



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

**DISUSUN OLEH:
ZHRINA ZAKIYYAH
201701042**

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



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

**DISUSUN OLEH:
ZHRINA ZAKIYYAH
201701042**

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

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Zahrina Zakiyyah

Nim : 201701042

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Program Studi : D III Keperawatan

Menyatakan bahwa Makalah Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. J dengan pasca partum Tindakan *Sectio Caesarea* dengan indikasi *Oligohidramnion* Ruang Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang dilaksanakan pada tanggal 10 Februari 2020 sampai 12 Februari 2020 adalah hasil karya sendiri dan semua sumber yang digunakan sudah saya nyatakan benar.

Orisinalitas makalah ilmiah ini tanpa ada unsur *plagialisme* baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

Bekasi, 10 Februari 2020

Yang Membuat Pernyataan



Zahrina Zakiyyah

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. J dengan Pasca Partum Tindakan *Sectio Caesarea* dengan Indikasi *Oligohidramnion* Ruang Euphorbia RS Mitra Keluarga Bekasi Timur” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji

Bekasi, 27 Mei 2020

Pembimbing Makalah



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

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Mitra Keluarga



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

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. J dengan Pasca Partum *Sectio Caesarea* dengan Indikasi *Oligohidramnion* Ruang Euphorbia RS Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang disusun oleh Zahrina Zakiyyah (201701042) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 9 Juni 2020

Bekasi, 09 Juni 2020

Penguji I



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

Penguji II



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

Nama : Zahrina Zakiyyah
NIM : 201701042
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan pada Nyonya J dengan pasca partum dengan tindakan *sectio caesarea* atas indikasi *oligohidramnion* di Ruang Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur
Halaman : xiii + 77 halaman + 5 tabel + 3 lampiran
Pembimbing : Lina Herida Pinem

ABSTRAK

Latar Belakang: *Oligohidramnion* adalah terjadinya kekurangan atau penurunan cairan amnion (ketuban) yang mengelilingi janin dalam rahim, sehingga dapat menyebabkan komplikasi pada ibu paska partum, diperlukan peran perawat sebagai *preventif*, *promotif*, *kuratif*, dan *rehabilitatif* untuk mengurangi kejadian *oligohidramnion* dan penanganan pada *oligohidramnion* yang sesuai.

Tujuan Umum: Laporan kasus ini adalah untuk memperoleh gambaran nyata melakukan asuhan keperawatan pada ibu postpartum dengan *sectio caesarea* indikasi *oligohidramnion* melalui pendekatan proses keperawatan secara komprehensif.

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

Hasil: Hasil dari pengkajian didapatkan enam diagnosa dengan tiga diagnosa prioritas yaitu: nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur operasi), risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (postpartum *sectio caesarea*), risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi paskapartum, Intervensi prioritas pada lima diagnosa yaitu: monitor tanda-tanda vital, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, identifikasi nyeri, observasi adanya respon non-verbal, berikan obat kaltrofen 1 suppositoria, dan berikan obat zaldiar 1 kapsul melalui oral. Intervensi kedua yaitu: monitor tanda-tanda vital, monitor tanda-tanda infeksi, anjurkan menjaga luka tetap kering, anjurkan makanan tinggi kalori tinggi protein, lakukan perawatan luka, ajarkan pasien dan keluarga tentang tanda-tanda infeksi, berikan obat dynacep 1 gram melalui iv, dan berikan obat albusmin 1 kapsul melalui oral. Intervensi ketiga yaitu: monitor tanda-tanda vital, monitor tanda-tanda perdarahan, monitor konsistensi uterus dan kontraksi uterus, anjurkan pasien untuk meningkatkan makanan yang kaya akan vitamin K, observasi hematokrit dan hemoglobin, dan berikan obat metvell 1 mg tablet melalui oral.

Kesimpulan dan Saran: Diagnosa prioritas sesuai dengan kebutuhan dasar yang paling utama yaitu kebutuhan fisiologis dan semua intervensi yang telah disusun terencana sehingga tujuan tercapai. Perawat diharapkan bekerja sama tim agar memberikan asuhan keperawatan yang optimal kepada pasien. Tidak semua masalah dapat teratasi sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Keyword: *Sectio caesarea*, *oligohidramnion*

Daftar Pustaka: 19 (2010-2020)

Name : Zahrina Zakiyyah
Student number : 201701042
Study program : D III - Nursing
The Tittle of Scientific Paper : Nursing Care to Ny. Jwith post partum with cesarean with indication of oligohydramnionin Euphorbia ward in East Bekasi Mitra Keluarga Hospital.
Page : xiii + 77 halaman + 5 tabel + 3 lampiran
Supervisor : Lina Herida Pinem

ABSTRACT

Background: Oligohydramnion is less or decrease amnion that surrounds the fetus inside the uterus, so that it can cause complications in postpartum mothers, so the nurse's role as preventive, promotive, curative, and rehabilitative is needed to reduce the incidence of oligohydramnios and the handling of the appropriate oligohydramnios.

Main objective: The aim of this report is to get a clear picture after giving nursing care plan to a patient with ectopic pregnancy with comprehensive nursing care.

Writing Method: In preparing this scientific paper report using case study methods, literature, and descriptive that is by disclosing facts in accordance with the data obtained.

Results: Result from the assessment found five diagnoses: acute pain associated with physical injury (surgical procedure), infection risk associated by invasive procedure, hemorrhage risk associated with postpartum complication. Intervention priority from the five diagnose is: monitor vital sign, teach deep breath relaxation, identifiaion the pain monitor nonverbal response, give kaltrofen 1 suppositoria, and zaldiar 1 capsul by oral. Second intervension: monitor vital sign, monitor infection sign, suggest patient to keep the wound dry, suggest patient to consume high protein meal, wound care, teach patient and family about infection risk, medical treatment with dyanacep 1 gram by IV, albusin 1 capsul by oral. Third intervention: monitor vital sign, monitor hemorrhage sign, monitor uterus consistency and uterus contraction, monitor fluid status, suggest patient to eat food that contained lots of vitamin K, monitor haematocrit and haemoglobin, give metvell 1 mg by oral. Fourth intervention: assessment of mobility step by step, and early mobility, help patient to fulfil everyday needs (bath and eat), involve family in helping the patient. Fifth intervention: assessment of patient knowledge of contraception. Provide information about KB, tell patient about the aim ang benefits of KB, explain to the patient the variety of contraception, sixth intervention: observation on mother's way of breast feeding, teach patient breastfeeding technique, help mother too fix suction technique on the breast.

Conclusions and recommendations: Diagnosis of priority according to the most basic needs are physiological needs and all the interventions that have been prepared accomplished that goal is reached. Nurses are expected to work closely with the team in order to provide optimal nursing care to patients. Not all problems can be resolved in accordance with the allotted time.

Keyword: *Sectio caesarea, Oligohidramnion*

Bibliography: 19 (2010-2020)

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis ucapkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat rahmatNya penulis masih diberikan kesempatan dan kesehatan untuk menulis karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. J dengan Pasca Partum dengan Tindakan *Setio Caesarea* atas indikasi *Oligohidramnion* Ruang Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur”.

Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah menyelesaikan tugas akhir semester mata kuliah karya tulis ilmiah di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga, karya tulis ilmiah ini disusun dengan baik atas doa, dukungan, dorongan dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada:

1. Ibu Ns. Lina Herida P, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing yang telah sabar membimbing penulis dalam rangka menyelesaikan karya tulis ilmiah.
2. Ibu Ns. Edita Astuti Panjaitan, S.Kep., M.Kep selaku penguji yang telah bersedia untuk menguji penulis mengenai karya tulis ilmiah ini.
3. Ibu Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep. Mb selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga.
4. Ibu Dr. Susi Hartati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep. An selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah bersedia memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah.
5. Ibu Ns. Renta Sianturi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep. Jiwa selaku pembimbing akademik yang telah bersedia membimbing selama 3 tahun di STIKes Mitra Keluarga.
6. Ny. J sebagai pasien beserta keluarga yang bersedia untuk menerima penulis dalam memberikan informasi kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

7. Seluruh pihak Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur dan seluruh perawat di Ruang Euphorbia yang telah bersedia memberikan tempat bagi penulis untuk mengambil kasus sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
8. Seluruh dosen pengajar Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga beserta staff yang telah membantu dan mempermudah penulis dalam proses belajar selama 3 tahun.
9. Ayah dan mama yang selalu memberikan dukungan, motivasi, serta doa kepada penulis selama menjalankan studi selama 3 tahun.
10. Seluruh teman – teman kelompok maternitas (Aghis, Ajeng, Nisma, Nur Anisah, Mega) yang senantiasa berjuang bersama untuk mencapai kesuksesan.
11. Seluruh teman – teman seperjuangan angkatan VI Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga tingkat 3 yang telah berjuang bersama dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
12. Teman penulis (Vebrika Hendri, Vivi Maryana, Febi Priandini, Siti Chumaeroh) yang telah memberikan semangat dan doa kepada penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.
13. Seluruh pihak yang tidak bisa disebutkan satu – persatu oleh penulis, yang telah mendoakan, mendukung, dan memberikan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

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

Bekasi, 10 Februari 2020

Zahrina Zakiyyah

DAFTAR ISI

| | |
|--|-----|
| COVER DALAM | i |
| LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS | ii |
| LEMBAR PERSETUJUAN..... | iii |
| LEMBAR PENGESAHAN | iv |
| ABSTRAK | v |
| ABSTRACT..... | vi |
| KATA PENGANTAR | vii |
| DAFTAR ISI..... | ix |
| DAFTAR TABEL..... | xii |
| BAB I..... | 1 |
| PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Tujuan Penulisan | 4 |
| 1. Tujuan Umum..... | 4 |
| 2. Tujuan Khusus | 4 |
| C. Ruang Lingkup..... | 4 |
| D. Metode Penulisan | 5 |
| E. Sistematika Penulisan..... | 5 |
| BAB II..... | 7 |
| TINJAUAN TEORI | 7 |
| A. Masa Nifas..... | 7 |
| 1. Pengertian | 7 |
| 2. Perubahan Fisiologis Masa Nifas | 7 |
| 2. Perubahan Psikologis Masa Nifas..... | 18 |
| 3. Gangguan Psikologis Masa Nifas | 20 |
| B. Konsep <i>Sectio Caesarea</i> | 23 |
| 1. Pengertian | 23 |

| | | |
|----------------|---|----|
| 2. | Klasifikasi operasi <i>Sectio Caesarea</i> | 23 |
| 3. | Manifestasi klinis | 25 |
| 4. | Indikasi pada ibu dan janin yang dilakukan operasi <i>sectio caesarea</i> | 26 |
| 5. | Komplikasi yang terjadi pasca operasi <i>sectio caesarea</i> | 27 |
| 6. | Pemeriksaan Diagnostik | 27 |
| 7. | Penatalaksanaan Medis | 28 |
| C. | <i>Oligohidramnion</i> | 28 |
| 1. | Pengertian | 28 |
| 2. | Etiologi Oligohidramnion..... | 29 |
| 3. | Manifestasi Klinis <i>Oligohidramnion</i> | 29 |
| 4. | Patofisiologi <i>oligohidramnion</i> | 30 |
| 5. | Komplikasi Oligohidramnion | 30 |
| 6. | Pemeriksaan Oligohidramnion | 30 |
| 7. | Penanganan Oligohidramnion..... | 31 |
| D. | Konsep Asuhan Keperawatan PostPartum dengan <i>Sectio Caesarea</i> | 31 |
| 1. | Pengkajian..... | 31 |
| 2. | Diagnosa Keperawatan | 37 |
| 3. | Perencanaan Keperawatan | 37 |
| 4. | Implementasi Keperawatan..... | 45 |
| 5. | Evaluasi Keperawatan..... | 45 |
| BAB III | | 46 |
| TINJAUAN KASUS | | 46 |
| A. | Pengkajian Keperawatan | 46 |
| B. | Diagnosa Keperawatan..... | 59 |
| C. | Perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan | 60 |
| BAB VI | | 77 |
| PEMBAHASAN | | 77 |
| A. | Pengkajian Keperawatan | 77 |

| | | |
|----------------------|-------------------------------|----|
| B. | Diagnosa Keperawatan..... | 78 |
| C. | Perencanaan Keperawatan..... | 79 |
| D. | Pelaksanaan Keperawatan | 82 |
| E. | Evaluasi Keperawatan | 82 |
| BAB V..... | | 85 |
| PENUTUP..... | | 85 |
| A. | Kesimpulan..... | 85 |
| B. | Saran..... | 86 |
| DAFTAR PUSTAKA | | 87 |

DAFTAR TABEL

| | |
|---------------------------------------|----|
| Tabel 2.1 Perubahan Pada Uterus | 7 |
| Tabel 3.1 Pemeriksaan Penunjang | 52 |
| Tabel 3.2 Pemeriksaan Penunjang | 53 |
| Tabel 3.3 Pemeriksaan Penunjang | 54 |
| Tabel 3.4 Analisa Data | 57 |

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin, plasenta, dan cairan ketuban) dari uterus ke dunia luar melalui jalan lahir atau jalan lain dengan bantuan atau dengan kekuatan ibu sendiri (Indrayani, Djami, 2016). *Sectio Caesarea* (SC) adalah sebuah bentuk melahirkan anak dengan melakukan sebuah irisan pembedahan yang menembus abdomen seorang ibu (laparatomi) dan uterus (histeretomi) untuk mengeluarkan bayi dengan keadaan utuh dan sehat (Maryunani, 2014).

Salah satu tindakan yang mungkin tidak dapat dihindari oleh pelayan obstetrik esensial maupun ibu yang bersalin adalah tindakan persalinan dengan operasi *sectio caesarea*. *Oligohidramnion* mempengaruhi terjadinya *sectio caesarea* sebesar 3,2%. Jumlah cairan amnion yang normal merupakan indikasi fungsi sirkulasi janin relatif baik. Bila terdapat oligohidramnion harus dengan persalinan secara *sectio caesarea* dan bila disertai *oligohidramnion* dengan gawat janin harus dipertimbangkan untuk dilakukan persalinan secara *sectio caesarea* (Setyowati, D, 2010). Persalinan possterm dikaitkan dengan peningkatan risiko mortalitas dan morbiditas perinatal termasuk ketuban yang mengandung mekonium, makrosomia, *oligohidramnion* (Maulinda, N.A, 2018).

Oligohidramnion adalah keadaan tidak normal, volume cairan amnion berkurang menjadi kurang dari 500 cc dan menurun setelahnya atau lebih sedikit lagi pada kehamilan postterm (Leveno, 2016). *Oligohidramnion* adalah keadaan dimana volume cairan amnion kurang dari yang seharusnya pada usia

kehamilan tertentu. *Oligohidramnion* adalah kondisi yang mengancam keselamatan janin. Kondisi ini sering tidak di sadari, karena hal itu pasien sering mendapatkan penanganan yang tidak sesuai. Deteksi awal *oligohidramnion* dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas serta menurunkan angka kelahiran *sectio caesarea*. Biasanya dilakukan dengan pemeriksaan USG. *Oligohidramnion* dapat menyebabkan IUGR, SGA, stress janin, cairan meconium hijau dan APGAR score rendah saat kelahiran (Parwez, 2016).

Menurut *World Health Organization (WHO)* angka kejadian *sectio caesarea* menetapkan standar rata-rata *sectio caesarea* di sebuah negara adalah sekitar 5-15%, di Amerika Serikat kejadian *Sectio Caesarea* berkisar pada angka 25-30% (Juliarti, 2017). Sebuah study di Universitas of Texas south western medical center menunjukkan kenaikan kasus *oligohidramnion* menjadi 2.3 %. Hasil yang mirip dengan yang ada di Amerika, diantara 953 wanita dalam 12 bulan terakhir menunjukkan *oligohidramnion*. Univ of Milano Bicocca, Monza, Italy, diantara 3.050 wanita yang menjalankan tes USG pada minggu ke 40 kehamilan menunjukkan *oligohidramnion* sebanyak 11,18 % (Parwez, 2016). Sebuah studi di india menunjukkan dari total kasus persalinan postterm, 41,80% diantaranya dilakukan dengan *sectio caesarea*, indikator operasi tersebut salah satunya *oligohidramnion* (Maulinda, N.A, 2018). Angka kejadian *sectio caesarea* di Indonesia menurut SDKI pada tahun 2012 adalah 921.000 dari 4.039.000 persalinan sekitar 22,8% salah satu indikasi *oligohidramnion* (Hapsari, 2018). Berdasarkan *medical record* suatu rumah sakit swasta satu tahun terakhir di dapatkan 652 kasus *oligohidramnion* (0,041%) dari 15.747 total keseluruhan pasien dari Januari 2019 sampai Januari 2020.

Penatalaksanaan yang biasa dilakukan pada *oligohidramnion* umumnya adalah mengkonsumsi air. Penatalaksanaan hidrasi maternal bisa dilakukan melalui IV menggunakan cairan hipotonik yang sudah terbukti dapat menaikkan angka

AFV (Parwez, 2016). Indeks cairan amnion (AFI) dapat dipercaya dalam menentukan cairan amnion yang normal atau meningkat (Leveno, 2016). Beberapa hal tersebut dapat dilakukan sebagai langkah penatalaksanaan pada oligohidramnion. Maka dari itu peran perawat sangatlah penting dan dibutuhkan.

Peran perawat sangat dibutuhkan dalam memberikan asuhan keperawatan yaitu sebagai *Caregiver* atau pemberi asuhan keperawatan, *advocate* atau advokator, *educator* atau pemberi edukasi, dan *kolaborator* atau berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya. Peran perawat sebagai *caregiver* yaitu memperhatikan kebutuhan pasien dengan *sectio caesarea* yang dilakukan dengan memberikan asuhan keperawatan. Peran perawat sebagai *advocate* yaitu sebagai pembela hak pasien dengan *sectio caesarea*. Peran perawat sebagai *educator* yaitu memberikan penyuluhan kesehatan mengenai perawatan luka paska partum tindakan *sectio caesarea* dengan upaya promotif atau meningkatkan derajat kesehatan. Peran perawat sebagai *kolaborator* yaitu berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya yang terdiri dari dokter, ahli gizi, teknik laboratorium medik, fisioterapi, dan lain-lain dalam memberikan pelayanan keperawatan selanjutnya bagi pasien dengan *sectio caesarea*.

Berdasarkan uraian di atas dapat terlihat bahwa pentingnya peranan perawat dalam pemberian asuhan keperawatan yang holistik dapat membantu proses penyembuhan pasien. Maka penulis tertarik untuk membuat makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Nyonya. J dengan pasca partum tindakan *sectio caesarea* dengan indikasi *oligohidramnion* di Ruang Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan dari penulisan makalah ilmiah adalah diperolehnya secara nyata dalam merawat pasien dan gambaran atau informasi pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Nyonya. J dengan Pasca Partum *Sectio Caesarea* dengan indikasi *Oligohidramnion* Ruang Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penulisan makalah ini adalah:

- a. Mampu memberikan gambaran mengenai konsep *pasca partum* tindakan *Sectio Caesarea*.
- b. Mampu memberikan gambaran mengenai konsep *Oligohidramnion*
- c. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan *pasca partum sectio caesarea*.
- d. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *pasca partum sectio caesarea*.
- e. Mampu menyusun perencanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan *pasca partum sectio caesarea*.
- f. Mampu melakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan *pasca partum sectio caesarea*.
- g. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *posca partum sectio caesarea*.
- h. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan kasus yang ditemukan.
- i. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *pasca partum sectio caesarea*.

C. Ruang Lingkup

Adapun ruang lingkup dalam penulisan makalah ilmiah ini adalah “Asuhan Keperawatan pada Ny. J Pasca Partum dengan tindakan *Sectio Caesarea*

dengan indikasi *Oligohidramnion* Ruang Euphorbia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang dilaksanakan dari tanggal 10 Februari 2020 sampai dengan 12 Februari 2020.

D. Metode Penulisan

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

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

E. Sistematika Penulisan

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

1. BAB I: Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, sistematika penulisan.
2. BAB II: Tinjauan Teori yang terdiri dari pengertian masa nifas, *sectio caesarea*, dan *oligohidramnion*. Perubahan fisiologis, perubahan psikologis, dan gangguan psikologis pada masa nifas. Klasifikasi, indikasi, manifestasi klinis, komplikasi, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan medis, dan konsep asuhan keperawatan pada *sectio caesarea*. Etiologi,

manifestasi, patofisiologi, komplikasi, pemeriksaan oligohidramnion, dan penanganan pada *oligohidramnion*.

3. BAB III: Tinjauan Kasus yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.
4. BAB IV: Pembahasan yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.
5. BAB V: Penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Masa Nifas

1. Pengertian

Masa nifas atau Masa Puerperium adalah masa dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, masa nifas selama kira-kira 6 minggu (Astutik, 2015).

Masa Nifas adalah masa 6 minggu yang berlangsung antara berakhirnya periode persalinan dan kembalinya organ-organ reproduksi wanita ke kondisi normal seperti sebelum hamil (Maryunani, 2015).

2. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

a. Perubahan Sistem Reproduksi

Perubahan sistem reproduksi yang terjadi pada masa nifas (Astutik, 2015):

1) Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Secara rinci proses involusi uterus dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.1 Perubahan Pada Uterus

| Involusi | TFU | Berat Uterus |
|-----------------|-------------------------------|---------------------|
| Bayi Lahir | Setinggi Pusat | 1000 gram |
| Plasenta Lahir | 2 jari di bawah pusat | 750 gram |
| 1 minggu | Pertengahan pusat – symphysis | 500 gram |
| 2 minggu | Tidak teraba diatas symphysis | 350 gram |

| | | |
|----------|-----------------|---------|
| 6 minggu | Bertambah Kecil | 50 gram |
| 7 minggu | Sebesar normal | 30 Ram |

2) *Lochea*

Menurut (Asih, Yusari, 2016) *lochea* pada sistem reproduksi masa nifas:

Pelepasan plasenta dan selaput janin dari dinding rahim terjadi pada stratum spongiosum bagian atas. Setelah 2-3 hari tampak lapisan atas stratum yang tinggal menjadi nekrotis, sedangkan lapisan bawah yang berhubungan dengan lapisan otot terpelihara dengan baik dan menjadi lapisan endometrium yang baru bagian yang nekrotis akan keluar menjadi *lochea*.

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat. *Lochea* mempunyai bau amis (anyir), meskipun tidak terlalu menyegat dan volumenya berbeda pada setiap wanita. *Lochea* juga mengalami perubahan karena proses involusi. Perubahan *lochea* tersebut adalah:

a) *Lochea Rubra (cruenta)*

Muncul pada hari pertama hari kedua postpartum, warnanya merah mengandung darah dari luka pada plasenta dan serabut dari decidua dan chorion.

b) *Lochea Sanguilenta*

Berwarna merah kuning, berisi darah lendir, hari ke 3-7 paska persalinan.

c) *Lochea Serosa*

Muncul pada hari ke 7-14, berwarna kecoklatan mengandung lebih banyak serum, lebih sedikit darah juga leukosit dan laserasi plasenta.

d) *Lochea Alba*

Sejak 2-6 minggu setelah persalinan, warna putih kekuningan mengandung leukosit, selaput lendir serviks, dan jaringan yang mati.

3) Plasenta

Saat plasenta keluar normalnya uterus berkontraksi dan relaksasi atau retraksi sehingga volume atau ruang tempat plasenta berkurang atau berubah cepat dan hari setelah persalinan berkerut sampai diameter 7,5 cm. Kira-kira 10 hari setelah persalinan, diameter tempat plasenta kurang lebih 2,5 cm. Segera setelah akhir minggu ke 5-6 epithelial menutup dan meregenarasi sempurna akibat dari ketidakseimbangan volume darah, plasma, dan sel darah merah (Asih, Yusari, 2016).

4) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut. Kedua organ inti tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengecangkan vagina hingga tingkat tertentu (Nunung, 2013).

5) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada postnatal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan (Nunung, 2013).

6) Payudara

Laktasi dapat diartikan dengan pembentukan dan pengukuran air susu ibu (ASI), yang merupakan makanan produk terbaik bagi bayi yang bersifat alamiah. Bagi setiap ibu yang melahirkan tersedia makanan bagi bayinya dan bagi anaknya. Hal ini merupakan faktor yang penting bagi perkembangan anak selanjutnya. Produksi asi masih sangat dipengaruhi oleh faktor kejiwaan, ibu yang selalu dalam keadaan tertekan, sedih, kurang percaya diri dan berbagai ketegangan emosional akan menurunkan volume ASI bahkan tidak terjadi produksi ASI. Untuk memproduksi ASI yang baik harus dalam keadaan tenang. Ada 2 refleks yang sangat dipengaruhi oleh keadaan jiwa ibu yaitu:

a) *Refleks Prolaktin*

Pada waktu bayi mengisap payudara ibu, ibu menerima rangsangan neuro hormonal pada puting dan areola, rangsangan ini memulai nervus vagus diteruskan ke hypophysa lalu lobus anterior, lobus anterior akan mengeluarkan hormon prolaktin yang masuk melalui peredaran darah sampai kelenjar-kelenjar pembuat ASI dan merangsang untuk memproduksi ASI

b) *Refleks let down*

Refleks ini mengakibatkan memancarnya ASI keluar, isapan bayi akan merangsang puting susu dan areola yang dikirim lobus posterior melalui nervus vagus, dari glandula pituitary posterior dikeluarkan hormon oksitosin ke dalam peredaran darah yang menyebabkan adanya kontraksi otot-otot myoepitel dari saluran air susu, karena adanya kontraksi ini maka ASI akan terperas ke arah ampula (Nunung, 2013).

Perubahan pada payudara dapat meliputi:

- a) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan.
- b) Kolostrum sudah ada saat persalinan, produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan.
- c) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

b. Perubahan Sistem Endokrin

Sistem endokrin mengalami perubahan secara tiba-tiba selama persalinan terutama pada hormon-hormon yang berperan dalam proses yaitu:

1) Hormon Oksitosin

Selama persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin.

2) Hormon prolaktin

- a) Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar pituitari untuk mengeluarkan prolaktin, hormon ini berperan untuk merangsang produksi ASI.
- b) Pada wanita yang tidak menyusui bayinya tingkat sirkulasi prolaktin menurun dalam 2 minggu.

3) Hormon Estrogen dan Progesteron

- a) Bahwa tingkat estrogen yang tinggi dapat meningkatkan volume darah, progesteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini sangat mempengaruhi saluran kemih, ginjal, dasar panggul, perineum, vulva dan vagina.
- b) Kadar estrogen dan progesteron menurun dengan cepat berpengaruh terhadap banyak perubahan anatomi dan fisiologi selama nifas.

- c) Ovulasi dan kembalinya menstruasi dipengaruhi oleh wanita menyusui mulai menstruasi kembali dalam 12 minggu dan wanita yang tidak menyusui mulai menstruasi kembali dalam 6 minggu (Astutik, 2015).

c. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh darah uterin. Penarikan kembali estrogen menyebabkan terjadinya diuresis dan secara cepat mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urine. Hilangnya progesterone membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan dengan trauma selama persalinan.

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Bila kelahiran melalui *sectio caesarea* maka kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan meliputi dari volume darah (*blood volume*) dan hematokrit (*hemconcentration*). Bila persalinan pervaginam, hematokrit akan naik dan pada *sectio caesarea*, hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

Setelah persalinan, shunt akan hilang tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah sehingga dapat menimbulkan *decompensation* pada penderita vitum codia. Keadaan ini dapat di atasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemakonsentrasi sehingga volume darah kembali. Umumnya terjadi pada hari ke 3-5 postpartum. Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya

aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung (Astutik, 2015).

d. Perubahan Sistem Pencernaan

Sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, di antaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron mulai menurun. Namun faal usus memerlukan waktu 3 – 4 hari untuk kembali normal. Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain sebagai berikut (Marliandiani, Yefi, Ningrum, 2015):

1) Nafsu Makan

Rasa lelah yang amat berat setelah proses persalinan dapat mempengaruhi nafsu makan ibu. Sebagian ibu tidak merasakan lapar sampai rasa lelah itu hilang. Ada juga yang merasakan lapar segera setelah persalinan. Sebaiknya setelah persalinan segera mungkin berikan ibu minuman hangat dan manis untuk mengembalikan tenaga yang hilang. Secara bertahap berikan makanan yang sifatnya ringan karena alat pencernaan juga perlu waktu untuk memulihkan keadaannya.

2) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Pada persalinan bedah *sectio caesarea* kelebihan analgesik dan anestesi bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

3) Pengosongan Usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa nifas, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid, ataupun

laserasi jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali secara teratur, antara lain sebagai berikut:

- a) Pengaturan diet/menu makanan yang mengandung serat tinggi.
- b) Pengetahuan tentang pola eliminasi pasca melahirkan.
- c) Pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir.
- d) Melakukan mobilisasi

e. Perubahan Sistem Perkemihan

Dinding kandung kemih memperlihatkan edema dan hiperemia. Kadang-kadang edema trigonum, menimbulkan abstraksi dari uretra sehingga terjadi retensi urine. Kandung kemih dalam puerperium kurang sensitif dan kapasitasnya bertambah sehingga kandung kemih penuh atau sesudah berkemih masih tertinggal urine residual (normal +15 cc). sisa urine dan trauma pada kandung kemih pada waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi.

Ditambah dengan nyeri yang di sebabkan oleh tenaga persalinan dan laserasi vagina atau membuat episiotomi atau perubahan reflek. Perubahan ini bersamaan dengan diuresis postpartum, mungkin akibat penambahan pengisian dengan cepat kandung kemih. Dilatasi ureter dan pyelum normal dalam waktu 2 minggu. Urine biasanya berlebih (poliuria) antara hari ke-2 dan ke-5. Hal ini di sebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan, kadang-kadang hematuria akibat proses katalitik involusi. Acetonuria terutama setelah partus yang sulit dan lama yang di sebabkan pemecahan karbohidrat yang banyak, karena kegiatan otot-otot rahim dan karena kelaparan. Protein urine akibat dari autolisis sel-sel otot (Nunung, 2013).

f. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot – otot berkontraksi segera setelah persalinan. Pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara nyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah plasenta di lahirkan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh ke belakang. Tidak jarang pula wanita mengeluh “kandungannya turun” setelah melahirkan karena ligamen, fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Stabilitas secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

Sebagai akibat putusnya serat-serat plastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada waktu hamil, dinding abdomen masih agak lunak dan kendur untuk sementara waktu. Untuk memulihkan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dianjurkan untuk melakukan latihan-latihan tertentu atau senam nifas (Marliandiani, Yefi, Ningrum, 2015).

g. Perubahan Sistem Hematologi

- 1) Selama minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasenta serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Hari pertama masa nifas kadar fibrinogen dan plasma sedikit menurun, tetapi darah lebih kental dengan pengangkatan viktositas sehingga meningkatkan pembekuan darah. Hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 setelah persalinan. Masa nifas bukan masa penghancuran sel darah merah tetapi tambahan-tambahan akan menghilang secara perlahan sesuai dengan waktu hidup sel darah merah. Pada keadaan tidak ada komplikasi, keadaan hematokrit dan hemoglobin akan kembali

pada keadaan normal seperti sebelum hamil dalam 4-5 minggu postpartum (Nunung, 2013).

2) Leukosit meningkat, dapat mencapai $15000/\text{mm}^3$ selama persalinan dan tetap tinggi dalam beberapa hari postpartum. Jumlah sel darah putih normal rata-rata pada wanita hamil kira-kira $12000/\text{mm}^3$. selama 10-12 hari setelah persalinan umumnya bernilai antara $20000-25000/\text{mm}^3$, neutropil berjumlah lebih banyak dari sel darah putih, dengan kosekuensi akan berubah. Sel darah putih, bersama dengan peningkatan normal pada kadar sedimen eritrosit, mungkin sulit di interpretasikan jika terjadi infeksi akut (Nunung, 2013).

3) Faktor pembekuan

Suatu aktivasi faktor pembekuan darah terjadi setelah persalinan. Aktivasi ini, bersamaan dengan tidak adanya pergerakan, trauma atau sepsis, yang mendorong terjadinya tromboemboli. Keadaan produksi tertinggi dari pemecahan fibrin mungkin akibat pengeluaran dari tempat plasenta (Nunung, 2013).

4) Trombosis

Kaki ibu di periksa setiap hari untuk mengetahui adanya tanda-tanda thrombosis (nyeri, hangat dan lemas, vena bengkak kemerahan yang di rasakan kerasa padat ketika disentuh). Jika positif terdapat tanda-tanda homan (dorsal fleksi kaki dimana menyebabkan otot-otot mengkompresi vena tibia dan adanya nyeri jika ada thrombosis) (Nunung, 2013).

5) Varises

Varises pada kaki dan sekitar anus (hemoroid) adalah umum pada masa kehamilan. Varises pada vulva umumnya kurang dan akan segera kembali setelah persalinan (Nunung, 2013).

h. Perubahan tanda – tanda vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital adalah suatu proses pengukuran tanda-tanda fungsi vital yang dilakukan oleh tenaga medis untuk

mendeteksi adanya perubahan sistem tubuh. Perubahan yang sering terjadi adalah (Marliandiani, Yefi, Ningrum, 2015):

1) Suhu Tubuh

Setelah persalinan, dalam 24 jam pertama ibu akan mengalami sedikit peningkatan suhu tubuh (38°C) sebagai respons tubuh terhadap proses persalinan, terutama dehidrasi akibat pengeluaran darah dan cairan saat persalinan. Peningkatan suhu ini umumnya terjadi hanya sesaat. Jika peningkatan suhu tubuh menetap mungkin menandakan infeksi.

2) Tekanan Darah

Tekanan darah normal untuk sistole berkisar 110 – 140 mmHg dan untuk diastole 60 – 80 mmHg. Setelah persalinan, tekanan darah dapat sedikit lebih rendah dibandingkan pada saat hamil karena terjadinya perdarahan pada proses persalinan. Bila tekanan darah mengalami peningkatan lebih dari 30 mmHg pada sistole atau lebih dari 15 mmHg pada diastole perlu dicurigai timbulnya hipertensi atau pre-eklamsia postpartum.

3) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 – 80 x/menit. Pada saat proses persalinan denyut nadi akan mengalami peningkatan. Denyut nadi yang melebihi 100 x/menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan postpartum.

4) Pernafasan

Pada ibu postpartum pada umumnya pernafasan menjadi lambat atau kembali normal seperti sebelum hamil pada bulan keenam setelah persalinan. Hal ini karena ibu dalam kondisi pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Bila nadi, suhu tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran pernafasan. Bila pada masa nifas pernafasan lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

i. Tanda Bahaya Masa Nifas

Ada beberapa tanda bahaya yang harus diperhatikan, yaitu:

- 1) Demam ($>37,5$ °C)
- 2) Perdarahan aktif dari jalan lahir:
Perdarahan yang lebih dari perdarahan haid biasa atau bila memerlukan pergantian pembalut 2 kali dalam setengah jam, bekuan darah yang banyak.
- 3) Muntah
- 4) Rasa sakit waktu buang air kecil/berkemih.
- 5) Pusing/sakit kepala yang terus menerus.
- 6) Lokhea berbau, yakni pengeluaran vagina yang baunya menusuk.
- 7) Sulit dalam menyusui dan payudara yang berubah menjadi merah, panas dan terasa sakit.
- 8) Sakit perut yang hebat/rasa sakit di bagian bawah abdomen atau punggung dan nyeri ulu hati.
- 9) Merasa sangat letih atau nafas terengah – engah.
- 10) Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya atau diri sendiri.
- 11) Pembengkakan:
Pembengkakan di wajah atau di tangan, rasa sakit, merah, lunak/pembengkakan kaki.
- 12) Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama (Astutik, 2015).

2. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Proses adaptasi psikologi sudah terjadi selama kehamilan, menjelang proses kelahiran maupun setelah persalinan. Pada periode tersebut, kecemasan seorang wanita dapat bertambah. Pengalaman yang unik di alami oleh ibu setelah persalinan. Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran sorang ibu memerlukan adaptasi. Tanggung jawab ibu mulai bertambah. Fase-fase

yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas (Asih, Yusari, 2016), antara lain:

a. Fase Taking in

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan ibu berfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu di perhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi.

Gangguan psikologis yang dapat dialami oleh ibu pada fase ini adalah:

- 1) Kekecewaan pada bayinya
- 2) Ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami.
- 3) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.
- 4) Kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya.

b. Fase Taking Hold

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan merasa khawatir ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam merawat bayi. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu di perhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan, pemberian penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya, mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui bayi dengan benar dan cara perawatan luka jahitan.

c. Fase Letting Go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawabkan peran ibunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu merasa

percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi. Kebutuhan akan istirahat masih di perlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya.

Hal-hal yang harus dipenuhi selama nifas adalah sebagai berikut:

- 1) Fisik
- 2) Psikologi
- 3) Sosial
- 4) Psikososial

3. Gangguan Psikologis Masa Nifas

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

a. Postpartum Blues (Syndroma Baby Blues)

Ada kalanya wanita dalam masa nifas mengalami perasaan sedih yang berkaitan dengan bayinya. Keadaan ini di kenal dengan istilah *postpartum blues (baby blues)* yang merupakan kemurungan setelah melahirkan yang muncul sekitar hari ke 2-2 minggu masa nifas. Kondisi ini muncul di sebabkan karena perubahan perasaan yang dialami saat hamil sehingga sulit untuk menerima kehadiran bayi.

Penyebab yang lain adalah: perubahan hormon, stres, ASI yang tidak keluar, frustrasi dikarenakan bayi menangis dan tidak mau tidur, kelelahan pada masa nifas ataupun sakit akibat operasi, suami atau keluarga tidak peduli dan mengurus bayi sendirian, adanya masalah dengan orang tua, perasaan takut kehilangan bayi. Adapun gejala *postpartum blues* yang sering muncul antara lain cemas tanpa sebab, menangis tanpa sebab, tidak sabar, tidak percaya sendiri, sensitif, mudah tersinggung, merasa kesepian, merasa kurang menyayangi

bayinya. Jika mengalami, maka disarankan untuk melakukan hal – hal berikut:

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

b. Postpartum Sindrom

Jika gejala postpartum blues dibiarkan terus dan bertahan lebih dari 2 minggu, maka kondisi ini bisa menimbulkan postpartum sindrom. Adapun gejala postpartum sindrom antara lain:

- 1) Cemas tanpa sebab
- 2) Menangis tanpa sebab
- 3) Tidak sabar
- 4) Tidak percaya diri
- 5) Sensitif
- 6) Mudah tersinggung
- 7) Mudah kesepian
- 8) Merasa khawatir dengan keadaan bayinya
- 9) Merasa kurang menyayangi bayinya

c. Depresi Postpartum

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

1) Faktor Konstitusional

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

2) Faktor Fisik

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

3) Faktor psikologis

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

4) Faktor sosial

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

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

5) Postpartum Psikosis

Jika depresi postpartum dibiarkan berkepanjangan dan tidak segera ditangani, maka khawatirkan terjadi postpartum psikosis.. Postpartum psikosis dapat disebabkan karena wanita menderita *bipolar disorder* atau masalah psikiatrik. Pada ibu masa nifas dengan riwayat keluarga psikosis, maka sebaiknya harus

diwaspadai karena kemungkinan ibu nifas tersebut juga akan mengalami hal yang sama.

Gejala postpartum psikosis bervariasi dan berbeda antara individu yang satu dengan yang lain. Gejala tersebut muncul sangat dini serta dapat berubah dengan cepat, yang meliputi perubahan suasana hati, perilaku yang tidak normal dan gangguan *agitas*, ketakutan dan kebingungan karena ibu nifas kehilangan kontak dengan realitas secara cepat. Gejala yang timbul sangat tiba-tiba dan mayoritas terjadi sebelum 16 hari masa nifas.

B. Konsep *Sectio Caesarea*

1. Pengertian

Sectio caesarea berasal dari perkataan Latin *Caedere* yang artinya memotong. *Sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina (Nurjanah, 2013).

Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (R. Y Aspiani, 2017).

2. Klasifikasi operasi *Sectio Caesarea*

Secara umum tindakan *sectio caesarea* dapat dibagi menjadi 3 jenis (Mochtar R, 2002), yaitu:

a. Sectio Transperitonealis Profunda

Sectio caesarea transperitonealis profunda dengan insisi di segmen bawah uterus. Insisi pada bawah rahim, bisa dengan teknik melintang atau memanjang. Keunggulan atau kelebihan cara ini antara lain sebagai berikut:

- 1) Perdarahan luka insisi tidak banyak.
- 2) Penjahitan luka lebih mudah.
- 3) Penutupan luka dengan repositonial yang baik.
- 4) Bahaya peritonitis tidak besar.
- 5) Tumpang tindih dari peritonial flap baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritonium.
- 6) Perut pada uterus umumnya kuat, sehingga bahaya ruptur uteri tidak besar di kemudian hari.

Kelemahan atau kerugian adalah sebagai berikut:

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

b. Sectio Korporal atau Klasik

Insisi di buat pada korpus uteri, pembedahan ini yang lebih mudah dilakukan, hanya diselenggarakan apabila ada halangan untuk melakukan sectio caesarea transperitonealis profunda.

1) Kelebihan:

- a) Mengeluarkan janin lebih cepat
- b) Tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik.
- c) Sayatan bisa diperpanjang proksimal atau distal.

2) Kekurangan:

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

c. Sectio Caesarea Peritoneal

Dilakukan tanpa membuka peritonealis, dengan demikian tidak membuka kavum abdominal. Dulu dilakukan untuk mengurangi bahaya infeksi, akan tetapi dengan kemajuan pengobatan terhadap

infeksi, pembedahan ini jarang dilakukan. Rongga peritoneum tak dibuka, dilakukan pada pasien infeksi uteri berat.

- 1) Menurut arah sayatan pada rahim *sectio* dapat dilakukan sebagai berikut:
 - a) Sayatan memanjang (longitudinal) menurut Kroning.
 - b) Sayatan melintang (transversal) menurut Kerr.
- 2) Berdasarkan saat dilakukan *sectio caesarea* dapat dibagi atas:
 - a) *Sectio* primer: Direncanakan pada waktu antenatal care.
 - b) *Sectio* sekunder: Tidak direncanakan terlebih dahulu sewaktu sulit.

d. *Sectio Caesarea Hysterectomy*

Setelah *sectio caesarea*, dilakukan histerektomi dengan indikasi:

- 1) Atonia uteri.
- 2) Plasenta accrete.
- 3) Myoma uteri.
- 4) Infeksi intra uteri berat (R. Y Aspiani, 2017).

3. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis pada klien dengan post *sectio caesarea*, menurut (Prawirohardjo, 2007) antara lain:

- a. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml.
- b. Terpasang kateter: urin jernih dan pucat.
- c. Abdomen lunak dan tidak ada distensi.
- d. Bising usus tidak ada.
- e. Ketidakmampuan untuk menghadapi situasi baru.
- f. Balutan abdomen tampak sedikit noda.
- g. Aliran lochea sedang dan bebas bekuan, berlebihan dan banyak (R. Y Aspiani, 2017).

4. Indikasi pada ibu dan janin yang dilakukan operasi *sectio caesarea*

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

a. Indikasi Ibu:

- 1) Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior) dan totalis.
- 2) Panggul sempit.
- 3) Disproporsi sefalo-pelvik: ketidakseimbangan antara ukuran kepala dengan panggul.
- 4) Partus lama (*prolonged labor*).
- 5) Ruptur uteri mengancam.
- 6) Partus tak maju (*obstructed labor*).
- 7) Distosia serviks.
- 8) Pre-eklamsia dan hipertensi.
- 9) Disfungsi uterus.
- 10) Distosia jaringan lunak.
- 11) Kelainan uterus:
 - a) Uterus arkuatus.
 - b) Uterus septus.
 - c) Uterus duplekus.
 - d) Terdapat tumor di pelvis minor yang mengganggu masuk kepala janin ke pintu atas panggul.

b. Indikasi janin dengan *sectio caesarea*:

- 1) Letak lintang.
- 2) Letak bokong.
Presentasi rangkap bila reposisi tidak berhasil.
- 3) Presentasi dahi dan muka (letak defleksi) bila reposisi dengan cara-cara lain tidak berhasil.
- 4) Gemelli menurut Eastman, *sectio caesarea* di anjurkan:
 - a) Bila janin pertama letak lintang atau presentasi bahu (*shoulder presentation*).
 - b) Bila terjadi interlok (*locking of the twins*).

- c) Distosia oleh karena tumor.
- e) Gawat janin (R. Y Aspiani, 2017).

5. Komplikasi yang terjadi pasca operasi *sectio caesarea*

Komplikasi yang sering terjadi pada ibu dengan *sectio caesarea* menurut (Mochtar R, 2002) adalah sebagai berikut:

- a. Infeksi *puerperal* (nifas)
 - 1) Ringan, dengan kenaikan suhu beberapa hari saja.
 - 2) Sedang, dengan kenaikan suhu yang lebih, tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung.
 - 3) Berat, dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik

Hal ini sering kita jumpai pada partus terlantar, dimana sebelumnya telah terjadi infeksi intra partal karena ketuban yang telah pecah terlalu lama. Penanganannya adalah dengan pemberian cairan, elektrolit dan antibiotika yang adekuat dan tepat.

- b. Perdarahan disebabkan karena:
 - 1) Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka.
 - 2) Atonia uteri.
 - 3) Perdarahan pada *placental bed*.
- c. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonealisasi terlalu tinggi.
- d. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang (R. Y Aspiani, 2017).

6. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang pada klien dengan tindakan *sectio caesarea* menurut (Mochtar, 2002) adalah:

- a. Hitung darah lengkap
- b. Golongan darah (ABO), dan pencocokan silang, tes coombs. Nb.
- c. Urinalis: Menentukan kadar albumin atau glukosa.
- d. Pelvimetri: Menentukan CPD

- e. Ultrasonografi: Melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin.
- f. Amniosintesis: Mengkaji maturitas paru janin
- g. Tes stres kontraksi atau tes non-stres: Mengkaji spongs janin terhadap gerakan atau stres dari pola kontraksi uterus atau pola abnormal.
- h. Penentuan elektronik selanjutnya: Memastikan status janin atau aktivitas uterus (R. Y Aspiani, 2017).

7. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis dan perawatan setelah dilakukan *sectio caesarea* (Prawirohardjo, 2007), yaitu:

- a. Perdarahan dari vagina harus dipantau dengan cermat.
- b. Fundus uteri harus sering di palpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap berkontraksi dengan kuat.
- c. Pemberian analgesik 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 pasien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan orang lain (R. Y Aspiani, 2017).

C. Oligohidramnion

1. Pengertian

Oligohidramnion adalah suatu keadaan dimana jumlah air ketuban kurang dari normal yaitu 800 cc (Manuwaba, 2010).

Oligohidramnion adalah suatu keadaan dimana air ketuban sangat sedikit yakni kurang dari normal, yaitu kurang dari 500 cc (Darmiati, 2018).

2. Etiologi Oligohidramnion

Penyebab *oligohidramnion* tidak dapat dipahami sepenuhnya. Mayoritas wanita hamil yang mengalami tidak tahu apa penyebabnya. Penyebab *oligohidramnion* yang telah terdeteksi adalah cacat bawaan janin dan bocornya kantung atau membran cairan ketuban yang mengelilingi janin dalam rahim. Bayi yang ibunya mengalami *oligohidramnion* mengalami cacat bawaan, seperti gangguan ginjal dan saluran kemih karena jumlah urin yang diproduksi janin berkurang.

Masalah kesehatan lain yang juga telah dihubungkan dengan *oligohidramnion* adalah tekanan darah tinggi, diabetes, SLE, dan masalah pada plasenta. Serangkaian pengobatan yang dilakukan untuk menangani tekanan darah tinggi, yang dikenal dengan nama *angiotensin-converting enzyme inhibitor*, dapat merusak ginjal janin dan menyebabkan *oligohidramnion* parah dan kematian janin. Wanita yang memiliki penyakit tekanan darah tinggi yang kronis seharusnya berkonsultasi terlebih dahulu dengan dokter sebelum merencanakan kehamilan untuk memastikan bahwa tekanan darah tetap normal dan pengobatan yang mereka lalui adalah aman selama kehamilan mereka (Prawirohardjo, 2016).

3. Manifestasi Klinis *Oligohidramnion*

- a. Uterus tampak lebih kecil dari usia kehamilan.
- b. Ibu merasa nyeri diperut pada setiap pergerakan anak.
- c. Sering berakhir dengan partus prematurus.
- d. Bunyi jantung anak sudah terdengar mulai bulan kelima dan terdengar lebih jelas.
- e. Persalinan lebih lama dari biasanya.
- f. Sewaktu his akan sakit sekali.
- g. Bila ketuban pecah, air ketuban sedikit sekali bahkan tidak ada yang keluar (Mochtar, 2010).

4. Patofisiologi *oligohidramnion*

Pecahnya membran adalah penyebab paling umum dari *oligohidramnion*. Namun, tidak adanya urine janin atau penyumbatan pada saluran kemih janin juga dapat menyebabkan *oligohidramnion*. Janin yang menelan cairan amnion, yang terjadi secara fisiologis, juga mengurangi jumlah cairan.

Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan *oligohidramnion* adalah kelainan kongenital. Pertumbuhan janin terhambat (PJT), ketuban pecah, kehamilan posterm, infusensi plasenta, dan obat-obatan. Kelainan kongenital yang paling sering menimbulkan *oligohidramnion* adalah kelainan sistem saluran kemih dan kelainan kromosom (trisomi 18 dan 13).

Pada infusensi plasenta oleh sebab apapun akan menyebabkan hipoksia janin. Hipoksia janin yang berlangsung kronik akan memicu mekanisme redistribusi darah. Salah satu dampaknya adalah terjadi penurunan aliran darah ke ginjal, produksi urin berkurang, dan terjadi *oligohidramnion* (Prawirohardjo, 2016).

5. Komplikasi *Oligohidramnion*

Komplikasi *oligohidramnion* yang sering terjadi adalah hipoplasia paru, deformitas pada wajah dan skelet, kompresi tali pusat dan aspirasi mekonium pada masa intrapartum, IUGR (*Intra Uterine Growth Retardation*), dan kematian janin (Prawirohardjo, 2016).

6. Pemeriksaan *Oligohidramnion*

Beberapa indikasi pemeriksaan USG pada kehamilan trimester 2 dan 3 adalah kelainan volume cairan amnion, kelainan kongenital, dan kelainan kromosom. Ultrasonografi kehamilan trimester 2 dan 3 dilakukan dengan cara transabdominal tanpa persiapan kandung kemih. Pada kondisi tertentu pemeriksaan dilakukan melalui kandung kemih

yang setengah terisi atau dengan USG-TV. Beberapa kelainan kongenital janin yang sering dijumpai pada pemeriksaan USG adalah volume cairan yang abnormal (*oligohidramnion*). Pemeriksaan kardiotokografi pada kasus dengan faktor risiko terjadi gangguan kesejahteraan janin (hipoksia) dalam rahim salah satunya *oligohidramnion* (Prawirohardjo, 2016).

7. Penanganan Oligohidramnion

Penanganan pada ibu dengan *oligohidramnion*:

- a. Volume cairan amnion menggunakan sonografi merupakan pemeriksaan kompenen paling penting untuk menilai biofisik janin, perkembangan janin, dan keluaran neonatus yang baik.
- b. Hidrasi air pada ibu meningkat pada *oligohidramnion* dengan mengkonsumsi air dua liter per hari meperlihatkan peningkatan indeks cairan (Fatmawati, 2018).

D. Konsep Asuhan Keperawatan PostPartum dengan *Sectio Caesarea*

Asuhan keperawatan *sectio caesarea*, yaitu (Reni Yuli 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 di derita salah satunya anggota yang ada hubungannya dengan operasi misalnya: TBC, DM, dan Hipertensi.

f. Riwayat Obstetri

Untuk mengetahui riwayat obstetri pada klien dengan ketuban pecah dini 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 bias terdapat pada primigravida atau multigravida.

4) Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

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

g. Sistem Reproduksi

- 1) Uterus: mengalami involusi, TFU pada saat bayi lahir sepusat, TFU pada saat plasenta lahir 2 jari dibawah pusat, 1 minggu pertengahan pusat-simpisis, 2 minggu tidak teraba diatas simpisis, 6 minggu bertambah kecil, 8 minggu normal.
- 2) Lochea
Rubra (1-3 hari, merah), Sangiolenta (3-7 hari, coklat), Serosa (7-14 hari, putih), Alba (lebih dari 14 hari, putih).
- 3) Serviks: Mengalami peregangan dan penekanan 3 minggu kembali normal.
- 4) Perineum: utuh atau tidak utuh.
- 5) Vulva dan vagina: mengalami peregangan dan penekanan dalam waktu 3 minggu kembali normal.
- 6) Payudara: lebih besar karena ada produksi asi.

h. Pola Kebiasaan Sehari-hari menurut Virginia Henderson

1. Respirasi

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

2. Nutrisi

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 diberikan makan, minum seperti biasanya, bahkan dianjurkan banyak minum.

3. Eliminasi

Meliputi berapa kali BAB, konsistensi, warna, bau, dan klien dengan post *secsio 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 operasi *sectio caesarea* mengalami gangguan dalam hal temperatur tubuh, suhu tubuh lebih dari 37,5°C.

6. Kebutuhan *personal hygiene*

Klien dapat post *secsio 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 aktifitas ada patter ganggu dengan adanya rasa nyeri pada daerah operasi sehingga klien membatasi gerakan.

8. Gerak dan keseimbangan tubuh

Aktivitas berkurang, tidak bias berjalan karena nyeri dan ketidaknyamanan.

9. Kebutuhan berpakaian

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

10. Kebutuhan keamanan

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

11. Sosialisasi

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

12. Kebutuhan spiritual

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

13. Kebutuhan bermain dan rekreasi

Klien dapat 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 yang tersedia.

i. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Keadaan umum biasanya lemah.

2) Kesadaran

Compos mentis.

3) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : Normal atau menurun kurang dari 120/90 mmHg.

Nadi : Nadi meningkat lebih dari 80 x/menit.

Suhu : Suhu meningkat lebih dari 37,5 °C.

Respirasi : Respirasi meningkat.

4) Berat badan/tinggi badan

Normal, kadang terjadi perubahan.

5) 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 edema.

c) Mata – telinga – hidung

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

d) Leher

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

e) Dada dan punggung

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

f) Payudara/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 jari sianosis atau tidak, ada tidaknya edema klien dengan post operasi biasanya terpasang infus.

(2) Ekstremitas bawah

Kesimetrisannya, ada tidaknya edema, bagaimana dengan pergerakannya biasanya klien dengan post operasi sering takut menggerakkan kakinya, apakah tanda-tanda hormon, reflex patella, adakah tanda-tanda thrombosis vena.

i) Genetalia

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

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Bersihan jalan tidak efektif berhubungan dengan akumulasi sekret akibat penurunan reflek batuk.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya jaringan saraf pada daerah luka bekas operasi yang ditandai dengan klien menyatakan nyeri perut bekas operasi, ekspresi wajah meringis menahan sakit.
- c. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif yang ditandai dengan klien mengeluh sakit bila bergerak, keadaan umum lemah.
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka bekas operasi ditandai dengan klien mengeluh sakit bila bergerak, keadaan umum lemah, kebutuhan aktivitas klien tampak dibantu.
- e. Kurang perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik.

3. Perencanaan Keperawatan

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi sekret, efek anestesi.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan menunjukkan bersihan jalan nafas efektif dengan status pernafasan adekuat dengan **kriteria:**

- 1) Klien mudah untuk bernafas.
- 2) Tidak ada sianosis, tidak ada dispneu.
- 3) Saturasi oksigen dalam batas normal.

- 4) Jalan nafas paten.
- 5) Mengeluarkan sekresi secara efektif.
- 6) Klien mempunyai irama dan frekuensi pernafasan dalam rentang normal.
- 7) Klien mempunyai fungsi paru dalam batas normal.

Intervensi:

- 1) Manajemen Jalan Nafas (*Airway Management*):
 - a) Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi.
 - b) Auskultasi bunyi nafas, area penurunan ventilasi dan adanya bunyi nafas tambahan.
 - c) Keluarkan sekret dengan batuk efektif atau *suction* sesuai kebutuhan.
 - d) Anjurkan klien untuk bernafas pelan, nafas dalam dan batuk.
 - e) Atur posisi klien untuk mengurangi dispneu.
 - f) Monitor status respirasi dan oksigenasi sesuai kebutuhan.
 - g) Atur intake cairan untuk mengoptimalkan keseimbangan cairan.
- 2) Suction Jalan Nafas (*Airway Suctioning*):
 - a) Tentukan kebutuhan klien untuk *suction* oral atau tracheal.
 - b) Auskultasi bunyi nafas sebelum dan setelah *suction*.
 - c) Informasikan pada klien dan keluarga tentang *suction*.
 - d) Aspirasi nasofaring dengan *suction* sesuaikebutuhan.
 - e) Berikan sedatif sesuai kebutuhan.
 - f) Gunakan universal precaution: sarung tangan dan masker sesuai kebutuhan.
 - g) Gunakan tambahan oksigen sesuai kebutuhan.
- 3) Terapi oksigen (*Oxygen Therapy*):
 - a) Bersihkan mulut, hidung dan trakhea dari sekresi sesuai kebutuhan.

- b) Pertahankan kepatenan jalan nafas.
 - c) Siapkan perlengkapan oksigen dan atur sistem humidifikasi.
 - d) Berikan tambahan oksigen sesuai permintaan.
 - e) Monitor aliran oksigen.
 - f) Monitor posisi pemberian oksigen.
 - g) Berikan oksigen sesuai kebutuhan.
 - h) Monitor keefektifan terapi oksigen.
 - i) Monitor kemampuan pasien dalam mentoleransi perpindahan oksigen ketika makan.
- b. Nyeri akut berhubungan terputusnya jaringan saraf pada daerah luka bekas operasi yang ditandai dengan klien menyatakan nyeri perut bekas operasi, ekspresi wajah meringis menahan sakit.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri dapat teratasi, dengan **kriteria hasil:**

- 1) Mengontrol nyeri (*Pain Control*)
 - a) Klien dapat mengetahui penyebab nyeri, onset nyeri.
 - b) Klien mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri dan tindakan pencegahan nyeri.
 - c) Klien melaporkan nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- 2) Menunjukkan tingkat nyeri (*Pain Level*):
 - a) Klien melaporkan nyeri dan pengaruhnya pada tubuh.
 - b) Klien mampu mengenal skala, intensitas, frekuensi dan lamanya episode nyeri.
 - c) Klien mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.
 - d) Tanda-tanda vital dalam batas normal.
 - e) Ekspresi wajah tenang.

Intervensi:

- 1) Manajemennyeri (*Pain Management*)
 - a) Kaji secara komprehensif tentang nyeri, meliputi: lokasi, karakteristik dan onset, durasi, frekuensi, kualitas,

intensitas atau beratnya nyeri, dan faktor-faktor presipitasi.

- b) Observasi isyarat non-verbal dari ketidaknyamanan, khususnya ketidakmampuan komunikasi secara efektif.
- c) Gunakan komunikasi terapeutik agar klien dapat mengekspresikan nyeri.
- d) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (misalnya: nafas dalam, teknik distraksi atau *massage*).
- e) Evaluasi tentang ketidakefektifan dari tindakan mengontrol nyeri yang telah digunakan.
- f) Berikan dukungan terhadap klien dan keluarga.
- g) Berikan informasi tentang nyeri, seperti: penyebab, berapa lama terjadi dan tindakan pencegahan.
- h) Kontrol faktor-faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien terhadap ketidaknyamanan (misalnya: temperatur ruangan, penyiaran, dan lain-lain).
- i) Tingkatkan istirahat yang cukup.
- j) Modifikasi tindakan mengontrol nyeri berdasarkan respon klien.
- k) Monitor kenyamanan klien terhadap manajemen nyeri.
- l) Libatkan keluarga untuk mengurangi nyeri.
- m) Informasikan kepada tim kesehatan lainnya/anggota keluarga saat tindakan non farmakologi dilakukan untuk pendekatan preventif.

2) Pemberian Analgesik (*Analgetic Administration*)

- a) Tentukan lokasi nyeri, karakteristik, kualitas, dan keparahan sebelum pengobatan.
- b) Berikan obat dengan prinsip 5 benar.
- c) Cek riwayat alergi obat.
- d) Libatkan klien dalam pemilihan analgetik yang akan digunakan.

- e) Berikan analgetik yang tepat waktu terutama saat nyeri hebat.
 - f) Evaluasi efektivitas analgetik, tanda dan gejala (efek samping).
- c. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif yang ditandai dengan klien mengeluh sakit bila bergerak, keadaan umum lemah

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien dapat meningkatkan pertahanan tubuh (*Immune Status*), dengan **kriteria hasil:**

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

Intervensi:

- 1) Pengendalian infeksi (*Infection Control*) dan Perlindungan terhadap infeksi (*Infection Protection*)
 - a) Pantau tanda atau gejala infeksi (misalnya: suhutubuh, keadaan luka post operasi, kondisi vulva, kelelahan dan malaise.
 - b) Kaji faktor yang meningkatkan serangan infeksi (misalnya: usia lanjut, status imun menurun dan malnutrisi).
 - c) Pantau *hygiene personal* untuk perlindungan terhadap infeksi.
 - d) Monitor tanda dan gejala infeksi sistematis.
 - e) Monitor sel darah putih (*White Blood Cell*).
 - f) Anjurkan klien atau keluarga untuk menjaga *personal hygiene* dan melindungi tubuh terhadap infeksi.

- g) Anjurkan pada pengunjung untuk mencuci tangan sewaktu masuk dan meninggalkan ruangan klien.
 - h) Ajarkan klien dan keluarga tentang tanda dan gejala dari infeksi.
 - i) Ajarkan klien dan anggota keluarga bagaimana mencegah infeksi.
 - j) Ajarkan klien dan keluarga tanda atau gejala infeksi dan kapan harus melaporkan kepetugas kesehatan.
 - k) Bersihkan lingkungan secara tepat setelah digunakan oleh klien.
 - l) Ganti peralatan klien setiap selesai tindakan.
 - m) Batasi jumlah pengunjung.
 - n) Gunakan sabun untuk cuci tangan.
 - o) Gunakan sarung tangan steril.
 - p) Lakukan perawatan vulva dan perineum.
 - q) Tingkatkan asupan nutrisi dan cairan.
 - r) Pertahankan teknik aseptik.
 - s) Pertahankan Teknik isolasi sesuai kebutuhan.
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka bekas operasi ditandai dengan klien mengeluh sakit bila bergerak, keadaan umum lemah, kebutuhan aktivitas klien tampak dibantu.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan perawatan mobilitas klien meningkat (*Mobility Level*), dengan **kriteria hasil:**

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

Intervensi:

- 1) *Exercise Therapy: Ambulation* (Terapi latihan: Ambulasi):
 - a) Kaji kemampuan klien dalam melakukan mobilitas.

- b) Observasi penyebab gangguan mobilitas yang dialami klien.
 - c) Monitor dan catat kemampuan klien dalam mentoleransi aktivitas dan penggunaan keempat ekstremitasnya.
 - d) Jika memungkinkan observasi tindakan yang dilakukan untuk nyerinya dan gangguan muskuloskeletal sebelum beraktivitas.
 - e) Ajarkan latihan ROM secara pasif atau aktif sesuai kondisi klien.
- 2) *Positioning:*
- a) Mobilisasi support area yang terpengaruh jika diperlukan.
 - b) Ubah posisi tiap 2 jam.
 - c) Monitor integritas kulit pada area yang tertekan.
- 3) *Exercise Therapy*
- a) Pastikan keterbatasan gerak sendi yang dialami.
 - b) Motivasi klien untuk mempertahankan pergerakan sendi.
 - c) Pastikan klien bebas dari nyeri sebelum diberikan latihan.
 - d) Pastikan baju klien longgar.
 - e) Lindungi klien dari trauma selama latihan.
 - f) Beri *reinforcement* positif.
 - g) Kolaborasi dengan fisioterapi.
 - h) Kolaborasi dengan dalam pemberian terapi analgetik.
- e. Kurang perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik
- Tujuan:** setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan dapat menunjukkan perawatan diri aktivitas kehidupan sehari-hari mandi, dengan **kriteria hasil:**
- 1) Klien menerima bantuan atau perawatan 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:

- 1) Bantu Perawatan Diri (*Self Care Assistance*):
 - a) Kaji kemampuan klien untuk menggunakan alat bantu.
 - b) Pantau adanya perubahan kemampuan fungsi.
 - c) Pantau kemampuan klien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri.
 - d) Pantau kebutuhan klien terhadap perlengkapan alat-alat untuk kebersihan diri, berpakaian dan makan.
 - e) Berikan bantuan sampai klien mampu untuk melakukan perawatan diri.
 - f) Bantu klien dalam menerima ketergantungan pemenuhan kebutuhan sehari-hari.
 - g) Dukung kemandirian dalam melakukan mandi dan *hygiene* mulut, bantu klien hanya jika diperlukan.
- 2) Bantu Perawatan Diri: Mandi (*Self Care Assistance: Bathing*)
 - a) Kaji membran mukosa oral dan kebersihan tubuh setiap hari
 - b) Kaji kondisi kulit saat mandi
 - c) Pantau kebersihan kuku, berdasarkan kemampuan perawatan diri klien.
 - d) Berikan bantuan sampai klien mampu secara penuh untuk melakukan perawatan diri.
 - e) Letakkan sabun, handuk, deodorant, alat cukur, dan peralatan lain yang dibutuhkan disamping tempat tidur atau kamar mandi.

- f) Pantau kebersihan kuku, berdasarkan kemampuan perawatan diri klien.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi keperawatan, dan komunikasi.

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap akhir dari proses keperawatan yaitu evaluasi adalah membandingkan secara sistemik dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada pasien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Model evaluasi keperawatan adalah SOAP yang mana S: subjektif, O: objektif, A: analisa, P: planning.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

Data Dasar

Tanggal masuk 10 Februari 2020 jam 17.30 WIB, Tanggal pengkajian 11 Februari 2020 pukul 13.00 WIB, Diagnosa medis Pasca partum dengan *Sectio Caesarea* dengan indikasi *oligohidramnion*, Ruang Kamar Euphorbia 207.5

1. Identitas Pasien

Pasien bernama Nyonya. J berusia 21 tahun yang bersuku Betawi beragama islam memiliki pendidikan terakhir SLTA, saat ini Nyonya. J sebagai ibu rumah tangga. Suami dari Nyonya. J bernama Tuan. R berusia 21 tahun bersuku Betawi beragama islam memiliki pendidikan terakhir SLTA, saat ini bekerja sebagai pegawai swasta. Nyonya. J dan Tuan. R tinggal di Mutiara Gading Timur, Bekasi Timur. Status perkawinan yaitu menikah 1 kali dengan pernikahan sudah 1 tahun.

2. Resume Pasien

Pasien bernama Nyonya. J berusia 21 tahun G1P0A0 H 39-40 minggu dengan tafsiran 11 Februari 2020 datang ke RS Mitra Keluarga Bekasi Timur pada tanggal 10 Februari 2020 pukul 07.00 WIB dengan keluhan gerak janin menurun atau berkurang, perut terasa kencang, dan terdapat benjolan dikaki. Hasil ICA 8,8 L dan denyut jantung janin 105 x/menit. Pada pukul 11.00 WIB pasien dipindahkan keruang rawat Euphorbia. Dilakukan pemeriksaan dengan keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, pasien dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 102/78 mmHg, nadi 93 x/menit, suhu 36°C, pernafasan 20x/menit. Dilakukan pemasangan infus RL 500 di vena metacarpal kiri.

Pasien direncanakan operasi secara *sectio caesarea* (SC) indikasi *oligohidramnion* di bantu oleh Dr. D tanggal 11 Februari 2020. Pasien mengatakan terakhir makan dan minum pukul 22.30 WIB. Dilakukan pemeriksaan oleh perawat ruangan didapatkan data keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, tekanan darah 109/75 mmHg, nadi 84 x/menit, suhu 36°C, pernafasan 18 x/menit. Pada tanggal 11 Februari pukul 09.00 WIB pasien dipindahkan ke ruang operasi. Pasien dilakukan pembiusan dengan jenis anastesi spinal. Lamanya operasi 1 jam 05 menit. Pada pukul 09.26 WIB bayi lahir dengan APGAR score menit pertama 9 dan menit kelima 10, jenis kelamin perempuan, berat badan bayi 3250 gram, panjang badan bayi 48 cm, perdarahan 300 cc.

Pada pukul 12.30 WIB pasien dipindahkan ke ruang euphorbia. Dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital oleh perawat ruangan dengan hasil tekanan darah 116/72 mmHg, nadi 78 x/menit, suhu 36,1°C, pernafasan 20x/menit, pasien mengatakan nyeri diluka operasi skala 4. Masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri. Tindakan keperawatan mandiri yang sudah dilakukan yaitu mengajarkan pasien teknik relaksasi nafas dalam. Tindakan kolaborasi yang sudah dilakukan adalah memberikan obat Kaltrofen 1 suppositoria, albusmin 1 tablet (oral), Metvell 1 mg (oral), Zaldiar 1 kapsul (oral) Dynacep 1 gram (iv). Pasien terpasang infus RL + Induxin 10 unit/ml. Evaluasi secara umum adalah masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

3. Riwayat Keperawatan

a. Keluhan Utama (saat ini)

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 11 Februari 2020 pukul 13.00 WIB pasien mengatakan merasakan nyeri pada daerah luka operasinya, nyeri seperti ditusuk - tusuk, nyeri dengan skala 4, nyeri dirasakan bila bergerak, lama nyeri 1 – 2 menit.

b. Riwayat Persalinan Sekarang

Bayi lahir pada tanggal persalinan 11 Februari 2020 pada jam 09.26 dengan persalinan *sectio caesarea*. Jumlah perdarahan setelah dilakukan *sectio caesarea* yaitu 300 cc, dengan jenis kelamin bayi perempuan, berat badan bayi 3250 gram, panjang badan bayi 48 cm dengan APGAR score pada menit I yaitu 9 dan menit 5 yaitu 10.

c. Riwayat Obstetri

Anak pertama dengan umur kehamilan 39 minggu. Jenis persalinan *Sectio caesarea* dengan penolong dokter dan perawat, dengan penyulit persalinan ICA 8,8 L. Jenis kelamin bayi perempuan, berat badan 3250 gram, panjang badan 48 cm dengan keadaan baik dan umur bayi sekarang 0 hari.

d. Riwayat Keluarga berencana

Pasien mengatakan berencana menggunakan kontrasepsi suntik KB, tapi pasien belum memiliki pengetahuan yang cukup untuk pilihan suntik yang 1 bulan atau 3 bulan

e. Riwayat Imunisasi TT

Pasien mengatakan tidak imunisasi TT

f. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit pada keluarga

g. Riwayat Kebiasaan Sehari – hari Sebelum Dirawat

1) Pola Nutrisi/Cairan

Pasien mengatakan dalam sehari makan 2 kali dengan jenis makanan nasi, sayur – sayuran, dan ayam. Nafsu makan pasien baik, pasien tidak ada alergi terhadap makanan. Berat badan sebelum hamil 43 kg, berat badan sekarang 52 kg.

2) Pola Eliminasi

Pasien mengatakan dalam sehari BAB 1 kali dengan bentuk konsistensi padat, pada pasien tidak terjadi hemoroid, dan tidak ada keluhan. Pada BAK 6 kali dalam sehari dengan warna urine kuning, dan tidak ada keluhan.

3) Pola *Hygiene*

Pasien mengatakan dalam sehari mandi 2 kali, mencuci rambut 2 kali dalam seminggu, sikat gigi 2 kali dalam sehari.

4) Pola Aktifitas/Istirahat dan Tidur

Pasien mengatakan tidak bekerja hobi pasien menonton film, belanja, dan pasien mengatakan waktu tidur siang hari 2–3 jam, keluhan dalam beraktivitas pasien mengatakan tidak mampu untuk melakukan aktivitas seperti biasa dan pasien mengatakan belum mampu untuk berjalan dan duduk terlalu lama.

5) Pola Kebiasaan Yang Mempengaruhi Kesehatan

Pasien mengatakan tidak merokok, tidak mengonsumsi minuman keras, dan tidak ketergantungan obat.

6) Pola Seksualitas

Pasien mengatakan tidak ada masalah pada saat berhubungan.

7) Riwayat Psikososial

Pasien mengatakan kehamilan ini adalah kehamilan yang tidak direncanakan, pasien mengatakan masih belum mengetahui cara menyusui, perasaan pasien dan keluarga merasa bahagia atas kehamilannya dan persalinannya. Pasien siap menjadi seorang ibu, cara mengatasi stres pasien dengan istirahat dan menonton. Pasien tinggal bersama dengan suaminya, dari memberi ASI secara eksklusif, cara menyusui dengan benar, dan keluarga berencana. Pada pasien terdapat nilai EPDS yaitu 10 (depresi mungkin terjadi).

8) Status Sosial Ekonomi

Pasien mengatakan penghasil per bulan suami lebih dari Rp. 1.000.000 dengan jaminan kesehatan yaitu asuransi.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Sistem Kardiovaskuler/Sirkulasi

Saat dilakukan pengkajian pada pasien Nyonya. J didapatkan nadi pasien 78 x/menit dengan irama teratur dan denyut nadi kuat, tekanan darah

116/72 mmHg, suhu 36,1 x/menit, pengisian kapiler < dari 3 /detik. Tidak terjadi edema pada pasien, konjungtiva ananemis, sklera anikterik. Tidak ada riwayat peningkatan tekanan darah tinggi, tidak ada riwayat penyakit jantung, dan tidak ada keluhan.

b. Sistem Pernafasan

Saat dilakukan pengkajian pada pasien Nyonya. J didapatkan jalan nafas pasien bersih dengan frekuensi 20 x/menit irama nafas teratur dan dalam, suara nafas pasien vesikuler. Tidak terjadi batuk pada pasien.

c. Sistem Pencernaan

Saat dilakukan pengkajian pada pasien Nyonya. J didapatkan tidak terjadi caries, tidak terjadi stomatitis, lidah pasien tidak kotor, pasien tidak memakai gigi palsu. Tidak ada bau mulut, tidak terjadi muntah dan mual, pasien tidak mengalami kesulitan pada saat menelan, nafsu makan pasien baik, terdapat nyeri pada daerah perut, tidak ada rasa penuh pada daerah perut. Berat badan pasien 52 kg, tinggi badan pasien 165 cm, bentuk tubuh pasien simetris, membran mukosa lembab, lingkaran lengan atas pasien 24 cm, pasien BAB 1 kali/hari.

d. Neuro Sensori

Saat dilakukan pengkajian pada pasien Nyonya. J didapatkan status mental tidak disorientasi pasien mampu mengingat lama pernikahannya. Pasien tidak memakai kaca mata, tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak ada gangguan saat berbicara, tidak terjadi sakit kepala.

e. Sistem Endokrin

Saat dilakukan pengkajian pada pasien Nyonya. J didapatkan gula darah pasien 104 mg/dl.

f. Sistem Urogenital

Saat dilakukan pengkajian pada pasien Nyonya. J terpasang *folley catheter*, warna BAK kuning dan tidak terjadi keluhan pada saat BAK

g. Sistem Integumen

Saat dilakukan pengkajian pada pasien Nyonya. J didapatkan turgor kulit pasien baik elastis, warna kulit pasien tampak kemerahan, keadaan kulit

pasien insisi operasi. Kebersihan kulit pasien tampak bersih, dan keadaan rambut pasien tampak bersih.

h. Sistem Muskuloskeletal

Saat dilakukan pengkajian pada pasien Nyonya. J didapatkan pada saat bergerak pasien tidak mengalami kesulitan, ekstremitas pasien simetris, tanda homan pada pasien yaitu negatif, tidak terjadi edema pada pasien, varices tidak terjadi pada pasien, dan refleks patella pada pasien yaitu positif.

i. Dada dan Axilla

Saat dilakukan pengkajian pada pasien Nyonya. J didapatkan mammae pasien membesar, areola mammae pasien berwarna coklat kehitaman, papila mammae pasien yaitu *exverted*. Kolostrum pada pasien keluar, produksi ASI, tidak ada sumbatan pada ASI, pasien tidak mengalami pembengkakan, terdapat nyeri pada daerah mammae.

j. Perut/Abdomen

Saat dilakukan pengkajian pada pasien Nyonya. J didapatkan tinggi fundus uteri pada pasien 2 jari di bawah umbilikal, kontraksi pada pasien kuat, konsistensi uterus pada pasien keras. Pasien memiliki luka operasi akibat tindakan *sectio caesarea* di abdomen bawah dengan panjang 10 cm, pasien tidak merasa panas di sekitar luka insisi dan tidak ada rembesan darah dari pembalut luka.

k. Anogenital

Saat dilakukan pengkajian pada pasien Nyonya. J didapatkan terdapat *lochea* yaitu rubra, warna merah segar, pada perineum yaitu utuh. Pada pasien tidak terdapat episiotomi dan tan tanda- tanda REEDA karena pasien dilakukan dengan tindakan *sectio caesarea*..

5. Pemeriksaan Penunjang

Tanggal 13 November 2019 (19.45)

Tabel 3.1 Pemeriksaan Penunjang

| Hematologi | Hasil Laboratorium | Nilai Rujukan | Satuan |
|-----------------------|-----------------------|----------------------|---------|
| Hemoglobin | 12,0 | 12,5 – 16,0 | g/dl |
| Leukosit | 9,180 | 4.000 – 10.500 | /ul |
| Hematokrit | 33 | 37 – 43 | Vol % |
| Trombosit | 314.000 | 150.000 – 450.000 | /ul |
| Eritrosit | 3,91 | 4,20 – 5,40 | Juta/ul |
| Nilai Eritrosit | | | |
| Rata-rata | | | |
| MCV | 85 | 78 – 100 | Fl |
| MCH | 31 | 27- 31 | Pg |
| MCHC | 36 | 32 – 36 | % |
| Kimia | | | |
| Diabetes | | | |
| Gula Darah Sewaktu | 98 | 60-140 | Mg/dl |
| Imuno-serologi | | | |
| Hepatitis | | | |
| HBsAg | Non reactive | Non reactive | |
| Infeksi lain | | | |
| Anti HIV | Non reactive | Non reactive | |
| Urinalisasi | | | |
| Warna | Kuning jernih | | |
| Bj | 1,030 | 1,005-1,030 | |
| PH | 6,5 | 4,5-8,5 | |
| Keton | Negative | Negative | mg/dL |
| Protein | Negative | Negative | mg/dL |

| | | | |
|---------------|----------|----------|-------|
| Glukosa | Negative | Negative | mg/dL |
| Bilirubin | Negative | Negative | |
| Darah samar | Negative | Negative | |
| Nitrit | Negative | Negative | |
| Urobilinogen | 0,2 | 0,1-1,0 | |
| Sedimen urine | | | |
| Leukosit | 6-8 | 0-5 | /LPB |
| Eritrosit | 0-1 | 0-1 | /LBP |
| Silinder | Negative | | |
| Epitel | 1+ | 1+ | |
| Bakteri | Positive | Negative | |
| Kristal | Negative | | |
| Lain-lain | - | | |

Tanggal 10 Februari 2020 (14.50)

Tabel 3.2 Pemeriksaan Penunjang

| Hematologi | Hasil Laboratorium | Nilai Rujukan | Satuan |
|-----------------|-----------------------|-------------------|---------|
| Hemoglobin | 12,9 | 12,5 – 16,0 | g/dl |
| Leukosit | 8,750 | 4.000 – 10.500 | /ul |
| Hematokrit | 36 | 37 – 43 | Vol % |
| Trombosit | 208.000 | 150.000 – 450.000 | /ul |
| Erotrosit | 4,22 | 4,20 – 5,40 | Juta/ul |
| Nilai Eritrosit | | | |
| Rata – Rata | | | |
| MCV | 84 | 78 – 100 | Fl |
| MCH | 31 | 27- 31 | Pg |
| MCHC | 36 | 32 – 36 | % |
| Koagulasi | | | |
| Masa Pendarahan | 2,30 | 1,00 – 6,00 | Menit |
| Masa Pembekuan | 12,00 | 9,00 – 15,00 | Menit |

| | | | |
|----------------|---|--|--|
| Lain – Lain | | | |
| Golongan Darah | A | | |
| Rhesus Faktor | + | | |

Tanggal 12 Februari 2020

Tabel 3.3 Pemeriksaan Penunjang

| Hematologi | Hasil Laboratorium | Nilai Rujukan | Satuan |
|-----------------|-----------------------|-------------------|---------|
| Hemoglobin | 11,0 | 12,5 – 16,0 | g/dl |
| Leukosit | 13,810 | 4.000 – 10.500 | /ul |
| Hematokrit | 30 | 37 – 43 | Vol % |
| Trombosit | 182.000 | 150.000 – 450.000 | /ul |
| Eritrosit | 3,67 | 4,20 – 5,40 | Juta/ul |
| Nilai Eritrosit | | | |
| Rata – Rata | | | |
| MCV | 83 | 78 – 100 | Fl |
| MCH | 30 | 27- 31 | Pg |
| MCHC | 36 | 32 – 36 | % |
| Fungsi Hati | | | |
| Albumin | 3,1 | 3,5 – 5,2 | g/dl |

6. Penatalaksanaan

a. Diit: Biasa TKTP

b. Terapi Cairan:

1) Infus RL dan induxin 10 unit/cc (injeksi)

c. Terapi Obat:

1) Metvell 3x0,125 mg (tablet)

2) Moloco B12 3x1 (tablet)

3) Zaldiar 2x1 (kapsul)

4) Albusmin 3x1 (kapsul)

5) Kaltrofen suppositoria 3x1 (100 mg)

6) Dynacep 3x1 gram (injeksi)

Data Fokus

Selasa, 11 Februari 2020

Keadaan Umum

Data Objektif: Keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, hasil observasi tanda – tanda vital dengan tekanan darah 116/72 mmHg. Nadi 78 x/menit, suhu 36,1°C, pernafasan 20 x/menit. Berat badan 52 kg, tinggi badan 165 cm.

a. Kebutuhan Oksigenasi

Data Subjektif: pasien mengatakan tidak ada sesak, tidak ada batuk

Data Objektif: TD: 116/72 mmHg, N: 78 x/menit, RR: 20 x/menit, suhu: 36,1°C, CRT < 3 /detik, suara nafas vesikuler, konjungtiva tampak ananemis, Hemoglobin: 12,9 g/dl.

b. Kebutuhan Cairan

Data Subjektif: pasien mengatakan keluar darah dari kemaluannya

Data Objektif: pasien tampak mengeluarkan lokhea rubra dari vaginanya, TD: 116/72 mmHg, N: 78 x/menit, RR: 20 x/menit, suhu: 36,1°C, turgor kulit elastis, mukosa bibir pasien tampak lembab. Balance cairan dalam 24 jam: Input: oral= 1300 cc/24 jam dan infus= 2200 cc/24jam, Output: Urine= 2050 cc/24 jam, perdarahan= 300cc, IWL/24 jam= 52 x 10 = 520cc, 24 jam Balance cairang: +520 cc. Kontraksi uterus kuat,konsistensi uterus teraba keras. Hematokrit: 36 vol%, Trombosit 208.000 /ul.

c. Kebutuhan Nutrisi

Data Subjektif: pasien mengatakan nafsu makannya baik, makan habis seporsi, sebelum hamil berat badan 43 kg, berat badan sekarang 52 kg, mendapat diit biasa TKTP.

Data Objektif: konjungtiva pasien ananemis, pasien tampak menghabiskan seporsi makan, IMT: 19,1 (KgBB/TB (m)²), hemoglobin: 12,9 g/dl, albumin: 3,1 g/dl

d. Kebutuhan Rasa Aman

Data Subjektif: pasien mengatakan ada jahitan dibagian perutnya/ada luka operasi dibagian bawah perutnya, Pasien mengatakan tidak terasa

panas di sekitar luka insisi dan tidak ada rembesan darah dari pembalut luka.

Data Objektif: pasien tampak ada jahitan dibagian bawah abdomen dengan panjang jahitannya 10 cm, dan tidak ada tanda – tanda infeksi pada daerah luka operasi. Balutan kering dan tidak ada rembesan, pasien tampak terpasang infus di metacarpal bagian tangan sebelah kiri, suhu: 36,1°C, pasien tampak terpasang kateter urine, leukosit: 8,750 /ul.

e. Kebutuhan Rasa Nyaman

Data Subjektif: pasien mengatakan nyeri karena luka operasi, nyeri seperti ditusuk – tusuk, nyeri didaerah luka operasi, nyeri dengan skala 4, nyeri dirasakan bila bergerak, lama nyeri 1 – 2 menit.

Data Objektif: pasien tampak berhati – hati saat bergerak, pasien tampak meringis kesakitan saat bergerak, TD: 116/72 mmHg, N: 78 x/menit, perineum pasien utuh.

f. Kebutuhan Aktifitas

Data Subjektif: pasien mengatakan tidak mampu untuk melakukan aktivitas seperti biasa, pasien mengatakan belum mampu berjalan dan duduk terlalu lama.

Data Objektif: pasien tampak lemah, pasien tampak dibantu keluarga saat bergerak, tampak aktivitas pasien terbatas.

g. Kebutuhan Aktualisasi Diri

Data Subjektif: Pasien mengatakan berencana menggunakan kontrasepsi suntik KB, tapi pasien belum memiliki pengetahuan yang cukup untuk pilihan suntik yang 1 bulan atau 3 bulan, pasien mengatakan sudah mulai diajarkan mengenai perawatan bayi pada ibunya dan kehamilan ini adalah kehamilan yang tidak direncanakan, pasien mengatakan masih belum tahu cara menyusui.

Data Objektif: Pasien tampak bingung saat menetapkan pilihan untuk menggunakan kontrasepsi suntik KB (1 bulan atau 3 bulan)

Analisa Data

Tabel 3.4 Analisa Data

| No. | Data | Masalah | Etiologi |
|-----|--|------------------------------|--|
| 1. | <p>Data Subjektif:</p> <p>Pasien mengatakan nyeri karena luka operasi, nyeri seperti ditusuk – tusuk, nyeri di daerah luka operasi, nyeri dengan skala 4, nyeri diasakan saat bergerak, lama nyeri 1 – 2 menit.</p> <p>Data Objektif:</p> <p>TD: 116/72 mmHg</p> <p>N: 78 x/menit</p> <p>Pasien tampak berhati – hati saat bergerak</p> <p>Pasien tampak meringis kesakitan saat bergerak</p> <p>Luka jahitan dengan panjang 10 cm</p> | Nyeri Akut | <p>Agen cedera</p> <p>Fisik (Prosedur operasi)</p> |
| 2. | <p>Data Subjektif:</p> <p>Pasien mengatakan ada jahitan di bagian perutnya/ada luka operasi di bagian bawah perutnya.</p> <p>Pasien mengatakan tidak terasa panas di sekitar luka insisi dan tidak ada rembesan darah dari pembalut luka.</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Suhu: 36,1°C</p> <p>Pasien tampak ada jahitan di bagian bawah abdomen dengan panjang jahitannya 10 cm dan tidak ada tanda-tanda infeksi pada daerah luka operasi.</p> <p>Balutan kering</p> | <p>Risiko</p> <p>Infeksi</p> | <p>Prosedur Invasif (postpartum sectio caesarea)</p> |

| | | | |
|----|---|---------------------------------|---|
| | Pasien tampak terpasang kateter urine bag dan infus RL dan induxin 10 unit/cc. | | |
| 3. | <p>Data Subjektif: Pasien mengatakan keluar darah dari kemaluannya.</p> <p>Data Objektif: TD: 116/72 mmHg N: 78 x/menit Pasien tampak mengeluarkan lokhea rubra dari vaginanya. Konsistensi uterus teraba keras Kontraksi uterus kuat Tinggi fundus uterus (TFU) 2 jari d bawah umbilikal Hematokrit: 36 vol % Homan sign: negatif Luka jahitan dengan panjang 10 cm Terpasang <i>folley catheher</i> dengan warna BAK kuning</p> | Risiko Perdarahan | Komplikasi paska partum |
| 4. | <p>Data Subjektif: Pasien mengatakan tidak mampu untuk melakukan aktivitas seperti biasa. Pasien mengatakan belum mampu berjalan dan duduk terlalu lama.</p> <p>Data Objektif: Pasein tampak lemah pasien tampak dibantu keluarga saat bergerak, tampak aktivitas pasien terbatas.</p> | Gangguan mobilisasi fisik | Nyeri luka post <i>sectio caesarea</i> |

| | | | |
|----|--|---------------------------------|---|
| | | | |
| 5. | <p>Data Subjektif: Pasien mengatakan masih belum tahu cara menyusui.</p> <p>Data Objektif: saat menyusui bayinya pasien tampak bingung bagaimana cara menyusui dengan benar.</p> | Ketidakefektifan proses laktasi | Kurang pengetahuan: teknik menyusui |
| 6. | <p>Data Subjektif: Pasien mengatakan berencana menggunakan kontrasepsi suntik KB, tapi pasien belum memiliki pengetahuan yang cukup untuk pilihan suntik yang 1 bulan atau 3 bulan.</p> <p>Data Objektif: Pasien tampak bingung saat menetapkan pilihan untuk menggunakan kontrasepsi suntik KB (1 bulan atau 3 bulan)</p> | Defisiensi Pengetahuan | Kurang Informasi mengenai keluarga berencana (KB) |

B. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (Prosedur Operasi).
2. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (postpartum *sectio caesarea*)
3. Risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi paska partum
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka post *sectio caesarea*
5. Ketidakefektifan proses laktasi berhubungan dengan kurang pengetahuan mengenai teknik menyusui.
6. Defisiensi pengetahuan program KB berhubungan dengan kurang informasi mengenai keluarga berencana (KB).

C. Perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan

1. Diagnosa pertama

Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (Prosedur Operasi)

Data Subjektif: Pasien mengatakan nyeri karena luka operasi, nyeri seperti ditusuk – tusuk, nyeri di daerah luka operasi, nyeri dengan skala 4, nyeri di rasakan saat bergerak, lama nyeri 1 – 2 menit.

Data Objektif: TD: 116/72 mmHg, N: 78 x/menit, pasien tampak berhati – hati saat bergerak, pasien tampak meringis kesakitan saat bergerak, luka jahitan dengan panjang 10 cm.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang.

Kriteria Hasil: tanda-tanda vital dalam batas normal (TD: 120/80 mmHg, N: 60 -100 x/menit), skala nyeri dapat berkurang (1 – 3), tidak tampak meringis kesakitan.

Rencana Tindakan:

- a) monitor tanda-tanda vital (TD, N, RR, S) per shift.
- b) Identifikasi PQRST pada daerah nyeri pasien.
- c) Observasi adanya respon non verbal terhadap nyeri.
- d) Ajarkan pasien terapi relaksasi nafas dalam.
- e) Tindakan Kolaborasi:
 - 1) Berikan obat kaltrofen supp 3x1 (100 mg).
 - 2) Berikan obat zaldiar 2x1 Kapsul melalui oral.

Pelaksanaan Keperawatan 11 Februari 2020

Pukul 14.00 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/77 mmHg, nadi 85 x/menit, suhu 37 °C, pernafasan 20 x/menit. **Pukul 14.30 WIB** mengidentifikasi PQRST nyeri dengan hasil pasien mengatak nyeri di bawah abdomen, nyeri muncul saat bergerak, nyeri dengan skala nyeri 4, nyeri seperti ditusuk – tusuk.

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam perawat ruangan)

Pukul 16.00 WIB memberikan obat kaltrofen 1 suppositoria 100 mg dengan hasil obat berhasil diberikan sesuai dengan instruksi dokter.

Pukul 17.00 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 77 x/menit, suhu, 36,8 °C, pernafasan 20 x/menit. **Pukul 22.00 WIB** mengidentifikasi PQRST nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri dibawah abdomen, nyeri muncul saat bergerak, nyeri dengan skala nyeri 4, nyeri seperti ditusuk – tusuk, lamanya nyeri muncul 2 menit. **Pukul 24.00 WIB** memberikan obat kaltrofen 1 suppositoria 100 mg dengan hasil obat berhasil diberikan sesuai dengan instruksi dokter. **Pukul 02.00 WIB** mengobservasi respon non verbal dengan hasil pasien tampak meringis saat bergerak.

Evaluasi Keperawatan 11 Februari 2020 Pukul 15.00

Subjektif: pasien mengatakan nyeri dibawah abdomen, nyeri muncul saat bergerak, nyeri dengan skala nyeri 4, nyeri seperti ditusuk – tusuk, lamanya nyeri muncul 2 menit.

Objektif: tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 77 x/menit, pasien tampak meringis kesakitan saat bergerak

Analisa: masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: lanjutkan intervensi 1,2,3, dan 4

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 07.00 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/79 mmHg, nadi 87 x/menit, suhu 37 °C, pernafasan 18 x/menit. **pukul 08.00 WIB** memberikan obat kaltrofen 1 suppositoria 100 mg dengan hasil obat berhasil diberikan sesuai dengan instruksi dokter. **Pukul 11.00 WIB** mengidentifikasi PQRST dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada bagian bawah abdomen, nyeri dengan skala nyeri 3, nyeri muncul saat bergerak, nyeri seperti ditusuk-tusuk, lamanya nyeri muncul 2 menit. **Pukul**

12.00 WIB memberikan obat kaltrofen 1 suppositoria 100 mg dan zaldiar 1 kapsul melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan sesuai dengan instruksi dokter. **Pukul 14.00 WIB** mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien akan mengikuti ajaran perawat untuk relaksasi nafas dalam.

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam perawat ruangan)

Pukul 16.10 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 105/72 mmHg, nadi 77 x/menit, suhu 37,4 °C, pernafasan 18 x/menit. **Pukul 18.00 WIB** mengobservasi respon non-verbal dengan hasil pasien tampak meringis. **Pukul 21.00 WIB** mengidentifikasi PQRST dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada bagian bawah abdomen, nyeri muncul pada saat bergerak, nyeri dengan skala nyeri 4, nyeri seperti ditusuk-tusuk, lama muncul nyeri 2 menit. **Pukul 24.00 WIB** memberikan obat kaltrofen 1 suppositoria 100 mg dan zaldiar 1 kapsul melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan sesuai dengan instruksi dokter. **Pukul 05.00 WIB** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 113/78 mmHg, nadi 70 x/menit, suhu 36,6 °C, pernafasan 18 x/menit.

Evaluasi Keperawatan 12 Februari 2020 Pukul 15.00

Subjektif: pasien mengatakannya nyeri pada bagian bawah abdomen, nyeri muncul pada saat bergerak, nyeri dengan skala nyeri 4, nyeri seperti ditusuk-tusuk, lama muncul nyeri 2 menit.

Objektif: tekanan darah 113/78 mmHg, nadi 70 x/menit, pasien tampak meringis kesakitan saat bergerak

Analisa: masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: lanjutkan intervensi 1,2, dan 4

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 13 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 86 x/menit, suhu 37 °C, pernafasan 20 x/menit. **Pukul 09.10 WIB** memberikan obat kaltrofen 1 suppositoria 100 mg dengan hasil obat berhasil diberikan sesuai dengan instruksi dokter. **Pukul 11.30 WIB** mengobservasi respon non-verbal dengan hasil pasien tampak meringis. **Pukul 12.00 WIB** mengidentifikasi PQRST dengan hasil pasien mengatakan masih nyeri pada bagian bawah abdomen, nyeri muncul pada saat bergerak, nyeri dengan skala nyeri 3, nyeri seperti hilang timbul, lama nyeri muncul 2 menit. **Pukul 12.45 WIB** memberikan obatkaltrofen 1 suppositoria100 mg dan zaldiar 1 kapsul melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan sesuai dengan instruksi dokter.

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam perawat ruangan)

Pukul 16.00 WIB memonitor anda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 81 x/menit, suhu 36 °C, pernafasan 17 x/menit. **Pukul 19.00 WIB** mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien akan mengikuti ajaran perawat untuk relaksasi nafas dalam. **Pukul 24.00 WIB** memberikan obat kaltrofen 1 suppositoria 100 mg dan zaldiar 1 kapsul melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan sesuai dengan instruksi dokter. **Pukul 02.00 WIB** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 103/75 mmHg, nadi 69 x/menit, suhu 36,4 °C, pernafasan 20 x/menit

Evaluasi Keperawatan 13 Februari 2020 Pukul 15.00

Subjektif: pasien mengatakan masih nyeri pada bagian bawah abdomen, nyeri muncul pada saat bergerak, nyeri dengan skala nyeri 3, nyeri seperti hilang timbul, lama nyeri muncul 2 menit.

Objektif: tekanan darah 103/75 mmHg, nadi 69 x/menit, pasien tampak meringis kesakitan saat bergerak

Analisa: masalah teratasi, tujuan tercapai

Planning: hentikan intervensi

2. Diagnosa Kedua

Risiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif. (postpartum *sectio caesarea*)

Data Subjektif: Pasien mengatakan ada jahitan di bagian perutnya atau ada luka

operasi di bagian bawah perutnya, pasien mengatakan tidak terasa panas di sekitar

luka insisi dan tidak ada rembesan darah dari pembalut luka.

Data Objektif: Suhu: 36,1°C, pasien tampak ada jahitan di bagian bawah abdomen dengan panjang jahitannya 10 cm dan tidak ada tanda- tanda infeksi pada daerah luka operasi, balutan kering, pasien tampak terpasang *folly chateter* dan infus RL dan induxin 10 unit/cc.

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

Kriteria Hasil: tanda-tanda vital dalam batas normal (Suhu: 36,5 – 37,5°C), tidak ada tanda – tanda infeksi, balutan luka operasi tetap kering.

Rencana Tindakan:

- a) Monitor tanda-tanda vital (TD, N, RR, S) per shift.
- b) Monitor tanda-tanda infeksi pada luka operasi.
- c) Anjurkan menjaga luka tetap kering dan bersih.
- d) Anjurkan makanan tinggi kalori tinggi protein.
- e) Ajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda-gejala infeksi.
- f) Lakukan perawatan luka operasi pada hari ke 3.
- g) Tindakan Kolaborasi:
 - 1) Berikan obat dynacep 3x1 gram (injeksi).
 - 2) Berikan obat albusmin 3x1 kapsul melalui oral.

PelaksanaanKeperawatanTanggal 11 Februari 2020

Pukul 14.00 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/77 mmHg, nadi 85 x/menit, suhu 37 °C,

pernafasan 20 x/menit. **Pukul 15.00 WIB** memonitor tanda – tanda infeksi dengan hasil tidak ada tanda – tanda infeksi kemerahan, bengkak, perubahan fungsi, peradangan.

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam perawat ruangan)

Pukul 16.00 WIB memberikan obat dynacep 1gram melalui injeksi intravena dengan hasil obat berhasil diberikan sesuai dengan instruksi dokter. **Pukul 17.00 WIB** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 77 x/menit, suhu, 36,8 °C, pernafasan 20 x/menit. **Pukul 21.00 WIB** menganjurkan pasien menjaga luka tetap kering dan bersih dengan hasil pasien mengikuti anjuran perawat. **Pukul 24.00 WIB** memberikan obat dynacep 1 gram melalui injeksi intravena dengan hasil obat berhasil diberikan sesuai dengan instruksi dokter.

Evaluasi Keperawatan 11 Februari 2020 Pukul 15.00

Subjektif: -

Objektif: suhu 37 °C, tidak ada tanda-tanda infeksi pada daerah luka pasien, balutan luka operasi tampak kering

Analisa: masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: lanjutkan intervensi 1,4 dan 7

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 07.00 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/79 mmHg, nadi 87 x/menit, suhu 37 °C, pernafasan 18 x/menit. **pukul 08.00 WIB** memberikan obat albusmin 1 kapsul melalui oral dan dynacep1 gram melalui injeksi intravena dengan hasil obat berhasil diberikan sesuai dengan instruksi dokter. **Pukul 10.00 WIB** menganjurkan pasien makanan tinggi kalori tinggi protein dengan hasil pasien mengikuti anjuran perawat. **Pukul 12.00 WIB** memberikan albusmin 1 kapsul melalui oral dan obat

dynacep 1 gram dan albusmin melalui injeksi intravena dengan hasil obat berhasil diberikan sesuai dengan instruksi dokter.

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam perawat ruangan)

Pukul 16.10 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 105/72 mmHg, nadi 77 x/menit, suhu 37,4 °C, pernafasan 18 x/menit. **pukul 20.00 WIB** memonitor tanda – tanda infeksi dengan hasil tidak ada tanda – tanda infeksi kemerahan, bengkak, perubahan fungsi, peradangan. **Pukul 24.00 WIB** memberikan albusmin 1 kapsul melalui oral dan obat dynacep 1 gram dan albusmin melalui injeksi intravena dengan hasil obat berhasil diberikan sesuai dengan instruksi dokter. **Pukul 05.00 WIB** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 113/78 mmHg, nadi 70 x/menit, suhu 36,6 °C, pernafasan 18 x/menit.

Evaluasi Keperawatan 12 Februari 2020 Pukul 15.00 WIB

Subjektif: -

Objektif: suhu 37,4 °C, tidak ada tanda-tanda infeksi pada daerah luka pasien, balutan luka operasi tampak kering

Analisa: masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: lanjutkan intervensi 1,4,6 dan 7

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 13 Februari 2020

Pukul 06.00 WIB melakukan perawatan luka dengan hasil luka tampak kering, tidak ada kemerahan, dibersihkan dengan betadine dan NaCl 0,9% lalu luka dikeringkan dengan kassa steril dan diberi bactigras lalu luka ditutup dengan kassa dan opsite. **Pukul 08.00 WIB** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 86 x/menit, suhu 37 °C, pernafasan 20 x/menit. **Pukul 09.10 WIB** memberikan obat albusmin 1 kapsul melalui oral dan dynacep 1 gram melalui injeksi intravena dengan

hasil obat berhasil diberikan sesuai dengan instruksi dokter. **Pukul 09.50 WIB** menganjurkan pasien makanan tinggi kalori tinggi protein dengan hasil pasien mengikuti anjuran perawat. **Pukul 12.45 WIB** memberikan obat albusmin 1 kapsul melalui oral dan dynacep1 gram melalui injeksi intravena dengan hasil obat berhasil diberikan sesuai dengan instruksi dokter.

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam perawat ruangan)

Pukul 16.00 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 81 x/menit, suhu 36 °C, pernafasan 17 x/menit. **Pukul 20.00 WIB** menganjurkan pasien menjaga luka tetap kering dan bersih dengan hasil pasien mengikuti anjuran perawat. **Pukul 24.00 WIB** memberikan obat albusmin 1 kapsul melauai oral dan dynacep1 gram melalui injeksi intravena dengan hasil obat berhasil diberikan sesuai dengan instruksi dokter. **Pukul 02.00 WIB** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 103/75 mmHg, nadi 69 x/menit, suhu 36,4 °C, pernafasan 20 x/menit.

Evaluasi Keperawatan 13 Februari 2020

Subjektif: -

Objektif: suhu 36 °C, tidak ada tanda-tanda infeksi pada daerah luka pasien, balutan luka operasi tampak kering

Analisa: masalah teratasi, tujuan tercapai

Planning: hentikan intervensi

3. Diagnosa Ketiga

Risiko Perdarahan berhubungan dengan komplikasi paska partum

Data Subjektif: Pasien mengatakan keluar darah dari kemaluannya

Data Objektif: TD: 116/72 mmHg, N: 78 x/menit, pasien tampak mengeluarkan lokhea rubra dari vaginanya, konsistensi uterus teraba keras, kontraksi uterus kuat. Hematokrit: 36 vol %, human sign: negatif, luka

jahitan dengan panjang 10 cm, terpasang *folly catheher* dengan BAK warna kuning, tinggi fundus uterus 2 jari dibawah umbilikal.

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

Kriteria Hasil: tanda-tanda vital dalam batas normal (TD: 120/80 mmHg, N: 60 – 100 x/menit), konsistensi uterus teraba keras, hematokrit dalam batas normal (37 – 43 vol%), kontraksi uterus kuat.

Rencana Tindakan:

- a) Monitor tanda-tanda vital (TD, N, RR, S) per shift.
- b) Monitor konsistensi uterus.
- c) Monitor Kontraksi Uterus.
- d) Monitor lokhea
- e) Monitor tanda-tanda perdarahan.
- f) Instruksikan pasien dan keluarga untuk memonitor tanda-tanda perdarahan.
- g) Anjurkan pasien untuk meningkatkan makanan yang kaya vitamin K.
- h) Tindakan Kolaborasi:
 - 1) Observasi hasil laboratorium: Hematokrit, Hemoglobin
 - 2) Berikan obat metvell 3x1 mg tablet melalui oral

PelaksanaanKeperawatanTanggal 11 Februari 2020

Pukul 13.40 WIB mengobservasi hasil laboratorium Hematokrit 36 vol%. **Pukul 14.00 WIB** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/77 mmHg, nadi 85 x/menit, suhu 37 °C, pernafasan 20 x/menit.

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam perawat ruangan)

Pukul 16.00 WIB memberikan obat metvell 1 tablet melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan sesuai dengan instruksi dokter.

Pukul 17.00 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 77 x/menit, suhu, 36,8 °C,

pernafasan 20 x/menit. **Pukul 20.30 WIB** memonitor konsistensi uterus dengan hasil konsistensi uterus keras. **Pukul 20.50 WIB** memonitor kontraksi uterus dengan hasil kontraksi uterus kuat. **Pukul 24.00 WIB** memberikan obat metvelli 1 tablet melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan sesuai dengan instruksi dokter.

Evaluasi Keperawatan 11 Februari 2020 Pukul 15.00

Subjektif: pasien mengatakan tidak ada yang keluar dari vaginanya

Objektif: tekanan darah 110/77 mmHg, nadi 85 x/menit, hasil laboratorium hematokrit 36 vol%

Analisa: masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: lanjutkan intervensi 1,2,3,4,7 dan 8

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 07.00 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/79 mmHg, nadi 87 x/menit, suhu 37 °C, pernafasan 18 x/menit. **pukul 08.00 WIB** memberikan obat metvelli 1 tablet melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan sesuai dengan instruksi dokter. **Pukul 09.00 WIB** menganjurkan pasien meningkatkan makanan yang kaya akan vitamin K dengan hasil pasien mengikuti anjuran perawat. **Pukul 09.45 WIB** memonitor konsistensi uterus dengan hasil konsistensi uterus keras. **Pukul 12.00 WIB** memberikan obat metvelli 1 tablet melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan sesuai dengan instruksi dokter. **Pukul 13.30 WIB** memonitor kontraksi uterus dengan hasil kontraksi uterus kuat.

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam perawat ruangan)

Pukul 16.10 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 105/72 mmHg, nadi 77 x/menit, suhu 37,4 °C,

pernafasan 18 x/menit. **Pukul 19.00 WIB** mengobservasi hasil laboratorium hematokrit 30 vol% dan hemoglobin 11,0 g/dl. **Pukul 23.00 WIB** memonitor tanda – tanda perdarahan dengan hasil perdarahan tidak ada. **Pukul 24.00 WIB** memberikan obat metvell 1 tablet melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan sesuai dengan instruksi dokter. **Pukul 05.00 WIB** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 113/78 mmHg, nadi 70 x/menit, suhu 36,6 °C, pernafasan 18 x/menit.

Evaluasi Keperawatan 12 Februari 2020 Pukul 15.00

Subjektif: pasien mengatakan tidak merasa ada yang keluar di daerah vaginanya.

Objektif: tekanan darah 110/79 mmHg, nadi 87 x/menit, Hasil laboratorium hematokrit 30 vol%, hemoglobin 11,0 g/dl, konsistensi uterus keras, kontraksi uterus kuat hasil

Analisa: masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: lanjutkan intervensi 1, 3, 6, dan 8

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 13 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 86 x/menit, suhu 37 °C, pernafasan 20 x/menit. **Pukul 09.10 WIB** memberikan obat metvell 1 tablet melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan sesuai dengani nstruksi dokter. **Pukul 10.30 WIB** mengobservasi hasil laboratorium hematokrit 30 vol%, hemoglobin 11,0 g/dl **Pukul 12.45 WIB** memberikan obat metvell 1 tablet melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan sesuai dengan instruksi dokter. **Pukul 13.00 WIB** menginstruksikan pasien dan keluarga untuk memonitor tanda-tanda perdarahan dengan hasil pasien dan keluarga mengikuti instruksi perawat.

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam perawat ruangan)

Pukul 16.00 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 81 x/menit, suhu 36 °C, pernafasan 17 x/menit. **Pukul 18.00 WIB** mengobservasi hasil laboratorium hematokrit 30 vol%. **Pukul 24.00 WIB** memberikan obat metvell 1 tablet melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan sesuai dengan instruksi dokter.

Evaluasi Keperawatan 13 Februari 2020 Pukul 15.00

Subjektif: pasien mengatakan tidak merasa ada yang keluar dari vaginanya

Objektif: tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 86 x/menit. Hasil laboratorium hematokrit 30 vol% (belum ada hasil laboratorium yang baru), hemoglobin 11.0 g/dl.

Analisa: masalah belum teratasi, tujuan tercapai sebagian

Planning: hentikan intervensi

4. Diagnosa keempat

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka post *sectio caesarea*

Data Subjektif: pasien mengatakan tidak mampu untuk melakukan aktivitas seperti biasa, pasien mengatakan belum mampu berjalan dan duduk terlalu lama.

Data Objektif: pasien tampak lemah, pasien tampak dibantu keluarga saat bergerak, tampak aktivitas pasien terbatas.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan mobilitas pasien meningkat.

Kriteria Hasil: aktivitas fisik meningkat, skala aktivitas menjadi mandiri.

Rencana Tindakan:

- a) Kaji kemampuan dalam melakukan mobilitas.
- b) Observasi penyebab gangguan mobilitas yang dialami pasien.
- c) Anjurkan pasien mobilitas secara bertahap dan mobilitas dini.

- d) Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya sehari-hari (mandi, makan).
- e) Libatkan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pasien.

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 11 Februari 2020

Pukul 14.00 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/77 mmHg, nadi 85 x/menit, suhu 37 °C, pernafasan 20 x/menit.

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam perawat ruangan)

Pukul 17.00 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 77 x/menit, suhu, 36,8 °C, pernafasan 20 x/menit. **Pukul 20.30 WIB** menganjurkan pasien mobilitas secara bertahap dan mobilitas dini dengan hasil pasien mengikuti anjuran perawat

Evaluasi 11 Februari 2020 Pukul 15.00

Subjektif: pasien mengatakan takut bergerak karena ada luka operasi di daerah perutnya

Objektif: pasien tampak takut saat bergerak

Analisa: masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: lanjutkan intervensi 1,4 dan 5

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 07.00 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/79 mmHg, nadi 87 x/menit, suhu 37 °C, pernafasan 18 x/menit. **Pukul 09.50 WIB** mengkaji kemampuan dalam melakukan mobilitas dengan hasil pasien mampu merubah posisi dengan perlahan-lahan. **Pukul 12.30 WIB** membantu pasien dalam kebutuhan sehari-hari dengan hasil perawat membantu pasien saat ingin ke toilet.

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam perawat ruangan)
Pukul 16.10 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 105/72 mmHg, nadi 77 x/menit, suhu 37,4 °C, pernafasan 18 x/menit. **Pukul 22.45 WIB** melibatkan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pasien dengan hasil keluar membantu pasien saat ingin bergerak dan ke toilet

Evaluasi Keperawatan 12 Februari 2020 Pukul 15.00

Subjektif: pasien mengatakan pergi ke kamar mandi masih dibantu suami dan keluarga, sudah bisa duduk

Objektif: pasien tampak miring kanan dan miring kiri

Analisa: masalah teratasi, tujuan tercapai

Planning: hentikan intervensi

5. Diagnosa Kelima

Defisiensi Pengetahuan program KB berhubungan dengan kurang informasi mengenai keluarga berencana

Data Subjektif: Pasien berencana menggunakan kontrasepsi suntik KB, tapi pasien belum memiliki pengetahuan yang cukup untuk pilihan suntik yang 1 bulan atau 3 bulan.

Data Objektif: Pasien tampak bingung saat menetapkan pilihan untuk menggunakan kontrasepsi suntik KB (1 bulan atau 3 bulan)

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

Kriteria Hasil: pasien dapat mengetahui mengenai KB (Keluarga Berencana).

Rencana Tindakan:

- a) Kaji pengetahuan dan pemahaman terhadap penggunaan alat kontrasepsi.
- b) Berikan informasi tentang pengertian KB.
- c) Beritahu kepada pasien manfaat dari penggunaan KB.
- d) Jelaskan kepada pasien berbagai bentuk KB.
- e) Diskusikan pertimbangan agama, budaya terhadap pilihan KB.

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 11 Februari 2020

Pukul 14.00 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/77 mmHg, nadi 85 x/menit, suhu 37 °C, pernafasan 20 x/menit. **Pukul 14.20 WIB** mengkaji pengetahuan pasien mengenai keluarga berencana dengan hasil pasien mengatakan belum terlalu mengetahui mengenai keluarga berencana, pasien mengatakan yang diketahuinya KB suntik yang 1 bulan dan 3 bulan, tetap belum mengetahui keuntungan dan kerugian KB suntik.

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam perawat ruangan)

Pukul 17.00 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 77 x/menit, suhu, 36,8 °C, pernafasan 20 x/menit. **Pukul 18.45 WIB** mengajarkan cara menyusui dengan benar dengan hasil pasien bisa mengikut apa yang perawat ajarkan.

Evaluasi Keperawatan 11 Februari 2020 Pukul 15.00

Subjektif: pasien mengatakan belum terlalu banyak mengetahui mengenai keluarga berencana, pasien mengatakan yang diketahuinya KB suntik 1 bulan dan 3 bulan, belum mengetahui keuntungan dan kerugian KB suntik

Objektif: pasien tampak masih bingung saat ditanya mengenai KB

Analisa: masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: lanjutkan intervensi 2,3,4

Pelaksanaan Keperawatan 12 Februari 2020

Pukul 07.00 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/79 mmHg, nadi 87 x/menit, suhu 37 °C, pernafasan 18 x/menit.

Pukul 09.40 WIB memberikan informasi tentang pengertian dari keluarga berencana dengan hasil pasien sudah mengetahui pengertian dari keluarga berencana. **Pukul 10.45 WIB** memberikan informasi manfaat dari penggunaan KB dengan hasil pasien sudah mengetahui

manfaat apa saja penggunaan KB. **Pukul 12.50 WIB** menjelaskan kepada pasien berbagai bentuk alat kontrasepsi dengan hasil pasien mengatakan akan menggunakan alat kontrasepsi yaitu suntik yang 3 bulan.

Evaluasi Keperawatan 12 Februari 2020 Pukul 15.00

Subjektif: pasien mengatakan sudah mengerti KB dan manfaat dari KB, pasien mengatakan menggunakan KB suntik yang 3 bulan.

Objektif: pasien tampak sudah mengerti KB dan alat kontrasepsi

Analisa: masalah teratasi, tujuan tercapai

Planning: hentikan intervensi

6. Diagnosa keenam

Ketidakefektifan proses laktasi berhubungan dengan kurang pengetahuan mengenai teknik menyusui.

Data Subjektif: pasien mengatakan belum tahu cara menyusui.

Data Objektif: saat menyusui bayinya pasien tampak bingung bagaimana cara menyusui dengan benar.

Tujuan: setelah dilakukann tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pengetahuan bertambah.

Kriteria Hasil: pasien dapat mengetahui mengenai teknik menyusui dengan benar.

Rencana Tindakan:

- a) Observasi cara ibu menyusui.
- b) Berikan informasi tentang teknik menyusui dengan benar.
- c) Ajarkan teknik menyusui dengan benar.
- d) Bantu ibu memperbaiki isapan pada payudara.

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 07.00 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/79 mmHg, nadi 87 x/menit, suhu 37 °C, pernafasan 18 x/menit.

Pukul 13.50 WIB memberikan informasi tentang teknik menyusui dengan benar dengan hasil pasien mengetahui cara menyusui dengan

benar. **Pukul 14.20 WIB** mengajarkan teknik menyusui dengan benar dengan hasil pasien mengikuti apa yang diajarkan perawat.

Evaluasi Keperawatan Tanggal 12 Februari 2020 Pukul 15.00

Data Subjektif: pasien mengetahui cara menyusui dengan benar, pasien mengikuti apa yang diajarkan perawat.

Data Obejktif: pasien tampak sudah mengetahui cara menyusui dengan benar.

Analisa: masalah teratasi, tujuan tercapai

Planning: hentikan intervensi

BAB VI

PEMBAHASAN

A. Pengkajian Keperawatan

Menurut teori Prawirohardjo (2016), pengkajian pada pasien dengan *oligohidramnion* biasa terjadi pada kehamilan postterm yaitu kehamilan lewat dari 36 minggu. Hal ini sama dengan pasien saat dilakukan pengkajian yaitu dengan usia kehamilan 39-40 minggu.

Menurut teori Darmiati (2018), pada pasien dengan *oligohidramnion* dengan index cairan amnion kurang dari normal yaitu 500 cc, tetapi pada kasus nilai ICA 8,8 sudah disebut sebagai oligohidramnion dan dijadikan indikasi untuk tindakan SC. Hal ini tidak sama dengan pasien saat dilakukan pengkajian yaitu dengan index cairan amnion (ICA) yaitu 8,8 L atau 880 CC.

Menurut teori R. Yuli Aspiani (2017), pasien dengan *sectio caesarea* kebutuhan defisit perawatan diri merupakan pemeliharaan kesehatan untuk diri sendiri, dimana kebutuhan *personal hygiene* pasien mengalami gangguan, karena pasien terpasang *folley catheher* sehingga dibantu oleh keluarga dalam merawat diri. Hal ini tidak sama dengan pasien saat dilakukan pengkajian untuk kebersihan dirinya tidak di bantu oleh keluarga.

Perubahan aktivitas menurut R. Yuli Aspiani (2017), pada pasien *sectio caesarea* aktivitasnya dapat terganggu, pekerjaan atau kegiatan sehari-hari tidak mampu dilakukan secara maksimal dan mengalami keterbatasan aktivitas, karena terdapat nyeri akibat luka operasi *sectio caesarea*. Hal ini sama dengan pasien saat dilakukan pengkajian yaitu pasien mengalami keterbatasan aktivitas karena nyeri post *sectio caesarea*.

Perubahan pada sistem respirasi menurut R. Yuli Aspiani (2017), pada pasien *sectio caesarea* mengalami gangguan dengan adanya obstruksi jalan nafas karena adanya batuk atau sekret sehingga dapat mengalami respirasi yang tidak adekuat. Hal ini tidak sama dengan pasien saat dilakukan pengkajian yaitu pasien tidak mengalami respirasi yang tidak adekuat karena tidak ada batuk ataupun sekret.

Pemeriksaan penunjang pada pasien dengan *sectio caesarea* indikasi *oligohidramnion* menurut Prawirohardjo (2016), dilakukan dengan salah satu pemeriksaan yaitu ultrasonografi (USG), sedangkan pada kasus tidak menemukan hasil USG tertulis. Hal ini disebabkan karena pasien di USG di poli dan hasilnya tidak di print, hanya ada catatan ICA 8,8 L atau 880 cc.

Penulis menemukan faktor penghambat dalam pengkajian faktor pencetus terjadinya *sectio caesarea* indikasi *oligohidramnion* pada pasien karena penulis kurang paham tentang pengkajian *oligohidramnion*. Faktor pendukungnya yaitu pada saat dilakukan pengkajian pasien dan keluarga kooperatif memberikan informasi secara terbuka, dan bisa melihat data dari rekam medis.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa pada pasien *sectio caesarea* indikasi *oligohidramnion* terdapat 5 diagnosa post operasi yang sesuai dengan teori, namun penulis mengangkat 6 diagnosa dengan 3 diagnosa keperawatan yang sesuai teori pada kondisi dan keadaan pasien, diagnosa keperawatan yang ada di teori tetapi tidak diangkat oleh penulis, yaitu:

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi sekret, efek anestesi. Diagnosa keperawatan tersebut tidak penulis angkat karena tidak terdapat kriteria tanda dan gejala pada kasus. Dibuktikan pada saat melakukan pengkajian pasien terlihat tidak ada batuk dan tidak ada sekret.

2. Kurang perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik. Diagnosa keperawatan tersebut tidak penulis angkat karena tidak terdapat kriteria tanda dan gejala pada kasus. Dibuktikan pada saat melakukan pengkajian pasien terlihat membersihkan diri dengan mandi dan sikat gigi.

Adapun faktor pendukung untuk mengangkat diagnosa keperawatan yang telah diangkat yaitu adanya keluhan pada pasien dan respon pasien yang sesuai dengan batasan karakteristik diagnosa keperawatan serta adanya referensi buku yang dapat dijadikan acuan untuk mengangkat diagnosa tersebut, dan pasien kooperatif dengan penulis. Adapun faktor hambatan pada saat mengangkat diagnosa keperawatan dikarenakan adanya referensi buku yang kurang terbaru yang bisa dijadikan sumber penulis.

C. Perencanaan Keperawatan

Diagnosa prioritas yang penulis angkat adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur operasi) karena sesuai dengan kebutuhan pasien yang paling utama yaitu kebutuhan fisiologis pada saat pengkajian, dibuktikan pasien mengatakan ada nyeri pada luka operasi, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri dengan skala nyeri 4.

Pada teori, penentuan tujuan dalam perencanaan keperawatan tidak ada batasan waktu. Tetapi pada kasus, penulis membuat tujuan supaya adanya batasan. Hal tersebut diberikan waktu untuk mengetahui tingkat keberhasilan dari perencanaan yang telah dibuat.

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur operasi) intervensi yang tidak digunakan pada kasus:

- 1 Monitor kenyamanan klien terhadap manajemen nyeri.
- 2 Libatkan keluarga untuk mengurangi nyeri.
- 3 Tingkatkan istirahat yang cukup.
- 4 Evaluasi tentang ketefektifan dari tindakan mengontrol nyeri yang telah digunakan.

penulis menambahkan intervensi sesuai dengan kasus:

1. Berikan obat kaltrofen suppositoria 3 x1 (100 mg) sesuai instruksi dokter.
2. Berikan obat zaldiar 2x1 kapsul melalui oral bila nyeri berat.

Pada diagnosa kedua risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (postpartum *sectio caesarea*) intervensi yang tidak digunakan pada kasus:

- 1 Kaji faktor yang meningkatkan serangan infeksi.
- 2 Pantau *hygiene personal* untuk perlindungan terhadap infeksi.
- 3 Anjurkan klien dan keluarga untuk menjaga *personal hygiene* dan melindungi tubuh terhadap infeksi.
- 4 Batasi jumlah pengunjung.
- 5 Ajarkan klien dan keluarga bagaimana mencegah infeksi.

penulis menambahkan intervensi sesuai dengan kasus:

- 1 Berikan obat dynacep 3x1 gram melalui injeksi intravena sesuai instruksi dokter.
- 2 Berikan obat albusmin 3x1 kapsul melalui oral sesuai dengan instruksi dokter.

Pada diagnosa ketiga risiko perdarahan dengan komplikasi pascapartum penulis menambahkan intervensi sesuai dengan kasus:

- 1 Monitor tanda – tanda vital (TD, N, RR, S) per shift.
- 2 Monitor konsistensi uterus.
- 3 Monitor Kontraksi Uterus.
- 4 Monitor tanda – tanda perdarahan.
- 5 Instruksikan pasien dan keluarga untuk memonitor tanda-tanda perdarahan.
- 6 Anjurkan pasien untuk meningkatkan makanan yang kaya vitamin K.
- 7 Observasi hasil laboratorium: hematokrit, hemoglobin.
- 8 Berikan obat metvell 3x1 mg tablet melalui oral sesuai instruksi dokter.

Pada diagnosa keempat gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post *sectio caesarea* intervensi yang tidak digunakan pada kasus:

1. Monitor integritas kulit pada area yang tertekan.
2. Lindungi klien dari trauma selama Latihan.

Pada diagnosa kelima defisiensi pengetahuan program KB berhubungan dengan kurang informasi mengenai keluarga berencana: kontrasepsi penulis menambahkan intervensi sesuai dengan kasus:

- 1 Kaji pengetahuan dan pemahaman terhadap penggunaan alat kontrasepsi.
- 2 Berikan informasi tentang pengertian KB.
- 3 Beritahu kepada pasien manfaat dari penggunaan KB.
- 4 Jelaskan kepada pasien berbagai bentuk alat kontrasepsi.
- 5 Diskusikan pertimbangan agama, budaya terhadap pilihan alat kontrasepsi.

Pada diagnosa keenam ketidakefektifan proses laktasi berhubungan dengan kurang pengetahuan mengenai teknik menyusui penulis menambahkan intervensi sesuai dengan kasus:

1. Observasi cara ibu menyusui
2. Berikan informasi tentang teknik menyusui dengan benar
3. Ajarkan tentang teknik menyusui dengan benar
4. Bantu ibu memperbaiki isapan pada payudara

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

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan yang sudah dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun pada diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur operasi), risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pasca partum, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka bekas operasi *sectio caesarea*, ketidakefektifan proses laktasi berhubungan dengan kurang pengetahuan mengenai teknik menyusui, dan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi keluarga berencana: kontrasepsi sudah dilakukan dengan baik sesuai yang direncanakan dan dengan waktu yang telah ditetapkan oleh penulis.

Faktor pendukung yang diperoleh untuk penulis yaitu pasien sangat komunikatif dan kooperatif serta kolaborasi tim perawat ruangan sehingga dapat melakukan rencana keperawatan dengan baik. Adapun faktor penghambat bagi penulis pada saat melakukan pelaksanaan keperawatan yaitu keterbatasan waktu dalam jam praktek dinas dirumah sakit yang tidak dapat melakukan tindakan selama 24 jam kepada pasien kelolaan.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yaitu sebagai tahap akhir dari proses asuhan keperawatan yang membandingkan sistematis dan rencana antara hasil akhir dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat oleh penulis pada tahap perencanaan keperawatan. Hasil evaluasi dari masing-masing diagnosa keperawatan pada kasus antara lain:

Pada diagnosa keperawatan: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur operasi) ditentukan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x 24 jam nyeri akut berkurang dengan kriteria hasil tanda-tanda vital dalam batas normal tekanan darah (120/80 mmHg), nadi (60-100 x/menit), nyeri (skala 1-3). Masalah teratasi, tujuan tercapai. Dibuktikan pasien

mengatakan nyeri pada luka operasi, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan nyeri dengan skala nyeri 3.

Pada diagnosa keperawatan: Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (*postpartum sectio caesarea*) ditentukan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x 24 jam risiko infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil suhu dalam batas normal suhu (36,5- 37,5°C), pasien tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi, balutan luka operasi kering. Masalah teratasi tujuan tercapai. Dibuktikan tidak ada tanda-tanda infeksi pada daerah luka operasi, balutan luka tampak kering, dan suhu 36°C.

Pada diagnosa keperawatan: risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi paska partum ditentukan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x 24 jam perdarahan tidak terjadi dengan kriteria hasil tanda – tanda vital dalam batas normal tekanan darah (120/80 mmHg), nadi (60 – 100 x/menit), konsistensi uterus teraba keras, hematokrit dalam batas normal (37 – 43 vol%), kontraksi uterus kuat. Masalah belum teratasi tujuan tercapai sebagian. Dibuktikan hematokrit 30 vol%, hemoglobin 11,0 g/dl, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 86 x/menit.

Pada diagnosa keperawatan: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka post *sectio caesarea* ditentukan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan mobilitas pasien meningkat dengan kriteria hasil aktivitas fisik meningkat, skala aktivitas menjadi mandiri. Masalah belum teratasi tujuan tercapai sebagian. Dibuktikan pasien mengatakan pergi ke kamar mandi masih dibantu suami dan keluarga, pasien mengatakan sudah bisa duduk.

Pada diagnosa keperawatan: defisiensi pengetahuan program KB berhubungan dengan kurang informasi mengenai keluarga berencana (KB) ditentukan setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x 24 jam diharapkan pengetahuan bertambah dengan kriteria hasil mengetahui mengenai KB.

Masalah teratasi tujuan tercapai. Dibuktikan pasien mengatakan sudah mengetahui KB dan pasien mengatakan akan menggunakan KB suntik yang 3 bulan.

Pada diagnosa keperawatan: ketidakefektifan proses laktasi berhubungan dengan kurang pengetahuan mengenai teknik menyusui dengan benar ditentukan setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan pengetahuan bertambah mengenai teknik menyusui dengan kriteria hasil mengetahui mengenai teknik menyusui dengan benar. Masalah teratasi tujuan tercapai. Dibuktikan pasien mengatakan sudah mengetahui teknik menyusui dengan benar.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Nyonya. J dengan *sectio caesarea* dengan indikasi *oligohidramnion* dan membahas kesenjangan antara teori dan kasus, penulis menyimpulkan bahwa saat pengkajian yang harus dikaji pada pasien dengan *sectio caesarea* indikasi *oligohidramnion* yaitu pengkajian terhadap nyeri pada luka operasi bagian bawah abdomen. Hal ini sama dengan pasien yang dirawat yaitu nyeri pada luka operasi bagian bawah abdomen.

Pada diagnosa keperawatan yang terdapat pada kasus yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur operasi), risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (postpartum *sectio caesarea*), risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi paska partum, gangguan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka post *sectio caesarea*, dan defisiensi pengetahuan program KB berhubungan dengan kurang informasi mengenai keluarga berencana (KB), dan Ketidakefektifan proses laktasi berhubungan dengan kurang pengetahuan mengenai teknik relaksasi.

Pada perencanaan keperawatan yang direncanakan oleh penulis sesuai dengan penetapan tujuan dan kriteria hasil sesuai dengan referensi buku yang bisa di pertanggung jawabkan yang sesuai dengan kondisi pasien dan keluhan pasien. Perencanaan yang sesuai dengan prioritas diagnosa keperawatan yang penulis rencanakan anatara lain monitor tanda-tanda vital, identifikasi nyeri, dan ajarkan teknik relaksasi nafas dalam.

Pelaksanaan keperawatan yang sudah penulis lakukan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun pada diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur operasi), risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, sudah dilakukan dengan baik sesuai dengan yang direncanakan dan waktu yang telah ditetapkan oleh penulis.

Evaluasi keperawatan yaitu sebagai tahap akhir dari proses keperawatan adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada pasien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain.

B. Saran

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

1. Bagi institusi pendidikan
 - a. meningkatkan fasilitas internet yang lebih memadai bagi mahasiswa untuk meningkatkan akses sumber jurnal.
 - b. menambah buku dan jurnal referensi perpustakaan tentang asuhan keperawatan postpartum *sectio caesarea* dengan penyulit yang terbaru agar mempermudah mendapatkan referensi buku yang terbaru dalam menentukan suatu asuhan keperawatan.
2. Bagi perawat yaitu perawat diharapkan
 - a. bekerja sama tim dengan penulis agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang optimal kepada pasien.
 - b. Diharapkan dapat melanjutkan asuhan keperawatan secara komprehensif pada postpartum *sectio caesarea* dan memperhatikan pendokumentasian pada catatan keperawatan, baik dalam penulisan maupun bahasa yang digunakan agar mudah dibaca dan dipahami oleh perawat shift selanjutnya yang menangani pasien tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Asih, Yusari, dan R. (2016). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui*. Trans Info Media.
- Aspiani, R. yuli. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas Aplikasi NANDA, NIC, NOC*. Trans Info Media.
- Astutik, R. . (2015). *Buku Ajaran Asuhan Keperawatan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui*. CV Trans Infomedia.
- Fatmawati, E. (2018). Hubungan Asupan Cairan Ibu Hamil terhadap Indeks Cairan Amnion. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 89–95.
<https://doi.org/10.22146/jkr.38549>
- Hapsari, D. I. T. H. (2018). Determinan Peningkatan Angka Kejadian tindakan Sectio Caesarea Pada Ibu Bersalin di Rumah Sakit Ade Muhammad Djoen Kabupaten Sintang. *Jurnal Mahasiswa dan Penelitian Kesehatan*, 2.
- Indrayani, Djami, M. E. U. (2016). *Asuhan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Buku Kesehatan.
- Juliarti, W. Y. A. (2017). Gambaran Faktor Indikasi Ibu Bersalin Sectio Caesarea di RSUD Arifin Achmad Tahun 2013. *Journal Of Midwifery Science*, 1(2), 2.
- Leveno, K. . (2016). *Komplikasi Kehamila*. EGC.
- Marliandiani, Yefi, Ningrum, N. P. (2015). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas dan Menyusui*. Salemba Medika.
- Maryunani, A. (2014). *Perawatan Luka Seksio Caesarea (SC) dan Luka Kebidan Terkini*. In Media.
- Maryunani, A. (2015). *Asuhan Ibu Nifas & Asuhan Ibu Menyusui*. In Media.
- Maulinda, N.A, T. R. (2018). *Jurnal berkala epidemiologi*. 6, 27–34.
<https://doi.org/10.20473/jbe.v6i12018>.
- Nunung, S. . (2013). *Asuhan Kebdanan PostPartum Bandung*. PT. Refika Aditama.
- Nurjanah, S. N. dkk. (2013). *Asuhan Kebidanan Postpartum*. Refika Editama.
- Parwez, A. (2016). Oligohidramnion and Fetal Outcome A Review. *Journal Of NMC*, 1(1), 27.
- Prawirohardjo, S. (2016). *Ilmu Kebidanan*. PT. Bina Pustaka.
- Rini, S. (2016). *Panduan Asuhan Nifas & Evidance Based Practice*. Deepublish.

Setyowati, D, E. N. (2010). Faktor Faktor yang mempengaruhi terjadinya seksio sesarea pada ibu bersalin di RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta Tahun 2010. *STIKes Aisyiyah Yogyakarta*, 6.

Suistyawati, A. (2014). *Pelayanan Keluarga Berencana*. Salemba Medika.

LAMPIRAN

A. Teknik Menyusui Dengan benar

Cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar.

B. Manfaat Teknik Menyusui Dengan Benar

Pemberian ASI dengan teknik menyusui dengan benar dapat memberikan manfaat;

1. Dapat meningkatkan kecerdasan
2. Dapat meningkatkan daya tahan tubuh
3. Dapat membuat hubungan batin antara ibu dan bayi

C. Langkah langkah Teknik Menyusui

1. Bagi ibu menyusui, posisikan diri senyaman mungkin dan rileks.
2. Setelah posisi nyaman, pegang kepala bayi dengan satu tangan sembari mempertahankan posisi payudara ibu dengan tangan lainnya.
3. Kemudian dekatkan wajah bayi ke araha payudara ibu. Cara menyusui dengan benar bisa dilihat dari tubuh bayi menempel setubuhnya dengan tubuh ibu.
4. Biarlah bayi memasukkan areola (seluruh bagian gelap disekitar putting) ke dalam mulut bayi.
5. Bayi akan mulai menggunakan lidahnya untuk menghisap
6. Ketika ibu ingin menyudahi atau berpindah ke payudara yang lain, letakkan satu jari ibu ke sudut bibir bayi supaya bayi melepas isapannya.
7. Hindari melepaskan mulut bayi atau menggeser payudara dapat membuat bayi rewel dan sulit unyuk menyusui lagi.

Setelah selesai menyusui, ada baiknya dengan menepuk-nepuk punggung bayi secara perlahan. Tujuannya agar bayi mengeluarkan udara atau bersendawa setelah menyusui.

Cara mengetahui teknik menyusui sudah benar

1. Bayi tampak tenang
2. Mulut bayi terbuka lebar
3. Dagunya menempel pada payudara ibu
4. Badan bayi menempel pada perut ibu (Rini, 2016)

A. Keluarga Berencana (KB)

Keluarga berencana (KB) merupakan salah satu usaha membantu keluarga atau individu merencanakan kehidupan untuk berkeluarga dengan baik.

B. Manfaat KB

1. Untuk Ibu
 - a. Adanya waktu untuk mengasuh anak-anak, serta melakukan kegiatan-kegiatan lainnya.
 - b. Mencegah kehamilan yang berulang dalam jangka waktu yang terlalu pendek.
2. Untuk Anak
 - a. Dapat tumbuh secara wajar karena ibunya berada dalam keadaan sehat.
 - b. Dapat memperoleh perhatian, pemeliharaan, dan makanan yang cukup.

C. Jenis-jenis KB

1. Metode amnorea laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI. Keuntungan:
 - a. Efektivitas hanya 6 bulan
 - b. Belum haid
 - c. Tanpa biaya
 - d. Tidak mengganggu sanggama

2. Suntikan 1 bulan dan 3 bulan
 - a. Suntikan 1 bulan
 - 1) Mengganggu produksi ASI
 - 2) Harus datang setiap 1 bulan sekali
 - b. Suntikan 3 bulan
 - 1) Tidak mengganggu produksi ASI
 - 2) Dapat mengganggu siklus menstruasi
 - 3) Harus datang setiap 3 bulan sekali

3. Implant

Metode ini digunakan oleh semua perempuan dalam usia reproduksi. Kesuburan dapat segera kembali setelah implant dicabut dan aman dipakai pada saat laktasi. Keuntungan:

- a. Kesuburan dapat segera kembali
- b. Tidak mengganggu pemberian ASI
- c. Tidak mengganggu dalam hubungan seksual

Kerugian:

- a. Siklus menstruasi terganggu
- b. Menyebabkan berat badan menurun atau kenaikan berat badan

4. Pil adalah alat kontrasepsi berupa pil yang diminum pada waktu yang sama setiap harinya. Keuntungan:

- a. Mudah dihentikan setiap saat
- b. Kesuburan dapat segera kembali
- c. Mencegah kanker rahim dan kanker payudara

Kerugian:

- a. Berat badan menjadi bertambah
- b. Mual dan jerawat muncul

5. Kondom

Keuntungan:

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

Kerugian:

- a. Efektivitas tidak tinggi
 - b. Mengganggu hubungan seksual
 - c. Bisa terjadi alergi dari bahan kondom.
6. Intra Uterine Device (IUD) merupakan alat kontrasepsi dalam rahim.

Keuntungan:

- a. Tidak mengganggu pemberian ASI
- b. Kesuburan segera kembali

Kerugian:

- a. Siklus menstruasi terganggu
- b. Muncul nyeri haid dan darah bertambah banyak (Suistyawati, 2014)

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Diagnosa Keperawatan : Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi mengenai keluarga berencana

Topik : Informasi keluarga berencana

Sasaran : Nyonya J

Waktu : 12 Februari 2020, Pukul 09,40 WIB

Tempat : Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur Ruang Euphorba 207,5

| TIU | TIK | MATERI | Kegiatan Belajar Mengajar | | METODE | ALAT PERAGA | EVALUASI |
|--|--|---|--|---|--|------------------------------------|--|
| | | | Mahasiswa | Peserta | | | |
| Setelah dilakukan penyuluhan selama 1x 15 menit diharapkan Nyonya J mengetahui mengenai keluarga berencana | Setelah dilakukan penyuluhan selama 1x 15 menit diharapkan Nyonya J mampu menyebutkan: 1. Nyonya J dapat menyebutkan definisi keluarga berencana 2. Nyonya J dapat menyebutkan | 1. Definisi keluarga berencana 2. Manfaat keluarga berencana 3. Macam macam KB 4. Keuntungan dan kerugian jenis KB | Pembuka (5 menit) 1.Salam 2.Perkenalan 3.Kontrak waktu 4.Penjelasan Tujuan Topik Penyuluhan 5 menit Menjelaskan materi mengenai keluarga berencana | Menjawab salam Mengetahui dan menerima kehadiran penyuluhan a. Menyetujui b. memperhatikan | 1. Diskusi 2. Tanya jawab 3. Demost rasi | 1. Leaflet 2. Booklet 3. SAP | 1. 90% Nyonya J mampu menyebutkan kembali definisi keluarga berencana 2. 80% Nyonya J mampu menyebutkan manfaat keluarga berencana 3. 80% Nyonya J mampu menyebutkan macam macam KB 4. 75% Nyonya J mampu |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--------------------------------------|--|---|
| | <p>n manfaat dari keluarga berencana</p> <p>3. Nyonya J dapat menyebutkan macam macam KB</p> <p>4. Nyonya J dapat menyebutkan n keuntungan dan kerugian dari jenis KB</p> | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Definisi keluarga berencana 2. Manfaat keluarga berencana 3. Macam macam KB 4. Keuntungan dan kerugian jenis KB <p>Penutup (5 menit)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimpulkan pembahasan 2. Peserta bertanya 3. Penutup | <p>Peserta memberikan pertanyaan</p> | | <p>menyebutkan keuntungan dan kerugian jenis KB</p> |
|--|---|--|--|--------------------------------------|--|---|

SATUAN ACARA PENYULUHAN

- Diagnosa Keperawatan : Ketidakefektifan proses laktasi berhubungan dengan kurang pengetahuan mengenai teknik menyusui
- Topik : Informasi teknik menyusui dengan benar
- Sasaran : Nyonya J
- Waktu : 12 Februari 2020, Pukul 13.50 WIB
- Tempat : Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur Ruang Euphorba 207,5

| TIU | TIK | MATERI | Kegiatan Belajar Mengajar | | METODE | ALAT PERAGA | EVALUASI |
|---|---|---|--|--|--|--|--|
| | | | Mahasiswa | Peserta | | | |
| Setelah dilakukan penyuluhan selama 1x 15 menit diharapkan Nyonya J mengetahui mengenai teknik menyusui | Setelah dilakukan penyuluhan selama 1x 15 menit diharapkan Nyonya J mampu menyebutkan: <ul style="list-style-type: none"> 1. Nyonya J dapat menyebutkan definisi teknik menyusui dengan benar 2. Nyonya J dapat | <ol style="list-style-type: none"> 1. Definisi teknik menyusui dengan benar 2. Tujuan teknik menyusui dengan benar 3. Langkah langkah teknik menyusui dengan benar | Pembuka (5 menit) <ol style="list-style-type: none"> 1.Salam 2.Perkenalan 3.Kontrak waktu 4.Penjelasan Tujuan Topik Penyuluhan 5 menit <p>Menjelaskan materi mengenai teknik menyusui dengan benar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Definisi teknik | <ul style="list-style-type: none"> Menjawab salam Mengenali dan menerima kehadiran penyuluhan c. Menyetujui d. memperhatikan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusi 2. Tanya jawab 3. Demos trasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Leaflet 2. Booklet 3. SAP | <ol style="list-style-type: none"> 1. 90% Nyonya J mampu menyebutkan kembali definisi teknik menyusui dengan benar 2. 80% Nyonya J mampu menyebutkan tujuan teknik menyusui dengan benar 3. 80% Nyonya J mampu menyebutkan langkah langkah teknik menyusui dengan benar |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--------------------------------------|--|--|--|
| | <p>menyebutkan tujuan teknik menyusui dengan benar</p> <p>3. Nyonya J dapat menyebutkan langkah langkah teknik menyusui dengan benar</p> | | <p>menyusui dengan benar</p> <p>2. Tujuan teknik menyusui dengan benar</p> <p>3. Langkah langkah teknik menyusui dengan benar</p> <p>Penutup (5 menit)</p> <p>1.Menyimpulkan pembahasan</p> <p>2.Peserta bertanya</p> <p>3.Penutup</p> | <p>Peserta memberikan pertanyaan</p> | | | |
|--|--|--|--|--------------------------------------|--|--|--|

Keuntungan:

- Tidak mengganggu pemberian ASI.
- Kesuburan dapat segera kembali.
- Tidak mengganggu hubungan suami-istri.

Kerugian:

- Siklus haid terganggu
- Menyebabkan penurunan/kenaikan berat badan.

4. PIL KB

Pil berisi hormon estrogen dan progesteron. **Diminum setiap hari pd waktu yg sama.**

Keuntungan:

- Mencegah kehamilan diluar kandungan, kanker rahim, dan kanker payudara.
- Udah dihentikan setiap saat.
- Kesuburan dapat segera kembali.

Kerugian:

- Berat badan bertambah
- Mual
- Jerawat

6. IUD (INTRA UTERINE DEVICE

IUD merupakan alat kontrasepsi dlm rahim. **Dapat dipakai 8 tahun.**

Keuntungan:

- Tidak mengganggu pemberian ASI
- Kesuburan dapat segera kembali

Kerugian:

- Siklus haid terganggu
- Nyeri haid dan darah bertambah banyak



KELUARGA BERENCANA



Zahrina Zakiyyah

DIII—Keperawatan

APA ITU KB



KB = KELUARGA BERENCANA

Adalah suatu usaha untuk mengatur jumlah dan jarak antar kelahiran anak.

MANFAAT DARI KB

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

SIAPA YANG HARUS KB

Pasangan usia subur yaitu usia 15 - 49 tahun yang ingin menunda kehamilan, mengakhiri kehamilan, dan menjarangkan kehamilan.

METODE KONTRASEPSI

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

1. KONDOM

Keuntungan:

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

Keterbatasan:

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



2. MAL (METODE AMENORE LAKTASI)

Metode KB yg cocok untuk ibu nifas, syaratnya:

- Menyusui bayi secara eksklusif setelah melahirkan
- Belum haid
- Efektif hanya sampai 6 bulan

3. KB SUNTIK

Terdapat 2 macam:

1. Suntikan 1 Bulan

- Mengganggu produksi ASI
- Harus datang setiap 1 bulan

2. Suntikan 3 bulan

- Tidak mengganggu produksi ASI
- Harus datang setiap 3 bulan
- Dapat mengganggu haid

5. IMPLANT

Alat kontrasepsi bawah kulit yg dapat mencegah kehamilan **selama 3 tahun.**

5. Setelah bayi menyusui atau menghisap payudara dengan baik, payudara tidak perlu dipegang atau disangga lagi.

6. Cara melepas isapan bayi dari puting



7. Cara membuat bayi sendewa



TEKNIK MENYUSUI DENGAN BENAR



Zahrina Zakiyyah
Mahasiswa STIKes Mitra Keluarga

Teknik Menyusui itu apa?

cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar.



Tujuan Teknik Menyusui Dengan Benar

1. menjalin hubungan batin antara ibu dan anak
2. Mempelancar ASI
3. Mencegah daerah puting susu ibu lecet
4. Kenyamanan bayi saat menghisap air susu

LANGKAH LANGKAH

1. Duduk dengan nyaman 
2. Cara meemegang bayi 
3. Cara memegang payudara 
4. Posisi puting susu pada mulut bayi dengan benar 