



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S PASCA PARTUM SECTIO
CAESAREA DENGAN INDIKASI OLIGOHYDRAMNION DAN
KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RUANG EUPHORBIA
RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA BEKASI TIMUR**

**Disusun Oleh:
MEGA AYU LESTARI
201701070**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S PASCA PARTUM SECTIO
CAESAREA DENGAN INDIKASI OLIGOHDDRAMNION DAN
KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RUANG EUPHORBIA
RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA BEKASI TIMUR**

**Disusun Oleh:
MEGA AYU LESTARI
201701070**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Mega Ayu Lestari
Nim : 201701070
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Menyatakan bahwa Makalah Ilmiah yang berjudul:

“Asuhan Keperawatan pada Ny. S *Pasca Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi *Oligohidramnion* dan Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang telah dilaksanakan pada tanggal 11 Februari sampai 13 Februari 2020 merupakan hasil karya sendiri dan semua sumber yang digunakan sudah saya nyatakan benar. Orisinalitas makalah ilmiah ini tanpa ada unsur *plagialisme* baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

Demikian lembar orisinalitas ini dibuat dengan sebenar-benarnya apabila suatu saat ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia menanggung semua risiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 25 Februari 2020

Yang Membuat Pernyataan



Mega Ayu Lestari

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. S *Pasca Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi *Oligohidramnion* dan Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” ini telah disetujui untuk diujikan pada ujian sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 30 Mei 2020

Pembimbing Makalah



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

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Mitra Keluarga



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

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. S *Pasca Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi *Oligohidramnion* dan Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang disusun oleh Mega Ayu Lestari (201701070) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan tim penguji pada tanggal 09 Juni 2020

Bekasi, 09 Juni 2020

Penguji I



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

Penguji II



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

Nama Mahasiswa: Mega Ayu Lestari
NIM: 201701070
Program Studi: Diploma III Keperawatan
Judul Karya Tulis: Asuhan Keperawatan pada Ny. S *Pasca Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi *Oligohidramnion* dan Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur
Halaman: xiv + 106 + 1 tabel + 3 lampiran
Pembimbing: Lina Herida Pinem

ABSTRAK

Latar Belakang:

Komplikasi postpartum yaitu: perdarahan, luka kandung kemih, kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang. Sasaran peningkatan derajat kesehatan ibu dalam Millenium Development Goals (MDGs) 2015 adalah 102/100.000 kesehatan ibu menurunkan AKI untuk meningkatkan kesejahteraan penduduk di segala usia, masih tingginya AKI yaitu 359/100.000. Indikasi tindakan SC salah satunya ketuban pecah dini (KPD). Peran perawat dalam mencegah dan menangani komplikasi pasca persalinan, yaitu sebagai *care giver*, edukator, dan kolaborator.

Tujuan Umum:

Tujuan laporan kasus ini untuk memperoleh gambaran nyata melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan *pasca partum sectio caesarea* dengan indikasi *Oligohidramnion* dan Ketuban Pecah Dini (KPD) melalui pendekatan proses keperawatan secara komprehensif.

Metode Penulisan:

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

Hasil:

Hasil dari pengkajian didapatkan tujuh diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut, ketidakefektifan pemberian ASI, bounding attachment, gangguan mobilitas fisik, risiko perdarahan, risiko infeksi, risiko gangguan psikologis: depresi. Intervensi pada diagnosa prioritas nyeri akut adalah kaji nyeri pasien secara komprehensif, observe tanda-tanda vital, observasi adanya petunjuk nonverbal, ajarkan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam), berikan obat Torasic 3 x 30 mg, obat Tramal sup 3 x 100 mg (k/p), obat Zaldiar 3x1 tab.

Kesimpulan dan Saran:

Asuhan keperawatan pada pasien *pasca partum sectio caesarea* dengan indikasi *Oligohidramnion* dan Ketuban Pecah Dini (KPD) perlu memperhatikan masalah keperawatan yaitu nyeri akut.

Keyword: Asuhan Keperawatan *Pasca partum sectio caesarea* Ketuban Pecah Dini (KPD), dan *Oligohidramnion*.

Daftar Pustaka: 24 (2010-2019)

Name of Student: Mega Ayu Lestari
Student Number: 201701070
Study Program: Diploma of Nursing
Title of Writing: Nursing Care in Ny. S *Pasca Partum Sectio Caesarea* with Indications of *Oligohydramnios* and Premature rupture of membranes (KPD) in the Euphorbia Room of Mitra Keluarga Hospital, East Bekasi.
Pages: xiv + 106 + 1 tabel + 3 attachments
Supervisor: Lina Herida Pinem

ABSTRACT

Backgorund:

Postpartum complications, namely: bleeding, bladder sores, possible spontaneous uterine rupture in future pregnancies. The target of increasing maternal health status in the 2015 Millennium Development Goals (MDGs) is 102/100.000, maternal health is to recude MMR timprove the welfare of the population at all ages, the MMR is still high at 359/100.000. One indication of SC action is premature rupture of membranes (KPD). The role of nurses in preventing and managing postpartum complications, namely as care giver, educator, and collaborator.

Main Objective:

The purpose of this case report is to provide a real picture of nursing care for patients with *pasca partum* with *caesarea sectio* for indications of *Oligohydramnios* and Premature rupture of membranes (KPD) through a comprehensive nursing process approach.

Method in writing:

In preparing this case report using the descriptive-narative method, through case studies, literature studies and documentation studies, namely by disclosing facts in accordance with the data obtained at the time the writer made the nursing process.

Results:

The results of the study found seven nursing diagnoses, namely acute pain, ineffectiveness of breastfeeding, bounding attachment, impaired physical mobility, risk of bleeding, risk of infection, risk of psychological disorders: depression. Interventions in the priority diagnosis of acute pain are a comprehensive assessment of the patient's pain, observation of vital signs, observation of nonverbal cues, teaching non-pharmacological techniques (deep breathing relaxation), giving Torasic drugs 3 x 30 mg, Tramal medicine soup 3 x 100 mg (k / p), Zaldiar drug 3x1 tab.

Conclusion and suggestion:

Nursing care for *pascapartum caesarea* patients for indications of *Oligohydramnios* and Premature rupture of membranes (KPD) needs to pay attention to nursing problems, namely acute pain.

Keyword: Nursing care post partum *caesarea sectio* Premature rupture of membranes (KPD) and *Oligohydramnions*

Bibliography: 24 (2010-2019)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat Rahmat dan Karunianya penulis dapat menyelesaikan Makalah Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. S *Pasca Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi *Oligohidramnion* dan Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur”.

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

1. Ns. Lina Herida Pinem, S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing Makalah Ilmiah serta penguji yang telah menyempatkan waktu untuk memberikan bimbingan, pengarahan, dorongan, motivasi, dan saran yang bermanfaat selama proses pembuatan Makalah Ilmiah ini.
2. Ns. Edita Astuti Panjaitan, S.Kep., M.Kep selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan dan motivasi kepada penulis dalam penyusunan Makalah Ilmiah ini.
3. Ns. Renta Sianturi, M.Kep., Sp.Kep.J selaku dosen pembimbing akademik yang telah meluangkan waktunya dan memberikan motivasi dalam menyusun penulisan ilmiah ini.
4. Keluarga yang saya sayangi, alm. papah saya Tobi Bin Ahan, mamah saya Tini Kus Tini, kakak saya Achmad Kurdianto, Kurnia Sri Anggraini, Muhammad Kurdiansyah, Eko Heri Kuswanto yang selalu memberikan doa, semangat, dan motivasi untuk menyelesaikan pendidikan.
5. Kelompok Keperawatan Maternitas Zahrina Zakiyyah, Aghis Nurfadhillah, Nur Anisah Augustyra, Nisma Ajeng Virianti, Ajeng Triani dan teman- teman

angkatan VII STIKes Mitra Keluarga yang telah memberikan bantuan dan semangat kepada penulis.

6. Teman saya Maya Sari Dewi, Vira Putri Maharani, Jelita Dwi Hokti, Yuni Hermalia yang selalu memberikan doa, semangat, dan motivasi kepada penulis.
7. Teman saya Nur Safitri, Faizzatus Sadiyah, Azzah Kamilia Ramandari, Indah Nurrosma, Hafidzah Reviandra, Lana Malia Sari, Muflichatul Chotimah, Annisa Nurfadhillah, Mahdah Umi A'thiyah yang selalu memberikan doa, semangat, dan motivasi kepada penulis.
8. Teman saya Nisma Ajeng Virianti yang telah memberi semangat dan motivasi kepada penulis.
9. Ny. S yang telah bersedia dengan sepenuh hati menjadi klien kelolaan saya.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah mendukung penulis dalam doa dan perhatian.

Penulis menyadari bahwa penulisan makalah ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, karena keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki. Maka dalam kesempatan ini penulis mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun demi sempurnanya perbaikan penulisan ilmiah ini. Demikian penulisan makalah ini disusun, semoga dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan bagi semua pembaca lain umumnya.

Bekasi, 25 Februari 2020

Penulis

DAFTAR ISI

COVER DALAM	i
LEMBAR ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
C. Ruang Lingkup	5
D. Metode Penulisan	5
E. Sistematika Penulisan	6

BAB II.....	2
TINJAUAN TEORI	2
A. Masa Nifas (Post Partum).....	2
1. Pengertian.....	2
2. Perubahan Fisiologis	2
3. Perubahan Psikologis	11
4. Gangguan Psikologis Masa Nifas	13
B. <i>Sectio Caesarea</i>	19
1. Pengertian.....	19
2. Klasifikasi	19
3. Indikasi	21
4. Komplikasi yang terjadi pasca operasi <i>sectio caesarea</i>	22
5. Pemeriksaan Penunjang	22
6. Penatalaksanaan	23
C. Ketuban Pecah Dini (KPD)	23
1. Pengertian.....	23
2. Etiologi/ Indikasi.....	23
3. Kontraindikasi	24
4. Klasifikasi	24
5. Manifestasi Klinis	25
6. Komplikasi	25
7. Penatalaksanaan	25

D. <i>Oligohidramnion</i> (cairan ketuban sedikit)	26
1. Pengertian.....	26
2. Etiologi	26
3. Manifestasi Klinis	27
4. Komplikasi	27
5. Penatalaksanaan	28
D. Konsep Asuhan Keperawatan Post Partum dengan <i>Sectio Caesarea</i>	28
1. Pengkajian	28
2. Diagnosa Keperawatan.....	33
3. Rencana Keperawatan.....	33
4. Implementasi Keperawatan.....	38
5. Evaluasi	39
BAB III	41
TINJAUAN KASUS	41
A. Pengkajian Keperawatan.....	41
B. Diagnosa Keperawatan.....	62
C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan	62
BAB IV	86
PEMBAHASAN	86
A. Pengkajian Keperawatan.....	86
B. Diagnosa Keperawatan.....	88
C. Perencanaan Keperawatan	91
D. Implementasi Keperawatan.....	96

E. Evaluasi Keperawatan.....	99
BAB V.....	102
PENUTUP.....	102
A. Kesimpulan	102
B. Saran.....	103
DAFTAR PUSTAKA	105

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data	55
------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN I:	Materi ASI Eksklusif, SAP ASI Eksklusif, Leaflet ASI Eksklusif
LAMPIRAN II:	Materi Teknik Memeras ASI, dan Menyimpan ASI, SAP Teknik Memeras ASI, dan Menyimpan ASI, Leaflet Teknik Memeras ASI, dan Menyimpan ASI
LAMPIRAN III:	Materi Perawatan, Pertumbuhan dan perkembangan, Kebutuhan fisiologis, Isyarat, Teknik menyentuh atau menenangkan, Cara pemberian ASI pada bayi premature., SAP Perawatan, Pertumbuhan dan perkembangan, Kebutuhan fisiologis, Isyarat, Teknik menyentuh atau menenangkan, Cara pemberian ASI pada bayi premature, Leaflet Perawatan, Pertumbuhan dan perkembangan, Kebutuhan fisiologis, Isyarat, Teknik menyentuh atau menenangkan, Cara pemberian ASI pada bayi premature.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan merupakan proses akhir dari kehamilan (berlangsung selama 266-280 hari atau 38-40 minggu) yang dimulai sejak pembuahan hingga bayi yang dikandung memulai kehidupan diluar kandungan. Persalinan harus dilalui oleh wanita setelah menjalani berbagai adaptasi fisiologis (yang berkaitan dengan masa kehamilan) untuk menjalankan perannya sebagai seorang ibu (Asrinah, 2010). Persalinan merupakan proses pengeluaran janin dan plasenta yang telah cukup bulan (37-42 minggu). Peran penolong adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang terjadi pada ibu dan janin. Karena itu perlu penatalaksanaan yang terampil dan pengalaman menolong partus yang baik sehingga dapat mewujudkan persalinan yang sehat dan memuaskan (Sulistyawati, 2010). *Sectio Caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut, vaginam atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dalam rahim (Aspiani, 2017).

Menurut *World Health Organization* (WHO) dalam jurnal (Sihombing, 2017), angka kejadian *Sectio Caesarea* (SC) meningkat di negara-negara berkembang. WHO menetapkan indikator persalinan SC 5-15% untuk setiap Negara. Menurut WHO dalam jurnal (Sihombing, 2017), peningkatan persalinan dengan operasi sesar di seluruh negara terjadi semenjak tahun 2007- 2008 yaitu 110.000 per kelahiran diseluruh Asia. Di Indonesia sendiri, angka kejadian operasi sesar jugaterus meningkat. Sedangkan berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2013 dalam jurnal (Sihombing, 2017), menunjukkan kelahiran dengan metode *Sectio Caesarea* sebesar 9,8% dari total 49.603 kelahiran sepanjang tahun 2010 sampai dengan 2013, proporsi tertinggi di DKI

Jakarta (19,9%) dan terendah di Sulawesi Tenggara (3,3%). Berdasarkan data yang diperoleh dari *medical record* Rumah Sakit Swasta di Bekasi Timur selama 1 tahun terakhir didapatkan kejadian persalinan *sectio caesarea* sebanyak 64,97%.

Beberapa komplikasi yang sering terjadi setelah proses persalinan dan pada saat memasuki masa nifas sering disebut komplikasi postpartum diantaranya, perdarahan, luka kandung kemih, kemungkinan ruptura uteri spontan pada kehamilan mendatang (Karlina, 2016). Indikasi dilakukannya tindakan SC adalah usia, jumlah anak yang dilahirkan, keadaan panggul, penghambat jalan lahir, kelainan kontraksi lahir, ketuban pecah dini (KPD), dan pre-eklampsia, letak lintang, letak bokong. presentasi rangkap bila reposisi tidak berhasil, letak defleksi, gemeli (Amin, 2013). Menurut WHO tahun 2014 dalam jurnal (Rohmawati, 2018), kejadian ketuban pecah dini (KPD) atau insiden PROM (*prelabour rupture of membrane*) berkisar antara 5-10% dari semua kelahiran, ketuban pecah dini (KPD) preterm terjadi 1% dari semua kehamilan dan 70% kasus ketuban pecah dini (KPD) terjadi pada kehamilan aterm dan 30% kasus ketuban pecah dini (KPD) merupakan penyebab kelahiran prematur. Menurut jurnal (Lumentut, 2015), airan ketuban dan cairan amnion (oligohidramanion) sebesar 55% paling banyak ditemukan pada kelompok primigravida.

World Health Organization WHO (2014) mendefinisikan *Maternal Mortality Rate* (MMR) atau yang dikenal dengan *Angka Kematian Ibu* (AKI) adalah kematian selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan atau penangannya, salah satu penyebab penanganan persalinan dengan operasi secar. *Angka Kematian Ibu* (AKI) di negara- negara Asia Tenggara terutama di Indonesia 214 per 100.000 kelahiran hidup. Sasaran peningkatan derajat kesehatan dalam Millennium Development Goals (MDGs) tahun 2015 dalam buku (Nur) adalah 102/100.000 yang terkait kesehatan ibu adalah menurunkan *Angka Kematian Ibu* (AKI) yang merupakan indikator untuk

menjamin kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan penduduk di segala usia, salah satu diantaranya adalah masih tingginya AKI yaitu 359/100.000. Pembangunan kesehatan di Indonesia di prioritaskan pada program upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak, khususnya kelompok yang paling berisiko yaitu kesehatan ibu gestasi, persalinan dan bayi. Program tersebut merujuk pada tujuan dari SDGs (Sustainable Development Goals) adalah menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan untuk semua orang di setiap tingkat usia, ada 17 tujuan dengan 169 target SDGs tujuan ke tiga yaitu sektor kesehatan terdapat 4 Goals, 19 target dan 31 indikator. Goals 3 diantaranya berfokus pada menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) hingga dibawah 70 per 100.000 Kelahiran Hidup dan menurunkan angka kematian bayi dan balita 25 per 1.000 Kelahiran Hidup. Menurut Kementrian (2015) dalam buku (Nur), angka tersebut masih jauh dari harapan pemerintah untuk menurunkan AKI menjadi 305/100.000 kelahiran hidup.

Komplikasi-komplikasi persalinan dapat dicegah dengan memberikan pelayanan kesehatan yang prima kepada ibu dalam masa nifas atau masa setelah melahirkan. Sebagai bagian dari tenaga kesehatan, perawat memiliki peran dalam upaya mencegah dan menangani komplikasi pasca persalinan, yaitu sebagai *care giver*, edukator, dan kolaborator. Sebagai *care giver* perawat memberikan asuhan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien selama masa perawatan. Sebagai edukator yaitu memberikan bimbingan dan pendidikan mengenai pentingnya ASI Eksklusif dan cara mengumpulkan dan penyimpanan ASI, perkembangan bayi, memberikan penyuluhan tentang tanda-tanda perdarahan dan infeksi pada ibu pasca partum. Sebagai kolaborator, perawat bekerjasama dengan tim kesehatan lain dan memberikan pengobatan yang sesuai dengan penyakit yang diderita pasien agar tidak terjadi kegawatdaruratan yang dapat menimbulkan kematian.

Berdasarkan uraian yang telah dipaparkan diatas, penulis menyimpulkan bahwa pentingnya peran perawat dalam mengatasi masalah tersebut. Maka penulis tertarik untuk mengambil judul kasus makalah ilmiah ini “Asuhan Keperawatan pada Ny. S *Pasca Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi *Oligohidramnion* dan Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” untuk memenuhi syarat kelulusan pada ujian akhir.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan dari penulisan makalah ilmiah adalah diperolehnya pengalaman secara nyata dalam merawat pasien dan gambaran atau informasi pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Ny.S Paska Partum Tindakan *Sectio Caesarea* Atas Indikasi *Oligohidramnion* dan Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Euphorbiai Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penulisan makalah ini adalah:

- a. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan *pascapartum sectio caesarea*.
- b. Mampu menentukan masalah keperawatan pada pasien dengan *pascapartum sectio caesarea*.
- c. Mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan *pascapartum sectio caesarea*.
- d. Mampu melakukan tindakan keperawatan pada pasien dengan *pascapartum sectio caesarea*.
- e. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *pascapartum sectio caesarea*.
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik.
- g. Mampu mengidentifikasi factor-factor pendukung penghambat serta mencari solusi atau alternatif pemecahan masalah.

- h. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *pascapartum sectio caesarea*.

C. Ruang Lingkup

Adapun ruang lingkup dalam penulisan makalah ilmiah ini adalah “Asuhan Keperawatan pada Ny. S *Pasca Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi *Oligohidramnion* dan Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang dilaksanakan dari tanggal 11 Februari 2020 sampai 13 Februari 2020.

D. Metode Penulisan

Metode dalam penulisan makalah ini menggunakan metode deskriptif yaitu metode yang bersifat mengumpulkan data dan menarik kesimpulan dan kemudian disajikan dalam bentuk narasi diantaranya:

1. Studi kasus yaitu memberikan asuhan keperawatan kepada pasien secara langsung dengan wawancara pada pasien dan anggota keluarga, observasi secara langsung, pemeriksaan fisik pada pasien, dan menerapkan proses asuhan keperawatan.
2. Studi kepustakaan yaitu memperoleh bahan ilmiah yang bersifat teoritis baik dalam lingkup medik maupun aspek keperawatan dengan menggunakan media cetak yaitu buku-buku dan menggunakan media elektronik yaitu internet yang berkaitan dengan masalah dalam makalah ilmiah.
3. Studi dokumentasi yaitu mengumpulkan data melalui *medical record* pasien, perawat ruangan, dan dokter.

E. Sistematika Penulisan

Makalah ini terdiri dari lima bab yang disusun secara sistematis dengan urutan sebagai berikut:

BAB I: Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II: Tinjauan Teori yang terdiri dari pengertian, etiologi, patofisiologi, penatalaksanaan medis, pengkajian keperawatan, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB III: Tinjauan Kasus yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnose 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. Masa Nifas (Post Partum)

1. Pengertian

Masa nifas atau puerperium adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil, lama masa nifas yaitu 6-8 minggu (Amru, 2012).

Masa nifas atau puerperium berasal dari bahasa latin yaitu dari kata “puer” yang artinya bayi dan “parous” yang berarti melahirkan. Definisi masa nifas adalah masa dimana tubuh ibu melakukan adaptasi pascapersalinan (Astuti, 2015).

2. Perubahan Fisiologis

Menurut Wahyuningsih (2019), perubahan-perubahan fisiologi yang terjadi selama masa nifas yaitu:

a) Sistem Perubahan Reproduksi

1) Uterus

Setelah plasenta lahir, uterus akan mulai mengeras karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya. Uterus berangsur-angsur mengecil sampai keadaan sebelum stabil. Secara rinci proses involusi uterus:

- a) Bayi lahir: Setinggi pusat (1000 gram).
- b) Uri lahir: 2 jari dibawah pusat (750 gram).
- c) 1 minggu: Pertengahan pusat-sympisis (500 gram).
- d) 2 minggu: Tidak teraba di atas sympisis (350 gram).
- e) 6 minggu: Bertambah kecil (50 gram).

f) 8 minggu: Sebesar normal (30 gram).

2) Lochea

Lochea adalah cairan atau sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa postpartum. Macam-macam lochea:

- a) Lochea Rubra berwarna merah: Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel desidua, verniks caseosa, lanugo dan mekonium, berlangsung 2 hari post partum.
- b) Lochea Sanguinolenta berwarna merah kuning: Berisi darah dan lendir, hari 3-7 nifas.
- c) Lochea Serosa berwarna kuning: Karena mengandung serum, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit berlangsung 7-14 hari postpartum.
- d) Lochea Alba berwarna putih: Terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua berlangsung 14 hari-2 minggu.
- e) Lochea Purulenta: Nanah berbau busuk.
- f) Locheastasis: Lochea tidak lancar keluarnya.

3) Endometrium

Perubahan terjadi dengan timbulnya thrombosis, degenerasi, dan nekrosis ditempat implantasi plasenta. Bekas implantasi plasenta karena kontraksi sehingga menonjol ke cavum uteri, hari 1 endometrium tebal 2,5 mm, endometrium akan rata setelah hari ke 3.

4) Serviks

Setelah persalinan serviks mengganggu, setelah 7 hari dapat dilalui 1 jari, setelah 4 minggu rongga bagian luar kembali normal.

5) Vagina dan Perineum

Vagina secara berangsur-angsur luasnya berkurang tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran nulipara, hymen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil dan berubah menjadi

karunkula mitiformis. Minggu ke 3 rugae vagina kembali. Perineum yang terdapat laserasi atau jahitan serta udem akan berangsur-angsur pulih sembuh 6-7 hari tanpa infeksi. Oleh karena itu vulva hygiene perlu dilakukan.

6) Mamae/payudara

Semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Ada 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 mulai dirasakan, sel acini yang menghasilkan ASI mulai berfungsi. Ketika bayi menghisap puting, oksitosin merangsang ensit *let down* (mengalirkan) sehingga menyebabkan ejeksi ASI.

7) Sistem Pencernaan

Setelah persalinan 2 jam ibu merasa lapar, kecuali ada komplikasi persalinan, tidak ada alasan menunda pemberian makan. Konstipasi terjadi karena psikis takut BAB karena ada luka jahit perineum.

8) Sistem Perkemihan

Pelvis ginjal teregang dan dilatasi selama kehamilan, kembali normal akhir minggu ke 4 setelah melahirkan. Kurang dari 40% wanita post partum mengalami proteinuri non patologis, kecuali pada kasus preeklamsi.

9) Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fasia, diafragma pelvis meragang saat kehamilan, berangsur-angsur mengecil seperti semula.

10) Sistem Endokrin

Hormon-hormon yang berperan:

- a) Oksitosin, berperan dalam kontraksi uterus mencegah perdarahan, membantu uterus kembali normal. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan oksitosin.

- b) Prolaktin, dikeluarkan oleh kelenjar dimana pituitirin merangsang pengeluaran prolaktin untuk produksi ASI, jika ibu post partum tidak menyusui dalam 14-21 hari timbul menstruasi.
- c) Estrogen dan progesteron, setelah melahirkan estrogen menurun, progesteron meningkat.

11) Perubahan Tanda-tanda vital

- a) Suhu tubuh saat post partum dapat naik kurang lebih $0,5^{\circ}\text{C}$, setelah 2 jam post partum normal.
- b) Nadi dan pernapasan, nadi dapat bradikardi kalau takikardi waspada mungkin ada perdarahan, pernapasan akan sedikit meningkat setelah persalinan lalu kembali normal.
- c) Tekanan darah kadang naik lalu kembali normal setelah beberapa hari asalkan tidak ada penyakit yang menyertai. BB turun rata-rata 4,5 kg.

12) Setelah partus/melahirkan, adanya stiasse pada dinding abdomen tidak dapat dihilangkan sempurna dan berubah jadi putih (stiasse albicans).

13) Evaluasi tonus otot abdomen untuk menentukan diastasis (derajat pemisahan otot rektus abdomen). Setiap wanita mempunyai 3 set otot abdominalis yaitu rectus abdominalis, oblique, transverse. Rectus abdominalis merupakan otot paling luar yang bergerak dari atas ke bawah. Otot ini terbagi 2 yang dinamakan rekti yang lebarnya $\pm 0,5$ cm dan dihubungkan oleh jaringan fibrous (linea alba).

Pada saat hamil otot dan persendian menjadi relaks untuk persiapan melahirkan (linea alba menjadi sangat mudah mulur).

Ketika otot rectus abdomen makin terpisah dan linea alba makin mulur ke samping dan menjadi sangat tipis, pemisahan otot ini disebut *diastasis*.

3. Perubahan Psikologis

Menurut Maryunani (2015), adaptasi psikologi ibu dalam masa nifas berbeda antara individu satu dengan yang lainnya. Masa adaptasi psikologis terbagi dalam beberapa fase, yaitu:

a. Fase *Taking In*

Merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada fase ini ciri-ciri yang bisa diperharikan adalah:

- 1) Periode ketergantungan atau fase dependens.
- 2) Periode yang terjadi pada hari pertama sampai kedua setelah melahirkan dimana ibu baru biasanya bersifat pasif dan bergantung, energi difokuskan pada perhatian ke tubuhnya atau dirinya.
- 3) Fase ini merupakan periode ketergantungan dimana ibu mengharapkan segala kebutuhannya terpenuhi orang lain.
- 4) Ibu/klien akan mengulang kembali pengalaman persalinan dan melahirkannya.
- 5) Menunjukkan kebahagiaan yang sangat dan bercerita tentang pengalaman melahirkan.
- 6) Tidur yang tidak terganggu adalah penting jika ibu ingin menghindari efek gangguan kurang tidur, yaitu meliputi letih, iritabilitas, dan gangguan dalam tanggung jawabnya.
- 7) Beberapa hari setelah melahirkan akan menanggukkan keterlibatannya dalam tanggung jawabnya.
- 8) Nutrisi tambahan mungkin diperlukan karena selera makan ibu biasanya meningkat.
- 9) Selera makan yang buruk merupakan tanda bahwa proses pemulihan tidak berjalan normal.

b. Fase *Taking Hold*:

- 1) Periode antara ketergantungan dan ketidaktergantungan, atau fase dependen-independen.

- 2) Periode yang berlangsung 2-4 hari setelah melahirkan, dimana ibu menaruh perhatian pada kemampuannya menjadi orangtua yang berhasil dan menerima peningkatan tanggung jawab terhadap bayinya.
 - a) Fase ini sudah menunjukkan kepuasan (terfokus pada bayinya).
 - b) Ibu mulai tertarik melakukan pemeliharaan pada bayinya.
 - c) Ibu mulai terbuka untuk menerima pendidikan kesehatan pada bayinya dan juga dirinya.
 - d) Ibu mudah didorong untuk melakukan perawatan bayinya.
 - e) Ibu berusaha untuk terampil dalam perawatan bayi baru lahir (misalnya memeluk, menyusui, memandikan, dan mengganti popok).
- 3) Memfokuskan pada pengembalian kontrol terhadap fungsi tubuhnya, fungsi kandung kemih, kekuatan dan daya tahan.
- 4) Ibu mungkin peka terhadap perasaan-perasaan tidak mampu dan mungkin cenderung memahami saran-saran bidan sebagai kritik yang terbuka atau tertutup.
- 5) Bidan seharusnya memperhatikan hal ini sewaktu memberikan instruksi dan dukungan emosi.

c. Fase Letting Go

- 1) Periode saling ketergantungan, atau fase independen.
- 2) Periode ini umumnya terjadi setelah ibu baru kembali ke rumah, dimana melibatkan waktu reorganisasi keluarga.
- 3) Ibu menerima tanggung jawab untuk perawatan bayi baru lahir.
- 4) Ibu mengenal bahwa bayi terpisah dari dirinya.
- 5) Terjadi penyesuaian dalam hubungan keluarga untuk mengobservasi bayi.
- 6) Ibu harus beradaptasi terhadap penurunan otonomi, kemandirian, dan khususnya interaksi sosial.
- 7) Depresi postpartum umumnya terjadi selama periode ini.

4. Gangguan Psikologis Masa Nifas

Gangguan psikologis masa nifas yang sering muncul adalah *post partum blues*, *post partum syndrome*, *depresi post partum* dan *post partum psikosis* (Maryunani, 2015)

a. *Postpartum Blues (Syndrome baby blues)*

Namun meningkat dalam 12 bulan pertama setelah melahirkan. Umumnya gejala terjadi hari ke 3 sampai hari ke 10, seperti menangis, sangat lelah, insomnia, mudah tersinggung, sulit konsentrasi. Istilah *baby blues*, yaitu istilah yang digunakan untuk serangkaian gejala gangguan emosi yang diderita oleh wanita setelah melahirkan bayinya. Merupakan bentuk stress pasca persalinan yang paling ringan yang berlangsung hanya beberapa hari dan gejalanya tidak memburuk.

Adapun gejala *postpartum blues* yang sering muncul antara lain:

ibu sangat emosional, sedih, khawatir, mudah tersinggung, cemas, ibu merasa hilang semangat, mudah marah, sedih tanpa sebab, menangis berulang kali.

Jika ibu nifas mengalami kondisi seperti diatas, maka disarankan untuk melakukan hal-hal berikut:

- 1) Pastikan adanya orang yang menemani ibu dan bayinya selama beberapa hari atau minggu.
- 2) Berikan kesempatan pada ibu untuk bertanya, bicarakan apa yang terjadi selama proses persalinan dan biarkan ibu untuk mengungkapkan perasaannya atau yang dirasakannya.
- 3) Doronglah anggota keluarga untuk merawat ibu dan bayinya dengan baik.
- 4) Berikan dukungan/dorongan pada ibu untuk merawat bayinya.

b. *Postpartum Sindrom*

Jika gejala *postpartum blues* dibiarkan terus dan bertahan lebih dari dua minggu, maka kondisi ini bisa menimbulkan *postpartum sindrom*. Adapun ciri-ciri *postpartum sindrom* antara lain:

- 1) Ibu sangat emosional.

- 2) Sedih.
- 3) Khawatir.
- 4) Mudah tersinggung.
- 5) Merasa hilang semangat.
- 6) Mudah marah.
- 7) Sedih tanpa sebab.
- 8) Menangis berulang kali.

c. *Depresi Postpartum*

Depresi Postpartum merupakan stress pasca persalinan yang lebih berat dari pada baby blues. Perbedaannya dengan baby blues terletak pada frekuensi, intensitas, dan durasi gejala. Masalah tidur merupakan satu cara untuk membedakannya dari baby blues, jika ibu dapat tidur sementara orang lain mengasuh bayinya disebut baby blues dan sedangkan jika ibu tidak dapat tidur karena kecemasan, ini merupakan depresi postpartum. Gejala umumnya terjadi pada 3 bulan pertama setelah melahirkan atau sampai bayi berusia 1 tahun. Kemungkinan penyebabnya emosional, fisik dan biologis.

1) Faktor emosional

Menurut (Nurjannah, 2013), beberapa gejala *baby blues*, yaitu:

a) Persatuan cemas dan khawatir berlebihan

Seorang ibu yang mengalami sindrom baby blues akan mengalami perasaan cemas dan khawatir: kecemasan hadir seiring dengan usaha mereka ingin memberikan yang terbaik pada bayi. Keseriusan dalam menjalankan peran sebagai ibu seringkali tidak dibekali dengan pemahaman dan pengetahuan tentang merawat dan mengasuh bayi dengan benar sehingga kecemasan melanda pada masa-masa awal pasca persalinan.

Selain itu, ibu juga merasa khawatir jika bayi akan mengalami hal-hal yang buruk akibat tidak mendapat pengasuhan atau perawatan secara benar atau ketidakmaksimalan mereka dalam melakukan tugas sebagai ibu.

b) Bingung

Biasanya ibu bingung karena kurang memahami bayi, Misalnya bagaimana cara berinteraksi dan berkomunikasi atau apa yang harus dilakukan agar bayi berhenti menangis dan sebagainya. Siklus hidup bayi yang seringkali berubah-ubah pada masa-masa awal kehidupannya seringkali membuat ibu kebingungan.

c) Tidak percaya diri

Umumnya ibu pasca melahirkan merasa tidak percaya diri saat mengasuh dan merawat bayi, mereka merasa akan mengalami kegagalan atau merugikan bayi. Mereka merasa tidak mampu memberikan yang terbaik untuk bayi.

d) Sedih

Ibu yang terserang sindrom baby blues mengalami gangguan emosional. Mereka sering terlihat sedih tanpa alasan yang jelas dan sering menangis tanpa sebab.

e) Merasa tidak berguna

Akibat perasaan sedih, cemas, khawatir dan bingung ibu merasakan bahwa dirinya tidak berguna. Ibu merasa gagal dalam menjalankan perannya.

f) Hiperaktif atau perasaan senang berlebihan

Kebalikan dari rasa sedih yang dialami ibu yang mengalami baby blues, ada pula yang terserang sindrom baby blues yang justru menjadi pribadi yang hiperaktif. Hal ini terlihat dari ekspresi yang mereka perlihatkan dan banyak yang tidak menyadarinya.

g) Sensitif

Ibu yang mengalami sindrom baby blues mudah tersinggung.

h) Mengabaikan bayi

Tidak sedikit ibu yang mengalami baby blues mengabaikan bayinya, terutama saat perasaannya sedang takut. Sebab, dalam kondisi demikian mereka memilih untuk menyendiri dan tidak ingin diganggu siapapun.

i) Marah berlebihan

Tidak hanya menangis, para penderita sindrom baby blues juga sering marah berlebihan. Bahkan kemarahan yang mereka perlihatkan tidak beralasan atau tanpa sebab. Banyak hal yang mereka anggap salah. Mereka juga sering melampiaskan kekecewaan atau kesedihan dengan marah yang meledak-ledak pada orang lain.

2) Faktor fisik

Selain perasaan tidak menentu dan berubah-ubah, ibu yang terserang sindrom baby blues juga mengalami gangguan pada fisiknya. Misalnya mudah lelah atau siklus hidupnya tidak normal. Adapun bentuk siklus hidup yang tidak normal tersebut seperti:

a) Insomnia/kurang tidur

Insomnia atau kurang tidur sering dialami ibu yang terserang sindrom baby blues hal ini disebabkan rasa cemas, khawatir, sedih, dan rasa tidak percaya diri.

b) Kehilangan tenaga

Ibu yang mengalami sindrom baby blues mudah kehilangan tenaga. Energinya terkuras akibat gangguan emosional yang dideritanya. Kondisi ini juga berhubungan dengan insomnia yang dialami ibu. Sebab salah satu pemicu kehilangan tenaga adalah insomnia. Waktu istirahat yang tidak normal atau tidak teratur membuat ibu tidak memiliki waktu cukup me-recovery kondisi fisiknya.

c) Nafsu makan berkurang

Pemicu nafsu makan ibu berkurang adalah emosi yang tidak stabil dan kelelahan. Kurangnya asupan makan yang bergizi akan menyebabkan kesehatan ibu terganggu. Pemulihan pasca persalinanpun terhambat.

d) Kelelahan setelah bangun tidur

Kelelahan sehabis bangun tidur adalah kondisi yang paling sering dialami ibu yang terserang sindrom baby blues. Kelelahan setelah bangun tidur disebabkan oleh insomnia.

3) Faktor biologis

Secara biologis, sindrom baby blues disebabkan oleh perubahan hormonal yang dialami ibu. Adapun beberapa hormon yang mengalami penurunan pada masa pemilihan pasca melahirkan yaitu:

a) Progesteron

Hormon progesteron kan meningkat produksinya pada saat ibu hamil. Progesteron berpengaruh pada pertumbuhan dan ukuran alveoli pada payudara calon ibu. Hormon ini akan menurun pada saat ibu melahirkan.

b) Estrogen

Hormon estrogen meningkat pada saat ibu hamil. Hormon ini berfungsi untuk menstimulasi sistem saluran ASI agar memperbesar, sehingga mempermudah ibu untuk menyusui bayinya. Hormon estrogen berkurang saat ibu melahirkan. Tetapi itu pulalah yang membuat ASI keluar dengan lancar, sehingga kebutuhan bayi bisa terpenuhi.

c) Oksitosin

Hormon oksitosin berpengaruh terhadap proses persalinan karena berfungsi untuk melancarkan dan memudahkan persalinan sehingga tidak mengalami rasa sakit yang berlebihan. Namun ada beberapa hormon oksitosin yaitu ruangan baru yang masih terasa asing seperti rumah sakit, perasaan malu dan kecemasan. Hal ini akan menimbulkan rasa sakit saat proses kelahiran.

d) Ketekolamin

Hormon ketekolamin disebut juga dengan hormon *flight of fight*. Hormon ini memiliki sifat bertentangan dengan hormon oksitosin. Meskipun bertentangan, hormon ini tetap dibutuhkan untuk

mengejan pada proses kelahiran berlangsung. Hormon ketekolamin memiliki kekuatan yang membuat proses pengejan menjadi singkat sehingga bayi segera lahir dengan mudah.

Disisi lain, hormon ketekolamin membuat ibu merasa tidak nyaman. Hormon ini menyebabkan mulut ibu kering, pupil membesar, serta turut meningkatkan emosi ibu. Terlebih lagi bila ibu merasa terkejut, maka ia akan mengejan dengan sekuat-kuatnya sebagai reaksi emosionalnya.

Saat proses kelahiran usai, ibu harus menurunkan kadar hormon ini dan meningkatkan oksitosin. Hal ini harus dilakukan secara perlahan agar ibu terhindar dari perdarahan dan juga emosinya mereda. Bila penurunan tidak berhasil dan emosi ibu juga tidak kunjung reda, maka akan menimbulkan *baby blues*.

e) Prolaktin

Prolaktin berfungsi untuk meningkatkan persediaan ASI dan kelangsungannya. Prolaktin juga berpengaruh terhadap tingkat kewaspadaan ibu terhadap bayinya agar tidak mendapatkan hal buruk. Akan tetapi, jika kewaspadaan ini berlebihan atau tidak terkontrol, maka akan menimbulkan kecemasan pada ibu. Selain itu, ibu merasa tidak percaya diri karena merasa tidak bisa memberikan yang terbaik untuk bayinya. Ibu pun sering merasa bersalah karena semua yang dilakukan seakan-akan salah.

f) Beta endorfin

Hormon beta endorfin akan dikeluarkan saat tubuh merasa stres atau sakit. Bila beta endorfin berproduksi dengan baik, tubuh ibu akan bereaksi hingga bertahan dari rasa sakit. Hal ini juga berlaku pada proses melahirkan dan pasca melahirkan.

Beta endorfin berkaitan dengan emosi yang dialami ibu setelah melahirkan. Beta endorfin bisa membuat suasana hati ibu gembira. Akan tetapi kadang kegembiraan itu terlalu berlebihan seperti euphoria. Hadirnya bayi dapat menghilangkan rasa sakit dan menimbulkan kegembiraan. Namun, ini jugalah alasan mengapa

ibu mudah sekali gembira kemudian berubah menjadi kecemasan atau kesedihan.

e. *Postpartum Psikosis*

Postpartum psikosis jarang terjadi, gejala terlihat dalam 3-4 minggu setelah melahirkan, gejalanya seperti delusi dan halusinasi, penyebab pasti belum diketahui, hal ini biasanya dialami oleh ibu yang mengalami keguguran atau kematian bayi dalam kandungan/setelah dilahirkan.

B. *Sectio Caesarea*

1. Pengertian

Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vaginam atau suatu *histerotomi* untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Karlina, 2016).

2. Klasifikasi

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

a. *Sectio transperitonealis profunda*

Sectio caesarea transperitonealis propunda dengan insisi pada bawah rahim, 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 reperitorial yang baik.
- 4) Bahaya peritonitis tidak besar.
- 5) Tumpeng tindih dari peritoneal flap baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum.
- 6) Perut pada uterus umumnya kuat, sehingga bahaya rupture uteri tidak besar di kemudian hari.

Kelemahan/kerugian adalah sebagai berikut:

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

b. Sectio corporal atau klasik

Pembedahan ini diselenggarakan apabila ada halangan untuk melakukan section caesaria transperitonialis profunda misalnya, melekat erat uterus pada dinding perut karena section 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 rupture uteri spontan.

c. Sectio caesarea pertoneal

Dilakukan tanpa membuka peritorium 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.

Beberapa 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 caesaria* dapat dibagi atas:

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

d. *Sectio caesarea hysterectomy*

Setelah *sectio caesarea*, dilakukan hysterectomy dengan indikasi:

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

3. Indikasi

Adapun indikasi untuk melakukan *Sectio Caesarea*, yaitu (Karlina, 2016):

a. Indikasi Ibu:

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

b. Indikasi janin dengan *sectio caesarea*

- 1) Letak lintang.
- 2) Letak bokong.
- 3) Presentasi rangkap bila reposisi tidak berhasil.
- 4) Presentasi dahi dan muka (letak defleksi).
- 5) Gemeli menurut Eastman, *sectio caesarea* di anjurkan:
 - a) Bila janin pertama letak lintang atau presentasi bahu (shoulder presentation).
 - b) Bila terjadi interiok (*looking of the twins*).
 - c) Distosia oleh karena tumor.

- d) Gawat janin.
- 6) Kelainan uterus
 - a) Uterus arkuatus.
 - b) Uterus septus.
 - c) Uterus duplekus.
 - d) Terdapat tumor di pelvis minor yang mengganggu masuk kepala janin ke pintu atas panggul.

4. Komplikasi yang terjadi pasca operasi *sectio caesarea*

Komplikasi yang dapat terjadi pasca operasi *sectio caesarea*, yaitu (Karlina, 2016):

- a. Infeksi puerperal (nifas).
- b. Perdarahan.
- c. Luka kandung kemih.
- d. Kemungkinan ruptura uteri spontan pada kehamilan mendatang.

5. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada klien dengan tindakan *sectio caesarea*, yaitu (Karlina, 2016):

- 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 presentasi janin.
- g. Amniosintesis: Mengkaji maturitas paru janin.
- h. Tes stres kontraksi atau tes non-stres: Mengkaji respons janin terhadap gerakan/stres dari pola kontraksi uterus/pola abnormal.
- i. Penentuan elektronik selanjutnya: Memastikan status janin/aktivitas uterus.

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis dan perawatan setelah dilakukan *sectio caesarea*, yaitu (Karlina, 2016):

- a. Perdarahan dari vagina harus dipantau dengan cermat.
- b. Fundus uteri dipalpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap berkontraksi engan kuat.
- c. Pemberian analgetik dan antibiotik.
- d. Periksa aliran darah uterus.
- e. Pemberian cairan intra vaskuler, 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. Perawat luka: Insisi diperiksa setiap hari, jahitan kulit (klip) diangkat pada hari ke empat setelah pembedahan.
- h. Pemeriksaan laboratorium: Hematokrit diperiksa pagi hari setelah pembedahan untuk memastikan perdarahan pasca operasi atau hipovolemia.

C. Ketuban Pecah Dini (KPD)

1. Pengertian

Ketuban pecah dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktu persalinan, tanpa memperhatikan usia gestasi. Namun, dalam prakteknya dan dalam penelitian ketuban pecah dini didefinisikan sesuai dengan jumlah jam dari waktu pecahnya ketuban sampai waktu persalinan (Maryunani, 2013).

2. Etiologi/ Indikasi

Menurut Maryunani (2013) meliputi antara lain:

- a. Serviks inkompeten.
- b. Faktor keturunan.
- c. Infeksi genetalia.
- d. Overdistensi uterus.

- e. Malposisi atau malpresentase janin.
- f. Faktor yang menyebabkan kerusakan serviks.
- g. Riwayat Ketuban pecah dini (KPD) sebelumnya dua kali atau lebih.
- h. Faktor yang berhubungan dengan berat badan sebelumnya dan selama hamil.
- i. Merokok selama kehamilan.
- j. Usia ibu yang lebih tua mungkin menyebabkan ketuban kurang kuat dari pada usia muda.
- k. Riwayat hubungan seksual baru-baru ini.
- l. Paritas.
- m. Anemia.
- n. Keadaan sosial ekonomi.

3. Kontraindikasi

Menurut Maryunani (2013) meliputi antara lain:

- a. Infeksi peritoneum.
- b. Janin mati (bukan kontraindikasi mutlak).
- c. Kurang fasilitas dan tenaga medis.

4. Klasifikasi

Menurut Hamilton C, (2010) menyatakan bahwa klasifikasi Ketuban pecah dini (Premature Rupture of Membrane/PROM) mengacu kepada pasien yang melampaui usia kehamilan 37 minggu dan ditampilkan dengan adanya pecah ketuban berkepanjangan adalah setiap pecahnya ketuban yang berlangsung selama lebih dari 24 jam dan lebih dahulu pecah pada awal persalinan (Maryunani, 2013).

Ketuban pecah pada saat usia kehamilan >37 minggu dan penyebabnya mungkin karena melemahnya membran amnion secara fisiologis. Kondisi klinis seperti inkompetensi serviks dan polihidramnion telah diidentifikasi sebagai faktor risiko yang jelas dalam beberapa kasus ketuban pecah dini. Untuk penanganannya melalui *sectio caesarea*.

5. Manifestasi Klinis

Menurut (Ratnawati, 2017) menyatakan bahwa manifestasi klinis untuk Ketuban pecah dini (KPD), yaitu:

- a. Air ketuban keluar warna putih keruh, jernih, kuning, hijau atau kecoklatan sedikit-sedikit atau sekaligus.
- b. Dapat disertai demam bila sudah infeksi.
- c. Janin mudah diraba.
- d. Para periksa dalam selaput ketuban tidak ada, air ketuban sudah kering.
- e. Tampak air ketuban mengalir atau selaput ketuban tidak ada dan air ketuban sudah kering.

6. Komplikasi

Menurut Maryunani (2013) komplikasi yang biasa terjadi pada Ketuban pecah dini (KPD) meliputi:

- a. Mudah terjadinya infeksi intra uterin.
- b. Partus premature.
- c. Prolaps bagian janin terutama tali pusat.

Terjadi tiga komplikasi utama yang terjadi pada ketuban pecah dini yaitu:

- a. Peningkatan morbiditas neonatal oleh karena prematuritas.
- b. Komplikasi selama persalinan dan kelahiran.
- c. Risiko infeksi pada ibu maupun janin, dimana risiko infeksi karena ketuban yang utuh merupakan penghalang masuknya infeksi.

7. Penatalaksanaan

Menurut (Ratnawati, 2017) menyatakan bahwa penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini (KPD), yaitu:

- a. Ketuban pecah dini pada kehamilan aterm atau preterm dengan atau tanpa komplikasi harus dirujuk ke rumah sakit.
- b. Bila janin hidup dan terdapat prolaps tali pusat, ibu dirujuk dengan posisi panggul lebih tinggi dari badannya, bila mungkin dengan posisi bersujud.
- c. Jika perlu kepala janin didorong ke atas dengan dua jari agar tali pusat tidak tertekan kepala janin.

- d. Tali pusat di vulva dibungkus kain hangat yang dilapisi plastik.
- e. Jika ada demam atau dikhawatirkan terjadi infeksi saat rujukan atau KPD lebih dari 6 jam, berikan antibiotik.
- f. Bila keluarga ibu menolak dirujuk, ibu diharuskan beristirahat dengan posisi berbaring miring, berikan antibiotik.
- g. Pada kehamilan kurang dari 32 minggu dilakukan tindakan konservatif, yaitu tirah baring dan berikan sedatif, antibiotik, dan tokolisis.
- h. Pada kehamilan 33-35 minggu lakukan terapi konservatif selama 24 jam lalu induksi persalinan.
- i. Bila terjadi infeksi, akhiri kehamilan.
- j. Pada kehamilan lebih 36 minggu, bila ada his, pimpin meneran dan akselerasi bila ada inersia uteri.
- k. Bila tidak ada his, lakukan tindakan induksi persalinan bila ketuban pecah kurang dari 6 jam dan skor pelvik kurang dari 5 atau ketuban pecah dini lebih dari 6 jam dan skor pelvik lebih dari 5, *sectio caesarea* bila ketuban pecah dini lebih dari 5 jam dan skor pelvik kurang dari 5.

D. Oligohidramnion (cairan ketuban sedikit)

1. Pengertian

Cairan amnion adalah cairan yang memenuhi rahim. Cairan ini ditampung dikantung ketuban atau kantung janin. Cairan ketuban diproduksi oleh kehamilan, kemudian akan bertambah dengan produksi cairan janin. Pada usia kehamilan 12 minggu, janin mulai minum air ketuban. Cairan ketuban dikatakan kurang bila volumenya lebih sedikit dari 500 cc dan hal ini diketahui dari hasil pemeriksaan USG. Istilah medisnya Oligohidramnion (Siswasuherjo, 2010).

2. Etiologi

Menurut (Marmi, 2015) mengatakan penyebab pasti belum diketahui dengan jelas. Namun pada beberapa kasus bias diklasifikasikan penyebab Oligohidramnion ada 2 yaitu:

- a. Primer: Karena pertumbuhan amnion yang kurang baik.

- b. Sekunder: Ketuban pecah dini (KPD).

3. Manifestasi Klinis

Menurut (Marmi, 2015) mengatakan gambaran klinis dari oligohidramnion diantaranya yaitu:

- a. Perut ibu kelihatan kurang membuncit.
- b. Ibu merasa nyeri diperut pada tiap pergerakan anak.
- c. Persalinan lebih lama dari biasanya.
- d. Sewaktu his akan terasa sakit sekali.
- e. Bila ketuban pecah air ketuban sedikit sekali bahkan tidak ada yang keluar.

4. Komplikasi

Menurut Saxena (2013), komplikasi yang dapat terjadi selama awal kehamilan karena adanya oligohidramnion adalah sebagai berikut:

- a. Air ketuban menyebabkan kelainan bentuk atau penyempitan tali pusat.
- b. Kelainan tekanan seperti kaki dan tangan.

Komplikasi yang terjadi selama akhir kehamilan sebagai berikut ini:

- a. Gawat janin.
- b. Perbandingan tali pusat, menghasilkan kekurangan oksigen pada janin.
- c. Keterbelakangan pertumbuhan janin yang meninggal di dalam kandungan (IUFD).
- d. Ketuban pecah berkepanjangan.
- e. Cacat janin (kehilangan satu atau dua ginjal, ginjal polikistik (kista), penyumbatan yang terjadi pada pangkal kandung kemih).
- f. Sindrom posmatur.
- g. Keguguran.
- h. Lahir mati.
- i. Kehadiran oligohidramnion pada kehamilan lanjut di salah satu tanda gawat janin dan sering terlihat dalam hubungan dengan Intrauterine growth restriction (IUGR).

j. Wanita dengan oligohidramnion lebih mungkin membutuhkan operasi caesar dibandingkan dengan wanita normal.

5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Oligohidramnion yaitu, (Rukiyah, 2010):

- a. Tirah baring.
- b. Hidrasi dengan kecukupan cairan.
- c. Perbaiki nutrisi.
- d. Pemantauan kesejahteraan janin.
- e. Pemeriksaan USG yang umum dari volume cairan amnion.
- f. Pemberian infuse amnion.

D. Konsep Asuhan Keperawatan Post Partum dengan *Sectio Caesarea*

Asuhan keperawatan *sectio caesarea* yaitu, (Aspiani, 2017):

1. Pengkajian

a. Identitas

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

b. Keluhan Utama

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

c. Riwayat Penyakit Sekarang

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

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Apakah klien pernah mengalami riwayat tindakan operasi sebelumnya.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Peranan keluarga atau keturunan merupakan faktor penyebab penting yang perlu dikaji yaitu penyakit berat yang pernah diderita salah satu

anggota yang ada hubungannya dengan operasi misalnya: TBC, DM, dan Hipertensi.

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 menurut Virginia Henderson

1) Respirasi

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

2) Nutrisi

Klien setelah selesai operasi pemenuhan nutrisinya selama puasa melalui infus dan setelah 6 jam baru diberikan minum secara bertahap dan setelah 8 jam 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 BAB, konsistensi, warna, bau, dan klien dengan post *sectio caesarea*, untuk BAK melalui dower cateter yang sebelumnya telah terpasang.

4) Istirahat/tidur

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

5) Mempertahankan temperatur tubuh dan sirkulasi.

Pada klien dengan post op *sectio caesarea* mengalami gangguan dalam 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 berpakaian

Klien dengan post op *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 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 selamalamanya 60 hari sesudah melahirkan.

13) Kebutuhan bermain dan rekreasi

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

14) Kebutuhan belajar

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

h. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Keadaan umum biasanya lemah.

2) Kesadaran

Apatis.

3) Tanda-tanda vital

Tekanan darah:	Normal atau menurun <120/90 mmhg.
Nadi:	Nadi meningkat > 80×/menit.
Suhu:	Suhu meningkat >37,5°C.
Respirasi:	Respirasi meningkat.

4) Pemeriksaan head to toe

a) Kepala

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

b) Wajah

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

c) Mata – telinga – hidung

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

d) Leher

Perlu dikaji terdapat benjolan pada leher, pembesaran vena jugularis dan adanya pembesaran kelenjar 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 gallop, mur-mur.

f) Payudara atau mammae

Apakah puting menonjol atau tidak, areola menghitam, kolostrum.

g) Abdomen

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

h) Ekstremitas atas dan bawah

1) Ektremitas atas

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

2) Ekstremitas bawah

Kesimtrisannya, ada tidaknya oedema, bagaimana dengan pergerakannya biasanya klien dengan post operasi sering takut menggerakkan kakinya, apakah tanda-tanda hormon, refleks patella, adakah tanda-tanda trombosis vena.

i) Genetalia

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

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi sekret akibat penurunan reflek batuk.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan.
- c. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif.
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka bekas operasi.
- e. Defisit perawatan diri: mandi/kebersihan berhubungan dengan kelemahan fisik.

3. Rencana Keperawatan

- a. **Ketidakfektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan akumulasi sekret akibat penurunan reflek batu.**

Kriteria hasil:

- 1) Klien mudah untuk bernapas.
- 2) Tidak ada sianosis, tidak ada dispneu.
- 3) Saturasi O₂ dalam batas normal.
- 4) Jalan nafas paten.
- 5) Mengeluarkan sekresi secara efektif.
- 6) Klien mempunyai irama dan frekuensi pernafasan dalam rentang normal.

7) Klien mempunyai fungsi paru dalam batas normal.

Intervensi keperawatan:

- 1) Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi.
- 2) Auskultasi bunyi nafas, area penurunan ventilasi atau tidak adanya ventilasi dan adanya bunyi nafas tambahan.
- 3) Keluarkan sekret dengan batuk efektif atau suction sesuai kebutuhan.
- 4) Anjurkan klien untuk bernapas pelan, nafas dalam dan batuk.
- 5) Atur posisi klien untuk mengurangi dyspneu.
- 6) Monitor status respirasi dan oksigenasi sesuai kebutuhan.
- 7) Atur intake cairan untuk mengoptimalkan keseimbangan cairan.
- 8) Pastikan kebutuhan untuk oral dan trakheal suction.
- 9) Auskultasi suara napas sebelum dan setelah suction.
- 10) Aspirasi nasofaring dengan suction sesuai kebutuhan.
- 11) Gunakan tambahan oksigen sesuai kebutuhan.
- 12) Bersihkan mulut, hidung dan trakea dari sekrei sesuai kebutuhan.
- 13) Pertahankan kepatenan jalan napas.
- 14) Monitor aliran oksigen.
- 15) Monitor posisi pemberian oksigen.
- 16) Berikan oksigen sesuai kebutuhan.
- 17) Monitor keefektifan terapi oksigen.

b. Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan

Kriteria hasil:

- 1) Mampu mengontrol nyeri (mengetahui penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, dan tindakan pencegahan nyeri).
- 2) Melaporkan nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- 3) Mampu mengenali karakteristik nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri).
- 4) Mampu mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.
- 5) Tanda – tanda vital dalam batas normal.
- 6) Ekpresi wajah tenang.

Intervensi keperawatan:

- 1) Kaji secara komprehensif tentang nyeri, meliputi: lokasi, karakteristik dan onset, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor–faktor pempitaksi.
- 2) Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan.
- 3) Gunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.
- 4) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (misalnya: nafas dalam, teknik distraksi atau massage).
- 5) Evaluasi tentang keefektifan dari tindakan mengontrol nyeri yang telah digunakan.
- 6) Berikan dukungan terhadap klien dan keluarga.
- 7) Berikan informasi tentang nyeri, seperti: penyebab, berapa lama terjadi dan tindakan pencegahan.
- 8) Kontrol faktor – faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien terhadap ketidaknyamanan (misalnya: temperatur ruangan, penyalinan dan lain-lain).
- 9) Tingkatkan istirahat yang cukup.
- 10) Modifikasi tindakan mengontrol nyeri berdasarkan respon klien.
- 11) Monitor kenyamanan klien terhadap manajemen nyeri.
- 12) Libatkan keluarga untuk mengurangi nyeri.
- 13) Informasikan kepada tim kesehatan lainnya atau anggota keluarga saat tindakan nonfarmakologi dilakukan untuk pendekatan preventif.
- 14) Berikan analgetik yang tepat waktu terutama saat nyeri hebat

c. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif**Kriteria hasil:**

- 1) Tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi.
- 2) Suhu tubuh normal (36,5-37°C).
- 3) Nadi normal (70-80x/menit).
- 4) Frekuensi nafas normal (20x/menit)
- 5) Tekanan darah normal 120/70mmHg.
- 6) Cairan ketuban tidak berbau busuk.

Intervensi keperawatan:

- 1) Pantau tanda/gejala infeksi (misalnya: suhu tubuh, keadaan luka post operasi, kondisi vulva, kelelahan dan malaise).
- 2) Kaji faktor yang meningkatkan serangan infeksi (misalnya: usia lanjut, status imun menurun dan malnutrisi).
- 3) Pantau hygiene personal untuk perlindungan terhadap infeksi.
- 4) Monitor tanda dan gejala infeksi sistematis.
- 5) Monitor sel darah putih.
- 6) Anjurkan klien atau keluarga untuk menjaga personal hygiene dan melindungi tubuh terhadap infeksi.
- 7) Anjurkan klien dan keluarga tentang tanda-tanda dan gejala dari infeksi.
- 8) Ajarkan klien dan anggota keluarga bagaimana mencegah infeksi.
- 9) Ajarkan klien dan keluarga tanda/gejala infeksi dan kapan harus melaporkan ke petugas kesehatan.
- 10) Bersihkan lingkungan secara tepat setelah digunakan oleh klien.
- 11) Ganti peralatan klien setiap selesai tindakan.
- 12) Batasi jumlah pengunjung.
- 13) Gunakan sabun untuk mencuci tangan.
- 14) Gunakan sarung tangan steril.
- 15) Lakukan perawatan vulva dan perineum.
- 16) Tingkatkan asupan nutrisi dan cairan.
- 17) Pertahankan teknik aseptik.
- 18) Pertahankan teknik isolasi sesuai kebutuhan.

d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka bekas operasi**Kriteria hasil:**

- 1) Aktivitas fisik meningkat.
- 2) Melaporkan perasaan peningkatan kekuatan dan kemampuan dalam bergerak.

Intervensi keperawatan:

- 1) Kaji kemampuan klien dalam melakukan mobilitas.

- 2) Observasi penyebab gangguan mobilitas yang dialami klien.
- 3) Monitor dan catat kemampuan klien dalam mentoleransi aktivitas dan penggunaan keempat ekstremitasnya.
- 4) Jika memungkinkan observasi tindakan yang dilakukan untuk nyerinya dan gangguan muskuloskeletal sebelum beraktivitas.
- 5) Ajarkan latihan ROM secara pasif aktif sesuai kondisi klien.
- 6) Mobilisasi support area yang berpengaruh jika diperlukan.
- 7) Ubah posisi tiap 2 jam.
- 8) Monitor integritas kulit pada area yang tertekan.
- 9) Pastikan keterbatasan gerak sendi yang dialami.
- 10) Motivasi klien untuk mempertahankan pergerakan sendi.
- 11) Pastikan klien bebas dari nyeri sebelum diberikan latihan.
- 12) Pastikan baju klien longgar.
- 13) Lindungi klien dari trauma selama latihan.
- 14) Beri reinforcement positif.
- 15) Kolaborasi dengan fisioterapi.
- 16) Kolaborasi dengan dalam pemberian terapi analgetik.

e. Defisit perawatan diri: mandi / kebersihan berhubungan dengan kelemahan fisik.

Kriteria hasil:

- 1) Klien menerima bantuan atau total dari pemberi perawatan jika diperlukan.
- 2) Klien mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene mulut.
- 3) Klien mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi.
- 4) Klien mampu membersihkan dan mengeringkan tubuh.
- 5) Klien mampu melakukan perawatan mulut.

Intervensi keperawatan:

- 1) Kaji kemampuan klien untuk menggunakan alat bantu.
- 2) Pantau adanya perubahan kemampuan fungsi.

- 3) Pantau kemampuan klien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri.
- 4) Pantau kebutuhan klien terhadap perlengkapan alat-alat untuk kebersihan diri, berpakaian dan makan.
- 5) Berikan bantuan sampai klien mampu untuk melakukan perawatan diri.
- 6) Bantu klien dalam menerima ketergantungan pemenuhan kebutuhan sehari-hari.
- 7) Dukung kemandirian dalam melakukan mandi dan hygiene mulut, bantu klien hanya jika diperlukan.
- 8) Kaji membran mukosa oral dan kebersihan tubuh setiap hari.
- 9) Kaji kondisi kulit saat mandi.
- 10) Pantau kebersihan kuku, berdasarkan kemampuan perawatan diri klien.

4. Implementasi Keperawatan

Menurut (Syaiiful, 2019), implementasi yang komprehensif merupakan pengolahan dan perwujudan dari perencanaan, pelaksanaan dapat terealisasi dengan baik apabila diterapkan berdasarkan hakikat masalah. Beberapa prinsip dalam pelaksanaan tindakan meliputi:

- a. Tindakan keperawatan yang dapat dikerjakan sendiri, dibantu atau dilimpahkan pada staf lain, pada klien dan keluarga.
- b. Penguasaan pengetahuan dan keterampilan tentang tindakan yang dilakukan.
- c. Mengamati hasil tindakan yang diberikan petugas kesehatan.
- d. Mencatat dan mengadakan konsultasi jika perlu dilakukan rujukan.

Menurut (Rohmah, 2019), tahap-tahap dalam pelaksanaan:

- a. Tahap persiapan
 - 1) *Review* rencana tindakan keperawatan.
 - 2) Analisis pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan.
 - 3) Antisipasi komplikasi yang akan timbul.

- 4) Mempersiapkan peralatan yang diperlukan.
 - 5) Mengidentifikasi aspek-aspek hukum dan etik.
 - 6) Memperhatikan hak-hak pasien.
- b. Tahap pelaksanaan
- 1) Berfokus pada pasien.
 - 2) Berorientasi pada tujuan dan kriteria hasil.
 - 3) Memperhatikan keamanan fisik dan psikologis pasien.
 - 4) Kompeten.
- c. Tahap sesudah pelaksanaan
- 1) Menilai keberhasilan tindakan.
 - 2) Mendokumentasikan tindakan perawat, meliputi aktivitas atau tindakan, respon pasien, tanggal jam, nomor diagnosa dan tanda tangan.

5. Evaluasi

Menurut (Rohmah, 2019), untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP/SOAPIE/SOAPIER. Penggunaannya tergantung dari kebijakan setempat. Yang dimaksud dengan SOAPIER adalah:

S: Data Subyektif

Perawat menulis keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

O: Data Obyektif

Hasil observasi perawat secara langsung kepada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

A: Analisis

Interpretasi dari data subyektif dan data obyektif. Masalah atau diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subyektif dan obyektif.

P: Planning

Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan

yang telah ditentukan sebelumnya. Tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan dan tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan. Tindakan yang perlu dilanjutkan adalah tindakan yang masih kompeten untuk menyelesaikan masalah klien dan membutuhkan waktu untuk mencapai keberhasilannya. Tindakan yang perlu dimodifikasi adalah tindakan yang dirasa dapat membantu menyelesaikan masalah klien tetapi perlu ditingkatkan kualitasnya atau mempunyai alternatif pilihan yang lain yang diduga dapat membantu mempercepat proses penyembuhan. Sedangkan rencana tindakan yang baru/sebelumnya tidak ada dapat ditentukan bila timbul masalah baru atau rencana tindakan yang ada sudah tidak kompeten lagi untuk menyelesaikan masalah yang ada.

I: Implementasi

Tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (perencanaan). Jangan lupa menulis tanggal dan jam pelaksanaan.

E: Evaluasi

Respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

R: Reassessment

Pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi, apakah dari rencana tindakan perlu dilanjutkan?, dimodifikasi?, atau dihentikan?.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Pasien bernama Ny. S berusia 27 tahun yang bersuku Sunda beragama islam memiliki pendidikan terakhir Diploma, saat ini Ny.S menjadi ibu rumah tangga. Suami dari Ny.S bernama Tn.J berusia 30 tahun bersuku Sunda beragama islam memiliki pendidikan terakhir SLTA, saat ini bekerja sebagai karyawan swasta. Ny.S dan Tn.J tinggal di Cikarang. Status perkawinan yaitu menikah 1 kali dengan lama pernikahan sudah 4 tahun.

2. Resume

Pasien Ny.S datang ke Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur ke ruang Vk bersama suaminya pada tanggal 09 Februari 2020 pukul 16.30 WIB dengan kursi roda. Pasien datang dengan G2P1A0 Hamil 34-35 minggu, pasien datang karena KPD 4 jam, dengan keluhan mules sejak jam 12.00 WIB, ketuban mengalir jernih. Dilakukan pemeriksaan di ruang vk dengan hasil TFU pertengahan pusat dengan px, DJJ 140x/menit teratur, Kontraksi uterus pasien 1x setiap 10 menit selama 20 detik, dilakukan pemasangan infus RL 500 ml dan ditambah obat Nairet 1½ ampul di tangan kiri pada vena metacarpal dan pemberian obat Dexamethason 6mg melalui IV di paha kiri dan diberikan obat Intrix 1gram melalui IV, dan pasien disarankan bedrest total dan posisi trendelenburg pukul 22.00 WIB pasien dipindahkan ke ruang euphorbia dengan pasien masih terpasang infus dan posisi trendelenburg. Pada tanggal 10/2/2020 dilakukan pemeriksaan KU sedang, Kesadaran Compos Mentis, TTV: Tekanan darah 112/59mmHg, Nadi 110x/menit, S

36°C, RR 19x/menit, observasi DJJ dengan hasil 150x/menit, ketuban + rembes, Kontraksi uterus pasien 1x setiap 10 menit selama 20 detik, dilakukan pemeriksaan USG dengan hasil ICA 7,3 cm, pada tanggal 11/2/2020 dilakukan pemeriksaan KU sedang, Kesadaran Compos Mentis, TTV: Tekanan darah 120/87mmHg, Nadi 90x/menit, S 36°2°C, RR 19x/menit pasien, observasi DJJ 144x/menit, His tidak ada, rembesan ketuban masih ada, dilakukan pemeriksaan USG ulang dengan hasil ICA 2,3 cm dan diajurkan dokter Y dilakukan SC karena oligohidramion pukul 13.00 WIB, pasien sudah puasa makan dan minum dari pukul 08.00 WIB Dilakukan pemeriksaan keadaan umum baik, kesadaran *composmentis*, tanda-tanda vital dengan tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 90 x/menit, suhu 36°C, RR 16 x/menit. Pukul 12.00 WIB pasien di antar keruang OK dan pukul 12.15 WIB pasien dilakukan pembiusan dengan jenis anestesi spinal oleh dokter dan perawat anestesi. Pukul 12.25 pasien masuk OK 1 dan operasi dimulai., pada pukul 12.44 WIB bayi lahir SC dengan jenis kelamin laki-laki bayi mengangis kuat, tonus otot baik, kulit tampak kemerahan, bayi lahir dengan berat badan 2850 gram, panjang badan 48 cm, APGAR score 7/8, ketuban jernih, tali pusat dipotong. Bayi dibersihkan dari lendir dengan cara di suction, perdarahan $\pm$ 300cc, terdapat luka SC dibagian abdomen melintang (transperitonealis profunda), bayi tidak IMD dan langsung diantar keruang perina karena bayi prematur yang lahir pada kurang bulan, Pada pukul 13.20 WIB operasi selesai, pasien dipindahkan ke ruang RR untuk diobservasi. Tanda-tanda vital pasien dengan hasil tekanan darah 120/100, nadi 70 x/menit, saturasi O₂ 100%, suhu 36°C, respirasi 18 x/menit, kedua kaki pasien dapat digerakkan. Pada pukul 15.00 WIB pasien dipindahkan keruang euphorbia, Pasien mengeluh nyeri luka operasi dengan skala 6, dilakukan pemeriksaan TFU dengan hasil TFU 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus keras, lochea *rubra*, luka operasi tidak ada rembesan. Masalah keperawatan yang muncul adalah gangguan rasa nyaman: nyeri. Tindakan keperawatan mandiri yang sudah dilakukan adalah TTV dengan hasil tekanan darah 110/76 mmHg, nadi 101x/menit, Suhu 36°C,

RR 18x/menit, Tindakan kolaborasi yang sudah dilakukan adalah memberikan obat Remopain 10 mg drip dan Cernevit 750 mg drip. Evaluasi secara umum masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

3. Riwayat Keperawatan

a. Keluhan Utama

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 11 Februari 2020 pukul 15.20 WIB pasien mengatakan merasakan nyeri pada daerah luka operasinya di bagian abdomen, nyeri seperti di tusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 6. Pasien tampak memegang perutnya.

b. Riwayat Persalinan Sekarang

Ny.S melakukan persalinan pada tanggal 11 Februari 2020 pukul 12.40 WIB dengan tipe persalinan bantuan *sectio caesarea* atas indikasi KPD dengan jumlah perdarahan $\pm$ 300 cc. Jenis kelamin bayi Ny.S yaitu Laki-laki dengan berat badan 2850 gram, panjang badan 48 cm. Hasil *Apperence, Pulse, Grimace, Activity, Respiratory* (APGAR) score yaitu 7 pada 5 menit pertama dan 8 pada 5 menit kedua.

c. Riwayat Obstetri

Persalinan P2A0 anak hidup 2. Anak pertama dengan usia kehamilan 38 minggu, tidak ada penyulit pada masa kehamilan, jenis persalinan *spontan*, penolong dokter, penyulit persalinan tidak ada, komplikasi nifas tidak ada, jenis kelamin perempuan dengan berat badan 3300 gram, panjang badan 50 cm, keadaan anak sehat dan berusia 4 tahun. Anak kedua dengan kehamilan 34-35 minggu, ada penyulit pada masa kehamilan, jenis persalinan *sectio caesarea*, penolong dokter, indikasi persalinan KPD, komplikasi nifas tidak ada, jenis kelamin laki-laki dengan berat badan 2850 gram, panjang badan 48 cm, keadaan anak prematur dan berusia 0 hari.

d. Riwayat Keluarga Berencana (KB)

Pasien mengatakan sudah pernah menggunakan KB karena ini adalah anak keduanya. Pasien mengatakan memakai jenis kontrasepsi suntik dengan lamanya 1 tahun. Pasien tampak sudah mengerti saat ditanya tentang alat kontrasepsi.

e. Riwayat Imunisasi TT

Pasien mengatakan saat hamil anak yang kedua tidak melakukan imunisasi TT.

f. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit yang serius pada keluarga maupun pasien sendiri.

g. Riwayat Kebiasaan Sehari-hari Sebelum Dirawat

1) Pola Nutrisi/Cairan

Pasien mengatakan makan 3x sehari dengan 1 porsi. Jenis makanan biasa dengan makan-makanan protein, karbohidrat sayur-sayuran, dan buah-buahan. Pasien tidak ada mual dan muntah. Nafsu makan pasien baik, pasien mengatakan minum sehari sekitar 6-7 gelas perhari (1000-1500 ml). Pasien tidak mempunyai alergi pada makanan. Rata-rata berat badan sebelum hamil 50 kg dan berat badan sekarang 72 kg.

2) Pola Eliminasi

Pasien mengatakan BAB 1-2x hari dengan konsistensi lembek berampas, defekasi terakhir kemarin 1 kali (10-02-2020), pasien mengatakan tidak ada keluhan pada saat BAB, dan pasien tidak mempunyai hemoroid. Pasien mengatakan BAK 9-10 kali sehari dengan karakteristik urin kuning jernih dan pasien mengatakan tidak ada keluhan pada saat BAK.

3) Personal Hygiene

Pasien mengatakan mandi 2x perhari yaitu pada pagi dan sore hari, oral hygiene 2x perhari pada pagi dan sore, dan mencuci rambut 1-2x perminggu.

4) Pola Aktivitas/Istirahat dan Tidur

Pasien mengatakan kegiatan sehari-harinya sebagai ibu rumah tangga. Pasien mengatakan mempunyai hobi membaca buku, pembatasan karena kehamilan tidak mengangkat beban berat, kegiatan waktu luang yang pasien lakukan adalah olahraga ringan, nonton TV. Pasien mengatakan keluhan dalam beraktivitas tidak ada, aktivitas kehidupan sehari-hari dilakukan secara mandiri. Pasien mengatakan tidur siang, lama tidurnya 2 jam dan tidur malam 7-8 jam perhari. Pasien mengatakan tidak ada masalah tidur (insomnia), kebiasaan khusus sebelum tidur main HP, dan tidak ada mengonsumsi obat tidur. Pasien mengatakan masih akan mencoba miring kanan dan miring kiri, pasien beristirahat sampai dengan jam 01.44 WIB (tgl/ 12-02-2020).

5) Pola Kebiasaan Yang Mempengaruhi Kesehatan

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

6) Pola Seksualitas

Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam hal seksualitas.

7) Riwayat Psikososial

Pasien mengatakan pada kehamilan ini direncanakan. Pasien dan keluarga mengatakan perasaan saat kehamilan dan persalinan ini sangat bahagia dan sangat senang atas kelahiran anak keduanya. Pasien mengatakan merasa sedih juga melihat anaknya dibawa ke ruang perina. Pasien mengatakan untuk mengatasi stress pasien melakukan berdiskusi dengan suami atau keluarga pasien untuk menyelesaikan masalahnya.

Pasien tinggal dengan suami dan anak pertamanya. Peran dalam struktur keluarga yaitu sebagai seorang istri bagi suaminya dan seorang ibu bagi anaknya. Pasien mengatakan sudah mengerti tentang perawatan bayi karena ini adalah anak kedua. Pasien tampak sudah mengerti saat ditanya tentang cara merawat bayi baru lahir tetapi belum mengetahui cara merawat bayi yang

kurang bulan. Pasien mengatakan sudah memahami tentang ASI Eksklusif tetapi belum mengetahui cara memompa ASI dengan benar dan cara penyimpanan ASI. Pasien tampak sudah memahami saat ditanya tentang ASI Eksklusif tetapi masih terlihat bingung cara memompa ASI dengan benar dan cara penyimpanan ASI, pasien mengatakan belum mengetahui cara perawatan payudara dan manfaat dari perawatan payudara. Nilai EPDS 12 dengan kategori fairly high possibility of depression (kemungkinan depresi yang cukup tinggi).

8) Status Sosial Ekonomi

Pasien mengatakan penghasilan dalam sebulan lebih dari Rp. 7.000.000,- dengan pengeluaran dalam sebulan kurang lebih Rp. 6.000.000,- untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Pasien mengatakan memiliki jaminan kesehatan yaitu asuransi dari indofood.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Sistem Kardiovaskuler/Sirkulasi

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan hasil nadi 90x/menit dengan irama teratur dan denyut nadi kuat, Tekanan darah 110/76 mmHg, Suhu: 36,7°C, pengisian kapiler kurang dari 3 detik, tidak ada edema, konjungtiva tampak ananemis, pemeriksaan lab tanggal 09 Februari 2020 Hb 8,9* g/dl, sklera anikterik, pasien tidak ada riwayat peningkatan tekanan darah, pasien tidak ada riwayat penyakit jantung dan pasien tidak ada keluhan seperti pusing.

b. Sistem Pernafasan

Jalan nafas bersih dengan frekuensi nafas 18x/menit, irama nafas teratur dengan kedalaman dalam, pasien tidak ada batuk dan suara nafas pasien terdengar vesikuler atau normal.

c. Sistem Pencernaan

Keadaan mulut pasien tidak ada caries, pasien tidak ada stomatitis, lidah tidak tampak kotor, pasien tidak tampak menggunakan gigi

palsu, pasien tidak tercium bau mulut, pasien mengatakan tidak ada mual dan muntah, pasien tidak ada kesulitan menelan, nafsu makan pasien baik, pasien mengeluh nyeri perut pada bagian operasi, pasien mengatakan tidak ada rasa penuh di perut. Berat badan sekarang 66 kg, tinggi badan 160 cm, IMT 25 bentuk tubuh pasien tegak, membran mukosa pasien lembab, lingkaran lengan atas 32 cm. Pasien mengatakan sudah BAB setelah operasi dan pasien tidak ada hemoroid.

d. Neurosensori

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

e. Sistem Endokrin

Gula darah pasien 103 mg/dl (tanggal 09-02-2020).

f. Sistem Urogenital

Pola BAK pasien saat ini masih tertampung dalam *urine bag* dan pasien masih terpasang kateter urin, jumlah 400 cc (8 jam), warna kuning jernih dan pasien tidak ada keluhan dalam BAK.

g. Sistem Integumen

Turgor kulit pasien baik elastis, warna kulit pasien tampak kemerahan, keadaan kulit terdapat insisi dibagian abdomen bawah panjang jahitannya 20 cm, keadaan kebersihan kulit pasien bersih dan keadaan rambut klien bersih.

h. Sistem Muskuloskeletal

Pasien tidak terdapat kesulitan dalam pergerakan, ekstremitas pada tungkai simetris, tidak ada tanda-tanda homan sign, pasien tidak tampak ada edema dan varises.

i. Dada dan Axilla

Hasil pemeriksaan keadaan mammae membesar, aerola mammae tampak menghitam atau hiperpigmentasi, papilla mammae kanan dan kiri exverted atau menonjol, kolostrum belum keluar, produksi ASI

belum keluar, tidak ada sumbatan pada ASI, pasien belum mencoba memberikan ASI kepada bayi karena pasien masih harus bedrest 6 jam setelah operasi, dan bayi dibawa ke ruang perina tidak ada pembengkakan dan nyeri pada payudara pasien.

j. Perut/Abdomen

Tinggi fundus uteri satu jari dibawah pusat, kontraksi atau after pain kuat. Pasien terdapat luka insisi operasi pada abdomen panjang 20 cm, luka tertutup kassa, tidak ada rembesan, tidak ada tanda-tanda infeksi (rubor, dolor, calor, tumor, fungsiolesa) disekitar luka.

k. Anogenital

Lochea Rubra dengan karakteristik warna merah segar, jumlah 1 softtek (200 cc), berbau khas darah, dan tidak dilakukan episiotomi pada pasien.

5. Pemeriksaan Penunjang

Hasil laboratorium tanggal 09 Februari 2020

	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Hematologi			
Hemoglobin	8,9*	12.3-16.0	g/Dl
Leukosit	10.080	4.000-10.500	/ul
Hematokrit	27*	37-47	vol%
Trombosit	205.000	130.000-450.000	/ul
Eritrosit	3.64	4.20-5.40	Juta/ul
Nilai Eritrosit Rata-rata			
MCV	75*	78-100	Fl
MCH	25*	27-31	Pg
MCHC	33	32-36	%
Koagulasi			
Masa Protrombin	10.0	9.4-11.3	Detik
INR	1.0		
Control	11.9	9.2-12.4	Detik
APTT	28.5	27.7-40.2	Detik

Control	34.0	28-8-39.00	Detik
KIMIA Diabetes Glukosa sewaktu			
Glukosa Darah Sewaktu	103	60-140	Mg/dL

6. Penatalaksanaan

Terapi obat yang diberikan yaitu :

Oral

- Tramal 100mg suppo (K/P)
- Emineton 2x1tab (Penambah Darah)
- Zaldiar: mengandung tramadol 37,5mg, paracetamol 325mg untuk mengatasi nyeri akut dan kronik sedang hingga berat(K/P)
- Laktafit: mengandung placenta extract 15mg, cyanoco balamin 20mcg, tribasic calcium phosphate 12mg untuk mengatasi pelancar ASI

Injeksi

- Intrix 2x1gram (IV) Antibiotik
- Metronidazole 500mg 3x500mg (Drip) Antibiotik
- Torasic 3x30mg (IV) Nyeri (STOP) 12 Februari 2020 pukul 03.00 WIB

7. SKRINING EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

Nama	: Ny.S
Alamat	: Cikarang
Tanggal Lahir	: 13-07-1992
Tanggal Kelahiran Bayi	: 11-02-2020
1. Saya mampu tertawa dan merasakan hal-hal yang menyenangkan	Jawab : (0) Sebanyak yang saya bisa
2. Saya melihat segala sesuatunya kedepan sangat menyenangkan	Jawab : (0) Sebanyak sebelumnya

3. Saya menyalahkan diri saya sendiri saat sesuatu terjadi tidak sebagaimana mestinya Jawab : (2) Ya, kadang-kadang
4. Saya merasa cemas atau merasa kuatir tanpa alasan yang jelas Jawab : (2) Ya, kadang-kadang
5. Saya merasa takut atau panik tanpa alasan yang jelas Jawab : (2) Ya, kadang-kadang
6. Segala sesuatunya terasa sulit untuk dikerjakan Jawab : (2) Ya, kadang-kadang saya tidak mampu menangani seperti biasanya
7. Saya merasa tidak bahagia sehingga mengalami kesulitan untuk tidur Jawab : (2) Ya, kadang-kadang
8. Saya merasa sedih dan merasa diri saya menyedihkan Jawab : (1) Tidak terlalu sering
9. Saya merasa tidak bahagia sehingga menyebabkan saya menangis Jawab : (1) Disaat tertentu saja
10. Muncul pikiran untuk menyakiti diri saya sendiri Jawab : (0) Tidak pernah sama sekali
Score (12) Fairly high possibility of depression (Kemungkinan depresi yang cukup tinggi)

Data Subjektif: Pasien mengatakan pertama kali mengalami ketuban pecah dini, dan oligohidramnion, pasien mengatakan pertama kali melakukan tindakan sectio caesarea, dan bayi lahir premature pada kehamilan 34-35 minggu, dan bayi tidak dirawat gabung dengan ibunya.

Data Objektif: Pasien tampak sedih saat menceritakan pengalaman saat melahirkan, Nilai EPDS 12 dengan kategori fairly high possibility of depression (kemungkinan depresi yang cukup tinggi), bayi lahir SC dengan jenis kelamin laki-laki, bayi menangis kuat, tonus otot baik, kulit tampak kemerahan, bayi lahir dengan berat badan 2850 gram, panjang badan 48 cm, APGAR score 8/7.

8. Data Fokus

Rabu, 11 Februari 2020

Keadaan Umum

Data Klinik dengan Keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis, hasil observasi tanda- tanda vital dengan tekanan darah 110/76mmHg, nadi 90x/menit, suhu 36,7°C, pernafasan 18x/menit. Berat badan 66 kg. Tinggi badan 160 cm. IMT pasien 25.

a. Kebutuhan Fisiologis: Oksigen

Data Subjektif: Pasien mengatakan tidak mengeluh batuk, pasien mengatakan tidak ada sesak nafas.

Data Objektif: Jalan nafas pasien bersih, frekuensi pernafasan 18 x/menit dengan irama teratur dan kedalaman dalam. Pasien tidak tampak batuk, pasien tidak tampak sesak, pasien tidak tampak menggunakan otot bantu nafas, suara nafas vesikuler.

b. Kebutuhan Fisiologis: Cairan

Data Subjektif: Pasien mengatakan minum sehari minum 700 cc, pasien mengatakan tidak ada mual dan muntah, pasien mengatakan merasa mulas saat rahim berkontraksi.

Data Objektif: Tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/76 mmHg, nadi 90 x/menit, suhu 36,7°C. Pasien tampak terpasang kateter urin, tidak ada muntah dan mual, tidak ada edema pada ekstremitas pasien, turgor kulit elastis, warna urin kuning, tidak ada tanda-tanda dehidrasi, mukosa bibir pasien tampak lembab. TFU pasien 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus kuat, *lochea rubra* (merah segar), bau amin, jumlah 1 pembalut 200 cc, perdarahan diruang operasi 300 cc, balance cairan: intake (400+700) – output (150-400+400+100) = +50 cc. CRT < 3 detik. Hasil lab Hb 8.9* g/dl (09-02-2020), Trombosit 205.000 ul (09-02-2020), hematokrit 27* vol% (09-02-2020).

c. Kebutuhan Fisiologi : Nutrisi

Data Subjektif: Pasien mengatakan tidak ada mual dan muntah, klien mengatakan nafsu makan baik, pasien mengatakan makan 3x

sehari dengan 1 porsi, pasien mengatakan jenis makanan biasa dengan makan-makanan sayuran, protein, dan ikan. Pasien tidak ada alergi makanan.

Data Objektif: Pasien tampak lemas, pasien tampak makan habis 1 porsi, konjungtiva ananemis BB sekarang 66 kg, TB 160 cm, IMT 25, LILA 32 cm, pasien tidak ada stomatitis, pasien tampak tidak ada mual dan muntah, hasil lab Hb 8,9* g/dl. (09- 02-2020).

d. Kebutuhan fisiologi: Eliminasi

Data Subjektif: Pasien mengatakan sudah BAB dan BAK, pasien mengatakan tidak ada keluhan pada saat BAB dan BAK, klien mengatakan sudah kentut setelah 12 jam post op.

Data Objektif: Pasien tampak terpasang kateter urin, urin 400 cc warna kuning. BAB 1x warna kecoklatan.

e. Kebutuhan Fisiologi : Aktivitas

Data Subjektif: Pasien mengatakan masih lemas, pasien mengatakan akan melakukan miring kanan dan kiri, pasien mengatakan tidak nyaman saat bergerak karena terpasang kateter urin.

Data Objektif: Pasien tampak masih lemas, Pasien tampak tidak nyaman saat bergerak dan kesulitan karena terpasang kateter urin, pasien post operasi 3 Jam, pasien tampak berbaring dengan posisi terlentang, pasien dianjurkan bedrest sampai dengan jam 01.45 WIB (12-02-20), anestesi spinal.

f. Kebutuhan Rasa Aman : Infeksi

Data Subjektif: Pasien mengatakan tidak nyaman kaerena masih terpasang selang kateter, pasien mengatakan ada jahitan di bagian perutnya/ada luka operasi dibagian bawah perutnya, pasien mengatakan tidak terasa panas di sekitar luka insisi.

Data Objektif: Tekanan darah 110/706 mmHg, Suhu 36,7°C, pasien terdapat luka insisi operasi pada abdomen bawah panjangnya 15 cm, tidak tampak adanya rembesan pada luka operasi dan luka tertutup opsite, luka operasi tampak kesamping

transperitoneal profunda, balutan kering, *lochea Rubra* (merah segar), pasien tampak terpasang infus, pasien tampak terpasang kateter, leukosit 10.080 /ul (09-02- 2020).

g. Kebutuhan Rasa Nyaman : Nyeri

Data Subjektif:

P: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi,

Q: pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk,

R: pasien mengatakan nyeri hilang timbul,

S: pasien mengatakan nyeri skala 6,

T: pasien mengatakan nyeri timbul saat pasien melakukan pergerakan sedikit dan pada saat miring kanan dan miring kiri.

Data Objektif: Pasien post operasi 3 jam, luka insisi 15 cm, jenis tindakan SC, Pasien tampak memegang perut, pasien tampak membatasi pergerakan, tekanan darah 110/76 mmHg, nadi 90 x/menit, pernafasan 18 x/menit..

h. Kebutuhan Aktualisasi Diri

Data Subjektif: Pasien mengatakan akan memasang KB IUD dan sudah mengetahui keuntungan dan kerugian memakai KB IUD. Pasien mengatakan sudah mengerti tentang perawatan bayi karena ini adalah anak kedua. Pasien mengatakan sudah memahami tentang ASI Eksklusif tetapi masih belum paham teknik memompa ASI, cara mengumpulkan dan menyimpan ASI, pasien mengatakan sudah mengetahui cara perawatan payudara dan manfaat dari perawatan payudara.

Data Objektif: Pasien tampak sudah mengerti saat perawat menanyakan tentang KB, pasien tampak sudah mengerti cara merawat bayi baru lahir, pasien tampak sudah mengerti saat ditanya tentang ASI Eksklusif, pasien tampak masih bingung saat ditanya teknik memompa ASI dan cara mengumpulkan dan penyimpanan ASI, pasien tampak sudah paham saat ditanya cara perawatan payudara dan manfaat perawatan payudara.

i. Kebutuhan dicintai dan mencintai

Data Subjektif: Pasien mengatakan kelahiran anak yang kedua nya yang ditunggu-tunggu, pasien mengatakan sedih karena anak yang kedua lahir prematur, pasien mengatakan sedih melihat anaknya di bawa ke ruang perina, pasien mengatakan sedih karena bayi tidak dirawat gabung dengan ibunya.

Data Objektif: Pasien tampak sedih, bayi pasien lahir premature, BB 2.850gram, PB 48cm, APGAR score 8/7, pasien tampak belum mengerti cara merawat bayi prematur, pasien tampak belum mengerti tentang perkembangan bayi, pasien tampak belum mengerti teknik menyentuh bayi atau menenangkan bayi premature, pasien tampak belum mengerti tentang isyarat bayi.

A. Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	Data Subjektif : Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri pada abdomen, pasien mengatakan skala nyeri 6, pasien mengatakan nyeri timbul saat pasien melakukan pergerakan sedikit dan pada saat miring kanan dan miring kiri. Data Objektif : Pasien post operasi 3 jam, luka insisi 15 cm, jenis tindakan SC, Pasien tampak memegang perut, pasien tampak membatasi pergerakan, tekanan darah 110/76 mmHg, nadi 90 x/menit, pernafasan 18 x/menit.	Nyeri akut	Agan pencedera fisik (prosedur operasi)

2.	Data Subjektif: Pasien mengatakan bayi belum bisa mengisap puting dengan baik, pasien mengatakan bayi tidak IMD dan langsung dibawa ke ruang perina, pasien mengatakan sudah memahami tentang ASI Eksklusif tetapi masih belum paham teknik memompa ASI, cara mengumpulkan dan menyimpan ASI, pasien mengatakan sudah mengetahui cara perawatan payudara dan manfaat dari perawatan payudara. Data Objektif: pasien tampak sudah mengerti saat ditanya tentang ASI Eksklusif, pasien tampak masih bingung saat ditanya teknik memompa ASI dan cara mengumpulkan dan penyimpanan ASI, pasien tampak sudah paham saat ditanya cara perawatan payudara dan manfaat perawatan payudara	Ketidakefektifan pemberian ASI	Rawat Pisah (Prematuritis bayi dirawat di ruang perina)
----	--	--------------------------------	--

3.	Data Subjektif: Pasien mengatakan kelahiran anak yang keduanya yang ditunggu-tunggu, pasien mengatakan sedih karena anak yang kedua lahir prematur, pasien mengatakan sedih melihat anaknya di bawa ke ruang perina, pasien mengatakan sedih karena bayi tidak dirawat gabung pada ibunya Data Objektif: Bayi pasien premature, BB 2850 gram, 48 cm, Apgar Score 8/7, pasien tampak sedih, pasien tampak belum mengerti cara merawat bayi prematur, pasien tampak belum mengerti tentang perkembangan bayi, pasien tampak belum mengerti teknik menyentuh bayi atau menenangkan bayi premature, pasien tampak belum mengerti tentang isyarat bayi.	Bounding Attachment	Bayi prematuritis.
----	--	------------------------	--------------------

4.	Data Subjektif: Pasien mengatakan masih lemas, pasien mengatakan akan melakukan miring kanan dan kiri, pasien mengatakan tidak nyaman saat bergerak karena terpasang kateter urin. Data Objektif: Pasien tampak masih lemas, Pasien tampak tidak nyaman saat bergerak dan kesulitan karena terpasang kateter urin, pasien post operasi: 3 Jam. Pasien tampak berbaring dengan posisi terlentang, pasien dianjurkan bedrest sampai dengan jam 01.45 WIB (12-02-20), anestesi spinal.	Gangguan mobilitas fisik	Nyeri luka operasi
5.	Data Subjektif: Pasien mengatakan merasa mulas saat rahim berkontraksi. Data Objektif: Tekanan darah 110/76 mmHg, Nadi 101 x/menit, TFU 1 jari dibawah pusat, Konsistensi uterus keras,	Risiko Perdarahan	Komplikasi <i>pasca partum</i>

	kontraksi uterus teraba keras. pasien tampak mengeluarkan darah dari vaginanya <i>lochea Rubra</i> (merah segar), berbau amis, jumlah 1 pembalut (200cc), Perdarahan pada saat dirung operasi 200 cc, CRT < 3 detik, Hb 8,9*g/dl (09-02-20), Trombosit 205.000/ul (09-02-20), Hematokrit 27*/ul (09-02- 20)		
6.	Data Subjektif : Pasien mengatakan merasakan tidak nyaman karena pemakaian selang kateter, pasien mengatakan ada jahitan di bagian perutnya, pasien mengatakan tidak terasa panas di sekitar luka insisi. Data Objektif : Suhu 36,7°C, Pasien terdapat luka insisi operasi pada abdomen bawah panjangnya 15 cm, tidak tampak adanya rembesan pada luka operasi dan luka tertutup opsite, tidak ada	Risiko infeksi	Prosedur invasif

	tanda-tanda infeksi pada daerah luka operasi, luka operasi tampak kesamping <i>transperitonealis profunda</i>, balutan kering, pasien tampak terpasang infus, pasien tampak terpasang drain, leukosit 10.080 /ul (09-02- 2020).		
7.	Data Subjektif: Pasien mengatakan pertama kali mengalami ketuban pecah dini, dan oligohidramnion, pasien mengatakan pertama kali melakukan tindakan <i>sectio caesarea</i>, dan bayi lahir premature pada kehamilan 34-35 minggu, dan bayi tidak dirawat gabung dengan ibunya. Data Objektif: Pasien tampak sedih saat menceritakan pengalaman saat melahirkan, Nilai EPDS 12 dengan kategori fairly high possibility of depression (kemungkinan depresi yang cukup tinggi), bayi lahir SC dengan jenis	Risiko gangguan psikologis: depresi	Tingginya stressor selama perinatal

	kelamin laki-laki bayi mengangis kuat, tonus otot baik, kulit tampak kemerahan, bayi lahir dengan berat badan 2850 gram, panjang badan 48 cm, APGAR score 8/7.		
--	--	--	--

B. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur bedah)
 Tanggal ditemukan : 11 Februari 2020
 Tanggal teratasi : 13 Februari 2020
2. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan Rawat Pisah (prematuritis bayi dirawat di ruang perina)
 Tanggal ditemukan : 11 Februari 2020
 Tanggal teratasi : 12 Februari 2020
3. Bounding Attachment ibu berhubungan dengan bayi prematuritis.
 Tanggal ditemukan : 11 Februari 2020
 Tanggal teratasi : 12 Februari 2020
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka bekas operasi.
 Tanggal ditemukan : 11 Februari 2020
 Tanggal teratasi : 12 Februari 2020
5. Risiko Perdarahan berhubungan dengan Komplikasi *pasca partum*.
 Tanggal ditemukan : 11 Februari 2020
 Tanggal teratasi : 13 Februari 2020
6. Risiko Infeksi berhubungan dengan Prosedur Invasif
 Tanggal ditemukan : 11 Februari 2020
 Tanggal teratasi : 13 Februari 2020
7. Risiko gangguan psikologis: depresi berhubungan dengan Tingginya stressor selama perinatal
 Tanggal ditemukan : 11 Februari 2020
 Tanggal teratasi : 13 Februari 2020

C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur bedah)

Data Subjektif: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 6, pasien mengatakan nyeri

timbul saat pasien melakukan pergerakan sedikit dan pada saat miring kanan dan miring kiri.

Data Objektif: Pasien post operasi 3 jam, luka insisi 15 cm, jenis tindakan SC, Pasien tampak memegang perut, pasien tampak membatasi pergerakan, tekanan darah 110/76 mmHg, nadi 90 x/menit, pernafasan 18 x/menit.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam pasien dapat mengontrol nyeri, nyeri berkurang sampai dengan hilang.

Kriteria Hasil: Pasien mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, tanda-tanda vital dalam batas normal (110/70-120/80 mmHg, nadi 60-100x/menit, RR 16-20x.menit), nyeri pasien berkurang skala 1-3, pasien tampak tenang dan rileks.

Rencana Keperawatan:

- a. Pantau tanda-tanda vital (TD, N, RR, S) pasien per shift.
- b. Ajarkan klien teknik relaksasi nafas dalam.
- c. Kaji nyeri per shift.
- d. Berikan terapi obat Torasic 3 x 30 mg melalui iv sesuai instruksi dokter (STOP) Pada tanggal 12 Februari 2020 jam 03.00 WIB.
- e. Berikan terapi obat Tramal sup 3 x 100 mg (k/p) melalui supositoria bila nyeri berat.
- f. Berikan terapi obat Zaldiar 3 x 1 tablet melalui oral sesuai instruksi dokter.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020

Pukul 15.40 WIB mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/76 mmHg, nadi 90 x/menit, pernafasan 18 x.menit, mengkaji

nyeri secara komprehensif, meliputi: lokasi, karakteristik, onset atau durasi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri, dan faktor pencetus (PQRST) dengan hasil P: Pasien mengatakan nyeri pada abdomen, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, S: pasien mengatakan skala nyeri 6, T: pasien mengatakan nyeri timbul saat pasien melakukan pergerakan sedikit dan pada saat miring kanan dan miring kiri. Pasien tampak memegang area perutnya, mengobservasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan dengan hasil pasien tampak nyaman dengan posisi supine, mengajarkan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam) dengan hasil pasien mengikuti yang telah perawat contohkan, pasien kooperatif dan dapat mengulangi sendiri, pukul 18.00 WIB mengkaji nyeri secara komprehensif, meliputi: lokasi, karakteristik, onset atau durasi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri, dan faktor pencetus (PQRST) dengan hasil P: Pasien mengatakan nyeri pada abdomen, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, S: pasien mengatakan skala nyeri 6, T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul saat digerakan (perawat ruangan), pukul 21.00 WIB mengontrol pasien dengan hasil pasien sudah mika-miki, produksi urine kuning jernih (perawat ruangan), pukul 22.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital pasien dengan hasil tekanan darah 120/79 mmHg, nadi 88 x/menit, pernafasan 20 x/menit (perawat ruangan), pukul 03.00 WIB memberikan obat Torasic 300 mg melalui IV dengan hasil obat sudah diberikan (perawat ruangan), 05.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital pasien dengan hasil tekanan darah 90/80 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 19x/menit (perawat ruangan).

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020 pukul 17.30 WIB

S: P: Pasien mengatakan nyeri pada abdomen, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri pada luka

operasi, S: pasien mengatakan skala nyeri 5, T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul saat digerakan.

O: TD: 110/76 mmHg, nadi 90 x/menit, pernafasan 18x/menit, pasien tampak memegang area perutnya, pasien tampak kooperatif, pasien tampak nyaman dengan posisi supine.

A: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

P: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 08.00 mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 85 x/menit, pernafasan 20 x/menit. pukul 08.00 WIB mengkaji nyeri secara komprehensif, meliputi: lokasi, karakteristik, onset atau durasi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri, dan faktor pencetus (PQRST) dengan hasil P: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri pada abdomen, S: skala nyeri 4, T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul saat digerakan, pasien tampak memegang area perutnya, pukul 08.30 WIB memberikan obat Zaldiar 375 mg melalui oral dengan hasil obat telah diberikan dan tidak dimuntahkan oleh pasien, pukul 13.30 WIB memberikan obat Zaldiar 375 mg melalui oral dengan hasil obat telah diberikan dan tidak dimuntahkan oleh pasien, pukul 13.30 WIB mengobservasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan dengan hasil pasien tampak nyaman dengan posisi semi fowler, pukul 14.00 WIB mengkaji ulang teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam) dengan hasil pasien dapat mengulangi sendiri, pukul 19.30 WIB memberikan obat Zaldiar 375 mg melalui oral dengan hasil obat telah diberikan dan tidak dimuntahkan oleh pasien (perawat ruangan), pukul 22.00 WIB mengkaji nyeri secara komprehensif, meliputi: lokasi, karakteristik, onset atau durasi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri, dan faktor pencetus (PQRST) dengan hasil P: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R:

pasien mengatakan nyeri pada abdomen, S: skala nyeri 3, T: pasien mengatakan nyeri hilang tumpul saat digerakan, pasien tampak memegang perutnya.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020 pukul 14.30 WIB

S: P: pasien mengatakan nyeri luka operasi, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri pada abdomen, S: skala nyeri 3, T: pasien mengatakan nyeri hilang tumpul saat digerakan

O: TD 118/70 mmHg, nadi 85 x/menit, pernafasan 19 x/menit. Pasien tampak memegang perutnya, pasien tampak nyaman dengan posisi semi fowler, pasien tampak kooperatif.

A: Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

P: Lanjutkan intervensi a,b,c,d dan f.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 120/78 mmHg, nadi 89 x/menit, pernafasan 20 x/menit., pukul 08.30 memberikan obat obat Zaldiar 375 mg melalui oral dengan hasil obat telah diberikan dan tidak dimuntahkan oleh pasien, pukul 11.00 WIB mengkaji nyeri secara komprehensif, meliputi: lokasi, karakteristik, onset atau durasi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri, dan faktor pencetus (PQRST) dengan hasil P: pasien mengatakan nyeri saat bergerak, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, S: skala nyeri 2, T: pasien mengatakan nyeri hilang tumpul saat digerakan, pasien tampak rileks, pukul 11.30 WIB mengobservasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan dengan hasil pasien tampak nyaman dengan posisi semi fowler.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020 pukul 15.30 WIB

S: P: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri pada abdomen, S: skala nyeri 1-0, T: pasien mengatakan nyeri hilang tumpul saat digerakan.

O: TD 110/90 mmHg, nadi 90 x/menit, pernafasan 20 x/menit. pasien tampak rileks, pasien tampak kooperatif, pasien nyaman dengan posisi semi fowler.

A: Masalah teratasi, tujuan tercapai.

P: Hentikan Intervensi (Pasien Pulang).

2. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan Rawat Pisah (prematuritis bayi dirawat di ruang perina).

Data Subjektif: Pasien mengatakan bayi belum bisa mengisap puting dengan baik, pasien mengatakan bayi tidak IMD dan langsung dibawa ke ruang perina, pasien mengatakan sudah memahami tentang ASI Eksklusif tetapi masih belum paham teknik memompa ASI, cara mengumpulkan dan menyimpan ASI, pasien mengatakan sudah mengetahui cara perawatan payudara dan manfaat dari perawatan payudara.

Data Objektif: Pasien Bayi pasien premature, BB 2850gram, 48cm, Apgar Score 8/7, pasien tampak sudah mengerti saat ditanya tentang ASI Eksklusif, pasien tampak masih bingung saat ditanya teknik memompa ASI dan cara mengumpulkan dan menyimpan ASI, pasien tampak sudah paham saat ditanya cara perawatan payudara dan manfaat perawatan payudara.

- Tujuan:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam ketidakefektifan pemberian ASI dapat teratasi.
- Kriteria Hasil:** Tetap mempertahankan laktasi, kemampuan penyedia perawatan dalam melakukan penghangatkan, pencairan, dan penyimpanan ASI secara aman, berat badan bayi bertambah 20-30 gram/hari, tidak ada respon alergi sistemik pada bayi, perkembangan dan pertumbuhan bayi dalam batas normal.

Rencana Keperawatan:

- Berikan informasi terkait dengan ASI Eksklusif dan teknik memeras ASI (secara manual atau elektrik), penyimpanan ASI.
- Jelaskan tujuan dari tindakan tersebut.
- Observasi pengeluaran ASI.
- Ajarkan ibu sering mengunjungi dan menyusui bayi ke ruang perina.
- Berikan terapi obat Laktafit 3 x 1 tablet melalui oral sesuai instruksi dokter.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020

Pukul 16.00 WIB memberikan obat Laktafit 1 tablet melalui oral dengan hasil obat diminum dan tidak dimuntahkan, pukul 16.00 WIB mengobservasi pengeluaran ASI dengan hasil ASI keluar hanya sedikit, pukul 21.30 WIB mengobservasi pengeluaran ASI dengan hasil ASI keluar hanya sedikit (perawat ruangan).

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020 pukul 17.30 WIB

S: Pasien mengatakan ASI keluar hanya sedikit .

O: Payudara pasien terasa keras, payudara pasien tampak sedikit bengkak.

A: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

P: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB memberikan obat Laktafit 1 tablet melalui oral dengan hasil obat diminum dan tidak dimuntahkan, pukul 08.30 WIB mengobservasi pengeluaran ASI dengan hasil ASI keluar hanya sedikit, pukul 11.00 WIB melakukan brest care dengan hasil pasien mengatakan bengkak sudah mulai berkurang dan sudah merasa enak di daerah payudara, ajarkan ibu sering mengunjungi dan menyusui bayi keruang perina dengan hasil pasien mengatakan bayi dari ruang perina untuk menyusui anaknya walaupun ASI keluar sedikit, pukul 13.00 WIB memberikan obat Laktafit 1 tablet melalui oral dengan hasil obat diminum dan tidak dimuntahkan, pukul 13.00 WIB melakukan penyuluhan tentang ASI Eksklusif, penyimpanan ASI, dan teknik memeras ASI (secara manual atau elektrik), pukul 18.00 WIB memberikan obat Laktafit 1 tablet melalui oral dengan hasil obat diminum dan tidak dimuntahkan (perawat ruangan), pukul 21.30 WIB mengobservasi pengeluaran ASI dengan hasil ASI keluar hanya sedikit (perawat ruangan).

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020 pukul 14.30 WIB

S: Pasien mengatakan ASI keluar hanya sedikit, pasien mengatakan sudah mengerti tentang ASI Eksklusif, penyimpanan ASI, teknik memeras (secara manual atau elektik), pasien mengatakn sudah dari ruang perina untuk menyusui anaknya walaupun ASI keluar sedikit.

O: Payudara pasien teraba keras, payudara pasien tampak sudah tidak bengkak.

A: Masalah belum teratasi, tujuan tercapai.

P: Lanjutkan intervensi d dan e.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB memberikan obat Laktafit 1 tablet melalui oral dengan hasil obat diminum dan tidak dimuntahkan, pukul 08.30 WIB mengobservasi pengeluaran ASI dengan hasil ASI sudah mulai keluar banyak.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020 pukul 15.30 WIB

S: Pasien mengatakan ASI sudah mulai keluar banyak.

O: Payudara pasien masih terasa keras, payudara pasien tampak sudah tidak bengkak.

A: Masalah belum teratasi, tujuan tercapai.

P: Hentikan Intervensi (pasien pulang).

3. Bounding Attachment ibu berhubungan dengan bayi prematuritis.

Data Subjektif: Pasien mengatakan kelahiran anak yang kedua nya yang ditunggu-tunggu, pasien mengatakan sedih karena anak yang kedua lahir prematur, pasien mengatakan sedih melihat anaknya di bawa ke ruang perina, pasien mengatakan sedih karena bayi tidak dirawat gabung pada ibunya.

Data Objektif: Bayi pasien premature, BB 2850 gram, 48 cm, Apgar Score 8/7, pasien tampak sedih, pasien tampak belum mengerti cara merawat bayi prematur, pasien tampak belum mengerti tentang perkembangan bayi, pasien tampak belum mengerti teknik menyentuh bayi atau menenangkan bayi premature, pasien tampak belum mengerti tentang isyarat bayi.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam perlekatan antara ibu dengan bayi teratasi.

Kriteria Hasil: Pengetahuan pasien meningkat tentang perkembangan bayi, pengetahuan pasien meningkat tentang teknik menyentuh bayi dan menenangkan bayi premature, pengetahuan pasien meningkat tentang isyarat bayi.

Rencana Keperawatan:

- a. Kaji tingkat pengetahuan ibu dalam perawatan bayi premature.
- b. Ajarkan orang tua tentang pertumbuhan dan perkembangan bayi premature.
- c. Jelaskan tujuan dan tindakan tersebut.
- d. Kaji kemampuan orang tua untuk mengenali kebutuhan fisiologis bayi prematur.
- e. Ajarkan orang tua tentang isyarat bayi.
- f. Ajarkan teknik menyentuh atau menenangkan bayi premature.
- g. Ajarkan teknik pemberian ASI pada bayi premature.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020

Pukul 17.00 WIB mengkaji tingkat pengetahuan perawatan bayi premature dengan hasil pasien mengatakan belum memahami perawatan bayi premature, mengkaji kemampuan orang tua untuk mengenali kebutuhan fisiologis bayi dengan hasil pasien mengatakan belum memahami dan mengenal kebutuhan fisiologis bayi premature.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020 pukul 17.30 WIB

S: Pasien mengatakan belum memahami dan mengenal perawatan dan kebutuhan fisiologis bayi premature.

O: Pasien tampak bingung saat perawat menanyakan tentang kebutuhan fisiologis bayi premature.

A: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

P: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 13.00 WIB Melakukan penyuluhan tentang perawatan, pertumbuhan dan perkembangan bayi, kebutuhan fisiologis bayi premature, isyarat bayi dan teknik menyentuh dan menenangkan bayi premature dan teknik pemberian ASI pada bayi premature.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020 pukul 14.30 WIB

S: Pasien mengatakan sudah paham tentang perawatan, pertumbuhan dan perkembangan bayi, kebutuhan fisiologis bayi premature, isyarat bayi dan teknik menyentuh dan menenangkan dan teknik pemberian ASI pada bayi premature.

O: Payudara pasien teraba keras, payudara pasien tampak sudah tidak bengkak, pasien tampak sudah lebih paham setelah diberikan penyuluhan.

A: Masalah sudah teratasi, tujuan tercapai.

P: Hentikan Intervensi.

4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka bekas operasi.

Data Subjektif: Pasien mengatakan masih lemas, pasien mengatakan akan melakukan miring kanan dan kiri, pasien mengatakan tidak nyaman saat bergerak karena terpasang kateter urin.

Data Objektif: Pasien tampak masih lemas, Pasien tampak tidak nyaman saat bergerak dan kesulitan karena terpasang kateter urin, pasien post operasi : 3 Jam. Pasien tampak berbaring dengan posisi terlentang, pasien dianjurkan bedrest smpi dengan jam 01.45 WIB (12-02-20), anestesi spinal.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam gangguan mobilitas fisik dapat teratasi.

Kriteria Hasil: Pasien postoperasi 6 jam bisa mika-miki, pasien postoperasi 12 jam bisa berjalan, pasien postoperasi 24 jam bisa beraktifitas seperti biasanya.

Rencana Keperawatan:

- a. Kaji kemampuan pasien dalam melakukan mobilitas.
- b. Ubah posisi tiap 2 jam.
- c. Ajarkan latihan ROM secara pasif aktif sesuai kondisi pasien.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020

Pukul 15.40 WIB mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan mobiltas dengan hasil pasien tampak bed rest, 17.00 WIB mengubah posisi pasien dengan hasil pasien mengikuti anjuran perawat dengan mika-miki, mengajarkan pasien latihan ROM secara aktif pasif dengan hasil pasien masih bed rest, pukul 19.00 WIB mengubah posisi pasien dengan hasil pasien sudah mulai belajar mika-miki (Perawat Ruangan).

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020 pukul 17.30 WIB

S: Pasien mengatakan belum bisa untuk beraktifitas seperti biasanya, pasien mengatakan akan mengikuti anjuran perawat mengubah posisi setiap 2 jam sekali.

O: pasien tampak bed rest, pasien tampak mengikuti anjuran perawat mengubah posisi setiap 2 jam sekali.

A: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

P: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan mobiltas dengan hasil pasien sudah bisa mika-miki, mengubah posisi pasien dengan hasil pasien mengikuti anjuran perawat, mengajarkan pasien latihan ROM secara aktif pasif dengan hasil pasien mengatakan sudah mulai menggerakkan pergelangan kaki dan sesekali mengubah posisi, pukul 11.00 WIB mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan mobiltas dengan hasil pasien sudah latihan duduk tegak, duduk di tepi tempat tidur dengan kaki digantung, berdiri serta berjalan dalam ruangan, mengubah posisi pasien dengan hasil pasien mengikuti anjuran perawat, mengajarkan pasien latihan ROM secara aktif pasif dengan hasil pasien sudah latihan duduk tegak, duduk di tepi tempat tidur dengan kaki digantung, berdiri serta berjalan dalam ruangan.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020 pukul 14.30 WIB

S: Pasien mengatakan sudah latihan duduk tegak, duduk di tepi tempat tidur dengan kaki digantung, berdiri serta berjalan dalam ruangan, pasien mengatakan akan mengikuti anjuran perawat mengubah posisi setiap 2 jam sekali.

O: pasien tampak sudah mulai bergerak seperti biasanya.

A: Masalah teratasi, tujuan tercapai.

P: Hentikan Intervensi.

5. Risiko Perdarahan berhubungan dengan Komplikasi *pasca partum*.

Data Subjektif: Pasien mengatakan merasa mulas saat rahim berkontraksi.

Data Objektif: Tekanan darah 110/76 mmHg, Nadi 101 x/menit, TFU 1 jari dibawah pusat, Konsistensi uterus keras, kontraksi uterus teraba keras. pasien tampak mengeluarkan darah dari vaginanya *lochea Rubra*

(merah segar), berbau amis, jumlah 1 pembalut (200cc), Perdarahan pada saat dirung operasi 200 cc, CRT < 3 detik, Hb 8,9*g/dl (09-02-20), Trombosit 205.000/ul (09-02-20), Hematokrit 27*/ul (09-02-20).

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam risiko perdarahan tidak terjadi.

Kriteria Hasil: Tanda-tanda vital dalam batas normal (Tekanan darah 110/70-120/80 mmHg, nadi 60-100 x/menit), TFU 2 jari dibawah pusat, warna *lochea* normal (rubra-sanguiolenta), jumlah *lochea* tidak berlebihan, adanya kontraksi pada rahim kuat nilai Hb dalam batas normal (12.5-16.0) g/dL, nilai Hematokrit dalam batas normal (37-47) vol%, nilai Trombosit dalam batas normal (150.000-450.000)/ul.

Rencana Keperawatan:

- a. Pantau tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi) pasien tiap 8 jam.
- b. Kaji kontraksi dan konsistensi pada uterus tiap 8 jam.
- c. Monitor *lochea* pasien (warna, jumlah, bau) tiap 8 jam.
- d. Observasi tinggi fundus uteri dengan palpasi tiap 8 jam.
- e. Berikan terapi obat Emineton 2x1 tablet melalui oral.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020

Pukul 15.40 WIB memantau tanda-tanda vital pasien dengan hasil tanda-tanda vital 110/76 mmHg, nadi 90 x/menit, pernafasan 18 x.menit, mengkaji kontraksi pada uterus dengan hasil kontraksi uterus kuat dan konsistensi keras, pasien mengatakan merasa mulas saat rahim berkontraksi, memonitor *lochea* pasien dengan hasil warna *lochea* merah segar, jumlah 1 pembalut (200 cc), berbau amis, mengobservasi tinggi

fundus uteri dengan hasil tinggi fundus uteri 1 jari dibawah pusat, pukul 16.00 WIB memberikan obat Emineton 1 tablet melalui oral dengan hasil obat diminum dan tidak dimuntahkan, pukul 22.00 mengobservasi tanda-tanda vital pasien dengan hasil tekanan darah 120/79 mmHg, nadi 88 x/menit (perawat ruangan), mengkaji kontraksi dan konsistensi pada uterus dengan hasil kontraksi uterus kuat dan konsistensi keras, pasien mengatangkan merasa mulas saat rahim berkontraksi (perawat ruangan), memonitor *lochea* pasien dengan hasil warna *lochea* merah segar, jumlah $\frac{1}{2}$ pembalut 100cc (perawat ruangan), mengobservasi tinggi fundus uteri pasien dengan hasil tinggi fundus uteri 1 jari dibawah pusat (perawat ruangan), pukul 05.00 memantau tanda-tanda vital pasien dengan hasil tekanan darah 90/80 mmHg, nadi 80 x/menit (perawat ruangan).

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020 pukul 17.30 WIB

S: Pasien mengatakan merasa mulas saat rahim berkontraksi

O: TD 110/76 mmHg, nadi 90x/menit, kontraksi uterus kuat dan konsistensi keras, warna *lochea* merah segar, jumlah 1 pembalut (200 cc), berbau amis. tinggi fundus uteri 1 jari dibawah pusat.

A: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

P: Lanjutkan intervensi a,b,c, dan d.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB memantau tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 85 x/menit, memberikan obat Emineton 1 tablet melalui oral dengan hasil obat diminum dan tidak dimuntahkan, pukul 09.00 mengkaji kontraksi uterus dengan hasil kontraksi uterus kuat dan konsistensi keras, pasien mengatangkan merasa mulas saat rahim berkontraksi, memonitor *lochea* pasien dengan hasil warna *lochea* merah segar, jumlah $\frac{1}{2}$ pembalut (100 cc), berbau amis, mengobservasi tinggi fundus uteri dengan hasil tinggi fundus uteri 2 jari

dibawah pusat, pukul 14.00 WIB memantau tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 118/70 mmHg, nadi 85 x/menit, mengkaji kontraksi dan konsistensi pada uterus dengan hasil kontraksi uterus kuat dan konsistensi keras, memonitor *lochea* pasien dengan hasil warna *lochea* merah segar, jumlah $\frac{1}{2}$ pembalut (100 cc), berbau amis pasien mengatakan merasa mulas saat rahim berkontraksi, mengobservasi tinggi fundus uteri pasien dengan hasil tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, pukul 19.00 WIB memberikan obat Emineton 1 tablet melalui oral dengan hasil obat diminum dan tidak dimuntahkan, pukul 21.00 WIB mengkaji kontraksi dan konsistensi pada uterus dengan hasil kontraksi uterus kuat dan konsistensi keras, memonitor *lochea* pasien dengan hasil warna *lochea* merah segar, jumlah $\frac{1}{2}$ pembalut (100 cc), berbau amis, pasien mengatakan merasa mulas saat rahim berkontraksi (perawat ruangan), memonitor *lochea* pasien dengan hasil warna amis, mengobservasi tinggi fundus uteri pasien dengan hasil tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat (perawat ruangan), pukul 05.00 WIB memantau tanda-tanda vital pasien dengan hasil tekanan darah 120/78 mmHg, nadi 89 x/menit (perawat ruangan).

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020 pukul 14.30 WIB

S: Pasien mengatakan merasa mulas saat rahim berkontraksi.

O: TD 118/70 mmHg, nadi 85 x/menit, kontraksi uterus kuat dan konsistensi keras, warna *lochea* merah segar, jumlah $\frac{1}{2}$ pembalut (100 cc), berbau amis. tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat.

A: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

P: Lanjutkan intervensi a,b,c, dan d.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB memantau tanda-tanda vital pasien dengan hasil tekanan darah 120/78 mmHg, nadi 89 x/menit, memberikan obat

Emineton 1 tablet melalui oral dengan hasil obat diminum dan tidak dimuntahkan, mengkaji kontraksi pada uterus dengan hasil kontraksi uterus kuat dan konsistensi keras, pasien mengatakan merasa mulas saat rahim berkontraksi, memonitor *lochea* pasien dengan hasil warna *lochea* merah segar, jumlah $\frac{1}{2}$ pembalut (100 cc), berbau amis, mengobservasi tinggi fundus uteri dengan hasil tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020 pukul 15.30 WIB

S: Pasien mengatakan merasa mulas saat rahim berkontraksi

O: TD 110/90 mmHg, nadi 90 x/menit, kontraksi uterus kuat dan konsistensi keras, *lochea* pasien berwarna merah segar dengan jumlah $\frac{1}{2}$ pembalut (100 cc), tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat.

A: Masalah teratasi, tujuan tercapai

P : Hentikan Intervensi (Pasien Pulang).

6. Risiko Infeksi berhubungan dengan Prosedur Invasif

Data Subjektif: Pasien mengatakan merasakan tidak nyaman karena pemakaian selang kateter, pasien mengatakan ada jahitan di bagian perutnya/ada luka operasi di bagian bawah perutnya, pasien mengatakan tidak terasa panas disekitar luka insisi dan tidak ada rembesan darah dari pembalut luka.

Data Objektif: Tekanan darah 110/70 mmHg, Suhu 36,7°C, Pasien terdapat luka insisi operasi pada abdomen bawah panjangnya 15 cm, tidak tampak adanya rembesan pada luka operasi dan luka tertutup opsite, luka operasi tampak kesamping *transperitonealis profunda*, tidak ada tanda-tanda infeksi, balutan kering, *lochea rubra* (merah segar), pasien tampak terpasang infus, pasien tampak terpasang drain, leukosit 10.080 /ul (09-02- 2020).

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam risiko infeksi tidak terjadi pada pasien.

Kriteria Hasil: Pasien tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi, suhu tubuh dalam batas normal (36.5-37 °C), *lochea rubra*, leukosit dalam batas normal (4.000-10.500 /ul).

Rencana Keperawatan:

- a. Pantau tanda-tanda vital pasien (suhu)/ 8 jam.
- b. Kaji tanda-tanda infeksi/ 8 jam.
- c. Kaji jumlah warna dan bau *lochea*/ 8 jam.
- d. Lakukan perawatan luka pasien.
- e. Anjurkan pasien makan makanan yang mengandung protein dan tinggi vitamin C.
- f. Berikan obat Metronidazole 3x500 mg melalui IV.
- g. Berikan obat Intrix 2x1 gram melalui IV.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020

Pukul 15.40 WIB mengobservasi tanda-tanda vital suhu dengan hasil 36,7°C, mengkaji tanda infeksi dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka operasi maupun pada infusan, tidak ada rembesan pada luka operasi. Mengkaji jumlah *lochea* dengan hasil 1 pembalut (200 cc) berwarna merah segar, berbau amis, pukul 16.00 WIB memberikan obat Metronidazole 500 mg drip dengan hasil obat telah diberikan dan tetesan infus lancar, pukul 18.00 WIB menganjurkan pasien untuk banyak makan yang mengandung protein dan tinggi vitamin C dengan hasil pasien mengatakan akan mengikuti saran dari perawat (Perawat Ruangan), Pukul 22.00 WIB memantau tanda-tanda vital suhu dengan hasil 36°C (Perawat Ruangan). memberikan obat Intrix 1 gram melalui IV dengan hasil obat berhasil diberikan Mengkaji tanda infeksi dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka operasi dan infus (perawat ruangan).

Pukul 24.00 WIB memberikan obat Metronidazole 500 mg drip dengan hasil obat telah diberikan dan tetesan infus lancar (Perawat Ruangan), pukul 05.00 WIB memantau tanda-tanda vital suhu dengan hasil 36,5°C (Perawat Ruangan).

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020 pukul 17.30 WIB

S: Pasien mengatakan akan menerima anjuran perawat untuk makan yang banyak mengandung protein dan tinggi vitamin C.

O: Suhu 36,2°C, tidak ada tanda-tanda infeksi pada sekitar luka operasi dan pada infusan, jumlah *lochea* 1 pembalut (200cc) berwarna merah segar dan berbau amis, pasien tampak menerima anjuran dan pasien tampak kooperatif, pasien tampak rileks setelah selang kateter nya dilepas.

A: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

P: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 07.00 WIB memberikan obat Intrix 1 gram melalui IV dengan hasil obat berhasil diberikan, mengkaji tanda infeksi dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka operasi dan infus (perawat ruangan), pukul 08.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital suhu dengan hasil suhu 36,6°C, menganjurkan pasien untuk banyak makan yang mengandung protein dan tinggi vitamin C dengan hasil pasien mengatakan akan mengikuti saran dari perawat, pukul 08.00 WIB memberikan obat Metronidazole 500 mg drip dengan hasil obat telah diberikan dan tetesan infus lancar, pasien tampak kesakitan saat obat dimasukkan, mengkaji jumlah *lochea* dengan jumlah ½ pembalut (100 cc) berwarna merah, dan berbau amis, pukul 11.10 WIB tanda infeksi dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi sekitar luka operasi dan pada infusan, pukul 14.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital suhu pasien

dengan hasil 36,5°C, memonitor *lochea* pasien dengan hasil warna *lochea* merah segar, jumlah ½ pembalut (100 cc), berbau amis, berbau amis, pasien mengatakan merasa mulas saat rahim berkontraksi, pukul 16.00 WIB obat Metronidazole 500 mg drip dengan hasil obat telah diberikan dan tetesan infus lancar, pukul 19.00 WIB memberikan obat Intrix 1 gram melalui IV dengan hasil obat berhasil diberikan (perawat ruangan). pukul 21.00 WIB mengkaji jumlah *lochea* dengan ½ perawat (100cc) berwarna merah segar dan berbau amis (perawat ruangan), pukul 05.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital suhu dengan hasil 36°C (perawat ruangan).

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020 pukul 14.30 WIB

S: Pasien mengatakan akan menerima anjuran perawat untuk makan yang banyak mengandung protein dan tinggi vitamin C.

O: Suhu 36,4°C tidak ada tanda-tanda infeksi pada sekitar luka operasi dan infusan, *lochea* berwarna merah segar jumlah ½ pembalut (100cc), berbau amis.

A: Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

P: Lanjutkan intervensi a,b,c,d,f, dan g.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020

Pukul 06.00 WIB melakukan perawatan luka operasi dengan hasil luka jahitan tampak rapat, tidak ada rembesan darah atau pus, kulit disekitar luka tampak kemerahan, luka dibersihkan dengan NaCl 0,9% dan dikeringkan dengan kassa steril, dan luka diberi bactigras dan ditutup opsite, menganjurkan pasien untuk banyak makan yang mengandung protein dan tinggi vitamin C dengan hasil pasien mengatakan akan mengikuti saran dari perawat, pukul 08.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital suhu dengan hasil 36,6°C, pukul 08.30 WIB memberikan obat Intrix 1 gram melalui IV dengan hasil obat berhasil diberikan, pasien

tampak kesakitan saat obat dimasukkan, memberikan obat Metronidazole 500 mg drip dengan hasil obat telah diberikan dan tetesan infus lancar, mengkaji jumlah *lochea* dengan hasil *lochea* berwarna merah segar sebanyak ½ pembalut (100 cc) berbau amis.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020 pukul 15.30 WIB

S: Pasien mengatakan akan menerima anjurkan perawat untuk makan yang banyak mengandung protein dan tinggi vitamin C.

O: Suhu 36,2°C, tidak ada tanda-tanda infeksi pada sekitar luka operasi dan infus, *lochea* merah segar dengan jumlah ½ pembalut (100cc) berbau amis.

A: Masalah teratasi, tujuan tercapai.

P: Hentikan semua intervensi (Pasien Pulang).

7. Risiko Gangguan Psikologis: Depresi berhubungan dengan Tingginya Stressor Selama Perinatal

Data Subjektif: Pasien mengatakan pertama kali mengalami ketuban pecah dini, dan oligohidramnion, pasien mengatakan pertama kali melakukan tindakan *sectio caesarea*, dan bayi lahir premature pada kehamilan 34-35 minggu, dan bayi tidak dirawat gabung dengan ibunya.

Data Objektif: Pasien tampak sedih saat menceritakan pengalaman saat melahirkan, Nilai EPDS 12 dengan kategori fairly high possibility of depression (kemungkinan depresi yang cukup tinggi), bayi lahir SC dengan jenis kelamin laki-laki bayi mengangis kuat, tonus otot baik, kulit tampak kemerahan, bayi lahir dengan berat badan 2850 gram, panjang badan 48 cm, APGAR score 8/7.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam depresi postpartum tidak terjadi.

Kriteria Hasil: Tingkat depresi kembali normal (kurang dari 8), koping individu kembali normal.

Rencana Keperawatan:

- a. Bantu kontrol marah.
- b. Beri lingkungan yang nyaman.
- c. Bantu koping individu.
- d. Libatkan keluarga dalam memberi dukungan dan membantu peran ibu khususnya suami.
- e. Bantu beradaptasi dengan peran sebagai ibu yang memiliki bayi premature.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020

Pukul 15.40 WIB membantu kontrol marah dengan hasil setelah dilakukan teknik relaksasi napas dalam pasien masih tampak sedikit tegang, memberi lingkungan yang nyaman dengan hasil lingkungan disekeliling pasien sudah lebih nyaman, membantu koping individu dengan hasil akan mengubah pikiran lebih positif.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020 pukul 17.30 WIB

S: Pasien mengatakan setelah dilakukan teknik relaksasi napas dalam pasien masih tampak tegang, lingkungan disekeliling pasien sudah lebih nyaman, dan akan mengubah pikiran lebih positif.

O: Pasien tampak tegang, adanya tanda-tanda depresi dengan nilai EPDS (12) dengan kategori fairly high possibility of depression (kemungkinan depresi yang cukup tinggi).

A: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

P: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB membantu kontrol marah dengan hasil setelah dilakukan teknik relaksasi napas dalam pasien tampak tenang dan rileks, memberi lingkungan yang nyaman dengan hasil lingkungan disekeliling pasien sudah nyaman, membantu koping individu dengan hasil akan mengubah pikiran menjadi positif, melibatkan keluarga dalam memberi dukungan dan membantu peran ibu khususnya suami dengan hasil suami pasien mengatakan akan menjaga pasien dan membantu mengurus anak keduanya, membantu beradaptasi dengan peran sebagai ibu yang memiliki bayi premature dengan hasil pasien akan menjadi ibu yang baik untuk anak-anaknya dan mencari ilmu untuk mengurus keperluan anak keduanya, pukul 11.30 WIB membantu kontrol marah dengan hasil setelah dilakukan teknik relaksasi napas dalam pasien lebih tenang, memberi lingkungan yang nyaman dengan hasil pasien mengatakan sudah lebih nyaman, membantu koping individu dengan hasil akan mengubah pikiran menjadi lebih positif, melibatkan keluarga dalam memberi dukungan dan membantu peran ibu khususnya suami dengan hasil suami pasien tampak di dampingi oleh suaminya dan perhatian oleh istrinya, membantu beradaptasi dengan peran sebagai ibu yang memiliki bayi premature dengan hasil pasien akan menjadi ibu yang baik untuk anak-anaknya dan merawat anak keduanya dengan baik.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020 pukul 14.30 WIB

S: Pasien mengatakan sudah lebih nyaman dan rileks, pasien mengatakan akan mencoba untuk mengubah pikiran menjadi positif dan lingkungan pun mendukung menjadi lebih rileks dan nyaman.

O: Pasien tampak nyaman, pasien tampak rileks, pasien tampak didampingi oleh suaminya dan perhatian oleh istrinya.

A: Masalah teratasi, tujuan belum tercapai.

P: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB membantu kontrol marah dengan hasil setelah dilakukan teknik relaksasi napas dalam pasien tampak lebih tenang dan lebih rileks, memberi lingkungan yang nyaman dengan hasil pasien mengatakan sudah lebih nyaman, membantu coping individu dengan hasil akan selalu berpikir positif, melibatkan keluarga dalam memberi dukungan dan membantu peran ibu khususnya suami dengan hasil suami pasien tampak di dampingi oleh suaminya dan di jemput oleh saudara-saudara nya, membantu beradaptasi dengan peran sebagai ibu yang memiliki bayi premature dengan hasil pasien akan menjadi ibu yang baik untuk anak-anaknya dan sering menjenguk anak keduanya ke ruang perina dan memberi ASI peras.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020 pukul 15.30 WIB

S: Pasien mengatakan akan selalu berpikir positif, pasien akan menjadi ibu yang baik untuk anak-anaknya dan sering menjenguk anak keduanya ke ruang perina dan memberi ASI peras.

O: Pasien tampak lebih tenang dan lebih rileks, pasien tampak di dampingi oleh suaminya dan di jemput oleh saudara-saudara nya.

A: Masalah teratasi, tujuan tercapai.

P: Hentikan semua intervensi (Pasien Pulang).

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada BAB ini penulis akan membahas adanya kesenjangan pada teori dengan kasus setelah melakukan Asuhan Keperawatan pada Ny.S *Pasca Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi *Oligohidramnion* dan Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur yang dilaksanakan pada tanggal 11 Februari 2020 sampai dengan 13 Februari 2020. Penulis akan menguraikan kesenjangan yang dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan, serta penulis akan mengidentifikasi faktor penghambat dan faktor pendukung dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Menurut Maryunani (2015), tekanan darah sedikit mengalami penurunan 20 mmHg atau lebih pada tekanan systole akibat dari hipotensi ortostatik yang ditandai dengan sedikit pusing pada saat perubahan posisi dari berbaring ke berdiri dalam 48 jam pertama. Beberapa ditemukan keadaan hipertensi postpartum akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakit-penyakit lain yang menyertai dalam setengah bulan tanpa pengobatan. Dalam hal ini, pada beberapa wanita segera setelah melahirkan mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari, peningkatan darah sistolik dan penambahan diastolik 15 mmHg disertai sakit kepala dan gangguan penglihatan mungkin *pre-eklamsia* yang bisa timbul pada masa nifas dan diperlukan penanganan lebih lanjut. Tekanan darah sebelum melahirkan 112/59mmHg. Tekanan darah sesudah melahirkan masih dalam batas normal dengan hasil TD 120/87 mmHg. Namun, pada kasus yang ditemukan penulis tidak menemukan adanya penurunan tetapi ada kenaikan tekanan darah.

Menurut Maryunani (2015), denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhirnya kembali normal setelah beberapa jam postpartum. Pada masa nifas, umumnya denyut nadi labil dibandingkan dengan suhu tubuh. Nadi berkisar antara 60-80x/menit setelah partus. Denyut nadi dapat mengalami bradikardia 50-70x/menit pada 6-8 jam postpartum akibat perubahan cardiac output (nadi normal 80-100x/menit). Penurunan volume darah mengikuti pemisahan plasenta, kontraksi uterus dan peningkatan stroke volume, dimana volume tersebut akan kembali seperti sebelum hamil sekitar 3 bulan postpartum. Hemoragia, demam selama persalinan, dan nyeri akut. Jika terdapat takikardia dan suhu tubuh tidak panas, mungkin ada perdarahan berlebihan. Dalam hal ini, apabila denyut nadi di atas 100 selama masa nifas, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau haemorhagik postpartum terlambat. Pada saat dilakukan pengkajian pasien tidak mengalami penurunan, hal ini dibuktikan dengan hasil pemeriksaan nadi 90 x/menit. Denyut nadi pada masa nifas cenderung lebih normal dibandingkan suhu tubuh.

Menurut Maryunani (2015), pernapasan kembali pada rentang normal wanita selama jam pertama normal (16-24 x/menit), karena ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam keadaan istirahat. Saat melakukan pengkajian pernapasan pasien masih dalam batas normal 18x/menit.

Perubahan suhu tubuh menurut Maryunani (2015), mengatakan bahwa sekitar hari ke-4 setelah persalinan suhu ibu akan mengalami sedikit kenaikan suhu ($37,2-37,5^{\circ}\text{C}$). Kenaikan suhu ini kemungkinan disebabkan karena aktivitas payudara, jika kenaikan suhu mencapai 38°C pada hari kedua sampai berikutnya, segera periksa kondisi kesehatan ke dokter agar tidak terjadi adanya infeksi pada masa nifas. Pada kasus 3 jam setelah pasca partum, pasien tidak mengalami kenaikan suhu dibuktikan dengan suhu pasien $36,7^{\circ}\text{C}$, saat dilakukan pengkajian tidak ada pembengkakan dan nyeri pada payudara, dan tidak ada tanda-tanda infeksi pada sekitar luka operasi.

Perubahan pada sistem perkemihan menurut Maryunani (2015), pada 24 jam pertama akan mengalami kesulitan buang air kecil dikarenakan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. saluran kencing/saluran kemih umumnya kembali normal dalam waktu 2 sampai 8 minggu. Namun pada kasus pasien dengan postpartum *sectio caesarea* tidak terjadi spasme sfingter dan edema leher buli-buli dikarenakan biasanya terjadi pada pasien yang melalui persalinan spontan dimana akan terjadi gesekan maju mundur pada saat proses persalinan spontan.

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian, yaitu pada saat dilakukan pengkajian pasien dan keluarga kooperatif dalam memberikan informasi kepada penulis secara terbuka, dan bisa melihat data dari rekam medis. Faktor penghambat dalam melakukan pengkajian, yaitu penulis melakukan pengkajian 3 jam post partum karena keterbatasan waktu dikarenakan *clinical mentor* tidak bisa menemani sampai sore.

B. Diagnosa Keperawatan

Pada diagnosa keperawatan menurut teori Nanda (2015) dalam Herdman (2015), merumuskan pada pasien dengan postpartum *sectio caesarea* adalah sepuluh diagnosa. Namun pada kasus Ny.S dengan postpasrtum *sectio caesarea* dimana tujuh diagnosa yang muncul sesuai dengan teori yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur bedah).
Diagnosa keperawatan tersebut diangkat oleh penulis karena didukung oleh adanya data pasien yang dibuktikan pasien mengatakan nyeri pada daerah luka operasi dengan skala 6, maka dari itu perlunya pemantauan dan penanganan lebih lanjut agar pasien tidak merasakan nyeri berlebihan dan memberikan rasa nyaman pada pasien.
2. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan Rawat Pisah (prematuritis bayi dirawat di ruang bayi perina). Diagnosa keperawatan ini diangkat oleh penulis karena didukung oleh adanya data pasien *sectio*

cesarea pada kehamilan 34-35 minggu, berat badan 2850 gram, panjang badan 48 cm.

3. Bounding Attachment ibu berhubungan dengan bayi prematuritis. Diagnosa keperawatan ini diangkat oleh penulis karena didukung oleh adanya data tidak ada interaksi orang tua dan bayi secara nyata, baik fisik, emosi, maupun sensori pada beberapa menit dan jam pertama segera sesudah bayi lahir.

Diagnosa tambahan yang terdapat pada teori Aspiani (2017), yaitu:

4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka bekas operasi. Diagnosa keperawatan tersebut diangkat oleh penulis karena didukung oleh adanya data pasien yang dibuktikan pasien baru saja 3 jam post operasi dan masih harus bed rest.

Menurut teori Nanda (2015) dalam Herdman (2015), yaitu:

5. Risiko infeksi berhubungan dengan Prosedur invasif. Diagnosa keperawatan ini diangkat oleh penulis karena didukung oleh adanya data yang dibuktikan dengan saat melakukan pengkajian pasien baru 3 jam postoperasi, maka dari itu perlunya pemantauan lebih lanjut agar tidak terjadi infeksi pada pasien pada luka operasi maupun pada infus pasien.
6. Risiko Perdarahan berhubungan dengan Komplikasi *pasca partum*. Diagnosa keperawatan tersebut diangkat oleh penulis karena didukung oleh adanya data pasien yang dibuktikan pasien baru saja 3 jam operasi *sectio caesarea*, oleh karena itu, pemantauan lebih lanjut perlu dilakukan agar tidak terjadi perdarahan yang abnormal atau berlebihan walaupun pada saat pengkajian data pasien semua normal tetapi penulis mengangkat masalah masih risiko untuk mencegah agar masalah tidak menjadi aktual.
7. Risiko gangguan psikologis: depresi berhubungan dengan tingginya stressor selama perinatal. Diagnosa keperawatan tersebut diangkat oleh penulis karena didukung oleh adanya data pasien yang dibuktikan nilai EPDS 12 dengan kategori fairly high possibility of depression (kemungkinan depresi yang cukup tinggi) dan pasien mengatakan karena kandungan yang masih muda dan saat 12 minggu kehamilan pernah

mengalami hiperemesis tetapi penulis mengangkat masalah risiko untuk mencegah agar masalah tidak menjadi aktual.

Diagnosa yang terdapat pada teori Aspiani (2017), tetapi tidak muncul dalam kasus adalah:

1. Ketidakfektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan akumulasi sekret akibat penurunan reflek batuk. Diagnosa keperawatan ini tidak muncul pada pasien karena tidak mengalami gangguan pada jalan nafas. Hal ini dibuktikan dengan data yang didapatkan pada saat pengkajian yaitu jalan nafas bersih dengan frekuensi nafas 18 x/menit, irama nafas teratur dengan kedalaman dalam, pasien tidak ada batuk dan suara nafas pasien terdengar vesikuler. Diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan nafas ini biasanya ditegakkan pada tindakan *sectio caesarea* dengan anastesi general, dimana dapat beresiko terjadinya penumpukan sekret pada jalan nafas. Pada kasus pasien dilakukan anastesi spinal sehingga tidak terjadi penumpukan sekret yang berlebihan pada jalan nafas, karena anastesi spinal merupakan anastesi yang membuat baal dari bagian perut hingga kaki.
2. Defisit perawatan diri: mandi / kebersihan berhubungan dengan kelemahan fisik. Diagnosa keperawatan ini tidak diangkat karena pasien dapat melakukan perawatan diri seperti mandi, makan dan eliminasi setelah 24 jam paska partum.

Faktor pendukung dalam mengangkat diagnosa keperawatan yang telah diangkat penulis, yaitu adanya keluhan pasien dan respon pasien yang sesuai dengan batasan karakteristik diagnosa keperawatan serta adanya referensi buku yang dapat dijadikan acuan penulis untuk mengangkat diagnosa. Faktor penghambat dalam mengangkat diagnosa keperawatan dikarenakan referensi buku yang kurang terbaru yang bisa dijadikan sumber bagi penulis.

C. Perencanaan Keperawatan

Kegiatan pada tahap ini adalah memprioritaskan masalah keperawatan. Pada diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur bedah), ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan prematuritis, bounding attachment berhubungan dengan bayi prematuritis, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka bekas operasi, risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi *pasca partum*, risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, risiko gangguan psikologis: depresi berhubungan dengan tingginya stressor selama perinatal. Diagnosa prioritas yang penulis angkat adalah Nyeri Akut berhubungan dengan Agen cedera fisik karena masalah sudah aktual dibandingkan risiko perdarahan, karena data-data yang ditemukan pada pasien semua normal.

Pada teori, penentuan tujuan dalam perencanaan keperawatan tidak ada batasan waktu. Tetapi pada kasus, penulis membuat tujuan dengan batasan waktu 3x24 jam. Hal tersebut diberikan waktu untuk mengetahui tingkat keberhasilan atau perencanaan yang telah dibuat oleh penulis.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur bedah).
Penulis membuat tujuan dengan batasan waktu 3x24 jam. Menurut teori Aspiyani (2017) intervensi yang dapat dilakukan yaitu ada 14 intervensi. Namun intervensi yang penulis susun sesuai dengan keluhan dan data yang dimiliki penulis, yaitu:
 - a. Pantau tanda-tanda vital (TD, N, RR, S) pasien per shift.
 - b. Ajarkan klien teknik relaksasi nafas dalam.
 - c. Kaji nyeri per shift.
 - d. Berikan terapi obat Torasic 3 x 30 mg melalui IV sesuai instruksi dokter.
 - e. Berikan terapi obat Tramal sup 3 x 100 mg melalui supositoria bila nyeri berat.
 - f. Berikan terapi obat Zaldiar 3 x 1 tablet melalui oral sesuai instruksi dokter.

Intervensi yang tidak dimasukkan karena tidak sesuai dengan keluhan dan data yang dimiliki penulis menurut teori Aspiani (2017), yaitu:

- a. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.
 - b. Evaluasi tentang keefektifan dari tindakan mengontrol nyeri yang telah digunakan.
 - c. Berikan dukungan terhadap klien dan keluarga.
 - d. Berikan informasi tentang nyeri, seperti: penyebab, berapa lama terjadi dan tindakan pencegahan.
 - e. Kontrol faktor – faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien terhadap ketidaknyamanan (misalnya: temperatur ruangan, penyalinan dan lain-lain).
 - f. Tingkatkan istirahat yang cukup.
 - g. Modifikasi tindakan mengontrol nyeri berdasarkan respon klien.
 - h. Monitor kenyamanan klien terhadap manajemen nyeri.
 - i. Libatkan keluarga untuk mengurangi nyeri.
 - j. Informasikan kepada tim kesehatan lainnya atau anggota keluarga saat tindakan nonfarmakologi dilakukan untuk pendekatan preventif.
2. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan Rawat Pisah (prematurnitas bayi dirawat di ruang perina).
- Penulis membuat tujuan dengan batasan waktu 1x24 Jam. Pada diagnosa keperawatan ini penulis melakukan intervensi dengan pendekatan kriteria hasil NOC dan intervensi NIC:
- a. Berikan informasi terkait dengan ASI Eksklusif dan teknik memeras ASI (secara manual atau elektrik), penyimpanan ASI.
 - b. Jelaskan tujuan dari tindakan tersebut.
 - c. Observasi pengeluaran ASI.
 - d. Ajarkan ibu sering mengunjungi dan menyusui bayi ke ruang perina.
 - e. Berikan terapi obat Laktafit 3 x 1 tablet melalui oral sesuai instruksi dokter.

3. Bounding Attachment ibu berhubungan dengan bayi prematuritis.

Penulis membuat tujuan dengan batasan waktu 1x24 Jam. Pada diagnosa keperawatan ini penulis melakukan intervensi dengan pendekatan kriteria hasil NOC dan intervensi NIC:

- a. Kaji tingkat pengetahuan ibu dalam perawatan bayi premature.
- b. Ajarkan orang tua tentang pertumbuhan dan perkembangan bayi premature.
- c. Jelaskan tujuan dan tindakan tersebut.
- d. Kaji kemampuan orang tua untuk mengenali kebutuhan fisiologis bayi premature.
- e. Ajarkan orang tua tentang isyarat bayi.
- f. Ajarkan teknik menyentuh atau menenangkan bayi premature.
- g. Ajarkan teknik pemberian ASI pada bayi premature.

4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka bekas operasi.

Penulis membuat tujuan dengan batasan waktu 3x24 Jam. Menurut teori (Aspiani, 2017) intervensi yang dapat dilakukan yaitu ada 16 intervensi. Namun intervensi yang penulis lakukan sesuai dengan keluhan dan data yang dimiliki penulis, yaitu:

- a. Kaji kemampuan pasien dalam melakukan mobilitas.
- b. Ubah posisi tiap 2 jam.
- c. Ajarkan latihan ROM secara pasif aktif sesuai kondisi pasien.

Intervensi yang tidak dimasukkan karena tidak sesuai dengan keluhan dan data yang dimiliki penulis menurut teori Aspiani (2017), yaitu:

- a. Observasi penyebab gangguan mobilitas yang dialami klien.
- b. Monitor dan catat kemampuan klien dalam montoleransi aktivitas dan penggunaan keempat ekstremitasnya.
- c. Jika memungkinkan observasi tindakan yang dilakukan untuk nyerinya dan gangguan muskuluskeletal sebelum beraktivitas.
- d. Mobilisasi support area yang berpengaruh jka diperlukan.
- e. Monitor integritas kulit pada area yang tertekan.

- f. Pastikan keterbatasan gerak sendi yang dialami.
 - g. Motivasi klien untuk mempertahankan pergerakan sendi.
 - h. Pastikan klien bebas dari nyeri sebelum diberikan latihan.
 - i. Pastikan baju klien longgar.
 - j. Lindungi klien dari trauma selama latihan.
 - k. Beri reinforcement positif.
 - l. Kolaborasi dengan fisioterapi.
 - m. Kolaborasi dengan dalam pemberian terapi analgetik.
5. Risiko perdarahan berhubungan dengan Komplikasi *pasca partum*.
 Penulis membuat tujuan dengan batasan waktu 3x24 Jam. Pada diagnosa keperawatan ini penulis melakukan intervensi dengan pendekatan kriteria hasil NOC dan intervensi NIC:
- a. Pantau tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi) pasien tiap 8 jam.
 - b. Kaji kontraksi dan konsistensi pada uterus tiap 8 jam.
 - c. Monitor *lochea* pasien (warna, jumlah, bau) tiap 8 jam.
 - d. Observasi tinggi fundus uteri dengan palpasi tiap 8 jam.
 - e. Berikan terapi obat Eminenton 2x1 tablet melalui oral.
- Menurut teori tidak ditemukan diagnosa risiko perdarahan, maka penulis merumuskan intervensi yang sesuai dengan keluhan pasien untuk mengatasi risiko perdarahan.
6. Risiko infeksi berhubungan dengan Prosedur invasif.
 Penulis membuat tujuan dengan batasan waktu 3x24 Jam. Menurut teori (Aspiani, 2017) intervensi yang dapat dilakukan yaitu ada 18 intervensi. Namun intervensi yang penulis lakukan sesuai dengan keluhan dan data yang dimiliki penulis, yaitu:
- a. Pantau tanda-tanda vital pasien (suhu)/ 8 jam.
 - b. Kaji tanda-tanda infeksi/ 8 jam.
 - c. Kaji jumlah warna dan bau *lochea*/ 8 jam.
 - d. Lakukan perawatan luka pasien.

- e. Anjurkan pasien makan makanan yang mengandung protein dan tinggi vitamin C.
- f. Berikan obat Metronidazole 3x500 mg melalui IV.
- g. Berikan obat Intrix 2x1 gram melalui IV.

Intervensi yang tidak dimasukkan karena tidak sesuai dengan keluhan dan data yang dimiliki penulis menurut teori (Aspiani, 2017), yaitu:

- a. Kaji faktor yang meningkatkan serangan infeksi (misalnya: usia lanjut, status imun menurun dan malnutrisi).
 - b. Pantai hygiene personal untuk perlindungan terhadap infeksi.
 - c. Monitor tanda dan gejala infeksi sistematis.
 - d. Monitor sel darah putih.
 - e. Anjurkan klien atau keluarga untuk menjaga personal hygiene dan melindungi tubuh terhadap infeksi.
 - f. Ajarkan klien dan keluarga tanda/gejala infeksi dan kapan harus melaporkan ke petugas kesehatan.
 - g. Bersihkan lingkungan secara tepat setelah digunakan oleh klien.
 - h. Ganti peralatan klien setiap selesai tindakan.
 - i. Batasi jumlah pengunjung.
 - j. Gunakan sabun untuk mencuci tangan.
 - k. Gunakan sarung tangan steril.
 - l. Lakukan perawatan vulva dan perineum.
 - m. Pertahankan teknik isolasi sesuai kebutuhan.
7. Risiko Gangguan Psikologis: Depresi berhubungan dengan Tingginya stressor selama perinatal.
- Penulis membuat tujuan dengan batasan waktu 3x24 Jam. Pada diagnosa keperawatan ini penulis melakukan intervensi dengan pendekatan kriteria hasil NOC dan intervensi NIC:
- a. Bantu kontrol marah.
 - b. Beri lingkungan yang nyaman.
 - c. Bantu koping individu

- d. Libatkan keluarga dalam memberi dukungan dan membantu peran ibu khususnya suami.
- e. Bantu beradaptasi dengan peran sebagai ibu yang memiliki bayi premature.

Faktor pendukung dalam merencanakan perencanaan, yaitu dengan adanya sumber referensi yang sesuai yang dapat dijadikan rujukan untuk merencanakan asuhan keperawatan sesuai dengan keadaan pasien. Faktor penghambat, yaitu kurangnya referensi dari berbagai buku untuk merumuskan perencanaan keperawatan, dan bahasa perencanaan yang kurang dipahami oleh penulis.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada pasien disesuaikan dengan intervensi yang telah ditetapkan, nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur bedah), Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan rawat pisah (prematunitis bayi dirawat diruang perina), Bounding Attachment ibu berhubungan dengan bayi prematuritis, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka bekas operasi, Risiko Perdarahan berhubungan dengan Komplikasi *pasca partum*, Risiko Infeksi berhubungan dengan Prosedur Invasif, Risiko Gangguan Psikologis: Depresi berhubungan dengan Tingginya Stressor Selama Perinatal.

Pada diagnosa pertama nyeri akut semua tindakan keperawatan dapat dilaksanakan semua baik secara Independent ataupun secara Interdependent. Pelaksanaan independent yang dilakukan pada diagnosa ini adalah mengkaji nyeri pasien secara komprehensif, mengobservasi tanda-tanda vital, observasi adanya petunjuk nonverbal, dan mengajarkan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam). Sedangkan secara interdependent yang dapat dilakukan adalah berikan obat Torasic 3 x 30 mg melalui IV, Tramal sup 3x 100 mg melalui supositoria, Zaldiar 3 x 1 tablet melalui oral. Semua pelaksanaan dapat dilakukan dengan baik karena adanya faktor pendukung

baik dari keluarga pasien maupun perawat ruangan, seperti dalam pemberian obat yang dilakukan oleh perawat ruangan yang bertugas pada saat itu.

Pada diagnosa kedua ketidakefektifan pemberian ASI semua tindakan dapat dilaksanakan dengan baik secara independent ataupun secara interdependent. Pelaksanaan independet yang dilakukan pada diagnosa ini adalah menyediakan informasi tentang ASI Eksklusif dan teknik memeras ASI (secara manual atau elektrik), memberitahu cara mengumpulkan dan menyimpan ASI, ajarkan ibu sering mengunjungi dan menyusui bayi ke ruang perina. Sedangkan secara interdependent yang dapat dilakukan adalah berikan obat Laktafit 3 x 1 tablet melalui oral. Semua pelaksanaan dapat dilakukan dengan baik karena adanya faktor pendukung baik dari keluarga pasien maupun perawat ruangan, seperti dalam pemberian obat yang dilakukan oleh perawat ruangan yang bertugas pada saat itu.

Pada diagnosa ketiga bounding attachment ibu dengan bayi prematuritis semua tindakan dapat dilaksanakan dengan baik secara independent. Pelaksaan independet yang dilakukan pada diagnosa ini adalah menyediakan informasi tentang perawatan bayi: prematur, dan pertumbuhan dan perkembangan bayi, mengenali kebutuhan fisiologis bayi prematur, tentang isyarat bayi, teknik menyentuh atau menenangkan bayi premature, teknik pemberian ASI pada bayi premature. Semua pelaksanaan dapat dilakukan dengan baik karena adanya faktor pendukung baik dari keluarga pasien maupun perawat ruangan, seperti dalam pemberian obat yang dilakukan oleh perawat ruangan yang bertugas pada saat itu.

Pada diagnosa keempat gangguan mobilitas fisik semua tindakan keperawatan dapat dilaksanakan dengan baik secara independent. Pelaksanaan independent yang dilakukan pada diagnosa ini adalah mengkaji kemampuan klien dalam melakukan mobilitas, mengubah posisi tiap 2 jam, mengajarkan latihan ROM secara pasif aktif sesuai kondisi klien. Semua pelaksanaan dapat dilakukan dengan baik karena adanya faktor pendukung

baik dari keluarga pasien maupun perawat ruangan, seperti mengajarkan latihan ROM secara pasif aktif yang dilakukan oleh perawat ruangan yang bertugas pada saat itu.

Pada diagnosa kelima risiko perdarahan, semua tindakan keperawatan dapat dilaksanakan semua baik secara independet atau pun interdependent. Pelaksanaan independent yang dilakukan pada diagnosa ini adalah memantau tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi) pasien, mengkaji kontraksi dan konsistensi pada uterus, memonitor *lochea* pasien, mengobservasi tinggi fundus uteri. Pelaksanaan interdependent yang dapat dilakukan adalah meberikan obat Emineton 2x1 tablet melalui oral. Semua pelaksanaan dapat dilakukan dengan baik karena adanya faktor pendukung baik dari keluarga pasien maupun perawat ruangan, seperti dalam pemberian obat yang dilakukan oleh perawat ruangan yang bertugas pada saat itu.

Pada diagnosa keenam risiko infeksi, semua tindakan keperawatan dapat dilaksanakan dengan baik secara independent maupun interdependent. Pelaksanaan independent yang dilakukan pada diagnosa ini adalah memantau tanda-tanda vital pasien, mengkaji tanda-tanda infeksi, mengkaji jumlah warna dan bau *lochea*, menganjurkan pasien makan makanan yang mengandung protein. Tindakan interdependent yaitu memberikan obat Metronidazole 3x500 mg melalui IV, Intrix 2x1 gram melalui IV. Semua pelaksanaan dapat dilakukan dengan baik karena adanya faktor pendukung baik dari keluarga pasien maupun perawat ruangan, seperti dalam pemberian obat yang dilakukan oleh perawat ruangan yang bertugas pada saat itu.

Pada diagnosa ketujuh risiko gangguan psikologis: depresi semua tindakan keperawatan dapat dilaksanakan dengan baik secara independent. Pelaksanaan independent yang dilakukan pada diagnosa ini adalah mengkaji kontrol marah, lingkungan, koping individu pasien, libatkan keluarga dalam memberi dukungan dan membantu peran ibu khususnya suami, dan bantu beradaptasi dengan peran sebagai ibu yang memiliki bayi premature. Semua

pelaksanaan dapat dilakukan dengan baik karena adanya faktor pendukung baik dari keluarga pasien maupun perawat ruangan, seperti membantu kontrol marah, lingkungan dan koping individu, libatkan keluarga dalam memberi dukungan dan membantu peran ibu khususnya suami, dan bantu beradaptasi dengan peran sebagai ibu yang memiliki bayi premature yang dilakukan oleh perawat ruangan yang bertugas pada saat itu.

Faktor pendukung dalam melaksanakan implementasi, yaitu pasien sangat komunikatif dan kooperatif serta kolaborasi tim perawat ruangan sehingga dapat melakukan rencana keperawatan dengan baik. Faktor penghambat dalam melaksanakan implementasi, yaitu penulis tidak dapat melakukan tindakan selama 24 jam kepada pasien

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yaitu sebagai tahap akhir dari proses asuhan keperawatan, dalam tahap evaluasi ini penulis melihat sejauh mana keberhasilan asuhan keperawatan yang telah dicapai. Pada kasus semua intervensi pada setiap diagnosa yang telah direncanakan sudah terlaksanakan dengan baik, antara lain:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur bedah)
Diagnosa keperawatan ini ditentukan setelah dilakukan 3x24 jam nyeri akut tidak terjadi dengan kriteria hasil pasien dapat menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri dan nyeri dapat berkurang sampai dengan hilang, pasien tampak rileks. Masalah teratasi, tujuan tercapai. Dibuktikan pada evaluasi hari ketiga pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dari skala 3 menjadi 2, pasien tampak rileks dan kooperatif, pasien nyaman dengan posisi semi fowler.
2. Ketidakefektifan Pemberian ASI berhubungan dengan Rawat Pisah (prematurnitas bayi dirawat di ruang perina). Diagnosa keperawatan ini ditentukan setelah dilakukan 1x30 menit pengetahuan pasien mengalami peningkatan dari skala 2 (pengetahuan terbatas) menjadi skala 4 (pengetahuan banyak) dengan kriteria hasil pasien mampu memahami

tentang ASI Eksklusif, teknik memeras ASI, dan penyimpanan ASI. Dibuktikan dengan pasien memperhatikan penjelasan dan dapat mengulangi apa yang telah dijelaskan.

3. Bounding Attachment ibu berhubungan dengan bayi prematuritis.
Diagnosa keperawatan ini ditentukan setelah dilakukan 1x30 menit pengetahuan pasien mengalami peningkatan dari skala 2 (pengetahuan terbatas) menjadi skala 4 (pengetahuan banyak) dengan kriteria hasil pasien mampu memahami perawatan bayi: prematur, dan pertumbuhan dan perkembangan bayi, kebutuhan fisiologis, isyarat, teknik pemberian ASI pada bayi premature.
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka bekas operasi.
Diagnosa keperawatan ini ditentukan setelah 1x24 jam gangguan mobilitas fisik tidak terjadi dengan kriteria hasil aktivitas fisik meningkat, melaporkan perasaan peningkatan kekuatan dan kemampuan dalam bergerak. Dibuktikan pada evaluasi hari pertama aktivitas fisik meningkat dan peningkatan kekuatan dan kemampuan bergerak.
5. Risiko perdarahan berhubungan dengan Komplikasi *pasca partum*.
Diagnosa keperawatan ini ditentukan setelah dilakukan 3x24 jam resiko perdarahan tidak terjadi dengan kriteria hasil TFU 2 jari dibawah pusat, warna *lochea* normal (rubra-sanguinolenta), jumlah *lochea* tidak berlebihan, kontraksi pada rahim kuat. Masalah teratasi, tujuan tercapai. Dibuktikan pada evaluasi hari ketiga pasien mengatakan merasa mulas saat rahim berkontraksi, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus kuat dan konsistensi keras, *lochea* merah segar dengan jumlah pembalut ½ pembalut (100 cc).
6. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif. Diagnosa keperawatan ini ditentukan setelah dilakukan 3x24 jam risiko infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil pasien tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi, dan suhu tubuh dalam batas normal (36,5°C-37 °C). Dibuktikan pada evaluasi hari ketiga suhu pasien 36,2 °C, tidak ada tanda-tanda infeksi pada sekitar luka operasi dan infus.

7. Risiko gangguan psikologis: depresi berhubungan dengan tingginya stressor selama perinatal. Diagnosa keperawatan ini ditentukan setelah 3x24 jam risiko gangguan psikologis: depresi tidak terjadi dengan kriteria hasil Tingkat depresi kembali normal (kurang dari 8), koping individu kembali normal. Dibuktikan pada evaluasi hari pertama kontrol marah, lingkungan dan koping individu efektif.

Faktor pendukung yang penulis alami, yaitu adanya catatan perkembangan pasien dan tindakan oleh perawat ruangan. Faktor penghambat, yaitu kurangnya efektifitas dalam pemantauan terhadap pasien karena disebabkan keterbatasan waktu.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan postpartum dengan tindakan *sectio caesarea* dan sudah membahas kesenjangan-kesenjangan antara teori dan kasus, penulis ingin menyimpulkan bahwa, berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan terhadap kasus ibu pascapartum dengan tindakan *sectio caesarea*, pengkajian yang perlu dilakukan pada pasien post operasi *sectio caesarea* yaitu keluhan pasien mengenai nyeri, ketidakefektifan pemberian ASI, bonding attachment ibu dengan bayi prematur, gangguan mobilitas fisik, tanda-tanda perdarahan maupun infeksi, dan risiko gangguan psikologis: depresi yang berisiko terjadi.

Pada diagnosa keperawatan pada ibu postpartum menurut teori terdapat sepuluh diagnosa, sedangkan pada kasus hanya ditemukan tujuh diagnosa yaitu nyeri akut, ketidakefektifan pemberian ASI, bonding attachment ibu dengan bayi prematur, gangguan mobilitas fisik, risiko perdarahan, risiko infeksi, risiko gangguan psikologis: depresi. Diagnosa yang menjadi prioritas yang penulis angkat yaitu nyeri dikarenakan pada saat pengkajian pasien mengeluh nyeri skala 6 dan untuk diagnosa kedua ketidakefektifan pemberian ASI karena bayi lahir secara prematur.

Perencanaan pada setiap diagnosa keperawatan yang timbul pada pasien dibuat berdasarkan prioritas utama sesuai dengan keluhan pasien. Perencanaan yang sesuai dengan prioritas diagnosa keperawatan yang penulis rencanakan antara lain kaji nyeri pasien secara komprehensif tiap 8 jam, observasi adanya petunjuk nonverbal, ajarkan teknik non

farmakologis (relaksasi nafas dalam), dan berikan terapi obat Torasic 3 x 30 mg melalui iv, Tramal sup 3 x 100 mg melalui supositoria, Zaldiar 3 x 1 tablet melalui oral.

Pada tahap implementasi tindakan keperawatan untuk Ny. S disesuaikan dengan intervensi yang sudah ditetapkan. Dalam pelaksanaan keperawatan tidak semua dilakukan selama 24 jam dikarenakan keterbatasan waktu, tetapi penulis mendelegasikan kepada perawat ruangan dan mendokumentasikan.

Berdasarkan teori evaluasi dilakukan dengan penulisan SOAP (subjektif, objektif, analisa, dan planning) dan berdasarkan pada tujuan dan kriteria hasil yang sudah direncanakan. Seluruh diagnosa keperawatan yang diangkat penulis telah teratasi dan tujuan tercapai.

B. Saran

1. Bagi Mahasiswa Keperawatan

Agar perawat lebih memperbanyak pengetahuan tentang memberikan asuhan keperawatan pada ibu *pasca partum sectio caesarea* dengan indikasi *oligohidramnion* dan ketuban pecah dini (KPD), dengan cara lebih memperbanyak mencari referensi-referensi yang terkait dengan kasus melalui jurnal dan buku-buku agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang lebih baik.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan untuk menambahkan referensi buku perpustakaan yang terbaru mengenai indikasi-indikasi yang mungkin bisa terjadi pada ibu postpartum dan konsep asuhan keperawatan pada ibu postpartum.

3. Bagi Perawat

Saran yang perlu disampaikan kepada perawat, yaitu perawat harus mendokumentasikan setiap tindakan sesuai SOP yang telah dilakukan di ruangan secara lengkap serta menambah ilmu pengetahuan tentang berbagai macam penyakit khususnya pada ibu *pasca partum sectio caesarea* dengan indikasi *oligohidramnion* dan ketuban pecah dini

(KPD), dan membuat dokumentasi (format pengkajian khusus PP) BUBBLE-HE (beast, uterine, blader, bowel, lochea, episiotomy-homan's, emotion (EPDS) agar perawat dapat melakukan implementasi sesuai dengan kebutuhan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Amin, Huda Nuratif dan Kusuma (2013). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa NANDA NIC NOC Jilid 2*. Jakarta: EGC.
- Amru, S. (2012). *Rustam Mochtar Sinopsis Obstetri : Obsteri Operatif Obstetri Social edisi 3jilid 1&2*. Jakarta: EGC.
- Aspiani, R. Y. (2017). *Asuhan Keperawatan Maternitas Aplikasi NANDA, NIC, dan NOC*. Jakarta: Trans Info Media.
- Asrinah. (2010). *Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Astuti, S. (2015). *Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui*. Jakarta: Erlangga.
- Karlina, N. dan E. E. dan W. M. P. (2016). *Asuhan Kebidanan KEGAWATDARURATAN Maternal & Neonatal*. Bogor: IN MEDIA.
- Komalasari. (2016). *Buku Saku KEBIDANAN*. Jakarta: EGC.
- Lumentut, A.d. (2015). *RESIKO MATERNAL DAN LUARAN PERINATAL DENGAN OLIGOHIDRAMNION DI BLU RSU. Jurnal Kedokteran Komunitas dan Topik*. Diambil pada tanggal 16 April 2020 pukul 13.00 WIB dari
<https://pdfs.semanticscholar.org/bca0/c15518a0565dcc9ad84f01329d8952b327d6.pdf>
- Marmi, F. dan R. M. S. dan E. (2015). *ASUHAN KEBIDANAN PATOLOGI*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Maryunani, A. (2015). *ASUHAN IBU NIFAS & ASUHAN IBU MENYUSUI*. Jakarta: CV.Trans Info Media.
- Maryunani, A. dan E. P. S. (2013). *ASUHAN KEGAWATDARURATAN Maternal dan Neonatal*. Bogor: CV.TRANS INFO MEDIA.
- Nur, T. H. *Tantangan dan Strategi Menurun AKI*
- Nurjannah, S. N. dan A. S. M. dan D. L. B. (2013). *ASUHAN KEBIDANAN POSTPARTUM Dilengkapi dengan Asuhan Kebidanan Post Sectio Caesarea*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Ratnawati, A. (2017). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: PUSTAKA BARU PRESS.

Rohmah, N. dan S. wahid. (2019). *Proses Keperawatan Berbasis KKN* (Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia). Malang: AR-RUZZ MEDIA.

Rahmawati, N.d. (2018). *KETUBAN PECAH DINI DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH UNGARAN. HIGEA JOURNAL PF PUBLIC HEALTH RESEARCH AND DEVELOPMENT*. Diambil pada tanggal 16 April 2020 pukul 13.00 WIB dari

https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia/article/download/17937/1047_6

Rukiyah, A. Y. dan L. Y. (2010). *Asuhan Kebidanan 4 (Patologi)*. Jakarta: Trans Info Media.

Saxena, R. (2013). *Evidence Based Color Atlas of OBSTETRICS & GYNECOLOGY Diagnosis and Management*. Bangladesh: Jaypee Brothers Medical.

Sihombing, N. d. (2017). *DETERMINEN PERSALINAN SECTIO CAESAREA DI INDONESIA (ANALISIS LANJUT DATA RISKESDAS. Jurnal Kesehatan Reproduksi, 8(1) , 63-75*. Diambil pada tanggal 15 April 2020 pukul 21.00 WIB dari

<https://media.neliti.com/media/publications/108556-ID-none.pdf>

Siswasuherjo, S. dan F. C. (2010). *Panduan Super Lengkap HAMIL SEHAT*. Jakarta: Penebar Plus.

Sulistyawati, Nugroho. (2010). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika

Syaiful, Y. dan L. F. (2019). No Title. In *ASUHAN KEPERAWATAN KEHAMILAN*. CV. Jakad Publishing.

Wahyuningsih, S. (2019). No Title. In *ASUHAN KEPERAWATAN POST PARTUM*. CV Budi Utama.

World Health Organization (WHO). (2014). *Trends In Maternal Mortality 1990-2013*. Diambil pada tanggal 15 April 2020 pukul 15.00 WIB dari

<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/>

LAMPIRAN MATERI ASI EKSKLUSIF

A. Pengertian ASI Eksklusif:

ASI adalah makanan dan minuman terbaik dan paling ideal untuk bayi dalam masa 6 bulan pertama kehidupan. ASI Eksklusif merupakan pemberian ASI saja selama 6 bulan pada bayi tanpa diberikan tambahan makanan apapun.

B. Manfaat ASI:

1. Manfaat ASI bagi bayi:

- a. Sebagai nutrisi terbaik yang mengandung zat (protein, lemak, karbohidrat, garam dan mineral serta vitamin) yang cukup dan sesuai dengan kebutuhan bayi.
- b. Tidak menimbulkan alergi.
- c. Meningkatkan daya tahan tubuh.
- d. Mengandung zat antibody yang dapat melindungi tubuh bayi dari serangan infeksi bayi tidak mudah menderita diare.
- e. Memberikan keuntungan psikologis, karena bayi berhubungan erat dengan ibu sehingga timbul rasa aman dan kepercayaan pada bayi.
- f. Meningkatkan kecerdasan.
- g. Melindungi terhadap gizi kurang.
- h. Mengurangi risiko obesitas.

2. Manfaat memberi ASI bagi Ibu:

- a. Proses kontraksi ini akan mencegah terjadinya perdarahan setelah melahirkan.
- b. Hemat uang.
- c. Mengurangi terjadinya kanker payudara.
- d. Dapat digunakan sebagai metode kontrasepsi alamiah karena pada ibu yang menyusui secara eksklusif, ASI menekan kesuburan.
- e. Menurunkan berat badan.
- f. Mempunyai keuntungan psikologis, karena menimbulkan rasa bangga dan diperlukan.

C. Keunggulan ASI

1. Kolostrum.
2. ASI selalu tersedia, bersih, steril, segar, serta tidak pernah basi.
3. Kandungan nutrisinya paling lengkap dengan komposisi yang berubah-ubah sesuai kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan bayi.
4. Mengandung antibody yang dapat menghambat pertumbuhan dan membunuh kuman serta virus.
5. Bahaya alergi tidak akan terjadi.

D. Kerugian Air Susu Buatan (Susu Formula)

1. Pengenceran yang salah mengakibatkan: Diare.
2. Kontaminasi mikroorganisme.
3. Menyebabkan alergi.
4. Menyebabkan alergi kronis.
5. Tidak ada manfaat seperti ASI.

E. Teknik menyusui yang benar

1. Posisi ibu santai (duduk atau berbaring).
2. Badan bayi menempel pada perut ibu.
3. Dagunya bayi menempel pada payudara.
4. Telinga dan lengan bayi berada dalam satu garis.
5. Pegang bagian bawah payudara dengan 4 jari, ibu jari diletakkan dibagian atas payudara.
6. Putting susu dan sebagian besar areola masuk ke mulut bayi.
7. Perhatikan kebersihan tangan dan putting susu.

F. Hal yang mempengaruhi keberhasilan menyusui

1. Adanya keyakinan yang kuat bahwa ASI sangat diperlukan oleh bayinya.
2. Bayi selalu dekat dengan ibunya.
3. Tidak memberikan cairan atau minuman apapun selain ASI, ASI keluar antara hari 1-3.
4. Dukungan keluarga untuk memberi ASI kepada ibu yang melahirkan.

Referensi :

Maryunani, A. (2015). Bogor. *ASUHAN IBU NIFAS & ASUHAN IBU MENYUSUI*. CV.Trans Info Media.

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Diagnosa Keperawatan: Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan Rawat Pisah (prematunitas bayi dirawat di ruang perina).

Topik: ASI Eksklusif

Sasaran: Ny. S

Waktu: Rabu, 12 Februari 2020 Pukul 13.00-13.20 WIB

Tempat: Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur (Euphorbia)

TIU	TIK	MATERI	KBM		METODE	ALAT PERAGA	EVALUASI
			MAHASISWA	PESERTA			
Setelah dilakukan penyuluhan kesehatan selama 1x20 menit, diharapkan Ny.S dapat menerapkan ASI eksklusif	Setelah dilakukan penyuluhan kesehatan selama 1x 20 menit diharapkan Ibu Ny.S dapat memahami: 1. Pengertian ASI	1. Pengertian ASI Eksklusif 2. Manfaat ASI Eksklusif 3. Keuntungan ASI Eksklusif 4. Kerugian	Pembuka (5 menit) 1. Salam Pembuka 2. Perkenalan 3. Kontrak Waktu 4. Penjelasan Tujuan 5. Topik	Menjawab Salam Menyetujui	Ceramah/ Diskusi	1. Leaflet 2. Booklet	1. Ny.S mampu menyebutkan pengertian ASI Eksklusif 2. Ny.S mampu menyebutkan Manfaat ASI eksklusif 3. Ny.S mampu

	Eksklusif 2. Manfaat ASI Eksklusif 3. Keunggulan ASI Eksklusif 4. Kerugian Air susu buatan (susu formula) 5. Teknik menyusui 6. Hal yang mempengaruhi keberhasilan menyusui	Air susu buatan (susu formula) 5. Teknik menyusui 6. Hal yang mempengaruhi keberhasilan menyusui	Isi (10 menit) 1. Pengertian ASI Eksklusif 2. Manfaat ASI Eksklusif 3. Keunggulan ASI Eksklusif 4. Kerugian Air susu buatan (susu formula) 5. Teknik menyusui 6. Hal yang mempengaruhi keberhasilan menyusui	Memperhatikan	Ceramah dan Tanya jawab	menyebutkan keunggulan ASI Eksklusif 4. Ny.S mampu menyebutkan kerugian Air Susu buatan (susu formula) 5. Ny.S mampu menyebutkan teknik menyusui 6. Ny.S mampu menyebutkan Hal yang mempengaruhi keberhasilan
--	---	---	---	----------------------	--------------------------------	---

			Penutup (5 menit) 1. Memberi kesempatan bertanya 2. Bertanya/evaluasi 3. Menyimpulkan 4. Salam Penutup	Bertanya Menjawab Memperhatikan Menjawab salam	Diskusi dan Tanya jawab		menyusui
--	--	--	--	---	----------------------------	--	----------



ASI adalah makanan dan minuman terbaik dan paling ideal untuk bayi dalam masa 6 bulan pertama kehidupan. ASI Eksklusif merupakan pemberian ASI saja selama 6 bulan pada bayi tanpa diberikan tambahan makanan apapun.

HAL YANG MEMPENGARUHI KEBERHASILAN MENYUSUI

Adanya keyakinan yang kuat bahwa ASI sangat diperlukan oleh bayinya

Bayi selalu dekat dengan ibunya

Tidak memberikan cairan atau minuman apapun selain ASI, ASI keluar antara hari 1-3

Dukungan keluarga untuk memberi ASI kepada ibu yang melahirkan



KEUNGGULAN ASI

ASI selalu tersedia, bersih, steril, segar, serta tidak pernah basi



Proses kontraksi ini akan mencegah terjadinya perdarahan setelah melahirkan



Proses kontraksi ini akan mencegah terjadinya perdarahan setelah melahirkan

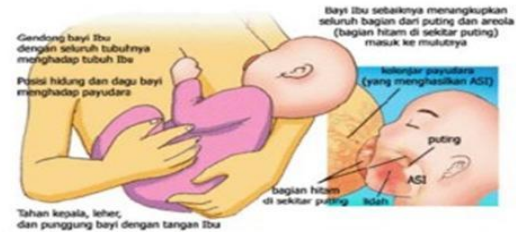


ASI selalu tersedia, bersih, steril, segar, serta tidak pernah basi



CARA MENYUSUI YANG BENAR

Posisi menyusui yang benar



Posisi Menyusui



KEUNGGULAN ASI



KERUGIAN ASI

Pengenceran yang salah mengakibatkan: Diare

Kontaminasi mikroorganisme

Menyebabkan alergi

Tidak ada manfaat seperti ASI



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
MITRA KELUARGA

ASI EKSKLUSIF



LAPORAN MATERI TEKNIK MEMERAS DAN MEMOMPA ASI DAN CARA PENYIMPANAN ASI

A. Kegunaan Memeras ASI:

1. Mengurangi bengkak/sumbatan
2. Memberikan makan bayi yang mengalami kesulitan dalam mengisap payudara
3. Memberi makan bayi berat lahir rendah/bayi prematur yang tidak bisa menyusu
4. Memberi makan bayi sakit yang tidak dapat mengisap ASI dengan cukup

B. Langkah-langkah Memeras ASI dengan Tangan:

1. Cuci tangan sampai bersih
2. Peras ASI ditempat yang tenang dan santai
3. Berikan rasa hangat dan lembab pada payudara selama 3-5 menit sebelum mengeluarkan ASI
4. Pijat payudara dengan gerakan melingkar, ikuti dengan pijatan lembut pada payudara dari sisi luar ke arah puting
5. Stimulasi puting dengan lembut dan tarik sedikit ke arah luar atau memutarnya dengan jari
6. Keluarkan dan buang 2-3 kali ASI yang keluar dari setiap payudara
7. Peras ASI ke dalam wadah yang bersih (plastik kertas/gelas)
8. Tempatkan ibu jari dibagian atas payudara pada tepi areola dan empat jari dibawah payudara pada tepi areola
9. Tekan ke arah tulang iga kemudian dekatkan ibu jari dan jari-jari dengan lembut tepat dibelakang areola
10. Ulang dengan pola berirama, putar posisi jari-jari di sekeliling payudara untuk mengosongkan semua daerah payudara
11. Lakukan berselang-seling pada kedua payudara setiap lima menit atau ketika ASI mengalir dengan lambat, ingatlah untuk mengulangi siklus pijat-usap-tekan-keluarkan beberapa kali setiap payudara

12. Jumlah ASI yang diperoleh setiap kali dikeluarkan mungkin berbeda dan hal ini yang biasa terjadi
13. Ketika sudah selesai, oleskan beberapa tetes ASI pada setiap puting dan biarkan kering oleh udara
14. Penampilan ASI akan berubah selama pemerasan. Beberapa sendok pertama akan terlihat bening dan setelahnya ASI akan berwarna putih susu
15. Jika berencana menyimpan ASI segera setelah diperas, tutup dan beri label pada wadah yang bertuliskan tanggal, waktu dan jumlah.

C. Langkah-langkah Memeras ASI secara Mekanis:

1. Cuci tangan sampai bersih
2. Peras ASI ditempat yang tenang dan santai
3. Berikan rasa hangat dan lembab pada payudara selama 3-5 menit sebelum mengeluarkan ASI
4. Pijat payudara dengan gerakan melingkar, ikuti dengan pijatan lembut pada payudara dari sisi luar ke arah puting
5. Ikuti instruksi umum yang tercantum pada pompa payudara
6. Aliran ASI akan bervariasi. Selama beberapa menit pertama ASI mungkin menetes lambat dan kemudian memancar kuat setelah ASI keluar. Pola ini akan berulang beberapa kali selama pengeluaran ASI dari kedua payudara
7. Jumlah ASI yang diperoleh pada setiap pengeluaran mungkin bervariasi
8. Ketika sudah selesai, oleskan beberapa tetes ASI pada setiap puting dan biarkan kering oleh udara
9. Penampilan ASI akan berubah selama pemerasan. Beberapa sendok pertama akan terlihat bening dan setelahnya ASI akan berwarna putih susu
10. Jika berencana menyimpan ASI segera setelah diperas, tutup dan beri label pada wadah yang bertuliskan tanggal, waktu dan jumlah.

D. Cara penyimpanan ASI peras:

1. ASI dapat disimpan dalam botol gelas/plastic, termasuk plastic klip, $\pm 80-100$ cc
2. ASI yang disimpan dalam freezer dan sudah dikeluarkan sebaiknya tidak digunakan lagi setelah 2 hari
3. ASI beku perlu dicairkan dahulu dalam lemari es 4°C
4. ASI beku tidak boleh dimasak atau dipanaskan, hanya dihangatkan dengan merendam dalam air hangat

Petunjuk untuk menyimpan ASI dirumah:

1. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir
2. Setelah diperas ASI dapat disimpan dalam lemari es/freezer
3. Tulis jam, hari dan tanggal saat diperas
4. Keterangan: ASI yang dikeluarkan dapat bertahan diudara terbuka atau bebas selama 6-8 jam, dilemari es 24 jam. Dilemari perndingin 6 bulan (bila ASI disimpan dalam lemari es, tidak boleh dipanasi karena nutrisi yang ada dalam ASI akan hilang, cukup didiamkan saja).

ASI	Suhu Ruangan	Lemari Es	Freezer
Setelah di peras	6-8 jam (kurang lebih 26°C)	3-5 hari (kurang lebih 4°C)	2 mg freezer jadi 1 dengan refrigerator, 3 bulan

E. Cara Pemberian ASI peras:

1. Rendam pada mangkok yang berisi air hangat
2. Setelah sesuai suhunya kepada bayi dengan menggunakan sendok agar bayi tidak bingung puting, yaitu: bayi akan susah untuk menyusui kembali dengan benar pada payudara ibu.

Referensi :

Maryunani, A. (2015). Bogor. *ASUHAN IBU NIFAS & ASUHAN IBU
MENYUSUI*. CV.Trans Info Media.

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Diagnosa Keperawatan: Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan Rawat Pisah (prematunitas bayi dirawat di ruang perina).

Topik: Teknik Memeras ASI, dan Menyimpan ASI

Sasaran: Ny. S

Waktu: Rabu, 12 Februari 2020 Pukul 13.00-13.30 WIB

Tempat: Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur

TIU	TIK	MATERI	KBM		METODE	ALAT PERAGA	EVALUASI
			MAHASISWA	PESERTA			
Setelah dilakukan penyuluhan kesehatan selama 1x30 menit, diharapkan Ny.S dapat menerapkan Teknik	Setelah dilakukan penyuluhan kesehatan selama 1x 30 menit diharapkan Ibu Ny.S dapat memahami: 1. Kegunaan Memeras	1. Kegunaan Memeras ASI 2. Langkah-langkah Memeras ASI dengan Tangan 3. Langkah-langkah	Pembuka (5 menit) 1. Salam Pembuka 2. Perkenalan 3. Kontrak Waktu 4. Penjelasan Tujuan 5. Topik	Menjawab Salam Menyetujui	Diskusi/ Ceramah, Demontrasi, Redemonstrasi	1. Leaflet 2. SAP 3. booklet 4. Botol susu	1. Ny.S mampu menyebutkan Kegunaan Memeras ASI 2. Ny.S mampu menyebutkan Langkah-langkah Memeras

Memeras ASI, dan Menyimpan ASI	ASI 2. Langkah-langkah Memeras ASI dengan Tangan 3. Langkah-langkah Memeras ASI secara Mekanis 4. Cara Penyimpanan ASI peras 5. Cara pemberian ASI peras	Memeras ASI secara Mekanis 4. Cara Penyimpanan ASI peras 5. Cara pemberian ASI peras	Isi (10 menit) 1. Kegunaan Memeras ASI 2. Langkah-langkah Memeras ASI dengan Tangan 3. Langkah-langkah Memeras ASI secara Mekanis 4. Cara Penyimpanan ASI peras 5. Cara pemberian ASI peras Demonstrasi dan Redemonstrasi (10	Memperhatikan Memperhatikan	Ceramah dan Tanya jawab Demonstrasi dan Redemonst	ASI dengan Tangan 3. Ny.S mampu menyebutkan Langkah-langkah Memeras ASI secara Mekanis 4. Ny.S mampu menyebutkan Cara penyimpanan ASI peras 5. Ny.S mampu menyebutkan Cara pemberian ASI peras 6. Redemonstra
---	---	---	--	---	---	--

			menit) 1. Teknik memeras ASI dengan manual	Bertanya	rasi		si memeras ASI dengan Tangan
			Penutup (5 menit) 1. Memberi kesempatan bertanya 2. Bertanya/evaluasi 3. Menyimpulkan 4. Salam Penutup	Menjawab Memperhatikan Menjawab salam	Diskusi dan Tanya jawab		

LANGKAH-LANGKAH MEMERAS ASI DENGAN TANGAN

Cuci tangan sampai bersih

Peras ASI ditempat yang tenang dan santai

Berikan rasa hangat dan lembab pada payudara

selama 3-5 menit sebelum mengeluarkan ASI

Pijat payudara dengan gerakan melingkar, ikuti

dengan pijatan lembut pada payudara dari sisi

luar ke arah puting

Stimulasi puting dengan lembut dan tarik sedikit

ke arah luar atau memutarnya dengan jari

Keluarkan dan buang 2-3 kali ASI yang keluar

dari setiap payudara

Peras ASI ke dalam wadah yang bersih (plastik

kertas/gelas)

Tempatkan ibu jari dibagian atas payudara pada

tepi areola dan empat jari dibawah payudara

pada tepi areola

Tekan ke arah tulang iga kemudian dekatkan ibu

jari dan jari-jari dengan lembut tepat

dibelakang areola

Ulang dengan pola berirama, putar posisi jari-jari

di sekeliling payudara untuk mengosongkan

semua daerah payudara

Lakukan berselang-seling pada kedua payudara
setiap lima menit atau ketika ASI mengalir
dengan lambat, ingatlah untuk mengulangi
siklus pijat-usap-tekan-keluarkan beberapa
kali setiap payudara

Jumlah ASI yang diperoleh setiap kali dikeluarkan

mungkin berbeda dan hal ini yang biasa terjadi

Ketika sudah selesai, oleskan beberapa tetes ASI

pada setiap puting dan biarkan kering oleh

udara

Penampilan ASI akan berubah selama pemerasan.

Beberapa sendok pertama akan terlihat bening

dan setelahnya ASI aka berwarna putih susu

Jika berencana menyimpan ASI segera setelah

diperas, tutup dan beri label pada wadah yang

bertuliskan tanggal, waktu dan jumlah



CARA PENYIMPANAN ASI PERAS



JANGAN LUPA BERI TANGGAL DAN JAM PADA BOTOL ASI

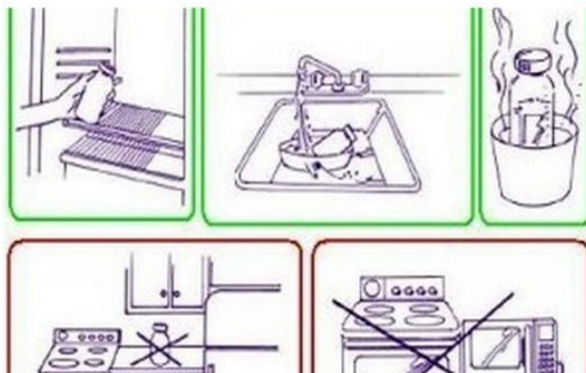


KEGUNAAN MEMERAS

- Mengurangi bengkak/sumbatan
- Memberikan makan bayi yang mengalami kesulitan dalam mengisap payudara
- Memberi makan bayi berat lahir rendah/bayi prematur yang tidak bisa menyusui
- Memberi makan bayi sakit yang tidak dapat mengisap ASI dengan cukup

CARA PEMBERIAN ASI PERAS

1. Rendam pada mangkok yang berisi air hangat
2. Setelah sesuai suhunya kepada bayi dengan menggunakan sendok agar bayi tidak bingung puting, yaitu: bayi akan susah untuk menyusui kembali dengan benar pada payudara ibu.



LANGKAH-LANGKAH MEMERAS ASI SACARA MEKANIS:

Cuci tangan sampai bersih

Peras ASI ditempat yang tenang dan santai

Berikan rasa hangat dan lembab pada payudara selama 3-5 menit sebelum mengeluarkan ASI

Pijat payudara dengan gerakan melingkar, ikuti dengan pijatan lembut pada payudara dari sisi luar ke arah puting

Ikuti instruksi umum yang tercantum pada pompa payudara

Aliran ASI akan bervariasi. Selama beberapa menit pertama ASI mungkin menetes lambat dan kemudian memancar kuat setelah ASI keluar. Pola ini akan berulang beberapa kali selama pengeluaran ASI dari kedua payudara. Jumlah ASI yang diperoleh pada setiap pengeluaran mungkin bervariasi.

Ketika sudah selesai, oleskan beberapa tetes ASI pada setiap puting dan biarkan kering oleh udara.

Penampilan ASI akan berubah selama pemerasan. Beberapa sendok pertama akan terlihat bening dan setelahnya ASI akan berwarna putih susu. Jika berencana menyimpan ASI segera setelah



TEKNIK MEMERAS ASI DAN MENYIMPAN ASI



LAPORAN MATERI PERAWATAN, PERTUMBUHAN DAN
PERKEMBANGAN, KEBUTUHAN FISIOLOGIS, ISYARAT, TEKNIK
MENYENTUH ATAU MENENANGKAN, CARA PEMBERIAN ASI
PADA BAYI PREMATURE

A. Langkah-langkah Perawatan Bayi Prematur

1. Metode kanguru

Metode kanguru adalah posisi menggendong bayi dengan memasukkannya ke dalam baju atau menggunakan kain gendongan. Metode kanguru bertujuan agar kulit ibu bersentuhan langsung dengan bayi. Melalui kontak kulit ini, bayi akan mengenal aroma tubuh, sentuhan, serta irama napas dan detak jantung ibu.

Manfaat menggendong dengan metode kanguru antara lain:

- a. Menjaga kehangatan tubuh bayi.
- b. Menjaga keteraturan detak jantung dan pernapasan bayi.
- c. Membantu menenangkan bayi dan membantunya untuk tidur lebih nyenyak.
- d. Meningkatkan produksi ASI, sehingga peluang untuk menerapkan ASI Eksklusif menjadi lebih tinggi.
- e. Membantu memperkuat daya tahan tubuh bayi.
- f. Mengurangi stres, membangun rasa percaya diri, dan meningkatkan ikatan emosional antara ibu dan bayi.

2. Perhatikan jadwal makan

Pada awalnya, kebanyakan bayi prematur perlu disusui sebanyak 8-10 kali sehari. Hindari pemberian jeda dari waktu menyusui ke waktu menyusui selanjutnya lebih dari empat jam, untuk mencegah bayi kekurangan cairan atau dehidrasi. Salah satu tanda bahwa bayi menyusu dengan cukup adalah bayi pipis (buang air kecil) sebanyak 6-8 kali sehari. Dan apabila bayi sering gumoh setelah disusui, karena hal ini normal, selama berat badannya tidak

berkurang. Bila berat badan bayi prematur berkurang karena sering gumoh, segera periksakan ke dokter

3. Perhatikan posisi tidur

Pastikan bayi tidur telentang, tidak miring atau tengkurap. Hal ini bertujuan mengurangi risiko sindrom kematian bayi mendadak (SKBM) yang lebih umum terjadi pada bayi prematur. Untuk memastikan agar bayi dapat merasa lebih nyaman saat beristirahat, tidurkan bayi di kasur yang tidak terlalu lembek dan tanpa bantal.

4. Jauhkan dari orang yang sakit

Jauhkan bayi dari orang yang sedang sakit penyakit menular, seperti flu atau batuk. Lindungi bayi dari virus dan kuman penyebab penyakit, dengan cara membatasi dulu interaksi atau kontak antara bayi dengan orang-orang di sekitarnya, misalnya keluarga, teman, atau kerabat yang sedang menjenguk. Selain itu, hindari membawa bayi ke tempat umum dan ramai, seperti *mall*. Paparan polusi termasuk asap rokok pun wajib untuk dihindari.

5. Jangan lewatkan jadwal imunisasi

Langkah ini diperlukan untuk melindungi bayi prematur dari serangan penyakit serius. Pada dasarnya, jadwal imunisasi bayi prematur sama dengan jadwal untuk bayi cukup bulan, namun konsultasikan lebih lanjut dengan dokter anak agar jenis dan jadwal imunisasi dapat disesuaikan dengan kondisi bayi.

Usia	Jenis Imunisasi
Bayi berusia kurang dari 24 jam	Hepatitis B (HB-0)
Bayi 1 bulan	BCG dan Polio 1
Bayi 2 bulan	DPT-HB-Hib 1, Polio 2, dan Rotavirus
Bayi 3 bulan	DPT-HB-Hib 2 dan Polio 3
Bayi 4 bulan	DPT-HB-Hib 3, Polio 4, IPV atau Polio suntik, dan Rotavirus
Bayi 9 bulan	Campak atau MR

B. Petumbuhan dan Perkembangan:

Pertumbuhan dipengaruhi oleh dua faktor yaitu:

1. Faktor Internal
 - a. Biologis
 - b. Genetik
2. Faktor Eskternal
 - a. Status gizi
 - b. Status kesehatan
 - c. Menerima perhatian
 - d. Booklet Simulasi Deteksi dan Intervensi Tumbuh Kembang (SDIDTK)

Perkembangan adalah tahap-tahap yang harus dilalui bayi dalam proses perkembangan motorik sesuai dengan umur dan harus melalui prinsip perkembangan motorik yang benar. Sedangkan perkembangan motorik yang dimaksud dengan perkembangan motorik adalah proses tumbuh kembang kemampuan gerak seorang anak yang dikooordinasi oleh saraf pusat dan otot. Secara umum perkembangan motorik dibagi menjadi dua faktor yaitu:

1. Motorik kasar
2. Motorik halus

C. Kebutuhan fisiologis:

1. Kecukupan Nutrisi : ASI, ASI perah, ASI donor, formula premature
2. Kecukupan Cairan
3. Kecukupan Energi
4. Kecukupan Makronutrien: karbohidrat, protein, lemak
5. Kecukupan vitamin: A, D, E

D. Isyarat:

1. Tidur aktif: terjaga tenang, mengantuk
2. Menangis: nyeri, popok yang basah, lapar

E. Teknik menyentuh atau menenangkan bayi premature:

1. Sentuhan lembut
2. Pijatan

3. Memeluk
4. Membelai
5. Melenturkan
6. Menenangkan dengan bentuk suara keluarga atau musik

F. Pemberian ASI

1. Memeras ASI dengan tangan (manual)
2. Memeras ASI dengan menggunakan alat (elektrik)

Referensi:

Kadim, Muzal dan Rosalina D dan Roeslani D dan Nurnalia. (2016). *KONSENSUS Asuhan Nutrisi pada Bayi Prematur*. ISBN. Dibuka tanggal 20 Mei 2020 pukul 16.00 WIB dari

<https://spesialis1.ika.fk.unair.ac.id/wp-content/uploads/2018/03/Konsensus-Asuhan-Nutrisi-Premature.pdf>

Rosalina, Asti Adriyanti. (2019). *PERTUMBUHAN BOOKLET STIMULASI INTERVENSI PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN PADA BAYI PREMATUR TERHADAP PENINGKATAN PERTUMBUHAN DAN*

PERKEMBANGAN BAYI. Jurnal Kebidanan dan Kesehatan Tradisional, 4 (2). Dibuka tanggal 20 Mei 2020 pukul 17.00 WIB dari

<https://jurnalbidankestrad.com/index.php/jkk/article/view/118>

Syamsu, Andi Fatmawati. (2013). *PENGARUH PERAWATAN METODE KANGURU TERHADAP FUNGSI FISIOLOGIS BAYI PREMATURE DAN KEPERCAYAAN DIRI IBU DALAM MERAWAT BAYI*. Jurnal Keperawatan Soedirman, Volume 8, No.3. Dibuka tanggal 20 Mei 2020 pukul 20.00 WIB dari

<http://jks.fikes.unsoed.ac.id/index.php/jks/article/view/540/286>

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Diagnosa Keperawatan: Bounding Attachment ibu berhubungan dengan anak prematuritis.

Topik: Perawatan, Pertumbuhan dan perkembangan, kebutuhan fisiologis, isyarat, teknik menyentuh atau menenangkan, Cara pemberian ASI pada bayi premature

Sasaran: Ny. S

Waktu: Rabu, 12 Februari 2020 Pukul 13.00-13.20 WIB

Tempat: Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur

TIU	TIK	MATERI	KBM		METODE	ALAT PERAGA	EVALUASI
			MAHASISWA	PESERTA			
Setelah dilakukan penyuluhan kesehatan selama 1x20 menit, diharapkan Ny.S dapat menerapkan tentang	Setelah dilakukan penyuluhan kesehatan selama 1x 20 menit diharapkan Ibu Ny.S dapat memahami: 1. Langkah-langkah	1. Perawatan bayi premature 2. Pertumbuhan dan perkembangan bayi premature 3. Kebutuhan fisiologis	Pembuka (5 menit) 1. Salam Pembuka 2. Perkenalan 3. Kontrak Waktu 4. Penjelasan Tujuan 5. Topik	Menjawab Salam Menyetujui	Ceramah/ Diskusi/ Skill	1. Leaflet 2. Booklet	1. Ny.S mampu menyebutkan langkah-langkah perawatan bayi premature 2. Ny.S mampu menyebutkan pertumbuhan

Perawatan bayi premature, Pertumbuhan dan perkembangan, kebutuhan fisiologis, isyarat, teknik menyentuh atau menenangkan bayi premature, cara pemberian ASI pada bayi premature	perawatan bayi premature 2. Pertumbuhan dan perkembangan bayi premature 3. Kebutuhan fisiologis bayi premature 4. Isyarat bayi premature 5. Teknik menyentuh atau menenangkan bayi premature	bayi premature 4. Isyarat bayi premature 5. Teknik menyentuh atau menenangkan bayi premature 6. Cara pemberian ASI pada bayi premature	Isi (10 menit) 1. Langkah-langkah perawatan bayi premature 2. Pertumbuhan dan perkembangan bayi premature 3. Kebutuhan fisiologis bayi premature 4. Isyarat bayi premature 5. Teknik menyentuh atau menenangkan bayi premature 6. Cara pemberian ASI pada bayi premature	Memperhatikan	Ceramah dan Tanya jawab	dan perkembangan bayi premature 3. Ny.S mampu menyebutkan kebutuhan fisiologis bayi premature 4. Ny.S mampu menyebutkan isyarat bayi premature 5. Ny.S mampu menyebutkan teknik menyentuh atau menenangkan
				Bertanya		

	6. Cara pemberian ASI pada bayi premature		Penutup (5 menit) 1. Memberi kesempatan bertanya 2. Bertanya/evaluasi 3. Menyimpulkan 4. Salam Penutup	Menjawab Memperhatikan Menjawab salam	Diskusi dan Tanya jawab		n bayi premature 6. Ny.S mampu menyebutkan cara pemberian ASI pada bayi premature
--	---	--	--	---	-------------------------	--	--



CARA MERAWAT BAYI PREMATURE

1. Metode Kangguru



2. Perhatikan jadwal makan



3. Perhatikan posisi tidur



4. Jauhkan dari orang yang sakit



5. Jangan lewatkan jadwal

UMUR BAYI	JENIS IMUNISASI
0-24 Jam*	Hepatitis B0
1 Bulan	BCG-Polio 1
2 Bulan	DPT-HB-Hib 1, Polio 2
3 Bulan	DPT-HB-Hib 2, Polio 3
4 Bulan	DPT-HB-Hib 3, Polio 4, IPV
9 Bulan	Campak/Mearles Rubella
*Konsultasikan dengan dokter untuk jadwal imunisasi K1	
IMUNISASI LANJUTAN	
Usia 15-24 bulan:	1 dosis DPT, Hepatitis B, Hib, dan Campak/MR
Kelas 1 SD/ sederajat:	1 dosis campak dan DT
Kelas 2 dan 5 SD/ sederajat:	1 dosis Td



PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN

Pertumbuhan dipengaruhi oleh dua faktor yaitu:

Faktor Internal

- Biologis
- Genetik

Faktor Eskternal

- Status gizi
- Status kesehatan
- Menerima perhatian
- Booklet Simulasi Deteksi dan Intervensi Tumbuh Kembang (SDIDTK)

Perkembangan adalah tahap-tahap yang harus dilalui bayi dalam proses perkembangan motorik sesuai dengan umur dan harus melalui prinsip perkembangan motorik yang benar. Sedangkan perkembangan motorik yang dimaksud dengan perkembangan motorik adalah proses tumbuh kembang kemampuan gerak seorang anak yang dikooordinasi oleh saraf pusat dan otot. Secara umum perkembangan motorik dibagi menjadi dua faktor yaitu:

- Motorik kasar
- Motorik halus

ISYARAT:



Tidur aktif:
terjaga,
tenang,

Menangis: nyeri,
popok yang basah,
lapar



KEBUTUHAN FISIOLOGIS:

- Kecukupan Nutrisi :ASI,ASI perah,ASI donor, formula premature
- Kecukupan Cairan
- Kecukupan Energi
- Kecukupan Makronutrien: karbohidrat, protein, lemak
- Kecukupan vitamin:A, D, E

TEKNIK MENYENTUH ATAU MENENANGKAN BAYI PREMATURE

1. Sentuhan lembut



2. Pijatan



3. Memeluk



4. Membelai



5. Melenturkan



6. Menenangkan dengan bentuk suara keluarga atau musik



CARA PEMBERIAN ASI PADA BAYI PREMATURE



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
MITRA KELUARGA

➤ PERAWATAN, PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN, KEBUTUHAN FISIOLOGIS, ISYARAT, TEKNIK MENYENTUH ATAU MENENANGKAN, CARA PEMBERIAN ASI PADA BAYI PREMATURE

