



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.D DENGAN POSTPARTUM
SEKSIO SESAREA ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA
DAN BSC 1X DI RUANG RAWAT RPKK
RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

INING SAPUTRI

2011058

**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
SEKSIO SESAREA ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA
DAN BSC 1X DI RUANG RAWAT RPKK
RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

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

INING SAPUTRI

2011058

**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 : Ining Saputri

NIM 2011058

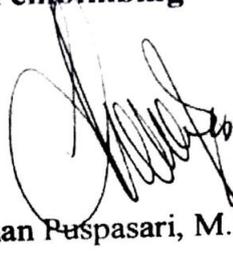
Tanda Tangan :

Tanggal : 12 Juni 2023

LEMBAR PENGESAHAN

**Asuhan Keperawatan pada Ny. D dengan Postpartum
Seksio Sesarea atas Indikasi Preeklamsia
dan BSC 1x di Ruang Rawat RPKK
RSUD Koja Jakarta Utara**

Pembimbing



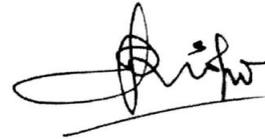
(Ns. Jehan Puspasari, M.Kep)

Penguji I



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

Penguji II



(Ns. Ernawati, M.Kep.,Sp.Kep.An)

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



(Ellynia, SE., M.M)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan Rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Penulisan tugas akhir ini dilakukan untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan laporan Tugas Akhir ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Ellynia., S.E., M.M selaku ketua STIKes RS Husada;
2. Ibu Ns. Jehan Puspasari, M. Kep selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan Tugas Akhir ini;
3. Ibu Ns. Veronica Yeni Rahmawati, M.Kep.,Sp.Kep.Mat selaku dosen penguji I yang telah memberikan kritik untuk kemajuan karya tulis ilmiah ini;
4. Ibu Ns. Ernawati, M.Kep.,Sp.Kep.An selaku dosen penguji II yang telah memberikan kritik untuk kemajuan karya tulis ilmiah ini;
5. Seluruh staf dosen dan tenaga pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang telah membantu dalam kelancaran pembelajaran;
6. Pihak RSUD Koja yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan;
7. Ny. D dan keluarga yang sudah bersedia meluangkan waktunya dan sudah memberikan data-data yang diperlukan oleh penulis;
8. Kepada bundahara ibu Supiyati dan kakek saya Mariyo yang telah memberikan do'a yang tidak terhenti dan bantuan dukungan material dan moral, selalu memberikan motivasi, serta tak pernah lelah memberikan dukungan dan kasih sayang kepada penulis sehingga penulis mampu menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan;
9. Teruntuk Yores Jordi Aldo terima kasih selalu membantu pengerjaan dan penyusunan tugas akhir ini;

10. Teman-teman asrama kamar 302, Kamilah Hayatun Nufus, Rici Rianjar dan Rosa Paningrum yang sudah berjuang dalam suka duka selama hampir 3 tahun ini;
11. Teman-teman Maternitas 3 yang sudah berjuang bersama selama menyelesaikan Tugas Akhir ini;
12. Teman-teman grup Bakaran yang selalu sportif dan saling mendukung selama perkuliahan ini;
13. Seluruh teman-teman kelas 3B sudah menemani selama tiga tahun melewati suka duka bersama, memberikan motivasi satu sama lain, terima kasih telah memberikan suasana kelas yang menyenangkan dan penuh tawa;
14. Teman-teman Angkatan 33 STIKes RS Husada yang telah berjuang bersama selama tiga tahun ini dan memberikan banyak kenangan;
15. Terakhir, untuk diri saya sendiri, Ining Saputri terima kasih atas segala kerja keras dan semangatnya sehingga tidak pernah menyerah sampai dititik ini, dan sudah menyelesaikan pengerjaan tugas akhir Karya Tulis ini. Karena ini baru awal dan masih banyak tahap yang harus dilewati untuk menjadi perawat. Semoga dengan langkah awal yang baik ini, langkah kedepannya selalu dipermudah, amin.

Akhir kata saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga karya tulis ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 12 Juni 2023

Ining Saputri

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	6
1. Tujuan Umum.....	6
2. Tujuan Khusus.....	6
C. Ruang Lingkup	7
D. Metode Penulisan	7
E. Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN TEORI	9
A. Pengertian Postpartum	9
B. Tahapan Postpartum	9
C. Perubahan Fisiologis Postpartum	10
D. Perubahan Psikologis Postpartum	17
E. Kebutuhan dan Perawatan Masa Nifas/ Postpartum.....	18
F. Tanda dan Bahaya pada Ibu Postpartum.....	20
G. Konsep Seksio Sesarea	21
1. Pengertian seksio sesarea	21
2. Etiologi seksio sesarea	22
3. Indikasi seksio sesarea	23
4. Patofisiologi seksio sesarea	25
5. Manifestasi klinis	27
6. Komplikasi.....	27
7. Pemeriksaan penunjang	28
8. Penatalaksanaan seksio sesarea	28
H. Konsep Preeklamsia	30
1. Pengertian preeklamsia.....	30
2. Klasifikasi preeklamsia	30
3. Etiologi preeklamsia.....	31
4. Manifestasi klinis preeklamsia.....	32
5. Komplikasi pada ibu dan janin	33
6. Patofisiologi preeklamsia	34
7. Pemeriksaan labolatorium	36
8. Penatalaksanaan preeklamsia.....	37
9. Pencegahan preeklamsia.....	38

I. Asuhan Keperawatan Postpartum Seksio Sesarea.....	39
1. Pengkajian	39
2. Diagnosis keperawatan.....	46
3. Perencanaan keperawatan.....	47
4. Penatalaksanaan keperawatan.....	56
5. Evaluasi keperawatan	56
BAB III TINJAUAN KASUS	58
A. Pengkajian Keperawatan.....	58
B. Diagnosis Keperawatan	73
C. Rencana Keperawatan, Implementasi, Evaluasi	73
BAB IV PEMBAHASAN	96
A. Pengkajian Keperawatan.....	96
B. Diagnosis Keperawatan	99
C. Perencanaan Keperawatan	101
D. Penatalaksanaan Keperawatan	104
E. Evaluasi Keperawatan.....	105
BAB V PENUTUP	107
A. Kesimpulan	107
B. Saran	109
DAFTAR PUSTAKA	111

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Satuan Acara Penyuluhan Pijat Oksitosin
- Lampiran 2 : Lembar Balik Pijat Oksitosin
- Lampiran 3 : Leaflet Pijat Oksitosin
- Lampiran 4 : Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Postpartum merupakan masa setelah ibu melahirkan dengan rentang waktu enam minggu atau sekitar 42 hari. Masa nifas dimulai dari keluarnya plasenta sampai kembalinya normal alat-alat kandungan seperti sebelum hamil. Selama masa pemulihan berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan, baik secara fisiologis maupun psikologis (Palupi, 2013). Sumber lain mengatakan postpartum atau *puerperium* merupakan masa pulihnya kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra-hamil. Lama masa ini sekitar 6-8 minggu (Zubaidah et al, 2021).

Menurut data yang dirilis oleh *World Health Organization* (WHO) (2020) jumlah kelahiran di seluruh dunia pada tahun 2019 sekitar 135 juta. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2019) persentase persalinan normal di Indonesia pada tahun 2018 sebesar 66,7%. Persentase persalinan normal ini telah mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya sebesar 62,5%. Data dari Riskesdas (2018) jumlah kelahiran di Indonesia sebanyak 93.620 kelahiran. Kemudian dari sumber lain, Badan Pusat Statistik (2021) data melahirkan per regional di Indonesia pada tahun 2020, Sumatera menempati urutan pertama sebanyak 1.042.765 orang, disusul urutan kedua Jawa sebanyak 1.925.736 orang, Bali dan Nusa Tenggara 355.459 orang, Kalimantan 425.425 orang,

Sulawesi 361.955, Maluku dan Papua 78.501 orang. Dari data tersebut Badan Pusat Statistik juga memberikan jumlah kelahiran di Provinsi DKI Jakarta pada tahun 2020 sebanyak 267.389 kelahiran. Kemudian jumlah data yang diperoleh dari rekam medis RSUD Koja pada periode 2022 sampai 2023 didapatkan 29.938 pasien. Dengan jumlah kelahiran sebanyak 1436 kelahiran, dari jumlah tersebut, sebanyak 2,90% melahirkan secara spontan, 2.69% melahirkan secara seksio sesarea, dan 5% kelahiran dengan indikasi preeklamsia.

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam rahim melalui vagina di dunia luar. Persalinan dibagi menjadi dua yaitu yang pertama persalinan normal atau spontan merupakan proses kelahiran bayi yang dilakukan melalui jalan lahir secara alami, tanpa campur tangan bedah atau operasi. Yang kedua yaitu persalinan sesar atau bedah merupakan proses kelahiran bayi yang dilakukan dengan membuka rahim dan perut ibu dengan sayatan bedah. Persalinan sesar biasanya dilakukan jika ada komplikasi pada kehamilan atau persalinan normal tidak mungkin dilakukan karena berbagai alasan diantaranya preeklamsia, bayi terlalu besar daripada jalan lahir, posisi bayi yang salah, ketuban pecah dini, dan persalinan lama. Persalinan sesar ini dapat dilakukan secara darurat atau karena direncanakan sebelumnya (Pohan, 2022).

Kementerian Kesehatan RI (2021) menyebutkan ada beberapa komplikasi yang sering dialami ibu postpartum yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK) yang dapat menyebabkan preeklamsia jika diikuti dengan meningkatnya proteinuria dalam urin, dan infeksi. Jumlah kasus yang

ditemui untuk setiap komplikasi yaitu perdarahan sebesar 1320 kasus, hipertensi dalam kehamilan sebesar 1.077 kasus, dan infeksi sebesar 207 kasus. Apabila komplikasi tersebut semakin meningkat dan tidak ada penanganan yang tepat maka kesejahteraan ibu dan bayi pun akan menurun. Selain itu, apabila tidak segera ditangani maka dapat menyebabkan kematian bagi ibu maupun bayi.

World Health Organization (WHO) (2020) memperkirakan kematian ibu sebanyak 287.000 orang, salah satunya di negara Nigeria memiliki angka kematian ibu sebanyak 67.000 jiwa, di India memiliki angka kematian ibu sebanyak 49.000 jiwa, dan di Indonesia sebanyak 17.000 jiwa. Kemudian dari data yang dirilis Kementerian Kesehatan RI (2021) mengatakan bahwa jumlah kematian ibu meningkat setiap tahunnya, tahun 2021 menunjukkan 7.389 kematian di Indonesia, jumlah ini menunjukkan peningkatan dibanding tahun sebelumnya sebesar 4.627 kematian. Sebagian besar kematian ibu terjadi karena akses terhadap pelayanan kesehatan yang terbatas terutama di daerah yang terpencil, kondisi kesehatan ibu yang buruk, kurangnya keterampilan dan pengetahuan tentang perawatan antenatal dan persalinan, praktik kelahiran yang tidak aman, kurangnya dukungan keluarga, dan faktor ekonomi seperti kemiskinan dan kesenjangan sosial. Hal ini maka dilakukan upaya percepatan penurunan angka kematian ibu (AKI) dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan yang berkualitas, seperti pelayanan kesehatan ibu hamil dan bersalin, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan persalinan ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi

komplikasi, dan pelayanan keluarga berencana (KB) pasca persalinan (Kemenkes, 2020).

Dalam rangka upaya penurunan AKI (angka kematian ibu) upaya yang dilakukan pemerintah yaitu meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan bayi di Indonesia. Pemerintah melakukan beberapa tindakan yang didasarkan pada tujuan global dari *Sustainable Development Goals* (SDGs) untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi secara signifikan pada tahun 2030. Beberapa tindakan diantaranya meningkatkan gizi ibu dan bayi dengan cara mengedukasi masyarakat tentang pentingnya gizi yang baik untuk kesehatan ibu dan bayi, meningkatkan sistem kesehatan nasional dengan melakukan cangkupan pelayanan kesehatan yang adil dan merata dan pemberian pelayanan kesehatan yang baik, akses pelayanan kesehatan yang berkualitas untuk ibu dan bayi, mendorong kesehatan reproduksi dan seksual dengan memberikan akses informasi, edukasi, dan informasi tentang kesehatan reproduksi dan seksual terhadap masyarakat, dan meningkatkan akses terhadap air bersih dan sanitasi yang layak yang akan membantu mencegah penyebaran penyakit dan meningkatkan kesehatan ibu dan bayi (Kemenkes, 2021).

Selain itu pemerintah juga memiliki program kunjungan untuk ibu postpartum yaitu kunjungan selama 4 kali ke fasilitas pelayanan kesehatan oleh ibu dalam 42 hari setelah melahirkan yaitu 6-8 jam setelah persalinan, 6 hari setelah persalinan, 2 minggu setelah persalinan, dan 6 minggu setelah persalinan. Tujuan dari kunjungan ini adalah untuk memastikan bahwa ibu dan bayi mendapatkan perawatan dan pengobatan yang sesuai serta

memantau kesehatan mereka pasca melahirkan. Selain itu, kunjungan masa nifas juga memberikan kesempatan bagi ibu untuk berkonsultasi tentang masalah kesehatan atau perawatan bayi (Kemenkes, 2021).

Peran tenaga kesehatan khususnya perawat sangat penting bagi ibu postpartum dalam upaya penanganan pasca persalinan. Upaya-upaya tersebut yaitu promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya promotif yaitu meningkatkan penyuluhan tentang pentingnya kunjungan ibu postpartum yang lengkap, memberikan pendidikan kesehatan terkait nutrisi yang diperlukan oleh ibu menyusui, pijat oksitosin, teknik menyusui yang benar, perawatan payudara, dan perawatan luka. Upaya preventif bertujuan untuk mencegah terjadinya penyakit pada ibu postpartum, dengan cara menganjurkan ibu postpartum untuk melakukan pemeriksaan di pelayanan kesehatan, mengobservasi tanda-tanda vital, memantau kontraksi uterus agar tidak terjadi perdarahan, memantau perdarahan dan mengajarkan vulva hygiene yang benar. Upaya kuratif bertujuan mencegah terjadinya infeksi dan komplikasi pada ibu postpartum, yaitu dengan cara perawatan luka bekas luka persalinan, dan pemberian antibiotik. Yang terakhir upaya rehabilitatif bertujuan untuk memelihara kesehatan ibu postpartum, dengan cara menjelaskan perubahan baik secara fisiologis maupun psikologis yang terjadi pada ibu postpartum. Selain itu menganjurkan untuk ibu menjaga kebersihan badan, baik kebersihan payudara, mengganti pembalut, dan menjaga nutrisi ibu menyusui. Hal itu dapat dilakukan dengan cara menganjurkan ambulasi dini, mobilisasi dan pemenuhan nutrisi yang adekuat untuk ibu postpartum.

Berdasarkan data diatas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ibu dengan Postpartum Seksio Sesarea atas Indikasi Preeklamsia dan BSC 1X di Ruang RPKK RSUD Koja Jakarta Utara”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis mampu memberikan asuhan keperawatan pada ibu postpartum secara nyata

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien postpartum dengan seksio sesarea atas indikasi preeklamsia dan BSC 1X
- b. Mampu menentukan masalah keperawatan pada pasien postpartum dengan seksio sesarea atas indikasi preeklamsia dan BSC 1X
- c. Mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien postpartum dengan seksio sesarea atas indikasi preeklamsia dan BSC 1X
- d. Mampu melakukan tindakan keperawatan pada pasien postpartum dengan seksio sesarea atas indikasi preeklamsia dan BSC 1X
- e. Mampu mengevaluasi tindakan keperawatan pada pasien postpartum dengan seksio sesarea atas indikasi preeklamsia dan BSC 1X
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien postpartum dengan seksio sesarea atas indikasi preeklamsia dan BSC 1X
- g. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan praktik

- h. Mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, faktor penghambat, serta mencari solusi atau alternatif pemecahan masalah

C. Ruang Lingkup

Penyusunan karya tulis ini berfokus pada Asuhan Keperawatan pada Ibu Postpartum Seksio Sesarea atas Indikasi Preeklamsia dan BSC 1X di Ruang RPKK Rumah Sakit Koja Jakarta Utara. Asuhan ini dilakukan selama 3 hari yaitu mulai tanggal 20 Maret 2023 sampai 22 Maret 2023.

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ini menggunakan metode deskriptif yang dilakukan dengan metode meneliti ibu postpartum dengan tindakan seksio sesarea. Strategi pendekatan yang dipakai adalah metode studi kasus. Data dan informasi dalam penulisan laporan ini diperoleh melalui wawancara pada klien, dan melalui observasi yang dilakukan pengamatan pada klien sehingga dapat melengkapi data-data sebelumnya. Studi kepustakaan yaitu suatu cara untuk memperoleh teori-teori baik dari aspek teori medis maupun aspek teori keperawatan yang berhubungan dengan penyusunan penulisan. Studi kasus yaitu memberikan asuhan keperawatan secara langsung kepada klien, melalui pemecahan masalah yang ada untuk diberikan jalan keluar melalui proses keperawatan.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan dalam karya tulis ini terdiri dari lima bab yang disusun secara sistematis BAB I yaitu pendahuluan terdiri dari latar belakang, tujuan

penelitian, manfaat, ruang lingkup, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II yaitu tinjauan teoritis terdiri dari pengertian, tahapan masa nifas, adaptasi fisiologis dan psikologis, gangguan psikologis, komplikasi, perawatan, kunjungan nifas, asuhan keperawatan (pengkajian, diagnosa, perencanaan, penatalaksanaan, evaluasi). BAB III yaitu tinjauan kasus terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, serta evaluasi. BAB IV yaitu pembahasan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi. BAB V yaitu penutup terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian Postpartum

Postpartum (*puerperium*) dalam bahasa latin yaitu *puer* yang berarti bayi dan *parous* yang berarti melahirkan. Jadi, *puerperium* merupakan masa setelah melahirkan bayi dan disebut juga dengan masa pulih kembali. Postpartum atau biasa disebut dengan masa nifas adalah masa pemulihan setelah kehamilan melalui persalinan yang dimulai sejak lahirnya bayi dan plasenta lalu berakhir ketika alat-alat reproduksi kembali dalam kondisi seperti wanita yang tidak hamil. Masa ini dimulai dari 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai 6 minggu atau 42 hari (Rini & Susilo, 2014). Selama masa pemulihan ini berlangsung ibu akan banyak mengalami perubahan baik secara fisik, psikologis dan juga fisiologis, namun jika tidak diberikan pendampingan maka tidak menutup kemungkinan akan terjadi keadaan patologis (Sitorus & Ety, 2016).

B. Tahapan Postpartum

Menurut Susanto (2018) periode nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu:

I. Puerperium Dini (*Immediate Puerperium*)

Masa ini berlangsung pada 0-24 jam postpartum. Puerperium dini yaitu kepulihan dimana ibu sudah diperbolehkan berdiri dan jalan-jalan serta

menjalankan aktivitas seperti wanita normal lainnya. Masa ini dikatakan bersih setelah 40 hari.

2. Puerperium Intermedial (*Early Postpartum*)

Masa ini berlangsung setelah 24 jam pertama sampai 1 minggu pertama. Puerperium Intermedial yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.

3. Remote Puerperium (*Late Postpartum*)

Masa ini berlangsung dari 1-6 minggu masa postpartum. Remote Puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, baik selama hamil dan persalinan. Waktu untuk pulih sempurna ini biasanya dibutuhkan berminggu-minggu berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun.

C. Perubahan Fisiologis

1. Uterus

Pada uterus terjadi proses involusio, involusio merupakan proses kembalinya uterus setelah melahirkan ke bentuk semula seperti sebelum hamil. Proses ini dimulai setelah melahirkan plasenta dan akan terjadi kontraksi otot-otot uterus. Untuk mengetahui perubahan uterus dapat dilakukan dengan pemeriksaan palpasi tinggi untuk meraba fundus uteri (TFU) (Sitorus & Ety, 2016).

Involusi terjadi karena masing-masing sel menjadi kecil karena *cytoplasm* yang abnormal dibuang. Involusi ini juga disebabkan karena proses autolisis dimana zat protein dinding rahim dipecah dan diabsorpsi

kemudian dibuang melalui air kencing. Bagian lapisan dan *stratum spongiosum* yang tersisa akan menjadi nekrosis dan dikeluarkan melalui lokhea. Lokhea merupakan cairan yang keluar melalui vagina pada masa postpartum, lokhea ini berasal dari luka dalam rahim terutama luka dari plasenta. Lokhea dibagi menjadi 4, yaitu yang pertama lokhea rubra muncul pada hari pertama sampai hari ketika masa postpartum berwarna merah kehitaman terdiri dari darah segar dan jaringan sisa-sisa plasenta. Kedua, lokhea sanginolenta muncul pada empat sampai tujuh hari masa postpartum berwarna merah kecokelatan dan berlendir terdiri dari sisa darah bercampur lendir. Ketiga, lokhea serosa muncul pada tujuh sampai hari keempat belas berwarna kuning kecokelatan terdiri dari lebih sedikit darah dan lebih banyak serum. Lokhea alba muncul pada 2 sampai 6 minggu masa postpartum (Susanto, 2018).

Menurut Sitorius & Etty (2016) proses dalam involusi uterus antara lain yang pertama Autolysis yaitu proses penghancuran yang terjadi di otot uterine. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya semula dan 5 kali lebarnya dari semula selama kehamilan. Hal ini disebabkan oleh menurunnya hormon esterogen dan progesteron. Kedua, Atrofi jaringan yaitu jaringan yang berproliferasi dengan adanya esterogen dengan jumlah yang besar. Lalu mengalami atrofi yang ditunjukkan sebagai reaksi penghentian reproduksi esterogen yang menyertai pelepasan plasenta. Ketiga, efek oksitosin juga dapat menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga dapat menekan pembuluh darah yang dapat mengurangi situs atau tempat

implantasi plasenta dan mengurangi perdarahan. Kemudian menurut Rini & Kumala (2016) proses involusio uterus terdiri dari iskemia miometrium, autolysis dan efek oksitosin. Iskemia miometrium yaitu kontraksi dan retraksi yang terjadi terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta yang membuat uterus relative anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.

2. Involusi tempat plasenta

Setelah persalinan tempat plasenta adalah tempat yang kasar dan tidak rata, besarnya sekitar setelapak tangan. Luka ini dengan cepat akan mengecil pada minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. Pada permulaan postpartum bekas plasenta banyak mengandung pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Pada penyembuhan luka ini tidak akan meninggalkan luka parut. Hal ini disebabkan karena penyembuhan luka dengan cara melepaskan dari dasarnya diikuti dengan pertumbuhan endometrium baru di pinggir luka dan sisa-sisa kelenjar pada dasar luka (Sitorus & Etty, 2016).

3. Serviks

Serviks akan mengalami involusio bersamaan dengan uterus. Beberapa hari setelah persalinan ostium ecternum dapat dilalui oleh 2 hingga jari, pinggir-pinggirnya tidak akan rata dan retak-retak akibat sobekan pada saat persalinan. Kemudian pada minggu pertama dapat dilalui dengan 1 jari saja. Serviks akan membentuk otot-otot baru yang mengakibatkan serviks panjang seperti celah. Namun ketika involusio selesai, ostium ecternum tidak akan kembali serupa seperti sebelum hamil, ostium ecternum akan lebih besar dan tetap akan ada retak-retak dan bekas

sobekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir samping (Rini & Kumala, 2016).

4. Vulva dan vagina

Saat proses melahirkan berlangsung vulva dan vagina akan mengalami penekanan dan peregangan yang besar. Pada hari pertama, kedua organ ini akan mengalami kendur. Kedua organ ini akan kembali seperti sebelum hamil setelah 3 minggu masa melahirkan, benjolan pada vagina atau rugae akan muncul kembali secara bertahap dan labia juga akan semakin menonjol. Esterogen yang menurun pada masa postpartum akan berperan dalam penipisan mukosa vagina dan juga hilangnya rugae. Kemudian vagina akan kembali pada ukuran sebelum hamil pada minggu ke 4 – 6 secara bertahap, rugae juga akan terlihat pada minggu keempat dan akan memipih secara permanen. Mukosa akan tetap atrofi sampai dimulainya menstruasi kembali, penebalan mukosa pada vagina ini akan terjadi seiring pemulihan fungsi ovarium (Sitorus & Etty, 2016).

5. Perineum

Setelah melahirkan, jalan lahir akan menjadi kendur dan sobekan. Hal ini terjadi karena perineum mengalami penekanan dan peregangan yang sangat besar ketika melahirkan. Namun pada hari ke-5 postnatal, perineum akan kembali mendapatkan tonusnya meskipun lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan (Walyani & Purwoastuti, 2017).

6. Perubahan pencernaan

Biasanya pada proses pencernaan, akan mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini dikarenakan pada saat melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang berlebihan sehingga menyebabkan kolon menjadi

kosong. Pengeluaran cairan yang berlebihan pada saat persalinan (dehidrasi), laserasi jalan lahir, kurang makan dan hemoroid (Sitorus, 2016). Buang air secara spontan bisa tertunda selama 2 – 3 hari setelah ibu melahirkan. Kondisi ini disebabkan karena tonus otot usus yang menurun selama proses persalinan dan awal masa postpartum, enema sebelum melahirkan, diare sebelum persalinan dan kurang makan atau dehidrasi (Rini & Kumala, 2016).

7. Perubahan perkemihan

Setelah proses melahirkan, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil di 24 jam pertama. Selain karena khawatir nyeri jahitan juga karena penyempitan saluran kemih yang dikarenakan penekanan kepala bayi saat melahirkan. Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan pada 12 – 36 jam setelah persalinan. Hormone estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Yang biasa disebut dengan “*diuresis*”. Dinding saluran kencing akan memperlihatkan edema dan hyporaemia. Biasanya edema dari trigonum menimbulkan obstruksi dari uretra dapat menyebabkan retensio urine. Sehingga kandung kemih menjadi kurang sensitive dan kapasitas bertambah setiap kali kencing yang mengakibatkan tertinggalnya urine residual. Sisa urin pada kandung kemih ini dapat menyebabkan terjadinya infeksi. Dilatasi ureter ini dapat normal kembali dalam 2 minggu (Sari & Khotimah, 2018).

8. Perubahan muskuloskeletal

Pada sistem muskuloskeletal ini mencakup hal-hal yang dapat membantu relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan perut ibu akibat

pembesaran uterus. Adaptasi yang terjadi pada mukuloskeletal yaitu yang pertama, dinding abdomen lembek setelah proses melahirkan karena peregangan yang terjadi setelah kehamilan. Keadaan ini disebut juga dengan diastasis recti (pemisahan otot rektus abdomen). Faktor yang mempengaruhi kondisi diastasis recti yaitu latihan untuk mengembalikan tonus otot dan menutup otot setiap kehamilan, paritas, jarak kehamilan, dan resiko kehamilan misal pada kehamilan dengan janin yang lebih dari satu (Handayani & Pujiastuti, 2016). Kedua, kulit abdomen akan melebar, melonggar dan mengendur. Namun dapat kembali seperti semula dalam beberapa minggu pasca melahirkan. Ketiga, striae yaitu perubahan warna pada dinding abdomen. Striae tidak akan menghilang sempurna melainkan berbentuk garis lurus yang samar. Keempat, ligamen-ligamen, diafragma pelvis dan fasia yang meregang ketika masa kehamilan akan mengecil kembali seperti sedia kala (Rini & Kumala, 2016).

9. Perubahan kardiovaskuler

Perubahan volume darah tergantung pada beberapa faktor, salah satunya yaitu kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi serta pengeluaran cairan ekstrasvaskuler. Pada persalinan pervaginaan darah yang keluar sekitar 300 – 400 cc. Namun bila kelahiran tersebut seksio sesarea maka kehilangan darah bisa dua kali lipatnya. (Rini & Kumala, 2016).

10. Tanda-tanda vital

Menurut Handayani dan Pujiastuti (2016) perubahan tanda-tanda vital yang terjadi diantaranya:

a. Suhu

Setelah melahirkan suhu tubuh akan naik kurang lebih $0,5^{\circ}\text{C}$. Kenaikan suhu badan ini dikarenakan kerja keras saat melahirkan dan kehilangan cairan maupun kelelahan. Suhu akan kembali normal pada 24 jam setelah melahirkan. Kemudian pada hari ke-4 suhu akan kembali naik dikarenakan pembentukan ASI, kemungkinan payudara yang membengkak, mastitis, dan kemungkinan infeksi pada endometrium.

b. Nadi

Nadi akan kembali normal pada beberapa jam setelah melahirkan. Namun denyut nadi yang melebihi 100x/ menit perlu diwaspadai karena kemungkinan infeksi atau perdarahan postpartum.

c. Tekanan darah

Setelah melahirkan, tekanan darah akan tetap normal. Apabila tekanan darah rendah setelah melahirkan diakibatkan oleh perdarahan. Sedangkan apabila tekanan darah tinggi maka bisa disebabkan oleh preeklamsia pada postpartum.

d. Pernafasan

Pada pernafasan biasanya akan tetap pada rentang normal yaitu $16\text{-}24\text{x}$ permenit. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan. Pernafasan ini selalu berkaitan dengan suhu dan juga denyut nadi. Apabila nafas terlalu cepat, kemungkinan ada syok dan juga embolus paru.

D. Perubahan Psikologis Postpartum

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2017) perubahan psikologis ibu postpartum meliputi:

a. *Taking in* (istirahat/ ketergantungan)

Fase ini merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua melahirkan. Difase ini ibu lebih fokus pada dirinya sendiri, ibu akan berulang kali menceritakan tentang persalinan yang dialaminya. Pada fase ini, ibu akan lebih mudah tersinggung, menangis dan menarik diri dari lingkungannya, hal ini disebabkan karena faktor kelelahan. Ketidaknyamanan yang dirasakan ibu pada fase ini antarlain mules, nyeri pada jahitan luka, kurang tidur dan kelelahan. Oleh karena itu, ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur.

b. *Taking Hold/ taking On* (dibantu/ dilatih)

Fase ini berlangsung pada 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu mulai timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam merawat bayinya. Difase ini juga ibu sangat sensitif dan mudah marah. Oleh karena itu, ibu memerlukan dukungan karena pada saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya. Sehingga akan mulai timbul rasa percaya diri.

c. *Letting Go* (berjalan sendiri)

Fase *letting go* merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung setelah 10 hari melahirkan. Terjadi peningkatan perawatan diri. Ibu sudah mulai mengerti tentang perawatan

dirinya dan juga bayi. Ibu sudah memahami bahwa bayi butuh disusui untuk memenuhi kebutuhannya. Keinginan untuk merawat bayinya pun sudah meningkat. Ibu sudah percaya diri dalam menjalani peran barunya.

E. Kebutuhan dan Perawatan Masa Nifas/ Postpartum

Menurut Aritonang dan Simanjutak (2021) kebutuhan dan perawatan masa nifas/postpartum sebagai berikut:

1. Nutrisi/ diit

Ibu menyusui harus mendapatkan nutrisi yang baik dengan mengkonsumsi tambahan 500-800 kalori setiap hari. Makan-makanan seimbang dengan mengkonsumsi karbohidrat, protein, mineral, dan vitamin. Minum pil zat besi setidaknya 40 hari pasca persalinan. Minum air putih sedikitnya 3 liter setiap hari, minum kapsul vitamin A dengan dosis 200.000 iu.

2. Kebutuhan ambulasi

Ambulasi dapat dilakukan setelah persalinan selesai. Ambulasi ini dapat dilakukan secara bertahap dengan memberikan jarak aktivitas dan istirahat terlebih dahulu. 2 jam setelah persalinan ibu sudah bisa melakukan mobilisasi secara perlahan-lahan dan bertahap dengan melakukan miring kanan dan kiri terlebih dahulu, kemudian dapat duduk berangsur-angsur lalu berdiri dan berjalan.

3. Kebutuhan eliminasi BAK/ BAB

a. Miksi

Setelah 8 jam persalinan biasanya ibu dapat melakukan BAK secara spontan. Kadang-kadang ibu mengalami sulit kencing karena selama

persalinan sfinger uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi musculus spinchter ani, dan karena terdapat edema kandung kemih. Bila dalam 3 hari tidak dapat berkemih, maka dapat dilakukan rangsangan dengan mengompres vesica urinaria dengan air hangat. Jika ibu belum bisa melakukan maka dapat diajarkan untuk berkemih sambilmembuka keran air, namun apabila belum juga bisa melakukan berkemih maka dapat dilakukan katerisasi.

b. Defekasi

Bila 3-4 hari ibu belum buang air besar, maka sebaiknya diberikan obat rangsangan yang dapat diberikan per oral atau per rektal. Tetapi jika ibu belum bisa juga dapat dilakukan klisma untuk merangsang buang air besar. Sehingga tidak mengalami sembelit dan menyebabkan luka terbuka.

4. Perawatan diri/ perineum

Untuk menjaga kebersihan diri dengan meningkatkan rasa nyaman pada ibu dan mengurangi sumber infeksi. Maka ibu dianjurkan untuk menjaga kebersihan diri dengan mandi teratur 2 kali sehari, mengganti pakaian dalam secara teratur, dan mengganti alas tempat tidur. Selain melakukan hal tersebut, diperlukan juga untuk melakukan perawatan luka perineum untuk mencegah infeksi. perawatan luka perineum dapat dilakukan dengan cara mencuci genetalia menggunakan air dan sabun setiap habis BAK/ BAB yang dimulai dengan mencuci bagian depan lalu kebagian belakang/ anus. Lalu penggunaan pembalut hendaknya diganti minimal 2 kali sehari.

Sebelum dan sesudahnya ibu dianjurkan untuk mencuci tangan menggunakan sabun (Ciselia & Oktaria, 2021).

5. Perawatan payudara

- a. Perawatan payudara sebaiknya dilakukan sejak ibu sedang hamil agar putih lemas, tidak keras dan kering untuk persiapan menyusui bayi.
- b. Ibu yang sedang menyusui harus menjaga payudara agar tetap bersih
- c. Sebaiknya menggunakan bra yang menyokong payudara
- d. Apabila puting susu lecet, maka oleskan kolostrum atau ASI yang ada di sekitar puting setiap kali selesai menyusui. Apabila lecetnya terlalu berat maka diistirahatkan dulu selama 24 jam. ASI dapat diminumkan menggunakan sendok. Dan untuk menghilangkan rasa nyeri maka minum Paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam.

F. Tanda Bahaya pada Ibu Postpartum

Menurut Tonasih dan Sari (2020) tanda bahaya yang dapat terjadi pada ibu postpartum antara lain:

1. Perdarahan pervaginam yang banyak atau bertambah banyak (lebih banyak dari haid biasanya), perdarahan ini disebabkan karena adanya robekan pada jalan lahir dan sisa plasenta atau membran.
2. Cairan yang keluar dari vagina berbau busuk
3. Rasa sakit yang dirasakan pada bawah abdomen atau punggung
4. Sakit kepala terus-menerus, nyeri di ulu hati, atau masalah penglihatan
5. Pembengkakan yang terjadi di wajah atau tangan
6. Demam, muntah, rasa sakit ketika buang air kecil, dan merasa tidak enak badan

7. Payudara yang terasa panas dan sakit

8. Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama, biasanya ibu postpartum malas makan karena merasa lelah, dan lemas akibat kehabisan tenaga. Kelelahan yang sangat mengganggu ini dapat diberikan makanan yang bersifat ringan, karena alat pencernaan perlu beristirahat guna memulihkan keadaannya kembali

9. Rasa sakit, kemerahan, nyeri tekan, dan pembengkakan pada kaki

Rasa sakit ini biasa disebut after pain atau mules-mules yang disebabkan oleh kontraksi rahim. Rasa sakit ini biasanya berlangsung 2-4 hari setelah persalinan. Selain itu juga terdapat kemerahan yang disebabkan terbentuknya *thrombus* atau munculnya vena-vena kecil yang mengalami pengembangan. Vena-vena ini mengalami dilatasi/ pembukaan yang mengakibatkan pembengkakan, akan tampak pada kaki kemerah-merahan yang dapat menimbulkan sedikit rasa sakit dan juga bisa menimbulkan nyeri tekan. Lalu kaki bengkak/ ankle edema yaitu pembengkakan yang terjadi pada tungkai bawah yang disebabkan oleh penumpukan cairan. Hal ini terjadi karena kadar protein (albumin) dalam darah yang rendah, fungsi pompa jantung menurun, sumbatan yang terjadi pada pembuluh darah atau limfe, penyakit liver atau gagal ginjal kronis, dan posisi tungkai yang terlalu lama tergantung.

G. Konsep Dasar Seksio Sesarea

1. Pengertian seksio sesarea (SC)

Menurut Aspriani (2017) seksio sesarea merupakan persalinan janin melalui sayatan perut terbuka (laparotomi), atau sayatan di rahim

(histerotomi) dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim. Seksio sesarea terbagi menjadi dua yakni yang dilakukan secara elektif (terencana) maupun seksio sesarea yang dilakukan pada kondisi cito (segera). Ada beberapa alasan yang menyebabkan dilakukan tindakan seksio sesarea elektif (terencana) antara lain dikarenakan karena diameter pinggul tidak cukup untuk persalinan secara normal, bayi letak sungsang, placenta previa, bekas seksio sesarea sebelumnya dan juga atas permintaan pasien yang tanpa indikasi.

2. Etiologi Seksio Sesarea

Etiologi seksio sesarea melibatkan berbagai faktor yang dapat menyebabkan perlunya melakukan seksio sesarea sebagai metode persalinan. Menurut Nugroho & Andrajati (2017) beberapa faktor utama yang dapat menjadi penyebab seksio sesarea meliputi:

- a. Ketidakmampuan rahim untuk menghasilkan kontraksi yang cukup kuat atau teratur untuk memajukan persalinan (distosia): Misalnya, kontraksi lemah atau tidak teratur yang tidak cukup untuk membuka serviks atau mendorong bayi melalui jalan lahir.
- b. Ketidaksesuaian antara ukuran janin dan panggul ibu: Jika ukuran janin terlalu besar atau panggul ibu terlalu sempit, sulit bagi bayi untuk melewati jalan lahir secara normal.
- c. Presentasi janin yang tidak normal: Misalnya, posisi janin melintang (transversal) atau bokong (sungsang) yang dapat membuat persalinan normal menjadi sulit atau berisiko.

- d. Kelainan plasenta atau kondisi yang memengaruhi plasenta: Misalnya, placenta previa (plasenta menutupi sebagian atau seluruh mulut rahim) atau ablasia plasenta (terlepasnya plasenta sebelum kelahiran), yang dapat menyebabkan perdarahan berat dan memerlukan seksio sesarea.
- e. Preeklamsia pada kehamilan ibu: misalnya tekanan darah ibu meningkat dari lebih dari 140/ 90 mmHg disertai dengan sakit kepala hebat, meningkatnya proteinuria, membengkaknya ekstremitas dan sampai gangguan penglihatan.

3. Indikasi Seksio Sesarea

a. Indikasi ibu

Menurut Hartati (2021) indikasi pada ibu yang dilakukan operasi seksio sesarea antara lain:

1) Bayi dalam posisi sungsang/ letak lintang

Letak sungsang yaitu keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala diatas sedangkan bagian bokong berada dibawah kavum uteri.

2) CPD (panggul sempit)

Cephalopelvic disproportion (CPD) yaitu suatu keadaan ketidakmampuan pada janin untuk melewati panggul karena terlalu sempit. CPD ini terjadi apabila bayi terlalu besar atau diatas 4000 gram, dan terjadi ketidakseimbangan antara janin dan ukuran panggul ibu.

3) Seksio sesarea berulang

Seksio sesarea adalah indikasi yang paling sering dilakukan. Hal ini terjadi biasanya karena pilihan pasien yang pernah mengalami seksio sesarea atau dokter. Tindakan ini dilakukan dengan adanya indikasi seperti plasenta previa, seksio sesarea berulang, dan preeklamsia.

4) Hipertensi dalam kehamilan/ preeklamsia

Secara umum HDK atau preeklamsia didefinisikan sebagai kenaikan tekanan darah lebih dari 140/ 90 mmHg, yang diukur paling kurang 6 jam pada saat yang berbeda.

5) Ketuban pecah dini (KPD)

Ketuban pecah dini (KPD) yaitu pecahnya ketuban sebelum adanya tanda persalinan. Sebagian besar kejadian ketuban pecah dini ini terjadi pada kehamilan aterm lebih dari 37 minggu. Sedangkan kurang dari kehamilan 36 minggu tidak terlalu banyak.

6) Primigravida tua

Primigravida tua yaitu kondisi dimana wanita mengalami kehamilan pertamanya pada usia diatas 35 tahun.

7) Kehamilan dengan diabetes melitus/ diabetes gestasional

Diabetes gestasional atau ibu yang hamil tapi menderita diabetes melitus dapat mengakibatkan tekanan darah tinggi dan preeklamsia.

b. Indikasi janin**1) Gawat janin**

Gawat janin atau *fetal distress* yaitu kondisi dimana janin kekurangan oksigen pada saat kehamilan atau persalinan. Kondisi ini biasanya diawali dengan menurunnya gerakan janin, dan perubahan detak janin (melemah atau tidak beraturan).

2) Prolapsus funikuli (tali pusat penumpang)

Prolapsus funikuli yaitu tali pusat berada disamping dan melewati bagian terendah dari janin di bawah jalam lahir.

5) Infeksi intrapartum**6) Kehamilan dengan kelainan kongenital**

Kelainan kongenital yaitu kelainan yang didapat sejak lahir.

7) Anomali janin misalnya hidrosefalus**4. Patofisiologi seksio sesarea**

Adanya kelainan pada ibu dan kelainan pada janin menyebabkan persalinan normal tidak memungkinkan akhirnya harus dilakukan tindakan seksio sesarea. Adanya beberapa hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat dilahirkan secara normal, yaitu distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsia jaringan lunak, placenta previa, preeklamsia, dan yang lainnya, untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin, janin besar, dan mal presentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu seksio sesarea.

Dalam proses operasinya dilakukan anestesi yang akan menyebabkan kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik. Maka menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah defisit perawatan diri. Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan dan proses keperawatan post operasi akan menimbulkan masalah defisit pengetahuan. Selain itu, dalam proses pembedahan akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf di sekitar daerah insisi. Hal ini merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri. Nyeri karena insisi yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman. Setelah proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post operasi yang apabila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan resiko infeksi. Sebelum dilakukan operasi pasien perlu dilakukan anestesi bisa regional dan umum. Namun anestesi umum lebih banyak pengaruhnya terhadap janin maupun ibu, anestesi umum menyebabkan bayi lahir dalam keadaan apneu yang tidak diatasi dengan mudah. Akibatnya janin bisa mati, sedangkan pengaruhnya anestesi bagi ibu sendiri terhadap tonus uteri berupa atonia uteri sehingga darah banyak keluar. Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas yang tidak efektif akibat sekret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup. Anestesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus. Seperti yang telah diketahui setelah makanan masuk lambung akan terjadi proses penghancuran dengan bantuan peristaltik usus.

Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Akibat dari motilitas yang menurun maka peristaltik juga menurun. Selain itu motilitas yang menurun juga berakibat pada perubahan pola eliminasi yaitu konstipasi. Selama proses persalinan kandung kemih memiliki trauma yang dapat mengakibatkan tekanan yang berlebihan dan pengosongan yang tidak sempurna dari kandung kemih dan biasanya ibu akan mengalami gangguan eliminasi urin (Nurarif, 2015).

5. Manifestasi klinis

Menurut Prawiroharjo (2017) manifestasi klinis pada post seksio sesarea yaitu:

- a. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml
- b. Terpasang kateter
- c. Urin jernih dan pucat
- d. Abdomen lunak dan tidak ada distensi
- e. Bising usus tidak ada
- f. Ketidaknyamanan untuk menghadapi situasi baru
- g. Balutan abdomen tampak sedikit noda
- h. Aliran lochea sedang, bebas bekuan, berlebihan dan banyak

6. Komplikasi

Komplikasi yang terjadi menurut Aspriani (2017) antara lain:

- a. Infeksi peruteris

Komplikasi ini bersifat ringan, seperti terjadi kenaikan suhu tubuh selama beberapa hari kedepan dalam masa nifas atau bersifat berat seperti peritonitis, sepsis, dan lain-lain.

b. Perdarahan

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang uterina ikut terbuka atau karena atonia uteri.

c. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila peritonealisasi terlalu tinggi

d. Kurang kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptura uteri.

7. Pemeriksaan penunjang

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) pemeriksaan penunjang pada seksio sesarea adalah sebagai berikut:

a. Pemantauan EKG

b. Urinalisis

c. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin

d. Golongan darah

e. Hemoglobin/hematokrit

8. Penatalaksanaan seksio sesarea

Penatalaksanaan yang dilakukan untuk seksio sesarea menurut Hartati (2021) yaitu:

a. Pemberian cairan

Karena 6 jam pertama pasien puasa pasca operasi, maka pemberian cairan perintravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, maupun komplikasi organ tubuh lainnya. Apabila kadar Hb rendah diberikan tranfusi darah sesuai kebutuhan.

b. Diet

Setelah puasa dan hanya diberikan cairan infus, maka setelah 6 jam puasa tersebut dapat diberikan makanan dan minuman peroral. Pemberian minuman dengan jumlah sedikit sudah boleh diberikan pada 6-8 jam pasca operasi berupa air putih dan teh.

c. Mobilisasi

Mobilisasi ini biasanya dilakukan satu hari setelah pembedahan.

Mobilisasi ini dilakukan secara bertahap meliputi:

- 1) Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6-8 jam setelah operasi
- 2) Latihan pernafasan dapat dilakukan pasien sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar
- 3) Hari pertama post operasi, pasien dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya
- 4) Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk/ semifowler
- 5) Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri, dan pada hari ke-3 pasca operasi pasien bisa dipulangkan.

d. Kateterisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada pasien sehingga menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24-48 jam/ lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan pasien.

e. Perawatan luka

Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti.

f. Perawatan rutin

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi, dan pernafasan.

H. Konsep Dasar Preeklamsia

1. Pengertian preeklamsia

Preeklamsia merupakan peningkatan tekanan darah yang diikuti dengan meningkatnya kadar protein/ proteinuria di dalam urin. Preeklamsia umumnya muncul pada pertengahan umur kehamilan, walaupun pada beberapa kejadian ditemukan pada awal kehamilan (Rosdianah et al, 2019). Biasanya preeklamsia terjadi pada ibu yang kehamilannya berusia 20 minggu keatas atau tiap triwulan dari kehamilan, pada kehamilan 37 minggu tersebut umumnya preeklamsia terjadi hingga minggu pertama setelah persalinan (Lalenoh, 2018).

2. Klasifikasi preeklamsia

Preeklamsia menurut Lalenoh (2018) dibagi menjadi 2, yaitu:

a. Preeklamsia ringan

- 1) Kenaikan tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg
- 2) Adanya pembengkakan kaki, muka, jari tangan serta berat badan naik 1 kg lebih tiap minggunya
- 3) Proteinuria kuantitatif 0,3 gr perliter dan kualitatif 1+ atau 2+ pada urin kateter atau midstream

b. Preeklamsia berat

- 1) Tekanan darah lebih dari 160/110 mmHg atau lebih pada 2 kali pemeriksaan seridaknya dalam rentang waktu 6 jam dengan pasien keadaan tirah baring
- 2) Proteinuria lebih dari 5 gr atau dipstik lebih dari 2+ dalam 2 kali pemeriksaan secara acak sedikitnya dalam rentang waktu selama 4jam
- 3) Oliguria atau jumlah urin kurang dari 500 cc/ 24 jam
- 4) Serebral terganggu, visus terganggu dan timbul nyeri pada epigastium
- 5) Adanya kejang atau eklampsia
- 6) Timbul keluhan nyeri seperti nyari, gangguan penglihatan, sakit kepala, gangguan kesadaran ataupun edema paru.
- 7) Gangguan fungsi hepar
- 8) Trombositopenia

3. Etiologi preeklamsia

Preeklamsia sampai saat ini belum diketahui penyebabnya dengan pasti. Beberapa kelainan yang menyertai penyakit ini antara lain spasmus arteriole, retensi Na dan air dan koagulasi intravaskuler. Vasospasme mungkin bukan penyebab primer, akan tetapi vasospasme ini yang menimbulkan berbagai gejala yang menyertai preeklamsia. Vasospasme dapat menyebabkan hipertensi, pada otak akan mengalami sakit kepala dan kejang, pada plasenta mengalami solution plasenta dan kematian janin, pada ginjal mengalami oliguri dan insuffisiensi, pada hati mengalami icterus, dan pada retina mengalami amourose.

Beberapa yang menjelaskan tentang penyebab preeklamsia yaitu :

- a) Bertambahnya frekuensi pada primigravida, kehamilan ganda, hidromnion, dan molahidatidosa
- b) Bertambahnya frekuensi seiring makin tuanya kehamilan
- c) Dapat terjadinya perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dalam uterus
- d) Timbulnya hipertensi, edema, proteinuria, kejang, dan koma.

4. Manifestasi klinis preeklamsia

Menurut Ekasari (2019) ada beberapa manifestasi preeklamsia:

- a. Bertambahnya berat badan, terjadi kenaikan berat badan yaitu kurang lebih 1 kg beberapa kali seminggu.
- b. Timbulnya pembengkakan akibat BB meningkat, pembengkakan pada kaki, kaki dan pergelangan pada tangan.
- c. Hipertensi/ tekanan darah tinggi (yang diukur 30 menit setelah oasin beristirahat) dengan tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg
- d. Adanya proteinuria
 - 1) Adanya proteinuria dalam urine sebanyak 0,3 gram/L/hari atau pemeriksaan kualitatif +1/ +2
 - 2) Kadar proteinuria 1 g/ l yang dikeluarkan melalui kateter yang diambil sebanyak 2 kali setiap 6 jam
- e. Tanda gejala lainnya yaitu mengalami gangguan penglihatan, nyeri epigatric, sakit kepala, mual dan muntah, dan penurunan gerakan janin.

5. Komplikasi pada ibu dan janin

Komplikasi yang terjadi pada preeklampsia ketika tidak langsung dilakukan tindakan dapat terjadi pada ibu dan janin (Martadiansyah et al, 2019).

a. Pada ibu

1) Eklampsia

Eklampsia merupakan komplikasi terberat yang ditimbulkan dari naiknya tekanan darah dan dapat mengakibatkan kejang sampai kematian pada ibu dan janin.

2) Solusio plasenta

Solusio plasenta merupakan komplikasi yang dialami ketika plasenta terlepas dari dinding rahim sebelum proses persalinan.

3) Pendarahan subkapsula hepar

4) Kelainan pembekuan darah (DIC)

Disseminated intracular coagulation (DIC) merupakan pembekuan darah yang terjadi pada seluruh tubuh.

5) Sindrom HELLP

HELLP merupakan singkatan dari tiga kondisi utama dari pecahnya sel darah merah atau hemolisis (H), kerusakan hati atau *elevated liver enzymes (EL)*, dan penurunan jumlah trombosit atau *low platetets count (LP)*.

6) Ablasio retina

Albasio retina merupakan terlepasnya retina dari bagian belakang mata

7) Gagal jantung hingga syok dan kematian

b. Pada janin

- 1) Terhambatnya pertumbuhan dalam uterus
- 2) Premature
- 3) Asfiksia neonatorum
- 4) Kematian dalam uterus

6. Patofisiologi preeklampsia

Sebelum terjadi proses implantasi, zona pelusida menghilang dan blastokis menyentuh permukaan endometrium. Pada kondisi aposisi, blastokis terdiri dari 107 sampai 256 sel. Blastokis melekat pada epitel endometrium dan sering terjadi di endometrium bagian fundus dan dinding posterior uterus. Setelah terjadi erosi ringan pada sel-sel epitel permukaan endometrium, trofoblas terbenam dalam endometrium, dan blastokis seluruhnya berada dalam endometrium. Melekatnya trofektoderm blastokis ke permukaan endometrium melalui proses aposisi dan adhesi. Jaringan kapiler di bagian superfisial endometrium diinvasi oleh sitotrofoblas. Selanjutnya invasi berlanjut mencapai arteri spiralis. Saat implantasi, arteri spiralis memperoleh sebuah lapisan sel di dalam endotel yang berasal dari invasi sitotrofoblas. Selama invasi vaskular ini terjadi perubahan tunika muskularis dinding pembuluh darah tersebut. Konsekuensi dari proses alamiah ini yaitu diameter arteri spiralis lebih lebar karena tanpa lapisan otot. Proses ini merupakan mekanisme adaptasi agar aliran darah dari maternal menuju janin tetap optimal. Dan proses ini dinamakan remodeling a.spiralis.

Lumen arteri spiralis diinvasi oleh sitotrofoblas sepanjang beberapa sentimeter memasuki miometrium. Berbagai perubahan vaskular ini tidak

dijumpai pada desidua parietalis. Trofoblas dapat ditemukan disemua arteri spiralis desidua viseralis pada trimester kedua.

Terdapat beberapa tanda invasi trofoblas yang dapat ditemukan antara lain:

- a. Sitotrofoblas di lumen pembuluh tampaknya tidak bereplikasi
- b. Sel-sel tidak mudah terlepas oleh aliran darah
- c. Sitotrofoblas ini bermigrasi melawan arus dan tekanan darah arteri
- d. Perlekatan sel satu dengan yang lainnya tidak tampak jelas

Invasi jaringan vaskuler ibu oleh trofoblas hanya mengenai arteri spiralis tanpa melibatkan vena desidua. Darah ibu selanjutnya akan memasuki ruang antarvilus dan berkontak secara langsung dengan sinsitiotrofoblas. Seiring dengan berlanjutnya invasi endometrioum oleh trofoblas, arteri-arteri spiralis desidua terbuka untuk membentuk lakuna, yang segera terisi oleh darah ibu. bentuk seperti ini dinamakan system hemokorioendotelial, kontak yang terjadi antara darah ibu dan sinsitium merupakan sarana terjadinya transfer nutrisi, oksigen, serta hasil katabolisme janin dan plasenta.

Apabila invasi trofoblas tidak terjadi atau kurang sempurna, maka akan terjadi kegagalan remodelling a.spiralis. Hal ini mengakibatkan darah menuju lakuna hemokorioendotel mengalir kurang optimal dan bila dalam jangka waktu lama mengakibatkan hipooksigenasi atau hipoksia plasenta. Kemudian hipoksia dalam jangka lama menyebabkan kerusakan endotel pada plasenta yang menambah berat hipoksia. Produk dari kerusakan vaskuler selanjutnya akan terlepas dan memasuki darah ibu yang dapat memicu gejala klinis preeklamsia.

Preeklamsia bila melihat tingkat invasi trofoblas dan stres oksidatif yang terjadi menunjukkan kondisi sedang. Apabila terjadi kegagalan invasi trofoblas diawal kehamilan berakibat stres oksidatif yang tinggi meningkatkan resiko abortus. Dan sebaliknya apabila invasi trofoblas berlangsung normal dan stres oksidatif terjadi minimal, kehamilan akan berlangsung dengan baik (Pribadi, Mose dan Anwar, 2015)

7. Pemeriksaan laboratorium

Menurut Pribadi, Mose dan Anwar (2015) pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada penyakit preeklamsia diantaranya:

a. Kreatinin

Akan terjadi peningkatan kreatinin pada preeklamsia berat tetapi belum ada perubahan pada preeklamsia ringan.

b. Tes fungsi hepar

Peningkatan aspartat aminotransferase (AST/ SGOT) dan alanine aminotransferase (ALT/ SPGT) merupakan tanda prognosis buruk pada ibu dan janin. Konsentrasi dari protein ini berhubungan dengan beratnya penyakit preeklamsia dengan komplikasi berat pada hepar.

c. Faktor pembekuan

Terjadi pembekuan dari faktor II dan faktor VIII selain trombositopenia. Hal ini dapat menimbulkan resiko terjadi perdarahan pasca persalinan.

d. Gangguan ginjal

e. Perubahan kardiovaskuler

Pada kehamilan normal biasanya terjadi peningkatan luaran jantung lebih kurang 50% dengan tekanan darah yang tidak berubah dan cenderung

menurun. Sedangkan pada preeklamsia terjadi peningkatan luaran jantung sebelum timbul gejala klinis tetapi akan menurun begitu gejala klinis timbul. Hal yang terjadi yaitu penyempitan pembuluh darah, dan menunjukkan resistensi yang tinggi dibandingkan keadaan normal.

8. Penatalaksanaan preeklamsia

Menurut Andriani & Wirjatmadi (2016) penatalaksanaan preeklamsia memiliki beberapa prinsip dan beberapa penatalaksanaan sesuai dengan tingkat klasifikasinya yaitu:

Prinsip penatalaksanaan preeklamsia

- a. Melindungi klien dari penyebab tekanan darah meningkat
- b. Mencegah progresivitas penyakit menjadi eklamsia
- c. Menurunkan atau mengatasi risiko janin (pertumbuhan janin yang terlambat, solusio plasenta, hipoksia sampai terjadi kematian pada janin)
- d. Melahirkan dengan cara yang aman dan cepat sesegera mungkin setelah matur, imatur jika diketahui adanya risiko pada janin dan klien juga lebih berat jika persalinan ditunda lebih lama.

Penatalaksanaan preeklamsia ringan

- a. Dapat dikatakan tidak mempunyai risiko bagi ibu maupun janin
- b. Lakukan istirahat yang cukup
- c. Bila klien tidak bisa tidur berikan luminal 1-2 x 30 mg/hari
- d. Jika tekanan darah tidak menurun, anjurkan beri obat antihipertensi
- e. Diet rendah garam dan diuretik
- f. Jika maturitas janin masih lama, anjurkan untuk periksa tiap 1x dalam satu minggu

- g. Indikasi rawat: jika terjadi keburukan, tekanan darah tidak menurun setelah 2 minggu rawat jalan, peningkatan berat badan melebihi 1kg/minggu 2x secara berurutan, atau jika klien menunjukkan tanda- tanda preeklamsia berat. Maka diberikan obat antihipertensi
- h. Jika selama perawatan tidak ada perubahan, tata laksana sebagai preeklamsia berat. Jika ada perubahan maka lanjutkan rawat jalan.
- i. Pengakhiran kehamilan: ditunggu sampai usia 40 minggu, kecuali ditemukan pertumbuhan janin terlambat, gawat janin, solusio plasenta, eklamsia, atau indikasi terminasi lainnya. Minimal 38 minggu, maka janin sudah dinyatakan matur.
- j. Persalinan pada preeklamsia ringan dapat dilakukan spontan atau dengan bantuan ekstraksi untuk mempercepat kala II.

Penatalaksanaan preeklamsia berat, Dapat ditangani secara aktif atau konservatif

- 1) Aktif berarti kehamilan diakhiri/ diterminasi bersama dengan pengobatan medisinal
- 2) Konservatif berarti kehamilan dipertahankan bersama dengan pengobatan medisinal
- 3) Prinsip tetap pemantauan janin dengan klinis, USG, kardiografi

9. Pencegahan preeklamsia

Timbulnya preeklamsia tidak bisa dicegah sepenuhnya, tetapi bisa diberikan pengetahuan dan pengawasan yang baik untuk ibu yang sedang hamil, diantaranya:

a. Pemeriksaan kehamilan kunjungan kehamilan/ ANC (Antenatal Care) merupakan salah satu upaya yang dapat dilakukan sebagai pencegahan awal dari preeklamsia (Nur & Arifuddin, 2017). Rajinlah memeriksakan 18 kehamilan di Pelayanan Kesehatan, Jika timbul perubahan perasaan ibu dan gerak janin dalam rahim. Pemeriksaan kehamilan yang bermutu dan teratur serta teliti dapat menemukan tanda-tanda dini terjadinya preeklamsia, agar penyakit tidak menjadi lebih berat maka diberikan pengobatan yang cukup dan pemberian terapi yang tepat untuk ibu dan janinnya harus dilakukan dalam waktu penanganan semestinya. Tujuan utama dari penanganan ini adalah mencegah terjadinya preeklamsia berat, yang akan mengarah pada eklampsia maupun komplikasi (Anasiru, 2015).

b. Diet

Makan makanan yang mengandung tinggi protein, karbohidrat tinggi, vitamin cukup, lemak rendah, rendah garam dan yang lebih penting.

c. Istirahat yang cukup

Dianjurkan untuk pasien lebih sering duduk atau berbaring mengarah belakang janin agar aliran darah menuju ke plasenta tidak terganggu. Hal ini berupaya untuk mengubah mekanisme patofisiologi yang diduga berperan dalam pengembangan preeklamsia. Terapi farmakologis mencakup penggunaan antioksidan.

I. Asuhan Keperawatan Postpartum Seksio Sesarea

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan upaya untuk mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan

fungsional pasien saat ini dan sebelumnya, serta juga menentukan polarespon pasien saat ini dan waktu sebelumnya. Pengkajian keperawatan merupakan tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data pasien. Pengkajian ini dilakukan agar dapat mengidentifikasi masalah-masalah, dan mengetahui kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. Dengan demikian pengkajian yaitu tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Pada pengkajian ini perawat harus menentukan data apa, berapa banyak, dan dalamnya yang perlu dikaji pada awal pertemuan (Hadinata dan Abdillah, 2022). Menurut Maryuyani (2016) pengkajian pada pasien post SC dengan preeklamsia meliputi:

a. Identitas pasien

- 1) Nama pasien: untuk mengidentifikasi pasien dalam pemberian obat dan berbagai pemberian pelayanan asuhan keperawatan
- 2) Umur: pada penderita preeklamsia, umur sangat mempengaruhi. Karena ibu hamil yang usia diatas 35 tahun rentan terhadap terjadinya preeklamsia untuk pemberiaaan obat sesuai dosis
- 3) Agama: untuk mengetahui kooping dan keyakinan pasien
- 4) Suku bangsa: orang yang berkulit hitam mempengaruhi resiko preeklamsia
- 5) Pendidikan: untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan panyakit tentang riwayat penyakit preeklamsia

- 6) Pekerjaan: untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonomi, karena ini yang akan mempengaruhi gizi pasien
- 7) Status perkawinan: untuk mengetahui apakah anak yang dilahirkan merupakan suatu keinginan atau bukan
- 8) Alamat: untuk mengetahui tempat tinggal pasien
- 9) Diagnosa medis: untuk mengetahui penyakit yang diderita pasien
- 10) Tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor rekam medik: untuk mengetahui apakah pasien mulai dirawat di rumah sakit dan untuk menentukan asuhan keperawatan.

b. Keluhan utama

Keluhan utama merupakan faktor utama yang mendorong pasien untuk datang ke rumah sakit berobat. Pada luka post SC terdapat di daerah perut bagian bawah, dan nyeri ini biasanya dirasakan pada hari 1 sampai hari ke 3 (Solehati dan Kokasih, 2015).

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih, adanya gangguan selebral, gangguan penglihatan, nyeri kepala, nyeri pada epigastrium, mual dan muntah, terdapat edema pada ekstremitas, proteinuria lebih dari 3 gr/+1 (Nurarif dan Kusuma, 2016).

a) P: Provokatif/ paliatif

Penyebab nyeri timbul akibat adanya bekas luka operasi.

b) Q: *Quality/ quantity*

Seberapa berat keluhan nyeri yang dirasakan, bagaimana rasanya.
Pasien post SC akan merasakan keluhan nyeri seperti disayat-sayat.

c) R: *Region*

Lokasi keluhan nyeri tersebut dirasakan atau ditemukan, apakah menyebar ke daerah lain atau area penyebarannya. Pasien dengan post SC akan merasakan nyeri di daerah abdomen.

d) S: *Skala*

Skala kegawatan dapat dilihat menggunakan GCS untuk gangguan kesadaran, skala nyeri atau ukuran lain yang berkaitan dengan keluhan. Skala nyeri pada pasien post SC ini yaitu antara 0-10.

e) T: *Timing*

Kapan keluhan nyeri tersebut mulai ditemukan/dirasakan. Pasien post SC akan merasakan nyeri terus-menerus terutama saat bergerak.

2) Riwayat kesehatan sebelumnya

Pada riwayat kesehatan terdapat riwayat yang pernah dialami oleh ibu yang mencakup antara lain ibu pernah menderita penyakit hipertensi sebelum hamil, mempunyai riwayat preeklamsia pada kehamilan terdahulu, mudah terjadi pada ibu obesitas, dan pernah menderita gagal ginjal kronis (Maryunani, 2016). Selain beberapa riwayat tersebut bisa juga adanya riwayat keluarga yaitu ada yang mempunyai riwayat preeklamsia dan eklamsia dalam keluarga atau penyakit keturunan (Sukarni dan Sudarti, 2014).

d. Riwayat menstruasi

Untuk mengetahui menstruasi pertama, siklus, teratur atau tidak, lama menstruasi, bau, banyak darah, HPHT (hari pertama haid terakhir) untuk menghitung usia kehamilan ibu, TP (taksiran persalinan) (Solehati dan Kokasih, 2015).

e. Riwayat kehamilan, persalinan sekarang

Riwayat kehamilan terjadi hipertensi, dan beresiko dilakukan persalinan pervaginam, sehingga harus berakhir dengan persalinan seksio sesarea, jika tetap melakukan persalinan pervaginam dapat juga mengalami abortus (Solehati dan Kokasih, 2015)

f. Riwayat nifas

1) Dikaji tinggi fundus uteri

2) Lokhea sanguinolenta

a) Lokhea rubra terdiri dari sebagian darah, dan robekan tropoblastik, lokhea ini pada 1-3 hari masa postpartum

b) Lokhea sanguinolenta berwarna merah kecokelatan, pada hari 4-7 hari masa postpartum

c) Lokhea serosa terdiri dari darah juga leukosit dan robekan atau laserasi plasenta, lokhea ini pada 7-14 hari masa postpartum

d) Lokhea alba berwarna kekuningan berisi selaput lendir dan kuman yang telah mati. Lokhea alba ini ada pada minggu ke 2 sampai ke 6 setelah persalinan (Solehati dan Kokasih, 2015).

g. Riwayat keluarga berencana

Meliputi alat kontrasepsi yang digunakan, lama penggunaan, keluhan selama penggunaan, jumlah anak yang direncanakan. Pada pasien post SC dengan indikasi preeklamsia tidak ada hubungannya dengan keluarga yang digunakan oleh pasien (Solehati dan Kokasih, 2015).

h. Riwayat persalinan sekarang

Pada umumnya, ibu hamil yang menderita preeklamsia berakhir dengan persalinan seksio sesarea. Terdapat adanya pembesaran payudara, adanya hiperpigmentasi areola mammae dan papilla mammae (Solehati dan Kokasih, 2015).

i. Riwayat kehamilan sekarang

Biasanya kehamilan dengan preeklamsia ini terjadi pada kehamilan >20 minggu (Maryunani, 2016).

j. Riwayat perkawinan

Riwayat perkawinan ini meliputi usia pasien dan suami saat menikah, pernikahan beberapa. Pada pasien dengan preeklamsia usia sangat mempengaruhi karena hamil ketika usia diatas 35 tahun rentan terhadap terjadinya preeklamsia (Maryunani, 2016).

k. Riwayat reproduksi

Pada pemeriksaan payudara terdapat pembesaran payudara, puting susu exverted, tidak ada benjolan, adanya hiperpigmentasi pada areola mammae dan papilla mammae, TFU, dan berkurangnya lingkaran perut ibu (Maryunani, 2016).

l. Pemeriksaan umum

Pemeriksaan ini yaitu memeriksa tingkat kesadaran dan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, pernafasan, dan suhu tubuh.

m. Keadaan umum

- 1) Kaji keadaan rambut, kepala, mata, hidung, mulut, telinga, leher dan axilla.
- 2) Payudara: pada hari ke 2 dan ke 3 akan meningkat, kebersihan, letaknya simetris/ tidak, mengalami pembengkakan/ tidak, kemerahan, terdapat nyeri tekan/tidak, bentuk puting susu besar/ datar, menonjol/ tenggelam.
- 3) Abdomen: ada linea nigra/ tidak, linea alba/ tidak, periksa adanya diastasis rekti abdominis (normal panjang 7-12 cm dan lebar 1-2 cm), fundus uteri meliputi kontraksi, posisi, dan tinggu fundus yang disesuaikan dengan harinya. Kaji REEDA; *Redness, Edema, Echimosis, Disharge, Approximatelly* yaitu kemerahan, bengkak, kebiruan, keluaran cairan, dan penyatuan jahitan luka post SC.
- 4) Kandung kemih: kandung kemih ini dikaji setiap mengkaji fundus dikaji, kandung kemih ibu akan cepat terisi karena deuresis postpartum.
- 5) Genetalia: kaji kebersihan vulva, kaji lokhea dan cairan pervaginaan (warna, jumlah, dan bau)
- 6) Ekstremitas bawah: kaji adanya edema/ tidak, adanya varises/ tidak, kaji adanya tanda homan/ tidak, dan periksa reflek patella.

- 7) Sirkulasi: kaji kehilangan darah selama prosedur. Kehilangan darah selama prosedur kurang lebih 600-800 cc
- 8) Neurosensori: kerusakan gerakan dan sensasi dibawah tingkat anestesi spinal epidural
- 9) Eliminasi: kaji warna, kejernihan, jumlah, dan penggunaan kateter apabila masih terpasang
- 10) Nyeri/ ketidaknyamanan: mungkin akan mengeluh tidak nyaman dari berbagai sisi seperti trauma pada post op SC, nyeri penyerta, distensi kandung kemih maupun abdomrn, efek anestesi, dan mulur kering
- 11) Seksualitas: fundus uteri kontraksi kuat dan terletak pada umbilikus.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai proses yang dialami baik individu, keluarga, maupun komunitas yang terjadi pada masalah kesehatan. Mengidentifikasi respons pasien terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan merupakan tujuan dari diagnosa keperawatan (PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada postpartum menurut Astari, et al (2022) dan Tim Pokja SDKI PPNI (2017) yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan
- c. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI
- d. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

- e. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal
- f. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih

Sedangkan pada teori yang dikemukakan oleh Aspriani (2017) dan Tim Pokja SDKI PPNI (2017) terdapat diagnosis keperawatan yang muncul padapasien dengan postpartum seksio sesarea yaitu:

- a. Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: gangguan integritas kulit

3. Perencanaan Keperawatan

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur post operasi SC hari pertama)

Tujuan: Tingkat nyeri menurun setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam

Kriteria hasil: Keluhan nyeri pasien menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun.

Intervensi manajemen nyeri

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor pemberat dan pemeringan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri

- 7) Identifikasi pengaruh nyeri dalam kualitas hidup
- 8) Monitor terapi komplementer yang sudah diberikan
- 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik

- 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- 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 menggunakan analgetik secara tepat
- 4) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan

Tujuan: Mobilitas fisik meningkat dengan dilakukan asuhan keperawatan

3 x 24 jam

Kriteria hasil: Kelemahan fisik menurun, gerakan terbatas menurun, pergerakan ekstremitas meningkat.

Intervensi dukungan ambulasi

Observasi

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

Terapeutik

- 1) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk)
- 2) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu
- 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi

Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
- 2) Anjurkan melakukan ambulasi dini
- 3) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan, misalnya berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi.

c. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI

Tujuan: Status menyusui membaik setelah diberikan asuhan selama 3 x 24 jam

Kriteria hasil: Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat, kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat, tetesan/ pancaran asi meningkat, suplai ASI adekuat, kecemasan maternal menurun.

Intervensi edukasi menyusui

Observasi

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) Identifikasi tujuan dan 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 (*lacth on*) dengan benar
- 4) Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengkompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa
- 5) Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. memerah ASI, pijat oksitosin)

d. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Tujuan: Status cairan membaik setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam

Kriteria hasil: Kekuatan nadi meningkat, turgor kulit meningkat, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, membran mukosa membaik kadar hemoglobin membaik, kadar hematokrit membaik

Intervensi manajemen hipovolemia

Observasi

- 1) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, hematokrit meningkat)
- 2) Monitor intake dan output cairan

Terapeutik

- 1) Hitung kebutuhan cairan
- 2) Berikan posisi modified trendelenbug
- 3) Berikan asupan cairan oral

Edukasi

- 1) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
- 2) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian IV (mis. NaCl, RL)
- 2) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)
- 3) Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmanate)
- 4) Kolaborasi pemberian produk darah

e. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal

Tujuan: Eliminasi fekal membaik setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam

Kriteria hasil: Kontrol pengeluaran feses meningkat, keluhan defekasi lama dan sulit menurun, mengejan saat defekasi menurun, distensi abdomen menurun, konsistensi feses membaik, peristaltik usus membaik

Intervensi manajemen eliminasi fekal

Observasi

- 1) Identifikasi masalah usus dan pengeluaran obat pencahar
- 2) Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal
- 3) Monitor buang air besar (mis. warna, frekuensi, konsistensi, dan volume)
- 4) Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi, atau implanksi

Terapeutik

- 1) Berikan air hangat setelah makan
- 2) Jadwalkan waktu defekasi bersama pasien
- 3) Sediakan makanan tinggi serat

Edukasi

- 1) Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus
- 2) Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses
- 3) Anjurkan meningkatkan aktifitas fisik, sesuai toleransi
- 4) Anjurkan penurunan asupan makanan yang mengandung tinggi serat

- 5) Anjurkan mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat
- 6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat supositoria anal, jika perlu

f. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih

Tujuan: Eliminasi urin membaik setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam

Kriteria hasil: Sensasi berkemih meningkat, desakan berkemih menurun, distensi kandung kemih menurun, berkemih tidak tuntas menurun, mengompol menurun, frekuensi BAK membaik

Intervensi manajemen eliminasi urin

Observasi

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

Terapeutik

- 1) Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih
- 2) Batasi asupan cairan, jika perlu
- 3) Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur

Edukasi

- 1) Anjurkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih
- 2) Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urin
- 3) Ajarkan mengambil spesimen urine midstream

- 4) Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih
- 5) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemih
- 6) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi
- 7) Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu

Selain diagnosis diatas, terdapat satu tambahan diagnosis yang mungkin muncul pada pasien post operasi seksio sesarea, menurut Aspriani (2017) dan Tim Pokja SDKI PPNI (2017) diagnosis tersebut antara lain:

a. Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: gangguan integritas kulit

Tujuan: Tingkat infeksi menurun setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam.

Kriteria hasil: Nyeri diluka SC menurun, kultur area luka membaik, kadar sel darah putih membaik.

Intervensi pencegahan infeksi

Observasi

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan iskemik

Terapeutik

- 1) Batasi jumlah pengunjung
- 2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

3) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi

Edukasi

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 2) Ajarkan etika batuk
- 3) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- 4) Anjurkan meningkatkan cairan
- 5) Anjurkan meningkatkan nutrisi

Perawatan luka

Observasi

- a. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)
- b. Monitor tanda-tanda infeksi

Terapeutik

- 1) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
- 2) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
- 3) Bersihkan jaringan nekrotik
- 4) Berikan salep yang sesuai ke kulit/ lesi, jika perlu
- 5) Pasang balutan sesuai dengan jenis luka
- 6) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
- 7) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
- 8) Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien
- 9) Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin c, zinc, asam amino), sesuai indikasi

Edukasi

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 2) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
- 3) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian antibiotik

4. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan atau implementasi adalah pelaksanaan rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahapan implementasi dimulai setelah disusun perencanaan intervensi dan ditujukan untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Implementasi ini merupakan pengelolaan dan perwujudan rencana keperawatan yang sudah disusun dalam tahap perencanaan. Untuk kesuksesan implementasi keperawatan sesuai dengan rencana, perawat harus mempunyai keahlian kognitif, hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Oleh karena itu implementasi yaitu realisasi tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan implementasi atau pelaksanaan ini meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Hadinata dan Abdillah, 2022).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dari hasil yang diamati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dibagi menjadi dua yaitu evaluasi

proses dan evaluasi hasil. Evaluasi ini mengacu pada penilaian, tahapan dan perbaikan. Dalam evaluasi ini perawat menilai reaksi pasien terhadap intervensi yang telah diberikan dan menetapkan apa yang menjadi sasaran dari rencana keperawatan dapat diterima. Evaluasi juga membantu perawat dalam menemukan target baru suatu hasil yang ingin dicapai berdasarkan keputusan bersama antara perawat dan pasien. Evaluasi ini berfokus pada individu pasien dan kelompok dan pasien itu sendiri (Hadinata dan Abdillah, 2022).

BAB III

TINJAUAN KASUS

Dalam bab ini penulis akan membahas hasil pengkajian yang telah dilakukan kepada pasien Ny. D dengan postpartum seksio sesarea atas indikasi preeklamsia dan BSC 1x di RSUD Koja Jakarta Utara. Pada tinjauan kasus ini penulis akan menguraikan asuhan keperawatan pasien dengan postpartum selama tiga hari mulai tanggal 20 Maret sampai 22 Maret 2023.

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 20 Maret 2023, data yang diperoleh penulis yaitu pengamatan secara langsung, wawancara, pengkajian fisik, serta catatan medis, catatan keperawatan dan hasil pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada pasien.

1. Identitas Pasien

Pasien bernama Ny. D berusia 36 tahun, jenis kelamin perempuan, suku Jawa, kebangsaan Indonesia, agama Islam, pendidikan terakhir SMP (Sekolah Menengah Pertama), pekerjaan ibu rumah tangga, status perkawinan menikah. Suami pasien bernama Tn. J berusia 41 tahun, suku Jawa, agama Islam, pendidikan terakhir STM (Sekolah Teknik Menengah), pekerjaan sebagai karyawan, lama perkawinan 7 tahun. Alamat tinggal di Kampung Kandang Sapi RT 07 RW 06 Kelurahan Cakung Timur, Jakarta Timur.

2. Riwayat Keperawatan

a. Keluhan Utama

Pada saat pengkajian pasien mengatakan nyeri di abdomen bawah bekas luka post SC hari pertama, dengan skala 5 nyeri seperti disayat-sayat dan terus menerus, intensitas nyeri semakin terasa sakit ketika bergerak. Pasien mengatakan lemas dan susah menggerakkan ekstremitas karena nyeri bekas luka post SC tersebut.

b. Riwayat Persalinan Sekarang

Dari hasil pengkajian dan data rekam medis, pasien mengatakan melakukan persalinan tanggal 20 Maret 2023 pada pukul 16.01 WIB, dengan tipe persalinan seksio sesarea (SC). Dengan perdarahan kurang lebih 600 cc, jenis kelamin laki-laki, BB 2260 gram, PB 46 cm, dengan APGAR Score menit ke I yaitu 7 dan menit ke V yaitu 8.

c. Riwayat Obstetri

Status obstetri pasien P3A2 dengan jumlah anak yang hidup yaitu 3 anak. Anak pertama berusia 13 tahun, dilahirkan pada usia kehamilan 38 minggu secara spontan, berjenis kelamin perempuan, BB 3000 gram, PB 48 cm, ditolong oleh dokter, terdapat faktor penyulit yaitu hidromnion. Anak kedua mengalami abortus pada usia kehamilan 12 minggu karena kelelahan. Anak ketiga berusia 6 tahun, dilahirkan pada usia kehamilan 37 minggu secara seksio sesarea (SC), berjenis kelamin laki-laki, BB 3000 gram, PB 47 cm, ditolong oleh dokter, terdapat faktor penyulit yaitu preeklamsia. Anak keempat mengalami abortus pada usia kehamilan 12 minggu karena kelelahan. Anak kelima dilahirkan pada usia kehamilan 34 minggu secara

seksio sesarea, berjenis kelamin laki-laki, BB 2260 gram, PB 46 cm. Ditolong oleh dokter, dan terdapat penyulit dalam persalinan yaitu preeklamsia dan BSC 1x.

d. Riwayat Keluarga Berencana (KB)

Dari hasil pengkajian pasien mengatakan menggunakan KB yaitu tubektomi. KB ini dilakukan bersamaan setelah pasien melakukan operasi SC pada anak yang kelima. Selama penggunaan alat kontrasepsi ini belum ada masalah yang terjadi yang dirasakan pasien.

e. Riwayat Imunisasi TT

Pasien mengatakan pernah melakukan imunisasi *Tetanus Toxoid (TT)* pada kehamilannya yang pertama kali diusia kehamilan 24 minggu.

f. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan didalam keluarga mempunyai riwayat penyakit hipertensi.

g. Riwayat Kebiasaan Sehari-hari Sebelum Dirawat

1) Pola Nutrisi/Cairan

Pasien mengatakan makan 3 kali sehari, jenis makanan yaitu nasi, sayur, ikan, daging, buah, nafsu makan baik, namun pasien mengatakan sering mual dan muntah, pasien mengatakan tidak ada alergi makanan, masalah mengunyah ataupun menelan, dan tidak ada pantangan makanan. Pasien juga mengatakan BB sebelum hamil 90 kg dan BB sekarang setelah melahirkan yaitu 109 kg dan TB 160 cm.

2) Pola Eliminasi

Saat pengkajian pasien mengatakan BAB 1 kali, dengan karakteristik lunak, tidak ada hemoroid, tidak ada diare dan tidak menggunakan laksatif. Lalu untuk BAK pasien mengatakan 5-7 kali sehari dengan karakteristik berwarna kuning, tidak ada keluhan, serta tidak ada penggunaan deuretik.

3) *Personal Hygiene*

Saat pengkajian pasien mengatakan mandi 2 kali sehari pada pagi dan sore. Melakukan oral hygiene 2 kali sehari setelah mandi dan melakukan cuci rambut sebanyak 1 kali per hari.

4) Pola Aktivitas/ Istirahat dan Tidur

Saat pengkajian pasien mengatakan sebagai seorang ibu rumah tangga, tidak bekerja, hobi mengurus anak, pasien lebih suka membersihkan rumah sambil mengurus anak di waktu luang, pasien mengatakan tidak ada pembatasan pada saat kehamilan, aktivitas dilakukan secara mandiri, pasien jarang tidur siang. Pasien mengatakan tidur di malam hari tetapi sering terbangun karena sering merasakan ingin berkemih. Dan kebiasaan pasien sebelum tidur yaitu makan.

5) Pola Kebiasaan Yang Mempengaruhi Kesehatan

Pasien mengatakan tidak ada riwayat merokok, minum-minuman keras dan ketergantungan obat.

6) Pola Seksualitas

Pasien mengatakan berhubungan seminggu sekali bahkan lebih, dan tidak mengalami masalah dalam pola seksualitas.

7) Riwayat Psikososial

Pasien mengatakan kehamilan direncanakan, perasaan pasien dan keluarga senang. Pasien mengatakan siap mental untuk menjadi ibu karena sudah berpengalaman dari anak sebelumnya. Pasien mengatakan mengatasi stres dengan cara tidur. Pasien sudah cukup paham terkait kesanggupan dan pengetahuan dalam merawat bayi. Pasien mengatakan harapan yang dari perawatan ini yaitu ingin cepat pulih agar dapat berkumpul dengan keluarga di rumah. Pasien juga mengatakan tidak ada kebudayaan yang mempengaruhi kesehatan.

8) Status Ekonomi Sosial

Pasien mengatakan penghasilan perbulannya kurang lebih Rp2.000.000 dan pengeluaran pasien sekitar Rp1.600.000, dan jaminan sosial yang dimiliki pasien yaitu BPJS.

3. Pemeriksaan Fisik

a. Sistem Kardiovaskuler/ sirkulasi

Dari hasil pemeriksaan didapatkan nadi 68 x/menit, irama teratur dan denyut kuat. Tekanan darah 122/82 mmHg, suhu 36,6°C dan pernafasan 20x/ menit. Tidak ada peningkatan vena jugularis, kulit tampak pucat, pengisian kapiler <2 detik, terdapat edema dikaki, tidak ada kelainan bunyi jantung, dan tidak mengalami sakit dada. Konjungtiva anemis, sklera anikterik, terdapat riwayat peningkatan tekanan darah dan penyakit jantung.

b. Sistem Pernafasan

Dari hasil pemeriksaan sistem pernafasan ditemukan jalan nafas bersih, tidak ada sesak saat bernafas, tidak menggunakan otot bantu nafas, frekuensi 20x/ menit dengan irama teratur dan dalam. Tidak ada batuk, suara nafas vesikuler dan tidak ada riwayat sakit pernafasan seperti bronchitis, asma, TBC, dan pneumonia.

c. Sistem Pencernaan

Hasil pemeriksaan sistem pencernaan pada keadaan mulut didapatkan gigi tidak ada karies, tidak ada stomatitis, lidah tidak kotor, tidak memakai gigi palsu dan tidak tercium bau mulut. Pasien mengatakan tidak ada muntah, nafsu makan baik, terdapat nyeri di perut bagian bawah, nyeri seperti disayat-sayat dan setempat. Pasien mengatakan merasakan rasa penuh diperut, pasien mengatakan mengalami kenaikan berat badan selama hamil. Sebelum hamil 90 kg, dan setelah melahirkan 109 kg dengan TB 160 cm, bentuk tubuh pasien gemuk dan LILA 45 cm. Pasien BAB 1x sehari, tidak mengalami diare, tidak ada kelainan feses, tidak terdapat konstipasi, abdomen baik, dan tidak ada hemoroid.

d. Neurosensori

Saat dilakukan pengkajian orientasi pasien baik, pasien tidak memakai kacamata, tidak menggunakan alat bantu dengar tidak mengalami gangguan bicara, pasien tidak merasa pusing dan juga sakit kepala, pasien juga tidak merasakan kesemutan dan kebas pada ekstremitas bawah, tetapi pasien mengatakan merasa lemah pada ekstremitas bawah.

e. Sistem Endokrin

Saat pemeriksaan tanggal 20 Maret 2023 gula darah sewaktu pasien yaitu 87 mg/dl, tidak tercium nafas bau keton.

f. Sistem Urogenital

Saat pengkajian pasien mengatakan pola buang air kecil 5-7 kali sehari, tidak terkontrol, jumlah setiap buang air kecil sekitar 100 cc, berwarna kuning keruh, tidak ada keluhan saat buang air kecil, tidak ada distensi kandung kemih dan pasien terpasang kateter.

g. Sistem Integumen

Saat pengkajian dilakukan turgor kulit pasien baik dan elastis, warna kulit pucat, keadaan kulit baik dan bersih, keadaan rambut bersih, namun terdapat hiperpigmentasi pada beberapa area, seperti payudara dan leher.

h. Sistem Muskuloskeletal

Saat pengkajian dilakukan pada sistem muskuloskeletal, tidak terjadi kontraktur pada persendian ekstremitas, pasien mengalami kesulitan bergerak karena luka post operasi, ekstremitas pasien simetris, tanda homan negatif, terdapat edema pada tungkai kaki, terdapat varises, reflek patela normal, masa tonus otot baik, tidak ada tremor dan rentang gerak baik, kekuatan otot baik dan tidak ada deformitas.

i. Dada & Axilla

Saat pengkajian dilakukan secara inspeksi payudara pasien mengalami pembesaran, aerola pasien mengalami hiperpigmentasi, puting pasien everted dan kolostrum pasien belum keluar, pasien mengatakan produksi ASI tidak lancar atau mengalami sumbatan. Pasien mengatakan

tetap memberikan ASI kepada anaknya meskipun asinya tidak lancar dan tidak ada pembengkakan kelenjar limphe.

j. Perut/ Abdomen

Saat pengkajian dilakukan secara palpasi tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik, konsistensi uterus teraba keras, terdapat luka bekas operasi pada perut bagian bawah dengan panjang kurang lebih 12 cm, luka tidak ada kemerahan, kebiruan, pus, tidak ada pembengkakan dan penyatuan luka baik, tidak terdapat tanda-tanda infeksi.

k. Anogenital

Saat pengkajian dilakukan secara inspeksi lochea pasien termasuk kedalam lochea rubra, lochea berwarna merah gelap, jumlahnya kurang lebih 100cc, baunya amis, perineum pasien utuh, tidak dilakukan episiotomi dan tidak terdapat tanda-tanda infeksi.

4. Pemeriksaan Penunjang

Hasil laboratorium tanggal 20 Maret 2023

Darah Lengkap	Hasil	Nilai Rujukan
Hemoglobin	12,3 g/dl	12,5 – 16.0 g/dl
Leukosit	13,73 $10^3/\mu\text{L}$	4.00 – 10.50 $10^3/\mu\text{L}$
Hematokrit	36%	37.0 – 47.0%
Trombosit	181 $10^3/\mu\text{L}$	182 – 369 $10^3/\mu\text{L}$

5. Penatalaksanaan

- a. Ceftazidime 2gr/ 24 jam (IV) pukul 20.10 WIB
- b. Tramadol 100mg/ 8 jam (IV) pukul 10.00 WIB, 18.00 WIB dan 02.00 WIB
- c. Ketorolac 30mg/ 8 jam (IV) pukul 10.00 WIB, 18.00 WIB dan 02.00 WIB
- d. Diclofenac 500mg / 8 jam (oral) pukul 10.00 WIB, 18.00 WIB dan 02.00 WIB
- e. Cefixime 200mg /12 jam (oral) pukul 18.00 WIB dan 05.00 WIB
- f. Calcium lactate 500mg / 12 jam (oral) pukul 18.00 WIB dan 05.00 WIB
- g. Vitamin C 250mg/ 12 jam (oral) pukul 18.00 WIB dan 05.00 WIB
- h. Zinc 20mg/ 12 jam (oral) pukul 18.00 WIB dan 05.00 WIB
- i. Asam folat 400mg/ 12 jam (oral) pukul 18.00 WIB dan 05.00 WIB
- j. Transamin 100mg/ 8 jam (IV) pukul 10.00 WIB, 18.00 WIB dan 05.00 WIB

6. Resume

Seorang pasien bernama Ny.D berumur 36 tahun masuk ke RSUD Koja pada tanggal 17 Maret 2023 pukul 13.21 WIB yang diantar oleh suaminya. Dengan status obstetri G5P2A2 usia kehamilan 34 minggu. Pasien dirawat diruang RPKK untuk menunggu tindakan operasi seksio sesarea (SC). Pasien mengatakan kedatangannya ke ruang RPKK karena rujukan dari dokter poli mata. Pasien mengatakan sebelumnya pada tanggal 14 Maret 2023 berkunjung ke poliklinik kebidanan dan didapatkan pemeriksaan tanda- tanda vital TD: 160/112 mmHg, dan langsung dirujuk untuk melakukan

pemeriksaan tes urin. Setelah hasil keluar didapatkan hasil proteinuria pasien yaitu 2+. Pasien mempunyai riwayat hipertensi selama 14 tahun. Selama di ruang RPKK keadaan umum pasien baik, kesadaran composmentis, TTV: tekanan darah 148/99 mmHg, nadi: 90x/ menit, RR: 20x/ menit, S: 36,5°C.

Masalah keperawatan yang muncul pada Ny. D adalah nyeri akut dan ansietas. Tindakan keperawatan yang dilakukan memantau TTV pasien, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, memberikan terapi Dexametason 2 x 6 gr (IV), Ceftazidim 1 x 2 gr (IV), Tramadol 3 x 1 gr (IV), Transamin 3 x 1 (IV), Ketorolac 3 x 30 mg (IV), Nifedipine 4x 10 mg peroral, Dopamet 3 x 250 mg peroral.

7. Data Fokus

Data Subjektif

Pasien mengatakan nyeri diperut bawah bekas operasi, rasa nyeri yang dirasakan terus menerus, skala nyeri 5 dari 1-10, kualitas seperti disayat - sayat, pasien mengatakan semakin nyeri ketika bergerak, pasien mengatakan susah melakukan aktifitas, pasien juga mengatakan lemas, pasien mengatakan ASI belum keluar, pasien mengatakan ini anak ke 5 dari anak yang hidup 3 dan pasien sudah mengatakan sudah cukup memiliki 3 anak saja dengan melakukan KB tubektomi.

Data Objektif

Pasien post operasi SC dengan indikasi preeklamsia hari pertama dengan status obsetri P3A2 dengan anak hidup 3, keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien tampak sering meringis menahan nyeri luka post

operasi SC, akral hangat, mukosa bibir sedikit kering, involusio uteri baik dan teraba keras, mammae tidak tampak membesar, areola mammae hiperpigmentasi, pappila mammae exverted, pasien tampak bersikap protektif, perdarahan kurang lebih 100 cc (1 pembalut penuh), lokhea rubra, berwarna merah gelap. Kebersihan diri, makan, minum dan ambulasi dibantu oleh keluarga dan perawat. Luka SC tertutup rapi oleh perban, terkaji REEDA: *redness* tidak terdapat kemerahan di area SC, *edema* tidak terdapat pembengkakan, *ecchymosis* tidak terdapat kebiruan, *discharge* tidak ada rembesan darah dan pus, *approximation* penyatuan jaringan baik, pasien tampak gerakannya terbatas, tekanan darah 122/82 mmHg, nadi 68x/ menit, suhu 36,6°C dan pernafasan 20x/menit, hasil lab: leukosit $13,73 \cdot 10^3/\mu\text{L}$. Pasien melahirkan bayi laki-laki dengan BB 2260 gram, PB 46 cm, dan APGAR score 7/8.

8. Analisa Data

No	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri dengan karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ P : Luka post SC ▪ Q : Seperti disayat – sayat ▪ R : abdomen bagian bawah terdapat luka post operasi sc ▪ S : Skala nyeri 5 ▪ T : Terus menerus <p>Pasien mengatakan semakin</p>	Nyeri Akut	Agen pencedera fisik (prosedur post operasi SC hari pertama)

	<p>nyeri ketika bergerak</p> <p>DO:</p> <p>Luka post SC hari pertama di perut bagian bawah dengan panjang kurang lebih 12 cm</p> <p>Pasien tampak sering meringis menahan nyeri luka post operasi SC</p> <p>TTV: Tekanan darah 122/82 mmHg, nadi 68x/ menit, suhu 36,6°C dan pernafasan 20x/menit</p> <p>Pasien tampak bersikap protektif</p>		
2.	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan mammae membengkak namun tidak terisi ASI</p> <p>Pasien mengatakan ASI belum keluar</p> <p>DO :</p> <p>Status gravida P3A2 post op SC 1 jam 27 menit</p> <p>ASI tampak tidak keluar</p> <p>Ibu tampak cemas karena belum keluarnya ASI</p> <p>Bayi pasien laki-laki dengan BB 2260 gram, PB 46 cm, dengan APGAR score 7/8</p>	<p>Menyusui</p> <p>Tidak Efektif</p>	<p>Ketidakadekuatan suplai ASI</p>

3.	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan sulit untuk beraktivitas</p> <p>Pasien mengatakan masih lemas</p> <p>DO :</p> <p>P3A2 pasien pot op 1 jam 27 menit</p> <p>Pasien tampak terbatas aktivitasnya</p> <p>Kebersihan diri dibantu oleh perawat</p> <p>Makan dan minum dibantu oleh keluarga</p> <p>Ambulasi dibantu oleh keluarga dan perawat</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>	<p>Keengganan melakukan pergerakan</p>
4.	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan perih dibagian luka SC</p> <p>Pasien mengatakan nyeri terus menerus dan skala 5</p> <p>DO :</p> <p>Terdapat luka post operasi dengan jahitan di perut bagian bawah dengan panjang kurang lebih 12 cm</p> <p>Pengkajian REEDA didapatkan:</p> <p>R: <i>redness</i> tidak terdapat kemerahan di area SC</p> <p>E: <i>edema</i> tidak terdapat</p>	<p>Resiko Infeksi</p>	<p>Efek prosedur invasif, ketidakefektifan pertahanan tubuh primer : Kerusakan integritas kulit</p>

	pembengkakan E: <i>ecchymosis</i> tidak terdapat kebiruan D: <i>discharge</i> tidak ada rembesan darah dan pus A: <i>approximation</i> penyatuan jaringan baik Leukosit $13,73 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (4.00 $- 10.50 \cdot 10^3/\mu\text{L}$)		
--	--	--	--

B. Diagnosis Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur post operasi SC hari pertama)
2. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI
3. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan
4. Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif, ketidakefektifan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit

C. Rencana Keperawatan, Implementasi, Evaluasi

1. **Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur post operasi SC hari pertama)**

Data Subjektif

Pasien mengatakan nyeri dibagian perut bawah bekas luka post operasi SC, pasien mengatakan rasanya seperti disayat-sayat, skala nyeri 5, nyeri dirasakan terus menerus, pasien mengatakan semakin nyeri ketika bergerak.

Data Objektif

Luka post operasi SC hari pertama, pasien tampak sering meringis menahan nyeri luka post operasi SC, TTV: tekanan darah 132/82 mmHg, nadi 68x/ menit, suhu 36,6°C dan pernafasan 20x/ menit, pasien tampak protektif

Tujuan

Tingkat nyeri menurun setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam

Kriteria Hasil

Keluhan nyeri pasien menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, skala nyeri menurun 3 dari 5

Intervensi

Observasi

- a. Monitor TTV
- b. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- c. Identifikasi skala nyeri
- d. Identifikasi respon nyeri non verbal
- e. Identifikasi faktor pemberat dan pemperingan nyeri
- f. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- g. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- h. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- i. Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik

- a. Kontrol lingkungan untuk memperberat rasa nyeri

- b. Fasilitasi istirahat dan tidur
- c. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b. Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- d. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
- e. Kolaborasi pemberian analgetik (Tramadol 100mg/ 8 jam, Ketorolac 30mg/ 8 jam, dan Diclofenac 500mg/ 8 jam (oral)) pukul 10.00 WIB, 18.00 WIB dan 02.00 WIB.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 20 Maret 2023

Pukul 18.27 WIB memonitor, hasil: TTV: tekanan darah 122/ 82 mmHg, nadi 68x/ menit, suhu 36,6°C dan pernafasan 20x/ menit; Pukul 18.36 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.dan skala nyeri, hasil: pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah post operasi SC, seperti disayat-sayat, durasi tidak menentu, intensitas nyeri terus menerus, skala nyeri 5; Pukul 18.36 WIB mengidentifikasi respon nyeri non verbal, hasil: pasien tampak protektif terhadap luka, dan pasien tampak sering meringis menahan nyeri; Pukul 18.41 WIB mengidentifikasi faktor pemberat dan memperingan nyeri, hasil: pasien mengatakan bertambah nyeri ketika bergerak, faktor memperingan nyeri adalah istirahat; Pukul 18.44 WIB mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang

nyeri, hasil: pasien mengatakan nyeri yang dialaminya karena bekas luka post SC; Pukul 18.47 WIB mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, hasil: pasien mengatakan tidak ada tradisi budaya untuk mengatasi nyerinya; Pukul 18.50 WIB mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, hasil: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan mengakibatkan keterbatasan dalam beraktivitas;

Pukul 18.55 WIB mengontrol lingkungan untuk memperberat rasa nyeri, hasil: tidak ada kebisingan pada ruangan pasien, lingkungan tenang dan kondusif; Pukul 19.00 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur, hasil: pasien sudah difasilitasi; Pukul 19.05 WIB mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, hasil: nyeri dirasakan seperti disayat-sayat dan sumber nyeri dari bekas luka post op SC; Pukul 19.10 WIB menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, hasil: pasien mengatakan sudah memahami terkait penyebab dan pemicu nyeri yaitu luka post operasi, periode terus menerus; Pukul 19.13 WIB menjelaskan strategi meredakan nyeri, hasil: strategi meredakan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika nyerinya muncul; Pukul 19.17 WIB menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, hasil: sudah dianjurkan untuk memonitor nyeri seperti karakteristik nyeri, frekuensi, intensitas, dan skalanya; Pukul 19.24 WIB mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, hasil: pasien sudah diajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan pasien mau mempraktekannya; Pukul 19.30 WIB memberikan obat analgetik (Tramadol 100mg/ 8 jam, Keterolac 30mg/ 8 jam), hasil: obat sudah diberikan melalui bolus (IV); Pukul 19.33 WIB memonitor efek

samping penggunaan analgetik, hasil: obat sudah dimasukkan melalui intravena dan tidak ada efek samping yang terjadi pada pasien.

Tanggal 21 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memonitor, hasil: TTV: Tekanan darah 127/ 90 mmHg, nadi 88x/ menit, suhu 36,6°C, pernafasan 19x/ menit; Pukul 08.10 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan skala nyeri, hasil: pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah post operasi SC, rasanya seperti disayat-sayat, intensitas nyeri ketika bergerak skala nyeri 5; Pukul 08.15 WIB mengidentifikasi respon nyeri non verbal, hasil: pasien tampak meringis ketika menahan nyeri dan masih protektif terhadap luka; Pukul 08.20 WIB mengidentifikasi faktor pemberat dan memperingan nyeri, hasil: pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak, dan nyeri tidak terasa ketika sedang istirahat atau tidur; Pukul 08.25 WIB mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, hasil: pasien mengatakan nyeri yang dialaminya karena bekas SC;

Pukul 08.28 WIB mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, hasil: Pasien mengatakan tidak ada tradisi budaya terkait nyeri yang dialaminya; Pukul 08.30 WIB mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, hasil: pasien mengatakan nyerinya mengakibatkan pasien sudah untuk bergerak bebas; Pukul 08.34 WIB mengontrol lingkungan untuk memperberat rasa nyeri, hasil: lingkungan tenang dan kondusif; Pukul 08.39 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur, hasil: pasien sudah difasilitasi; Pukul WIB mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, hasil: nyeri dirasakan pasien karena luka post SC

dan pasien mengatakan nyeri yang dialami rasanya seperti disayat-sayat; Pukul 08.50 WIB menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, hasil: pasien mengatakan sudah mengetahui penyebab pemicu nyeri karena luka post operasi SC; Pukul 08.55 WIB menjelaskan strategi meredakan nyeri, hasil: strategi meredakan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika nyerinya muncul; Pukul 09.00 WIB menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, hasil: sudah dianjurkan untuk memonitor nyeri seperti karakteristik nyeri, frekuensi, intensitas, dan skalanya; Pukul 09.05 WIB mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, hasil: pasien sudah diajarkan teknik distraksi untuk mengurangi nyeri; Pukul 10.00 WIB memberikan obat analgetik (Tramadol 100mg/ 8 jam, Keterolac 30mg/ 8 jam, dan Diclofenac 500mg/ 8 jam), hasil: obat sudah diberikan melalui intravena dan oral, tidak ada efek samping yang terjadi pada pasien; Pukul 10.03 WIB memonitor efek samping penggunaan analgetik, hasil: obat sudah dimasukkan melalui intravena dan tidak ada efek samping yang terjadi pada pasien.

Tanggal 22 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memonitor, hasil: TTV: Tekanan darah 119/ 85 mmHg, nadi 82x/ menit, suhu 36.7°C, pernafasan 20x/ menit; Pukul 08.05 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan skala nyeri, hasil: pasien mengatakan masih terasa nyeri pada perut bagian bawah post operasi SC, rasanya seperti disayat-sayat, nyeri terasa ketika ketika bergerak, skala nyeri 3; Pukul 08.15 WIB mengidentifikasi respon nyeri non verbal, hasil: pasien tampak meringis

ketika bergerak dan masih protektif terhadap luka; Pukul 08.20 WIB mengidentifikasi faktor pemberat dan memperingan nyeri, hasil: pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien banyak bergerak, dan nyeri tidak terasa ketika sedang istirahat;

Pukul 08.27 WIB mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, hasil: pasien mengatakan nyeri yang dialaminya karena bekas SC; Pukul 08.31 WIB mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, hasil: pasien mengatakan tidak ada tradisi budaya terkait nyeri yang dialaminya; Pukul 08.36 WIB mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, hasil: pasien mengatakan nyerinya mengakibatkan pasien susah untuk bergerak bebas; Pukul 08.40 WIB mengontrol lingkungan untuk memperberat rasa nyeri, hasil: lingkungan tenang dan kondusif; Pukul WIB memfasilitasi istirahat dan tidur, hasil: pasien sudah difasilitasi; Pukul 08.50 WIB mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, hasil: nyeri dirasakan pasien karena luka post SC dan pasien mengatakan nyeri dirasakan ketika bergerak ekstra; Pukul 08.55 WIB menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, hasil: pasien mengatakan sudah mengetahui penyebab pemicu nyeri karena luka post operasi SC; Pukul 09.00 WIB menjelaskan strategi meredakan nyeri, hasil: strategi meredakan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan teknik distraksi; Pukul 09.03 WIB menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, hasil: sudah dianjurkan untuk memonitor nyeri seperti karakteristik nyeri, frekuensi, intensitas, dan skalanya; Pukul 09.07 WIB mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, hasil: pasien

sudah diajarkan teknik distraksi untuk mengurangi nyeri; Pukul 10.00 WIB memberikan obat analgetik (Tramadol 100mg (IV), Keterolac 30mg (IV), dan Diclofenac 500mg (oral)), hasil: obat sudah diberikan melalui intravena dan oral dan tidak ada efek samping yang dirasakan pasien; Pukul 10.03 WIB memonitor efek samping penggunaan analgetik, hasil: obat sudah dimasukkan melalui intravena dan tidak ada efek samping yang terjadi pada pasien.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 20 Maret 2023

Subjektif: Pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah post operasi SC, seperti disayat-sayat, durasi tidak menentu, intensitas nyeri terus menerus, skala nyeri 5, pasien mengatakan sudah melakukan teknik relaksasi nafas dalam saat merasa nyeri.

Objektif: Pasien masih terlihat protektif dan meringis, TTV: Tekanan darah 122/ 82 mmHg, nadi 68x/ menit, suhu 36,6°C dan pernafasan 20x/ menit

Analisa: Nyeri akut belum teratasi

Perencanaan: Intervensi dilanjutkan

Tanggal 21 Maret 2023

Subjektif: Pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah post operasi SC, rasanya seperti disayat-sayat, intensitas nyeri ketika bergerak, skala nyeri 5, pasien mengatakan sudah mencoba melakukan distraksi ketika nyeri berlangsung.

Objektif: Pasien masih tampak protektif dengan lukanya, pasien tampak meringis ketika bergerak, TTV: Tekanan darah 127/ 90 mmHg, nadi 88x/ menit, suhu 36,6°C, pernafasan 19x/ menit.

Analisa: Nyeri akut belum teratasi

Perencanaan: Intervensi dilanjutkan

Tanggal 22 Maret 2023

Subjektif: Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada perut bagian bawah post operasi SC, rasanya seperti disayat-sayat, nyeri terasa ketika ketika bergerak, skala nyeri 3, pasien mengatakan sudah mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan juga teknik distraksi. Pasien mengatakan aktivitas secara mandiri dan tidak dibantu suami.

Objektif: Pasien masih tampak sedikit protektif dengan lukanya, TTV: Tekanan darah 119/ 85 mmHg, nadi 82x/ menit, suhu 36.7°C, pernafasan 20x/menit.

Analisa: Nyeri akut teratasi

Perencanaan: Intervensi keperawatan diberhentikan

2. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI

Subjektif: Pasien mengatakan mammae tidak membengkak, pasien mengatakan ASI belum keluar

Objektif: ASI tampak tidak keluar, ibu tampak cemas karena belum keluarnya ASI

Tujuan: Status menyusui meningkat setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam

Kriteria hasil: Tetesan/ pancaran ASI meningkat, suplai ASI adekuat, kepercayaan diri ibu meningkat, kecemasan maternal menurun

Intervensi:

Observasi

- a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui

Terapeutik

- a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- c. Berikan kesempatan untuk bertanya
- d. Libatkan sistem pendukung, misalnya suami

Edukasi

- a. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi
- b. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (*lacth on*) dengan benar
- c. Ajarkan perawatan payudara postpartum, misalnya pijat oksitosin

Pelaksanaan keperawatan

Tanggal 20 Maret 2023

Pukul 21.00 WIB mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui, hasil: pasien mengatakan ingin langsung menyusui bayinya, namun dokter mengatakan bahwa bayinya akan diantar ke ruangnya besok pagi. Pasien mengatakan merasa payudaranya tidak terjadi pembesaran. Ketika diperiksa ASI ibu belum keluar; Pukul 21.15 WIB menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, hasil: pasien bersedia diberikan pendidikan kesehatan besok hari tentang pijat oksitosin; Pukul 21.22 WIB

mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, hasil: pasien mengatakan siap untuk menerima informasi dan tampak sangat bersemangat untuk edukasi yang akan datang.

Tanggal 21 Maret 2023

Pukul 09.55 WIB mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui, hasil: pasien mengatakan ingin menyusui namun ASI nya tidak kunjung keluar; Pukul 10.10 WIB menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan., hasil: pasien bersedia diberikan pendidikan kesehatan tentang pijat oksitosin pada pukul 11.00 WIB; Pukul 10. 20 WIB mengajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (*lacth on*) dengan benar, hasil: sudah diajarkan posisi menyusui dengan posisi bersandar, berbaring, berbaring menyamping, dan menopang badan bayi dengan tangan ditekuk; Pukul 11.00 WIB mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, hasil: pasien mengatakan siap dan tampak mampu menerima informasi; Pukul 11.05 WIB meyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, hasil:sudah disediakan SAP, lembar balik dan leaflet terkait pijat oksitosin; Pukul 11.10 WIB mengajarkan perawatan payudara postpartum, hasil: sudah dilakukan perawatan payudara dengan pijat oksitosin dan pasien sudah mengerti cara dan tujuan dari tindakan tersebut; Pukul 11.20 WIB menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi, hasil: pasien sudah mengerti manfaat menyusui untuk ibu dan bayi; Pukul 11.45 WIB memberikan kesempatan untuk bertanya, hasil: pasien sudah memahami dan tidak ada yang perlu dipertanyakan.

Tanggal 22 Maret 2023

Pukul 11.45 WIB mengajarkan perawatan payudara postpartum, hasil: pasien sudah paham bagaimana perawatan payudara dengan pijat oksitosin; Pukul 12.30 WIB mengajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (*lacth on*) dengan benar, hasil: sudah diingatkan kembali terkait cara menyusui yang benar, dan pasien sudah mengerti; Pukul 12.55 WIB melibatkan sistem pendukung, hasil: sudah dilibatkan dengan mengajarkan suami pasien untuk melakukan pijat oksitosin.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 20 Maret 2023

Subjektif: Pasien mengatakan ASI nya belum keluar, pasien juga mengatakan tidak ada pembengkakan pada payudara

Objektif: ASI tampak belum keluar, ibu tampak sedikit cemas

Analisa: Menyusui tidak efektif belum teratasi

Perencanaan: Intervensi dilanjutkan

Tanggal 21 Maret 2023

Subjektif: Pasien mengatakan ASI sudah keluar tetapi masih bening, pasien mengatakan sudah tahu cara pijat oksitosin ketika ASInya tidak keluar.

Objektif: ASI tampak keluar tapi bening, ibu sudah mulai merasa tenang karena ASInya sudah keluar, pasien sudah diberikan pendidikan kesehatan tentang pijat oksitosin.

Analisa: Menyusui tidak efektif belum teratasi

Perencanaan: Intervensi dilanjutkan

Tanggal 22 Maret 2023

Subjektif: Pasien mengatakan ASI sudah keluar, pasien mengatakan sudah mengetahui posisi untuk menyusui yang benar.

Objektif: ASI tampak sudah keluar, ibu tampak lebih tenang dan tidak cemas

Analisa: Menyusui tidak efektif teratasi

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan

Subjektif: Pasien mengatakan sulit untuk beraktivitas, pasien mengatakan masih lemas.

Objektif: Pasien tampak terbatas aktivitasnya, kebersihan diri dibantu oleh perawat, makan dan minum dibantu oleh keluarga, ambulasi dibantu oleh keluarga dan perawat.

Tujuan: Mobilitas fisik meningkat setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam.

Kriteria hasil: Kelemahan fisik menurun, gerakan terbatas menurun, pasien dapat meningkatkan mobilitas seperti duduk di tempat tidur dan berjalan.

Intervensi:

Observasi

- a. Identifikasi kemampuan pasien
- b. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- c. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
- d. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi
- e. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi

Terapeutik

- a. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu
- b. Fasilitasi melakukan mobilitas fisik
- c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi

Edukasi

- a. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
- b. Anjurkan melakukan ambulasi dini
- c. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan, misalnya berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 20 Maret 2023

Pukul 19.35 WIB mengkaji kemampuan pasien, hasil: pasien hanya bisa tirah baring di tempat tidur belum bisa duduk dan berjalan; Pukul 19.40 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, hasil: pasien mengatakan nyeri di bagian perut bawah, tetapi pasien mengatakan badannya terasa lemas dan sulit untuk digerakkan; Pukul 19.43 WIB menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi, hasil: pasien sudah dijelaskan ambulasi dini untuk mempercepat penyembuhan luka dan memperlancar peredaran darah; Pukul 19.47 WIB mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, hasil: pasien tampak sulit untuk menggerakkan ekstremitas, pasien juga mengatakan belum bisa miring kanan kiri dan bergerak bebas; Pukul 19.55 WIB memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi, hasil: tekanan darah pasien 122/ 82 mmHg dan nadi 68x/ menit; Pukul 20.00 WIB melibatkan keluarga untuk

membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, hasil: keluarga sudah dilibatkan untuk melakukan ambulasi dini seperti miring kanan dan kiri ketika sudah 6-8 jam pasca operasi; Pukul 20.05 WIB menganjurkan melakukan ambulasi dini, hasil: sudah dianjurkan untuk belajar berpindah dari tempat tidur ke kursi tetapi pasien mengatakan untuk sekarang belum bisa melakukannya karena lemas dan nyeri dibagian perut bawah.

Tanggal 21 Maret 2023

Pukul 09.10 WIB mengkaji kemampuan pasien, hasil: pasien sudah bisa duduk diranjang tetapi masih dibantu oleh keluarga dan perawat; Pukul 09.15 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, hasil: pasien mengatakan nyeri dirasakan pada perut bagian bawah; Pukul 09.18 WIB mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, hasil: pasien mengatakan sudah lebih baik dari kemarin untuk melakukan pergerakan; Pukul 09.22 WIB memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi, hasil: tekanan darah 127/ 90 mmHg dan nadi 88x/ menit; Pukul 09.30 WIB memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, hasil: kondisi umum pasien baik, kesadaran composmentis; Pukul 09.34 WIB memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu, hasil: pasien mengatakan belum bisa berpindah dari tempat tidur ke kursi;

Pukul 09.38 WIB memfasilitasi melakukan mobilisasi fisik, hasil: pasien menggunakan handrail untuk berpegangan saat ingin bangun atau duduk dan dibantu keluarga atau perawat; Pukul 09.45 WIB melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, hasil: keluarga mau dilibatkan untuk membantu meningkatkan ambulasi; Pukul 12.40 WIB

menganjurkan melakukan ambulasi dini, hasil: pasien sudah dianjurkan untuk berpindah dari tempat tidur ke kursi dan pasien mau untuk mencobanya; Pukul 13.00 WIB mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan, misalnya berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, hasil: pasien mengatakan besok akan mencoba belajar untuk berjalan ke kamar mandi.

Tanggal 22 Maret 2023

Pukul 10.12 WIB mengkaji kemampuan pasien, hasil: pasien sudah bisa miring kanan dan kiri, duduk diranjang, dan berpindah dari tempat tidur ke kursi; Pukul 10.18 WIB mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, hasil: pasien mengatakan tidak masih nyeri di perut bagian bawah; Pukul 10.23 WIB memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi, hasil: tekanan darah 119/ 85 mmHg dan nadi 82x/ menit; Pukul 10.25 WIB memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, hasil: kondisi umum pasien baik dan kesadaran composmentis; Pukul 10.30 WIB memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu, hasil: pasien dapat berpegangan barang-barang disekitarnya ketika melakukan ambulasi dan dibantu oleh keluarga;

Pukul 10.40 WIB memfasilitasi melakukan mobilisasi fisik, hasil: pasien berpegangan dengan handrail tempat tidur atau barang-barang disekitar; Pukul 10.47 WIB melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, hasil: keluarga pasien bersedia membantu untuk memenuhi kebutuhan pasien; Pukul 11.00 WIB menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi, hasil: sudah dijelaskan tujuannya untuk mempercepat

proses penyembuhan luka; Pukul 11.08 WIB menganjurkan melakukan ambulasi dini, hasil: sudah dianjurkan dan pasien sudah bisa melakukan perpindahan meskipun terkadang harus dibantu; Pukul 11.20 WIB mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan, misalnya berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, hasil: pasien sudah mampu berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi secara mandiri

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 20 Maret 2023

Subjektif: Pasien mengatakan masih merasa nyeri terutama ketika bergerak, pasien mengatakan masih lemas.

Objektif: Pasien tampak belum mampu melakukan mobilisasi dini untuk duduk, berpindah dan juga jalan ke kamar mandi, aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga.

Analisa: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi

Perencanaan: Intervensi dilanjutkan

Tanggal 21 Maret 2023

Subjektif: Pasien masih mengatakan nyeri diperut bagian bawah post operasi SC terutama saat bergerak, pasien mengatakan masih sedikit lemas. Pasien mengatakan sudah belajar untuk miring kanan dan kiri dan juga duduk ditempat tidur.

Objektif: Pasien sudah bisa miring kanan dan kiri, pasien juga sudah bisa duduk di ranjang walaupun masih dibantu oleh keluarga dan perawat, pasien sudah dibantu untuk mencoba berpindah dari tempat tidur ke kursi.

Analisa: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi

Perencanaan: Intervensi dilanjutkan

Tanggal 22 Maret 2023

Subjektif: Pasien mengatakan sudah tidak terasa nyeri ketika melakukan aktivitas ringan, pasien mengatakan nyeri terasa apabila pasien beraktivitas, pasien mengatakan sudah bisa miring kanan kiri, duduk di ranjang, berpindah dari tempat tidur ke kursi dan pasien mengatakan sudah bisa berjalan ke kamar mandi secara mandiri.

Objektif: Pasien sudah bisa duduk ditempat tidur tanpa dibantu, pasien tampak sudah bisa berpindah posisi dari posisi tidur ke semifowler, sudah bisa berpindah tempat dari tempat duduk ke kursi dan berjalan ke kamar mandi secara mandiri.

Analisa: Gangguan mobilitas fisik teratasi

Perencanaan: Intervensi dihentikan

4. Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif, ketidakefektifan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit

Subjektif: Pasien mengatakan perih dibagian luka SC, pasien mengatakan nyeri terus menerus dan skala 5.

Objektif: Terdapat luka post operasi dengan jahitan di perut bagian bawah
Leukosit $13,73 \times 10^3/\mu\text{L}$ ($4.00 - 10.50 \times 10^3/\mu\text{L}$).

Tujuan: Tingkat infeksi menurun setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam.

Kriteria hasil: Nyeri diluka SC menurun, kultur area luka membaik, tidak ada tanda infeksi (kemerahan, kebiruan, pembengkakan, pus), kadar sel darah putih membaik.

Intervensi:

Observasi

- a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan iskemik

Terapeutik

- a. Batasi jumlah pengunjung
- b. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- c. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi

Edukasi

- a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- b. Ajarkan etika batuk
- c. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- d. Anjurkan meningkatkan cairan
- e. Anjurkan meningkatkan nutrisi

Perawatan luka

Observasi

- a. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)
- b. Monitor tanda-tanda infeksi
- c. Monitor lokhea

Terapeutik

- a. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
- b. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
- c. Bersihkan jaringan nekrotik

- d. Berikan salep yang sesuai ke kulit/ lesi, jika perlu
- e. Pasang balutan sesuai dengan jenis luka
- f. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
- g. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
- h. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien
- i. Berikan suplemen Vitamin C 250mg/ 12 jam (oral), Zinc 20mg/ 12 jam (oral), Asam folat 400mg/ 12 jam (oral) pukul 18.00 WIB dan 05.00 WIB

Edukasi

- a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- b. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
- c. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

Kolaborasi

- a. Berikan antibiotik Ceftadizime 2gr/ 24 jam (IV) pukul 20.10 WIB, Cefizime 200mg/ 12 jam (oral) pukul 18.00 WIB dan 05.00 WIB

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 20 Maret 2023

Pukul 20.10 WIB memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan iskemik, hasil: tidak ada rembesan atau pembengkakan pada daerah luka; Pukul 20.13 WIB memberikan obat antibiotik Ceftadizime 2gr (IV), hasil: sudah diberikan obat antibiotik Ceftadizime 2gr melalui intravena dan tidak ada efek samping yang dirasakan oleh pasien; Pukul 20.15 WIB memonitor lokhea pasien, hasil: lokhea pasien yaitu rubra, berwarna merah darah; Pukul 20.18 WIB membatasi jumlah pengunjung, hasil: pasien mengatakan hanya didampingi oleh suami; Pukul 20.20 WIB mencuci tangan sebelum

dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, hasil: selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien; Pukul 20.27 WIB mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, hasil: sudah mempertahankan teknik aseptik dan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien; Pukul 20.30 WIB menjelaskan tanda dan gejala infeksi, hasil: sudah dijelaskan tanda dan gejala infeksi seperti terdapat kebiruan, nanah, kemerahan dan bengkak; Pukul 20.37 WIB menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien, hasil: sudah dijadwalkan untuk melakukan perubahan posisi setiap 2 jam; Pukul 20.47 WIB mengajarkan etika batuk, hasil: sudah diajarkan cara batuk yang benar; Pukul 20.49 WIB mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, hasil: sudah diajarkan untuk memeriksa kondisi luka dengan mengecek apabila ada rembesan pada pembungkus luka; Pukul 20.52 WIB menganjurkan meningkatkan cairan, hasil: sudah dianjurkan untuk lebih banyak minum air putih ketika sudah 6 jam pasca operasi; Pukul 20.55 WIB menganjurkan meningkatkan nutrisi, hasil: sudah dianjurkan untuk banyak makan setelah 6 jam pasca op SC; Pukul 20.57 WIB menganjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, hasil: sudah dianjurkan untuk mengonsumsi telur rebus sebanyak 6 biji sehari untuk membantu pengeringan luka.

Tanggal 21 Maret 2023

Pukul 13.05 WIB memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan iskemik, hasil: tidak ada rembesan dan pembengkakan pada daerah luka; Pukul 13.08 memonitor lokhea pasien, hasil: lokhea pasien pada lokhea rubra, lokhea

tampak berwarna merah darah; Pukul 13.15 WIB membatasi jumlah pengunjung, hasil: pasien mengatakan hanya ditemani oleh suaminya; Pukul 13.20 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, hasil: selalu melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien; Pukul 13.25 WIB mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, hasil: selalu mempertahankan teknik aseptik dengan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien; Pukul 13.30 WIB menjelaskan tanda dan gejala infeksi, hasil: sudah dijelaskan tanda dan gejala infeksi apabila terdapat kebiruan, bengkak, kemerahan dan nanah pada luka;

Pukul 13.40 WIB mengajarkan etika batuk, hasil: sudah diingatkan terkait cara batuk yang benar dan pasien sudah mengetahui dan mempraktekannya; Pukul 13.43 WIB mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, hasil: sudah diajarkan memeriksa kondisi luka apabila terjadi rembesan atau noda darah pada kasa; Pukul 13.48 WIB menganjurkan meningkatkan cairan, hasil: sudah dianjurkan untuk memperbanyak minum air putih 8 gelas/ hari, pasien mengatakan sudah minum 5 gelas hari ini; Pukul 13.52 WIB menganjurkan meningkatkan nutrisi, hasil: sudah dianjurkan dan pasien mengatakan sudah makan 1 porsi; Pukul 13.55 WIB menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, hasil: sudah dianjurkan untuk mengkonsumsi telur rebus sebanyak 6 biji sehari dan pasien mengatakan sudah mengkonsumsi 3 biji telur rebus.

Tanggal 22 Maret 2023

Pukul 09.10 WIB memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan iskemik, hasil: tidak ada kemerahan, kebiruan, bengkak, dan nanah pada luka; Pukul 09.12 WIB memonitor lokhea pasien, hasil: lokhea tampak masih berwarna merah, masih pada lokhea rubra; Pukul 09.13 WIB membatasi jumlah pengunjung, hasil: pasien mengatakan hanya ditemani oleh suaminya; Pukul 09.15 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, hasil: selalu melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien; Pukul 09.18 WIB mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, hasil: selalu mempertahankan teknik aseptik dengan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien;

Pukul 09.21 WIB menjelaskan tanda dan gejala infeksi, hasil: pasien sudah tahu tanda dan gejala infeksi apabila ada bengkak, kemerahan, kebiruan dan nanah pada luka post operasinya; Pukul 09.25 WIB mengajarkan etika batuk, hasil: pasien sudah mengetahui etika batuk yang benar yaitu dengan menggunakan siku atau tisu; Pukul 09.28 WIB menganjurkan meningkatkan cairan, hasil: sudah dianjurkan untuk memperbanyak minum air putih 8 gelas/hari, pasien mengatakan sudah minum kurang lebih 4 gelas pagi ini; Pukul 09.33 WIB menganjurkan meningkatkan nutrisi, hasil: pasien mengatakan sudah makan banyak, pasien mengatakan sudah makan 1 porsi dan makan biskuit; Pukul 09.37 WIB menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, hasil: sudah dianjurkan untuk mengkonsumsi telur rebus 6 biji sehari, pasien mengatakan sudah mengkonsumsi 3 biji pagi ini;

Pukul 09.40 WIB memonitor karakteristik luka, hasil: tidak ada pembengkakan pada luka, tidak ada kemerahan, panjang luka kurang lebih 12 cm; Pukul 09.43 WIB memonitor tanda-tanda infeksi, hasil: luka post SC pasien baik, tidak ada kemerahan, tidak ada kebiruan, tidak ada nanah dan darah yang keluar, penyatuan jaringan baik; Pukul 09.48 WIB membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan, hasil: sudah dibersihkan dengan cairan NaCl menggunakan kassa; Pukul 09.51 WIB memberikan salep yang sesuai ke kulit/ lesi, hasil: pada luka pasien setelah dibersihkan dengan NaCl diberikan sofra-tulle/ kasa jaring; Pukul 09.53 WIB memasang balutan sesuai dengan jenis luka, hasil: balutan sudah dipasang menggunakan kassa dengan balutan kering; Pukul 09.55 WIB mempertahankan teknik steril saat melakukan luka, hasil: ketika perawatan luka sudah digunakan sarung tangan steril dan set steril.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 20 Maret 2023

Subjektif: Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada luka post SC dengan skala nyeri 5, pasien mengatakan masih terasa perih pada luka post SC.

Objektif: Post SC hari pertama, luka masih ditutup perban, tidak ada rembesan darah dan pembengkakan.

Analisa: Resiko infeksi belum teratasi

Perencanaan: Intervensi dilanjutkan

Tanggal 21 Maret 2022

Subjektif: Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada luka post SC dengan skala 5, pasien mengatakan sudah mengkonsumsi telur rebus sebanyak 3 butir.

Objektif: Luka masih tertutup perban, tidak ada rembesan dan pembengkakan pada luka.

Analisa: Resiko infeksi belum teratasi

Perencanaan: Intervensi dilanjutkan

Tanggal 22 Maret 2023

Subjektif: Pasien mengatakan lebih nyaman setelah diganti perban, pasien mengatakan sudah tidak terlalu terasa perih lagi di bagian luka SC, pasien mengatakan sudah memahami bagaimana perawatan luka post operasi SC di rumah.

Objektif: Luka pasien baik, tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan, tidak ada kebiruan, tidak ada nanah dan darah yang keluar, penyatuan jaringan baik, sudah dilakukan perawatan luka pada pasien.

Analisa: Resiko infeksi teratasi

Perencanaan: Intervensi dihentikan

BAB IV PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori diBAB sebelumnya dengan pasien pada saat memberikan “Asuhan Keperawatan pada Ny.D dengan Postpartum Seksio Sesarea Atas Indikasi Preeklamsia di Ruang Rawat RPKK Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara” pada tanggal 20 Maret sampai 22 Maret 2023. Pembahasan disesuaikan dengan tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Perubahan yang terjadi pada ibu postpartum dibagi menjadi dua yaitu perubahan fisiologis dan psikologis. Menurut Walyani & Purwoastuti (2017) perubahan fisiologis pada ibu postpartum hari pertama yaitu *taking in* masa dimana ibu lebih fokus pada diri sendiri. Namun pada pasien, penulis tidak menemukan adanya fase *taking in*, karena pasien tampak sudah pada fase *letting go* yaitu menerima tanggung jawab akan peran barunya, dibuktikan dengan pasien mengatakan sudah memiliki pengalaman untuk merawat anaknya karena ini anak ketiganya. Menurut Istiqomah (2022) pengalaman adalah suatu peristiwa yang pernah dialami atau dirasakan, yang kemudian disimpan pada memori.

Pada teori yang dikemukakan oleh Nuarif & Kusuma (2015) pemeriksaan penunjang pada pasien seksio sesarea yaitu pemantauan EKG, urinalisis, pemantauan janin terhadap kesehatan janin, golongan darah, dan hemoglobin/hematokrit. Disamping itu pasien tidak dilakukan pemeriksaan EKG karena tekanan darah pasien ketika diperiksa setelah operasi SC pada rentang normal yaitu 122/ 82 mmHg dan nadi 68x/ menit. Hal ini didukung oleh Sulastamo (2019) pemeriksaan EKG yaitu pemeriksaan yang dilakukan untuk mendeteksi adanya kelainan-kelainan pada irama jantung dengan menilai aktivitas kelistrikan otot jantung, dengan frekuensi jantung normal orang dewasa antara 60 sampai 100x/ menit.

Pada pasien juga tidak dilakukan pemeriksaan urinaria setelah post operasi SC. Hal ini didukung Poladiak, et al (2020) pemeriksaan urinaria pada post SC dilakukan untuk mendeteksi adanya penyakit yang terkait dengan saluran kemih. Pemeriksaan ini dilakukan apabila terdapat tanda gejala nyeri perut bagian bawah, oliguria, terdapat darah dalam urin, asites, ileus, peritonia, sepsis, dan kreatinin. Sedangkan pada pasien tidak terdapat darah dalam urin, pasien mengatakan tidak merasakan nyeri bagian bawah kecuali bagian insisi, pasien berkemih kurang lebih 600 ml/ 12 jam, perut pasien teraba lembek dan tidak ada asites.

Faktor pendukung dalam pengkajian keperawatan ini yaitu pasien, keluarga kooperatif dan mau menjawab pertanyaan dengan sejujur-jujurnya. Tidak ada faktor penghambat dalam pengkajian keperawatan.

B. Diagnosis Keperawatan

Menurut Astari, et al (2022) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) ada 6 diagnosis keperawatan yang mungkin dapat ditegakkan pada pasien postpartum yaitu, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan, menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal, gangguan eliminasi urin berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih.

Terdapat 3 diagnosis yang ditemukan pada pasien sesuai dengan teori yaitu, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan, dan menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI. Kemudian juga terdapat diagnosis yang dikemukakan oleh Aspriani (2017) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) dan ditemukan pada pasien yaitu resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit.

Terdapat 3 diagnosis yang dikemukakan oleh teori namun tidak ditemukan pada pasien yaitu diagnosis hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Menurut Astari, et al (2022) pasien dengan post SC rentan mengalami penurunan volume cairan intravaskular, interstisial dan intraselular yang dapat mengganggu kesehatan. Namun diagnosis ini tidak ditemukan pada pasien. Dari data dan wawancara didapatkan hemoglobin 12,3

g/dl (12,5 – 16.0 g/dl) dan hematokrit 36% (37.0-47.0%, minum pasien 1100 ml/ 12 jam, infus 500cc/ 12 jam, perdarahan ketika tindakan SC sebanyak 600 ml, jumlah setiap buang air kecil kurang lebih 100 cc, pengeluaran darah lokhea 100 cc. Sedangkan menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2017) tanda dan gejala hipovolemia adalah frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun dan hematokrit meningkat. Namun pada pasien tanda dan gejala ini tidak ditemukan dibuktikan dengan nadi pasien 68x/ menit, nadi psien teraba kuat, tekanan darah 122/ 82 mmHg, turgor kulit baik, membran mukosa lembab, volume urin 600ml/ 12 jam, hematokrit 36% (37.0 – 47.0%).

Diagnosis kedua yang ada diteori namun tidak ditemukan pada pasien yaitu konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal. Menurut Astari, et al (2022) pasien post SC rentan mengalami penurunan frekuensi defekasi normal yang disertai dengan kesulitan atau tidak lampiasnya pasase feses, yang dapat mengganggu kesehatan. Sedangkan menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2017) pengangkatan diagnosa ini apabila ditemukan tanda dan gejala defekasi kurang dari 2 kali seminggu, pengeluaran feses lama dan sulit, feses keras, dan peristaltik usus menurun. Pada pasien tidak ditemukan tanda dan gejala tersebut, pasien mengatakan BAB pada hari ke-2 post SC dengan konsistensi lunak, dan peristaltik pasien 16x/ menit.

Diagnosis ketiga yang ada diteori namun tidak ditemukan pada pasien yaitu gangguan eliminasi urin berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih. Menurut Astari, et al (2022) adanya diagnosis ini karena pada pasien post SC biasanya mengalami pengosongan kandung kemih yang tidak

tuntas. Sedangkan menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2017) untuk mengangkat diagnosis gangguan eliminasi urin diperlukan tanda dan gejala desakan berkemih, urin menetes, sering buang air kecil, distensi kandung kemih, berkemih tidak tuntas, volume residu urin meningkat. Namun pada pasien tidak ditemukan data tanda dan gejala diatas. Dibuktikan dengan pasien menggunakan kateter, tidak ada distensi kandung kemih, dan tidak ada keluhan dalam berkemih.

Faktor pendukung dalam melakukan perumusan diagnosis keperawatan yaitu pasien yang kooperatif dengan data yang lengkap, tersedianya buku referensi di perpustakaan tentang asuhan keperawatan maternitas. Tidak terdapat faktor hambatan dalam penyusunan diagnosa keperawatan.

C. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan yang dibuat dan disusun berdasarkan pada teori dan kebutuhan pasien. Penulis menyusun rencana keperawatan berdasarkan prioritas masalah dan sudah disesuaikan dengan waktu praktik yaitu 3 x 24 jam. Untuk kriteria hasil disusun secara spesifik, mampu diukur, dan memiliki batas waktu yang telah diharapkan tercapai. Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) dan Astari, et al (2022) dalam perencanaan keperawatan pasien postpartum dengan seksio sesarea dengan diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, terdapat dua rencana keperawatan yang tidak dilakukan pada pasien dan tidak sesuai pada pasien yaitu yang pertama memonitor terapi komplementer yang sudah diberikan. Hal ini tidak dilakukan pada pasien karena pasien mengatakan sebelumnya tidak melakukan terapi komplementer. Kedua yaitu mengedukasi menganjurkan

menggunakan analgetik secara tepat, hal ini tidak dilakukan pada pasien karena pemberian analgetik dilakukan oleh perawat dengan kolaborasi dokter. Penulis juga menambahkan satu perencanaan untuk mengecek TTV pasien, perencanaan ini dilakukan untuk mengetahui tekanan darah, nadi, suhu dan juga pernafasan pasien apakah normal atau abnormal sehingga dapat dilakukan tindakan yang lainnya pada pasien.

Pada diagnosis kedua yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan, semua perencanaan keperawatan dilakukan dan dilakukan tindakan ambulasi dan mobilisasi secara bertahap. Penulis juga menambahkan satu perencanaan yaitu mengidentifikasi kemampuan pasien. Hal ini dilakukan untuk mengetahui kemampuan pasien yang sudah bisa dilakukan untuk melanjutkan perencanaan yang ada.

Diagnosis ketiga yaitu resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif, ketidakefektifan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit. Semua perencanaan pada diagnosis ini dilakukan. Namun pada perencanaan perawatan luka penulis tidak melakukan perencanaan memberikan suplemen vitamin dan mineral. Hal ini karena pemberian obat tersebut dilakukan pada waktu dimana penulis tidak berada diruangan atau tidak pada jam dinas, pemberian obat ini dilakukan pada pukul 18.00 WIB dan pukul 06.00 WIB. Lalu penulis melakukan tindakan perawatan luka pada pasien dihari ketiga ditegakkannya diagnosis. Penulis tidak melakukan perencanaan untuk memberikan tindakan TENS (stimulasi saraf transkutaneous). Hal ini karena terapi TENS merupakan terapi yang menggunakan arus listrik untuk mengatasi nyeri dengan mengirimkan impuls listrik melalui elektroda

berbentuk vacuum yang diletakkan pada daerah yang nyeri. Indikasi terapi yaitu trauma muskuloskeletal baik yang akut maupun kronis, nyeri kepala, nyeri miofasial, nyeri pasca melahirkan, nyeri visceral, nyeri pada akar syaraf dan nyeri psikogenik. Dengan kontraindikasi dilakukannya TENS adalah penyakit vaskuler (arteri dan vena), adanya perdarahan pada area yang diterapi, adanya keganasan, pasien dengan alat pacu jantung, kehamilan, luka terbuka, dan kondisi infeksi. Penulis juga menambahkan tindakan memantau lochea. Hal ini bertujuan untuk mengetahui kontraksi uterus yang baik. Dikarenakan pengeluaran lochea yang lancar menandakan bahwa kontraksi uterus juga baik.

Pada diagnosis keempat menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI. Hampir semua perencanaan keperawatan pada diagnosis dilakukan. Ada dua perencanaan yang tidak dilakukan yaitu pertama memberikan konseling menyusui. Hal ini tidak dilakukan pada pasien karena pasien sudah lebih banyak paham terkait menyusui karena ini merupakan anak ketiga. Pasien mengatakan tidak mengetahui terkait tidak keluarnya ASI dapat dilakukan pijat oksitosin, sehingga penulis memberikan edukasi terkait perawatan payudara dengan pijat oksitosin. Perencanaan kedua yang tidak dilakukan pada pasien yaitu jarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa. Hal ini tidak dilakukan pada pasien karena penulis mulai melakukan pengkajian pada pasien ketika pasien sudah post operasi SC. Tidak terdapat faktor hambatan dalam penyusunan perencanaan keperawatan.

D. Pelaksanaan keperawatan

Pada tahap ini penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang sebelumnya telah disusun dan semua tindakan keperawatan dilakukan pendokumentasian selama 3 x 24 jam. Tetapi dalam pelaksanaannya penulis tidak melakukan semua rencana tindakan dalam waktu 24 jam karena keterbatasan waktu. Solusi yang diambil oleh penulis agar dapat melakukan pelaksanaan keperawatan secara maksimal dengan mengobservasi pada hari berikutnya, menanyakan keluhan apa saja yang dirasakan pada hari itu dan mengevaluasi tindakan yang sudah dilakukan pada hari berikutnya.

Faktor pendukung dalam melakukan pelaksanaan keperawatan adalah pasien dan keluarga yang kooperatif selama pelaksanaan tindakan, lingkungan yang kondusif, dan pasien maupun keluarga dapat bekerja sama dengan baik dengan penulis. Sedangkan hambatan yang dialami penulis dalam pelaksanaan keperawatan adalah keluarga pasien yang terkadang sulit ditemui sehingga penulis sulit melibatkan keluarga pada pelaksanaan keperawatan. Alternatif yang dilakukan oleh penulis untuk mengatasi hal ini adalah membuat janji padapatient maupun keluarga dalam melakukan pelaksanaan keperawatan, sehingga keluarga dapat merawat pasien dengan baik dirumah.

E. Evaluasi keperawatan

Evaluasi yang dilakukan sesuai dengan teori Hadinata dan Abdillah (2022) yaitu terdiri dari evaluasi proses dan evaluasi hasil. Dari empat diagnosis yang diangkat, empat diagnosis tersebut teratasi sehingga pasien dapat pulang dari rumah sakit dan kembali kerumah. Diagnosis pertama yang

teratasi yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik: post SC hari pertama teratasi, ditandai dengan pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala 3 (1-10), pasien mengatakan sudah mampu melakukan aktivitas tanpa dibantu suami, pasien tampak sudah mampu mengatasi rasa nyerinya, pasien tampak sudah tidak bersikap protektif, tanda-tanda vital pasien tekanan darah 119/ 85 mmHg, nadi 82x/ menit, suhu 36.7°C, pernafasan 20x/ menit.

Diagnosis kedua adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan teratasi, ditandai dengan pasien mengatakan sudah tidak merasa nyeri ketika beraktivitas ringan, pasien mengatakan sudah bisa berpindah dari tempat tidur ke kursi, pasien mengatakan sudah bisa berjalan ke kamar mandi secara mandiri, pasien tampak mampu berpindah posisi dari duduk ke posisi semifowler, pasien tampak mampu berjalan ke kamar mandi secara mandiri, dan tekanan darah pasien 119/85 mmHg.

Diagnosis yang ketiga yaitu resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif, ketidakefektifan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit teratasi, ditandai dengan pasien mengatakan nyaman setelah diganti perban, pasien mengatakan sudah tidak terlalu terasa perih di bagian luka SC, pasien mengatakan sudah memahami bagaimana perawatan luka post operasi SC di rumah, luka pasien baik, tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan, tidak ada kebiruan, tidak ada nanah dan darah yang keluar, dan penyatuan jaringan baik.

Diagnosis keempat yaitu menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI teratasi, ditandai dengan pasien mengatakan ASI

sudah keluar, pasien mengatakan sudah mengetahui posisi untuk menyusui yang benar, ASI ibu tampak sudah keluar, dan ibu tampak lebih tenang dan tidak cemas. Adapun faktor pendukung selama melakukan evaluasi yaitu pasien dan keluarga yang bersikap kooperatif, sehingga penulis mampu memperoleh data-data terkait kondisi pasien sebelum pasien pulang dari rumah sakit serta dari catatan medis pasien. Tidak terdapat faktor penghambat dalam melakukan evaluasi keperawatan.

BAB V

PENUTUP

Pada bab ini penulis akan membantu membuat kesimpulan dan saran “Asuhan Keperawatan pada Ny. D dengan Postpartum Seksio Sesarea dengan Indikasi Preeklamsia di Ruang RPKK Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara” maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang berguna untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

A. Kesimpulan

Hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien meliputi pengumpulan data, analisa data dengan cara observasi, wawancara dan juga pemeriksaan fisik pada Ny. D, meliputi biodata dan keluhan-keluhan setelah persalinan dengan tindakan seksio sesarea. Pada kasus Ny.D, penulis menemukan hasil data pengkajian Ny.D dengan postpartum seksio sesarea hari pertama dengan riwayat obsetri P3A2 dengan anak hidup 3. Pasien melahirkan dengan seksio sesarea pada usia kehamilan 34 minggu, pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah bekas luka post SC, dengan PQRST: luka post seksio sesarea, seperti disayat-sayat pada abdomen bagian insisi, skala 5 (1-10), terus menerus. Pasien masih lemas dan aktivitas masih dibantu oleh keluarga.

Pada pengkajian ditemukan kesenjangan pada perubahan fisiologis, pada teori perubahan fisiologis pada hari pertama yaitu *taking in* sedangkan

pada pasien ditemukan *lating go*. Disamping itu pada teori, pemeriksaan penunjang pada pasien seksio sesarea yaitu pemantauan EKG, urinalisis, pemantauan janin terhadap kesehatan janin, golongan darah, dan hemoglobin/hematokrit. Sedangkan pada pasien tidak dilakukan pemeriksaan EKG, dan urinalisis.

Pada diagnosa keperawatan terdapat kesenjangan antara teori dan pasien. Pada teori ada enam diagnosis sedangkan pada pasien ditemukan tiga diagnosis yang sesuai dengan teori dan satu diagnosis yang dikemukakan oleh teori lain. Diagnosis yang diangkat oleh penulis yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur post operasi SC hari pertama), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan, resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif, ketidakefektifan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit, dan menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI. Pada perencanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan prioritas masalah dan kebutuhan pasien, rencana keperawatan yang sudah dibuat diimplementasikan dalam waktu 3 x 24 jam. Hal ini dilakukan dengan cara penulis berkolaborasi dengan perawat sif berikutnya. Tujuan yang ingin dicapai setelah berikan asuhan keperawatan tersebut dapat teratasi.

Dalam tahap pelaksanaan, penulis menerapkan pengetahuan dan keterampilan asuhan keperawatan maternitas pada pasien. Serta keberhasilan pada proses ini karena kerjasama yang baik dan dukungan dari pasien, keluarga serta perawat ruangan. Pada tahap evaluasi dari empat diagnosis yang diangkat

penulis, semua diagnosa tersebut sudah teratasi nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur post operasi SC hari pertama), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan, resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif, ketidakefektifan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit, dan menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI.

B. Saran

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. D dengan postpartum seksio sesarea atas indikasi preeklamsia dan BSC 1X selama 3 x 24 jam. Banyak pengalaman, pembelajaran yang dapat diambil. Untuk meningkatkan mutu pelayanan dan kualitas asuhan keperawatan khususnya pada maternitas, maka penulis ingin memberikan saran serta masukan yang dapat bermanfaat bagi semua pihak, yaitu:

1. Penulis

Dengan dilakukannya pengkajian ini diharapkan penulis mampu meningkatkan pengetahuan mengenai asuhan pada ibu postpartum khususnya dengan seksio sesarea dan dapat mengaplikasikan ilmu asuhan keperawatan maternitas kepada keluarga maupun masyarakat. Masukan untuk penulis sebaiknya lebih membekali diri dengan ilmu pengetahuan dan pengalaman. Hal ini dilakukan agar dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien jika menemukan hambatan bisa mencari solusi atau pemecahan masalah.

2. Institusi Pendidikan

Dengan adanya studi kasus ini, diharapkan dapat meningkatkan model pembelajaran di STIKes RS Husada pada Prodi Diploma Tiga Keperawatan khususnya pada keperawatan maternitas.

3. Institusi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan pihak rumah sakit dapat mempertahankan bahkan dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan pada ibu postpartum dengan seksio sesarea. Hal ini dapat diwujudkan dengan cara meningkatkan sarana dan prasarana untuk menunjang peningkatan pelayanan kepada pasien. Selain itu diharapkan rumah sakit dapat menunjang perkembangan lanjutan pasien, meskipun ketika keluar rumah sakit pasien dalam keadaan yang baik. Hal ini bertujuan untuk memastikan keadaan kondisi pasien apakah sudah benar-benar membaik.

DAFTAR PUSTAKA

- Anasiru, M. (2015). Pengaturan Gizi Pada Penanganan Preeklamsia. *Health and Nutritions Journal*, 1 (1)
- Andriani, M., & Wirjatmadi. (2016). *Peranan Gizi Dalam Siklus Kehidupan*. Jakarta: Prenadamedia Group
- Aritonang, J., & Simanjutak, Y. (2021). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Yogyakarta: CV. Budi Utama
- Astari, et al. (2022). *Asuhan Keperawatan Maternitas Pascapartum*. Jakarta Utara: CV. EGC
- Aspriani, R., (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Trans Info Media
- Badan Pusat Statistik.(2021). *Statistik Indonesia 2021*. Diakses dari <https://www.bps.go.id/publication/2021/06/30/2c57fbd09b32358e116c88e6/statistik-indonesia-2021.html>.
- Bothamley, J., & Boyle, M. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas: Patofisiologi dan Kebidanan (Edisi 4)*. Jakarta: EGC
- Ciselia, D., & Oktari, V. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Ibu Nifas*. Surabaya: CV. Jakad Media Publishing
- Ekasari, T., & Natalia, M. (2019). Pengaruh Pemeriksaan Kehamilan Secara Teratur Terhadap Kejadian Preeklamsia. *Jurnal Ilmu Kesehatan*. 3 (1), 24- 28. <https://doi.org/10.33006/ji-kes.v3i1.125>
- Firwan. (2014). *Laporan Pendahuluan Sectio Sesarea*. Diakses dari <http://firwanintianur93.blogspot.co.id/2014/01/laporan-pendahuluan-sectio-caesarea.html> pada tanggal 18 Mei 2023
- Hadinata, D., & Abdillah, A. (2022). *Metodologi Keperawatan*. Bandung: Widina Bhakti Persada Bandung
- Hartati, S. (2021) *Asuhan Keperawatan Ibu Postpartum Seksio Sesarea Positif Covid 19*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Kementerian PPN/Bapennas. (2021). *3 Kehidupan Sehat dan Sejahtera*. Diakses dari <https://sdgs.bappenas.go.id/tujuan-3/>
- Kementrian Kesehatan RI. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia*. Diakses dari [kesmas.kemkes.go.id: https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-2020.pdf](https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-2020.pdf)

- Kementrian Kesehatan RI. (2021). *Profil Kesehatan Indonesia 2021*. Diakses dari kesmas.kemkes.go.id:
<https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-2021.pdf>
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Laporan Nasional RISKESDAS 2018*. Jakarta
- Lalenoh, D. (2018). *Preeklamsia berat dan eklamsia: Tatalaksana Anestesi Perioperatif Edisi 1*. Yogyakarta: Deepublish
- Martadiansyah, A., Qolby, A., & Santoso, B. (2019). Pravelansi Kejadian Preeklamsia dengan Komplikasi dan Faktor Risiko yang Mempengaruhinya di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang. *Sriwijaya Journal of Medicine*, 2 (1), 231-241
- Nugroho, P. S., & Andrajati, R. (2017). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingginya Angka Seksio Sesarea di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soetomo Surabaya. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*. 29 (3), 218-224
- Nur, A., & Arifuddin, A. (2017). Faktor Risiko Kejadian Preeklamsia pada Ibu Hamil di RSUD Anutapura Kota Palu 2. *Jurnal Kesehatan Tadulako*, 3(2), 69-75
- Nurarif, A., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa dan Nanda NIC NOC Jilid I*. Yogyakarta: Medication
- Nurbaeti, I., et al., (2013). *Asuhan Keperawatan pada Ibu Postpartum dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Mitra Wacana Media
- Palupi, P. (2013). *Depresi Pasca Persalinan*. Tangerang Selatan: UIN Jakarta Press
- Pohan, R. (2022). *Pengantar Asuhan Kebidanan*. Tanjungbalai: PT Inovasi Pratama Internasional
- Poldiak, et al. (2020). Cesarean Section Complication Followed By Bladder Cystotomy Gross Hematuria Due to Unknown Dense Scar Tissue. *Jurnal Nasional Library of Medicine*. 10.7759/cureus.11902
- Prawirohardjo, S. (2017). *Dasar-Dasar Keperawatan Maternitas: Konsep Seksio Sesarea*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran ECG
- Pribadi, Mose & Anwar. (2015). *Kehamilan Risiko Tinggi Perkembangan, Implikasi Klinis dan Kontroversi*. Bandung: CV. Sagung Seto
- Rini, S., & Kumala, F. (2016). *Panduan Asuhan Nifas dan Evidence Based Practice*. Yogyakarta: Deepublish
- Rosdianah, et al. (2019). *Buku Ajar Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Makassar: CV. Cahaya Bintang Cemerlang
- Sitorus, F. (2016). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta: Deepublish

- Sulastamo, H. (2019). *Buku Manual Keterampilan Klinis Interpretasi Pemeriksaan Elektrokardiografi (EKG)*. Surakarta
- Susanto, A. (2018). *Asuhan Kebidanan Nifas & Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Tonasih & Sari. (2020). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui (Edisi Covid-19); Buku Ajar*. Yogyakarta: K-Media
- World Health Organization. (2020). *Maternal Mortality*. Diakses dari <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Zubaidah, et al. (2021). *Asuhan Keperawatan Nifas*. Sleman: CV Budi Utama

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN (SAP)

Pokok Bahasan : Pijat Oksitosin

Sub Pokok Bahasan : Pijat Oksitosin pada Ibu Postpartum dan Ibu Menyusui

Sasaran : Ny.D dan keluarga

Hari/Tanggal : Selasa, 21 maret 2023

Tempat : Di RSUD Koja

Waktu : 30 menit

Penyuluh : Mahasiswa Tingkat III STIKes RS Husada

I. Tujuan Instruksional Umum (TIU) → kognitif, afektif, psikomotor

Setelah mendapatkan penyuluhan selama 1 x 30 menit diharapkan Ny.D dan keluarga dapat menjelaskan tentang pijat oksitosin pada ibu postpartum dan ibu menyusui, serta Ny.D dan keluarga dapat mengungkapkan keinginan/kemauan untuk melakukan pijat oksitosin pada ibu postpartum dan ibu menyusui, dengan demikian Ny.D dan keluarga mampu mendemonstrasikan kembali tentang pijat oksitosin pada ibu postpartum dan ibu menyusui.

II. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah mendapatkan penyuluhan, keluarga diharapkan dapat :

1. Menyebutkan pengertian pijat oksitosin pada ibu postpartum dan ibu menyusui dengan benar
2. Menyebutkan tujuan pijat oksitosin pada ibu postpartum dan ibu menyusui
3. Menyebutkan 3 dari 4 manfaat pijat oksitosin pada ibu postpartum dan ibu menyusui
4. Menyebutkan indikasi dan 2 dari 3 kontraindikasi dari pijat oksitosin pada ibu postpartum dan ibu menyusui
5. Menunjukkan sikap positif/ Mengungkapkan keinginan untuk melakukan pijat oksitosin dengan baik
6. Mendemonstrasikan 6 langkah pijat oksitosin pada ibu postpartum dan ibu menyusui dengan benar.

III. Materi Penyuluhan

1. Pengertian pijat oksitosin pada ibu postpartum dan ibu menyusui
2. Tujuan pijat oksitosin pada ibu postpartum dan ibu menyusui
3. Manfaat pijat oksitosin pada ibu postpartum dan ibu menyusui
4. Indikasi dan kontraindikasi pijat oksitosin pada ibu postpartum dan ibu menyusui
5. Motivasi/ Rasional alasan harus melakukan pijat oksitosin
6. Demonstrasikan pijat oksitosin pada ibu postpartum dan ibu menyusui

IV. Metode Penyuluhan

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab/Diskusi
- c. Demonstrasi dan redemonstrasi

V. Media Penyuluhan

- a. Leaflet
- b. Lembar balik
- c. Bantal
- d. Minyak untuk pijat

VI. Rencana Kegiatan Penyuluhan

No	Kegiatan	Uraian Kegiatan	
		Penyuluh	Audience
1	Pembukaan (5 Menit)	<ol style="list-style-type: none">a. Mengucapkan salamb. Menyampaikan tujuan penyuluhanc. Melakukan apresiasi	<ol style="list-style-type: none">a. Menjawab salamb. Menyetujui tujuan penyuluhanc. Mengikuti apresiasi

2	Penyampaian Materi (20 menit)	<ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan pengetahuan sebelumnya mengenai konsep b. Memberikan penyuluhan dan berdiskusi bersama masyarakat tentang : c. Menyebutkan pengertian pijat oksitosin pada ibu postpartum dan ibu menyusui d. Menyebutkan tujuan pijat oksitosin pada ibu postpartum dan ibu menyusui e. Menyebutkan 3 dari 4 manfaat pijat oksitosin pada ibu postpartum dan ibu menyusui f. Menyebutkan 5 indikasi dan kontraindikasi dari pijat oksitosin pada ibu postpartum dan ibu menyusui g. Mendemonstrasikan pijat oksitosin pada ibu postpartum dan ibu menyusui h. Memberikan kesempatan pada peserta untuk bertanya tentang hal yang belum dipahaminya. i. Menjawab pertanyaan Ny.S dan keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan pengetahuan sebelumnya mengenai materi b. Menyimak materi dan berdiskusi c. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi d. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi e. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi f. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi g. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi h. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi i. Meredemonstrasikan senam kaki diabetes mellitus j. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi
---	----------------------------------	---	--

3	Penutup (5 menit)	a. Melakukan evaluasi b. Menyimpulkan materi penyuluhan dan hasil diskusi c. Mengucapkan salam	a. Menjawab pertanyaan b. Menyimak kesimpulan c. Menjawab salam
---	----------------------	--	---

VII. Evaluasi

1. Evaluasi Struktural → sebelum

- a. SAP dan media telah dikonsultasikan kepada pembimbing sebelum pelaksanaan
- b. Pemberi materi telah menguasai seluruh materi
- c. Tempat dipersiapkan H-3 sebelum pelaksanaan
- d. Mahasiswa, dan masyarakat berada di tempat sesuai kontrak waktu yang telah disepakati

2. Evaluasi Proses → saat

- a. Proses pelaksanaan sesuai rencana
- b. Keluarga aktif dalam diskusi dan tanya jawab
- c. Keluarga mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir

3. Evaluasi Hasil → materi

- a. Keluarga dapat menyebutkan pengertian dengan benar, tujuan, 3 dari 4 manfaat, indikasi dan 2 dari 3 kontraindikasi dari pijat oksitosin pada ibu postpartum dan ibu menyusui dengan benar → kognitif
- b. Keluarga menunjukkan antusias/ keinginan untuk melakukan pijat oksitosin dengan baik → afektif

c. Keluarga dapat meredemonstrasikan 6 langkah cara pijat oksitosin pada ibu postpartum dan ibu menyusui → psikomotor

4. Pertanyaan evaluasi

- a.** Sebutkan pijat oksitosin pada ibu postpartum dan ibu menyusui!
- b.** Jelaskan tujuan pijat oksitosin pada ibu postpartum dan ibu menyusui!
- c.** Sebutkan manfaat pijat oksitosin pada ibu postpartum dan ibu menyusui!
- d.** Sebutkan Indikasi dan kontraindikasi pijat oksitosin pada ibu postpartum dan ibu menyusui!
- e.** Jelaskan alasan harus melakukan pijat oksitosin!
- f.** Demonstrasikan ulang pijat oksitosin pada ibu postpartum dan ibu menyusui!

Lestari D. (2021). *Penerapan Pijat Oksitosin Terhadap Peningkatan Produksi ASI*. Tanjung Karang.

Mintaningtiyas, S., dan Isnaini, Y. (2022). *Pijat Oksitosin Untuk Meningkatkan ASI Eksklusif*. Nem: Papua Barat

Wulandari, P., Kustriyani, M., & Aini, K. (2018). Peningkatan Produksi ASI Ibu Postpartum Melalui Tindakan Pijat Oksitosin. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia*. 2 (1), 33-49

LAMPIRAN MATERI

PIJAT OKSITOSIN

A. PENGERTIAN PIJAT OKSITOSIN

Pijat oksitosin adalah pijat yang dilakukan disepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulang rusuk (costae), serta untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin untuk meningkatkan ASI (Mintaningtiyas, S. dan Isnaini, Y, 2022)

B. TUJUAN PIJAT OKSITOSIN

Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang reflek oksitosin atau yang biasa disebut sebagai reaksi pengeluaran ASI

C. MANFAAT PIJAT OKSITOSIN

1. Meningkatkan produksi ASI
2. Meningkatkan rasa nyaman pada ibu menyusui
3. Mengurangi bengkak pada payudara
4. Meningkatkan hubungan psikologis antara ibu dan keluarga

D. INDIKASI DAN KONTRAINDIKASI PIJAT OKSITOSIN

1. Indikasi: pijat oksitosin diberikan pada ibu yang baru saja melahirkan (ibu postpartum) dan juga ibu menyusui, terutama yang ASInya tidak keluar dengan lancar.
2. Kontraindikasi:
 - a) Ibu yang sedang menderita infeksi yang khas dan menular
 - b) Ibu dalam keadaan demam dengan suhu lebih dari 38C

- c) Ibu dalam keadaan menderita sakit yang membutuhkan istirahat yang sempurna

E. PROSEDUR PELAKSANAAN

1. Persiapan Alat : bantal, minyak untuk pijat, handuk
2. Persiapan Klien : Kontrak Topik, waktu, tempat dan tujuan dilaksanakan pijat oksitosin
3. Persiapan lingkungan : Ciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien, Jaga privacy pasien
4. Prosedur Pelaksanaan :
Perawat cuci tangan
 - a. Lepaskan baju dan bra
 - b. Posisikan tubuh dalam posisi duduk, sandarkan bagian depan tubuh menggunakan bantal hingga punggung dalam posisi meringkuk kedepan memeluk bantal
 - c. Pijat kedua sisi tulang belakang dengan menggunakan kepalan tangan ibu jari menunjuk kedepan
 - d. Pijat kuat dan beri sedikit tekanan dengan gerakan melingkar
 - e. Pijat sisi tulang belakang dari leher ke arah bawah sampai tulang belikat



- f. Lakukan selama 2-3 menit

Lembar Balik

PIJAT OKSITOSIN

Ining Saputri
STIKes RS Husada Jakarta

APA ITU PIJAT OKSITOSIN?

Pijat oksitosin adalah pijat yang dilakukan disepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulang rusuk (costae), serta untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin untuk meningkatkan ASI

(Mintaningtiyas, S. dan Isnaini, Y, 2022).

LALU APA TUJUAN PIJAT OKSITOSIN?

Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang reflek oksitosin atau yang biasa disebut sebagai reaksi pengeluaran ASI



Activ
Go to

APA SIH MANFAAT PIJAT OKSITOSIN INI?

1
Meningkatkan produksi ASI

3
Mengurangi bengkak pada payudara

2
Meningkatkan rasa nyaman pada ibu menyusui

4
Meningkatkan hubungan psikologis antara ibu dan keluarga

Go to Settings to activate Windows.

SIAPA SAJA YANG DAPAT MELAKUKAN PIJAT OKSITOSIN?

Indikasi

Pijat oksitosin diberikan pada ibu yang baru saja melahirkan (ibu postpartum) dan juga ibu menyusui, terutama yang ASI-nya tidak keluar dengan lancar.

Kontraindikasi

1. Ibu yang sedang menderita infeksi yang khas dan menular
2. Ibu dalam keadaan demam dengan suhu lebih dari 38C
3. Ibu dalam keadaan menderita sakit yang membutuhkan istirahat yang sempurna

Activate Windows
Go to Settings to activate Windows.



Bagaimana cara
melakukannya?

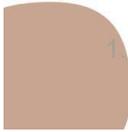
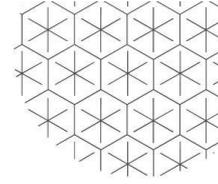
Activate Windows
Go to Settings to activate Windows.

- Persiapan Alat : bantal, minyak untuk pijat, handuk

- Perawat cuci tangan

Lepaskan baju dan bra

1. Posisikan tubuh dalam posisi duduk, sandarkan bagian depan tubuh menggunakan bantal hingga punggung dalam posisi meringkuk kedepan memeluk bantal
 2. Pijat kedua sisi tulang belakang dengan menggunakan kepalan tangan ibu jari menunjuk kedepan
 3. Pijat kuat dan beri sedikit tekanan dengan gerakan melingkar
 4. Pijat sisi tulang belakang dari leher ke arah bawah sampai tulang belikat
- Lakukan selama 2-3 menit





APA TUJUAN PIJAT OKSITOSIN?

Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang reflek oksitosin atau yang biasa disebut sebagai reaksi pengeluaran ASI



APA SIH MANFAAT PIJAT OKSITOSIN INI?

1. Meningkatkan produksi ASI
2. Meningkatkan rasa nyaman pada ibu menyusui
3. Mengurangi bengkak pada payudara
4. Meningkatkan hubungan psikologis antara ibu dan keluarga

APA ITU PIJAT OKSITOSIN?

Pijat oksitosin adalah pijat yang dilakukan disepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulang rusuk (costae), serta untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin untuk meningkatkan ASI (Mintaningtyas, S. dan Isnaini, Y, 2022)

Pijat oksitosin diberikan pada ibu yang baru saja melahirkan (ibu postpartum) dan juga ibu menyusui, terutama yang ASInya tidak keluar dengan lancar.

Pijat ini tidak bisa dilakukan apabila:

- 1) Ibu yang sedang menderita infeksi yang khas dan menular
- 2) Ibu dalam keadaan demam dengan suhu lebih dari 38C
- 3) Ibu dalam keadaan menderita sakit yang membutuhkan istirahat yang sempurna

BAGAIMANA CARA MELAKUKANNYA?

- Persiapan Alat : bantal, minyak untuk pijat, handuk
 - Perawat cuci tangan
 - Lepaskan baju dan bra
1. Posisikan tubuh dalam posisi duduk, sandarkan bagian depan tubuh menggunakan bantal hingga punggung dalam posisi meringkuk kedepan memeluk bantal
 2. Pijat kedua sisi tulang belakang dengan menggunakan kepala tangan ibu jari menunjuk kedepan
 3. Pijat kuat dan beri sedikit tekanan dengan gerakan melingkar
 4. Pijat sisi tulang belakang dari leher ke arah bawah sampai tulang belikat
 - 5.1. Lakukan selama 2-3 menit



SUMBER

Hellosehat. (2021). Pijat Oksitosin, Ini Manfaat Untuk Produksi ASI dan Cara Melakukannya di Rumah. Diakses tanggal 16 maret 2023 dari <https://hellosehat.com/parenting/bayi/menyusui/pijat-oksitosin/>

Lestari D,I. (2021). Penerapan Pijat Oksitosin Terhadap Peningkatan Produksi ASI. Tanjung Karang.

Mintaningtyas, S. dan Isnaini, Y. (2022). Pijat Oksitosin Untuk Meningkatkan ASI Eksklusif. Nem: Papua Barat



PIJAT OKSITOSIN

STIKes RS Husada
Jakarta

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Jehan Puspasari, M.Kep

Nama Mahasiswa : Ining Saputri

Judul : Asuhan Keperawatan pada Ny.D dengan Postpartum Seksio
Sesarea atas Indikasi Preeklamsia dan BSC IX di Ruang
RPKK RSUD Koja Jakarta Utara

No	Tanggal	Konsultasi (saran/ perbaikan)	Tanda Tangan
1.	7 Maret '23	<ul style="list-style-type: none"> - Revisi sesuai outline - Pejelasan - Data Statistik <ul style="list-style-type: none"> ↳ Global ↳ Indonesia ↳ RS Koja - Komplikasi - Upaya " penanggulangan - Peran perawat 	
2.	13 Maret '23	<ul style="list-style-type: none"> - Revisi sesuai masukan - Perhatikan panduan penulisan KTI 	
3.	30 Maret '23	<ul style="list-style-type: none"> - ACC BAB I - Lanjutkan BAB II - Revisi implementasi, analisa data, diagnosis keperawatan - Tambahkan wellness diagnosis 	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Jehan Puspasari, M.Kep
Nama Mahasiswa : Ining Saputri
Judul : Asuhan Keperawatan pada Ny.D dengan Postpartum Sekσιο
Sesarea atas Indikasi Preeklamsia dan BSC 1X di Ruang
RPKK RSUD Koja Jakarta Utara

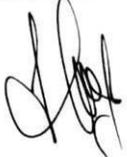
No	Tanggal	Konsultasi (saran/ perbaikan)	Tanda Tangan
4.	3 April 2023	ACC BAB I - Tambahkan referensi dari textbook untuk BAB II	
5.	6 April 2023	ACC BAB II Lanjutkan BAB III	
6.	12 April 2023	Perbaiki analisa data, sesuaikan dengan SDKI, SIKI, SLKI	
7.	18 April 2023	- Perbaiki dokumentasi implementasi sesuai dengan pelaksanaan intervensi pada pasien	
8.	2 Mei 2023	ACC BAB III - Lanjutkan BAB IV	
9.	8 Mei 2023	Analisis Kesenjangan antara teori & kasus meliputi pengkajian sampai evaluasi	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Jehan Puspasari, M.Kep

Nama Mahasiswa : Ining Saputri

Judul : Asuhan Keperawatan pada Ny.D dengan Postpartum Seksio
 Sesarea atas Indikasi Preeklamsia dan BSC 1X di Ruang
 RPKK RSUD Koja Jakarta Utara

No	Tanggal	Konsultasi (saran/ perbaikan)	Tanda Tangan
10.	15 Mei 2023	Tambahkan faktor pendukung & faktor Penghambat pada BAB IV - Perbaiki typo & penulisan	
11.	29 Mei 2023	- Kembangkan lagi kesenjangan yang mungkin didapatkan pada proses pengkajian	
12.	2 Juni 2023	ACC BAB IV - Lanjutkan BAB V	
13.	6 Juni 2023	Kesimpulan merangkum isi BAB IV dimulai pengkajian sampai evaluasi.	
14.	9 Juni 2023	Buat saran yang aplikatif - lanjutkan membuat PPT - BAB V perbaiki	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Jehan Puspasari, M. Kep
Nama Mahasiswa : Lning Saputri
Judul :

No	Tanggal	Konsultasi (saran/perbaikan)	Tanda tangan
16.	12 Juni 2023	ACC BAB V ACC Srdang	