



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. E PASCA PARTUM  
*SECTIO CAESAREA* DENGAN INDIKASI GAGAL  
INDUKSI DI RUANG EUPHORBIA RUMAH  
SAKIT MITRA KELUARGA  
BEKASI TIMUR**

**Disusun Oleh:  
NUR ANISAH UTAMI AUGUSTYRA  
201701064**

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



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. E *PASCA PARTUM*  
*SECTIO CAESAREA* DENGAN INDIKASI GAGAL  
INDUKSI DI RUANG EUPHORBIA RUMAH  
SAKIT MITRA KELUARGA  
BEKASI TIMUR**

**Disusun Oleh:  
NUR ANISAH UTAMI AUGUSTYRA  
201701064**

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

## LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Nur Anisah Utami Augustyra

Nim : 201701064

Institusi : STIKes Mitra Keluarga

Program Studi : DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul:

“Asuhan Keperawatan Pada Ny. E *Pasca Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Gagal Induksi Di Ruang Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang telah dilaksanakan pada tanggal 10 Februari 2020 sampai 13 Februari 2020 merupakan hasil karya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan benar.

Orisinalitas Karya Tulis Ilmiah ini tidak ada unsur plagiatisme baik dalam aspek substansi maupun penulisan. Demikian lembar orisinalitas ini dibuat dengan sebenar-benarnya.

Bogor, 01 Juni 2020

Yang Membuat Pernyataan



Nur Anisah Utami Augustyra

## LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. E *Pasca Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Gagal Induksi Di Ruang Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 01 Juni 2020  
Pembimbing Makalah



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

Mengetahui,  
Koordinator Program Studi DIII Keperawatan  
STIKes Mitra Keluarga



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

## LEMBAR PENGESAHAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. E *Pasca Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Gagal Induksi Di Ruang Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang disusun oleh Nur Anisah Utami Augustyra (201701064) 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** : Nur Anisah Utami Augustyra  
**NIM** : 201701064  
**Program Studi** : DIII Keperawatan  
**Judul Karya Tulis** : Asuhan Keperawatan Pada Ny. E *Pasca Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Gagal Induksi Di Ruang Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur  
**Halaman** : xiv + 99 +2 tabel + 3 lampiran  
**Pembimbing** : Lina Herdia Pinem

## ABSTRAK

### Latar Belakang:

Induksi persalinan adalah upaya memulai persalinan dengan cara buatan dengan cara merangsang timbulnya kontraksi. Menurut WHO diseluruh dunia tahun 2012 terdapat 500.000 ibu hamil, dimana didapatkan sebanyak 200.000 (40%) ibu hamil yang melakukan induksi pada saat persalinan. Salah satu indikasi dengan kegagalan induksi perlu dilakukan penanganan yang cepat dan tepat untuk menyelamatkan ibu dan janin yaitu dengan dilakukan tindakan operasi *sectio caesarea*.

### Tujuan Umum:

Laporan makalah ilmiah ini untuk memperoleh gambaran nyata melakukan asuhan keperawatan pada pasien pasca partum tindakan *sectio caesarea* dengan indikasi gagal induksi melalui pendekatan proses keperawatan secara komprehensif.

### Metode Penulisan:

Dalam penyusunan makalah ilmiah ini menggunakan metode studi kasus, kepustakaan, dan deskriptif yaitu dengan mengungkapkan fakta sesuai dengan data-data yang didapat.

### Hasil:

Hasil dari pengkajian didapatkan lima diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut, resiko pendarahan, resiko infeksi, defisiensi pengetahuan tentang KB, ketidakefektifan pemberian ASI. Intervensi pada diagnosa prioritas nyeri akut yaitu kaji nyeri pasien secara komprehensif tiap 8 jam, observasi tanda-tanda vital tiap 8 jam, observasi adanya petunjuk nonverbal, ajarkan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam), dan berikan terapi obat Asam Mefenamat 3x500mg (1tab), Katorolac 3x30mg intravena, Tramal 100mg suppo (k/p). Semua tindakan sesuai rencana.

### Kesimpulan dan Saran:

Hasil evaluasi keperawatan dapat disimpulkan bahwa dari enam diagnosa keperawatan yang di tetapkan menunjukan masalah teratasi dan tujuan tercapai. Asuhan keperawatan pada pasien pasca persalinan *sectio caesarea* atas indikasi gagal induksi perlu memperhatikan masalah keperawatan yaitu nyeri akut.

**Keyword:** Asuhan keperawatan *pasca partum, sectio caesarea*, gagal induksi.

**Daftar Pustaka:** 20 (2011-2018)

**Name of Student** : Nur Anisah Utami Augustyra  
**Student Number** : 201701064  
**Study Program** : Diploma of Nursing  
**Title of Writing** : Nursing Care in Ny. E Postpartum *Sectio Caesarea* for Indications of Induced Failure in the Euphorbia Room of Mitra Keluarga Hospital, East Bekasi.  
**Pages** : xiv + 99 +2 table + 3 attachments  
**Supervisor** : Lina Herdia P

## ABSTRACT

### **Background:**

Labor induction is an attempt to start labor in an artificial way by stimulating contractions. According to WHO around the world in 2012 there were 500,000 pregnant women, where as many as 200,000 (40%) pregnant women induced at delivery. One indication of the failure of induction needs to be done quickly and precisely to save the mother and fetus is to do *sectio caesarean* surgery.

### **Main Objective:**

This scientific paper report is to obtain a real picture of nursing care for postpartum caesarean patients with indications of induction failure through a comprehensive nursing process approach.

### **Method in writing:**

In the preparation of this scientific paper using case study methods, literature, and descriptive that is by revealing facts in accordance with the data obtained.

### **Results:**

The results of the study found five nursing diagnoses, namely acute pain, risk of bleeding, risk of infection, deficiency of knowledge about family planning, ineffectiveness of breastfeeding. Interventions in the priority diagnosis of acute pain are comprehensive patient pain assessments every 8 hours, observation of vital signs every 8 hours, observation of nonverbal cues, teach non-pharmacological techniques (deep breathing relaxation), and give mefenamic acid drug therapy 3x500mg (1tab), Katorolac 3x30mg intravenously, Tramal 100mg suppo (k/p). All actions according to plan.

### **Conclusion and suggestion:**

The results of the nursing evaluation can be concluded that the six nursing diagnoses that were determined showed the problem was resolved and the goal was achieved. Nursing care in patients with postpartum caesarean delivery on the indication of induction failure needs to pay attention to the nursing problem, namely acute pain.

**Keyword:** *Postpartum cesarean section*, induction failure.

**Bibliography:** 20 (2011-2018)

## KATA PENGHANTAR

Segala puji dan syukur penulis ucapkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat rahmatNya penulis masih diberikan kesempatan dan kesehatan untuk menulis karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. E *Pasca Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Gagal Induksi Di Ruang Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur”. Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah menyelesaikan tugas akhir semester mata kuliah karya tulis ilmiah di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga. Karya tulis ilmiah ini disusun dengan baik atas doa, dukungan, dorongan dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Ns. Lina Herida Pinem, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing yang telah sabar membimbing penulis dalam rangka menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
2. Ibu Ns. Edita Astuti Panjaitan S.Kep., M.Kep. selaku penguji yang telah bersedia untuk menguji penulis mengenai karya tulis ilmiah ini.
3. Ibu Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp. MB selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga.
4. Ibu Hj. Susi Hartati, S.Kep., M.Kep., Ns. Sp.Kep.An selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah bersedia memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu Ns. Latriyanti, S.Kep., M.Kep. selaku pembimbing akademik yang telah bersedia membimbing selama 3 tahun di STIKes Mitra Keluarga.
6. Ny. E sebagai pasien beserta keluarga yang bersedia untuk menerima penulis dalam memberikan informasi kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Seluruh pihak Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur dan seluruh perawat di ruang Euphorbia yang telah bersedia memberikan tempat

bagi penulis untuk mengambil kasus sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

8. Seluruh dosen pengajar Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga beserta staff yang telah membantu dan mempermudah penulis dalam proses belajar mengajar selama 3 tahun.
9. Ayah, Mama dan Adik yang penulis cintai yang selalu memeberikan doa, dukungan, semangat, motivasi, dan selalu menemani penulis dalam kondisi apapun selama menjalankan studi selama 3 tahun.
10. Keluarga besar dari Bani Ahmad Sa'id dan keluarga besar Mucthar (Abah, om, tante, dan keponakan) yang penulis sayangi yang selalu memberikan semangat, motivasi, dukungan dan serta doa yang tak pernah putus kepada penulis selama menjalankan studi selama 3 tahun.
11. Teman-teman Pasukan Nikah Muda yang saya sayangi Dwi Fatmayanti, Wita Aulia, Yurizal Tri Chaerawan, Ardian Haryanto, dan Fadlillah yang telah memberikan penulis semangat, motivasi traveling, dukungan, dan serta doa kepada penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.
12. Kakak tingkat Rizkia Puspita Anggraeni, S.Gz., dan Kristina Natalia Ompusunggu, amd.Kep. yang telah memberikan semangat, motivasi dan serta doa kepada penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.
13. Teman dekat dan teman curhat yang saya sayangi yaitu Shania Karista Anggraeni yang telah berjuang bersama memberikan dukungan semangat dan dukungan kepada penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.
14. Sahabat saya Anisa Zahida yang saya sayangi yang telah berjuang bersama memberikan semangat, motivasi dan serta doa kepada penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.
15. Teman-teman saya Maya Sari Dewi, Bunga Aziza Nursaputri, Dinda Sekar Arum, Devi Kristiani Nababan, Siti Chumaeroh Islami, Vivi Maryana, Vebrika Hendri Yeni Putri, Jelita Dwi Hokti, dan Widya Safira yang telah memberikan semangat dan doa kepada penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.
16. Teman-teman karya tulis ilmiah keperawatan maternitas yaitu Zahrina Zakiiyah, Aghis Nufadillah, Mega Ayu Lestari, Ajeng Triani Larasati, dan

Nisma Ajeng Virianti yang memberikan semangat dan bantuan untuk penyusunan makalah ini.

17. Seluruh teman-teman seperjuangan saya Angkatan VII Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga khususnya tingkat 3 yang telah berjuang bersama dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
18. Seluruh Seluruh pihak yang tidak bisa disebutkan satu-persatu oleh penulis, yang telah mendoakan, mendukung, dan memberikan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari pembaca agar karya tulis ilmiah dapat berguna bagi pembaca, khususnya bagi perawat dalam pemberian asuhan keperawatan.

Bogor, 19 Mei 2020

Nur Anisah Utami Augustyra

## DAFTAR ISI

COVER DALAM .....	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS .....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iv
ABSTRAK .....	v
ABSTRACT .....	vi
KATA PENGHANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan .....	5
C. Ruang Lingkup .....	6
D. Metode Penulisan .....	6
E. Sistematika Penulisan .....	7
BAB II.....	9
TINJAUAN TEORI .....	9
A. Masa Nifas (Pasca Partum) .....	9
1. Pengertian.....	9
2. Adaptasi Fisiologis .....	9
3. Adaptasi Psikologis .....	17
4. Gangguan Psikologis Masa Nifas .....	18

B. Konsep Dasar Section Caesarea .....	21
1. Pengertian.....	21
2. Klasifikasi Section Caesarea .....	22
3. Indikasi Section Caesarea.....	22
4. Komplikasi Yang Terjadi Pasca Operasi <i>Section Caesarea</i> .....	23
5. Pemeriksaan Diagnostik <i>Section Caesarea</i> .....	24
6. Penatalaksanaan Medis Pasca Operasi <i>Section Caesarea</i> .....	24
C. Konsep Dasar Gagal Induksi .....	25
1. Pengertian.....	25
2. Metode Induksi.....	25
3. Indikasi Persalinan Induksi .....	27
4. Kontraindikasi Gagal Induksi.....	27
5. Komplikasi Pada Ibu Dan Janin.....	28
D. Konsep Asuhan Keperawatan .....	29
1. Pengkajian .....	29
2. Diagnosa Keperawatan.....	34
3. Perencanaan Keperawatan.....	34
5. Implementasi Keperawatan .....	45
6. Evaluasi Keperawatan .....	46
BAB III.....	50
TINJAUAN KASUS.....	50
A. Pengkajian Keperawatan .....	50
B. Diagnosa Keperawatan.....	65
C. Perencanaan, Pelaksanaan, Dan Evaluasi.....	66
BAB IV .....	87
PEMBAHASAN .....	87

A. Pengkajian Keperawatan .....	87
B. Diagnosa Keperawatan .....	89
C. Perencanaan Keperawatan .....	93
D. Implementasi Keperawatan .....	96
E. Evaluasi Keperawatan.....	98
BAB V.....	102
PENUTUP.....	102
A. Kesimpulan.....	102
B. Saran .....	103
DAFTAR PUSTAKA .....	105

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksa Penunjang .....	58
Tabel 3.2 Analisa Data.....	62

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- LAMPIRAN I : Materi Keluarga Berencana, SAP Keluarga Berencana,  
Leaflet Keluarga Berencana
- LAMPIRAN II : Materi ASI Eksklusif Dan Perawatan Payudara, SAP ASI  
Eksklusif Dan Perawatan Payudara, Leaflet ASI Eksklusif  
Dan Perawatan Payudara

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Persalinan merupakan suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan ataupun tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Sulistiyawati & Nugraheny, 2013). Persalinan terdiri dari persalinan spontan dan persalinan buatan yaitu persalinan yang berlangsung dengan tindakan operasi *sectio caesarea*. *Sectio Caesarea* (SC) adalah tindakan untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Maita, 2016). Persalinan dengan operasi SC ditujukan untuk indikasi medis tertentu untuk menyelamatkan ibu dan janin. Persalinan SC atau bedah *caesar* harus dipahami sebagai alternatif persalinan ketika dilakukan persalinan secara normal tidak bisa lagi dan merupakan pilihan terakhir setelah dipertimbangkan cara-cara persalinan pervagina tidak layak dilakukan (Mulyawati, Azam, & Ningrum, 2011).

Indikasi dilakukannya tindakan SC adalah gawat janin, diproporsi sepelopelvik, plasenta previa, prolapsus tali pusat, letak lintang, panggul sempit, kegagalan induksi (Sumelung, 2014). Induksi persalinan adalah upaya memulai persalinan dengan cara buatan dengan cara merangsang timbulnya kontraksi. Induksi partus bergantung pada keadaan serviks, yaitu pada serviks yang sudah lembek dan pembukaan serviks satu jari. Menurut data dari *World Health Organization* (WHO) tahun 2012, terdapat 500.000 ibu hamil, dimana didapatkan sebanyak 200.000 (40%) ibu hamil yang melakukan induksi pada saat saat persalinan diseluruh dunia, sedangkan 300.000 (60%) lain melakukan persalinann dengan *section caesarea*. Indukasi kehamilan banyak terjadi di negara berkembang yang menyebabkan peningkatan kejadian *section caesarea* 2-

3 kali lipat. (Sumarni, 2013). Hasil survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 mencatat sebanyak 250 (12,5%) kasus ibu hamil per bulan dilakukan induksi pada saat persalinannya, yang didapat dari hasil penelitian yang dilakukan di sejumlah rumah sakit umum di Indonesia (Sumarni, 2013). Salah satu indikasi dengan kegagalan induksi perlu dilakukan penanganan yang cepat dan tepat untuk menyelamatkan ibu dan janin yaitu dengan dilakukan tindakan operasi SC, karena jika tetap menunggu dengan persalinan normal akan sangat beresiko pada ibu maupun janin.

Menurut *World Health Organization* (WHO), menetapkan standar rata-rata persalinan operasi sesar disebuah negara adalah sekitar 5-15 persen per 1000 kelahiran di dunia. Menurut WHO, peningkatan persalinan dengan operasi sesar diseluruh negara terjadi semenjak tahun 2007- 2008 yaitu 110.00 per kelahiran diseluruh Asia. Di Indonesia sendiri, angka kejadian operasi sesar juga terus meningkat baik di rumah sakit swasta. Data dari hasil (Riskesdas, 2013) menunjukkan kelahiran dengan metode operasi sesar sebesar 9,8 persen dari total 49.603 kelahiran sepanjang tahun 2010 sampai 2013, dengan proporsi tertinggi di DKI Jakarta (19,9%) dan terendah di Sulawesi Tenggara (3,3%) dari jumlah persalinan. Berdasarkan data yang diperoleh dari *medical record* Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur dalam periode 1 Januari 2019 sampai dengan 31 Januari 2020 tercatat jumlah pasien rawat inap seluruhnya adalah 15.747 pasien, ditemukan kejadian persalinan sectio caesarea sebanyak 652 pasien. Tindakan SC dilakukan karena adanya beberapa indikasi yang dapat membahayakan ibu dan janin selama persalinan.

Beberapa komplikasi yang sering terjadi setelah proses persalinan dan pada saat memasuki masa nifas sering disebut komplikasi postpartum. Komplikasi postpartum diantaranya infeksi, kenaikan suhu tubuh, endometritis, tromboplebitis, embolisme, pemulihan bentuk dan letak rahim tidak sempurna, nyeri, perdarahan, dan bahkan dapat menyebabkan

kematian pada ibu (Marlina, 2016). Menurut Organisasi Kesehatan tingkat dunia *World Health Organization* (WHO) memperkirakan 800 perempuan meninggal setiap harinya akibat komplikasi kehamilan dan seluruh kematian ibu terjadi di negara berkembang. Sekitar 80% kematian maternal merupakan akibat meningkatnya komplikasi selama kehamilan, persalinan dan setelah persalinan. Menurut laporan WHO yang telah dipublikasikan pada tahun 2014 Angka Kematian Ibu (AKI) didunia mencapai angka 289.000 jiwa. Dimana terbagi atas beberapa negara, antara lain Amerika Serikat mencapai 9300 jiwa, Afrika utara 179.000 jiwa dan Asia Tenggara 16.000 jiwa. Untuk AKI di negara-negara asia tenggara diantaranya, Filipina 112 per 100.000 kelahiran hidup, Vietnam 160 per 100.000 kelahiran hidup, Thailand 44 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 60 per 100.000 kelahiran hidup, dan Malaysia 160 per 100.000 per kelahiran hidup, sedangkan Indonesia 305 per 100.000 perkelahiran hidup. Angka Kematian Ibu (AKI) Indonesia secara Nasional dari tahun 1994 sampai dengan tahun 2007.

Berdasarkan SDKI survei terakhir tahun 2007 AKI Indonesia sebesar 228 per 100.000 KH. Pembangunan kesehatan di Indonesia di prioritaskan pada program upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak, khususnya kelompok yang paling beresiko 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, pada 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 KH dan menurunkan angka kematian bayi dan balita 25 per 1.000 KH.

Angka kematian ibu di Jawa Barat tahun 2017 yang dilaporkan pada profil Kesehatan 2017 sebesar 76,03 per 100.000 KH, jika dibandingkan dengan

proporsi AKI tahun 2017 yang ditargetkan maka AKI di Provinsi Jawa Barat sudah berada dibawah target nasional (MDG)s tahun 2015. Berdasarkan Profil Kesehatan Kabupaten/ Kota tahun 2017 jumlah kematian ibu marternal yang dilaporkan sebanyak 696 orang (76.03/100.000 KH), jumlah ini mengalami penurunan dibandingkan tahun 2016, kematian ibu sebanyak 799. Jumlah Kematian Ibu dengan proporsi kematian pada ibu hamil 183 orang (19,9/100.000), pada ibu bersalin 224 orang (24,47/100.000 KH), dan pada ibu Nifas, 289orang (31,57/100.000). Berdasarkan kabupaten/ kota proporsi kematian maternal pada ibu antara 23,4/100.000 -131,4/ 100.000 KH, tertinggi terdapat di Kabupaten Karawang dan terendah di Kota Bekasi. Menurut Profil Kesehatan Indonesia tahun 2014 empat penyebab kematian ibu terbesar yaitu perdarahan, 30,3%, hipertensi dalam kehamilan 27,1%, infeksi 7,3% dan lain-lain yaitu penyebab kematian ibu tidak langsung seperti kondisi penyakit kanker, ginjal, jantung, atau penyakit lain yang diderita ibu sebesar 35,3% (Kemenkes RI, 2014).

Upaya pemerintah untuk menurunkan AKI yaitu meningkatkan akses pelayanan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan berkompeten, peningkatan puskesmas pelayanan obstetric neonatal emergensi dasar (PONED) dan rumah sakit pelayanan obstetric neonatal emergensi komperhensif (PONEK), dan penempatan bidan di daerah terpencil (Depkes RI, 2013). Strategi pemerintah menurunkan AKI dan AKB upaya yang dilakukan yaitu peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ibu di fayankes: peningkatan kompetensi nakes, pembinaan kab/kota dalam ANC, pembinaan kab/ kota dalam pelayanan persalinan, penguatan sistim data dan rujukan, penguatan layanan darah (quickwins darah), pembinaan kab/kota dalam kesehatan reproduksi calon pengantin, promosi dan advokasi kesehatan, dan penguatan pembiayaan pelayanan maternal neonatal (Kemenkes RI, 2018).

Perawat maternitas juga berperan memantau komplikasi persalinan, seperti adanya perdarahan postpartum (Reeder, 2011). Perawat merupakan orang terdekat selama pasien menjalani persalinan di rumah sakit, oleh karena itu perawat harus memberikan informasi kepada pasien tentang hal-hal yang dibutuhkan atau diwaspadai setelah pasien pulang kerumah. Dalam menjalankan perannya perawat perlu menjelaskan kepada pasien postpartum untuk persiapan pulang pasien tentang nutrisi dan cairan, mobilisasi/ambulasi, personal hygiene, seksualitas dan kontrasepsi, manajemen nyeri serta tanda-tanda bahaya/ komplikasi postpartum (Lowdermilk, Perry, & Cashion, 2013).

Data hasil observasi atau survey di RS diuraikan sampai dengan kasus gagal induksi tersebut, penulis menyimpulkan bahwa pentingnya peran perawat dalam mengatasi masalah tersebut. Maka penulis tertarik untuk mengambil judul kasus makalah ilmiah ini “Asuhan Keperawatan Pada Ny. E *Pasca Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Gagal Induksi 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 secara nyata dalam merawat pasien dan gambaran atau informasi pelaksanaan “Asuhan Keperawatan Pada Ny. E *Pasca Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Gagal Induksi Di Ruang Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur”.

### **2. Tujuan Khusus**

Adapun tujuan dari penulisan makalah ini adalah:

- a. Mampu memberikan gambaran mengenai konsep *pascapartum* tindakan *Sectio Caesarea*.
- b. Mampu memberikan gambaran mengenai konsep Gagal Induksi

- c. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan *pascapartum section caesarea*.
- d. Mampu menentukan masalah keperawatan pada pasien dengan *pascapartum section caesarea*.
- e. Mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan *pascapartum section caesarea*.
- f. Mampu melakukan tindakan keperawatan pada pasien dengan *pascapartum section caesarea*.
- g. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *pascapartum section caesarea*.
- h. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik.
- i. Mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung penghambat serta mencari solusi atau alternatif pemecahan masalah.
- j. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *pascapartum section caesarea*.

### **C. Ruang Lingkup**

Adapun ruang lingkup dalam penulisan makalah ilmiah ini adalah “Asuhan Keperawatan Pada Ny. E *Pasca Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Gagal Induksi Di Ruang Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang dilaksanakan dari tanggal 11 Februari sampai 13 Februari 2020.

### **D. Metode Penulisan**

Metode dalam penulisan Makalah Ilmiah ini menggunakan metode deskriptif. 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 pengumpulan data melalui rekam medik, pasien, perawat ruangan, dan dokter.

#### **E. Sistematika Penulisan**

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

##### **BAB I Pendahuluan**

Terdiri dari latar belakang masalah, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

##### **BAB II Tinjauan Teori**

Terdiri dari definisi, etiologi, patofisiologi, penatalaksanaan medis, asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

##### **BAB III Tinjauan Kasus**

Terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

##### **BAB IV Pembahasan**

Terdiri dari kesenjangan dan kesesuaian antara teori dan kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

##### **BAB V Penutup**

Terdiri dari kesimpulan dan saran serta di akhiri dengan daftar

pustakan dan lampiran

Terdiri dari kesimpulan dan saran serta di akhiri dengan daftar pustakadan lampiran

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Masa Nifas (Pasca Partum)**

##### **1. Pengertian**

Masa nifas merupakan masa setelah seorang ibu melahirkan bayi yang dipergunakan untuk memulihkan kesehatannya kembali yang umumnya memerlukan waktu 6-12 minggu (Marmi, 2011). Masa puerperium atau masa nifas atau masa postpartum adalah mulai setelah partus selesai, dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu. Akan tetapi, seluruh otot genitalia baru pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan (Astutik, 2015). Masa nifas adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil (Asih & Risneni, 2016).

##### **2. Adaptasi Fisiologis**

Menurut Astutik (2015), perubahan-perubahan fisiologis yang terjadi selama masa nifas yaitu:

###### **a. Perubahan Sistem Reproduksi**

###### **1) Uterus**

Uterus secara berangsur mengecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. 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)

Pada uteri selain proses involusi juga terjadi proses autolysis yaitu pencernaan komponen-komponen sel oleh hidrolase endogen yang dilepaskan dari lisosom setelah kematian sel. Hal ini menyebabkan bekas implantasi plasenta pada dinding endometrium tidak meninggalkan bekas atau jaringan parut.

- a) Bekas implantasi plasenta segera setelah plasenta lahir seluas 12x15 cm dengan permukaan kasar dimana pembuluh darah besar bermuara.
- b) Pada pembuluh darah terjadi pembentukan trombose disamping pembuluh darah tertutup kontraksi otot rahim.
- c) Bekas implantasi dengan cepat mengecil, pada minggu kedua sebesar 6-8 cm, dan akhir puerperium sebesar 2 cm.
- d) Lapisan endometrium dilepaskan dalam bentuk jaringan yang telah rusak bersama dengan lochea.
- e) Luka bekas implantasi akan sembuh karena pertumbuhan endometrium yang berasal dari tepi luka dan lapisan basalis endometrium.
- f) Kesembuhan sempurna pada saat akhir dari masa nifas.

## 2) Lochea

Lochea adalah cairan atau secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Macam-macam lochea:

- a) Lochea rubra (cruenta): berisi darah segar dan sisa selaput ketuban, sel desidua, verniks caseosa, lanugo dan mekonium, selama 2 hari nifas.
- b) Lochea sanguinolenta: berwarna kuning berisi darah dan lendir, hari 3-7 nifas.
- c) Lochea serosa: berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 nifas.

- d) Lochea alba: cairan putih, keluar setelah 2 minggu masa nifas.
- e) Lochea purulenta: terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- f) Locheastasis: lochea tidak lancar keluar.

### 3) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium uteri eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks akan menutup.

### 4) Vulva dan Vagina

Perubahan pada vulva dan vagina adalah:

- a) Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur.
- b) Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil.
- c) Setelah 3 minggu rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

### 5) Perineum

Perubahan yang terjadi pada perineum adalah:

- a) Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju.
- b) Pada masa nifas hari kelima, tonus otot perineum sudah kembali seperti keadaan sebelum hamil, walaupun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan. Untuk mengembalikan tonus

otot perineum, masa pada masa nifas perlu dilakukan senam kegel.

#### 6) Payudara

Perubahan pada payudara dapat meliputi:

- a) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan.
- b) Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari kedua atau hari ketiga setelah persalinan.
- c) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

#### b. Perubahan Pada Sistem Perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama hal ini dikarenakan kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.

Pada kasus dengan riwayat persalinan yang menimbulkan trauma pada ureter, misalnya pada persalinan macet atau bayi besar maka trauma tersebut akan berakibat timbulnya retensi urine pada masa nifas.

#### c. Perubahan Pada Sistem Pencernaan

Diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema. Rasa sakit di daerah perineum dapat menghalangi keinginan untuk

BAB sehingga pada masa nifas sering timbul keluhan konstipasi akibat tidak teraturnya BAB.

d. Perubahan Pada Sistem Kardiovaskuler

Setelah terjadi diuresis akibat penurunan estrogen, volume darah kembali kepada keadaan tidak hamil. Jumlah sel darah dan hemoglobin kembali normal pada hari ke-5. Meskipun kadar estrogen mengalami penurunan yang sangat besar selama masa nifas, namun kadarnya masih tetap lebih tinggi dari pada normal. Plasma darah tidak begitu mengandung cairan dan dengan demikian daya koagulasi meningkat. Pembekuan darah harus dicegah dengan penanganan yang cermat dan penekanan pembuluh darah pada ambulasi dini.

Tonus otot polos pada dinding vena mulai membaik, volume darah mulai berkurang, viskositas darah kembali normal dan curah jantung serta tekanan darah menurun sampai ke kadar sebelum hamil. Pada beberapa wanita kadang-kadang masih terdapat edema residual di kaki dan tangan yang timbul pada saat kehamilan dan meningkatnya asupan cairan pada saat persalinan, dari kongesti yang terjadi kongesti yang terjadi mengejan yang berkepanjangan pada kala dua atau bisa juga diakibatkan oleh imobilitas relatif segera pada masa nifas. Terdapat sedikit peningkatan resiko trombosis vena profunda dan embolus.

e. Perubahan Pada Sistem Endokrin

Kadar estrogen menurut 10% dalam waktu sekitar 3 jam nifas, Progesteron turun pada hari ketiga nifas. Kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur hilang.

1) Hormon plasenta

Human Chorionik Gonadotropin (HGC) menurut dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 masa nifas.

2) Hormon oksitosin

Oksitosin dikeluarkan dari hipotalamus posterior, untuk merangsang kontraksi otot uterus berkontraksi dan pada payudara untuk pengeluaran air susu.

3) Hormon pituitary

Prolaktin dalam darah meningkat dengan cepat, pada wanita yang tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke-3 dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

4) Hipotalamik pituitary ovarium

Untuk wanita yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya mendapatkan menstruasi.

Diantara wanita laktasi sekitar 15% menstruasi setelah 12 minggu. Diantara wanita yang tidak laktasi 40% menstruasi setelah 6 minggu, 65% setelah 12 minggu dan 90% setelah 24 minggu. Untuk wanita laktasi 80% menstruasi pertama anovulasi dan untuk wanita yang tidak laktasi 50% siklus pertama anovulasi.

f. Perubahan Pada Sistem Muskuloskeletal

Kadar relaksin dan progesteron berkurang hingga mencapai kadar normal dalam waktu tujuh hari, namun akibat yang ditimbulkan pada jaringan fibrosa, otot dan ligamen memerlukan waktu empat sampai lima bulan untuk berfungsi seperti sebelum hamil. Pada masa nifas awal, ligamen masih dalam masa kondisi terpanjang dan sendi-sendi berada dalam kondisi kurang stabil. Hal ini berarti wanita berada dalam kondisi paling rentan mengalami masalah muskuloskeletal. Ambulasi bisa dimulai 4-8 jam nifas, dengan ambulasi dini akan membantu mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi.

g. Perubahan Pada Sistem Integumen

Perubahan pada sistem integumen pada masa nifas diantaranya adalah:

- 1) Penurunan melanin umumnya setelah persalinan menyebabkan berkurangnya hyperpigmentasi kulit. Hal ini menyebabkan ibu nifas yang semula memiliki hyperpigmentasi pada kulit saat kehamilan secara berangsur-angsur menghilang sehingga pada bagian perut akan muncul garis-garis putih yang mengkilap dan dikenal dengan istilah striae albican.
- 2) Perubahan pembuluh darah yang tampak pada kulit karena kehamilan dan akan menghilang pada saat estrogen menurun.

#### h. Perubahan TTV Pada Masa Nifas

##### 1) Suhu badan

Sekitar hari ke-4 setelah persalinan suhu ibu mungkin naik sedikit (antara 37,2-37,5°C). Kemungkinan disebabkan karena aktivitas payudara. Bila kenaikan mencapai 38 °C pada hari ke-2 sampai hari-hari berikutnya, perlu diwaspadai adanya infeksi atau sepsis masa nifas.

##### 2) Denyut nadi

Setelah persalinan jika ibu dalam keadaan istirahat penuh, denyut nadi sekitar 60x/menit dan terjadi terutama pada minggu pertama nifas. Frekuensi nada normal yaitu 60-80 x/menit. Denyut nadi masa nifas umumnya lebih stabil dibandingkan suhu badan. Pada ibu yang nervous, nadinya akan lebih cepat kira-kira 110x/menit, bila disertai peningkatan suhu tubuh bisa terjadi shock karena infeksi.

##### 3) Tekanan darah

Tekanan darah <140mmHg, dan bisa meningkat dari sebelum persalinan sampai 1-3 hari masa nifas. Bila tekanan darah menjadi rendah perlu diwaspadai adanya perdarahan pada masa nifas. Sebaliknya bila tekanan darah tinggi, hal merupakan salah satu perunjuk kemungkinan

adanya pre-eklamsi yang bisa timbul pada masa nifas dan diperlukan penanganan lebih lanjut.

#### 4) Respirasi

Respirasi atau pernafasan umumnya lambat atau normal, karena ibu dalam keadaan pemulihan atau keadaan istirahat. Pernafasan yang normal setelah persalinan adalah 16-24x/menit atau rata-rata 18x/menit. Jika ditandai trachipneu maka perlu dikaji tanda pneumonial atau penyakit nifas lainnya. Bila respirasi cepat pada masa nifas (>30x/menit), kemungkinan adanya shock.

#### i. Perubahan Pada Sistem Hematologi

Selama hamil darah ibu relatif lebih encer, karena cairan darah ibu banyak, sementara sel darahnya berkurang. Bila dilakukan pemeriksaan kadar hemoglobin akan tampak sedikit menurun dari angka normalnya sekitar 11-12 gr/dl. Jika hemoglobinnya terlalu rendah, maka bisa terjadi anemia atau kekurangan darah. Oleh karena itu selama hamil ibu perlu diberi obatobatan penambah darah sehingga sel-sel darahnya bertambah dan konsentrasi darah atau hemoglobinnya normal atau tidak terlalu rendah. Selama minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama masa nifas, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun, tetapi darah lebih mengental dengan meningkatnya viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 masa nifas dan akan kembali dalam 4-5 minggu masa nifas.

### 3. Adaptasi Psikologis

Menurut Astutik (2015), adaptasi psikologis ibu dalam masa nifas berbeda antara individu satu dengan yang lainnya. Masa adaptasi psikologis terbagi dalam fase-fase berikut:

#### a. Fase *Taking In*

Merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada Fase ini ciri-ciri yang bias di perhatikan adalah:

- 1) Ibu nifas masih pasif dan sangat tergantung
- 2) Fokus perhatian ibu adalah pada dirinya sendiri
- 3) Ibu nifas lebih mengingat pengalaman melahirkan dan persalinan yang dialami sehingga pengalaman selama proses persalinan diceritakan secara berulang-ulang dan lebih suka didengarkan.
- 4) Kebutuhan tidur meningkat sehingga diperlukan istirahat yang cukup karena baru saja melalu proses persalinan yang melelahkan.
- 5) Nafsu makan meningkat jika kondisi kelelahan dibiarkan terus menerus, maka ibu nifas akan menjadi lebih mudah tersinggung dan pasif terhadap lingkungan.

#### b. Fase *Taking Hold*

Fase *taking hold* berlangsung mulai hari ketiga sampai kesepuluh masa nifas. Ciri-ciri fase *taking hold* antara lain:

- 1) Ibu nifas sudah bisa menikmati peran sebagai seorang ibu.
- 2) Ibu nifas mulai belajar merawat bayi tetapi masih membutuhkan orang lain untuk membantu.
- 3) Ibu nifas lebih berkonsentrasi pada kemampuannya menerima tanggung jawab terhadap perawatan bayi.
- 4) Ibu nifas merasa khawatir akan ketidakmampuan serta tanggung jawab dalam merawat bayi.
- 5) Perasaan ibu nifas sangat sensitif sehingga mudah tersinggung, maka diperlukan komunikasi dan dukungan

yang positif dari keluarga selain bimbingan dan dorongan tenaga kesehatan untuk mengatasi kritikan yang dialami ibu. Pada fase ini merupakan saat yang tepat untuk memberikan penyuluhan tentang perawatan bayi ataupun perawatan masa nifas sehingga ibu nifas memiliki rasa percaya diri untuk merawat dan bertanggung jawab atas bayinya,

c. *Fase Letting Go*

Fase ini terjadi setelah hari kesepuluh masa nifas atau pada saat ibu nifas sudah berada dirumah. Pada fase ini ibu nifas sudah bias menikmati dan menyesuaikan diri dengan tanggungjawab peran barunya. Selain itu keinginan untuk merawat bayi secara mandiri serta bertanggungjawab terhadap diri dan bayinya sudah meningkat.

#### 4. Gangguan Psikologis Masa Nifas

Gangguan psikologis masa nifas yang sering muncul adalah *postpartum blues*, *postpartum syndrome*, *depresi postpartum* dan *postpartum psikosis* (Astutik, 2015).

a. *Postpartum Blues (Syndroma Baby Blues)*

Ada kalanya wanita dalam masa nifas mengalami perasaan sedih yang berkaitan dengan bayinya. Keadaan ini dikenal dengan istilah *postpartum blues* (*baby blues*) yang merupakan kemurungan setelah melahirkan yang muncul sekitar hari kedua sampai dua minggu masa nifas. Kondisi ini muncul disebabkan karena perubahan perasaan yang dialami saat hamil sehingga sulit untuk menerima kehadiran bayi. Penyebab yang lain diantaranya adalah: perubahan hormon, stress, ASI tidak keluar, frustrasi dikarenakan bayi nangis dan tidak mau tidur, kelelahan pada masa nifas ataupun sakit akibat operasi, suami ataupun keluarga tidak peduli dan mengurus bayi sendirian, adanya masalah dengan orangtua, perasaan takut kehilangan bayi.

Adapaun gejala postpartum blues yang sering muncul antara lain cemas tanpa sebab, menangis tanpa sebab, tidak sabar, tidak percaya diri, sensitif, mudah tersinggung, merasa kesepian, merasa kurang menyayangi bayinya.

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

- 1) Minta bantuan suami atau keluarga yang lain untuk merawat bayi jika ibu memerlukan waktu untuk istirahat mengurangi kelelahan.
- 2) Terbuka terhadap suami terkait kondisi ibu, apa yang dirasakan supaya suami memberikan dukungan dan pertolongan.
- 3) Menyingkirkan rasa cemas. Kekhawatiran, dan rasa tidak percaya diri dalam hal merawat bayi karena dengan semakin sering merawat bayi, ibu akan lebih percaya diri dan semakin terampil.
- 4) Meluangkan waktu untuk berkomunikasi dengan tenaga kesehatan ataupun orang lain untuk saling berbagi pengalaman dalam hal merawat bayi.
- 5) Sering berkomunikasi dengan anggota keluarga yang lain agar merasa tidak kesepian ataupun sendirian.

*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) Cemas tanpa sebab
- 2) Menangis tanpa sebab
- 3) Tidak sabar
- 4) Sensitif
- 5) Mudah tersinggung
- 6) Merasa kesepian
- 7) Merasa khawatir dengan keadaan bayinya

8) Merasa kurang menyayangi bayinya

c. *Depresi Postpartum*

Perubahan peran menjadi ibu baru seringkali membuat beberapa ibu merasakan kesedihan, kebebasan interaksi sosial dan kemandiriannya berkurang. Kondisi seperti ini dinamakan depresi postpartum. Penyebab depresi postpartum diantaranya adalah:

1) Faktor konstitusional

Merupakan gangguan masa nifas yang berkaitan dengan status paritas ibu yaitu riwayat obstetri dari hamil sampai bersalin, adanya komplikasi pada kehamilan ataupun persalinan yang telah dilalui.

2) Faktor fisik

Adanya perubahan hormonal setelah proses kelahiran dan memuncaknya gangguan mental selama 2 minggu pertama selama 2 minggu pertama menunjukkan bahwa faktor fisik sering kali dihubungkan dengan penyebab *depresi postpartum*.

3) Faktor psikologis

Masing-masing individu memiliki mekanisme penyesuaian psikologis yang berbeda dengan adanya kelahiran bayi. Kondisi ini seringkali dikaitkan dengan penyebab *depresi postpartum*.

4) Faktor sosial

Lingkungan sosial yang tidak mendukung ataupun kondisi pemukiman yang kurang memadai dapat menimbulkan *depresi postpartum*.

Gejala depresi postpartum, yaitu sulit tidur walaupun bayi sudah tidur, nafsu makan menghilang, perasaan tidak berdaya atau kehilangan kontrol.

d. *Postpartum Psikosis*

Jika *depresi postpartum* dibiarkan berkepanjangan dan tidak segera ditangani, maka dikhawatirkan terjadi *postpartum psikosis*. Kasus ini jarang terjadi, namun dianggap gangguan psikologis paling berat pada masa nifas. *Postpartum psikosis* dapat disebabkan karena wanita menderita bipolar disorder atau masalah psikiatrik lainnya (*schizoaffectif disorder*). Pada ibu nifas dengan riwayat keluarga psikosis, maka sebaiknya bidan harus mewaspada karena kemungkinan ibu nifas tersebut juga akan mengalami hal yang sama. Gejala *postpartum psikosis* bervariasi dan berbeda antara individu yang satu dengan lainnya. Gejala tersebut muncul secara dramatis dan sangat dini serta dapat berubah dengan cepat yang meliputi perubahan suasana hati, perilaku yang tidak normal atau irasional dan gangguan agitas, ketakutan dan kebingungan karena ibu nifas kehilangan kontak dengan realitas secara cepat. Gejala yang timbul sangat tiba-tiba dan mayoritas terjadi sebelum 16 hari masa nifas.

Pada kasus *postpartum psikosis*, ibu perlu didampingi karena dikhawatirkan membahayakan bayinya. Ibu nifas yang mengalami kondisi seperti ini harus dirujuk ke psikiater karena biasanya ada tindakan yang dapat merugikan dan membahayakan orang lain.

## **B. Konsep Dasar Section Caesarea**

### **1. Pengertian**

*Sectio Caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut, *sectio caesarea* juga dapat didefinisikan sebagai suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Mochtar & Sofian, 2011). Menurut Prawirohardjo (2007) (Aspiani, 2017), *Sectio caesare* adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram.

## 2. Klasifikasi Section Caesarea

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015), jenis-jenis operasi *Sectio Caesarea*:

### a. Sectio Caesarea Abdomen

Sectio secara transperitonealis

### b. Sectio Caesarea Vaginalis

Menurut arah sayatan pada rahim, *sectio caesarea* dapat dilakukan sebagai berikut:

- 1) Sayatan memanjang (longitudinal) menurut Kronig
- 2) Sayatan melintang (transversal) menurut Kerr
- 3) Sayatan huruf T (T-incision)

### c. Sectio caesarea klasik (Corporal)

Dilakukan dengan membuat sayatan dengan insisi memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. Tetapi saat ini teknik ini jarang dilakukan karena memiliki banyak kekurangan namun pada kasus seperti operasi berulang yang memiliki banyak perlengleran organ cara ini dapat dipertimbangan.

### d. Sectio caesarea ismika (Profunda)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konfak dengan insisi pada segmen bawah rahim (low cervical transfersal), kira-kira sepanjang 10 cm.

## 3. Indikasi Section Caesarea

Adapun indikasi untuk melakukan *Sectio Caesarea* menurut Mochtar R (2002) (Aspiani, 2017) adalah sebagai berikut:

### a. Indikasi pada ibu dengan *Sectio Caesarea*

- 1) Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior) dan totalis
- 2) Panggul sempit
- 3) Disproposisi sefalo-pelvik: Ketidakseimbangan antara ukuran kepala dengan pinggul
- 4) Partus lama (prolongend 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) Gawat janin
  - 2) Prolapsus funikuli (tali pusat penumpang)
  - 3) Primigravida tua
  - 4) Kehamilan dengan diabetes mellitus
  - 5) Infeksi intra partum
  - 6) Kehamilan kembar
  - 7) Kehamilan dengan kelainan congenital
  - 8) Anomali janin misalnya hidrosefalus

#### 4. **Komplikasi Yang Terjadi Pasca Operasi *Section Caesarea***

Komplikasi *Sectio Caesarea* pada ibu dan bayi menurut (Hartati & Maryunani, 2015) sebagai berikut:

- a. Komplikasi pada ibu
- 1) Perdarahan
  - 2) Infeksi luka operasi
  - 3) Thrombophebitis
  - 4) Komplikasi yang berhubungan dengan efek anestesi serta terjadinya injury
- b. Komplikasi pada bayi
- 1) Afiksia
  - 2) Aspirasi: air ketuban, mekonium, cairan lambung
  - 3) Tekanan langsung pada kepala (menekan pusat-pusat vital pada medulla oblongata)
  - 4) Perdarahan atau edema jaringan saraf pusat

## 5. Pemeriksaan Diagnostik *Section Caesarea*

Pemeriksaan diagnostik menurut Nurarif & Kusuma (2015):

- a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- b. Pemantauan EKG
- c. Elektrolit
- d. Hemoglobin/Hematokrit
- e. Golongan darah
- f. Urinalisis
- g. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- h. Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi
- i. Ultrasound sesuai pemesanan

## 6. Penatalaksanaan Medis Pasca Operasi *Section Caesarea*

Penatalaksanaan medis dan perawatan setelah dilakukan *Section Caesarea* (Aspiani, 2017) yaitu:

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

## C. Konsep Dasar Gagal Induksi

### 1. Pengertian

Induksi persalinan merupakan stimulasi uterus yang bertujuan untuk memulai persalinan guna memastikan janin lahir pada waktu yang tepat, yakni saat bayi dianggap lebih aman berada diluar uterus daripada didalam (Chamberlain, 2012).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa induksi persalinan merupakan usaha untuk merangsang timbulnya his agar persalinan segera dapat dilaksanakan. Induksi gagal adalah gagalnya tindakan proses persalinan atau merangsang timbulnya kontraksi rahim ibu untuk terjadi persalinan (Cunningham, 2013).

### 2. Metode Induksi

Menurut Maita (2016), induksi persalinan dapat dilakukan dengan berbagai cara yaitu:

#### a. Cara Kimiawi (*Chemical*)

Yaitu dengan memberikan obat-obatan yang merangsang timbulnya his.

1) Cara yang dahulu dipakai, tetapi sekarang tidak dikerjakan lagi, hanya untuk diketahui.

a) Pemberian Kina: obat yang diberikan adalah tablet kina bisulfat 0,2 gram. Diberikan 1 tablet setiap jam dengan dosis 5-6 tablet.

b) Pengobatan Steinse: pemberian tablet kina dan pituitrin.

2) Cara yang sekarang banyak dipakai

a) Oksitosin drip: kemasan yang dipakai adalah pitosin, sintosinon. Pemberiannya dapat secara suntikan intramuskular, intravena, infus tetes, dan secara bukal. Cara yang paling baik dan aman adalah pemberian infus tetes (drip) karena dapat diatur dan diawasi efek kerjanya.

b) Injeksi larutan hipertonik intramniion.

c) Pemberian prostaglandin.

b. Cara Mekanis

1) Melepaskan selaput ketuban (*stripping of the membrane*). Dengan jari yang dapat masuk ke dalam kanalis servisis, selaput ketuban yang melekat dilepaskan dari dinding uterus di sekitar ostium uteri internum. Cara ini akan lebih berhasil jika serviks sudah terbuka dan kepala sudah turun. Dianggap bahwa bersamaan dengan turunnya kepala dan lepasnya selaput ketuban, selaput ini akan lebih menonjol sehingga akan menekan *pleksus frankenhauser* yang akan merangsang timbulnya his dan terbukanya serviks.

2) Memecahkan ketuban (*amniotomi*)

Hendaknya ketuban baru dipecahkan jika memenuhi syarat sebagai berikut:

- a) Serviks sudah matang atau skor pelvis  $>5$
- b) Pembukaan kira-kira 4-5 cm
- c) Kepala sudah memasuki pintu atas panggul. Biasanya setelah 1-2 jam pemecahan ketuban, diharapkan his akan timbul dan menjadi lebih kuat.

3) Dilatasi serviks uteri

Dilatasi serviks uteri dapat dikerjakan dengan memakai gagang laminaria, atau dilatator (busi) Hegar.

4) Accouchement force

Jika bagian terbawah janin adalah kaki, kaki tersebut diikat dengan kain kasa steril yang melalui katrol diberi beban seperti pada versi Braxton-Hicks. Jika bagian terbawah janin adalah kepala, kulit kepala dijepit dengan cunam Muzeuk yang kemudian diikat dengan kain kasa dan melalui katrol diberi beban, seperti pada cara WiletGauz.

c. Cara Kombinasi kimiawi dan mekanis

Cara ini memakai kombinasi antara cara kimiawi diikuti dengan cara mekanis, misalnya amniotomi dengan pemberian *oksitosin drip* atau pemecahan ketuban dengan pemberian prostaglandin per oral, dan sebagainya. Pada umumnya, cara kombinasi memiliki

angka keberhasilan yang lebih tinggi. Jika induksi partus gagal, sedangkan ketuban sudah pecah dan pembukaan serviks untuk pertolongan operatif pervaginam, satu-satunya jalan adalah mengakhiri kehamilan dengan *sectio caesarea*.

### 3. Indikasi Persalinan Induksi

Indikasi dilakukan tindakan induksi persalinan menurut (Dutton, Densmore, & Turner, 2011) sebagai berikut:

#### a. Indikasi Janin

- 1) Kehamilan lewat waktu
- 2) Ketuban pecah dini
- 3) Janin mati

#### b. Indikasi Ibu

- 1) Kehamilan dengan diabetes mellitus
- 2) Kehamilan dengan hipertensi (preeklamsi dan eklamsi).

### 4. Kontraindikasi Gagal Induksi

Menurut Nugroho (2012), terdapat beberapa kontraindikasi yaitu:

#### 1) Plasenta previa

Mulut serviks seluruhnya ditutupi oleh plasenta pada kondisi plasenta previa komplet. Kondisi ini dapat mengancam jiwa. Persalinan harus dihindari dan janin dilahirkan melalui kelahiran *sectio caesarea*. Vasa previa terjadi saat arteri dan vena umbilikal melintas mulut serviks di depan bagian presentasi. Kondisi ini merupakan komplikasi yang mengancam jiwa bagi janin.

#### 2) Letak janin melintang

Janin tidak berada dalam posisi yang tepat untuk kelahiran dan tidak dapat dilahirkan per vagina

#### 3) Prolaps tali pusat

Saat tali pusat terlihat didepan bagian presentasi, aliran darah ke janin dapat terganggu. Kondisi ini merupakan suatu kedaruratan yang memerlukan pelahiran *sectio caesarea* segera.

- 4) Riwayat insisi fundus atau insisi uterus klasik  
Kontraksi yang diinduksi atau diaugmentasi dapat terlalu kuat dan menyebabkan ruptur pada luka parut.
- 5) Kondisi janin mengkhawatirkan  
Pada tiap kontraksi uterus, terjadi penurunan normal dalam sirkulasi darah dan suplai oksigen ke plasenta dan bayi. Karena oksitosin meningkatkan intensitas kontraksi, dapat terjadi kehilangan oksigen yang lebih besar pada bayi. Jika janin sudah menunjukkan tanda kegawatan, janin mungkin tidak dapat bertahan saat terjadi intensitas tambahan kontraksi yang diinduksi atau diaugmentasi.
- 6) Infeksi herpes genital aktif  
Jika terdapat lesi herpes genital aktif, kelahiran *sectio caesarea* dianjurkan untuk mencegah penularan ke janin.

## 5. Komplikasi Pada Ibu Dan Janin

Menurut (Mochtar & Sofian, 2011), terdapat komplikasi pada ibu dan janin diantaranya:

- a. Terhadap Ibu
  - 1) Kegagalan induksi
  - 2) Kelelahan ibu
  - 3) Krisis emosional
  - 4) Inersia uteri
  - 5) Partus lama
  - 6) Tetani uteri (*tamultous labor*) yang dapat menyebabkan solusio plasenta, ruptur uteri, dan laserasi jalan lahir lainnya.
  - 7) Infeksi intrauterin
- b. Terhadap Janin

- 1) Afiksia
- 2) Kematian janin
- 3) Infeksi genital dan fetal setelah ketuban pecah lama
- 4) Prolapsus tali pusat

## **D. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Menurut Aspiani (2017), hal-hal yang perlu dikaji pada wanita pasca partum *sectio caesarea* meliputi:

a. Identitas

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

b. Keluhan Utama

Pada pasien dengan post operasi keluhan utamanya yaitu pasien mengeluh nyeri pada luka 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 pasien, keadaan umum, letak dan ukuran dari luka operasi.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Apakah pasien pernah mengalami riwayat tindakan operasi sebelumnya.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

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

f. Riwayat Obstetri

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

- 1) Keadaan haid: perlu ditanyakan kapan datangnya *menarche* siklus hais, hari pertama haid terakhir untuk dapat diketahui yang keluar darah muda atau darah tua, encer atau menggumpal, lamanya nyeri atau tidak, pada sebelumnya atau sesudah hais, berbau atau tidak, dimana untuk mengetahui gambaran tentang alat kandungan.
  - 2) Perkawinan: berapa kali kawin dan berapa lama dengan suami yang sekarang.
  - 3) Kehamilan: riwayat kehamilan pada pasien dengan partus bisa terdapat pada primi atau multigravida.
  - 4) Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu: ditanyakan kelangsungan dari kehamilan dan persalinan serta nifas yang lalu, bagaimana keadaan bayi yang dilahirkan, apakah cukup bulan atau tidak, kelahirannya normal atau tidak, siapa yang menolong persalinan, tentang riwayat kehamilan, persalinan yang lalu.
- g. Pola kebiasaan sehari-hari, menurut Virginia Henderson:
- 1) Respirasi  
Pada kasus *post sectio caesarea* penyulit yang sering ditemukan adalah obstruksi jalan nafas, respirasi yang tidak adekuat dan respirasi arrest.
  - 2) Nutrisi  
Pasien 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, tetapi bila pasien dengan lumbal fungsi langsung diberikan makan, minum seperti biasanya, bahkan dianjurkan banyak minum.
  - 3) Eliminasi  
Meliputi berapa kali BAB, konsistensi, warna, bau, dan pasien dengan *post sectio caesarea* untuk BAK melalui dawer cateter yang sebelum ya telah terpasang.

4) Istirahat atau Tidur

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

6) Kebutuhan *personal hygiene*

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

7) Aktivitas

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

8) Gerak dan keseimbangan tubuh

Aktivitas berkurang, tidak bisa berjalan karena nyeri dan ketidaknyamanan.

9) Kebutuhan berpakaian

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

10) Kebutuhan keamanan

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

11) Sosialisasi

Pada data sosial ini dapat dilihat apakah pasien merasa tersolasi atau terpisah karena terganggunya komunikasi, adanya perubahan pada kebiasaan atau perubahan dalam kapasitas fisik untuk menentukan keputusan untuk beradaptasi

dengan lingkungan sekitarnya. Pasien mungkin tampak sangat cemas dan ketakutan.

12) Kebutuhan spiritual

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

13) Kebutuhan bermain dan rekreasi

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

14) Kebutuhan belajar

Bagaiman pasien 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: TD normal atau menurun (<120/90 mmHg), Nadi meningkat (>80 x/menit), suhu meningkat (>37,5°C), respirasi meningkat.

i. Pemeriksaan *head to toe*

1) Kepala

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

2) Wajah

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

3) Mata-telinga-hidung

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

4) Leher

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

5) 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 *galop*, mur-mur.

6) Payudara/mammae

Apakah puting menonjol atau tidak, areola menghitam, kolostrum.

7) Abdomen

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

8) Ekstremitas atas dan bawah

Ekstremitas atas kaji kesimetrisannya, ujung-ujung jari sianosis atau tidak, ada tidaknya oedema pasien dengan post operasi biasanya terpasang infus. Ekstremitas bawah kaji kesimetrisannya, ada tidaknya oedema, bagaiman dengan pergerakannya biasanya pasien dengan post operasi sering takut menggerakkan kakinya, apakah tanda-tanda homan, refleks patella, adakah tanda-tanda trombosis vena.

9) Genitalia

Adakah pengeluaran *lochea*, bagaiman warnanya, banyaknya, bau serta adakah oedema vulva, bagaimana posisi kateter terpasang dengan baik atau tidak, apakah lancar dan bagaimana kebersihan pasien pada postoperasi yang biasanya akan tampak kotor karena banyak sisa darha yang belum dibersihkan.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Menurut nanda (2015) (Nurarif & Kusuma, 2015) diagnosa keperawatan yaitu:

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan (mukus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anastesi)
- b. Nyeri akut berhubungan dengan injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)
- c. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui
- d. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan obstruksi anatomic, penyebab multipel, gangguan sensori motorik, infeksi saluran kemih.
- e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan
- f. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko; episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan
- g. Defisit perawatan diri mandi, makan, eliminasi berhubungan dengan kelelahan postpartum
- h. Konstipasi berhubungan dengan penurunan frekwensi, perubahan pada pola defekasi.
- i. Resiko syok berhubungan dengan hipovolemi
- j. Defisiensi pengetahuan: perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum

## 3. Perencanaan Keperawatan

Menurut Nanda (2015) (Nurarif & Kusuma, 2015), perencanaan keperawatan yaitu:

- a. Diagnosa: Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan (mukus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anastesi). Kriteria hasil:

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

Intervensi:

- 1) Pastikan kebutuhan oral atau tracheal suction.
- 2) Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suction.
- 3) Informasikan pada pasien dan keluarga tentang suction.
- 4) Minta pasien nafas dalam sebelum suction dilakukan.
- 5) Berikan oksigen dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suction nasotrakeal.
- 6) Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan.
- 7) Anjurkan pasien untuk istirahat dan nafas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal.
- 8) Monitor status oksigen.
- 9) Ajarkan pasien bagaimana cara menggunakan suction.
- 10) Hentikan suction dan berikan oksigen apabila ox menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi oksigen.
- 11) Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu.
- 12) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi.
- 13) Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan.
- 14) Pasang mayo bila perlu.
- 15) Lakukan fisioterapi dada jika perlu.
- 16) Keluarkan sekret dengan batuk atau suction.
- 17) Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan.

18) Lakukan suction pada mayo.

19) Monitor respirasi dalam status oksigen.

b. Diagnosa: nyeri akut berhubungan dengan injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi). Kriteria hasil:

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

Intervensi:

- 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi.
- 2) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan.
- 3) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.
- 4) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri.
- 5) Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau.
- 6) Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau.
- 7) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.
- 8) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan.
- 9) Kurangi faktor presipitasi nyeri.
- 10) Pilih dan lakukan penangan nyeri (farmakologi, nonfarmakologi, dan interpersonal).
- 11) Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi.
- 12) Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi.

- 13) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri.
- 14) Evaluasi keefektifan kontrol nyeri.
- 15) Tingkatkan istirahat.
- 16) Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.

c. Diagnosa: Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui. Kriteria hasil:

- 1) Kemantapan pemberian ASI: Bayi: perlekatan bayi dan proses menghisap payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI.
- 2) Kemantapan pemberian ASI: Ibu: kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI.
- 3) Pemeliharaan pemberian ASI: keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi atau toddler.
- 4) Penyapihan pemberian ASI.
- 5) Diskontinuitas progresif pemberian ASI.
- 6) Pengetahuan pemberian ASI: tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI.
- 7) Ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera.
- 8) Ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI.
- 9) Ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting.
- 10) Mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI.

Intervensi:

- 1) Evaluasi pola menghisap atau menelan bayi.
- 2) Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui.
- 3) Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (misalnya reflex rooting, menghisap dan terjaga).

- 4) Kaji kemampuan bayi untuk latch-on dan menghisap secara efektif.
  - 5) Pantau integritas kulit puting ibu.
  - 6) Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting.
  - 7) Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susudan mastitis.
  - 8) Pantau kemampuan untuk mengurangi kongesti payudara dengan benar.
  - 9) Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi.
  - 10) Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI.
  - 11) Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik-topik seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran memberi susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang.
  - 12) Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula.
  - 13) Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI.
  - 14) Demonstrasikan Latihan.
  - 15) Diskusikan metode alternative pemberian makan bayi.
- d. Diagnosa: Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan obstruksi anatomic, penyebab multipel, gangguan sensori motorik, infeksi saluran kemih. Kriteria hasil:
- 1) Kandung kemih kosong secara penuh.
  - 2) Tidak ada residu urin lebih dari 100-200 cc.
  - 3) Intake cairan dalam rentang normal.
  - 4) Bebas dari ISK.
  - 5) Tidak ada spasme bladder.
  - 6) Balance cairan seimbang.
- Intervensi:

- 1) Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia (mis. Output urin, pola berkemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten).
  - 2) Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau properti alpa agonis.
  - 3) Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium channel blockers dan antikolinergik.
  - 4) Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalan air atau disiram.
  - 5) Merangsang reflek kandung kemih.
  - 6) Sediakan waktu yang cukup untk mengosongkan kandung kemih (10 menit).
  - 7) Gunakan teknik double-void.
  - 8) Masukkan kateter kemih
  - 9) Anjurkan pasien atau keluarga untuk mencatat output urin
  - 10) Instruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja.
  - 11) Memantau asupan dan keluaran.
  - 12) Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi.
  - 13) Membantu ke toilet secara berkala.
  - 14) Memasukan pipa kedalam lubang tubuh untuk sisa.
- e. Diagnosa: Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan
- Kriteria hasil:
- 1) Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari.
  - 2) Pola tidur, kualitas dalam batas normal.
  - 3) Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat.
  - 4) Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur.
- Intervensi:
- 1) Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur.
  - 2) Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat.
  - 3) Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur.

- 4) Ciptakan lingkungan yang nyaman.
  - 5) Kolaborasi pemberin obat tidur.
  - 6) Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien.
  - 7) Instruksikan untuk memonitor tidur pasien.
  - 8) Monitor waktu makan dan minum dengna waktu tidur.
  - 9) Monitor atau catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam
- f. Diagnosa: Resiko infeksi berhubungan dengan resiko: episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan Kriteria hasil:
- 1) Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi.
  - 2) Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang memengaruhi penularan serta penatalaksanaanya.
  - 3) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi.
  - 4) Jumlah leukosit dalam batas normal.
  - 5) Menunjukkan perilaku hidup sehat.
- Intervensi:
- 1) Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain.
  - 2) Pertahankan teknik isolasi.
  - 3) Batasi pengunjung bila perlu.
  - 4) Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung.
  - 5) Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan.
  - 6) Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan kolaboratif.
  - 7) Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung.
  - 8) Pertahankan lingkungan aseptk selama pemasangan alat.
  - 9) Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk.
  - 10) Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kemih.
  - 11) Tingkatkan intake nutrisi.

- 12) Berikan terapi antibiotik bila perlu infection protection.
- 13) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal.
- 14) Monitor hitung granulosit, WBC.
- 15) Monitor kerentanan terhadap infeksi.
- 16) Pertahankan teknik aseptik pada pasien yang beresiko.
- 17) Inspeksi kondisi luka atau insisi bedah.
- 18) Dorong masukan nutrisi yang cukup.
- 19) Dorong masukan cairan.
- 20) Dorong istirahat.
- 21) Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep.
- 22) Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi.
- 23) Ajarkan cara menghindari infeksi.
- 24) Laporkan kecurigaaan infeksi.
- 25) Laporkan kultur positif

g. Diagnosa: Defisit perawatan diri mandi, makan, eliminasi berhubungan dengan kelelahan postpartum Kriteria hasil:

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

- 8) Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral.

Intervensi:

- 1) Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.
  - 2) Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.
  - 3) Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan.
  - 4) Tempat handuk, sabun, deodorant, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan disampai tempat tidur atau dikamar mandi.
  - 5) Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi dan personal.
  - 6) Memfasilitasi pasien mandi.
  - 7) Memantau integritas kulit pasien.
  - 8) Memberikan bantuan sampel pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri
- h. Diagnosa: Konstipasi berhubungan dengan penurunan frekwensi, perubahan pada pola defekasi. Kriteria hasil:
- 1) Mempertahanakn bentuk feses lunak 1-3 hari.
  - 2) Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi.
  - 3) Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi.
  - 4) Feses lunak dan berbentuk.

Intervensi:

- 1) Monitor tanda dan gejala konstipasi.
- 2) Monitor bising usus.
- 3) Monitor feses: frekuensi, konsistensi dan volume.
- 4) Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus.
- 5) Monitor tanda dan gejala ruptur usus atau peritonitis.

- 6) Jelaskan etiologi dan rasionalisasi tindakan terhadap pasien.
  - 7) Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi.
  - 8) Dukung intake cairan.
  - 9) Kolaborasikan pemberian laksatif.
  - 10) Pantau tanda-tanda dan gejala impaksi.
  - 11) Timbang pasien secara teratur
- i. Diagnosa: Resiko syok berhubungan dengan hipovolemi Kriteria hasil:
- 1) Nadi dalam batas yang diharapkan.
  - 2) Irama jantung dalam batas yang diharapkan.
  - 3) Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan.
  - 4) Natrium serum dalam batas normal.
  - 5) Kalium serum dalam batas normal.
  - 6) Klorida dalam batas normal.
  - 7) Kalsium dalam batas normal.
  - 8) Magnesium dalam batas normal.
  - 9) pH serum dalam batas normal.
- Intervensi:
- 1) Monitor status sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme, nadi perifer, dan kapiler refill time.
  - 2) Monitor tanda inadekuat oksigenasi jaringan.
  - 3) Monitor suhu dan pernafasan.
  - 4) Monitor input dan output.
  - 5) Pantau nilai labor: Hb, Ht, AGD, dan elektrolit.
  - 6) Monitor hemodinamik invasi yang sesuai.
  - 7) Monitor tanda dan gejala asites.
  - 8) Monitor tanda awal syok.
  - 9) Tempatkan pasien pada posisi supine.
  - 10) Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas.
  - 11) Berikan cairan IV atau oral yang tepat.
  - 12) Monitor fungsi neurologis.

- 13) Monitor fungsi renal.
- 14) Monitor tekanan nadi.
- 15) Monitor status cairan.
- 16) Monitor EKG.
- 17) Monitor nilai laboratorium.
- 18) Monitor tanda gejala gagal pernafasan.
- 19) Pantau tingkat karbon dioksida sublingual dan atau tonometry lambung

j. Diagnosa: Defisit pengetahuan: perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum. Kriteria hasil:

- 1) Pasien dan keluarga menyatakan tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan.
- 2) Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.
- 3) Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya.

Intervensi:

- 1) Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik.
- 2) Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi dengan cara yang tepat.
- 3) Gambarkan tanda dan gejala yang biasa pada penyakit, dengan cara yang tepat.
- 4) Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat.
- 5) Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat.
- 6) Hindari jaminan yang kosong.
- 7) Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat.

- 8) Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit.
- 9) Diskusikan pilihan terapi atau penanganan.
- 10) Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second informasi atau opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan.
- 11) Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat.
- 12) Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberian perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat.

## **5. Implementasi Keperawatan**

Menurut Rohman & Walid (2014), implementasi atau perencanaan adalah realisasi rencana tindakan unruk mencapai tujuan yang telah dicapai. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan serta menilai data yang baru. Keterampilan yang dibutuhkan dalam pelaksanaan, yaitu:

- a. Keterampilan kognitif, mencakup pengetahuan kepetaan yang menyeluruh. Perawat harus mengetahui alasan untuk setiap intervensi terapeutik, memahami respon fisiologis, psikologis normal, dan abnormal.
- b. Keterampilan interpersonal penting untuk tindakan keperawatan yang efektif. Perawat harus berkomunikasi dengan jelas kepada pasien, keluarganya, dan anggota tim perawatan kesehatan lainnya. Perhatian dan rasa saling percaya ditunjukkan ketika perawat berkomunikasi secara terbuka dan jujur.
- c. Keterampilan psikomotor mencakup kebutuhan langsung terhadap perawatan kepada pasien.

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.

## 6. Evaluasi Keperawatan

Menurut Rohman & Walid (2014), evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan.

Tujuan Evaluasi:

- a. Mengakhiri rencana tindakan keperawatan
- b. Memodifikasi rencana tindakan keperawatan
- c. Meneruskan rencana tindakan keperawatan

Proses Evaluasi:

- a. Mengukur pencapaian tujuan
  - 1) Tujuan dari aspek kognitif. Pengukuran perubahan kognitif dapat dilakukan dengan dua cara:
    - a) Interview atau tanya jawab

b) Menanyakan kembali segala sesuatu yang telah dijelaskan oleh perawat untuk mengklarifikasikan pemahaman pasien/keluarga terhadap pengetahuan yang telah diberikan. Pengukuran pengetahuan ini penting untuk menjamin bahwa apa yang telah disampaikan perawat benar-benar dipahami dengan baik dan benar. Oleh karena itu, perawat harus selalu menanyakan kembali segala sesuatu yang telah dijelaskan sehingga pemahaman dan kesalahpahaman diidentifikasi secara langsung.

c) Komprehensif

Pertanyaan komprehensif adalah pertanyaan yang diajukan berdasarkan pemahaman pasien terhadap perubahan-perubahan yang terjadi pada tubuhnya.

d) Aplikasi Fakta

Pertanyaan berdasarkan aplikasi fakta adalah pertanyaan yang ditujukan untuk mengidentifikasi pemahaman pasien pada tingkat aplikasi. Perawat mengajukan beberapa situasi atau kondisi yang mungkin terjadi pada pasien dan pasien diminta untuk menentukan alternatif pemecahan masalah.

2) Tulis

Teknik yang kedua digunakan untuk mengukur pencapaian tujuan kognitif adalah dengan mengajukan pertanyaan tertulis. Pertanyaan sudah disiapkan sebelumnya dan berdasarkan tujuan dan kriteria evaluasi yang telah diterapkan.

3) Tujuan aspek afektif. Untuk mengukur pencapaian tujuan aspek afektif, dapat dilakukan dengan dua cara:

a) Observasi

Adalah melakukan pengamatan secara langsung terhadap perubahan emosional pasien.

b) *Feedback* dari staf kesehatan lain

Umpan balik, masukan, dan pengamatan dari staf yang lain dapat juga dipakai sebagai salah satu informasi tentang aspek afektif pasien.

4) Psikomotor

Pengukuran perubahan aspek psikomotor dapat dilakukan melalui observasi secara langsung terhadap perubahan perilaku pasien.

5) Perubahan fungsi tubuh

Perubahan fungsi tubuh merupakan komponen yang paling sering menjadi kriteria evaluasi, untuk mengukut perubahannya dapat dilakukan dengan cara observasi, intervensi, dan pemeriksaan fisik.

b. Penentuan keputusan

- 1) Pasien telah mencapai hasil yang telah ditentukan dalam tujuan. Kondisi ini dicapai apabila semua data yang ditentukan dalam kriteria hasil sudah terpenuhi.
- 2) Pasien masih dalam proses mencapai hasil yang ditentukan. Kondisi ini dicapai apabila sebagian saja dari kriteria hasil yang ditentukan terpenuhi.
- 3) Pasien tidak dapat mencapai hasil yang telah ditentukan. Kondisi ini ditentukan apabila hanya sebagian kecil atau tidak ada sama sekali dari kriteria hasil yang dapat dipenuhi.

Macam Evaluasi, yaitu:

a. Evaluasi Proses

- 1) Evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan
- 2) Berorientasi pada etiologi

b. Evaluasi Hasil

- 1) Evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna
- 2) Berorientasi pada masalah keperawatan
- 3) Menjelaskan keberhasilan atau ketidakberhasilan

- 4) Rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan pasien sesuai dengan kerangka waktu yang diterapkan

Komponen SOAP: untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan pasien, digunakan komponen SOAP.

S : Data Subjektif. Perawat menulis keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

O : Data Objektif. Adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada pasien, dan yang dirasakan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

A : Analisis. Interpretasi dari data subjektif dan data objektif. Analisis merupakan suatu tindakan masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan pasien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

P : Planning. Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan.

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **A. Pengkajian Keperawatan**

##### **1. Identitas Pasien**

Pasien bernama Ny. E berusia 26 tahun yang bersuku Sunda beragama islam memiliki pendidikan terakhir Sarjana, saat ini Ny. E bekerja sebagai karyawan swasta. Suami dari Ny. E bernama Tn. N berusia 27 tahun bersuku Jawa beragama islam memiliki pendidikan terakhir Sarjana, saat ini bekerja sebagai karyawan swasta. Ny. E dan Tn. N tinggal di Mustika Jaya, Bekasi. Status perkawinan yaitu menikah 1 kali dengan lama pernikahan sudah 1 tahun.

##### **2. Resume**

Pasien Ny. E datang ke Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur ke poli dr. Y bersama suaminya pada tanggal 10 Februari 2020 pukul 10.00 WIB dengan berjalan kaki. Pasien datang dengan G1P0A0 hamil 37-38 minggu, pasien di ruangan poli sudah dilakukan USG kesan produksi ICA sudah berkurang ICA: 7. Instruksi dr. Y pasien dianjurkan ke VK untuk dilakukan induksi. Pada saat di VK pasien di observasi, bidan melakukan pemeriksaan fisik dengan hasil TFU 34 cm, presentasi kepala, dan pemeriksaan dalam pembukaanya satu jari, posisi porsio tebal. Pukul 10.30 WIB pasien diberikan Invitek 1/8 tablet per oral. Pukul 14.10 WIB mengobservasi pembukaan dengan hasil pembukaan masih satu jari, DJJ: 138 x/menit, tekanan darah 120/80 mmHg, suhu 36 °C, nadi 80 x/menit, pernafasan 18 x/menit. Pukul 18.00 WIB bidan melakukan observasi DJJ dengan hasil DJJ 145 x/menit, observasi his 5x/10menit/30menit, bidan melakukan VT pembukaan masih satu jari, pasien diberikan kembali Invitek 1/8 tab per vagina. Tanggal 11 Februari 2020 pukul 00.00 WIB pasien merasakan mules sering tapi masih biasa ditahan. Observasi DJJ 140

x/menit, teratur. Pukul 01.40 WIB pasien mengatakan mules semakin sakit, bidan melakukan VT pembukaan masih 1 jari. Pukul 04.00 WIB observasi DJJ 146 x/menit, obeservasi VT pembukaan masih 1 jari. Pukul 05.00 pasien dilakukan pemasangan balon kateter. Pukul 05.20 WIB dr. Y memutuskan untuk melakukan tindakan SC, karna tidak ada kemajuan pembukaan atau gagal induksi. Pasien direncanakan akan operasi pada pukul 11.00 WIB. Pukul 07.00 WIB dilakukan pemeriksaan keadaan umum baik, kesadaran *composmentis*, tanda-tanda vital dengan tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 81 x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, repirasi 16 x/menit, melakukan observasi DJJ: 140 x/menit. Pada pukul 07.35 pasien dilakukan pemasangan infus pada vena metacarpal sinistra cairan RL 20 tetes per menit. Pada pukul 07.45 pasien dilakukan skintest ceftriaxone hasil negative tidak ada bengkak, kemerahan atau gatal-gatal. Pada pukul 11.00 pasien diantar ke ruang OK, pasien dilakukan pembiusan dengan jenis anestesi spinal oleh dokter dan perawat anestesi. Pukul 11.10 pasien masuk OK dan operasi dimulai. Pada pukul 11.24 WIB bayi lahir dengan jenis kelamin laki-laki, bayi mengangis kuat, tonus otot baik, kulit tampak kemerahan, bayi lahir dengan berat badan 2900 gram, panjang badan 48 cm. APGAR score 9/10, ketuban jernih, tali pusat dipotong. Bayi dibersihkan dari lendir dengan cara di suction. Bayi dilakukan inisiasi menyusui dini (IMD) pada ibu kurang lebih 1 jam, bayi langsung dipindahkan ke ruang bayi. Pada pukul 12.00 operasi selesai, pasien dipindahkan ke ruang RR untuk diobservasi. Tanda-tanda vital pasien dengan hasil tekanan darah 120/90, nadi 78 x/menit, saturasi O<sub>2</sub> 100%, suhu 36,2<sup>0</sup>C, respirasi 18 x/menit, kedua kaki pasien dapat digerakkan. Pada pukul 14.00 pasien dipindahkan keruang euphorbia. Pasien mengeluh nyeri luka operasi dengan skala 5, 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 keperawan mandiri yang sudah dilakukan adalah mengajarkan pasien

teknik relaksasi nafas dalam. Tindakan kolaborasi yang sudah dilakukan adalah memberikan obat ceftriaxone 1 gr injeksi dan Katerolac 30mg injeksi. Evaluasi secara umum masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

### 3. Riwayat Keperawatan

#### a. Keluhan Utama

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 11 Februari 2020 pukul 15.00 WIB pasien mengatakan merasakan nyeri pada daerah luka operasinya, nyeri seperti di remas-remas, pasien mengatakan nyeri pada bagian abdomen, pasien mengatakan skala nyeri 5, pasien mengatakan nyeri timbul saat bergerak. Pasien tampak memegang perut.

#### b. Riwayat Persalinan Sekarang

Ny. E melakukan persalinan pada tanggal 11 Februari 2020 pukul 11.24 WIB dengan tipe persalinan bantuan *sectio caesarea* atas indikasi gagal induksi dengan jumlah perdarahan  $\pm$  300 cc. Jenis kelamin bayi Ny. E yaitu Laki-laki dengan berat badan 2900 gram, panjang badan 48 cm. Hasil *Apperence, Pulse, Grimace, Activity, Respiratory* (APGAR) score yaitu 9 pada 5 menit pertama dan 10 pada 5 menit kedua.

#### c. Riwayat Obstetri

Persalinan P1A0 anak hidup 1. Anak pertama dengan usia kehamilan 37-38 minggu, tidak ada penyulit pada masa kehamilan, jenis persalinan *sectio caesarea*, penolong dokter, penyulit persalinan karena gagal induksi, komplikasi nifas tidak ada, jenis kelamin laki-laki dengan berat badan 2900 gram, panjang badan 48 cm, keadaan anak sehat dan berusia 0 hari.

#### d. Riwayat Keluarga Berencana (KB)

Pasien mengatakan belum menggunakan KB karena ini adalah anak pertamanya. Pasien mengatakan belum mengetahui jenis-jenis KB dan belum mengetahui akan memakai kontrasepsi jenis apa

untuk rencana yang akan datang. Pasien tampak bingung saat ditanya tentang alat kontrasepsi.

e. Riwayat Imunisasi TT

Pasien mengatakan sebelum menikah melakukan imunisasi TT satu kali. Selama kehamilan Ny. E melakukan dua kali imunisasi TT pada usia kehamilan trimester pertama.

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 5-6 gelas perhari (1000-1500 ml). Pasien tidak mempunyai alergi pada makanan. Rata-rata berat badan sebelum hamil 54 kg dan berat badan sekarang 63 kg.

2) Pola Eliminasi

Pasien mengatakan BAB 2-3x 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 6-7 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 3-4x perminggu.

4) Pola Akifitas/Istiratah dan Tidur

Pasien mengatakan kegiatan sehari-harinya sebagai karyawan swasta, waktu bekerja pagi selama 9 jam. Pasien mengatakan mempunyai hobbi memasak, pembatasan karena kehamilan tidak ada, kegiatan waktu luang yang pasien lakukan adalah olahraga ringan. Pasien mengatakan keluhan dalam beraktifitas tidak ada, aktifitas kehidupan sehari-hari dilakukan secara mandiri. Pasien mengatakan tidak pernah tidur siang, dan tidur malam 6-7 jam perhari. Pasien mengatakan tidak ada masalah tidur (insomnia), tidak ada kebiasaan khusus sebelum tidur, dan tidak ada mengonsumsi obat tidur. Pasien mengatakan masih akan mencoba miring kanan dan miring kiri, pasien bedrest sampai dengan jam 21.00 WIB (tgl/ 11-02-2020).

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 dan sangat dinantikan karena ini merupakan anak pertamanya. Pasien dan keluarga mengatakan perasaan saat kehamilan dan persalinan anak pertama ini sangat bahagia dan sangat senang atas kelahiran anak pertama. Pasien mengatakan untuk mengatasi stress pasien melakukan berdiskusi dengan suami atau keluarga pasien untuk menyelesaikan masalahnya. Pasien tinggal dengan suami, ibu dan ayahnya. Peran dalam struktur keluarga yaitu sebagai seorang istri bagi suaminya dan seorang ibu bagi anaknya yang baru lahir. Pasien mengatakan belum mengerti tentang perawatan bayi karena ini adalah anak pertama. Pasien tampak bingung saat ditanya tentang cara merawat bayi baru lahir. Pasien mengatakan belum memahami tentang ASI

Eksklusif dan cara penyimpanan ASI. Pasien tampak bingung saat ditanya tentang ASI Eksklusif dan cara penyimpanan ASI.

#### 8) Status Sosial Ekonomi

Pasien mengatakan penghasilan dalam sebulan lebih dari Rp.8.000.000.- dengan pengeluaran dalam sebulan kurang lebih Rp.7.000.000.- untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Pasien mengatakan memiliki jaminan kesehatan yaitu asuransi perusahaan.

#### 4. Pemeriksaan Fisik

##### a. Sistem Kardiovaskuler/Sirkulasi

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan hasil nadi 70x/menit dengan irama teratur dan denyut nadi kuat, Tekanan darah 114/70 mmHg, Suhu: 36,8°C, pengisian kapiler kurang dari 3 detik, tidak ada edema, konjungtiva tampak anemis, pemeriksaan lab tanggal 10 Februari 2020 Hb 12,8 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 16x/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 63 kg, tinggi badan 150 cm, IMT 28, bentuk tubuh pasien tegak, membran mukosa pasien lembab, lingkaran lengan atas 26 cm. Pasien mengatakan belum 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 83 mg/dl (tanggal 10-02-2020)

f. Sistem Urogenital

Pola BAK pasien saat ini masih tertampung dalam *urine bag* dan pasien masih terpasang kateter urin, jumlah 1000 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, 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 kiri exverted atau menonjol, papilla mammae kanan datar, kolostrum sudah keluar, produksi ASI sudah ada, tidak ada sumbatan pada ASI, pasien belum mencoba memberikan ASI kepada bayi karena pasien masih harus bedrest 6 jam setelah operasi, 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, luka tertutup kassa sepanjang 16 cm, tidak ada rembesan, tidak ada

tanda-tanda infeksi (rubor, dolor, calor, tumor, functiolaesa) disekitar luka.

k. Anogenital

Lochea Rubra dengan karakteristik warna merah segar, jumlah 1 softek (300 cc), berbau khas darah, dan tidak dilakukan episiotomi pada pasien.

5. Pemeriksaan Penunjang

Hasil laboratorium tanggal 10 Februari 2020

**Tabel 3.1 Pemeriksa Penunjang**

	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Hematologi			
Hemoglobin	12.8	12.3-16.0	g/Dl
Leukosit	11.170*	4.000-10.500	/ul
Hematokrit	37	37-47	vol%
Trombosit	297.000	130.000-450.000	/ul
Eritrosit	4.30	4.20-5.40	Juta/ul
Nilai Eritrosit Rata-rata			
MCV	86	78-100	Fl
MCH	30	27-31	Pg
MCHC	35	32-36	%
Koagulan			
Masa Pendarahan	1.00	1.00-6.00	Menit
Masa Pembekuan	10.00	9.00-15.00	Menit
KIMIA			
Diabetes			
Glukosa sewaktu			
Glukosa Darah Sewaktu	83	60-140 140-200 Pre-diabetes ≥ 200 Diabetes	mg/dl

## 6. Penatalaksanaan

Terapi obat yang diberikan yaitu;

Oral

### a. Asam Mefenamat 500mg 3x500mg

Asam mefenamat atau mefenamic acid merupakan obat yang termasuk dalam golongan anti inflamasi non steroid sebagai anti nyeri pada tingkat ringan hingga sedang. Obat ini dapat digunakan untuk meredakan sakit kepala, sakit gigi, nyeri haid, nyeri akibat trauma, nyeri pada otot dan nyeri sesudah operasi

### b. Tramadol 100mg suppo (KP)

Tramadol atau lengkapnya tramadol hydrochloride (HCl) adalah obat pereda rasa sakit, misalnya rasa sakit atau nyeri setelah operasi.

Injeksi

### a. Ceftriaxone 1gr 2x1gr

Ceftriaxone merupakan obat antibiotik golongan sefalosporin yang bekerja dengan cara menghambat pertumbuhan bakteri atau membunuh bakteri. Obat ini juga dapat digunakan untuk mencegah infeksi pada luka operasi.

### b. Metronidazole 500mg 3x500mg (Drip)

Metronidazole adalah obat generik antimikroba dengan aktivitas yang sangat baik terhadap bakteri anaerob dan protozoa. Obat ini digunakan untuk mengobati infeksi.

### c. Ketorolac 30mg 3x30mg

Ketorolac adalah obat untuk meredakan nyeri dan peradangan. Obat ini sering digunakan setelah operasi atau prosedur medis yang bisa menyebabkan nyeri. Ketorolac merupakan obat golongan antiinflamasi nonsteroid.

## 7. Data Fokus

Data klinik dengan keadaan umum sakit sedang, kesadaran *composmentis*, tekanan darah 114/70 mmHg, nadi 70 x/menit, suhu

36,8<sup>0</sup>C, pernafasan 16 x/menit, lingkaran lengan 26 cm, BB sebelum hamil 54 kg, BB sekarang 63 kg. TB 150 cm, IMT 28.

a. Kebutuhan fisiologis: Oksigen

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

Data Objektif: Jalan nafas pasien bersih, frekuensi pernafasan 16 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 seperti berkontraksi.

Data Objektif: Tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 114/70 mmHg, nadi 70 x/menit, suhu 36,8<sup>0</sup>C. Pasien tampak terpasang kateter urin, tidak ada muntah dan mual, tidak ada edema pada ekstremitas pasien, turgor kulit elastis, warna urin kuning jernih, tidak ada tanda-tanda dehidrasi, mukosa bibir pasien tampak lembab. TFU pasien 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus kuat, lochea rubra (merah segar), bau khas darah, jumlah 1 pembalut 300 cc, perdarah diruang operasi 300 cc, balance cairan: intake ( + 1.150 (oral: minum dan makan) + 850 (infus) = 2000) – output (1000 (BAK) +300 (pendarahan) + 300 (pembalut) =1600) balance = +400 cc/8 jam. CRT < 3 detik. Hasil lab hematokrit 37 vol%, hemoglobin 12,8 g/dl (10-02-2020).

c. Kebutuhan fisiologis: 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 protein, karbohidrat, sayur-sayuran, dan buah-buahan. Pasien tidak ada alergi makanan.

Data Objektif: Pasien tampak lemas, konjungtiva anemis, BB sekarang 63 kg, TB 150 cm, IMT 28, LILA 26 cm, pasien tidak ada stomatitis, pasien tampak tidak mengalami kesulitan menelan, pasien tampak tidak ada mual dan muntah, hasil lab Hb 12,8 g/dl. (10-02-2020).

d. Kebutuhan fisiologis: Eliminasi

Data Subjektif: Pasien mengatakan belum BAB, pasien mengatakan terakhir BAB kemarin 1 kali (10-02-2020), pasien mengatakan tidak ada keluhan pada saat BAB dan BAK, pasien mengatakan belum kentut.

Data Objektif: Pasien tampak terpasang kateter urin, urin 1000 cc warna kuning jernih.

e. Kebutuhan fisiologis: Aktifitas

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

Data Objektif: Pasien tampak masih lemas, pasien tampak berbaring dengan posisi terlentang, pasien tampak tidak nyaman saat bergerak dan kesulitan karena terpasang kateter urin, pasien post operasi: 6 Jam. Pasien tampak berbaring dengan posisi terlentang, pasien dianjurkan bedrest sampai dengan jam 21.00 WIB (11-02-2020), karna masih ada efek anestesi spinal.

f. Kebutuhan rasa aman: Infeksi

Data Subjektif: Pasien mengatakan belum bisa berjalan karena masih terpasang kateter urin, hanya bisa tiduran terlentang, miring kanan dan miring kiri saja.

Data Objektif: Pasien tampak terpasang kateter urin, pasien terpasang infus pada vena metacarpal sinistra, pasien terdapat luka insisi operasi pada bagian abdomen bawah, luka tertutup opsite, luka tidak ada rembesan, suhu 36,8<sup>0</sup>C, lochea rubra. Kontraksi uterus teraba keras.

## g. Kebutuhan rasa nyama: Nyeri

Data Subjektif: P: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, Q: pasien mengatakan nyeri seperti di remas-remas, R: pasien mengatakan nyeri hilang timbul, S: pasien mengatakan nyeri skala 5, T: pasien mengatakan nyeri timbul saat pasien melakukan pergerakan atau melakukan pergerakan miring kanan atau kiri, sekitar 1-3menit.

Data Objektif: Pasien tampak memegang perut, pasien tampak membatasi pergerakan, tekanan darah 114/70 mmHg, nadi 70 x/menit, pernafasan 16 x/menit, suhu 36,8 °C.

## h. Kebutuhan Aktualisasi Diri

Data Subjektif: Pasien mengatakan akan memasang KB, namun belum mengetahui alat kontrasepsi apa yang mau digunakan, pasien masih ingin berunding dengan suami dan konsultasi dengan bidan atau dokter untuk memilih KB. Pasien mengatakan sudah memahami sedikit tentang ASI Eksklusif dan cara penyimpanan ASI, pasien mengatakan belum mengetahui cara perawatan payudara dan manfaat dari perawatan payudara.

Data Objektif: Pasien tampak bingung saat perawat menanyakan tentang KB, pasien masih tampak sedikit bingung saat ditanya tentang ASI Eksklusif dan cara penyimpanan ASI, pasien tampak masih bingung saat ditanya cara perawatan payudara dan manfaat perawatan payudara.

## 8. Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	Data Subjektif: a. P: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi b. Q: pasien mengatakan nyeri seperti di remas-remas c. R: pasien mengatakan nyeri hilang timbul d. S: pasien mengatakan nyeri	Nyeri Akut	Agen cedera fisik (Prosedur bedah)

	<p>skala 5</p> <p>e. T: pasien mengatakan nyeri timbul saat pasien melakukan pergerakan atau melakukan pergerakan miring kanan atau kiri, sekitar 1-3menit.</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Pasien tampak memegang perut</p> <p>b. Pasien tampak membatasi pergerakan</p> <p>c. Tekanan darah 114/70 mmHg</p> <p>d. Nadi 70 x/menit</p> <p>e. Pernafasan 16 x/menit.</p>		
2.	<p>Data Subjektif:</p> <p>a. Pasien mengatakan lemas</p> <p>b. Pasien mengatakan merasa mulas seperti kontraksi</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Pasien tampak lemas</p> <p>b. TFU 1 jari dibawah pusat</p> <p>c. Konsistensi uterus keras (kontraksi kuat)</p> <p>d. Lochea Rubra (merah segar), berbau khas darah, jumlah 1 pembalut (300cc)</p> <p>e. Perdarahan pada saat diruang operasi <math>\pm</math>300cc</p> <p>f. CRT &lt; 3 detik</p> <p>g. Konjungtiva anemis</p> <p>h. Tekanan darah 114/70 mmHg</p> <p>i. Nadi 70 x/menit</p> <p>j. Suhu 36,8 °C</p> <p>k. Pasien selesai oprasi jam 12.00</p> <p>l. Hb 12,8 g/dl (10-02-2020)</p> <p>m. Hematokrit 37 vol% (10-02-2020)</p>	Resiko Pendarahan	Trauma Jaringan (luka lepas plasenta)
3.	<p>Data Subjektif: -</p> <p>Data Objektif:</p>	Resiko Infeksi	Prosedur Invasif

	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tekanan darah 114/70 mmHg</li> <li>b. Pernafasan 16 x/menit</li> <li>c. Suhu 36,8 °C</li> <li>d. Pasien terdapat luka insisi operasi pada abdomen bawah</li> <li>e. Tidak tampak adanya rembesan pada balutan luka operasi dan luka tertutup opsite</li> <li>f. Luka operasi tampak kesamping transperitonealis profunda</li> <li>g. Terpasang kateter infuse di metacarpal sinistra</li> <li>h. Terpasang kateter urine</li> <li>i. Lochea Rubra (merah segar)</li> </ul>		
4.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan masih lemas</li> <li>b. Pasien mengatakan akan melakukan miring kanan dan kiri</li> <li>c. Pasien mengatakan tidak nyaman saat bergerak karena terpasang kateter urin dan merasakan nyeri di luka oprasi.</li> </ul> <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien tampak masih lemas</li> <li>b. Pasien tampak tidak nyaman saat bergerak dan kesulitan karena terpasang kateter urin</li> <li>c. Pasien post operasi: 6 Jam</li> <li>d. Pasien tampak berbaring dengan posisi terlentang, pasien dianjurkan bedrest sampi dengan jam 21.00 WIB (11-02-2020), karna masih ada efek anestesi spinal.</li> </ul>	Hambatan mobilitas fisik	Efek Anestesi
5.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan akan memasang KB, namun belum mengetahui alat</li> </ul>	Defisiensi Pengetahuan	Kurang Sumber Pengetahuan tentang KB

	<p>kontrasepsi apa yang tepat untuk digunakan</p> <p>Data Objektif: Pasien masih tampak bingung saat perawat menanyakan tentang KB.</p>		
6.	<p>Data Subjektif</p> <p>a. Pasien mengatakan belum memahami tentang ASI Eksklusif, cara penyimpanan ASI dan perawatan payudara</p> <p>Data Objektif: a. Pasien tampak bingung saat ditanya tentang ASI Eksklusif, cara penyimpanan ASI dan perawatan payudara Papilla mammae kanan pasien tampak datar.</p>	<p>Ketidakefektifan Pemberian ASI</p>	<p>Kurang pengetahuan ibu</p>

## B. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Cedera Fisik (Prosedur Bedah)
 

Tanggal ditemukan : 11 Februari 2020

Tanggal teratasi : 13 Februari 2020
2. Resiko Pendarahan berhubungan dengan Trauma Jaringan (Luka Lepas Plasenta)
 

Tanggal ditemukan : 11 Februari 2020

Tanggal teratasi : 13 Februari 2020
3. Resiko Infeksi berhubungan dengan Prosedur Invasif
 

Tanggal ditemukan : 11 Februari 2020

Tanggal teratasi : 13 Februari 2020
4. Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Efek Anestesi
 

Tanggal ditemukan : 11 Februari 2020

Tanggal teratasi : 12 Februari 2020

5. Defisiensi Pengetahuan berhubungan dengan Kurang Sumber Pengetahuan tentang KB

Tanggal ditemukan : 11 Februari 2020

Tanggal teratasi : 13 Februari 2020

6. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan Kurang pengetahuan ibu

Tanggal ditemukan : 11 Februari 2020

Tanggal teratasi : 13 Februari 2020

### C. Perencanaan, Pelaksanaan, Dan Evaluasi

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Cedera Fisik (Prosedur Bedah)

**Data Subjektif** : P: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, Q: pasien mengatakan nyeri seperti di remas-remas, R: pasien mengatakan nyeri hilang timbul, S: pasien mengatakan nyeri skala 5, T: pasien mengatakan nyeri timbul saat pasien melakukan pergerakan atau melakukan pergerakan miring kanan atau kiri, sekitar 1-3menit.

**Data Objektif** : Pasien tampak memegang perut, pasien tampak membatasi pergerakan, tekanan darah 114/70 mmHg, nadi 70 x/menit, pernafasan 16 x/menit.

**Tujuan** : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam pasien dapat mengontrol nyeri, nyeri berkurang sampai dengan hilang, skala nyeri 1-0.

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

### **Rencana Keperawatan**

- a. Kaji nyeri pasien secara komprehensif, meliputi: lokasi, karakteristik, onset atau durasi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri, dan faktor pencetusnya (PQRST) tiap 8 jam.
- b. Observasi tanda-tanda vital, meliputi: tekanan darah, nadi, dan pernafasan, suhu tiap 8 jam.
- c. Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan.
- d. Ajarkan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam)
- e. Berikan obat Asam Mefenamat 3x500mg (1tab), Katorolac 3x30mg intravena, Tramal 100mg suppo (k/p).

### **Pelaksanaan Keperawatan**

Tanggal 11 Februari 2020

Pukul 15.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 114/70 mmHg, nadi 70 x/menit, pernafasan 16 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 luka operasi, Q: pasien mengatakan nyeri seperti di remas-remas, R: pasien mengatakan nyeri hilang timbul, S: pasien mengatakan nyeri skala 5, T: pasien mengatakan nyeri timbul saat pasien melakukan pergerakan atau melakukan pergerakan miring kanan atau kiri, sekitar 1-3menit. Pasien tampak memegang area perutnya. Pasien tampak membatasi pergerakan. 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 19.00 WIB memberikan obat Asam Mefenamat 500 mg melalui oral dengan hasil obat telah diberikan dan tidak dimuntahkan oleh pasien, memberikan obat Katerolac 30 mg melalui intravena dengan hasil obat telah

diberikan dan obat masuk dengan lancar, tidak ada sumbatan (perawat ruangan). Pukul 21.30 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 di remas-remas, R: pasien mengatakan nyeri hilang timbul, S: pasien mengatakan nyeri skala 5, T: pasien mengatakan nyeri timbul saat pasien melakukan pergerakan atau melakukan pergerakan miring kanan atau kiri, sekitar 1-3menit. (perawat ruangan), mengobservasi tanda-tanda vital pasien dengan hasil tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 78 x/menit, pernafasan 18 x/menit (perawat ruangan). Pukul 05.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/75 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 18 x/menit, suhu 37 °C. Memberikan obat: obat Katorolac 30 mg melalui intravena dengan hasil obat telah diberikan dan obat masuk dengan lancar, tidak ada sumbatan (perawat ruangan).

### **Evaluasi Keperawatan**

Tanggal 11 Februari 2020 pukul 19.00 WIB

**S** : P: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, Q: pasien mengatakan nyeri seperti di remas-remas, R: pasien mengatakan nyeri hilang timbul, S: pasien mengatakan nyeri skala 5, T: pasien mengatakan nyeri timbul saat pasien melakukan pergerakan atau melakukan pergerakan miring kanan atau kiri, sekitar 1-3menit.

**O** : Tekanan darah 114/70 mmHg, nadi 70 x/menit, pernafasan 16 x/menit, pasien tampak memegang area perutnya, pasien tampak membatasi pergerakan, pasien tampak kooperatif, pasien tampak nyaman dengan posisi supine.

**A** : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

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

### **Pelaksanaan Keperawatan**

Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 82 x/menit, pernafasan 18 x/menit. Pukul 08.30 WIB memberikan obat: obat Asam Mefenamat 500 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 pada luka operasi, Q: pasien mengatakan nyeri seperti di remas-remas, R: pasien mengatakan nyeri hilang timbul, S: pasien mengatakan nyeri skala 3, T: pasien mengatakan nyeri timbul selama 1-3menit. Pasien tampak memegang area perutnya. Pasien tampak rileks dan tenang. Pukul 11.20 WIB mengobservasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan dengan hasil pasien tampak nyaman dengan posisi semi fowler. Pukul 11.30 WIB mengkaji ulang teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam) dengan hasil pasien dapat mengulangi sendiri. Pukul 13.00 WIB memberikan obat : Asam Mefenamat 500 mg melalui oral dengan hasil obat telah diberikan dan tidak dimuntahkan oleh pasien, memberikan obat Katorolac 30 mg melalui intravena dengan hasil obat telah diberikan dan obat masuk dengan lancar, tidak ada sumbatan. Pukul 15.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital pasien dengan hasil tekanan darah 120/60 mmHg, nadi 88 x/menit, pernafasan 18 x/menit. Pukul 19.00 WIB memberikan obat: obat Asam Mefenamat 500 mg melalui oral dengan hasil obat telah diberikan dan tidak dimuntahkan oleh pasien (perawat ruangan). Pukul 20.00 WIB memberikan obat: obat Katorolac 30 mg melalui intravena dengan hasil obat telah diberikan dan obat masuk dengan lancar, tidak ada sumbatan (perawat ruangan). Pukul 21.00 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 di remas-remas, R: pasien

mengatakan nyeri hilang timbul, S: pasien mengatakan nyeri skala 3, T: pasien mengatakan nyeri timbul, pasien tampak rileks dan tenang (perawat ruangan). Pukul 04.00 WIB memberikan obat: obat Katorolac 30 mg melalui intravena dengan hasil obat telah diberikan dan obat masuk dengan lancar, tidak ada sumbatan (perawat ruangan). Pukul 05.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 84 x/menit, pernafasan 18 x/menit (perawat ruangan).

### **Evaluasi Keperawatan**

Tanggal 12 Februari 2020 pukul 15.00 WIB

**S** : P: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, Q: pasien mengatakan nyeri seperti di remas-remas, R: pasien mengatakan nyeri hilang timbul, S: pasien mengatakan nyeri skala 3, T: pasien mengatakan nyeri timbul selama 1-3menit.

**O** : TD 120/60 mmHg, nadi 88 x/menit, pernafasan 18x/menit, Pasien tampak memengangi perutnya, pasien tampak nyaman dengan posisi semi fowler, pasien tampak rileks dan tenang, pasien tampak kooperatif.

**A** : Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

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

### **Pelaksanaan Keperawatan**

Tanggal 13 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 120/60 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 16 x/menit. Pukul 08.30 WIB memberikan obat: obat Asam Mefenamat 500 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 pada luka operasi sudah berkurang, Q: pasien mengatakan nyeri seperti di remas-remas sudah mulai berkurang,

R: pasien mengatakan nyeri hilang timbul, S: pasien mengatakan nyeri skala 2, T: pasien mengatakan nyeri timbul selama 1 menit. Pasien tampak rileks dan tenang. Pukul 11.30 WIB mengobservasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan dengan hasil pasien tampak sudah mulai tampak nyaman dengan aktifitas yang ringan.

### **Evaluasi Keperawatan**

Tanggal 13 Februari 2020 pukul 15.00 WIB

**S** : P: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi sudah berkurang, Q: pasien mengatakan nyeri seperti di remas-remas sudah mulai berkurang, R: pasien mengatakan nyeri hilang timbul, S: pasien mengatakan nyeri skala 2, T: pasien mengatakan nyeri timbul selama 1 menit.

**O** : Tekanan darah 120/60 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 16 x/menit, pasien tampak rileks dan tenang, pasien tampak nyaman dengan aktifitas yang ringan, pasien tampak kooperatif.

**A** : Masalah teratasi, tujuan tercapai.

**P** : Hentikan intervensi.

## 2. Resiko Pendarahan berhubungan dengan Trauma Jaringan (Luka Lepas Plasenta)

**Data Subjektif** : Pasien mengatakan lemas, pasien mengatakan merasa mulas seperti kontraksi.

**Data Objektif** : Pasien tampak lemas, TFU 1 jari dibawah pusat, Kontraksi uterus kuat dan konsistensi uterus keras, Lochea Rubra (merah segar), berbau khas darah, jumlah 1 pembalut (300cc), Perdarahan pada saat diruang operasi  $\pm$ 300cc, CRT < 3 detik, Konjungtiva anemis, Tekanan darah 114/70 mmHg, Nadi 70 x/menit, Suhu 36,8 °C, Hemoglobin 12,8 g/dl, Hematokrit 37 vol% (10-02-2020).

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

**Kriteria Hasil** : Tanda-tanda vital dalam batas normal (Tekanan Darah 110/70 - 120/80 mmHg, nadi 60-100x/menit, suhu 36,5 °C – 37,5 °C), TFU 2 jari dibawah pusat, konsistensi uterus keras, kontraksi uterus kuat, warna lochea normal (rubra - sanguiolenta), jumlah lochea tidak berlebihan, CRT < 3 detik, konjungtiva anemis, Hemoglobin dalam batas normal (12.3 – 16.0 g/dl), Hematokrit dalam batas normal (37 – 47 vol%).

### **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. Observasi tinggi fundus uteri dengan palpasi tiap 8 jam
- d. Monitor *lochea* pasien (warna, jumlah, bau) tiap 8 jam
- e. Kalaborasi dengan Laboratorium: Hb dan HT (k/p)

### **Pelaksanaan Keperawatan**

Tanggal 11 Februari 2020

Pukul 15.00 WIB memantau tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 114/70 mmHg, nadi 70 x/menit. Mengkaji kontraksi pada uterus dengan hasil kontraksi uterus kuat dan konsistensi uterus keras. Mengobservasi tinggi fundus uteri dengan hasil tinggi fundus uteri 1 jari dibawah pusat, pasien mengatakan merasa mulas seperti kontraksi. Memonitor lochea pasien dengan hasil warna lochea Rubra (merah segar), jumlah 1 pembalut (300 cc), berbau khas darah. Mengobservasi CRT dengan hasil CRT < 3 detik. Mengobservasi konjungtiva dengan hasil konjungtiva anemis, Pukul 21.00 WIB memantau tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 78 x/menit (perawat ruangan). Mengkaji kontraksi pada uterus dengan hasil kontraksi uterus kuat dan konsistensi uterus keras, pasien mengatakan merasa mulas seperti kontraksi (perawat ruangan). Mengobservasi tinggi fundus uteri dengan hasil tinggi fundus uteri 1

jari dibawah pusat (perawat ruangan). Memonitor lochea pasien dengan hasil warna lochea Rubra (merah segar), jumlah ½ pembalut (150cc), berbau khas darah (perawat ruangan). Pukul 05.00 memantau tanda-tanda vital pasien dengan hasil tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 78 x/menit (perawat ruangan).

### **Evaluasi Keperawatan**

Tanggal 11 februari 2020 Pukul 19.00 WIB

**S** : Pasien mengatakan lemas, pasien mengatakan merasa mulas seperti kontraksi.

**O** : Pasien tampak lemas, TD 114/70 mmHg, nadi 70 x/menit, Kontraksi uterus kuat dan konsistensi uterus keras, TFU 1 jari dibawah pusat, Lochea Rubra (merah segar), berbau khas darah, jumlah 1 pembalut (300cc), Perdarahan pada saat diruang operasi ±300cc, CRT < 3 detik, Konjungtiva anemis.

**A** : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

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

### **Pelaksanaan Keperawatan**

Tanggal 12 februari 2020

Pukul 08.00 WIB memantau tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 82 x/menit. Pukul 09.00 WIB mengkaji kontraksi pada uterus dengan hasil kontraksi uterus kuat dan konsistensi uterus keras. Mengobservasi tinggi fundus uteri dengan hasil tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, pasien mengatakan merasa mulas seperti kontraksi. Pukul 11.00 WIB memonitor lochea pasien dengan hasil warna lochea Rubra (merah segar), jumlah 1 pembalut (300 cc), berbau khas darah. Mengobservasi CRT dengan hasil CRT < 3 detik. Mengobservasi konjungtiva dengan hasil konjungtiva anemis. Pukul 15.00 WIB memantau tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 120/60 mmHg, nadi 88 x/menit. Pukul 21.00 WIB mengkaji kontraksi pada uterus dengan hasil kontraksi uterus kuat dan konsistensi uterus keras, pasien mengatakan merasa

mulas seperti kontraksi (perawat ruangan). Memonitor lochea pasien dengan hasil warna lochea Rubra (merah segar), jumlah  $\frac{1}{4}$  pembalut (230 cc), berbau khas darah (perawat ruangan). Mengobservasi tinggi fundus uteri pasien dengan hasil tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat (perawat ruangan). Pukul 05.00 memantau tanda-tanda vital pasien dengan hasil tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 84 x/menit (perawat ruangan).

### **Evaluasi Keperawatan**

Tanggal 12 Februari 2020 Pukul 15.00 WIB

**S** : Pasien mengatakan merasa mulas seperti kontraksi.

**O** : TD 120/60 mmHg, nadi 88 x/menit, Kontraksi uterus kuat dan konsistensi uterus keras, TFU 2 jari dibawah pusat, Lochea Rubra (merah segar), berbau khas darah, jumlah 1 pembalut (300cc), CRT < 3 detik, Konjungtiva anemis.

**A** : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

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

### **Pelaksanaan Keperawatan**

Tanggal 13 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB memantau tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 120/60 mmHg, nadi 80 x/menit. Mengkaji kontraksi pada uterus dengan hasil kontraksi uterus kuat dan konsistensi uterus keras. Mengobservasi tinggi fundus uteri dengan hasil tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, pasien mengatakan merasa mulas seperti kontraksi. Pukul 10.00 WIB memonitor lochea pasien dengan hasil warna lochea Rubra (merah segar), jumlah  $\frac{1}{2}$  pembalut (150 cc), berbau khas darah. Mengobservasi CRT dengan hasil CRT < 3 detik. Mengobservasi konjungtiva dengan hasil konjungtiva anemis.

### **Evaluasi Keperawatan**

Tanggal 13 Februari 2020 Pukul 15.00 WIB

**S** : Pasien mengatakan merasa mulas seperti kontraksi.

**O** : TD 120/60 mmHg, nadi 88 x/menit, Kontraksi uterus kuat dan konsistensi uterus keras, TFU 2 jari dibawah pusat, Lochea Rubra (merah segar), berbau khas darah, jumlah ½ pembalut (150 cc), CRT < 3 detik, Konjungtiva anemis.

**A** : Masalah teratasi, tujuan tercapai.

**P** : Hentikan intervensi.

### 3. Resiko Infeksi berhubungan dengan Prosedur Invasif

**Data Subjektif** : -

**Data Objektif** : Tekanan darah 114/70 mmHg, Suhu 36,8 °C, Pasien terdapat luka insisi operasi pada abdomen bawah panjangnya 16 cm, Tidak tampak adanya rembesan pada balutan luka operasi dan luka tertutup opsite, Tidak ada tanda-tanda infeksi lokal disekitar balutan luka operasi dan disekitar perut (rubor (kemerahan), dolor (rasa sakit), calor (panas), tumor (pembengkakan), functiolaesa), Luka operasi tampak memanjang kesamping transperitonealis profunda, Terpasang catater intravena ditangan sinistra, vena metacarpal, tidak ada tanda-tanda plebitis atau infeksi lokal disekitar tangan, Terpasang catater urine, tidak ada tanda-tanda infeksi disekitar kemaluan, Warna urine kuning jernih, Lochea Rubra (merah segar), bau khas darah, Leukosit 11.170 /ul (10-02-2020).

**Tujuan** : Setelah dilakukan tindakan keperawatn 3x24 jam infeksi tidak terjadi pada pasien.

**Kriteria Hasil** : Tanda-tanda vital dalam batas normal (suhu 36,5 °C – 37,5 °C), Tidak ada rembesan pada balutan luka operasi, Pasien tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi: rubor (kemerahan), dolor (rasa sakit), calor

(panas), tumor (pembengkakan), functiolaesa, Tidak ada tanda-tanda infeksi disekitar catater intravena, tidak terjadi plebitis, tidak ada tanda-tanda infeksi disekitar kemaluan, *Lochea* dalam batas normal: *rubra-sangoinolenta*, Leukosit dalam batas normal (4.000-10.500 /ul).

### **Rencana Keperawatan**

- a. Pantau tanda-tanda vital (suhu, pernafasan) pasien tiap 8 jam
- b. Kaji tanda-tanda infeksi tiap 8 jam
- c. Kaji balutan pasien tiap 8 jam
- d. Kaji jumlah warna dan bau lochea tiap 8 jam
- e. Observasi catater intravena (tanda-tanda plebitis) dan catater urine tiap 8 jam
- f. Lakukan perawatan luka pasien hari ke ketiga
- g. Lakukan perawatan catater intravena dan catater urine hari ketiga
- h. Anjurkan pasien makan makanan yang mengandung protein dan vitamin C
- i. Berikan obat Ceftriaxone 2x1 gram melalui IV
- j. Berikan obat Metronidazole 3x500 mg melalui IV (drip)
- k. Kalaborasi pemeriksaan Laboratorium pemeriksaan Leukosit

### **Pelaksanaan Keperawatan**

Tanggal 11 Februari 2020

Pukul 15.00 WIB memantau tanda-tanda vital suhu dengan hasil 36,8 °C. Mengkaji tanda-tanda infeksi dan mengobservasi infus, catater urine dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi (rubor (kemerahan), dolor (rasa sakit), calor (panas), tumor (pembengkakan), functiolaesa) pada luka operasi maupun pada infusan dan catater urine pada pasien. Mengkaji balutan dengan hasil tidak ada rembesan pada luka operasi. Mengkaji jumlah lochea dengan hasil 1 pembalut (300 cc) berwarna merah segar, berbau khas darah. Pukul 16.00 WIB memberikan obat

Metronidazole 500 mg melalui drip dengan hasil obat telah diberikan dan tetesan infus lancar. Pukul 18.30 WIB menganjurkan pasien untuk banyak makan yang mengandung protein dengan hasil pasien mengatakan akan mengikuti saran dari perawat. Pukul 21.00 WIB memantau tanda-tanda vital suhu dengan hasil 36,5 °C (perawat ruangan). Mengkaji tanda-tanda infeksi dan mengobservasi infus, catater urine dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi (rubor (kemerahan), dolor (rasa sakit), calor (panas), tumor (pembengkakan), functiolaesa) pada luka operasi maupun pada infusan dan catater urine pada pasien. Mengkaji balutan dengan hasil tidak ada rembesan pada luka operasi. Mengkaji jumlah lochea dengan hasil ½ pembalut (150cc) berwarna merah segar, berbau khas darah (perawat ruangan). Pukul 22.00 memberikan obat Cefriaxone 1 gr melalui IV dengan hasil obat berhasil dimasukkan (perawat ruangan). Pukul 24.00 WIB memberikan obat Metronidazole 500 mg melalui drip dengan hasil obat telah diberikan dan tetesan infus lancar (perawat ruangan). Pukul 05.00 WIB memantau tanda-tanda vital suhu dengan hasil 37 °C, pernafasan 18 x/menit (perawat ruangan) Pukul 06.30 melakukan perawatan cateter urine dengan hasil cateter urin berhasil dilepaskan, tidak ada tanda-tanda inflamasi (perawat ruangan).

### **Evaluasi Keperawatan**

Tanggal 11 Februari 2020 Pukul 19.00 WIB

**S** : Pasien mengatakan akan menerima anjurkan perawat untuk makan yang banyak mengandung protein.

**O** : Suhu 36,5 °C, tidak ada tanda-tanda infeksi (rubor (kemerahan), dolor (rasa sakit), calor (panas), tumor (pembengkakan), functiolaesa) pada luka operasi maupun pada infusan dan catater urine pada pasien, tidak ada rembesan pada luka operasi, jumlah lochea 1 pembalut (300 cc) berwarna merah segar, berbau khas darah, pasien tampak menerima anjuran dan pasien tampak kooperatif.

**A** : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

**P** : Lanjutkan semua intervensi a, b, c, d, e, f, g, h, i, dan j.

### **Pelaksanaan Keperawatan**

Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB memantau tanda-tanda vital suhu dengan hasil suhu 36,6 °C. Pukul 08.10 WIB Mengkaji tanda-tanda infeksi dan mengobservasi infus, catater urine dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi (rubor (kemerahan), dolor (rasa sakit), calor (panas), tumor (pembengkakan), functiolaesa) disekitar luka operasi maupun sekitar perut, disekitar infusan dan di sekitar catater urine pada pasien. Mengkaji balutan dengan hasil tidak ada rembesan pada luka operasi. Mengkaji jumlah lochea dengan hasil 1 pembalut (300 cc) berwarna merah segar, berbau khas darah. Pukul 09.00 WIB memberikan obat Cefriaxone 1 gr melalui IV dengan hasil obat berhasil dimasukkan, memberikan obat Metronidazole 500 mg melalui drip dengan hasil obat telah diberikan dan tetesan infus lancar. Pukul 15.00 WIB memantau tanda-tanda vital suhu pasien dengan hasil 37 °C, pernafasan 18 x/menit. Pukul 17.00 WIB memberikan obat Metronidazole 500 mg melalui drip dengan hasil obat telah diberikan dan tetesan infus lancar (perawat ruangan). Pukul 20.00 WIB mengkaji tanda-tanda infeksi dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi (rubor (kemerahan), dolor (rasa sakit), calor (panas), tumor (pembengkakan), functiolaesa) disekitar luka operasi maupun sekitar perut, disekitar infusan dan di sekitar catater urine pada pasien. Mengkaji balutan dengan hasil tidak ada rembesan pada luka operasi. Mengkaji jumlah lochea dengan hasil ½ pembalut (150cc) berwarna merah segar, berbau khas darah (perawat ruangan). Pukul 21.00 WIB memberikan obat Cefriaxone 1 gr melalui IV dengan hasil obat berhasil dimasukkan (perawat ruangan). Pukul 01.00 WIB memberikan obat Metronidazole 500 mg melalui drip dengan hasil obat telah diberikan dan tetesan infus lancar (perawat ruangan). Pukul 05.00 WIB memantau tanda-tanda vital suhu pasien dengan hasil 36,4 °C (perawat ruangan). Mengkaji tanda-tanda infeksi dengan hasil tidak

ada tanda-tanda infeksi (rubor (kemerahan), dolor (rasa sakit), calor (panas), tumor (pembengkakan), functiolaesa) disekitar luka operasi maupun sekitar perut, disekitar infusan dan di sekitar catater urine pada pasien. Mengkaji balutan dengan hasil tidak ada rembesan pada luka operasi. Mengkaji jumlah lochea dengan hasil ½ pembalut (150cc) berwarna merah segar, berbau khas darah (perawat ruangan).

### **Evaluasi Keperawatan**

Tanggal 12 Februari 2020 Pukul 15.00 WIB

**S** :-

**O** : Suhu 37 °C, tidak ada tanda-tanda infeksi (rubor (kemerahan), dolor (rasa sakit), calor (panas), tumor (pembengkakan), functiolaesa) pada luka operasi maupun pada infusan dan catater urine pada pasien, tidak ada rembesan pada luka operasi, jumlah lochea 1 pembalut (300 cc) berwarna merah segar, berbau khas darah.

**A** : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

**P** : Lanjutkan semua intervensi a, b, c, d, e, f, g, h, i, dan j.

### **Pelaksanaan Keperawatan**

Tanggal 13 Februari 2020

Pukul 07.00 WIB melakukan perawatan luka operasi dengan hasil luka jahitan tampak rapat, tidak ada rembesan darah atau push, kulit disekitar luka tampak kemerahan, luka dibersihkan dengan Nacl 0,9% dan dikeringkan dengan kassa steril, dan luka diberi bactigras dan ditutup opsite. Pukul 08.00 WIB memantau tanda-tanda vital suhu dengan hasil suhu 36,6 °C. Pukul 08.30 WIB memberikan obat Cefriaxone 1 gr melalui IV dengan hasil obat berhasil dimasukkan, memberikan obat Metronidazole 500 mg melalui drip dengan hasil obat telah diberikan dan tetesan infus lancar. Pukul 11.00 WIB mengkaji tanda-tanda infeksi dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi (rubor (kemerahan), dolor (rasa sakit), calor (panas), tumor (pembengkakan), functiolaesa) disekitar luka operasi maupun sekitar perut, disekitar infusan dan di sekitar catater urine pada pasien.

Mengkaji balutan dengan hasil tidak ada rembesan pada luka operasi. Mengkaji jumlah lochea dengan hasil ½ pembalut (150cc) berwarna merah segar, berbau khas darah. Pukul 12.00 WIB melakukan perawatan catater infus dengan hasil catater infus dilepas tidak ada tanda-tanda phlebitis, infus berhasil dilepaskan.

### **Evaluasi Keperawatan**

Tanggal 12 Februari 2020 Pukul 15.00 WIB

**S** :-

**O** : Suhu 36,6 °C, pernafasan 18 x/menit, tidak ada tanda-tanda infeksi (rubor (kemerahan), dolor (rasa sakit), calor (panas), tumor (pembengkakan), functiolaesa) disekitar luka operasi maupun sekitar perut dan disekitar infusan, tidak ada rembesan pada luka operasi, perawatan luka operasi luka jahitan tampak rapat, tidak ada rembesan darah atau push, kulit disekitar luka tampak kemerahan, luka dibersihkan dengan Nacl 0,9% dan dikeringkan dengan kassa steril, dan luka diberi bactigras dan ditutup opsite, jumlah lochea dengan hasil ½ pembalut (150cc) berwarna merah segar, berbau khas darah, perawata catater infus dilepas tidak ada tanda-tanda phlebitis, infus berhasil dilepaskan.

**A** : Masalah teratasi, tujuan tercapai

**P** : Hentikan intervensi

#### 4. Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Efek Anastesi

**Data Subjektif** : Pasien mengatakan masih lemas, Pasien mengatakan akan melakukan miring kanan dan kiri, Pasien mengatakan tidak nyaman saat bergerak karena terpasang kateter urin dan merasakan nyeri di luka oprasi.

**Data Objektif** : Pasien tampak masih lemas, Pasien tampak tidak nyaman saat bergerak dan kesulitan karena terpasang kateter urin, Pasien post operasi: 6 Jam, Pasien tampak berbaring dengan posisi terlentang,

pasien dianjurkan bedrest sampai dengan jam 21.00 WIB (11-02-2020), karna masih ada efek anestesi spinal

**Tujuan** : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan mobilisasi pasien bertahap.

**Kriteria Hasil** : Pasien dapat miring kanan dan kiri, setengah duduk, duduk, turun dari tempat tidur dan berjalan ke toilet secara mandiri.

**Rencana Keperawatan:**

- a. Kaji kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi
- b. Dekatkan alat- alat yang dibutuhkan oleh pasien.
- c. Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya sehari-hari (mandi, makan).
- d. Libatkan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pasien.
- e. Motivasi pasien untuk mobilisasi bertahap: miring kanan miring kiri setelah 6 jam post operasi setengah duduk, duduk, turun dari tempat tidur dan berjalan ke toilet secara mandiri setelah 12 jam.

**Pelaksanaan Keperawatan:**

Tanggal 11 Februari 2020

Pukul 15.00 WIB mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi dengan hasil pasien akan melakukan miring kanan kiri setelah 6 jam operasi. Pukul 15.30 WIB mendekatkan alat-alat yang dibutuhkan pasien dengan hasil perawat sudah mendekatkan alat-alat yang dibutuhkan pasien terutama bel didekatkan pasien untuk mempermudah pasien. Pukul 17.00 WIB membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari (mandi) dengan hasil pasien pasien sangat kooperatif untuk memenuhi kebutuhannya. Pukul 17.30 WIB melibatkan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pasien dengan hasil perawat memberitahu kepada suami pasien dan keluarga pasien untuk selalu memenuhi kebutuhan pasien. Pukul 18.00 WIB memotivasi pasien untuk mobilisasi miring kanan dan kiri setelah 6 jam dengan

hasil perawat menjelaskan mobilisasi bertahap. Pukul 18.15 WIB mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi dengan hasil pasien mengatakan sekarang bisa miring kanan dan kiri. Pukul 19.00 WIB membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya sehari-hari (makan) dengan hasil pasien mengatakan pasien mau dibantu untuk memenuhi kebutuhannya jika suami tidak ada disampingnya (perawat ruangan). Pukul 20.00 WIB melibatkan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pasien dengan hasil perawat memberitahu kepada suami pasien untuk selalu memenuhi kebutuhan pasien (perawat ruangan). Pukul 21.00 WIB memantau keadaan umum pasien dengan hasil pasien tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis (perawat ruangan). Pukul 22.00 WIB mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi dengan hasil pasien mengatakan sekarang bisa setengah duduk (perawat ruangan). Pukul 22.30 WIB mendekatkan alat- alat yang dibutuhkan pasien dengan hasil perawat sudah mendekatkan alat-alat yang dibutuhkan pasien terutama bel didekatkan pasien untuk mempermudah pasien (perawat ruangan). Pukul 04.00 WIB mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi dengan hasil pasien mengatakan sekarang bisa duduk (perawat ruangan). Pukul 05.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/75 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 18 x/menit, suhu 37 °C (perawat ruangan). Pukul 06.30 WIB melakukan perawatan cateter urine dengan hasil cateter urine berhasil dilepaskan tidak ada tanda-tanda infeksi (perawat ruangan).

### **Evaluasi Keperawatan**

Tanggal 11 Februari 2020 pukul 19.00 WIB

**S** : Pasien mengatakan sekarang sudah bisa miring kanan dan kiri

**O** : Pasien sudah bisa miring kanan dan kiri

**A** : Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

**P** : Lanjutkan semua intervensi

### **Pelaksanaan Keperawatan:**

Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB memantau tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 82 x/menit, pernafasan 18 x/menit, suhu 36,6 °C. Pukul 08.15 WIB mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi dengan hasil pasien mengatakan sekarang bisa duduk, turun dari tempat tidur. Pukul 08.20 WIB mendekatkan alat-alat yang dibutuhkan pasien dengan hasil perawat sudah mendekatkan alat-alat yang dibutuhkan pasien terutama bel didekatkan pasien untuk mempermudah pasien. Pukul 08.40 WIB membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya sehari-hari (mandi, makan) dengan hasil pasien mengatakan pasien mau dibantu untuk memenuhi kebutuhannya jika suami tidak ada disampingnya. Pukul 11.00 WIB mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi dengan hasil pasien mengatakan sekarang bisa duduk, turun dari tempat tidur dan sudah bisa berjalan ke kamar mandi dengan mandiri. Pukul 12.00 WIB mendekatkan alat-alat yang dibutuhkan pasien dengan hasil perawat sudah mendekatkan alat-alat yang dibutuhkan pasien terutama bel didekatkan pasien untuk mempermudah pasien. Pukul 14.00 WIB mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi dengan hasil pasien mengatakan sekarang bisa duduk, turun dari tempat tidur dan sudah bisa berjalan ke kamar mandi dengan mandiri. Pukul 14.50 WIB memantau keadaan umum pasien dengan hasil pasien tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis. Pukul 15.00 WIB memantau tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 120/60 mmHg, nadi 88 x/menit, pernafasan 18 x/menit, suhu 37°C.

### **Evaluasi Keperawatan**

Tanggal 11 Februari 2020 pukul 19.00 WIB

S : Pasien mengatakan sekarang sudah bisa setengah duduk, duduk, turun dari tempat tidur dan sudah berjalan ke toilet secara mandiri.

O : Keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis, tekanan darah 120/60 mmHg, nadi 88 x/menit, pernafasan 18 x/menit, suhu 37°C.

A : Masalah teratasi, tujuan tercapai

P : Hentikan semua intervensi

5. Defisiensi Pengetahuan berhubungan dengan Kurang Sumber Pengetahuan tentang KB

**Data Subjektif** : Pasien mengatakan akan memasang KB, namun belum mengetahui alat kontrasepsi apa yang tepat untuk digunakan.

**Data Objektif** : Pasien masih tampak bingung saat perawat menanyakan tentang KB.

**Tujuan** : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 20 menit pengetahuan pasien mengalami peningkatan.

**Kriteria Hasil** : Pasien mampu memahami tentang program KB dan memilih alat kontrasepsi yang akan digunakan

**Rencana Keperawatan**

- a. Kaji pengetahuan dan pemahaman pasien terhadap pilihan kontrasepsi
- b. Diskusikan metode-metode kontrasepsi (misalnya: bebas obat, hormonal, spiral/IUD/sterilisasi) termasuk efektifitas, efek samping, kontraindikasi, dan tanda gejala yang perlu dilaporkan ke petugas kesehatan
- c. Diskusikan mengenai keuntungan dan kerugian dari masing-masing jenis KB

**Pelaksanaan Keperawatan**

Tanggal 13 Februari 2020

Pukul 09.00 WIB mengkaji pengetahuan dan pemahaman pasien terhadap pilihan kontrasepsi dengan hasil pasien mengatakan belum mengetahui tentang alat kontrasepsi. Pukul 09.30 WIB melakukan penyuluhan kepada pasien mengenai metode-metode kontrasepsi, keuntungan dan kerugian kontrasepsi dengan hasil pasien

mendengarkan dengan baik. Pasien tampak mendengarkan penjelasan dari perawat, aktif bertanya dan kooperatif.

### **Evaluasi Keperawatan**

Tanggal 13 Februari 2020

**S** : Pasien mengatakan sudah mengetahui tentang alat kontrasepsi dan akan mengatur jarak kehamilannya. Setelah dilakukan penyuluhan pasien mengatakan masih belum tau alat kontrasepsi apa yang cocok akan digunakan dan masih ingin berdiskusi dengan suaminya.

**O** : Pasien tampak aktif bertanya, pasien tampak mendengarkan perawat, pasien tampak kooperatif.

**A** : Masalah teratasi, tujuan tercapai.

**P** : Hentikan semua intervensi

6. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan Kurang pengetahuan ibu

**Data Subjektif** : Pasien mengatakan belum memahami tentang ASI Eksklusif, cara penyimpanan ASI dan perawatan payudara

**Data Objektif** : Pasien tampak bingung saat ditanya tentang ASI Eksklusif, cara penyimpanan ASI dan perawatan payudara, Papilla mammae kanan pasien tampak datar.

**Tujuan** : Setelah dilakukan tindakan kepetawayan selama 1x40 menit pengetahuan pasien mengalami peningkatan.

**Kriteria Hasil** : Pasien mampu memahami tentang ASI Eksklusif, cara penyimpanan ASI dan perawatan payudara

### **Rencana Keperawatan**

- a. Kaji tingkat pengetahuan pasien tentang ASI Eksklusif, cara penyimpanan ASI dan perawatan payudara
- b. Jelaskan tujuan dari tindakan tersebut

- c. Berikan informasi terkait dengan ASI Eksklusif, cara penyimpanan ASI dan perawatan payudara
- d. Lakukan perawatan payudara (Brestcare)

### **Perencanaan Keperawatan**

Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 09.00 mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang ASI Eksklusif, cara menyimpan ASI dan perawatan payudara dengan hasil pasien mengatakan belum mengetahui cara penyimpanan ASI, belum mengetahui tentang ASI Eksklusif dan perawatan payudara. Pukul 09.05 memberikan informasi tentang ASI Eksklusif, cara menyimpan ASI dan perawatan payudara, dengan hasil pasien memperhatikan penjelasan dari perawat dan aktif bertanya, pasien tampak antusias dan kooperatif. Pukul 09.20 melakukan perawatan payudara dengan hasil pasien mau mendemonstrasikan tentang perawatan payudara.

### **Evaluasi Keperawatan**

Tanggal 12 Mei 2019 pukul 11.05 WIB

**S** : Pasien mengatakan sudah mengetahui sedikit cara penyimpanan ASI, sudah mengetahui sedikit tentang ASI Eksklusif, dan cara perawatan payudara

**O** : Pasien tampak memperhatikan penjelasan dari perawat, pasien tampak aktif bertanya, pasien tampak antusias, pasien tampak mendemonstrasikan dan kooperatif.

**A** : Masalah teratasi, tujuan tercapai

**P** : Hentikan semua intervensi.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada BAB ini penulis akan membahas adanya kesenjangan pada teori dengan kasus setelah melakukan Asuhan Keperawatan pada Ny. E dengan Pasca Partum *Sectio Caesarea* atas Indikasi Gagal Induksi 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 Astutik (2015), tanda-tanda vital pada masa nifas akan mengalami perubahan yaitu tekanan darah <140mmHg dan bisa meningkat dari sebelum persalinan sampai 1-3 hari masa nifas. Penurunan tekanan darah dapat mengakibatkan hipovolemi, karena adanya perubahan hemodinamik yang dapat menyebabkan kehilangan darah pada saat persalinan, darah menjadi lebih kental maka pada 1 jam pertama penting dilakukan pemantauan tanda-tanda vital pasien setiap 15 menit untuk mengantisipasi terjadinya perdarahan. Sebaliknya jika tekanan darah tinggi kemungkinan adanya pre-eklamsi yang bisa timbul pada masa nifas dan diperlukan penanganan lebih lanjut. Namun, pada kasus yang ditemukan peneliti tidak ditemukan adanya penurunan atau kenaikan tekanan darah. Tekanan darah masih dalam batas normal dengan hasil TD 114/70 mmHg.

Menurut Astutik (2015), mengatakan bahwa sekitar hari ke-4 setelah persalinan suhu ibu akan mengalami sedikit kenaikan suhu (37,2-37,5°C). Kenaikan suhu ini kemungkinan disebabkan karena aktivitas payudara. Bila kenaikan suhu mencapai 38°C pada hari kedua sampai hari-hari

berikutnya, perlu diwaspadai dan segera periksa kondisi kesehatan ke dokter agar tidak terjadi adanya infeksi pada masa nifas. Pada kasus 4 jam setelah pasca partum, pasien tidak mengalami kenaikan suhu dibuktikan dengan suhu pasien  $36,8^{\circ}\text{C}$ , saat dilakukan pengkajian tidak ada pembengkakan dan nyeri pada payudara, dan tidak ada tanda-tanda infeksi pada sekitar luka operasi, sekitar infus dan sekitar cateter urine.

Menurut teori Astutik (2015), denyut nadi pada ibu yang dalam keadaan istirahat penuh sekitar 60x/menit. Denyut nadi akan lebih cepat kira-kira 110 x/menit, bila disertai peningkatan suhu tubuh bisa juga terjadi *shock* karena infeksi. Pada saat dilakukan pengkajian pasien tidak mengalami penurunan atau kenaikan, hal ini dibuktikan dengan hasil pemeriksaan nadi 80 x/menit. Denyut nadi pada masa nifas cenderung lebih normal dibandingkan suhu tubuh.

Menurut Astutik (2015), respirasi atau pernafasan umumnya lambat atau normal (16-24 x/menit), bila respirasi cepat pada masa nifas ( $>30$  x/menit) karna kemungkinan adanya *shock*, karena ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam keadaan istirahat. Pada saat melakukan pengkajian pernafasan masih dalam batas normal 18x/menit, pasien tidak mengalami kecepatan.

Menurut Astutik (2015), perubahan pada sistem perkemihan 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 kedua kepada janin dan tulang pubis selama persalinan. 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. Pada saat dikaji setelah postpartum *Sectio Caesarea* pasien menggunakan cateter urine, dengan karakteristik urine kuning jernih.

Menurut Astutik (2015), perubahan pada sistem pencernaan pada waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal, rasa sakit di daerah perineum dapat menghalangi keinginan untuk buang air besar (BAB) sehingga pada masa nifas sering timbul keluhan *konstipasi* akibat tidak teraturnya BAB. Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan belum BAB karena pasien belum ingin buang air besar. Pada saat pengkajian pasien tidak mengalami masalah buang air besar atau hemoroid, terakhir BAB tanggal 10 februari 2020.

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 4 jam postpartum karena keterbatasan waktu dan referensi buku yang kurang yang bisa dijadikan sumber bagi penulis.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Pada diagnosa keperawatan menurut teori Nanda (2015) (Nurarif & Kusuma, 2015), merumuskan pada pasien dengan postpartum *sectio caesarea* adalah sepuluh diagnosa. Sedangkan pada kasus Ny. E dengan postpartum *sectio caesarea* dirumuskan lima diagnosa keperawatan, dimana ketiga 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 5, maka dari itu perlunya pemantauan dan penanganan lebih lanjut agar pasien tidak merasakan nyeri berlebihan atau nyeri pasien berkurang dan memberikan rasa nyaman pada pasien.
2. Ketidakefektifan Pemberian ASI berhubungan dengan Kurang Pengetahuan Ibu, terhentinya proses menyusui.

Diagnosa keperawatan ini diangkat oleh penulis karena didukung oleh adanya data pasien yang dibuktikan pasien mengatakan belum memahami tentang cara pemberian ASI Eksklusif, cara penyimpanan ASI dan perawatan payudara, pasien tampak bingung saat ditanya mengenai cara pemberian ASI Eksklusif, cara penyimpanan ASI dan cara perawatan payudara. Oleh karena itu, penulis mengangkat diagnosa tersebut agar pasien dapat melakukan cara pemberian ASI Eksklusif, cara penyimpanan ASI dan cara perawatan payudara secara mandiri.

3. Resiko Infeksi berhubungan dengan Faktor Resiko; Episiotomi, Laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan perslainan.

Diagnosa keperawatan ini diangkat oleh penulis karena didukung oleh adanya data yang dibuktikan dengan saat melakukan pengkajian pasien baru 4 jam postoperasi, maka dari itu perlunya pemantauan lebih lanjut agar tidak terjadi infeksi pada pasien pada luka sayatan operasi maupun pada infus pasien dan cateter urine pasien.

Diagnosa keperawatan tambahan pada kasus yang tidak terdapat pada teori, namun ada dalam Herdman, T. Heather (2015) dan kasus, yaitu:

1. Resiko Perdarahan berhubungan dengan Trauma.

Diagnosa keperawatan tersebut diangkat oleh penulis karena didukung oleh adanya data pasien yang dibuktikan pasien baru saja 4 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.

2. Defisiensi Pengetahuan berhubungan dengan Kurang sumber Pengetahuan tentang KB.

Diagnosa keperawatan ini muncul karena didapatkan data pasien yang dibuktikan pasien mengatakan akan memasang keluarga berencana), namun belum mengetahui alat kontrasepsi

apa yang tepat untuk digunakan, dan pada saat ditanya pasien tampak bingung tentang keluarga berencana. Oleh karena itu penulis mengangkat diagnosa tersebut agar pasien dapat mengetahui kelebihan dan kekurangan, serta dapat memilih alat kontrasepsi yang tepat untuk mengatur jarak kehamilan anak pertama dan kedua.

3. Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Efek Anestesi.

Diagnosa keperawatan ini diangkat oleh penulis karena didukung oleh adanya data yang dibuktikan dengan saat melakukan pengkajian pasien baru 6 jam postoperasi, maka dari itu perlunya pemantauan lebih lanjut.

Sedangkan diagnosa yang terdapat pada teori tetapi tidak muncul dalam kasus adalah:

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

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 16x/menit, irama nafas teratur dengan kedalaman dalam, pasien tidak ada batuk dan suara nafas pasien terdengar vesikuler atau normal. Diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan nafas ini biasanya ditegakkan pada tindakan *sectio caesarea* dengan anestesi general, dimana dapat beresiko terjadinya penumpukan sekret pada jalan nafas. Pada kasus pasien dilakukan anestesi spinal sehingga tidak terjadi penumpukan sekret yang berlebihan pada jalan nafas, karena anestesi spinal merupakan anestesi yang membuat baal dari bagian perut hingga kaki.

2. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan obstruksi anatomic, penyebab multipel, gangguan sensori motorik, infeksi saluran kemih.

Diagnosa keperawatan ini tidak diangkat karena pasien tidak mengalami perubahan eliminasi urin dibuktikan dengan pada saat perawatan hari kedua pasien dilakukan pelepasan kateter pasein sudah bisa buang air kecil. Gangguan eliminasi urin ini seharusnya tidak terjadi lagi setelah 24 jam pertama, dimana setelah plasenta keluar hormon estrogen (meretensi cairan) menurun, sehingga pengeluaran banyak melalui keringat dan urin. Maka pada 6 jam setelah postpartum ibu sudah dapat BAK mandiri.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan.

Diagnosa keperawatan ini tidak diangkat karena pasien tidak mengalami gangguan pola tidur dibuktikan dengan data yang ditemukan pasien mengatakan tidak mengalami perubahan pola tidur masih sama seperti biasanya, dan mengatakan tidak merasakan kekawatiran maupun kecemasan. Jika pasien cemas dapat menyebabkan peningkatan saraf simpatis yang dapat menyebabkan gangguan pola tidur.

4. Defisit perawatan diri mandi, makan, eliminasi berhubungan dengan kelelahan postpartum.

Diagnosa kepetawatan ini tidak diangkat karena pasien dapat melakukan perawatan diri seperti mandi, makan dan eliminasi setelah 24 jam paska partum.

5. Konstipasi berhubungan dengan penurunan frekwensi, perubahan pada pola defekasi.

Diagnosa keperawatan ini tidak diangkat dikarenakan pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan sebelum dilakukan tindakan operasi *sectio caesarea* sudah defekasi pada tanggal 10 Februari 2020.

6. Resiko syok berhubungan dengan hipovolemi.

Diagnosa keperawatan ini tidak diangkat penulis karena tidak ditemukan data-data terjadinya resiko syok pada pasien. Dibuktikan dengan hasil tekanan darah 114/70 mmHg, perdarahan pada saat operasi 300 cc dan *lochea* pada saat pengkajian keluar 300 cc.

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 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), Resiko Perdarahan berhubungan dengan Trauma Jaringan (Luka Lepas Plasenta), Resiko Infeksi berhubungan dengan Prosedur Invasif, Defisiensi Pengetahuan berhubungan dengan Kurang Sumber Pengetahuan tentang KB, dan Defisiensi Pengetahuan berhubungan dengan Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan Kurang pengetahuan ibu. Diagnosa prioritas yang penulis angkat adalah Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Cedera Fisik (Prosedur Bedah) karena masalah sudah aktual dibandingkan Resiko Perdarahan berhubungan dengan Trauma Jaringan (Luka Lepas Plasenta), 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 NANDA (2015) (Nurarif & Kusuma, 2015) intervensi yang dapat dilakukan yaitu ada 16 intervensi. Namun intervensi yang penulis lakukan sesuai dengan keluhan dan data yang dimiliki penulis, yaitu:

- a. Kaji nyeri pasien secara komprehensif, meliputi: lokasi, karakteristik, onset atau durasi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri, dan faktor pencetusnya (PQRST) tiap 8 jam.
  - b. Observasi tanda-tanda vital, meliputi: tekanan darah, nadi, dan pernafasan, suhu tiap 8 jam.
  - c. Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan.
  - d. Ajarkan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam)
  - e. Berikan obat Asam Mefenamat 3x500mg (1tab), Katorolac 3x30mg intravena, Tramal 100mg suppo (k/p).
2. Resiko Pendarahan berhubungan dengan Trauma Jaringan (Luka Lepas Plasenta).

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. Observasi tinggi fundus uteri dengan palpasi tiap 8 jam
- d. Monitor *lochea* pasien (warna, jumlah, bau) tiap 8 jam
- e. Kalaborasi dengan Laboratorium: Hb dan HT (k/p)

Menurut teori tidak ditemukan diagnosa resiko perdarahan, maka penulis merumuskan intervensi yang sesuai dengan keluhan pasien untuk mengatasi resiko perdarahan.

3. Resiko Infeksi berhubungan dengan Prosedur Invasif.

Penulis membuat tujuan dengan batasan waktu 3x24 jam. Menurut teori NANDA (2015) (dalam Nurarif, 2016) intervensi yang dapat dilakukan yaitu ada 25 intervensi. Namun intervensi yang penulis lakukan sesuai dengan keluhan dan data yang dimiliki penulis, yaitu:

- a. Pantau tanda-tanda vital (suhu, pernafasan) pasien tiap 8 jam
- b. Kaji tanda-tanda infeksi tiap 8 jam
- c. Kaji balutan pasien tiap 8 jam
- d. Kaji jumlah warna dan bau *lochea* tiap 8 jam

- e. Observasi catater intravena (tanda-tanda plebitis) dan catater urine tiap 8 jam
  - f. Lakukan perawatan luka pasien hari ke ketiga
  - g. Lakukan perawatan catater intravena dan catater urine hari ketiga
  - h. Anjurkan pasien makan makanan yang mengandung protein dan vitamin C
  - i. Berikan obat Ceftriaxone 2x1 gram melalui IV
  - j. Berikan obat Metronidazole 3x500 mg melalui IV (drip)
  - k. Kalaborasi pemeriksaan Laboratorium pemeriksaan Leukosit
4. Hambatan Aktifitas berhubungan dengan Efek Anastesi.

Pada diagnosa keperawatan ini penulis melakukan intervensi dengan pendekatan kriteria hasil NOC dan intervensi NIC:

- a. Kaji kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi.
  - b. Dekatkan alat- alat yang dibutuhkan oleh pasien.
  - c. Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya sehari-hari (mandi, makan).
  - d. Libatkan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pasien.
  - e. Motivasi pasien untuk mobilisasi bertahap: miring kanan miring kiri setelah 6 jam post operasi, setengah duduk, duduk, dan turun dari tempat tidur setelah 12 jam.
5. Defisiensi Pengetahuan berhubungan dengan Kurang Sumber Pengetahuan tentang KB.

Pada diagnosa keperawatan ini penulis melakukan intervensi dengan pendekatan kriteria hasil NOC dan intervensi NIC:

- a. Kaji pengetahuan dan pemahaman pasien terhadap pilihan kontrasepsi
- b. Diskusikan metode-metode kontrasepsi (misalnya: bebas obat, hormonal, spiral/IUD/sterilisasi) termasuk efektifitas, efek samping, kontraindikasi, dan tanda gejala yang perlu dilaporkan ke petugas kesehatan

- c. Diskusikan mengenai keuntungan dan kerugian dari masing-masing jenis KB.
6. Ketidakefektifan Pemberian ASI berhubungan dengan Kurang Pengetahuan Ibu.

Pada diagnosa keperawatan ini penulis melakukan intervensi dengan pendekatan kriteria hasil NOC dan intervensi NIC:

- a. Kaji tingkat pengetahuan pasien tentang ASI Eksklusif, cara penyimpanan ASI dan perawatan payudara
- b. Jelaskan tujuan dari tindakan tersebut
- c. Berikan informasi terkait dengan ASI Eksklusif, cara penyimpanan ASI dan perawatan payudara
- d. Lakukan perawatan payudara (Brestcare)

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, yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur bedah), resiko perdarahan berhubungan dengan trauma, resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang sumber pengetahuan tentang KB, defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang sumber pengetahuan tentang perawatan bayi, dan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang sumber pengetahuan tentang ASI Eksklusif dan perawatan payudara.

Pada diagnosa pertama nyeri akut semua tindakan keperawatan dapat dilaksanakan semua baik secara independet ataupun secara interdependent. Pelaksanaan independet yang dilakukan pada diagnosa ini adalah

mengkaji nyeri pasien secara komprehensif, mengobsevasi tanda-tanda vital, observasi adanya petunjuk noverball, dan mengajarkan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam). Sedangkan secara interdependent yang dapat dilakukan adalah berikan Asam Mefenamat 3x500mg (1tab), Katorolac 3x30mg intravena, Tramal 100mg suppo (k/p). Semua pelaksanaan dapat dilakukan dengan baik karena adanya faktor pendukung baik dari keluarga pasien maupun perawat ruangan, seperti dalam pemberian obat yang dilakukan oleh perawata ruangan yang bertugas pada saat itu.

Pada diagnosa kedua resiko 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. Semua pelaksanaan dapat dilakukan dengan baik karena adanya faktor pendukung baik dari keluarga pasien maupun perawat ruangan, seperti dalam pemberian obat yang dilakukan oleh perawata ruangan yang bertugas pada saat itu.

Pada diagnosa ketiga resiko 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 Ceftriaxone 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 perawata ruangan yang bertugas pada saat itu.

Pada diagnosa keempat hambatan aktifitas semua tindakan dapat dilaksanakan dengan baik secara independent maupun interdependent. 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 kelima defisiensi pengetahuan tentang KB semua tindakan dapat dilaksanakan dengan baik secara independent. Pelaksanaan independent yang dilakukan pada diagnosa ini adalah mengkaji pengetahuan dan pemahaman pasien terhadap pilihan kontrasepsi, diskusikan metode-metode kontrasepsi, dan diskusikan mengenai keuntungan dan kerugian dari masing-masing jenis KB. 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 ketidakefektifan pemberian ASI semua tindakan dapat dilaksanakan dengan baik secara independent. Pelaksanaan independent yang dilakukan pada diagnosa ini adalah mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang ASI Eksklusif dan cara penyimpanan ASI, menjelaskan tujuan dari tindakan, memberikan informasi terkait dengan ASI Eksklusif dan cara penyimpanan ASI. 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.

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 berkurang sampai dengan hilang skala nyeri 1-0 dengan kriteria hasil pasien dapat menggunakan teknik non farmakologi mengurangi nyeri, tanda-tanda vital dalam batas normal, nyeri dapat berkurang sampai dengan hilang dengan skala 3-1, pasien tampak tenang dan tampak rileks. Masalah teratasi, tujuan tercapai. Dibuktikan pada evaluasi hari ketiga pasien mengatakan nyeri pada luka operasi sudah berkurang, nyeri seperti diremas-remas mulai berkurang, nyeri hilang timbul, skala nyeri pasien dari 5 menjadi 2 pasien tanda-tanda vital pasien tampak dalam batas normal, pasien tampak rileks dan kooperatif.

2. Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma jaringan (luka lepas plasenta).

Diagnosa keperawatan ini ditentukan setelah dilakukan 3x24 jam resiko perdarahan tidak terjadi dengan kriteria hasil TFU 2 jari dibawah pusat, konsistensi uterus keras, kontraksi uterus kuat, warna *lochea* normal (rubra-sanguinolenta), jumlah *lochea* tidak berlebihan, CRT < 3 detik, konjungtiva anemis, Hemoglobin dan Hematokrit dalam batas normal. Masalah teratasi, tujuan tercapai. Dibuktikan pada evaluasi hari ketiga pasien mengatakan merasa mulas saat rahim berkontraksi, Kontraksi uterus kuat dan konsistensi uterus keras, TFU 2 jari dibawah pusat, Lochea Rubra (merah segar), berbau khas darah, jumlah ½ pembalut (150 cc), CRT < 3 detik, Konjungtiva anemis hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal.

3. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif.

Diagnosa keperawatan ini ditentukan setelah dilakukan 3x24 jam infeksi tidak terjadi pada pasien dengan kriteria hasil suhu tubuh dalam batas normal (36,5 °C - 37 °C), pasien tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi di sekitar luka operasi, di infus dan catater urine, Lochea dalam batas normal: rubra-sangoinolenta, Leukosit dalam batas normal (4.000-10.500 /ul). Dibuktikan pada evaluasi hari ketiga suhu pasien

36,4 °C, tidak ada tanda-tanda infeksi pada sekitar luka operasi, infus dan catater urine, jumlah lochea dengan hasil ½ pembalut (150cc) berwarna merah segar, berbau khas darah.

4. Hambatan Aktifitas berhubungan dengan Efek Anastesi.

Diagnosa keperawatan ini ditentukan setelah dilakukan 1x24 jam mobilisasi secara bertahap pada pasien dengan kriteria hasil pasien dapat miring kanan dan kiri, setengah duduk, duduk, turun dari tempat tidur dan berjalan ke toilet secara mandiri.

5. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang sumber pengetahuan tentang KB.

Diagnosa keperawatan ini ditentukan setelah dilakukan 1x20 menit pengetahuan pasien mengalami peningkatan dari skala 2 (pengetahuan terbatas) menjadi skala 4 (pengetahuan banyak) dengan kriteria hasil pasien mampu memahami program KB dan memilih alat kontrasepsi. Dibuktikan pada evaluasi Pasien mengatakan sudah mengetahui tentang alat kontrasepsi dan akan mengatur jarak kehamilannya. Setelah dilakukan penyuluhan pasien mengatakan masih belum tau alat kontrasepsi apa yang cocok akan digunakan dan masih ingin berdiskusi dengan suaminya.

6. Ketidakefektifan Pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu

Diagnosa keperawatan ini ditentukan setelah dilakukan 1x20 menit pengetahuan pasien mengalami peningkatan dari skala 2 (pengetahuan terbatas) menjadi skala 4 (pengetahuan banyak) dengan kriteria hasil pasien mampu memahami tentang ASI Eksklusif. Dibuktikan dengan pasien memperhatikan penjelasan dari perawat, pasien tampak aktif bertanya, pasien tampak antusias, pasien tampak mendemonstrasikan dan kooperatif.

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



## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. E dengan postpartum tindakan *section caesarea* dan membahas kesenjangan-kesenjangan antara teori dan kasus, penulis menyimpulkan bahwa berdasarkan pengkajian terhadap kasus ibu *pasca partum section caesarea*, yang perlu dilakukan pada saat pengkajian pasien post operasi *section caesarea* yaitu pengkajian terhadap adanya nyeri pada perut, dan tanda-tanda perdarahan maupun infeksi yang beresiko terjadi. Hal ini sama dengan pasien yang di rawat yaitu keluhan pasien mengenai nyeri pada perut, tanda-tanda perdarahan dan infeksi yang beresiko.

Pada diagnosa keperawatan ibu postpartum *section caesarea* menurut teori terdapat sepuluh diagnosa, sedangkan pada kasus hanya ditemukan lima diagnosa yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur bedah), resiko perdarahan berhubungan dengan trauma jaringan (luka lepas plasenta), resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang sumber pengetahuan tentang KB, dan ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu. Untuk diagnosa yang menjadi prioritas yang penulis angkat yaitu nyeri akut dikarenakan pada saat pengkajian pasien mengeluh nyeri skala 5 dan untuk diagnosa kedua resiko perdarahan dikarenakan dari data yang didapatkan masih dalam batas normal.

Pada perencanaan keperawatan yang direncanakan oleh penulis sesuai dengan penetapan tujuan dan kriteria hasil sesuai dengan referensi buku yang bisa di pertanggung jawabkan yang sesuai dengan kondisi pasien dan keluhan pasien Perencanaan yang sesuai dengan prioritas diagnosa

keperawatan yang penulis rencanakan antara lain kaji nyeri pasien secara komprehensif tiap 8 jam, observasi tanda-tanda vital tiap 8 jam, observasi adanya petunjuk nonverbal, ajarkan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam), dan berikan terapi obat Asam Mefenamat 3x500mg (1tab), Katorolac 3x30mg intravena, Tramal 100mg suppo (k/p).

Pelaksanaan keperawatan yang sudah penulis lakukan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun pada diagnosa yang sudah ditetapkan. Dalam pelaksanaan keperawatan sudah dilakukan dengan baik sesuai yang direncanakan dan dengan waktu yang telah ditetapkan oleh penulis, tetapi tidak semua dilakukan selama 24 jam dikarenakan keterbatasan waktu, tetapi penulis mendelegasikan kepada perawat ruangan dan mendokumentasikan.

Evaluasi keperawatan yaitu sebagai tahap akhir dari proses asuhan keperawatan yang merupakan perbandingan sistematis dan terencana antara hasil akhir dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat oleh penulis pada tahap perencanaan keperawatan. Evaluasi dilakukan dengan penulisan SOAP (subjektif, objektif, analisa, dan planning). Seluruh diagnosa keperawatan yang diangkat penulis telah teratasi dan tujuan tercapai.

## **B. Saran**

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan dan membuat kesimpulan diatas. Adapun saran dari penulis sebagai berikut:

1. Bagi Institusi

Diharapkan untuk menambahkan refensi buku perpustakaan yang terbaru untuk mempermudah mahasiswa mendapatkan refensi (text book, e-book, dan jurnal) tentang asuhan keperawatan post partum section caesare dengan penyulit.

2. Bagi Perawat

Diharapkan dapat melanjutkan asuhan keperawatn secara komprehensif pada ibu post partum SC dan membuat dokumentasi (format pengkajian khusus PP) BUBBLE-HE (beast, uterine, blader, bowel, lochea, episiotomy-homan's, emotion (EPDS)).

## DAFTAR PUSTAKA

- Asih, Y., & Risneni. (2016). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Nifas dan Menyusui Dilengkapi dengan Evidence Based Practice dan Daftar Tilik Asuhan Nifas*. Jakarta: TIM.
- Aspiani, R. Y. (2017). *Asuhan Keperawatan Maternitas Aplikasi Nanda, Nic, dan Noc*. Jakarta: TIM.
- Astutik, R. Y. (2015). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui*. Jakarta: CV.Trans Info Media.
- Chamberlain, G. (2012). *ABC Asuhan Persalinan*. Jakarta: EGC.
- Cunningham, F. (2013). *Obstetri Williams (Williams Obstetri)*. Jakarta: EGC.
- Dutton, L. A., Densmore, J. B., & Turner, M. B. (2011). *Rujukan Cepat Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Hartati, S., & Maryunani, A. (2015). *Asuhan Keperawatan Ibu Postpartum Seksio Sesarea*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Kemendes RI. (2018, Agustus 6). STRATEGI PEMERINTAH MENURUNKAN AKI AKB DAN HARAPAN TERHADAP PROGNAS DALAM AKREDITASI RS. *Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan*, 8. Retrieved Mei 28, 2020, from <http://www.yankes.kemkes.go.id>
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., & Cashion, K. (2013). *Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Maita, L. (2016). *Obstetri dalam Kebidanan. Ed 1*. Yogyakarta: Deepublish.
- Marmi. (2011). *ASUHAN KEBIDANAN PADA MASA NIFAS "PUEPERIUM CARE"*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Mochtar, R., & Sofian, A. (2011). *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

- Mulyawati, I., Azam, M., & Ningrum, D. N. (2011). FAKTOR TINDAKAN PERSALINAN OPERASI SECTIO CAESAREA. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 16-20. Retrieved 22 mei 2020, from <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:YdianI5wq58J:https://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas/article/view/1788+&cd=1&hl=id&ct=clnk&gl=id&client=firefox-b-d>
- Nugroho, T. (2012). *Obsgyn : Obstetri dan Ginekologi*. Yogyakarta: Nuha medika.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC-NOC. Edisi Revisi Jilid 3*. Yogyakarta: Mediacion.
- Reeder, S. J. (2011). *Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi, dan Keluarga. Ed 18 (Vol. 1)*. Jakarta: EGC.
- Rohman, N. Dan Walid, S. . (2014). *Proses Keperawatan Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Sulistiyawati, A., & Nugraheny, E. (2013). *Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sumelung, V., Kundre, R., & Karundeng , M. (2014, Februar). FAKTOR – FAKTOR YANG BERPERAN MENINGKATNYA ANGKA KEJADIAN SECTIO CAESAREA DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LIUN KENDAGE TAHUNA. *Ejournal keperawatan*, 2(1), 1-6. Retrieved from <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/4052/3568>
- WHO, W. H. (2014). WHO, UNICEF, UNFPA, The WorldBank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. *World Helath Organization*. Retrieved mei 27, 2020, from <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/>

## **LAMPIRAN MATERI KELUARGA BERENCANA (KB)**

### **A. Keluarga Berencana**

Keluarga Berencana (KB) merupakan suatu program pemerintah yang dirancang untuk menyeimbangkan antara kebutuhan dan jumlah penduduk.

Keluarga Berencana adalah suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi.

### **B. Manfaat Keluarga Berencana**

Manfaat KB adalah sebagai berikut:

1. Menghindari kehamilan resiko tinggi
2. Menurunkan angka kematian ibu dan bayi
3. Meringankan ekonomi keluarga
4. Membentuk keluarga Bahagia sejahtera

### **C. Tujuan Keluarga Berencana**

1. Mengatur jarak dan mencegah kehamilan agar tidak terlalu rapat
2. Menjaga dan meningkatkan kesehatan Ibu, Bayi, dan Balita
3. Ibu memiliki waktu dan perhatian yang cukup untuk dirinya sendiri, anak, serta keluarga

### **D. Jenis-jenis Keluarga Berencana**

1. MAL (Metode Amenore Laktasi)

Metode KB yang cocok untuk ibu nifas, syaratnya:

- a. Menyusui bayi secara eksklusif setelah melahirkan (hanya ASI secara penuh, teratur, dan sesering mungkin)
  - b. Belum haid
  - c. Efektif hanya sampai 6 bulan
2. Kondom

Kondom adalah selubung penis tipis dari karet dengan reservoir untuk mengumpulkan ejakulat. Cara kerja kondom yaitu mencegah pertemuan ovum dan sperma mencapai saluran genital wanita.

Keuntungan kondom:

- a. Efektif bila digunakan dengan benar
- b. Tidak mengganggu ASI
- c. Mudah dan mudah didapat
- d. Mencegah penyakit menular seksual

Kekurangan kondom yaitu

- a. Efektifitas tidak terlalu tinggi
- b. Agak mengganggu hubungan seksual
- c. Bisa terjadi alergi bahan dasar kondom
- d. kekecewaan karena kondom bocor

### 3. Pil KB

Formulasi hanya progesteron, (pil mini) tidak ada efek samping serius, tetapi dapat menyebabkan menstruasi tidak teratur. Pil KB dapat efektif bila digunakan dengan benar, tidak mengganggu hubungan seksual, harus dan diminum setiap hari. Pil KB terdapat 2 macam:

- a. Pil Kombinasi (berisi 2 hormon yaitu estrogen dan progesterone)
  - 1) Tidak untuk ibu menyusui
- b. Mini pil (berisi 1 hormon yaitu progesterone)
  - 1) Tidak mengganggu ASI, cocok untuk ibu menyusui
  - 2) Dapat terjadi gangguan haid (siklus haid memendek atau memanjang, tidak haid, pendarahan bercak)

### 4. KB Suntik

Cara kerja KB suntik yaitu mencegah lepasnya sel telur dari indung telur, mengentalkan sekret di mulut rahim, dan menipiskan endometrium sehingga tidak siap untuk kehamilan. Efektivitasnya suntik KB sangat tinggi, angka kegagalan kurang dari 1%, efek samping sedikit. Sedangkan keuntungannya yaitu praktis dan aman, tidak mempengaruhi ASI, dapat menurunkan kemungkinan anemia. Ibu yang menggunakan KB suntik sebaiknya tidak sedang

hamil, perdarahan yang tidak diketahui sebabnya, tanda-tanda keganasan, dan tidak menderita penyakit metabolisme.

5. KB susuk (Implant)

Cara kerjanya yaitu: menghambat terjadinya ovulasi, mempertebal lender serviks, menipiskan lapisan endometrium. Dipasang di lengan atas bagian dalam. Efektifitas penggunaan susuk sangat tinggi, angka kegagalan teoritis 0,2% dalam praktiknya 1-3%. Keuntungan: mengandung hormone progesterone, tidak menghambat atau mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu hubungan seksual, dapat dicabut setiap saat sesuai kebutuhan dan kembali kesuburan cepat, masa pakai jangka panjang sampai 3 tahun, dan terhindar dari lupa. Kekurangan: dapat terjadi perubahan pola haid, dapat terjadi perubahan berat badan, dipasang dan diangkat harus oleh tenaga kesehatan, harga lebih mahal disbanding pil/suntik, dan susuk akan terlihat dibawah kulit secara estetika mengganggu penampilan.

6. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)/IUD

Alat kontrasepsi spiral ditaman di dalam rahim untuk mencegah pertemuan sel telur dengan sperma. Angka kegagalan berkisar 1%. Keuntungan: efektifitas tinggi, aman untuk jangka panjang (8-10 tahun), tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu hubungan seksual, tidak mempengaruhi berat badan dan kembalinya kesuburan cukup tinggi, serta terhindar dari faktor lupa. Ibu yang menggunakan AKDR sebaiknya tidak menderita gangguan perdarahan yang tidak diketahui sebabnya atau peradangan pada alat kelamin, endometrium dan pangkal panggul, juga kecurigaan tumor ganas maupun jinak dalam rahim dan kelainan bawaan. Pemasangan AKDR secara efektif yaitu saat 40 hari postpartum, atau 5 hari masa menstruasi.

7. Sterilisasi

Khususnya digunakan untuk pasangan suami istri yang benar-benar tidak menginginkan tambahan anak lagi atau jika jumlah anak sudah cukup. Dilakukan dengan cara pembedahan (bisa bius lokal), harus

dilakukan oleh dokter, sangat efektif dan bersifat permanen, tidak ada efek samping dan tidak ada perubahan fungsi seksual

- a. Metode operasi pria (MOP) yaitu saluran sperma suami diikat atau dipotong (Vasektomi).
- b. Metode operasi wanita (MOW) yaitu saluran telur istri diikat, dijepit atau dipotong (Tubektomi).

8. Metode Keluarga Berencana Alamiah

- a. Metode kalender

Metode kalender adalah metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan hubungan seksual pada masa subur.

- b. Senggama terputus

Metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi.

## SATUAN ACARA PENYULUHAN

Diagnosa Keperawatan : Defisiensi Pengetahuan berhubungan dengan Kurang Sumber Pengetahuan tentang KB

Topic : Keluarga Berencana (KB)

Sasaran : Ny. E

Waktu : 13 Februari 2020, Pukul 09.30-09.50 WIB

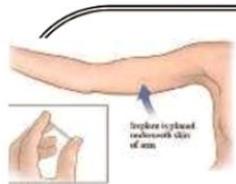
Tempat : Di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur (Ruang Epourbia)

TIU	TIK	Materi	Kegiatan Belajar Mengajar			Alat Peraga	Evaluasi
			Penyuluh	Peserta	Metode		
Setelah dilakukan penyuluhan selama 1x20 menit,	Setelah diberikan penyuluhan selama 1x20 menit diharapkan Ny. E mampu:	<ol style="list-style-type: none"> <li>Program Keluarga Berencana</li> <li>Manfaat Keluarga</li> </ol>	Pembukaan (2 menit) <ol style="list-style-type: none"> <li>Salam Pembukaan.</li> <li>Perkenalan.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Menjawab salam pembukaan.</li> <li>Menyetujui kontrak</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Cerama h.</li> <li>Diskusi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Leaflet</li> <li>Booklet</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ny. E mampu menjelaskan pengertian program KB</li> <li>Ny. E mampu</li> </ol>

<p>diharapkan Ny. E mampu mengetahui program keluarga berencana</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Program Keluarga Berencana</li> <li>2. Manfaat Keluarga Berencana</li> <li>3. Tujuan Keluarga Berencana</li> <li>4. Jenis-jenis metode kontrasepsi</li> <li>5. Kelebihan dan kekurangan alat kontrasepsi</li> <li>6. Tingkat keefektifan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Berencana</li> <li>3. Tujuan Keluarga Berencana</li> <li>4. Jenis-jenis metode kontrasepsi</li> <li>5. Kelebihan dan kekurangan alat kontrasepsi</li> <li>6. Tingkat keefektifan alat kontrasepsi.</li> <li>7. Efek samping alat kontrasepsi</li> <li>8. Tips untuk</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Kontrak waktu.</li> <li>4. Penjelasan Tujuan.</li> <li>5. Topik penyuluhan.</li> </ol> <p>Penyuluhan /Isi (13 menit)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Program Keluarga Berencana</li> <li>2. Manfaat Keluarga Berencana</li> <li>3. Tujuan Keluarga Berencana</li> <li>4. Jenis-jenis</li> </ol>	<p>waktu.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Memperhatikan topic penyuluhan.</li> <li>4. Menanyakan materi jika belum jelas.</li> <li>5. Menjawab salam penutup.</li> </ol>		<p>menyebutkan manfaat Keluarga Berencana</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Ny. E mampu menyebutkan tujuan Keluarga Berencana</li> <li>4. Ny. E mampu menyebutkan Jenis-jenis metode kontrasepsi</li> <li>5. Ny. E mampu menyebutkan Kelebihan dan kekurangan alat</li> </ol>
---	---	---	---	--	--	---

	<p>alat kontrasepsi.</p> <p>7. Efek samping alat kontrasepsi</p> <p>8. Tips untuk memilih KB</p>	<p>memilih KB</p>	<p>metode kontrasepsi</p> <p>5. Kelebihan dan kekurangan alat kontrasepsi</p> <p>6. Tingkat keefektifan alat kontrasepsi.</p> <p>7. Efek samping alat kontrasepsi</p> <p>8. Tips untuk memilih KB</p> <p>Penutup (5 menit)</p>				<p>kontrasepsi</p> <p>6. Ny. E mampu menyebutkan Tingkat keefektifan alat kontrasepsi.</p> <p>7. Ny. E mampu menjelaskan efek samping alat kontrasepsi</p> <p>8. Ny. E mampu menyebutkan tips untuk Keluarga Berencana</p>
--	--	-------------------	--	--	--	--	--

			<ol style="list-style-type: none"><li>1. Memberikan kesempatan bertanya.</li><li>2. Evaluasi materi.</li><li>3. Salam penutup.</li></ol>				
--	--	--	--	--	--	--	--



### IMPLANT / SUSUK KB

Dipasang di lengan atas bagian dalam.

Ada yang berisi 2 batang dan 1 batang. Efektif selama 3 tahun.

- Mengandung hormon progesteron
- Tidak mengganggu produksi ASI
- Tidak mengganggu hubungan seksual
- Dapat dicabut setiap saat sesuai kebutuhan & kembali kesuburan cepat
- Dapat terjadi perubahan pola haid
- Dapat terjadi perubahan berat badan

### IUD (Intra Uterine Device) / SPIRAL

Spiral ditanam di dalam rahim untuk mencegah pertemuan sel telur dengan sperma



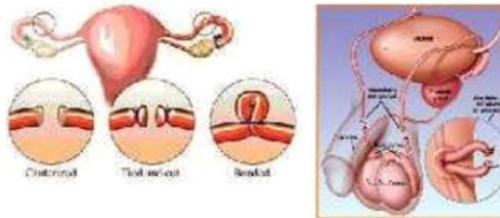
- Efektivitas tinggi
- Jangka panjang (8 – 10 tahun)
- Tidak mengganggu produksi ASI
- Tidak mengganggu hubungan seksual
- Tidak mempengaruhi berat badan
- Haid bisa lebih banyak

### KONTRASEPSI MANTAP (STERIL)

Khusus digunakan untuk pasangan suami istri yang benar-benar tidak menginginkan tambah anak lagi.

- Dilakukan dg cara pembedahan(bisa bius lokal)
- Harus dilakukan oleh dokter terlatih
- Sangat efektif dan bersifat permanen
- Tidak ada efek samping
- Tidak ada perubahan fungsi seksual

Contoh: Metode Operatif Wanita (MOW)  
Metode Operatif Pria (MOP)



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan  
**MITRA KELUARGA**

**KELUARGA  
BERENCANA  
(KB)**



**DISUSUN OLEH :**  
**DIII- KEPERAWATAN**  
**STIKes MITRA KELUARGA**  
**BEKASI TIMUR**

## DEFINISI KB

Keluarga Berencana (KB) merupakan suatu program pemerintah yang dirancang untuk menyeimbangkan antara kebutuhan dan jumlah penduduk. Keluarga Berencana adalah suatu usaha merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi.

## MANFAAT KB

- Menghindari kehamilan risiko tinggi
- Menurunkan angka kematian ibu dan bayi
- Meringankan beban ekonomi keluarga
- Membentuk keluarga bahagia sejahtera



## METODE KONTASEPSI

merupakan cara, alat, obat-obatan yang digunakan untuk mencegah terjadinya kehamilan, antara lain:

1. Metode Laktasi
2. Kondom
3. Pil KB
4. KB suntik
5. Implant / Susuk
5. Implant/Susuk
6. IUD / Spiral
7. Steril

### • MAL (Metode Amenore Laktasi)

Metode KB yg cocok untuk ibu nifas, Syaratnya :

- menyusui bayi secara eksklusif setelah melahirkan (hanya ASI secara penuh, teratur, dan sesering mungkin)
- belum haid
- efektif hanya sampai 6 bulan



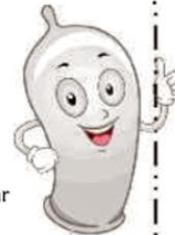
### • KONDOM

Keuntungan:

- Efektif bila digunakan dg benar
- Tidak mengganggu ASI
- Murah & mudah didapat
- Mencegah penyakit menular seksual

Keterbatasan:

- Efektivitas tidak terlalu tinggi
- Agak mengganggu hubungan seksual
- Bisa terjadi alergi bahan dasar kondom



### • PIL KB

- ✓ Efektif bila digunakan dengan benar
- ✓ Tidak mengganggu hubungan seksual
- ✓ Harus diminum setiap hari

Terdapat 2 macam:

1. **PIL KOMBINASI** (Berisi 2 hormon yaitu esterogen dan Progesteron)
  - TIDAK untuk ibu menyusui



2. **MINI PIL** (Berisi 1 hormon yaitu Progesteron)



- Tidak mengganggu ASI, COCOK untuk ibu menyusui
- Dapat terjadi gangguan haid (siklus haid memendek/ memanjang, tidak haid, perdarahan bercak).

### • KB Suntik

- ✓ Efektivitas tinggi, efek samping sedikit
  - ✓ Tidak mengganggu hubungan seksual
- Terdapat 2 macam :

1. **Suntikan 1 Bulan**

- Mengandung esterogen dan progesteron
- Mengganggu produksi ASI
- Harus datang setiap 1 bulan untuk suntik



2. **Suntikan 3 bulan**

- Mengandung progesteron saja
- Tidak mengganggu produksi ASI
- Harus datang setiap 3 bulan untuk suntik
- Dapat terjadi gangguan haid

## **LAMPIRAN MATERI ASI EKSKLUSIF**

### **A. Pengertian ASI Eksklusif**

ASI Eksklusif atau lebih tepat pemberian ASI secara eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI saja, tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air the, air putih, dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur, biskuit, dan tim. Pemberian ASI secara eksklusif ini dianjurkan untuk jangka waktu setidaknya selama 4 bulan, tetapi bila mungkin sampai 6 bulan. Setelah bayi berumur 6 bulan, ia harus diperkenalkan dengan makan padat, sedangkan ASI dapat diberikan sampai bayi berusia 2 tahun atau bahkan lebih dari 2 tahun.

### **B. Manfaat ASI bagi Ibu dan Bayi**

#### **1. Bagi Ibu**

- a. Menurunkan angka kejadian perdarahan postpartum dan mempercepat pengecilan uterus (rahim).
- b. Menurunkan resiko terjadinya kanker payudara, kanker serviks, dan kanker ovarium
- c. Mempercepat penurunan berat badan
- d. Menurunkan resiko pengeroposan tulang (osteoporosis) saat menopause
- e. Membantu pencapaian proses menjadi seorang ibu

#### **2. Bagi Bayi**

- a. ASI sebagai Nutrisi
- b. Meningkatkan daya tahan tubuh bayi
- c. Sebagai makanan tunggal untuk memenuhi pertumbuhan dan perkembangan sampai umur 6 bulan
- d. Menurunkan angka kejadian dan kesakita dari penyakit asma dan penyakit alergi lainnya
- e. Mendukung perkembangan kognitif

- f. Menurunkan angka kejadian dan kesakitan terhadap infeksi misalnya meningitis bakteri, diare, infeksi pernafasa, otitis media, infeksi saluran perkemihan dan sebagainya.

### C. Cara Menyusui Yang Benar

1. Cuci tangan terlebih dahulu dan duduk santai dengan mencondongkan badan sedikit kedepan.
2. Sebelum mulai menyusui, keluarkan sedikit ASI kemudian oleskan pada puting susu dan sekitar areola.
3. Letakkan bayi sehingga menghadap perut/payudara ibu.
4. Ibu menatap bayi dengan kasih sayang.
5. Ibu menopang payudara dengan satu tangan dengan posisi ibu jadi riatas dan jari yang lain menopang dibawah.
6. Dekatkan bati dan tempatkan mulut bayi tepat di depan puting ibu.
7. Sentuh mulut bagian bawah bayi dengan puting susu ibu.
8. Setelah bayi membuka mulut dan lidahnya terletak dibawah dengan cepat kepala bayi didekatkan ke payudara ibu dengan puting serta areola dimaukkan ke mulut bayi.
9. Jika posisi menyusui benar, pipi dan dagu bayi akan menyentuh payudara ibu.
10. Jika hidung bayi menempel pada payudara ibu tidak akan berbahaya pada bayi. Bayi akan menggerakkan kepalanya jika ia kesulitan untuk bernafas. Namun, jika ibu cemas bayi tidak dapat bernafas karena hidung bayi tertutup oleh payudara ibu, ibu dapat meninggikan posisi kepala bayi.
11. Tanda-tanda bayi menyusui dengan benar adalah:
  - a. Ibu merasa sensasi yang kuat pada puting susu
  - b. Bayi menghisap puting susu ibu
  - c. Rahang bayi bergerak halus saat menghisap ASI
  - d. Tersengar suara menelan dari bayi
12. Jika ibu merasa nyeri atau kurangnya hisapan dari bayi, posisi dan sikap menyusui ditinjau kembali.

13. Untuk mencegah terjadinya trauma pada puting susu ibu saat melepaskan bayi puting susu dari mulut bayi, masukkan jari kelingking ibu ke antara gusi bayi hingga puting terlepas dari mulut bayi.

#### D. Cara Penyimpanan ASI

1. ASI dapat disimpan dalam botol gelas/plastic, termasuk plastic klip, ±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.
5. Petunjuk untuk menyimpan ASI dirumah:
  - a. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir
  - b. Setelah diperas ASI dapat disimpan dalam lemari es/*freezer*
  - c. Tulis jam, hari dan tanggal saat diperas
  - d. 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).

## **LAMPIRAN MATERI PERAWATAN PAYUDARA**

### **A. Pengertian**

Postnatal breast care pada ibu nifas merupakan perawatan payudara yang dilakukan pada ibu pasca melahirkan/nifas untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran payudara sehingga memperlancar pengeluaran ASI. Pelaksanaan perawatan payudara dimulai sedini mungkin, yaitu 1-2 hari setelah bayi dilahirkan dan dilakukan 2 kali sehari. Perawatan payudara adalah suatu kegiatan yang dilakukan secara sadar dan teratur untuk memelihara kesehatan payudara waktu hamil dengan tujuan untuk mempersiapkan laktasi pada waktu postpartum.

### **B. Manfaat dan Tujuan Perawatan Payudara**

Perawatan payudara hendaknya dilakukan sedini mungkin selama kehamilan dalam upaya mempersiapkan bentuk dan fungsi payudara sebelum terjadi laktasi. Jika persiapan kurang dapat terjadi gangguan penghisapan pada bayi akibat ukuran puting yang kecil atau mendelep. Akibat lain bisa terjadi produksi ASI akan terhambat serta kondisi kebersihan payudara ibu tidak terjamin sehingga dapat membahayakan kesehatan bayi.

Tujuan perawatan payudara adalah:

1. Memelihara kebersihan payudara
2. Melenturkan dan menguatkan puting susu
3. Payudara yang terawat akan memproduksi ASI cukup untuk kebutuhan bayi
4. Dengan perawatan payudara yang baik ibu tidak perlu khawatir bentuk payudaranya akan cepat berubah sehingga kurang menarik.
5. Dengan perawatan payudara yang baik puting susu tidak akan lecet sewaktu dihisap oleh bayi.
6. Melancarkan aliran ASI

7. Mengatasi puting susu datar atau terbenam supaya dapat dikeluarkan sehingga siap untuk disusukan kepada bayinya.

#### C. Waktu Pelaksanaan

1. Pertama kali dilakukan pada hari kedua setelah melahirkan
2. Dilakukan minimal 2x dalam sehari

#### D. Hal-hal Yang Perlu Diperhatikan Dalam Melakukan Perawatan Payudara

1. Potong kuku tangan sependek mungkin,serta kikir agar halus dan tidak melukai payudara.
2. Cuci bersih tangan dan terutama jari tangan.
3. Lakukan pada suasana santai,misalnya pada waktu mandi pagi atau sebelum tidur.

#### E. Langkah-langkah Perawatan Payudara

1. Persiapan alat untuk perawatan payudara
  - a. Handuk 2 buah
  - b. Washlap 2 buah
  - c. Baskom berisi air dingin 1 buah
  - d. Baskom berisi air hangat 1 buah
  - e. Minyak kelapa/baby oil
  - f. Baskom kecil 1 buah berisi kapas/kasa secukupnya
  - g. Baki, alas dan penutup
2. Pelaksanaan untuk perawatan payudara
  - a. Memberikan prosedur yang akan dilaksanakan
  - b. Mengatur lingkungan yang aman dan nyaman
  - c. Mengatur posisi klien dan alat-alat peraga supaya mudah dijangkau
  - d. Cuci tangan sebelum dilaksanakan perawatan payudara
  - e. Pasang handuk di pinggang klien satu dan yang satu dipundak

#### F. Teknik Perawatan Payudara

1. Tempelkan kapas yang sudah diberi minyak kelapa atau baby oil selama  $\pm$  5 menit, kemudian puting susu dibersihkan
  2. Tempelkan kedua telapak tangan diantara kedua payudara.
    - a. Pengurutan dimulai kearah atas, kesamping, lalu kearah bawah. Dalam pengurutan posisi tangan kiri kearah sisi kiri, telapak tangan kanan kearah sisi kanan.
    - b. Pengurutan diteruskan kebawah kesamping selanjutnya melintang, lalu telapak tangan mengurut kedepan kemudian kedua tangan dilepaskan dari payudara ulangi gerakan 20-30 kali.
    - c. Gerakan-gerakan pada perawatan payudara
      - 1) Gerakan Pertama Kedua tangan disimpan di bagian tengah atau antara payudara, gerakan tangan ke arah atas pusat ke samping, ke bawah kemudian payudara diangkat sedikit dan dilepaskan, lakukan 20-30 kali.
      - 2) Gerakan Kedua Satu tangan menahan payudara dari bawah, tangan yang lain mengurut payudara dengan pinggir tangan dari arah pangkal ke puting susu, dilakukan 20-30 kali dilakukan pada kedua payudara secara bergantian.
      - 3) Gerakan Ketiga Satu tangan menahan payudara di bagian bawah, tangan yang lain mengurut dengan bahu, jari tangan mengepal, lakukan pengurutan dari arah pangkal ke puting susu, 20-30 kali dilakukan pada kedua payudara secara bergantian.
    - d. Selesai pengurutan, payudara disiram dengan air hangat dan dingin bergantian selama  $\pm$ 5 menit, keringkan payudara dengan handuk bersih kemudian gunakan BH yang bersih dan menopang.
    - e. Bersihkan payudara terutama bekas minyak
    - f. Pakailah BH yang terbuka bagian depannya (untuk Ibu menyusui) dan yang menyangga buah dada atau langsung susui bayi.
- (Saryono, 2009)

## SATUAN ACARA PENYULUHAN

Diagnosa Keperawatan : Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan Kurang Pengetahuan Ibu

Topic : ASI Eksklusif dan perawatan payudara

Sasaran : Ny. E

Waktu : 12 Februari 2020, Pukul 09.00-09.45 WIB

Tempat : Di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur (Ruang Epourbia)

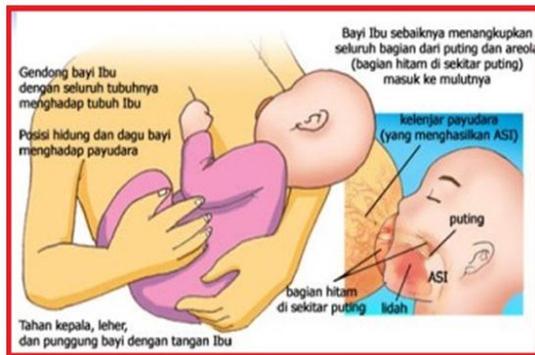
TIU	TIK	Materi	Kegiatan Belajar Mengajar			Alat Peraga	Evaluasi
			Penyuluh	Peserta	Metode		
Setelah dilakukan penyuluhan selama 1x45 menit,	Setelah diberikan penyuluhan selama 1x45 menit diharapkan Ny. E mampu:	1. Pengertian ASI Eksklusif 2. Manfaat ASI bagi ibu dan bayi	Pembukaan (3 menit) 1. Salam Pembukaan. 2. Perkenalan.	1. Menjawab salam pembukaan. 2. Menyetujui kontrak	1. Ceramah. 2. Diskusi	1. Leaflet 2. Booklet	1. Ny. E mampu menjelaskan pengertian ASI Eksklusif 2. Ny. E mampu

<p>diharapkan Ny. E mampu mengetahui dan memahami ASI Eksklusif, cara penyimpanan ASI dan perawatan payudara</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengertian ASI Eksklusif</li> <li>2. Manfaat ASI bagi ibu dan bayi</li> <li>3. Cara menyusui yang benar</li> <li>4. Cara penyimpanan ASI</li> <li>5. Pengertian breast care</li> <li>6. Manfaat dan tujuan perawatan payudara</li> <li>7. Waktu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Cara pemerasaan ASI</li> <li>4. Cara penyimpanan ASI</li> <li>5. Pengertian breast care</li> <li>6. Manfaat dan tujuan perawatan payudara</li> <li>7. Waktu pelaksanaan</li> <li>8. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Kontrak waktu.</li> <li>4. Penjelasan Tujuan.</li> <li>5. Topik penyuluhan.</li> </ol> <p>Penyuluhan /Isi (25 menit)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengertian ASI Eksklusif</li> <li>2. Manfaat ASI bagi ibu dan bayi</li> <li>3. Cara pemerasaan ASI</li> <li>4. Cara</li> </ol>	<p>waktu.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Memperhatikan topic penyuluhan.</li> <li>4. Menanyakan materi jika belum jelas.</li> <li>5. Menjawab salam penutup.</li> </ol>		<p>menyebutkan manfaat ASI bagi ibu dan bayi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Ny. E mampu menyebutkan cara pemerasaan ASI</li> <li>4. Ny. E mampu menyebutkan Cara penyimpanan ASI</li> <li>5. Ny. E mampu menjelaskan pengertian breast care</li> </ol>
--	--	--	---	--	--	---

	<p>pelaksanaan</p> <p>8. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan perawatan payudara</p> <p>9. Langkah-langkah perawatan payudara</p> <p>10. Teknik perawatan payudara</p>	<p>perawatan payudara</p> <p>9. Langkah-langkah perawatan payudara</p> <p>10. Teknik perawatan payudara</p>	<p>penyimpanan ASI</p> <p>5. Pengertian breast care</p> <p>6. Manfaat dan tujuan perawatan payudara</p> <p>7. Waktu pelaksanaan</p> <p>8. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan perawatan payudara</p> <p>9. Langkah-langkah</p>				<p>6. Ny. E mampu menyebutkan Manfaat dan tujuan perawatan payudara</p> <p>7. Ny. E mampu menjelaskan Waktu pelaksanaan</p> <p>8. Ny. E mampu menyebutkan Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan perawatan payudara</p>
--	---	---	--	--	--	--	--

			<p>perawatan payudara</p> <p>10. Teknik perawatan payudara</p> <p>Penutup (7 menit)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan kesempatan bertanya.</li> <li>2. Evaluasi materi.</li> <li>3. Salam penutup.</li> </ol>				<p>9. Ny. E mampu menyebutkan Langkah-langkah perawatan payudara</p> <p>10. Ny. E mampu menyebutkan Teknik perawatan payudara</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

## CARA MENYUSUI YANG BENAR



## CARA MENYUSUI BAYI YANG BENAR

BUKAN SEKEDAR MENEMPEL

### CARA MEMEGANG ATAU MEMPOSISIKAN BAYI

- Petuk kepala dan tubuh bayi dalam posisi lurus
- Arahkan muka bayi ke puting payudara ibu
- Ibu memeluk tubuh bayi, dan bayi merapat ke tubuh ibunya
- Kedua tangan memeluk tubuh bayi, tidak hanya bagian leher dan atau bahu saja

### CARA MELEKATKAN BAYI YANG BENAR

- Sentuhkan puting payudara ibu ke bibir bawah bayi
- Tunggulah sampai bayi membuka lebar mulutnya
- Segera arahkan puting dan payudara ibu ke dalam mulut bayi

### TANDA POSISI DAN PELEKATAN YANG BENAR

- Dagubayi menempel ke dada ibu
- Mulut bayi terbuka lebar
- Bibir bawah bayi terbuka ke luar
- Daerah areola payudara bagian atas lebih terlihat daripada areola payudara bagian bawah
- Bayi menghisap dengan lambat dan dalam, terkadang berhenti untuk menelan



## CARA PENYIMPANAN ASI

HaiBunda.com

### TIPS Menyimpan Asi Perah

UNTUK BAYI SEHAT CUKUP BULAN

Suhu	16°C - 29°C	≤ 4°C	< -18°C
Kondisi Optimal	3 - 4 Jam	72 jam	6 bulan
Kondisi Sangat Baik	6 - 8 Jam	5 - 8 hari	12 bulan

**✓ YES**

- Cuci tangan sebelum perah ASI
- Pakai botol kaca atau polypropylene
- Wadah air panas dicuci & dibilas air hangat
- ASIP beku cair bertahan < 24 jam di kulkas dan < 4 jam di suhu ruang. Perubahan aroma/warna lazim.

**✗ NO**

- Simpan ASIP yang akan diberi 3-8 hari ke depan di kulkas Sisanya di freezer
- Mencampur ASIP segar & 24 jam sebelumnya asal suhu sama
- Calirkan ASIP beku di kulkas semalaman
- Bayi minum ASIP dingin, suhu ruang, atau hangat
- Hangatkan ASIP di microwave (bisa rusak komposisi ASI)
- Kocok / aduk ASIP
- Tak buang ASIP setelah 1-2 jam diminum

NADKAP: RADIAN | SUMBER: BUKU ANTI PANIK MENGASUH BAYI 0 - 3 TAHUN | INFOGRAFIS: MIA KURNIA SARI



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan  
**MITRA KELUARGA**

## ASI EKSKLUSIF



DISUSUN OLEH :  
DIII- KEPERAWATAN  
STIKes MITRA KELUARGA  
BEKASI TIMUR

## APA ITU ASI EKSKLUSIF

Hanya memberikan Air Susu Ibu (ASI) saja pada bayi segera setelah lahir hingga usia 6 bulan.



## KOMPOSISI ASI

### SUSU FORMULA TAK BISA GANTIKAN ASI

Air Susu Ibu sangat diperlukan bayi untuk pembentukan sistem imun. Susu formula memang punya kandungan nutrisi yang diperlukan bayi, tapi tak semua nutrisi mampu disediakan susu formula.



## MANFAAT ASI BAGI BAYI

zat gizi yang ideal sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan pencernaan bayi

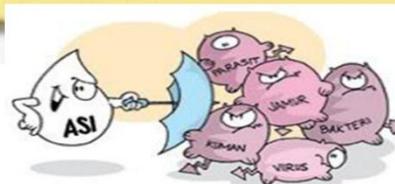


Bayi memperoleh zat kekebalan tubuh alamiah dari ASI

Membangun refleks menghisap → menunjang perkembangan rahang, gusi, dan gigi bayi di kemudian hari



ASI tidak menyebabkan alergi pada bayi



## MANFAAT ASI BAGI IBU

Memperkuat ikatan batin dan jalinan kasih antara ibu dan bayi



Praktis dan Ekonomis

Mempercepat pengembalian bentuk dan ukuran rahim

Mencegah terjadinya/percepat berhentinya pendarahan setelah melahirkan



KB alami (menjarangkan kehamilan)



6 Bulan pertama

Mengurangi kemungkinan kanker payudara

#### CARA KEEMPAT

1. Cara yang lain dapat dilakukan dengan kedua tangan ke arah puting susu.
2. Kedua Ibu jari di atas payudara dan jari-jari yang lain menopang payudara.
3. Lakukan massage / memijat berulang-ulang 25 - 30 menit.

#### PERAWATAN TERAKHIR

Terakhir lakukan gerakan memelintir puting susu sampai puting susu elastis dan kenyal.



Kemudian cuci payudara dengan air hangat dan kompres payudara dengan handuk kecil yang sudah dibasahi dengan air hangat secara bergantian pada payudara yang lain selama 5 menit.



- Kemudian lanjutkan dengan kompres dingin.
- Ulangi secara bergantian sebanyak 3 kali pada setiap payudara.
- Kemudian lakukan pengeluaran ASI dan keringkan.

#### WAKTU PELAKSANAAN

1. Pertama kali dilakukan pada hari kedua setelah melahirkan
2. Dilakukan minimal 2x dalam sehari

#### HAL-HAL YANG DIPERHATIKAN

1. Potong kuku tangan sependek mungkin, serta kikir agar halus dan tidak melukai payudara.
2. Cuci bersih tangan dan terutama jari tangan.
3. Lakukan pada suasana santai, misalnya pada waktu mandi pagi atau sebelum tidur.

**IBU SIAP UNTUK  
MENYUSUI**



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan  
**MITRA KELUARGA**

## PERAWATAN PAYUDARA PADA IBU NIFAS



**DISUSUN OLEH :  
DIII- KEPERAWATAN  
STIKes MITRA KELUARGA**

## PERAWATAN PAYUDARA

Perawatan payudara adalah suatu tindakan untuk merawat payudara terutama pada masa nifas untuk memperlancar ASI.

## MANFAAT PERAWATAN PAYUDARA

1. Memelihara kebersihan payudara
2. Payudara yang terawat akan memproduksi ASI cukup untuk kebutuhan bayi
3. Melancarkan aliran ASI

## PERSIAPAN ALAT

1. Baskom yang berisi air hangat dan air dingin
2. Handuk dan washlap
3. Kapas / Kassa
4. Minyak kelapa / Baby Oil



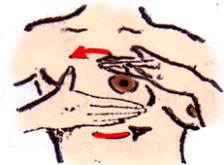
## CARA PERAWATAN

Lakukan cuci tangan 6 langkah, kemudian tempelkan/kompres puting susu ibu dengan kapas/kassa yang sudah diberi minyak kelapa/baby oil selama  $\pm$  5 menit, kemudian puting susu dibersihkan.

### CARA PERTAMA

1. Tempelkan kapas yang sudah diberi minyak kelapa atau baby oil selama  $\pm$  5 menit, kemudian puting susu dibersihkan.
2. Basahi kedua telapak tangan dengan baby oil atau minyak kelapa.
3. Tempatkan tangan pada payudara kemudian lakukan gerakan memutar mengelilingi payudara ke arah luar.
4. Ketika tangan berada dibawah payudara, angkat payudara sebentar dan lepaskan secara perlahan ke arah depan.
5. Lakukan secara bergantian untuk payudara yang lain.

Lakukan gerakan  
25 - 30 kali



### CARA KEDUA

1. Tangan membentuk kepalan dengan buku-buku jari.
2. Lakukan pengurutan dari pangkal payudara ke arah puting susu dan merata ke seluruh payudara.
3. Lakukan secara bergantian untuk payudara yang lain.

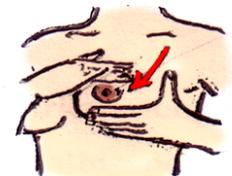
Lakukan gerakan  
25 - 30 kali



### CARA KETIGA

1. Lanjutkan dengan sisi tangan dan lakukan pengurutan dari pangkal ke arah puting susu.
2. Lakukan secara bergantian untuk payudara yang lain

Lakukan gerakan  
25 - 30 kali



## DAFTAR PUSTAKA

- Bobak.dkk. (2008). *Keperawatan Maternitas*. Jakarta: EGC.
- Hanafi. (2010). *Buku Keluarga dan Kontrasepsi*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Ismail, R. (2011). *Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan Maternitas*. Jakarta: TIM.
- Maryuni, A. (2015). *Inisiasi Menyusui Dini, Asi Eksklusif dan Manajemen Laktasi*. Jakarta: TIM.
- Saleha, s. (2009). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Saryono, D. P. (2009). *Perawatan payudara*. Jogjakarta: mitra cendikia