



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M PASCA PARTUM
DENGAN TINDAKAN *SECTIO CAESAREA* ATAS
INDIKASI LETAK BAYI MELINTANG
DAN *BEKAS SECTIO CAESAREA* DI
RUANGAN EUPHORBIARUMAH
SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI TIMUR**

DISUSUN OLEH :

YUNI HERMALIA

201701060

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

BEKASI

2021



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M PASCA PARTUM
DENGAN TINDAKAN *SECTIO CAESAREA* ATAS
INDIKASI LETAK BAYI MELINTANG
DAN *BEKAS SECTIO CAESAREA* DI
RUANGAN EUPHORBIA RUMAH
SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI TIMUR**

DISUSUN OLEH :

YUNI HERMALIA

201701060

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

BEKASI

2021

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Lengkap : Yuni Hermalia

NIM : 201701060

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

Menyatakan bahwa makalah ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Pasca Partum Dengan Tindakan *Sectio Caesarea* Atas Indikasi Letak Bayi Melintang dan Bekas *Sectio Caesarea* 1 kali Di Ruangan Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang dilaksanakan pada tanggal 29 Juli 2020 sampai dengan 1 Agustus 2020 adalah karya saya sendiri dan semua sumber yang dikutip maupun di rujuk dinyatakan benar. Orisinalitas karya tulis ilmiah tidak ada unsur plagiatisme baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

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

Bekasi, 26 Januari 2020



Yuni Hermalia

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Pasca Partum Dengan Tindakan *Sectio Caesarea* Atas Indikasi Letak Bayi Melintang dan Bekas *Sectio Caesarea* 1 kali Di Ruangan Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” ini telah disetujui untuk di Ujikan Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 4 Maret 2021

Pembimbing Makalah



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

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Mitra Keluarga



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

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Pasca Partum Dengan Tindakan *Sectio Caesarea* Atas Indikasi Letak Bayi Melintang dan Bekas *Sectio Caesarea* Di Ruang Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang disusun oleh Yuni Hermalia (201701060) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal Kamis, 4 Maret 2021

Bekasi, 4 Maret 2021

Penguji I



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

Penguji II



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

Nama : Yuni Hemalia
NIM : 201701060
Program studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Pasca Partum
Dengan Tindakan *Sectio Caesarea* Atas Indikasi
Letak Bayi Melintang dan Bekas Sectio Caesarea Di
Ruangan Euphorbia
Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur
Halaman : 107 Halaman + 1 Tabel + 6 Lampiran
Pembimbing : Lina Herida Pinem

ABSTRAK

Latar belakang: *Sectio caesarea* seringkali dilakukan atas indikasi faktor penyulit pada saat proses persalinan, baik yang berasal dari kekuatan his ibu (*power*), berasal dari bayi (*passanger*), maupun berasal dari penyulit jalan lahir (*passage*)
Komplikasi yang dapat disebabkan oleh *sectio caesarea* adalah terjadi pada ibu yaitu perdarahan, trauma kandung kemih, endometritis, resiko rupture uteri, hingga mencapai kematian. Menurut *World Health Organization*, Angka Kematian Ibu di dunia tahun 2013 adalah 210 kematian per 1000.000, sedangkan Angka Kematian Ibu di negara berkembang 14kali lebih tinggi dibandingkan negara maju, yaitu mencapai 230 per 100.000 kelahiran, sehingga pelayanan pasca partum yang berkualitas harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi.

Tujuan Umum: Tujuan makalah ilmiah ini yaitu memberikan gambaran secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan, pada pasien pasca partum *sectio caesarea* melalui pendekatan proses keperawatan secara komprehensif.

Metode: Dalam penyusunan makalah ilmiah ini menggunakan metode penulisan deskriptif narasi dengan pendekatan studi kasus yang mengungkapkan fakta yang sesuai dengan data yang didapat.

Hasil: Berdasarkan hasil dari pengkajiandidapatkan empat diagnosa keperawatan yaitu risiko perdarahan berhubungan dengan trauma, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, resiko infeksi berhubungan dengan prosedur infasif, dan defisit pengetahuan berhubungan dengan informasi KB. Intervensi diagnosa prioritas adalah resiko perdarahan berhubungan dengan trauma tindakan keperawatan yang dilakukan observasi tanda tanda vital, menghitung jumlah perdarahan, observasi kontraksi uterus, konsistensi, jenis lochea, berikan terapi obat Metvelli 3 x 0,125mg melalui oral sesuai dengan instruksi. evaluasi hari ketiga dimana pasien mengatakan perut terasa mulas saat rahim berkontraksi, tekanan darah: 120/80 mmHg, nadi: 88x/menit, dan CRT $\leq$ 3 detik. TFU tiga jari di bawah pusat, kontraksi uterus kuat, dan konsistensi uterus teraba keras. lochea sanguinolenta, berwarna merah kecoklatan sebanyak $\frac{1}{2}$ pembalut nifas, dan tidak berbau.

Kesimpulan dan Saran: Asuhan keperawatan pada Ny.M pasca partum *sectio caesarea* yang perlu diperhatikan adalah jumlah perdarahan selama 3x24jam. Saran yang dapat diberikan adalah perawat tatap meningkatkan kerjasama antar tim maupun pasien untuk keberhasilan asuhan keperawatan.

Kata Kunci : *Sectio caesarea*, Letak Bayi melintang

Daftar Pustaka: (2010 – 2020)

Name : Yuni Hemalia
Student Number : 201701060
Study Program : DIII Keperawatan
Tittle Of Writting : Nursing Care In Ny.M Post Partum With Sectio
Caesarea Action On Indications of The Location of
Transverse Babies and Former Sectio Caesarea In
Euphorbia Room
Page :107 page + 1 Table + 6 attachements
Supervisor : Lina Herida Pinem

ABSTRACT

Background:

Sectio caesarean is often performed on indications of found complications during childbirth, either derived from the strength of his mother (power), derived from the baby (passanger), or derived from the passage (Subekti, 2018). Complications that can be caused by sectio caesarean is to occur in the mother, namely bleeding, bladder trauma, endometritis, risk of uterine rupture, until it reaches death. According to the World Health Organization, maternal mortality in the world in 2013 was 210 deaths per 1000,000, while maternal mortality in developing countries was 14 times higher than in developed countries, reaching 230 per 100,000 births, so quality postpartum services had to be held at that time to meet the needs of mothers and infants.

General Purpose:

The purpose of this scientific paper is to provide a real picture in providing nursing care, in post-partum sectio caesarean patients through a comprehensive approach to the nursing process.

Case Method:

The method of preparing this case report uses a descriptive method, namely by disclosing the facts in accordance with the facts obtained.

Results:

The results of the study obtained four nursing diagnoses, namely the risk of bleeding related to trauma, acute pain associated with physical injury agents, the risk of infection associated with invasive procedures, and knowledge deficits related to birth control information. Priority diagnostic intervention is the risk of bleeding related to trauma nursing measures performed observation of vital signs, counting the amount of bleeding, observation of uterine contractions, lochia type, give metformin drug therapy 3 x 0.125mg through oral in accordance with the instructions. Evaluation of the third day in which the patient said the stomach feels heartburn when the uterus contracts, blood pressure: 120/80 mmHg, pulse: 88x/min, and CRT $\leq$ 3 seconds. Three-finger TFU under the center, strong uterine contractions, and hard palpable uterine consistency. lochia sanguinolenta, brownish red as much as 1/2 sanitary pads nifas, and odorless

Conclusion and Suggestion:

Nursing care in Mrs.M post partum section caesarean section to note is the amount of bleeding during 3x24 hours. The advice that can be given is that nurses face to face improving cooperation between teams and patients for the success of nursing care.

Keyword: *Sectio caesarean, Transverse Baby Location*

References: (2010- 2020)

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur Allhamdulillah penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT. Yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya. penulis dapat menyelesaikan karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Pasca Partum Dengan Tindakan *Sectio Caesarea* atas Indikasi Letak Bayi Melintang dan Bekas *Secsio Caesarea* Di Ruang Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang dilaksanakan pada tanggal 29 Juli 2020 sampai dengan 1 Agustus 2020. Tujuan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai syarat memenuhi tugas mata kuliah Karya Tulis Ilmiah Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga. Penulis menyadari bahwa dalam proses penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu , pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih dengan sangat kepada :

1. Kepada Allah SWT yang telah memberikan hidayah dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini selesai dengan baik.
2. Kedua orang tua yang tersayang papi Helmi dan mami Yunani yang selalu memberikan dukungan semangat serta doa yang tiada hentinya, semangat serta kasih sayang sehingga penulis masih bisa bertahan dan mampu menyelesaikan tugas akhir ini dengan baik.
3. Minak Sandi dan Gusti Lia selaku kakak dan wali penulis, yang tak hentinya memberikan semangat dan tekad yang kuat dalam membimbing penulis agar tetap semangat apapun keadaannya dan selalu menjadi penasehat yang baik.
4. Kakak tercinta, ajo herviika, atu Yulinda, uni Yesi, rajo pembina, ginda Redy dan anjung Rizky. Dan adik tersayang Yeni Hermayanti terimakasih sudah menjadi penyemangat, pendengar dan penasehat terbaik.
5. Ibu Ns. Lina Herida Pinem, S.Kep., M.Kep. selaku dosen pembimbing dan sebagai penguji II penulisan karya tulis ilmiah, yang telah banyak menyempatkan waktunya untuk memberikan dorongan, bimbingan dan bantuan yang bermanfaat untuk penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

6. Ibu Ns. Edita Astuti Panjaitan,S.Kep.,M.Kep. selaku dosen pembimbing dan sebagai penguji I penulisan karya tulis ilmiah, yang telah menyempatkan waktunya untuk menguji karya tulis ilmiah penulis, serta memberikan masukan untuk penulis.
7. Ibu Ns. Aprillia Veranita,S.Kep.,M.Kep selaku dosen pembimbing akademik yang selalu sabar,memberikan dukungan dan bimbingan kepada penulis serta motivasi selama proses pendidikan dan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Ibu Ns. Devi Susanti,M.kep.,Sp.Kep.MB selaku ketua prodi DIII keperawatan STIKes Mitra Keluarga. dan Ibu Ns. Renta Sianturi,S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.J. selaku dosen yang memberikan motivasi kepada seluruh mahasiswa. Dan segenap para dosen STIKes Mitra Keluarga yang sabar memberikan ilmu dengan ikhlas dan setulus hati mengajarkan penulis selama pendidikan.
9. Novia Anggita S,Gz., Fahrurrozy., Rizqiani D.L., Marwati, A., dan Aghis N.F yang tidak pernah bosan mengajarkan dan membantu penulis dalam langkah-langkah membuat daftar isi, halaman, dan daftar pustaka selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.
10. Sahabat penulis Nuri Tika Safitri dan Dian Adella Putri yang membantu dan menemani penulis selama penyusunan karya tulis ilmiah ini. Dan teman teman lainnya yang sudah berjasa yang tidak bisa penulis tuliskan namanya satu persatu.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini belum mencapai kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan, penulis akan berterima kasih apabila para pembaca berkenan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritikan maupun saran demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi para pembaca.

Bekasi , 7 Februari 2021



Yuni Hermalia

DAFTAR ISI

COVER DALAM.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT.....	viii
KATA PENGANTAR	x
DAFTAR ISI.....	xii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus.....	4
C. Ruang Lingkup.....	4
D. Metode Penulisan.....	4
E. Sistematika Penulisan.....	5
BAB II.....	7
TINJAUAN TEORI	7
A. Konsep Masa Nifas (Post Partum)	7
B. Adaptasi Fisiologis.....	7
C. Perubahan Psikologis	11
D. Gangguan Psikologis Masa Nifas	12
E. Sectio Caesarea	18

E. Letak Lintang	21
F. Konsep Asuhan Keperawatan Post Partum dengan Sectio Caesarea.....	23
BAB III.....	39
TINJAUAN KASUS	39
A. Pengkajian Keperawatan.....	39
B. Diagnosa Keperawatan.....	52
BAB IV	76
PEMBAHASAN	76
A. Pengkajian Keperawatan.....	76
B. Diagnosa Keperawatan.....	77
C. Intervensi.....	79
D. Implementasi	80
E. Evaluasi.....	80
DAFTAR PUSTAKA	86

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Secsio caesarea merupakan upaya pembedahan untuk melahirkan janin dengan melakukan insisi pada dinding abdomen (perut) dan dinding uterus. Tindakan *secsio caesarea* seringkali dilakukan atas indikasi ditemukan faktor penyulit pada saat proses persalinan, baik yang berasal dari kekuatan his ibu (*power*), berasal dari bayi (*passanger*), maupun berasal dari penyulit jalan lahir (*passage*)(Subekti, 2018). Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa prevalensi *section caesaria* meningkat 46% di Cina dan 25% di Asia, Eropa, dan Amerika Latin (Ferinawati, 2019) Di Indonesiaberdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menyatakan bahwa persalinan dengan menggunakan metode *sectio caesaria* sebesar 17,6%. Di Jawa Barat prevalensi *sectio caesaria* sebanyak 15.5%. Data dari *medical record* dalam satu tahun terakhir di salah satu Rumah Sakit Swasta di Kota Bekasi persalinan dengan cara *section caesaria* sebesar 64,97%.

Berdasarkan hasil penelitian (Subekti, 2018) penyebab dari *sectio caesaria* yaitu sebagian besar dari indikasi medis yaitu sebanyak 97% dan 2,5% dari indikasi non-medis. Faktor resiko indikasi medis yaitu riwayat *section caesaria*, kelainan letak, gagal induksi, DKP (Disproporsi Kepala Panggul), preeklamsia, gawat janin, ketuban pecah dini, plasenta previa, gemeli, riwayat obstetric buruk, bayi besar, syarat VE (*Vakum Ekstraksi*) tidak terpenuhi, oligohidramnion, rupture uteri iminen, eklamsia, solusio plasenta, serotinus, prolapse tali pusat. Sedangkan faktor resiko dari indikasi non-medis yaitu keinginan ibu, keluarga dengan status ekonomi menengah ke atas.

Persalinan dengan *sectio caesaria* meningkatkan risiko infeksi sebesar lima kali lipat dibandingkan persalinan normal (Villar dkk, 2007 dalam Yogatama dan Budiarti, 2019). Menurut Gillam (2006) dalam Yogatama dan Budiarti (2019) berpendapat bahwa wanita yang sebelumnya melakukan persalinan sesar akan mudah terpapar kehamilan ektopik dan aborsi spontan pada trisemester pertama kehamilan. Komplikasi lain yang terjadi pada ibu yaitu perdarahan, trauma kandung kemih, endometritis, resiko rupture uteri, hingga mencapai kematian (Syaiful dan Fatmawati, 2020). Anak yang dilahirkan dengan metode sesar lebih rentan terhadap alergi, obesitas, dan asma. Sebuah studi di Swedia menunjukkan bahwa bayi yang lahir melalui persalinan *section caesaria elektif* berisiko 2,7 kali mengalami gangguan pernapasan dibandingkan bayi yang lahir melalui persalinan *sectio caesari* darurat. Anak yang dilahirkan dengan persalinan *sectio caesari* berisiko 1,98 kali untuk mengalami kegemukan (Sulistianingsih dan Bantas, 2018).

Menurut *World Health Organization*, Angka Kematian Ibu di dunia tahun 2013 adalah 210 kematian per 1000.000, sedangkan Angka Kematian Ibu di negara berkembang 14 kali lebih tinggi dibandingkan negara maju, yaitu mencapai 230 per 100.000 kelahiran (WHO, 2014 dalam Lubis, 2018). Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 angka kematian ibu di Indonesia masih tinggi sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup, angkanya sedikit menurun jika dibandingkan dengan SDKI tahun 1991, yaitu sebesar 390 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini sedikit menurun meskipun tidak terlalu signifikan. *Sustainable Development Goals* (SDGs), target AKI adalah 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2023 (Sali, 2019).

Upaya yang dapat dilakukan kementerian kesehatan untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) yaitu dengan membentuk program persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) dan bantuan operasional Kesehatan (BOK) ke puskesmas di kabupaten/kota; *safe motherhood initiative* yaitu program yang memastikan semua perempuan mendapatkan perawatan yang

dibutuhkan sehingga selamat dan sehat selama kehamilan dan persalinannya dan gerakan sayang ibu pada tahun 1996. Selain itu telah dilakukan penempatan bidan-bidan di tingkat desa secara besar-besaran yang bertujuan untuk mendekatkan akses pelayanan ibu dan bayi baru lahir kepada masyarakat, program keluarga harapan (PKH)(Susiana, 2019).

Salah satu upaya dalam mencegah terjadinya komplikasi *sectio caesaria* dibutuhkan peran perawat sebagai promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Peran perawat sebagai promotif yaitu dengan melakukan penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang perawatan luka, nutrisi ibu menyusui serta nutrisi yang tepat untuk penyembuhan luka, manajemen laktasi, penggunaan alat kontrasepsi dan cara merawat bayi. Peran perawat sebagai preventif, perawat dapat memantau tanda-tanda terjadinya perdarahan pada pasien seperti output urine, kontraksi uterus, involusi uteri. Peran perawat sebagai kuratif yaitu berkolaborasi dengan tim medis untuk memberikan terapi yang tepat untuk pasien post operasi *sectio caesaria* seperti antibiotik untuk mencegah infeksi, analgetik untuk mengurangi rasa sakit pasien, dan antiperdarahan. Peran perawat sebagai rehabilitative yaitu dengan menganjurkan pasien untuk melakukan ambulasi dini dan senam hamil.

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk menyusun Makala ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Pasca Partum dengan Tindakan *Sectio Caesarea* Atas Indikasi Letak Bayi Melintang dan Bekas *Sectio Caesareadi* Ruang Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah adalah penulis mampu memberikan gambaran dan memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan pasca

partum tindakan *section caesaria* atas indikasi letak bayi melintang di Ruang Euphobia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan pascapartum tindakan *section caesaria* atas indikasi letak bayi melintang
- b. Menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan pascapartum tindakan *section caesaria* atas indikasi letak bayi melintang
- c. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien dengan pascapartum tindakan *section caesaria* atas indikasi letak bayi melintang
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan pascapartum tindakan *section caesaria* atas indikasi letak bayi melintang
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan pascapartum tindakan *section caesaria* atas indikasi letak bayi melintang
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik
- g. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat, serta mencari solusi atau alternative pemecahan masalah
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan pascapartum tindakan *section caesaria* atas indikasi letak bayi melintang

C. Ruang Lingkup

Adapun ruang lingkup dalam penulisan ilmiah ini adalah “Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Pasca Partum dengan Tindakan Sectio Caesarea Atas Indikasi Letak Bayi Melintang dan Bekas *Sectio Caesare* di Ruang Euphobia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang dilaksanakan dari tanggal 29 Juli sampai dengan 1 Agustus 2020.

D. Metode Penulisan

Metode dalam penulisan makalah ilmiah ini menggunakan metode naratif deskriptif. Dalam metode naratif deskriptif pendekatan yang digunakan adalah :

1. Studi kasus yaitu pemberian asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan melakukan pengkajian terlebih dahulu dengan cara wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik hingga berlangsungnya proses keperawatan.
2. Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku yang berhubungan dengan asuhan keperawatan pada pasien dengan pascapartum tindakan *section caesaria* atas indikasi letak bayi melintang
3. Studi dokumentasi yaitu pengumpulan data diperoleh melalui wawancara, observasi, perawat ruangan, dokter yang merawat, serta rekam medik yang tersedia di rumah sakit untuk memperoleh data yang lengkap dan akurat

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya ilmiah ini terdiri dari lima bab yang disusun secara sistematis dengan urutan sebagai berikut :

Bab I Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. **Bab II Tinjauan Teori** yang terdiri dari pengertian, etiologi, patofisiologi, penatalaksanaan medis, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. **Bab III Tinjauan Kasus** yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. **Bab IV Pembahasan** yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. **Bab V Penutup** yang terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Masa Nifas (Post Partum)

Masa nifas (*puerperium*) merupakan masa dimulai dari setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas atau *puerperium* dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Pitriani & Andriyani, 2014).

Menurut Siti Saleha (2013) dalam Wahyuningsih (2019), masa nifas atau post partum adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa post partum berlangsung selama kira-kira 6 minggu.

B. Adaptasi Fisiologis

1. Perubahan Sistem Reproduksi

a. Uterus

Segera setelah pengeluaran plasenta, fundus uteri yang berkontraksi tersebut terletak sedikit dibawah umbilikus. Dua hari setelah kelahiran, uterus mulai mengalami pengerutan hingga kembali ke ukuran sebelumnya hamil yaitu 100 gram atau kurang. Perubahan uterus dalam keseluruhannya disebut involusi uteri. Selain uterus, serviks juga mengalami involusi bersamaan dengan uterus, hingga 6 minggu setelah persalinan serviks menutup (Pratiwi & Nawangsari, 2020).

b. Lochea

Lochea berbau amis dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Pengeluaran lochia berlangsung pada hari pertama setelah persalinan hingga 6 minggu setelah persalinan dan mengalami perubahan warna serta jumlahnya karena proses involusi. Berdasarkan waktu dan warnanya pengeluaran lochea dibagi menjadi 4 jenis:

- 1) Lochea Rubra berwarna merah: lochea ini muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa postpartum, warnanya merah karena berisi darah segar dari jaringan sisa-sisa plasenta.
 - 2) Lochea Sanguinolenta berwarna merah kuning: berwarna merah kecoklatan dan muncul di hari keempat sampai hari ketujuh.
 - 3) Lochea Serosa berwarna kuning: lochea ini muncul pada hari ketujuh sampai hari ke empat belas dan berwarna kuning kecoklatan.
 - 4) Lochea Alba berwarna putih: berwarna putih dan berlangsung 2 sampai enam minggu post partum
 - 5) Lochea Purulenta: terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
 - 6) Lochea stasis: lochea tidak lancar keluarnya. (Pratiwi & Nawangsari, 2020).
- c. Endometrium
- Perubahan terjadi dengan timbulnya thrombosis, degenerasi, dan nekrosis ditempat implantasi plasenta. Bekas implantasi plasenta karena kontraksi sehingga menonjol ke cavum uteri, hari 1 endometrium tebal 2,5 mm, endometrium akan rata setelah hari ke 3 (Wahyuningsih, 2019).
- d. Serviks
- Setelah persalinan serviks membentuk seperti rongga, setelah 7 hari dapat dilalui 1 jari, setelah 4 minggu rongga bagian luar kembali normal (Wahyuningsih, 2019).
- e. Vagina dan Perineum
- Vagina secara berangsur-angsur luasnya berkurang tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran nulipara, hymen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil dan berubah menjadi karunkula mitiformis. Minggu ke 3 rugae vagina kembali. Perineum yang terdapat laserasi atau jahitan serta udem akan berangsur-angsur pulih sembuh 6-7 hari tanpa infeksi. Oleh karena itu vulva hygiene perlu dilakukan (Wahyuningsih, 2019).
- f. Mamae/payudara

Semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Ada 2 mekanisme: produksi susu, sekresi susu atau *let down*. Selama kehamilan jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya mempersiapkan makanan bagi bayi. Pada hari ketiga setelah melahirkan efek prolaktin pada payudara mulai dirasakan, sel acini yang menghasilkan ASI mulai berfungsi. Ketika bayi menghisap puting, oksitosin merangsang ensit *let down* (mengalirkan) sehingga menyebabkan ejeksi ASI (Wahyuningsih, 2019).

2. Perubahan Sistem Pencernaan

Pada sistem pencernaan biasanya obstipasi setelah persalinan. Hal ini terjadi karena pada waktu melahirkan sistem pencernaan mendapat tekanan menyebabkan kolon menjadi kosong, kurang makan, dan laserasi jalan lahir. Produksi sekresi saliva menjadi lebih asam dan lebih banyak pada masa kehamilan, dan setelah persalinaan produksi saliva normal kembali setelah masa nifas. (Pratiwi & Nawangsari, 2020).

3. Perubahan Sistem Perkemihan

Diuresis post partum normal terjadi dalam 24 jam setelah melahirkan sebagai respon terhadap penurunan estrogen. Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami tekanan kepala janin selama persalinan. Protein dapat muncul di dalam urine akibat perubahan otolitik di dalam uterus (Pratiwi & Nawangsari, 2020).

4. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali (Pratiwi & Nawangsari, 2020).

5. Perubahan Sistem Hematologi

Selama kelahiran dan masa post partum terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 post partum dan akan kembali normal dalam 4-5 minggu postpartum (Pratiwi & Nawangsari, 2020).

6. Perubahan Sistem Endokrin

a. Hormon Plasenta

Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum (Pratiwi & Nawangsari, 2020).

b. Hormon Pituitary

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

c. Hormon oksitosin

Dikeluarkan dari kelenjar bawah otak bagian belakang posterior, bekerja pada otot uterus dan jaringan payudara. Pada wanita menyusui bayi, isapan sang bayi merangsang keluarnya oksitosin dan ini membantu uterus kembali ke bentuk normal dan keluarnya ASI.

7. Perubahan Sistem Kardiovaskular

Setelah persalinan volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung, dapat menimbulkan decompensation cordia pada penderita vitum cordia (Pratiwi & Nawangsari, 2020).

8. Perubahan Tanda-tanda Vital

a. Suhu tubuh

Selama 24 jam setelah melahirkan suhu badan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai dampak dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan yang berlebihan, dan kelelahan.

b. Nadi

Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat dari denyut nadi normal orang dewasa (60-80 kali/menit).

c. Tekanan darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan bila tekanan darah tinggi atau rendah karena terjadi kelainan seperti perdarahan dan preeklamsia.

d. Pernapasan

Frekuensi pernapasan normal orang dewasa adalah 16-24 kali/menit. Pada ibu post partum umumnya pernapasan lambat atau normal. Bila pernapasan pada masa postpartum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok (Pratiwi & Nawangsari, 2020).

C. Perubahan Psikologis

Menurut Pitriani & Andriyani (2014) dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut:

1. Fase *Taking In*

Terjadi pada hari pertama sampai hari kedua, fokus perhatian adalah pada diri sendiri, mungkin pasif dan tergantung. Kelelahannya membuat ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur seperti mudah tersinggung. Kondisi ini perlu dipahami dengan menjaga komunikasi dengan baik. Pada fase ini perlu diperhatikan ekstra makanan untuk proses pemulihan disamping memang nafsu makan ibu saat ini sedang meningkat. Biasanya ibu tidak menginginkan kontak dengan bayinya tetapi bukan berarti ibu tidak memperhatikan. Pada fase ini ibu perlu informasi mengenai bayinya bukan cara merawat bayinya.

2. Fase *Taking Hold*

Terjadi pada hari ketiga sampai hari kesepuluh, ada kekhawatiran tidak mampu merawat bayinya. Selain itu, perasaan ibu pada fase ini sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasi kurang hati-hati. Ibu mulai berusaha mandiri dan berinisiatif. Perhatian terhadap kemampuan mengatasi fungsi tubuhnya seperti buang air kecil dan buang air besar, melakukan aktivitas duduk, jalan, ingin belajar tentang perawatan diri dan bayi. Sering timbul rasa tidak percaya diri. Ibu butuh dukungan khususnya suami dimana pada fase ini merupakan kesempatan terbaik melakukan penyuluhan dalam merawat diri dan bayi sehingga tumbuh rasa percaya diri.

3. Fase *Letting Go*

Terjadi setelah hari ke sepuluh post partum. Pada fase ini ibu merasakan bahwa bayinya adalah terpisah dari dirinya. Mendapatkan dan menerima

peran dan tanggung jawab baru. Terjadi peningkatan kemandirian dalam merawat bayi dan dirinya, penyesuaian dalam hubungan keluarga termasuk bayinya. Fase ini berlangsung setelah sepuluh hari persalinan. Fase-fase adaptasi psikologis pada masa nifas tersebut merupakan perubahan perasaan sebagai respon alami terhadap rasa lelah yang dirasakan dan akan kembali secara perlahan setelah ibu dapat menyesuaikan diri dengan peran barunya dan tumbuh kembali pada keadaan normal.

D. Gangguan Psikologis Masa Nifas

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

1. Postpartum Blues (Syndrome baby blues)

Postpartum Blues merupakan depresi pada masa kehamilan relatif rendah, namun meningkatkan dalam 12 bulan pertama setelah melahirkan. Umumnya gejala terjadi antara hari ke 3 sampai hari ke 10, seperti menangis, sangat lelah, insomnia, mudah tersinggung, sulit konsentrasi. Istilah baby blues, yaitu istilah yang digunakan untuk serangkaian gejala gangguan emosi yang diderita oleh wanita setelah melahirkan bayinya. Merupakan bentuk stress pasca persalinan yang paling ringan yang berlangsung hanya beberapa hari dan gejalanya tidak memburuk.

Adapun gejala postpartum blues yang sering muncul antara lain: ibu sangat emosional, sedih, khawatir, mudah tersinggung, cemas, ibu merasa hilang semangat, mudah marah, sedih tanpa sebab, menangis berulang kali.

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

- a. Pastikan adanya orang yang menemani ibu dan bayinya selama beberapa hari atau minggu.
- b. Berikan kesempatan pada ibu untuk bertanya, bicarakan apa yang terjadi selama proses persalinan dan biarkan ibu untuk mengungkapkan perasaannya atau yang dirasakannya.
- c. Doronglah anggota keluarga untuk merawat ibu dan bayinya dengan baik.

- d. Berikan dukungan/dorongan pada ibu untuk merawat bayinya.

2. *Postpartum Sindrom*

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

- a. Ibu sangat emosional
- b. Sedih
- c. Khawatir
- d. Mudah tersinggung
- e. Merasa hilang semangat
- f. Mudah marah
- g. Sedih tanpa sebab
- h. Menangis berulang kali

3. *Depresi Postpartum*

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

- a. Faktor emosional

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

1) Persatuan cemas dan khawatir berlebihan

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

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

2) Bingung

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

3) Tidak percaya diri

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

4) Sedih

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

5) Merasa tidak berguna

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

6) Hiperaktif atau perasaan senang berlebihan

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

7) Sensitif

Ibu yang mengalami sindrom baby blues mudah tersinggung

8) Mengabaikan bayi

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

9) Marah berlebihan

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

b. Faktor fisik

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

1) Insomnia/kurang tidur

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

2) Kehilangan tenaga

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

3) Nafsu makan berkurang

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

4) Kelelahan setelah bangun tidur

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

c. Faktor biologis

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

1) Progesteron

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

2) Estrogen

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

3) Oksitosin

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

4) Ketekolamin

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

memiliki kekuatan yang membuat proses pengejan menjadi singkat sehingga bayi segera lahir dengan mudah.

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

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

5) Prolaktin

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

6) Beta endorfin

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

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

ibu mudah sekali gembira kemudian berubah menjadi kecemasan atau kesedihan.

d. *Postpartum Psikosis*

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

E. Sectio Caesarea

1. Pengertian

Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Nurarif & Kusuma, 2015).

2. Klasifikasi Sectio Caesarea

Menurut Nurarif & Kusuma (2015), tindakan *sectio caesarea* dapat dibagi menjadi 4, yaitu:

a. *Sectio Caesarea* abdomen
Sectio Caesarea transperitonealis.

b. *Sectio Caesarea* vaginalis

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

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

c. *Sectio Caesarea* klasik (corporal)

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

d. *Sectio Caesarea* ismika (profunda)

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

3. Indikasi

Adapun indikasi untuk melakukan *Sectio Caesarea*, yaitu (Syaiful & Fatmawati, 2020):

a. Indikasi Ibu

- 1) Plasenta previa sentralis dan lateralis
- 2) Panggul sempit dimana jenis panggul dengan konjungnatavera kurang dari 8 cm bisa dipastikan tidak dapat melahirkan dengan cara spontan
- 3) Disproporsi sepalo pelvic yaitu ketidakmampuan kepala dan panggul
- 4) Distosia servik, pre eklamsi dan hipertensi
- 5) Mal presentasi janin
- 6) Partus lama
- 7) Distoksia oleh karena tumor
- 8) Ruptur uteri yang mengancam
- 9) Pertimbangan lain yaitu: ibu dengan risiko tinggi persalinan, apabila telah mengalami seksio sesaria atau menjalani operasi kandungan sebelumnya.

b. Indikasi pada Janin

- 1) Gawat janin
- 2) Janin besar
- 3) Kontraindikasi
- 4) Janin mati
- 5) Syok, akibat anemia berat yang belum diatasi
- 6) Kelaianan kongenital berat

Menurut manuba (2002) dalam Aspiani (2017) indikasi dilakukan *sectio caesarea* adalah , ruptur uteri iminen, perdarahan antepartum ketuban pecah dini. Sedangkan indikasi dari janin adalah janinn besar 4.00 gram menurut Wiknjosastro (2007) dalam buku Nurjanah,

Siti Nunung , Ade Siti Maemunah (2013) indikasi dilakukan *sectio caesarea* adalah :

- a. Distoria Janin Panggul
- b. Gawat Janin
- c. Plasenta previa
- d. Riwayat *sectio caesarea* sebelumnya
- e. Kelahiran letak (utamanya letak lintang)
- f. Pre eklamsia berat, eklamsia dan janin besar.

4. Komplikasi

Menurut Syaiful & Fatmawati (2020), komplikasi yang dapat terjadi pada *sectio caesarea* adalah:

- a. Pada Ibu
 - 1) Perdarahan
 - 2) Trauma kandung kemih akibat kandung kemih yang terpotong saat melakukan *sectio caesarea*
 - 3) Endometritis yaitu infeksi atau peradangan pada endometrium
 - 4) Resiko ruptura uteri pada kehamilan
- b. Pada Janin
 - 1) Hipoxia
 - 2) Depresi pernapasan
 - 3) Sindrom gawat pernapasan
 - 4) Trauma persalinan

5. Pemeriksaan Diagnostik Pre-operasi

- a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- b. Pemantauan EKG
- c. Elektrolit
- d. Hemoglobin/Hematokrit
- e. Golongan darah
- f. Urinalisis
- g. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- h. Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi
- i. Ultrasound sesuai pemesanan (Nurarif, 2015).

6. Penatalaksanaan

- a. Perdarahan dari vagina harus dipantau dengan cermat
- b. Fundus uteri harus sering dipalpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap berkontraksi engan kuat
- c. Pemberian analgetik dan antibiotik
- d. Periksa aliran darah uterus paling sedikit 30 ml/jam
- e. Pemberian cairan intra vaskuler, 3 liter cairan biasanya memadai untuk 24 jam pertama setelah pembedahan
- f. Ambulasi satu hari setelah pembedahan klien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan orang lain
- g. Perawat luka: Insisi deperiksa setiap hari, jahitan kulit (klip) diangkat pada hari ke empat setelah pembedahan
- h. Pemeriksaan laboratorium: Hematokrit diukur pagi hari setelah pembedahan untuk memastikan perdarahan pasca operasi atau mengisyaratkan hipovolemia (Karlina, 2016).

E. Letak Lintang

1. Pengertian

Kehamilan letak lintang merupakan sumbu memanjang janin menyilang sumbu memanjang ibu secara tegak lurus mendekati 90 derajat (Nikmah & Susanti, 2015).

Letak lintang merupakan sumbu panjang punggung janin tegak lurus dengan sumbu panjang punggung ibu sehingga membentuk sudut 90° (Wagiyo & Putrono, 2016)

2. Etiologi

Menurut (Manuaba & Manuaba, 2007) kejadian letak lintang tidak terlalu banyak hanya sekitar 0.5% dari kehamilan, tetapi mempunyai mordibitas dan mortalitas yang tinggi. Berikut ini penyebab dari letak lintang, yaitu:

- a. Sudut maternal
 - 1) Panggul sempit
 - 2) Multiparitas
 - 3) Kehamilan ganda

- 4) Hidramnion atau oligohidramnion
- 5) Tumor pada daerah pelvis
- b. Sudut uterus
 - 1) Uterus arkuatus
 - 2) Uterus septus atau bikomis
 - 3) Uterus oblikus
- c. Sudut janin
 - 1) Pramaturitas
 - 2) Kelainan konginetal (anensefalus dan monster)
 - 3) Janin IUFD atau maserasi
 - 4) Kehamilan ganda

Menurut (Rustam Mochtar, 2007 dalam Nikmah & Susanti, 2015) penyebab terjadinya kehamilan letak lintang dari berbagai faktor yaitu fiksasi kepala tidak ada karena panggul sempit, hidrosefalus, anesefalus, plasenta previa, dan tumor-tumor pelvis. Janin sudah bergerak pada hidramnion, multiparitas, anak kecil atau sudah mati, gemeli, kelainan uterus seperti arkuatus.

3. Manifestasi klinik

Menurut (Harry Oxorn, 2010) manifestasi terjadinya letak lintang diantaranya:

- a. Inspeksi : Abdomen melebar kesamping (tidak simetris),
- b. Punggung mudah diketahui dengan palpasi, pada punggung anterior suatu dataran keras terletak melintang dibagian depan perut ibu,
- c. Bunyi jantung janin terdengar disekitar umbilicus,
- d. Kepala dapat diraba disebelah kanan atau kiri perut ibu,
- e. Bokong teraba disisi lain,
- f. Pada pemeriksaan USG ditemukan letak lintang.

4. Komplikasi

- a. Bagi ibu
 - 1) Rupture uteri
 - 2) Partus lama

- 3) Ketuban pecah dini
- 4) Infeksi intrapartum
- b. Bagi janin
 - 1) Trauma partus
 - 2) Hipoksia karena kontraksi uterus terus menerus
 - 3) Ketuban pecah dini (Icesmi sukarni, 2013)

F. Konsep Asuhan Keperawatan Post Partum dengan Sectio Caesarea

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

1. Pengkajian

a. Identitas

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

b. Keluhan Utama

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

c. Riwayat Penyakit Sekarang

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

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Apakah klien pernah mengalami riwayat tindakan operasi sebelumnya.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

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

f. Riwayat Obstetri

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

- 1) Keadaan haid

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

2) Perkawinan

Berapa kali kawin dan berapa lama dengan suami yang sekarang.

3) Kehamilan

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

4) Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

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

g. Pola Kebiasaan Sehari-Hari menurut Virginia Henderson

1) Respirasi

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

2) Nutrisi

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

3) Eliminasi

Meliputi berapa kali BAB, konsistensi, warna, bau, dan klien dengan *post sectio caesarea*, untuk BAK melalui dawer cateter yang sebelumnya telah terpasang.

4) Istirahat/tidur

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

5) Mempertahankan temperatur tubuh dan sirkulasi.

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

6) Kebutuhan personal hygiene

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

7) Aktivitas

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

8) Gerak dan keseimbangan tubuh

Aktivitas berkurang, tidak bisa berjalan karena nyeri dan ketidaknyamanan.

9) Kebutuhan berpakaian

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

10) Kebutuhan keamanan

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

11) Sosialisasi

Pada data sosial ini dapat dilihat apakah klien merasa terisolasi atau terpisah karena terganggunya komunikasi, adanya perubahan pada kebiasaan atau perubahan dalam kapasitas fisik untuk menentukan

keputusan untuk beradaptasi dengan lingkungan sekitarnya. Klien tampak sangat cemas dan ketakutan.

12) Kebutuhan spiritual

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

13) Kebutuhan bermain dan rekreasi

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

14) Kebutuhan belajar

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

h. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Keadaan umum biasanya lemah

2) Kesadaran

Apatis

3) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : Normal atau menurun <120/90 mmhg

Nadi : Nadi meningkat > 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 cloasma gravidarum, konjungtiva pucat atau merah, adanya oedema.

c) Mata – telinga – hidung

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

d) Leher

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

e) Dada dan punggung

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

f) Payudara atau mammae

Apakah puting menonjol atau tidak, areola menghitam, kolostrum.

g) Abdomen

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

h) Ekstremitas atas dan bawah

1) Ekstremitas atas

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

2) Ekstremitas bawah

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

i) Genetalia

Adakah pengeluaran lochea, bagaimana warnanya, banyaknya, bau serta adakah oedema vulva, bagaimana posisi kateter terpasang

dengan baik atau tidak, apakah lancar dan bagaimana kebersihan klien pada post operasi yang biasanya akan tampak kotor karena banyak usia darah yang belum dibersihkan.

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan (mukus dalam jumlah berlebihan).
- b. Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan.
- c. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.
- d. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan obstruksi anatomic, penyebab multipel, gangguan sensori motorik, infeksi saluran kemih.
- e. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif.
- f. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka bekas operasi.
- g. Defisit perawatan diri : mandi / kebersihan berhubungan dengan kelemahan fisik.
- h. Defisiensi pengetahuan: perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post partum.

3. Rencana Keperawatan

a. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obstruksi jalan (mukus dalam jumlah berlebihan)

Kriteria hasil:

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

Intervensi keperawatan:

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

- 16) Berikan oksigen sesuai kebutuhan
- 17) Monitor keefektifan terapi oksigen

b. Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan

Kriteria hasil :

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

Intervensi keperawatan :

- 1) Kaji secara komprehensif tentang nyeri, meliputi : lokasi, karakteristik dan onset, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor – faktor precipitasi.
- 2) Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan
- 3) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien
- 4) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (misalnya : nafas dalam, teknik distraksi atau massage)
- 5) Berikan dukungan terhadap klien dan keluarga
- 6) Berikan informasi tentang nyeri, seperti : penyebab, berapa lama terjadi dan tindakan pencegahan.
- 7) Kontrol faktor – faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien terhadap ketidaknyamanan (misalnya : temperatur ruangan, penyinaran dan lain-lain).
- 8) Tingkatkan istirahat yang cukup.
- 9) Modifikasi tindakan mengontrol nyeri berdasarkan respon klien.

- 10) Monitor kenyamanan klien terhadap manajemen nyeri
- 11) Libatkan keluarga untuk mengurangi nyeri.
- 12) Informasikan kepada tim kesehatan lainnya atau anggota keluarga saat tindakan nonfarmakologi dilakukan untuk pendekatan preventif.
- 13) Berikan analgetik yang tepat waktu terutama saat nyeri hebat

4) Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif Kriteria hasil :

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

Intervensi keperawatan :

- 1) Pantau tanda/gejala infeksi (misalnya : suhu tubuh, keadaan luka post operasi, kondisi vulva, kelelahan dan malaise)
- 2) Kaji faktor yang meningkatkan serangan infeksi (misalnya : usia lanjut, status imun menurun dan malnutrisi)
- 3) Pantau hygiene personal untuk perlindungan terhadap infeksi
- 4) Monitor tanda dan gejala infeksi sistematis
- 5) Monitor sel darah putih
- 6) Anjurkan klien atau keluarga untuk menjaga personal hygiene dan melindungi tubuh terhadap infeksi
- 7) Anjarkan klien dan keluarga tentang tanda-tanda dan gejala dari infeksi
- 8) Ajarkan klien dan anggota keluarga bagaimana mencegah infeksi
- 9) Ajarkan klien dan keluarga tanda/gejala infeksi dan kapan harus melaporkan ke petugas kesehatan
- 10) Bersihkan lingkungan secara tepat setelah digunakan oleh klien
- 11) Ganti peralatan klien setiap selesai tindakan
- 12) Gunakan sabun untuk mencuci tangan

- 13) Gunakan sarung tangan steril
- 14) Lakukan perawatan vulva dan perineum
- 15) Pertahankan teknik aseptik
- 16) Pertahankan teknik isolasi sesuai kebutuhan.

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

Kriteria hasil:

- 1) Kandung kemih kosong secara penuh
- 2) Tidak ada residu urin lebih dari 100-200 cc
- 3) Intake cairan dalam rentang normal
- 4) Bebas dari ISK
- 5) Tidak ada spasme bladder
- 6) Balance cairan seimbang

Intervensi:

- 1) Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia (mis. Output urin, pola berkemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten)
- 2) Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau properti alpa agonis
- 3) Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium channel blockers dan antikolinergik
- 4) Gunakan kekuatan sugesti dengan berjalan air atau disiram
- 5) Merangsang reflek kandung kemih
- 6) Sediakan waktu yang cukup untk mengosongkan kandung kemih (10 menit)
- 7) Gunakan teknik double-void
- 8) Masukkan kateter kemih
- 9) Anjurkan pasien atau keluarga untuk mencatat output urin

d. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

Kriteria hasil :

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

Intervensi keperawatan :

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

e. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka bekas operasi

Kriteria hasil :

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

Intervensi keperawatan :

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

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

Kriteria hasil :

- 1) Klien menerima bantuan atau total dari pemberi perawatan jika diperlukan.
- 2) Klien mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene mulut.

- 3) Klien mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi.
- 4) Klien mampu membersihkan dan mengeringkan tubuh.
- 5) Klien mampu melakukan perawatan mulut.

Intervensi keperawatan :

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

g. Defisit pengetahuan: perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

Kriteria hasil:

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

Intervensi:

- 1) Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik
- 2) Gambarkan tanda dan gejala yang biasa pada penyakit, dengan cara yang tepat
- 3) Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat
- 4) Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat
- 5) Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat
- 6) Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit
- 7) Diskusikan pilihan terapi atau penanganan
- 8) Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat
- 9) Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberian perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan, mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat dan bukan atas petunjuk petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain. Implementasi tindakan keperawatan dibedakan menjadi tiga kategori menurut (Asmadi, 2015) :

a. Independent

Suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya antara lain:

- 1) Seperti mengkaji klien melalui riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik.

- 2) Merumuskan diagnosis keperawatan untuk memerlukan intervensi klien.
- 3) Mengidentifikasi tindakan keperawatan untuk memulihkan kesehatan klien.
- 4) Mengevaluasi respons klien terhadap tindakan keperawatan dan medis.

b. *Interdependent*

Suatu kegiatan yang memerlukan kerja sama dari tenaga kesehatan yang lain.

c. *Dependen*

Berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis/instruksi dari tenaga medis.

5. **Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Ada tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan menurut (Kodim, 2015).

a. Tujuan tercapai

Jika klien menunjukkan perubahan sesuai standar yang telah ditentukan.

b. Tujuan tercapai sebagian

Jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.

c. Tujuan tidak tercapai

Jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali serta dapat timbul masalah baru.

Untuk penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP (subjektif, objektif, analisis dan planning) dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

Subjektif adalah informasi yang berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah diberikan.

Objective adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.

Analisis adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratas, tertasi sebagian atau tidak teratasi.

Planning adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

Tanggal masuk 28 Juli 2020 pukul 14.00 di ruang VK, pukul 18:00 di ruang Euphorbia. Tanggal pengkajian 29 Juli 2020 pukul 12:30.

1. Identitas pasien

Pasien bernama Ny. M berusia 28 tahun yang bersuku Jawa menganut agama Islam pendidikan terakhir Strata 1 saat ini Ny. M berkerja sebagai karyawan perusahaan swasta. Suami dari Ny. M bernama Tn. W berusia 30 tahun suku Jawa beragama Islam memiliki pendidikan terakhir Strata 1 bekerja sebagai wiraswasta. Ny. M dan Tn. W tinggal di Rawalumbu, Bekasi. Status perkawinan sudah menikah 1 kali dengan lama perkawinan 4 tahun.

2. Resume

Ny. M masuk ke Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur pada tanggal 28 Juli 2020 pukul 14:00 WIB dengan riwayat obstetri G2P1A0 usia kandungan 38 minggu, pasien datang ke ruang VK berjalan kaki diantar oleh suaminya dengan alasan SC terencana. Sebelumnya pada hari Kamis tanggal 17 Juli 2020 pasien sempat periksa ke dokter untuk mengetahui keadaan bayi pada saat di USG letak posisi bayi melintang, dokter menyarankan keluarga untuk dilakukan tindakan SC sesuai rencana. Pada tanggal 28 Juli 2020 pukul 18:00 pasien tiba di ruang Euphorbia, pasien sudah dilakukan pemeriksaan fisik dengan hasil TD : 110/70 mmhg, nadi 80x/ menit , RR 18x/ menit suhu 36,7°C, TFU 3 jari dibawah *prosesus xiphoideus*, DJJ 138x/menit. Pasien sudah puasa makan dan minum terakhir pukul 20:00 WIB. Pada tanggal 29 Juli 2020 pukul 07:30 WIB pasien diantarkan ke ruangan operasi. Sebelum diantar ke ruang operasi

pasien dilakukan pemeriksaan dengan hasil keadaan umum baik, kesadaran Composmentis dengan tanda-tanda vital tekanan darah 120/80 mmhg, suhu 36,5°C, nadi 84x/menit, RR 18x/menit, CRT <3 detik, terpasang infus di vena metacarpal. Pada saat tiba di ruang OK pasien dilakukan tindakan pembiusan dengan jenis anestesi spinal pasien terpasang kateter urine nomer 16. Pukul 08:00 WIB bayi lahir dengan jenis kelamin perempuan, tonus otot kuat, bayi menangis kuat, kulit kemerahan, berat badan bayi baru lahir 3100gr dengan APGAR score 9/10, ketuban jernih, tali pusat di potong dan bayi di suction, dibersihkan menggunakan handuk bersih dan sudah disterilkan. Dilakukan IMD (inisiasi menyusui dini) kurang lebih 1 jam, bayi dipindahkan ke ruangan bayi dan Ny. M di pindahkan ke ruang recovery room untuk diobservasi. TD 120/80 mmhg, N 75x/menit, S 36,7°C, RR 18x/menit. Saturasi O₂ pasien 99%, kaki sudah bisa di gerakkan.

Pada pukul 11:30 WIB perawat ruangan menjemput pasien KU sakit sedang, konjungtiva tampak ananemis, payudara terasa lembek, puting menjol, aerola berwarna hitam, ada tanda pelepasan kolostrum, Observasi balutan luka operasi tampak bersih, jahitan rapih, tidak ada rembesan, luka ditutup dengan kassa dan hypapix, hasil observasi TFU sepusat, kontraksi uterus kuat, konsistensi keras, perdarahan pervaginam ½ pembalut, lochea rubra, perdarahan dikamar operasi kurang lebih 200cc, urine 400cc, pasien terpasang infus RL 500cc. pasien mengatakan nyeri skala 6 seperti ditusuk tusuk area luka operasi, nyeri pada saat bergerak, perut terasa mulas pada saat berkontraksi, masalah keperawatan yang muncul resiko perdarahan. Tindakan keperawatan mandiri yang sudah diberikan cek tanda-tanda vital (nadi, suhu, tekanan darah dan CRT) kontraksi uterus dan cek konjungtiva dan tindakan kolaborasi yang diberikan obat metvella 0,125mg. Evaluasi secara umum masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

3. Riwayat keperawatan

a. Keluhan utama

Pada saat dilakukan pengkajian keperawatan pada tanggal 29 Juli 2020, pukul 12:30 Pasien mengatakan nyeri bagian luka operasi, nyeri seperti ditusuk tusuk di bagian luka jahitan, nyeri muncul pada saat bergerak selama $\pm$ 2 menit, pasien mengatakan perut terasamulas pada saat berkontraksi, nyeri skala 6, nyeri hilang timbul, pasien tampak meringis kesakitan.

b. Riwayat persalinan sekarang

Ny. M melakukan persalinan di RSMKBT pada tanggal 29 Juli 2020 pukul 08:00 WIB. dengan bantuan persalinan yaitu *sectio caesarea* atas indikasi letak bayi melintang. Jumlah perdarahan pada saat persalinan adalah 200cc, Urine 400cc, bayi Ny. M lahir berjenis kelamin perempuan, berat badan bayi 3100gr, *Apperance, Pulse, Grimace, Respiratory (APGAR) score* menit pertama 9 dan menit kelima 10.

c. Riwayat Obstetri

Persalinan Ny. M yaitu G2P1A0 pada saat persalinan anak pertama 38 minggu, tidak ada penyulit pada persalinan, persalinan dilakukan secara *sectio caesarea* atas permintaan keluarga, ditolong oleh dokter, anak berjenis kelamin laki-laki, Berat badan anak pertama pada saat lahir 3000gr, panjang badan 48cm, saat ini usia anak 2 tahun. Persaliansi anak kedua 38 minggu, tidak ada penyulit pada saat kehamilan, terdapat penyulit pada saat persalinan dilakukan tindakan operasi atas indikasi penyulit letak bayi melintang dan panggul sempit. Bayi lahir berjenis kelamin perempuan, berat badan 3100gr, panjang badan 47cm, keadaan anak sehat.

d. Riwayat keluarga berencana (KB)

Ny. M mengatakan pernah melaksanakan keluarga berencana yaitu kondom dan kalender, pasien mengatakan belum pernah menggunakan KB hormonal, pasien mengatakan sudah menggunakan KB pada saat anak pertama lahir 2 tahun yang lalu. dan belum terpikir ingin menggunakan kontrasepsi apa jenis hormonal, pasien mengatakan bingung mau pakai alat KB apa untuk selanjutnya.

e. Riwayat imunisasi TT

Pasien mengatakan pernah melakukan imunisasi *Tetanus Toxoid* (TT) 3 kali pada saat sebelum menikah, masa kehamilan anak pertama dan anak kedua pada usia 30 minggu.

f. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keturunan yang serius. Dan pasien mengatakan tidak ada penyakit seperti Diabetes, hipertensi, dan jantung.

g. Riwayat Kebiasaan Sehari Hari Sebelum Dirawat

1) Pola Nutrisi / Cairan

Pasien mengatakan makan 3x/ hari jenis makanan nasi, sayuran dan daging, nafsu makan baik, dan tidak ada alergi makan, pasien mengatakan normal dan tidak ada gangguan nafsu makan, BB rata rata sebelum hamil 53 kg , pada saat hamil 60kg, dan berat badan setelah melahirkan 55kg.

2) Pola Eliminasi

Pasien mengatakan BAB 1x/ hari , konsistensi lembek, pasien mengatakan defikasi terakhir pada tanggal 28 Juli 2020. Pasien tidak memiliki hemoroid, dan tidak mengalami keluhan. Pasien mengatakan BAK sebanyak 5-6x/ hari, urin kuning jernih, dan tidak mempunyai keluhan ppada saat BAK.

3) Personal *Hygiene*

Pasien mengatakan mandi 2x/ hari pada saat pagi dan sore, melakukan *Oral Hygiene* sebanyak 3x disaat mandi dan menjelang tidur. Mencuci rambut saat mandi pagi.

4) Pola Aktivitas / Istirahat dan Tidur

Pasien mengatakaan berkerja diperusahaan swasta di Cikarang, pasien menjabat sebagai karyawan dan waktu berkerja pada saat pagi pukul 07:30 sampai pikul 14:00, malam jika ada lembur shift. Pasien mengatakan tidak ada pembatas saat kehamilan dalam beraktivitas, pasien mengatakan jika ada waktu luang pasien memasak dan menonton TV, pasien mengatakan tidak mengalami gangguan dalam beraktivitas dan melakuakan segala hal secara

mandiri tanpa bantuan orang lain, pasien mengatakan tidak pernah tidur siang, pasien mengatakan tidur pada malam hari 5-6 jam dan tidak ada keluhan gangguan pola tidur baik sebelum hamil dan pada saat kehamilan.

5) Pola Kebiasaan Yang Mempengaruhi Kesehatan

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

6) Pola Seksual

Pasien mengatakan tidak memiliki gangguan seksual selama kehamilan.

7) Riwayat Psikososial

Pasien mengatakan kehamilan ini memang direncanakan. Pasien mengatakan keluarga sangat bahagia mengetahui Ny. M hamil lagi. Pasien mengatakan sudah siap mental dalam peran menjadi ibu sekaligus istri, siap dalam merawat anaknya. Pasien mengatakan cara mengatasi stress melakukan aktivitas kegiatan rumah dan main game. Pasien mengatakan tinggal dirumah bareng suami dan anaknya. Pasien mengatakan sudah berpengalaman merawat anak walaupun sedikit lupa dalam perawatan seperti memandikan, dan teknik menyusui yang baik. Harapan pasien ingin segera pulang. Pasien mengatakan tidak ada faktor budaya yang mempengaruhi kesehatan.

8) Status Sosial Ekonomi

Pasien mengatakan penghasilan perbulan adalah > Rp. 1.000.000,- dan pengeluaran kurang lebih Rp. 2.000.000,-.

Pasien mengatakan jaminan kesehatan yang digunakan dan dimiliki adalah asuransi perusahaan.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Sistem Kardiovaskuler / Sirkulasi

Pada saat pengkajian didapatkan hasil frekuensi nadi 68x/menit dengan irama teratur dan denyut nadi teraba kuat. Tekanan darah 120/ 80 mm\g dengan suhu 36,7C, Nadi 75x/ menit , irama teratur, dan teraba kuat. Pengisian kapiler kurang dari 3 detik. Pasien tidak nampak edema, konjungtiva ananemis dan sklera anikteri. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat peningkatan tekanan darah, riwayat penyakit jantung. Pasien mengatakan tidak memiliki keluhan yang berkaitan dengan fungsi jantung.

b. Sistem pernapasan

jalan napas pasien bersih, frekuensi napas 18x/ menit , napas pasien tidak sesak ,irama teratur dan napas dangkal, pasien mengatakan tidak batuk, sputum tidak ada, suara napas vesikuler/ normal.

c. Sistem Pencernaan

Gigi pasien tidak terdapat caries, tidak nampak stomatitis, lidah tidak nampak kotor, pasien mengatakan tidak ada penggunaan gigi palsu, naapas pasien tidak tercium bau mulut, pasien tidak ada muntah, tidak memiliki kesulitan menelan, tidak ada mual, nafsu makan pasien baik dan tidak merasa begah diperut, pasien mengatakan tidak ada nyeri dibagian perut, BB pasien sekarang 55 kg, tinggi badan pasien 160cm, indek masa tubuh pasien IMT 21,4 normal, bentuk tubuh pasien simetris, mukosa lembab. Pasien mengatakan belum BAB sejak tanggal 28 juli 2020. Pasien tidak ada hemoroid, pasien mengatakan tidak ada keluhan pada sistem pencernaan.

d. Neurologis

Status mental pasien orientasi , pasien mengatakan tidak rabun sehingga tidak memakai kacamata dan alat bantu denga. Pasien nampak tidak mengalami gangguan bicara. Pasien mengatakan tidak sakit kepala.

e. Sistem Urogenital

Pasien tampak terpasang kateter urin ukuran 16, jumlah cairan urin didalam urin bag berjumlah 400cc. berwarna kuning jernih, pasien mengatakan tidak ada keluhan

f. Sistem Muskuloskeletal

Ekstremitas pasien tampak simetris, pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam pergerakan, tidak terjadi adanya homan sign, tidak ada edema bagian ekstremitas, repleks patella positif.

g. Sistem Integumen

Telah dilakukan pemeriksaan kulit pasien baik elastis, warna kulit kemerahan, keadan kulit baik , terdapat insisi di bagian abdomen luka oprai sc, kulit pasien bersih, keadaan rambut berih.

h. Dada dan Axila

Mamae mebesar, areolanya menghitam, bentuk papila mamaanya exverted, terjadi adanya pelepasan kolostrum, adanya produksi ASI, sunbatan ASI tidak ada, pemberian ASI dilakukan atau IMD (inisiasi menyusui dini) 1-2 jam setelah melahirkan, dan tidak terjadinya pembengkakan.

i. Perut / Abdomen

Tinggi pundus uteri sepusat, kontraksi uterus kuat dan konsistensinya keras, adanya insisi di bagian abdomen 12cm, dan tidak adanya tanda randa infeksi.

j. Anogenital

Lochea rubra jumlah perdarahan 1/2 soptex, warna merah, baunya khas (amis) perineum utuh, tidak ada jahitan episiotomi.

5. Pemeriksaan penunjang

a. Laboratorium

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 28 juli 2020

Hematologi :

Hemaglobin : 12,6g/dl

Urin : warna kuning jernih, PH urin 6,5
 Nitrit urin : negatif
 Bilirubin urin : negatif
 Protein urin : negatif
 Glukosa urin : negatif

Glukosa Darah :

Glukosa darah sewaktu 99 mg/dl

Imunoserologi :

HBsAg non-reaktif

6. Penatalaksana

Metvelli 3x 0,125mg / oral

Remopain 3x 30mg IV

Bactecyn 3x 375 mg/oral

Cefazol 1gr / IV

Infus RL 500cc/8 jam

7. Data Fokus

Data rumah sakit keadaan umum pasien sakit sedang, kesadaran composmentis, telah dilakukan pemeriksaan tekanan darah 120/80 mmhg, suhu 36,7 c , nadi 75x/menit. Berat badan pasien 55kg tinggi badan 160 cm. IMT 21,4.

a. Kebutuhan fisiologis oksigenasi

Data subjektif :

Pasien mengatakan tidak mengeluh batuk, pasien mengatakan tidak sesak napas.

Data objektif :

Jalan napas pasien tampak bersih, irama teratur, suara napas vesikuler, konjungtiva ananemis, frekuensi napas pasien teratur 18x/menit, CRT <3 detik, pasien tidak nampak sesak napas, pasien tidak batuk, pasien tidak nampak menggunakan otot bantu napas, dan tidak ada pergerakan cuping hidung.

b. Kebutuhan fisiologi : cairan

Data subyektif :

Pasien mengatakan minum 200cc, pasien mengatakan mual pada saat uterus berkontraksi, pasien mengatakan tidak muntah

Data obyektif :

Pasien tidak ada muntah, pasien tidak edema pada ekstremitas, turgor kulit elastis, pasien tampak terpasang kateter urine no 16, warna urine jernih , tidak ada tanda dehidrasi, mukosa bibir tampak lembab, jumlah perdarahan $\frac{1}{2}$ pembalut , perdarahan diruang operasi 200cc, urine 400cc + 200cc+ IWL 183,3 cc + lochea 100cc. intake dari infus 500cc + 450 cc dan oral 200cc. Intake - output $1150 - 1083,3 = +66,7\text{cc}/8 \text{ jam}$. RT <3 detik. TD 120/80mmhg, S, 36,7 Nadi 75x/menit RR 18x/menit. TFU 1 jari diatas pusat, lochea rubra, kontraksi kuat, konsistensi keras.

c. Kebutuhan fisiologi : Nutrisi

Data subjektif :

Pasien mengatakan makan 3x/ hari jenis makanan nasi, sayuran dan daging, nafsu makan baik, dan tidak ada alergi makan, pasien mengatakan normal dan tidak ada gangguan nafsu makan, BB rata rata sebelum hamil 53 kg , pada saat hamil 60kg, dan berat badan setelah melahirkan 55kg..

Data obyektif :

Pasien tampak menghabiskan makan 1 porsi, pasien tampak lemas, konjungtiva ananemis, berat badan pasien sekarang 55kg tinggi badan 160cm , IMT 21,4. Pasien tidak ada stomatitis, pasien tidak ada muntah, hasil laboratorium HB pasien

d. Kebutuhan fisiologis : Aktivitas

Data subjektif :

Pasien mengatakan tidak ada kesulitan dalam melakukan aktivitas dan bergerak, pasien mengatakan masih lemas , pasien mengatakan tidak nyaman akibat terpasangnya kateter urin.

Data obyektif :

Pasien masih tampak berbaring , pasien tampak masih lemas , pasien tampak tidak nyaman akibat terpasang kateter urin, pasien post 3 jam operasi, TD 120 / 80 mmhg, suhu 36,7 , nadi 75x/menit. RR 18x/ menit.

e. Kebutuhan fisiologis : Eliminasi

Data subjektif :

Pasien mengatakan BAB 1x/ hari , konsistensi lembek, pasien mengatakan defikasi terakhir pada tanggal 28 juli 2020. Pasien mengatakan sudah pelatus, Pasien mengatakan tidak memiliki hemoroid, dan tidak mengalami keluhan lainnya. Pasien mengatakan BAK sebanyak 5-6x/ hari, urin kuning jernih, dan tidak mempunyai keluhan pada saat BAK.

Data objektif :

Pasien tampak terpasang kateter urin nomer 16, urin 400cc warna kuning jernih, pasien tidak nampak adanya hemoroid.

f. Kebutuhan fisiologis : Aman

Data subjektif :

Pasien mengatakan tidak demam.

Data objektif :

Pasien tampak terpasang kateter urine ada luka insisi, pasien tampak terpasang infus di vena metacarval sebelah kiri, pasien terdapat luka insisi operasi pada bagian abdomen bawah, luka terpasang obsite, luka tidak ada rembesan , suhu 36,7. Lochea rubra, kontraksi kuat, konsistensi keras, TD 120/80 mmhg. RR 18x/menit. Perdarahan pada saat persalinan 200cc 1/2pembalut

g. Kebutuhan fisiologis : Nyaman

Data objektif :

P : Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi

Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk dan tersayat

R : pasien mengatakan nyeri hilang timbul

S : pasien mengatakan nyeri skala 6

T : pasien mengatakan nyeri seperti sayatan dan tertusuk, nyeri hilang timbul, nyeri muncul pada saat bergerak.

Data Subjektif :

Pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak memegang perut jika nyeri muncul, TD 120/80 mmhg , nadi 75x/menit , RR 18x/ menit.

h. Kebutuhan fisiologis : Aktualisasi diri

Pasien mengatakan pernah melaksanakan keluarga berencana yaitu kondom dan kalender, pasien mengatakan belum pernah menggunakan KB hormonal, pasien mengatakan melakukan rencana KB pada saat anak pertama lahir 2 tahun yang lalu. dan belum terpikir ingin menggunakan kontrasepsi apa jenis hormonal, pasien mengatakan bingung mau pakai alat KB apa untuk selanjutnya. Pasien mengatakan cukup bisa merawat bayi..

Data objektif :

Pasien tampak bingung pada saat perawat menanyakan tentang KB.

8. Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1	Data subjektif : P : Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk dan tersayat R : pasien mengatakan nyeri hilang timbul S : pasien mengatakan nyeri skala 6	Nyeri Akut/ketidaknyaman pasca partum	Agen Cedera Fisik (luka section caesarea)

	T : pasien mengatakan nyeri seperti sayatan dan tertusuk, nyeri hilang timbul, nyeri muncul pada saat bergerak. Data objektif : Pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak memegang perut jika nyeri muncul, TD 120/80 mmhg , nadi 75x/menit , RR 18x/menit.		
2.	Data subyektif : Pasien mengatakan perut mulas dan sedikit nyeri pada saat berkontraksi dan bergerak. Pasien mengatakan mual pada saat uterus berkontraksi, Pasien mengatakan tidak menggigil Data objektif : warna urine jernih , tidak ada tanda dehidrasi, mukosa	Resiko perdarahan	Trauma pasca SC/ Tindakan invasif post SC

	bibir tampak lembabjumlah perdarahan $\frac{1}{2}$ pembalut , output perdarahan diruang operasi 200cc, .TD .120/80mmhg, S, 36,7 Nadi 75x/menit RR 18x/menit.TFU 1 jari diatas pusat, lochea rubra, kontraksi kuat, konsistensi keras,		
--	---	--	--

3.	Data subjektif : Pasien mengatakan tidak demam. rapat dan panjang jahitan 12cm. Data objektif : terdapat luka insisi operasi pada bagian abdomen bawah, luka terpasang obsite, Jenis luka sayatan transversal. luka tidak ada rembesan ,suhu 36,7. RR 18x/menit.	Resiko infeksi	Prosedur invasif
----	--	----------------	------------------

4.	Data subyektif pasien mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi. Pasien mengatakan belum memahami jenis jenis KB, pasien mengatakan pernah menggunakan kondom dan kalender. Pasien mengatakan masih bingung menggunakan KB apa selanjutnya. Data Objektif : Pasien tampak bingung	Defisit pengetahuan alat kontrasepsi	Kurangnya Informasi KB
----	---	--------------------------------------	------------------------

B. Diagnosa Keperawatan

1. Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma (pasca partum)
Tanggal ditemukan : 29 Juli 2020
Tanggal teratasi : 1 Agustus 2020
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur bedah)
Tanggal ditemukan : 29 Juli 2020
Tanggal teratasi : 1 Agustus 2020
3. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif
Tanggal ditemukan : 29 Juli 2020
Tanggal teratasi : 1 Agustus 2020

Defisit pengetahuan alat kontrasepsi berhubungan dengan Kurangnya Informasi KB

Tanggal ditemukan : 1 Agustus 2020

Tanggal teratasi : 1 Agustus 2020

C. Perencanaan , Pelaksanaan , dan Evaluasi Keperawatan.

1. Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma (pasca tidur)

Data subyektif :

Pasien mengatakan minum 200cc, pasien mengatakan mual pada saat uterus berkontraksi, pasien mengatakan tidak muntah.

Data objektif :

Pasien tidak ada muntah, pasien tidak edema pada ekstremitas, turgor kulit elastis, pasien tampak terpasang kateter urine no 16, warna urine jernih, tidak ada tanda dehidrasi, mukosa bibir tampak lembab, jumlah perdarahan $\frac{1}{2}$ pembalut, perdarahan diruang operasi 200cc, urine 400cc + 200cc + IWL 183,3 cc + lochea 100cc. intake dari infus 500cc + 450 cc dan oral 200cc. Intake - output $1150 - 1083,3 = +66,7\text{cc}/8\text{ jam}$ CRT < 3 detik. TD 120/80mmhg, S, 36,7 Nadi 75x/menit RR 18x/menit, TFU 1 jari diatas pusat, lochea rubra, kontraksi kuat, konsistensi keras, Pasien mengatakan perut mulas dan sedikit nyeri pada saat berkontraksi.

Tujuan : setelah dilakukakan tindakan keperawatan selama 2 x 24jam perdarahan tidak terjadi.

Kriteria hasil : tanda tanda vital dalam batas normal (TD 120/80mmhg, S, 36,7 Nadi 75x/menit RR 18x/menit) TFU kembali normal, warna lochea normal, jumlah lochea tidak berlebih, kontraksi uterus ada dan kuat, CRT < 3.

Rencana keperawatan :

1. Observasi tanda tanda vital (tekanan darah dan nadi) pasien / 8jam.
2. Observasi CRT pasien / 8jam

3. Kaji kontraksi uterus pasien/ 8jam
4. Kaji konsistensi uterus / 8jam
5. Kaji TFU pasien/ 8 jam
6. Monitor karakteristik lochea (jenis, jumlah dan bau) / 8 jam
7. Catat nilai hemoglobin dan hematokrit sebelum dan setelah pasien kehilangan darah sesuai indikasi.
8. Berikan terapi anti perdarahan metvella 3 x 0,125mg melalui oral.

Pelaksanaan

Shift pagi 29 juli 2020

Pukul 07 : 00 WIB mengobservasi tanda tanda vital (TD, N, S, RR) dan CRT pasien dengan hasil tekanan darah 120/ 80 mmhg nadi 84x/menit. CRT <3detik.

Pukul 11 : 30 WIB mengobservasi tanda tanda vital dengan hasil TD 120/80 mmhg suhu 36,7 nadi 75x/ menit RR 18x/menit CRT < 3detik

Pukul 11 : 45 WIB mengobservasi kontraksi uterus, dan lochea dengan hasil kontraksi uterus ada , konsistensi keras. TFU 1 jari diatas pusat, lochea rubra, perdarahan ½ pembalut. Pasien mengatakan perut mulas dan sedikit nyeri pada saat berkontraksi.jumlah perdarahan ½ pembalut .

Pukul 14 : 00 WIB menghitung balance cairan perdarahan diruang operasi 200cc, urine 400cc + 200cc+ IWL 183,3 cc + lochea 100cc. intake dari infus 500cc + 450 cc dan oral 200cc. Intake - output 1150 – 1083,3 = +66,7cc./8 jam

Pukul 14 : 40 WIB memberikan kolaborasiobat metvella 0,125 mg melalui oral dengan hasil obat tertelan tanpa dimuntahkan.

pelaksanaan

shift sore (perawat ruangan)

pukul 15 : 30 WIB mengobservasi tanda tanda vital (tekanan darah, nadi, CRT) pasien dengan hasil tekanan darah 110/80 mmhg nadi 80x/menit CRT >3 detik.

Pukul 15 : 40 WIB mengkaji TFU, kontraksi uterus dan konsistensi uterus pasien dengan hasil kontraksi kuat, dan keras TFU sepusat.

Pukul 19 : 30 WIB memonitor lochea dengan karakteristik lochea (jumlah bau, dan warna) lochea pasien berwarna rubra, jumlah $\frac{1}{2}$ softex, aroma khas. Jumlah Output 300cc + lochea 200 + iwl 183,3cc. Intake 500cc + 300cc

Pukul 21 : 00 WIB memberikan terapi anti perdarahan metvella 0,125 mg obat diberikan melalui oral, obat berhasil diminum dan tidak ada aspirasi pasien tampak tenang.

Pelaksanaan

Shift malam (perawat ruangan)

Pukul 21 : 30 WIB mengobservasi tanda-tanda vital pasien tekanan darah 110/ 70 mmhg, nadi 75x/ menit suhu 36,4 C.

Pukul 05 : 30 WIB memberikan obat anti perdarahan metvella 0,125mg obat diberikan melalui oral, obat berhasil diminum tanpa ada aspirasi.

Pukul 06 : 15 WIB memonitor lochea (bau, warna dan jumlah) lochea rubra, jumlah $\frac{1}{2}$ softex, bau khas. Memonitor TFU 1 jari bawah pusat, kontraksi kuat, konsistensi keras.

Pukul 07 : 00 WIB menghitung balance cairan intake infus 400cc + oral 200 cc. output 250 + lochea 200 cc + 183,3 cc

Evaluasi keperawatan

Tanggal 29 Juli 2020

S : pasien mengatakan perut mulas pada saat uterus berkontraksi.

O : TD 120/80 mmhg suhu 36,7 nadi 75x/ menit RR 18x/menit CRT >3detik, kontraksi uterus keras, konsistensi keras TFU 1 jari diatas pusat, lochea rubra, jumlah perdarahan $\frac{1}{2}$ pembalut. Intake – output 2550 – 2400 = +150cc/ 24 jam

A: masalah belum teratasi tujuan belum tercapai

P : lanjutkan semua intervensi

Tanggal 30 juli 2020

Shift pagi (perawat ruangan)

Pukul 08 :10 WIB mengobservasi tanda tanda vital (tekanan darah,nadi) Tekanan darah 120/80 mmgh, Nadi 88x/menit, CRT <3 detik.

Pukul 08 : 15 WIB mengkaji TFU, kontraksi dan konsistensi uterus pasien dengan hasil TFU 2 jari dibawah pusat, konsistensi keras, kontraksi kuat. Pasien mengatakan masih merasa mulas pada saat berkontraksi.

Pukul 13 : 20 WIB memberika obat kepada pasien metvell 0,125mg dengan hasil obat berhasil diminum tanpa ada aspirasi, obat tertelan.

Shift sore

Pukul 15 : 20 WIB mengobservasi tanda tanda vital pasien (tekanan darah, nadi) dan CRT dengan hasil tekanan darah pasien 110/80 mmhg nadi 80x/menit, CRT <3 detik.

Pukul 15 : 30 WIB mengkaji TFU, kontraksi , konsistensi uterus pasien dengan hasil TFU 2 jari dibawah pusat , kontraksi keras, konsistensi uterus kuat, pasien mengatakan pasien masih merasa mulas pada sat berkontraksi.

Pukul 20 : 30 WIB mengkaji karakteristik lochea rubra, jumlah $\frac{1}{2}$ soptex dan berbau bau khas (amis), pasien mengtakan baru saja menggantikan soptex pada pukul 15 : 00 WIB

Pukul 21 : 30 WIB memberikan obat anti perdarahan pada pasien metvell 0,125mg, melalui oral dengan hasil obat berhasil diminum tanpa ada aspirasi.

Shift malam (perawat ruangan)

Pukul 21 : 40 WIB mengobservasi tanda tanda vital (tekanan darah, nadi, CRT) pasien dengan hasil tekanan darah :120/ 80 mmhg , nadi 84x/ menit. CRT > 3 detik.

Pukul 05 : 30 WIB memberikan kolaborasiobat anti perdarahan metvel 0,125mg dengan hasil obat berhasil diminum tanpa dimuntahkan dan tidak terjadi aspirasi.

Pukul 05 : 40 WIB memonitor karakteristik lochea (jumlah dan bau, warna) mengkaji TFU konsistensi dan konsentrasi uterus pasien dengan hasil loche berwarna rubra , jumlah ½ soptex , bau amis, TFU 3 jari dibawah pusat, kontraksi ada, konsistensi kuat.

Evaluasi keperawatan

Tanggal 30 juli 2020

S : pasien mengatakan perut terasa mulas pada saat berkontraksi.

Pasien mengatakan baru saja mengganti pembalut.

O : Tekanan darah pasien 110/80 mmhg, Nadi 80x/ menit , TFU 3 jari bawah pusat, lochea rubra, kontraksi ada, konsistensi kuat, jumlah loche ½ soptex, berbau khas (Amis)

A : masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

P : lanjutkan semua intervensi

Tanggal 1 agustus 2020

Shift pagi

Pukul 08 : 00 WIB mengobservasi tanda tanda vita (tekanan darah, nadi)

Dan CRT Pasien dengan hasil tekanan darah 120/80 mmgh, nadi 88x/menit , CRT <3 detik.

Pukul 08 : 05 WIB mengkaji TFU pasien, kontraksi uterus dan konsistensi dengan hasil TFU tiga jari dibawah pusat , kontraksi uteru kuat, konsistensi keras. Pasien masih mengatakan perutnya masih mulas pada saat berkontraksi.

Pukul 08 : 10 WIB mengobservasi karakteristik lochea (bau , jumlah, dan warna) pasien dengan hasil lochea ½ soptex , warna lochea *sanguinolenta*

Pukul 08 : 15 WIB memberikan obat anti perdarahan metvell 0,125mg obat dimasukan melalui oral dengan hasil obat berhasil diminum pasien ,obat tidak dimuntahkan.

Evaluasi keperawatan

Tanggal 1 agustus 2020

S : pasien mengatakan perut terasa mulas pada saat berkontraksi

O : tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 88x/menit , CRT <3 detik. TFU tiga jari dibawah pusat , kontraksi uteri kuat, konsistensi keras lochea sanguinolenta, berwarna merah kecoklatan sebanyak ½ pembalut nifas, dan tidak berbau

A : masalah teratasi, tujuan tercapai

P : hentikan intervensi (pasien pulang)

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

Data subjektif :

P : Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi dan dinding uterus.

Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk dan tersayat

R : pasien mengatakan nyeri hilang timbul

S : pasien mengatakan nyeri skala 6

T : pasien mengatakan nyeri seperti sayatan dan tertusuk, nyeri hilang timbul, nyeri muncul pada saat bergerak.

Data objektif :

Pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak memegang perut jika nyeri muncul, TD 120/80 mmhg , nadi 75x/menit , RR 18x/menit.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan nyeri hilang.

Kriteria Hasil : skal nyeri 0-1, tekanan darah dalam batas normal (90/60 - 120/80 mmhg) , denyut nadi dalam batas normal 60-100x/menit, RR dalam batas normal 12-20x/menit, respon pasien menunjukkan rasa nyaman.

Rencana keperawatan :

- 1) Observasi tanda tanda vital (tekanan darah, pernapasan dan nadi)/shift
- 2) Lakukan pengkajian nyeri yang meliputi (PQRST)
- 3) Observasi adanya respon nonverbal
- 4) Ajarkan teknik relaksasi napas dalam

- 5) Evaluasi keefektifan dan tindakan mengontrol nyeri yang digunakan
- 6) Berikan terapi analgetik remopain 3 x 30 mg melalui intravena.

Pelaksanaan keperawatan :

Tanggal 29 juli 2020

Shift pagi

Pukul 07 : 10 WIB mengobservasi tanda tanda vital pasien dengan hasil TD. 120/80mmhg RR 18x/menit nadi 84x/menit.

Pukul 11 : 30 WIB melakukan pengkajian nyeri (PQRST)

P : Pasien mengatakan masih nyeri pada luka operasi dan uterus.

Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk dan tersayat

R : pasien mengatakan rasa nyeri hilang timbul

S : pasien mengatakan nyeri skala 6

T : pasien mengatakan nyeri masih terasa seperti sayatan dan ditusuk, nyeri hilang timbul, nyeri muncul pada saat bergerak dan berkontraksi.

Pukul 13 :20 WIB mengobservasi adanya respon nonverbal pasien dengan hasil : pasien masih tampak meringis pada saat bergerak, pasien tampak memegang perut pada saat nyeri itu muncul.

Pukul 13 : 30 WIB mengajarkan terapi non farmakologis (tekhnik relaksasi napas dalam) dengan hasil pasien tampak mengikuti dan akan menerapkan pada saat nyeri itu muncul.

Pukul 13 : 40 WIB mengevaluasi keefektifan dan tindakan mengontrol nyeri yang diajarkan dengan hasil pasien mengatakan setelah melakukan relaksasi nafas dalam nyeri berkurang dan pasien tampak tenang.

Pukul 14 : 40 WIB memberikan terapi kolaborasi remopain 30mg melalui intravena dengan hasil obat berhasil dimasukan pasien tampak tenang.

Pelaksana

Shift sore (Perawat ruangan)

pukul 15 : 30 WIB mengobservasi tanda tanda vital (tekanan darah, nadi) pasien dengan hasil tekanan darah 110/80 mmhg nadi 80x/menit, RR 18x/menit.

Pukul 15 : 40 WIB melakukan pengkajian nyeri (PQRST)

P : Pasien mengatakan masih nyeri pada luka operasi dan uterus.

Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk dan tersayat

R : pasien mengatakan rasa nyeri hilang timbul

S : pasien mengatakan nyeri skala 5

T : pasien mengatakan nyeri masih terasa seperti sayatan dan ditusuk, nyeri hilang timbul, nyeri muncul pada saat bergerak dan berkontraksi.

Pukul 19 : 30 WIB mengobservasi adanya respon nonverbal pasien dengan hasil : pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak, pasien tampak sedikit tenang.

Pukul 19 : 40 WIB mengajarkan pasien terapi non farmakologi (relaksasi napas dalam) dengan hasil pasien mengikuti ajaran dan akan melakukannya pada saat nyeri itu muncul.

Pukul 20 : 30 WIB mengevaluasi keefektifan dan tindakan mengontrol nyeri yang diajarkan dengan hasil pasien mengatakan setelah melakukan relaksasi nafas dalam nyeri berkurang dengan skala 5 dan pasien tampak tenang.

Pukul 21 : 00 WIB memberikan kolaborasi terapi analgetik remopain 30 ml melalui intravena, hasil obat berhasil dimasukkan pasien tampak tenang.

Pelaksanaan

Shift malam (perawat ruangan)

Pukul 21 : 30 WIB mengobservasi tanda tanda vital pasien tekanan darah 110/ 70 mmhg , nadi 75x/ menit suhu 36,4 C.

Pukul 02 : 30 WIB melakukan pengkajian nyeri (PQRST)

P : Pasien mengatakan masih nyeri pada luka operasi dan bagian uterus.

Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk dan tersayat

R : pasien mengatakan rasa nyeri hilang timbul

S : pasien mengatakan nyeri masih di skala 5

T : pasien mengatakan nyeri masih terasa seperti sayatan dan ditusuk, nyeri hilang timbul, nyeri muncul pada saat bergerak dan berkontraksi.

Pukul 02 : 40 WIB mengobservasi adanya respon nonverbal pasien dengan hasil : pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak, pasien mengatakan nyeri mulai berkurang dan tampak sedikit tenang.

Pukul 02 : 45 WIB mengevaluasi keefektifan dan tindakan mengontrol nyeri yang diajarkan dengan hasil pasien mengatakan setelah melakukan relaksasi nafas dalam nyeri berkurang dan pasien tampak tenang.

Pukul 05 : 30 WIB memberikan obat analgetik (antinyeri) remopain 30 mg melalui intravena dan obat berhasil dimasukkan.

Evaluasi keperawatan

Tanggal 29 juli 2020

S : pasien mengatakan setelah melakukan relaksasi napas dalam nyeri berkurang, pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, dan nyeri di area luka operasi dan uterus, nyeri muncul seperti ditusuk tusuk dan tersayat. Pasien mengatakan skala nyeri 5.

O : Pasien tampak meringis ketika sedang bergerak. Tekanan darah 110/ 70 mmhg , nadi 75x/ menit suhu 36,4 C., dan pernafasan 18x/menit. Pasien tampak tenang setelah melakukan relaksasi nafas dalam.

A : masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai

P : lanjutkan intervensi 123 dan 6, hentikan intervensi 4 dan 5.

Pelaksanaan

Pada tanggal 30 juli 2020

Shift pagi

Pukul 08 :10 WIB mengobservasi tanda tanda vital (tekanan darah,nadi) Tekanan darah 120/80 mmgh, Nadi 88x/menit, RR 18x/menit

Pukul 08 : 15 WIB melakukan pengkajian nyeri (PQRST)

P : Pasien mengatakan masih nyeri pada luka operasi dan bagian uterus.

Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk

R : pasien mengatakan rasa nyeri hilang timbul

S : pasien mengatakan nyeri berkurang di skala 4

T : pasien mengatakan nyeri masih terasa seperti ditusuk, nyeri hilang timbul, terkadang nyeri muncul pada saat bergerak dan berkontraksi,Pasien mengatakan cukup tenang.

Pukul 13 : 20 WIB mengobservasi adanya respon nonverbal pasien dengan hasil : pasien mengatakan nyeri muncul pada saat bergerak, pasien mengatakan nyeri mulai berkurang dan tampak sedikit tenang.

Pukul 13 : 30 WIB memberikan obat antinyeri remopain 30mg melalui intravena dan obat berhasil dimasukkan.

Pelaksanaan

Shift sore

pukul 15 : 20 WIB mengobservasi tanda tanda vital pasien (tekanan darah, nadi)dengan hasil tekanan darah pasien 110/80 mmhg nadi 80x/menit, RR 18x/menit.

Pukul 15 : 30 WIB melakukan pengkajian nyeri (PQRST)

P : Pasien mengatakan masih nyeri pada luka operasi dan bagian uterus.

Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk kadang nyut –nyutan

R : pasien mengatakan rasa nyeri hilang timbul

S : pasien mengatakan nyeri berkurang di skala 4

T : pasien mengatakan nyeri masih terasa seperti ditusuk, nyeri hilang timbul, terkadang nyeri muncul pada saat bergerak dan berkontraksi durasi 3menit ,Pasien mengatakan cukup tenang.

Pukul 20 : 30 WIB mengobservasi adanya respon nonverbal pasien dengan hasil : pasien tampak tenang.

Pukul 21 : 30 WIB memberikan obat antinyeri remopain 30 mg melalui intravena dengan hasil obat berhasil dimasukan.

Pelaksanaan

Shift malam (perawat lain)

Pukul 21 : 40 WIB mengobservasi tanda tanda vital (tekanan darah, nadi) pasien dengan hasil tekanan darah :120/ 80 mmhg , nadi 84x/ menit.

Pukul 05 : 30 WIB memberikan kolaborasi obat antinyeri remopain 30 mg melalui intravena dan obat berhasil dimasukan, pasien tampak tenang.

Pukul 05 : 40 WIB melakukan pengkajian nyeri (PQRST)

P : Pasien mengatakan masih nyeri pada luka operasi.

Q : pasien mengatakan nyeri seperti kadang nyut –nyutan

R : pasien mengatakan rasa nyeri hilang timbul

S : pasien mengatakan nyeri berkurang di skala 3

T : pasien mengatakan nyeri masih terasa nyut nyutan, nyeri hilang timbul, terkadang nyeri muncul pada saat bergerak durasi 3menit ,Pasien mengatakan tampak tenang.

Evaluasi keperawatan

Tanggal 30 juli 2020

S : P : Pasien mengatakan masih nyeri pada luka operasi.

Q : pasien mengatakan nyeri seperti kadang nyut –nyutan

R : pasien mengatakan rasa nyeri hilang timbul

S : pasien mengatakan nyeri berkurang di skala 3

T : pasien mengatakan nyeri masih terasa nyut nyutan, nyeri hilang timbul, terkadang nyeri muncul pada saat bergerak durasi 3menit ,Pasien tampak tenang.

O : pasien tampak tenang, tekanan darah :120/ 80 mmhg , nadi 84x/ menit

A : masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

P : lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan keperawatan

Pada tanggal 1 agustus 2020

Shift pagi

Pukul 08 : 00 WIB mengobservasi tanda tanda vita (tekanan darah, nadi) Pasien dengan hasil tekanan darah 120/80 mmgh, nadi 88x/menit. 36,8 c

Pukul 08 : 05 WIB melakukan pengkajian nyeri (PQRST)

P : Pasien mengatakan masih nyeri pada luka operasi.

Q : pasien mengatakan nyeri terasa nyut –nyutan

R : pasien mengatakan rasa nyeri ada namun jarang.

S : pasien mengatakan nyeri berkurang di skala 2

T : pasien mengatakan nyeri masih terasa nyut nyutan, nyeri sudah jarang muncul, terkadang nyeri muncul pada saat bergerak durasi 1menit. Pasien tampak tenang.

Pukul 08 : 10 WIB mengobservasi adanya respon nonverbal pasien dengan hasil : pasien tampak tenang , dan pasien mengatakan sudah bisa mengontrol rasa nyeri.

Evaluasi keperawata

Tanggal 1 agustus 2020

S : P : Pasien mengatakan masih nyeri pada luka operasi.

Q : pasien mengatakan nyeri terasa nyut –nyutan

R : pasien mengatakan rasa nyeri ada namun jarang.

S : pasien mengatakan nyeri berkurang di skala 2

T : pasien mengatakan nyeri masih terasa nyut nyutan, nyeri sudah jarang muncul, terkadang nyeri muncul pada saat bergerak

durasi 1 menit. Pasien tampak tenang, pasien mengatakan sudah bisa mengendalikan rasa nyeri.

O : pasien tampak tenang, tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 88x/menit. Area sekitar luka operasi tidak tampak kemerahan, tidak teraba hangat, dan tidak terdapat pembengkakan. Luka berhasil dibersihkan dengan NaCl 0,9%, kemudian dikeringkan dengan kassa steril lalu ditutup dengan opsite. Jahitan luka tampak rapat, tidak keluar darah dari luka operasi, luka tertutup rapat. Nadi: 88x/menit dan suhu 36,8°C.

A : masalah teratasi, tujuan tercapai

P : hentikan intervensi, pasien pulang.

3. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur infasive

Data subjektif : Pasien mengatakan tidak demam.

Data objektif :Pasien tampak terpasang kateter urine ada luka insisi, pasien tampak terpasang infus di vena metacarval sebelah kiri, pasien terdapat luka insisi operasi pada bagian abdomen bawah, luka terpasang obsite, luka tidak ada rembesan ,suhu 36,7. Lochea rubra, kontraksi kuat, konsistensi keras, TD 120/80 mmhg, N.84x/menit RR 18x/menit. Perdarahan pada saat persalinan 200cc 1 pembalut, leukosit 9,460/ul.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi.

Kriteria hasil : tidak terjadinya tanda tanda infeksi seperti (rubor,dolor,color,tumor dan fungsiolaesa) suhu dalam batas normal 36,5 sampai dengan 37,5 derajat celcius, nadi dalam b atas normal 60-100x/menit, dan dibagian luka tidak terdapat rembesan.

Rencana Keperawatan:

- 1) Observasi nadi dan suhu/8 jam.
- 2) Pantau keadaan balutan luka operasi/8 jam.
- 3) Monitor hasil sel darah putih bila ada pemeriksaan.

- 4) Kaji tanda-tanda infeksi (rubor, calor, dolor, dan tumor) di area sekitar balutan luka operasi/8 jam.
- 5) Lakukan perawatan luka operasi (pada hari ketiga).
- 6) Anjurkan keluarga untuk membersihkan area perineum setiap akan mengganti pembalut.
- 7) Anjurkan keluarga untuk rutin mengganti pembalut pasien/4 jam
- 8) Anjurkan pasien untuk makan tinggi protein (seperti: ikan, telur, hati, dan lainnya) untuk membantu mempercepat penyembuhan luka.
- 9) Lepas kateter urin sesuai indikasi medis.
- 10) Berikan terapi antibiotik Bactesyn 2x375 mg melalui oral dan Cefazol 3x1 gram melalui intravena.

pelaksanaan keperawatan

pada tanggal 29 juli 2020

shift pagi

Pukul 07 : 00 WIB mengobservasi tanda tanda vital (nadi dan suhu) nadi 84x/menit. Dan suhu 36,7 derajat celcius.

Pukul 07 : 30 WIB mengantarkan pasien ke ruangan operasi untuk dilakukan tindakan pembedahan *sectio caesrea*

Pukul 11 : 30 WIB mengobservasi tanda tanda vital dengan hasil 36,7 derajat celsius, dan nadi 75x/ menit.

Pukul 13 : 50 WIB mengiecek tanda-tanda infeksi (rubor, calor, dolor, dan tumor) di area sekitar balutan luka operasi dengan hasil, terdapat luka insisi post operasi bagian abdomen, dibagian luka tidak tedapat rembesan, tidak adanya kemerahan, pada saat dirabah tidak terasa panas diarea luka,tidak nampak adanya pembengkakan

Pukul 14 : 00 WIB menganjurkan Ny. M membersihkan area perineum setiap ganti pembalut/4jam dan menganjurkan pasien untuk mengonsumsi makanan yang tinggi protein seperti , Ikan, telur ayam, dan hati dengan hasil pasien mengatakan mengerti

dan akan membersihkan area perineum pada saat mengganti pembalut, dan pasien mengatakan mengerti atas anjuran akan memakan makanan yang banyak mengandung protein yang tinggi.

Pukul 14 : 45 WIB memberikan obat cefazol 1 gr melalui intravena dengan hasil obat berhasil dimasukkan dan pasien tampak tenang.

Shift sore (Perawat lain)

pukul 15 : 30 WIB mengobservasi tanda tanda vital (tekanan darah, nadi) pasien dengan hasil tekanan darah 110/80 mmhg nadi 80x/menit, RR 18x/menit.

Pukul 15 : 40 WIB memantau balutan luka operasi pasien dengan hasil luka balutan tidak nampak adanya rembesan. Diarea sekitar luka tidak nampak merah, tidak terasa hangat dan tidak terjadi pembengkakan, pasien mengatakan nyeri skala lima, nyeri muncul pada saat pasien bergerak.

Pukul 19 : 30 WIB menganjurkan keluarga untuk membantu pasien membersihkan area perineum pada saat mengganti pembalut /4jam.

Pukul 19 : 40 WIB menganjurkan pasien untuk banyak mengonsumsi makanan yang tinggi protein seperti (telur, ikan, ayam dan lain lain)

Pukul 21 : 00 WIB. Memberikan obat cefazol 1gr melalui intravena dan obat berhasil diberikan pasien tampak tenang, aliran infus lancar.

Shift malam (perawat ruangan)

Pukul 21 : 30 WIB mengobservasi tanda tanda vital pasien tekanan darah 110/ 70 mmhg , nadi 75x/ menit suhu 36,4 C.

Pukul 02 : 30 WIB mengobservasi balutan luka pasien dengan hasil pasien mengatakan skala nyeri 4, nyeri muncul pada saat bergerak, area luka tidak nampak merah, tidak bengkak, dan tidak terasa hangat.

Pukul 05 : 30 WIB Memberikan obat cefazol 1gr melalui intravena dan obat berhasil diberikan pasien tampak tenang, aliran infus lancar.

Evaluasi keperawatan

Tanggal 29 juli 2020

Data subjektif : keluarga pasien mengatakan mengerti akan melakukan pembersihan diarea perineum /4jam. Dan akan memberikan pasien banyak mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi protein.

Data objektif : balutan luka operasi tampak bersih dan tidak ada rembesan, tidak nampak kemerahan, tidak teraba hangat, tidak nampak pembengkakan, nyeri skala 4 pada saat bergerak, Suhu 36,4 dan nadi 75x/menit.

A : Masalah belum teratasi , tujuan belum tercapai

P : Lanjutkan intervensi

Pelaksanaan tanggal 30 juli 2020

Shift pagi.

Pukul 08 :10 WIB mengobservasi tanda tanda vital (tekanan darah,nadi) Tekanan darah 120/80 mmgh, Nadi 88x/menit, RR 18x/menit

Pukul 08 : 15 WIB melepas kateter urin dengan hasil kateter urin berhasil dilepas dan tidak ada tahanan.

Pukul 09.30 WIB memantau keadaan balutan luka operasi dan tanda-tanda infeksi di area sekitar balutan luka operasi dengan hasil balutan luka operasi 83 tampak bersih dan tidak ada rembesan. Area sekitar luka operasi tidak tampak kemerahan, tidak teraba hangat, dan tidak terdapat pembengkakan. Pasien mengatakan area luka operasi terasa nyeri skala 4 ketika bergerak.

Pukul 13.00 WIB memberikan terapi antibiotik Bactesyn 375 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak ada aspirasi.

Pukul 13 : 20 WIB mengobservasi adanya respon nonverbal pasien dengan hasil : pasien mengatakan nyeri muncul pada saat bergerak, pasien mengatakan nyeri mulai berkurang dan tampak sedikit tenang.

Pukul 13 : 30 WIB memberikan obat antinyeri remopain 30mg melalui intravena dan obat berhasil dimasukkan.

Shift sore

pukul 15 : 20 WIB mengobservasi tanda tanda vital pasien (tekanan darah, nadi)dengan hasil tekanan darah pasien 110/80 mmhg nadi 80x/menit, RR 18x/menit.

Pukul 15 : 30 WIB mengobservasi nadi dan suhu dengan hasil nadi: 86x/menit dan suhu 36,9°C. Pasien mengatakan tidak ada demam. Pukul 20.30 WIB memantau keadaan balutan luka operasi dan tanda-tanda infeksi di area sekitar balutan luka operasi dengan hasil balutan luka operasi tampak bersih dan tidak ada rembesan. Area sekitar luka operasi tidak tampak kemerahan, tidak teraba hangat, dan tidak terdapat pembengkakan. Pasien mengatakan area luka operasi terasa nyeri skala 3 ketika bergerak. Pukul 21.30 WIB memberikan terapi antibiotik Bactesyn 375 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak ada aspirasi

Pelaksanaan

Shift malam (perawat lain)

Pukul 21 : 40 WIB mengobservasi tanda tanda vital (tekanan darah, nadi) pasien dengan hasil tekanan darah :120/ 80 mmhg , nadi 84x/ menit.

Pukul 05 : 30 WIB mengobservasi nadi dan suhu dengan hasil nadi: 86x/menit dan suhu 36,8°C. Pasien mengatakan tidak ada demam. Pukul 05.40 WIB memberikan terapi antibiotik Bactesyn 375 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak ada aspirasi. Pukul 06.15 WIB memantau keadaan balutan luka operasi dan tanda-tanda infeksi di area

sekitar balutan luka operasi dengan hasil balutan luka operasi tampak bersih dan tidak ada rembesan. Area sekitar luka operasi tidak tampak kemerahan, tidak teraba hangat, dan tidak terdapat pembengkakan. Pasien mengatakan area luka operasi terasa nyeri skala 2-3 ketika bergerak

Evaluasi keperawatan

Pada tanggal 30 juli 2020

S: Pasien mengatakan tidak ada demam. Pasien mengatakan area luka operasi terasa nyeri skala 4 ketika bergerak.

O: Nadi: 87x/menit dan suhu 36,9°C. Balutan luka operasi tampak bersih dan tidak ada rembesan. Area sekitar luka operasi tidak tampak kemerahan, tidak teraba hangat, dan tidak terdapat pembengkakan.

A: Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

P: 1,2,3,4,5, dan 10. Hentikan intervensi 9.

Pelaksanaan keperawatan

Pada tanggal 1 agustus 2020

Shift pagi

Pukul 08 : 00 WIB mengobservasi tanda tanda vital (tekanan darah, nadi) Pasien dengan hasil tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 88x/menit.

Pukul 08 : 05 WIB memantau keadaan balutan luka operasi dan tanda-tanda infeksi di area sekitar balutan luka operasi dengan hasil balutan luka operasi tampak bersih dan tidak ada rembesan. Area sekitar luka operasi tidak tampak kemerahan, tidak teraba hangat, dan tidak terdapat pembengkakan. Pasien mengatakan area luka operasi terasa nyeri skala 2 ketika bergerak.

Pukul 08 : 10 WIB memberikan terapi antibiotik Bactesyn 375 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak ada aspirasi.

Pukul 08 : 30 WIB melakukan perawatan luka operasi dengan hasil luka berhasil dibersihkan dengan NaCl 0,9%, kemudian dikeringkan dengan kassa steril lalu ditutup dengan opsite. Jahitan luka tampak rapat, tidak keluar darah dari luka operasi, luka tertutup rapat, dan pasien mengatakan sedikit nyeri ketika sedang dilakukan perawatan luka.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 1 Agustus 2020

S: Pasien mengatakan area luka operasi terasa nyeri skala 2 ketika bergerak. Pasien mengatakan sedikit nyeri ketika sedang dilakukan perawatan luka. Pasien mengatakan tidak ada demam.

O: Balutan luka operasi tampak bersih dan tidak ada rembesan. Area sekitar luka operasi tidak tampak kemerahan, tidak teraba hangat, dan tidak terdapat pembengkakan. Luka berhasil dibersihkan dengan NaCl 0,9%, kemudian dikeringkan dengan kassa steril lalu ditutup dengan opsite. Jahitan luka 86 tampak rapat, tidak keluar darah dari luka operasi, luka tertutup rapat. Nadi: 88x/menit dan suhu 36,8°C.

A: Masalah teratasi, tujuan tercapai.

P: Hentikan semua intervensi, pasien pulang.

4. Defisiti pengetahuan: alat kontrasepsi berhubungan dengan kurang informasi mengenai alat kontrasepsi yang ditandai dengan:

Data Subjektif : Pasien mengatakan pernah menggunakan alat kontrasepsi. Pasien mengatakan belum memahami mengenai jenis-jenis KB. Pasien mengatakan biasa menggunakan aplikasi kalender pengingat masa subur dan kondom. Pasien mengatakan belum terpikir untuk menggunakan KB.

Data Objektif : Pasien tampak bingung saat ditanya mengenai alat kontrasepsi.

Tujuan : Setelah dilakukan penyuluhan kesehatan selama 1x30 menit diharapkan pengetahuan mengenai KB meningkat dari skala 1 (tidak ada pengetahuan) menjadi skala 3 (pengetahuan sedang).

Kriteria hasil : Pasien memahami tentang macam-macam KB, memahami kekurangan dan kelebihan dari macam-macam KB, dan pasien dapat menentukan jenis kontrasepsi yang akan dipilih.

Rencana Keperawatan:

- 1) Gali pengetahuan dan pemahaman pasien terhadap pilihan alat kontrasepsi.
- 2) Diskusikan metode-metode kontrasepsi (misalnya bebas obat-barier, hormonal, spiral/IUD, dan sterilisasi)
- 3) Tentukan kemampuan dan motivasi pasien dalam menggunakan metode tertentu.
- 4) Bantu pasien menentukan alat kontrasepsi.

Pelaksanaan keperawatan

Tanggal 1 Agustus 2020

Shift pagi Pukul 09.00 WIB Menggali pengetahuan dan pemahaman pasien terhadap pilihan kontrasepsi dengan hasil pasien mengatakan belum mengetahui mengenai jenis dan manfaat dari berbagai alat kontrasepsi. Pukul 09.05 WIB Mendiskusikan metode-metode kontrasepsi dengan hasil pasien mengatakan mulai mengetahui jenis-jenis alat kontrasepsi. Pasien mengatakan ingin menggunakan KB pil namun takut lupa untuk meminumnya. Pasien mengatakan takut sakit jika menggunakan KB suntik, implant ataupun IUD. Pukul 09.10 WIB Menentukan kemampuan dan motivasi pasien dalam menggunakan metode tertentu dengan hasil perawat memberitahukan kepada pasien bahwa KB yang tepat saat sedang proses menyusui adalah dengan menyusui bayinya. Ibu

dapat menggunakan alat kontrasepsi apapun sesuai kemampuan ibu dalam menjalankannya karena ibu tidak memiliki riwayat hipertensi. Perawat memberitahukan untuk tidak menggunakan KB pil jika ibu terbiasa tidak minum obat secara teratur. Pasien tampak memahami apa yang dijelaskan oleh perawat. Pukul 09.15 WIB Membantu pasien untuk menentukan alat kontrasepsi dengan hasil pasien ingin mendiskusikan lebih lanjut dahulu bersama suami terkait keputusan untuk menggunakan KB. Pasien mengatakan saat ini akan mencoba untuk menyusui bayinya dahulu sampai usia 6 bulan dan akan menggunakan metode kalender yang sudah biasa digunakan melalui aplikasi. Pasien tampak ingin mencoba KB alami dengan menyusui bayinya dan dengan metode kalender.

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 1 Agustus 2020 pukul 10.00 WIB

S: Pasien mengatakan belum mengetahui mengenai jenis dan manfaat dari berbagai alat kontrasepsi. Pasien mengatakan mulai mengetahui jenis-jenis alat kontrasepsi. Pasien mengatakan ingin menggunakan KB pil namun takut lupa untuk meminumnya. Pasien mengatakan takut sakit jika menggunakan KB suntik, implant ataupun IUD. Pasien mengatakan ingin mendiskusikan lebih lanjut dahulu bersama suami terkait keputusan untuk menggunakan KB. Pasien mengatakan saat ini akan mencoba untuk menyusui bayinya dahulu sampai usia 6 bulan dan akan menggunakan metode kalender yang sudah biasa digunakan melalui aplikasi.

O: Pasien tampak memahami apa yang dijelaskan oleh perawat. Pasien tampak ingin mencoba KB alami dengan menyusui bayinya dan dengan metode kalender.

A: Masalah teratasi, tujuan tercapai.

P: Hentikan semua intervensi, pasien pulang.

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan menuliskan kesenjangan yang terdapat pada teori dan asuhan keperawatan pada Ny. M paska partum dengan tindakan sectio caesarea atas indikasi letak lintang di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Mitra Keluarga. Penulis akan membahas kesenjangan antara teori dengan kasus mulai dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan serta penulis akan mengidentifikasi faktor pendukung dan faktor penghambat dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Berikut ini merupakan kesenjangan perubahan fisiologis paska partum pada teori dan kasus.

Menurut Aspiani (2017), suhu tubuh pasien dengan paska partum cenderung meningkat $>37,5^{\circ}\text{C}$. Tetapi pada kasus tidak ditemukan adanya peningkatan suhu tubuh karena suhu tubuh pasien masih dalam rentang normal yaitu $36,8^{\circ}\text{C}$, pasien tidak mengalami pembengkakan payudara, tidak merasa nyeri dibagian payudara, tidak tampak rembesan pada balutan luka operasi, dan tidak tampak tanda-tanda infeksi di area sekitar balutan luka operasi.

Menurut Pratiwi, L., & Nawangsari, H. (2020) frekuensi nadi paska partum akan meningkat $>60-80$ kali/menit dan tekanan darah pasien normal, hal ini dikarenakan jumlah perdarahan pasien selama persalinan masih dalam batas normal yaitu 200 cc, sehingga kompensasi jantung untuk mengatasi kehilangan darah tersebut tidak terlalu keras dan belum mempengaruhi frekuensi nadi.

Menurut teori Aspiani (2017) pada kasus post sectio caesarea penyulit yang sering ditemukan aspirasi yang tidak adekuat dan respirasi arest tetapi pada kasus Ny. M terdapat kesenjangan yaitu tidak adanya obstruksi jalan napas seperti sputum, batuk, respirasi adekuat dan suara napas vesikuler respirasi normal 18x/menit.

Selain perbedaan secara fisiologis, terdapat juga perbedaan psikologis paska partum antara teori dengan data kasus. Menurut Pitriani & Andriyani (2014), Sesaat setelah melahirkan sampai hari kedua paska partum ibu akan masuk ke *taking in*, dimana ibu masih sangat berfokus pada dirinya sendiri tetapi pada kasus, saat dilakukan pengkajian tiga jam paska partum, ibu sudah masuk ke tahap *taking hold* yang ditandai dengan ibu sudah berusaha untuk dapat menyusui bayinya dengan benar, mencari tahu bagaimana cara merawat bayi dan cara agar asi cepat keluar, hal ini dikarenakan kehamilan ini merupakan kehamilan yang direncanakan dan kelahiran bayi merupakan hal yang ditunggu-tunggu oleh pasien. Faktor pendukung tingkat kepedulian ibu sudah terlihat dimana ibu sudah ingin menyusui, faktor penghambat penulis pada saat pengkajian ibu mulai berfokus kepada bayinya.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut teori (Kusuma Hardi., 2015) terdapat delapan diagnosa namun pada kasus Ny. M yang muncul sesuai dengan kasus dan teori adalah

Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur infasive

Hal ini penulis angkat sebagai diagnosa karena faktor pendukung yang sesuai dengan teori dan kasus pasien

Diagnosa tambahan yang muncul pada kasus namun tidak ditemukan dalam teori adalah :

1. Risiko perdarahan berhubungan dengan Trauma (paska partum)

Diagnosa keperawatan tersebut diangkat oleh penulis karena penulis melakukan pengkajian pada tiga jam paska partum dengan tindakan seksio sesarea, maka dari itu perlunya pemantauan lebih lanjut agar tidak terjadi perdarahan yang abnormal atau berlebih walaupun pada saat pengkajian tidak ditemukan tanda-tanda adanya perdarahan abnormal. Oleh karena itu, penulis mengangkat masalah tersebut masih risiko bukan aktual.

2. Defisiensi pengetahuan: alat kontrasepsi berhubungan dengan kurang informasi mengenai alat kontrasepsi.

Diagnosa keperawatan tersebut diangkat oleh penulis karena pada saat dilakukan pengkajian didapatkan data bahwa pasien belum mengetahui tentang keluarga berencana (KB) dan pasien tampak bingung ketika ditanya mengenai alat kontrasepsi. Oleh karena itu, penulis mengangkat diagnosa tersebut agar pengetahuan pasien mengenai alat kontrasepsi meningkat dan pasien dapat menentukan alat kontrasepsi yang akan digunakan. Kemudian jika hal ini tidak teratasi maka pasien akan mengalami hamil jangka pendek sehingga harus diedukasikan kembali mengenai KB.

Pada saat penentuan diagnosa menurut teori Hirarki Maslow dalam penentuan diagnosa kebutuhan fisiologis utama yang diangkat adalah resiko perdarahan berhubungan dengan trauma (pasca partum), penulis mengangkat diagnosa ini paling utama dikarenakan faktor pendukung pada kasus pasien masih dalam 3 jam pasca partum, dan selama perawatan perdarahan tidak terjadi ditandai dengan kontraksi uterus kuat, konsistensi keras, jenis lochea rubra. Adapun faktor pendukung untuk dilakukannya pengkajian yaitu dimana pasien dan keluarga sangat kooperatif dan komunikatif untuk terbuka dalam memberikan informasi kepada penulis, penulis juga mendapatkan informasi tambahan dari data rekam medis, dan perawat ruangan yang senang tiasa ikut membantu dalam memberikan informasi terkait masalah kesehatan pasien faktor penghambat yang dirasakan oleh penulis yaitu dimana pasien masih berfokus bayinya saat awal pengkajian. Penulis mengalami kesulitan dalam mencari data data yang menunjang diagnosa medis pasien. Diagnosa yang terdapat pada teori tetapi tidak muncul pada kasus adalah:

1. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik.

Diagnosa ini tidak penulis angkat dalam kasus karena tidak terdapat tanda dan gejala tanda-tanda kelemahan fisik, hal ini dibuktikan dengan setelah melewati masa bedrest 12 jam dan kateter urin dilepas pasien sudah dapat berjalan ke kamar mandi sendiri untuk melakukan perawatan diri seperti cuci muka, sikat gigi.

2. Defisit pengetahuan perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post partum
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri bekas luka operasi
4. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan obstruksi anatomic
5. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obstruksi sputum yang berlebih. Diagnosa keperawatan tersebut tidak diangkat karena pada kasus tidak terdapat tanda dan gejala yang menunjukkan adanya masalah bersihan jalan napas tidak efektif. Hal ini dikarenakan anestesi yang digunakan pasien selama operasi sectio caesarea adalah jenis anestesi spinal dimana bagian tubuh yang dibius hanya dari lumbal ke ekstremitas bawah sehingga pasien masih memiliki reflek untuk batuk.

Faktor pendukung dalam proses perumusan diagnosa keperawatan karena adanya keluhan dan respon pasien yang sesuai dengan batasan karakteristik diagnosa keperawatan yang ditegaskan penulis. Faktor penghambat dari proses perumusan diagnosa keperawatan yaitu kurangnya referensi yang membahas mengenai daftar diagnosa keperawatan yang dapat terjadi pada pasien dengan paska partum yang diadaptasi menurut Kusuma Hardi., (2015).

C. Intervensi

Terdapat beberapa intervensi pada teori NIC dalam Aspiani (2017) tetapi tidak direncanakan dalam kasus, yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
 - a. Gunakan komunikasi terapeutik agar pasien dapat mengekspresikan nyeri Intervensi keperawatan ini tidak dimasukkan ke dalam intervensi penulis karena pada saat pengkajian pertama kali pasien sudah mau terbuka mengenai karakteristik nyeri yang dirasakan.
 - b. Tingkatkan istirahat yang cukup Intervensi keperawatan ini tidak dimasukkan ke dalam intervensi penulis karena pasien sudah mengetahui untuk banyak istirahat agar bisa pulih dan pada saat dilakukan pengkajian, pasien masih dalam masa bedrest.
2. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

- a. Gunakan sabun untuk cuci tangan. Intervensi keperawatan ini tidak dimasukkan ke dalam intervensi penulis karena untuk mencuci tangan tidak harus dengan menggunakan sabun, melainkan dapat dilakukan dengan handrub apabila tangan tidak terlalu kotor. Faktor pendukung penulis dalam menyusun perencanaan keperawatan yaitu dengan tersedianya referensi yang dapat dijadikan sebagai rujukan untuk merencanakan tindakan keperawatan sesuai dengan keadaan pasien.

D. Implementasi

1. Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma (paska partum)
Catat hemoglobin dan hematokrit sebelum dan setelah pasien kehilangan darah sesuai indikasi. Intervensi ini tidak dilaksanakan karena tidak ada pemeriksaan lanjutan terkait nilai hemoglobin dan hematokrit.
2. Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif
Monitor sel darah putih. Intervensi ini tidak dilakukan karena tidak ada nilai laboratorium lanjutan mengenai nilai sel darah putih.
Faktor pendukung yang diperoleh penulis selama melaksanakan intervensi keperawatan yaitu dimana pasien dan keluarga sangat kooperatif dan komunikatif, sehingga penulis dapat melaksanakan intervensi sesuai dengan waktu yang ditetapkan. Adapun faktor penghambat yang dirasakan penulis pada saat pelaksanaan, yaitu karena adanya keterbatasan waktu dinas di rumah sakit sehingga penulis tidak dapat melakukan tindakan selama 24 jam kepada pasien kelolaan

E. Evaluasi

Evaluasi keperawatan yaitu sebagai tahap akhir dari proses asuhan keperawatan yang merupakan perbandingan sistematis dan terencana antara hasil akhir dan dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat oleh penulis pada tahap perencanaan keperawatan.

1. Risiko perdarahan berhubungan dengan Trauma (paska partum). Pada diagnosa keperawatan tersebut ditentukan setelah dilakukan tindakan

keperawatan 3x24 jam diharapkan perdarahan tidak terjadi dengan kriteria hasil tekanan darah dalam batas normal (90/60 – 120/80 mmHg), frekuensi nadi dalam batas normal (60-100x/menit), CRT $\leq$ 3 detik, kontraksi uterus kuat, konsistensi uterus keras, lochea rubra atau sanguinolenta, dan nilai hemoglobin dalam batas normal (12-16 g/dl). Masalah teratasi, tujuan tercapai. Hal ini dibuktikan dengan evaluasi hari ketiga dimana pasien mengatakan perut terasa mulas saat rahim berkontraksi, tekanan darah: 120/80 mmHg, nadi: 88x/menit, dan CRT $\leq$ 3 detik. TFU tiga jari di bawah pusat, kontraksi uterus kuat, dan konsistensi uterus teraba keras. lochea sanguinolenta, berwarna merah kecoklatan sebanyak $\frac{1}{2}$ pembalut nifas, dan tidak berbau.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

Pada diagnosa keperawatan tersebut ditentukan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri tidak bertambah dengan kriteria hasil rentang skala nyeri 1-2, tekanan darah dalam batas normal (90/60- 120/80mmHg), nadi dalam batas normal (60-100x/menit), frekuensi pernafasan dalam batas normal (12-20x/menit), dan pasien menunjukkan respon nonverbal yang menunjukkan kenyamanan. Masalah teratasi, tujuan tercapai. Hal ini dibuktikan dengan evaluasi hari ketiga dimana pasien mengatakan nyeri dirasakan ketika bergerak, nyeri terasa seperti nyut-nyutan, nyeri terdapat di bagian luka operasi, skala nyeri 2 dan nyeri hilang timbul dengan lama nyeri sekitar satu menit. Pasien mengatakan saat ini sudah lebih bisa mengontrol nyerinya. Tekanan darah: 120/80 mmHg, nadi: 88x/menit, dan pernafasan 16x/menit. Pasien tampak tenang. Pasien tampak sudah dapat mengontrol rasa nyerinya.

3. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif Pada diagnosa keperawatan tersebut ditentukan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil suhu dalam batas normal (36,5-37,5°C), nadi dalam batas normal (60- 100x/menit), tidak tampak tanda-tanda infeksi (rubor, kalor, dolor, dan tumor), dan balutan luka tidak tampak rembesan. Masalah teratasi,

tujuan tercapai. Hal ini dibuktikan dengan evaluasi hari ketiga dimana pasien mengatakan area luka operasi terasa nyeri skala 2 ketika bergerak. Pasien mengatakan sedikit nyeri ketika sedang dilakukan perawatan luka. Pasien mengatakan tidak ada demam. Balutan luka operasi tampak bersih dan tidak ada rembesan. Area sekitar luka operasi tidak tampak kemerahan, tidak teraba hangat, dan tidak terdapat pembengkakan. Luka berhasil dibersihkan dengan NaCl 0,9%, kemudian dikeringkan dengan kassa steril lalu ditutup dengan opsite. Jahitan luka tampak rapat, tidak keluar darah dari luka operasi, luka tertutup rapat. Nadi: 88x/menit dan suhu 36,8°C.

4. Defisiensi pengetahuan: alat kontrasepsi berhubungan dengan kurang informasi mengenai alat kontrasepsi. Pada diagnosa keperawatan tersebut ditentukan setelah dilakukan penyuluhan kesehatan selama 1x30 menit diharapkan pengetahuan mengenai KB meningkat dari skala 1 (tidak ada pengetahuan) menjadi skala 3 (pengetahuan sedang) dengan kriteria hasil pasien memahami tentang macam-macam KB, memahami kekurangan dan kelebihan dari macam- macam KB, dan pasien dapat menentukan jenis kontrasepsi yang akan dipilih. Masalah teratasi, tujuan tercapai. Hal ini dibuktikan dengan evaluasi setelah melakukan penyuluhan yaitu pasien mengatakan belum mengetahui mengenai jenis dan manfaat dari berbagai alat kontrasepsi. Pasien mengatakan mulai mengetahui jenis-jenis alat kontrasepsi. Pasien mengatakan ingin menggunakan KB pil namun takut lupa untuk meminumnya. Pasien mengatakan takut sakit jika menggunakan KB suntik, implant ataupun IUD. Pasien mengatakan ingin mendiskusikan lebih lanjut dahulu bersama suami terkait keputusan untuk menggunakan KB. Pasien mengatakan saat ini akan mencoba untuk menyusui bayinya dahulu sampai usia 6 bulan dan akan menggunakan metode kalender yang sudah biasa digunakan melalui aplikasi. Pasien tampak memahami apa yang dijelaskan oleh perawat. Pasien tampak ingin mencoba KB alami dengan menyusui bayinya dan dengan metode kalender.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan Ny. M dengan paska partum tindakan sectio caesarea dan membahas kesenjangan antara teori dengan kasus, penulis menyimpulkan bahwa data yang harus dikaji pada ibu dengan paska partum resiko perdarahan, nyeri akut, resiko infeksi dan pengetahuan ibu mengenai KB. Faktor pendukung untuk dilakukannya pengkajian yaitu dimana pasien dan keluarga sangat kooperatif dan komunikatif untuk terbuka dalam memberikan informasi kepada penulis, penulis juga mendapatkan informasi tambahan dari data direkam medis, dan perawat ruangan yang senantiasa ikut membantu dalam memberikan informasi terkait informasi terkait masalah kesehatan pasien. Faktor penghambat selama penulis melakukan pengkajian yaitu kurangnya sumber mengenai kebutuhan sehari – hari pada pasien post partum menurut teori maslow.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus yaitu risiko perdarahan berhubungan dengan trauma (paska partum), nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, risiko infeksi berhubungan dengan prosedur infasif, defisit pengetahuan mengenai KB berhubungan dengan kurangnya informasi.

Diagnosa keperawatan prioritas yang diangkat penulis yaitu risiko perdarahan berhubungan dengan trauma (paska partum) karena penulis mengkaji 3 jam setelah persalinan, dimana pasien masih harus dipantau terkait dengan perdarahannya, meskipun data terkait risiko perdarahan saat pengkajian masih dalam batas normal tetap harus dilakukan pemantauan agar tidak terjadi perdarahan berlebih. Faktor pendukung dalam proses perumusan diagnosa keperawatan karena adanya keluhan dan respon pasien yang sesuai dengan batasan karakteristik diagnosa keperawatan yang ditegaskan penulis. Faktor penghambat dari proses perumusan diagnosa keperawatan yaitu kurangnya referensi yang membahas

mengenai daftar diagnosa keperawatan yang dapat terjadi pada pasien dengan paska partum yang diadaptasi NANDA. Pada perencanaan keperawatan sudah sesuai dengan penetapan tujuan dan kriteria hasil sesuai dengan teori dan keluhan pasien. Tindakan keperawatan mandiri yang disusun penulis untuk mengatasi diagnosa keperawatan prioritas pasien yaitu observasi tanda-tanda vital/ 8 jam, observasi CRT/8 jam, kaji kontraksi uterus/8 jam, mengkaji konsistensi uterus/ 8 jam, kaji TFU/8 jam, monitor karakteristik lochea/8 jam, dan pantau hasil laboratorium hemoglobin bila ada pemeriksaan. Tindakan kolaborasi yang dilakukan penulis yaitu berikan terapi anti perdarahan Metvella 3 x 0,125 mg melalui oral yang juga berguna untuk mencegah terjadinya perdarahan pada ibu dengan paska partum. Tindakan yang sangat efektif untuk mengetahui dan mencegah terjadinya perdarahan yaitu dengan mengkaji kontraksi uterus, mengkaji konsistensi uterus, dan memberikan terapi Metvella 3 x 0,125 mg melalui oral. Implementasi keperawatan penulis sudah dilakukan sesuai dengan perencanaan. Faktor pendukung selama melakukan asuhan keperawatan dalam melaksanakan intervensi yaitu, dimana pasien dan keluarga sangat kooperatif, sehingga penulis dapat melakukan intervensi tepat waktunya. Adapun faktor penghambat yang dirasakan penulis pada saat pelaksanaan, yaitu karena adanya keterbatasan waktu dinas di rumah sakit sehingga penulis tidak dapat melakukan tindakan selama 24 jam kepada pasien kelolaan. Pada evaluasi keperawatan dilakukan sudah berdasarkan teori yang ada yaitu SOAP (subjektif, objektif, analisa, dan planning selanjutnya). Evaluasi keperawatan berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang telah direncanakan. Seluruh diagnosa keperawatan yang penulis angkat pada pasien teratasi dan tujuan tercapai. Adapun faktor penghambat yang penulis alami yaitu kurangnya efektifitas dalam pemantauan terhadap pasien karena disebabkan keterbatasan waktu. Namun dalam faktor pendukung yang penulis alami yaitu adanya catatan perkembangan pasien dan tindakan oleh perawat ruangan tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Aspiani, R. Y. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas Aplikasi NANDA, NIC dan NOC*. TIM.
- Inces, Sukarni. (2013). *Kehamilan, Persalinan, dan Nifas*. Jawa Timur: Nuha Medika
- Maryunani, A. (2015). *ASUHAN IBU NIFAS& ASUHAN IBU MENYUSUI*. CV.Trans Info Media.
- Nikmah, K., & Susanti, S. L. (2015). ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA Ny”S” GIII P2002 TRIMESTER III DENGAN LETAK LINTANG DI RSI NASHRUL UMMAH LAMONGAN TAHUN 2015. *JURNAL KEBIDANAN*. <https://doi.org/10.30736/midpro.v7i2.33>
- Nurarif, A. ., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc Edisi Revisi Jilid 3*. Mediaction Jogja.
- Oxorn, Harry. (2010). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Essentia Medica
- Pitriani, R., & Andriyani, R. (2014). *Panduan Lengkap Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Normal (Askeb III)* (Deepublish).
- Pratiwi, L., & Nawangsari, H. (2020). *Modul Ajar dan Praktikum Keperawatan Maternitas*. CV Jejak.
- Syaiful, Y., & Fatmawati, L. (2020). *Asuhan Keperawatan pada Ibu Bersalin*. CV. Jakad Media Publishing.
- Wagiyo, & Putrono. (2016). *ASUHAN KEPERAWATAN ANTENATAL, INTRANATAL DAN BAYI BARU LAHIR Fisiologis dan Patologis*. ANDI.
- Wahyuningsih, S. dan M. D. K. (2019). *BUKU AJAR ASUHAN KEPERAWATAN POST PARTUM DILENGKAPI DENGAN PANDUAN PERSIAPAN PRAKTIKUM MAHASISWA KEPERAWATAN*. Deepublish.
- Nurjannah, S. N. dan A. S. M. dan D. L. B. (2013). *ASUHAN KEBIDANAN POSTPARTUM Dilengkapi dengan Asuhan Kebidanan Post Sectio Caesarea*. PT Refika Aditama.
- Karlina, N. dan E. E. dan W. M. P. (2016). *Asuhan Kebidanan KEGAWATDARURATAN Maternal & Neonatal*. IN MEDIA.
- Kodim, Y. (2015). *Konsep Dasar Keperawatan* . Jakarta: Trans Info Media.
- Wahyuningsih, S. (2019). *ASUHAN KEPERAWATAN POST PARTUM*. CV Budi Utama.

**Pendidikan Kesehatan Keluarga Berencana
Pada Ny.M Pasca Partum *Sectio Caesarea*
Indikasi Letak Bayi Melintang dan
Bekas Sectio Caesarea Di Ruang
Euphorbia Rumah Sakit
Mitra Keluarga**



DISUSUN :

Yuni Hermalia

(201701060)

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

Lampiran Materi Keluarga Berencana

- A. Definisi KB Keluarga berencana merupakan suatu cara efektif untuk mencegah mortalitas ibu dan anak dengan menghindari kehamilan risiko tinggi, mengurangi angka kesakitan, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, dan mengatur jarak anak dalam kehamilan (Tjay & Rahardja, 2008).
- B. Jenis- jenis KB Menurut Sutanto (2018), jenis-jenis KB dibagi menjadi dua yaitu:
1. Hormonal : Untuk ibu yang tidak memiliki riwayat darah tinggi.
 - a. KB Pil Keuntungan:
 - 1) Tidak mengganggu seksual.
 - 2) Dapat dihentikan setiap saat.
 - 3) Efektif bila diminum dengan rutin.Kerugian:
 - 1) 30-60% menyebabkan gangguan haid.
 - 2) Harus digunakan setiap hari pada waktu yang sama.
 - 3) Bila lupa satu pil saja, kegagalan akan sangat besar.
 - b. KB Suntik Periode penyuntikan
Periode penyuntikan
 - 1) 1 bulan sekali
 - 2) 3 bulan sekali (aman bagi ibu menyusui).Keuntungan: praktis dan murah
Kerugian : harus selalu datang ke pelayanan kesehatan untuk di suntik, selama 7 hari setelah penyuntikan tidak boleh melakukan hubungan seks.
 - c. KB Implant/susuk
Keuntungan:
 - 1) Efektif untuk wanita yang tidak mau hamil lagi tetapi belum siap untuk sterilisasi.

2) Mudah diangkat kembali.

3) Tidak merepotkan

Kerugian:

1) Nyeri lengan

2) Terkadang terdapat sedikit masalah saat pencabutan.

2. Non Hormonal

a. Metode Amenore Laktasi (MAL): yaitu kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan ataupun minuman lainnya.

Keuntungan:

1) Efektivitas tinggi terjadi karena keberhasilan 98% pada 6 bulan paska persalinan.

2) Segera efektif.

3) Tidak mengganggu seksual.

4) Tidak memiliki efek samping secara system.

5) Tidak perlu pengawasan medis.

6) Tidak perlu obat atau alat.

7) Tanpa biaya.

Kerugian:

1) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar ibu benar-benar dapat menyusui secara efektif.

2) Hanya bertahan sebentar saja sampaisebelum ibu mendapatkan haid pertama paska persalinan.

b. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim/ AKDR/ IUD

Keuntungan:

1) Waktu penggunaan bisa sampai 10 tahun

2) Tidak mempengaruhi seksual bahkan meningkatkan kenyamanan karena tidak perlu takut hamil.

3) Dapat dipasang segera setelah melahirkan.

Kerugian:

- 1) Perdarahan antar menstruasi.
- 2) Terasa lebih nyeri saat haid.

c. Kondom Keuntungan: Praktis dan mudah didapatkan.

Sebab kegagalan:

- 1) Kondom tidak dipakai sejak permulaan senggama.
- 2) Kondom dan penis tidak cepat ditarik keluar setelah ejakulasi.
- 3) Kondom robek karena tergores kuku atau cincin.

Kerugian: Harus selalu ada setiap mau melakukan hubungan dan kesulitan untuk mempertahankan ereksi.

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Nama Mahasiswa	: Yuni Hemalia
Diagnosa Keperawatan	: Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi (KB)
Topik	: Keluarga Berencana (KB)
Sasaran	: Ny. M
Waktu	: 20 menit – 30 menit
Tempat	: Ruang Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur

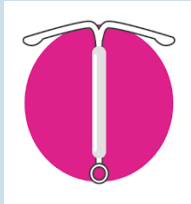
TIU	TIK	MATERI	KBM		METODE	ALAT PERAGA	EVALUASI
			MAHASISWA	PESERTA			
Setelah dilakukan penyuluhan 1x45 menit diharapkan para ibu mampu memahami tujuan dari keluarga berencana dan menyebutkan jenis-jenis alat kontrasepsi sesuai kebutuhan	Setelah dilakukan penyuluhan selama 1x45 menit diharapkan para ibu mampu : 1. Menjelaskan pengertian keluarga berencana 2. Menyebutkan tujuan keluarga berencana 3. Menyebutkan ruang lingkup keluarga berencana 4. Menyebutkan jenis-jenis alat kontrasepsi	1. Pengertian keluarga berencana 2. Tujuan keluarga berencana 3. Ruang lingkup keluarga berencana 4. Jenis-jenis alat kontrasepsi	Pembuka (5) 1. Salam pembuka 2. Perkenalan 3. Kontrak waktu 4. Penjelasan waktu 5. Topik Isi (30) 1. Menjelaskan pengertian keluarga berencana 2. Menyebutkan tujuan keluarga berencana 3. Menyebutkan ruang lingkup keluarga berencana	Menjawab salam Menyetujui Mendengarkan & Memperhatikan Mendengarkan & Memperhatikan	Diskusi dan Tanya Jawab	1. Leaflet 2. Lembar Balik	1. Jelaskan pengertian keluarga berencana! 2. Sebutkan tujuan keluarga berencana (3 dari 5)! 3. Sebutkan ruang lingkup keluarga berencana (4 dari 7)! 4. Sebutkan jenis-jenis alat kontrasepsi!

			4. Menyebutkan jenis-jenis alat kontrasepsi Penutup (10) 1. Tanya jawab 2. Menyimpulkan hasil materi 3. Menyampaikan salam	} Bertanya } Mendengarkan } Menjawab Salam			
--	--	--	--	---	--	--	--

JENIS JENIS ALAT KONTRASEPSI

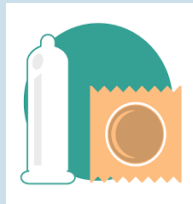
Intra Uterine Device (IUD)

Alat kecil yang terdiri dari bahan palstik yang lentur yang dimasukkan ke dalam rongga Rahim, dan harus diganti apabila sudah dipakai



kondom

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



KB Suntik

Dilakukan setiap 3 bulan sekali untuk mencegah terjadinya ovulasi (pelepasan sel telur)



Berisi hormone yang menghambat penge- luaran sel telur



KELUARGA SEJAHTERA IKUT KB



Sekolah Tinggi Ilmu Keseh
MITRA KELUARGA

KELUARGA BERENCANA



YUNI HEMALIA

201701060

APA ITU KELUARGA BERENCANA?

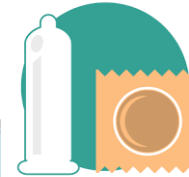
Keluarga Berencana adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk mendapatkan objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapat kelahiran yang diinginkan, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga



Tujuan Program KB

Tujuan umum

Membentuk keluarga kecil sesuai dengan



Tujuan Khusus

- Pengaturan waktu kelahiran
- Menurunnya angka kelahiran bayi
- Meningkatnya kesehatan keluarga berencana dengan cara penjarangan kelahiran

Ruang Lingkup Program KB

Keluarga berencana

Kesehatan reproduksi remaja

Ketahanan dan pemberdayaan keluarga

Manfaat Program KB bagi Anak

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



