



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D DENGAN POSTPARTUM
SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI BSC 3X
DI RPKK RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

NURUL AENI

2011105

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA**

JAKARTA, 2023



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D DENGAN POSTPARTUM
SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI BSC 3X
DI RPKK RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

**Diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan
pendidikan Diploma Tiga Keperawatan**

NURUL AENI

2011105

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
Jakarta, 2023**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Nurul Aeni

NIM : 2011106

Tanda Tangan : 

Tanggal : 9 Juni 2023

LEMBAR PENGESAHAN

**Asuhan Keperawatan pada Ny. D dengan Postpartum
Sectio Caesarea atas Indikasi BSC 3x
di RPKK RSUD Koja Jakarta Utara**

Pembimbing

(Ns. Veronica Yeni Rahmawati, M.Kep.,Sp.Kep.Mat)

Penguji I

(Ns. Jehan Puspasari, M.Kep)

Penguji II

(Ns. Ika Mustafida, S.Kep)

Menyetujui,

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



(Ellynia, S.E., M.M)

Ketua

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-nya, sehingga Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada. Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan laporan tugas akhir ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan tugas akhir ini. Penulis mengucapkan terima kasih atas bantuan dalam menyelesaikan tugas akhir ini kepada:

1. Ellynia, S.E.,M.M selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada;
2. Ns. Veronica Yeni Rahmawati, M.Kep.,Sp.Kep.Mat selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini;
3. Ns. Jehan Puspasari, M.Kep dan Ns. Ika Mustafida, S.Kep selaku dosen penguji yang telah memberikan kritik untuk kemajuan Karya Tulis Ilmiah ini;
4. Seluruh staf dosen dan tenaga pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang telah membantu dalam kelancaran studi;
5. Ns. Ririn Ekowati, S.Kep selaku CI di RPKK RSUD Koja yang telah banyak membantu dalam pengambilan kasus;
6. Kakak – kakak perawat dan dokter yang ada di RPKK RSUD Koja yang telah bersedia membagikan ilmunya;
7. Pasien dan keluarga pasien yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang penulis perlukan;
8. Kedua orang tua penulis, Bapak Muhamad Soleh dan Ibu Setiowati yang telah memberikan dukungan dan doanya yang tulus serta ikhlas kepada penulis. Terima kasih untuk semua dukungan moral dan material kepada penulis untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma III di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan

Rumah Sakit Husada. Penulis berharap dapat menjadi anak yang dapat dibanggakan;

9. Adik – adik tercinta, Muhamad Daevulo Majid dan Syazani Nur Khanza terima kasih telah memberi dukungan dan bahagia tawa serta senyum, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini;
10. Fini Salsabila, sahabat kecil penulis yang sampai saat ini masih bersama, tempat berbagi cerita serta seseorang yang sangat berperan penting dalam kisah hisup penulis;
11. Aulia Sari Nur Amallina, teman SMA penulis yang selalu mendukung dan menyemangati penulis;
12. Siti Roudhotul Ma'wa, Putri Alicia Fauzi, dan Shela Pradita Umiastuti yang selalu membantu dan menyemangati saya;
13. Teman seperjuangan keperawatan maternitas khususnya kelompok maternitas 1 yang telah berjuang bersama dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini (Iren Adela, Imelda Widya Ningsih, Rici Rianjar, dan Betty Siva Mahesa)
14. Teman sekelas 3C dan seluruh angkatan 33 yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, terima kasih sudah berjuang bersama sampai tugas akhir ini;
15. Terakhir, untuk diri saya sendiri. Terima kasih telah berjuang dan melewati semua ini dan terimakasih karena tidak pernah memutuskan untuk menyerah sesulit apapun prosesnya.

Penulis berharap semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas kebaikan semua pihak yang telah berperan dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR LAMPIRAN.....	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	6
1. Tujuan Umum.....	6
2. Tujuan Khusus.....	6
C. Ruang Lingkup.....	7
D. Metode Penulisan	7
E. Sistematika Penulisan.....	8
BAB II TINJAUAN TEORI.....	9
A. Konsep Dasar Postpartum	9
1. Pengertian	9
2. Tahapan Postpartum	10
3. Adaptasi Perubahan Fisiologis Postpartum	10
4. Adaptasi Perubahan Psikologis Postpartum	17
5. Gangguan Psikologis Pada Masa Postpartum	19
6. Kebutuhan Dasar Masa Postpartum	20
B. Konsep Dasar <i>Sectio Caesarea</i>	25
1. Pengertian	25
2. Indikasi	25
3. Kontraindikasi	28
4. Patofisiologi.....	28
5. Klasifikasi.....	29
6. Komplikasi	30
7. Pemeriksaan Penunjang.....	31
8. Perawatan Post <i>Sectio Caesarea</i>	31
C. Konsep Asuhan Keperawatan	33
1. Pengkajian Keperawatan	33
2. Diagnosis Keperawatan	36
3. Intervensi Keperawatan	36
4. Implementasi Keperawatan	45
5. Evaluasi Keperawatan	45
BAB III TINJAUAN KASUS.....	47
A. Pengkajian.....	47
B. Diagnosis Keperawatan	59
C. Rencana, Pelaksanaan, Evaluasi Keperawatan	60
BAB IV PEMBAHASAN.....	77

A. Pengkajian.....	77
B. Diagnosis Keperawatan	79
C. Perencanaan	81
D. Pelaksanaan.....	84
E. Evaluasi.....	85
BAB V PENUTUP.....	87
A. Kesimpulan	87
B. Saran	90
DAFTAR PUSTAKA.....	92

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masa postpartum (*Puerperium*) adalah masa setelah keluarnya plasenta dan berakhir ketika organ-organ rahim kembali ke keadaan sebelum hamil. Dimulainya masa nifas yakni 6 jam sampai 42 hari setelah kelahiran (Reinissa, 2017). Masa postpartum adalah masa atau periode setelah melahirkan hingga 40 hari kemudian dan periode ketika rahim membuang darah dan sisa-sisa jaringan tambahan setelah bayi dilahirkan selama proses persalinan. Durasi masa postpartum pada setiap wanita berbeda-beda (Putri, 2022).

Sebelum masa postpartum, ibu akan melakukan persalinan yang dimana tindakan persalinan memiliki dua metode, yaitu dengan persalinan normal atau disebut juga pervaginam maupun persalinan operasi *Sectio Caesarea* (SC). SC adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan di mana irisan dilakukan di perut ibu (laparatomi) dan rahim (histerektomi) untuk mengeluarkan bayi dan plasenta (Walyani & Purwoastuti, 2016).

Beberapa indikasi untuk dilakukannya tindakan SC beberapa diantaranya yaitu Bekas *Sectio Caesarea* (BSC), kelainan letak janin, gagal induksi, Disproporsi Kepala Panggul (DKP), preeklamsia, gawat janin, Ketuban Pecah Dini (KPD), *plasenta previa*, gemelli, riwayat obstetrik buruk, *solusio plasenta* dan *prolapse* tali pusat (Subekti, 2018). Menurut penelitian, ibu dengan BSC mengalami persalinan dengan SC berulang yaitu 60,5%

(Prihartini & Iryadi, 2019). Menurut *Association of Scientific Medical Societies* menjelaskan bahwa ibu yang melakukan SC akan mengalami kesulitan untuk melahirkan dengan normal untuk persalinan berikutnya (Mylonas & Frieze, 2015).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2015, persalinan melalui metode SC meningkat 5 kali dibandingkan tahun-tahun sebelumnya. Standar rata-rata SC disebuah negara adalah sekitar 5-15% per 1000 kelahiran di dunia. SC di Asia menduduki peringkat ketiga (19,2%) pada tahun 2015 (WHO, 2015). Indonesia dengan data proporsi persalinan normal mencapai 81,5% dan SC sebesar 17,6%. Angka persalinan SC tertinggi adalah DKI Jakarta sebesar 31,1%, dan persalinan SC terendah adalah Provinsi Papua sebesar 6,7% dari 67.385 kelahiran (RISKESDAS, 2018). Menurut data rekam medis Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Koja Jakarta Utara angka postpartum SC sebesar 1,7% dari 29.938 pasien di RS dan dari total keseluruhan pasien di RPKK yaitu 1.755 pasien, sebanyak 30% pasien mengalami persalinan dengan prosedur SC pada periode januari 2022 sampai Januari 2023 (RSUD Koja, 2023).

Ibu postpartum menjalani perubahan pada masa nifas yaitu perubahan fisiologis dan psikologis. Perubahan fisiologis yang terjadi pada masa nifas yaitu perubahan pada sistem reproduksi, sistem pencernaan, sistem perkemihan, sistem muskuloskeletal, sistem endokrin, tanda-tanda vital, sistem kardiovaskuler, sistem hematologi, berat badan dan pada kulit. Perubahan psikologisnya ibu akan melalui fase *taking in*, *taking hold*, dan *letting go* (Khasanah & Sulistyawati, 2017). Setiap ibu juga mengalami perubahan tubuh

melewati tahapan – tahapan yang berbeda, namun secara umum tahapan masa nifas ada 4 yaitu periode *immediate postpartum*, *early postpartum*, *late postpartum* dan *remote puerperium* (Azizah & Rosyidah, 2019).

Masa postpartum dapat menimbulkan berbagai komplikasi berupa komplikasi fisik maupun psikologis. Apabila masa nifas ini tidak dilakukan pemantauan dan pelaksanaan yang maksimal, ibu dapat mengalami berbagai komplikasi yang berlanjut (Azizah & Rosyidah, 2019). Dimulai dari perdarahan postpartum, preeklamsia dan eklamsia, retensio sisa plasenta, endometritis, infeksi postpartum, postpartum *blues*, emboli paru, syok hipovolemik, bahkan kematian (Rismiyani, 2020).

Menurut laporan Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB), secara nasional, regional, dan global dari tahun 2000 sampai 2020, menunjukkan ada sekitar 287.000 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup di seluruh dunia pada tahun 2020. Upaya menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) adalah salah satu prioritas dalam target *Sustainable Development Goals* (SDGs) yaitu pada tahun 2030 mengurangi AKI hingga dibawah 70 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2023). Menurut data *Asosiation of South East Asian Nations* (ASEAN) tahun 2021 AKI tertinggi berada di Malaysia sebesar 68,2 per 100.000 kelahiran hidup dan AKI yang terendah terdapat di Singapura sebesar 2,6 per 100.000 kelahiran hidup (ASEAN Secretariat, 2022).

Di Indonesia dari tahun 1991 – 2015 terjadi penurunan kematian ibu yaitu dari 390 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup. Namun angka ini tidak mencapai target *Millenium Development Goals* (MDGs) yang harus mencapai 102 per 100.000 kelahiran hidup. AKI tiga kali lipat dibandingkan target

MDGs berdasarkan hasil Survei Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015. Berdasarkan penyebab, kematian ibu pada tahun 2021 terkait COVID -19 sebanyak 2.982 kasus, perdarahan sebanyak 1.330 kasus, hipertensi sebanyak 1.077, dan penyebab lain sebanyak 1.309 kasus (Kemenkes RI, 2022). Jumlah kematian ibu di DKI Jakarta pada tahun 2020 meningkat dibanding tahun 2019 yakni dari 100 ke 117 ibu. Beberapa jenis penyebab kematian ibu bersalin, masa nifas dan hamil adalah seperti perdarahan dengan jumlah 26 ibu, hipertensi 25 ibu, infeksi 5 ibu, gangguan sistem peredaran darah 15 ibu, gangguan metabolik 1 ibu dan terbanyak yakni lain-lain dengan 45 ibu (Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, 2020).

Berbagai upaya telah dilakukan untuk menurunkan angka kematian ibu, antara lain dengan menyediakan bidan di setiap desa, memberdayakan keluarga dan masyarakat melalui program Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA) dan Program Perencanaan Kelahiran dan Pencegahan Komplikasi (P4K), serta penyediaan fasilitas untuk bayi baru lahir. Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED), Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di rumah sakit (Darungan et al., 2020). Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) juga didorong untuk memungkinkan deteksi dini gangguan atau kelainan kesehatan ibu. Memperkuat langkah-langkah promosi preventif dan terlibat dalam pemberdayaan masyarakat. Kementerian Kesehatan juga telah menerbitkan panduan yang dapat dijadikan tolak ukur untuk menata penanganan pasien di rumah sakit agar tetap terlindungi dari penyebaran COVID-19. Kementerian Kesehatan juga telah menerbitkan pedoman pencegahan dan isolasi ibu hamil dan bayi baru lahir.

Vaksinasi ibu hamil dengan COVID-19 yang dimulai sejak 2 Agustus 2021 juga bertujuan untuk memastikan keselamatan ibu dan bayi. Wanita hamil memiliki risiko tertular COVID-19 sehingga berisiko mengalami kondisi yang lebih serius (Kemenkes, 2021). Program Keluarga Berencana (KB) juga diharapkan dapat mengurangi kematian ibu dan bayi akibat kehamilan yang tidak diinginkan atau jarak kelahiran yang terlalu dekat (Kemenkes, 2018).

Peran perawat dalam memberi asuhan keperawatan pada ibu postpartum meliputi empat cara yaitu promotif yang artinya memberikan pendidikan kesehatan tentang teknik relaksasi napas dalam, cara pijat oksitosin, posisi dan perlekatan menyusui yang baik dan benar, cara perawatan payudara, perawatan luka, nutrisi yang diperlukan ibu menyusui, perawatan bayi serta perubahan fisiologis dan psikologis ibu postpartum. Cara preventif yakni perawat berperan untuk memonitor tanda – tanda vital, memonitor perdarahan dan mengajarkan cara perawatan *vulva hygiene* dengan benar. Cara kuratif yakni dengan memonitor adanya perdarahan selama postpartum dan perawat berkolaborasi dalam pemberian obat nyeri atau penambah darah. Sedangkan cara rehabilitatif yaitu suatu pemulihan kesehatan yang dilakukan oleh perawat dengan menganjurkan ambulasi dini, mobilisasi dan pemenuhan nutrisi yang adekuat.

Berdasarkan fenomena yang ada serta data yang telah ditemukan di atas, maka penting bagi penulis untuk melakukan studi kasus Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengan Postpartum *Sectio Caesarea* Atas Indikasi BSC 3X di RPKK RSUD Koja Jakarta Utara”.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Diperolehnya pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu postpartum *sectio caesarea* atas indikasi BSC 3x di RPKK RSUD Koja Jakarta Utara.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada ibu postpartum *sectio caesarea* atas indikasi BSC 3x
- b. Mampu menentukan diagnosa keperawatan pada ibu postpartum *sectio caesarea* atas indikasi BSC 3x
- c. Mampu merencanakan intervensi keperawatan pada ibu postpartum *sectio caesarea* atas indikasi BSC 3x
- d. Mampu mengimplementasikan tindakan sesuai dengan intervensi keperawatan yang direncanakan pada ibu postpartum *sectio caesarea* atas indikasi BSC 3x
- e. Mampu melakukan evaluasi dari implementasi yang telah dilakukan pada ibu postpartum *sectio caesarea* atas indikasi BSC 3x
- f. Mampu mendokumentasikan semua kegiatan asuhan keperawatan pada ibu postpartum *sectio caesarea* atas indikasi BSC 3x
- g. Mampu mengidentifikasi faktor – faktor pendukung maupun penghambat serta mencari solusi pada kasus ibu postpartum *section caesarea* atas indikasi BSC 3x

- h. Mampu mengidentifikasi kesenjangan antara teori dan praktik secara langsung dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu postpartum *sectio caesarea* atas indikasi BSC 3x

C. Ruang Lingkup

Sehubungan dengan keterbatasan waktu, maka penulis hanya membahas satu kasus yaitu “Asuhan Keperawatan pada Ny. D dengan Postpartum *Sectio Caesarea* atas Indikasi BSC 3X di RPKK RSUD Koja Jakarta Utara selama 3 hari dimulai dari 13 Maret 2023 sampai dengan 18 Maret 2023”.

D. Metode Penulisan

Penulis menggunakan metode deskriptif dan studi kepustakaan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Dalam metode deskriptif pendekatan yang digunakan adalah studi kasus dimana penulis dalam mengelola kasus menggunakan beberapa teknik data keperawatan dengan studi kepustakaan yaitu dengan mencari, membaca dan mempelajari buku – buku dan literatur seperti jurnal yang berhubungan dengan ibu postpartum SC atas indikasi BSC. Selanjutnya dengan studi dokumentasi yaitu dengan cara mengumpulkan data melalui rekam medis dan catatan – catatan yang berhubungan dengan ibu postpartum SC atas indikasi BSC. Lalu wawancara langsung dengan pasien ibu postpartum SC atas indikasi BSC dan perawat yang berada di RPKK RSUD Koja Jakarta Utara. Kemudian observasi langsung pasien ibu postpartum SC atas indikasi BSC. Lalu melakukan pemeriksaan fisik pada pasien ibu

postpartum SC atas indikasi BSC dengan cara: inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan Karya Tulis Ilmiah ini terdiri dari 5 (lima) BAB yang terdiri dari: Bab I merupakan pendahuluan yang terdiri atas latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II merupakan tinjauan teori yang terdiri dari pengertian, adaptasi fisiologis postpartum, adaptasi psikologis postpartum, tahapan postpartum, kebutuhan pada masa postpartum, komplikasi, pemeriksaan penunjang, konsep *sectio caesarea*, pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab III merupakan tinjauan kasus asuhan keperawatan pada pasien ibu postpartum *sectio caesarea* atas indikasi BSC di Rumah Sakit Umum Daerah Koja yang terdiri atas pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab IV merupakan pembahasan antara kasus yang ditemukan dan literatur yang ada meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab V merupakan penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Postpartum

1. Pengertian

Postpartum merupakan periode yang akan dilalui oleh ibu setelah masa persalinan, yang dimulai dari setelah kelahiran bayi dan plasenta, yakni setelah berakhirnya kala IV dalam persalinan dan berakhir sampai dengan 6 minggu (42 hari) yang ditandai dengan berhentinya perdarahan. Masa nifas berasal dari bahasa latin dari kata *puer* yang artinya bayi, dan *paros* artinya melahirkan yang berarti masa pulihnya kembali, mulai dari persalinan sampai organ-organ reproduksi kembali seperti sebelum kehamilan (Walyani & Purwoastuti, 2016).

Periode postpartum ialah masa enam minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil. Perubahan fisiologis pada masa ini sangat jelas yang merupakan kebalikan dari proses kehamilan. Pada masa nifas terjadi perubahan-perubahan fisiologis terutama pada alat-alat genitalia eksterna maupun interna, dan akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil (Azizah & Rosyidah, 2019)

2. Tahapan Postpartum

Postpartum memiliki beberapa tahapan yang dimulai dari puerperium dini yang merupakan pemulihan, dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan serta menjalankan aktivitas seperti biasa yang lamanya sekitar 40 hari. Tahapan kedua yaitu puerperium intermediate dimana terjadi pemulihan menyeluruh alat – alat genitalia yang lamanya sekitar 6 – 8 minggu. Tahapan yang ketiga adalah puerperium remote adalah masa yang diperlukan untuk pemulihan guna mencapai sehat yang sempurna terutama apabila selama hamil atau persalinan memiliki komplikasi. Lamanya tahapan ketiga ini bisa berminggu – minggu, berbulan – bulan, bahkan bertahun – tahun (Azizah & Rosyidah, 2019).

3. Adaptasi Perubahan Fisiologis Postpartum

Menurut Azizah & Rosyidah (2019), perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu postpartum seperti berikut:

a. Perubahan Sistem Reproduksi

1) Uterus

Uterus merupakan salah satu organ yang mengalami perubahan setelah proses melahirkan. Uterus akan mengalami proses involusi. Proses involusi yaitu ketika uterus kembali seperti keadaan sebelum hamil dan melahirkan. Involusi dimulai ketika plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Fundus uteri yang diperkirakan sepusat pada hari pertama bersalin. Lalu terjadi penyusutan antara 1 – 1,5 cm atau 1 jari perhari. Pada hari ke 10 – 12 hari uterus tidak teraba lagi di abdomen karena sudah

masuk ke bawah simfisis. Involusi ligament uterus perlahan – lahan yang pada awalnya cenderung miring ke belakang akan kembali normal antefleksi dan posisi anteverted pada akhir minggu keenam. Uterus juga bisa mengalami kegagalan berinvolusi, hal ini dinamakan subinvolusi, penyebab yang paling sering adalah karena tertahannya fragmen plasenta dan infeksi.

2) *Afterpains*

Ibu yang baru melahirkan pertama kali, tonus uterus meningkat sehingga fundus pada umumnya tetap kencang. Relaksasi dan kontraksi yang muncul pada waktu tertentu sering dialami ibu yang sudah pernah melahirkan sebelumnya dan umum menimbulkan nyeri sepanjang masa awal postpartum. Pada ibu yang melahirkan kembar atau bayi besar, nyeri yang dirasakan akan lebih nyeri hal ini dikarenakan uterus terlalu meregang. Oksitosin tambahan dan menyusui umumnya dapat meningkatkan nyeri karena merangsang kontraksi uterus.

3) *Lochea*

Lochea adalah pengeluaran cairan rahim selama masa postpartum yang memiliki reaksi alkalis/basa sehingga organisme lebih cepat berkembang. *Lochea* memiliki bau yang amis walaupun tidak terlalu menyengat dan setiap wanita memiliki volume yang berbeda beda dalam pengeluaran *lochea*. Berdasarkan waktu dan warnanya, pengeluaran lochea dapat dibagi menjadi berikut:

a) *Lochea Rubra (Cruenta)*

Lochea rubra muncul pada hari pertama hingga hari kedua postpartum, memiliki warna merah terang mengandung darah dari perobekan/luka pada plasenta dan serabut dari desidua dan chorion. Memiliki bau amis yang normal seperti saat menstruasi.

b) *Lochea Sanguinolenta*

Lochea ini memiliki warna merah kecoklatan dan berlendir dikarenakan pengaruh plasma darah. *Lochea* ini keluar pada hari ke 4 hingga hari ke 7 postpartum.

c) *Lochea Serosa*

Lochea ini biasanya memiliki warna kekuningan atau kecoklatan. Umumnya muncul pada hari ke 7 sampai hari ke 14 postpartum. *Lochea* ini mengandung sedikit darah dan lebih banyak serum dan terdiri dari leukosit serta robekan laserasi plasenta.

d) *Lochea Alba*

Lochea ini memiliki warna lebih pucat, putih kekuningan, serta lebih banyak mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks, dan serabut jaringan yang mati. *Lochea alba* umumnya muncul pada minggu ke 2 hingga minggu ke 6 postpartum.

Apabila *lochea* tidak lancar dalam pengeluarannya, maka hal ini disebut *lochiastatis*. Jika *lochea* tetap berwarna cerah

terang setelah 2 minggu postpartum ada kemungkinan tertinggalnya sisa plasenta atau karena involusi yang kurang sempurna yang sering disebabkan oleh *retroflexio uteri*.

4) Vulva, Vagina dan Perineum

Selama proses kelahiran, vulva dan vagina mengalami tekanan dan peregangan. Namun, setelah beberapa hari, kedua organ ini kembali kendur. Rugae akan muncul kembali pada minggu ketiga. Himen akan tampak sebagai tonjolan kecil dan kemudian berubah menjadi karunkula mitiformis, yang khas bagi wanita yang telah melahirkan lebih dari satu kali. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dari sebelum persalinan pertama.

Setelah melahirkan, perineum bisa mengalami robekan baik secara spontan maupun karena episiotomi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat membantu mengembalikan tonus dan mengencangkan vagina hingga sebatas tertentu. Latihan ini bisa dilakukan pada akhir masa nifas dengan rutin setiap hari (Aritonang & Simanjuntak, 2021).

5) Serviks

Masa postpartum, bentuk serviks akan membuka seperti corong. Konsistensi serviks menjadi lunak, terkadang terdapat luka kecil atau laserasi. Leher rahim yang terbuka sampai 10 cm sewaktu persalinan akan menutup secara bertahap. Setelah 2 jam postpartum, ostium uteri eksternum dapat dilalui 2 jari, pinggirannya tidak rata, tetapi pecah – pecah karena robekan saat

persalinan. Akhir minggu pertama bisa dilalui 1 jari. Minggu ke 6 postpartum serviks sudah menutup kembali (Azizah & Rosyidah, 2019).

b. Perubahan Sistem Pencernaan

Ibu postpartum akan merasa lapar dan bisa makan pada 1 – 2 jam setelah melahirkan. Konstipasi dapat menjadi masalah pada awal masa postpartum akibat dari kurangnya makanan dan pengendalian diri terhadap BAB. Pada kebanyakan ibu takut untuk BAB dikarenakan kurang pengetahuan dan kekhawatiran pada lukanya akan terbuka bila BAB. BAB secara spontan bisa tertunda selama 2 – 3 hari postpartum. Hal ini dikarenakan tonus otot usus menurun.

c. Perubahan Sistem Perkemihan

Masa postpartum hari – hari pertama sampai hari ke 5, ibu akan mengalami peningkatan volume urin. Empat puluh persen ibu pada masa postpartum tidak memiliki proteinuria yang patologis dimulai melahirkan hingga hari ke 2, kecuali adanya tanda infeksi dan preeklamsi. Peningkatan volume urin ini disebabkan karena saluran urinaria sudah mengalami dilatasi. Hal ini akan kembali normal dalam waktu 2 minggu postpartum.

d. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Adaptasi pada sistem muskuloskeletal postpartum yaitu membantu relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat gravitasi ibu akibat pembesaran rahim. Setelah persalinan, dinding perut akan longgar karena meregang begitu lama. Tetapi umumnya pulih kembali

dalam 6 minggu. Pada ligament – ligament dan tulang – tulang sendi di pinggul umumnya akan pulih dalam waktu 3 bulan.

e. Perubahan Sistem Endokrin

Saat plasenta lahir, tingkat hormon *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG), *Human placental lactogen* (HPL), esterogen, dan progesteron di dalam darah menurun dengan cepat, umumnya setelah 7 hari. Menurunnya kadar hormon esterogen dan progesteron secara drastis dapat meningkatkan kadar hormon prolaktin dan oksitosin. Sehingga proses involusi dan pengeluaran Air Susu Ibu (ASI) menjadi lancar. Postpartum juga akan meningkatkan *Follicle stimulating hormone* (FSH) dan *Luteinizing hormone* (LH) pada minggu ke 3 dan LH akan tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

f. Perubahan Tanda – tanda Vital

Beberapa perubahan fisiologis tanda – tanda vital yang biasa terlihat pada ibu, di antaranya:

1) Suhu Tubuh

Persalinan 24 jam pertama setelah suhu tubuh akan sedikit mengalami peningkatan ($37,5 - 38^{\circ}\text{C}$) sebagai efek dehidrasi persalinan. Apabila ibu dalam keadaan normal, tidak akan terjadi peningkatan suhu tubuh. Umumnya suhu tubuh pada hari ke 3 akan meningkat lagi karena ada pembentukan ASI dan payudara menjadi bengkak. Bila suhu tidak turun kemungkinan ibu memiliki infeksi pada endometrium, mastitis, traktus genitalis, atau sistem lain.

2) Nadi

Denyut nadi umumnya tetap tinggi selama satu jam pertama setelah persalinan. Lalu mulai menurun dengan frekuensi yang tidak diketahui. Denyut nadi akan kembali normal pada minggu ke 8 sampai ke 10 setelah persalinan.

3) Tekanan Darah

Tekanan darah umumnya tidak berubah. Apabila tekanan darah menjadi rendah setelah persalinan kemungkinan adanya perdarahan saat persalinan. Apabila tekanan darah menjadi tinggi dapat menandakan adanya preeklamsia postpartum.

4) Pernapasan

Pernapasan akan berhubungan dengan keadaan suhu tubuh dan denyut nadi. Apabila suhu tubuh dan denyut nadi tidak normal, pernapasan akan mengikuti, kecuali apabila ibu memiliki gangguan khusus pada saluran pernapasan.

g. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Cardiac output meningkat selama persalinan dan peningkatan lebih lanjut setelah kala III, ketika volume darah dari uterus terjepit dalam sirkulasi. Setelah persalinan hari pertama akan terjadi penurunan curah jantung dan kembali normal pada akhir minggu ke 3.

h. Perubahan Sistem Hematologi

Awal postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun, tetapi darah akan lebih kental dengan meningkatnya viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukosit akan

meningkat sampai berjumlah 25.000 – 30.000 tanpa adanya kondisi patologi jika ibu mengalami persalinan yang lama pada awal postpartum hingga beberapa hari. Jumlah hemoglobin, hematokrit dan eritrosit akan bervariasi pada awal masa postpartum tergantung status gizi ibu. Selama persalinan dan masa postpartum diperkirakan ibu kehilangan darah sekitar 200 – 500 ml.

i. Perubahan Berat Badan

Ibu setelah persalinan bisa kehilangan berat badan 5 – 6 kg, dan kehilangan berat badan 3 – 5 kg pada minggu pertama masa postpartum.

j. Perubahan Kulit

Masa postpartum, hormonal berkurang sehingga hiperpigmentasi pada kulit di beberapa tempat seperti kloasma gravidarum pada pipi, hiperpigmentasi kulit sekitar payudara dan sekitar dinding perut akan menghilang secara bertahap.

4. Adaptasi Perubahan Psikologis Postpartum

Masa postpartum, ibu akan mengalami kecemasan, gangguan emosi dan penyesuaian diri sehingga pada masa ini, ibu akan menjadi sangat sensitif sehingga diperlukan pengertian dan dukungan positif dari keluarga terdekat. Peran perawat juga sangat penting dalam memberi pengarahan pada keluarga tentang kondisi ibu serta pendekatan psikologis yang dilakukan pada ibu postpartum agar tidak terjadi perubahan psikologis yang patologis. Dalam menjalani adaptasi setelah persalinan, ibu akan melewati beberapa fase, diantaranya sebagai berikut:

1) Fase *Taking In*

Fase *taking in* berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah persalinan. Pada fase ini perhatian ibu akan tertuju pada kekhawatiran pada tubuhnya. Pada fase ini juga, ibu bisa mengalami kegembiraan yang berlebihan. Hal ini membuat ibu menjadi sering menceritakan pengalamannya selama proses persalinan, sehingga ibu menjadi kelelahan. Kelelahannya membuat ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur.

2) Fase *Taking Hold*

Fase *taking hold* berlangsung antara 3 – 10 hari setelah persalinan. Pada fase ini ibu membutuhkan dukungan karena fase ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai masukan dalam merawat diri dan bayinya sehingga ibu bisa percaya diri. Tugas perawat dalam fase ini yaitu mengajarkan cara merawat bayi, cara menyusui yang benar, cara merawat luka jahitan, memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan ibu seperti istirahat, gizi, kebersihan diri, dan lain lain.

3) Fase *Letting Go*

Fase *letting go* berlangsung setelah 10 hari postpartum. Fase ini merupakan fase dimana ibu sudah menerima tanggung jawab akan peran barunya setelah persalinan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan diri sudah meningkat (Khasanah & Sulistyawati, 2017).

5. Gangguan Psikologis Pada Masa Postpartum

Ayati & Sulistyawati (2017) menyatakan beberapa gangguan psikologis yang terjadi pada masa postpartum diantaranya sebagai berikut:

a. Postpartum *Blues*

Postpartum *Blues* atau juga sering disebut *maternity blues* merupakan suatu sindrom gangguan efek ringan pada minggu pertama setelah persalinan yang dialami ibu yang ditandai dengan reaksi depresi atau sedih, sering menangis, mudah tersinggung, cemas, labilitas perasaan, cenderung menyalahkan diri sendiri, gangguan tidur dan nafsu makan, kelelahan, mudah sedih, cepat marah, mood mudah berubah, dan lain - lain. Puncak dari postpartum *blues* ini 3 sampai 5 hari setelah persalinan dan akan berlangsung hingga 2 minggu. Penyebab timbulnya postpartum *blues* seperti: faktor hormonal, seperti perubahan kadar estrogen, progesteron, prolaktin, serta estriol yang terlalu rendah; faktor umur dan jumlah anak; ketidaknyamanan fisik yang dialami sehingga menimbulkan perasaan emosi pada ibu postpartum, misalnya rasa sakit akibat luka jahit atau bengkak pada payudara ibu. Dalam keadaan ini ibu memerlukan adanya dukungan sosial yang diberikan oleh dari suami atau keluarga.

b. Kesedihan dan Duka Cita /Depresi

Keadaan ini bisa berlangsung antara 3 – 6 bulan bahkan pada beberapa kasus terjadi selama 1 tahun pertama kehidupan bayi. Penyebabnya karena reaksi terhadap rasa sakit yang muncul setelah persalinan dan

sebab yang kompleks lainnya. Tahapan gangguan ini dibagi menjadi 3 yaitu:

1) Tahap Syok

Tahap ini adalah tahap awal dari kehilangan. Penampakan perilaku ibu meliputi penyangkalan, ketidakpercayaan, marah, ketakutan, kecemasan, rasa bersalah, kesendirian, kesedihan, menangis, memikirkan dirinya sendiri.

2) Tahap Penderitaan (Fase Realitas)

Penerimaan kepada fakta kehilangan dan upaya penyesuaian terhadap realitas yang terjadi. Pada tahap ini ibu akan selalu memikirkan orang yang dicintainya sehingga terkadang akan muncul perasaan marah, rasa bersalah dan takut. Menangis merupakan salah satu bentuk pelepasan emosi yang umum.

3) Tahap Resolusi

Tahap ini, ibu sudah mulai bisa menerima kehilangan yang terjadi, ibu sudah kembali pada perannya secara penuh dan sudah bisa memulai hubungan baru. Peran perawat dan orang sekitar akan sangat penting pada tahap ini. Seperti menyediakan lingkungan yang nyaman, aman, mendengarkan cerita ibu dan memberi dukungan agar ibu bisa menerima bayinya.

6. Kebutuhan Dasar Masa Postpartum

Masa postpartum adalah waktu penyembuhan dan adaptasi kembali seperti keadaan sebelum hamil. Alat – alat genitalia interna maupun eksterna akan

pulih secara bertahap. Membantu proses penyembuhan masa postpartum terdapat kebutuhan yang dibutuhkan ibu postpartum di antaranya:

1) Nutrisi dan Cairan

Nutrisi adalah zat yang dibutuhkan oleh tubuh untuk kebutuhan metabolismenya. Kebutuhan nutrisi pada masa postpartum terutama apabila menyusui akan meningkat 25%, pada masa postpartum nutrisi menjadi perhatian penting karena dengan nutrisi yang baik dapat melancarkan penyembuhan ibu dan mampu memproduksi ASI yang cukup untuk bayi. Beberapa anjuran yang dapat dilakukan untuk pemenuhan nutrisi ibu di antaranya:

- a. Mengonsumsi kalori tambahan setiap harinya sebanyak 500 kkal
- b. Makan dengan diit berimbang, cukup protein, mineral, dan vitamin
- c. Minum minimal 3 liter tiap harinya terutama sehabis menyusui
- d. Mengonsumsi tablet zat besi untuk menambah darah
- e. Meminum kapsul vitamin A

2) Ambulasi Dini

Ambulasi dini merupakan latihan aktifitas ringan dengan cara miring kanan miring kiri, latihan duduk, berdiri bangun dari tempat tidur, kemudian latihan berjalan. Pada ibu postpartum dengan SC umumnya mulai ambulasi 24 – 36 jam setelah persalinan. Ambulasi dini tidak disarankan pada pasien dengan penyakit anemia, jantung, paru – paru, dan keadaan lain yang membutuhkan istirahat setelah persalinan. Ambulasi dini memiliki manfaat, yaitu:

- a. Ibu akan merasa lebih kuat dan sehat
- b. Faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik dengan ambulasi dini
- c. Mencegah terjadinya trombositis dan tromboemboli
- d. Melancarkan pengeluaran *lochea*, mengurangi infeksi postpartum
- e. Melancarkan involusi uterus
- f. Melancarkan peredaran darah sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme

3) Eliminasi BAK/BAB

Ibu postpartum dalam 6 jam sudah harus dapat buang air kecil. Buang Air Kecil (BAK) normal dalam tiap 3 sampai 4 jam secara spontan. Apabila tidak bisa BAK atau sekali BAK tidak lebih dari 100 cc dalam 8 jam postpartum maka akan dilakukan katektisasi. Akan tetapi apabila kandung kemih sudah penuh dan ibu belum bisa berkemih, tidak perlu menunggu 8 jam untuk katektisasi.

Persalinan 24 jam pertama, ibu postpartum harus dapat Buang Air Besar (BAB), karena semalaman lama feses tertahan dalam usus maka akan mengeras karena cairan yang terkandung feses akan terserap oleh usus. Apabila setelah 2 – 3 hari masih belum bisa BAB, akan diberikan obat pencahar per rektal atau per oral.

4) Kebersihan Diri

Perawat harus bijaksana dalam memberikan motivasi untuk ibu melakukan kebersihan diri secara mandiri maupun dibantu oleh keluarga. Pada masa postpartum sangat rentan terhadap infeksi. Ada

beberapa hal yang perlu diperhatikan pada ibu postpartum dalam kebersihan diri diantaranya sebagai berikut:

a. Perawatan perineum

Perineum setelah BAK dan BAB harus dibersihkan secara teratur, dibersihkan dengan sabun yang lembut minimal sehari sekali dari sekitar vulva lalu ke belakang sekitar anus. untuk mengganti pembalut diganti paling sedikit 4 kali sehari dan setelah mengganti pembalut sarankan ibu untuk mencuci tangan.

b. Perawatan payudara

Payudara harus senantiasa diperhatikan kebersihannya karena kalau tidak dapat menimbulkan mastitis, air susu yang menjadi kering akan menjadi kerak dan dapat merangsang kulit sehingga menimbulkan enzema. Perawatan payudara dapat dilakukan dengan air hangat tiap kali sebelum dan sesudah menyusui, atau diolesi salep penisilin, lanolin, dan sebagainya.

5) Istirahat

Ibu postpartum membutuhkan istirahat yang cukup untuk pemulihan fisik. Berikut hal – hal yang dapat disarankan pada ibu:

- a. Istirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan
- b. Kembali ke kegiatan sehari – hari secara bertahap
- c. Tidur atau istirahat bersama bayi yang sedang tidur
- d. Tidur minimal 8 jam sehari, yang dapat dipenuhi melalui tidur siang atau malam

6) Seksual

Dinding vagina kembali seperti keadaan semula dalam waktu 6 – 8 minggu. Secara fisik, ibu aman untuk melakukan hubungan suami istri setelah *lochea* berhenti keluar, ibu dapat memeriksa dengan menggunakan jari kelingking yang dimasukkan ke dalam vagina apabila tidak terdapat nyeri, maka ibu aman untuk melakukan hubungan seksual. Terdapat budaya dimana hubungan suami istri dapat dimulai sampai batas waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan.

7) Keluarga Berencana

Keluarga berencana merupakan salah satu cara membantu keluarga mencapai kehidupan berkeluarga yang baik dan berkualitas. Sehingga ibu postpartum dan keluarga harus memikirkan tentang penggunaan alat kontrasepsi untuk menghindari kehamilan yang tidak direncanakan.

8) Senam Nifas

Senam nifas dilakukan agar pemulihan organ – organ ibu cepat dan maksimal. Untuk ibu yang menjalani SC cukup melakukan gerakan ringan seperti menggerakkan ujung jari tumit perlahan – lahan, latihan ini dilakukan di minggu pertama postpartum. Lalu miringkan tubuh ke kanan, tekuk kaki kiri, letakkan tangan kiri ke tempat tidur secara perlahan dengan kedua tangan sebagai penahan. Turunkan kaki perlahan dari tempat tidur, untuk mengurangi nyeri.

B. Konsep Dasar *Sectio Caesarea*

1. Pengertian

Sectio Caesarea (SC) merupakan prosedur pembedahan untuk melahirkan bayi dengan cara membuat irisan untuk membuka dinding perut dan dinding uterus atau suatu histerotomi untuk mengeluarkan bayi yang berada di dalam rahim ibu (Ayuningtyas et al., 2018). Prosedur persalinan dengan *sectio caesarea* adalah melahirkan bayi melalui irisan yang dibuat pada dinding abdomen dan uterus. Prosedur ini digolongkan sebagai pembedahan abdomen mayor (Reeder et al., 2014)

2. Indikasi

Menurut Solehati dan Kosasih (2015) indikasi SC dibagi menjadi 2 faktor, diantaranya sebagai berikut:

a. Faktor Ibu

1. Distosia

Distosia adalah keadaan dimana persalinan mengalami waktu yang lama dan panjang bahkan tidak ada kemajuan sama sekali.

2. *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD)

CPD adalah keadaan dimana ukuran kepala janin (makrosomia) dan ukuran tulang panggul ibu tidak selaras sehingga ibu tidak bisa melahirkan secara normal.

3. Preeklamsia dan Eklamsia

Preeklamsia keadaan dimana ibu dengan kehamilan di atas 20 minggu ditandai dengan hipertensi dan proteinuria dengan atau tanpa edema. Eklamsia adalah preeklamsia yang ditandai dengan kejang – kejang umum yang terjadi saat hamil, waktu partus, atau dalam tujuh hari postpartum, namun bukan ditimbulkan dari epilepsi PEB.

4. Gagal Proses Persalinan

Gagal induksi persalinan adalah salah satu indikasi SC untuk menyelamatkan nyawa ibu dan bayi.

5. Bekas *Sectio Caesarea* (BSC)

BSC adalah salah satu indikasi SC dimana ibu mengalami luka abdomen akibat irisan pada saat prosedur SC sebelumnya sehingga dapat mengakibatkan peningkatan risiko terjadinya robekan rahim.

6. *Plasenta Previa*

Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta letaknya abnormal, yaitu plasenta terletak di bawah uterus sehingga menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir.

7. *Solutio Plasenta*

Solutio plasenta adalah keadaan dimana plasenta terlepas sebagian atau seluruhnya sebelum janin lahir. Ketika sebagian plasenta atau seluruhnya terlepas akan diikuti perdarahan yang

parah pada ibu, bahkan dapat menyebabkan kematian pada janin.

8. Tumor Jalan Lahir

Tumor pada jalan lahir adalah adanya masa yang menghalangi jalan lahir sehingga dapat menimbulkan kesulitan terhadap lahirnya janin pervaginam.

9. Ruptur Uteri

Ruptur uteri adalah keadaan dimana terjadi robekan pada dinding uterus saat kehamilan atau persalinan pada saat umur kehamilan >28 minggu. Ruptur uteri merupakan peristiwa gawat karena dapat menyebabkan kematian ibu karena adanya perdarahan sehingga ibu mengalami syok dan dehidrasi dan bisa terkena infeksi intrapartum apabila dalam keadaan hamil.

10. Takut persalinan pervaginam

11. Pengalaman buruk melahirkan pervaginam

12. Adanya Keinginan untuk Melahirkan pada Hari yang Telah Ditentukan

13. Usia Lebih dari 35 Tahun

14. Herpes Genital Aktif

Herpes genital adalah penyakit kelamin yang disebabkan oleh virus *Herpes Simpleks Virus (HSV)*. Virus ini dapat menular melalui kontak langsung kulit atau melalui membran mukus dengan lesi yang aktif. Lesi yang aktif pada genital ibu dapat menular ke janin pada saat proses persalinan secara spontan.

Apabila dilakukan persalinan secara spontan bayi berisiko tinggi terkena infeksi herpes dari ibu saat melewati jalan lahir pervaginam.

b. Faktor Janin

Nurarif & Kusuma (2015) menyatakan terdapat indikasi pada janin yang dapat mengakibatkan dilakukan prosedur SC antara lain:

1. Gawat janin
2. *Prolaps* tali pusat dengan pembukaan kecil
3. Presentasi dan posisi janin tidak dalam keadaan fisiologis
4. Kegagalan persalinan *forceps ekstraksi*

3. Kontraindikasi

Sectio Caesarea hanya terdapat kontraindikasi relatif, namun tidak ada kontraindikasi absolut. Kontraindikasi SC sendiri bisa terjadi pada dua keadaan di antaranya:

- a. Keselamatan ibu akan terancam apabila dilakukannya tindakan SC, misalnya ibu menderita gangguan pulmonal berat.
- b. Janin terdapat kromosom yang tidak lengkap atau kelainan bawaan yang disebabkan oleh masalah genetik sehingga menyebabkan kematian segera setelah janin lahir, misalnya janin dengan *anencephaly*.

4. Patofisiologi

Sectio Caesarea (SC) merupakan prosedur pembedahan untuk melahirkan bayi dengan cara membuat irisan untuk membuka dinding perut dan dinding uterus atau suatu histerotomi untuk mengeluarkan

bayi yang berada di dalam rahim ibu (Ayuningtyas et al., 2018). Prosedur pembedahan *sectio caesarea* dapat dilakukan karena adanya beberapa hambatan atau kelainan pada proses persalinan yang menyebabkan janin tidak dapat keluar secara spontan atau normal, misalnya *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD), Preeklamsia dan Eklamsia, gagal proses persalinan, Bekas *Sectio Caesarea* (BSC), *Plasenta Pervia*, *Solutio Plasenta* (Solehati & Kosasih, 2015). Setelah prosedur pembedahan selesai, daerah irisan akan ditutup. Apabila pada luka irisan post *sectio caesarea* tidak dirawat dengan baik dan benar nantinya akan menyebabkan risiko infeksi. Luka pada irisan post SC di sekitar abdomen juga menimbulkan nyeri sehingga menimbulkan kelemahan, yang akan menyebabkan defisit perawatan diri (Nurarif & Kusuma, 2015). *Sectio caesarea* menyebabkan nyeri pada daerah irisan abdomen, bisa menimbulkan gangguan mobilitas fisik yaitu keterbatasan dalam pergerakan fisik mandiri pada tubuh atau salah satu ekstremitas atau lebih (Rahayu, 2016). Gangguan mobilitas fisik dapat menimbulkan keterbatasan gerak pada ibu dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri seperti ketidakmampuan merawat kebersihan diri, berhias diri secara mandiri, *toileting* mandiri (Wilkinson, 2016).

5. Klasifikasi

Klasifikasi *sectio caesarea* dibagi menjadi beberapa jenis di antaranya sebagai berikut:

- a. Klasik, yaitu dengan melakukan irisan vertikal sehingga memberikan ruang yang lebih besar untuk keluarnya bayi. Namun,

jenis ini sudah jarang dilakukan karena sangat berisiko terjadi komplikasi.

- b. Irisan mendatar di bagian atas kandung kemih, jenis ini umum dilakukan pada masa kini. Metode ini meminimalkan risiko terjadinya komplikasi dan penyembuhannya lebih cepat (Purwoastuti & Walyani, 2015)

6. Komplikasi

Komplikasi yang bisa muncul pada ibu postpartum SC yaitu:

- a. Infeksi postpartum
 - 1) Ringan, umumnya ditandai kenaikan suhu tubuh selama beberapa hari
 - 2) Sedang, umumnya ditandai dengan demam yang lebih tinggi dan diikuti dehidrasi dan meteorismus perut
 - 3) Berat, umumnya ditandai dengan peradangan pada peritoneum yang membatasi perut bagian dalam dan organ – organ perut
- b. Perdarahan
 - 1) Atonia uteri, kondisi dimana tidak ada kontraksi uteri setelah persalinan
 - 2) Pembuluh darah banyak yang terbuka
- c. Ileus

Ileus dapat terjadi sesudah prosedur pembedahan dan dapat berlansung selama sehari (Mochtar, 2013)

7. Pemeriksaan Penunjang

Ada beberapa pemeriksaan yang perlu dilakukan ibu setelah persalinan di antaranya sebagai berikut:

- a. Darah rutin, utamanya pemeriksaan Hemoglobin. Umumnya perdarahan masif dapat ditemukan hasil Hb kurang dari 8 g/dL. Hb normal postpartum adalah 11 – 12 g/dL.
- b. Golongan darah, untuk kepentingan tatalaksana apabila pasien membutuhkan transfusi darah.
- c. USG, untuk melihat apakah terdapat sisa plasenta ataupun gumpalan darah (Novita, 2019).

8. Perawatan Post Sectio Caesarea

Perawatan post *sectio caesarea* sangat dibutuhkan untuk memperbaiki kondisi tubuh ibu seperti sedia kala. Berikut adalah perawatan yang dapat dilakukan pada pasien post SC di antaranya:

a) Pemberian cairan

Pemberian cairan dilakukan tergantung kondisi pada ibu postpartum. Cairan infus selain sebagai sumber asupan cairan, dapat juga digunakan untuk tempat pemberian obat antibiotik dan analgesik.

b) Diet

Ibu postpartum SC sangat perlu diperhatikan asupan nutrisinya, yaitu dengan memberikan diet tinggi kalori dan protein untuk menunjang penyembuhan luka SC.

c) Mobilisasi dini

Mobilisasi dini baik dilakukan karena uterus akan berkontraksi dengan baik sehingga fundus uteri akan mengeras dengan demikian risiko perdarahan yang abnormal dapat dihindari.

d) Katerisasi

Kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan nyeri dan rasa tidak nyaman pada ibu, menghalangi involusi dan menyebabkan perdarahan. Sebab itu disarankan pemasangan kateter yang dipasang 24 – 48 jam atau lebih tergantung jenis operasi dan keadaan ibu. Namun apabila ibu dapat buang air kecil sendiri dalam jangka waktu tertentu sebanyak 100 cc tidak perlu dilakukan pemasangan kateter.

e) Pemberian obat – obatan

Obat – obatan yang biasa diberikan pada ibu postpartum adalah antibiotik, analgesik (seperti ketorolak, ketoprofen), obat pelancar ASI, vitamin C dan B kompleks, dan lain - lain.

f) Perawatan luka

Luka post SC dapat diobati dengan salep antibiotik dan dilapisi dengan sufratul dan ditutup dengan kasa atau dengan plester plastik sekali pakai.

g) Kebersihan diri

Perawat dapat membantu ibu untuk menjaga kebersihan dengan cara mandi yang teratur, mencuci tangan, mengganti pakaian, dan menjaga kebersihan genitalia.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah konsep yang diterapkan dalam memberikan asuhan keperawatan yang terdiri dari 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Berikut 5 tahap asuhan keperawatan pada pasien

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah pengumpulan data secara lengkap dan tersusun untuk dikaji dan dianalisis pada pasien baik secara fisik, mental, sosial, maupun spiritual.

a. Identitas pasien

Mengkaji identitas pasien meliputi nama pasien, umur, pendidikan, pekerjaan, alamat, nomor telepon, status perkawinan, pernikahan, lama pernikahan, agama, suku, sumber informasi, tanggal dilakukannya pengkajian, dan nomor rekam medis.

b. Keluhan Sekarang

Keluhan utama pada pasien postpartum SC umumnya merasakan nyeri pada daerah irisan abdomen dan akan bertambah apabila pasien bergerak.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang adalah keluhan yang berhubungan dengan penyakit atau gangguan yang dirasakan saat ini dan keluhan apa saja yang pasien rasakan setelah dilakukan prosedur pembedahan.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan dahulu dikaji untuk mengetahui perilaku personal, riwayat penyakit, menular/keturunan dan riwayat pengobatan terdahulu (Khairoh et al., 2019).

e. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga dikaji untuk mengetahui adanya risiko penyakit keturunan dan kelainan genetik pada keluarga (Khairoh et al., 2019).

f. Data obstetri

Data obstetri dikaji untuk mengetahui jumlah persalinan yang sudah dilakukan oleh pasien, mengetahui apakah ada riwayat perdarahan pada kehamilan terdahulu, berat bayi <2500 gr atau >4000 gr. Selain itu, riwayat KB juga dikaji agar dapat memberikan saran untuk penggunaan alat kontrasepsi yang lebih efektif.

g. Data psikososial

Hal yang dikaji pada psikososial yaitu riwayat perkawinan, respon ibu terhadap kehamilan, respon suami dan keluarga terhadap kehamilan ini, hubungan ibu dengan anggota keluarga lain, dan adat setempat yang dianut yang berkaitan dengan kehamilan (Khairoh et al., 2019).

h. Pola pemenuhan kebutuhan sehari – hari

Pada pola pemenuhan ini yang dikaji yaitu pola nutrisi, pola istirahat, pola eliminasi, kebersihan diri, dan aktivitas.

i. Pemeriksaan umum

Pemeriksaan umum mencakup keadaan umum pasien, kesadaran, dan tanda – tanda vital.

j. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan yang dilakukan dari kepala hingga kaki, yaitu:

- 1) Kepala: bentuk kepala, kulit kepala apakah terdapat ketombe atau tidak, rambut kusut atau tidak, bau atau tidak.
- 2) Mata: mata kotor atau kemerahan, pada mata ibu postpartum SC biasanya konjungtiva anemis dikarenakan adanya perdarahan pada saat proses persalinan, bentuk mata simetris atau tidak, sklera ikterik/tidak.
- 3) Hidung: terdapat sputum atau sekret/tidak
- 4) Telinga: terdapat kotoran/tidak, lesi/tidak, kelainan lain.
- 5) Mulut: mulut kotor dan bau/tidak, terdapat sariawan/tidak, lidah kotor/tidak
- 6) Kulit: kulit terlihat kotor (berdaki)/tidak, terdapat lesi/tidak.
- 7) Payudara: bentuk payudara, papilla, areola, karakteristik payudara
- 8) Abdomen: kontraksi uterus, keadaan luka irisan, kebersihan luka irisan, adanya tanda tanda infeksi/tidak.
- 9) Kandung kemih: apakah teraba penuh/kosong
- 10) Genetalia: yang dikaji kebersihan genitalia, pengeluaran cairan di vagina (Lailaturohmah et al., 2023).

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu pengukuran klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami pasien baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2016). Menurut Imanda, et al (2023) diagnosis keperawatan yang dapat muncul pada ibu postpartum SC disesuaikan dengan PPNI (2016) di antaranya:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
- c. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis
- e. Kesiapan peningkatan pengetahuan
- f. Resiko infeksi ditandai dengan prosedur invasif

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah tahap selanjutnya setelah merumuskan diagnosa keperawatan. Isi dari intervensi sendiri yaitu aktivitas keperawatan yang perlu ditetapkan untuk mengurangi, menghilangkan serta mencegah masalah keperawatan pada ibu. Tahap ini meliputi penentuan prioritas, diagnosis, dan sasaran serta tujuan, menentukan kriteria evaluasi, serta merumuskan intervensi dan aktivitas keperawatan (Nurarif & Kusuma, 2015). Intervensi keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan pada ibu postpartum SC antara lain:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)

Tingkat nyeri (L.08066)

Tujuan umum : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun (PPNI, 2018b)

Kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, perineum terasa tertekan menurun, uterus teraba membulat menurun, ketegangan otot menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik, pola tidur membaik.

Intervensi:

Manajemen Nyeri (I. 08238)

Observasi

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

Terapeutik

1. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
3. Fasilitasi istirahat dan tidur
4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

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

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu (PPNI, 2018a)
- b. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)

Tingkat ansietas (L.09093)

Tujuan umum: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat ansietas menurun.

Kriteria hasil: verbalisasi kebingungan menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah

menurun, keluhan pusing menurun, tekanan darah membaik, pucat menurun.

Intervensi:

Reduksi Ansietas (I.09314)

Observasi

1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor)
2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

Terapeutik

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

Edukasi

1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami

2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
3. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu
4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
8. Latih Teknik relaksasi

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
- c. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)

Status menyusui (L.03029)

Tujuan umum: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka status menyusui membaik.

Kriteria hasil: Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat, kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat, miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam meningkat, berat badan bayi meningkat, tetesan/pancaran ASI meningkat, suplai ASI adekuat meningkat, puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan meningkat, kepercayaan diri ibu meningkat, bayi tidur setelah menyusui meningkat, intake bayi meningkat, hisapan bayi meningkat, lecet pada puting menurun, kelelahan maternal

menurun, kecemasan maternal menurun, bayi rewel menurun, bayi nangis setelah menyusui menurun.

Intervensi:

Edukasi Menyusui (I.12393)

Observasi

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

Terapeutik

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

Edukasi

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

- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis (D.0054)

Mobilitas fisik (L.05042)

Tujuan umum: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka mobilitas fisik meningkat.

Kriteria hasil: pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun.

Intervensi:

Dukungan Mobilisasi (I.05173)

Observasi

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

Terapeutik

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

Edukasi

1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
- e. Kesiapan peningkatan pengetahuan (D.0113)

Tingkat pengetahuan (L.12111)

Tujuan umum: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat pengetahuan meningkat.

Kriteria hasil: perilaku sesuai anjuran meningkat, verbalisasi minat dalam belajar meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun, persepsi yang keliru terhadap masalah menurun.

Intervensi:

Edukasi kesehatan (I.12383)

Observasi

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

Terapeutik

1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan

2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan
3. Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan
 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
- f. Resiko infeksi ditandai dengan prosedur invasif (D.0142)

Tingkat infeksi (L.14137)

Tujuan umum: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat infeksi menurun.

Kriteria hasil: kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat, nafsu makan meningkat, demam menurun, kemerahan menurun, bengkak menurun, nyeri menurun, cairan berbau busuk menurun, vesikel menurun, drainase purulent menurun, piuria menurun, kadar sel darah putih membaik, kultur darah membaik, kultur urin membaik, kadar sel darah putih membaik.

Intervensi:

Pencegahan Infeksi (I.14539)

Observasi

1. Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik

1. Batasi jumlah pengunjung
2. Berikan perawatan kulit pada daerah edema

3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Edukasi

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

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian imunisasi, Jika perlu

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi Keperawatan adalah kumpulan kegiatan yang telah dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan pasien ke status kesehatan pasien yang lebih baik yang memaparkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi adalah penerapan sesuai rencana yang sudah disusun pada tahap intervensi keperawatan (Suarni & Apriyani, 2017).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tindakan yang dinilai sesuai dengan yang sudah ditentukan, untuk mengetahui apakah pemenuhan kebutuhan pasien dilakukan secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Tahap evaluasi adalah perbandingan yang terancang dan

terencana mengenai kebutuhan kesehatan pasien dengan tujuan yang sudah ditentukan, dilakukan secara berkelanjutan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan yang lain (Suarni & Apriyani, 2017).

BAB III

TINJAUAN KASUS

Penulis akan membahas mengenai Asuhan Keperawatan pada Ny. D dengan Postpartum SC di RSUD Koja. Pengkajian dilakukan pada tanggal 13 Maret 2023, pelaksanaan dan evaluasi dilakukan pada tanggal 14 Maret 2023 dan 15 Maret 2023. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan ini, pendekatan yang digunakan adalah proses keperawatan yang meliputi lima tahapan yaitu, pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian pada Ny. D dilakukan pada tanggal 13 Maret 2023. Penulis mendapatkan data melalui pengamatan langsung, pengkajian fisik, wawancara, catatan medis, catatan keperawatan dan hasil pemeriksaan diagnostik.

1. Identitas

Pasien bernama Ny. D berusia 41 tahun, suku bangsa Batak, beragama Kristen, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, alamat Rusun Nawa Albo blok F No.112 RT18/08. Suami Pasien bernama Tn. R berusia 44 tahun, suku bangsa Batak, beragama Kristen, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan sebagai guru, alamat Rusun Nawa Albo blok F No.112 RT18/08, dan lama perkawinan 13 tahun.

2. Riwayat Keperawatan

a. Keluhan Utama

Pasien mengeluh nyeri karena luka di abdomen bekas SC, nyeri saat bergerak, pasien mengatakan skala nyeri 4 dari 0-10, nyeri hilang timbul, nyeri seperti berdenyut – denyut. Pasien juga mengatakan kepalanya pusing.

b. Riwayat Persalinan Sekarang

Pasien mengatakan tanggal persalinannya yaitu 12 Maret 2023 pukul 03.00 WIB dengan persalinan SC atas indikasi BSC 3 kali. Tidak ada perdarahan, jenis kelamin bayinya perempuan dengan BB 3,5 kg dan PB 50 cm dengan APGAR skor 7/8.

c. Riwayat Obstetri

Pasien mengatakan riwayat obstetri P4A1 dengan anak hidup 4. Kehamilan pertama 40 minggu dengan persalinan SC dan penolong dokter, tanpa komplikasi nifas, jenis kelamin laki – laki, BB 3,9 kg PB 52 cm, keadaan sehat berusia 13 tahun. Kehamilan kedua 40 minggu dengan persalinan SC dan penolong dokter, tanpa komplikasi nifas, jenis kelamin laki – laki, BB 3 kg, PB 48 cm, keadaan sehat berusia 9 tahun. Kehamilan ketiga 13 minggu mengalami perdarahan sehingga diharuskan melakukan tindakan kuret dibantu dokter. Kehamilan keempat 40 minggu dengan persalinan SC dan penolong dokter, tanpa komplikasi nifas, jenis kelamin laki – laki, BB 3 kg, PB 45 cm, keadaan sehat berusia 5 tahun. Kehamilan kelima 39-40 minggu dengan persalinan SC dan penolong dokter, tanpa komplikasi nifas, jenis kelamin perempuan, BB 3,5 kg, PB 50 cm, bayi berada di perina masuk inkubator atas indikasi asfiksia.

d. Riwayat Keluarga Berencana

Pasien mengatakan pada saat sebelum hamil sudah melakukan tubektomi namun tubektomi lepas dan akhirnya terjadi kehamilan yang kelima. Kemudian setelah SC yang keempat ini pasien dilakukan tindakan pemasangan IUD.

e. Riwayat Imunisasi TT

Pasien mengatakan tidak ingat melakukan imunisasi TT.

f. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan dalam keluarga pasien tidak memiliki riwayat penyakit.

g. Riwayat Kebiasaan Sehari – hari Sebelum Dirawat

1) Pola Nutrisi dan Cairan

Pasien mengatakan makan 3 kali sehari, jenis makanan nasi dan lauk pauk, nafsu makan pasien baik sesudah persalinan, pasien mengatakan tidak ada mual atau muntah, tidak ada alergi terhadap makanan, tidak ada masalah mengunyah atau menelan, dan tidak ada pantangan makanan. Rata – rata BB pasien sebelum hamil adalah 66 kg dan BB setelah persalinan adalah 62 kg.

2) Pola Eliminasi

a) BAB

Pasien mengatakan sudah BAB sebanyak 1 kali, karakteristik feses lunak dan berwarna coklat kekuningan. Defekasi terakhir sebelum prosedur SC 11 Maret 2023.

Tidak ada hemoroid, tidak mengalami diare, tidak menggunakan laksatif, dan tidak ada keluhan dalam BAB.

b) BAK

Pasien BAK kurang lebih 5 kali perhari, karakteristik cair, berwarna kuning keruh, tidak ada keluhan dalam BAK, pasien tidak memiliki riwayat penyakit ginjal atau kandung kemih dan pasien tidak menggunakan diuretik.

3) *Personal Hygiene*

Pasien mengatakan mandi sebanyak 1 kali sehari, mandi menggunakan sabun, sikat gigi sebanyak dua kali perhari pada pagi dan malam hari, pasien belum keramas.

4) *Pola Aktifitas/Istirahat dan Tidur*

Pasien mengatakan bekerja sebagai ibu rumah tangga saja. Hobi pasien memasak, tidak ada pembatasan karena hamil, kegiatan pada waktu luang yaitu bermain hp, bermain bersama anak, atau sekedar mengobrol bersama tetangga. Pasien mengatakan mudah lelah dalam beraktifitas sehari – hari, aktifitas sehari – hari dilakukan tergantung kondisi apabila pasien membutuhkan bantuan suaminya akan membantu, tidak ada peralatan atau alat aprotis yang diperlukan, tidak ada bantuan yang diberikan, tidur siang selama kurang lebih 2 jam, tidak ada masalah tidur, dan tidak ada kebiasaan sebelum tidur.

5) Pola Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

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

6) Pola Seksualitas

Pasien mengatakan tidak memiliki masalah pada seksualitas.

7) Riwayat Psikososial

Pasien mengatakan tidak ada perencanaan dalam kehamilan ini, perasaan pasien dan keluarga tentang kehamilan dan persalinan yaitu senang dan lega, kesiapan mental pasien menjadi ibu baik, cara mengatasi stress yaitu dengan marah atau tidur, pasien tinggal dengan suami dan anak, peran dalam struktur keluarga yaitu sebagai seorang istri dan ibu. Kesanggupan dan pengetahuan pasien dalam merawat bayi baik, harapan dari perawatan saat ini yaitu bisa cepat pulang bersama anak dan menjalani aktifitas seperti biasa, dan tidak ada faktor kebudayaan yang mempengaruhi kesehatan.

h. Status Sosial Ekonomi

Pasien mengatakan penghasilan perbulan suami yaitu kurang lebih Rp. 4.600.000 dengan pengeluaran yang tidak menentu, pasien memiliki jaminan kesehatan yaitu BPJS.

3. Pemeriksaan Fisik

a. Sistem Kardiovaskuler/Sirkulasi

Hasil dari pengkajian pada tanggal 13 Maret 2023 ditemukan tekanan darah 79/48 mmHg, nadi 83x/menit, suhu 35,9°C, RR 21x/menit,

irama teratur, tidak ada distensi vena jugularis kanan dan kiri, temperatur kulit dingin, pengisian kapiler > 2 detik, nadi perifer teraba lemah, tidak ada edema, tidak ada kelainan bunyi jantung, tidak ada sakit dada, konjungtiva anemis, sklera anikterik, tidak ada riwayat peningkatan tekanan darah, dan tidak memiliki riwayat penyakit jantung.

b. Sistem Pernapasan

Pemeriksaan yang dilakukan pada sistem pernapasan yaitu jalan nafas bersih, tidak ada sesak, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, frekuensi 21x/menit, irama teratur, tidak ada batuk, tidak ada riwayat bronkitis, asma, TBC dan pneumonia.

c. Sistem Pencernaan

Pemeriksaan yang dilakukan pada sistem pencernaan yaitu keadaan mulut dan gigi tidak ada caries, tidak ada stomatitis, lidah tidak kotor, tidak ada penggunaan gigi palsu, tidak bau mulut, tidak ada muntah, tidak ada kesulitan menelan, tidak ada mual, nafsu makan baik, terdapat nyeri perut bekas SC, tidak ada rasa penuh di perut, karakteristik nyeri seperti berdenyut – denyut, BB sekarang 62 kg, TB 155 cm, bentuk tubuh normal, membran mukosa lembab, lingkaran lengan atas 27 cm, tidak BAB, tidak diare, abdomen baik, dan tidak ada hemoroid.

d. Neurosensori

Status mental pasien orientasi baik, tidak memakai kacamata, tidak pakai alat bantu dengar, tidak memiliki gangguan bicara, tidak ada

serangan pingsan atau pusing, tidak ada sakit kepala, tidak merasa kesemutan/kebas/kelemahan.

e. Sistem Endokrin

Hasil pemeriksaan gula darah tanggal 13 Maret 2023 111 mg/dl dan nafas tidak bau keton.

f. Sistem Urogenital

Pasien tidak terpasang kateter sehingga pasien sudah BAK 5x dalam sehari, jumlah yang dikeluarkan ± 500 cc dan warna urin kuning keruh.

g. Sistem Integumen

Turgor kulit pasien kurang elastis, warna kulit pucat, keadaan kulit baik, kulit dalam keadaan bersih tetapi rambut belum keramas setelah masuk rumah sakit.

h. Sistem Muskuloskeletal

Pemeriksaan pada sistem muskuloskeletal yaitu tidak ada kontraktur pada persendian ekstremitas, tidak terdapat kesulitan dalam pergerakan, ekstremitas simetris, tidak ada tanda homan, tidak ada edema, tidak ada varises, reflek patella baik, massa/tonus otot baik, tidak ada tremor, kekuatan otot baik, dan tidak ada deformitas.

i. Dada dan Axila

Hasil pemeriksaan dada dan axila pasien, mammae terlihat simetris, papilla mammae eksverted, tidak ada pembesaran, terdapat hiperpigmentasi pada aerola mammae, tidak ada benjolan pada payudara, kolostrum sudah keluar, produksi ASI sudah ada, tidak ada sumbatan ASI, pasien tidak memberikan ASI kepada bayi karena

rawat pisah, payudara teraba keras, dan tidak ada pembesaran kelenjar limphe.

j. Perut atau Abdomen

Hasil pemeriksaan abdomen terlihat luka bekas operasi dibalut kasa horizontal 20 cm, tidak ada rembesan, tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan, terdapat bercak darah, tidak ada pus, dan penyatuan luka terlihat baik, terlihat linea nigra dan striae di abdomen ibu. Hasil pemeriksaan TFU pasien sudah 2 jari di bawah pusat, kontraksi baik, konsistensi uterus keras. Terdapat nyeri tekan pada abdomen bawah.

k. Anogenital

Hasil pemeriksaan *lochea rubra*, berwarna merah, banyaknya ± 100 cc, dan berbau khas. Perineum utuh, tidak dilakukan episiotomy dan tidak ada tanda – tanda REEDA.

4. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 12 Maret 2023 pukul 06.30 yaitu Hemoglobin 9.6 g/dL (12.5 – 16.0), Leukosit $21.57 \times 10^3/\mu\text{L}$ (4.00 – 10.50), Hematokrit 29.6% (37.0 – 47.0), Trombosit $242 \times 10^3/\mu\text{L}$ (82 – 369), PCR nonreaktif (nonreaktif) dan GDS tanggal 13 Maret 2023 111 mg/dL (≤ 200).

5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang pasien dapatkan yaitu diet Tinggi Kalori Tinggi Protein (TKTP) sejak 12 Maret 2023, mendapat obat asam mefenamat 3 x 500 mg diberikan pada pukul 16.00, 00.00, 08.00, obat ferro sulfat 2 x 200

mg diberikan pada pukul 08.00 dan 20.00, dan obat cefixime 2 x 200 mg yang diberikan pada pukul 08.00 dan 20.00.

6. Resume

Ny. D datang ke IGD PONEK rujuk lepas RS Sukapura pada tanggal 11 Maret 2023. Sebelum pasien mendapatkan rencana SC status obstetri yaitu G5P3A1 39-40 minggu dengan BSC 3x dan pasien mengatakan saat SC ke 3 sudah di MOW. Saat datang pasien mengeluh mulas-mulas 8 jam sebelum masuk rumah sakit. Tidak ada keluar air, lendir bercampur darah tidak ada. Karena pasien dengan indikasi SC 3x maka direncanakan SC pada tanggal 12 Maret 2023. Pada tanggal 12 Maret 2023 telah dilakukan SC dan pemasangan IUD karena MOW sebelumnya terlepas. Lahir bayi perempuan dengan BB 3,5 kg dan PB 50 cm. Tidak ada komplikasi prosedur SC. Telah masuk cairan RL 500cc/24 jam dan terpasang kateter urin, pasien sudah diajarkan berjalan. Telah masuk ceftriaxone 2 gr pada pukul 04.00 dan ketorolac 30 mg pada pukul 04.00 dan terpasang DC 1x24 jam, pasien mengeluh nyeri pada daerah bekas SC, perdarahan minimal, BAK lancar, pasien belum BAB dan kentut.

Lalu pada tanggal 13 Maret 2023 saat dikaji pasien mendapat obat asam mefenamat 3 x 500 mg diberikan pada pukul 16.00, 00.00, 08.00, obat ferro sulfat 2 x 200 mg diberikan pada pukul 08.00 dan 20.00, dan obat cefixime 2 x 200 mg yang diberikan pada pukul 08.00 dan 20.00. Masalah keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut dan resiko tinggi infeksi. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan adalah mengobservasi TTV, memonitor dan mengkaji keadaan umum serta keluhan pasien,

mengobservasi perdarahan dan TFU, Aff DC, Aff infus, dan mobilisasi serta mendapat diet TKTP.

7. Data Fokus

a. Data Subjektif

Pasien mengatakan nyeri dengan skala 4 pada luka post SC, nyeri saat bergerak, mengatakan nyeri seperti berdenyut – denyut, hilang timbul, nyeri pada daerah bekas prosedur SC, pasien mengatakan belum bertemu anaknya setelah prosedur SC dikarenakan rawat pisah karena anaknya masuk inkubator dikarenakan air ketuban hijau sehingga menyebabkan asfiksia saat bayinya dilahirkan, sehingga pasien belum menyusui anaknya, tetapi ASI sudah keluar sedikit. Pasien mengatakan pusing. Pasien mengatakan khawatir dengan bayinya dan ingin segera bertemu.

b. Data Objektif

Pasien P4A1 umur 41 tahun, post SC hari kedua, tidak ada komplikasi nifas, jenis kelamin bayi perempuan, BB 3,5 kg, PB 50 cm, dengan APGAR skor 7/8, saat dikaji pasien sedang rawat pisah dengan bayinya dikarenakan bayinya mengalami asfiksia sehingga harus masuk ke dalam inkubator di ruang perina. Hasil pengkajian post op SC hari kedua pasien tampak meringis, berhati – hati saat bergerak, gelisah, terdapat nyeri tekan di daerah luka SC, TD 79/48 mmHg, nadi 83x/menit, RR 21x/menit, payudara teraba keras, kolostrum sudah keluar, ASI sudah keluar sedikit, areola mammae hiperpigmentasi, papilla mammae exverted, konjungtiva anemis, warna kulit pucat,

terdapat luka bekas operasi SC tidak ada rembesan, tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan, terdapat bercak darah, tidak ada pus, dan penyatuan luka terlihat baik. Suhu 35,9°C, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi baik, konsistensi uterus keras, *lochea rubra*, merah, banyaknya ± 100 cc, berbau khas. Hb 9.6 g/dL, Leukosit $21.57 \times 10^3/\mu\text{L}$, Hematokrit 29.6% pada tanggal 12 Maret 2023. Pasien tampak menanyakan tentang kondisi bayinya karena rawat pisah dengan bayinya.

8. Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	Data Subjektif: Pasien mengatakan kepalanya pusing Data Objektif: - Turgor kulit kurang baik - CRT >2 detik - Warna kulit pasien tampak pucat - Kulit pasien dingin - Nadi perifer teraba lemah - Hb 9.6 g/dL tanggal 12 Maret 2023 - TD 79/48 mmHg - Nadi 83x/menit - RR 21x/menit. - Suhu 39,5°C	Perfusi perifer tidak efektif	Penurunan konsentrasi hemoglobin
2.	Data Subjektif: Pasien mengatakan nyeri dengan skala 4 pada luka post SC, nyeri saat bergerak, mengatakan nyeri seperti berdenyut – denyut, hilang timbul, nyeri pada daerah bekas prosedur SC.	Nyeri Akut	Agen pencedera fisik (prosedur SC)

	Data Objektif: - Pasien post SC 1 hari yang lalu - Pasien P4A1 - Pasien tampak meringis dan berhati – hati saat bergerak - Pasien tampak gelisah, terdapat nyeri tekan di daerah post SC - Terdapat luka bekas operasi SC - TD 79/48 mmHg - Nadi 83x/menit - RR 21x/menit.		
3.	Data Subjektif: Pasien mengatakan kolostrum sudah keluar dan ASI hanya sedikit yang keluar. Data Objektif: - Pasien P4A1 umur 41 tahun - Post SC hari kedua - Kolostrum sudah keluar - ASI yang keluar hanya sedikit - Areola mammae hiperpigmentasi - Papilla mammae eksverted - Pasien rawat pisah dengan bayinya karena bayinya masuk inkubator - Payudara teraba keras.	Menyusui tidak efektif	Tidak rawat gabung
4.	Data Subjektif: Pasien mengeluh nyeri, pasien mengatakan terdapat luka post SC Data Objektif: Terdapat luka post SC pada abdomen bawah ditutup perban	Gangguan integritas kulit	Tindakan operatif

	horizontal sepanjang 20 cm b. Post SC hari kedua c. Luka bekas operasi tidak ada rembesan, tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan, terdapat bercak darah, tidak ada pus, penyatuan luka terlihat baik		
5.	Data Subjektif: Pasien mengatakan khawatir dengan bayinya, pasien mengeluh pusing. Data Objektif: a. Pasien tampak gelisah b. Pasien rawat pisah dengan bayinya karena bayinya masuk inkubator di ruang perina atas indikasi asfiksia c. Pasien tampak menanyakan tentang kondisi bayinya.	Ansietas	Krisis situasional

B. Diagnosis Keperawatan

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur SC)
3. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung
4. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan tindakan operatif
5. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

C. Rencana, Pelaksanaan, Evaluasi Keperawatan

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

Data Subjektif: Pasien mengatakan kepalanya pusing

Data Objektif: Turgor kulit kurang baik, CRT >2 detik, warna kulit pasien tampak pucat, kulit pasien dingin, nadi perifer teraba lemah, Hb 9.6 g/dl tanggal 12 Maret 2023, TD 79/48 mmHg, nadi 83x/menit, RR 21x/menit, suhu 35,9°C.

Tujuan dan Kriteria Hasil:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil turgor kulit membaik, CRT membaik, warna kulit tampak pucat menurun, nadi perifer membaik, kulit dingin menurun dan Hb dalam rentang normal meningkat, tanda – tanda vital membaik.

Rencana Tindakan:

Perawatan Sirkulasi

1. Periksa sirkulasi perifer
2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi
3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas
4. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi
5. Lakukan pencegahan infeksi
6. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat
7. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi

8. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan
9. Kolaborasi pemberian obat ferro sulfat 2x200 mg diberikan pukul 08.00 dan 20.00.

Pelaksanaan:

Pada tanggal 13 Maret 2023

Pukul 08.00 memberikan ferro sulfat 200 mg peroral; telah masuk ferro sulfat 200 mg. Pukul 08.40 menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi; pengukuran tekanan darah dilakukan pada bagian lengan atas. Pukul 08.45 memeriksa sirkulasi perifer; warna kulit pucat, tidak ada edema, suhu tubuh dingin, pengisian kapiler >2 detik, dan nadi perifer teraba lemah, turgor kulit menurun. Pukul 09.00 mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi; penurunan HB menjadi 9.6 g/dl. Pukul 09.05 memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas; suhu tubuh 35.9°C, tidak ada nyeri, tidak ada kemerahan, dan tidak ada bengkak pada ekstremitas.

Pada tanggal 14 Maret 2023

Pukul 08.00 memberikan ferro sulfat 200 mg peroral; telah masuk ferro sulfat 200 mg. Pukul 08.30 memeriksa sirkulasi perifer; warna kulit sedikit kemerahan, tidak ada edema, suhu tubuh hangat, pengisian kapiler <3 detik, dan nadi perifer cukup kuat, turgor kulit mulai membaik. Pukul 09.30 memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas; suhu tubuh dalam rentang normal 36.5°C, tidak ada nyeri, kemerahan dan bengkak pada ekstremitas. Pukul 09.55 melakukan pencegahan infeksi; penulis mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak

dengan pasien dan lingkungan pasien. Pukul 11.00 menganjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat; pasien mengatakan akan melakukan perawatan kulit menggunakan *body lotion* atau pelembab pada kulit yang kering. Pukul 12.00 menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan; pasien mengatakan mengerti dengan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan.

Pada tanggal 15 Maret 2023

Pukul 08.00 memberikan ferro sulfat 200 mg peroral; telah masuk ferro sulfat 200 mg. Pukul 08.30 memeriksa sirkulasi perifer; warna kulit kemerahan, tidak ada edema, suhu tubuh hangat, pengisian kapiler <3 detik, dan nadi perifer teraba kuat, turgor kulit mambaik. Pukul 10.00 mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi; pasien tampak mendengarkan dan bisa mengulangi apa yang sudah dijelaskan.

Evaluasi

Pada tanggal 15 Maret 2023

Subjektif: pasien mengatakan kepalanya sudah tidak pusing

Objektif: turgor kulit membaik, CRT <3 detik, warna kulit kemerahan, nadi perifer teraba kuat dan suhu tubuh dalam rentang normal 36,3°C.

Analisa: Perfusi perifer tidak efektif teratasi

Perencanaan: Intervensi dihentikan

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur SC)

Data Subjektif: pasien mengatakan nyeri pada luka post SC, nyeri saat bergerak, nyeri seperti berdenyut – denyut, dengan skala 4, nyeri hilang timbul, nyeri berada di abdomen bawah bekas SC.

Data Objektif: pasien post SC hari kedua, pasien tampak meringis, gelisah, terdapat nyeri tekan di daerah abdomen bawah, terdapat luka bekas operasi SC, TD 79/48 mmHg, nadi 83x/menit, RR 21x/menit.

Tujuan dan Kriteria Hasil:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil, kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat, keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, sikap protektif menurun, tekanan darah membaik.

Rencana Tindakan:

Manajemen Nyeri

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Identifikasi respons nyeri non verbal
4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
7. Monitor efek samping penggunaan analgetik
8. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
9. Fasilitasi istirahat dan tidur
10. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

11. Jelaskan strategi meredakan nyeri
12. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
13. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
14. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
15. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
16. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
17. Kolaborasi pemberian obat asam mefenamat 3 x 500 mg diberikan pada pukul 16.00, 00.00, 08.00

Pelaksanaan:

Pada tanggal 13 Maret 2023

Pukul 08.00 memberikan asam mefenamat 500 mg; telah masuk asam mefenamat 500 mg. Pukul 08.35 memonitor keadaan umum pasien; keadaan umum sakit sedang kesadaran compos mentis. Pukul 08.40 memonitor tanda – tanda vital pasien; TD 79/48 mmHg, nadi 83x/menit, RR 21x/menit, suhu 35,9°C. Pukul 08.50 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, skala nyeri; nyeri pada luka post SC seperti berdenyut – denyut berada di abdomen bawah dengan skala nyeri 4 dan nyeri hilang timbul. Pukul 08.55 mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri dan memonitor efek pemberian analgesik; pasien mengatakan hal yang dialaminya sesuatu hal yang wajar karena pasien sudah pernah merasakan hal ini sebelumnya, pasien mengatakan setelah minum obat nyeri sudah berkurang. Pukul 09.00

mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri; ruangan tidak bising, terang, dan suhu ruangan normal. Pukul 09.30 mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri; rasa nyeri bertambah saat bergerak sehingga pasien sangat hati hati saat bergerak. Pukul 09.55 mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri; jenis dan sumber nyeri berasal dari luka karena prosedur SC sehingga pasien akan diajarkan teknik relaksasi napas dalam. Pukul 10.00 mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dan menjelaskan strategi meredakan nyeri; pasien diajarkan teknik relaksasi tarik napas dalam untuk mengurangi nyeri. Pukul 11.00 memfasilitasi istirahat dan tidur; pasien tampak tidur. Pukul 13.00 mengidentifikasi respon nyeri nonfarmakologis; pasien merespon nyeri dengan menghindari pergerakan yang tiba tiba saat nyeri timbul.

Pada tanggal 14 Maret 2023

Pukul 08.00 memberikan asam mefenamat 500 mg; telah masuk asam mefenamat 500 mg. Pukul 08.30 memonitor keadaan umum pasien; keadaan umum sakit sedang dengan kesadaran compos mentis. Pukul 08.35 memonitor tanda – tanda vital pasien; TD 90/55, nadi 95x/menit, RR 20x/menit, suhu 36.5°C. Pukul 08.45 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, skala nyeri; nyeri pada luka post SC seperti berdenyut – denyut berada di abdomen bawah dengan skala nyeri 3 dan nyeri hilang timbul. Pukul 10.00 mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri; tidak ada budaya yang menyimpang terhadap cara pasien merespon nyeri. Pukul 10.05

mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup; pasien sedikit merasa terganggu dengan nyeri yang dirasa dan pasien beraktifitas sesuai kemampuan. Pukul 10.10 mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri; penulis membantu memberikan posisi yang nyaman. Pukul 11.45 menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri; pasien tampak mendengarkan dengan baik. Pukul 11.50 menganjurkan menggunakan analgesik secara tepat; pasien tampak mendengarkan dengan baik.

Pada tanggal 15 Maret 2023

Pukul 08.00 memberikan asam mefenamat 500 mg; telah masuk asam mefenamat 500 mg. Pukul 08.30 memonitor keadaan umum pasien; keadaan umum sakit sedang dengan kesadaran compos mentis. Pukul 08.35 memonitor tanda – tanda vital pasien; TD 105/60, nadi 92x/menit, RR 20x/menit, suhu 36.3°C. Pukul 08.45 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, skala nyeri; nyeri pada luka post SC seperti berdenyut – denyut berada di abdomen bawah dengan skala nyeri 2 dan nyeri hilang timbul.

Evaluasi

Pada tanggal 15 Maret 2023

Subjektif: pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala 2, nyeri seperti berdenyut pada bekas SC masih ada.

Objektif: meringis pada pasien sudah berkurang, gelisah sudah berkurang, dan nyeri tekan pada luka bekas SC minimal, TD 105/60, nadi 92x/menit, RR 20x/menit, suhu 36.3°C.

Analisa: Nyeri akut teratasi

Perencanaan: Intervensi dihentikan

3. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung

Data Subjektif: pasien mengatakan ASI yang keluar sedikit

Data Objektif: pasien P4A1 41 tahun, post SC hari kedua, saat ini sedang rawat pisah dengan anaknya dikarenakan anaknya masuk inkubator, kolostrum terlihat sudah keluar, ASI terlihat sudah keluar sedikit, papilla mammae everted, areola mammae hiperpigmentasi, payudara terasa keras

Tujuan dan Kriteria Hasil:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka status menyusui membaik dengan kriteria hasil perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat, kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar, tetesan/pancaran ASI meningkat.

Rencana Tindakan:

Edukasi Menyusui

1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui; dikarenakan pasien sudah mengetahui tujuan atau keinginan menyusui.
3. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui
4. Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga Kesehatan, dan masyarakat
5. Berikan konseling menyusui
6. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi
7. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (*latch on*) dengan benar
8. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

9. Ajarkan perawatan payudara postpartum
10. Berikan kesempatan untuk bertanya
11. Ajarkan melakukan perah susu

Pemberian Kesempatan Menghisap pada Bayi

1. Berikan ibu kesempatan untuk rawat gabung
2. Fasilitasi ibu untuk posisi semi fowler
3. Berikan waktu kepada bayi apabila kegiatan menyusui dimulai
4. Berikan kesempatan ibu untuk memposisikan dan menggendong bayi dengan benar

Pelaksanaan:

Pada tanggal 13 Maret 2023

Pukul 09.30 mengkaji kondisi payudara; payudara terasa keras saat dikaji, papilla evert, areola hiperpigmentasi, kolostrum sudah keluar, ASI sudah keluar sedikit. Pukul 09.35 mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi; pasien terlihat siap dan fleksibel dalam menerima informasi kapan saja. Pukul 09.40 memberikan dukungan kepercayaan diri dalam menyusui; pasien tampak tidak panik mengetahui ASI yang dikeluarkan baru sedikit karena pasien tau bayi pasien belum mencoba menghisap karena rawat pisah. Pukul 12.00 memberikan diet TKTP; pasien habis satu porsi.

Pada tanggal 14 Maret 2023

Pukul 09.00 mengkaji kondisi payudara; payudara terasa keras saat dikaji, papilla evert, areola hiperpigmentasi, ASI masih sedikit yang keluar. Pukul 09.10 menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan; materi

sudah disediakan. Pukul 09.15 mengajarkan perawatan payudara postpartum dengan mengompres dengan air hangat; pasien paham dan dapat mendemonstrasikan kembali. Pukul 09.25 memberikan kesempatan untuk bertanya; pasien tampak antusias dalam bertanya. Pukul 11.00 memberikan kesempatan pada ibu untuk rawat gabung; pasien tampak senang melihat anaknya. Pukul 11.05 memfasilitasi ibu untuk posisi semi fowler; ibu dalam posisi semi fowler. Pukul 11.10 mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui; pasien mengatakan menyusui bertujuan untuk memberikan nutrisi kepada bayi dan berguna untuk menunjang perkembangan bayi. Pukul 11.15 memberikan waktu kepada bayi untuk menyusui; ASI tampak keluar dan bayi menyusui dengan nyaman.

Pada tanggal 15 Maret 2023

Pukul 09.00 mengkaji kondisi payudara; payudara terasa keras saat dikaji, papilla everted, areola hiperpigmentasi, ASI sudah banyak. Pukul 10.00 mengajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (*latch on*) dengan benar; pasien tampak mengerti dan dapat mendemonstrasikan dengan baik. Pukul 10.25 memberikan konseling menyusui dan menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi; pasien paham dan sudah mempunyai pengalaman.

Evaluasi

Pada tanggal 15 Maret 2023

Subjektif: pasien mengatakan ASI sudah banyak keluar, bayi dapat menyusui tanpa rewel

Objektif: ASI tampak rembes, bayi tidak rewel, payudara terasa keras

Analisa: Menyusui tidak efektif teratasi

Perencanaan: Intervensi dihentikan

4. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan tindakan operatif

Data Subjektif: Pasien mengeluh nyeri, pasien mengatakan terdapat luka post SC

Data Objektif: Terdapat luka post SC pada abdomen bawah ditutup perban horizontal sepanjang 20 cm, post sc hari kedua, luka bekas operasi tidak ada rembesan, tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan, terdapat bercak darah, tidak ada pus, penyatuan luka terlihat baik.

Tujuan dan Kriteria Hasil:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil hidrasi meningkat, perfusi jaringan meningkat, kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, nyeri menurun.

Rencana Tindakan:

Perawatan Luka

1. Monitor karakteristik luka
2. Monitor tanda-tanda infeksi
3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
4. Cukur rambut di sekitar daerah luka
5. Bersihkan dengan cairan NaCl
6. Pasang balutan sesuai jenis luka
7. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien

10. Berikan diet dengan kalori 30 – 35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25 – 1,5 /kgBB/hari
11. Berikan terapi TENS
12. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
13. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
14. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri
15. Kolaborasi pemberian cefixime 2 x 200 mg yang diberikan pada pukul 08.00 dan 20.00

Pelaksanaan:

Pada tanggal 13 Maret 2023

Pukul 08.00 memberikan cefixime 200 mg; telah masuk cefixime 200 mg. Pukul 10.00 memonitor karakteristik luka; tidak terdapat pus/nanah, tidak ada kemerahan, ukuran luka kurang lebih 15 cm, dan tidak ada bau. Pukul 10.05 memonitor tanda – tanda infeksi; luka bekas operasi tidak ada rembesan, tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan, terdapat bercak darah, tidak ada pus, penyatuan luka terlihat baik. Pukul 10.20 menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien; pasien berubah posisi tiap 2 jam. Pukul 12.00 memberikan diet dengan kalori 30 – 35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25 – 1,5 /kgBB/hari; sudah diberikan.

Pada tanggal 14 Maret 2023

Pukul 08.00 memberikan cefixime 200 mg; telah masuk cefixime 200 mg. Pukul 10.05 melepaskan balutan dan plester secara perlahan; balutan dibuka dan tidak ada rembesan darah. Pukul 10.10 memonitor tanda –

tanda infeksi; nyeri pada luka, tidak ada kemerahan, tidak ada pus, tidak ada pembengkakan, tidak ada rembesan, terdapat ada bercak darah, dan penyatuan luka terlihat baik. Pukul 10.15 mencukur rambut di sekitar daerah luka; rambut di sekitar kemaluan dicukur. Pukul 10.20 membersihkan dengan cairan NaCl; luka dibersihkan dengan NaCl. Pukul 10.25 memasang balutan sesuai jenis luka; dipasang balutan menggunakan kasa horizontal dengan ukuran 20 cm. Pukul 10.30 mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka; teknik steril dipertahankan. Pukul 10.25 mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase; luka dibalut dengan kasa horizontal dengan ukuran 20 cm.

Pada tanggal 15 Maret 2023

Pukul 08.00 memberikan cefixime 200 mg; telah masuk cefixime 200 mg. Pukul 10.10 memonitor tanda – tanda infeksi; nyeri pada luka, tidak ada kemerahan, tidak ada pus, tidak ada pembengkakan, tidak ada rembesan, tidak ada bercak darah, dan penyatuan luka terlihat baik. Pukul 10.20 menjelaskan tanda dan gejala infeksi; pasien tampak mendengarkan dan mengerti serta dapat menyebutkan kebalikan tanda dan gejala infeksi. Pukul 10.30 menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein; pasien tampak mendengarkan dan mengerti. Pukul 10.40 mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri; keluarga dan pasien tampak mengerti dan bisa mendemonstrasikan ulang.

Evaluasi

Pada tanggal 15 Maret 2023

Subjektif: Pasien mengatakan masih nyeri pada bagian luka bekas SC

Objektif: Luka bekas SC tidak ada kemerahan, tidak ada pus, tidak ada pembengkakan, tidak ada rembesan, terdapat bercak darah, dan penyatuan luka terlihat baik

Analisa: Gangguan integritas kulit teratasi

Perencanaan: Intervensi dihentikan

5. **Ansietas berhubungan dengan krisis situasional**

Data Subjektif: Pasien mengatakan khawatir dengan bayinya, pasien mengeluh pusing.

Data Objektif: Pasien tampak gelisah, pasien rawat pisah dengan bayinya karena bayinya masuk inkubator, pasien tampak menanyakan tentang kondisi bayinya.

Tujuan dan Kriteria Hasil:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, keluhan pusing menurun, tekanan darah membaik, pola tidur membaik.

Rencana Tindakan:

Reduksi Ansietas

1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah
2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
3. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
4. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)
5. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan

6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan;
7. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan
8. Pahami situasi yang membuat ansietas
9. Dengarkan dengan penuh perhatian
10. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
11. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
12. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif
13. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
14. Latih Teknik relaksasi

Pelaksanaan:

Pada tanggal 13 Maret 2023

Pukul 08.00 menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan; pasien tampak percaya dan mau terbuka dengan penulis. Pukul 08.05 menemani pasien untuk mengurangi kecemasan; kecemasan pasien tampak berkurang. Pukul 08.10 memahami situasi yang membuat ansietas; pasien ansietas karena mengkhawatirkan kondisi bayinya. Pukul 08.15 mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah; pasien mengatakan khawatir dengan bayinya yang sedang rawat pisah. Pukul 08.30 mengidentifikasi kemampuan mengambil keputusan; pasien tampak bisa mengambil keputusan. Pukul 08.45 memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal); pasien tampak menanyakan kondisi bayinya yang sedang rawat pisah, pasien tampak gelisah. Pukul 08.50 mendengarkan dengan penuh perhatian; penulis mendengarkan tentang keluhan kesah pasien. Pukul 09.00 menggunakan pendekatan yang tenang dan

meyakinkan; pasien tampak terbuka sehingga percaya untuk menceritakan tentang keluarganya. Pukul 10.00 melatih teknik relaksasi; pasien dapat mendemonstrasikan ulang. Pukul 13.00 menginformasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis; pasien tampak mendengarkan. Pukul 13.10 menempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan; barang pribadi sudah ditempatkan di dekat pasien.

Pada tanggal 14 Maret 2023

Pukul 08.00 memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal); pasien masih menanyakan kondisi bayinya, masih sedikit pusing, gelisah sedikit berkurang karena mendengar kabar akan bertemu bayinya pada pukul 11.00. Pukul 09.05 menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi; pasien mengungkapkan perasaan kepada penulis. Pukul 13.00 menganjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif; pasien tampak mendengarkan dan memahami.

Pada tanggal 15 Maret 2023

Pukul 08.00 memonitor tanda – tanda ansietas; pasien sudah tidak gelisah, pasien mengatakan sudah tidak khawatir dengan bayinya karena sudah rawat gabung, sudah tidak pusing. Pukul 09.00 menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien; keluarga mengatakan akan menemani pasien.

Evaluasi

Pada tanggal 15 Maret 2023

Subjektif: Pasien mengatakan sudah tidak khawatir dengan bayinya karena sudah rawat gabung

Objektif: Gelisah sudah tidak ada, keluhan pusing sudah tidak ada

Analisa: Ansietas teratasi

Perencanaan: Intervensi dihentikan

BAB IV PEMBAHASAN

Penulis akan membahas mengenai kesenjangan yang ditemukan antara teori dengan kasus pada Ny. D dengan postpartum *Sectio Caesarea*, menganalisa faktor – faktor pendukung dan penghambat serta alternatif pemecahan masalah dalam memberikan asuhan keperawatan di setiap tahapan. Pembahasan ini meliputi proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Data yang dikumpulkan melalui pengkajian adalah data primer dan sekunder. Data primer mencakup pengkajian fisik, observasi dan wawancara, sedangkan data sekunder meliputi data yang diperoleh dari pasien, keluarga, dan rekam medis. Setelah dilakukan pengkajian Ny. D didapatkan hasil kesenjangan antara teori dengan kasus yang ada.

Menurut Azizah & Rosyidah (2019), adaptasi fisiologi ibu postpartum akan mengalami perubahan dan penyesuaian diri dari sistem tubuh ibu. Salah satu perubahan yang terjadi adalah pada serviks, vulva, vagina, dan perineum. Perubahan pada bentuk serviks akan membuka seperti corong dan konsistensi serviks menjadi lunak, terkadang terdapat luka kecil atau laserasi apabila ibu melahirkan dengan pervaginam atau normal. Namun, pada kasus tidak ditemukan perubahan bentuk serviks karena ibu melahirkan dengan prosedur SC. Menurut Aritonang & Simanjuntak (2021) vulva dan vagina akan

mengalami tekanan dan peregangan apabila ibu melahirkan dengan pervaginam atau normal. Namun, pada kasus vulva dan vagina pasien tidak mengalami penekanan dan peregangan dikarenakan pasien melakukan persalinan dengan prosedur SC. Begitu juga dengan perineum, menurut Aritonang & Simanjuntak (2017) perineum bisa mengalami robekan baik secara spontan maupun karena episiotomi tertentu saat ibu melakukan persalinan dengan pervaginam atau normal. Namun, pada kasus tidak ditemukan robekan secara spontan atau episiotomi pada perineum dikarenakan pasien melakukan persalinan dengan prosedur SC.

Menurut Azizah & Rosyidah (2019), setelah melahirkan pervaginam atau normal terdapat perubahan pada tanda – tanda vital pada ibu. Tekanan darah umumnya tidak berubah, namun pada kasus tekanan darah ibu menjadi rendah yaitu 79/48 mmHg dikarenakan pasien telah kehilangan cukup banyak darah saat dilakukan prosedur SC sehingga Hb pasien hanya 9,6 g/dL. Suhu tubuh pada 24 jam pertama setelah persalinan pervaginam atau normal akan sedikit mengalami peningkatan sekitar 37,5 - 38°C, namun pada kasus suhu tubuh pasien menjadi rendah yaitu 35,9°C setelah 24 jam, hal ini dikarenakan pasien telah kehilangan cukup banyak darah saat dilakukan prosedur SC.

Menurut Ayati & Sulistyawati (2017), pada hari pertama sampai hari kedua ibu berada di fase *taking in* dimana perhatian ibu akan tertuju pada kekhawatiran pada tubuhnya dan ibu bisa mengalami kegembiraan yang berlebihan. Namun, pada kasus pasien terlihat sudah berada di fase *taking hold*, hal ini dikarenakan pasien tidak lagi khawatir dengan dirinya melainkan khawatir dengan kondisi bayinya yang sedang berada di ruang perina karena

masuk inkubator atas indikasi asfiksia. Maka dari itu, ibu membutuhkan dukungan karena fase ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai masukan dalam merawat diri dan bayinya sehingga pasien bisa percaya diri saat sudah rawat gabung pada hari ketiga postpartum.

Faktor pendukung selama melakukan pengkajian yaitu pasien dan keluarga yang kooperatif sehingga penulis mampu memperoleh data – data yang dibutuhkan sehingga penulis tidak menemukan adanya faktor penghambat dalam melakukan pengelompokkan.

B. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus. Menurut Imanda, et al (2023) disesuaikan dengan PPNI (2016) terdapat 6 diagnosis keperawatan yang dapat muncul pada ibu postpartum SC di antaranya nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, ansietas berhubungan dengan krisis situasional, menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis, kesiapan peningkatan pengetahuan, dan resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif. Adapun 3 diagnosis yang sesuai yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, ansietas berhubungan dengan krisis situasional, dan menyusui tidak efektif dengan etiologi yang berbeda yaitu tidak rawat gabung. Adapun 2 diagnosis lainnya yang tidak terdapat di dalam teori yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dan gangguan integritas

kulit berhubungan tindakan operatif, sehingga jumlah seluruh diagnosis keperawatan yang terdapat pada kasus ada 5.

Diagnosis keperawatan yang tidak ditemukan antara teori dan kasus ada 4 yaitu, menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, dikarenakan pasien tidak bisa menyusui karena rawat pisah dengan bayinya bukan karena suplai ASI yang tidak adekuat. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis, diagnosis ini tidak diangkat oleh penulis dikarenakan pasien tidak mengalami gangguan mobilitas fisik yang dibuktikan dengan pasien tidak mengeluh sulit menggerakkan ekstremitasnya dan tidak ada penurunan pada kekuatan otot serta rentang gerak pasien. Kesiapan peningkatan pengetahuan, pada kasus pasien tidak banyak bertanya dan tidak mengungkapkan minatnya untuk menambah pengetahuan mengenai keadaan setelah melahirkan karena sudah memiliki pengalaman dengan 3 kelahiran sebelumnya sehingga pasien dan keluarga tidak kekurangan pengetahuan. Resiko infeksi ditandai dengan prosedur invasif, dikarenakan saat dikaji pasien sudah tidak menggunakan prosedur invasif seperti kateter, infus, pemberian injeksi atau pengambilan sampel darah melalui vena atau arteri.

Penulis mengangkat diagnosis perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin sebagai diagnosis utama karena sifat masalah masih aktual dan harus lebih utama diselesaikan karena pasien beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke perifer. Diagnosis kedua yang diangkat penulis adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur SC), hal ini dikarenakan pasien mengeluh nyeri dengan skala 4

pada luka post SC, nyeri saat bergerak, mengatakan nyeri seperti berdenyut – denyut, hilang timbul, nyeri pada daerah bekas prosedur SC. Diagnosis ketiga yang penulis angkat adalah menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung, hal ini dikarenakan pasien tidak rawat gabung dengan bayinya karena bayinya harus masuk inkubator di ruang perina atas indikasi asfiksia sehingga pasien tidak bisa menyusui bayinya. Kolostrum sudah keluar, ASI sudah keluar, payudara teraba keras, papilla eksverted, dan areola mammae hiperpigmentasi. Diagnosis keempat yang penulis angkat adalah gangguan integritas kulit berhubungan dengan tindakan operatif, hal ini dikarenakan terdapat luka post SC pada abdomen bawah ditutup perban horizontal sepanjang 20 cm, pasien post SC hari kedua, luka bekas operasi tidak ada rembesan, tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan, terdapat bercak darah, tidak ada pus, penyatuan luka terlihat baik. Diagnosis terakhir yang penulis angkat adalah ansietas, hal ini dikarenakan pasien khawatir dengan bayinya, pasien mengeluh pusing dan tampak gelisah.

Faktor pendukung selama pengkajian yaitu pasien dan keluarga kooperatif sehingga penulis dapat memperoleh data – data yang dibutuhkan. Sedangkan faktor penghambat yaitu penulis mengalami kesulitan dalam mengelola data yang didapat.

C. Perencanaan

Perencanaan yang dibuat sesuai dengan teori dan kebutuhan pasien. Tujuan dalam rencana keperawatan disesuaikan dengan waktu praktek yaitu 3x24 jam, meliputi penetapan prioritas masalah, perumusan masalah,

penentuan tujuan, kriteria hasil, dan rencana tindakan. Adapun diagnosis dan perencanaan yang terdapat pada kasus namun tidak terdapat pada teori yaitu perfusi perifer tidak efektif sehingga perencanaan yang dibuat penulis tidak terdapat pada teori namun dibuat sesuai dengan literatur. Perencanaan yang diambil oleh penulis untuk diagnosis perfusi perifer tidak efektif adalah perawatan sirkulasi. Terdapat beberapa perencanaan yang tidak dilakukan penulis di antaranya hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cidera; dikarenakan pasien tidak memakai tourniquet untuk prosedur apapun selama 3x24 jam. Lakukan perawatan kaki dan kuku; dikarenakan pasien tidak ada masalah dengan kaki dan kuku. Anjurkan berhenti merokok; dikarenakan pasien tidak merokok. Anjurkan berolahraga rutin; dikarenakan pasien masih dalam masa postpartum sehingga tidak dianjurkan berolahraga dalam waktu dekat. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar; dikarenakan pasien tidak mandi dengan air hangat di rumah sakit. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurun kolesterol; dikarenakan pasien tidak memiliki riwayat hipertensi dan kolesterol sehingga tidak meminum obat – obat tersebut. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur; dikarenakan pasien tidak memiliki riwayat hipertensi. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyek beta; dikarenakan pasien tidak menggunakan obat – obat penyek beta.

Diagnosis kedua nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur SC), penulis memberikan perencanaan sesuai dengan perencanaan di dalam teori yaitu manajemen nyeri, namun terdapat beberapa perencanaan yang tidak penulis lakukan. Adapun perencanaan yang tidak dilakukan penulis

pada kasus yaitu monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan; dikarenakan pasien tidak diberikan terapi komplementer.

Diagnosis ketiga menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung, penulis memberikan perencanaan sesuai dengan perencanaan teori dan menambahkan perencanaan yang tidak ada di teori yaitu pemberian kesempatan menghisap pada bayi. Perencanaan yang sesuai dengan teori yaitu edukasi menyusui, namun terdapat beberapa perencanaan yang tidak dilakukan diantaranya, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan; dikarenakan pasien terlihat siap dan fleksibel dalam menerima informasi kapan saja. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengkompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa; dikarenakan pasien sudah postpartum. Ajarkan melakukan perah susu; dikarenakan pada hari kedua masa penulis praktek, pasien sudah bertemu dengan bayinya sehingga penulis tidak sempat mengajarkan melakukan perah susu.

Diagnosis keempat gangguan integritas kulit berhubungan dengan tindakan operatif. Diagnosis dan perencanaan yang terdapat pada kasus tidak sesuai dengan teori sehingga perencanaan yang dibuat penulis tidak terdapat pada teori. Penulis mengambil perawatan luka untuk perencanaan gangguan integritas kulit berhubungan dengan tindakan operatif. Beberapa tindakan tidak dilakukan penulis sesuai dengan perencanaan yang dibuat di antaranya bersihkan jaringan nekrotik; dikarenakan pada luka pasien tidak terdapat jaringan nekrotik. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi; dikarenakan dokter tidak meresepkan salep untuk luka pasien. Kolaborasi prosedur debridement; dikarenakan pasien tidak memerlukan prosedur debridement.

Diagnosis kelima ansietas berhubungan krisis situasional. Diagnosis dan perencanaan yang terdapat pada kasus tidak sesuai dengan teori sehingga perencanaan yang dibuat penulis tidak terdapat pada teori. Penulis mengambil reduksi ansietas untuk perencanaan ansietas berhubungan krisis situasional. Beberapa tindakan tidak dilakukan penulis sesuai dengan perencanaan yang dibuat di antaranya latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan; dikarenakan tidak sempat karena pasien sudah tidak tegang saat bertemu dengan bayinya. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat; dikarenakan tidak sesuai dengan kondisi pasien. Kolaborasi pemberian obat antiansietas; dikarenakan tidak diberi anjuran oleh dokter untuk pemberian obat antiansietas.

Faktor pendukung dalam menyusun rencana tindakan yaitu terdapat berbagai literatur, sehingga memudahkan dalam menyusun perencanaan. Penulis tidak menemukan adanya faktor penghambat dalam penyusunan rencana tindakan. Penulis dapat melakukan rencana tindakan dengan baik.

D. Pelaksanaan

Secara garis besar pelaksanaan tindakan sudah sesuai dengan teori, terdapat 3 diagnosis yang sesuai yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur SC), ansietas berhubungan dengan krisis situasional, dan menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung. Diagnosis yang tidak ada di dalam teori namun ada pada kasus yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dan gangguan

integritas kulit berhubungan dengan tindakan operatif telah dilakukan pelaksanaan tindakan selama 3 hari sesuai dengan literatur.

Faktor pendukung dalam pelaksanaan adalah pasien dan keluarga kooperatif selama pelaksanaan tindakan, lingkungan yang kondusif dan tersedianya sarana serta prasarana yang mendukung. Penulis tidak menemukan adanya faktor penghambat dalam pelaksanaan tindakan keperawatan yang sudah dilakukan.

E. Evaluasi

Evaluasi disesuaikan dengan teori yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil, dari lima diagnosis yang diangkat semua diagnosis teratasi. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin teratasi dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, perfusi perifer meningkat dengan hasil evaluasi pasien mengatakan kepalanya sudah tidak pusing, turgor kulit membaik, CRT <3 detik, warna kulit kemerahan, nadi perifer teraba kuat dan suhu tubuh dalam rentang normal 36,3°C.

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur SC) teratasi dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam tingkat nyeri menurun dengan hasil evaluasi, pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala 2, nyeri seperti berdenyut pada bekas SC masih ada, meringis pada pasien sudah berkurang, gelisah sudah berkurang, dan nyeri tekan pada luka bekas SC minimal, TD 105/60, nadi 92x/menit, RR 20x/menit, suhu 36.3°C.

Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung teratasi dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam status menyusui dengan hasil evaluasi, pasien mengatakan ASI sudah banyak keluar, bayi dapat menyusu tanpa rewel, ASI tampak rembes, bayi tidak rewel, payudara terasa keras.

Gangguan integritas kulit berhubungan dengan tindakan operatif teratasi dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam integritas kulit dan jaringan meningkat dengan hasil evaluasi, Pasien mengatakan masih nyeri pada bagian luka bekas SC, luka bekas SC tidak ada kemerahan, tidak ada pus, tidak ada pembengkakan, tidak ada rembesan, terdapat bercak darah, dan penyatuan luka terlihat baik

Ansietas berhubungan dengan krisis situasional teratasi dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam tingkat ansietas menurun dengan hasil evaluasi, Pasien mengatakan sudah tidak khawatir dengan bayinya karena sudah rawat gabung, gelisah sudah tidak ada, keluhan pusing sudah tidak ada

Faktor pendukung selama melakukan evaluasi keperawatan yaitu pasien dan keluarga kooperatif sehingga penulis mampu memperoleh data – data yang dibutuhkan dan faktor penghambat tidak ditemukan oleh penulis dalam melakukan proses keperawatan termasuk evaluasi keperawatan.

BAB V

PENUTUP

Penulis telah melakukan observasi dan memaparkan tinjauan kasus, observasi serta pembahasan mengenai Asuhan Keperawatan pada Ny. D dengan Postpartum *Sectio Caesarea* di RPKK RSUD Koja, maka penulis dapat menarik kesimpulan dan saran yang berguna untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

A. Kesimpulan

Pengkajian dilakukan meliputi analisa data dengan cara observasi, wawancara, pemeriksaan fisik yang telah dilakukan pada Ny. D, meliputi data identitas pasien dan keluhan – keluhan selama masa postpartum. Penulis menemukan hasil data pengkajian Ny. D dengan postpartum SC hari kedua dengan riwayat obstetri P4A1 dengan anak hidup 4, pasien melahirkan dengan SC dengan usia kehamilan 39-40 minggu, pasien mengeluh nyeri karena luka di abdomen bekas SC, nyeri saat bergerak, pasien mengatakan skala nyeri 4 dari 0-10, nyeri hilang timbul, nyeri seperti berdenyut – denyut. Pasien tampak pucat dan Hb 9,6 g/dL. Kasus Ny. D ditemukan kesenjangan antara teori dengan kasus pada pengkajian antara lain, tidak terjadi perubahan pada serviks, vulva, vagina, dan perineum ibu. Pemeriksaan tanda – tanda vital tidak normal, tekanan darah dan suhu tubuh pasien menjadi turun, hal ini disebabkan kondisi pasien belum stabil hari rawat kedua yaitu 29 jam post prosedur SC.

Kesenjangan lain yang terdapat pada teori dan kasus yaitu pada diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan yang bisa muncul di teori ada 6 yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, ansietas berhubungan dengan krisis situasional, menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis, kesiapan peningkatan pengetahuan, dan resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif. Namun, pada kasus hanya terdapat 3 diagnosis yang sesuai yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosdur SC), ansietas berhubungan dengan krisis situasional, dan menyusui tidak efektif namun dengan etiologi yang berbeda yaitu tidak rawat gabung. Adapun 2 diagnosis lainnya yang tidak terdapat di dalam teori yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dan gangguan integritas kulit berhubungan tindakan operatif, sehingga jumlah seluruh diagnosis keperawatan yang terdapat pada kasus ada 5.

Perencanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan prioritas masalah dan kebutuhan pasien. Rencana keperawatan yang sudah dibuat dapat diimplementasikan dalam waktu 3x24 jam. Adapun tujuan yang ingin dicapai setelah diberikan asuhan keperawatan 5 diagnosis tersebut dapat teratasi. Mengenai perencanaan yang disusun, terdapat beberapa perencanaan yang tidak dilakukan pada kasus untuk diagnosis perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin, hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cidera, lakukan perawatan kaki dan kuku, anjurkan berhenti merokok, anjurkan berolahraga rutin, anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar, anjurkan menggunakan obat penurun

tekanan darah, antikoagulan dan penurun kolesterol, anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, dan anjurkan menghindari penggunaan obat penyeka beta. Diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur SC), monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa, dan ajarkan melakukan perah susu. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan tindakan operatif, bersihkan jaringan nekrotik, berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, dan kolaborasi prosedur debridement. Ansietas berhubungan krisis situasional, latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan, latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat, dan kolaborasi pemberian obat antiansietas. Tahap pelaksanaan keperawatan, penulis melaksanakan perencanaan yang telah disusun berdasarkan teori dan literatur yang ada.

Tahap evaluasi dari 5 diagnosis keperawatan yang diangkat penulis, semua diagnosis tersebut telah teratasi yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosdur SC), ansietas berhubungan dengan krisis situasional, dan menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung, gangguan integritas kulit berhubungan dengan tindakan operatif, dan ansietas berhubungan dengan krisis situasional, sehingga pasien telah diperbolehkan pulang. Hasil kegiatan yang dilakukan didokumentasikan dari tahap pengkajian sampai evaluasi.

B. Saran

Selama melakukan Asuhan Keperawatan pada Ny. D postpartum *Sectio Caesarea*, penulis mendapatkan pengalaman dalam mengatasi masalah yang ada pada pasien sehingga untuk meningkatkan mutu dan kualitas asuhan keperawatan khususnya pada maternitas, maka penulis ingin memberikan saran dan masukan yang mungkin dapat bermanfaat untuk ke depannya bagi semua pihak, di antaranya:

1. Mahasiswa

Diharapkan ke depannya, mahasiswa mampu mempelajari dengan lebih mendalam mengenai setiap keluhan yang dialami oleh pasien postpartum *Sectio Caesarea* dan dapat meningkatkan pengetahuannya serta mengaplikasikan ilmunya dalam kehidupan sehari-hari. Untuk itu, mahasiswa sebaiknya mempersiapkan diri dengan pengetahuan dan pengalaman yang sudah dimiliki sebelumnya agar dapat melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik pada pasien postpartum *Sectio Caesarea*, jika menemukan banyak hambatan bisa mencari solusi pemecah masalah. Selain itu, mahasiswa harus lebih bisa membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga sehingga terciptanya rasa saling percaya dengan perawat dan pasien menjadi lebih kooperatif dalam melakukan tindakan keperawatan.

2. Institusi Pelayanan Kesehatan

Harapannya adalah rumah sakit dapat menjaga dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien, terutama pada ibu yang menjalani operasi *Sectio Caesarea*. Hal ini dapat dicapai dengan

meningkatkan keterampilan dan motivasi tenaga kesehatan serta staf rumah sakit, melengkapi data yang mencakup semua program kerja rumah sakit, meningkatkan koordinasi yang baik antara pimpinan rumah sakit dengan tenaga kesehatan dan staf agar program dan layanan dapat dilaksanakan sesuai dengan perencanaan serta target yang ingin dicapai. Para perawat yang bertugas di RPKK RSUD Koja dan seluruh tenaga kesehatan diharapkan menunjukkan sikap empati dan memotivasi pasien selama masa pemulihan terhadap perubahan fisiologis dan psikologis yang terjadi setelah melahirkan.

3. Institusi Pendidikan

Bagi institusi pendidikan diharapkan untuk meningkatkan jumlah koleksi literatur tentang Asuhan Keperawatan Maternitas yang tersedia di perpustakaan institusi dan diharapkan karya tulis ilmiah ini bisa menjadi referensi mahasiswa lain di kemudian hari .

DAFTAR PUSTAKA

- Aritonang, J., & Simanjuntak, Y. T. O. (2021). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas Disertai Kisi-Kisi Soal Ujian Kompetensi*. Deepublish. [https://books.google.co.id/books?id=kE8tEAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Asuhan+kebidanan+nifas&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&source=gb_mobile_search&ov2=1&sa=X&ved=2ahUKEwjP9P2G5KD_AhXSwjglGHRxlCnQQ6AF6BAGHEAM#v=onepage&q=Asuhan kebidanan nifas&f=false](https://books.google.co.id/books?id=kE8tEAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Asuhan+kebidanan+nifas&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&source=gb_mobile_search&ov2=1&sa=X&ved=2ahUKEwjP9P2G5KD_AhXSwjglGHRxlCnQQ6AF6BAGHEAM#v=onepage&q=Asuhan%20kebidanan%20nifas&f=false)
- ASEAN Secretariat. (2022). Asean Statistical Yearbook. *ASEAN Secretariat*, 1(December), 1689–1699.
- Ayuningtyas, D., Oktarina, R., Nyoman, E., & Sutrisnawati, D. (2018). *Section Caesarea Tanpa Indikasi Medis Bioethics in Childbirth through Section Caesaria without Medical Indication*. 14(1), 9–16.
- Azizah, N., & Rosyidah, R. (2019). Buku Ajar Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. In *Umsida Press*. <https://doi.org/10.21070/2019/978-602-5914-78-2>
- Darungan, A. I., Kadir, A., & Haq, N. (2020). Strategi Pemerintah Dalam Mengurangi Angka Kematian Ibu (AKI) Melahirkan Di Kabupaten Enrekang. *JPPM: Journal of Public Policy and Management*, 2(2), 101–109. <https://doi.org/10.26618/jppm.v2i2.4565>
- Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. (2020). *Profil Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Tahun 2020* (Vol. 1, Issue 1). <https://dinkes.jakarta.go.id/berita/profil/profil-kesehatan>
- Imanda, M., Rizkia, M., & Halifah, E. (2023). *ASUHAN KEPERAWATAN POST PARTUM SECTIO CAESAREA DENGAN HIPERTIROID : STUDI KASUS*. VII, 1–8.
- Kemenkes. (2018). *Pentingnya Penggunaan Alat Kontrasepsi*. <https://promkes.kemkes.go.id/pentingnya-penggunaan-alat-kontrasepsi>
- Kemenkes. (2021). *Kemenkes Perkuat Upaya Penyelamatan Ibu dan Bayi*. Sehat Negeriku. <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20210914/3738491/kemenkes-perkuat-upaya-penyelamatan-ibu-dan-bayi/>
- Kemenkes RI. (2022). *Profil Kesehatan Indonesia 2021*. In *Pusdatin.Kemenkes.Go.Id*.
- Khairoh, M., Rosyariah, B. A., & Ummah, K. (2019). *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. CV.Jakad Publishing. <https://books.google.co.id/books?id=rC7ZDwAAQBAJ&printsec=frontcover>

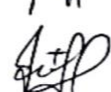
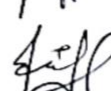
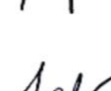
&dq=asuhan+kebidanan+kehamilan&hl=id&sa=X&ved=2ahUKEwiJ1aabrPXrAhWM6XMBHZZHkCUoQ6AEwAXoECAQQA#v=onepage&q=asuhan kebidanan kehamilan&f=false

- Khasanah, N. A., & Sulistyawati, W. (2017). *Asuhan nifas & Menyusui* (R. Perdana (ed.)). Kekata Publisher.
- Lailaturohmah, Anouw, N., Susanto, W. H. A., Metti, E., Rachma, N., Butarbutar, M. H., Mukhoirotin, Islamiyah, Susanti, N. M. D., Fitriani, Badria, S., & Ardiansa. (2023). *Asuhan Keperawatan Maternitas* (P. G. E. TEKNOLOGI (ed.)).
- Mochtar, R. (2013). *Sinopsis Obstetri Fisiologi dan Patologi* (2nd ed.). ECG.
- Mylonas, I., & Friese, K. (2015). *The Indications for and Risks of Elective Cesarean Section* *DtSeksio sesareah Arztebl Int.* 112, 489–495.
- Novita. (2019). *Diagnosis Perdarahan Postpartum*. ALOMEDIKA. <https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrik-dan-ginekologi/perdarahan-postpartum/diagnosis>
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *APLIKASI: Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA Nic-Noc*. MediAction.
- PPNI, T. P. S. D. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Persatuan Perawat Indonesia.
- PPNI, T. P. S. D. (2018a). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)* (1st ed.). Persatuan Perawat Indonesia.
- PPNI, T. P. S. D. (2018b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)* (1st ed.). Persatuan Perawat Indonesia.
- Prihartini, & Iryadi. (2019). faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan dengan tindakan section caesaria (SC) pada ibu bersalin. *Jurnal Kesehatan Pertiwi*, 14.
- Purwoastuti, E., & Walyani, E. S. (2015). *Ilmu Obstetri & Ginekologi Sosial Untuk Kebidanan*. Pustaka Baru Press.
- Putri, G. (2022). *Seksualitas Dan Masa Nifas*. KEMENTERIAN KESEHATAN DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/602/seksualitas-dan-masa-nifas#:~:text=Masa nifas merupakan masa atau,pada setiap wanita berbeda-beda.
- Rahayu, A. P. (2016). *Panduan praktikum keperawatan maternitas*. Deepublish.
- Reeder, S. j, Martin, L. L., & Koniak-Griffin, D. (2014). *Keperawatan Maternitas: Kesehatan Wanita, Bayi, & Keluarga* (18th ed.). Jakarta : ECG.

- Reinissa. (2017). Persepsi Ibu Nifas Tentang Pelayanan Postnatal Care Dengan Kunjungan Ulang. *Higeia Journal of Public Health*, 1(4), 109–119. <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia>
- RISKESDAS. (2018). *LAPORAN NASIONAL RISKESDAS 2018*.
- Rismiyani. (2020). Modul komplikasi dalam kehamilan, persalinan, nifas dan bbl. *Repository.Stikessaptabakti.Ac.Id*, 4(2), 1–67.
- RSUD Koja. (2023). *Rekam Medis RSUD Koja Jakarta Utara*.
- Solehati, T., & Kosasih, C. E. (2015). *Konsep dan aplikasi relaksasi : dalam keperawatan maternitas* (Anna (ed.)). Refika Aditama.
- Suarni, L., & Apriyani, H. (2017). *Metodologi keperawatan*. Pustaka Panasea.
- Subekti, S. W. (2018). Indikasi Persalinan Seksio Sesarea. In *Jurnal Biometrika dan Kependudukan* (Vol. 7, Issue 1, p. 11). <https://doi.org/10.20473/jbk.v7i1.2018.11-19>
- Walyani, E. S., & Purwoastuti, E. (2016). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas & Menyusui*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- WHO. (2015). *Who statement on caesarean section rates*. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/
- WHO. (2023). *A woman dies every two minutes due to pregnancy or childbirth: UN agencies*. WHO. <https://www.who.int/news/item/23-02-2023-a-woman-dies-every-two-minutes-due-to-pregnancy-or-childbirth--un-agencies>
- Wilkinson, J. M. (2016). *Diagnosis Keperawatan:diagnosis NANDA-I,intervensi NIC,hasil NOC*. ECG.

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Veronica Yeni Rahmawati, M.Kep.,Sp.Kep.Mat
 Nama Mahasiswa : Nurul Aeni
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. D dengan Postpartum Sectio Caesarea atas Indikasi BSC 3x di RPKK RSUD Koja Jakarta Utara

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
1.	3 Maret 2023	Pengarahan terkait ujian praktek KTI	
2.	24 Maret 2023	Bimbingan penyusunan BAB I dan Konsultasi judul KTI	
3.	27 Maret 2023	Bimbingan isi latar belakang	
4.	28 Maret 2023	Revisi BAB I - Perhatikan teknik penulisan - Perhatikan salah ketik	
5.	13 April 2023	Bimbingan sumber atau sitasi	
6.	27 April 2023	Revisi BAB I - Perhatikan teknik penulisan - Perhatikan salah ketik	
7.	6 Mei 2023	Revisi BAB II - Tambahkan sumber - Perbaiki font - Perhatikan salah ketik	
8.	16 Mei 2023	Revisi BAB III - Perhatikan kata hubung - Perhatikan salah ketik - Perbaiki konten sesuai masukan	
9.	27 Mei 2023	Revisi BAB I, II, III - Perbaiki font - Perhatikan penggunaan kata hubung - Perbaiki kolom D.O - Perbaiki urutan analisa data	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Veronica Yeni Rahmawati, M.Kep.,Sp.Kep.Mat
 Nama Mahasiswa : Nurul Aeni
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. D dengan Postpartum Sectio Caesarea atas Indikasi BSC 3x di RPKK RSUD Koja Jakarta Utara

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
10.	31 Mei 2023	Revisi BAB III & IV - Perbaiki paragraf jadi menjorok - Tambahkan halaman - Perbaiki salah ketik - Tambahkan hasil inspeksi - Tambahkan data bayi - Tambahkan justifikasi	
11.	5 Juni 2023	ACC BAB I, II, III. Revisi BAB IV - Perbaiki salah ketik	
12.	6 Juni 2023	Revisi BAB IV - Tambahkan ada berapa diagnosis di dalam teori - Perbaiki isi kesenjangan perencanaan	
13.	7 Juni 2023	Konsultasi cover, lembar persetujuan, dan kata pengantar	
14.	8 Juni 2023	ACC BAB IV & V	
15.	9 Juni 2023	Konsultasi PPT sidang	