



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A DENGAN
POSTPARTUM SECTIO CAESAREA ATAS
INDIKASI BSC 1X DI RUANG RPKK
RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

MASRUROH

2011063

**PROGRAM DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2023**



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A DENGAN
POSTPARTUM SECTIO CAESAREA ATAS
INDIKASI BSC 1X DI RUANG RPKK
RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

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

MASRUROH

2011063

**PROGRAM 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 yang dirujuk telah saya nyatakan benar.

Nama : Masruroh

NIM : 2011063

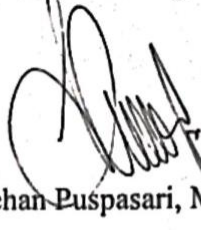
Tanda Tangan :

Tanggal : 12 Juni 2023

LEMBAR PENGESAHAN

**Asuhan Keperawatan pada Ny. A dengan
Postpartum Sectio Caesarea atas
Indikasi BSC 1x di Ruang RPKK
RSUD Koja Jakarta Utara**

Pembimbing



Ns. Jehan Puspasari, M.Kep

Penguji I



Ns. Veronica Y. R., M.Kep.Sp.Kep.Mat

Penguji II



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

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



Ellynia, S.E., M.M

Ketua

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Penulisan tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada. Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih 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 dan membimbing saya dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini dan banyak memberi masukan kepada saya.
3. Ibu Ns. Veronica Yeni Rahmawati, M.Kep,Sp.Kep.Mat selaku dosen penguji I.
4. Ibu Ns. Ernawati, M.Kep.,Sp.Kep.An selaku dosen penguji II.
5. Ns. Ririn Ekowati, S.Kep selaku Kepala Ruangan di Ruang RPKK Lt. 7 beserta seluruh staff RSUD Koja yang telah membimbing dan memberikan banyak bantuan selama praktik di ruangan.
6. Ny. A dan keluarga yang sudah bersedia meluangkan waktunya dan sudah memberikan data-data yang diperlukan oleh penulis.
7. Para dosen pengajar serta tenaga pendidikan STIKes RS Husada yang telah memberikan ilmu dan bimbingan selama masa perkuliahan.
8. Kedua Orang tua dan keluarga saya yang telah memberikan 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. Kepada (Bapak Ruspen dan Ibu Timayyah) sebagai orang tua yang saya cintai serta keluarga tercinta (Alm. Abah H. Fauzi dan Ibu Patina) yang telah memberikan bantuan dukungan dan moral serta do'a yng selalu dipanjatkan untuk kelancaran serta kemudahan saya dan tanpa lelah memberikan semangat serta dukungan kasih sayang kepada saya sehingga saya mampu menyelesaikan pendidikan diploma tiga keperawatan
10. Holilahtur Rohmah selaku adik tercinta patner ribut dan patner disegala hal dikampung yang telah memberikan do'a serta semangat kepada saya untuk menyelesaikan pendidikan di STIKes RS Husada.
11. Keluarga besar dan saudara-saudara saya yang saya sayangi yang selalu mendukung dan merikan motivasi selama menjalani perkuliahan hingga menyelesaikan pendidikan di STIKes RS Husada (Tante Rosiyeh, Om Ruspandi, Om Juri, Tante Aisyah, Om Nani, Tante Mai, Tante Faiseh, Abah Fattah, Ibu Tiwerah, Om Amin, Om Rorahmat, Tante Dina, Tante Muaiseh, Om Basori, adek sepupu Komar, Pawwes, Via, Irfa, Askia, adek sepupu tiri dan masih banyak lagi).
12. Partner terbaik yang selalu menemani, mendukung dan memberikan semangat serta motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan tugas akhir ini (Fajar Raksa Jaya Kusuma).
13. Sahabat seperjuangan di STIKes RS Husada, yang sudah berjuang bersama-sama sampai akhir, yang telah mendengarkan keluh kesah, memberikan dukungan dan motivasi (Adillah Sabiqi, Kiki Karlita, Nurul Inayah, Mia Seviana, Alfina, Ma'wa, Winda).
14. Teman-teman seperjuangan Keperawatan Maternitas yang sudah berjuang bersama selama menyelesaikan tugas akhir ini (Ajrina Hestu, Ining Saputri, Putri Nada dan Salma Anjani).
15. Sahabat saya yang saya sayangi yang selalu mendukung dan memberikan motivasi, yang telah mendengarkan keluh kesah, memberikan semangat dan do'a untuk menyelesaikan pendidikan di STIKes RS Husada (Dwi Tusssyaningsih, Felia Widya dan teman-teman Remaja Masjid).
16. Sahabat SMA yang selalu memberikan motivasi dan membantu penulis dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini.

17. Sahabat SMP yang selalu memberikan semangat kepada penulis dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini.
18. Teman-teman angkatan 33 STIKES RS Husada yang telah berjuang bersama selama tiga tahun ini dan memberikan banyak kenangan.
19. Terimakasih buat diri saya sendiri karena sudah kuat menjalani kehidupan ini dan semangat dalam mengerjakan tugas ini. Walaupun masalah datang silih berganti tapi diriku sudah bisa melewatinya. Semoga apa yang pernah terjadi menjadi sebuah pelajaran dan membawa mu sukses.

Penulis menyadari bahwa laporan tugas akhir ini masih banyak kekurangan, maka penulis mengharapkan saran dan masukan yang membangun. Akhir kata penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan kepada semua pihak yang telah membantu. Semoga karya tulis ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan khususnya di bidang keperawatan.

Jakarta, 12 Juni 2023

penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5
C. Ruang Lingkup.....	6
D. Metode Penulisan	6
E. Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN TEORI	8
A. Pengertian.....	8
B. Adaptasi Fisiologis pada Postpartum	9
C. Adaptasi Psikologis pada Postpartum	15
D. Tahapan pada Postpartum	18
E. Kebutuhan Dasar pada Postpartum	18
F. Perawatan Postpartum.....	22
G. Komplikasi Postpartum.....	23
H. Konsep Dasar <i>Sectio Caesarea</i>	24
I. Konsep Asuhan Keperawatan <i>Sectio Caesarea</i>	27
BAB III TINJAUAN KASUS.....	38
A. Pengkajian	38
B. Diagnosis Keperawatan.....	51
C. Intervensi, Pelaksanaan dan Evaluasi	51
BAB IV PEMBAHASAN.....	68
A. Pengkajia	68
B. Diagnosis Keperawatan.....	70
C. Perencanaan	73
D. Pelaksanaan	74
E. Evaluasi	75
BAB V PENUTUP.....	78
A. Kesimpulan	78
B. Saran.....	81
DAFTAR PUSTAKA	82

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: SAP Teknik Menyusui

Lampiran 2: Lembar Balik Teknik Menyusui

Lampiran 3: Leaflet Teknik Menyusui

Lampiran 4: Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Postpartum merupakan periode waktu atau masa dimana organ-organ reproduksi ibu kembali keadaan tidak hamil (Aritonang & Simanjuntak, 2021). Postpartum atau puerperium dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil (Maryunani, 2018). Masa postpartum dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai 6 minggu atau 42 hari (Walyani & Purwoastuti, 2019).

Pada tahun 2019 Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) melaporkan bahwa 83% wanita di seluruh Indonesia melahirkan secara normal, sementara di Amerika Serikat sekitar 69% wanita melahirkan secara normal. Angka kejadian persalinan ibu di Indonesia tahun 2017 sebanyak 5.078.636 orang. Wilayah Jawa Barat merupakan wilayah dengan kejadian ibu bersalin tertinggi yaitu sebanyak 927.301 orang, disusul Jawa Timur sebanyak 604.259 orang dan di Jawa Tengah sebanyak 564.121 orang, sedangkan angka kelahiran di DKI Jakarta mencapai 182.340.

Pada tahun 2021(WHO) melaporkan terjadinya peningkatan operasi *sectio caesarea* dari 7% pada tahun 1991 menjadi 21% pada tahun 2021. Persalinan dengan *sectio caesarea* di Indonesia mengalami peningkatan baik di rumah sakit umum maupun di rumah sakit swasta, adapun data di rumah sakit umum mengalami peningkatan menjadi 11% dan di rumah sakit swasta lebih dari

30%. Sehingga dapat disimpulkan bahwa peningkatan operasi *sectio caesarea* di Indonesia dari tahun 1991 sampai 2017 sebanyak 1,2-6,8% dan di tahun 2018 angka kelahiran caesar di Indonesia sebanyak 17,6%. Berdasarkan data yang diperoleh dari RSUD Koja Jakarta Utara pada bulan Januari 2022-Januari 2023, terdapat 5,32% ibu bersalin secara *sectio caesarea*.

Perubahan yang terjadi pada ibu postpartum bersifat biologis dan membawa perubahan fisik serta psikologis ibu. Perubahan fisik dan psikologis pada ibu ini akan berdampak pada perubahan kebutuhan diri ibu. Proses fisiologis pada ibu postpartum dapat menjadi patologis jika pemenuhan kebutuhannya terganggu. Kondisi patologis ini juga akan menjadi komplikasi postpartum (Maryunani, 2018).

Komplikasi postpartum yang bisa terjadi antara lain perdarahan, infeksi postpartum, mastitis, masalah psikologis postpartum, bahkan kematian. Secara umum penyebab kematian maternal yaitu pendarahan sebanyak 30%, eklampsia sebanyak 25%, infeksi sebanyak 12%, komplikasi masa nifas sebanyak 8%, abortus sebanyak 5%, partus macet sebanyak 5%, emboli sebanyak 3% dan penyebab lainnya sebanyak 12%. Infeksi *postpartum* merupakan trias penyebab kematian maternal utama baik di negara maju maupun di negara sedang berkembang. Infeksi bakteri pada traktus genitalia yang terjadi setelah melahirkan, yang ditandai dengan kenaikan suhu 38°C. Mastitis merupakan infeksi pada payudara yang ditandai dengan pembengkakan pada payudara, kemerahan, nyeri ketika disentuh, nyeri atau terbakar pada payudara secara terus-menerus. Psikologis postpartum

merupakan penyakit mental namun jarang terjadi tetapi penyakit mental ini dapat menyerang wanita yang baru jadi ibu (Simanjuntak, 2020).

Menurut Kementerian Kesehatan melaporkan sebanyak 4.627 kasus kematian di Indonesia pada tahun 2020 meningkat dibandingkan dengan tahun 2019 (4.221) kasus. Dilihat dari penyebabnya, sebagian besar kematian ibu pada tahun 2020 lebih dari 1.330 kasus pendarahan, 1.110 kasus hipertensi akibat kehamilan dan 230 kasus gangguan sistem peredaran darah (Kesehatan Indonesia 2020). Diketahui jumlah kematian ibu di DKI Jakarta pada tahun 2020 sebanyak 117 kasus, meningkat dari 100 ibu pada tahun 2019. Angka kematian ibu pada tahun 2020 sebanyak 68,7 kasus per 100.000 kelahiran hidup. Ada beberapa macam penyebab kematian pada ibu bersalin, pasca hamil antara lain kematian, hipertensi, infeksi, masalah sistem peredaran darah, masalah metabolisme dan lain-lain (Profil Kesehatan Indonesia, 2020).

Target penurunan angka kematian ibu (AKI) sebanyak 102 per 100.000 kelahiran hidup. Perwujudan target penurunan AKI kedepannya akan dilanjutkan melalui rumusan *Sustainable Development Goals* (SDGs). SDGs merupakan agenda pembangunan dunia yang bertujuan untuk mensejahterakan manusia secara global “Dari 17 tujuan dan 169 target rumusan SDGs yang telah disepakati, target penurunan AKI masuk dalam tiga yaitu, memastikan kehidupan yang sehat dan mempromosikan kesejahteraan untuk segala usia. Pada tahun 2030 target penurunan AKI secara global adalah 70 kematian per 100,000 kelahiran hidup (Kementrian PP dan PA RI, 2016).

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2023), SDGs dalam upaya menurunkan angka kematian ibu yaitu dengan melakukan pemeriksaan

antenatal yang berkualitas dan teratur selama kehamilan itu akan menentukan status kesehatan ibu hamil dan bayi yang dilahirkan. Angka kematian ibu (AKI) masih dikisarkan 305/100.000 kelahiran hidup dan belum bisa mencapai target yang ditentukan yaitu 183/100.000 kelahiran hidup di tahun 2024. Kementerian Kesehatan RI menetapkan pemeriksaan ibu hamil atau *antenatal care* (ANC) dilakukan minimal 6 kali selama 9 bulan sebagai bentuk komitmen untuk menyediakan layanan esensial bagi ibu hamil. Untuk mendukung aktivitas ini, Kemenkes tengah dalam proses menyediakan USG di Provinsi di Indonesia. Pemeriksaan USG tadi hanya dapat dilakukan di RS atau Klinik saja, namun saat ini ibu hamil juga sudah bisa melakukan USG di Puskesmas.

Berdasarkan data di atas untuk mencegah terjadinya kematian pada ibu melahirkan, perawat berperan untuk menurunkan angka kematian tersebut, upaya-upaya yang dapat dilakukan oleh perawat adalah upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya promotif adalah memberikan pendidikan kesehatan seperti, tentang gizi yang baik, ASI eksklusif, teknik menyusui yang benar dan cara memandikan bayi. Upaya preventif adalah mengobservasi tanda-tanda vital, mengobservasi perdarahan dan mengajarkan *vulva hygiene*. Upaya kuratif adalah mencegah terjadinya infeksi pada ibu postpartum untuk mencegah terjadinya komplikasi dengan cara mempertahankan kebersihan perineum. Upaya rehabilitatif adalah dengan ambulasi dini, mobilisasi dan memberikan nutrisi yang adekuat.

Berdasarkan uraian diatas maka penulisan perlu dan termotivasi untuk menyusun laporan karya tulis ilmiah sebagai salah satu syarat penyelesaian

pendidikan program Diploma Tiga keperawatan dengan berjudul Asuhan Keperawatan pada Ibu dengan Postpartum *Sectio Caesarea* atas Indikasi BSC 1X di Ruang RPKK RSUD Koja Jakarta Utara

B. Tujuan Penulisan

Penulis mampu memberikan asuhan keperawatan ibu postpartum *Sectio Caesarea* atas Indikasi BSC 1x

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah untuk mendapatkan gambaran secara umum, menambah pengetahuan, pengalaman nyata dan keterampilan serta memiliki kesempatan untuk mengaplikasikan secara langsung dalam memberikan asuhan keperawatan Ibu Postpartum *Sectio Caesarea* atas Indikasi BSC 1x

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada ibu postpartum *Sectio Caesarea* atas indikasi BSC 1x
- b. Mampu menentukan diagnosa keperawatan sesuai dengan ibu postpartum *Sectio Caesarea* atas Indikasi BSC 1x
- c. Mampu merencanakan asuhan keperawatan sesuai dengan ibu postpartum *Sectio Caesarea* atas Indikasi BSC 1x
- d. Mampu melaksanakan implementasi keperawatan pada ibu postpartum *sectio caesarea* atas Indikasi BSC1x
- e. Mampu melakukan evaluasi sesuai dengan ibu postpartum *Sectio Caesarea* atas Indikasi BSC 1x

- f. Mampu mengidentifikasi kesejangan yang terdapat antara teori dan praktik pada ibu postpartum *Sectio Caesarea* atas Indikasi BSC 1x
- g. Mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung maupun penghambat serta mencari solusi/ alternatif pemecahan masalah pada ibu postpartum *Sectio Caesarea* atas Indikasi BSC 1x
- h. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada ibu postpartum *Sectio Caesarea* atas Indikasi BSC 1X

C. Ruang Lingkup

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini penulis hanya memberikan asuhan keperawatan pada satu kasus yaitu asuhan keperawatan pada Ny. A dengan Postpartum *Sectio Caesarea* atas indikasi BSC 1x di ruang RPKK RSUD Kojas selama 3 hari dimulai dari tanggal 20 Maret sampai 22 Maret 2023.

D. Metode Penulisan

Adapun metode penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif. Data dan juga informasi dalam penulisan laporan ini, diperoleh melalui wawancara dengan mengajukan beberapa pertanyaan pada pasien, observasi dilakukan dengan pengamatan pada pasien secara langsung untuk memperoleh suatu gambaran yang sesuai dengan keadaan pasien serta penggunaan rekam medis sebagai sumber informasi mengenai keadaan pasien yang meliputi hasil laboratorium, tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat ruangan, serta penggunaan obat sehingga penulis dapat melengkapi data pengkajian. Studi kepustakaan

yaitu suatu cara untuk mendapatkan teori-teori ilmiah baik dari teori medis maupun aspek teori keperawatan yang berhubungan dengan penyusunan penulisan karya tulis ilmiah. Studi kasus yaitu dengan memberikan asuhan keperawatan yang berhubungan langsung pada pasien dengan cara pemecahan masalah yang ada untuk memberikan jalan keluar melalui proses asuhan keperawatan.

E. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini terdiri dari bab yang disusun secara sistemika, yaitu BAB I pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, ruang lingkup, metode penulisan dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah. BAB II tinjauan teori, berisi tentang pengetahuan, etiologi, manifestasi klinik, komplikasi, penatalaksanaan, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB III adalah tinjauan kasus, berisi tentang pengkajian, diagnosa, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB IV berisi pembahasan yang menguraikan perbandingan antara teori dan kasus yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, penatalaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB V penutup, berisi tentang kesimpulan dan saran. Pada akhir penulisan ini disertai dengan daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Postpartum merupakan periode interval 6-8 minggu setelah kelahiran bayi sehingga organ-organ reproduksi kembali keadaan semula, seperti sebelum hamil. Pada periode ini seorang perempuan mengalami banyak perubahan baik secara fisik maupun psikologis yang bersifat retrogresif (involusi rahim dan vagina) atau progresif (produksi air susu ibu atau ASI, pemulihan siklus normal dan permulaan peran sebagai orang tua) (Astari, 2022).

Postpartum atau puerperium merupakan dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari). Masa priode postpartum ialah 6 minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil. Postpartum secara harafiah merupakan sebagai masa persalinan dan segerah setelah kelahiran, masa pada waktu saluran reproduksi kembali ke kekeadaan semula (tidak hamil) (Aspiani, 2017).

Postpartum merupakan periode yang meliputi ketika plasenta lahir dan mengembalikan sistem reproduksi perempuan kembali pada kadaan sebelumn hamil. Postpartum merupakan jangka waktu antara bayi dengan kembalinya organ reproduksi ke keadaan normal seperti sbelum hamil (Hartati, 2021).

B. Adaptasi Fisiologis pada Postpartum

Perubahan dan adaptasi fisiologis pada ibu postpartum menurut Astari, (2022) adalah sebagai berikut:

1. Sistem Reproduksi (Uterus, Vagina dan Perineum) dan payudara.

a. Uterus

Pada akhir tahap ketiga persalinan, uterus berada pada garis tengah, kurang lebih 2 cm di bawah umbilikus dengan bagian fundus bersandar pada promontorium sakralis. Tinggi fundus mencapai kurang lebih 1 cm di atas umbilikus dalam waktu 12 jam. Fundus turun kira-kira 1-2 cm tiap 24 jam. Pada hari keenam postpartum, fundus uterus akan berada pada pertengahan antara umbilikus dan simfisis pubis.

b. Lokia (lochea)

Lokia adalah cairan yang berasal dari sekresi kavum uteri dan vagina selama masa nifas. Secara mikroskopis, lokia terdiri atas eritrosit, serpihan desidua, sel epitel, dan bakteri. Lokia dapat dibagi berdasarkan waktu pengeluaran dan warna cairan, antara lain:

- 1) Lokia rubra keluar pada hari pertama hingga ketiga pascapartum. Cairan ini berasal dari sisa-sisa darah dan desidua serta trofoblas. Cairannya berubah menjadi merah muda atau cokelat (lochia serosa) setelah tiga hingga empat hari.

- 2) Lokia serosa terdiri atas darah yang berwarna kecoklatan, serum, leukosit, dan sisa-sisa jaringan. Drainase akan menjadi kuning, kemudian berlanjut menjadi putih apabila telah memasuki sepuluh hari postpartum.
- 3) Lokia alba terdiri atas leukosit, desidua, sel epitel, lendir, serum, dan bakteri. Lokia alba dapat berlanjut selama dua hingga enam minggu postpartum.

c. Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat kuat selama proses melahirkan bayi. Selama beberapa hari pertama pascapartum, vulva dan vagina tetap kendur. Setelah berlangsung tiga minggu, kedua organ tersebut kembali ke keadaan sebelum hamil dan rugae di dalam vagina akan muncul secara berangsur-angsur sekitar minggu keempat, sementara labia menjadi lebih menonjol.

d. Serviks dan perineum

Selama 18 jam postpartum, serviks menjadi lunak dan pendek. Selain itu, konsistensi serviks menjadi padat hingga kembali ke bentuk semula. Serviks kembali normal selama kurang lebih dua minggu postpartum. Proses penyembuhan luka episiotomi atau laserasi atau luka sayatan. Penyembuhan pada fase awal umumnya terjadi dalam dua hingga tiga minggu postpartum, sedangkan penyembuhan secara penuh mungkin membutuhkan waktu antara empat hingga enam bulan postpartum.

e. Payudara

Pada hari pertama atau kedua postpartum, ibu akan merasakan perubahan pada payudaranya. Pada masa itu pula, payudara ibu telah mengeluarkan kolostrum. Pada beberapa perempuan, kolostrum sudah keluar ketika hamil, terutama pada saat kehamilan trimester ketiga. Pada hari ketiga, payudara terasa penuh dan tegang akibat duk payudara mulai terisi oleh air susu. Produksi ASI merupakan respons dan penurunan kadar estrogen dan progesteron pada saat persalinan plasenta yang disertai oleh rangsangan untuk memproduksi prolaktin. Pada saat ASI pertama mulai terbentuk, ductus menjadi penuh. Sekresi puting kolostrum yang bening berubah menjadi putih (warna khas ASI). Payudara menjadi lebih penuh, besar, dan kencang.

2. Sistem Pencernaan

Sistem pencernaan aktif kembali setelah persalinan, kecuali pada persalinan sectio caesarea. Pada umumnya, ibu postpartum mengalami rasa lapar dan haus sesaat setelah persalinan. Pada periode postpartum, hemoroid yang dipicu oleh proses meneran kadang-kadang terjadi. Bising usus terdengar normal meskipun proses defekasi terjadi sedikit lambat akibat efek dari relaksasi lambung. Proses defekasi dapat terhambat karena hemoroid atau nyeri akibat laserasi/ episiotomi (Astari, 2022).

3. Sistem Perkemihan

Pada ibu postpartum SC, anestesi epidural atau spinal mengakibatkan penurunan kemampuan sensasi berkemih. Akan tetapi, penurunan sensasi berkemih dapat berangsur kembali normal ketika efek anestesi menghilang. Selama postpartum urine cenderung mengandung lebih banyak nitrogen. Nitrogen digunakan untuk meningkatkan aktivitas otot ketika persalinan dan dihasilkan dari proses pemecahan protein pada otot uterus ketika involusi terjadi. Selain itu, kadar laktosa di dalam urine sedikit meningkat, seperti pada saat hamil. Hal tersebut merupakan persiapan tubuh untuk proses menyusui (Astari, 2022).

4. Sistem Muskulokeletal

Fungsi sistem muskulokeletal yang berubah akibat adaptasi fisiologis selama kehamilan dapat berangsur kembali dan berfungsi normal pada masa nifas. Adaptasi sistem muskulokeletal mencakup relaksasi dan hipermobilitas sendi dan respon terhadap perubahan pusat gravitasi ibu akibat pembesaran rahim. Selanjutnya, sendi akan stabil secara penuh dalam 6-8 minggu postpartum (Astari, 2022).

5. Sistem Endokrin

a. Hormon Plasenta

Hormon yang diproduksi oleh plasenta bekerja selama periode postpartum antara lain:

- 1) Pada akhir minggu pertama postpartum, hormon hCG berangsur menghilang.

- 2) Human chorionic somatomammotropin (hCS) dan human placental lactogen (hPL) belum terdeteksi pada 24 jam pertama postpartum.
- 3) Tingkat progesteron plasma belum terdeteksi pada 72 jam pascapartum. Progesteron plasma diproduksi kembali pada saat siklus menstruasi pertama postpartum.
- 4) Pada tiga jam pertama postpartum, tingkat estrogen plasma turun hingga 10% sejak prenatal. Penurunan tingkat estrogen plasma mencapai tingkat terendah pada hari ketujuh postpartum.

b. Hormon hipofisis (*pituitary hormones*)

Prolaktin serum meningkat secara signifikan selama dua minggu pertama. Tetapi prolaktin serum dapat menurun secara cepat ke tingkat prenatal apabila ibu tidak menyusui. FSH dan LH (luteinizing hormone) tidak terdeteksi selama beberapa minggu pertama periode postpartum (Astari, 2022).

6. Perubahan Tanda-tanda Vital

Denyut nadi meningkat segera setelah persalinan dan tetap tinggi selama 1 jam pertama postpartum. Pada umumnya, ibu dengan bradikardia mengalami penurunan denyut jantung hingga 40-50x/menit. Pengembalian denyut nadi dan tekanan darah ke kondisi normal sebelum hamil membutuhkan waktu beberapa minggu hingga bulan. Peningkatan tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg ketika pengukuran dilakukan 2x atau lebih dengan selisih waktu 6 jam, antara

setiap pengukuran dapat menunjukkan adanya preeklampsia (Astari, 2022).

7. Perubahan Berat Badan

Pada saat melahirkan ibu mengalami kehilangan 5-6 kg berat badan dan 3-5 kg selama minggu pertama postpartum. Faktor-faktor yang mempercepat penurunan berat badan pada masa postpartum diantaranya adalah peningkatan berat badan primiparitas, segerah kembali bekerja diluar rumah dan merokok. Usia atau status pernikahan tidak memengaruhi penurunan berat badan. Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urine menyebabkan penurunan berat badan skitar 2,5 kg selama masa postpartum (Kumalasari, 2015).

8. Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh darah uteri. Penarikan kembali estrogen dapat menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam waktu 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini ibu membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut. Pada persalinan normal terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml, sedangkan pada persalinan sectio caesarea pengeluaran darah terjadi skitar dua kali lipat dari persalinan normal. Setelah persalinan volume darah ibu relative akan bertambah.

Keadaan ini akan menyebabkan beban pada jantung dan akan menimbulkan *decompensatio cordis* pada pasien dengan vital *cardio*. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan tumbuhnya *haemokonsentrasi* sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Umumnya, ini akan terjadi pada 3-5 hari postpartum (Fitri dan Wahyuni, 2021).

9. Sistem Hematologi

Pada awal postpartum jumlah hemoglobin, hematokrit dan eritrosit sangat bervariasi. Hal ini disebabkan karena volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah berubah-ubah. Tingkat ini dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi dari wanita tersebut. Jika hematokrit pada hari pertama atau kedua lebih rendah atau lebih tinggi dari pada saat memasuki persalinan awal maka pasien dianggap telah kehilangan darah yang cukup banyak. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 postpartum dan akan normal dalam 4-5 minggu postpartum. Jumlah kehilangan darah selama masa persalinan kurang lebih 200-500 ml, minggu pertama postpartum berkisar 500-800 ml dan selama masa postpartum berkisar 500 ml (Fitri dan Wahyuni, 2021).

C. Adaptasi Psikologis Pada Postpartum

Menurut Astari (2022) adaptasi psikologis merupakan proses penyesuaian ibu postpartum, baik secara fisik maupun psikologis terhadap peran baru, dan transisi menjadi orang tua yang berhubungan dengan kehadiran bayi

baru lahir. Penyesuaian tersebut mungkin tidak mudah bagi ibu sehingga penting bagi perawat untuk memahaminya agar asuhan keperawatan dapat berlangsung efektif, mengidentifikasi tiga fase pencapaian peran ibu ketika menyesuaikan diri dengan peran orang tuanya. Fase ini dapat memanjang selama beberapa minggu pertama dan ditandai oleh perilaku dependen, dependen-independen, dan interdependen.

1. Fase *Taking-In* (fase dependen)

Proses *takin-in* terjadi selama 1-2 hari setelah melahirkan. Pada umumnya, ibu bersikap pasif dan dependen. Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran mengenai dirinya sendiri, seperti khawatir terhadap jahitan pada perineum, efpain, hemoroid, dan kelelahan akibat persalinan.

- a. Ibu akan mengulang-ulang pengalaman ketika bersalin dan melahirkan
- b. Ibu lebih memilih dibantu oleh perawat dalam beraktivitas dan pengambilan keputusan daripada melakukan sendiri.
- c. Tidur tanpa gangguan merupakan hal yang sangat penting bagi ibu untuk mencegah gangguan ketika tidur.
- d. Peningkatan nutrisi dibutuhkan oleh ibu yang ditandai oleh nambahan selera makan. Nafsu makan yang rendah menunjukkan proses pengembalian kondisi ibu postpartum tidak berlangsung secara normal.

2. Fase *Taking-Hold* (fase dependen-independen)

Beberapa perubahan yang terjadi antara lain:

- a. Proses *taking-hold* berlangsung selama 2-4 hari postpartum. Ibu menjadi perhatian terhadap kemampuannya sebagai orang tua yang sukses dan peningkatan tanggung jawab terhadap bayi.
- b. Ibu meningkatkan perhatian terhadap fungsi tubuh.
- c. Ibu tertarik untuk mempelajari perawatan diri dan bayi.
- d. Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan dalam merawat bayi, misalnya menggendong dan menyusui. Ibu menjadi agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal tersebut sehingga cenderung menerima nasihat dari tenaga kesehatan karena ibu terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikan yang bersifat pribadi.

3. Fase *Letting go* (fase interdependen)

Proses *letting go* terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Fase ini sangat dipengaruhi oleh waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga. Beberapa hal yang terjadi pada ibu selama fase *letting go*, yaitu:

- a. Ibu dapat mendefinisikan peran baru yang dimiliki.
- b. Ibu mulai berhenti dari fantasinya mengenai anak dan menerima kenyataan.
- c. Ibu berhenti menjalankan peran tanpa anak.
- d. Fase ini akan berlanjut hingga anak berusia beberapa tahun.
- e. Ibu yang dapat melewati fase ini akan baik dalam menjalani perannya yang baru.
- f. Ibu menunjukkan perkembangan parental yang positif.

D. Tahapan pada Postpartum

Menurut Aspiani (2017) periode postpartum dibagi menjadi 3 tahap, yaitu purperium dini, purperium intermedial, remote puerperium. Berikut penjelasannya:

1. Puerperium dini (immediate puerperium), yaitu masa pemulihan awal ketika ibu postpartum diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.
2. Puerperium intermedial (early puerperium), yaitu masa pemulihan organ-organ reproduksi secara menyeluruh alat-alat genetalia, yang lamanya sekitar 6-8 minggu.
3. Remote puerperium (later puerperium), yaitu priode yang diperlukan oleh ibu postpartum untuk pulih dan sehat kembali secara sempurna, terutama apabila ibu postpartum mengalami komplikasi selama hamil atau persalinan. waktu untuk sehat sempurna.

E. Kebutuhan Dasar pada Postpartum

Kebutuhan dasar pada ibu postpartum menurut Wahyuningsih (2019) adalah sebagai berikut.

1. Nutrisi dan Cairan

Masalah nutrisi perlu mendapat perhatian karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi air susu. Kebutuhan gizi ibu saat menyusui adalah sebagai berikut:

- a. Konsumsi tambahan kalori 500 kalori tiap hari.
- b. Diet berimbang, protein, mineral dan vitamin.
- c. Minum sedikitnya 2 liter tiap hari ($\pm$ 8 gelas).
- d. Fe/ tablet tambah darah sampai 40 hari postpartum.

e. Kapsul Vitamin A 200.000 unit.

2. Kebutuhan Ambulasi

Ambulasi dini (early ambulation) ialah kebijakan agar secepatnya tenaga kesehatan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidur, membimbing secepat mungkin untuk berjalan. Ibu postpartum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam postpartum. Hal ini dilakukan bertahap. Ambulasi dini tidak dibenarkan pada ibu postpartum dengan penyulit misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam dan sebagainya.

Keuntungan dari ambulasi dini

- a. Ibu merasa lebih sehat
- b. Fungsi usus dan kandung kemih lebih baik.
- c. Memungkinkan kita mengajar ibu untuk merawat bayinya.
- d. Tidak ada pengaruh buruk terhadap proses postpartum, tidak memengaruhi penyembuhan luka, tidak menyebabkan perdarahan, tidak memperbesar kemungkinan prolapsus atau retrotexto uteri.

3. Kebutuhan Eliminasi

a. Buang Air Kecil (BAK)

Setelah 6 jam postpartum diharapkan ibu dapat berkemih, jika kandung kemih penuh atau lebih dari 8 jam blum berkemih disarankan melakukan kateterisasi. Hal-hal yang menyebabkan kesulitan berkemih (retensio urine) pada postpartum:

1. Otot-otot perut masih lemah.
2. Edema dan uretra

3. Dinding kandung kemih kurang sensitif
4. Ibu postpartum diharapkan bisa defekasi atau buang air besar setelah hari kedua postpartum, jika ketiga belum defekasi bisa diberi obat pencahar oral atau rektal.

b. Buang Air Besar (BAB)

Buang air besar harus terjadi pada 2-3 hari postpartum. Bila belum terjadi dapat mengakibatkan obstipasi maka dapat diberikan obat laksans per oral atau perrektal atau bila belum berhasil diberikan obat pencahar/ laksatif.

4. Kebersihan diri atau *Personal Hygiene*

Pada masa postpartum seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur dan lingkungan sangat penting untuk tetap terjaga. Langkah-langkah yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. Anjurkan kebersihan seluruh tubuh terutama perineum.
- b. Mengajar ibu cara membersihkan alat kelamin dengan sabun dan air dari depan kebelakang.
- c. Sarankan ibu ganti pembalut setidaknya dua kali sehari.
- d. Membersihkan tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan alat kelamin.
- e. Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi/ luka jahit pada alat kelamin, menyarankan tidak menyentuh daerah tersebut.

5. Kebutuhan Istirahat dan tidur

Menganjurkan ibu istirahat cukup dan dapat melakukan kegiatan rumah tangga secara bertahap. Kurang istirahat dapat mengurangi produksi ASI, memperlambat proses involusi dan depresi postpartum. Selama masa postpartum, alat-alat internal dan eksternal berangsur-angsur kembali ke keadaan sebelum hamil (involusi).

6. Kebutuhan Seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika luka episiotomi telah sembuh dan lochea telah berhenti. Perlu diperhatikan sebaiknya hubungan seksual dapat ditunda sedepan mungkin sampai 40 hari setelah postpartum karena pada saat itu diharapkan organ-organ reproduksi telah pulih kembali.

7. Kebutuhn Keluarga Berencana (KB)

Rencana KB setelah ibu melahirkan merupakan waktu yang tepat untuk membicarakan metode KB untuk menjarangkan atau menghentikan kehamilan. oleh karena itu penggunaan metode KB dibutuhkan sebelum haid pertama kembali untuk mencegah kehamilan baru. Pada umumnya metode KB dapat dimulai 2 minggu setelah melahirkan.

8. Latihan Senam Nifas

Senam nifas merupakan senam yang dilakukan ibu setelah melahirkan setelah keadaan tubuhnya pulih kembali. Senam nifas sebaiknya dilakukan sedini mungkin dengan catatan ibu proses persalinan normal dan tidak ada penyulit postpartum. Senam nifas bertujuan untuk

mencegah timbulnya komplikasi, memulihkan serta menguatkan otot-otot punggung, otot dasar panggul maupun otot perut.

F. Perawatan Postpartum

1. Mobilisasi

Ibu harus istirahat tidur terlentang selama 8 jam postpartum. Kemudian boleh miring ke kanan dan ke kiri untuk mencegah terjadinya trombosis dan trombo emboli. Pada hari kedua ibu diperbolehkan duduk, hari ketiga jalan-jalan dan di hari keempat atau kelima sudah diperbolehkan pulang.

2. Diet

Makanan harus bermutu, bergizi dan cukup kalori. Sebaiknya konsumsi makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan.

3. Perawatan

a. Payudara

Perawatan *mamae* telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting susu lemas, tidak keras, dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya. Dianjurkan sekali supaya ibu menyusui bayinya karena sangat baik untuk kesehatan bayinya.

b. Laktasi

Untuk menghadapi masalah laktasi sejak masa kehamilan telah terjadi perubahan pada kelenjar *mamae*. Bila bayi mulai disusui, isapan pada puting susu merupakan rangsangan psikis yang reflektoris mengakibatkan oksitosin dikeluarkan oleh hipofisis.

Produksi air susu ibu (ASI) akan lebih banyak. Disamping ASI merupakan makanan utama bayi, menyusui bayi sangat baik untuk menjelma rasa kasih sayang antara ibu dan anaknya.(Aritonang & Simanjuntak, 2021).

G. Komplikasi Postpartum

Astari, (2022) berpendapat bahwa masalah kesehatan yang dapat terjadi selama masa adaptasi dan pemulihan postpartum *sectio caesarea* adalah sebagai berikut:

1. Pendarahan postpartum

Perdarahan postpartum terbagi menjadi dua, yaitu perdarahan yang terjadi secara primer dan sekunder. Perdarahan postpartum primer merupakan perdarahan yang terjadi selama 24 jam pertama setelah melahirkan. Jumlah darah yang keluar bergantung pada proses persalinan. Perdarahan postpartum yang terjadi pada persalinan normal sbanyak 500 ml, sedangkan pada persalinan *sectio caesarea* lebih dari 1.000 ml, perdarahan tersebut terjadi pada 24 jam pertama postpartum. Postpartum sekunder merupakan kehilangan darah berlebihan yang terjadi setelah 24 jam sampai 6 minggu postpartum akibat pengeluaran lokia yang berlebihan.

2. Atonia Uterus

Atonia uterus merupakan suatu keadaan yang ditandai oleh uterus yang tidak berkontraksi sehingga dapat mengakibatkan perdarahan. Posisi uterus berada di atas umbilikus yang disebabkan oleh ketidakmampuan

atau kegagalan uterus untuk berkontraksi secara efektif setelah persalinan.

3. Infeksi postpartum

Infeksi postpartum merupakan infeksi yang terjadi setelah persalinan, baik normal maupun sectio caesarea. Infeksi postpartum secara umum ditandai oleh demam setelah 24 jam pertama, biasanya muncul pada hari kedua hingga kesepuluh postpartum.

4. *Baby Blues* postpartum

Baby blues merupakan gangguan perasaan/ mood ringan sementara. Kondisi ini sering terjadi pada hari ketiga postpartum dan berlangsung selama dua/ tiga hari. Sekitar 50-70% ibu postpartum mengalami baby blues. Perubahan fisiologis normal, seperti penurunan kadar progesteron dan estrogen setelah melahirkan dapat menjadi penyebab timbulnya *baby blues*.

H. Konsep Dasar Sectio Caesarea

1. Pengertian

Sectio caesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan dengan dilakukan insisi pada dinding perut dan rahim, dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Iyan, 2021). Sectio caesarea merupakan suatu tindakan pengeluaran janin dan plasenta melalui tindakan insisi pada dinding perut dan dinding rahim dalam keadaan utuh (Ratnawati, 2016). Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan

pada dinding uterus melalui dinding perut. Sectio caesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus (Iyan, 2021).

2. Syarat sectio caesarea

Rahim dalam keadaan utuh, karena pada sectio caesarea uterus akan diinsisi, berat janin diatas 500 gram (Hartati, 2021).

3. Indikasi pada Ibu

Menurut Hartati, (2021) beberapa indikasi pada ibu yang dilakukan operasi sctio caesarea, antara lain:

a. Bayi dalam posisi sungsang, Letak lintang

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

b. CPD (Panggul sempit)

Cephaloopelvic disproportion (CPD) merupakan suatu keadaan dan ketidakmampuan pada janin untuk melewati panggul karena terlalu sempit.

c. Sectio caesarea berulang

Sectio caesarea berulang merupakan indikasi yang paling sering dilakukan. Pembedahan ini dilakukan secara lektif dikarenakan pilihan pasien yang pernah mengalami sectio caesarea sebelumnya atau dokter.

d. Hipertensi dalam kehamilan

Hipertensi dalam kehamilan (HDK), merupakan suatu keadaan yang ditemukan sebagai komplikasi medik pada wanita hamil dan sebagai penyebab morbiditas dan mortalitas pada ibu dan janin. Secara umum HDK merupakan kenaikan tekanan darah sistolik > 140 mmHg dan diastolik > 90 mmHg yang diukur paling kurang 6 jam pada saat yang berbeda.

e. Ketuban pecah dini (KPD)

Ketuban pecah dini (KPD) merupakan pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda mulai persalinan dan ditunggu satu jam sebelum terjadi *in partu*.

4. Indikasi Pada Janin

Menurut Hartati, (2021) sedangkan indikasi pada janin yang dilakukan sectio caesarea, antara lain:

- a. Gawat jnin.
- b. Prolapsus funikuli (tali pusat penumpang).
- c. Primigravida tua.
- d. Kehamilan dengan diabetes melitus.
- e. Infeksi intra partum.
- f. Kehamilan kembar.
- g. Kehamilan dengan kelainan congenital.
- h. Anomali janin misal hidrosefalus.

5. Komplikasi

Hartati (2021) menyatakan bahwa komplikasi pada ibu yang dilakukan sectio caesarea yaitu:

- a. Terjadi aspirasi.
- b. Emboli pulmonal.
- c. Perdarahan.
- d. Infeksi urinaria.
- e. Injuri pada bladder
- f. Trombophlebitis.
- g. Infeksi pada luka operasi.
- h. Komplikasi yang berhubungan dengan efek anastesi serta terjadi injury.
- i. Masalah respirasi pada fetal.

I. Konsep Asuhan Keperawatan postpartum sectio caesarea

Asuhan keperawatan merupakan serangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada pasien/ klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok, dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respons pasien terhadap penyakitnya (Iyan, 2021).

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dari proses keperawatan secara komprehensif dimana seluruh data atau informasi pasien yang dibutuhkan akan dikumpulkan dan dianalisis untuk menentukan diagnosis keperawatan yang meliputi:

a. Identitas pasien

Terdiri dari nama, umur, agama, pendidikan, suku/ bangsa, pekerjaan dan alamat.

b. Riwayat kesehatan

Terdiri dari tempat pemeriksaan kehamilan, frekuensi, imunisasi, keluhan selama kehamilan dan pendidikan kesehatan yang didapatkan selama hamil.

c. Riwayat persalinan

Terdiri dari tempat persalinan, penolong persalinan dan jalan persalinan.

2. Pemeriksaan Fisik

a. Tanda-tanda vital

Observasi tanda-tanda vital dilakukan setiap 4-8 jam pada 24 jam pertama persalinan, pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi:

Tekanan darah dengan batas normal sistolik 90-140 mmHg, distolic <90 mmHg, bila tekanan darah >140/90 mmHg menunjukkan preeklampsia. Nadi dengan batas normal <100 kali/menit. Suhu normal <38°C setelah 24 jam persalinan kemungkinan terjadi infeksi, stress atau dehidrasi.

b. Kepala dan wajah

1) Inspeksi:

Rambut dikaji apakah rambut mudah dicabut, rambut bersih tidak terdapat lesi pada kulit kepala, rambut tersebar merata, tidak rontok, tidak ada perubahan warna pigmen kulit pada area wajah, kadaan sklera normal berwarna putih, konjungtiva tidak anemis, gigi bersih tidak berbau, tidak terdapat caris dan bibir berwarna merah muda.

2) Palpasi:

tidak terdapat odem pada mata dan wajah, tidak terdapat pembesaran getah bening atau pembengkakan, *Jugular Venous Pressure* (JVP), kelenjar tiroid.

c. Dada

1) Inspeksi

Irama nafas dan pergerakan dinding dada, auskultasi suara nafas dan jantung, hitung frekuensi nafas dan detak jantung. Payudara periksa adanya pembesaran, kesimetrisan posisi payudara, pigmen tasi, warna kulit dan areola, lesi, dan vaskularisasi. Pada pemeriksaan puting susu, temukan adanya penonjolan retraksi, dan keluaran (kolostrum/ ASI).

2) Palpasi

Periksa konsistensi payudara (lembur, berisi, atau keras), nyeri tekan, dan pembesaran kelenjar getah bening pada ketiak.

d. Abdomen

- 1) Inspeksi adanya striae atau tidak, apakah ada luka/ insisi, jika ada bagaimana keadaan luka/ kaji kondisi luka secara komprehensif, apakah ada linea atau tidak.
- 2) Kaji keadaan involusi uteri dengan melakukan palpasi uterus untuk mengetahui tinggi fundus uteri (TFU) akan turun 1 cm setiap hari ke-9 atau 10.

e. Fungsi gastrointestinal

Inspeksi abdomen adanya distensi/ tidak, auskultasi suara bising usus, palpasi adanya nyeri tekan, hemoroid dan trombosis pada anus dapat terjadi, bising usus, auskultasi keempat kuadran abdomen, terutama pada ibu postpartum dengan persalinan SC.

f. Fungsi kandung kemih

Pantau dan observasi pola berkemih (buang air kecil) klien dan volume urine ketika berkemih, periksa adanya distensi kandung kemih, kaji rasa nyeri yang dirasakan klien ketika berkemih.

g. Lochea

Observasi jenis, warna, jumlah, dan bau lochia (lochia rubra pada 1-3 hari pertama, lochia serosa pada 4-10 hari pertama, dan lochia alba setelah lebih dari 10 hari), bservasi adanya gumpalan/bekuan darah

h. Perineum dan vagina

Kaji keadaan luka episiotomi melalui observasi munculnya anda REEDA, yaitu ekimosis, edema, kemerahan, eritema, dan drainase

pada luka. Amati struktur, regangan, edema, dan keadaan lubang vagina (licin atau kendur/ lemah). Amati juga adanya hematoma, rasa nyeri, dan ketegangan. Kaji memar, hematoma, edema, dan discharge & less of approximation (kaji tanda REEDA, yaitu kemerahan, edema/ bengkak, echima memar, discharge sekresi dari luka jahitan, approximate/ kedekatan dari dua tepi luka).

i. Ekstremitas

Pengkajian ini dilakukan untuk mengamati kemungkinan adanya tromboflebitis. Kaji tanda Homan (Hemant sign), palpasi tekstur kulit, edema, nyeri tekan, dan kekuatan otot.

3. Diagnosis Keperawatan

Menurut Iyan (2021) diagnosis keperawatan yang dapat muncul pada ibu postpartum yang telah disesuaikan PPNI (2017) diantaranya:

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit).
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

4. Intervensi Keperawatan

Asuhan keperawatan menurut tim pokja PPNI, (2018):

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun/berkurang.

Kriteria Hasil: keluhan nyeri menurun dengan skala 2 – 0 / 10, meringis menurun, pasien dapat mengontrol nyeri, tanda-tanda vital dalam batas normal, ekspresi wajah pasien tenang, diaforesis menurun.

Tindakan

Manajemen nyeri

Observasi

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

Terapeutik

1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/ dingin, terapi bermain).
2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
3. Fasilitasi Istirahat dan tidur.

4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

Edukasi

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

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat

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

Tindakan

Dukungan mobilitas fisik

Observasi

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

Terapeutik

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

Edukasi

1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.
 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini.
 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur. Pindah dari tempat tidur ke kursi).
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit).

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun.

Kriteria Hasil: Nyeri menurun, kultur area luka membaik, kemerahan menurun.

Tindakan

Pencegahan infeksi.

Observasi

Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik.

Terapeutik

1. Batasi jumlah pengunjung.

2. Berikan perawatan kulit pada area edema.
3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.
4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi.

Edukasi

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

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat.

Kriteria Hasil: kemampuan mandi meningkat, kemampuan makan meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat, kemampuan ketoilet (BAB/BAK) meningkat, verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat, minat melakukan perawatan diri meningkat, mempertahankan kebersihan diri meningkat, mempertahankan kebersihan diri meningkat.

Tindakan

Dukungan perawatan diri

Observasi

1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia.
2. Monitor tingkat kemandirian.
3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan.

Terapeutik

1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi).
2. Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi).
3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri.
4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan.
5. Fasilitasi untuk mandiri, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri.
6. Jadwal rutinitas perawatan diri.

Edukasi

4. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.
5. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan, mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat, bukan atas perintah dari tenaga kesehatan lain. Tindakan kolaborasi merupakan tindakan

keperawatan atas hasil diskusi atau keputusan bersama dengan dokter atau tenaga kesehatan lainnya. (Hartati, 2021).

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan membandingkan respon klien terhadap kriteria evaluasi intervensi yang dibuat untuk menentukan apakah diperlukan revisi atau tidak. Evaluasi mengacu pada penilaian, tahapan dan perbaikan, sehingga dapat menemukan penyebab mengapa suatu proses keperawatan dapat berhasil atau mengalami kegagalan. (Hartati, 2021).

BAB III

TINJAUAN KASUS

Bagian ini akan menguraikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Postpartum *Sectio Caesarea* (SC) di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Koja Jakarta Utara menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi selama 3x24 jam yang dimulai dari 20-22 Maret 2023.

A. Pengkajian

Pasien datang ke RSUD Koja pada tanggal 19 Maret 2023 pukul 15:00 dan dilakukan SC pada tanggal 20 Maret 2023. Pengkajian dilakukan pada tanggal 20 Maret 2023.

1. Identitas

Pasien bernama Ny. A usia 26 tahun, suku Jawa, agama Islam, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan mengurus rumah tangga, alamat di Jl. Tanah Pasir RT. 05/011. Status perkawinan menikah, lama pernikahan 5 tahun. Suami pasien bernama Tn. T berusia 30 tahun, suku Jawa, beragama Islam, pendidikan terakhir SMK, pekerjaan *driver online*.

2. Riwayat Keperawatan

a. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri pada luka *sectio caesarea* seperti tertusuk benda tajam pada abdomen bagian bawah dengan skala 5-6/10 ketika bergerak, pasien masih terbaring lemah ditempat tidur, pasien mengatakan lemas dan pusing ketika kepala digerakkan karena masih berada dalam efek anestesi.

b. Riwayat Persalinan Sekarang.

Status obstetrik P2A2 anak hidup 2 pospartum SC 1 jam 20 menit yang lalu atas indikasi BSC 1x, pasien melahirkan anak kedua secara *sectio caesarea* pada tanggal 20 Maret 2023 pukul 14:05-15:35, bayi laki-laki dengan berat 3435 gr dan panjang 50 cm. APGAR score pada menit pertama 7 dan pada menit ke-lima 8.

c. Riwayat Obstetrik

P2A2 post SC 1 jam 20 menit, anak hidup 2. Kehamilan pertama KET usia kehamilan 3 minggu di abortus. Kehamilan kedua laki-laki lahir secara *sectio caesarea* tidak ada kontraksi dan ditolong oleh dokter dengan berat badan 3000 gr dan panjang 48 cm, keadaan saat ini sehat dan berumur 4 tahun. Kehamilan ketiga kuret usia kehamilan 7 minggu. Kehamilan keempat laki-laki dilahirkan secara *sectio caesarea* dan ditolong oleh dokter atas indikasi BSC 1x dengan berat badan 3435 gr dan panjang 50 cm. APGAR score pada menit pertama 7 dan pada kelima 8.

d. Riwayat Keluarga Berencana (KB)

Pasien mengatakan sebelumnya menggunakan kombinasi KB suntik dan pasien mengatakan setelah melahirkan anak keduanya ini akan menggunakan IUD.

e. Riwayat Imunisasi Tetanus Toxoid (TT)

Pasien mengatakan belum pernah mendapatkan imunisasi TT.

f. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan keluarganya tidak ada yang menderita penyakit berat atau memiliki riwayat penyakit keluarga.

g. Riwayat Kebiasaan Sehari-hari Sebelum Dirawat

1) Pola Nutrisi/ Cairan

Pasien mengatakan makan 3x sehari, jenis makanan yang dikonsumsi merupakan makanan pokok (nasi, sayur, dan lauk). Pasien mengatakan nafsu makanannya baik terutama pada kehamilan keempat ini, tidak ada mual/ muntah, tidak ada keluhan di perut, tidak ada alergi makanan, tidak ada masalah mengunyah/ menelan, dan tidak ada pantangan makanan.

2) Pola Eliminasi

Pasien mengatakan buang air besar 1x sehari, karakteristik feses padat, defekasi terakhir pada tanggal 20 Maret 2023 jam 06:00. Pasien mengatakan tidak ada hemoroid, tidak ada diare, dan tidak ada keluhan saat defekasi. Pasien mengatakan buang air kecil (BAK) $\pm$ 5x sehari dengan karakteristik urine kuning pekat. Pasien mengatakan tidak ada keluhan saat berkemih,

tidak ada riwayat penyakit ginjal/ kandung kemih, dan tidak ada penggunaan diuretik.

3) *Personal Hygiene*

Pasien mengatakan mandi 2x sehari pada pagi dan sore hari menggunakan sabun, *oral hygiene* 2x sehari pada saat mandi pagi dan malam sebelum tidur menggunakan sikat gigi dan pasta gigi, cuci rambut setiap hari menggunakan shampo.

4) Pola aktivitas/ istirahat dan tidur

Pasien merupakan seorang ibu rumah tangga, pasien mengatakan menemani anaknya untuk mengisi waktu luang. Pasien mengatakan jarang melakukan aktivitas. Aktivitas sehari-hari dilakukan secara mandiri dan pekerjaan rumah juga dibantu oleh suami. Pasien mengatakan tidur malam teratur selama 7-8 jam dan tidur siang 2 jam, kebiasaan pasien sebelum tidur bermain gadget

5) Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Pasien mengatakan tidak merokok, tidak minum-minuman keras dan juga tidak memiliki ketergantungan terhadap obat tertentu.

6) Pola seksual

Pasien mengatakan tidak memiliki masalah seksualitas. Pasien mengatakan kalau melakukan seksual dengan suami seminggu 3 kali sebelum hamil dan setelah hamil di usia hamil muda pasien dan suami takut dalam melakukan seksual, tetapi setelah

usia kehamilan 16 minggu pasien dengan suami melakukan seksual seminggu 3 kali.

7) Riwayat psikososial

Pasien mengatakan kehamilan keempat ini direncanakan karena sudah pas dengan jarak anak yang pertama. pasien dan suami mengatakan senang dan pasien mengatakan siap menjadi seorang ibu untuk kedua anaknya. Saat ini pasien tinggal dengan suami dan anaknya. Pasien mengatakan untuk mengatasi stress biasanya pasien jalan-jalan. Harapan pasien saat ini lebih kepada kesiapan mengurus kedua anaknya, semoga diberi kesehatan ibu dan kedua anaknya serta tidak ada faktor budaya yang mempengaruhi kesehatan pasien.

8) Status Sosial dan Ekonomi

Pasien mengatakan penghasilan yang didapatkan perbulan Rp. 5.000.000, pengeluaran perbulan Rp. 3.000.000 untuk kebutuhan sehari-hari.

3. Pemeriksaan Fisik

a. Sistem Kardiovaskuler/ Sirkulasi

TD 103/63 mmHg, suhu 36,4°C, tidak ada distensi vena jugularis, akral teraba hangat, CRT <2x/ detik, tidak ada edema pada muka, ekstremitas maupun perorbital, suara jantung S1 S2, nyeri dada tidak ada. Pasien mengatakan tidak ada riwayat peningkatan tekanan darah maupun penyakit jantung.

b. Sistem Pernafasan

Jalan nafas bersih, tidak sesak, tidak menggunakan otot-otot bantu pernafasan, frekuensi 20x/ menit, irama nafas teratur, pergerakan dada simetris kedalaman pernafasan dalam, tidak batuk, tidak ada sputum, suara nafas normal/ vesikuler, tidak ada riwayat bronchitis, asma, TBC, maupun pneumonia.

c. Sistem Pencernaan

Keadaan mulut bersih, tidak terdapat caries pada gigi, tidak ada stomatitis, lidah bersih, tidak memakai gigi palsu, tidak ada mual/ muntah, tidak ada kesulitan menelan, nafsu makan baik, nyeri pada daerah perut (luka SC) dengan karakteristik seperti ditusuk benda tajam, bentuk tubuh normal, berat badan 88 kg, tinggi badan 155 cm, membran mukosa bibir kering, lingkar lengan atas 40 cm, pasien belum BAB, tidak diare maupun konstipasi, tidak ada hemoroid, abdomen baik (tidak lembek, tidak kembung, tidak ada acites maupun distensi), hepar tidak teraba.

d. Neurosensori

Orientasi pasien baik, tingkat kesadaran *compos mentis*, konjungtiva anemis, sklera anikterik, pupil isokor, pasien tidak memakai kacamata, tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak memiliki gangguan bicara, pasien mengatakan pusing ketika kepala digerakan karena baru selesai dilakukan tindakan *sectio caesarea* dan GCS E4M6V5.

e. Sistem Endokrin

Gula darah sewaktu tidak terkaji, nafas tidak bau keton.

f. Sistem Urogenital

Pasien BAK 5-6x/ hari, BAK terkontrol, warna kuning kemerahan karena tercampur darah lochea dengan jumlah 300 cc, tidak ada rasa sakit saat berkemih, distensi kandung kemih tidak ada, pasien terpasang kateter urine.

g. Sistem Integumen

Tugor kulit elastis, warna kulit kemerahan, keadaan kulit baik (terdapat luka *sectio caesarea*) dengan panjang ± 15 cm dan lebar ± 3 cm, kulit dan rambut bersih.

h. Sistem Muskuloskeletal

Tidak ada kontraktur pada persendian pasien dan ekstremitas pasien, pasien kesulitan dalam bergerak karena 1 jam 20 menit post SC, tungkai simetris, tidak ada edema pada kedua tungkai, rentan gerak terbatas dan tidak ditemukan deformitas

i. Dada dan Axilla

Mamae membesar, areola mammae hiperpigmentasi, papil mammae eksverted, kolostrum keluar, produksi asi sedikit, tidak terjadi pembengkakan panyudara maupun pembesaran kelenjar limphe.

j. Perut/Abdomen

Tinggi fundus uteri (TFU) dua jari dibawah pusat, kontraksi teraba (baik), konsistensi uterus baik (keras/ *boggy*), hasil pemeriksaan REEDA didapatkan data tidak ada kemerahan di sekitar lokasi SC,

tidak ada perubahan warna, tidak ada bau, tidak ada cairan/rembesan pada luka insisi, terdapat penyatuan jaringan, didapatkan hasil luka baik, tidak ada rembesan, terdapat nyeri tekan pada luka SC, terdapat linea nigra dan luka SC horizontal.

k. Anogenitalia

Lochea rubra berwarna merah segar sebanyak ± 60 cc berbau amis seperti darah haid, perineum utuh tidak dilakukan episiotomy, genital tampak bersih dan tidak ada pembengkakan.

4. Pemeriksaan Penunjang

Pada pemeriksaan laboratorium pada tanggal 20 Maret 2023 17:00 hasil lab hematologi didapatkan hasil hemoglobin 12.0 g/dL (nilai rujukan: 12,5-16,0 g/dL) dan hematokrit 36,5% (nilai rujukan 37,0-47,0%).

5. Penatalaksanaan

Ceftriaxone 13:45 2x1gr IV, ketorolac (17:00) 3x30 gr IV, Asam Traneksamat (17:00) 3x500gr IV, Hetoprofen 17:00 3x1gr IV.

6. Resume

Pada tanggal 19 Maret 2023 pukul 15:00 pasien atas nama Ny. A dengan diagnosis G4P1A2 hamil 38 minggu datang ke RS Koja dengan keluhan ketuban rembes. Pasien di rawat di ruang RPKK untuk dilakukan sectio caesarea pada tanggal 20 Maret 2023 atas indikasi BSC 1x, pada saat di ruang RPKK pasien melakukan puasa sebelum pasien dilakukan tindakan operasi. Pasien di bawa ke ruang OK 5 pada tanggal 20 Maret 2023 pukul 13:00 dan dilakukan tindakan *sectio*

caesarea+ IUD selama 90 menit (14:05-15:35). Pasien melahirkan bayi laki-laki dengan BB 3400 gr dan PB 50 cm. Pasien dipindahkan dari OK 5 ke ruang RPKK pada pukul 16:20 dengan terpasang infus asering pada tangan kanan, terpasang kateter urine, pasien terbaring lemah ditempat tidur, pasien mengatakan nyeri abdomen bagian bawah karena luka jahitan SC, pasien mengeluh pusing ketika kepala digerakkan karena masih efek anestesi.

Masalah Keperawatan

Ansietas, nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, gangguan integritas kulit.

Tindakan yang Telah Dilakukan

Mengobservasi keadaan umum, tingkat kesadaran dan tanda-tanda vital (TTV) pasien, TFU, DJJ, memasang infus asering, memasang kateter.

Kolaborasi yang Telah Diberikan

Ceftriaxone 2x1gr, Ketorolac 3x30 gr, Asam Traneksamat 3x500 gr, Hetoprofen 3x1 gr

7. Data Fokus

Data Subjektif

Pasien mengatakan nyeri abdomen bagian bawah karena luka jahitan SC dengan skala nyeri 5-6, pasien mengeluh pusing ketika kepala digerakkan ketika digerakkan karena masih efek anestesi, pasien mengatakan lemas, pasien mengatakan kolostrum keluar dan langsung dibeikan pada bayi, pasien megatakan ASI keluar tapi sedikit, pasien

mengatakan bayinya rewel tetapi saat ingin disusui bayi tidak mau, pasien mengatakan belum tau cara menyusui dengan baik dan benar.

Data Objektif

Pasien usia 26 tahun P2A2 post *sectio caesarea* 1 jam 20 menit yang lalu melahirkan bayi laki-laki dengan berat bayi 3400 gr dan panjang 50 cm. APGAR core pada menit pertama 7 dan pada kelima 8, pasien terpasang infus asering 20 kolf, terpasang kateter urine, urine tampak berwarna kemerahan bercampur darah. tampak luka jahitan *sectio caesarea* bagian bawah abdomen berukuran panjang 15 cm dan lebar 3 cm. Keadaan umum pasien baik, kesadaran compos mentis, GCS E4M6V5, hasil pemeriksaan TTV pasien didapatkan TD 103/62 mmHg, N 110x/ menit, RR 20x/ menit, suhu 36,0°C. mammae membesar, areola mammae hiperpigmentasi dan papila mammae eksverted. Pemeriksaan abdomen Tinggi Fundus Uteri (TFU) 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik (teraba), konsistensi uterus baik (keras/*boggy*), hasil pemeriksaan REEDA didapatkan data tidak ada kemerahan di sekitar lokasi *sectio caesarea* dibagian bawah abdomen, tidak ada pembengkakan, tidak berbau, tidak ada rembesan pada luka jahitan post *sectio caesarea* dan terdapat penyatuan jaringan, terdapat nyeri tekan pada luka post *sectio caesarea*. Pasien terdapat kelemahan pada ekstremitas bawah kekuatan otot 5555 5555 3333 3333, tungkai simetris, tidak ada edema pada kedua tungkai, terdapat kesulitan dan pergerakan karena pasien 1 jam 20 menit post *sectio caesarea*, rentan gerak pasien terbatas karena masih dalam efek anestesi. Hasil

pemeriksaan lab pada tanggal 20 Maret 2023 17:00 adalah Hemoglobin 12.0 g/dL dan Hematokrit 36,5%.

8. Analisa Data

No	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	DS: Pasien mengatakan nyeri pada luka <i>sectio caesarea</i> seperti tertusuk benda tajam pada abdomen bagian bawah dengan skala 5-6/10 ketika bergerak. DO: a. Tampak luka <i>sectio caesarea</i> pada abdomen bagian bawah ditutupi dengan kassa sepanjang 15 cm. b. Pasien tampak meringis menahan nyeri. c. Pasien tampak gelisah dan waspada terhadap nyerinya. d. Hasil pemeriksaan TTV pasien: TD: 103/62 mmHg, nadi 110x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,0°C.	Nyeri Akut	Agen pencendera fisik
2	DS: a. Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi <i>sectio caesarea</i> ketika bergerak. b. Pasien mengatakan pusing ketika kepala digerakkan. c. Pasien mengatakan lemas. d. Pasien mengatakan sulit bergerak.	Gangguan Mobilitas Fisik	Nyeri

	e. Pasien mengeluh cemas jika bergerak. f. Pasien mengatakan kebutuhannya dibantu oleh suaminya. DO: a. P2A2 post SC 1jam 20 menit.. b. Pasien tampak lemas. c. Kekuatan otot pasien 5555 5555 3333 3333 karena masih dalam efek anastesi. d. Pasien tampak masih kesulitan dalam bergerak. e. Rentang gerak pasien masih terbatas karena masih dalam efek anastesi.		
3	DS: a. Pasien mengatakan Asi nya sudah keluar tetapi hanya sedikit b. Pasien mengatakan menyusui bayinya ketika bayi nya menangis. c. Pasien mengatakan bayi nya rewel tetapi saat ingin disusui bayi nya tidak mau. d. Pasien mengatakan tidak tau cara menyusui bayi dengan benar. DO: a. Status obstetric P2A2. b. Suplain ASI pasien terlihat menetes sangat sedikit. c. Pasien nifas hari pertama. d. Areola mammae hiperpigmentasi. e. Bayi pasien tampak rewel dan tidak mau	Menyusui Tidak Efektif	Ketidak adekuatan suplai ASI

	disusui.		
4	DS: a. Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi <i>sectio caesarea</i>. DO: a. Terdapat luka <i>sectio caesarea</i> pada abdomen bagian bawah ditutup dengan kassa sepanjang 15 cm. b. Hasil pemeriksaan REEDA tidak ada kemerahan di sekitar lokasi <i>sectio caesarea</i> dibagian bawah abdomen, tidak ada pembengkakan, tidak berbau, tidak ada rembesan dan terdapat penyatuan jaringan. c. Pasien terpasang kateter urin. d. Hemoglobin 12.0 g/dL dan Hematokrit 36,5% e. Hasil pemeriksaan TTV: TD: 103/62 mmHg, nadi 110x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,0°C. f. P2A2 post <i>sectio caesarea</i> 1 jam 20 menit.	Risiko Infeksi	Ketidakadekua- tan pertahanan tubuh (kerusakan integritas kulit)

B. Diagnosis Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.
3. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI dan kurang terpapar informasi metode menyusui.
4. Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh (kerusakan integritas kulit).

C. Intervensi, Pelaksanaan dan Evaluasi

1. **Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik** ditandai dengan

Data Subjektif : Pasien mengatakan nyeri pada luka SC seperti tertusuk benda tajam pada abdomen bagian bawah jika bergerak skala 5-6/10 ketika bergerak.

Data Objektif : Pasien tampak meringis menahan nyeri, Pasien tampak gelisah dan waspada terhadap nyerinya, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan data TD: 103/62 mmHg, nadi 110x/ menit, RR 20x/ menit, suhu 36,0°C.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun/ berkurang.

Kriteria Hasil: keluhan nyeri menurun dengan skala 2–0/10, meringis menurun, pasien dapat mengontrol nyeri, tanda-tanda vital dalam batas normal, ekspresi wajah pasien tenang, diaforesis menurun.

Rencana Tindakan:

Manajemen nyeri

- a. Monitor tanda-tanda vital.
- b. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- c. Identifikasi skala nyeri.
- d. Berikan suasana lingkungan yang nyaman.
- e. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
- f. Fasilitas istirahat dan tidur.
- g. Anjurkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan relaksasi nafas dalam.
- h. Kolaborasi pemberian analgetik (ketoprofen 3x1 mg dan Ketorolac 3x30 mg).

Pelaksanaan:

Tanggal 20 Maret 2023

Pukul 17:00 memberikan obat analgetik kepada pasien. Hasil: pasien diberikan obat injeksi Ketoprofen 1 mg IV dan Ketorolac 30 mg IV.

Pukul 17:10 mengobservasi tanda-tanda vital pasien. Hasil: TD: 103/62 mmHg, N: 110x/ menit, RR: 20x/ menit, suhu 36,0°C. Pukul 17:20 melakukan pengkajian nyeri secara kompresif. Hasil: pasien mengatakan nyeri pada luka *Sectio Caesarea* seperti tertusuk benda tajam pada abdomen bagian bawah jika bergerak dan nyeri menetap.

Pukul 17:45 memberikan suasana lingkungan. Hasil: pasien mengatakan masih tidak bisa merasakan nyaman karena masih

merasakan nyeri. Pukul 17:30 mengidentifikasi skala nyeri. Hasil: pasien mengatakan skala nyeri 5–6/10. Pukul 17:40 mengidentifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri. Hasil: pasien mengatakan untuk saat ini yang dapat memperberat nyeri ketika pasien bergerak dan yang dapat meringankan nyeri dengan tiduran.

Tanggal 21 Maret 2023

Pukul 08:00 mengobservasi tanda-tanda vital pasien. Hasil: TD: 105/65 mmHg, N: 82x/ menit, RR: 20x/ menit, suhu 36,4°C. Pukul 08:10 memberikan obat analgetik kepada pasien. Hasil: pasien diberikan obat injeksi Ketoprofen 1 mg IV dan Ketorolac 30 mg IV. 08:20 mengidentifikasi lokasi karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, insensitas nyeri. Hasil: pasien mengatakan nyeri pada luka *Section Caesarea* seperti tertusuk benda tajam pada abdomen bagian bawah jika bergerak, nyeri menetap dan pasien tampak lebih rileks. pukul 08:25 mengidentifikasi skala nyeri. Hasil: Pasien mengatakan skala nyeri 4/10. Pukul 08:50 memfasilitasi istirahat dan tidur. Hasil: pasien tampak tidur. Pukul 10:00 menganjurkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi nafas dalam). Hasil: pasien dapat melakukan relaksasi nafas dalam dengan baik dan mengatakan nyerinya berkurang dan lebih rileks.

Tanggal 22 Maret 2023

Pukul 08:00 mengobservasi tanda-tanda vital pasien. Hasil: TD: 110/71 mmHg, N: 80x/ menit, RR: 20x/ menit, S: 36,5°C. Pukul 08:05 mengidentifikasi nyeri. Hasil: pasien megatakan nyeri pada abdomen

bawah sudah mendingan sehingga pasien dapat beraktifitas tanpa merasa nyeri dan pasien tampak lebih tenang. Pukul 08:10 mengidentifikasi skala nyeri. Hasil: pasien mengatakan skala nyeri 2/10.

Evaluasi

Tanggal 20 Maret 2023

Subjektif: pasien mengatakan nyeri pada luka *Sectio Caesarea* seperti tertusuk benda tajam pada abdomen bagian bawah jika bergerak dan nyeri menetap, pasien mengatakan skala nyeri 5–6/10, pasien mengatakan untuk saat ini yang dapat memperberat nyeri ketika pasien bergerak dan yang dapat meringankan nyeri dengan tiduran.

Objektif: : pasien tampak meringis, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pasien TD: 103/62 mmHg, N: 110x/ menit, RR: 20x/ menit, suhu 36,0°C.

Analisa: Nyeri akut belum teratasi.

Perencanaan: Intervensi lanjut (observasi TTV, pemberian obat analgetik, identifikasi nyeri, identifikasi skala nyeri, memfasilitasi istirahat dan tidur dan anjurkan teknik nonfarmakologi).

Tanggal 21 Maret 2023

Subjektif: pasien mengatakan nyeri pada luka *Sectio Caesarea* seperti tertusuk benda tajam pada abdomen bagian bawah jika bergerak, nyeri menetap, Pasien mengatakan skala nyeri 4/10, pasien mengatakan nyeri berkurang.

Objektif: pasien tampak lebih rileks.

Analisa: nyeri akut belum teratasi.

Perencanaan: intervensi lanjut.

Tanggal 22 Maret 2023

Subjektif: pasien mengatakan nyeri berkurang skala nyeri 2/10, pasien mengatakan sudah tidak terlalu nyeri ketika bergerak atau saat beraktivitas.

Objektif: pasien tampak lebih tenang, tanda-tanda vital pasien TD: 110/71 mmHg, N: 80x/ menit, RR: 20x/ menit, S: 36,5°C.

Analisa: masalah nyeri akut teratasi.

Perencanaan: intervensi keperawatan dihentikan (pulang).

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri ditandai dengan

Data Subjektif: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi *sectio caesarea*, pasien mengatakan pusing ketika kepala digerakkan, Pasien mengatakan lemas, pasien mengatakan sulit bergerak, pasien mengeluh cemas jika bergerak, pasien mengatakan kebutuhannya dibantu oleh suaminya.

Data Objektif: P2A2 post SC 1 jam 20 menit, pasien tampak lemas, kekuatan otot pasien 5555 5555 3333 3333 karena masih dalam efek anastesi, pasien tampak masih kesulitan dalam bergerak, rentan gerak pasien masih terbatas karena masih dalam efek anastesi

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat

Kriteria Hasil: pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, gerakan terbatas menurun.

Rencana Tindakan:

Dukungan mobilisasi

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.
- b. Identifikasi toleran fisik melakukan pergerakan.
- c. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur).
- d. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.
- e. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dini.
- f. Anjurkan melakukan mobilisasi dini.
- g. Ajarkan mobilisasi sederhana (miring kanan atau kiri, duduk di tempat tidur, berjalan ketoilet).

Pelaksanaan

Tanggal 20 Maret 2023

Pukul 18:00 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.

Hasil: pasien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah pada luka *Seccio Caesarea* saat bergerak. Pukul 18:10 mengidentifikasi toleran fisik melakukan pergerakan. Hasil: pasien tampak lemas, terdapat kesulitan dalam bergerak karena pasien 1 jam 20 menit post SC, hasil pengukuran kekuatan otot didapatkan hasil 5555 5555 3333 3333.

Pukul 18:20 melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam

meningkatkan pergerakan. Hasil: seluruh aktivitas dan kebutuhan pasien dibantu oleh suami.

Tanggal 21 Maret 2023

Pukul 08:00 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya: mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Hasil: pasien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah pada luka *Sectio Caesarea* sudah mulai berkurang. Pukul 08:15 mengidentifikasi toleran fisik melakukan pergerakan. Hasil: pasien mengatakan sudah bisa melakukan pergerakan duduk di tempat tidur, pengukuran kekuatan otot didapatkan hasil 5555 5555 4444 4444. Pukul 08:45 memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Hasil: saat melakukan mobilisasi keadaan umum pasien baik dengan kesadaran *compos mentis*.

Tanggal 22 Maret 2023

Pukul 08:00 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Hasil: pasien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah pada luka *Sectio Caesarea* sudah berkurang saat bergerak. Pukul 08:10 mengidentifikasi toleran fisik melakukan pergerakan. Hasil: pasien mengatakan sudah bisa melakukan mobilisasi ke kamar mandi dan pasien sudah dapat melakukan ADL secara mandiri, pengukuran kekuatan otot didapatkan hasil 5555 5555 5555 5555, pasien tampak sudah bisa melakukan mobilisasi ke toilet. Pukul 08:30 memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi: saat melakukan

mobilisasi keadaan umum pasien baik dengan kesadaran compos mentis.

Evaluasi

Tanggal 20 Maret 2023

Subjektif: pasien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah pada luka *Sectio Caesarea* saat bergerak.

Objektif: pasien tampak lemas, terdapat kesulitan dalam bergerak karena pasien 1 jam 20 menit post SC, hasil pengukuran kekuatan otot didapatkan hasil 5555 5555 3333 3333, seluruh aktivitas pasien dibantu suami.

Analisa: gangguan mobilitas fisik belum teratasi.

Perencanaan: intervensi lanjut (identifikasi nyeri, identifikasi toleransi fisik, monitor kondisi umum).

Tanggal 21 Maret 2023

Subjektif: pasien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah pada luka *Sectio Caesarea* sudah mulai berkurang, pasien mengatakan sudah bisa melakukan pergerakan duduk di tempat tidur.

Objektif: keadaan umum pasien baik, kesadaran compos mentis, , pengukuran kekuatan otot didapatkan hasil 5555 5555 4444 4444.

Analisa: masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi.

Perencanaan: intervensi lanjut (identifikasi nyeri, identifikasi toleransi fisik, monitor kondisi umum).

Tanggal 22 Maret 2023

Subjektif: pasien mengatakan sudah dapat melakukan aktivitas dan memenuhi ADL secara mandiri.

Objektif: hasil pengukuran otot didapatkan hasil 5555 5555 5555 5555, pasien tampak sering melakukan mobilisasi ke toilet, keadaan umum pasien baik dengan kesadaran compos mentis.

Analisa: masalah gangguan mobilisasi fisik teratasi.

Perencanaan: intervensi keperawatan dihentikan (pulang).

3. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan Ketidakadekuatan suplai ASI dan kurang terpapar informasi metode menyusui ditandai dengan

Data Subjektif: Pasien mengatakan ASI nya sudah keluar tetapi hanya sedikit, pasien mengatakan menyusui bayinya ketika bayi nya menangis, pasien mengatakan bayi nya rewel tetapi saat ingin disusui bayi nya tidak mau, pasien mengatakan tidak tau cara menyusui bayi dengan benar.

Data Objektif: Status obstetric P2A2, suplai ASI pasien terlihat menetes sangat sedikit, nifas hari kedua, areola mammae hiperpigmentasi, bayi pasien tampak rewel dan tidak mau disusui.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status menyusui membaik.

Kriteria Hasil: kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat, tetesan dan pancaran ASI meningkat, suplai ASI meningkat, bayi rewel menurun.

Rencana Tindakan:

Edukasi menyusui

- a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.
- b. Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui.
- c. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.
- d. Berikan edukasi teknik menyusui dengan benar (jelaskan teknik menyusui yang baik dan benar, jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi, jelaskan langkah-langkah menyusui, jelaskan cara menyendawakan bayi setelah menyusui, ajarkan empat posisi bayi dengan benar, jelaskan tanda-tanda bayi cukup ASI dan jelaskan akibat apabila bayi menyusui tidak benar).
- e. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.
- f. Berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya.
- g. Berikan pujian terhadap tingkat pengetahuan ibu.
- h. Libatkan sistem pendukung: suami.
- i. Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis: memerah ASI, pijat payudara).
- j. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi kalori tinggi protein.
- k. Anjurkan untuk sering menyusui.

pelaksanaan

Tanggal 21 Maret 2023

Pukul 10:30 mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. Hasil: pasien mengatakan siap untuk menerima informasi mengenai teknik menyusui dengan benar. Pukul 10:33

mengidentifikasi keinginan dan tujuan menyusui. Hasil: pasien mengatakan sangat ingin menyusui bayinya supaya nutrisi bayinya terpenuhi. Pukul 10:35 menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai dengan kesepakatan. Hasil: pasien mengatakan mau melakukan pendidikan kesehatan hari ini jam 11:00 siang. Pukul 11:00 memberikan edukasi teknik menyusui dengan benar. Hasil: pasien menyimak penjelasan pemateri dengan baik, pasien mampu menyebutkan kembali cara menyendawakan bayi setelah menyusui, pasien bisa menyebutkan empat macam-macam posisi menyusui dengan benar, pasien mampu menyebutkan akibat apabila menyusui bayi tidak benar, serta dapat mendemonstrasikan salah satu posisi dan teknik menyusui yang benar sesuai dengan yang dicontohkan.

Tanggal 22 Maret 2023

Pukul 08:30 mengajarkan perawatan payudara postpartum memerah ASI dan pijat payudara. Hasil: ASI keluar $\pm$ 30cc. Pukul 09:00 menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan kalori tinggi protein. Hasil: pasien mengatakan makanan habis 3 porsi dalam sehari. Pukul 09:30 menganjurkan pasien untuk sering menyusui. Hasil: pasien mengatakan sering menyusui bayinya dan ASInya sudah lumayan banyak.

Evaluasi

Tanggal 21 Maret 2023

Subjektif: pasien mengatakan ASInya sudah keluar tapi hanya sedikit, pasien mengatakan bayinya rewel tetapi tidak mau disusui.

Objektif: pasien tampak bisa menyusui bayinya dengan benar, pasien tampak sudah mengerti dengan apa yang dijelaskan, pasien bisa menjelaskan kembali cara menyendawakan bayi, macam-macam posisi menyusui dengan benar, akibat apa bila menyusui bayi tidak benar dan pasien dapat mendemonstrasikannya.

Analisa: masalah menyusui tidak efektif belum teratasi.

Perencanaan: intervensi dilanjutkan (Ajarkan perawatan payudara, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi kalori tinggi protein dan anjurkan pasien untuk sering menyusui).

Tanggal 22 Maret 2023

Subjektif: Pasien mengatakan sering menyusui bayinya dan ASInya sudah lumayan banyak.

Objektif: ASI keluar $\pm$ 30 cc.

Analisa: masalah menyusui tidak efektif teratasi.

Perencanaan: intervensi dilanjutkan pasien dirumah.

4. Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh (kerusakan integritas kulit) ditandai dengan

Data Subjektif: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi *sectio caesarea*.

Data Objektif: Terdapat luka *sectio caesarea* pada abdomen bagian bawah ditutupi dengan kassa sepanjang 15 cm. hasil pemeriksaan REEDA tidak ada kemerahan di sekitar lokasi *sectio caesarea* dibagian bawah abdomen, tidak ada pembengkakan, tidak berbau, tidak ada rembesan dan terdapat penyatuan jaringan, pasien terpasang

kateter urin, hemoglobin 12.0 g/dL dan hematokrit 36,5%, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital TD: 103/62 mmHg, nadi 110x/ menit, RR 20x/ menit, suhu 36,0°C, P2A2 post *sectio caesarea* 1 jam 20 menit.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun.

Kriteria Hasil: Nyeri menurun, kultur area luka membaik, kemerahan membaik.

Rencana Tindakan:

Pencegahan infeksi

- a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik.
- b. Observasi TTV pasien.
- c. Batasi jumlah pengunjung.
- d. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.
- e. Pertahankan teknik aseptik.
- f. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- g. Ajarkan cara cuci tangan dengan benar.
- h. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan.
- i. Ajarkan cara perawatan luka operasi.

Pelaksanaan

Tanggal 20 Maret 2023

Pukul 17:10 mengobservasi tanda-tanda vital pasien. Hasil: TD: 103/62 mmHg, N: 110x/ menit, RR: 20x/ menit, suhu 36,0°C. Pukul 18:00

mempertahankan teknik aseptik. Hasil: mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. pukul 18:20 memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Hasil: terdapat luka SC horizontal pada abdomen bagian bawah ditutupi kassa sepanjang 15 cm, hasil pemeriksaan REEDA tidak ada kemerahan disekitar luka SC, tidak ada bengkak, tidak terjadi perubahan warna, tidak berbau dan tidak rembes pada luka SC.

Tanggal 21 Maret 2023

Pukul 08:00 mengobservasi tanda-tanda vital pasien: TD: 105/65 mmHg, N: 82x/menit, RR: 20x/ menit, suhu 36,4°C. Pukul 09:00 memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Hasil: terdapat luka SC horizontal pada abdomen bagian bawah ditutupi kassa sepanjang 15 cm, hasil pemeriksaan REEDA tidak ada kemerahan disekitar luka SC, tidak ada bengkak, tidak terjadi perubahan warna, tidak berbau dan tidak rembes pada luka SC. Pukul 11:45 menjelaskan tanda dan gejala infeksi. Hasil: pasien dan suami pasien tanpak mengerti dan kooperatif. Pukul 12:00 menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan. Hasil: pasien mengatakan sudah makan secara teratur dan sudah habis 2 porsi hari ini serta minum $\pm$ 1000 liter dari pagi sampai siang ini.

Tanggal 22 Maret 2023

Pukul 08:10 mengobservasi tanda-tanda vital pasien. Hasil: TD: 110/71 mmHg, N: 80x/ menit, RR: 20x/ menit, S: 36,5°C. Pukul 09:00 memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik: terdapat luka SC

horizontal pada abdomen bagian bawah ditutupi kassa sepanjang 15 cm, hasil pemeriksaan REEDA tidak ada kemerahan disekitar luka SC, tidak ada bengkak, tidak terjadi perubahan warna, tidak berbau, tidak ada rembes pada luka SC, kondisi luka tampak baik, jahitan jelujur 2 lapis. Pukul 09:30 mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar dan perawatan luka operasi. Hasil: pasien mengatakan memahami edukasi yang diberikan dan dapat mendemostrasikan edukasi yang telah diberikan. Pukul 10:00 mempertahankan teknik aseptik pada pasien. Hasil: perawat dan pasien mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pasien juga memahami untuk tidak memgang luka SCnya.

Evaluasi

Tanggal 20 Maret 2023

Subjektif:

Objektif: Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pasien: TD: 103/62 mmHg, N: 110x/ menit, RR: 20x/ menit, suhu 36,0°C, terdapat luka SC horizontal pada abdomen bagian bawah ditutupi kassa sepanjang 15 cm, hasil pemeriksaan REEDA tidak ada kemerahan disekitar luka SC, tidak ada bengkak, tidak terjadi perubahan warna, tidak berbau dan tidak rembes pada luka SC.

Analisa: masalah resiko infeksi belum teratasi.

Perencanaan: intrvensi lanjut (observasi TTV, monitor tanda dan gejala, jelaskan tanda dan gejala, anjurkan asupan nutrisi dan cairan)

Tanggal 21 Maret 2023

Subjektif: pasien mengatakan sudah makan secara teratur dan sudah habis 2 porsi hari ini serta minum $\pm$ 1000 liter dari pagi sampai siang.

Objektif: terdapat luka SC horizontal pada abdomen bagian bawah ditutupi kassa sepanjang 15 cm, hasil pemeriksaan REEDA tidak ada kemerahan disekitar luka SC, tidak ada bengkak, tidak terjadi perubahan warna, tidak berbau dan tidak rembes pada luka SC, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pasien: TD: 110/71 mmHg, N: 80x/ menit, RR: 20x/ menit, S: 36,5°C, pasien tampak kooperatif.

Analisa: risiko infeksi belum teratasi

Perencanaan: intervensi lanjut (observasi tanda-tanda vital, monitor tand & gejala infeksi, ajarkan cara cuci tangan dan cara perawatan luka operasi dan pertahankan teknnik aseptik).

Tanggal 22 Maret 2023

Subjektif: pasien mengatakan memahami edukasi yang diberikan mengenai cara cuci tangan yang benar dan perawatan luka operasi.

Objektif: luka SC pada abdomen bagian bawah sepanjang 15 cm, hasil pemeriksaan REEDA tidak ada kemerahan disekitar luka SC, tidak ada bengkak, tidak terjadi perubahan warna, tidak berbau,tidak ada rembes pada luka SC, kondisi luka tampak baik, jahitan jelujur 2 lapis. Hasil pemeriksaan TTV pasien: TD: 110/71 mmHg, N: 80x/ menit, RR: 20x/ menit, S: 36,5°C.

Analisa: masalah risiko infeksi teratasi

Prencanaan: intervensi keperawatan dilanjutkan dirumah

Anjurkan mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan luka, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan, anjurkan melakukan perawatan luka operasi di rumah dengan prinsip aseptik dan rutin memeriksa kondisi luka ke fasilitas kesehatan terdekat.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulisan akan menguraikan pembahasan mengenai kesenjangan yang ditemukan antara teori dengan kasus yang ada sesuai dengan proses keperawatan dimulai dari pengkajian sampai evaluasi keperawatan. Selanjutnya penulis akan membahas mengenai faktor pendukung dan penghambat dalam melakukan pemberian asuhan keperawatan selama tiga hari yang dimulai dari 20-22 Maret 2023 di Ruang RPKK RSUD Koja.

A. Pengkajian

Data yang dikumpulkan dalam melakukan pengkajian adalah data primer dan data sekunder. Data primer merupakan data yang didapat melalui observasi dalam pengamatan secara langsung, anamnesa, pengkajian dalam pemeriksaan fisik, dan rekam medis. Sedangkan data sekunder diperoleh dari wawancara dengan pasien dan keluarga. Setelah dilakukan pengkajian pada pasien, terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yang ada. Pada teori, indikasi *sectio caesarea* tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus, dimana pada teori disebutkan bahwa salah satu indikasi dilakukan *sectio caesarea* (SC) adalah karena riwayat SC sebelumnya (BSC) dan pada kasus pasien dilakukan tindakan *sectio caesarea* atas indikasi BSC 1x.

Menurut Astari. (2022) selama masa *postpartum* ibu akan mengalami perubahan secara psikologis seperti, *baby blues*, Baby blues

merupakan gangguan perasaan/ mood ringan sementara. Kondisi ini sering terjadi pada hari ketiga postpartum dan berlangsung selama dua/ tiga hari. Namun pada kasus ini saat dilakukan pengkajian pasien dan suami terlihat bahagia dengan kelahiran anak kedua dikehamilan keempatnya dengan sehat dan selamat, karena sebelumnya pasien pernah mengalami KET dan keguguran.

Pada teori Iyan (2021) disebutkan bahwa pada pemeriksaan fisik ibu postpartum terjadi seperti perubahan pigmentasi kulit di area wajah (*cloasma gravidarum*), namun pada kasus pasien tidak terjadi perubahan *cloasma gravidarum* karena pasien sudah tidak KB, baik pil maupun suntik. Saat kehamilan keempatnya pasien selalu mengonsumsi seperti susu ibu hamil, sayuran hijau dan buah-buahan. Jika kekurangan asam folat dan menggunakan pil KB itu berhubungan dengan terjadinya hiperpigmentasi seperti *cloasma gravidarum* selama kehamilan maupun setelah melahirkan.

Dalam teori Astari, (2022) setelah melahirkan ibu postpartum akan mengalami fase *taking in* yaitu priode ketergantungan. Fase ini terjadi selama 1-2 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu bersikap pasif dan dependen. Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran mengenai dirinya sendiri, seperti khawatir terhadap jahitan pada perineum, *afterpain*, hemoroid, dan kelelahan akibat persalinan. ibu akan mengulang-ulang pengalamannya kepada keluarga yang belum pernah mendengar ceritanya tentang ketika bersalin dan melahirkan. Sedangkan pada kasus ditemukan pasien sudah berada pada fase *letting go*, karena pasien sudah memiliki

kesiapan untuk menerima tanggung jawab akan peran barunya dan terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Hal ini disebabkan karena pasien punya pengalaman, melihat status obstetri di kehamilan kedua anak pertama pasien sudah memiliki pengalaman mengenai cara merawat diri dan bayi.

Mengutip teori Astari, (2022) nadi ibu akan mengalami peningkatan pada 1 jam pertama setelah bersalin. Frekuensi nadi akan kembali normal seperti pada saat sebelum hamil apa bila sudah mencapai 8-10 minggu postpartum, sedangkan hasil tanda-tanda vital pasien TD: 103/62 mmHg, N: 110x/ menit, RR: 20x/ menit, suhu 36,0°C. Faktor pendukung selama melakukan pengkajian penulis tidak menemukan adanya hambatan karena pasien dan suami sangat kooperatif dalam memberikan informasi yang sesuai dengan kondisi pasien dan data rekam medis sehingga proses pengumpulan data dapat berjalan dengan baik dan lancar.

B. Diagnosis Keperawatan

Pada tahap ini penulis menyusun diagnosis keperawatan yang muncul pada teori empat yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, risiko infeksi berhubungan dengan berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit) dan defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan. Sedangkan pada kasus, berdasarkan dengan prioritas yang bersifat aktual empat diagnosis yang ditemukan

pada kasus yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, menyusui tidak efektif berhubungan dengan Ketidakadekuatan suplai ASI dan kurang terpapar informasi metode menyusui dan risiko infeksi berhubungan dengan berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit), tiga diagnosis yang sesuai dengan teori yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dan risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit (operasi). Pada diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), dalam kasus penulis mengangkat sebagai diagnosis prioritas pertama, hal ini dikarenakan pasien masih mengeluh nyeri pada daerah luka post op *sectio caesarea* saat pasien bergerak. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dalam kasus penulis mengangkat sebagai diagnosis kedua, hal ini dikarenakan pasien mengeluh lemas dan nyeri saat bergerak. menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI dan kurang terpapar informasi tentang metode menyusui dalam kasus penulis mengangkat sebagai diagnosis ketiga, hal ini dikarenakan saat pengkajian pasien mengatakan ASI nya keluar hanya sedikit. Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit dalam kasus penulis mengangkat sebagai diagnosis keempat, hal ini dikarenakan terdapat luka jahitan post op *sectio caesarea* di abdomen bagian bawah sepanjang 15 cm, luka operasi bersih tidak ada kemerahan.

Pada diagnosis yang tidak terdapat pada teori namun terdapat pada kasus yaitu menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI dan kurang terpapar informasi tentang metode menyusui, diagnosis tersebut diangkat karena data yang penulis temukan mendukung seperti pasien mengatakan ASI keluar tapi hanya sedikit, bayinya rewel saat ingin disusui dan pasien tidak tau cara menyusui bayi dengan benar.

Pada diagnosis yang terdapat pada teori namun tidak terdapat pada kasus yaitu defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, diagnosis tersebut tidak diangkat karena data yang penulis temukan tidak mendukung untuk menegakkan diagnosis tersebut. Diagnosis dapat ditegakkan apabila terdapat satu atau lebih data pendukung seperti menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu/ mengenakan pakaian, makan, ke toilet, berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri berkurang. Pada pengkajian penulis tidak menemukan adanya data-data pendukung tersebut sehingga diagnosis defisit perawatan diri tidak diangkat.

Faktor pendukung dalam penyusunan diagnosis keperawatan yaitu pasien dan keluarga kooperatif sehingga mahasiswa dapat memperoleh data-data untuk menegakkan diagnosis yang sesuai dengan keadaan pasien. Tidak ada faktor penghambat selama penyusunan diagnosis keperawatan.

C. Perencanaan

Perencanaan tindakan keperawatan dibuat sesuai dengan teori dan kebutuhan pasien. Tujuan dalam rencana keperawatan diuraikan dalam 3x24 jam yang meliputi penetapan prioritas masalah, perumusan masalah, penentu tujuan, kriteria hasil dan rencana tindakan. Intervensi keperawatan dilakukan dalam jangka waktu 3x24 jam. Terdapat kesenjangan pada perencanaan antara teori dengan kasus.

Adapun diagnosis yang rencana tindakannya ada pada teori namun tidak ada dalam kasus yaitu diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri rencana tindakan yang tidak ada pada kasus namun ada pada teori, yaitu monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umumn selama melakukan mobilisasi, intervensi ini karena saat pengkajian sebelum nya pasien sudah ditensis dan tekanan darah pasien normal, dan dalam keadaan sadar.

Pada diagnosis yang sesuai antara teori dan kasus namun penentuan rencana tindakan nya tidak sama dengan teori, yaitu diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik , rencana tindakan yang akan ada pada teori namun ada pada kasus yaitu identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, penulis menyusun intervensi ini dikarenakan agar mengurangi rasa nyeri pada pasien. Selanjutnya diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, rencana tindakan yang akan ada pada teori namun ada pada kasus yaitu identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleran fisik melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk

membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, penulis menyusun intervensi ini dikarenakan agar kekuatan otot pasien meningkat dan nyeri menurun. Selanjutnya diagnosa menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI rencana tindakan yang tidak ada pada teori namun ada pada kasus, yaitu jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, libatkan sistem pendukung suami, penulis menyusun intervensi ini dikarenakan agar kegiatannya terjadwal sesuai keinginan pasien dan pasien bisa memahami materi yang disampaikan. Selanjutnya diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit rencana tindakan yang tidak ada pada teori namun ada pada kasus, yaitu cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi, anjurkan meningkatkan nutrisi, penulis menyusun intervensi ini agar untuk mencegah terjadinya resiko infeksi pada pasien. Faktor pendukung dalam penyusunan rencana tindakan yaitu terdapat berbagai literatur. Tidak ada faktor penghambat selama penyusunan rencana tindakan.

D. Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan, penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yang sudah disusun pada masing-masing diagnosis dan semua tindakan keperawatan sudah dilakukan dan diimplementasikan selama 3 hari. Namun dalam pelaksanaan tindakan keperawatan tidak semuanya dilakukan dalam 3x24 jam oleh penulis karna penulis melakukan tindakan

secara bergantian dalam satu hari dan hanya mengevaluasi tindakan yang dilakukan sebelumnya.

Pada kunjungan berikutnya penulis mengobservasi kembali mendatangi kamar rawat pasien dan menanyakan apakah ada keluhan yang dirasakan dan apakah edukasi yang diberikan oleh penulis dilakukan atau tidak serta apakah ada kendala dalam melaksanakan edukasi yang telah diberikan oleh penulis. Selama penulis melakukan tindakan keperawatan kepada pasien yaitu pasien bersedia dan kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan, serta adanya kerjasama baik antar penulis dengan pasien dan suami pasien, serta lingkungan yang kondusif dan tersedia alat-alat kesehatan yang memadai.

E. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah akhir dari pembuatan asuhan keperawatan, evaluasi yang dilakukan penulis yaitu evaluasi proses dan evaluasi akhir yang disesuaikan dengan teori. Dari empat diagnosis keperawatan yang diangkat semua diagnosis teratasi. Diagnosis pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dapat teratasi ditandai dengan pasien mengatakan nyeri berkurang skala nyeri 2/10, pasien mengatakan sudah tidak terlalu nyeri ketika bergerak atau saat beraktivitas, pasien tampak lebih tenang, tanda-tanda vital pasien TD: 110/71 mmHg, N: 80x/ menit, RR: 20x/ menitt, S: 36,5°C. Diagnosis kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan nyeri teratasi ditandai dengan pasien mengatakan sudah tidak terlalu nyeri ketika bergerak atau saat

beraktivitas, pasien mengatakan sudah dapat melakukan aktivitas dan memenuhi ADL secara mandiri, hasil pengukuran otot didapatkan hasil 5555 5555 5555 5555, pasien tampak sering melakukan mobilisasi ke toilet, keadaan umum pasien baik dengan kesadaran compos mentis.

Pada diagnosis ketiga menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI dan kurang terpapar informasi metode menyusui teratasi ditandai dengan Pasien mengatakan sering menyusui bayinya dan ASInya sudah lumayan banyak, ASI keluar ± 30 cc. Diagnosis keempat resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit) teratasi ditandai dengan pasien mengatakan mmahmi edukasi yang diberikan mengenai cara cuci tangan yang benar dan perawatan luka operasi, luka SC pada abdomn bagian bawah sepanjang 15 cm, hasil pemeriksaan REEDA tidak ada kemerahan disekitar luka SC, tidak ada bengkak, tidak terjadi perubahan warna, tidak berbau,tidak ada rembes pada luka SC, kondisi luka tampak baik, jahitan jelujur 2 lapis. Hasil pemeriksaan TTV pasien: TD: 110/71 mmHg, N: 80x/ menit, RR: 20x/ menit, S: 36,5°C. Pada diagnosa terakhir ini penulis juga menyertakan intervensi tambahan untuk pasien dan keluarga untuk melakukannya di rumah, yaitu menganjurkan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan luka, edukasi pasien supaya tidak menyentuh luka insisi, menganjurkan meningkatkan supayan nutrisi dan cairan, menganjurkan melakukan perawatan luka SC di rumah dengan prinsip aseptik dan rutin memeriksa kondisi luka ke fasilitas kesehatan terdekat.

Faktor pendukung selama melakukan evaluasi yaitu pasien dan suami bersikap kooperatif saat dievaluasi sehingga penulis mampu memperoleh hasil evaluasi yang dibutuhkan. Penulis tidak menemukan adanya faktor penghambat dalam melakukan evaluasi.

BAB V

PENUTUP

Pada bab ini setelah penulis melakukan observasi pada kasus dan melakukan pembahasan dengan menguraikan tinjauan kasus Asuhan keperawatan pada Ny. A dengan postpartum *Sectio Caesarea* di Ruang RPKK RSUD Koja Jakarta Utara maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan secara berkelanjutan.

A. Kesimpulan

Pengkajian dilakukan melalui pengumpulan data analisa masalah dengan melakukan observasi, anamnesa, pemeriksaan fisik, wawancara dengan pasien dan keluarga, serta rekam medis. Pada kasus Ny. A penulis menemukan hasil data pengkajian yaitu Ny. A P2A2 dengan postpartum *sectio caesarea* 1 jam 20 menit yang lalu atas indikasi BSC 1x. Pasien mengeluh nyeri pada luka *sectio caesarea* seperti tertusuk benda tajam, nyeri ketika bergerak, ASI keluar tapi hanya sedikit, belum bisa melakukan pergerakan secara bebas, terdapat luka insisi pada abdomen bagian bawah berukuran panjang 15 cm dan lebar 3, tidak ada kemerahan di sekitar lokasi *sectio caesarea* dibagian bawah abdomen, tidak ada pembengkakan, tidak berbau, tidak ada rembesan pada luka jahitan post *sectio caesarea* dan terdapat penyatuan jaringan, terdapat nyeri tekan pada luka post *sectio caesarea*.

Terdapat beberapa kesenjangan antara teori dengan kasus, diantaranya pada teori, diantaranya pada teori disebutkan bahwa ibu postpartum akan mengalami baby blues namun pada kasus pasien terlihat sangat bahagia dengan kelahiran anak keduanya. Selain itu, pada teori ibu postpartum akan mengalami perubahan warna pigmen kulit pada area wajah (*cloas gravidarum*), namun pada kasus pasien tidak terdapat *cloasma gravidarum*. Pada teori postpartum hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan pada fase taking in ibu akan mengalami masalah seperti ibu masih pasif, ibu hanya fokus pada dirinya sendiri dan ibu belum mampu menyesuaikan diri terhadap perannya. Perhatian ibu tertuju pada perubahan bentuk tubuhnya, namun pada kasus pasien cenderung bersifat terbuka dan senang dalam menyambut kelahiran anak keduanya dan pasien sudah mampu menyesuaikan diri terhadap peran sebagai seorang ibu.

Pada diagnosis keperawatan terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Terdapat 4 diagnosis keperawatan dengan 1 diagnosis yang tidak sesuai dengan teori dan kasus. Adapun diagnosis yang tidak terdapat pada kasus namun ada didalam teori yaitu defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan. Adapun diagnosis yang terdapat pada kasus namun tidak ada pada teori yaitu Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI dan kurang terpapar informasi metode menyusui.

Pada tahap perencanaan penulis menyusun intervensi sesuai dengan teori, namun ada beberapa perencanaan yang penulis tambahkan

karena sesuai dengan kondisi kebutuhan pasien. Setelah pasien diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, keempat diagnosis keperawatan yang ditemukan dapat teratasi dengan kriteria hasil diagnosis pertama yaitu skala 2 – 0 / 10, meringis menurun, pasien dapat mengontrol nyeri, tanda-tanda vital dalam batas normal, ekspresi wajah pasien tenang, diaforesis menurun. Kriteria hasil diagnosis kedua yaitu pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, gerakan terbatas menurun. Kriteria hasil diagnosis ketiga yaitu kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat, tetesan dan pancaran ASI meningkat, suplai ASI meningkat, bayi rewel menurun. Kriteria hasil diagnosis keempat yaitu kebersihan tangan meningkat, pengetahuan meningkat, tingkat infeksi menurun.

Penulis merasa cukup terbantu dengan tersedianya referensi yang menjelaskan tentang perencanaan dengan masing-masing intervensi sehingga proses penyusunan intervensi berjalan dengan lancar. Pada tahap pelaksanaan sebagian besar sudah dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah dibuat. Sebagai faktor pendukung dalam tahap pelaksanaan yaitu adanya kepercayaan dari klien untuk melaksanakan tindakannya. Penulis tidak mendapatkan hambatan saat pengkajian. Semua rencana dapat disusun tanpa mengalami kesulitan karena kesediaannya buku sumber dan klien yang kooperatif sehingga dapat dilaksanakan tindakan keperawatan.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas setelah penulis melakukan asuhan keperawatan dan interaksi dengan pasien, tim keperawatan dan tim kesehatan di ruang RPKK RSUD Koja Jakara Utara banyak pengalaman yang penulis dapatkan. Untuk meningkatkan mutu dan kualitas asuhan keperawatan, maka penulis mencoba memberikan saran yang dapat berguna bagi semua pihak, antaranya:

1. Mahasiswa

Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan bagi penulis tentang kasus ibu postpartum dengan pos *sectio caesarea* atas indikasi BSC 1x dan diharapkan dapat melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan kategori dan prosedur.

2. Institusi pendidikan

Diharapkan institusi dapat meningkatkan terbitan buku terbaru terkait dengan asuhan keperawatan pada ibu postpartum *sectio caesarea*.

3. Rumah sakit

Diharapkan pihak rumah sakit dapat mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan pada pasien khususnya pada ibu postpartum *sectio caesarea*.

DAFTAR PUSTAKA

- Astari, A. M. et al. (2022). *Asuhan Keperawatan Maternitas : NANDA-I, hasil NOC, tindakan NIC: Pascapartum*. Jakarta: EGC, 2021.
- Aspiani, R. Y. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas, Aplikasi NANDA, NIC dan NOC*. Jakarta: TIM 2017.
- Aritonang, J. & Simanjuntak, Y. T. O., (2021). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas disertai Kisi-kisi Soal Ujian Kompetensi*. Yogyakarta: Deepublish
- Hartati, S. (2021). *Asuhan Keprawatan Ibu Postpartum Seksio Saesarea Positif Covid 19*. Jakarta: TIM, 2021.
- Hartati, S. (2021). *Asuhan Keprawatan Ibu Postpartum Seksio Saesarea Positif Covid 19*. Jakarta: TIM, 2021
- Iyan. (2021). *Haruskah Sectio Caesarea?* (N. Qalby, Ed). Bekasi: Pustaka Taman Ilmu.
- Kumalasari, I. (2015). *Panduan Praktik Laboratorium dan Klinik Perawatan Antenatal, Intranatal, Postnatal, Bayi Baru Lahir, dan Kontrasepsi*. Jakarta: Salemba Medika, 2015.
- Kementerian PP dan PA RI (2016). *Diperlukan Komitmen dan Peran Serta Masyarakat untuk Menekan Angka Kematian Ibu (AKI)*. Jakarta 10110.
- Kementerian Kesehatan RI, (2023). *Turunkan Angka Kematian Ibu Melalui Deteksi Dini dengan Pemenuhan USG di Puskesmas*. (Rokom). Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Kementrian Kesehatan RI. (2018). *Profil Kesehatan Indonesia 2017*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Maryunani, A., (2018). *Asuhan Ibu Nifas & Asuhan Ibu Menyusui*. Bogor : IN MEDIA 2017
- Profil Kesehatan RI. (2021). *Profil Kesehatan Indonesia 2020*. Jakarta: Kemenkes

- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. DPP PPNI
- Simajuntak, L. (2020). *Perdarahan Postpartum (Perdarahan Paskasolim)*. *Jurnal Visi Eksakta (JVIEKS)*, 1(1), 1-10.
- Walyani, E.S., & Purwoastuti, T.E., (2019). *Asuhan kebidanan masa nifas & menyusui*. (I.)Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Wahyuni, S. & Mahasiswi D3 Keperawatan. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Postpartum*. Universitas Jember Kampus Lumajang: Deepublish
- WHO. (2020). Health equity monitor: Births by caesarean section (in the two or three years preceding the survey). *World Health Organization*. Retrieved March 30, 2022, from <https://www.who.int/data/gho/data/indicators>.

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)
TEKNIK MENYUSUI

Pokok Bahasan	: Penerapan Teknik Menyusui secara efektif
Sub Pokok Bahasan	: Pendidikan Kesehatan Teknik Menyusui
Sasaran	: Ibu Post Partum
Hari / Tanggal	:
Tempat	: Ruang Post Partum
Waktu	: 30 Menit
Penyuluh	: Mahasiswa STIKes RS Husada

I. Tujuan Intruksional Umum (TIU)

Setelah mendapatkan penyuluhan selama 1 x 30 menit diharapkan ibu post partum mampu menjelaskan tentang teknik menyusui, ibu post partum dapat mengungkapkan keinginan/kemauan untuk menyusui dengan teknik yang benar, dengan demikian ibu post partum mampu mendemonstrasikan kembali tentang teknik menyusui yang benar di rumah.

II. Tujuan Intruksional Khusus (TIK)

Setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit tentang teknik menyusui, diharapkan klien mampu :

- a. Menyebutkan pengertian teknik menyusui secara efektif
- b. Menyebutkan manfaat dari teknik menyusui secara efektif
- c. Menyebutkan cara teknik menyusui dengan benar
- d. Menyebutkan tanda bayi sudah cukup ASI

- e. Menyebutkan akibat apabila bayi tidak menyusui dengan benar
- f. Menerapkan teknik menyusui dengan benar

III. Materi

- a. Pengertian Teknik Menyusui secara efektif
- b. Manfaat Teknik Menyusui secara efektif
- c. Cara Teknik Menyusui dengan benar
- d. Tanda Bayi sudah cukup ASI
- e. Akibat apabila bayi tidak menyusui dengan benar

IV. Metoda

- a. Ceramah
- b. Tanya Jawab

V. Media

- a. Leaflet
- b. Lembar Balik

VI. Kegiatan Penyuluhan

No.	Kegiatan	Penyuluhan	Audience
1.	Pembukaan (5 menit)	a. Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam b. Memperkenalkan diri	a. Menjawab salam b. Mendengarkan

		c. Menjelaskan tujuan dari teknik menyusui d. Kontrak waktu dengan klien	c. Memperhatikan d. Memperhatikan
2.	Pelaksanaan (20 menit)	a. Memberikan penjelasan tentang : • Pengertian Teknik Menyusui secara efektif • Manfaat Teknik Menyusui secara efektif • Cara Teknik Menyusui dengan benar • Tanda Bayi sudah cukup ASI • Akibat apabila bayi tidak menyusui dengan benar b. Memberikan kesempatan kepada ibu untuk bertanya jika belum jelas c. Mendampingi ibu untuk melakukan teknik menyusui yang efektif	a. Memperhatikan b. Bertanya c. Antusias saat menerima pengarahan d. Memulai untuk memberikan ASI dengan teknik yang efektif e. Menjawab pertanyaan f. Mendengarkan g. Memperhatikan
3.	Evaluasi	a. Memotivasi ibu untuk	a. Mempraktikan

		memberikan ASI pada bayi b. Memberikan kesempatan kepada ibu untuk melakukan teknik menyusui secara mandiri c. Memberikan kesempatan ibu untuk menyampaikan perasaannya setelah melakukan teknik menyusui yang efektif	secara mandiri b. Menyampaikan pengalaman setelah menyusui
4.	Penutup (5 menit)	a. Mengucapkan terima kasih kepada anak dan orang tua b. Mengucapkan salam penutup	a. Memperhatikan b. Menjawab Salam

VII. Kriteria Evaluasi

1. Evaluasi Struktur

- a) Pemateri siap mempersiapkan penyuluhan dengan baik
- b) Satuan acara penyuluhan sudah sesuai dengan masalah keperawatan dan telah dikonsultasikan kepada pembimbing sebelum pelaksanaan.
- c) Alat sudah dipersiapkan 15 menit sebelum acara dengan baik
- d) Media yang digunakan dalam penyuluhan semuanya lengkap dan siap digunakan

- e) Pemberi materi telah menguasai seluruh materi
- f) Mahasiswa dan peserta berada ditempat sesuai kontrak waktu yang telah disepakati.

2. Evaluasi Proses

- a) Berada ditempat yang sudah ditentukan dan tepat waktu
- b) Peserta kooperatif dan aktif dalam penyuluhan dengan memperhatikan materi yang disampaikan dan bertanya mengenai hal-hal yang belum di mengerti
- c) Kondisi dalam ruangan kondusif sampai akhir acara.

3. Evaluasi Hasil

- a) Peserta dapat menyebutkan pengertian teknik menyusui secara efektif
- b) Peserta dapat menyebutkan manfaat dari teknik menyusui secara efektif
- c) Peserta dapat menyebutkan cara teknik menyusui dengan benar
- d) Peserta dapat menyebutkan tanda bayi sudah cukup ASI
- e) Peserta dapat menyebutkan akibat apabila bayi tidak menyusui dengan benar
- f) Peserta dapat menerapkan teknik menyusui dengan benar

4. Pertanyaan evaluasi

- a) Pengertian Teknik Menyusui secara efektif?
- b) Manfaat Teknik Menyusui secara efektif?

- c) Cara Teknik Menyusui dengan benar?
- d) Tanda Bayi sudah cukup ASI?
- e) Akibat apabila bayi tidak menyusui dengan benar?

VIII. Sumber

Agustina, Novita. (2022). “Teknik menyusui dengan benar”. Palembang :
RSUP dr. Mohammad Hoesin
([https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1321/teknik-menyusu-
yang benar](https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1321/teknik-menyusu-yang-benar))

Rahmawati, Dina. (2023). “12 Tanda Bayi Cukup ASI dan Kenyang Agar
Tidak Overfeeding”.([https://www.sehatq.com/artikel/ibu-wajib-
tahu-apa-saja-tanda-bayi-cukup-asi](https://www.sehatq.com/artikel/ibu-wajib-tahu-apa-saja-tanda-bayi-cukup-asi))

Ayuningsih, Igga Mawarni. (2015). “Makalah Teknik Menyusui”.
([https://iggamawarni0305.blogspot.com/2015/08/makalah-teknik-
menyusui.html](https://iggamawarni0305.blogspot.com/2015/08/makalah-teknik-menyusui.html))

Umar, N (2014). *Multitasking breastfeeding mama*. Jakarta: Pustaka
Bunda.

TEKNIK MENYUSUI SECARA EFEKTIF

A. Pengertian Teknik Menyusui secara efektif

Teknik menyusui yang baik dan benar dengan volume ASI dipengaruhi oleh waktu awal menyusui, frekuensi menyusui, kelengkapan pengosongan payudara pada setiap menyusui, posisi dari bayi saat menyusui, dan kemampuan bayi untuk menyusui efektif. Kecukupan ASI dapat diukur melalui respon bayi setelah disusui, frekuensi buang air kecil, buang air besar dan penurunan berat badan tidak lebih dari 7% dari berat lahir. Tidak maksimalnya proses menyusui akan berakibat kurang baik, karena isapan bayi sangat berpengaruh pada rangsangan produksi ASI selanjutnya. Fakta menunjukkan terdapat 40% wanita yang tidak menyusui bayinya karena banyak yang mengalami nyeri dan pembengkakan payudara.

B. Manfaat Teknik Menyusui secara efektif

Berikut ini adalah manfaat yang didapatkan dengan menyusui bagi bayi dan Ibu :

1. Manfaat bagi bayi
 - a. Komposisi sesuai kebutuhan.
 - b. Kalori dari ASI memenuhi kebutuhan bayi sampai usia 6 bulan.
 - c. ASI mengandung zat antibody.
 - d. Perkembangan psikomototrik lebih cepat.
 - e. Menunjang perkembangan penglihatan.
 - f. Memperkuat ikatan batin ibu dan anak.

- g. Dasar untuk perkembangan emosi yang hangat.
 - h. Membentuk sistem pencernaan yang sehat.
2. Manfaat bagi Ibu
- a. Mencegah perdarahan pasca persalinan
 - b. mempercepat kembalinya rahim ke bentuk semula.
 - c. Pemberian ASI adalah cara terbaik bagi ibu untuk mencurahkan kasih sayang pada buah hatinya.
 - d. Mengurangi kemungkinan kanker payudara.

C. Teknik Menyusui dengan benar

1. . Langkah-langkah menyusui yang benar sebagai berikut:
- a. Cuci tangan yang bersih dengan sabun dan air mengalir
 - b. Olesi puting dengan sedikit ASI untuk menjaga kelembaban puting dan sebagai disinfektan alami.
 - c. Duduk rileks dan bersandar.
 - d. Gendong bayi dengan kedua tangan dengan muka bayi menghadap ke payudara, mulut di depan puting dan perut menempel ke tubuh ibu.
 - e. Posisi lengan bayi diletakan dibelakang badan ibu dann yang satu di depan.
 - f. Telinga dan lengan berada dalam satu garis lurus.
 - g. Payudara dipegang dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di bawah, tangan ibu membentuk sebuah huruf C.

- h. Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut (rooting reflex) dengan cara menyentuh pipi dengan puting susu atau menyentuh sisi mulut bayi.
 - i. Usahakan sebagian besar areola dapat masuk ke dalam mulut bayi, sehingga puting susu berada di bawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar dari tempat penampungan ASI yang terletak di bawah areola.
 - j. Setelah menyusui pada satu payudara sampai terasa kosong, sebaiknya ganti menyusui pada payudara yang lain.
 - k. Menyendawakan bayi ketika selesai menyusui untuk mengeluarkan udara dari lambung supaya bayi tidak muntah. Cara menyendawakan bayi, yaitu:
 - 1) Bayi digendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan atau,
 - 2) Bayi tidur tengkurap dipangkuan ibu, kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan.
2. Posisi menyusui
- a. Cradle hold atau posisi menimang
Duduk nyaman bersandar, satu tangan (sisi yang sama dengan payudara yang disusukan) menyangga tubuh bayi dan tangan disebelahnya memegang payudara, bila bayi sudah menghisap, sangga bayi dengan kedua tangan.
 - b. Cross-cradle hold atau posisi menyilang

Posisi ini cocok dilakukan bagi bayi yang baru lahir dan belum terlalu besar karena tangan ibu yang menyilang perlu menahan sebagian besar badan bayi. Bisa dibantu dengan meletakkan bantal di bawah tangan dan badan bayi. Upayakan pantat bayi ada di siku ibu yang mendekap supaya bayi bisa menengadah ketika diposisikan ke payudara dan ibu bisa membantu mengarahkan payudara ke mulut bayi dengan tangan satunya.

c. Side-lying position atau posisi tiduran menyamping

Posisi ini baik dilakukan bagi ibu-ibu yang baru melahirkan dan masih kelelahan. Juga bisa dilakukan ketika malam hari jika ibu ingin menyusui bayinya sambil tiduran. Pada ibu yang bekerja, posisi ini sangat membantu karena ibu bisa tetap istirahat sambil tetap menyusui. Jangan khawatir akan menimpa bayi kita sendiri, sensor tubuh ibu yang menyusui akan sangat sensitif dan mudah terbangun jika bayi sudah selesai menyusu.

d. Football/Clutch hold atau posisi mengempit

Posisi ini sangat aman dan menyenangkan karena ibu bisa menatap langsung mata bayinya ketika menyusui. Posisi ini sangat direkomendasikan bagi para ibu yang memiliki bayi kembar sehingga bisa langsung menyusui dua bayi sekaligus supaya tidak cepat lelah.

D. Tanda-tanda bayi cukup ASI

1. Kecukupan ASI dapat diukur melalui respon bayi setelah disusui, misalnya bayi terlihat ceria, tidak rewel dan tidak gelisah

2. Frekuensi buang air kecil biasanya bertambah 6 -8 x / hari dengan berwarna jernih ditandai bahwa bayi cukup ASI dan frekuensi buang air besar biasa 1-2 x / hari dengan fases berwarna hijau berubah menjadi kuning dikarenakan cairan ASI
3. Kenaikan berat badan, namun biasanya sedikit menurun diawal-awal kelahiran biasanya tidak lebih dari 7% tetapi berat badan bayi bisa naik di usia minggu kedua sesuai dengan kebutuhan ASI pada bayi
4. Bayi terlihat tidur dengan nyenyak
5. Jadwal menyusui bayi terlihat teratur

E. Akibat apabila bayi bila menyusui tidak benar

1. Putting susu menjadi lecet.
2. ASI tidak keluar secara optimal sehingga mempengaruhi produksi ASI.
3. Bayi enggan menyusui.
4. Bayi menjadi kembung.
5. Payudara ibu membengkak

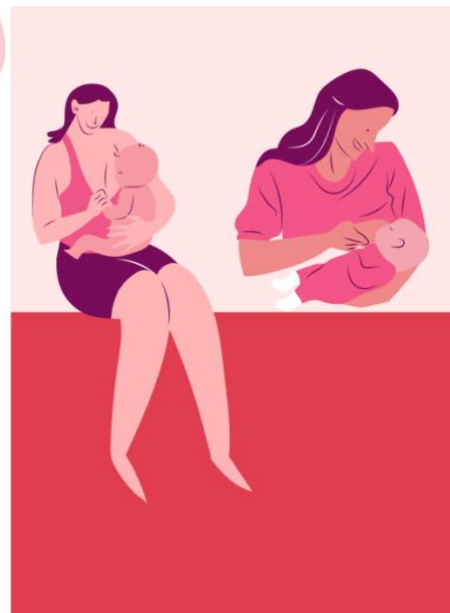
Lampiran 2: Lembar Balik



Teknik Menyusui yang Baik dan Benar

Dipengaruhi oleh waktu awal menyusui, frekuensi menyusui, posisi bayi saat menyusui dan kemampuan bayi menyusui secara efektif

- Banyak ibu yang mengalami nyeri dan pembengkakan pada payudara akibat tidak maksimal dalam proses menyusui bayi.
- Hisapan bayi sangat berpengaruh pada rangsangan produksi ASI selanjutnya.



Manfaat menyusui

Bagi seorang ibu

- ✦ Mencegah perdarahan pasca persalinan
- ✦ Mengurangi kemungkinan kanker payudara
- ✦ Mempercepat kembalinya rahim ke bentuk semula
- ✦ Cara terbaik bagi ibu untuk mencurahkan kasih sayangnya

Bagi buah hati

- ✦ Membentuk sistem pencernaan yang sehat
- ✦ Menunjang perkembangan penglihatan
- ✦ ASI mengandung zat antibody
- ✦ Memperkuat ikatan batin ibu dan anak



Langkah-Langkah Menyusui



Cuci tangan dengan air bersih dan mengalir

OLESI PUTING DENGAN SEDIKIT ASI

untuk menjaga kelembaban dan sebagai disinfektan alami.



DUDUK RILEKS DAN POSISIKAN BAYI DENGAN BENAR

Gendong bayi dengan kedua tangan, hadapkan muka bayi ke payudara, mulut berada di depan puting dan perut menempel ke tubuh ibu.



TELINGA DAN LENGAN BERADA DALAM SATU GARIS LURUS

Posisi lengan bayi diletakkan dibelakang tubuh ibu, dan yang satunya di depan.



TANGAN IBU MEMBENTUK HURUF C

Paudara dipegang dengan ibu jari dan yang lain menopang dibawah.



BERI RANGSANGAN PADA BAYI UNTUK MEMBUKA MULUT

Bisa dilakukan dengan cara menyentuh pipi atau mulut bayi dengan puting susu.





Menyendawakan bayi setelah menyusui



- ✦ Bayi digendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan atau,
- ✦ Bayi tidur tengkurap dipangkuan ibu, kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan.

POSISI MENYUSUI

- Posisi menimang.
- Duduk nyaman bersandar.
- Satu tangan menyangga tubuh bayi dan tangan disebelahnya memegang payudara.
- Sangga bayi dengan kedua tangan bila bayi sudah menghisap.

Cradle Hold



Cross-Cradle Hold

- Posisi menyilang.
- Tangan yang berlawanan dengan payudara yang disusukan menyangga kepala bayi.
- Sangga bayi dengan kedua tangan bila bayi sudah menghisap.
- Biasa dipakai untuk bayi yang terlahir kecil.



Side-lying Position

- Posisi tiduran menyamping.
- Cocok bagi ibu yang baru melahirkan dan masih kelelahan.
- Sangat membantu bagi ibu bekerja karena bisa sambil istirahat.
- Ibu dapat tidur sambil menyusui.



Football Hold

- Posisi mengempit.
- Direkomendasikan bagi para ibu yang memiliki bayi kembar.
- Posisi ini sangat aman dan menyenangkan karena ibu bisa menatap langsung mata bayinya ketika menyusui.

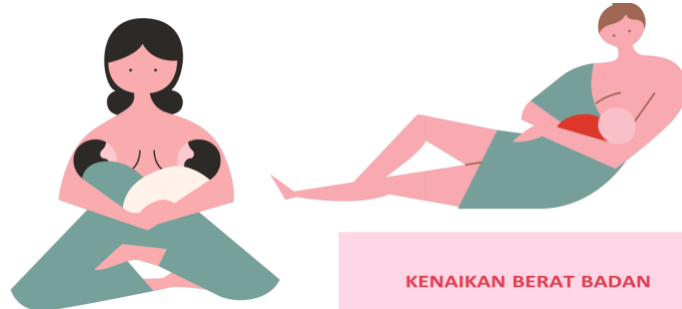


Tanda-Tanda Bayi Cukup ASI



BAYI TAMPAK CERIA, TIDAK REWEL DAN TIDAK GELISAH

Kecukupan ASI dapat diukur melalui respon bayi setelah menyusui dan juga bayi terlihat tidur dengan nyenyak.



FREKUENSI BUANG AIR

Biasanya bayi BAK sebanyak 6-8x/hari dengan warna jernih dan BAB sebanyak 1-2x/hari dengan warna kuning cairan ASI.

KENAIKAN BERAT BADAN

Berat badan bayi biasanya sedikit menurun di awal-awal kelahiran (tidak lebih dari 7%), tetapi berat badan bayi bisa naik di usia minggu kedua sesuai kebutuhan ASI pada bayi.

AKIBAT APABILA BAYI MENYUSU TIDAK BENAR

PUTING SUSU IBU MENJADI LECET



ASI TIDAK KELUAR SECARA OPTIMAL
SEHINGGA MEMPENGARUHI PRODUKSI ASI

BAYI ENGGAN MENYUSU DAN
MENYEBABKAN BAYI KEMBUNG



TERJADI PEMBENGKAKAN PADA
PAYUDARA IBU



Lampiran 3: Leaflet

TANDA BAYI CUKUP ASI

Bayi tampak ceria, tidak rewel dan tidak gelisah	Frekuensi BAK 6-8 x / hari dengan berwarna jernih dan frekuensi BAB 1-2 x / hari dengan feses berwarna kuning dikarenakan cairan ASI	Kenaikan berat badan di usia minggu kedua karena kebutuhan ASI pada bayi
--	--	--

IBU menyusui itu harus **WARAS** agar **ASI** mengalir **DERAS**



AKIBAT APABILA BAYI MENYUSU TIDAK BENAR

- Puting ibu menjadi lecet
- ASI tidak keluar secara optimal sehingga mempengaruhi produksi ASI
- Bayi enggan menyusui
- Terjadi pembengkakan pada payudara ibu



TEKNIK MENYUSUI

DIII KEPERAWATAN



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
RS HUSADA JAKARTA

Teknik menyusui yang baik dan benar dipengaruhi oleh waktu awal menyusui, frekuensi menyusui, posisi bayi saat menyusui dan kemampuan bayi menyusui secara efektif

Manfaat menyusui



Mencegah perdarahan pasca persalinan

Mengurangi kemungkinan kanker payudara

Cara terbaik bagi ibu untuk mencurahkan kasih sayangnya



Membentuk sistem pencernaan yang sehat

Menunjang perkembangan penglihatan

Memperkuat ikatan batin ibu dan anak

Langkah-Langkah Menyusui

- Cuci tangan dengan air bersih dan mengalir
- Olesi puting dengan sedikit ASI
- Posisikan bayi menghadap ke payudara, mulut di depan puting dan perut menempel ke tubuh ibu
- Telinga dan lengan berada dalam satu garis lurus
- Tangan ibu membentuk huruf C lalu beri rangsangan pada bayi supaya mulut bayi terbuka
- Usahakan sebagian besar areola masuk ke dalam mulut bayi
- Menyendawakan bayi ketika selesai menyusui

★★★★★

POSISI MENYUSUI



Cradle Hold



Cross-Cradle Hold



Side-lying Position

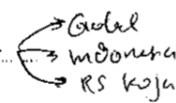


Football Hold

Lampiran 4: Lembar Konsultasi

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Jehan Puspasari, M.kep
 Nama Mahasiswa : masruah.
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. A dengan Postpartum
 sectio caesarea citas indikasi BSC ix di Ruang RPKK RSUD Kojan Jakarta Utara

No.	Tanggal	Isi Konsultasi (saran/perbaikan)	Lampiran
1	07/03/2023	Revisi sesuai outline - Definisi - Data statistik  - Komplikasi - Upaya pencegahan - Peran perawat	
2	13 Maret '23	Revisi sesuai masukan	
3	30 Maret 2023	- Revisi BAB I sesuai masukan - Baca panduan penulisan	
4	3 April 2023	ACC BAB I - Tambahkan referensi dari berbagai sumber	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Jehan Puspasari, M.kep
 Nama Mahasiswa : Masrurah.
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ng.A dengan Postpartum
 Sectio Caesarea atas Indikasi BAC 1x di ruang RPKK RSUD Kota Jaraku Utara

No.	Tanggal	Konsultasi (saran/perbaikan)	Atandatangan
5.	6 April 2023	ACC BAB II - Lanjutkan BAB III	
6.	12 April 2023	Perbaiki analisa data, sesuaikan dgn SDKI, SIKI, SLKI	
7.	10 April 2023	Perbaiki dokumentasi implementasi, sesuaikan dengan waktu melakukan intervensi pada pasien	
8.	2 Mei 2023	ACC BAB III - Lanjutkan BAB IV	
9.	8 Mei 2023	Lihat kesengangan antara teori & kasus meliputi pengkajian sampai evaluasi	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ni Jehan Puspasari, M.Kep
 Nama Mahasiswa : Masnurroh.
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. A dengan Partum
 Sectio caesarea atas Indikasi BSC IX di Ruang RPTK RSUD Kota Jakarta Utara

No.	Tanggal	Konsultasi (saran/perbaikan)	Paraf dan Tanggal
10.	15 Mei 2023	- Tambahkan faktor pendukung & faktor penghambat pada BAB IV - Perhatikan typu & teknik 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	- Buatlah saran yang aplikatif - Lanjutkan membuat PPT - Perbaiki terakhir BAB V	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Jehan Puspasari, Mkep
 Nama Mahasiswa : Masruroh
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. A dengan Postpartum
 sectio caesarea atas Indikasi Bsc x di Ruang ROKK RSUD Kaja Jakarta Utara

No	Tanggal	Konsultasi (saran/perbaikan)	Tanda tangan
15.	12 Juni 2023	ACC BAB I ACC Sidang _____	