



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.N POST PARTUM
SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI GAWAT JANIN DI
RUANG. E RUMAH SAKIT SWASTA BEKASI
DIMASA PANDEMI COVID-19**

Disusun Oleh :

SUCIANTI

201801036

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA KELUARGA

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

BEKASI

2021



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.N POST PARTUM
SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI GAWAT JANIN DI
RUANG. E RUMAH SAKIT SWASTA BEKASI
DIMASA PANDEMI COVID-19**

Disusun Oleh :

SUCIANTI

201801036

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

LEMBAR PENGESAHAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : Sucianti

NIM : 201801036

Program Studi : Diploma III Keperawatan.

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Menyatakan bahwa Makalah Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. N *Post Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Gawat Janin Pada Masa Pandemi COVID-19 Di Ruang E Di Rumah Sakit Swasta Bekasi Timur” yang dilaksanakan pada tanggal 30 April 2021 sampai 02 Mei 2021 adalah hasil karya sendiri dan semua sumber yang digunakan sudah dinyatakan benar.

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

Bekasi, Juni 2021

Yang membuat pernyataan



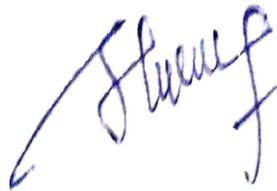
Sucianti

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. N *Post Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Gawat Janin Pada Masa Pandemi COVID-19 Di Ruang E Di Rumah Sakit Swasta Bekasi Timur ” ini disusun oleh Sucianti (201801036) dan telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang akhir program di hadapan Tim Penguji.

Bekasi, 19 Juni 2021

Pembimbing Makalah Imiah



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

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga

STIKes Mitra Keluarga



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

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. N *Post Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Gawat Janin Pada Masa Pandemi COVID-19 Di Ruang E Di Rumah Sakit Swasta Bekasi Timur” yang disusun oleh Sucianti (201801036) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim penguji pada tanggal 22 Juni 2021.

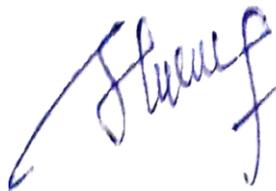
Bekasi, 22 Juni 2021

Penguji I



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

Penguji II



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

Nama Mahasiswa : Sucianti
NIM : 201801036
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Ny. N *Post Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Gawat Janin Pada Masa Pandemi COVID-19 Di Ruang E Di Rumah Sakit Swasta Bekasi Timur
Halaman : xiii+110 halaman+1 tabel
Pembimbing : Ns. Edita Astuti Panjaitan, S.Kep., M.Kep

ABSTRAK

Latar Belakang : Gawat Janin adalah keadaan janin biasanya dinilai dengan menghitung Denyut Jantung Janin (DJJ) dan memeriksa kemungkinan adanya mekonium di dalam cairan amnion. diperlukan peran perawat sebagai *preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif* untuk mengurangi kejadian ketuban pecah dini dan penangangan pada gawat janin.

Tujuan Umum : Laporan kasus ini ialah untuk memperoleh gambaran nyata melakukan keperawatan pada ibu *Post Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Gawat Janin melalui pendekatan proses keperawatan komprehensif.

Metode Penulisan : Metode karya tulis ilmiah ini yang penulis gunakan adalah metode deskriptif yaitu metode yang bersifat menggambarkan suatu keadaan secara objektif dan selanjutnya disajikan dalam bentuk narasi selama mengamati pasien dan mengumpulkan data sampai dengan melakukan evaluasi.

Hasil : Berdasarkan dari hasil pengkajian Diagnosa keperawatan pada pasien *postpartum sectio caesarea* dengan indikasi gawat janin terdapat 5 diagnosa keperawatan yaitu Ketidaknyamanan *postpartum* berhubungan dengan luka SC, involusi uterus, pembengkakan payudara, Risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi *post partum*, Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (luka SC), Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan atau metode menyusui, dan Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, dan tambahan diagnosa yaitu resiko cedera pada janin. Diagnosa yang utama yang dapat ditemukan adalah ketidaknyamanan *postpartum* berhubungan dengan luka SC, dan intervensi untuk ketidaknyamanan *postpartum* berhubungan dengan luka SC adalah Kaji karakteristik nyeri/shift, Observasi TTV (Nadi, TD)/shift, Kaji keluhan nyeri/shift (P, Q, R, S, T), Identifikasi respons nyeri non-verbal/shift, Ajarkan dan anjurkan teknik relaksasi nafas dalam.

Kesimpulan dan Saran : Asuhan keperawatan maternitas dengan *sectio caesarea* indikasi gawat janin yang harus diperhatikan adalah ketidaknyamanan *post partum* berhubungan dengan luka SC, dan resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka pembedahan SC karena hanya merawat 1 shift tidak 24 jam. Diharapkan kerja sama tim dengan tenaga keperawatan agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang baik.

Keyword : Asuhan Keperawatan Maternitas, Gawat Janin, *Sectio Caesarea*,

Daftar Pustaka : 19 (2013-2021)

Student Name : Sucianti
Student Number : 201801036
Study Program : Nursing of Diploma III
Title : Nursing Care for Mrs. N Post Partum Sectio Caesarea With Indications Of Fetal Distress During The Covid-19 Pandemic In Room E In East Bekasi Private Hospital
Pages : xiii+110 pages+1 table
Supervisor : Ns. Edita Astuti Panjaitan, S.Kep., M.Kep

ABSTRACT

Background : Fetal Emergency is the condition of the fetus which is usually assessed by calculating the Fetal Heart Rate (FHR) and checking for the possibility of meconium in the amniotic fluid. The nurse's role is needed as a preventive, promotive, curative, and rehabilitative to reduce the incidence of premature rupture of membranes and management of fetal distress..

Writing Methods : This case report is to obtain a real picture of nursing mothers in Post Partum Sectio Caesarea with Indications of Fetal Distress through a comprehensive nursing process approach.

Result :The method of this scientific paper that th author uses is a descriptive method, which is a method that describes a situation objectively and is then presented in narrative from while observing patients and collecting data to conducting evaluations.

Conclusions and Suggestions :Based on the results of the assessment of nursing diagnoses in post-delivery patients with caesarean section with indications of fetal distress, there are 5 nursing diagnoses, namely postpartum discomfort related to SC wounds, uterine involution, breast swelling, risk of bleeding related to postpartum complications, risk of infection related to the effects of invasive procedures (SC wound), ineffective breastfeeding related to lack of exposure to information about the importance of breastfeeding and or breastfeeding methods, and impaired physical mobility related to pain, and additional diagnoses, namely the risk of injury to the fetus. The main diagnosis that can be found is post-partum discomfort related to SC wounds, and interventions for post-partum discomfort related to SC wounds are assess pain sharakteristics/shift, observation of TTV (pulse, BP)/shift, assess complaints of pain/shift (P. Q, R, S, T), identify non-verbal/shift pain responses, teach and recommend deep breathing relaxation techniques.

Keywords : Fetal Distress, Maternity Nursing, *Sectio Caesarea*

Reference : 19 (2013-2021)

KATA PENGANTAR

Puji serta syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa Allah SWT, karena atas berkat rahmat dan karunianya penulis dapat menyelesaikan makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. N *Post Partum* Tindakan *Sectio Caesarea* dengan Indikasi Gawat Janin Pada Masa Pandemi COVID-19 Di Ruang E Rumah Sakit Swasta Bekasi Timur”, ini dengan baik. Adapun tujuan penyusunan Tugas Akhir Semester di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.

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

1. Ibu Ns. Edita Astuti Panjaitan, S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing Makalah Ilmiah serta penguji yang telah menyempatkan waktu untuk memberikan bimbingan, pengarahan, dorongan, serta motivasi dan saran yang bermanfaat selama proses pembuatan Makalah Ilmiah ini.
2. Ibu Ns. Lina Herida P, M.Kep selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan dan motivasi kepada penulis dalam menyusun Makalah Ilmiah ini.
3. Ibu Dr. Susi Hartati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.
4. Ibu Ns. Devi Susanti, S. Kep., M. Kep., Sp. Kep. MB selaku ketua program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.
5. Bapak Ns. Anung Ahadi Pradana, M.Kep., Sp.Kep. Kom selaku dosen pembimbing akademik yang telah membimbing, membina, dan mendukung penulisan selama tiga tahun belajar di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.
6. Keluarga yang saya sayangi dan saya cintai bapak saya Miskijo, Ibu saya Muslimah, adik saya Jihan Aulia yang selalu memberikan semangat, nasihat, dan selalu mendoakan yang terbaik untuk penulis, yang selalu menjaga dan

menemani penulis disaat mengerjakan Makalah Ilmiah ini, yang selalu memberikan kasih sayang.

7. Kepala Ruang Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur, CM Ruangan Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur, dan seluruh perawat ruangan yang telah banyak membantu dan membimbing dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien.
8. Ny. N beserta keluarga yang telah bersedia dan senang hati menerima beneradaan penulis untuk melakukan atau menerapkan asuhan keperawatan pada Ny. N.
9. Personil Bangtan Sonyeondan (BTS) Kim Namjoon, Kim Soekjin, Min Yoongi, Jung Hoseok, dan terpalng khusus Park Jimin, Kim Taehyung, Jeon Jungkook yang selalu memberikan semangat dan memotivasi penulis melalui lagu dan video-video mereka.
10. Sahabat saya yang sangat amat saya cintai, Putri Anggraini, Tesa Elvita Sari, Shifa Salsabilla, Christine Rodo, Alfonsa De Liguari, Suci Rahma, Wiwid Widiawati, Grace Ade Rejeki, Dita Restra, Dwi Nadia, Tatu Nanda, Syafitri, dan Maftuhatur yang selalu disamping saya untuk membantu dan menyemangati penulis dalam proses pembuatan Makalah Karya Tulis Imiah ini.
11. Teman-teman kecil saya Diana Puspita, Ega Ayu, Dio Nanda yang selalu menyemangati penulis dalam proses pembuatan Makalah Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Teman belajar dan TIM Maternitas Wiwid Widiawati, Azahra Safa, Aulia Yoli, Atikah Putri, Visa Nauval, dan Windi Febriyanti yang telah selalu menyemangati dan membantu penulis dalam proses pembuatan Makalah Karya Tulis Ilmiah.
13. Teman-teman ARMY Ka Minju, Rani Apri, Illah, Amel, Ka Diah, Ka Lita, Sarah, dan Vidi yang selalu menyemangati penulis dalam proses pembuatan Makalah Karya Tulis Ilmiah.
14. Untuk angkatan saya angkatan 8 yang telah memberikan semangat dan do'anya. Penulis menyadari bahwa makalah ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna.

Bekasi, 18 Juni 2021

Penulis

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'S' followed by several loops and a long horizontal stroke at the bottom.

(Sucianti)

DAFTAR ISI

COVER DALAM	i
LEMBAR PENGESAHAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DATA LAMPIRAN	xiii
BAB I	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulis	4
C. Ruang Lingkup	5
D. Metode Penulisan	5
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II	7
A. Pengertian Masa Nifas	7
B. Adaptasi Fisiologis dalam Masa Nifas	7
C. Adaptasi Psikologis dalam Masa Nifas	13
D. Konsep <i>Sectio Caesarea</i>	14
E. Konsep Gawat Janin	18
F. Konsep Asuhan Keperawatan	22
BAB III	39
A. Pengkajian Keperawatan	39
B. Diagnosa Keperawatan	52
C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi	53
BAB IV	73
A. Pengkajian Keperawatan	73
B. Diagnosa Keperawatan	75
C. Perencanaan Keperawatan	77
D. Pelaksanaan Keperawatan	80

E. Evaluasi Keperawatan.....	82
BAB V	85
A. Kesimpulan	85
B. Saran	86
DAFTAR PUSTAKA	88

DAFTAR TABEL

Analisa Data	48
--------------------	----

DATA LAMPIRAN

Lampiran 1. Materi Perawatan Payudara	90
Lampiran 2. Leaflet Perawatan Payudara	92
Lampiran 3. Materi Manajemen Laktasi	93
Lampiran. 4 Leaflet Manajemen Laktasi	94
Lampiran. 5 Materi Keluarga Berencana	95
Lampiran. 6 Leaflet Keluarga Berencana	107

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sectio Caesarea (SC) merupakan prosedur operatif melalui tahapan anestesia sehingga janin, plasenta, dan ketuban dilahirkan melalui insisi dinding abdomen dan uterus. *Sectio Caesarea* dilakukan untuk indikasi medis tertentu dalam persalinan. Salah satu upaya untuk menghindari kematian ibu akibat komplikasi persalinan adalah persalinan dengan tindakan *Sectio Caesarea* (SC) (Ade & Roni, 2019).

Kedaruratan intrapartum dapat dihubungkan dengan morbiditas dan mortalitas maternal dan perinatal. Ketika komplikasi terjadi selama persalinan dan kelahiran, resiko morbiditas dan mortalitas perinatal meningkat. Beberapa komplikasi dapat diatasi, terutama jika ibu diidentifikasi beresiko tinggi selama periode antepartum.

Menurut (World Health Organization, 2015) angka ideal untuk angka tindakan *Section Caesarea* adalah 5-15% per 1000 kelahiran di dunia. Rumah sakit di masing-masing negara adalah sekitar 11% dan rumah sakit swasta lebih dari 30%. Antara 2007 dan 2008, jumlah kelahiran *Sectio Caesarea* meningkat di semua negara, dengan 110.000 kelahiran per kelahiran di seluruh Asia. Menurut WHO, prevalensi *Sectio Caesarea* di China telah meningkat sebanyak 46%, dan negara-negara di Asia, Eropa dan Amerika Latin telah meningkat sebesar 25% (Purba1 et al., 2021). Angka kejadian *Sectio Caesarea* di Indonesia menurut SDKI pada tahun 2012 adalah 921.000 dari 4.039.000 persalinan atau sekitar 22,8% dari seluruh persalinan.

DKI Jakarta (19,9%) memiliki proporsi tertinggi dan Sulawesi Tenggara (3,3%) memiliki proporsi terendah. Sedangkan data hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 di Indonesia menunjukkan prevelansi tindakan *Sectio Caesarea* pada persalinan adalah 17,6%, tertinggi di wilayah DKI Jakarta

(31,3%) dan terendah di Papua (6,7%) (Sulistianingsih & Bantas, 2018). Tindakan SC dengan indikasi gawat janin sebanyak 38,1% dari jumlah persalinan SC (Kemenkes RI, 2018). Jenis persalinan SC bertujuan untuk menyelamatkan janin dari kematian dalam kandungan yang dapat disebabkan hipoksia (Daryanti & Aprilina, 2020).

Berdasarkan data dari rekam medik di Rumah Sakit Swasta di Bekasi Timur selama satu tahun terakhir dari tahun 2020 sampai 2021 terdapat sebanyak 554 kasus *sectio caesarea* 3 pasien yang dirawat dengan *Sectio Caesarea* atas indikasi Gawat Janin atau *Fetal Distress*.

Persalinan SC pada umumnya dilakukan karena adanya indikasi (penyulit kehamilan dan gawat janin). Gawat janin atau *fetal distress* adalah salah satu indikasi yang sering ditemui dengan tindakan persalinan SC. Faktor persalinan SC dengan indikasi gawat janin adalah insufi ensiutero plasenta, abrupsio plasenta, prolaps tali pusat, augmentasi persalinan, persalinan lama, disproporsi sefalo pelvik, kehamilan premature atau postmatur, ketuban pecah dini, (karioamnioniti), pergerakan janin kurang dan DJJ tidak normal.

Bayi dengan kegawat daruratan memiliki resiko tinggi terjadinya sindrom kegawatan pernapasan, perdarahan serebral, enterokolitis nekrotikans dan kematian neonatus jika tidak memperoleh urfaktan yang adekuat. Oleh karena itu tindakan yang segera dan tepat diperlukan. Pendekatan tim untuk manajemen persalinan sangat penting. Semua staf harus mempersiapkan diri untuk merespon dengan cepat saat kegawatdaruratan janin terjadi. Persalinan kegawatdaruratan janin dipersiapkan berdasarkan factor resiko. Kehadiran staf lain seperti ahli anastesi untuk melakukan manajemen nyeri persalinan, staf perawatan neonates untuk kemungkinan membantu resusitasi BBL saat proses persalinan.

Penatalaksanaan kegawatdaruratan janin ditentukan secara individual pada tiap ibu berdasarkan pengkajian resiko komplikasi pada janin bila kehamilan

dilanjutkan atau persalinan dan kelahiran dilakukan segera. Manajemen konsertvatif pada gawat Janin adalah meliputi pengkajian janin dengan uji nonstress (NST) dan profilbiofisik (TDP). Pemberian kortiko steroid antenatal dikonsumsi oleh ibu dengan usia kehamilan kurang dari 32 minggu, karena pemberiannya telah dibuktikan dapat mengurangi resiko beberapa komplikasi pada neonates meliputi sindrom distress pernapasan, perdarahan intra ventrikuler, enterocolitis dan nekrotikans.

Sebuah penelitian Kohortre trospektif pada bayi baru lahir dengan usia kehamilan 23 minggu (usia batas mampu hidup diluar uterus) menemukan 82% penurunan pada kematian jika ibu telah mendapatkan kortiko steroid lengkap sebelum melahirkan (Hayes, 2018).

Tanggung jawab penting perawat adalah memahami proses kelahiran normal untuk mencegah serta mendeteksi penyimpangan dari persalinan dan kelahiran normal serta mengimplementasikan usaha keperawatan Ketika terjadi komplikasi. Perawatan optimal ibu bersalin, janin, dan keluarga yang mengalami komplikasi hanya dimungkinkan ketika perawat dan anggota tim keperawatan maternitas lainnya menggunakan pengetahuan dan kemampuan secara bersama-sama untuk memberikan perawatan yang kompeten dan berempati.

Perawat adalah orang yang paling dekat dengan pasien selama pasien menjalani persalinan dan perawatan *post partum* di rumah sakit. Peran perawat sebagai *care giver* sangat dibutuhkan dalam perawatan yaitu sebagai pemberi asuhan keperawatan dengan memperhatikan kebutuhan pasien dengan *Sectio Caesarea*. Peran perawat sebagai *Educator* yaitu perawat memberikan informasi kepada pasien tentang hal-hal yang dibutuhkan atau yang diwaspadai setelah pasien pulang kerumah. Perawat juga memberikan penjelasan tentang berbagai hal untuk persiapan pasien pulang, termasuk nutrisi dan cairan, aktivitas/mobilisasi, dan *personal hygiene*. Peran perawat sebagai *collaborator* yaitu berkolaborasi bersama tenaga kesehatan lainnya seperti dokter, ahli gizi, farmasi, fisioterapi, dan tenaga laboratorium medik. Peran perawat sebagai

advocate juga dibutuhkan sebagai pembela hak pasien dengan *post sectio caesarea*.

Melihat pentingnya peran perawat dalam proses pemulihan pasien post partum dengan *Sectio Caesarea*, maka penulis perlu memahami dan memperlengkapi diri tentang asuhan keperawatan pada pasien Ny.N. Pada studi kasus ini penulis sebagai calon perawat, akan membahas mengenai “Asuhan Keperawatan Pada Ny. N *Post partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Gawat Janin Pada Masa Pandemi COVID-19 Di Ruang E Rumah Sakit Swasta Bekasi Timur”.

B. Tujuan Penulis

1. Tujuan umum

Tujuan umum dari penulisan makalah ilmiah adalah diperolehnya pengalaman secara nyata dalam memberikan “Asuhan Keperawatan Pada Ny. N *Post Partum Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Gawat Janin Pada Masa Pandemi COVID-19 Di Ruang E. Rumah Sakit Swasta Bekasi Timur”.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penulis makalah ilmiah ini adalah:

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan *Post Partum Sectio Caesarea* dengan indikasi Gawat Janin.
- b. Menentukan masalah keperawatan pasien dengan *Post Partum Sectio Caesarea* dengan indikasi Gawat Janin.
- c. Merencanakan asuhan keperawatan pasien dengan *Post Partum Sectio Caesarea* dengan indikasi Gawat Janin.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai perencanaan dengan *Post Partum Sectio Caesarea* dengan indikasi Gawat Janin.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien *Post Partum Sectio Caesarea* dengan indikasi Gawat Janin.
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik.
- g. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung penghambat serta mencari solusi atau alternatif pemecahan masalah.

h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien *Post Partum Sectio Caesarea* dengan indikasi Gawat Janin.

C. Ruang Lingkup

Adapun ruang lingkup dalam penulisan makalah ilmiah ini adalah “Asuhan Keperawatan Pada Ny. N *Post Partum* Tindakan *Sectio Caesarea* dengan Indikasi Gawat Janin Pada Masa Pandemi COVID -19 Di Ruang E Di Rumah Sakit Swasta Bekasi Timur” yang dilaksanakan dari tanggal 30 April 2021 sampai dengan 02 Mei 2021.

D. Metode Penulisan

Metode dalam penulisan makalah ini menggunakan metode deskriptif yaitu metode yang bersifat mengumpulkan data, menarik kesimpulan, dan kemudian disajikan dalam bentuk narasi. Dalam melengkapi makalah ilmiah ini digunakan berbagai sumber dan teknik penulisan yaitu :

1. Studi kasus yaitu memberikan asuhan keperawatan kepada pasien secara langsung sehingga dapat memperoleh data yang akurat dari pasien dan keluarga.
2. Studi kepustakaan yaitu teknik mempelajari dan membaca data berdasarkan buku-buku yang berhubungan dengan kasus maupun media cetak dan media elektronik.
3. Studi dokumentasi yaitu dengan cara melihat catatan keperawatan dan catatan medis yang berhubungan dengan pasien.

E. Sistematika Penulisan

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

BAB 1 Pendahuluan, terdiri dari latar belakang, tujuan penulis, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan Teori, terdiri dari pengertian, adaptasi fisiologis, adaptasi psikologis, etiologi, manifestasi klinis, komplikasi, pemeriksaan penunjang, konsep *sectio caesarea*, komplikasi *sectio caesarea*, konsep gawat janin, definisi,

etiologi, indikasi, manifestasi klinis, dan komplikasi, konsep asuhan keperawatan, 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 pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

BAB V Penutup, terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian Masa Nifas

Periode post partum adalah jangka waktu antara lahirnya bayi dengan kembalinya organ reproduksi ke keadaan normal seperti sebelum hamil. Periode ini sering kali disebut dengan masa nifas (*puerperium*, atau trimester keempat kehamilan).

Masa nifas (*puerperium*) dimulai sejak 2 jam setelah plasenta lahir dan berakhir setelah 6 minggu (42 hari). Puerperium yaitu dari kata *puer* yang artinya bayi *parous* melahirkan. Oleh karena itu, masa nifas adalah masa setelah kelahiran seorang anak yaitu masa pemulihan, mulai dari selesainya persalinan sampai dengan kembalinya alat-alat dalam kandungan kembali seperti sebelum hamil (Rini & Kumala, 2017).

Masa nifas (*puerperium*) merupakan masa setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas ini berlangsung 6 minggu, dalam masa nifas diperlukan Asuhan masa nifas karena periode ini merupakan periode kritis baik ibu ataupun bayinya. Perubahan terjadi pada masa nifas yaitu perubahan fisik, involusi uteri, laktasi, pengeluaran air susu ibu (ASI), perubahan sistem tubuh ibu, dan perubahan psikis. (Yuliana & Hakim, 2020)

B. Adaptasi Fisiologis dalam Masa Nifas

Ibu dalam masa nifas mengalami perubahan dalam fisiologis, perubahan-perubahan yang terjadi menurut (Cashion & Perry, 2013), yaitu :

1. Perubahan sistem pencernaan

- a. Nafsu makan

Ibu biasanya akan merasa lapar segera setelah melahirkan dan dapat menoleransi menu makanan yang ringan. Sebagian besar ibu akan angkat lapar setelah pemulihan dari anastesi, analgesik, dan kelelahan. Permintaan

porsi makanan dua kali lebih banyak dan cemilan yang sering merupakan hal yang umum.

b. Defekasi

Defekasi spontan mungkin baru akan terjadi setelah 2-3 hari post partum. Ini disebabkan karena berkurangnya tonus otot di usus selama melahirkan dan masa nifas, diare sebelum persalinan kurangnya makanan berserat dan dehidrasi.

Kelahiran pervaginam dengan bantuan (forsep) dan laserasi sfingter anus dihubungkan dengan peningkatan risiko inkontinesia anus postpartum

2. Perubahan tanda-tanda vital

a. Suhu tubuh

Suhu tubuh selama 24 jam pertama dapat meningkat sampai 38°C karena efek samping dehidrasi atau anastesi epidurasi. Setelah 24 jam, pasien seharusnya tidak demam lagi.

b. Nadi

Nadi akan kembali ke nilai sbelum hamil dalam beberapa hari post partum, meskipun seberapa cepatnya kembali akan bervariasi pada tiap wanita.

c. Respirasi

Respirasi harusnya menurun sampai frekuensi normal sebelum hamil 6-8 minggu setelah melahirkan.

d. Tekanan Darah

Tekanan darah sedikit berubah atau tidak sams sekali. Hipotensi ortostatik yang di indikasikan dengan perasaan seperti akan pingsan atau pusing segera setelah berdiri dapat muncul dalam 48 jam pertama karena pembesaran splangnik yang dapat terjadi saat melahirkan.

3. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

a. Volume Darah

Perubahan volume darah postpartum tergantung pada beberapa faktor, seperti jumlah darah yang hilang selama persalihan dan jumlah cairan ekstravaskuler (edema fisiologis) yang dimobilisasi dan dikeluarkan. Pada

persalinan pervaginam kehilangan darah dapat mencapai 500mL (10% dari volume darah), dan sebanyak 1000mL pada SC.

b. Curah Jantung

Frekuensi denyut jantung dan curah jantung akan meningkat sepanjang masa kehamilan. Curah jantung akan tetap meningkat setidaknya selama 48 jam setelah melahirkan. Sebagian besar curah jantung berkurang sekitar 30% dalam 2 minggu setelah melahirkan dan secara bertahap menurun ke tingkat sebelum hamil 6-12 minggu setelah melahirkan.

4. Perubahan Sistem Reproduksi

a. Uterus

1) Perubahan Involusi

Proses involusi adalah kembalinya rahim ke keadaan normal setelah melahirkan. Pada akhir kala III persalinan, uterus akan berada di tengah, kira-kira 2 cm di bawah umbilikus dengan fundus uterus berada di promontorium sacrum. Berat rahim saat ini sekitar 1000 gram.

Dalam 12 jam, fundus akan naik menjadi setinggi umbilikus atau sedikit dibawah atau di atas umbilikus. Kemudian fundus akan turun sekitar 1 cm setiap hari. Dalam seminggu setelah melahirkan fundus akan berada di 4-5 jari dibawah umbilikus. Setelah 6 minggu uterus sudah tidak bisa di palpasi dan sudah kembali normal seperti sebelum hamil dan berat uterus akan berkisar 60-80 gram.

2) Kontraksi

Hormon oksitosin yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis akan memperkuat dan mengkoordinasikan kontraksi uterus, sehingga menekan pembuluh darah dan menyebabkan perdarahan. Selama 1-2 jam post partum kontraksi uterus akan berkurang intensitasnya dan menjadi tidak terkoordinasi. Oleh karena itu uterus harus tetap keras dan berkontraksi dengan diberikan oksitosin yang biasanya dimasukkan melalui intravena atau intramuscular segera setelah plasenta keluar.

3) Nyeri Postpartum

Relaksasi berkala dengan kontraksi yang kuat lebih umum terjadi pada kehamilan berikutnya dan dapat menyebabkan rasa kram yang tidak enak biasa disebut dengan nyeri postpartum (*afterpain*) yang menetap selama awal nifas. Biasanya terlihat setelah kelahiran saat uterus sangat terdistensi.

b. Lokia

Cairan dari uterus setelah melahirkan, yang sering disebut lokia awalnya berwarna merah dan mengandung bekuan darah kecil. Pada 2 jam pertama setelah melahirkan, jumlah cairan tersebut kurang lebih sama seperti pada menstruasi yang banyak. Setelah itu aliran lokia akan berkurang. Terdapat beberapa macam lokia, yaitu :

- 1) Lokia rubra, lokia ini timbul pada hari awal serta hari ketiga pasca melahirkan. Cairan yang keluar berwarna merah sebab mengandung darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, mekonium dan lanugo.
- 2) Lokia sanguinolenta, cairan berwarna merah kecoklatan serta berlendi, dan berbau anyir. Cairan ini timbul pada hari keempat hingga hari ketujuh pasca melahirkan.
- 3) Lokia serosa, berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan/lacerasi plasenta. Muncul pada hari ketujuh sampai hari keempat belas pasca melahirkan.
- 4) Lokia alba, mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks serta serabut jaringan yang mati. Berlangsung sepanjang 2 minggu hingga 6 minggu pasca melahirkan.
- 5) Lokia purulenta, cairan nanah serta berbau busuk sepanjang masa nifas.

c. Serviks

Serviks akan teraba lunak segera setelah melahirkan. Selama 12-18 jam kedepan serviks akan memendek dan mengeras. Ostium serviks yang membuka 10 cm dikala melahirkan hendak menutup perlahan. Pada hari kedua atau ketiga serviks akan terbuka 2-3 cm dan pada 1 minggu setelah melahirkan serviks akan melebar sebesar 1 cm. Ostium serviks eksterna

tidak akan lagi bulat, namun akan terlihat celah yang sering kali disebut sebagai “mulut ikan”.

d. Vagina dan Perineum

Saat melahirkan, vagina dan vulva akan tertekan dan meregang, dan kedua organ ini akan kembali normal beberapa hari setelah melahirkan. Ukuran vagina selalu lebih besar dari sebelum persalinan pertama. Rugae akan muncul kembali dalam 3-4 minggu tetapi tidak akan sebanyak saat sebelum wanita hamil.

Perubahan perineum *post partum* terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan pada jalan lahir dapat terjadi secara spontan atau perineotomi dapat dilakukan dengan indikasi tertentu, oleh karena itu diperlukan latihan otot perineum untuk mengembalikan tonus otot dan mengencangkan vagina. Hal ini dapat dilakukan pada akhir masa puerperium dengan latihan harian.

e. Payudara

Segera setelah melahirkan terjadi penurunan kadar hormone seperti estrogen, prostogen, HCG, prolactin, kortisol, dan insulin yang menstimulasi perkembangan payudara selama kehamilan. Waktu yang dibutuhkan hormon-hormon ini untuk kembali ke keadaan sebelum hamil sebagian bergantung pada apakah ibu menyusui atau tidak.

5. Perubahan Sistem Endokrin

Kadar estrogen dan progesterone akan berkurang setelah keluarnya plasenta dan mencapai kadar terendahnya satu minggu setelah melahirkan. Kadar estrogen yang berkurang berhubungan dengan pembesaran payudara dan diuresis cairan ekstrasel yang berlebihan dan terakumulasi selama kehamilan. Pada ibu menyusui, kadar estrogen mulai meningkat 2 minggu setelah melahirkan dan pada hari ke 17 postpartum akan menjadi jauh lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang menyusui.

Hormone *human chorionic gonadotropin* (hCG) akan menghilang dengan cepat dari sirkulasi ibu. Meski demikian, karena hilangnya hCG dari ruang

intrasel dan ekstrasvaskuler perlu lebih banyak waktu, hormone masih dapat dideteksi di sistem tubuh ibu sampai 3-4 minggu postpartum.

6. Perubahan Sistem Perkemihan

Buang air kecil sulit selama 24 jam pertama. Spasme sfingter dan edema leher kandung kemih dapat terjadi setelah kompresi antara kepala janin dan tulang kemaluan di bagian ini selama persalinan. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen yang bersifat penahan air akan menurun secara signifikan kondisi ini dapat menyebabkan diuresis, ureter yang melebar akan kembali normal dalam waktu 6 minggu.

7. Sistem Muskuloskeletal

Adaptasi muskuloskeletal ibu yang terjadi selama kehamilan akan terbalik pada masa nifas. Adaptasi ini termasuk relaksasi dan hipermobilitas sendi, serta mengubah pusat gravitasi ibu di dalam rahim. Meskipun semua persendian lain telah kembali ke keadaan sebelum hamil, persendian kaki tidak akan pulih. Ibu mungkin menemukan bahwa ukuran sepatunya semakin besar.

8. Sistem Saraf

Terkadang pusing akibat stress atau tekanan darah tinggi saat hamil, akan hilang 1-3 hari atau beberapa minggu setelah persalinan normal, tergantung penyebab dan pengobatan yang efektif (Maryunani, 2017).

9. Sistem Imun

Tidak ada perubahan signifikan pada sistem kekebalan tubuh ibu setelah melahirkan, ibu dinyatakan membutuhkan vaksinasi rubella atau pencegahan isomunisasi Rh.

10. Sistem Integumen

Kloasma kehamilan biasanya menghilang pada akhir kehamilan. Pigmentasi areola dan garis hitam mungkin tidak hilang sepenuhnya setelah melahirkan. Beberapa warna pada wanita akan mempunyai lebih gelap secara permanen di area tersebut. Stretch mark pada payudara, abdomen, panggul, dan paha akan memudar tapi biasanya tidak menghilang. Perubahan paling signifikan pada sistem kulit adalah keringat berlebih.

C. Adaptasi Psikologis dalam Masa Nifas

Banyak hal yang menambah beban perempuan dan membuat perempuan merasa tertekan. Banyak perempuan yang merasa tertekan setelah melahirkan, padahal hal ini normal perubahan peran ibu membutuhkan adaptasi yang harus dilalui oleh setiap ibu, dan tanggung jawab seorang ibu semakin besar. Dorongan dan perhatian seluruh anggota keluarga lainnya merupakan dukungan aktif bagi ibu untuk berasaptasi dengan masa nifas.

Perubahan psikologis masa nifas menurut Reeva-Rubin terbagi menjadi 3 tahap yaitu :

1. Fase *Taking In*

Masa ketergantungan dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman berulang saat melahirkan akan membuat ibu lebih pasif terhadap lingkungannya. Kemampuan mendengarkan dan menyediakan waktu yang cukup merupakan dukungan yang tidak ternilai bagi ibu. Pada tahap ini ibu membutuhkan pendamping suami dan anggota keluarganya.

2. Fase *Taking Hold*

Merupakan fase yang berlangsung selama 3-10 hari setelah melahirkan, pada fase ini ibu akan merasa khawatir akan ketidak mampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu memiliki perasaan yang sensitiv sehingga mudah tersinggung dan mudah marah sehingga kita perlu berhati-hati dalam berkomunikasi dengan ibu.

3. Fase *Letting Go*

Merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri merawat diri, dan bayinya serta kepercayaan dirinya sudah mulai meningkat.

D. Konsep *Sectio Caesarea*

1. Pengertian

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu metode melahirkan janin dengan membuat sayatan di dinding uterus melalui dinding depan perut. (Kusuma & A.H, 2015)

Sectio Caesarea (SC) adalah proses melahirkan melalui operasi atau pembedahan dimana sayatan dilakukan di perut untuk mengeluarkan bayi. (Purwoastuti & Siwi, 2014)

2. Klasifikasi

1) *Sectio Transperitonealis Profunda*

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

2) *Sectio* Korporal atau Klasik

Insisi di buat pada korpus uteri, pembedahan ini yang lebih mudah di lakukan, hanya diselenggarakan apabila ada halangan untuk melakukan *Sectio Caesarea Transperitonealis Profunda* misalnya, melekat erat uterus pada dinding perut karena *Sectio* yang sudah atau insisi segmen bawah uterus mengandung bahaya perdarahan yang banyak.

3) *Sectio Caesarea Peritoneal*

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

4) *Sectio Caesarea Hysterectomy*

Setelah *Sectio Caesarea*, dilakukan *hysterectomy* dengan indikasi :

- a) Atonia uteri.
- b) Plasenta accrete.
- c) Myoma uteri.
- d) Infeksi intra uteri berat.

Pembedahan ini merupakan *Sectio Caesarea* yang dilanjutkan dengan pengeluaran uterus. Jika mungkin histerektomi harus dikerjakan lengkap (histerektomi total). Akan tetapi karena pembedahan subtotal menjadi prosedur pilihan jika terdapat perdarahan hebat dan pasien menjadi syok atau jika pasien dalam keadaan jelek akibat sebab-sebab lain. Pada kasus-kasus semacam ini lanjutan pembedahan adalah menyelesaikannya secepat mungkin (Hary Oxorn dan William R, Forte, 2010).

3. Indikasi

1) Indikasi Ibu :

- a) Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior) dan totalis.
- b) Panggul sempit.
- c) Disproporsi sefalo-pelvik: Ketidak seimbangan antara ukuran kepala dengan panggul.
- d) Partus lama (*prolonged labor*).
- e) Ruptur uteri mengancam.
- f) Partus tak maju (*obstructed labor*).
- g) Distosia serviks.
- h) Pre-eklamsia dan hipertensi.
- i) Disfungsi uterus.
- j) Distosia jaringan lunak.

2) Indikasi janin dengan *Sectio Caesarea* :

- a) Insufisiensi utero plasenta
- b) Abrupsio plasenta

- c) Prolaps tali pusat
- d) Augmentasi persalinan
- e) Persalinan lama
- f) Disproporsi sefalopelvik
- g) Kehamilan premature atau postmatur
- h) Ketuban pecah dini (karioamnioniti)
- i) Pergerakan janin kurang dan DJJ tidak normal

Dari beberapa faktor *Sectio Caesarea* di atas diuraikan beberapa indikasi *Sectio Caesarea* dengan indikasi gawat janin insufisiensi utero plasenta, abrupsi plasenta, prolaps tali pusat, augmentasi persalinan, persalinan lama, disproporsi sefalopelvik, kehamilan premature atau postmatur, ketuban pecah dini (karioamnioniti), pergerakan janin kurang dan DJJ tidak normal.

4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada klien dengan post sectio caesarea, antara lain :

- 1) Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml.
- 2) Terpasang kateter: Urin jernih dan pucat.
- 3) Abdomen lunak dan tidak ada distensi.
- 4) Bising usus tidak ada.
- 5) Ketidakmampuan untuk menghadapi situasi baru
- 6) Balutan abdomen tampak sedikit noda.
- 7) Aliran lochia sedang dan bebas dari bekuan, berlebihan dan banyak

5. Komplikasi

a. Perdarahan disebabkan karena :

- 1) Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka.
- 2) Atonia uteri.
- 3) Perdarahan pada *placental bed*.

- a) Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonealisasi terlalu tinggi.
 - b) Kemungkinan ruptura uteri spontan pada kehamilan mendatang.
- b. Payudara bengkak.
 - c. Tekanan darah meningkat.
 - d. Hemoroid.
 - e. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonealisasi terlalu tinggi.
 - f. Kemungkinan ruptura uteri spontan pada kehamilan mendatang.

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada klien dengan tindakan *sectio caesarea* adalah:

- 1) Hitung darah lengkap
- 2) Golongan darah (ABO), dan pencocokan silang, tes Coombs. Nb.
- 3) Urinalisis: Menentukan kadar albumin/glukosa.
- 4) Pelvimetri: Menentukan CPD.
- 5) Kultur: Mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II.
- 6) Ultrasonografi: Melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin.
- 7) Amniosintesis: Mengkaji maturitas paru janin.
- 8) NST dan profil biofisik (TDP). Tes stres kontraksi atau tes non-stres: Mengkaji respons janin terhadap gerakan/stres dari pola kontraksi uterus/pola abnormal.
- 9) Penentuan elektronik selanjutnya: Memastikan status janin/aktivitas uterus.

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis dan perawatan setelah dilakukan *sectio caesarea*, yaitu:

- 1) Perdarahan dari vagina harus dipantau dengan cermat.
- 2) Fundus uteri harus sering dipalpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap berkontraksi dengan kuat.
- 3) Pemberian analgetik dan antibiotik.

- 4) Periksa aliran darah uterus paling sedikit 30 mL/jam.
- 5) Pemberian cairan intra vaskuler, 3 Liter cairan biasanya memadai untuk 24 jam pertama setelah pembedahan.
- 6) Ambulasi satu hari setelah pembedahan klien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantu orang lain.

E. Konsep Gawat Janin

a. Pengertian

Keadaan janin biasanya dinilai dengan menghitung Denyut Jantung Janin (DJJ) dan memeriksa kemungkinan adanya mekonium di dalam cairan amnion. Biasanya dianggap DJJ yang abnormal, terutama bila ditemukan mekonium, menunjukkan hipoksia dan asidosis. Namun, sering salah bila janin tidak menerima cukup O₂, terjadi gawat janin, sehingga menyebabkan hipoksia. Kondisi ini bisa kronis (jangka panjang) atau akut (Prawirohardjo, 2013).

Gawat janin menunjukkan bahwa janin berada dalam keadaan yang relatif berbahaya pada janin yang sangat mengancam kesehatan janin. Gawat janin adalah keadaan janin tidak memperoleh oksigen yang cukup, jadi janin mengalami hipoksia dan dapat mengancam kesehatan janin. (Maryunani, 2017)

b. Etiologi

Menurut Maryuni & Puspita Sari (2013), etiologi janin antara lain :

- 1) Penyebab gawat janin, antara lain :
 - a) Insufisiensi uteroplasental akut :
 - i. Aktivitas uterus berlebihan-hipertonik akut dapat dihubungkan dengan pemberian oksitosin.
 - ii. Hipotensi ibu.
 - iii. Solusio plasenta.
 - iv. Plasenta previa dengan perdarahan.

- b) Insufisiensi uteroplasental kronik :
 - i. Penyakit hipertensi.
 - ii. Diabetes melitus.
 - iii. Isoimmunisasi Rh.
- c) Kompresi tali pusat.
- d) Anastesia blok paraservikal.
- e) Infeksi virus toxoplasmosis.
- f) Kehamilan postmatur.
- g) Medikasi pada ibu (antropine, sikopolamin, diazepam, fenobarbital, magnesium, analgesiknarkotik).

2) Gawat janin dalam persalinan dapat terjadi bila :

- a) Persalinan berlangsung lama.
- b) Induksi persalinan dengan oksitosin.
- c) Ada perdarahan atau infeksi.
- d) Insufisiensi plasenta, post term, dan pre-eklamsia.
- e) Denyut jantung janin lebih dari 160x/menit dalam kehamilan varibilitas dasarnya dan menunjukkan deselerasi lanjut pada kontraksi uterus. Bila hipoksia berlanjut, glikolisis anaerobik akan menghasilkan asam laktat, dan pH janin akan menurun.

3) Janin yang berisiko tinggi untuk mengalami gawat janin adalah :

- a) Janin yang pertumbuhannya terhambat.
- b) Janin dari ibu dengan diabetes melitus.
- c) Janin preterm dan postterm.
- d) Janin dengan kelainan letak.

c. **Klasifikasi**

Menurut (Sari & Maryani, 2013) gawat janin diklasifikasikan sebagai gawat janin sebelum persalinan dan selama persalinan, yang diuraikan sebagai berikut :

1) Gawat janin sebelum persalinan :

Gawat janin sebelum persalinan dibagi menjadi 2 yaitu :

a) Gawat janin sebelum persalinan :

Gawat janin ini dapat timbul pada periode prenatal ketika keadaan fisiologis ibu-janin-plasenta normal yang ideal terganggu, gawat janin dapat terjadi.

b) Gawat janin akut :

Peristiwa yang tiba-tiba mempengaruhi oksigenasi janin.

c) Gawat janin selama persalinan

Sedangkan yang dimaksud dengan gawat janin selama persalinan yaitu :

i. Menunjukkan hipoksia janin tanpa oksigenasi yang adekuat, DJJ kehilangan variabilitas dasarnya dan menunjukkan deselerasi lanjut pada kontraksi uterus.

ii. Jika hipoksia berlanjut, glikolisis anaerobik akan menghasilkan asam laktat dengan menurunkan pH janin.

d. Tanda-tanda Gawat Janin

Menurut (Sari & Maryani, 2013), tanda-tanda gawat janin antara lain :

1) Gawat janin dapat diketahui dari tanda-tanda sebagai berikut :

a) DJJ kurang dari 120 dan lebih dari 160 x/menit.

b) Gerakan janin menurun (pergerakan janin normal lebih dari 10x sehari).

c) Cairan ketuban bercampur mekonium, warnanya hijau, jika bayi lahir dengan letak kepala.

2) Indikasi-indikasi dari kemungkinan gawat janin :

a) Bradikardia, DJJ (+) kurang dari 120x/menit.

b) Takikardia, DJJ lebih cepat dan lebih lama 160x/menit per menit.

i. Dapat berhubungan dengan demam ibu sekunder terhadap infeksi intrauteri.

ii. Persalinan prematur dan antropin juga terkait dengan denyut jantung dasar yang meningkat.

c) DJJ yang menurun, yang berarti depresi sistem saraf anatomi janin untuk medikasi ibu (atropi, skopopamin, diazepam, fenolbarbitas, magnesium, dan analgesic narkotik):

- i. Pola derasi, deselerasi lanjut membuktikan hipoksia janin yang diakibatkan oleh insufisiensi uteroplasma.
- ii. Deselerasi yang bervariasi tidak berhubungan dengan uterus merupakan lebih sering dan muncul untuk menjalankan kopresi sementara waktu saja dari pembuluh darah umbilikus.
- iii. Peningkatan hipoksia janin adalah deselerasi lanjut, penurunan variabilitas, bradikardia yang menetap dan pola gelombang sinus.

e. Risiko Komplikasi

1. Kematian janin.
2. Kematian neonatus/bayi baru lahir.
3. *Meconium Aspiration Syndrome*.
4. Perdarahan intrakranial.
5. Hipoksia
6. Hipoglikemia.

f. Penatalaksanaan

Menurut (Sari & Maryani, 2013), jika DJJ diketahui tidak normal, lakukan hal-hal sebagai berikut :

- 1) Tergantung faktor penyebab : perubahan yaitu dengan posisi miring kiri dan pemberian O₂ 3L/menit membantu mengurangi demam pada maternal dengan hidrasi antipireutik dan tindakan pendinginan.
- 2) Relaksasi (menarik napas panjang untuk menenangkan ibu dan menaikkan asupan oksigen).
- 3) Observasi DJJ setiap 15 menit, apabila dalam 30 menit tidak adaperbaikan kondisi janin, segera kolaborasi dengan dokter obgyn.
- 4) Jika karena dari ibu diketahui (semacam demam, obat-obatan) mulailah penanganan yang sesuai dengan kondisi ibu :

- a) Istirahat baring.
 - b) Banyak minum (rehidrasi).
 - c) Kompres untuk menurunkan suhu tubuh ibu.
 - d) Memberi obat antipireutik.
- 5) Jika karena dari ibu tidak diketahui DJJ tetap abnormal sepanjang paling sedikit 3 kontraksi, lakukan pemeriksaan dalam untuk mencari penyebab gawat janin :
- a) Bila ada perdarahan dengan nyeri yang hilang timbul atau menetap, pikirkan kemungkinan solusio plasenta.
 - b) Bila ada tanda peradangan (demam, sekret miss V berbau tajam) berikan antibiotik untuk amnionitis.
 - c) Bila tali pusat terletak di bawah janin atau dalam miss V lakukan penanganan prolaps tali pusat.
 - d) Bila denyut jantung janin tetap abnormal maupun bila terdapat isyarat lain gawat janin (mekonium kental pada cairan amnion, rencanakan persalinan).
 - e) Bila umur kehamilan kurang dari 32 minggu ugmentasi pematangan paru-paru janin diberikan obat kortikosteroid.

F. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian (Aspiani, 2017)

a. Identitas

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

b. Keluhan Utama

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

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada riwayat penyakit sekarang yang perlu dikaji yaitu jam selesai operasi, kesadaran klien, keadaan umum, latak 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 penyakit berat yang pernah diderita salah satu anggota yang ada hubungannya dengan operasi misalnya: TBC, DM, dan Hipertensi.

f. Riwayat Obstetri

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

a) Keadaan Haid

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

b) Perkawinan

Sudah menikah berapa kali dan sudah berapa lama dengan suami.

c) Kehamilan

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

d) Riwayat Kehamilan dan Persalinan Yang Lalu

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

g. Pola Kebiasaan Sehari-hari menurut Virginia Henderson

a. Respirasi

Pada kasus *post sectio caesarea* komplikasi yang sering ditemukan adalah obstruksi jalan napas, hipopnea, dan henti napas.

b. Nutrisi

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

c. Eliminasi

Meliputi berapa kali BAB, konsistensi, warna, bau, dan berapa kali klien buang air kecil melalui kateter dawer yang dipasang sebelumnya setelah operasi *caesar*.

d. Istirahat/tidur

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

e. Mempertahankan temperatur tubuh dan sirkulasi

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

f. Kebutuhan personal *hygiene*

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

g. Aktivitas

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

h. Gerak dan keseimbangan tubuh

Aktivitas berkurang, tidak bisa berjalan karena nyeri dan ketidaknyamanan.

i. Kebutuhan berpakaian

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

j. Kebutuhan keamanan

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

k. Sosialisasi

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

l. Kebutuhan spiritual

Klien yang dapat 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.

m. Kebutuhan bermain dan rekreasi

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

n. Kebutuhan belajar

Bagaimana pasien berusaha untuk belajar, menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu mereka untuk meningkatkan perkembangan yang normal, kesehatan dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia.

o. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Keadaan umum biasanya lemah.

2) Kesadaran

Apatis.

3) Tanda-tanda vital

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

Nadi : Nadi meningkat >80x/menit.

Suhu : Suhu meningkat >37,5°C.

Respirasi : Respirasi meningkat.

4) Pemeriksaan *head to toe*

a) Kepala

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

b) Wajah

Apakah ada sulkus kehamilan, konjungtiva pucat atau merah, adanya edema.

c) Mata – telinga – hidung

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

d) Leher

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

e) Dada dan panggung

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.

f) Payudara/mammae

Apakah puting menonjol atau tidak, areola menghitam, kolostrum.

g) Abdomen

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

h) Ekstremitas atas dan bawah

i. Ektremitas atas

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

ii. Ektremitas bawah

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

i) Genetalia.

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

G. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis yang mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Tujuan dari diagnosa keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Diagnosa Keperawatan menurut (SIKI, 2018), antara lain:

- a. Ketidaknyamanan *pasca* partum berhubungan dengan luka SC, involusi uterus, pembengkakan payudara.
- b. Risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi *pasca* partum.
- c. Bersihan jalan napas berhubungan dengan spasme jalan napas.
- d. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (luka SC).
- e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan atau metode menyusui.
- f. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostik (anastesi).
- g. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.
- h. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.
- i. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

H. Perencanaan Keperawatan

Setelah perumusan diagnosa keperawatan maka perlu dibuat perencanaan intervensi keperawatan. Rencana keperawatan adalah rangkaian kegiatan yang menetapkan langkah dan prioritas pemecahan masalah, menyusun tujuan, rencana tindakan dan mengevaluasi asuhan pasien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan. Tujuan intervensi keperawatan adalah menghilangkan, mengurangi, dan mencegah masalah keperawatan pasien.

a. Ketidaknyamanan *pasca* partum berhubungan dengan involusi uterus, pembengkakan payudara.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan masalah ketidaknyamanan teratasi dengan kriteria hasil :

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

Intervensi :

Observasi :

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

Terapeutik :

- 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya: terapi musik, aromaterapi, komres hangat/dingin, terapi pijat)
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (Misalnya: suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan).
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur.
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

Edukasi :

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri.
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.
- 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.
- 5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Kolaborasi :

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

b. Risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi *pasca* partum

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

- 1) Membran mukosa lembap meningkat (5).
- 2) Kelembapan kulit meningkat (5).
- 3) Perdarahan vagina menurun (5).
- 4) Perdarahan pasca operasi menurun (5).
- 5) Tekanan darah dalam batas normal (sistolik : 80-120, diastolik : 60-80 mmHg) (5)
- 6) Frekuensi nadi dalam batas normal (60-100x/menit) (5)
- 7) Suhu tubuh dalam batas normal (36,2^oC-37,5^oC) membaik (5).

Intervensi :

Observasi :

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

Terapeutik :

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

Edukasi :

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

Kolaborasi :

- 1) Kolaborasi pemberian obat pengontrol pendarahan, jika perlu.
- 2) Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu.
- 3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja jika perlu.

c. Bersihan jalan napas berhubungan dengan spasme jalan napas. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan masalah bersihan jalan napas dengan adekuat dengan kriteria hasil :

- 1) Batuk efektif meningkat (5).
- 2) Produksi sputum menurun (5).
- 3) Mengi menurun (5).
- 4) *Wheezing* menurun (5).
- 5) Dispnea menurun (5).
- 6) Sianosis menurun (5).

- 7) Gelisah menurun (5).
- 8) Frekuensi napas membaik (5).
- 9) Pola napas membaik (5).

Intervensi :

Observasi :

- 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, dan usaha napas).
- 2) Monitor bunyi napas tambahan (misalnya : *gurgling*, mengi, *wheezing*, ronchi kering).
- 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma

Terapeutik :

- 1) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift. (*jaw trust* jika curiga trauma servikal).
- 2) Posisikan *semi fowler* atau *fowler*.
- 3) Berikan minum hangat.
- 4) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu.
- 5) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik.
- 6) Berikan oksigen, jika perlu.

Edukasi :

- 1) Anjurkan asupan cairan 200mL/hari jika tidak kontra indikasi.
- 2) Ajarkan teknik batuk efektif.
- 3) Kolaborasi pemberian broncodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.

d. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (luka SC). Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan masalah risiko infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil :

- 1) Kebersihan tangan meningkat (5)
- 2) Pasien tidak adanya tanda-tanda infeksi : demam, kemerahan, nyeri, bengkak (menurun 5).
- 3) Kultur darah membaik (5)
- 4) Cairan pervaginam berbau busuk menurun (5).

Intervensi :

Observasi :

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

Terapeutik :

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

Edukasi :

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

Kolaborasi :

- 1) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.

e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan atau metode menyusui. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan masalah menyusui tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil :

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

7) Lecet pada puting menurun (5).

Intervensi :

Observasi :

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

Terapeutik :

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

Edukasi :

- 1) Berikan konseling menyusui.
- 2) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi.
- 3) Ajarkan empat posisi menyusui dan perlekatan dengan benar.
- 4) Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengkompres dengan yang telah diberikan minyak kelapa.
- 5) Ajarkan perawatan payudara postpartum (misalnya: memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin).

f. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostik (anastesi). Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan masalah gangguan eliminasi urin teratasi dengan kriteria hasil :

- 1) Sensasi berkemih meningkat (5).
- 2) Distensi kandung kemih menurun (5).
- 3) Berkemih tidak tuntas menurun (5).
- 4) Volume residu urine menurun (5).
- 5) Urine menetes menurun (5).

- 6) Mengompol menurun (5).
- 7) Disutia menurun (5).
- 8) Frekuensi BAK membaik (5).
- 9) Karakteristik urine membaik (5).

Intervensi :

Observasi :

- 1) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urin.
- 2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin.
- 3) Monitor eliminasi urin (misalnya: frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna).

Terapeutik :

- 1) Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih.
- 2) Batasi asupan cairan bila perlu.
- 3) Ambil sample urin tengah atau kultur.

Edukasi :

- 1) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih.
- 2) Ajarkan mengukur asupan cairan dan hluaran urin.
- 3) Anjarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih.
- 4) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemihan.
- 5) Anjurkan minum yang cukup jika tidak ada kontraindikasi
- 6) Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur.

Kolaborasi :

- 1) Kolaborasi pemberian obat supposituria uretra, jika perlu.

g. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan mobilisasi dapat meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat (5).

- 2) Kekuatan otot meningkat (5).
- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat (5).
- 4) Nyeri menurun (5).
- 5) Kecemasan menurun (5).
- 6) Gerakan terbatas menurun (5).
- 7) Kelemahan fisik menurun (5).

Intervensi :

Observasi :

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

Terapeutik :

- 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya pagar tempat tidur).
- 2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu.
- 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

Edukasi :

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.
- 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini.
- 3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya: duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

h. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan masalah ketidaknyamanan teratasi dengan kriteria hasil :

- 1) Verbalisasi kebingungan menurun (5).
- 2) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (5).
- 3) Perilaku gelisah menurun (5).

- 4) Perilaku tegang menurun (5).
- 5) Keluhan pusing menurun (5).
- 6) Pola tidur membaik (5).
- 7) Frekuensi pernapasan membaik (5).
- 8) Frekuensi nadi membaik (5).
- 9) Tekanan darah membaik (5).

Intervensi :

Observasi :

- 1) Observasi identifikasi saat tingkat ansietas berubah.
- 2) Identifikasi mengambil keputusan.
- 3) Monitor tanda-tanda ansietas.

Terapeutik :

- 1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan.
- 2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan.
- 3) Memahami situasi yang membuat ansietas.
- 4) Dengarkan dengan penuh perhatian.
- 5) Gunakan pendekatan yang tenang dan menenangkan.
- 6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan.
- 7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan.
- 8) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang.

Edukasi :

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

Kolaborasi :

1) Kolaborasi pemberian obat anti ansietas, jika perlu.

i. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan pengetahuan psaien meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat (5).
- 2) Verbalisasi minat dalam belajar meningkat (5).
- 3) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat (5).
- 4) Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat (5).
- 5) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat (5).
- 6) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (5).
- 7) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (5).

Intervensi :

Observasi :

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

Terapeutik :

- 1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.
- 2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.
- 3) Berikan kesempatan untuk bertanya edukasi.
- 4) Jelaskan faktor resiko yang mempengaruhi kesehatan.
- 5) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.
- 6) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

I. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan adalah tindakan yang dilakukan sesuai dengan rencana, termasuk tindakan mandiri dan kolaboratif. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat. Tindakan kolaboratif adalah tindakan perawatan berdasarkan hasil keputusan dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Pelaksanaan asuhan harus dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditentukan, dan pelaksanaan ini harus disesuaikan dengan permasalahan yang muncul (Mitiyanti, 2017).

J. Evaluasi Keperawatan

Pada langkah ketujuh, dilakukan keefektifitas perawat dari asuhan yang sudah diberikan termasuk memenuhi kebutuhan apakah sudah dilaksanakan sesuai kebutuhan, sebagaimana ditemukan dalam masalah dan dignosis. Rencana dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam melakukan pelaksanaannya, adakemungkinan untuk rencana tersebut lebih efektif dan sedangkan sebagian belum efektif, mengingat bahwa proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkelanjutan maka perlu mengulangi kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui manajemen yang tidak efektif serta melakukan penyesuaian terhadap rencana asuhan tersebut. (Trisnawati, 2016).

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Nama pasien Ny. N, usia 25 tahun, suku/bangsa Jawa, agama islam, pendidikan S1 Akuntansi, pekerjaannya mengajar di SDIT, alamatnya di Bumi Yapermas Indah, nama suami Tn. A, umur 26, suku/bangsa Jawa, agama Islam, pendidikan S1 Teknik, pekerjaan PT EPSON, alamat di Bumi Yapermas Indah, status perkawinan yaitu kawin sudah 1 tahun lama perkawinannya.

2. Resume

Pasien Ny. N datang ke RSMK Bekasi Timur melalui poli dengan berjalan diantar oleh suami pada tanggal 30 Mei 2021 pukul 03.00. Pasien mengatakan ingin mengontrol kehamilan karena sudah waktunya untuk kontrol dengan keluhan perut terasa kencang setelah itu datang bertemu dengan dokter, dengan riwayat Obstetri G1P0A0 H:38 minggu dengan TFU 3 jari dibawah PX dilakukan observasi TTV TD:120/80 mmHg, N: 88x/menit, S: 37⁰C, RR: 28x/menit, lalu dokter melakukan tindakan USG setelah dilihat dari layar USG dokter mengatakan kalau air ketuban sudah tersisa 28cc dan warnanya air ketubannya pekat DJJ janin kurang dari normal yaitu 113-117x/menit, lalu dokter segera menganjurkan pasien untuk melakukan persalinan sekarang dengan tindakan *Sectio Caesarea*. Setelah itu pasien di bawa ke ruang rawat inap E pada pukul 04.00 dengan hasil observasi TTV TD: 121/67 mmHg, S 36,4⁰C, N 69x/menit, RR 23x/menit, SpO2 99%, pasien mengeluh perut terasa kencang nyeri hilang timbul dengan skala 6, pasien terpsaang infus pada tangan sebelah kiri dengan cairan RL 20tpmm, tindakan keperawatan yang sudah diberikan tarik nafas dalam saat merasakan nyeri. Pada pukul 05.00 pasien diantar ke ruang OK untuk menjalani operasi SC, bayi lahir pukul 19.42 APGAR score 9/10 jenis kelamin laki-laki, BB 3.850 gram, TB 51cm, perdarahan ±300cc. Menjemput pasien pada pukul 22.40 kesadaran

sakit sedang, keadaan umum composmentis, anastesi spinal, luka tertutup kassa tidak ada rembesan, terpasang kateter urine, TFU 2 jari dibawah pusat dengan TTV TD: 115/70 mmHg, N: 81x/menit, S: 36,2^oC, RR: 17x/menit, lochea rubra, balutan tidak ada rembesan, asi sudah keluar sedikit.

Pada pukul 07.00 kateter sudah dilepas, dan pada pukul 08.30 pasien sudah BAK ke kamar mandi dengan bantuan suami, keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis dengan keluhan pasien mengatakan nyeri luka post operasi skala 5 saat jalan terasa pusing, Masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri akut. Tindakan yang telah dilakukan mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil TD: 103/74 mmHg, N: 75x/menit, S: 36,2^oC, RR 20x/menit, luka operasi tidak ada rembesan, memantau infus tidak ada tanda kemerahan dan pembengkakan di bagian tangan kiri, pembalut sudah terisi ½ (50cc), TFU 2 jari dibawah pusat. Pasien diposisikan dengan posisi nyaman terpasang infus RL 500 cc divena metacarpal sinistra. Evaluasi secara umum masalah belum teratasi tujuan belum tercapai

3. Riwayat Keperawatan

a. Keluhan Utama (saat ini)

Saat pengkajian pukul 14.00, pasien mengatakan masih terasa pusing bagian depan kepala, lalu terasa nyeri dibagian luka SC, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 6, pasien mengatakan nyeri timbul saat beraktivitas dan saat merubah posisi duduk.

b. Riwayat Persalinan Sekarang

Tanggal persalinan 30 April 2021 jam 19.41 WIB, tipe persalinannya dengan bantuan yaitu *Sectio Caesarea* atas indikasi gawat janin, dengan diameter ±13cm, tipe SC Transversal, jumlah perdarahan ±300cc, jenis kelamin bayi laki-laki, dengan Berat Badan 3.850 kg, PB 51 cm. APGAR Score 9/10.

c. Riwayat Obstetri

Riwayat obstetri G₀P₁A₀, Kelahiran anak pertama umur kehamilan 38 minggu, saat kehamilan tidak ada penyulit, persalinan dilakukan secara SC atas indikasi gawat janin yang ditolong oleh dokter, dan tidak ada komplikasi saat persalinan.

d. Riwayat Keluarga Berencana (KB)

Pasien mengatakan belum pernah menggunakan Berencana (KB). Pasien mengatakan belum mengetahui jenis-jenis Keluarga Berencana (KB) dan rencana yang akan datang pasien belum mengetahui akan menggunakan alat kontrasepsi jenis apa, karena rencana ingin mempunyai anak lagi.

e. Riwayat Imunisasi TT

Pasien mengatakan tidak suntik imunisasi TT.

f. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada mempunyai riwayat penyakit pada keluarga.

g. Riwayat Kebiasaan Sehari-hari sebelum dirawat

1) Pola Nutrisi/Cairan

Frekuensi makan 2-3 kali/hari dengan jenis makan seperti sayuran, buah-buahan, nasi, roti. Nafsu makan pasien baik, pasien tidak ada alergi atau toleransi pada makanan. Rata-rata Berat Badan sebelum hamil 50 kg dan Berat Badan sekarang 60 kg.

2) Pola Eliminasi

a) BAB

Frekuensi BAB 1-2 kali/hari, karakteristik feses kecoklatan, terakhir, Defekasi terakhir pada hari Kamis, 29 April 2021, pasien tidak ada hemoroid, dan tidak ada keluhan saat BAB.

b) BAK

Frekuensi BAK 5-6 kali/hari, karakteristik urine berwarna kuning jernih, dan tidak ada keluhan saat BAK. Pada jam 08.30 WIB tgl 30 April 2021 sudah BAK, ± 200 cc.

3) Personal Hygiene

a) Mandi : Frekuensi mandi 2 kali/hari.

b) Oral Hygiene : Frekuensi oral hygiene 3 kali/hari.

c) Rambut : Frekuensi cuci rambut 1 kali/hari.

4) Pola Aktifitas/Istirahat dan Tidur

Pasien bekerja di SDIT Adam, waktu bekerja dari pagi hingga sore hari, pembatasan karena kehamilan/kondisi pasien mengatakan tidak boleh terlalu lelah, kegiatan waktu luang pasien membantu pekerjaan di rumah seperti mencuci piring, menyapu, pasien tidak ada keluhan dalam melakukan aktivitas, aktifitas sehari-hari adalah mandiri, pasien sering tidur siang 1-2 jam, keluhan saat tidur saat ingin bolak balik ke kiri dan ke kanan.

5) Pola Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

a) Merokok :

Pasien mengatakan tidak ada kebiasaan merokok.

b) Minuman keras

Pasien mengatakan tidak ada kebiasaan minum-minuman keras.

c) Ketergantungan obat

Pasien mengatakan tidak ada ketergantungan terhadap obat.

6) Pola Seksualitas

Pasien mengatakan tidak ada gangguan atau masalah pada seksualitas.

7) Riwayat Psikososial

Perencanaan kehamilan pasien mengatakan ingin merencanakan untuk hamil lagi, perasaan pasien dan keluarga tentang kehamilan dan persalinan yaitu bahagia dan beryukur dikaruniai seorang anak, kesiapan mental menjadi Ibu pasien mengatakan sudah siap menjadi seorang Ibu, cara mengatasi stress biasanya ibu menonton TV, mengingat kalau akan wajah anak setelah melahirkan akan terasa lega

dan bahagia, kesanggupan dan pengetahuan dalam merawat bayi pasien mengatakn sudah tau teori dan baru sedikit mempraktikkannya, harapan dari penulis saat ini adalah pasien berharap bahwa anaknya dapat menjadi anak yang soleh, sehat selalu, dan menjadi anak yang berbakti, tidak ada faktor kebudayaan yang mempengaruhi kesehatan pasien,

8) Status Sosial Ekonomi

Pasien mengatakan penghasilan per bulan yaitu lebih dari Rp. 4.500.000,- dan pengeluaran tiap bulannya kurang lebih Rp. 2.500.000,- untuk memenuhi kebutuhan sehari hari.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Sistem Kardiovaskuler/Sirkulasi

Nadi 69 kali/menit dengan irama teratur dan denyut kuat, TD: 121/67 mmHg, Suhu 36,4°C, N: 69x/menit, pengisian kapiler ≤ 3 /detik, tidak ada edema, konjungtiva ananemis, sklera anikterik, tidak ada riwayat peningkatan tekanan darah, tidak ada riwayat jantung, tidak ada keluhan, Hemoglobin **11.0***(pada tanggal 30 April 2021).

b. Sistem Pernafasan

Jalan nafas bersih, frekuensi nafas 23x/menit, irama teratur, kedalaman pernafasan dalam, batuk tidak ada, suara nafas vesikuler.

c. Sistem Pencernaan

Keadaan mulut pasien yaitu gigi pasien tidak ada caries, tidak ada stomatitis, lidah tidak kotor, pasien tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada bau mulut, tidak ada muntah, tidak ada kesulitan menelan, tidak ada mual, nafsu makan baik, nyeri daerah perut ada karena ada luka post operasi SC, tidak ada rasa penuh diperut, Berat Badan sekarang 60 kg, Tinggi Badan 150cm, hasil IMT = 26, 67 (Obesitas), bentuk tubuh normal, membrane mukosa lembab, lingkaran atas 29 cm, pasien mengatakan belum BAB, tidak ada hemoroid, pasien belum BAB sejak sebelum melahirkan Tgl 29 Mei 2021.

d. Neurosensori

Status mental orientasi, memakai kacamata dengan min (-3½) pada kedua matanya kanan maupun kiri, tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak ada gangguan berbicara, dan sakit kepala saat pasien berjalan.

e. Sistem Endokrin

Gula darah pasien 84 mg/dl. (tanggal 30 April 2021).

f. Sistem Urogenital

Pasien mengatakan baru BAK setelah melahirkan satu kali dengan jumlah BAK ±200cc, warna kuning jernih, tidak terpasang DC, dan dilepas pada jam 07.00, sudah BAK pada jam 08.30 tidak ada keluhan.

g. Sistem Integumen

Pasien mengatakan nyeri pada luka insisi SC terdapat luka insisi SC pada bagian abdomen region bawah, dengan tipe trasversal, beridamater ±13cm, luka insisi tertutup kassa dan tidak ada rembesan, turgor kulit baik dan elastis, warna kulit kemerahan, keadan kulit baik, kebersihan kulit bersih, dan keadaan rambut bersih, dibagian luka terpasang kassa, hasil pemeriksaan Leukosit 8,290/ul (tgl 30 April 2021).

h. Sistem Muskuloskeletal

Terdapat kesulitan bergerak pada pasien karena mengeluh nyeri, dengan skala 6, nyeri seperti disayat-sayat saat melakukan mobilisasi, letak nyeri di bagian abdomen, rasanya hilang timbul dan saat berjalan kepala pasien terasa pusing, ekstremitas tungkai simetris, tidak ada tanda-tanda human sign, pasien dianjurkan untuk bedrest 8-12 jam *pasca* persalinan SC, tidak ada edema, tidak ada varices, reflek patella +/+, pasien mengatakan pusing dan nyeri saat berjalan, pasien belum bisa mobilisasi secara mandiri.

i. Dada dan Axilla

Mammae pada pasien tampak membesar, areola mammae hiperpigmentasi, papila mammae exverted, kolostrum sudah keluar di payudara kanan dan kiri, produksi ASI sudah ada, tidak ada sumbatan pada ASI, pasin sudah memberikan ASI kepada bayinya, pemberian asi 3-4 jam, tidak ada pembengkakan dan nyeri dibagian payudara, pasien mengatakan tidak

terlalu paham tentang untuk melancarkan ASI, pasien mengatakan belum teralalu mengetahui untuk melancarkan ASI.

j. Perut/Abdomen

Tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, kontraksi/after pain kuat, konsistensi uterus keras, ada luka post operasi SC (H-1). Berdiameter ± 13 cm, tidak ada tanda infeksi.

k. Sistem Reproduksi

Lochea rubra, jumlah 100cc (8jam) ,warna merah,bau amis (khas), tanda-tanda REEDA tidak ada, pasien sudah mengganti pembalut 1 full softex (100cc), perineum utuh, tidak ada tanda-tanda infeksi, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, riwayat perdarahan ± 300 cc.

5. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 30 April 2021 pukul 08.56 WIB.

Hasil pemeriksaan HEMATOLOGI berupa Hemoglobin **11.0***g/dL, LED **64*** mm/jam, Leukosit 8,290/ul, Hematokrit **33*** vol%, Trombosit 323,000/ul, Eritrosit **3.76*** juta/ul, HITUNG JENIS berupa Basofil 0%, Eosinofil 2%, Batang **0***%, Segmen 67%, Limfosit 24%, Monosit 7%, NILAI ERITROSIT, RATA-RATA berupa MCV 88 fl, MCH 29 pg, MCHC 33%, KOAGOLASI, MASA PROTROMBIN berupa Hasil 9,8 detik, INR 0,9, Control 11,9 detik.

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 30 April 2021 pukul 08.56 WIB.

Hasil pemeriksaan Gula GLUKOSA SEWAKTU berupa Glukosa Darah Sewaktu 87 mg/dl, ELEKTROLIT berupa Natrium 139 mmol/l, Kalium 4.00 mmol/l, Chlorida 107 mmol/l.

Hasil Pemeriksaan CTG

Dengan kesan kesimpulan :

1. Baseline DJJ

Diawal sempat bradikardi sekitar 100x/mnt. Kemudian gelombang berikutnya menjadi takikardi lebih dr 160 x/mnt dan gelombang ke 3, 4, 5 dan 6 jadi bradikardi (dibwh 120x/mnt)

2. Variabilitasnya

Amplitudo denyut jantung : hasilnya adalah > dari 25, yaitu 60 kali dlm 1 mnt. Dapat menyebabkan terjadinya hipoksia atau asidosis fetus onset cepat.

3. Akselerasi

Peningkatan cepat denyut jantung melebihi garis dasar dengan onset puncak kurang dari 30 detik.

4. Deselerasi

Deselerasi lambat atau memanjang dan berulang > 30 menit.

Hasil Pemeriksaan USG

Hasil pemeriksaan USG taksiran berat janin BB 3.850 gram, ketuban 28 cc, jenis kelamin laki-laki, DJJ 113-117x/menit, usia kehamilan 38 minggu.

6. Penatalaksanaan

- Laktafit 3x1 tab melalui oral (Suplemen penunjang produksi Air Susu Ibu (ASI).
- Vipalbumin 3x1 tab melalui oral 500mg (Meningkatkan daya tahan tubuh).
- Zaldiar 3x1 tab melalui oral (Untuk meredakan nyeri/obat analgetik).
- Eminenton 2x1 tab melalui oral (Untuk memenuhi kebutuhan vitamin dan mineral yang dibutuhkan oleh tubuh, dan perdarahan).
- Sumagesic 3x1 tab (600mg) melalui oral (Untuk pereda nyeri dan penurunan panas/analgetik-antipiretik).
- Dramamine 2x1 tab melalui oral 50mg (Untuk meredakan dan mencegah gejala-gejala mabuk perjalanan seperti mual, muntah serta pusing).
- Intrix/Ceftriaxone 2x1 ampul 1 gram melalui drip infus (Untuk mencegah infeksi dan menghambat pertumbuhan bakteri atau membunuh bakteri/ untuk mencegah infeksi pada luka operasi).
- Torasic 3x1 ampul melalui IV 10mg (Untuk menurunkan demam dan anti peradangan/antipiretik-anti inflamasi, nyeri akut sedang-berat).

Data Fokus

Jum'at, 30 April 2021

Keadaan Umum

Data Objektif : keadaan umum sakit sedang, kesadaran Composmentis, hasil observasi TTV dengan TD: 121/67 mmHg, S: 36,4^oC, N: 69x/menit, RR: 23x/menit, SpO2: 99%, Berat Badan 60 kg, Tinggi Badan 150 cm, IMT pasien 26,67.

Kebutuhan Fisiologis : Oksigen

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

Data Objektif : Jalan nafas bersih, frekuensi pernafasan 23 kali/menit, irama pernafasan teratur, kedalaman pernafasan dalam, pasien tampak tidak ada batuk, suara nafas pasien vesikuler.

Kebutuhan Fisiologis: Cairan

Data subjektif : Pasien mengatakan tidak ada diare dan tidak ada mual muntah. Pasien mengatakan mengeluarkan darah nifas.

Data objektif : Pasien tampak mengeluarkan lochea rubra, tekanan darah TD: 121/67 mmHg, N: 69x/menit, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab, tidak edema pada ekstremitas, Capillary Refill Time (CRT) ≤ 3 detik. Keseimbangan cairan dalam 24 jam: Input: oral= 2.500/24 jam dan infus= 800cc/24 jam, Output: urine= 2.200cc/24jam, lochea 100cc, IWL= 660cc, 24 jam keseimbangan cairan: +340cc. Kontraksi uterus kuat, konsistensi uterus teraba keras. Trombosit 323,000/ul, Hematokrit **33*** vol%.

Kebutuhan Fisiologi: Nutrisi

Data Subjektif : Pasien mengatakan dalam sehari makan 3 kali degan jenis makan nasi dan lauk pauk. Nafsu makan pasien baik, pasien tidak mempunyai alergi pada makanan. Rata-rata berat badan sebelum hamil 50 kg, berat badan sekarang 66 kg. Data objektif : Objektif: Pasien tidak ada stomatitis, konjungtiva ananemis, pasien tampak tidak mual dan muntah, IMT pasien 26,67 kg/m, tampak menghabiskan 1 porsi makan, dan Hemoglobin **11.0***g/dL.

Kebutuhan Fisiologis : Aktivitas

Data Subjektif : Pasien mengatakan terdapat kesulitan bergerak pada pasien karena mengeluh nyeri, letak nyeri di bagian abdomen, rasanya hilang timbul dan saat berjalan kepala pasien terasa pusing, ekstremitas tungkai simetris, tidak ada tanda-tanda human sign, pasien belum bisa mobilisasi secara mandiri perlu bantuan suami untuk bermobilisasi.

Data Obyektif: Pasien tampak dibantu oleh suami, pasien tampak meringis.

Kebutuhan Rasa Aman : Infeksi

Data Subjektif : Pasien mengatakan sudah mengganti pembalut 1 kali, pasien mengatakan darah yang keluar berwarna merah segar.

Data Objektif : Pasien tampak terdapat luka jahitan pada abdomen bawah karena SC, pasien tidak ada tanda-tanda infeksi seperti luka jahitan SC tampak tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan pada luka jahitan SC, tidak ada nanah yang keluar dari luka jahitan SC. Hasil observasi tanda-tanda vital dengan hasil suhu 36,7°C. Jumlah darah dalam satu pembalut 100 cc. Lochea rubra dan berbau amis. Leukosit 8,290/ul.

Kebutuhan Rasa Nyaman : Nyeri

Data Subjektif : Pasien mengatakan nyeri pada luka SC, pasien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 6, pasien mengatakan nyeri timbul saat bergerak dan melakukan mobilisasi.

Data Objektif : Pasien tampak meringis dan menahan nyeri saat bergerak karena luka SC, hasil observasi tanda-tanda vital dengan tekanan darah TD: 121/67 mmHg, N: 69x/menit.

Kebutuhan Aktualisasi Diri

Data Subjektif : Pasien mengatakan sebelumnya tidak menggunakan KB dan ini anak pertama pasien, pasien belum mengetahui jenis-jenis KB dan keuntungan

kerugian dari jenis-jenis KB. Pasien mengatakan belum mengetahui tentang cara menyusui yang benar, dan mempelancar air ASI karena merupakan kelahiran anak pertama.

Data Objektif : Pasien tampak bingung ketika ditanya tentang jenis-jenis KB dan keuntungan kerugian dari jenis-jenis KB. Pasien tampak bingung ketika ditanya mengenai tentang cara menyusui yang benar, dan mempelancar air ASI, SCORE EPDS : 5.

7. Analisa Data

Tabel 1. Analisa Data

Tabel Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri pada luka SC di bagian abdomen</p> <p>DO :</p> <p>P : Luka insisi post SC</p> <p>Q : Nyeri seperti disayat-sayat saat melakukan imobilisasi</p> <p>R : Letak nyeri di bagian abdomen</p> <p>S : Skala nyeri 6</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>Pasien tampak meringis</p> <p>N : 69x/menit</p> <p>TD : 121/67 mmHg</p> <p>Luka insisi SC : ± 13cm</p>	<p>Ketidaknyamanan Pasca Partum</p>	<p>Luka <i>Sectio Caesarea</i></p>

2.	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan terdapat luka operasi di bagian bawah abdomen</p> <p>DO :</p> <p>Tampak ada luka SC pada bagian abdomen bawah ($\pm 13\text{cm}$)</p> <p>Suhu $36,4^{\circ}\text{C}$</p> <p>Balutan tampak kering dan bersih</p> <p>Tidak tampak rembesan</p> <p>Leukosit 8,290/ul (tanggal 30 April 2021)</p> <p>LED 64* mm/jam (tanggal 30 April 2021)</p> <p>Tidak tampak tanda-tanda infeksi (kemerahan ✕, bengkak ✕, panas ✕, nyeri ✓).</p>	Resiko Infeksi	Efek Prosedur Invasif
3.	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan kalau saat berjalan kepala terasa pusing</p> <p>Pasien mengatakan sudah 1x ganti pembalut</p> <p>Pasien mengatakan lemas</p> <p>DO :</p> <p>TFU 2 jari daibawah pusat</p>	Resiko Perdarahan	Komplikasi <i>Pasca partum</i>

	<p>Kontraksi uterus baik</p> <p>Pembalut penuh 100 cc</p> <p><i>Pasca</i> partum SC (H1)</p> <p>pengisian kapiler \leq 3/detik</p> <p>konjungtiva ananemis</p> <p>Lochea rubra, berbau amis (khas), tidak tampak adanya bekuan darah</p> <p>N : 69x/menit</p> <p>TD : 121/67 mmHg</p> <p>HB : 11.0* g/dL</p> <p>HT : 33* vol%</p>		
4.	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan bisa untuk menggerakkan ekstremitas tetapi hanya sedikit</p> <p>Pasien mengatakan nyeri jika melakukan pergerakan</p> <p>DO :</p> <p>Kekuatan otot menurun</p> <p>Pasien tampak dibantu oleh suami</p> <p>Gerakan pasien tampak terbatas</p> <p>Pasien tampak terbaring di tempat tidur</p> <p>Mobilisasi : ROM dini</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>	<p>Nyeri</p>

	Personal <i>hygiene</i> : Pasien mengatakan belum mandi Terpasang infus RL 500cc		
5.	DS : Pasien menanyakan cara menyusui yang benar, dan mempelancar air ASI karena merupakan kelahiran anak pertama DO : Pasien banyak bertanya mengenai keperawatan anak	Menyusui tidak efektif	Kurang Terpapar Informasi tentang metode menyusui

B. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidaknyamanan *pasca* partum berhubungan dengan luka SC.
Ditemukan : 30 April 2021
Teratasi : 02 Mei 2021
2. Resiko Infeksi berhubungan dengan adanya luka pembedahan operasi *Sectio Caesarea*.
Ditemukan : 01 Mei 2021
Teratasi : 02 Mei 2021
3. Resiko Perdarahan berhubungan dengan komplikasi *pasca* partum.
Ditemukan : 01 Mei 2021
Teratasi : 02 Mei 2021
4. Gangguan Imobilisasi Fisik berhubungan dengan kelemahan.
Ditemukan : 01 Mei 2021
Teratasi : 02 Mei 2021
5. Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang metode menyusui..
Ditemukan : 01 Mei 2021

Teratasi : 02 Mei 2021

6. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi tentang keluarga berencana: kontrasepsi

Ditemukan : 01 Mei 2021

Teratasi : 02 Mei 2021

C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi

1. Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan luka SC

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan ketidaknyamanan pasca partum berkurang hingga hilang.

Kriteria Hasil :

- 1) Keluhan nyeri berkurang hingga hilang
- 2) Pasien tampak tenang
- 3) Skala nyeri 0-3
- 4) Nadi tetap dalam batas normal (60-100x/menit)
- 5) Tekanan darah tetap dalam batas normal (Sistolik 80-120, Distolik 60-80 mmHg)

Rencana Keperawatan :

Observasi :

- 1) Kaji karakteristik nyeri/shift
- 2) Observasi TTV (Nadi, TD)/shift
- 3) Kaji keluhan nyeri/shift
- 4) Identifikasi respons nyeri non-verbal/shift

Edukasi

- 1) Ajarkan dan anjurkan teknik relaksasi nafas dalam

Kolaborasi

- 1) Berikan obat Zaldiar 3x1 tab, Sumagesic 3x1 tab (600mg), Torasic 3x1 ampul (10mg).

Pelaksanaan Keperawatan :

Tanggal 30 April 2021

Pukul 17.00 Mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil Tekanan Darah 118/73 mmHg, Nadi 72x/menit, mengkaji nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen, pasien mengatakan nyeri saat bergerak.

Pelaksanaan keperawatan (shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 20.00 Mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil Tekanan Darah 121/60 mmHg, Nadi 64x/menit, mengkaji keluhan dan karakteristik nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri karena luka insisi post SC, pasien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat, pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen, pasien mengatakan skala nyeri 5, pasien mengatakan nyerinya hilang timbul.

Pukul 21.00 Mengidentifikasi nyeri non-verbal dengan hasil pasien tampak meringis, mengkaji keluhan nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan masih sulit bergerak dan ekstremitas terasa kebas.

Evaluasi Keperawatan :

Tanggal 30 April 2021

Subjektif : nyeri karena luka insisi post SC, pasien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat, pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen, pasien mengatakan skala nyeri 5, pasien mengatakan nyerinya hilang timbul, pasien nyeri mengatakan saat bergerak, pasien mengatakan masih sulit bergerak dan ekstremitas terasa kebas.

Objektif : Tekanan Darah 121/60 mmHg, Nadi 64x/menit, pasien tampak meringis saat bergerak.

Analisa : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, dan 6.

Pelaksanaan Keperawatan :

Tanggal 01 Mei 2021

Pukul 01.00 Perawat ruangan memberikan obat Memberikan obat zaldiar 1 tab melalui oral, dan obat torasic 1 ampul (10mg) melalui IV dengan hasil obat berhasil diberikan

pukul 01.30 Mengobservasi efek samping obat dengan hasil pasien tidak memuntahkan dan pasien mengatakan nyeri sudah lumayan berkurang

Pukul 08.30 Memberikan obat zaldiar 1 tab melalui oral, dan obat torasic 1 ampul (10mg) melalui IV dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 07.00 Mengobservasi tanda-tanda vital Tekanan Darah 110/75 mmHg, Nadi 72x/menit.

Pukul 08.00 Mengkaji nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri karena luka insisi post SC, pasien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat, pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen, pasien mengatakan skala nyeri 4, pasien mengatakan nyerinya hilang timbul dan saat bermobilisasi, mengidentifikasi nyeri non-verbal dengan hasil pasien tampak masih meringis, mengkaji keluhan nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan masih sulit bergerak.

Pukul 09.00 Mengobservasi efek samping obat dengan hasil pasien tidak memuntahkan dan pasien mengatakan nyeri sudah lumayan berkurang, mengobservasi tanda-tanda vital Tekanan Darah 103/74 mmHg, Nadi 75x/menit, mengkaji nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri karena luka insisi post SC, pasien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat, pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen, pasien mengatakan skala nyeri 4, pasien mengatakan nyerinya hilang timbul dan saat bermobilisasi, mengidentifikasi nyeri non-verbal dengan hasil pasien tampak meringis, mengkaji keluhan nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan masih sulit bergerak dan mnegtakan pusing jika berjalan.

Pukul 09.30 Mengajarkan dan menganjurkan pasien teknik relaksasi napas dalam dengan hasil pasien dapat mengikuti teknik relaksasi napas dalam dan pasien mengatakan sudah sedikit rileks namun masih merasa nyeri.

Pukul 13.00 Memberikan obat Sumagesic 1 tab (600mg) melalui oral, dan obat Torasic 1 ampul (10mg) melalui IV dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 13.30 Mengobservasi efek samping obat dengan hasil pasien mengatakan nyeri berkurang dan pasien sudah tampak relaks, mengobservasi tanda-tanda vital Tekanan Darah 190/60 mmHg, Nadi 75x/menit, mengkaji nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri karena luka insisi post SC, pasien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat, pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen, pasien mengatakan skala nyeri 4, pasien mengatakan nyerinya saat bermobilisasi, mengidentifikasi nyeri non-verbal pasien dengan hasil pasien sudah tampak relaks pasien sudah melakukan tarik nafas dalam saat merasakan nyeri, mengkaji keluhan pasien dengan hasil pasien masih sulit bergerak.

Evaluasi Keperawatan :

Tanggal 01 Mei 2021

Subjektif : Pasien mengatakan nyeri karena luka insisi post SC, pasien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat, pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen, pasien mengatakan skala nyeri 4, pasien mengatakan nyerinya saat bermobilisasi, pasien sudah melakukan tarik nafas dalam saat merasakan nyeri, pasien masih sulit bergerak.

Objektif : Pasien sudah tampak relaks, Tekanan Darah 190/60 mmHg, Nadi 75x/menit

Analisa : Masalah teratasi sebagian, Tujuan belum tercapai.

Planning : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, dan 6.

Pelaksanaan Keperawatan :

Tanggal 02 Mei 2021

Pukul 01.00 Perawat ruangan memberikan obat Memberikan obat zaldiar 1 tab melalui oral, dan obat torasic 1 ampul (10mg) melalui IV dengan hasil obat berhasil diberikan.

pukul 01.30 Mengobservasi efek samping obat dengan hasil pasien tidak memuntahkan dan pasien mengatakan nyeri sudah lumayan berkurang

Pukul 07.00 Mengobservasi tanda-tanda vital Tekanan Darah 120/60 mmHg, Nadi 72x/menit.

Pukul 08.00 Mengkaji nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri karena luka insisi post SC, pasien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat, pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen, pasien mengatakan skala nyeri 3, pasien mengatakan nyerinya hilang timbul dan saat bermobilisasi, mengidentifikasi nyeri non-verbal dengan hasil pasien tampak masih meringis, mengkaji keluhan nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan badannya tetapi masih sedikit nyeri. mengidentifikasi nyeri non-verbal pasien dengan hasil pasien sudah tampak sedikit relaks.

Pukul 08.30 Memberikan obat sumagesic 1 tab (600mg) melalui oral, dan obat torasic 1 ampul (10mg) melalui IV.

Pukul 09.00 Mengobservasi efek samping obat dengan hasil pasien tidak memuntahkan dan pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, mengobservasi tanda-tanda vital Tekanan Darah 122/65 mmHg, Nadi 77x/menit, mengkaji nyeri pasien dan dengan hasil pasien mengatakan nyeri sudah berkurang karena luka insisi post SC, pasien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat, pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen, pasien mengatakan skala nyeri 3, pasien mengatakan nyeri sudah berkurang saat melakukan mobilisasi, pasien mengatakan saat nyeri timbul pasien melakukan relaksasi nafas dalam, mengidentifikasi nyeri non-verbal pasien dengan hasil pasien sudah tampak rileks.

Pukul 13.00 Memberikan obat Sumagesic 1 tab (600mg) melalui oral, dan obat Torasic 1 ampul (10mg) melalui IV

Pukul 13.30 Mengobservasi efek samping obat dengan hasil pasien mengatakan nyeri berkurang dan pasien sudah tampak relaks, mengobservasi tanda-tanda vital Tekanan Darah 120/70 mmHg, Nadi 77x/menit, mengkaji nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri karena luka insisi post SC, pasien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat, pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen, pasien mengatakan skala nyeri 2, pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang bermobilisasi, mengidentifikasi nyeri non-verbal

pasien dengan hasil pasien sudah tampak relaks pasien sudah melakukan tarik nafas dalam saat merasakan nyeri, mengkaji keluhan pasien dengan hasil pasien sudah bisa bergerak dan bermobilisasi ke kamar mandi.

Evaluasi Keperawatan :

Tanggal 02 Mei 2021

Subjektif : Pasien mengatakan nyeri karena luka insisi post SC, pasien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat, pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen, pasien mengatakan skala nyeri 2, pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang saat bermobilisasi, pasien sudah melakukan tarik nafas dalam saat merasakan nyeri, pasien sudah bisa bergerak dan bermobilisasi ke kamar mandi.

Objektif : Pasien sudah tampak relaks, Tekanan Darah 120/70 mmHg, Nadi 77x/menit.

Analisa : Masalah teratasi, Tujuan tercapai.

Planning : Discharge planning.

2. Resiko Infeksi berhubungan dengan adanya luka pembedahan *Section Caesarea*.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam di harapkan infeksi tidak terjadi.

Kriteria Hasil :

- a. Suhu tetap dalam batas normal ($36,6^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$)
- b. Tidak terdapat atnda-tanda infeksi
- c. Tidak ada rembesan pada luka balutan/kering
- d. Kebersihan tangan meningkat
- e. Kemerahan menurun
- f. Nyeri menurun

Rencana Keperawatan :

Observasi :

- 1) Observasi suhu/shift
- 2) Monitor tanda dan gejala infeksi

3) Observasi luka balutan/shift

Terapeutik :

- 1) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- 2) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 3) Ajarkan mencuci tangan dengan benar

Edukasi :

- 1) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

Kolaborasi

- 1) Berikan obat Intrix/Ceftriaxone 2x1 ampul (1gr), Vipalbumin 3x1 tab (500mg)

Pelaksanaan Keperawatan :

Tanggal 30 April 2021

Pukul 17.00 Mengobservasi suhu pasien dengan hasil Suhu 36,2°C

Evaluasi Keperawatan :

Tanggal 30 Mei 2021

Subjektif : -

Objektif : Suhu 36,2°C.

Analisa : Masalah belum teratasi, Tujuan belum tercapai.

Planning : Lanjutkan intervensi 1. 2. 3. 4. 5. 6, 7, dan 8.

Tanggal 01 Mei 2021

Pukul 01.00 Memberikan obat Vipalbumin 1 tab (500mg) dengan hasil bat berhasil diberikan

Pukul 07.00 Memberikan obat Intrix/Ceftriaxone 1 ampul (1gr) dengan cara drip infus dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 07.15 Mengobservasi efek samping obat dengan hasil tidak ada muntah, aliran infus berjalan dengan lancar, dan tidak ada gejala gatal-gatal.

Pukul 08.30 Memberikan obat Vipalbumin 1 tab (500mg) dengan hasil bat berhasil diberikan, mengobservasi luka balutan dengan hasil luka balutan

tampak bersih tidak ada rembesan, mengobservasi suhu pasien dengan hasil Suhu 36,2°C

Pukul 09.00 Mengobservasi efek samping obat dengan hasil tidak ada muntah dan tidak ada gejala gatal-gatal.

Pukul 10.30 Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien dengan hasil perawat mencuci tangan dengan handsinitizer, mengkaji tanda dan gejala infeksi dengan hasil tidak terdapat tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, perubahan fungsi, dan peradangan.

Pukul 11.00 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi dengan hasil pasien memahami tentang tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cuci tangan dengan benar dengan hasil pasien memahami dan mempraktikkan cuci tangan 6 langkah dengan benar, mencuci tangan sesudah kontak dengan pasien dengan hasil perawat mencuci tangan dengan handsinitizer.

Pukul 13.00 Mengobservasi luka balutan dengan hasil luka balutan bersih, tertutup, dan tidak ada rembesan, mengobservasi suhu pasien dengan hasil Suhu 36,4°C.

Pukul 17.00 Mengobservasi suhu pasien dengan hasil Suhu 36°C

Pukul 18.00 Memberikan obat Intrix/Ceftriaxone 2x1 ampul (1gr) melalui drip infus dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 18.15 Mengobservasi efek samping pemberian obat dengan hasil pasien tidak muntah, aliran infus berjalan dengan lancar, dan tidak ada gejala gatal-gatal.

Pukul 19.00 Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien dengan hasil perawat mencuci tangan dengan handsinitizer, Membeikan obat Vipalbumin 1 tab (500mg), mengobservasi luka balutan dengan hasil luka balutan tampak bersih tidak ada rembesan, mengobservasi suhu pasien dengan hasil Suhu 36,2°C.

Evaluasi Keperawatan :

Tanggal 01 Mei 2021

Subjektif : Mengkaji tanda dan gejala infeksi dengan hasil tidak terdapat tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, perubahan fungsi, dan

peradangan, pasien memahami tentang tanda dan gejala infeksi, pasien memahami dan mempraktikkan cuci tangan 6 langkah dengan benar.

Objektif : Suhu 36,2⁰C, luka balutan dengan hasil luka balutan bersih, tertutup, dan tidak ada rembesan.

Analisa : Masalah teratasi sebagian, Tujuan tercapai sebagian.

Planning : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 7, dan 8.

Pelaksanaan Keperawatan :

Tanggal 02 Mei 2021

Pukul 07.00 Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien dengan hasil perawat mencuci tangan dengan handsinitizer, memberikan obat Intrix/Ceftriaxone 2x1 ampul (1gr) melalui drip infus dengan hasil obat berhasil diberikan, mencuci tangan sesudah kontak dengan pasien dengan hasil perawat mencuci tangan dengan handsinitizer.

pukul 07.15 Mengeobservasi efek samping obat dengan hasil tidak ada muntah, aliran infus berjalan dengan lancar, dan tidak ada gejala gatal-gatal.

Pukul 08.30 Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien dengan hasil perawat mencuci tangan dengan handsinitizer, mengobservasi luka balutan dengan hasil luka balutan tampak bersih, tertutup, dan tidak ada rembesan, mengobservasi suhu pasien dengan hasil Suhu 36,5⁰C, mencuci tangan sesudah kontak dengan pasien dengan hasil perawat mencuci tangan dengan handsinitizer.

Pukul 09.00 Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien dengan hasil perawat mencuci tangan dengan handsinitizer, mengkaji tanda dan gejala infeksi dengan hasil tidak terdapat tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, perubahan fungsi, dan peradangan, menjelaskan dan menganjurkan peningkatkan asupan nutrisi dengan hasil pasien memahami peningkatan asupan nutrisi, mencuci tangan sesudah kontak dengan pasien dengan hasil perawat mencuci tangan dengan handsinitizer.

Pukul 18.00 Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien dengan hasil perawat mencuci tangan dengan handsinitizer, memberikan obat

Intrix/Ceftriaxone 2x1 ampul (1gr) melalui drip infus dengan hasil obat berhasil diberikan, mencuci tangan sesudah kontak dengan pasien dengan hasil perawat mencuci tangan dengan handsinitizer.

Pukul 18.15 Mengobservasi efek samping pemberian obat dengan hasil pasien tidak muntah, aliran berjalan lancar, dan tidak ada gejala gatal-gatal.

Evaluasi Keperawatan :

Tanggal 02 Mei 2021

Subjektif : Pasien memahami peningkatan asupan nutrisi

Objektif : Suhu 36,5°C, luka balutan tampak bersih tidak ada rembesan, tidak terdapat tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, perubahan fungsi, dan peradangan.

Analisa : Masalah teratasi, Tujuan tercapai.

Planning : Dischart planning.

3. Resiko Perdarahan berhubungan dengan komplikasi pasca partum.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam di harapkan perdarahan tidak terjadi.

Kriteria Hasil :

- 1) Perdarahan pasca operasi berkurang
- 2) Tekanan darah tetap dalam batas normal (Sistolik 80-120, Distolik 60-80 mmHg)
- 3) Nadi tetap dalam batas normal (60-100x/menit)
- 4) Suhu tubuh dalam batas normal (36,5-37,5°C)
- 5) Membran mukosa meningkat
- 6) Kelembapan kulit meningkat

Rencana Keperawatan :

Observasi :

- 1) Observasi TTV/shift
- 2) Monitor tanda dan gejala perdarahan

Edukasi :

- 3) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan.

- 4) Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi
Kolaborasi :
- 5) Berikan obat Eminenton 2x1 tab, obat Dramamine 2x1 tab (50mg)

Perencanaan Keperawatan :

Tanggal 30 April 2021 :

-

Tanggal 01 Mei 2021

Pukul 01.00 Memberikan obat Eminenton 1 tab melalui oral, dan obat Dramamine 1 tab (50mg) dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 03.00 Mengevaluasi efek samping obat dengan hasil pasien tidak memuntahkan dan tidak ada gejala gatal-gatal, mengobservasi tanda-tanda vital Tekanan Darah 112/75 mmHg, Nadi 69x/menit, S 36.5⁰C, RR 22x/menit.

Pukul 08.30 Memberikan obat Eminenton 1 tab melalui oral, dan obat Dramamine 1 tab (50mg) dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 09.00 Mengevaluasi efek samping obat dengan hasil pasien tidak memuntahkan dan tidak ada gejala gatal-gatal, mengobservasi tanda-tanda vital Tekanan Darah 103/74 mmHg, Nadi 75x/menit, S 36.5⁰C, RR 22x/menit.

Pukul 10.00 memonitor tanda dan gejala perdarahan dengan hasil pasien sudah mengganti 1 pembalut penuh (100cc), menjelaskan tanda dan gejala perdarahan dengan hasil pasien mengerti dan memahami tanda dan gejala perdarahan.

Pukul 13.00 Memberikan obat Eminenton 1 tab melalui oral , dan obat Dramamine 1 tab (50mg) dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 13.30 Mengevaluasi efek samping obat dengan hasil pasien pasien tidak memuntahkan dan tidak ada gejala gatal-gatal

Pukul 15.00 mengobservasi tanda-tanda vital Tekanan Darah 120/74 mmHg, Nadi 77x/menit, S 36⁰C, RR 22x/menit.

Pukul 19.00 Memberikan obat Eminenton 1 tab melalui oral, memonitor tanda dan gejala perdarahan dengan hasil pasien belum mengganti softex.

Pukul 21.00 Mengobservasi tanda-tanda vital Tekanan Darah 113/75 mmHg, Nadi 77x/menit, S 36^oC, RR 22x/menit.

Evaluasi Keperawatan :

Tanggal 01 Mei 2021

Subjektif : Pasien sudah mengganti 1 pembalut penuh (100cc), pasien mengerti dan memahami tanda dan gejala perdarahan.

Objektif : Mengobservasi tanda-tanda vital Tekanan Darah 113/75 mmHg, Nadi 77x/menit, S 36^oC, RR 22x/menit.

Analisa : Masalah teratasi sebagian, Tujuan tercapai sebagian.

Planning : Lanjutkan intervensi 1, 3, dan 4.

Perencanaan Keperawatan :

Tanggal 02 Mei 2021

Pukul 01.00 Memberikan obat Eminenton 1 tab melalui oral , dan obat Dramamine 1 tab (50mg) dengan hasil obat berhasil diberikan

Pukul 03.00 Mengevaluasi efek samping obat dengan hasil pasien tidak memuntahkan dan tidak ada gejala gatal-gatal, mengobservasi tanda-tanda vital Tekanan Darah 112/75 mmHg, Nadi 69x/menit, S 36.5^oC, RR 22x/menit

Pukul 08.30 Memberikan obat Eminenton 1 tab melalui oral , dan obat Dramamine 1 tab (50mg) dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 09.00 Mengevaluasi efek samping obat dengan hasil pasien tidak memuntahkan dan tidak ada gejala gatal-gatal, mengobservasi tanda-tanda vital Tekanan Darah 103/74 mmHg, Nadi 75x/menit, S 36,3^oC, RR 20x/menit.

Pukul 10.00 memonitor tanda dan gejala perdarahan dengan hasil pasien mengatakan sudah mengganti pembalut ½ softek dengan jumlah 50cc, menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi dengan hasil pasien mengerti dan mempraktikannya.

Pukul 13.00 Memberikan obat Eminenton 1 tab melalui oral , dan obat Dramamine 1 tab (50mg) dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 13.30 Mengevaluasi efek samping obat dengan hasil pasien pasien tidak memuntahkan dan tidak ada gejala gatal-gatal.

Evaluasi Keperawatan :

Tanggal 02 Mei 2021

Subjektif : Pasien mengatakan sudah mengganti pembalut ½ softek dengan jumlah 50cc

Objektif : Tekanan Darah 103/74 mmHg, Nadi 75x/menit, S 36,3°C, RR 20x/menit.

Analisa : Masalah teratasi, Tujuan tercapai.

Planning : Dischart planning.

4. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam di harapkan dapat melakukan mobilisasi kembali.

Kriteria Hasil :

- a. Kekuatan otot meningkat
- b. Nyeri menurun
- c. Kecemasan menurun
- d. Gerakan terbatas menurun
- e. Kelemahan fisik menurun

Rencana Keperawatan :

Observasi :

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.

Terapeutik :

- 1) Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)
- 2) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi

- 1) Anjurkan mobilisasi dini.

Pelaksanaan Keperawatan :

Tanggal 01 Mei 2021

Pukul 02.00 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan hasil pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen karena luka post SC dan kepala terasa pusing saat mencoba berjalan, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi dengan hasil pasien mengatakan nyeri saat menggerakkan badannya.

Pukul 10.00 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan hasil pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen karena luka post SC dan kepala terasa pusing saat mencoba berjalan, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi dengan hasil pasien mengatakan nyeri saat menggerakkan badannya.

Pukul 11.00 Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu dengan pasien mengatakan dapat bangun dengan bantuan pagar tempat tidur, menganjurkan mobilisasi diri dengan hasil pasien mengatakan sudah mencoba berjalan ke kamar mandi dengan bantuan suami.

Pukul 12.00 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dengan hasil suami pasien membantu pasien untuk melakukan mobilisasi seperti ke kamar mandi, dan melakukan aktivitas sehari-hari.

Pukul 15.00 Menganjurkan pasien untuk mobilisasi dini dengan hasil pasien sudah belajar berjalan dengan bantuan oleh suami.

Pukul 16.00 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan hasil pasien mengatakan masih nyeri dibagian abdomen karena luka post SC dan kepala masih terasa pusing saat berjalan, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi dengan hasil pasien mengatakan nyeri dan pusing saat berjalan.

Pukul 20.00 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan hasil pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dibagian abdomen karena luka post SC.

Evaluasi Keperawatan :

Tanggal 01 Mei 2021

Subjektif : Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dibagian abdomen karena luka post SC.

Objektif : Pasien tampak sudah mencoba jalan.

Analisa : Masalah teratasi, Tujuan tercapai.

Planning : Hentikan intervensi.

5. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang metode menyusui.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan pengetahuan bertambah

Kriteria Hasil :

- a. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat (5).
- b. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat (5).
- c. Miksi bayi lebih dari 8 kali 24 jam meningkat (5).
- d. Suplai ASI adekuat meningkat (5).
- e. Bayi tidur setelah menyusui meningkat (5).
- f. Hisapan bayi meningkat (5).

Rencana Keperawatan :

Observasi :

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Terapeutik :

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

Edukasi

- 1) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi.
- 2) Ajarkan empat posisi menyusui dan perlekatan (*lacth on*) dengan benar.

3) Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengkompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa.

4) Ajarkan perawatan payudara post partum (pijat oksitosin).

Kolaborasi :

1) Laktafit 3x1 tab melalui oral (Suplemen penunjang produksi Air Susu Ibu (ASI)

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 01 Mei 2021

Pukul 01.00 Memberikan obat Laktafit 3x1 tab melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan, obat tidak dimuntahkan

Pukul 08.00 Memberikan obat Laktafit 3x1 tab melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan, obat tidak dimuntahkan

Pukul 12.00 Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi dengan hasil pasien mengatakan bersedia untuk menerima penyuluhan tersebut, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan hasil perawat telah kontrak waktu kepada pasien untuk tanggal 02 Mei 2021 pada jam 12.00 dan pasien menyetujui.

Pukul 13.00 Memberikan obat Laktafit 3x1 tab melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan, obat tidak dimuntahkan.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 01 Mei 2021

Subjektif : Perawat telah kontrak waktu kepada pasien untuk tanggal 02 Mei 2021 dan pasien menyetujui.

Objektif : -

Analisa : Masalah belum teratasi, Tujuan belum tercapai.

Planning : Lanjutkan intervensi

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 02 Mei 2021

Pukul 01.00 Memberikan obat Laktafit 3x1 tab melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan, obat tidak dimuntahkan.

Pukul 08.00 Memberikan obat Laktafit 3x1 tab melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan, obat tidak dimuntahkan

Pukul 12.00 Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan hasil perawat sudah kontrak waktu dengan pasien dan pasien sudah menyetujuinya hari ini, mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi dengan hasil pasien mengatakan siap untuk mendengarkan informasi, Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan dengan hasil perawat telah menyediakan materi tentang cara memijat oksitosin dan cara melancarkan ASI, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan hasil perawat telah kontrak waktu pada pasien dan pasien bersedia.

Pukul 12.20 menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi dengan hasil pasien memahami dan mengerti, mengajarkan empat posisi menyusui dengan benar dengan hasil pasien memperhatikan dan mempraktikannya, mengajarkan perawatan payudara antepartum dengan cara mengkompers dengan kapas yang telah diberi minyak dengan hasil pasien memperhatikan dan mempraktikannya, mengajarkan perawatan payudara post partum (pijat oksitosin) dengan hasil dengan bantuan suami pasien memperhatikan dan mempraktikannya, melibatkan sistem pendukung suami dengan hasil suami pasien memahami dan mempraktikkan cara untuk memijat oksitosin.

Pukul 12.40 Memberikan kesempatan untuk bertanya dengan hasil pasien bertanya berapa kali dilakukan pemijatan oksitosin dan kompres hangat dingin untuk payudara dan perawat menjawab untuk oksitosin dilakukan bisa seminggu 2x dengan menggunakan minyak kelapa atau minyak zaitun, dan untuk melakukan kompres hangat dingin bisa dilakukan sehari 2x pagi dan sore ataupun malam dan pasien memahami.

Pukul 12.45 mendukung ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui dengan hasil ibu termotivasi untuk meningkatkan kepercayaan dalam menyusui, melibatkan.

Pukul 13.00 memberikan obat Laktafit 3x1 tab melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan, obat tidak dimuntahkan.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 02 Mei 2021

Subjektif : Pasien bersedia mendengarkan penyuluhan, pasien bertanya berapa kali dilakukan pemijatan oksitosin dan kompres hangat dingin untuk payudara.

Objektif : Pasien tampak kooperatif, mendengarkan, memperhatikan, dan aktif bertanya ketika dilakukan penyuluhan.

Analisa : Masalah teratasi, Tujuan tercapai.

Planning : Dischart planning.

6. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi tentang keluarga berencana: kontrasepsi

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30menit diharapkan tingkat pengetahuan pasien bertambah.

Kriteria Hasil :

- a. Perilaku sesuai anjuran meningkat (5).
- b. Kemampuan menjelaskan pengetahuan yang sudah di jelaskan meningkat (5).
- c. Perilaku sesuai pengetahuan meningkat (5).

Rencana Keperawatan :

Observasi

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.

Terapeutik

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

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 01 Mei 2021

Pukul 12.00 Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi dengan hasil pasien bersedia untuk di berikan pendidikan kesehatan, pasien tampak siap menerima informasi, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan hasil perawat telah kontrak waktu kepada pasien untuk tanggal 02 Mei 2021 pukul 13.00 dan pasien menyetujui.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 01 Mei 2021

Subjektif : Pasien bersedia untuk di berikan pendidikan kesehatan, pasien tampak siap menerima informasi, perawat telah kontrak waktu kepada pasien untuk tanggal 02 Mei 2021 pukul 13.00 dan pasien menyetujui.

Objektif :

Analisa : : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning : Lanjutkan intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 02 Mei 2021

Pukul 13.00 Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi dengan hasil pasien mengatakan mau dan siap untuk di berikan pendidikan.

Pukul 13.05 Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan dengan hasil materi dan media sudah di siapkan oleh perawat.

Pukul 13.20 Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya dengan hasil tidak ada pertanyaan dari pasien, pasien mengatakan sudah mengerti dengan apa yang di jelaskan oleh perawat, pasien tampak mampu mengulangi penjelasan perawat, dan pasien mengataan akan melakukan anjuran dari perawat.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 02 Mei 2021

Subjektif : Pasien mengatakan mau dan siap untuk di berikan pendidikan.

Pasien mengatakan sudah mengerti dengan apa yang di jelaskan oleh perawat dan pasien mengatakan akan melakukan anjuran dari perawat.

Objektif : Pasien tampak mampu mengulangi penjelasan perawat.

Analisa : : Masalah teratasi, tujuan tercapai.

Planning : Dischart planning.

BAB IV PEMBAHASAN

Dalam BAB IV ini, penulis akan membahas tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus. Penulis juga menganalisa faktor-faktor yang ada seperti faktor pendukung dan faktor penghambat serta bagaimana penyelesaian masalah yang harus dilakukan dalam memberikan asuhan keperawatan maternitas yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan yang sudah dilakukan oleh penulis pada Jum'at, 30 April 2021 sampai dengan Minggu, 2 Mei 2021.

A. Pengkajian Keperawatan

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

Pada saat penulis melakukan pengkajian pada Ny. N didapat data melalui klien dan keluarga klien, pada pengumpulan data subjektif Ny. N umur 25 tahun dengan riwayat Obstetri G1P0A0 H:38 minggu, dilakukannya *sectio caesarea* dengan indikasi gawat janin yaitu adanya masalah mengenai DJJ bayi, dengan air ketuban berwarna pekat. Hal tersebut sesuai dengan teori yang ada bahwa gawat janin merupakan salah satu penyakit penyulit persalinan (3,81%) yang mengakibatkan persalinan harus dilakukan *sectio caesarea*.

Berdasarkan pemeriksaan CTG didapatkan usia kehamilan 38 Minggu dengan taksiran berat janin BB 3.850 gram, DJJ 113-117x/menit, kontraksi atau his 1-5x dalam 20 menit selama 30 detik. Hal ini sesuai dengan teori DJJ bayi yang kurang dari 120x/menit yaitu bradikardi. (Sari & Maryani, 2013)

Ny. N menderita post op *sectio caesarea* klien belum pernah memiliki riwayat post operasi *sectio caesarea*, dalam keluarga klien tidak terdapat anggota keluarga yang mengalami penyakit keturunan maupun menular. Keluarga juga tidak ada yang menderita riwayat penyakit kronik, hipertensi, DM, jantung, dan lainnya.

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik, tidak ada kelainan yang ditemukan penulis pada klien Ny. N, klien mengeluh nyeri pada bagian abdomen luka post operasi *sectio caesarea*, saat berjalan klien mengatakan pusing, klien sesekali memegang area luka post operasi, klien tidak mengeluh perut terasa kembung, klien mengatakan masih sedikit sakit untuk bergerak, klien mengatakan tidak ada rembesan di perban luka, klien mengatakan merasa lemah, klien mengatakan aktivitasnya terkadang dibantu oleh suaminya, klien mengatakan sudah bisa berjalan ke kamar mandi dibantu oleh suaminya.

Pengkajian berdasarkan teoritis, didapatkan identitas klien lengkap, riwayat kesehatan baik riwayat kesehatan sekarang, dahulu, maupun riwayat kesehatan keluarga. Pada pemeriksaan riwayat kehamilan dalam teoritis, pada pengkajian klien *sectio caesarea* data yang dapat ditemukan meliputi gawat janin/fetal distress. Riwayat pada sebelum inpartu di dapatkan cairan ketuban berwarna pekat dengan DJJ bayi 113-117x/menit, riwayat kesehatan keluarga : adakah penyakit keturunan dalam keluarga seperti jantung, Dm, TBC, HT, penyakit kelamin, yang mungkin penyakit tersebut diturunkan kepada klien.

Menurut (Sari & Maryani, 2013), pada kasus ibu gawat janin sering ditemukan keluhan berkurangnya gerakan janin serta adanya air ketuban bercampur mekonium, warna kehijauan. Sedangkan pada data objektif ditemukan hasil auskultasi DJJ yang abnormal (frekuensi jantung normal 120-160x/menit). Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. N ditemukan adanya kesesuaian anatara teori dan kasus Ny. N, dimana didapatkan berkurangnya pergerakan janin dan DJJ yang abnormal 113-117x/menit.

Menurut (Aspiani, 2017) mengalami perubahan suhu inti tubuh, yaitu penurunan $0,15^{\circ}\text{C}$ dengan rentang penurunan 2°C hingga peningkatan sebesar $2,5^{\circ}\text{C}$. Perubahan suhu tubuh inti adalah sesuatu yang bisa terjadi di antara pasien yang menjalani operasi, karena gangguan termogulasi yang dialami selama diberikan anestesi. Biasanya terjadi penurunan selama operasi berlangsung karena berbagai faktor eksternal yang dapat mempengaruhi seperti jenis anestesi yang diberikan, paparan suhu ruang operasi, dan durasi operasi. Di dalam kasus tidak ditemukan adanya peningkatan suhu tubuh ataupun penurunan suhu tubuh, hasil suhu tubuh pada pasien normal $36,6^{\circ}\text{C}$ karena pasien tidak mengalami pengeluaran cairan berlebih, pasien tidak banyak bergerak, .

(Cashion & Perry, 2013) Setelah proses persalinan, ibu akan melalui fase *taking in*, dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan ibu hanya akan fokus pada dirinya sendiri dan bukan pada anaknya, tetapi hal ini tidak akan terjadi pada pasien karena banyak dukungan dari suaminya, karena ini adalah anak pertamanya, pasien mengatakan bahwa dia sangat bahagia memiliki seorang putra sekarang.

Dari penjelasan diatas dapat dilihat bahwa ada persamaan dan perbedaan antara tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus pada klien Ny. N. Kesamaan yang diperoleh adalah pengkajian identitas yang sama, riwayat kesehatan saat ini, masa lalu, maupun keluarga.

Faktor pendukung pada saat pengkajian yaitu pasien dan keluarga sangat kooperatif dalam membantu penulisan dan dapat bekerja sama untuk mendapatkan informasi mengenai pasien dan perawat ruangan telah membantu pasien untuk mendapatkan data pasien dari rekam medis. Faktor penghambat dalam melakukan pengkajian adalah penulis menghadapi kesulitan karena pengkajian hanya 1 shift.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa berdasarkan (SDKI, 2016) *postpartum* dengan tindakan *sectio caesarea* terdapat 9 diagnosa, tetapi yang terdapat pada teori ada 6 yaitu : Ketidaknyamanan

pasca partum berhubungan dengan luka SC, involusi uterus, pembengkakan payudara, Risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi *pasca* partum, Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (luka SC), Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan atau metode menyusui, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, dan Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi tentang keluarga berencana: kontrasepsi.

Sedangkan yang berada di teori tetapi tidak ada yang muncul di kasus Ny. N adalah :

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas. Diagnosa keperawatan ini tidak diangkat oleh penulis karena tidak ditemukannya data terjadinya bersihan jalan nafas tidak efektif. Dan tidak ada yang dibuktikan bahwa pada saat pengkajian pasien tampak tidak ada sesak, batuk, sputum berlebih, *wheezing*, atau *ronchi*, tidak mampu batuk efektif.
2. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostik (anastesi). Diagnosa ini tidak diangkat karena tidak ada data yang menunjang di data fokus, dikarenakan pasien tidak terpasang DC, dan pasien sudah bisa BAK spontan.
3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional diagnosa ini tidak diangkat oleh penulis karena tidak ada datayang menunjang ditandai dengan pasien mengatakan tidak cemas, dan lega saat melihat wajah anaknya, pasien tampak selalu didampingi dan didukung oleh suaminya.

Faktor pendukung dalam mengangkat diagnosa keperawatan yaitu dengan adanya diskusi antara penulis dan *clinical mentor* dalam menentukan diagnosa keperawatan pada pasien serta tersedianya referensi buku yang membantu penulis untuk mengangkat diagnosa. Faktor penghambatnya dalam mengangkat diagnosa keperawaatn yaitu tidak tersedianya banyak referensi buku terbari yang bisa dijadikan sumber oleh penulis.

C. Perencanaan Keperawatan

Pada tahap perencanaan keperawatan, terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus yaitu ada Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka bekas operasi, ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan luka SC, Resiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pasca partum, Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Pada teori penentuan tujuan setiap intervensi perawatan tidak pasti batas waktu, tetapi tujuannya ditentukan dalam kasus perencanaan keperawatan 3x24 jam

Berikut merupakan rencana keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang diangkat :

1. Ketidaknyamanan pasca partum, berhubungan dengan luka SC, penulis membuat tujuan perencanaan 3x24 jam(SIKI, 2018), intervensi yang dapat dilakukan ada 19 namun penulis hanya melakukan 6. Intervensi teori yang tidak dimasukkan kedalam kasus atau menjadi bagian dari perencanaan antara lain, yaitu :
 - a. Berikan kompres dingin pada luka operasi, intervensi ini tidak diambil karena pasien tidak mengeluhkan adanya panas dan bengkak pada daerah luka SC.
 - b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, intervensi ini tidak diambil karena ruangan pasien tampak tidak bising atau pun gelap, suhu ruangan dalam keadaan normal, dan lingkungan ruangan tampak mendukung.
 - c. Fasilitasi istirahat dan tidur, intervensi ini tidak diambil karena pasien tidak ada mngeluhkan dalam waktu istirahat, pasien tampak relaks sekarang.
2. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif. penulis membuat tujuan perencanaan 2x24 jam (menurut SIKI, 2018), intervensi yang dapat dilakukan ada 17 namun penulis hanya melakukan 8. Intervensi teori yang tidak dimasukkan kedalam kasus atau menjadi bagian dari perencanaan antara lain, yaitu :

- a. Batasi pengunjung, intervensi ini tidak diambil karena peraturan dirumah sakit ntuk mengurangi batas pengunjung karen masa pandemi COVID-19.
- b. Berikan perawatan kulit pada area edema, intervensi ini tidak diambil karena pasien tidak megalami adanya luka edema.
- c. Ajarkan etika batuk, intervensi ini tidak diambil karena pasien tidak batuk dan pasien kalau batuk selalu ditutup.
- d. Anjurkan meningkatkan asupan cairan, intervensi ini tidak diambil karena pasien sudah tercukupi cairannya dengan adanya pemberian infus, dan meminum air miniral.
- e. Kolaborasi pemberian imunisasi, intervensi ini tidak diambil karena pasien dengan luka pembedahan bukan dengan penyakit infeksi menular.

Intervensi tambahan yang tidak ada pada teori yaitu :

- a. Berikan obat Intrix/Ceftriaxone 2x1 ampul (1gr), Vipalbumin 3x1 tab
 - b. Lakukan perawatan SC hari ke 2 dengan instruksi dokter untuk mengevaluasi luka operasi.
3. Risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi *pasca* partum penulis membuat tujuan perencanaan 2x24 jam (menurut SIKI, 2018), intervensi yang dapat dilakukan ada 17 namun penulis hanya melakukan 5:
- a. Memonitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah, intervensi ini tidak diambil karena tidak ada hasil pemeriksaan hasil laboratorium lebih lanjut.
 - b. Monitor koagulasi darah, intervensi ini tidak diambil karena tidak ada data yang menunjang dan indikasi yang ada pada pasien.
 - c. Pertahankan *bedrest* selama perdarahan, intervensi ini tidak diangkat karena tidak ada yang meunjang pasien untuk dilakukan *bedrest* dan pasien tidak mengakami perdarahan aktif.
 - d. Batasi tindakan invasif, intervensi ini tidak diambil karena pasien tidak ada indikasi seperti IM, SC, IC, pasien hanya meminum obat oral.
 - e. Hindari pengukuran melalui rektal, intervensi ini tidak diambil karena pasien diukur suhu melalui ketiak.

f. Kolaborasi pemberian darah, intervensi ini tidak diambil karena pasien tidak ada anjuran untuk transfusi darah.

Kolaborasi pemberian obat pelunak tinja, intervensi ini tidak diambil karena pasien tidak mengalami konstipasi dan belum BAB karena faktor fisiologis.

4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan, penulis membuat tujuan perencanaan 1x24 jam (menurut SIKI, 2018) Intervensi yang dapat dilakukan ada 12 namun penulis hanya melakukan 6. Intervensi teori yang tidak dimasukkan kedalam kasus atau menjadi bagian dari perencanaan antara lain, yaitu:

- a. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, intervensi ini tidak diambil karena pasien masih bisa berjalan dengan mandiri dan dibantu oleh suami.
- b. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan, intervensi ini tidak diambil karena pasien masih bisa bermobilisasi sendiri.
- c. Fasilitasi melakukan kegiatan, intervensi ini tidak diambil karena pasien bisa melakukannya secara mandiri.

5. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan metode menyusui penulis membuat tujuan perencanaan 2x24 jam (menurut SIKI, 2018). Intervensi yang dapat dilakukan ada 12 namun penulis hanya melakukan 6. Intervensi teori yang tidak dimasukkan kedalam kasus atau menjadi bagian dari perencanaan antara lain, yaitu :

- a. Berikan konseling menyusui, intervensi ini tidak diambil karena pasien sebelumnya sudah mendapatkan penyuluhan atau informasi dari dokter saat untuk berkunjung.

Intervensi tambahan yang tidak ada pada teori yaitu

- a. Laktafit 3x1 tab melalui oral (Suplemen penunjang produksi Air Susu Ibu (ASI)).

6. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi tentang keluarga berencana: kontrasepsi penulis membuat tujuan perencanaan 2x24 jam (menurut SIKI, 2018). Intervensi yang dapat dilakukan ada 8 namun penulis hanya melakukan 4. Intervensi teori yang tidak dimasukkan kedalam kasus atau menjadi bagian dari perencanaan antara lain, yaitu :
 - a. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat intervensi ini tidak diambil karena pasien sudah menerapkan kehidupan bersih dan sehat.
 - b. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, intervensi ini tidak diambil karena pasien sudah melakukan hidup bersih dan sehat.

Faktor pendukung dalam perencanaan keperawatan yaitu adanya sumber referensi dari buku yang dapat membantu penulis untuk merencanakan asuhan keperawatan kepada pasien. Faktor penghambat dalam perencanaan keperawatan yaitu adanya bahasa yang kurang dipahami oleh penulis, dan mencari referensi buku.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang termasuk dalam kasus tersebut telah dilaksanakan karena penulis melakukan hal-hal seperti berikut berpaduan dalam perencanaan keperawatan yang sudah dibuat.

1. Ketidaknyamanan pasca partum, berhubungan dengan luka SC. Penulis dapat melaksanakan semua sesuai dengan yang direncanakan yang termasuk *independent* dapat dilakukan pada diagnosa keperawatan ini yaitu mengkaji karakteristik nyeri/shift, mengobservasi TTV (Nadi, TD)/shift, mengkaji keluhan nyeri/shift, mengidentifikasi respons nyeri non-verbal/shift, mengajarkan dan menganjurkan teknik relaksasi nafas dalam. Pelaksanaan keperawatan yang termasuk *interdependent* yang dapat dilakukan di diagnosa ini yaitu memberikan obat Zaldiar 3x1 tab, Sumagesic 3x1 tab (600mg), Torasic 3x1 ampul (10mg) dengan instruksi dokter. Penulis hanya melakukan 1 shift dalam 24 jam dan selebihnya dilakukan oleh perawat ruangan.

2. Resiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi *pasca* partum. Penulis dapat melaksanakan yang sesuai dengan yang direncanakan yang termasuk *independent* yaitu mengobservasi TTV/shift, memonitor tanda dan gejala perdarahan, menjelaskan tanda dan gejala perdarahan, menganjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi. Pelaksanaan keperawatan yang termasuk *interdependent* yang dapat dilakukan di diagnosa ini yaitu memberikan memberikan obat Eminenton 2x1 tab, obat Dramamine 2x1 tab (50mg). Penulis hanya melakukan 1 shift dalam 24 jam dan selebihnya dilakukan oleh perawat ruangan.
3. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif. Penulis dapat melaksanakan yang sesuai dengan yang direncanakan yang termasuk *independent* dapat dilakukan pada diagnosa keperawatan ini yaitu Observasi suhu/shift, memonitor tanda dan gejala infeksi, mengobservasi luka balutan/shift, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan mencuci tangan dengan benar, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi. Pelaksanaan keperawatan yang termasuk *interdependent* yang dapat dilakukan di diagnosa ini yaitu memberikan obat Intrix/Ceftriaxone 2x1 ampul (1gr), Vipalbumin 3x1 tab (500mg). Penulis hanya melakukan 1 shift dalam 24 jam dan selebihnya dilakukan oleh perawat ruangan.
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Penulis dapat melaksanakan yang sesuai dengan yang direncanakan yang termasuk *independent* dapat dilakukan pada diagnosa keperawatan ini yaitumengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Pelaksanaan keperawatan yang termasuk *interdependent* yang dapat dilakukan di diagnosa ini yaitu memfasilitas aktivitas monilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur), melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, menganjurkan mobilisasi dini. Penulis hanya melakukan 1 shift dalam 24 jam dan selebihnya dilakukan oleh perawat ruangan.

5. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan metode menyusui. Penulis dapat melaksanakan yang sesuai dengan yang direncanakan yang termasuk *independent* dapat dilakukan pada diagnosa keperawatan ini yaitu mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, memberikan kesempatan untuk bertanya, dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui, menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi, mengajarkan empat posisi menyusui dan perlekatan (*lacth on*) dengan benar, mengajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa, mengajarkan perawatan payudara post partum (pijat oksitosin). Pelaksanaan keperawatan yang termasuk *interdependent* yang dapat dilakukan di diagnosa ini yaitu melibatkan sistem pendukung: suami, keluarga. Penulis hanya melakukan 1 shift dalam 24 jam dan selebihnya dilakukan oleh perawat ruangan.
6. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaprnya informasi tentang keluarga berencana: kontrasepsi. Penulis dapat melaksanakan yang sesuai dengan yang direncanakan yang termasuk *independent* dapat dilakukan pada diagnosa keperawatan ini yaitu Identifikasi kesiapan dan kemampuan meneria informasi, Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, dan berikan kesempatan untuk bertanya.

Faktor pendukung dalam pelaksanaan asuhan yaitu pasien sangat kooperatif untuk membantu penulis melakukan tindakan keperawatan, dan perawat ruangan yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan asuhan keperawatan kepada pasien. Faktor hambatan dalam pelaksanaan asuhan, yaitu penulis tidak dapat melaksanakan tindakan keperawatan selama 24 jam kepada pasien, penulis hanya melakukan pelaksanaan 1 shift.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, dalam tahap evaluasi keperawatan ini, pada tahap ini penulis melihat keberhasilan keperawatan yang telah tercapai. Pada kasus perencanaan keperawatan pada setiap diagnosa

keperawatan yang direncanakan telah dilaksanakan sesuai dengan batas waktu yang ditentukan. Dimulai dari tercaainya kriteria hasil yang telah direncanakan pada kelima diagnosa tersebut masalah teratasi dan kriteria hasil tercapai sesuai dengan perkembangan yang dirasakan oleh pasien selama 3 hari di evaluasi. Dalam evaluasi tersebut yang sudah teratasi setelah 3x24 jam yaitu :

Pada evaluasi diagnosa keperawatan pertama ketidaknyamanan pasca partum, berhubungan dengan luka SC, diagnosa ini telah dilakukan dalam 3x24 jam, diagnosa ini dinyatakan teratasi karena respons pasien yang menunjukkan evaluasi hari ke 3 pasien mengatakan nyeri karena luka insisi post SC, pasien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat, pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen, pasien mengatakan skala nyeri 2, pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang saat bermobilisasi, pasien sudah melakukan tarik nafas dalam saat merasakan nyeri, pasien sudah bisa bergerak dan bermobilisasi ke kamar mandi, pasien sudah tampak relaks, tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 77x/menit.

Pada evaluasi diagnosa keperawatan yang kedua resiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi *pasca* partum dinyatakan teratasi pada hari ke tiga pasien mengatakan sudah mengganti pembalut ½ softex dengan jumlah 50cc, tekanan darah 103/74 mmHg, N : 75x/menit, S : 36,3°C, RR : 20x/menit.

Pada evaluasi diagnosa keperawatan yang ketiga risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif dinyatakan resiko infeksi tidak terjadi, teratasi pada hari ke tiga pasien mengatakan memahami tentang peningkatan asupan nutrisi, S: 36,5°C, luka balutan tampak tidak bersih dan tidak ada rembesan, tidak terdapat pus, tidak terdapat bengkak, kemerahan disekitar area luka post operasi, terdapat luka insisi berdiameter ±13cm .

Pada evaluasi diagnosa keperawatan yang keempat gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, dinyatakan mobilisasi pasien meningkat, teratasi pada hari ketiga pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen karena luka post SC sudah berkurang, pasien mengatakan nyeri sudah berkurang saat bergerak, pasien

mengatakan sudah mencoba berjalan-jalan tanpa bantuan suami, pasien tampak berjalan dengan mandiri.

Pada evaluasi diagnosa keperawatan yang ke lima menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi, dinyatakan pasien mengetahui tentang cara melancarkan ASI, dan pijat oksitosin, dilakukan 1x selama 30 menit, pasien mengatakan bersedia mendengarkan penyuluhan, pasien bertanya berapa kali dilakukan pemijatan oksitosin dan kompres hangat dingin untuk payudara, pasien tampak kooperatif, mendengarkan, memperhatikan, dan aktif bertanya ketika dilakukan penyuluhan.

Pada evaluasi diagnosa keperawatan yang ke enam Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi tentang keluarga berencana: kontrasepsi, dinyatakan pasien mengatakan mau dan siap untuk di berikan pendidikan, pasien mengatakan sudah mengerti dengan apa yang di jelaskan oleh perawat dan pasien mengatakan akan melakukan anjuran dari perawat, pasien tampak mampu mengulangi penjelasan perawat.

BAB V PENUTUP

Pada penutup BAB ini, penulis akan menuliskan kesimpulan dan saran setelah dilakukan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Jum'at, 30 April 2021 – Minggu, 2 Mei 2021 mulai dari pengkajian samapi dengan evaluasi pada Ny. N.

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien pasca post opeasi *sectio caesarea* dengan indikasi gawat janin dan sudah membahas kesenjangan antara teori dengan kasus, maka penulis ingin menyimpulkan bahwa pengkajian yang perlu diperhatikan dan ditekankan pada ibu *pasca partum sectio caesarea* yaitu pengkajian terhadap ketidaknyamanan pasca partum yaitu nyeri, tanda-tanda infeksi, perdarahan, pengetahuan tentang manajemen laktasi, dan persiapan menjadi orang tua.

Pada pengkajian pada kasus ibu gawat janin sering ditemukan keluhan berkurangnya gerakan janin serta adanya air ketuban bercampur mekonium, warna kehijauan. Sedangkan pada data objektif ditemukan hasil auskultasi DJJ yang abnormal (frekuensi jantung normal 120-160x/menit). Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. N ditemukan adanya kesesuaian anatara teori dan kasus Ny. N, dimana didapatkan berkurangnya pergerakan janin dan DJJ yang abnormal 113-117x/menit.

Terdapat kesenjangan dalam evaluasi adaptasi fisiologis, salah satunya adalah perubahan pada sistem kardiovaskuler yaitu kehilangan darah saat persalinan normalnya 100 mL, tetapi pada pasien kehilangan darah hanya ± 300 cc. Satu hal yang harus diperhatikan saat melakukan pengkajian ibu nifas adalah perdarahan. Perdarahan *post partum* biasanya terjadi dalam 24 jam pertama, dan penyebab tersering adalah kelemahan kontraksi uterus yang disebabkan oleh *retensio plasenta*

Diagnosa keperawatan pada pasien *pasca* persalinan *sectio caesarea* dengan indikasi gawat janin terdapat 9 diagnosa keperawatan. Pada ksaus Ny. N dirumuskan 5 diagnosa keperawatan yaitu Ketidaknyamanan *pasca* partum berhubungan dengan luka SC, involusi uterus, pembengkakan payudara, Risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi *pasca* partum, Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (luka SC), Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan atau metode menyusui, dan Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.

Dalam proses perencanaan keperawatan yang direncanakan oleh penulis, tujuan dan kriteria hasil ditetapkan sesuai dengan referensi buku yang ada, dan perencanaan dilakukan sesuai dengan kondisi pasien. Dan tujuan diterapkan yaitu untuk diharapkan asuhan keperawatan dengan post *sectio caesarea* berkurang hingga hilang.

Pada tahap implementasi keperawatan, tindakan keperawatan dari diagnosa satu sampai diagnosa ke enam untuk pasien dapat terlaksanakan dengan baik dan dengan dibantu oleh perawat ruangan dan *cinical* mentor.

Penulis mampu melakukan evaluasi diagnosa satu sampai diagnosa lima, pada tahap ini penulis memantau sejauh apa keberhasilan asuhan keperawatan yang sudah dicapai. Pada setiap diagnosa keperawatan telah direncanakan dan sudah dilaksanakan sesuai dengan batasan waktu yang telah ditentukan. Seluaruh diagnosa yang diangkat sudah teratasi dan tercapai.

B. Saran

Pada akhir penulisan Makalah Karya Tulis Ilmiah pada dasarnya saran yang penulis sampaikan untuk meningkatkan mutu pelayanan dari asuhan keperawatan khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien maternitas dengan masalah post parum *sectio caesarea* atas indikasi gawat janin. Adapun pemberian saran ini ditujukan kepada:

1. Bagi Penulis

Diharapkan agar penulis lebih meningkatkan lagi cara berkomunikasi yang baik dan benar dalam memberikan asuhan keperawatan terutama pada maternitas, serta lebih meningkatkan kemampuan kualitas baik dari segi kognitif maupun keterampilan dalam melakukan asuhan keperawatana pada klien dengan, dan juga penulis mampu mengaplikatofkan ilmu yang dimiliki atau didapat pada lingkungan masyarakat pada suatu hari nanti.

2. Bagi Institusi

Diharapkan isntitusi pendidikan dapat menyediakan buku referensi perpustakaan dengan sumber buku terbaru, yang dapat menambah jumlah buku tentang konsep asuhan keperawatan *sectio caesarea* dan gawat janin diperpustakaan dan di e-book.

3. Bagi Perawat

Diharapkan perawat dapat mencatat tindakan keperawatan di rumah sakit sesuai standar yang telah ditentukan di rumah sakit dan perawat menambah pengetahuan khususnya pengetahuan masa post *sectio caesarea* atas indikasi gawat janin, sehingga perawat dapat melaksanakan kegiatan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien, dan perawat dapat meningkatkan kerjasama tim dan kerjasama antar pasien yang sangat diperlukan untuk keberhasilan perawatan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Ade, P., & Roni, I. (2019). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan Dengan Tindakan Sectio Caesarea Pada Ibu Bersalin. *Jurnal Kesehatan Pertiwi*, 1(1), 13–20. <http://journals.poltekesbph.ac.id/index.php/pertiwi/article/view/4>
- Aspiani, R. Y. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas Aplikasi NANDA, NIC dan NOC*. Jakarta : Trans Info Media.
- Cashion, K., & Perry, S. E. (2013). *Keperawatan Maternitas Edisi 8* (dr. F. Sidartha & dr. A. Tamoja (eds.)). Singapore: Elsevier Morby.
- Daryanti, D., & Aprilina, H. D. (2020). Gambaran Yang Mempengaruhi Fetal Distress Pada Sectio Caesarea Di RSUD Banyumas. *Adi Husada Nursing Journal*, 6(1), 59. <https://doi.org/10.37036/ahnj.v6i1.157>
- Kusuma, & A.H, N. (2015). *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. MediaAction.
- Maryunani, A. (2017). *Asuhan Ibu Nifas & Asuhan Ibu Menyusui*. IN MEDIA.
- Nurbaeti, I., Palupi, P., Handayani, M., & Lestari, K. B. (2013). *Asuhan Keperawatan Pada Ibu Postpartum Bayi Baru Lahir*. Mitra Wacana Media.
- Prawirohardjo, S. (2013). *Ilmu Kebidanan Edisi 4*. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Purbal, A., Anggorowati, Sujianto, U., & Muniroh, M. (2021). *PENURUNAN NYERI POST SECTIO CAESAREA MELALUI TEKNIK RELAKSASI BENSON DAN NATURAL SOUNDS BERBASIS AUDIO VISUAL*. 4, 425–432.
- Purwoastuti, E., & Siwi, W. E. (2014). *Konsep Kebidanan*. Pustaka Baru Press.
- Rini, S., & Kumala, F. (2017). *Panduan Asuhan Nifas & Evidence Based Practice*. CV. BUDI UTAMA.
https://www.google.co.id/books/edition/Panduan_Asuhan_Nifas_dan_Evidence_Based/dbiEDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=masa+nifas+adalah&printsec=frontcover
- Sari, E. P., & Maryani, A. (2013). *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. TIM.
- SDKI, T. P. S. D. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Sholeha, S. N., Sucipto, E., & Izah, N. (2019). Pengaruh Perawatan Payudara Terhadap Produksi ASI Ibu Nifas. *Oksitosin : Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 6(2),

98–106. <https://doi.org/10.35316/oksitosin.v6i2.491>

SIKI, T. P. P. S. D. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Sulistianingsih, A. R., & Bantas, K. (2018). Peluang Menggunakan Metode Sesar Pada Persalinan Di Indonesia (Analisis Data Sdki Tahun 2017). *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 9(2), 125–133.
<https://doi.org/10.22435/kespro.v9i2.2046.125-133>

Trisnawati, F. (2016). *Pengantar Ilmu Kebidanan*. Prestasi Pustaka Publisher.

World Health Organization. (2015). *WHO Statement on Caesarean Section Rates*.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(80\)91104-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(80)91104-6)

Yuliana, W., & Hakim, B. N. (2020). *Emodemo dalam Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yayasan Ahmar Cendekia Indonesia.
https://www.google.co.id/books/edition/Emodemo_Dalam_Asuhan_Kebidan_an_Masa_Nifa/PZgMEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=masa+nifas+adalah&printsec=frontcover

Lampiran 1. Materi Perawatan Payudara

A. Pengertian perawatan payudara

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

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

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

C. Hal-hal yang harus diperhatikan

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

D. Alat-alat yang digunakan, antara lain :

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

E. Teknik yang digunakan :

1. Pengurutan payudara :

a. Pengurutan pertama

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

b. Pengurutan kedua

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

c. Pengurutan ketiga

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

2. Pengompresan

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

Lampiran 2. Leaflet Perawatan Payudara

Apa itu Breast Care?

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

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan Breast Care?

1. Potong kuku sependek mungkin



2. Cuci tangan dengan bersih



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

dengan payudara sebelah kanan.

Dilakukan sebanyak 30 kali.



C. Melakukan pengompresan

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



Cara Melakukan Breast Care

A. Merawat puting susu

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



2. Keluarkan puting susu yang datar atau tenggelam.



3. Lakukan pemutaran puting susu



B. Melakukan pemijatan

1. Mengolesi payudara dengan Baby oil (minyak)



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



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

Pemijatan dilakukan sebanyak 30 kali.

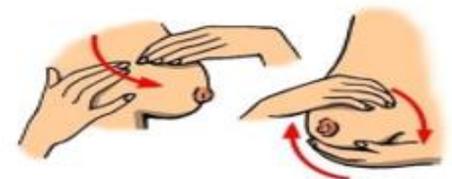


Cegah penyakit payudara

dengan menjaga kebersihan Payudara



BREAST CARE



Disusun oleh:

DIII Keperawatan

Lampiran 3. Materi Manajemen Laktasi

A. Pengertian Manajemen Laktasi

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

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

B. Teknik menyusui

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

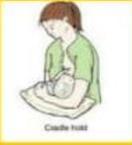
Teknik menyusui, antaralain :

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

Posisi dasar menyusui

Lampiran 4. Leaflet Manajemen Laktasi

Posisi dasar menyusui

1. **posisi Cradle**

Cradle hold
2. **Posisi Football Hold**

Football hold
3. **Posisi Cross Cradle**

Cross-cradle hold
4. **Posisi Lying Down**

Lying down

karena kecerdasan

ANAK

berawal dari ASI



**MANAJEMEN
LAKTASI**



DIII Keperawatan

Definisi

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



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

Upaya-upaya manajemen laktasi

1. **masa kehamilan (Antenatal)**

2. **Pada masa segera setelah persalinan (perinatal)**

3. **Pada masa menyusui selanjutnya sampai**


Teknik menyusui

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

Lampiran 5 MATERI ALAT KONTRASEPSI (KB)

A. Definisi Keluarga Berencana

Upaya peningkatan kepedulian masyarakat dalam mewujudkan keluarga kecil yang bahagia sejahtera (Undang – undang No.10/1992).

Keluarga Berencana (*Family Planning/ Planned Parenthood*) merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi.

Menurut WHO (*Expert Comitte, 1970*), tindakan yang membantu individu/ pasutri untuk mendapatkan objektif – objektif tertentu, mengatur interval diantara kehamilan, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga.

Keluarga Berencana adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak, dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas (Kemenkes, 2014).

B. Tujuan Pelaksanaan Program KB

Tujuan umum adalah membantu keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga, dengan cara pengaturan kelahiran anak agar dapat diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Tujuan yang lainnya sebagai berikut :

1. Menurunnya angka kelahiran bayi.
2. Meningkatkan kesehatan keluarga berencana dengan cara pencarangan kelahiran.
3. Mengatur waktu Kelahiran Anak.

C. Manfaat program KB bagi suami istri

1. Menurunkan resiko kehamilan

Alat kontrasepsi berfungsi untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Alat kontrasepsi juga berfungsi untuk menurunkan resiko melahirkan terlalu muda dan terlalu tua. Jika perempuan yang terlalu tua dan belum menopause melakukan hubungan intin tanpa menggunakan alat kontrasepsi, ada kemungkinan terjadi kehamilan. Melahirkan di atas usia 35 tahun akan berisiko pada wanita dan dapat menyebabkan kematian.

2. Menjaga kesehatan mental

Sebagian wanita mungkin mengalami depreksi yang cukup hebat setelah melahirkan. Depresi biasanya hilang jika mendapatkan dukungan dari pasangan. Jika terjadi kelahiran anak dengan jarak yang dekat, kemungkinan resiko depresi semakin besar. Depresi juga dapat terjadi pada ayah karena tidak siap secara fisik dan mental. Dua kondisi tersebut dapat dihilangkan dengan melakukan program KB. Jika melakukan pengaturan kehamilan, pasangan suami istri dapat hidup lebih sehat, bahkan anak bias tumbuh secara maksimal dan perencanaan kehamilan akan berjalan dengan lancar.

D. Manfaat program KB bagi anak

1. Dapat mengetahui pertumbuhan anak dan kesehatannya.
2. Memperoleh perhatian, pemeliharaan dan makanan yang bergizi.
3. Perencanaan masa depan dan pendidikan yang baik.
4. Tidak mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak.

E. Metode kontrasepsi

1. Metode Alamiah

a. Metode Kalender

Metode kalender menggunakan prinsip pantang berkala, yaitu

tidak melakukan persetubuhan pada masa subur istri. Untuk menentukan masa subur istri digunakan tiga patokan:

- 1) Ovulasi terjadi 14 ± 2 hari sebelum haid yang akan datang.
- 2) Sperma dapat hidup dan membuahi selama 48 jam setelah ejakulasi.
- 3) Ovum dapat hidup 24 jam setelah ovulasi. Jadi apabila konsepsi ingin dicegah, koitus harus dihindari sekurang-kurangnya selama tiga hari (72 jam), yaitu 48 jam sebelum ovulasi dan 24 jam sesudah ovulasi.

Cara menentukan masa aman pertama, jika siklus haid teratur (28 hari) masa subur adalah hari ke-12 hingga hari ke-16 dalam siklus haid. Bila siklus haid tidak teratur catat lama siklus haid selama tiga bulan terakhir tentukan lama siklus haid terpendek dan terpanjang. Kemudian siklus haid terpendek dikurangi 18 hari. Hitungan ini untuk menentukan hari pertama masa subur, dan siklus haid terpanjang dikurangi 11 hari. Hitungan ini untuk menentukan hari terakhir masa subur.

Keuntungan :

- a) KB dilakukan secara alami dan tanpa biaya.
- b) Hanya memerlukan kalender untuk menghitung masa subur.
- c) Tidak memiliki efek samping seperti metode-metode lain.

Kekurangan:

- a) Kegagalan jauh lebih tinggi, terutama bila tidak dilakukan pengamatan yang mendalam untuk mengetahui dengan pasti masa subur.

b. Kondom

Digunakan pada penis pria untuk mencegah sperma bertemu sel telur ketika terjadi ejakulasi. Berupa sarung yang terbuat dari lateks.

Keuntungan:

- a) Dapat mencegah kehamilan dan IMS (Infeksi Menular Seksual) termasuk HIV.

- b) Sangat efektif bila digunakan dengan benar.
- c) Mudah didapat dan digunakana.

Kekurangan :

- a) Pada pemakaian tidak tepat kondom bisa terlepas, jika terjadikehamilan bisa terjadi.
- b) Pada sebagian orang dapat meimbulkan alergi dari bahan yangdigunakan untuk alat kontrasepsi ini.

Hal yang perlu diingat:

- a) Jangan memakai pelican berbahan minyak, gunakan bahan pelican berbahan air.
- b) Simpan kondom ditempat yang terhindar matahari, karena sinar matahari dapat merusak kondom.
- c) Jangan memakai kondom yang sudah kadarluasa.
- d) Jika kondom robek pertimbangkan metode kontrasepsi lain.

2. Metode Hormonal

a. KB Suntik

- 1) Suntik Progestin (3 bulan) Merupakan salah satu kontrasepsi yang sangat efektif jika klien tepat waktu untuk disuntik. Suntik progestin ini mengandung hormone progestin tetapi tidak estrogen, bekerja dengan cara menghentikan ovulasi (pelepasan sel telur). Setelah berhenti menggunakan metode ini perlu waktu sekitar 4 bulan untuk bisa hamil kembali.

Efek samping metode ini terjadi karena tubuh perlu waktu untuk menyesuaikan, setiap orang memiliki reaksi berbeda-beda terhadap metode. Efek samping ini biasanya hilang/berkurang setelah 3-4 bulan. Berikut beberapa efek samping umum yang biasa muncul pada metode ini :

- a) Perubahan haid bulanan, khususnya selama beberapa

bulan pertama pemakaian. Haid tidak teratur, flek biasa terjadi. Amenore (tidak haid) sering terjadi setelah beberapa bulan pemakaian.

- b) Kenaikan berat badan. Rata-rata naik 1-2 kg tiap tahun tetapi terkadang bisa lebih. Merubah pola makan (diet) dapat membantu mengontrol kenaikan berat badan. Sakit kepala ringan, bisa minum paracetamol atau ibuprofen untuk mengurangi sakit kepala.
- c) Terkadang nyeri payudara.

Hal yang harus diperhatikan dan diingat :

- a) Suntik ini diberikan di daerah bokong.
- b) Jangan mengusap bagian yang disuntik.
- c) Diberikan setiap 3 bulan, tandai kalender untuk mengingatkan suntikan berikutnya.
- d) Jika terlambat sampai dengan 2 minggu bisa mendapatkan suntikan tanpa perlindungan ekstra, jika terlambat lebih dari 2 minggu klien bisa disuntik jika dipastikan tidak hamil.
- e) Nama obat suntikan yang dipakai.
- f) Konsultasi kembali jika efek samping umum merasa mengganggu.
- g) Bila perlu catat tanggal suntik untuk mengingatkan suntik selanjutnya.

2) Suntik Kombinasi (1 bulan)

Merupakan salah satu kontrasepsi yang sangat efektif jika klien tepat waktu untuk disuntik. Suntik kombinasi ini mengandung hormone progesterone dan estrogen, bekerja dengan cara menghentikan ovulasi (pelepasan sel telur). Setelah berhenti menggunakan metode ini kesuburan dapat kembali cepat.

Efek samping metode ini terjadi karena tubuh perlu waktu untuk menyesuaikan, setiap orang memiliki reaksi berbeda-beda terhadap metode. Efek samping ini biasanya hilang/berkurang setelah 3 bulan. Berikut beberapa efek samping umum yang biasa muncul pada metode ini :

- a) Mual-mual.
- b) Flek atau bercak diantara masa haid.
- c) Sakit kepala ringan.
- d) Nyeri payudara.
- e) Berat badan naik/turun.

Hal yang harus diperhatikan dan diingat :

- a) Suntikan diberikan dibokong.
- b) Jangan mngusap bagian yang disuntik.
- c) Diberikan setiap 1 bulan sekali.

Bila klien terlambat mendapatkan suntikan :

- a) Kurang dari 7 hari : bisa langsung mendapatkan suntikan.
- b) Lebih dari 7 hari, bisa mendapatkan suntikan jika :
 - (1) Klien melakukan hubungan seksual sejak 7 hari setelah jadwal suntikan.
 - (2) Klien menggunakan kontrasepsi backup atau kontrasepsi darurat setelah hubungan seksual sejak 7 hari setelah jadwal suntikan.
- d) Nama obat suntik.
- e) Konsultasi kembali jika efek samping umum merasa mengganggu.
- f) Temui dokter, bidan, atau perawat jika terasa sangat nyeri pada perut, dada atau kaki, sakit kepala, kulit/mata kuning, pandangan terganggu atau berkunang-kunang, dan mengalami gangguan kesehatan yang serius.
- g) Bila perlu catat tanggal suntik untuk mengingatkan suntik

selanjutnya.

3) Pil KB

Pil KB merupakan salah satu metode hormonal, mengandung hormone progesterone dan esterogen. Metode ini efektif jika diminum sesuai aturan. Setelah berhenti menggunakan pil KB ibu dapat segera hamil kembali. Bekerja dengan cara menghentikan ovulasi (pengeluaran sel telur) dan mengentalkan lender serviks sehingga sulit dilalui oleh sel sperma. Pil KB dapat digunakan oleh semua usia reproduksi, baik yang sudah mempunyai anak maupun belum.

Kelebihan :

- a) Setelah berhenti menggunakan pil KB ibu dapat segera hamil kembali.
- b) Membantu mengurangi perdarahan menstruasi sehingga mencegah anemia dan mengurangi nyeri/kram selama haid.

Efek samping yang muncul pada penggunaan metode ini berbeda- beda setiap orangnya, dan akan hilang setelah beberapa bulan. Berikut beberapa efek samping umum muncul :

- a) Merasa mual akibat reaksi anafilaktik.
- b) Bercak atau flek diantara masa haid.
- c) Sakit kepala ringan akibat reaksi anafilatktik.
- d) Payudara nyeri.
- e) Berat badan sedikit naik turun naik

Cara memakai pil KB :

- a) Minum pil setiap hari pada waktu yang sama, ikuti panah yang ada pada paket pil.
- b) Setelah semua pil dalam satu paket habis, lanjutkan dengan

paket baru pada hari berikutnya.

- c) Jika lupa minum satu pil bias berarti minum 2 pil di hari atau waktu yang sama, tidak memerlukan kontrasepsi lain.
- d) Jika lupa minum 2 pil atau lebih, buang pil yang terlupa dan lanjutkan minum pil seperti biasa dan gunakan kontrasepsi lain (backup).

Keuntungan :

- a) Efektif jika diminum setiap hari.
- b) Mudah didapatkan.
- c) Efek samping serius jarang terjadi.
- d) Dapat digunakan oleh semua perempuan usia reproduksi.
- e) Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan.
- f) Membantu mengurangi perdarahan menstruasi dan nyeri haid.
- g) Dapat digunakan jangka panjang.

Kekurangan :

- a) Karena harus diminum setiap hari terkadang suka lupa minum.
- b) Tidak memberi perlindungan terhadap IMS dan HIV.
- c) Jika lupa minum pil klien bias hamil.
- d) Tidak dapat digunakan pada ibu yang menyusui kurang dari 6bulan setelah melahirkan.

Hal yang perlu diperhatikan dan diingat :

- a) Efek samping umum biasanya tidak bahaya, kembali ke klinik jika hal tersebut mengganggu.

- b) Segera kembali sebelum pil habis atau jika ada keluhan/masalah.

4) Intra Uterine Device (IUD)

Alat kecil yang terdiri dari bahan plastik yang lentur, yang dimasukkan kedalam rongga Rahim dan dipasang di rahim. Metode ini sangat efektif karena bekerja mencegah sel sperma bertemu dengan sel telur. IUD dapat dicabut kapan saja, bekerja hingga 10 tahun harus diganti jika sudah 10 tahun. Tetapi IUD tidak dapat mencegah IMS dan HIV.

Kelebihan :

- a) Metode ini sangat efektif untuk mencegah kehamilan.
- b) Bias digunakan dalam jangka waktu yang lama hingga 10 tahun.

Efek samping yang muncul pada penggunaan metode ini berbeda-beda setiap orangnya, dan akan hilang setelah 3-6 bulan. Berikut beberapa efek samping yang kemungkinan terjadi :

- a) Kram perut selama beberapa hari, untuk kram/mules klien biasminum aspirin, paracetamol atau ibuprofen.
- b) Bercak/flek selama beberapa minggu

Efek samping umum lainnya :

- a) Haid lebih lama dan lebih banyak.
- b) Bercak diantara siklus haid.
- c) Kram atau rasa nyeri selama haid, untuk nyeri selama haid klien bias minum obat ibuprofen atau sejenisnya (BUKAN aspirin). Kram dan menstruasi banyak dapat berkurang setelah 3-6 bulan pemakaian.

Hal yang perlu diperhatikan dan diingat :

- a) Jenis IUD yang dipakai.
- b) Waktu untuk melepas IUD.
- c) Kram dan perubahan haid adalah hal yang biasa, datang kembali jika mengganggu.
- d) Kembali dalam 3-6 minggu atau setelah masa haid berikutnya untuk pemeriksaan.
- e) Temui dokter/bidan bila terlambat haid atau klien merasa hamil, benang IUD berubah panjang atau hilang, mungkin terkena IMS atau HIV, sangat nyeri pada bagian bawah perut.

5) Implant

Implant adalah metode dimana 1 sampai 2 batang kecil yang diletakkan di bawah kulit lengan atas, batang ini merupakan kapsul lunak yang lentur dan tidak hancur di dalam tubuh. Mengandung hormone progestin Metode ini efektif, dapat digunakan selama 3-5 tahun jika sudah mencapai pemakaian 3 atau 5 tahun keefektifan akan menurun, mudah untuk dihentikan dapat dikeluarkan kapan saja dan kesuburan akan kembali segera setelah implant dicabut. Aman digunakan untuk semua perempuan. Bekerja dengan menebalkan lender serviks dan dengan menghentikan ovulasi.

Efek samping yang muncul pada penggunaan metode ini berbeda-beda setiap orangnya, dan akan hilang setelah beberapa bulan. Berikut beberapa efek samping yang kemungkinan terjadi :

- a) Bercak atau haid ringan.
- b) Haid tidak teratur.
- c) Tidak ada haid.
- d) Perubahan nafsu makan.

e) Sakit kepala ringan, bias diatasi dengan minum paracetamol atau ibuprofen.

f) Merasa mual.

3. Metode Mantap

a. Tubektomi

Tindakan operasi yang dilakukan pada kedua tubafalopi (saluran telur) yang menghubungkan indung telur dan Rahim dengan cara memotong dan menyumbat agar sel telur tidak dapat dibuahi oleh sperma. Salah satu metode sangat efektif. Metode ini tidak mudah untuk dikembalikan ke seperti semula hanya untuk ibu yang tidak ingin memiliki anak lagi, tidak cocok untuk ibu muda. Tidak memiliki efek samping jangka panjang, hanya terasa nyeri selama beberapa hari setelah tindakan. Tubektomi adalah tindakan operasi jadi memiliki resiko dan manfaat, berikut resiko dan manfaat tubektomi.

Resiko :

- a) Komplikasi tak umum seperti infeksi, perdarahan, luka pada organ, perlunya pembedahan lebih lanjut.
- b) Terkadang terdapat reaksi alergi terhadap anastesi local atau komplikasi serius lain dari anastesi

Manfaat :

- a) Satu tindakan cepat menuju keluarga berencana yang efektif dan aman.
- b) Tidak membutuhkan daya ingat, dan tidak membutuhkan obat-obatan.
- c) Bisa mencegah kanker ovarium.

Periksa kembali jika:

- a) Demam tinggi di atas 38 °C dalam 4 minggu terutama minggu pertama.
- b) Nanah atau luka berdarah.
- c) Luka terasa nyeri, panas, bengkak dan kemerahan.
- d) Nyeri perut berlanjut atau semakin parah, dan kram.

- e) Pingsan atau sangat pusing.
- f) Klien harus kembali jika merasa hamil, karena ini diduga kehamilan ektopik.

2) Vasektomi

Tindakan yang dilakukan melalui sebuah insisi kecil pada skrotum, dan lumen vas deferens dipotong untuk menghambat lewatnya spermadari testis. Metode ini lebih mudah, aman dan sangat efektif. Bekerja dengan cara mencegah keluarnya sperma. Metode ini tidak mempunyai efek samping jangka panjang hanya saja terasa nyeri pada skrotum setelah tindakan pembedahan. Pria yang ingin menggunakan metode ini harus benar-benar yakin tidak ingin mempunyai anak lagi.

Kelebihan :

- a) Vasektomi merupakan metode yang sangat efektif.
- b) Tidak memiliki efek jangka panjang.
- c) Lebih mudah dan aman.
- d) Tidak mempengaruhi kinerja seksual pria.

Kekurangan :

- a) Terasa sakit setelah prosedur operasi, hanya beberapa hari saja.
- b) Meskipun sudah bersifat permanen, metode ini tidak melindungidari IMS dan HIV.

Efek Samping Program KB :

1. Pertambahan berat badan, menstruasi tidak teratur (KB Suntik)
2. Mual, sakit kepala, perdarahan secara tiba-tiba diluar masa haid (pil Kb)
3. Nyeri lengan atas, menstruasi tidak teratur (implant).
4. Kram perut, dapat terjadi infeksi bila tubuh menolak (IUD/ AKDR)
5. Terdapat darah pada air mani, pembekuan darah pada testis (vasektomi).
6. Nyeri panggul, perdarahan (Tubektomi)




DUA ANAK LEBIH BAIK



[KELUARGA BERENCANA]




Disusun Oleh:
DIII Keperawatan

Apa Itu Keluarga Berencana ??



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



1. Mengendalikan kelahiran dan penambahan penduduk.
2. Meningkatkan kesejahteraan keluarga.
3. Meningkatkan kesehatan keluarga.
4. Mengatur jarak kelahiran anak.

MANFAAT KB :

1. Mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.
2. Mengurangi resiko aborsi.
3. Menurunkan angka kematian ibu.
4. Menurunkan angka kematian bayi.
5. Menjaga kesehatan mental keluarga



KONTRASEPSI KB :

1. Kontrasepsi tanpa alat
 - a. Metode calendar
 - b. Metode Pantang berkala
 - c. Metode koitus interuptur
2. Kontrasepsi dengan alat
 - a. Kondom
 - b. Barrier Intravaginal
 - c. Spermisida (kimiawi)
3. Kontrasepsi modern
 - a. Pil Kb
 - b. Kb suntik
 - c. Implant
 - d. IUD/ AKDR
4. Kontrasepsi metode operasi
 - a. Tubektomi
 - b. Vasektomi



Format Pengkajian *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS)

Nama : Ny. N
Usia : 25 tahun
Tanggal lahir bayi : 30 April 2021
Alamat : Bekasi

Skoring :

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

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

Maksimum skor : 30

Kemungkinan Depresi skor : 10 atau lebih

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

1. Saya mampu tertawa dan melihat hal-hal yang lucu
Sama seperti aku selalu bisa
 Tidak begitu banyak sekarang
Jelas tidak begitu banyak sekarang
Tidak sama sekali
2. Saya dapat melakukan hal-hal yang menyenangkan
Sebanyak yang pernah saya lakukan
 Agak kurang dari biasanya
Kurang dari biasanya
Hampir tidaks emuanya
3. Saya menyalahkan diri sayaa pabila terjadi sesuatu yang salah
Ya, Sebagian besar
Ya, beberapa saat
Tidak sangat sering
 Tidak, tidak pernah
4. Saya cemas atau khawatir dengan alasan yang tidak jelas

- Tidak, tidak sama sekali
- ✓Hampir tidak pernah
- Ya, kadang-kadang
- Ya, sangat sering
5. Saya merasa takut atau paniku ntuk alasan yang tidak jelas
- Ya, cukup banyak
- Ya, kadang-kadang
- Tidak, tidak banyak
- ✓Tidak, tidak samas ekali
6. Segala sesuatu terasa menjadi beban bagi saya
- Ya, Sebagian besar saya belum bisa mengatas isemuanya
- Ya, kadang-kadang saya belum mengatasi serta belum biasa
- Tidak, Sebagian besar telah saya atasi cukup baik
- ✓Tidak, saya telah bisa mengatasi dengan baik
7. Saya begitu merasa tidak bahagia sehingga saya kesulitan tidur
- Ya, Sebagian besar waktu
- Ya, kadang-kadang
- Tidak sangat sering
- ✓Tidak, tidak sama sekali
8. Saya merasa sedih atau sengsara
- Ya, Sebagian besar waktu
- Ya, cukup sering
- Tidak sangat sering
- ✓Tidak, tidak sama sekali
9. Saya merasa begitu sedih sehingga saya menangis
- Ya, Sebagian besar waktu
- Ya, cukup sering
- Hanya sesekali
- ✓Tidak, tidak pernah
10. Pikiran-pikiran untuk menyakiti diri terjadi bagi saya
- Ya, cukup sering
- Terkadang

Hampir tidak pernah

✓Tidak, tidak pernah

Total skor : 5