sectio Caesarea* atas indikasi Partus Tidak Maju.
- f. Penulis mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat dalam teori dan kasus.
- g. Penulis mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat, serta mencari solusi atau alternatif pemecahan masalah.

- h. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. A dengan *Post Partum Sectio Caesarea* atas indikasi Partus Tidak Maju.

C. Ruang Lingkup

Adapun ruang lingkup dalam penyusunan makalah ilmiah ini adalah “Asuhan Keperawatan pada Ny. A dengan *Post Partum Sectio Caesarea* atas indikasi Partus Tidak Maju di Ruang. S Rumah Sakit Swasta Bekasi Di Masa Pandemi Covid-19” yang dilaksanakan dari tanggal 30 April 2021 sampai dengan tanggal 2 Mei 2021.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan ilmiah ini menggunakan metode Deskriptif Naratif yang dimana artinya memberikan gambaran “Asuhan Keperawatan Pada Ny. A *Pasca Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Partus Tidak Maju Di Ruang. S Rumah Sakit Swasta Bekasi Di Masa Pandemi Covid-19” melalui pendekatan proses keperawatan. Selain itu penulis juga melakukan beberapa cara untuk menulis makalah ini yaitu:

1. Studi kasus yaitu memperoleh gambaran yang akurat dari pasien maupun keluarga dalam memberikan Asuhan Keperawatan kepada klien langsung sehingga dapat memperoleh perbandingan antara teori dengan kasus.
2. Studi kepustakaan yaitu dengan memperoleh bahan-bahan ilmiah yang bersifat teoritis baik secara asuhan keperawatan maupun aspek medik dengan menggunakan *literature* melalui media cetak seperti buku-buku dan media elektronik seperti internet.
3. Studi dokumentasi yaitu mengumpulkan data melalui *medical record* pasien, perawat ruangan, dan dokter.

E. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan ilmiah ini tersusun secara sistematika yang terdiri dari lima bab, dengan urutan sebagai berikut:

BAB I Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan Teori yang terdiri dari pengertian, etiologi, patofisiologi, penatalaksanaan medis, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

BAB III Tinjauan Kasus yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

BAB IV Pembahasan yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

BAB V Penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Masa Nifas

1. Pengertian

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah 2 jam lahirnya plasenta sampai 6 minggu (42 hari). *Puerperium* yaitu dari kata *Puer* yang artinya bayi dan *Parous* yang artinya melahirkan (Rini & D, 2016).

Masa nifas (*puerperium*) dimulai sejak lahirnya plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil (Dewi & Sunarsih, 2011).

Puerperium adalah masa setelah melahirkan bayi dan biasa disebut juga dengan masa pulih kembali, yang dimana bisa diartikan dengan keadaan pulihnya alat reproduksi seperti sebelum hamil (Sutanto, 2021).

2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut Dewi dan Sunarsih (2011) tujuan asuhan masa nifas, yaitu:

a. Mendeteksi Adanya Perdarahan Masa Nifas

Tujuan perawatan masa nifas adalah untuk menghindarkan/mendeteksi adanya kemungkinan pendarahan *postpartum* dan infeksi. Oleh karena itu, penolong persalinan sebaiknya tetap waspada, paling lambat satu jam *postpartum* untuk mengatasi kemungkinan terjadinya komplikasi persalinan. Umumnya wanita sangat lemah setelah melahirkan, apabila *partus* berlangsung lama.

b. Menjaga Kesehatan Ibu dan Bayi

Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikologis harus ditangani oleh penolong persalinan. Ibu dianjurkan untuk menjaga kebersihan seluruh tubuh. Penolong persalinan mengajarkan kepada ibu bersalin bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan

sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah disekitar *vulva* terlebih dahulu, yaitu dengan cara dari depan kebelakang setelah itu membersihkan daerah sekitar anus. Menyarankan ibu untuk mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun sebelum dan sesudah membersihkan daerah kemaluannya. Jika ibu mempunyai luka *episiotomi* atau *laserasi* ajarkan ibu untuk menghindari/tidak menyentuh daerah luka.

c. Melaksanakan Skrining Secara Komprehensif.

Melaksanakan skrining yang komprehensif dengan mendeteksi masalah, mengobati, kemudian merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya. Hal ini sebagai penolong persalinan bertugas untuk melakukan pengawasan pada kala IV yang meliputi pemeriksaan plasenta, pengawasan TFU, pengawasan PPV, pengawasan konsistensi Rahim, dan pengawasan keadaan umum ibu. Bila ditemukan permasalahan, maka harus segera melakukan tindakan sesuai dengan standar pelayanan pada penatalaksanaan masa nifas.

d. Memberikan Pendidikan Kesehatan Dini

Memberikan pelayanan kesehatan terkait dengan perawatan diri, nutrisi KB, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya, dan perawatan bayi yang sehat. Ibu-ibu *postpartum* harus di berikan pendidikan mengenai pentingnya gizi antara lain kebutuhan ibu menyusui, yaitu sebagai berikut.

- 1) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
- 2) Makan dengan diet yang seimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.
- 3) Minum sedikitnya minimal 3 liter air setiap hari (anjurkan pada ibu untuk minum sebelum menyusui).

e. Memberikan Penyuluhan Kesehatan Mengenai Laktasi dan Perawatan Payudara

- 1) Menjaga area payudara tetap bersih dan kering.
- 2) Menggunakan bra atau BH yang dapat menyokong payudara.

- 3) Apabila puting susu lecet, dapat dioleskan dengan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui. Jika puting susu mengalami lecet maka menyusui tetap dilakukan.
 - 4) Lakukan pengompresan jika payudara bengkak dan terjadi bendungan ASI.
- f. Konsultasi Mengenai Keluarga Berencana (KB)
- Memberikan konsultasi mengenai KB, diantaranya:
- 1) baiknya pasangan harus menunggu kurang dari 2 tahun sebelum hamil kembali. Setiap pasangan harus menentukan kapan dan bagaimana pasangan ingin merencanakan keluarganya dengan mengajarkan pada mereka tentang bagaimana cara mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.
 - 2) Rata-rata wanita akan menghasilkan ovulasi sebelum terjadinya haid setelah persalinan. Oleh karena itu, penggunaan KB digunakan sebelum haid pertama untuk mencegah kehamilan yang baru. Pada umumnya penggunaan metode KB dapat dimulai sejak 2 minggu setelah persalinan.
 - 3) Sebelum menggunakan metode KB sebaiknya harus dijelaskan terlebih dahulu mengenai efektivitasnya, efek samping, keuntungan dan kerugian, serta kapan metode tersebut dapat digunakan.
 - 4) Jika ibu dan pasangan telah memilih metode KB tertentu, dalam 2 minggu ibu dianjurkan untuk kembali ke fasilitas kesehatan. Dalam hal ini untuk melihat apakah metode tersebut bekerja dengan baik atau tidak.

3. Tahapan Masa Nifas

Menurut Yuliana dan Hakim (2020) masa nifas terbagi menjadi tiga tahapan, yaitu:

a. *Puerperium* dini

Suatu masa pemulihan yang dimana ibu dapat diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.

b. *Puerperium intermedial*

Suatu masa pemulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih enam minggu.

c. *Remote pueperium*

Merupakan waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama ibu, bila ibu selama hamil atau mungkin waktu persalinan mengalami komplikasi.

B. Adaptasi Fisiologis

1. Perubahan Sistem Reproduksi

Selama masa nifas, alat-alat reproduksi baik internal maupun eksternal berangsur-angsur kembali ke semula saat sebelum hamil. Perubahan keseluruhan alat genitalia ini disebut *involutio*. Pada masa ini terjadi juga perubahan penting lainnya, perubahan-perubahan yang terjadi antara lain sebagai berikut (Aritonang & Simanjuntak, 2021):

a. Uterus

Setelah plasenta lahir, uterus akan mulai mengeras karena adanya kontraksi dan retraksi otot-ototnya. Uterus berangsur mengecil sampai keadaan sebelum hamil (Wahyuningsih, 2019).

Tabel 2.1 Perubahan Uterus

Waktu	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	$\frac{1}{2}$ pusat <i>symphysis</i>	500 gram
2 minggu	Tidak teraba	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Normal	30 gram

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut (Aritonang & Simanjuntak, 2021):

1) Iskemia Miometrium

Hal ini disebabkan karena kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah lahirnya plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan terjadinya serat otot atrofi.

2) Atrofi Jaringan

Atrofi jaringan terjadi akibat reaksi penghentian hormon *estrogen* saat pelepasan plasenta.

3) *Autolysis*

Merupakan proses penghancuran sel yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali dari ukuran panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali dari lebarnya sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Dalam hal ini disebabkan karena penurunan hormon *estrogen* dan progesteron.

4) Efek Oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan mengakibatkan penekanan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi terjadinya perdarahan.

b. *Afterpains*

Pada ibu dengan kehamilan primipara, tonus uterus meningkat sehingga fundus pada umumnya tetap kencang. Relaksasi dan kontraksi yang periodik sering dialami pada kehamilan multipara dan biasanya menimbulkan nyeri yang bertahan sepanjang masa awal *puerperium*. Rasa nyeri setelah melahirkan lebih nyata setelah ibu melahirkan, yang terjadi di tempat uterus terlalu teregang (misalnya pada bayi besar dan kembar). Menyusui dan oksitosin

tambahan dapat meningkatkan nyeri, hal ini karena keduanya merangsang kontraksi uterus (Khasanah & Sulistyawati, 2017).

c. *Lochea*

Lochea merupakan ekskresi cairan rahim selama masa nifas. *Lochea* mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus (Kustriyani & Wulandari, 2021). *Lochea* yang berbau amis atau anyir dengan tingkat volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Pengeluaran *lochea* berlangsung pada hari pertama setelah persalinan hingga 6 minggu setelah persalinan dan mengalami perubahan warna serta jumlahnya karena proses involusi (Pratiwi & Nawangsari, 2020). Pengeluaran *lochea* dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya, seperti pada tabel berikut (Sutanto, 2021):

Tabel 2.2 Macam-macam *lochea*

<i>Lochea</i>	Waktu	Warna	Ciri-ciri
<i>Rubra (kruenta)</i>	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, <i>lanugo</i> (rambut bayi) dan sisa <i>meconium</i> . <i>Lochea rubra</i> yang menetap pada awal periode <i>postpartum</i> menunjukkan adanya perdarahan

			<i>postpartum</i> sekunder yang mungkin disebabkan tinggalnya sisa atau selaput plasenta.
<i>Sanguinolenta</i>	4-7 hari	Merah kecoklatan dan berlendir	Sisa darah bercampur lendir.
<i>Serosa</i>	7-14 hari	Kuning kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan atau laserasi plasenta. <i>Lochea serosa</i> dan <i>alba</i> yang berlanjut bisa menandakan adanya <i>endometris</i> , terutama jika disertai demam, rasa sakit atau nyeri tekan pada abdomen.
<i>Alba</i>	>14 hari berlangsung 2-6 <i>postpartum</i>	Putih	Mengandung leukosit, sel desidua dan sel epitel, selaput

			lendir <i>serviks</i> , dan serabut jaringan yang mati.
<i>Lochea Purulenta</i>			Terjadi infeksi dengan keluarnya cairan seperti nanah berbau busuk.
<i>Locheastasis</i>			<i>Lochea</i> tidak lancar keluarnya.

d. Vagina dan Perineum

Selama proses persalinan sistem reproduksi pada vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan mengendor. *Rugae* timbul kembali pada minggu ketiga. Himen tampak tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan akan berubah menjadi *karankulae mitiformis* yang khas bagi wanita pada persalinan multipara. Ukuran vagina selalu lebih besar dibandingkan dengan keadaan saat sebelum persalinan pertama.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan akan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan tindakan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkatan tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir *puerperium* dengan latihan harian (Tonasih & Sari, 2019).

e. Serviks

Pada serviks mengalami involusi bersama dengan uterus. Perubahan-perubahan yang terjadi pada serviks masa *postpartum*

adalah bentuk serviks yang akan menganga seperti bentuk corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang terdapat adanya kontraksi, sedangkan serviks yang tidak berkontraksi, dapat seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam bentuk cincin. Warna serviks yaitu merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Beberapa hari setelah persalinan, *ostium externum* dapat dilalui dengan 2 jari, pada pinggir-pinggirnya tidak rata tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh 1 jari saja dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari *canalis cervicalis*.

Pada serviks membentuk sel-sel otot baru yang mengakibatkan serviks memanjang seperti celah. Namun, saat setelah involusi selesai, *ostium externum* tidak serupa dengan keadaan sebelum hamil, pada umumnya *ostium externum* lebih besar dan tetap ada retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir samping. Oleh robekan ke samping ini terbentuk bibir depan dan bibir belakang pada serviks (Rini & D, 2016).

f. Abdomen

Pada wanita saat berada pada hari-hari setelah melahirkan, perut masih menonjol dan memberikan penampilan yang masih hamil. Selama 2 minggu pertama setelah lahir, dinding perut rileks. Dibutuhkan 6 minggu hingga dinding abdomen kembali ke keadaan sebelum hamil (Kustriyani & Wulandari, 2021).

g. Payudara

Wanita yang telah melahirkan akan mengalami proses laktasi terjadi yang terjadi secara alami. Terdapat 2 mekanisme: produksi susu, sekresi susu atau *let down*.

Selama kehamilan jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya mempersiapkan makanan bagi bayi. Pada hari ketiga

setelah melahirkan efek prolaktin pada payudara ibu mulai dirasakan, sel acini yang menghasilkan ASI mulai berfungsi. Ketika bayi menghisap puting, oksitosin merangsang ensim *let down* (mengalirkan) sehingga menyebabkan ejsi ASI (Wahyuningsih, 2019).

2. Perubahan Sistem Pencernaan

Sistem gastrointestinal saat kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, di antaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan memperlambat kontraksi otot-otot polos. Pasa melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal (Aritonang & Simanjuntak, 2021).

Menurut Pitriani dan Andriyani (2014) ada beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain:

a. Nafsu Makan

Setelah melahirkan, rata-rata ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu sekitarr 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, tidak menutup kemungkinan asupan makananpun juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

b. Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna akan menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan pada pengobatan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

c. Pengosongan Usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Dalam hal ini, disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan

awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid atau pun laserasi jalan lahir. Sistem pencernaan pada ibu masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal.

Adapun beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain:

- 1) Pemberian diet/makanan yang mengandung serat.
- 2) Pemberian cairan yang cukup.
- 3) Pengetahuan tentang pola eliminasi pasca melahirkan.
- 4) Pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir.

Jika usaha diatas tidak berhasil dapat dilakukan pemberian huknah atau obat yang lain.

3. Perubahan Sistem Perkemihan

Pelvis ginjal teregang dan dilatasi selama kehamilan, kembali normal akhir minggu ke-4 setelah melahirkan. Kurang dari 40% wanita *postpartum* mengalami proteinuri non patologis, kecuali pada kasus preeklamsi (Wahyuningsih, 2019). Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama, kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam setelah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam waktu 6 minggu (Tonasih & Sari, 2019).

4. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Setelah persalinan dinding perut longgar karena diregang begitu lama, tetapi biasanya pulih dalam 6 minggu. Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara

berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi. Alasannya, ligamen rotundum menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Akibat putusnya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihannya dibantu dengan latihan (Sutanto, 2021).

5. Perubahan Sistem Endokrin

Menurut Sutanto (2021) ada beberapa hormon yang mempengaruhi sistem endokrin, yaitu:

a. Hormon Plasenta

Selama periode *postpartum* terjadi perubahan hormon yang besar. Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan signifikan hormon-hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan.

Penurunan hormon *Human Placental Lactogen* (HPL), estrogen, dan progesteron serta *plasenta enzyme insulinase* membalik efek diabetogenik kehamilan, sehingga kadar gula darah menurun secara bermakna pada nifas. Ibu diabetik biasanya membutuhkan insulin dalam jumlah yang jauh lebih kecil selama beberapa hari. Alasannya, perubahan hormon normal ini membuat masa nifas menjadi suatu periode transisi untuk metabolisme karbohidrat, interpretasi tes toleransi glukosa lebih sulit pada saat ini. *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 *postpartum* dan sebagai onset pemenuhan *mamae* pada hari ke-3 *postpartum*.

b. Hormon *Pituitary*

Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH meningkat

pada fase kontraksi folikuler pada minggu ke-3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c. Hormon Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan dari kelenjar bawah otak bagian belakang (posterior), bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ketiga persalinan, oksitosin menyebabkan pemisahan plasenta. Kemudian seterusnya bertindak atas otot yang menahan kontraksi, mengurangi tempat plasenta dan mencegah perdarahan. Pada wanita yang memilih menyusui bayinya, isapan sang bayi merangsang keluarnya oksitosin lagi dan ini membantu uterus kembali ke bentuk normal serta pengeluaran air susu.

d. Hipotalamik Pituitari Ovarium

Bagi wanita yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Seringkali menstruasi pertama itu bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron. Diantara wanita laktasi sekitar 15% memperoleh menstruasi selama 6 minggu dan 45% setelah 12 minggu, sedangkan wanita yang tidak laktasi 40% menstruasi setelah 6 minggu, 65% setelah 12 minggu dan 90% setelah 24 minggu. Umumnya, wanita laktasi 80% menstruasi pertama anovulasi dan untuk wanita yang tidak laktasi 50% siklus pertama anovulasi (Sutanto, 2021).

6. Perubahan Tanda-Tanda Vital

a. Suhu

Dalam 24 jam *postpartum* suhu akan naik sekitar 37,5°C-38°C yang merupakan pengaruh dari proses persalinan dimana ibu kehilangan banyak cairan dan kelelahan. Hari ke-3 suhu akan naik lagi karena proses pembentukan ASI, payudara menjadi bengkak, berwarna merah. Peningkatan suhu bisa juga disebabkan karena infeksi pada endometrium, mastitis, infeksi *tractus urogenitalis*. Sebagai tenaga

kesehatan harus mewaspadai bila suhu lebih dari 38°C dalam 2 hari berturut-turut pada 10 hari pertama *postpartum* dan suhu harus terus diobservasi minimal 4 kali sehari.

b. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa berkisar 60-80 kali permenit. Setelah persalinan denyut nadi menjadi lebih cepat. Denyut nadi yang cepat (>100x/menit) biasa disebabkan karena infeksi atau perdarahan *postpartum* yang tertunda.

c. Pernafasan

Pernafasan selalu terkait dengan kondisi suhu dan denyut nadi. Apabila nadi dan suhu tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali pada kondisi gangguan saluran pernafasan. Umumnya, respirasi cenderung lambat atau normal karena ibu dalam kondisi pemulihan. Bila respirasi cepat >30 per menit mungkin diikuti oleh tanda-tanda *shock*.

d. Tekanan Darah

Tekanan darah relatif rendah karena ada proses kehilangan darah karena persalinan. Tekanan darah yang tinggi mengindikasikan adanya preeklamsi *postpartum*. Biasanya, tekanan darah normal yaitu <140/90 mmHg. Namun, dapat mengalami peningkatan dari pra persalinan pada 1-3 hari *postpartum*. Setelah persalinan sebagian besar wanita mengalami peningkatan tekanan darah sementara waktu. Keadaan ini akan kembali normal selama beberapa hari. Bila tekanan darah menjadi rendah menunjukkan adanya perdarahan *postpartum*. Sebaliknya, bila tekanan darah tinggi, merupakan petunjuk kemungkinan adanya preeklamsi yang bisa timbul pada masa nifas, tetapi hal seperti itu jarang terjadi.

Masa nifas setelah persalinan terjadi beberapa perubahan penting diantaranya makin meningkatnya pembentukan urin untuk mengurangi hemodilusi darah. Terjadi penyerapan beberapa bahan tertentu melalui pembuluh darah vena. Akibatnya, terjadi

peningkatan suhu badan sekitar $0,5^{\circ}\text{C}$ yang bukan merupakan keadaan patologis atau menyimpang pada hari pertama. Perluasan karena persalinan merupakan tempat masuknya kuman kedalam tubuh, sehingga menimbulkan infeksi pada kala nifas (Sutanto, 2021).

7. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Segera setelah bayi lahir, kerja jantung mengalami peningkatan 80% lebih tinggi daripada sebelum persalinan karena *autotransfusi* dari *uteroplacenter*. Resistensi pembuluh perifer meningkat karena hilangnya proses *uteroplacenter* dan kembali normal setelah 3 minggu. Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Bila kelahiran melalui *sectio caesarea* kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah dan *haemokonsentrasi*. Apabila pada persalinan pervaginam 4-6 minggu. Setelah melahirkan akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung dan dapat menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita *vitium cordia*. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya *haemokonsentrasi* sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai ke-5 hari *postpartum* (Sutanto, 2021).

8. Perubahan Sistem Hematologi

Ada 3 Jumlah kehilangan darah yang normal dalam persalinan menurut Sutanto (2021) yaitu sebagai berikut:

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

1500 ml

Jumlah sel darah putih akan meningkat terutama pada kondisi persalinan lama berkisar 25000-30000 tanpa adanya kondisi patologis. Semua ini dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi dari ibu. Selama minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen, dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama *postpartum*, kadar fibrinogen, dan plasma akan sedikit menurun. Namun, darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Suatu aktivasi pembekuan darah terjadi setelah persalinan. Hal ini bersamaan dengan tidak adanya pergerakan, trauma atau sepsis, yang mendorong terjadinya tromboemboli. Keadaan produksi yang paling tinggi dari pemecahan fibrin mungkin akibat pengeluaran dari tempat plasenta (Nurjanah et al., 2013).

Jumlah hemoglobin, hematokrit, dan eritrosit akan sangat bervariasi. Apalagi pada awal-awal masa *postpartum* sebagai akibat dari volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Kira-kira selama kelahiran dan masa *postpartum* terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 *postpartum* dan akan kembali normal dalam 4-5 minggu *postpartum* (Aritonang & Simanjuntak, 2021).

C. Adaptasi Psikologis

Beberapa penyesuaian dibutuhkan oleh wanita dalam menghadapi aktivitas dan peran barunya sebagai seorang ibu. Sebagian wanita berhasil menyesuaikan diri dengan baik, tetapi sebagian lainnya tidak berhasil menyesuaikan diri dan mengalami gangguan-gangguan psikologis dengan berbagai gejala atau sindrom yang diperoleh para peneliti dan klinis disebut dengan *postpartum blues*.

Banyak faktor yang diduga berperan pada sindrom ini, salah satu yang penting adalah kecukupan dukungan sosial dari lingkungan (terutama suami). Kurangnya dukungan sosial dari keluarga dan teman khususnya dukungan suami selama periode pasca bersalin (masa nifas) diduga kuat merupakan faktor penting dalam terjadinya *postpartum blues*. Banyak wanita merasa tertekan pada saat melahirkan, sebenarnya hal tersebut adalah wajar. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi yang harus di jalani. Tanggung jawab menjadi seorang ibu semakin besar dengan lahirnya bayi ke dunia. Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase sebagai berikut:

1. Fase *Taking In*

Periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, yang menjadi fokus perhatian ibu adalah dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan berulang kali diceritakannya. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Kemampuan mendengarkan dan menyediakan waktu yang cukup merupakan dukungan yang tidak ternilai bagi ibu. Kehadiran suami dan keluarga sangat di perlukan pada fase ini. Petugas kesehatan dapat menganjurkan kepada suami dan keluarga untuk memberikan dukungan moral dan menyediakan waktu untuk mendengarkan semua yang disampaikan oleh ibu agar ibu dapat melewati fase ini dengan baik. Gangguan psikologis yang mungkin dirasakan ibu pada fase ini adalah sebagai berikut:

- a. Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya, misalkan: jenis kelamin tertentu, warna kulit, dan sebagainya.
- b. Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu misalnya rasa malas akibat dari kontraksi rahim, payudara bengkak, akibat luka jahitan, dan sebagainya.
- c. Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.

d. Suami atau keluarga yang mengkritik ibu tentang cara merawat bayinya dan cenderung melihat saja tanpa membantu. Ibu akan merasa tidak nyaman karena sebenarnya hal tersebut bukan hanya tanggung jawab ibu saja, tetapi tanggung jawab bersama.

2. Fase *Taking Hold*

Fase/periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu memiliki perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah sehingga kita perlu berhati-hati dalam berkomunikasi dengan ibu. Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga timbul percaya diri. Tugas sebagai tenaga kesehatan adalah mengajarkan cara merawat bayi, cara menyusui yang benar, cara merawat luka jahitan, mengajarkan senam nifas, memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan ibu seperti gizi, istirahat, kebersihan diri, dan lain-lain.

3. Fase *Letting Go*

Merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri, dan bayinya, serta kepercayaan dirinya sudah meningkat. Pendidikan kesehatan yang diberikan pada fase sebelumnya akan sangat berguna bagi ibu. Ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya. Dukungan dari suami dan keluarga masih sangat diperlukan ibu. Suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi, mengerjakan urusan rumah tangga sehingga ibu tidak terlalu terbebani. Ibu memerlukan istirahat yang cukup sehingga mendapatkan kondisi fisik yang bagus untuk dapat merawat bayinya (Dewi & Sunarsih, 2011).

D. Penatalaksanaan Medis

1. Tes Diagnostic

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

- a. Hitung darah lengkap.
- b. Golongan darah (ABO), dan pencocokan silang, tes *Coombs*. Nb.
- c. Urinalisis: Menentukan kadar albumin/glukosa.
- d. Pelvimetri: Menentukan CPD.
- e. Kultur: Mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II.
- f. Ultrasonografi: Melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan persentasi janin.
- g. Amniosintesis: Mengkaji maturitas paru janin.
- h. Tes stress kontraksi atau tes non-stres: Mengkaji respon janin terhadap gerakan/stres dari pola kontraksi uterus/pola abnormal.
- i. Penentuan elektronik selanjutnya: Memastikan status janin/aktivitas uterus.

2. Terapi/Pelaksanaan

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

- a. Perdarahan dari vagina harus dipantau dengan cermat.
- b. Fondus uteri harus sering dipalpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap berkontak dengan kuat.
- c. Pemberian analgetik dan antibiotik.
- d. Periksa aliran darah uterus paling sedikit 30 ml/jam.
- e. Pemberian cairan intravaskuler, 3 liter cairan biasanya memadai untuk 24 jam pertama setelah pembedahan.
- f. Ambulasi satu hari setelah pembedahan klien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan orang lain.
- g. Perawatan luka: Insisi diperiksa setiap hari, jahitan kulit (klip) diangkat pada hari ke empat setelah pembedahan.

- h. Pemeriksaan laboratorium: Hematokrit diukur pagi hari setelah pembedahan untuk memastikan perdarahan pasca operasi atau mengisyaratkan hipovolemia.

E. Konsep Dasar *Sectio Caesarea*

1. Pengertian

Sectio Caesaria adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vaginam suatu *Histerotomi* untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Mochtar, 2002 dalam Aspiani, 2017).

Sectio Caesarea merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Ayuningtyas et al., 2018).

Sectio Caesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Syaiiful & Fatmawati, 2020).

2. Klasifikasi

Menurut Aspiani (2017) secara umum tindakan *sectio caesarea* dapat dibagi menjadi 3 (tiga) jenis, yaitu:

a. *Sectio Transperitonealis Profunda*

Sectio cesaria Transperitonealis Profunda dengan insisi di segmen bawah uterus. Insisi pada bawah rahim, bisa dengan teknik melintang atau memanjang.

Keunggulan/Kelebihan cara ini antara lain sebagai berikut:

- 1) Perdarahan luka insisi tidak banyak.
- 2) Penjahitan luka lebih mudah.

- 3) Penutupan luka dengan reperitoneal yang baik.
- 4) Bahaya peritonitis tidak besar.
- 5) Tumpang tindih dari *peritoneal Flap* baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritonium.
- 6) Perut pada uterus umumnya kuat, sehingga bahaya ruptur uteri tidak besar dikemudian hari.

Kelemahan/Kerugian adalah sebagai berikut:

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

b. *Sectio* Korporal atau Klasik

Insisi di buat pada korpus uteri, pembedahan ini yang lebih mudah dilakukan, hanya diselenggarakan apabila ada halangan untuk melakukan *sectio caesaria transperitonealis profunda* misalnya, melekat erat uterus pada dinding perut karena *sectio* yang sudah atau insisi segmen bawah uterus mengandung bahaya perdarahan yang banyak.

Kelebihan:

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

Kekurangan:

- 1) Infeksi mudah menyebar secara intra abdominal karena tidak ada reperitonealisasi yang baik.
- 2) Untuk persalinan berikutnya sering terjadi ruptur uteri spontan.

c. *Sectio Caesarea Peritoneal*

Dilakukan tanpa membuka peritonium parietalis, dengan demikian tidak membuka kavum abdominal. Dulu dilakukan untuk mengurangi bahaya infeksi, akan tetapi dengan kemajuan pengobatan terhadap infeksi, pembedahan ini jarang dilakukan. Rongga peritoneum tidak dibuka, dilakukan pada pasien infeksi

uterin berat. Menurut arah sayatan pada rahim *sectio* dapat dilakukan sebagai berikut:

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

Berdasarkan saat dilakukan *sectio caesarea* dapat dibagi atas:

- 1) *Sectio* primer: Direncanakan pada waktu antenatal care.
- 2) *Sectio* sekunder: Tidak direncanakan terlebih dahulu sewaktu sulit.

d. *Sectio Caesarea Hysterectomi*

Setelah *sectio caesaria*, dilakukan Hysterectomi dengan indikasi:

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

3. Indikasi

Adapun indikasi untuk melakukan *Sectio Caesaria* menurut Mochtar (2002) dalam Aspiani (2017) adalah sebagai berikut:

a. Indikasi Ibu

1) Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm diatas 37 minggu.

2) *Chepalo Pelvik Disproportion* (CPD)

Chepalo Pelvik Disproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran 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 menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal.

3) PEB (Pre-Eklamsi Berat)

Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, pre-eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting dalam ilmu kebidanan. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

4) Faktor Hambatan Jalan Lahir

Adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernafas.

5) Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior) dan totalis.

6) Partus lama (*prolonged labor*).

7) Ruptur uteri mengancam.

8) Distosia serviks.

9) Disfungsi uterus.

10) Distosia jaringan lunak.

b. Indikasi Janin Dengan *Sectio Caesarea*

1) Letak janin

a) Kelainan pada letak kepala

(1) Letak kepala tengadah

Bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB yang paling rendah.

Etiologinya kelainan panggul, kepala bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati, Kerusakan dasar panggul.

(2) Presentasi muka

Letak kepala tengah (defleksi), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah ialah muka. Hal ini jarang terjadi, kira-kira 0,27-0,5%.

(3) Presentasi dahi

Posisi kepala antara fleksi dan defleksi, dahi berada pada terendah dan tetap paling depan. Pada penempatan dagu, biasanya dengan sendirinya akan berubah menjadi letak muka atau letak belakang kepala.

b) Letak sungsang

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala difundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. Dikenal beberapa jenis letak sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki, sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki.

2) *Gemelli*/Bayi Kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara *caesar*. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

3) Kelainan uterus:

a) Uterus arkuatus.

b) Uterus septus.

c) Uterus duplekus.

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

4. Komplikasi

Menurut Syaiful & Fatmawati (2020) komplikasi yang sering terjadi pada ibu dan bayi saat setelah tindakan *sectio caesarea* adalah sebagai berikut:

a. Pada ibu

Infeksi *Pueperium* dapat mengalami kenaikan suhu pada beberapa hari dalam masa nifas, yaitu

- 1) Perdarahan.
- 2) Trauma kandung kemih akibat kandung kemih yang terpotong saat melakukan pembedahan *sectio caesarea*.
- 3) *Endometritis* yaitu infeksi atau peradangan pada *endometrium*.
- 4) Resiko ruptura uteri pada kehamilan selanjutnya.

b. Pada bayi

- 1) Hipoksia.
- 2) Depresi pernafasan.
- 3) Sindrom gawat pernafasan.
- 4) Trauma persalinan.

F. Konsep Dasar indikasi: Partus Tidak Maju

1. Pengertian

Partus Tidak Maju adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada *primi* dan lebih dari 18 jam pada *multi* (Aspiani, 2017).

Partus Tidak Maju adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 18 jam yang dimulai dari tanda-tanda persalinan (Candra Windu et al., 2016).

Partus Tidak Maju adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam digolongkan sebagai persalinan lama, sebagian besar partus tidak maju menunjukkan pemanjangan kala satu (Mariam, 2018).

2. Etiologi

Menurut Aspiani (2017) persalinan tidak maju dapat disebabkan oleh kelainan yang berhubungan dengan:

a. Keadaan his

His yang tidak efisien dan tidak efektif menyebabkan persalinan lama, ada dua macam his yang tidak efisien dan efektif yaitu:

- 1) His yang lemah (his hipotonik).
- 2) His yang kuat tetapi tidak terkoordinasi (his hipertonik).

b. Keadaan jalan lahir

1) Kelainan jalan lahir pada bagian lunak

Kelainan pada jalan akhir lunak yang tepat mengganggu kemajuan persalinan dan menimbulkan persalinan lama antara lain:

- a) Leher Rahim kaku yang dapat menghambat pembukaan serviks.
- b) Otot dasar panggul yang tegang dan kaku sehingga menghambat pengeluaran janin pada kala II.

2) Kelainan pada jalan lahir bagian yang keras.

3) Kelainan pada jalan lahir bagian keras yang dapat menghambat kemajuan persalinan (persalinan lama) adalah panggul sempit dan kelainan bentuk panggul.

c. Keadaan janin

Berbagai keadaan dari janin yang dapat menghambat kemajuan persalinan sehingga menimbulkan persalinan lama antara lain:

- 1) Kepala janin besar sehingga tidak ada keseimbangan antara kepala dan panggul seperti pada *Hidrosepalus*.
- 2) Kelainan letak janin seperti letak lintang dan letak sungsang.
- 3) Kelainan pada letak kepala seperti:
 - a) Kepala menengadah seperti letak muka, letak dahi dan letak puncak kepala.
 - b) Letak belakang kepala dengan putaran paksi macet (ubun-ubun kecil melintang) atau putaran paksi keliru (ubun-ubun kecil berputar ke belakang).

- c) Letak majemuk: Di samping kepala terdapat tangan atau lengan.

3. Manifestasi Klinis

Menurut Aspiani (2017) tanda dan gejala pada persalinan tidak maju antara lain:

- a. Pembukaan serviks tidak membuka (kurang dari 3 cm).
- b. Pembukaan serviks tidak melewati 3 cm sesudah 8 jam inpartu.
- c. Pembukaan *serviks* melewati garis waspada partograf:
 - 1) Frekuensi dan lamanya kontraksi kurang dari 3 kontraksi per 10 menit dan kurang dari 40 menit.
 - 2) *Secondary arrest of dilatation* atau *arrest of descent*.
 - 3) *Secondary arrest of dilatation* dan bagian terendah dengan kaput, terdapat *moulase* hebat, edema serviks, tanda *rupture uteri imminens, fetal* dan *maternal distress*.
 - 4) Kelainan presentasi.
- d. Pembukaan serviks lengkap, ibu ingin meneran tetapi tidak ada kemajuan penurunan.

4. Patofisiologi

Proses terjadinya Partus Tidak Maju dapat disebabkan oleh beberapa hal, salah satu diantaranya adalah faktor panggul (kesempitan panggul) dimana kesempitan pada pintu atas panggul di anggap sempit apabila *conjugata vera* kurang dari 10 cm atau diameter *transversa* kurang dari 12 cm. Oleh karena pada panggul sempit kemungkinan lebih besar bahwa kepala tertahan oleh pintu atas panggul, maka dalam hal ini serviks uteri kurang mengalami tekanan kepala. Apabila pada panggul sempit pintu atas panggul tidak tertutup dengan sempurna oleh kepala janin, ketuban bisa pecah pada pembukaan kecil dan ada bahaya pula terjadinya *prolapsus funikuli*.

Kesempitan pintu panggul tengah ukuran terpenting adalah *distansia interspinarum* kurang dari 9,5 cm perlu kita waspada terhadap kemungkinan kesukaran pada persalinan, apabila diameter sagitalis posterior pendek pula dan kesempitan pintu bawah panggul bila diameter *transversa* dan diameter sagitalis posterior kurang dari 15 cm, maka sudut arkus pubis mengecil pula (<80) sehingga timbul kemacetan pada kelahiran janin ukuran biasa.

Adapun faktor dari anak, posisi *Oksiput Posterior Persisten* kadang-kadang ubun-ubun kecil tidak berputar ke depan, tetapi tetap berada di belakang letak belakang kepala ubun-ubun kecil melintang karena kelemahan his dan kepala janin bundar. Kelainan tenaga juga merupakan hal yang dapat menyebabkan Partus Tidak Maju, dimana *inersia uteri* adalah his yang sifatnya lebih lemah, lebih singkat, dan lebih jarang dibandingkan dengan his yang normal. Persalinan normal rata-rata berlangsung tidak lebih dari 24 jam di hitung dari awal pembukaan sampai lahirnya anak.

5. Komplikasi

Menurut Aspiani (2017) komplikasi yang dapat terjadi pada klien Partus Tidak Maju adalah:

a. Ibu

- 1) Infeksi sampai sepsis.
- 2) Asidosis dengan gangguan elektrolit.
- 3) Robekan jalan akhir.
- 4) *Fistula buli-buli*, vagina, rahim dan rectum.

b. Janin

- 1) Gawat janin dalam rahim sampai meninggal.
- 2) Lahir dalam *asfiksia* berat sehingga dapat menimbulkan cacat otak menetap.
- 3) Trauma persalinan, fraktur klavikula, humerus dan femur.

G. Konsep Asuhan Keperawatan *Sectio Caesarea*

1. Pengkajian

Menurut Aspiani (2017) adapun pengkajian pada asuhan keperawatan *sectio caesarea*, yaitu sebagai berikut:

a. Identitas

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

b. Keluhan Utama

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

c. Riwayat Penyakit Sekarang

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

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Apakah klien pernah mengalami riwayat tindakan operasi sebelumnya.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

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

f. Riwayat Obstetri

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

1) Keadaan haid

Perlu ditanyakan kapan datangnya *menarche* siklus haid, hari pertama haid terakhir untuk dapat diketahui yang keluar darah muda atau darah tua, encer, atau menggumpal, lamanya nyeri atau tidak, pada sebelum atau sesudah haid, berbau atau tidak,

dimana untuk mengetahui gambaran tentang 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, persalinan yang lalu.

g. Pola Kebiasaan Sehari-hari

1) Respirasi

Pada kasus *post sectio caesarea* penyulit yang sering ditemukan adalah obstruksi jalan nafas, respirasi yang tidak adekuat dan raspirasi *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 fungsi langsung diberi makan, minum seperti biasanya, bahkan dianjurkan banyak minum.

3) Eliminasi

Meliputi berapa kali Buang Air Besar (BAB), Konsistensi, warna, bau, dan klien dengan *post sectio caesarea*, untuk Buang Air Kecil (BAK) melalui *dower cateter* yang sebelumnya telah terpasang.

4) Istirahat/Tidur

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

5) Mempertahankan Temperature Tubuh dan Sirkulasi

Pada klien dengan *post* operasi *sectio caesarea* mengalami gangguan salam hal temperatur tubuh, suhu tubuh $>37,5^{\circ}\text{C}$.

6) Kebutuhan Personal *Hygiene*

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

7) Aktivitas

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

8) Gerak dan Keseimbangan Tubuh

Aktivitas berkurang, tidak bisa berjalan karena nyeri dan ketidaknyamanan.

9) Kebutuhan Berpakain

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

10) Kebutuhan Keamanan

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

11) Sosialisasi

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

12) Kebutuhan Spiritual

Klien yang menganut agama islam selama keluar darah nifas/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 selam-lamanya 60 hari sesudah melahirkan.

13) Kebutuhan Bermain dan Rekreasi

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

14) Kebutuhan Belajar

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

h. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Keadaan umum biasanya lemah.

2) Kesadaran

Apatis.

3) Tanda-tanda vital

a) Tekanan darah: Normal atau menurun <120/90 mmHg.

b) Nadi : Nadi meningkat >80x/menit.

c) Suhu : Suhu meningkat >37,5°C.

d) Respirasi : Respirasi meningkat.

4) Pemeriksaan *head to toe*

a) Kepala

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

b) Wajah

Apakah ada *cloasma gravidarum*, konjungtiva pucat atau merah, adanya oedema.

c) Mata, Telinga, dan Hidung

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

d) Leher

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

e) Dada dan punggung

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

f) Payudara/*mamae*

Apakah puting menonjol atau tidak, areola menghitam, kolostrum.

g) Abdomen

Ada tidaknya distensi abdomen, bagaimana dengan luka operasi adakah perdarahan, berapa tinggi fundus uterus, 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, apakah

tanda-tanda hormon, refleksi patella, adakah tanda-tanda trombosis vena.

i) Genitalia

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

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Ketidaknyamanan Pasca Partum berhubungan dengan involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula.
- b. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.
- c. Risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas.
- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.
- f. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.
- g. Risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan perdarahan.
- h. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan/atau metode menyusui.
- i. Kesiapan peningkatan menjadi orang tua (SDKI, 2016).

3. Perencanaan Keperawatan

- a. Ketidaknyamanan Pasca Partum berhubungan dengan involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil menurut SLKI (2019):
 - 1) Kemampuan meningkatkan aktivitas meningkat (5).
 - 2) Keluhan nyeri menurun (5).

- 3) Tampak meringis menurun (5).
- 4) Sikap protektif menurun (5).
- 5) Frekuensi nadi membaik(5).
- 6) Tekanan darah membaik(5).

Intervensi menurut SIKI (2018):

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- 2) Identifikasi skala nyeri.
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal.
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon 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 (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain).
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).
- 3) Fasilitas istirahat dan tidur.
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

Edukasi

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri.
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.

- 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.
- 5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.
- b. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil menurut SLKI (2019):
- 1) Kebersihan tangan meningkat (5).
 - 2) Kebersihan badan meningkat (5).
 - 3) Demam menurun (5).
 - 4) Kemerahan menurun (5).
 - 5) Nyeri menurun (5).
 - 6) Bengkak menurun (5).
 - 7) Kadar sel darah putih membaik (5).

Intervensi: SIKI (2018):

Observasi

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik.

Terapeutik

- 1) Batasi jumlah pengunjung.
- 2) Berikan perawatan kulit pada area edema.
- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.
- 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi.

Edukasi

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

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.
- c. Risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pascapartum. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan perdarahan tidak terjadi dengan kriteria hasil menurut SLKI (2019):
- 1) Membran mukosa lembap meningkat (5).
 - 2) Kelembapan kulit meningkat (5).
 - 3) Hemoptisis menurun (5).
 - 4) Hematemesis menurun (5).
 - 5) Hematuria menurun (5).
 - 6) Hemoglobin membaik (5).
 - 7) Hematokrit membaik (5).

Intervensi menurut SIKI (2018):

Observasi

- 1) Monitor tanda dan gejala perdarahan.
- 2) Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah.
- 3) Monitor tanda-tanda vital ortostatik.
- 4) Monitor koagulasi (mis. Prothrombin time (PT), *partial thromboplastin time* (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan/atau platelet).

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, jika perlu.
 - 2) Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu.
 - 3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu.
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil menurut SLKI (2019):
- 1) Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat (5).
 - 2) Kecepatan berjalan meningkat (5).
 - 3) Keluhan lelah menurun (5).
 - 4) Dispnea saat aktivitas menurun (5).
 - 5) Dispnea setelah aktivitas menurun (5).
 - 6) Frekuensi nadi membaik (5).

Intervensi SIKI (2018):

Observasi

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.
- 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional.
- 3) Monitor pola dan jam tidur.
- 4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.

Terapeutik

- 1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, dan kunjungan).
- 2) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau pasif.
- 3) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan.

- 4) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.

Edukasi

- 1) Anjurkan tirah baring.
- 2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.
- 3) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang.
- 4) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan.

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil menurut SLKI (2019):
- 1) Kemampuan mandi meningkat (5).
 - 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat (5).
 - 3) Kemampuan makan meningkat (5).
 - 4) Kemampuan ke toilet untuk BAK & BAB meningkat (5).
 - 5) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat (5).
 - 6) Minat melakukan perawatan diri meningkat (5).

Intervensi menurut SIKI (2018):

Observasi

- 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia.
- 2) Monitor tingkat kemandirian.
- 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan.

Terapeutik

- 1) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi).

- 2) Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi).
- 3) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri.
- 4) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan.
- 5) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri.
- 6) Jadwalkan rutinitas perawatan diri.

Edukasi

- 1) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.
- f. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil menurut SLKI (2019):
- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat (5).
 - 2) Kekuatan otot meningkat (5).
 - 3) Rentang gerak (ROM) meningkat (5).

Intervensi menurut SIKI (2018):

Observasi

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi.
- 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi.
- 4) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi.

Terapeutik

- 1) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk).
- 2) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu.
- 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi.

Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi.
 - 2) Anjurkan melakukan ambulasi dini.
 - 3) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).
- g. Risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan perdarahan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil menurut SLKI (2019):
- 1) Asupan cairan meningkat (5).
 - 2) Output urine meningkat (5).
 - 3) Membran mukosa lembap meningkat (5).
 - 4) Edema menurun (5).
 - 5) Dehidrasi menurun (5).
 - 6) Tekanan darah membaik (5).
 - 7) Frekuensi nadi membaik (5).
 - 8) Kekuatan nadi membaik (5).
 - 9) Tekanan arteri rata-rata membaik (5).
 - 10) Mata cekung membaik (5).
 - 11) Turgor kulit membaik (5).

Intervensi menurut SIKI (2018):

Observasi

- 1) Monitor status hidrasi (mis. Frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah).
- 2) Monitor berat badan harian.
- 3) Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis.
- 4) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. Hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urine, BUN).

- 5) Monitor status hemodinamik (mis. MAP, CVP, PAP, PCWP jika tersedia).

Terapeutik

- 1) Catat *intake-output* dan hitung *balance* cairan 24 jam.
- 2) Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan.
- 3) Berikan cairan intravena, jika perlu.

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu.
- h. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan/atau metode menyusui. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan pengetahuan bertambah dengan kriteria hasil menurut SLKI (2019):

- 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) Berat badan bayi meningkat (5).
- 5) Tetesan/pancaran ASI meningkat (5).
- 6) Suplasi ASI adekuat (5).
- 7) Putting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan meningkat (5).
- 8) Kepercayaan diri ibu meningkat (5).
- 9) Lecet pada putting menurun (5).
- 10) Kelelahan maternal menurun (5).
- 11) Kecemasan maternal menurun (5).
- 12) Frekuensi mikri bayi membaik (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 untuk bertanya.
- 4) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui.
- 5) Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat.

Edukasi

- 1) Berikan konseling menyusui.
 - 2) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi.
 - 3) Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (*latch on*) dengan benar.
 - 4) Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa.
 - 5) Ajarkan perawatan payudara *postpartum* (mis. Memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin).
- i. Kesiapan peningkatan menjadi orang tua. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan kemampuan menjadi orang tua meningkat dengan kriteria hasil menurut SLKI (2019):
- 1) *Bouding 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 menurut SIKI (2018):

Observasi

- 1) Identifikasi keluarga risiko tinggi dalam progra 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 bertatapansi dalam *parent group programs*.
- 9) Fasilitasi orang tua dalam mengembangkan dan memelihara sistem dukungan sosial.
- 10) Sediakan media untuk mengembangkan ketrampilan sosial dan koping.
- 11) Fasilitasi mengatur penitipan anak, jika perlu.
- 12) Fasilitasi penggunaan kontrasepsi.

Edukasi

- 1) Ajarkan orang tua untuk menanggapi isyarat bayi.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahapan pengelolaan dan pelaksanaan dari rencana atau intervensi keperawatan yang telah dibuat pada tahapan perencanaan keperawatan. Tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pengetahuan untuk klien/keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang mungkin muncul di kemudian hari.

Komponen pada tahapan implementasi adalah:

- a. Tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai rencana keperawatan untuk menangani masalah keperawatan yang sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), yaitu:

- 1) Tindakan observasi.
 - 2) Tindakan terapeutik.
 - 3) Tindakan edukasi.
 - 4) Tindakan kolaborasi.
- b. Pendokumentasian semua tindakan keperawatan dan dokumentasi respon verbal maupun respon non verbal pada klien (Apriza et al., 2020).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah proses penilaian pencapaian tujuan serta pengkajian ulang rencana keperawatan. Dari evaluasi melihat nilai respon pasien yang meliputi subjek, objek, pengkajian kembali (*assessment*), rencana tindakan (*planning*). Tujuan dari evaluasi keperawatan yaitu untuk menentukan efisiensi asuhan keperawatan untuk mencegah atau mengobati respons klien terhadap prosedur kesehatan yang telah diberikan. Evaluasi sudah dimulai sejak tahap pengkajian data dan dapat menjadi indikator kemajuan klien terhadap tujuan kriteria hasil. Adapun tujuan dicatatnya komponen evaluasi, yaitu:

- 1) Mengkomunikasikan status klien dan hasilnya yang berhubungan dengan semua arti umum untuk semua perawat.
- 2) Memberikan informasi yang bermanfaat untuk memutuskan apakah mengawali, melanjutkan, memodifikasi, atau menghentikan asuhan keperawatan.
- 3) 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

Data Dasar

Pasien dengan Ny. A berusia 29 tahun masuk pada Tanggal 28 April 2021 masuk ke Kamar Bersalin pukul 08.10 WIB, dan melakukan pengkajian Tanggal 30 April 2021 pukul 17.50 WIB. Dengan diagnosa medis Pasca Partum *Sectio Caesarea* dengan indikasi Partus Tidak Maju di Ruang Seruni Kamar 532.1

1. Identitas Pasien

Pasien dengan Ny. A berusia 29 tahun bersuku Padang, dan menganut agama Islam dengan pendidikan terakhir S1 Ilmu Politik, Ny. A bekerja sebagai Karyawan Swasta. Suami Ny. A bernama Tn. M berusia 32 tahun bersuku Sunda, dan menganut agama Islam dengan pendidikan terakhir S1 Ekonomi bekerja sebagai Pegawai Swasta. Ny. A dan Tn. M tinggal bersama di Jakamulya, Bekasi Selatan. Status perkawinan yaitu 1 kali dengan lama pernikahan 9 bulan.

2. Resume

Ny. A berusia 29 tahun dengan riwayat obstetri G1P0A0 kehamilan 40-41 minggu dengan tafsiran persalinan Tanggal 24 April 2021 datang ke Rumah Sakit Swasta di Bekasi dengan didampingi oleh suami. Pasien mengatakan bahwa hasil USG janin normal tidak ada kekurangan satupun dan tidak tampak terlihat tali pusat pendek ataupun yang lainnya. Pada Tanggal 28 April 2021 pukul 08.20 WIB, dengan keluhan perut mules dan perut terasa kencang. Pasien mengatakan direncanakan induksi hari ini. Kemudian dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 112/80 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,3°C, pernafasan 20x/menit kemudian dilakukan palpasi abdomen dengan hasil TFU 35 cm, auskultasi DJJ 140x/menit teratur. Pukul 09.35

auskultasi DJJ dengan hasil 143x/menit teratur. Pukul 10.00 mengobservasi DJJ dengan hasil 137x/menit teratur dan dilakukan pemeriksaan *Vagina Toucher* (VT) dengan hasil belum ada pembukaan. Pukul 11.35 mengobservasi DJJ dengan hasil 142 x/menit teratur dengan his 2x10 menit kuat. Pukul 13.00 mengobservasi DJJ dengan hasil 135x/menit dan his 2x10 menit dengan durasi 30 detik. Pada pukul 14.30 observasi melakukan pemeriksaan auskultasi DJJ dengan hasil 150x/menit dan dilakukan pemeriksaan TTV dengan hasil tekanan darah 119/74 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,5°C, pernafasan 20x/menit. Pukul 16.30 dilakukan pemeriksaa VT dengan hasil belum ada pembukaan. Pukul 19.30 dilakukan pemeriksaan VT dengan hasil pembukaan 1 cm, auskultasi DJJ 148x/menit dengan kontraksi his 2x10 menit kekuatan sedang. Pukul 22.50 dilakukan *Vagina Toucher* (VT) dengan hasil pembukaan 1-2 cm, portio tebal retro, ketuban belum pecah. Pada Tanggal 29 April 2021 pukul 05.30 pasien dilakukan VT dengan hasil pembukaan 2 cm, DJJ 150 x/menit, ketuban belum pecah. Pada pukul 05.45 pasien dipasang balon *foley* no. 24 diisi dengan *aquades* 90 cc yang bertujuan untuk memudahkan pembukaan, DJJ 154 x/menit. Pukul 11.45 dilakukan auskultasi DJJ 132x/menit dengan kontraksi his 2x10 menit. Pukul 20.00 balon *foley* sudah lepas dan dilakukan VT dengan hasil pembukaan 4-5 cm, auskultasi DJJ 150x/menit. Pukul 20.45 dilakukan pemeriksaan VT dengan hasil pembukaan 5 cm, auskultasi DJJ 150x/menit dengan kontraksi his 2x10 menit. Pada Tanggal 30 April 2021 pukul 05.00 dilakukan pemeriksaan VT dengan hasil pembukaan masih dengan pembukaan 5 cm, ketuban belum pecah. Pukul 08.30 pasien dipasang infus tutofusin dan 5 IU induxin pada vena *metacarpal* kiri. Pukul 09.30 dilakukan pemeriksaan VT dengan hasil pembukaan masih tetap pada pembukaan 5 cm dengan portio tebal lunak, ketuban belum pecah, auskultasi DJJ 145x/menit teratur. Pukul 09.45 dilakukan amniotomi dengan hasil ketuban hijau encer dan pemeriksaan VT dengan hasil masih dengan pembukaan 5 cm,

portio tipis kaku, presentasi kepala janin di bidang *Hodge I*. Pukul 10.40 dilakukan VT dengan hasil pembukaan 6 cm, portio tipis kaku, dengan cairan ketuban hijau encer, presentasi kepala janin di bidang *Hodge I*. Pukul 12.00 pasien mengatakan ingin meneran dilakukan VT pembukaan 7 cm, portio tipis kaku, ketuban sudah tidak ada, presentasi kepala janin di bidang *Hodge I*, DJJ 133x/menit, pasien dianjurkan untuk tarik nafas tiup disaat ada his. Pukul 13.00 dilakukan VT pembukaan 10 cm/lengkap pasien dipimpin untuk meneran, tetapi kepala tidak turun masih di *Hodge I*. Karena tidak ada penurunan kepala janin dan presentasi kepala janin masih di bidang *Hodge I*, kemudian pasien direncanakan untuk tindakan *Sectio Caesarea*, dikarenakan kemajuan persalinan pada pasien mengalami kemacetan.

Pada pukul 13.55 pasien dipindah ke ruang operasi keadaan umum sakit ringan, kesadaran *composmentis*. Tindakan yang dilakukan *anestesi spinal*, pemasangan *Dower Cateter* nomor 14. Lamanya operasi 35 menit. Pukul 14.25 bayi lahir dengan APGAR *score* menit pertama 8 dan menit kelima 9, jenis kelamin perempuan, berat badan bayi 3250 gram, panjang badan bayi 48 cm, perdarahan 300 cc.

Pada pukul 17.30 pasien dipindahkan ke ruang Seruni. Keadaan pasien sakit sedang, kesadaran *composmentis*. Pasien mengatakan nyeri dengan karakteristik P: nyeri pada daerah luka operasi, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk dan perih, R: nyeri pada bagian abdomen bawah, S: skala nyeri 4, T: nyeri selama kurang lebih 1-2 menit hilang timbul dan nyerinya pada saat bergerak. Tindakan yang sudah dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36°C, pernafasan 20x/menit, dilakukan pemeriksaan TFU dengan hasil TFU setinggi pusat, luka operasi kering, tidak ada rembesan, dan tidak ada tanda-tanda inflamasi, kontraksi uterus kuat, konsistensi uterus keras, *loche rubra*. Masalah keperawatan yang ditemukan yaitu nyeri

akut. Tindakan keperawatan mandiri yang dilakukan ada mengajarkanteknik relaksasi nafas dalam. Tindakan kolaborasi yang telah dilakukan adalah memberikan obat broadced 1 gram dan terpasang infus tamolive 50 mg. Evaluasi secara umum masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

3. Riwayat Keperawatan

a. Keluhan Utama (saat ini)

Saat dilakukan pengkajian pada Tanggal 30 April pukul 17.55 pasien mengatakan nyeri dengan karakteristik nyeri P: nyeri pada daerah luka operasi, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk dan perih, R: nyeri pada bagian abdomen bawah, S: skala nyeri 4, T: nyeri selama kurang lebih 1-2 menit hilang timbul dan nyerinya pada saat bergerak. Pasien tampak meringis kesakitan, dan tampak membatasi pergerakan.

b. Riwayat Persalinan Sekarang

Ny. A melahirkan pada Tanggal 30 April 2021 pukul 14.25 ditolong oleh Dr. D dengan tipe persalinan *Sectio Caesarea* atas indikasi Partus Tidak Maju dengan waktu 32 jam dan tali pusat bayi pendek. Dengan jumlah perdarahan 300 cc. Bayi lahir berjenis kelamin perempuan, berat badan 3250 gram, panjang badan bayi 48 cm dengan APGAR *score* pada menit pertama 8 dan menit kelima 9.

c. Riwayat Obstetri

Riwayat obstetri Ny. A saat ini adalah G1P1A0 anak hidup 1. Anak pertama dengan usia kehamilan 40-41 minggu, tidak ada penyulit saat kehamilan, persalinan dengan jenis *Sectio Caesarea* atas indikasi Partus Tidak Maju, ditolong oleh dokter, tidak ada penyulit saat persalinan, komplikasi nifas tidak ada, berjenis kelamin perempuan, dengan berat badan 3250 gram, panjang badan 48 cm, keadaan saat ini sehat dan berusia 0 hari.

d. Riwayat Keluarga Berencana (KB)

Pasien belum pernah menggunakan KB karena baru melahirkan anak pertama, tetapi rencana yang akan datang pasien akan menggunakan KB alami yaitu dengan metode kalender. Pasien mengatakan mengetahui pengetahuan tentang KB dimananya fungsinya untuk menjarangkan anak.

e. Riwayat Imunisasi TT

Pasien mengatakan belum pernah melakukan imunisasi TT

f. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit Diabetes Mellitus, jantung, hipertensi maupun penyakit lain pada keluarganya

g. Riwayat Kebiasaan Sehari-hari Sebelum Dirawat

1) Pola Nutrisi/Cairan

Pasien mengatakan frekuensi makan 3 kali sehari dengan jenis makanan nasi, lauk pauk, sayur-sayuran, dan buah-buahan. Nafsu makan baik tidak ada mual maupun muntah dan tidak ada alergi atau toleransi makanan. Pasien mengatakan rata-rata berat badan sebelum hamil 45 kg dan berat badan sekarang 62 kg.

2) Pola Eliminasi

a) BAB

Pasien mengatakan BAB dalam sehari sebanyak 1 kali dengan frekuensi feses padat. Defeksi terakhir Tanggal 30 April 2021 pukul 13.00 pada saat mengeran, tidak ada *hemoroid* dan tidak ada keluhan pada saat BAB.

b) BAK

Pasien mengatakan BAK dalam sehari sebanyak 8-10 kali dengan karakteristik *urine* kuning jernih dan tidak ada keluhan saat BAK. Saat ini pasien terpasang kateter dan *urine* tertampung dalam *urine bag* dengan jumlah 300 cc dengan warna *urine* kuning keruh.

3) Personal *Hygiene*

- a) Mandi
Pasien mengatakan mandi dalam sehari sebanyak 2 kali pada pagi dan sore hari.
 - b) Oral *Hygiene*
Pasien mengatakan melakukan oral *hygiene* dalam sehari sebanyak 3 kali pada pagi, sore, dan pada saat akan tidur malam.
 - c) Rambut
Pasien mengatakan mencuci rambut sebanyak 1 kali dalam 2 hari.
- 4) Pola Aktivitas/Istirahat dan Tidur
Pasien bekerja sebagai karyawan swasta, waktu bekerja saat pagi hari sampai dengan sore, tidak ada pembatasan aktivitas pada saat kehamilan, kegiatan waktu luang pasien melakukan jalan-jalan ke *mall* dan menonton televisi, tidak ada keluhan saat beraktifitas, aktifitas sehari-hari Ny. A dilakukan secara mandiri, pasien tidak pernah tidur siang dikarenakan sibuk bekerja, dan tidur malam selama 7-8 jam, tidak ada keluhan/masalah saat tidur.
 - 5) Pola Kebiasaan Yang Mempengaruhi Kesehatan
Pasien mengatakan tidak pernah merokok, mengkonsumsi minuman keras, dan tidak ketergantungan obat.
 - 6) Pola Seksualitas
Pasien mengatakan tidak mempunyai masalah seksualitas selama masa kehamilan.
 - 7) Riwayat Psikososial
Pasien mengatakan kehamilan anak pertama tidak direncanakan, dan perasaan pasien senang karna diberikan amanah oleh Allah SWT yang sangat cepat, pasien mengatakan siap menjadi seorang ibu, tetapi pasien mengatakan belum mengetahui tentang pengetahuan manajemen laktasi, perawatan payudara

dan pasien mengatakan jika stress mengatasinya dengan jalan-jalan ke *mall* dan *shopping*. Pasien tinggal bersama suami dan berperan sebagai istri di rumah tangganya, harapan dari perawatan saat ini pasien mengatakan ingin cepat pulih dan bisa segera pulang dengan bayinya. Tidak ada faktor kebudayaan yang mempengaruhi kesehatan. Hasil dari *Skrinning Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) adalah 8 dengan interpretasi depresi tidak mungkin terjadi.

h. Satus Sosial Ekonomi

Pasien mengatakan penghasilan suami dan dirinya perbulan lebih dari Rp 1.000.000 dengan jaminan kesehatan yaitu asuransi *Mega Insurance Fullerton*.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Sistem Kardiovaskuler/Sirkulasi

Saat dilakukan pengkajian pada Ny. A didapatkan nadi pasien 85 x/menit dengan irama teratur dan denyut nadi kuat, tekanan darah 115/75 mmHg, suhu 36°C, pengisian kapiler kurang dari 3 detik, tidak ada edema, konjungtiva pasien tampak anemis, sklera tampak anikterik, tidak ada riwayat peningkatan tekanan darah, pasien tidak memiliki riwayat penyakit jantung, dan tidak ada keluhan lainnya.

b. Sistem Pernafasan

Jalan nafas pasien bersih, frekuensi pernafasan 20 x/menit dengan irama teratur, kedalaman dalam, tidak ada batuk, dan suara nafas vesikuler.

c. Sistem Pencernaan

Keadaan mulut pasien tampak gigi tidak ada *caries*, tidak ada stomatitis, lidah tidak kotor, dan tampak tidak memakai gigi palsu, tidak tercium bau mulut, pasien mengatakan tidak muntah, tidak ada kesulitan saat menelan, pasien mengatakan nafsu makan baik. Pasien mengatakan nyeri pada daerah perut karena luka operasi,

tidak ada rasa penuh di perut. Berat Badan sekarang 62 kg dan Tinggi Badan 159 cm dengan hasil Indeks Massa Tubuh (IMT) yaitu 24, bentuk tubuh tegak, membran mukosa lembab, hasil pemeriksaan lingkaran lengan atas adalah 26 cm, pasien mengatakan belum BAB setelah operasi, tidak ada hemoroid, dan tidak ada keluhan pada sistem pencernaan.

d. Neurosensori

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

e. Sistem Endokrin

Gula darah pasien 108 mg/dL (Tanggal 6 Februari 2021)

f. Sistem Urogenital

BAK pada saat pengkajian pasien tampak terpasang kateter dan *urine* tertampung dalam *urine bag* dengan jumlah 300 cc dengan warna *urine* kuning keruh, dan tidak ada keluhan saat BAK.

g. Sistem Integumen

Turgor kulit pasien baik elastis, warna kulit pucat, keadaan kulit pasien terdapat insisi operasi *sectio caesarea* pada area abdomen bawah dengan panjang luka insisi 12 cm, keadaan kulit pasien bersih, dan keadaan rambut pasien tampak lepek.

h. Sistem Muskuloskeletal

Pada pasien Ny. A terdapat kesulitan bergerak dikarenakan masih dalam tahap *bedrest* dikarenakan *post* operasi *sectio caesarea*. Ekstremitas pada tungkai simetris, tanda *homan sign* pada pasien negatif, tidak ada *oedema* dan tidak ada *varices*.

i. Dada dan Axilla

Mammae pasien tampak membesar, *areola mammae* tampak menghitam, *papila mammae* kanan dan kiri tampak *exverted*, kolostrum sudah keluar, produksi ASI sudah keluar tetapi hanya menetes sedikit, tidak ada sumbatan pada ASI, pasien belum

memberikan ASI pada bayinya dikarenakan masih dalam tahap bedrest, payudara sedikit membengkak.

j. Perut/Abdomen

Tinggi fundus uteri pasien 2 jari dibawah pusat, kontraksi/*after pain* kuat, konsistensi uterus keras. Terdapat luka operasi di abdomen bagian bawah karena luka *post* operasi *sectio caesarea*, luka tertutup kasa dan tidak ada rembesan, panjang luka insisi 12 cm.

k. Anogenital

Lochea rubra dengan warna darah merah segar, jumlah 1 softek 100 cc, dengan bau amis, perineum utuh. Tidak ada episiotomi dan tidak ada tanda-tanda REEDA karena pasien dilakukan *sectio caesarea*.

5. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Penunjang Tanggal 5 Februari 2021

Hematologi Ferritin 3,26 mg/mL (4,63-204 mg/mL)

Pemeriksaan Penunjang Tanggal 6 Februari 2021

Hematologi Hemoglobin **10,1*** g/dL (12-16 g/dL), hematokrit **27,3*** % (40-54%), leukosit 8.220/uL (4.000-10000 u/L), eritrosit **3,07*** juta/uL (4,0-5,5 juta/uL), trombosit 246.000/uL (150.000-350.000), MCH 32,9/pg (27-34/pg), MCV 89,1 fL (80-100fL), MCHC **36,9*** g/dl (32-36 g/dL), **Differential** basofil **0,3*** % (0,0-0,1%), eosinofil 1,1% (0,5-5,0%), netrofil **71,0*** % (50-70%), limfosit 17,5% (20-40%), monosit 10,1% (3-12%), **Gula Darah** gula darah sewaktu 108 mg/dL, **Fungsi Liver** HbsAg negative, HIV negative

Pemeriksaan Penunjang Tanggal 6 Februari 2021

Urinalisa warna kuning, kejernihan agak keruh, *glucosa* negatif, peotein negatif, bilirubin negatif, urobilinogen normal, berat jenis 1.015 (1.005-1.030), Ph 7,0 (6,0-9,0), nitrit negatif, keton negatif, *blood* negatif, **Sedimen** leukosit **5-10*** /LPB (0-5/LPB), eritrosit 1-2/LPK (0-3/LPK), epitel positif, silinder negatif, kristal negatif, jamur negatif.

Pemeriksaan Penunjang Tanggal 20 Mei 2021

Imuno-Serologi antigen SARS-CoV-2 negative.

Pemeriksaan Penunjang Tanggal 30 April 2021

Hematologi Koagulasi masa pendarahan 2,00 menit (1,00-6,00 menit), masa pembekuan 14,00 menit (9,00-15,00 menit).

6. Penatalaksanaan

a. Obat oral

- 1) *Bactesyn*, dengan dosis 375 mg diberikan 2 kali dalam sehari peroral.
- 2) *Starcef*, dengan dosis 200 mg diberikan 2 kali dalam sehari peroral.
- 3) *Asam Mefenamat*, dengan dosis 500 mg diberikan 3 kali dalam sehari peroral.
- 4) *Lactamor*, diberikan 3 kali dalam sehari peroral.
- 5) *Kaltrofen caps*, dengan dosis 50 mg diberikan 3 kali dalam sehari peroral.
- 6) *Invitec*, dengan dosis 200 mg diberikan 25mg extra peroral.

b. Obat Suppositoria

- 1) *Fleet Enema*, dengan dosis 133 mg diberikan extra persuppositoria.
- 2) *Kaltrofen Supp*, dengan dosis 100 mg diberikan extra persuppositoria.
- 3) *Tramal Supp*, dengan dosis 100 mg diberikan extra persuppositoria.
- 4) *Microlax*, diberikan 1 kali dalam sehari persuppositoria.

c. Obat Injeksi

- 1) *Vomceran*, dengan dosis 4 mg diberikan 2 kali dalam sehari perintravena.
- 2) *Tamolive*, dengan dosis 500 mg diberikan 4 kali dalam sehari perintravena.
- 3) *Remopain*, diberikan setiap 18 jam perintravena

B. Data Fokus

Data klinis Tanggal 30 April 2021 dengan keadaan umum sakit sedang, kesadaran *composmentis*, tanda-tanda vital yaitu Tekanan Darah 115/75 mmHg, Nadi 85 x/menit, Suhu 36°C, Pernafasan 20x/menit.

1. Kebutuhan Oksigenasi

a. Data Subjektif

Pasien mengatakan tidak ada sesak dan tidak batuk.

b. Data objektif

Jalan nafas bersih, frekuensi pernafasan 20x/menit, irama teratur, kedalaman dalam, suara nafas vesikuler.

2. Kebutuhan Cairan

a. Data Subjektif

Pasien mengatakan keluar darah dari kemaluannya, ganti softek baru 1 kali dengan jumlah 100 cc, tidak ada mual dan muntah.

b. Data Objektif

Pasien tampak mengeluarkan *lochea rubra* dari vagina, pasien tampak terpasang *kateter urine*, tampak tidak ada edema pada ekstremitas, turgor kulit elastis, mukosa bibir pasien lembab, perdarahan saat operasi sebanyak 300 cc, *balance* cairan dalam 24 jam *intake* (infus 2200+oral 1500) – *output* (perdarahan 400+urine 2000+IWL 625)= 3700 – 3025= +675 cc, CRT <3 detik, kontraksi uterus pasien kuat, konsistensi uterus keras, hematokrit 27,3%.

3. Kebutuhan Nutrisi

a. Data Subjektif

Pasien mengatakan tidak ada mual dan muntah, nafsu makan baik, pasien menghabiskan makan 1 porsi, tidak ada alergi makanan

b. Data Objektif

Pasien tampak lemas, konjungtiva anemis, pasien tampak menghabiskan 1 porsi makanan, berat badan pasien 62 kg dan tinggi badan 159 cm IMT 24, lingkaran lengan atas 26 cm, hemoglobin 10,1 mg/dL.

4. Kebutuhan Eliminasi

a. Data Subjektif

Pasien mengatakan belum BAB setelah operasi.

b. Data Objektif

Pasien tampak terpasang *kateter urine* dengan jumlah *urine* 300 cc berwarna kuning keruh, pasien tampak bedrest dan mengurangi pergerakan aktifitas.

5. Kebutuhan Aktivitas

a. Data Subjektif

Pasien mengatakan lemas, pasien mengatakan pergerakan terbatas karena masih dalam tahap bedrest.

b. Data Objektif

Pasien tampak lemas, pasien tampak dibantu suami untuk melakukan pergerakan, pasien tampak berhati-hati saat melakukan pergerakan, pasien dalam tahap bedrest 3 jam *post sectio caesarea* dengan anastesi spinal.

6. Kebutuhan Rasa Aman

a. Data Subjektif

Pasien mengatakan tidak ada bengkak dan kemerahan pada luka operasi, pasien mengatakan tidak ada rembesan pada luka operasi yang tertutup kassa.

b. Data Objektif

Pasien tampak terdapat luka insisi operasi pada area abdomen bagian bawah dengan panjang luka insisi 12 cm, luka operasi tampak tidak ada rembesan, suhu 36°C, leukosit 8.220vol%.

7. Kebutuhan Rasa Nyaman

a. Data Subjektif

Pasien mengatakan nyeri karena luka operasi *sectio caesarea*, nyeri seperti ditusuk-tusuk dan perih, nyeri pada di abdomen bagian bawah, pasien mengatakan skala nyeri 4, lama nyeri kurang lebih 1-2 menit hilang timbul, dan nyeri pada saat bergerak.

b. Data Objektif

Pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak berhati-hati saat bergerak, nadi 85x/menit.

8. Kebutuhan Aktualisasi Diri

a. Data Subjektif

Pasien mengatakan belum mengetahui pengetahuan tentang cara manajemen laktasi dan teknik menyusui, pasien mengatakan belum mengetahui pengetahuan tentang perawatan payudara.

b. Data Objektif

Pasien tampak bingung dan tidak mengerti saat dievaluasi tentang manajemen laktasi, perawatan payudara. Pasien tampak antusias untuk mengetahui tentang perawatan payudara.

C. Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>Data Subjektif: Pasien mengatakan nyeri karena luka operasi <i>sectio caesarea</i>. Nyeri seperti ditusuk-tusuk dan perih. Nyeri pada di abdomen bagian bawah. Pasien mengatakan skala nyeri 4. Lama nyeri kurang lebih 1-2 menit hilang timbul, dan Nyeri pada saat bergerak.</p> <p>Data Objektif: Pasien tampak meringis kesakitan.</p>	<p>Ketidaknyamanan Pasca Partum</p>	<p>Involusi Uterus, Proses Pengembalian Ukuran Rahim Ke Ukuran Semula</p>

	<p>Pasien tampak berhati-hati saat bergerak.</p> <p>Nadi 85x/menit.</p> <p>Panjang luka operasi 12 cm.</p>		
2.	<p>Data Subjektif:</p> <p>Pasien mengatakan keluar darah dari kemaluannya.</p> <p>Pasien mengatakan ganti softek baru 1 kali setelah operasi dengan jumlah 100 cc.</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Pasien tampak mengeluarkan <i>lochea rubra</i> dari vagina.</p> <p>Pasien tampak terpasang <i>kateter urine</i>.</p> <p>Turgor kulit elastis.</p> <p>Mukosa bibir pasien lembab.</p> <p>Perdarahan saat operasi sebanyak 300 cc dan perdarahan pada softek 100 cc dengan total perdarahan 400 cc.</p> <p>Tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat.</p> <p>CRT <3 detik.</p> <p>Kontraksi uterus pasien kuat.</p> <p>Konsistensi uterus keras.</p> <p>Hematokrit 27,3 vol%.</p> <p>Masa pendarahan 2,00 menit.</p> <p>Masa pembekuan 14,00 menit.</p>	Risiko Perdarahan	Komplikasi pascapartum
3.	<p>Data Subjektif:</p>	Risiko Infeksi	Efek Prosedur Invasif

	<p>Pasien mengatakan tidak ada bengkak dan kemerahan pada luka operasi.</p> <p>Pasien mengatakan tidak ada rembesan pada luka operasi yang tertutup kassa.</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Pasien tampak terdapat luka insisi operasi pada area abdomen bagian bawah dengan panjang luka insisi 12 cm.</p> <p>Luka operasi tampak tidak ada rembesan.</p> <p>Suhu 36°C.</p> <p>Leukosit 8.220 u/L.</p>		
4.	<p>Data Subjektif:</p> <p>Pasien mengatakan lemas.</p> <p>Pasien mengatakan pergerakan terbatas karena masih dalam tahap bedrest.</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Pasien tampak lemas.</p> <p>Pasien tampak dibantu suami untuk melakukan pergerakan.</p> <p>Pasien tampak berhati-hati saat melakukan pergerakan.</p>	Gangguan Mobilitas Fisik	Nyeri
5.	<p>Data Subjektif:</p> <p>Pasien mengatakan belum mengetahui bagaimana cara menyusui yang benar.</p>	Menyusui Tidak Efektif	Kurang Terpapar Informasi tentang pentingnya menyusui dan metode menyusui

<p>Pasien mengatakan ASI nya hanya keluar sedikit atau setetes saja.</p> <p>Pasien mengatakan payudaranya sedikit membengkak.</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Saat menyusui bayinya pasien tampak kebingungan bagaimana cara menyusui bayinya dengan benar.</p> <p>Pasien tampak bingung dan tidak mengerti saat dievaluasi tentang perawatan payudara.</p> <p>Pasien tampak antusias untuk mengetahui tentang manajemen laktasi dan perawatan payudara.</p>		
--	--	--

D. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidaknyamanan Pasca Partum berhubungan dengan Involusi Uterus, Proses Pengembalian Ukuran Rahim Ke Ukuran Semula.
Tanggal ditemukan : 30 April 2021
Tanggal teratasi : 2 Mei 2021
2. Risiko Perdarahan berhubungan dengan Komplikasi Pascapartum.
Tanggal ditemukan : 30 April 2021
Tanggal teratasi : 1 Mei 2021
3. Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif.
Tanggal ditemukan : 30 April 2021
Tanggal teratasi : 2 Mei 2021
4. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri.
Tanggal ditemukan : 30 April 2021

Tanggal teratasi : 2 Mei 2021

5. Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi Tentang Pentingnya Menyusui dan Metode Menyusui.

Tanggal ditemukan : 30 April 2021

Tanggal teratasi : 2 Mei 2021

E. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan

1. Ketidaknyamanan Pasca Partum berhubungan dengan Involusi Uterus, Proses Pengembalian Ukuran Rahim Ke Ukuran Semula.

Data Subjektif:

Pasien mengatakan nyeri karena luka operasi *sectio caesarea*, nyeri seperti ditusuk-tusuk dan perih. nyeri pada di abdomen bagian bawah, pasien mengatakan skala nyeri 4, lama nyeri kurang lebih 1-2 menit hilang timbul, dan nyeri pada saat bergerak.

Data Objektif:

Pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak berhati-hati saat bergerak, nadi 85x/menit, panjang luka operasi 12 cm.

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan klien menunjukkan penurunan rasa nyeri.

Kriteria Hasil:

Keluhan nyeri menurun dengan tingkat skala 5, Tanda-tanda vital dalam batas normal (Tekanan Darah: 110-120/80-90 mmHg) dan (Nadi: 60-100x/menit) membaik dengan tingkat skala 5, sikap protektif menurun dengan tingkat skala 5, skala nyeri berkurang dengan tingkat skala 1-2.

Rencana Tindakan:

- a. Identifikasi karakteristik nyeri *pershift*.
- b. Identifikasi skala nyeri *pershift*.
- c. Identifikasi respons nyeri non verbal.
- d. Monitor tanda-tanda vital (TD dan Nadi) *pershift*.
- e. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri *pershift*.

- f. Jelaskan strategi meredakan nyeri *pershift*.
- g. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam.
- h. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.
- i. Berikan terapi asam mefenamat 2x1 (500 mg) *peroral*.
- j. Berikan terapi kaltrofen supp 100 gram extra *perrectal*.
- k. Berikan terapi remopain setiap 18 jam *perdrip*.

Pelaksanaan Keperawatan:

Tanggal 30 April 2021

Pukul 17.55 mengkaji nyeri pasien secara komprehensif, dengan mengidentifikasi karakteristik nyeri dengan hasil P: nyeri pada daerah luka operasi, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk dan perih, R: nyeri pada bagian abdomen bawah, S: skala nyeri 4, T: nyeri selama kurang lebih 1-2 menit hilang timbul dan nyerinya pada saat bergerak. Pasien tampak meringis kesakitan, dan tampak membatasi pergerakan. **Pukul 18.15** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 115/75 mmHg, nadi 85 x/menit. **Pukul 18.20** mengobservasi respon nyeri non verbal dengan hasil pasien tampak meringis kesakitan dan berhati-hati saat bergerak. **Pukul 18.30** mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien tampak kooperatif dapat melakukan relaksasi nafas dalam.

Pukul 21.00 memberikan obat asam mefenamat 500 mg *peroral* dengan hasil obat berhasil diberikan dan obat tidak dimuntahkan (perawat ruangan). **Pukul 21.30** mengidentifikasi karakteristik nyeri P: nyeri pada daerah luka operasi, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk dan perih, R: nyeri pada bagian abdomen bawah, S: skala nyeri 4, T: nyeri selama kurang lebih 1-2 menit hilang timbul dan nyerinya pada saat bergerak. Pasien tampak meringis kesakitan, dan tampak membatasi pergerakan (perawat ruangan). **Pukul 22.00** memberikan obat remopain dengan hasil obat berhasil diberikan dan tetesan infus lancar (perawat ruangan). **Pukul 00.00** mengobservasi respons nyeri non verbal dengan hasil tampak pasien tidur (perawat ruangan). **Pukul 05.00** memonitor tanda-

tanda vital dengan hasil tekanan darah 119/80 mmHg, nadi 80x/menit (perawat ruangan). **Pukul 05.15** memberikan obat remopain dengan hasil obat berhasil diberikan dan tetesan infus lancar (obat habis kemudian di stop) (perawat ruangan).

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 1 Mei 2021 pukul 08.00 WIB.

S: pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada luka operasi

O: P: nyeri pada daerah luka operasi, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk dan perih, R: nyeri pada bagian abdomen bawah, S: skala nyeri 4, T: nyeri selama kurang lebih 1-2 menit hilang timbul dan nyerinya pada saat bergerak. Pasien tampak meringis kesakitan, dan tampak membatasi pergerakan. Tekanan darah 119/80 mmHg, nadi 80x/menit.

A: masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

P: hentikan pemberian terapi remopain diganti dengan pemberian asam mefenamat 3x1 (500 mg) per oral dan kaltrofen supp extra (100 mg) lanjutkan intervensi a, b, d, e, f, i, j.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 1 Mei 2021

Pukul 08.20 mengidentifikasi karakteristik nyeri P: nyeri pada daerah luka operasi, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk dan perih, R: nyeri pada bagian abdomen bawah, S: skala nyeri 3, T: nyeri selama kurang lebih 1-2 menit hilang timbul dan nyerinya pada saat bergerak. Pasien tampak meringis kesakitan, dan tampak membatasi pergerakan. **Pukul 11.00** memberikan obat kaltrofen supp 100 mg melalui rectal dengan hasil obat berhasil diberikan. **Pukul 12.30** memberikan obat asam mefenamat 500mg *peroral* dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. **Pukul 13.00** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 102/67 mmHg, nadi 78x/menit. **Pukul 14.30** mengidentifikasi karakteristik nyeri P: nyeri pada daerah luka operasi, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk dan perih, R: nyeri pada bagian abdomen bawah, S: skala nyeri 3, T: nyeri selama kurang lebih 1-2 menit hilang

timbul dan nyerinya pada saat bergerak (perawat ruangan). **Pukul 15.00** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 113/74 mmHg, nadi 72x/menit. **Pukul 16.00** memberikan obat kaltrofen supp 100 mg melalui rectal dengan hasil obat berhasil diberikan (perawat ruangan). **Pukul 19.00** memberikan obat asam mefenamat 500 mg dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan (perawat ruangan). **Pukul 22.00** mengidentifikasi karakteristik nyeri P: nyeri pada daerah luka operasi, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk dan perih, R: nyeri pada bagian abdomen bawah, S: skala nyeri 3, T: nyeri selama kurang lebih 1-2 menit hilang timbul dan nyerinya pada saat bergerak (perawat ruangan). **Pukul 05.00** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 115/76 mmHg, nadi 80x/menit (perawat ruangan).

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 1 Mei 2021 pukul 14.00 WIB

S: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi sedikit berkurang
 O: P: nyeri pada daerah luka operasi, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk dan perih, R: nyeri pada bagian abdomen bawah, S: skala nyeri 3, T: nyeri selama kurang lebih 1-2 menit hilang timbul dan nyerinya pada saat bergerak. Tekanan darah 102/67 mmHg, nadi 78x/menit
 A: masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai
 P: Hentikan pemberian terapi kaltrofen supp dan lanjutkan intervensi a,b,d,i.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 2 Mei 2021

Pukul 08.20 mengidentifikasi karakteristik nyeri P: nyeri pada daerah luka operasi, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk dan perih, R: nyeri pada bagian abdomen bawah, S: skala nyeri 2, T: nyeri selama kurang lebih 1-2 menit hilang timbul dan nyerinya pada saat bergerak. **Pukul 08.30** memberikan obat asam mefenamat 500 mg *peroral* dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. **Pukul 09.30** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 106/74, nadi 85x/menit.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 2 Mei 2021 pukul 14.00 WIB

S: pasien mengatakan nyeri sudah berkurang

O: P: nyeri pada daerah luka operasi, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk dan perih, R: nyeri pada bagian abdomen bawah, S: skala nyeri 2, T: nyeri selama kurang lebih 1-2 menit hilang timbul dan nyerinya pada saat bergerak. Tekanan darah 106/74, nadi 85x/menit.

A: masalah teratasi, tujuan tercapai

P: hentikan semua intervensi.

2. Risiko Perdarahan berhubungan dengan Komplikasi Pascapartum

Data Subjektif:

Pasien mengatakan keluar darah dari kemaluannya, pasien mengatakan ganti softek baru 1 kali setelah operasi dengan jumlah 100 cc.

Data Objektif:

Pasien tampak mengeluarkan *lochea rubra* dari vagina, pasien tampak terpasang *kateter urine*, turgor kulit elastis, mukosa bibir pasien lembab, perdarahan saat operasi sebanyak 300 cc dan perdarahan pada softek 100 cc dengan total perdarahan 400 cc, tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, CRT <3 detik, kontraksi uterus pasien kuat, konsistensi uterus keras, hematokrit 27,3%.

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan perdarahan tidak terjadi.

Kriteria Hasil:

Tanda-tanda vital dalam batas normal (tekanan darah) membaik dengan tingkat skala 5, konsistensi uterus keras, kontraksi uterus kuat, hematokrit dalam batas normal (40-54 vol%) membaik dengan tingkat skala 5. Hemoglobin dalam batas normal 10,1 g/dL (12-16 G/dL) membaik dengan tingkat skala 5. Perdarahan pasca operasi menurun dengan tingkat skala 5.

Rencana Tindakan:

- a. Monitor tanda dan gejala perdarahan *pershift*.
- b. Monitor tanda-tanda vital (tekanan darah) *pershift*.
- c. Monitor konsistensi dan kontraksi uterus *pershift*.
- d. Observasi tinggi fundus uteri *pershift*.
- e. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan.
- f. Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah *pershift*
- g. Monitor koagulasi *pershift*
- h. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan.
- i. Pertahankan *bedrest* selama perdarahan.

Pelaksanaan Keperawatan:

Tanggal 30 April 2021

Pukul 18.00 memonitor tanda dan gejala perdarahan dengan hasil tidak ada perdarahan hebat yang keluar. **Pukul 18.10** Monitor koagulasi dengan hasil masa pendarahan 2,00 menit dan masa pembekuan 14,00 menit **Pukul 18.15** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/70 mmHg. **Pukul 18.20** memonitor konsistensi dan kontraksi uterus dengan hasil konsistensi uterus terabas keras dan kontraksi uterus kuat. **Pukul 18.25** mempertahankan *bedrest* selama perdarahan dengan hasil pasien memahami dan akan *bedrest* selama 12 jam **Pukul 18.30** mengobservasi tinggi fundus uteri dengan hasil 2 jari dibawah pusat. **Pukul 18.35** mempertahankan *bedrest* selama perdarahan dengan hasil pasien dapat memahami

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 1 Mei 2021 pukul 08.00 WIB.

S: pasien mengatakan darah keluar melalui vagina dengan warna merah segar, berbau amis

O: tekanan darah 119/80 mmHg, konsistensi uterus pasien keras, kontraksi uterus kuat, dan tinggi fundus uterus teraba pada 2 jari

dibawah pusat. hematokrit 27,3 vol%, Hemoglobin 10,1 g/dL, masa pendarahan 2,00 menit, masa pembekuan 14,00 menit.

A: masalah teratasi, tujuan tercapai

P: hentikan semua intervensi

3. Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif

Data Subjektif:

Pasien mengatakan tidak ada bengkak dan kemerahan pada luka operasi, pasien mengatakan tidak ada rembesan pada luka operasi yang tertutup kassa.

Data Objektif:

Pasien tampak terdapat luka insisi operasi pada area abdomen bagian bawah dengan panjang luka insisi 12 cm, luka operasi tampak tidak ada rembesan, suhu 36°C, leukosit 8.220 u/L.

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi

Kriteria Hasil:

Tanda-tanda vital dalam batas normal (suhu: 36-37°C), kadar sel darah putih dalam batas normal (4.000-10.000 u/L) membaik dengan tingkat skala 5, kondisi luka dalam keadaan normal dan tetap kering, tidak ada pembengkakan dan kemerahan pada luka *sectio caesarea* menurun dengan tingkat skala 5.

Rencana Tindakan:

- a. Monitor tanda-tanda vital (suhu) pershift.
- b. Monitor kondisi luka dan balutan.
- c. Batasi jumlah pengunjung.
- d. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.
- e. Jelaskan tanda dan gejala infeksi.
- f. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.

- g. Lakukan perawatan luka pada hari ke-2.
- h. Edukasi mengkonsumsi nutrisi TKTP.
- i. Beri terapi starcef 2x1 (200 mg) *peroral*.
- j. Beri terapi vomceran 2x4 mg (4 mg) *perintravena*.
- k. Beri terapi tamolive 4x1 (500 mg) *perdrip*.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 30 April

Pukul 18.00 memonitor kondisi luka dan balutan dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi tidak tampak kemerahan dan bengkak, balutan tampak kering, luka tertutup kassa. **Pukul 18.15** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil suhu 36,5°C. **Pukul 18.20** mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar dengan hasil pasien sudah mengerti bagaimana teknik mencuci tangan dengan benar dan dapat mendemonstrasikan. **Pukul 18.30** menganjurkan untuk mengkonsumsi nutrisi TKTP dengan banyak makan putih telur dengan hasil pasien mengerti dan akan mengkonsumsi. **Pukul 21.00** memberikan obat starcef 200 mg *peroral* dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan kemudian memberikan obat vomceran 4 mg melalui intravena dan obat tamolive 500 mg melalui drip dengan hasil obat berhasil diberikan dan tetesan infus lancar (perawat ruangan). **Pukul 21.30** memonitor kondisi luka dan balutan dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi tidak tampak kemerahan dan bengkak, balutan tampak kering, luka tertutup kassa (perawat ruangan). **Pukul 05.00** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil suhu 36°C (perawat ruangan). **Pukul 06.00** pasien dimandikan kemudian dilakukan perawatan vulva dan *kateter urine* (perawat ruangan).

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 1 Mei 2021 pukul 08.00 WIB.

S: pasien mengatakan tidak ada bengkak dan kemerahan pada luka operasi

O: suhu 36,5°C, tidak ada kemerahan dan pembengkakan pada luka tidak ada rembesan di sekitar balutan kassa, luka tertutup balutan kassa. Leukosit 8.220 u/L.

A: masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

P: hentikan pemberian terapi vomceran dan tamolive tetap lanjutkan intervensi a, b, c,e

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 1 Mei 2021

Pukul 08.30 memberikan obat starcef 200 mg *peroral* dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. **Pukul 13.00** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil suhu 36,5°C. **Pukul 13.30** memonitor kondisi luka dan balutan dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi tidak tampak kemerahan dan bengkak, balutan tampak kering, luka tertutup kassa. **Pukul 15.00** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil suhu 36,3°C (perawat ruangan). **Pukul 17.00** mengobservasi pasien makan dengan hasil pasien makan habis 1 porsi (perawat ruangan). **Pukul 19.00** memberikan obat starcef 200 mg *peroral* dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. **Pukul 23.00** mengobservasi pasien dengan hasil pasien tenang bersama dengan bayinya (perawat ruangan). **Pukul 06.00** pasien dianjurkan untuk sarapan pagi dengan hasil pasien akan melaksanakan anjuran perawat (perawat ruangan).

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 1 Mei 2021 pukul 14.00 WIB.

S: pasien mengatakan tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan atau bengkak.

O: suhu 36°C, luka insisi tampak kering dan tidak ada rembesan, luka tertutup balutan kassa, luka tampak tidak ada kemerahan dan pembengkakan. Leukosit 8.220 u/L.

A: masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

P: lanjutkan intervensi a, c, e.

Penatalaksanaan Keperawatan

Tanggal 2 Mei 2021

Pukul 08.30 memberikan obat starcef 200 mg *peroral* dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. **Pukul 09.30** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil suhu 36°C. **Pukul 11.00** melakukan perawatan luka *post operasi sectio caesarea* dengan hasil keadaan luka bersih, kering, tidak ada rembesan pada luka, luka operasi tertutup balutan kassa, dan kassa sudah diganti. **Pukul 12.00** memberikan obat kaltrofen 100 mg diberikan extra *persuppositoria* (perawat ruangan). **Pukul 12.30** mengobservasi makan siang pasien dengan hasil pasien makan habis 1 porsi (perawat ruangan). **Pukul 13.00** melepas venflon di vena *metacarpal sinistra* dengan hasil tidak ada hambatan (perawat ruangan).

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 2 Mei 2021 pukul 14.00 WIB.

S: pasien mengatakan tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan atau bengkak.

O: suhu 36°C, luka insisi tampak kering dan tidak ada rembesan, luka tertutup balutan kassa, kassa tampak bersih setelah diganti. Leukosit 8.220 u/L.

A: masalah teratasi, tujuan tercapai

P: hentikan semua intervensi.

4. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri.

Data Subjektif:

Pasien mengatakan lemas, pasien mengatakan pergerakan terbatas karena masih dalam tahap bedrest.

Data Objektif:

Pasien tampak lemas, pasien tampak dibantu suami untuk melakukan pergerakan, pasien tampak berhati-hati saat melakukan pergerakan.

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik kembali normal.

Kriteria Hasil:

Nyeri menurun dengan tingkat skala 5, pergerakan ekstremitas meningkat dengan tingkat skala 5, kekuatan otot meningkat dengan tingkat skala 5.

Rencana Tindakan:

- a. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi.
- b. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi.
- c. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi.
- d. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan.
- e. Anjurkan melakukan ambulasi dini.

Pentalaksanaan Keperawatan

Tanggal 30 April 2021

Pukul 18.15 menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi dengan miring kanan dan miring kiri dengan hasil pasien mengerti dan akan melakukannya. **Pukul 18.20** menganjurkan melakukan ambulasi dini dengan hasil pasien paham dan akan melakukan ambulasi dini dengan perawat ruangan. **Pukul 18.30** mengajarkan ambulasi sederhana dengan hasil pasien dapat miring kanan miring kiri secara perlahan (perawat ruangan). **Pukul 00.00** mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi dengan hasil pasien mampu melakukan pergerakan miring kanan miring kiri (perawat ruangan).

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 1 Mei 2021 pukul 08.00

S: pasien mengatakan masih belum bisa menggerakkan ekstremitas secara bebas

O: Pasien tampak nyeri saat bergerak, pergerakan ekstremitas pasien tampak masih lemas, kekuatan otot pasien tampak lemas.

A: masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

P: lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 1 Mei 2021

Pukul 08.35 mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan dengan hasil pasien dapat duduk *semi fowler*. **Pukul 09.00** menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi dengan hasil pasien mengerti dan akan melakukan ambulasi dengan duduk **Pukul 10.00** mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi dengan hasil pasien sudah dapat duduk *semifowler*. **Pukul 12.00** Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi dengan hasil suami pasien membantu ambulasi dengan cara duduk *semi fowler*

Pukul 16.00 mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi dengan hasil pasien dapat duduk dan menyusui bayinya (perawat ruangan). **Pukul 22.00** mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan dengan hasil pasien dapat duduk tanpa dibantu (perawat ruangan).

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 1 Mei 2021 pukul 14.00 WIB.

S: pasien mengatakan sudah bisa duduk sendiri tanpa dibantu

O: pasien tampak masih nyeri saat bergerak, pergerakan ekstremitas pasien sudah kuat, kekuatan otot pasien kuat.

A: masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

P: lanjutkan intervensi a dan d.

Penatalaksanaan Keperawatan

Tanggal 2 Mei 2021

Pukul 09.00 mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan dengan berjalan pelan-pelan. **Pukul 13.00** mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi dengan hasil pasien dapat berjalan tegak dan sudah dapat mandi sendiri tanpa bantuan.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 2 Mei 2021 pukul 14.00 WIB.

S: pasien mengatakan sudah bisa berjalan pelan-pelan tetapi masih merasakan nyeri jika berjalan tegak.

O: pasien tampak tidak nyeri saat bergerak, pergerakan ekstremitas pasien kuat, kekuatan otot pasien kuat.

A: masalah teratasi, tujuan tercapai.

P: hentikan semua intervensi.

5. Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi Tentang Pentingnya Menyusui dan Metode Menyusui

Data Subjektif:

Pasien mengatakan belum mengetahui bagaimana cara menyusui yang benar.

Pasien mengatakan ASI nya hanya keluar sedikit atau setetes saja.

Pasien mengatakan payudaranya sedikit membengkak.

Data Objektif:

Saat menyusui bayinya pasien tampak kebingungan bagaimana cara menyusui bayinya dengan benar.

Pasien tampak bingung dan tidak mengerti saat dievaluasi tentang perawatan payudara.

Pasien tampak antusias untuk mengetahui tentang manajemen laktasi dan perawatan payudara.

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x30 menit diharapkan pengetahuan tentang manajemen laktasi dan perawatan payudara bertambah.

Kriteria Hasil:

Perlekatan bayi pada payudara ibu baik, kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat, tetesan/pancaran ASI yang keluar meningkat, suplai ASI yang adekuat.

Rencana Tindakan:

a. Identifikasi kesiapan pasien menerima informasi.

- b. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.
- c. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.
- d. Berikan kesempatan untuk bertanya.
- e. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui.
- f. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi.
- g. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar.
- h. Ajarkan perawatan payudara postpartum dengan cara pijat oksitosin, memerah ASI dan pijat payudara.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 1 Mei 2021

Pukul 10.10 mengidentifikasi kesiapan pasien untuk menerima informasi dengan hasil pasien siap diberikan edukasi mengenai cara menyusui bayi dengan benar **Pukul 10.15** Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan dengan hasil pasien sesekali melihat media leaflet yang sudah diberikan oleh perawat. **Pukul 10.20** menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi dengan hasil pasien sudah mulai mengerti dan paham. **Pukul 10.35** mengajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar dengan hasil pasien mampu mempraktekkan pada bayinya. **Pukul 10.40** menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan hasil pasien mengatakan untuk edukasi perawatan payudara di laksanakan pada tanggal 2 Mei 2021 pukul 10.00 WIB.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 1 Mei 2021 pukul 14.00 WIB

S: pasien mengatakan dapat memahami apa yang sudah dijelaskan oleh perawat.

O: Pasien tampak dapat menyusui bayi dengan benar dan dapat melakukan perlekatan payudara pada bayi dengan baik, pasien tampak mampu memposisikan bayi dengan benar.

A: masalah teratasi, tujuan belum tercapai

P: lanjutkan intervensi a, b, f.

Penatalaksanaan Keperawatan

Tanggal 2 Mei 2021

Pukul 10.00 mengidentifikasi kesiapan pasien untuk menerima informasi dengan hasil pasien siap diberikan edukasi mengenai cara perawatan payudara. **Pukul 10.10** Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan dengan hasil pasien sesekali melihat media leaflet yang sudah diberikan oleh perawat. **Pukul 10.25** mengajarkan cara perawatan payudara dengan memerah ASI saat payudara sudah membengkak dan melakukan pijat oksitosin dengan hasil pasien mengerti dan mampu melaksanakannya.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 2 Mei 2021 pukul 14.00

S: pasien mengatakan sudah paham dan mengerti cara perawatan payudara, pasien mengatakan hanya ingin diberikan penyuluhan mengenai *breastcare* dan tidak ingin untuk didemonstrasikan.

O: pasien tampak mengeluarkan ASI dari payudara dengan tetesan yang cukup banyak, suplai ASI pasien tampak adekuat.

A: masalah teratasi, tujuan tercapai

P: hentikan intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada Karya Tulis Ilmiah ini penulis akan menjabarkan kesenjangan antara teori dengan kasus pada “Asuhan Keperawatan Pada Ny. A *Post Partum Sectio Cesarea* Dengan Indikasi Partus Tidak Maju Di Ruang Seruni Rumah Sakit Swasta Bekasi Di Masa Pandemi Covid-19” yang dilaksanakan pada tanggal 30 April 2021 sampai dengan tanggal 2 Mei 2021. Dalam BAB ini sistematika pembahasan disesuaikan dengan tahapan-tahapan proses asuhan keperawatan yaitu yang dimulai dengan pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan, serta faktor pendukung dan faktor penghambat dalam melaksanakan proses asuhan keperawatan pada kasus kelolaan ini.

A. Pengkajian

Menurut Sutanto (2021) dalam 24 jam *postpartum* suhu akan naik sekitar 37,5°C-38°C yang merupakan pengaruh dari proses persalinan dimana ibu kehilangan banyak cairan dan kelelahan. Hari ke-3 suhu akan naik kembali karena proses pembentukan ASI, kemudian payudara menjadi bengkak, dan berwarna merah. Peningkatan suhu bisa juga disebabkan karena infeksi pada endometrium, mastitis, infeksi *tractus urogenitalis*. Sebagai tenaga kesehatan harus mewaspadaai bila suhu lebih dari 38°C dalam 2 hari berturut-turut pada 10 hari pertama *postpartum* dan suhu harus terus diobservasi minimal 4 kali sehari. Menurut Aspiani (2017) pada klien dengan *post operasi sectio caesarea* mengalami gangguan dalam hal temperatur tubuh, suhu tubuh >37,5°C. Namun, pada kasus kelolaan pada saat dikaji suhunya 36°C bahwa pada pasien tidak terjadi kenaikan suhu karena pasien tidak mengalami kelelahan dan tidak kehilangan cairan terlalu banyak.

Menurut Sutanto (2021) Jumlah sel darah putih akan meningkat terutama pada kondisi persalinan lama berkisar 25000-30000 tanpa adanya kondisi

patologis. Menurut Aritonang & Simanjuntak (2021) Jumlah hemoglobin, hematokrit, dan eritrosit akan sangat bervariasi. Apalagi pada awal-awal masa *postpartum* sebagai akibat dari volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Namun, pada kasus kelolaan saat dikaji tidak dapat dicek dikarenakan tidak ada pemeriksaan laboratorium yang terbaru.

Manurut Mochtar (2002) dalam Aspiani (2017) pemeriksaan penunjang pada klien dengan tindakan *sectio caesarea* salah satunya dengan hitung darah lengkap. Namun pada kasus kelolaan bahwa pemeriksaan penunjang pasien hanya ditemukan data-data lama. Seharusnya, pasien harus dipersiapkan pemeriksaan laboratorium sebelum operasi. Bahwa secara teori, *pre* operasi harus mempersiapkan pemeriksaan penunjang khususnya pemeriksaan darah lengkap khususnya hemoglobin yang bertujuan untuk mengantisipasi terjadinya perdarahan selama dan setelah operasi. Namun, pada kasus tidak dilakukan pemeriksaan penunjang karena sudah diperiksa 2 bulan sebelum dilakukan operasi *sectio caesarea*. Bahwa hal ini tentunya dapat mempengaruhi kondisi pasien karena manusia bersifat dinamis sehingga bisa terjadi perubahan dalam 2 bulan sebelumnya.

Menurut Nurjanah et al., (2013) pada hari pertama *postpartum*, kadar fibrinogen, dan plasma akan sedikit menurun. Namun, darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Suatu aktivasi pembekuan darah terjadi setelah persalinan. Hal ini bersamaan dengan tidak adanya pergerakan, trauma atau sepsis, yang mendorong terjadinya tromboemboli. Namun pada kasus kelolaan bisa saja itu terjadi tapi bisa juga tidak, karena pada saat dikaji pemeriksaan fisik terutama pada tanda homan sign dengan hasil negatif yang artinya sistem pada pembuluh darahnya bagus. Hal ini dikarenakan pada pasien sudah melakukan pergerakan ambulasi dini seperti pergerakan

ekstremitas bawah, miring kanan kiri yang bertujuan supaya tromboemboli tidak terjadi.

Menurut Dewi & Sunarsih (2011) pada fase *taking in* adalah periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, yang menjadi fokus perhatian ibu adalah dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan berulang kali diceritakannya. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Namun pada kasus kelolaan saat dikaji pasien mengatakan kehamilan anak pertama tidak direncanakan, dan perasaan pasien senang karna diberikan amanah oleh Allah SWT yang sangat cepat kemudian pasien juga mendapat dukungan penuh dari suaminya.

Indikasi pada kasus ini adalah Partus Tidak Maju (PTM), sesuai dengan teori bahwa pada kehamilan primi dikatakan dengan partus lama yaitu lebih dari 24 jam sudah termasuk indikasi Partus Tidak Maju sehingga harus dilakukan tindakan *sectio caesarea*. Dalam hal ini, yang menjadi indikasi Partus Tidak Maju (PTM) adalah tali pusat pendek. Tetapi, pada teori tidak ditemukan indikasi *sectio caesarea* pada janin terkait dengan tali pusat pendek. Pasien yang mempunyai tali pusat pendek tidak dapat melakukan *partus* spontan karena penurunan kepala janin tidak akan terjadi, sehingga janin tidak bisa membuka jalan lahir.

Faktor pendukung dalam pengkajian, yaitu pada saat dilakukan pengkajian pasien tampak kooperatif dalam memberikan informasi kepada penulis, dan penulis dapat melihat data dari rekam medis serta dapat informasi tentang pasien kelolaan dari perawat ruangan.

Faktor penghambat salah satunya adalah penulis melakukan pengkajian kurang mendalam terkait tentang pengetahuan pasien untuk KB alami dengan menggunakan metode kalender. Penulis juga tidak melakukan pengkajian yang mendalam terkait pengetahuan pasien tentang bagaimana

cara perawatan bayi baru lahir. Kemudian tidak adanya ditemukan data penunjang yang terbaru.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2016) diagnosa pada pasien *sectio caesarea* dengan indikasi partus tidak maju sebanyak 9 diagnosa keperawatan. Namun penulis mengangkat 5 diagnosa dengan 5 diagnosa yang sesuai dengan teori. Diagnosa keperawatan yang ada dalam teori tetapi tidak penulis angkat yaitu antara lain:

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas. Diagnosa tersebut tidak penulis angkat dikarenakan tidak ada data atau respon pasien yang sesuai dengan batasan karakteristik penyusunan diagnosa tersebut. Dibuktikan dengan pasien tidak mengalami sesak nafas dan tidak mengeluh kelelahan hanya saja pasien mengeluh nyeri karena terdapat luka pembedahan *post sectio caesarea*. Untuk yang sesuai dengan batasan karakteristik terkait dengan masalah aktivitas penulis mengangkat diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis karena pasien mendapatkan anastesi spinal sehingga tidak dapat beraktivitas selama 9 jam
2. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan. Diagnosa tersebut tidak penulis angkat dikarenakan tidak ada data atau respon pasien yang sesuai dengan batasan karakteristik penyusunan diagnosa tersebut. Dibuktikan dengan pada saat pengkajian pasien mampu untuk makan sendiri dan mandi setelah 24 jam pasca *partum*.
3. Risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan perdarahan. Diagnosa tersebut tidak penulis angkat dikarenakan tidak ada data atau respon pasien yang sesuai dengan batasan karakteristik penyusunan diagnosa tersebut. Dibuktikan bahwa perdarahan saat operasi dalam

batas normal yaitu sebanyak 300 cc. Dan dibuktikan dengan balance cairan pasien adalah +675 cc.

4. Kesiapan peningkatan menjadi orang tua. Diagnosa tersebut tidak penulis angkat dikarenakan. Dibuktikan dengan penulis tidak mengkaji tentang kesiapan ibu dan pengetahuan ibu untuk kesiapan peran menjadi orang tua sehingga masalah tersebut tidak dapat teridentifikasi.

Faktor pendukung dalam pembuatan diagnosa keperawatan yaitu dengan adanya referensi dari buku SDKI (2016) yang terdapat beberapa diagnosa untuk kasus *sectio caesarea*, pembuatan diagnosa didukung karena adanya keluhan pasien serta respon dari pasien yang sesuai dengan batasan karakteristik dalam mengangkat diagnosa keperawatan.

Faktor penghambat salah satunya adalah dalam pembuatan diagnosa keperawatan masih kurangnya referensi dalam kasus *sectio caesarea* terutama dalam konsep asuhan keperawatan, serta minim referensi di beberapa sumber tentang teori diagnosa keperawatan yang sesuai dengan kasus *sectio caesarea*.

C. Perencanaan Keperawatan

Menurut Siregar et al., (2021) dalam perencanaan keperawatan merupakan tahapan ketiga dari proses keperawatan. Rencana tindakan ini dibuat dengan memiliki tujuan khusus untuk menyelesaikan masalah atau diagnosis keperawatan dan meningkatkan kesehatan pada pasien.

Kesenjangan yang ditemukan antara teori dengan kasus dalam perencanaan keperawatan yaitu pada teori tidak ada batasan waktu untuk menyelesaikan perencanaan, sedangkan pada kasus terdapat batasan waktu yang bertujuan untuk sejauh mana penulis dapat berhasil dalam melakukan implementasi keperawatan yang berfokus pada keluhan yang terjadi saat pengkajian.

Adapun kesenjangan perencanaan keperawatan yang ditemukan antara lain:

1. Pada diagnosa ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan involusi uterus, proses pengambilan ukuran rahim ke ukuran semula. Pada teori menurut SIKI (2018) terdapat 19 intervensi untuk perencanaan keperawatan yang dapat dilakukan namun penulis hanya merencanakan 8 intervensi yang sesuai dengan kondisi dan keluhan pasien. Berikut intervensi yang tidak dimasukkan pada kasus antara lain:
 - a. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
 - b. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.
 - c. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.
 - d. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.
 - e. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.
 - f. Monitor efek samping penggunaan analgetik.
 - g. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain).
 - h. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).
 - i. Fasilitas istirahat dan tidur.
 - j. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.
 - k. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.

Intervensi yang tidak penulis masukkan pada teori kedalam kasus yaitu, antara lain: Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri karena pasien mengerti penyebab nyeri adalah dari luka pembedahan *sectio caesarea*. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri karena pasien paham penyebab nyerinya merupakan dari tindakan medis yaitu luka pembedahan *sectio caesarea*. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan karena pasien mendapat terapi analgetik sesuai dengan resep dari dokter. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis,

akupresur, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) karena pada pasien saat dikaji keadaannya sudah membaik dan pasien sudah diajarkan dengan teknik relaksasi nafas dalam. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) karena pasien saat nyeri tidak terdapat masalah yang disebabkan pada lingkungan kamar.

Penulis menambahkan intervensi monitor tanda-tanda vital khususnya pada nadi dan tekanan darah *pershit* karena pada pasien *post* operasi tanda-tanda vital mengalami ketidaknormalan karena adanya gangguan baik fungsi maupun bentuk (Pamungkas & Fitriyani, 2020). Kemudian penulis menambahkan intervensi berikan terapi asam mefenamat 2x1 (500 mg) sebagai obat meredakan nyeri, lalu penulis menambahkan intervensi berikan terapi kaltrofen supp 100 mg extra sesuai dengan intruksi dokter, setelah itu penulis menambahkan intervensi terapi remopain selama 18 jam pasca operasi dengan tujuan meredakan nyeri akut pasca operasi.

2. Pada diagnosa risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pascapartum. Pada teori menurut SIKI (2018) terdapat 17 intervensi untuk perencanaan keperawatan yang dapat dilakukan namun penulis hanya merencanakan 5 intervensi yang sesuai dengan kondisi dan keluhan pasien. Berikut intervensi yang tidak dimasukkan pada kasus antara lain:
 - a. Batasi tindakan invasif, jika perlu.
 - b. Gunakan kasur pencegahan dekubitus.
 - c. Hindari pengukuran suhu rektal.
 - d. Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi.
 - e. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi.
 - f. Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan.

- g. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K.
- h. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu.
- i. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu.
- j. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu.

Intervensi yang tidak penulis masukkan pada teori kedalam kasus yaitu, antara lain: Gunakan kasur pencegahan dekubitus karena pada pasien tidak mengalami *bedrest* total dan kesadaran pasien *composmentis*. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi karena pada pasien sudah BAB pada saat meneran. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu karena pada pasien mengalami perdarahan masa nifas dan merupakan hal yang wajar saat *pasca partum*.

Penulis menambahkan intervensi monitor konsistensi dan kontraksi uterus pershift karena pasien dalam keadaan *pasca partum* dan *post sectio caesarea*. Kemudian menambahkan intervensi observasi tinggi fundus uteri pershift karena untuk mengetahui adanya perdarahan atau tidak pada pasien *postpartum*.

3. Pada diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Pada teori menurut SIKI (2018) terdapat 12 intervensi untuk perencanaan keperawatan yang dapat dilakukan namun penulis hanya merencanakan 8 intervensi yang sesuai dengan kondisi dan keluhan pasien. Berikut intervensi yang tidak dimasukkan pada kasus antara lain:
 - a. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi.
 - b. Ajarkan etika batuk.
 - c. Anjurkan meningkatkan asupan cairan.
 - d. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.

Intervensi yang tidak penulis masukkan pada teori kedalam kasus yaitu, antara lain: ajarkan etika batuk karena pada saat dikaji pasien tidak mengalami batuk dan tidak terdapat sekret. Anjurkan meningkatkan asupan cairan karena pada pasien tidak mengalami kekurangan cairan

dan asupan cairan pasien telah cukup. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu karena pada pasien mengalami luka pembedahan *sectio caesarea* bukan melainkan infeksi yang menular.

Penulis menambahkan intervensi berikan terapi stracef 2x1 (200 mg), berikan terapi vomceran 2x4 mg, berikan terapi tamolive 4x1 (500 mg) sesuai dengan resep dokter sebagai antibiotik dan pengobatan untuk infeksi.

4. Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Pada teori menurut SDKI (2016) terdapat 10 intervensi untuk perencanaan keperawatan yang dapat dilakukan namun penulis hanya melakukan 5 intervensi yang sesuai dengan kondisi dan keluhan pasien. Berikut intervensi yang tidak dimasukkan pada kasus antara lain:
 - a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.
 - b. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi.
 - c. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi.
 - d. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk).
 - e. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu.

Intervensi yang tidak penulis masukkan pada teori kedalam kasus yaitu, antara lain: Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya karena pada pasien tidak tampak keluhan fisik lain hanya saja pasien mengalami keterbatasan gerak karena efek anastesi spinal. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk) karena pada pasien tidak mengalami fraktur.

5. Pada diagnosa menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan metode menyusui. Pada teori menurut SDKI (2016) terdapat 12 intervensi untuk perencanaan keperawatan yang dapat dilakukan namun penulis hanya

melakukan 8 intervensi yang sesuai dengan kondisi dan keluhan pasien. Berikut intervensi yang tidak dimasukkan pada kasus antara lain:

- a. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui.
- b. Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat.
- c. Berikan konseling menyusui.
- d. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengkompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa.

Intervensi yang tidak penulis masukkan pada teori kedalam kasus yaitu, antara lain: Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui karena pada saat dikaji pasien sedang tidak lagi menyusui. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengkompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa karena pada kasus kelolaan adalah pasien dengan *postpartum*.

Faktor pendukung dalam perencanaan keperawatan adalah dengan adanya sumber referensi yang sesuai yang dapat dijadikan acuan untuk merumuskan perencanaan keperawatan yang sesuai dengan kondisi dan keadaan pasien.

Faktor penghambat dalam merumuskan perencanaan keperawatan adalah kurangnya sumber referensi dari berbagai referensi buku untuk merumuskan perencanaan keperawatan dan bahasa perencanaan yang kurang dipahami oleh penulis.

D. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan yang sudah dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah disusun pada diagnosa keperawatan yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi), Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif, Risiko Perdarahan berhubungan dengan Komplikasi Pascapartum, Gangguan

Mobilitas Fisik berhubungan dengan Efek agen farmakologis, Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi.

1. Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan involusi uterus, proses pengambilan ukuran rahim ke ukuran semula. Implementasi keperawatan dilakukan secara baik yaitu dengan melakukan mengidentifikasi karakteristik nyeri *pershift*, mengidentifikasi skala nyeri *pershift*, mengidentifikasi respons nyeri non verbal, memonitor tanda-tanda vital (TD dan Nadi) *pershift*, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, memberikan terapi asam mefenamat 2x1 (500 mg) *peroral*, memberikan terapi kaltrofen supp 100 gram extra *perrectal*, memberikan terapi remopain setiap 18 jam *perdrip*. Adapun implementasi yang tidak dilaksanakan yaitu menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat. Hal ini dikarenakan pasien telah mendapat penjelasan mengenai obat oleh perawat ruangan.
2. Risiko Perdarahan berhubungan dengan Komplikasi Pascapartum implementasi keperawatan dilakukan secara baik yaitu dengan melakukan memonitor tanda dan gejala perdarahan *pershift*, memonitor tanda-tanda vital (tekanan darah) *pershift*, memonitor konsistensi dan kontraksi uterus *pershift*, mengobservasi tinggi fundus uteri *pershift*. Adapun implementasi yang tidak dilaksanakan yaitu memonitor nilai hematokrit/hemoglobil sebelum dan setelah kehilangan darah. Hal ini dikarenakan pada saat dikaji pasien tidak ada pemeriksaan penunjang sebelum operasi dan hanya didapatkan hasil pemeriksaan penunjang terakhir pada bulan february 2021, menganjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan, menjelaskan tanda dan gejala perdarahan karena kurangnya ketelitian pada penulis, yang seharusnya dianjurkan karena jika darah keluar deras atau banyak, pentingnya mengingatkan untuk segera lapor sehingga ancaman akibat perdarahan dapat diminimalis dan dapat segera ditangani.

3. Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif implementasi keperawatan dilakukan secara baik yaitu dengan melakukan meonitor tanda-tanda vital (suhu) *pershift*, memonitor kondisi luka dan balutan, melakukan perawatan luka pada hari ke-2, mengedukasi mengkonsumsi nutrisi TKTP, memberi terapi starcef 2x1 (200 mg) *peroral*, memberi terapi vomceran 2x4 mg (4 mg) *perintravena*, memberi terapi tamolive 4x1 (500 mg) *perdrip*.
4. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri. Implementasi keperawatan dilakukan secara baik yaitu dengan melakukan mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi, mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan.
5. Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi implementasi keperawatan dilakukan secara baik yaitu dengan melakukan mengidentifikasi kesiapan pasien menerima informasi, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi, mengajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar. Adapun implementasi yang tidak terlaksana salah satunya mengajarkan perawatan payudara postpartum dengan melakukan pijat payudara atau *breastcare* karena pasien menolak untuk mendemonstrasikan *breast care* melainkan hanya diajarkan secara lisan.

Faktor pendukung dalam melakukan implementasi adalah pasien tampak kooperatif dan dapat bekerja sama, serta kolaborasi dengan perawat ruangan sehingga dapat melakukan implementasi keperawatan dengan baik.

Faktor penghambat dalam melakukan implementasi adalah tidak dapat melakukan implementasi selama 24 jam dan terkadang masih kurangnya informasi diluar jam dinas.

E. Evaluasi Keperawatan

Menurut Basri et al (2020) evaluasi adalah proses penilaian pencapaian tujuan serta pengkajian ulang rencana keperawatan. Dari evaluasi melihat nilai respon pasien yang meliputi subjek, objek, pengkajian kembali (*assessment*), rencana tindakan (*planning*). Tujuan dari evaluasi keperawatan yaitu untuk menentukan efisiensi asuhan keperawatan untuk mencegah atau mengobati respons klien terhadap prosedur kesehatan yang telah diberikan.

1. Pada diagnosa pertama: ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan involusi uterus, proses pengambilan ukuran rahim ke ukuran semula. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan klien menunjukkan penurunan rasa nyeri dengan kriteria hasil tanda-tanda vital dalam batas normal (Tekanan Darah: 110-120/80-90 mmHg) dan (Nadi: 60-100x/menit), sikap protektif menurun, skala nyeri berkurang (1-2). Tujuan ini sudah tercapai pada hari ketiga dengan bukti respon pasien sudah sesuai dengan kriteria hasil yaitu data subjektif: pasien mengatakan nyeri sudah berkurang. Dan dibuktikan dengan data objektif: P: nyeri pada daerah luka operasi, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk dan perih, R: nyeri pada bagian abdomen bawah, S: skala nyeri 2, T: nyeri selama kurang lebih 1-2 menit hilang timbul dan nyerinya pada saat bergerak. Tekanan darah 106/74, nadi 85x/menit.
2. Pada diagnosa kedua: risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pascapartum. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan perdarahan tidak terjadi dengan kriteria hasil tanda-tanda vital dalam batas normal (tekanan darah), konsistensi uterus keras, kontraksi uterus kuat, hematokrit dalam batas normal (40-54 vol%). Tujuan ini sudah tercapai pada hari kedua dengan bukti respon pasien

sudah sesuai dengan kriteria hasil yaitu data subjektif: pasien mengatakan darah keluar melalui vagina dengan warna merah segar, berbau amis. Dan dibuktikan dengan data objektif yaitu tekanan darah 119/80 mmHg, konsistensi uterus pasien keras, kontraksi uterus kuat, dan tinggi fundus uterus teraba pada 2 jari dibawah pusat. hematokrit 27,3 vol%, Hemoglobin 10,1 g/dL, masa pendarahan 2,00 menit, masa pembekuan 14,00 menit.

3. Pada diagnosa ketiga : risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil tanda-tanda vital dalam batas normal (suhu: 36-37°C), leukosit dalam batas normal (4.000-10.000 u/L), kondisi luka dalam keadaan normal dan tetap kering, tidak ada pembengkakan dan kemerahan pada luka *sectio caesarea*. Tujuan ini sudah tercapai pada hari ketiga dengan bukti respon pasien sudah sesuai dengan kriteria hasil yaitu data subjektif: pasien mengatakan tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan atau bengkak. Dan dibuktikan dengan data objektif: suhu 36°C, luka insisi tampak kering dan tidak ada rembesan, luka tertutup balutan kassa, kassa tampak bersih setelah diganti. Leukosit 8.220 u/L.
4. Pada diagnosa keempat: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik kembali normal dengan kriteria hasil tidak ada nyeri saat bergerak, pergerakan ekstremitas kuat, kekuatan otot kuat. Tujuan ini sudah tercapai pada hari ketiga dengan bukti respon pasien sudah sesuai dengan kriteria hasil yaitu data subjektif: pasien mengatakan sudah bisa berjalan pelan-pelan tetapi masih merasakan nyeri jika berjalan tegak. Dan dibuktikan dengan data objektif: pasien tampak tidak nyeri saat bergerak, pergerakan ekstremitas pasien kuat, kekuatan otot pasien kuat.

5. Pada diagnosa kelima: menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan metode menyusui. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x30 menit diharapkan pengetahuan tentang manajemen laktasi dan perawatan payudara bertambah dengan kriteria hasil perlekatan bayi pada payudara ibu baik, kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat, tetesan/pancaran ASI yang keluar meningkat, suplai ASI yang adekuat. Tujuan ini sudah tercapai pada hari ketiga dengan bukti respon pasien sudah sesuai dengan kriteria hasil yaitu data subjektif: pasien mengatakan dapat memahami apa yang sudah dijelaskan oleh perawat. Dan dibuktikan dengan data objektif pasien tampak dapat menyusui bayi dengan benar dan dapat melakukan perlekatan payudara pada bayi dengan baik, pasien tampak mampu memposisikan bayi dengan benar. Kemudian dibuktikan dengan evaluasi di hari ketiga dengan data subjektif: pasien mengatakan sudah paham dan mengerti cara perawatan payudara, pasien mengatakan hanya ingin diberikan penyuluhan mengenai *breastcare* dan tidak ingin untuk didemonstrasikan. Dan dibuktikan dengan data objektif: pasien tampak mengeluarkan ASI dari payudara dengan tetesan yang cukup banyak, suplai ASI pasien tampak adekuat.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pada BAB ini penulis akan menyimpulkan tentang pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny. A dengan *sectio caesarea* dengan indikasi partus tidak maju dan membahas kesenjangan antara teori dengan kasus. Penulis menyimpulkan bahwa pada kasus dalam melakukan pengkajian perlu diperhatikan pada pasien *sectio caesarea* yaitu adanya keluhan nyeri, tanda-tanda infeksi atau perdarahan yang dapat terjadi karena prosedur pembedahan, serta apakah sistem lainnya terganggu atau tidak setelah persalinan *sectio caesarea*.

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien *sectio caesarea* adalah nyeri akut. Pada kasus diagnosa keperawatan yang muncul yaitu antara lain: Ketidaknyamanan Pasca Partum berhubungan dengan Invulusi Uterus, Proses Pengambilan Ukuran Rahim Ke Ukuran Semula, Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif, Risiko Perdarahan berhubungan dengan Komplikasi Pascapartum, Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri, Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi.

Pada perencanaan keperawatan yang direncanakan oleh penulis sesuai dengan penetapan tujuan dan kriteria hasil sesuai dengan referensi buku yang bisa di pertanggung jawabkan dan sesuai dengan kondisi dan keadaan pasien. Perencanaan yang sesuai dengan prioritas diagnosa keperawatan yang penulis angkat yaitu identifikasi karakteristik nyeri, identifikasi skala

nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, monitor tanda-tanda vital (TD dan Nadi), ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, berikan terapi asam mefenamat 2x1 (500 mg), berikan terapi kalfrofen supp 100 gram extra, berikan terapi remopain setiap 18 jam *perdrip*.

Pada implementasi keperawatan, tindakan yang dilakukan disesuaikan kembali dengan intervensi yang telah dibuat dan harus berdasarkan referensi. Namun, dalam melakukan implementasi keperawatan penulis tidak melakukan tindakan selama 24 jam dikarenakan keterbatasan waktu, sehingga penulis berkolaborasi dengan perawat ruangan untuk mendapatkan informasi pasien diluar jam dinas.

Berdasarkan teori evaluasi adalah menilai respon pasien yang meliputi subjek, objek, pengkajian kembali (*assesment*), rencana tindakan (*planning*). Kemudian disesuaikan kembali pada tujuan dan kriteria hasil yang dibuat sebelum perencanaan. Evaluasi keperawatan pada 5 diagnosa keperawatan yang diangkat penulis telah teratasi dan tujuan tercapai.

Penulis menyimpulkan bahwa dalam memberikan asuhan keperawatan harus teliti dan mendalam pada pengkajian sehingga dapat menerapkan proses keperawatan yang sistemik mulai dari pengkajian yang akurat, data yang lengkap sesuai dengan kondisi pasien.

B. Saran

Adapun saran yang penulis buat yaitu untuk:

1. Bagi institusi

Diharapkan untuk institusi terkait dengan adanya pandemi covid-19 dapat mengembangkan sistem pembelajaran bagi semua mahasiswa, contohnya seperti membuat website institusi yang di dalamnya terdapat perpustakaan online sehingga banyak sumber referensi yang bisa kami ambil khususnya para mahasiswa keperawatan.

2. Bagi penulis

Diharapkan lebih sering membaca literatur agar dapat mudah untuk mengaplikasikan pada pasien. Dan dapat mudah untuk memberikan kesenjangan antara teori dengan pasien.

3. Bagi perawat
 - a. Diharapkan untuk tenaga perawat memperhatikan persiapan *pre* operasi untuk mengantisipasi komplikasi selama dan setelah operasi.
 - b. Sebagai perawat harus benar-benar mengkaji kesiapan peran ibu menjadi orang tua.

DAFTAR PUSTAKA

- Aprina, A., & Puri, A. (2016). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Persalinan Sectio Caesarea di RSUD dr.H.Abdul MoeloekProvinsi Lampung. *Jurnal Kesehatan*, 7(1), 90. <https://doi.org/10.26630/jk.v7i1.124>
- Apriza, Famayanti, A., Ulfiana, Q., Ani, M., Dewi, R. K., Amalia, R., Astuti, A., Harwijayanti, B. P., Mukhoirotin, Pertami, S. B., & Sudra, R. I. (2020). *Konsep Dasar KEPERAWATAN MATERNITAS Refrensi Mahasiswa Keperawatan, Kebidanan & Kesehatan*. Yayasan Kita Menulis.
- Aritonang, J., & Simanjuntak, Y. T. O. (2021). *BUKU AJAR ASUHAN KEBIDANAN PADA MASA NIFAS Disertai Kisi-Kisi Soal Ujian Kompetensi*. DEEPUBLISH.
- Aspiani, R. Y. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas Aplikasi NANDA, NIC dan 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. *Jurnal MKMI*, 14, 10.
- Basri, B., Utami, T., & Mulyadi, E. (2020). *Konsep Dasar Dokumentasi Keperawatan*. CV. MEDIA SAINS INDONESIA.
- Candra Windu, S., Meirani, R., & Khasanah, U. (2016). Hubungan antara Partus Lama dengan Kejadian Perdarahan Postpartum Dini di Kamar Bersalin Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang. *Majalah Kesehatan*, 3(4), 190–195. <https://doi.org/10.21776/ub.majalahkesehatan.003.04.4>
- Dewi, V. N. L., & Sunarsih, T. (2011). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Salemba Medika.
- Kementerian Kesehatan, R. (2020a). *Bumil Dan Nifas_1*. 36.
- Kementerian Kesehatan, R. (2020b). *PROFIL KESEHATAN INDONESIA*. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). Laporan Riskesdas 2018. *Laporan Nasional Riskesdas 2018*, 53(9), 154–165.

- <http://www.yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/PMK No. 57 Tahun 2013 tentang PTRM.pdf>
- Khasanah, N. A., & Sulistyawati, W. (2017). *Buku Ajar Nifas dan Menyusui*. CV KEKATA GROUP.
- Kurniati, P. T. (2021). *Hubungan Usia Ibu Bersalin, Paritas Dan Berat Bayi Lahir Dengan Kejadian Partus Tak Maju*. 5(1), 215–224.
- Kustriyani, M., & Wulandari, P. (2021). *BUKU AJAR POST PARTUM, MENYUSUI DAN CARA MENINGKATKAN PRODUKSI ASI*. CV. PENERBIT QIARA MEDIA.
- Maelani, T., & Cahyati, W. H. (2018). Program antenatal care terpadu dalam upaya penurunan angka kematian ibu. *Higeia Journal of Public Health Research and Development*, 1(3), 84–94.
- Mariam, E. (2018). Faktor - Faktor Yang Berhubungan dengan Kejadian Partus Lama di RSUD Jendral Ahmad Yani Kota Metro Tahun 2016. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Partus Lama Di Rsud Jenderal Ahmad Yani Kota Metro Tahun 2016*, 3(2), 1–8.
- Monika, F. B. (2014). *Buku Pintar ASI dan Menyusui*. Noura Books.
- Nurjanah, S. N., Maemunah, A. S., & Badriah, D. L. (2013). *Asuhan Kebidanan Post Partum*.
- Pamilangan, E. D., Wantani, J. J. E., & Lumentut, A. M. (2019). Indikasi Seksio Sesarea di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Tahun 2017 dan 2018. *E-CliniC*, 8(1), 137–144. <https://doi.org/10.35790/ecl.8.1.2020.27358>
- Pamungkas, S. K. E., & Fitriyani, N. (2020). *Asuhan Keperawatan Pasien Post Operasi Fraktur Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aman dan Nyaman*.
- Pitriani, R., & Andriyani, R. (2014). *Panduan Lengkap Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Normal (ASKEB III)*. DEEPUBLISH.
- Pratiwi, L., & Nawangsari, H. (2020). *MODUL AJAR & PRAKTIKUM KEPERAWATAN MATERNITAS*. CV Jejak.
- Rahardjo, K. (2012). *Buku Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Prasekolah*.
- Rahma, M., & Kurniasih, A. (2017). *Intervensi Berbasis Masalah Untuk Menurunkan Kematian Ibu Di Kabupaten Subang*. 1–12.

- Rezeki, S., & Sari Maya. (2018). Karakteristik Ibu Bersalin dengan Indikasi Seksio Caesarea di RS Martha Friska Pulo Brayan. *Doppler*, 7(1), 131–136. <http://penelitian.uisu.ac.id/wp-content/uploads/2018/10/17.-Sri-Rejeki-dan-Maya-sari.pdf>
- Rini, S., & D, F. K. (2016). *Panduan Asuhan Nifas & Evidence Based Practice*. DEEPUBLISH.
- SDKI, T. P. P. S. D. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- SIKI, T. P. P. S. D. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Simanjuntak, N. M., & Wulandari, S. (2017). *Tindakan Seksio Sesaria Atas Indikasi Cephalopelvic Disproportion (Cpd) Di Ruang Delima Rsud Pasar Rebo Jakarta Timur*. 1(1), 30–38.
- Siregar, D., Pakpahan, M., & Togatorop, L. B. (2021). *Pengantar Proses Keperawatan Konsep, Teori dan Aplikasi*. Yayasan Kita Menulis.
- SLKI, T. P. P. S. D. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Sulistianingsih, A. R., & Bantas, K. (2018). Peluang Menggunakan Metode Sesar Pada Persalinan Di Indonesia (Analisis Data Sdki Tahun 2017). *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 9(2), 125–133. <https://doi.org/10.22435/kespro.v9i2.2046.125-133>
- Sutanto, A. V. (2021). *Asuhan Kebidanan NIFAS & MENYUSUI Teori dalam Praktik Kebidanan Profesional*. PUSTAKA BARU PRESS.
- Syaiful, Y., & Fatmawati, L. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Ibu Bersalin*. CV. Jakad Media Publishing.
- Tonasih, & Sari, V. M. (2019). *ASUHAN KEBIDANAN MASA NIFAS DAN MENYUSUI Edisi Revisi*. Penerbit K-Media.
- Viandika, N., & Septiasari, R. M. (2020). Pengaruh Continuity Of Care Terhadap Angka Kejadian Sectio Cessarea. *Journal for Quality in Women's Health*, 3(1), 1–8. <https://doi.org/10.30994/jqwh.v3i1.41>
- Wahyuningsih, S. (2019). *BUKU AJAR ASUHAN KEPERAWATAN POST*

PARTUM Dilengkapi dengan Panduan Persiapan Praktikum Mahasiswa Keperawatan. DEEPUBLISH.

Wardani, R., Prasetyo, H. T., Magister, S., Rumah, M., Bandung, U. I., Magister, S., Syariah, E., & Bandung, U. I. (2021). *Manajemen Inovatif Ta'awun Rumah Gizi 'Aisyiyah Upaya Turunkan Angka Kematian Ibu (AKI) di Purwakarta Sukseskan Sustainable Development Goals (SDGs).* 1(1), 37–45.

WHO, UNICEF, UNFPA, Group, W. B., & Division, the U. N. P. (2017). *Trends In Maternal Mortality 2000 to 2017.*

Yuliana, W., & Hakim, B. N. (2020). *Emodemo dalam Asuhan Kebidanan Masa Nifas.* Yayasan Ahmar Cendekia Indonesia.

LAMPIRAN

Lampiran I

A. Definsi

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

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

B. Teknik Menyusui

1. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum memegang bayi.
2. Menyusui sesering mungkin, semau bayi, paling sedikit 8 kali sehari.
3. Jika bayi tidur lebih dari 3 jam, bangun bayi lalu susui.
4. Menyusui sampai payudara terasa kosong, lalu pindahkan ke payudara sisi yang lain.
5. Berikan bayi hanya ASI sampai dengan umur 6 bulan (ASI eksklusif).

C. Posisi Dalam Menyusui

1. Posisi *cardle*
2. Posisi *football hold*.
3. Posisi *cross cradle*.
4. Posisi *lying down*.

D. Upaya Untuk Memperlancar ASI

1. Masa kehamilan
 - a. Pijat oksitosin
 - b. *Breastcare*
2. Pada masa segera setelah persalinan
 - a. Langsung menyusui segera setelah bayi lahir.
3. Pada masa menyusui selanjutnya sampai anak berumur 2 tahun (Monika, 2014).

BERAPA LAMA WAKTU MENYUSUI BAYI?

theAsianparent Indonesia

BERAPA BANYAK KEBUTUHAN MAKAN BAYI?

 0-3 BULAN	 Menyusu tiap 2 - 3 jam
 3-6 BULAN	 Menyusu tiap 3 - 4 jam
 6-9 BULAN	 Menyusu tiap 4 - 5 jam serta MPASI
 9-12 BULAN	 ASI atau sufor 4 - 5 kali/hari, makanan padat 3 - 5 kali/hari

POSISI YANG BAIK MENINGKATKAN KEBERHASILAN ASI EKSKLUSIF!!!



TEKNIK MENYUSUI



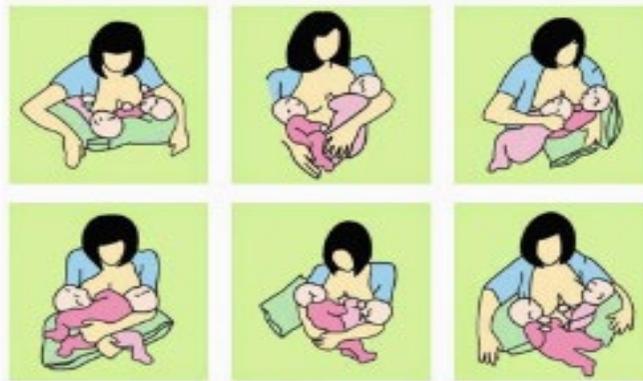
TEKNIK MENYUSUI

Teknik menyusui adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar



POSISI MENYUSUI BAYI TUNGGAL DAN KEMBAR

Breast-Feeding Positions



POSISI PUTTING SUSU YANG BENAR



Lampiran III

A. Definisi

Manajemen laktasi adalah proses reproduksi yang memberikan makanan bayi secara ideal dan alamiah serta merupakan dasar biologi dan psikologi yang dibutuhkan pertumbuhan



B. Teknik menyusui

1) Cuci tangan



2) Menyusui sesering mungkin setelah tidur



3) bangun dan susui bayi



4) pindah ke sisi payudara yg lain **5) berikan ASI sampai 6 bulan**



C. Posisi dalam menyusui

Breast-Feeding Positions



Cradle hold



Cross-cradle hold



Football hold

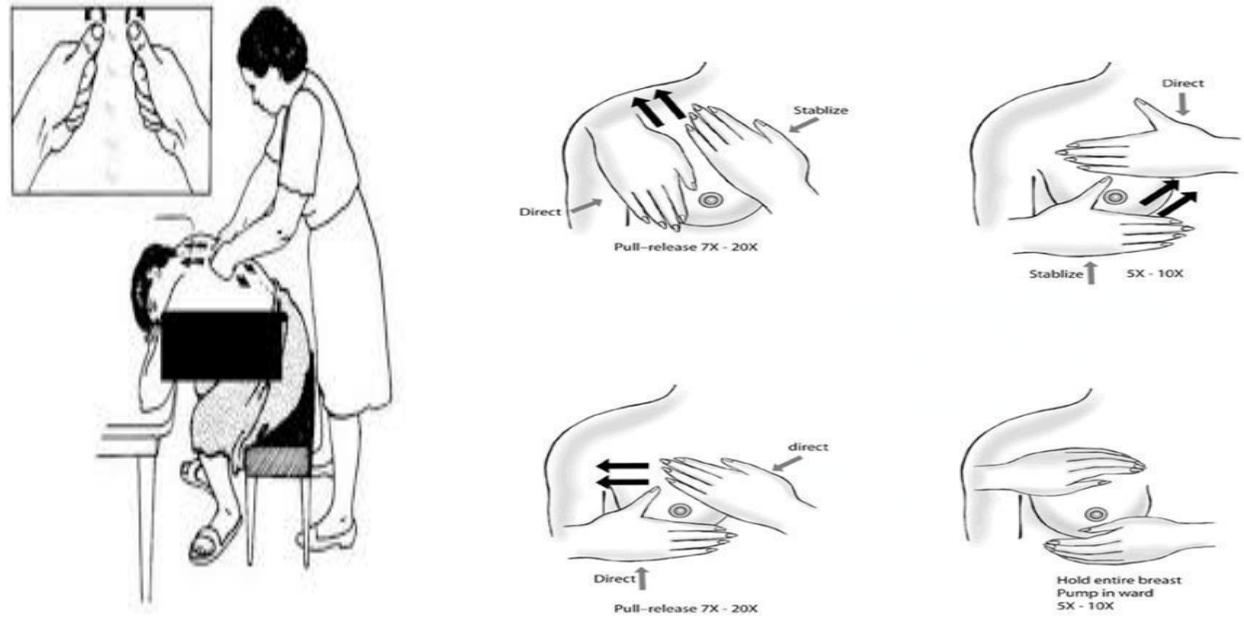


Lying down

D.Upaya untuk memperlancar ASI

1) Masa kehamilan

- Pijat oksitosin & Breastcare



2) Pada masa segera setelah persalinan (perinatal)



3) Menyusui sampai umur 2 tahun



Lampiran IV

A. Definisi

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

B. Tujuan

1. Memelihara kebersihan payudara.
2. Melenturkan dan menguatkan puting susu.
3. Memperlancar produksi ASI

C. Waktu Pelaksanaan

Dilakukan dua kali sehari pada waktu mandi pagi dan sore hari.

D. Syarat-syarat untuk mendapatkan hasil yang diharapkan

1. Dilakukan secara teratur dan sistematis,
2. Makanan dan minuman ibu yang seimbang dan sesuai dengan kesehatan ibu.
3. BH (bra) yang digunakan ibu selalu bersih dan menyokong payudara.

E. Alat-alat yang digunakan

1. Minyak kelapa/ *baby oil*/ minyak zaitun.
2. Handuk bersih dua buah.
3. Baskom dua buah.
 - a. Satu diisi air hangat.
 - b. Satunya berisi air dingin.
4. Kapas.
5. Bengkok.
6. Waslap dua buah.

F. Teknik Perawatan Payudara

1. Tempelkan kapas yang sudah diberi minyak kelapa selama \pm 5 menit, kemudian puting susu dibersihkan.
2. Tempelkan kedua telapak tangan diantara kedua payudara.

3. Pengurutan dimulai kearah keatas, kesamping, telapak tangan kiri kearah sisi kiri, telapak tangan kanan kearah sisi kanan.
4. Pengurutan diteruskan kebawah, selanjutnya melintang, telapak tangan mengurut ke depan kemudian dilepaskan dari payudara, gerakan diulang 30 kali.
5. Telapak tangan kiri menopang payudara kiri dan jari-jari tangan sisi kelingking mengurut payudara kearah puting susu, gerakan diulang sebanyak 30 kali untuk tiap payudara.
6. Selesai pengurutan, payudara kompres dengan air hangat dan dingin bergantian selama \pm 5 menit, kemudian gunakan BH yang bersih dan menopang (Tonasih & Sari, 2019).

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.



E. Melakukan pengompresan

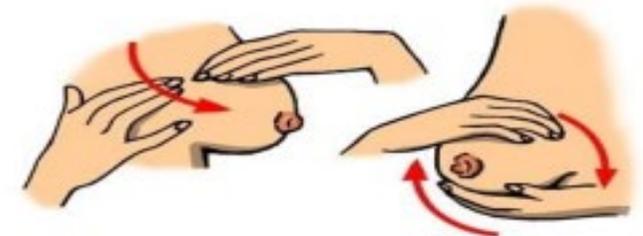
1. Mengompres kedua payudara dengan waslap hangat selama 2 menit, kemudian ganti dengan kompres waslap dingin selama 1 menit. Mengompres bergantian



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.



