



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. I DENGAN POST
SEKSIO SESAREA ATAS INDIKASI BSC 1X &
CEPHALOPELVIC DISPROPORTION (CPD)
DI RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

MIRRA SARI

191156

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2022**



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. I DENGAN POST
SEKSIO SESAREA ATAS INDIKASI BSC 1X &
CEPHALOPELVIC DISPROPORTION (CPD)
DI RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

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

MIRRA SARI

191156

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
Jakarta, 2022**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

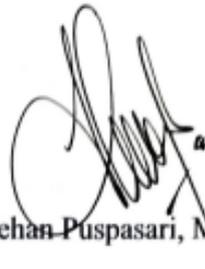
Nama : Mirra Sari
NIM : 191156
Tanda Tangan : 
Tanggal : 15 Juni 2022

LEMBAR PERSETUJUAN

**Asuhan Keperawatan pada Ny. I dengan Post
Seksio Sesarea atas Indikasi BSC 1x &
Cephalopelvic Disproportion (CPD)
Di RSUD Koja Jakarta Utara**

Jakarta, 15 Juni 2022

Pembimbing



(Ns. Jehan Puspasari, M.Kep)

LEMBAR PENGESAHAN

**Asuhan Keperawatan pada Ny. I dengan Post
Seksio Sesarea atas Indikasi BSC 1x &
Cephalopelvic Disproportion (CPD)
Di RSUD Koja Jakarta Utara**

Dewan Penguji

Ketua,



(Ns. Jehan Puspasari, M.Kep)

Anggota,



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



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

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



(Ellynia, S.Eq 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 III Keperawatan 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. Orang tua dan Keluarga tercinta Ibu Sarwiyah, Ibu Hj. Merry, Bapak Sigit Intan Saputra, Bapak Ruta yang telah memberikan doa yang tulus dan ikhlas untuk saya. Terima kasih untuk semua dukungan moral dan material kepada saya untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma III di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada.
2. Ibu Ellynia, S.E., M.M selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada.
3. Ibu Enni Juliani, M.Kep selaku Wakil Ketua I Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada.
4. Ibu Ns. Ernawati, M.Kep., Sp.Kep.An selaku Wakil Ketua III Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada dan selaku dosen penguji 2.
5. Dosen pembimbing Ibu Jehan Puspasari, M.Kep yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini dan banyak memberi masukan serta motivasi kepada saya.
6. Ibu Ns. Veronica Yeni Rahmawati, M.Kep, Sp.Kep.Mat selaku dosen penguji 1.
7. Ibu Ns. Malianti Silalahi, M.Kep., Sp. Kep.J selaku wali kelas yang selalu memberi motivasi dan dukungan dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini
8. Dosen pengajar serta Staff Pendidikan STIKes RS Husada yang telah membimbing serta meyediakan fasilitas pendidikan selama masa perkuliahan

9. Kepala Ruangan dan CI Pembimbing beserta seluruh staff khususnya Ruang RPKK RSUD Koja, Jakarta Utara yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk melakukan Asuhan Keperawatan diruangan.
10. Ny. I dan keluarga yang sudah bersedia meluangkan waktunya dan sudah memberikan data-data yang diperlukan penulis
11. Irene Intan selaku adik tercinta, partner di segala hal selama di rumah yang telah memberikan doa dan serta semangat kepada saya untuk menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada.
12. Keluarga besar yang selalu mendukung, dan memberikan motivasi selama menjalani perkuliahan hingga menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada
13. Keluarga kecil dari semester 1 hingga akhir, partner disegala hal, tempat berkeluh kesah, berjuang, menggalau, mengkocak, menggabut dan mendrama bersama (Ayu Lestari, Setiawati Adawiyah)
14. Teman-teman angkatan XXXII yang selama tiga tahun telah berjuang bersama-sama, terutama untuk kelas 1D 2019/2012, 2D 2020/2021 dan 3D 2021/2022. Terima kasih atas kerjasama dan kebersamaannya.
15. Teman-teman BEM angkatan 32. Terima kasih untuk kebersamaannya, sudah berjuang dan berkerjasama serta menghibur selama satu tahun jabatan serta telah memberikan banyak pengalaman hebat.
16. Teman-teman UKM voli di STIKes RS HUSADA yang selalu menghibur disaat jenuh serta memberikan dukungan selama menyelesaikan Tugas Akhir ini .
17. Teman dinas maternitas dan anak selama 1 bulan selama di RSUD Koja sampai sekarang yang selalu mendengarkan curahan hati penulis dalam semua hal (Maya Halimatus Sadih)
18. Sahabat seperjuangan (grup ambis) di STIKes RS Husada, yang sudah berjuang bersama-sama selama tiga tahun ini yang telah memberikan dukungan, motivasi, serta kenangan yang berkesan (Amelliana, Maharani Deswita Fitri, Setiawati Adawiyah, Lona Marina, Intan Rahmawati, Syafaa'atul Qalbi Suryani, Sarah Oktalaemunah, Pinky Marsheilla dan Intan Kusmiati)

19. Teman-teman seperjuangan Keperawatan Maternitas, khususnya kelompok 2 maternitas yang sudah berjuang bersama selama menyelesaikan Tugas Akhir ini (Ayu Lestari, Annisa Dwi Permatasari, Maulidyah Juanita, Elsa Amelia)
20. Sahabat kecil yang sampai sekarang masih bersama, tempat berbagi cerita serta seseorang yang juga sangat berperan penting dalam kisah hidup penulis (Karen Sukma wati, Lilis Sugianti)
21. Teman terbaik, partner disemua hal sekaligus penyemangat penulis dalam menyelesaikan Tugas Akhir (Ayu Lestari)
22. Sahabat SMA yang selalu memberikan motivasi dan semangat dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini (Alya Fadhillah, Laura Yuliana Rahardjo, Senja Pramesti, Dewi Sartika)
23. Sahabat SMP sampai sekarang yang selalu memberikan dukungan, motivasi, semangat kepada penulis (Imas Fajarwani, Anne Anantya, Dede Diana, Silvia Hadi Santoso, Bunga Utami, Asih Karsinih, Qurotul Ain, Puput Noviyanti, Amalia Tri Oktaviani, Khusnul Khotimah)
24. Kakak tercinta dan terbaik Irma Rahmawati, terima kasih telah memberikan semangat dan dukungannya selama ini serta motivasi yang selalu diberikan kepada saya untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
BAB 1: PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penelitian.....	7
1. Tujuan Umum	7
2. Tujuan khusus	7
C. Ruang Lingkup.....	8
D. Metode Penulisan.....	9
E. Sistematika Penulisan.....	9
BAB II: TINJAUAN TEORI.....	11
A. Pengertian Postpartum.....	11
B. Klasifikasi Postpartum.....	11
C. Perubahan Fisiologis.....	12
D. Perubahan Psikologis Post Partum.....	20
E. Tanda dan Gejala	21
F. Perawatan Masa Nifas/Postpartum	22
G. Tanda-Tanda Bahaya Masa Nifas	24
H. Konsep Seksio Sesarea (SC)	25
I. Konsep Cephalopelvic Disproportion (CPD).....	30
BAB III: TINJAUAN KASUS.....	46
A. Pengkajian Keperawatan.....	46
B. Diagnosa Keperawatan.....	60
C. Rencana Keperawatan, Implementasi, Evaluasi.....	60
BAB IV: PEMBAHASAN	72
A. Pengkajian.....	72
B. Diagnosa Keperawatan.....	73
C. Perencanaan Keperawatan.....	75
D. Pelaksanaan Keperawatan.....	76
E. Evaluasi Keperawatan	77
BAB V: PENUTUP	79
A. Kesimpulan.....	79
B. Saran.....	81
DAFTAR PUSTAKA	83

BAB 1 PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Postpartum atau masa nifas merupakan masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika organ - organ kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang lamanya 6 minggu atau 42 hari pasca persalinan (Ayu, 2013). Periode postpartum merupakan periode waktu atau masa sejak bayi lahir sampai organ - organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil. Periode ini berlangsung selama 6 minggu dan sering kali disebut masa nifas atau puerperium (Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013). Jadi, dapat disimpulkan bahwa masa nifas dimulai setelah selesainya partus dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu atau 42 hari, pada periode ini tubuh terus mengalami perubahan dan pemulihan kembali ke keadaan sebelum hamil.

UNICEF (*United Nations Children's Fund*) mengungkapkan pada hari pertama tahun baru 2020 sebanyak 13.020 bayi akan lahir. Bayi Indonesia akan menyumbang sekitar 3,32% dari total 392.078 bayi (UNICEF, 2019). Pelaporan kelahiran di provinsi DKI Jakarta pada bulan Maret 2020 sebanyak 7.026 pelaporan dengan presentase 28,7% di wilayah Jakarta Timur, 22,0% di wilayah Jakarta Barat, 21,3% di wilayah Jakarta Selatan, 18,1% di wilayah Jakarta Utara, 9,5% di wilayah Jakarta Pusat dan 0,4% untuk wilayah Kepulauan Seribu.

Kejadian ibu melahirkan di Indonesia pada tahun 2019 sebesar 4.778.621 orang, wilayah yang menempati posisi pertama untuk ibu melahirkan adalah Jawa Barat sebesar 18,28% sedangkan untuk DKI Jakarta sebesar 3,48% (Kemenkes, 2020). Berdasarkan data rekapitulasi pada Rekam Medis RSUD Koja Jakarta Utara pada bulan Februari 2021 sampai Februari 2022, jumlah pasien yang melahirkan dengan Seksio Sesarea sebanyak 2.385 pasien (RSUD Koja, 2022).

Proses melahirkan adalah suatu proses alami yang akan berlangsung dengan sendirinya, tetapi persalinan pada manusia setiap saat terancam penyulit yang membahayakan ibu maupun janinnya sehingga memerlukan pengawasan, pertolongan, dan pelayanan dengan fasilitas yang memadai. Pada proses melahirkan akan menimbulkan gangguan akibat perubahan fisik diantaranya, sakit pinggang dan perut, merasa kurang enak, merasa lelah, lemas, badan terasa tidak nyaman, tidak bisa tidur nyenyak, susah untuk bernapas. Selain perubahan fisik juga akan mengalami perubahan psikis yaitu adanya rasa takut, khawatir takut terjadi bahaya saat persalinan, takut tidak bisa memenuhi kebutuhan anaknya

Semenjak pandemi COVID-19 menurut BKKBN angka kelahiran meningkat hingga mencapai 400-500 ribu kelahiran di tahun 2020. Berdasarkan data Badan Pusat Statistika pada 2020 ini peningkatan jumlah penduduk meningkat sebanyak 271 juta jiwa. Yang berarti akan ada penambahan kelahiran baru sekitar 4,8 Juta kelahiran di Indonesia. Berdasarkan data ada 10% dari 28 juta keluarga di Indonesia yang sulit mengontrol kelahiran.

Peningkatan jumlah kehamilan masa pandemi Covid 19 juga disebabkan oleh penurunan penggunaan alat kontrasepsi. Terjadi penurunan penggunaan alat kontrasepsi dimulai dari Februari hingga Maret 2020 sebesar 40%. Penurunan angka penggunaan alat kontrasepsi diantaranya implan turun dari 81.062 menjadi 51.536, suntik KB dari 524.989 menjadi 341.109. Demikian juga dengan pil KB penggunaannya turun dari 251.619 menjadi 146.767, kondom dari 31.502 menjadi 19.583, MOP (vasektomi) dari 2.283 menjadi 1.1196, dan MOW (tubektomi) dari 13.571 menjadi 8.093. Penurunan terjadi sejak bulan Maret 2020 dari 36 juta pengguna menjadi 26 juta saja di bulan April, sedangkan dari 10 juta yang lepas pakai alat kontrasepsi, 2,5 juta diantaranya merupakan pasangan usia subur dengan rentang usia 20-35 tahun (Wardoyo, 2020).

Persalinan ada dua cara yaitu persalinan lewat vagina atau lebih dikenal dengan persalinan normal dan persalinan dengan operasi sesar (Seksio Sesarea), yaitu suatu kondisi bayi dikeluarkan melalui pembedahan perut atau melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Berbagai faktor yang dapat menjadi indikasi dilakukan tindakan SC antara lain faktor ibu dan janin. Adapun beberapa faktor yang berasal dari ibu adalah Disproporsi Kepala Panggul (DKP). *Cephalopelvic Disproportion (CPD)* adalah keadaan yang menggambarkan ketidaksesuaian antara kepala janin dan panggul ibu sehingga janin tidak dapat keluar melalui vagina, riwayat ketuban pecah dini, persalinan lama, kehamilan postdate, pre-eklamsia/eklamsia, diabetes maternal, infeksi virus herpes pada traktus genitalia, perdarahan akibat plasenta previa dan abruption plasenta. Kemudian karena adanya indikasi dari fetal seperti fetal distress, mal presentasi

dan mal posisi, inkompatibilitas rhesus, insufisiensi plasenta, kehamilan post matur dengan pemeriksaan klinis dan berbagai test menunjukkan bahwa bayinya berada dalam keadaan bahaya. Selain itu dari faktor predisposisi yaitu umur ibu yang kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun serta paritas ibu yaitu paritas rendah (paritas satu) dan paritas yang lebih dari 3 beresiko persalinan patologis.

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) 2019, melaporkan Angka Kematian Ibu (AKI) masih sangat tinggi, Salah satunya negara Nigeria yang merupakan negara dengan AKI tertinggi yaitu 67.000 jiwa, di India sebanyak 35.000 jiwa, dan Indonesia sebanyak 8.600 jiwa ditahun 2017. Menurut Kementerian Kesehatan pada tahun 2020 menunjukkan 4.627 kematian ibu di Indonesia. Jumlah ini menunjukkan peningkatan dibandingkan tahun 2019 sebesar 4.221 kematian. Berdasarkan penyebab, sebagian besar kematian ibu pada tahun 2020 disebabkan oleh perdarahan sebanyak 1.330 kasus, hipertensi dalam kehamilan sebanyak 1.110 kasus, dan gangguan sistem peredaran darah sebanyak 230 kasus. Pada tahun 2020 AKI mencapai presentase 82,6% tercatat peningkatan sekitar 4.400 kasus. Keluhan paling umum dari kunjungan masa nifas adalah demam (30,3%), masalah pada episiotomi atau bekas luka operasi (26,6%) dan sakit perut (25,7%).

Berdasarkan data dari Ketua Komite Ilmiah *International Conference on Indonesia Family Planning and Reproductive Health* (ICIFPRH) tahun 2019 AKI Indonesia masih tetap tinggi, yaitu 305 per 100.000 kelahiran hidup. Padahal, target AKI Indonesia pada tahun 2015 adalah 102 per 100.000 kelahiran hidup. Masalah yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan, termasuk AKI tidak dapat dilepaskan dari berbagai yang mempengaruhinya, antara lain status

kesehatan ibu dan kesiapan untuk hamil, pemeriksaan antenatal, pertolongan persalinan dan perawatan segera setelah persalinan, serta faktor sosial budaya (Susiana, 2019).

Kemenkes RI menyebutkan di Indonesia angka kematian ibu postpartum ditahun 2019 mengalami penurunan sebanyak 4.221 jiwa. Data *World Bank* mencatat, Indonesia menduduki posisi ketiga AKI tertinggi tahun 2017 dengan kematian 177 kematian per 100 ribu kematian ibu antar negara ASEAN (WHO, 2019). Sebagian besar kematian ibu terjadi di negara berkembang karena kurang mendapat akses pelayanan kesehatan, kekurangan fasilitas, terlambatnya pertolongan persalinan disertai keadaan social ekonomi dan pendidikan masyarakat yang masih tergolong rendah.

Upaya penanganan penurunan AKI dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, seperti kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, dan pelayanan keluarga berencana termasuk keluarga berencana (KB) pasca persalinan. Salah satu upaya kesehatan ibu yang dapat dilakukan yaitu dengan melaksanakan pelayanan kesehatan ibu nifas (Kemenkes RI, 2020). Oleh karena itu, perawatan nifas dibutuhkan pada periode setelah persalinan untuk mendeteksi dini masalah atau mengobati penyakit pasca persalinan. Lebih dari 65% kematian ibu terjadi selama 42 hari pertama pasca persalinan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kunjungan nifas lengkap di Indonesia. Selama masa pemulihan tersebut harus melakukan perawatan

setelah masa nifas yaitu *postnatal care* (PNC) dimana suatu pelayanan kesehatan yang dilakukan segera setelah melahirkan. Biasanya pelayanannya berupa konseling KB, konseling tentang ASI, konseling seputar setelah melahirkan. Kunjungan pada masa nifas dilakukan minimal 4 kali yang tujuannya dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir dan untuk mencegah, mendeteksi serta menangani masalah-masalah yang terjadi. Kunjungan 1 dilakukan pada 6-8 jam setelah persalinan. Kunjungan 2 dilakukan 6 hari setelah persalinan. Kunjungan 3 Dilakukan setelah 2 minggu setelah persalinan. Kunjungan 4 dilakukan 6 minggu setelah persalinan.

Adapun sebagai perawat maternitas sangat berperan dalam melakukan upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Upaya Promotif yaitu dengan meningkatkan penyuluhan tentang pentingnya kunjungan nifas dengan lengkap, yang mencakup pemberian komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) kesehatan Ibu nifas dan bayi baru lahir termasuk keluarga berencana pasca persalinan (Kemenkes RI, 2013). Dan juga memberikan pendidikan kesehatan terkait cara pijat oksitosin, posisi dan perlekatan menyusui yang baik dan benar, cara perawatan payudara, perawatan luka, nutrisi yang diperlukan ibu menyusui, perawatan bayi serta perubahan fisiologis dan psikologis ibu postpartum.

Upaya Preventif bertujuan untuk mencegah terjadinya penyakit pada ibu postpartum, dengan cara menganjurkan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan pada masa nifas di pelayanan kesehatan, memonitor tanda-tanda vital, memonitor pendarahan, mengajarkan cara perawatan *vulva hygiene* yang benar, memantau kontraksi uterus agar tidak terjadi komplikasi lanjut seperti pendarahan seperti pemeriksaan TFU, lokia, pendarahan dan menyarankan ibu

untuk minum 8 gelas air putih perhari dan menyusui bayi walaupun ASI keluar sedikit (Simanjuntak & Wulandari, 2017). Adapun Upaya Kuratif yang bertujuan untuk mengetahui dan mengenal suatu penyakit atau komplikasi pada ibu postpartum agar melakukan pengobatan yang tepat, perawat berkolaborasi untuk pemberian analgetik post operasi, pemberian antibiotik untuk mencegah infeksi pada bekas luka operasi dan perawatan luka pada bekas operasi (Simanjuntak & Wulandari, 2017). Upaya yang terakhir adalah Rehabilitatif yaitu upaya kesehatan yang bercakupan dan bersifat pemeliharaan kesehatan (Puspita, 2019). Menurut Suryani & Maryunani (2015) menjelaskan kepada ibu postpartum tentang perubahan yang mungkin terjadinya baik itu secara fisiologis maupun psikologis di masa postpartum, serta tanda bahaya yang mungkin terjadi di masa *postnatal* dan cara mengatasi hal tersebut misalnya, menganjurkan ambulasi dini, mobilisasi dan pemenuhan nutrisi yang adekuat.

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan postpartum

2. Tujuan khusus

Adapun tujuan khusus dari penulisan karya tulis ilmiah ini diantaranya sebagai berikut :

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian perawatan pada pasien postpartum

- b. Mahasiswa mampu menentukan masalah keperawatan pada pasien postpartum
- c. Mahasiswa mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien postpartum
- d. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien postpartum
- e. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien postpartum
- f. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan postpartum
- g. Mahasiswa mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung maupun penghambat serta mencari solusi pada kasus ibu postpartum
- h. Mahasiswa mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada antara teori dan kasus pada ibu postpartum

C. Ruang Lingkup

Sehubungan dengan keterbatasan waktu, maka penulis hanya melakukan asuhan keperawatan pada satu pasien yaitu asuhan keperawatan pada ibu postpartum yang dilakukan pada Ny. I dengan Postpartum Seksio Sesarea atas Indikasi BSC 1x & *Cephalopelvic Disproportion* di RSUD KOJA Jakarta Utara, selama 3 x 24 jam dimulai pada tanggal 17-19 Maret 2022.

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, penulis menggunakan metode deskripsi dengan memaparkan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien postpartum. Proses keperawatan menggunakan teknik: studi kepustakaan yaitu dengan membaca dan mempelajari buku atau sumber yang berhubungan dengan postpartum. Adapun cara lain yang dilakukan yaitu dengan wawancara dan meminta penjelasan dari pihak pasien, tentang objek yang akan diteliti dalam postpartum, melakukan pemeriksaan fisik seperti inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi serta studi dokumentasi mengumpulkan data dari rekam medis dan catatan keperawatan.

E. Sistematika Penulisan

Laporan ini disusun secara sistematika yang terdiri dari lima bab yaitu pada BAB 1: Pendahuluan yang menguraikan latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II: Tinjauan teori, yaitu terdiri dari konsep dasar postpartum (pengertian, tanda-tanda), proses adaptasi perubahan fisiologis dan psikologis ibu postpartum, dan asuhan keperawatan (pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan). BAB III: Tinjauan kasus terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, penatalaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB IV: Pembahasan kasus terdiri dari pembahasan yang menguraikan kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi keperawatan. BAB V:

Penutup meliputi kesimpulan dan saran. Dan diakhir penulisan karya tulis ilmiah berisi daftar pustaka dan lampiran.

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Pengertian Postpartum

Lowdermilk, Perry, & Cashion (2013) mengatakan bahwa periode postpartum adalah jangka waktu antara lahirnya bayi dengan kembalinya organ reproduksi ke keadaan normal seperti sebelum hamil. Periode ini sering disebut masa nifas (puerperium), atau trimester keempat kehamilan, meskipun masa nifas secara tradisional dikatakan berlangsung 6 minggu lamanya tapi bervariasi pada wanita. Masa Nifas (puerperium) didefinisikan sebagai masa pemulihan segera yang dimulai setelah kelahiran bayi dan plasenta dan mencerminkan keadaan fisiologis ibu, terutama karena sistem reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum kehamilan yang dimulai dari 2 jam setelah plasenta lahir hingga 6 minggu atau 42 hari (Yeffy, 2015). Masa nifas merupakan masa yang penting bagi ibu dan bayi karena selama masa ini terjadi perubahan fisik, emosional, dan psikologis yang besar pada ibu.

B. Klasifikasi Postpartum

Menurut Astuti (2015) periode masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu:

1. Purperium Dini (*Immediate Postpartum*), waktu 0-24 jam postpartum.

Purperium dini yaitu kepulihan kondisi ketika ibu telah diperbolehkan

berdiri dan berjalan-jalan. Dianggap telah bersih dan boleh melakukan hubungan suami istri apabila setelah 40 hari.

2. Purperium Intermedial (*Early Postpartum*), waktu 1-7 hari postpartum.

Purperium intermedial yaitu kepulihannya menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6 minggu

3. Remote Purperium (*Late Postpartum*), Waktu 1-6 minggu postpartum,

yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil dan waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk pulih sempurna biasanya berminggu-minggu, bulanan bahkan tahunan.

C. Perubahan Fisiologis

Menurut Maiti & Bidinger (2015) pada masa postpartum untuk mengingat komponen yang diperlukan dalam pengkajian, banyak perawat menggunakan istilah BUBBLE-LE yaitu termasuk *Breast* (payudara), *Uterus* (rahim), *Bowel* (fungsi usus), *Bladder* (kandung kemih), *Lochea* (lochia), *Episiotomy* (episiotomi/perinium), *Lower Extremity* (ekstremitas bawah), dan *Emotion* (emosi).

1. Involusi Rahim

Melalui proses katabolisme jaringan, berat rahim dengan cepat menurun dari sekitar 1000 gm pada saat kelahiran menjadi 50 gm pada sekitar 3 minggu masa nifas. Serviks juga kehilangan elastisitasnya dan kembali kaku seperti sebelum kehamilan. Selama beberapa hari pertama setelah melahirkan, sekret rahim (lochia) tampak merah (lochia rubra) karena adanya eritrosit. Setelah 3 sampai 4 hari lochia menjadi lebih pucat (lochia serosa), dan di hari ke-10 lochia

tampak berwarna putih atau kekuning - kuningan (lochia alba). Berdasarkan waktu dan warnanya pengeluaran lochia dibagi menjadi 4 jenis yaitu:

- a. Lochia rubra, lochia ini muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa postpartum, warnanya merah karena berisi darah segar dari jaringan sisa-sisa plasenta.
- b. Lochia sanguilenta, berwarna merah kecoklatan dan muncul pada hari keempat sampai hari ketujuh.
- c. Lochia serosa, lochia ini muncul pada hari ketujuh sampai hari keempat belas dan berwarna kuning kecoklatan.
- d. Lochia alba, berwarna putih dan berlangsung 2 sampai 6 minggu postpartum.

Adapun proses involusi uterus yang terdiri dari 4 proses yaitu, iskemia miometrium, atrofi jaringan, autolysis dan efek Oksitosin. Pertama, iskemia miometrium adalah suatu kondisi yang disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi. Kedua, atrofi jaringan adalah suatu kondisi yang terjadi sebagai reaksi penghentian hormon esterogen saat pelepasan plasenta. Ketiga, autolysis merupakan suatu proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Autolysis memiliki suatu enzim yaitu enzim proteolitik, yang berfungsi untuk memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesterone. Keempat, Efek Oksitosin merupakan

suatu kondisi yang menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

2. Uterus

Setelah kelahiran plasenta, uterus menjadi massa jaringan yang hampir padat. Dinding belakang dan depan uterus yang tebal saling menutup, yang menyebabkan rongga bagian tengah merata. Ukuran uterus akan tetap sama selama 2 hari pertama setelah kelahiran, namun kemudian secara cepat ukurannya berkurang oleh involusi. Terjadi proses involusi yaitu proses kembalinya ukuran dan fungsi sistem reproduksi ke kondisi seperti sebelum hamil, dalam 3 – 4 hari pertama berlangsung cepat. Proses involusi terjadi hingga 6 minggu. Penurunan fundus uteri dan pengecilan uterus mengindikasikan adanya proses involusi. Setelah plasenta lahir, berat uterus 1000 gram. Uterus akan mengeras dan mengecil karena adanya kontraksi (ukuran seperti kehamilan 16 minggu). Setiap hari fundus uteri turun 1 – 2 cm. Hari ke 6 fundus dipertengahan simfisis – umbilicus. Hari ke 9 uterus tidak teraba lagi. Setelah enam minggu uterus kembali normal (Martin, Reeder, G., Koniak, 2014).

3. Uterus tempat plasenta

Pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah plasenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas

plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung di dalam decidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta hingga terkelupas dan tak dipakai lagi pada pembuangan lokia. (Martin, Reeder, G., Koniak, 2014).

4. Afterpains

Merupakan kontraksi uterus yang intermiten setelah melahirkan dengan berbagai intensitas. *Afterpains* sering kali terjadi bersamaan dengan menyusui, saat kelenjar hipofisis posterior melepaskan oksitosin yang disebabkan oleh isapan bayi. Oksitosin menyebabkan kontraksi saluran lakteal pada payudara, yang mengeluarkan kolostrum atau air susu, dan menyebabkan otot-otot uterus berkontraksi. Sensasi afterpains dapat terjadi selama kontraksi uterus aktif untuk mengeluarkan bekuan bekuan darah dari rongga uterus (Martin, Reeder, G., Koniak, 2014).

Afterpains terjadi akibat kontraksi dan relaksasi otot uterus pada jam-jam pertama post partum, akan terasa berlebihan pada ibu dengan pembesaran uterus yang berlebihan. Misalnya pada kehamilan bayi besar dan bayi kembar *Afterpains* dapat meningkat apabila terdapat sisa plasenta pada kavum uteri, adanya gumpalan darah pada kavum uteri, adanya pemberian terapi oksitosin dan proses menyusui dimana kondisi ini menyebabkan terjadinya reflek stimulasi ke hipofise posterior yang merangsang pengeluaran hormon

oksitosin berlebih sehingga meningkatkan kontraksi, sehingga rasa mules meningkat.

5. Vagina

Meskipun vagina tidak pernah kembali ke keadaan seperti sebelum kehamilan, jaringan supportif pada lantai pelvis berangsur-angsur kembali pada tonus semula.

6. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya dalam kondisi ini, ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini terjadi karena pada waktu melahirkan sistem pencernaan mendapat tekanan menyebabkan kolon menjadi kosong, kurang makan, dan laserasi jalan lahir (Dessy, 2019). Fungsi kolon kembali normal pada minggu I postpartum keinginan BAB secara spontan menurun hingga hari ke 2-3. Konstipasi dapat terjadi karena adanya penurunan motilitas usus dan tonus otot abdomen, kehilangan cairan (dehidrasi), rasa nyeri pada perineum serta penggunaan enema, hemoroid.

7. Sistem kardiovaskuler

Segera setelah kelahiran, terjadi peningkatan resistensi yang nyata pada pembuluh darah perifer akibat pembuangan sirkulasi uteroplasenta yang bertekanan rendah. Kerja jantung dan volume plasma secara berangsur-angsur kembali normal selama 2 minggu masa nifas. Yang mempengaruhi volume darah yaitu adanya perubahan volume darah tergantung pada jumlah kehilangan darah selama persalinan, pada jumlah persalinan normal keluarnya darah sekitar 400 – 500 ml, kondisi dimana kehilangan darah >500 ml mengindikasikan adanya perdarahan pascapartum dan pada kala I dan II

cardiac output terus meningkat dan puncaknya pada awal nifas.

8. Perubahan Sistem Perkemihan

Diuresis postpartum normal terjadi dalam 24 jam setelah melahirkan sebagai respon terhadap penurunan estrogen. Selama proses persalinan vesika urinaria dapat mengalami trauma akibat tekanan, menimbulkan edema dan mengakibatkan over distensi dan pemenuhan kandung kemih tidak sempurna, kurang sensitif dan kapasitas bertambah, sesudah berkemih meningkat residu (Dessy, 2019).

9. Perubahan Psikososial

Wanita cukup sering menunjukkan sedikit depresi beberapa hari setelah kelahiran. Adanya “perasaan sedih pada masa nifas” mungkin akibat faktor faktor emosional dan hormonal. Dengan rasa pengertian dan penentraman dari keluarga dan dokter, perasaan ini biasanya membaik tanpa akibat lanjut (Zakiya, 2020).

10. Kembalinya Haid Dan Ovulasi

Pada wanita yang tidak menyusui bayi, aliran haid biasanya akan kembali pada 6 sampai 8 minggu setelah kelahiran, meskipun ini sangat bervariasi. Meskipun ovulasi mungkin tidak terjadi selama beberapa bulan, terutama ibu ibu yang menyusui bayi, penyuluhan dan penggunaan kontrasepsi harus ditekankan selama masa nifas untuk menghindari kehamilan yang tak dikehendaki (Munawaroh, 2020).

11. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan setelah bayi lahir berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali (Mansyur,

2014). Pada kondisi ini terjadi perubahan tanda-tanda vital pada ibu masa nifas yang meliputi:

- a. Suhu tubuh**, pada 24 jam setelah melahirkan suhu badan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai dampak dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan yang berlebihan, dan kelelahan.
- b. Nadi**, sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat dari denyut nadi normal orang dewasa (60-80x/menit).
- c. Tekanan darah**, biasanya tidak berubah kemungkinan bila tekanan darah tinggi atau rendah karena terjadi kelainan seperti perdarahan dan pre-eklamsia.
- d. Pernafasan**, frekuensi pernafasan normal orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu postpartum umumnya pernafasan lambat atau normal. Bila pernafasan pada masa postpartum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

12. Proses penyembuhan luka

Menurut Maiti & Bidinger (2015) dalam keadaan normal, proses penyembuhan luka mengalami 3 fase yaitu:

- a. Fase Inflamasi**, Fase ini terjadi sejak terjadinya injuri hingga sekitar hari kelima. Pada fase ini, terjadi proses:
 - 1) Hemostasis (usaha tubuh untuk menghentikan perdarahan), dimana pada proses ini terjadi karena adanya kontraksi pembuluh darah (vasokonstriksi), adanya agregasi platelet dan pembentukan jala-jala fibrin, serta aktivasi serangkaian reaksi pembekuan darah

2) Inflamasi, dimana pada proses ini terjadi karena adanya peningkatan permeabilitas kapiler dan vasodilatasi yang disertai dengan migrasi sel-sel inflamasi ke lokasi luka, dan proses penghancuran bakteri dan benda asing dari luka oleh neutrofil dan makrofag.

b. Fase Proliferasi, Fase ini berlangsung sejak akhir fase inflamasi sampai sekitar 3 minggu. Fase proliferasi disebut juga fase fibroplasia, dan terdiri dari 4 proses yaitu:

1) Angiogenesis, yaitu suatu proses pembentukan kapiler baru yang distimulasi oleh $TNF-\alpha$ untuk menghantarkan nutrisi dan oksigen ke daerah luka.

2) Granulasi, yaitu suatu proses pembentukan jaringan kemerahan yang mengandung kapiler pada dasar luka (jaringan granulasi). Fibroblas pada bagian dalam luka berproliferasi dan membentuk kolagen.

3) Kontraksi, dimana pada fase ini terjadi suatu kondisi dengan tepi-tepi luka akan tertarik ke arah tengah luka yang disebabkan oleh kerja miofibroblas sehingga mengurangi luas luka. Proses ini kemungkinan dimediasi oleh $TGF-\beta$.

4) Re-epitelisasi, yaitu suatu proses pembentukan epitel baru pada permukaan luka. Sel-sel epitel bermigrasi dari tepi luka melintasi permukaan luka. EGF berperan utama dalam proses ini.

c. Fase Pematangan Atau Remodelling, yaitu pada fase ini terjadi sejak akhir fase proliferasi dan dapat berlangsung berbulan-bulan. Pada fase ini terjadi pembentukan kolagen lebih lanjut, penyerapan kembali sel-sel radang, penutupan dan penyerapan kembali kapiler baru serta pemecahan

kolagen yang berlebih. Selama proses ini jaringan parut yang semula kemerahan dan tebal akan berubah menjadi jaringan parut yang pucat dan tipis. Pada fase ini juga terjadi pengerutan maksimal pada luka. Jaringan parut pada luka yang sembuh tidak akan mencapai kekuatan regang kulit normal, tetapi hanya mencapai 80% kekuatan regang kulit normal. Untuk mencapai penyembuhan yang optimal diperlukan keseimbangan antara kolagen yang diproduksi dengan yang dipecah. Kolagen yang berlebihan akan menyebabkan terjadinya penebalan jaringan parut, sebaliknya produksi kolagen yang berkurang akan menurunkan kekuatan jaringan parut dan luka tidak akan menutup dengan sempurna.

D. Perubahan Psikologis Postpartum

- 1. *Taking In* (istirahat/penghargaan)**, sebagai suatu masa ketergantungan dengan ciri-ciri ibu membutuhkan tidur yang cukup, nafsu makan meningkat, menceritakan pengalaman partusnya berulang-ulang dan bersikap sebagai penerima, menunggu apa yang disarankan dan apa yang diberikan. Disebut fase *taking in*, karena selama waktu ini, ibu yang baru melahirkan memerlukan perlindungan dan perawatan, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pada fase ini ibu lebih mudah tersinggung dan cenderung pasif terhadap lingkungannya disebabkan karena faktor kelelahan. Oleh karena itu, ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur. Di samping itu, kondisi tersebut perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik.

2. *Taking On/Taking Hold* (dibantu tetapi dilatih), terjadi di hari ke 3-10 postpartum. Terlihat sebagai suatu usaha terhadap pelepasan diri dengan ciri-ciri bertindak sebagai pengatur penggerak untuk bekerja, kecemasan makin menguat, perubahan mood mulai terjadi dan sudah mengerjakan tugas keibuan. Pada fase ini timbul kebutuhan ibu untuk mendapatkan perawatan dan penerimaan dari orang lain dan keinginan untuk bisa melakukan segala sesuatu secara mandiri. Ibu mulai terbuka untuk menerima pendidikan kesehatan bagi dirinya dan juga bagi bayinya. Pada fase ini ibu berespon dengan penuh semangat untuk memperoleh kesempatan belajar dan berlatih tentang cara perawatan bayi dan ibu memiliki keinginan untuk merawat bayinya secara langsung.

3. *Letting Go* (berjalan sendiri di lingkungannya), fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung setelah 10 hari postpartum. Periode ini biasanya setelah pulang kerumah dan sangat dipengaruhi oleh waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga. Pada saat ini ibu mengambil tugas dan tanggung jawab terhadap perawatan bayi sehingga ia harus beradaptasi terhadap kebutuhan bayi yang menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan dan hubungan sosial.

E. Tanda dan Gejala

Menurut Masriroh (2013) tanda dan gejala masa postpartum sebagai berikut:

1. Organ-organ reproduksi kembali normal pada posisi sebelum kehamilan
2. Perubahan-perubahan psikologis lain yang terjadi selama kehamilan

berbalik (kerumitan).

3. Masa menyusui anak dimulai.
4. Penyembuhan ibu dari stress kehamilan dan persalinan di asumsikan sebagai tanggung jawab untuk menjaga dan mengasuh bayinya.

F. Perawatan Masa Nifas/Postpartum

Menurut Wardiyah & Rilyani (2016) ada beberapa perawatan pada masa postpartum yaitu:

- 1. Mobilisasi**, kondisi ini menjelaskan bahwa latihan tertentu sangat membantu seperti:
 - a. Dengan tidur terlentang dengan lengan disamping, menarik otot perut selagi menarik nafas, tahan nafas ke dalam dan angkat dagu ke dada: tahan satu hitungan sampai 5, rileks dan ulangi 10 x.
 - b. Untuk memperkuat tonus otot vagina (latihan kegel).
 - c. Berdiri dengan tungkai dirapatkan kencangkan otot-otot, pantat dan pinggul dan tahan sampai 5 hitungan kendurkan dan ulangi latihan sebanyak 5 kali.
 - d. Mulai mengerjakan 5 kali latihan untuk setiap gerakan setiap minggu naikkan 5 kali. Dan pada 6 minggu setelah persalinan ibu harus mengerjakan sebanyak 30 kali.
- 2. Diet**, dimana dalam kondisi ini ibu menyusui harus mengkonsumsi tambahan kalori 500 tiap hari. Makanan harus diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup. Pil zat besi harus

diminum minimal 40 hari pasca melahirkan. Minum sedikitnya 3 liter, minum zat besi, minum kapsul vitamin A dengan dosis 200.000 unit.

3. Defekasi, pada kondisi ini buang air besar harus dapat dilakukan 3-4 hari pasca persalinan, bila tidak bisa maka diberi obat peroral atau perrektal atau klisma.

4. Perawatan Payudara, ada beberapa cara untuk merawat payudara yaitu menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu, menggunakan BH yang menyokong payudara, apabila puting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dari puting susu yang tidak lecet, apabila lecet berat dapat di istirahatkan selama 24 jam. ASI dikeluarkan dan diminum dengan menggunakan sendok, untuk menghilangkan nyeri ibu dapat minum parasetamol 1 tablet setiap 4- 6 jam, dan apabila payudara bengkak akibat pembendungan ASI, lakukan:

- a. Pengompresan payudara dengan menggunakan kain basah dan hangat selama 5 menit.
- b. Urut payudara dari arah pangkal menuju puting atau menggunakan sisir untuk mengurut arah Z pada menuju puting.
- c. Keluarkan ASI sebagian dari bagian depan payudara sehingga puting susu menjadi lunak.
- d. Susukan bayi setiap < 3 jam. Apabila tidak dapat menghisap seluruh ASI sisanya dikeluarkan dengan tangan.
- e. Letakkan kain dingin pada payudara setelah menyusui.

f. Laktasi ASI mengandung semua bahan yang diperlukan bayi, mudah dicerna, memberi perlindungan terhadap infeksi, selalu segar, bersih dan siap untuk diminum.

Adapun tanda ASI cukup yaitu bayi kencing 6 kali dalam 24 jam, bayi sering buang air besar berwarna kekuningan, bayi tampak puas, sewaktu-waktu merasa lapar, bangun dan tidur cukup, bayi menyusui 10-11 kali dalam 24 jam, payudara ibu terasa lembut dan kosong setiap kali menyusui, ibu dapat merasakan geli karena aliran ASI dan bayi bertambah berat badannya.

G. Tanda-Tanda Bahaya Masa Nifas

1. Perdarahan pervaginam yang luar biasa atau tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan haid biasa atau bila memerlukan pergantian pembalut 2 kali dalam setengah jam).
2. Pengeluaran cairan vagina yang berbau busuk.
3. Rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung.
4. Sakit kepala yang terus menerus, nyeri ulu hati, dan masalah penglihatan.
5. Pembengkakan diwajah atau ditangan.
6. Demam, muntah, rasa sakit sewaktu BAK atau jika merasa tidak enak badan.
7. Payudara yang bertambah atau berubah menjadi merah panas dan atau terasa sakit.
8. Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama.
9. Rasa sakit merah, lunak dan atau pembengkakan dikaki.

H. Konsep Seksio Sesarea (SC)

1. Pengertian Seksio Sesarea (SC)

Seksio Sesarea berasal dari bahasa latin “*caedere*” yang berarti memotong atau menyayat. Istilah itu disebut dalam ilmu obstetrik mengacu pada tindakan pembedahan yang bertujuan melahirkan bayi dengan membuka dinding perut ibu (Anggorowati & Sudiharjani, 2017). Seksio Sesarea (SC) adalah tindakan untuk melahirkan bayi melalui pembedahan abdomen dan dinding uterus (Nugroho, 2015). Seksio Sesarea adalah jalan alternatif menyambut kelahiran seorang bayi melalui operasi praktis. Pembedahan dilakukan pada perut dan rahim ibu. Seksio Sesarea dilakukan sebagai tindakan penyelamatan terhadap kasus - kasus persalinan normal yang berbahaya.

2. Etiologi

Menurut Amin dan Hardi (2013) indikasi ibu dilakukan Seksio Sesarea adalah ruptur uteri iminen, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini. Sedangkan indikasi dari janin adalah fetal distres dan janin besar melebihi 4.000 gram. Dari beberapa faktor Seksio Sesarea diatas dapat diuraikan beberapa penyebab seksio sebagai berikut :

- a. CPD (*Cephalopelvic Disproportion*) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara normal.
- b. PEB (Pre-Eklamsi Berat) adalah kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, pre-eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab

kematian maternatal dan perinatal paling penting dalam ilmu kebidanan. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

- c. KPD (Ketuban Pecah Dini) adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartus. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu.
- d. Bayi kembar, tak selamanya bayi kembar dilahirkan secara Seksio Sesarea. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.
- e. Faktor hambatan jalan lahir, adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernafas.

3. Kelainan Letak Janin

- a. Kelainan pada letak kepala
 - 1) Letak kepala tengadah, bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB yang paling rendah. Etiologinya kelainan panggul, kepala bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati, kerusakan dasar panggul.
 - 2) Presentasi muka, letak kepala tengadah (defleksi), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah ialah muka. Hal ini jarang terjadi, kira-kira 0,27-0,5 %.

- 3) Presentasi dahi, posisi kepala antara fleksi dan defleksi, dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Pada penempatan dagu, biasanya dengan sendirinya akan berubah menjadi letak muka atau letak belakang kepala.
- b. Letak sungsang, merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala difundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. Dikenal beberapa jenis letak sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki sempurna, presentasi bokong tidak sempurna dan presentasi kaki.

4. Patofisiologi

Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan, misalnya plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, ruptur uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, pre-eklamsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu Seksio Sesarea (SC). Dalam proses operasinya dilakukan tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah defisit perawatan diri. Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan, dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien. Selain itu, dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding

abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf di sekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut). Setelah proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post op, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah risiko infeksi.

5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada klien dengan post Seksio Sesarea menurut Prawirohardjo (2017) antara lain:

- a. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml
- b. Terpasang kateter, urin jernih dan pucat
- c. Abdomen lunak dan tidak ada distensi
- d. Bising usus tidak ada
- e. Ketidaknyamanan untuk menghadapi situasi baru
- f. Balutan abdomen tampak sedikit noda.
- g. Aliran lochea sedang dan bebas bekuan, berlebihan dan banyak
- h. Pusing
- i. Mual muntah
- j. Nyeri sekitar luka operasi
- k. Peristaltik usus menurun

6. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemindaian CT, Untuk mendeteksi perbedaan kerapatan jaringan.
- b. Uji laboratorium, yang terdiri dari hitung darah lengkap yang berfungsi untuk mengevaluasi trombosit dan hematokrit, panel elektrolit, skrining

toksik dari serum dan urin, AGD, kadar kalsium darah, kadar natrium darah, kadar magnesium darah, golongan darah (ABO), dan pencocokan silang, tes coombs, Nb, kultur yang berfungsi untuk mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II, serta hemoglobin/Hematokrit.

7. Komplikasi

- a. Infeksi Puerperal (Nifas), terdapat 3 tingkatan yaitu:
 - 1) Ringan, dengan suhu meningkat dalam beberapa hari
 - 2) Sedang, suhu meningkat lebih tinggi disertai dengan dehidrasi dan perut sedikit kembung
 - 3) Berat, peritonealis, sepsis dan usus parolitik
- b. Perdarahan, yang ditandai dengan banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka, terjadinya perdarahan pada plasenta bed, adanya luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila peritonealisasi terlalu tinggi, terjadi komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kemih dan embolisme paru-paru, serta suatu komplikasi yang baru kemudian tampak ialah kurang kuatnya perut pada dinding uterus sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptura uteri. Kemungkinan hal ini lebih banyak ditemukan sesudah Seksio Sesarea klasik.

8. Penatalaksanaan

Menurut Prawiroharjo (2017), penatalaksanaan medis dan perawatan setelah dilakukan Seksio Sesarea yaitu:

- a. Perdarahan dari vagina harus dipantau dengan cermat
- b. Fundus uteri harus sering dipalpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap berkontraksi dengan kuat
- c. Pemberian analgesik dan antibiotik
- d. Periksa aliran darah uterus paling sedikit 30 ml/jam
- e. Pemberian cairan intravaskuler, tiga liter cairan biasanya memadai untuk 24 jam pertama setelah pembedahan
- f. Ambulasi 1 hari setelah pembedahan klien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan dari orang lain atau keluarga.
- g. Perawatan luka: insisi diperiksa setiap hari, jahitan kulit (klip) diangkat pada hari ke 4 setelah pembedahan
- h. Pemeriksaan laboratorium: hematokrit diukur pagi hari setelah pembedahan untuk memastikan perdarahan pasca operasi atau mengisyaratkan hipovolemia.

I. Konsep *Cephalopelvic Disproportion* (CPD)

1. Pengertian

Menurut Varney (2017), *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) atau *Disproporsi Fotopelvik* adalah menggambarkan ketidaksesuaian antara ukuran janin dan ukuran pelvis, ukuran pelvis tertentu tidak cukup besar untuk mengakomodasi keluarnya janin melalui pelvis sampai terjadi kelahiran pervagina. Jadi, dapat disimpulkan bahwa *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat melahirkan secara alami.

2. Etiologi

Berbagai hal yang dapat menjadi penyebab *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) adalah sebagai berikut:

- a. Ukuran bayi terlalu besar karena faktor keturunan, ibu menderita *Diabetes Gestasional, postmaturity* (belum melahirkan saat usia kehamilan sudah matang), dan multiparitas (bukan kehamilan yang pertama).
- b. Posisi bayi dalam kandungan yang tidak normal atau bayi sungsang.
- c. Ukuran panggul ibu yang cenderung lebih kecil
- d. Bentuk panggul ibu tidak normal.
- e. Ada pertumbuhan tulang yang tidak normal pada panggul ibu.
- f. Ibu mengalami salah satu tulang belakang berpindah posisi (*spondylolisthesis*)

3. Manifestasi Klinis

Manifestasi Klinis menurut Anonimus (2014) ditemukan bahwa pada ibu dengan keturunan panggul kecil, penyakit di area panggul, pengukuran panggul yang kurang dari batas normal, panggul menyempit, janin yang besar melebihi 4000 gram. Ada beberapa pemeriksaan yang harus dilakukan antara lain:

- a. Pada pemeriksaan abdominal: Ukuran janin besar, kepala janin menonjol di simphisis pubis.
- b. Pada pemeriksaan pelvis: Servik mengecil setelah pemecah ketuban, oedem servik, penempatan kepala tidak baik lagi di servik, kepala belum

dipegang pintu atas panggul, ditemukan kaput, ditemukan molage, ditemukan kepala defleksi, ditemukan asinklitismus.

- c. Lain-lain: Ibu ingin mengedan sebelum pembukaan lengkap, hillis Muller Test negatif.
- d. Pemeriksaan Penunjang Untuk mengetahui panggul sempit dapat dilakukan pemeriksaan, diantaranya: Darah rutin (mis Hb), urinalisis: menentukan kadar albumin/glukosa, pelvimetri: menentukan CPD, USG abdomen, gula darah sewaktu (Puteri, 2013 dalam KTI Nurfaikoh, 2017).

4. Komplikasi

a. Komplikasi yang dapat terjadi pada ibu, antara lain:

- 1) Persalinan akan berlangsung lama
- 2) Sering dijumpai ketuban pecah dini, karena kepala tidak mau turun dan ketuban sudah pecah, sering terjadi tali pusat menubung
- 3) Moulage kepala berlangsung lama
- 4) Sering terjadi inersia uteri
- 5) Ruptur uteri
- 6) Simfisiolisis
- 7) Infeksi intrapartal
- 8) Karena partus lama, terjadi penekanan pada jalan lahir sehingga terjadilah jaringan nekrotik dan menjadi fistula

b. Komplikasi yang terjadi pada Janin, antara lain:

- 1) Kematian Janin Intrapartal
- 2) Prolapsus funikuli
- 3) Perdarahan intrakranial

- 4) Kaput suksadaneum dan sefalohematoma yang besar
- 5) Robekan pada tentorium serebri karena moulage yang hebat dan lama
- 6) Fraktur pada tulang kepala oleh karena tekanan yang hebat dari his (Rovels, 2016).

J. Asuhan Keperawatan Postpartum Seksio Sesarea

1. Pengkajian

Menurut Wardiyah & Rilyani (2016) pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan, pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan oleh karena itu pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada pasien dapat diidentifikasi:

a. Identitas Klien

- 1) Nama pasien: untuk mengidentifikasi klien dalam pemberian obat dan berbagai pemberian pelayanan asuhan keperawatan.
- 2) Umur: usia tidak mempengaruhi *Cephalopelvic Disproportion* tetapi biasanya wanita dengan tinggi badan kurang dari normal akan mengalami kelahiran dengan Seksio Sesarea indikasi *Cephalopelvic Disproportion*.
- 3) Agama: untuk mengetahui koping dan keyakinan pasien.

- 4) Suku bangsa: orang timur lebih banyak penderita *Cephalopelvic Disproportion* dibandingkan dengan orang barat karena wanita dinegara timur memiliki tinggi badan rata-rata 150 cm bahkan ada yang kurang dari 150 cm yang dapat mempengaruhi resiko *Cephalopelvic Disproportion*.
- 5) Pendidikan: untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan klien tentang riwayat penyakit *Cephalopelvic Disproportion*.
- 6) Pekerjaan: untuk mengidentifikasi pengaruh terhadap kondisi keadaan sekarang.
- 7) Status perkawinan: untuk mengetahui apakah anak yang dilahirkannya merupakan suatu keinginan atau bukan.
- 8) Alamat: untuk mengetahui tempat tinggal klien.
- 9) Diagnosa medis: untuk mengetahui apakah penyakit yang diderita pasien.
- 10) Tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor rekam medik: untuk mengetahui apakah klien mulai dirawat rumah sakit dan untuk menentukan asuhan keperawatan (Nursalam, 2015).

b. Keluhan utama

Keluhan utama merupakan faktor utama yang mendorong pasien mencari pertolongan atau berobat ke rumah sakit. Biasanya pada pasien post SC hari 1-3 adalah adanya rasa nyeri (Sujana, 2014).

c. Riwayat kesehatan

- 1) Riwayat kesehatan sekarang

Pada umumnya klien dengan post SC dengan indikasi CPD akan mengalami keterbatasan aktifitas karena adanya nyeri pada bagian abdomen yang ada bekas luka sayatan, nyeri seperti diiris-iris atau ditusuk dengan skala 1-10 dengan kriteria:

- a) P: Provokatif/paliatif, pasien post SC merasakan nyeri akibat dari insisi
 - b) Q: Quality/quantitative, pasien post SC akan merasakan nyeri seperti di iris-iris atau tertusuk.
 - c) R: Region/radiasi, pasien post SC akan merasakan nyeri di daerah abdomen
 - d) S: Skala Seviritas, skala nyeri pada pasien post SC yaitu antara 1-10
 - e) T: Timing Pasien post SC akan merasakan nyeri terus-menerus terutama saat bergerak atau menggerakkan perutnya.
- 2) Riwayat kesehatan

Dahulu Ibu mempunyai riwayat *Cephaloelvic Disproportion* pada kehamilan sebelumnya, ibu bertinggi badan kurang dari 150 cm, faktor bawaan, adanya kerusakan panggul, misalnya ibu memiliki riwayat patah tulang panggul atau ibu mengalami penyakit tulang seperti polio, atau kelainan tulang belakang (Nuramdani, 2018).

3) **Riwayat kesehatan sistemik**

Untuk mengetahui apakah pasien menderita penyakit seperti jantung, asma, hipertensi, ginjal, DM, dan epilepsi atau penyakit lainnya (Nurfaikoh, 2017).

4) **Riwayat kesehatan keluarga**

Untuk mengetahui apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit menular seperti TBC dan hepatitis, menurun seperti jantung dan DM (Nurfaikoh, 2017)

d. Riwayat menstruasi

Untuk mengetahui menarche, siklus, lama, banyaknya, haid teratur atau tidak, sifat darah, disminorhoe atau tidak

e. Riwayat keturunan kembar

Untuk mengetahui ada tidaknya keturunan kembar dalam keluarga (Nurfaikoh, 2017)

f. Riwayat operasi

Untuk mengetahui riwayat operasi yang pernah dijalani. Biasanya pasien dengan panggul sempit kehamilan pertama dan seterusnya akan melahirkan secara SC (Nurfaikoh, 2017).

g. Riwayat perkawinan

Untuk mengetahui status perkawinan dan lamanya perkawinan.

h. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas

1) **Kehamilan:** untuk mengetahui berapa umur kehamilan ibu dan hasil pemeriksaan kehamilan.

- 2) Persalinan: spontan atau bantuan lahiran aterm atau premature ada perdarahan atau tidak, waktu persalinan ditolong siapa, dimana tempat persalinan.
- 3) Nifas: untuk mengetahui hasil akhir dari persalinan (abortus, lahir hidup, apakah dalam keadaan sehat yang baik) apakah terdapat komplikasi atau intervensi pada masa nifas dan apakah ibu tersebut mengetahui penyebabnya. Normalnya jumlah lochea < 500cc. Kaji jenis lochea yaitu:
 - a) Lokia rubra terjadi pada hari ke 1-2 warnanya merah kehitaman berisi darah segar, sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, vernix caseosa, lanugo dan meconium
 - b) Lokia sanguinolenta terjadi pada hari ke 3-7 warnanya merah kekuningan berisi darah dan lendir.
 - c) Lokia serosa terjadi pada hari ke 8-14 warnanya kekuningan atau kecoklatan cairan ini lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
 - d) Lokia alba terjadi setelah 14 hari pasca persalinan berwarna putih mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut mati (Nurfaikoh, 2017).

i. Riwayat kehamilan sekarang

- 1) Hari Pertama Haid Terakhir HPHT, digunakan untuk mengetahui umur kehamilan

- 2) Hari Perkiraan Lahir, digunakan untuk mengetahui perkiraan lahir (HPL).
- 3) Keluhan-keluhan, digunakan untuk mengetahui apakah ada keluhan-keluhan pada trimester I, II, dan III.
- 4) *Antenatal Care* (ANC), digunakan untuk mengetahui riwayat ANC, teratur atau tidak, tempat ANC, dan jumlah kehamilan.

j. Riwayat keluarga berencana

Untuk mengetahui apakah sebelum kehamilan ini pernah menggunakan alat kontrasepsi atau tidak, berapa lama penggunaannya.

k. Riwayat reproduksi

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

l. Pemeriksaan umum

- 1) Tingkat Kesadaran
- 2) Tanda – tanda vital : tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh

m. Keadaan umum

- 1) Kaji keadaan rambut, kepala, mata, hidung, mulut, telinga, leher, axilla.
- 2) Payudara: hari 2 – 3 kolustrum meningkat, kebersihannya, letaknya simetris/tidak, adakah pembengkakan, kemerahan, raba

- hangat, dan nyeri tekan/tidak, bra menyokong/tidak, bentuk puting susu (puncak besar/datar, menonjol atau tenggelam)
- 3) Abdomen: ada linea nigra atau tidak, linea alba/tidak, periksa adanya diastasis reektus abdominis (normal panjang: 7-12 cm dan lebar: 1-2 cm), fundus uteri; kontraksi, posisi dan tinggi fundus (sesuaikan dengan tinggi fundus dengan harinya). Bila fundus bergeser ke arah kanan midline, periksa adanya kantung kemih. Kaji REEDA; *redness*, *edema*, *echimosis*, *discharge*, *approximatelly* (kemerahan, edema, kebiruan, keluaran cairan, penyatuan jaitan luka pasca operasi bedah seksio)
 - 4) Kandung kemih: periksa setiap kali fundus dikaji, kantung kemih ibu cepat terisi karena diuresis postpartum dan cairan intravena
 - 5) Genitalia: kaji kebersihan vulva, kaji lokia atau cairan per vaginam lainnya (warna, jumlah, bau), bedakan adanya lokia dengan pendarahan.
 - 6) Ekstremitas bawah: kaji adanya edema/tidak, kaji adanya varises/tidak, kaji ada/tidaknya tanda homan, periksa refleks patella.
 - 7) Sirkulasi: kehilangan darah selama prosedur kira – kira 600-800 cc.
 - 8) Neurosensori: kerusakan gerakan dan sensasi dibawah tingkat anestesi spinal epidural.
 - 9) Eliminasi: kateter urine mungkin masih terpasang, perhatikan warna, kejernihan dan jumlah.

- 10) Integritas ego: dapat menunjukkan labilitas emosional dari kegembiraan sampai ketakutan, marah, atau menarik diri.
- 11) Nyeri/ketidaknyamanan: mungkin mengeluh ketidaknyamanan dari berbagai sumber misalnya trauma beda insisi, nyeri penyerta, distensi kantung kemih atau abdomen, efek – efek anestesi, mulut kering.
- 12) Kenyamanan: balutan abdomen dapat tampak sedikit noda atau kering dan utuh, bila digunakan paten dan sisi bebas eritema bengkak dan nyeri tekan.
- 13) Seksualitas: fundus uteri kontraksi kuat dan terletak di umbilikus

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan postpartum menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2017) yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (post SC)
- b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan imobilitas
- c. Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit
- d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi ibu postpartum Seksio Sesarea
- e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan pemberian ASI

3. Rencana Keperawatan

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (post SC)

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

Kriteria Hasil: Kemampuan pasien dalam menuntaskan aktifitas meningkat, keluhan nyeri pasien menurun, dengan skala nyeri 2 – 0, tanda – tanda vital dalam batas normal, sikap protektif atau waspada pasien menurun.

Intervensi:

1. Monitor TTV pasien
2. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
3. Identifikasi skala nyeri
4. Identifikasi respon nyeri non verbal
5. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
7. Fasilitasi istirahat dan tidur
8. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
9. Jelaskan strategi meredakan nyeri
10. Anjurkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi napas dalam)
11. Kolaborasi pemberian analgetik

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan imobilitas

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

Kriteria hasil: Pasien dapat memperlihatkan peningkatan mobilitas seperti kemudahan dalam melakukan aktivitas berjalan, salah satunya pasien mampu berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, keluhan rasa lelah menurun serta tekanan darah membaik.

Intervensi :

1. Monitor TTV pasien
2. Identifikasi kemampuan pasien
3. Identifikasi adanya nyeri saat beraktivitas
4. Fasilitasi melakukan mobilitas fisik
5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi
6. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
7. Anjurkan melakukan ambulasi dini
8. Ajarkan ambulasi sederhana yang dilakukan. Misalnya berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi.

c. Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit

Tujuan: Tingkat risiko infeksi teratasi setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam

Kriteria hasil: Nyeri dibagian luka SC menurun, kadar sel darah putih membaik, dan kultur area luka membaik

Intervensi:

1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
2. Batasi jumlah pengunjung
3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
4. Berikan pendidikan terkait cara perawatan luka SC
5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan
6. Melakukan perawatan luka yaitu mengganti perban

d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi ibu postpartum Seksio Sesarea

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam defisit pengetahuan nutrisi postpartum Seksio Sesarea teratasi

Kriteria hasil: tidak ada penurunan berat badan, mempertahankan berat badan saat ini, pasien mampu menghabiskan 1 porsi makanan, membran mukosa pasien tidak pucat.

Intervensi:

1. Anjurkan pasien melakukan perawatan mulut sebelum makan
2. Berikan pendidikan kesehatan mengenai ibu postpartum Seksio Sesarea
3. Identifikasi adanya alergi
4. Monitor pengetahuan pasien tentang gizi pasien dengan postpartum Seksio Sesarea
5. Ajarkan melaksanakan diet sesuai program

e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan pemberian ASI

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam masalah menyusui tidak efektif teratasi

Kriteria hasil: pasien mengatakan puas dengan kebutuhan menyusui, kemantapan pemberian ASI ibu, pemeliharaan pemberian ASI, pengetahuan pemberian ASI.

Intervensi:

1. Kaji kemampuan bayi untuk latch – on saat menghisap secara efektif
2. Pantau kemampuan untuk mengurangi kongesti payudara dengan benar
3. Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting
4. Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui
5. Ajarkan perawatan payudara (misal, pijat oksitosin)

4. Pelaksanaan

Tahap implementasi keperawatan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada *nursing order* untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan pasien.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi ini adalah kegiatan membandingkan hasil yang telah dicapai setelah dilakukan implementasi keperawatan dan memiliki tujuan yang diharapkan dalam perencanaan. Dan dalam tahap evaluasi ini, menggunakan komponen SOAP untuk memudahkan perawat dalam mengevaluasi atau membuat perkembangan pasien, yaitu:

1. **S: Data subyektif**, merupakan perkembangan suatu keadaan pasien yang didasarkan pada apa yang telah dirasakan, dikeluhkan dan yang diungkapkan.
2. **O: Data obyektif**, merupakan perkembangan yang dapat diamati dan juga dapat diukur oleh seorang perawat atau tim kesehatan yang lainnya
3. **A: Analisis**, merupakan penelitian dari kedua jenis data tersebut baik data subjektif maupun data objektif, apakah berkembang dengan baik atau malah kemunduran.
4. **P: Perencanaan**, merupakan rencana dalam penanganan pasien yang didasari pada hasil analisis diatas yang mempunyai isi untuk melanjutkan perencanaan apabila masalah belum teratasi.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini, penulis akan membahas hasil pengkajian yang telah dilakukan kepada pasien Ny. I dengan Postpartum Seksio Sesarea atas Indikasi BSC 1x & *Cephalopelvic Disproportion* di RSUD Koja, Jakarta Utara. Pada tinjauan kasus ini penulis akan menguraikan asuhan keperawatan pasien dengan Postpartum selama tiga hari mulai tanggal 17 Maret sampai 19 Maret 2022.

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 17 Maret 2022, data yang diperoleh penulis yaitu pengamatan secara langsung, pengkajian fisik, wawancara, serta catatan medis, catatan keperawatan dan hasil pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada pasien.

1. Identitas Pasien

Pasien bernama Ny. I berusia 21 tahun, jenis kelamin perempuan, suku jawa, kebangsaan Indonesia, agama islam, pendidikan terakhir SMP (Sekolah Menengah Pertama), pekerjaan ibu rumah tangga, status perkawinan menikah. Suami pasien bernama Tn. M berusia 21 tahun, suku jawa, agama islam, pendidikan terakhir SMP, pekerjaan karyawan, lama perkawinan 4 tahun. Alamat tinggal pasien di Muara Baru RT 09 RW 17, Kelurahan Penjaringan, Jakarta Utara.

2. Riwayat Keperawatan

a. Keluhan Utama

Pada saat pengkajian pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen bawah bekas luka post SC hari pertama, dengan skala nyeri 5, seperti ditusuk – tusuk dan hilang timbul. Pasien mengatakan perih dan gatal di bagian luka SC dan masih terasa sakit saat bergerak atau berjalan.. Pasien mengatakan masih lemas dan aktivitas masih terbatas.

b. Riwayat Persalinan Sekarang

Dari hasil pengkajian dan data dari rekam medis, pasien mengatakan telah melakukan persalinan pada tanggal 16 Maret 2022 jam 09.43 WIB, dengan tipe persalinan Seksio Sesarea (SC). Dengan pendarahan kurang lebih 250 cc, jenis kelamin laki – laki, BB 3,2 kg, PB 49 cm, dengan APGAR Score di menit 1 adalah 7, dan di menit ke V adalah 8.

c. Riwayat Obstetri

Status obstetri pasien P₂A₀ dengan jumlah anak yang hidup adalah 2 anak. Anak pertama usia 3 tahun, dilahirkan pada usia kehamilan 43 minggu secara secara Seksio Sesarea, berjenis kelamin laki – laki, ditolong oleh dokter, terdapat faktor penyulit dalam persalinan yaitu makrosomia, tidak ada komplikasi persalinan. Anak kedua dilahirkan pada usia kehamilan 38 minggu secara Seksio Sesarea, berjenis kelamin laki – laki, ditolong oleh dokter, tidak ada komplikasi persalinan pada anak kedua, dan terdapat penyulit dalam persalinan dengan faktor BSC 1x & *Cephalopelvic Disproporsion (CPD)*.

d. Riwayat Keluarga Berencana (KB)

Dari hasil pengkajian pasien mengatakan menggunakan KB dengan jenis kontrasepsi yang digunakan adalah suntik KB. Pasien mengatakan menggunakan Suntik KB sejak tahun 2020, selama penggunaan alat kontrasepsi tidak ada masalah yang terjadi atau dirasakan, dan pasien juga mengatakan untuk rencana yang akan datang yaitu lepas dari suntik KB.

e. Riwayat Imunisasi TT

Pasien mengatakan pernah melakukan imunisasi *Tetanus Toxoid (TT)* sebanyak 2 kali pada usia kehamilan 20 minggu dan 26 minggu.

f. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit berat seperti diabetes melitus, jantung, hipertensi, asma dll.

g. Riwayat Kebiasaan Sehari – hari Sebelum Dirawat

1) Pola Nutrisi/Cairan

Dari hasil pengkajian pasien mengatakan makan 3 kali sehari, jenis makanan yaitu nasi, sayur, ikan, telur, buah, susu, nafsu makan baik, tidak ada mual atau muntah, tidak ada keluhan diperut, klien mengatakan tidak ada alergi makanan, masalah mengunyah atau menelan, dan pantangan makanan. Pasien juga mengatakan BB sebelum hamil 52 kg, dan BB sekarang atau setelah melahirkan 62 kg dan TB 146 cm.

2) Pola Eliminasi

Pada saat pengkajian pasien mengatakan BAB 1 kali sehari dengan karakteristik lunak, terdapat hemoroid, tidak ada diare dan penggunaan laksatif. Dan untuk BAK pasien mengatakan 6-7 kali sehari dengan karakteristik berwarna kuning jernih, tidak ada keluhan, riwayat penyakit ginjal atau kandung kemih serta penggunaan diuretik.

3) *Personal Hygiene*

Pada saat pengkajian pasien mengatakan mandi 2 kali sehari pada pagi dan sore. Melakukan *oral hygiene* 2 kali sehari setelah mandi serta mencuci rambut 1 kali per 2 hari.

4) Pola Aktivitas/Istirahat dan Tidur

Pada saat pengkajian pasien mengatakan seorang ibu rumah tangga, tidak bekerja, hobi berjualan sambil membantu suami dalam memenuhi kebutuhan. Pasien lebih suka tiduran dan menonton televisi jika ada waktu luang, pasien mengatakan tidak ada pembatasan pada saat kehamilan, aktivitas dilakukan secara mandiri, pasien selalu tidur siang 1 – 2 jam perhari. Pasien mengatakan sulit tidur di malam hari karena sudah terbiasa bergadang. Adapun kebiasaan pasien sebelum tidur yaitu makan dan berdoa.

5) Pola Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

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

6) Pola Seksualitas

Pasien mengatakan berhubungan sebulan sekali saat hamil dan tidak mengalami masalah dalam pola seksualitas.

7) Riwayat Psikososial

Pasien mengatakan kehamilan tidak direncanakan dan baru mengetahui kehamilannya pada usia 6 bulan, perasaan pasien dan keluarga senang, bahagia dan terharu. Pasien mengatakan sudah siap mental untuk menjadi ibu karena sudah berpengalaman pada anak yang pertama. Pasien mengatakan ketika stress cara mengatasinya yaitu dengan mendengarkan musik atau menonton televisi. Pasien sudah cukup paham terkait kesanggupan dan pengetahuan dalam merawat bayi. Pasien mengatakan harapannya dari perawatan ini adalah semoga cepet sembuh agar bisa melakukan aktivitas kembali tanpa merepotkan orang lain. Dan pasien mengatakan tidak ada kebudayaan yang mempengaruhi kesehatan.

8) Status Sosial Ekonomi

Pasien mengatakan penghasilan per bulannya >Rp1.000.000 dan pengeluaran pasien perbulan sekitar Rp 1.500.000, dan jaminan kesehatan yang dimiliki pasien berupa BPJS.

3. Pemeriksaan Fisik

a. Sistem Kardiovaskuler/Sirkulasi

Dari hasil pengkajian didapatkan hasil nadi 95 x/menit, iramanya teratur dan denyutnya kuat. Tekanan darah 101/80 mmHg, suhu

36,5 °C dan pernapasan 20 x/menit. Tidak ada peningkatan vena jugularis, kulit tampak pucat, pengisian kapiler 2 detik, tidak ada edema, tidak ada kelainan bunyi jantung, tidak ada sakit dada. Konjungtiva anemis dan sklera anikterik, tidak ada riwayat peningkatan tekanan darah dan penyakit jantung.

b. Sistem Pernapasan

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

c. Sistem Pencernaan

Hasil pemeriksaan sistem pencernaan didapat keadaan mulut dan gigi pasien tidak ada karies, lidah pasien tidak kotor, tidak memakai gigi palsu dan tidak tercium bau mulut. Pasien mengatakan tidak ada mual, nafsu makan baik, ada nyeri di bagian perut, nyeri seperti ditusuk-tusuk dan setempat di bagian bawah perut. Pasien mengatakan perasaan penuh diperut. Pasien mengatakan mengalami kenaikan berat badan selama hamil. Sebelum hamil BB 52 kg, setelah melahirkan BB 62 kg, LILA 25 cm. Bentuk tubuh klien normal, pasien BAB 1x/hari, tidak mengalami diare, tidak ada kelainan pada feses, tidak terdapat konstipasi, abdomen baik dan ditemukan hemoroid pada anus.

d. Neurosensori

Pada saat dilakukan pengkajian orientasi pasien baik, pasien tidak memakai kacamata, tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak mengalami gangguan bicara, pasien tidak merasa pusing dan sakit kepala, serta pasien mengatakan tidak merasa kesemutan di bagian ekstremitas bawah.

e. Sistem Endokrin

Pada saat pemeriksaan pada tanggal 16 Maret 2022 terdapat hasil gula darah sewaktu 78 mg/dl, tidak tercium nafas bau keton.

f. Sistem Urogenital

Pada saat pengkajian klien mengatakan pola buang air kecil 6 – 7 kali dalam sehari terkontrol, jumlah setiap buang air kecil 200 cc, berwarna kuning, tidak ada keluhan saat BAK, tidak terdapat distensi kandung kemih dan pasien tidak terpasang kateter.

g. Sistem Integumen

Pada saat dilakukan pengkajian turgor kulit klien baik dan elastis, warna kulit pucat, keadaan kulit baik dan bersih, dan keadaan rambut klien bersih.

h. Sistem Muskuloskeletal

Pada saat dilakukan pengkajian pada sistem musculoskeletal pasien tidak terjadi kontraktur pada persendian dan ekstremitas, ekstremitas klien simetris, tanda homan negatif, tidak terdapat edema, tidak ada varises, reflek patella normal, masa tonus otot

baik, tidak ada tremor dan rentang gerak baik, kekuatan otot baik dan tidak ada deformitas.

i. Dada & Axilla

Pada saat dilakukan pengkajian inspeksi, payudara pasien mengalami pembesaran, areola payudara mengalami hiperpigmentasi, bersih dan tidak ada lesi, puting payudara pasien eksverted dan kolostrum pasien sudah keluar. Pasien mengatakan produksi ASI lancar dan tidak ada sumbatan. Pasien mengatakan memberikan ASI kepada anaknya, mengalami pembengkakan payudara sejak kehamilan 8 bulan, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

j. Perut/Abdomen

Hasil pemeriksaan palpasi TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi 5 x 10 menit, konsistensi uterus keras, terdapat luka bekas operasi, tidak terdapat tanda infeksi.

k. Anogenital

Dari hasil pengkajian inspeksi lochea pasien masih termasuk ke dalam lochea rubra, warnanya merah, jumlahnya kurang lebih 100 cc, baunya amis, perineum pasien utuh, tidak dilakukan episiotomi, dan tidak ada tanda – tanda REEDA.

4. Pemeriksaan Penunjang

Hasil laboratorium tanggal 16 Maret 2022

Hematologi

Darah lengkap

Hemoglobin	10.5 g/dL	12.5 – 16.0 g/dL
Leukosit	16,29 10 ³ /uL	4.00 – 10.50 10 ³ /uL
Hematokrit	31,3%	37.0 – 47.0%
Trombosit	239 10 ³ /uL	182 – 369 10 ³ /uL
Eritrosit	4.47 juta/uL	4.20 – 5.40 juta/uL
MCV	72 fL	78 – 100 fL
MCH	24 pg	27 – 31 fg
MCHC	33 g/dl	32 – 36 g/dl
RDW-CV	14.8 %	11.5 – 14.0%
Laju Endap Darah	62 mm/jam	0 – 20 mm/jam

Hitung jenis

Basofil	0.2 %	0.1 – 1.2%
Eosinofil	1.0 %	0.7 – 5.8 %
Neutrofil	64.7 %	34.0 – 71.1 %
Limfosit	27.9 %	19.3 – 51.7 %
Monosit	6.2 %	4.7 – 12.5 %

Kimia Klinik

SGOT (AST)	13 U/L	< 32 U/L
SGPT (ALT)	12 U/L	< 33 U/L
Ureum	8.6 mg/dl	16.6 – 48.5 mg/dl
Kreatinin	0.54 mg/dl	0.51 – 0.95 mg/dl
Glukosa Sewaktu	78 mg/dl	70 – 200 mg/dl

5. Penatalaksanaan

Cefixime 2 x 200 mg (oral)

Asam Mefenamat 3 x 500 mg (oral)

Sulfas Ferrosus 2 x 30 mg (oral)

Profenid 3 x 1 mg (suppositoria)

Ketorolac 3 x 30 mg (IV)

6. Resume

Seorang pasien bernama Ny. I usia 21 tahun masuk ke RSUD Koja pada tanggal 15 Maret 2022 jam 10.22 WIB diantar oleh suaminya. Dengan status obstetri G₂P₁A₀ usia kehamilan 38 minggu. Dari hasil pengkajian tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 86 x/menit, suhu 36°C, RR 20 x/menit, DJJ 149 x/menit, TFU 32 cm. Pasien mengatakan sering kontraksi setiap 5 menit sekali, dan pasien merasa cemas karena akan melakukan operasi Seksio Sesarea. Pada tanggal 16 Maret 2022 jam 09.43 WIB pasien melahirkan anak keduanya secara Seksio Sesarea atas indikasi *Cephalopelvic Disproportion* + BSC 1x. Dari hasil pengkajian pada tanggal 17 Maret 2022, pasien mengatakan nyeri di bagian abdomen tepatnya di luka SC, skala nyeri 5, seperti ditusuk – tusuk, dan hilang timbul. Pasien mengatakan masih terasa sakit saat bergerak di bagian luka SC, perih dan gatal di daerah SC. Pasien mengatakan masih keluar darah dari pervaginam dan masih sedikit lemas. Pendarahan kurang lebih 100 cc (1/2 pembalut), lochea rubra, berwarna merah, mammae tampak membesar, areola mammae hiperpigmentasi, papilla mammae experted, TFU 2, involusio uteri 2

jari di bawah pusat. Kebersihan diri, makan dan minum, serta ambulasi dibantu sepenuhnya oleh keluarga dan perawat. Pasien tampak bersikap protektif (waspada) terhadap lukanya. Tekanan darah 101/80 mmHg, suhu 36,5°C, nadi 95 x/menit, RR 20 x/menit, kesadaran composmentis, pasien post SC hari pertama, terdapat luka jaitan di abdomen bagian bawah.

Masalah keperawatan yang muncul pada Ny. I adalah nyeri akut, intoleransi aktivitas, risiko infeksi, risiko pendarahan.

Tindakan keperawatan yang dilakukan memantau TTV pasien, mengkaji skala nyeri, menganjurkan pasien untuk istirahat, mengkaji jumlah pendarahan, mengkaji kemampuan mobilisasi pasien, mengobservasi kondisi uterus, mengajarkan pasien teknik relaksasi napas dalam, mengajarkan mobilisasi dini, memberikan edukasi terkait pencegahan infeksi dan perawatan luka SC.

7. Data Fokus

Data Subjektif

Pasien mengatakan nyeri di bagian bekas operasi Seksio Sesarea rasa nyeri yang dirasakan hilang timbul, dengan skala nyeri 5 dari nilai 0 – 10, kualitas seperti di tusuk – tusuk, pasien mengatakan masih sakit saat berjalan atau bergerak, pasien mengatakan terasa perih dan gatal di daerah SC, pasien mengatakan masih keluar darah dari pervaginam, pasien mengatakan ASI sudah keluar lancar dan tidak ada sumbatan ASI, pasien mengatakan masih lemas. Klien mengatakan ini adalah anak kedua dan cukup memiliki 2 anak saja.

Data Objektif

Pasien post operasi Seksio Sesarea atas indikasi CPD hari pertama dengan status obstetri P₂A₀ dengan anak hidup 2 anak, keadaan umum baik, kesadaran composmentis, akral hangat, mukosa bibir lembap, involusio uteri 2 jari dibawah pusat, teraba keras, mammae tampak membesar, areola mammae hiperpigmentasi, papilla mammae exverted, pasien tampak bersikap protektif (waspada) terhadap lukanya, lokia rubra, berwarna merah, pendarahan ±100 cc (1/2 pembalut), kebersihan diri, makan minum dan ambulasi dibantu sepenuhnya oleh keluarga dan perawat, luka pasca operasi seksio sesarea atau REEDA tertutup rapi oleh perban, *redness*: terdapat kemerahan disekitar area seksio sesarea, edema: sedikit tampak ada pembengkakan, *ecchymosis*: tidak terdapat kebiruan, *Discharge*: tidak ada rembesan darah, *approximation*: penyatuan jaringan baik, pasien tampak gerakanya terbatas. TTV : tekanan darah 101/80 mmHg, nadi 95 x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36,5 °C, leukosit 16,29 10³/uL.

8. Analisa Data

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	DS : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri dengan karakteristik : • P : Luka post SC • Q : Seperti ditusuk – tusuk 	Nyeri Akut	Agan Pencedera Fisiologis (Post operasi SC hari pertama)

	<ul style="list-style-type: none"> • R : Abdomen bagian bawah sekitar luka insisi • S : Skala nyeri 5 • T : Hilang timbul • Pasien mengatakan masih terasa sakit dan nyeri saat bergerak atau beraktifitas <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Post SC hari pertama • Pasien masih tampak lemas • TTV : tekanan darah 101/80 mmHg, nadi 95 x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36,5°C • Pasien tampak bersifat protektif (waspada) terhadap lukanya. • Pasien di bantu oleh suami saat beraktivitas 		
--	--	--	--

2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih lemas • Pasien mengatakan masih sulit untuk beraktifitas <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TTV: Tekanan darah 101/80 mmHg • Kebersihan diri dibantu sepenuhnya oleh perawat • Makan dan minum dibantu oleh keluarga • Ambulasi dibantu sepenuhnya oleh keluarga dan perawat • Pasien tampak aktivitasnya terbatas 	Gangguan Mobilitas Fisik	Imobilitas (pembatasan gerak)
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan perih di daerah SC • Pasien mengatakan gatal di bagian SC • Pasien mengatakan nyeri di bagian luka SC, pasien 	Risiko Infeksi	Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer: Kerusakan Integritas Kulit

	<p>mengatakan nyeri hilang timbul dengan skala 5</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat luka jaitan post operasi SC di bagian abdomen bawah • Leukosit $16,29 \times 10^3/\mu\text{L}$ ($4.00 - 10.50 \times 10^3/\mu\text{L}$) 		
--	--	--	--

B. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (post operasi SC hari pertama)
2. Gangguan Mobilitas Fisik b.d imobilitas
3. Risiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit

C. Rencana Keperawatan, Implementasi, Evaluasi

1. **Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis (post operasi SC hari pertama)**

Data Subjektif

Pasien mengatakan nyeri di bagian luka post operasi SC di bagian abdomen bagian bawah sekitar luka insisi, skala nyeri 5, nyeri hilang timbul, pasien mengatakan masih terasa sakit saat bergerak, pasien mengatakan masih nyeri saat beraktifitas.

Data Objektif

Pasien masih tampak lemas, post SC hari pertama, TTV: tekanan darah 101/80 mmHg, nadi 95 x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36,5°C, pasien tampak bersifat protektif (waspada) terhadap lukanya, pasien di bantu oleh suami saat beraktivitas

Tujuan

Tingkat nyeri menurun setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam

Kriteria Hasil

Kemampuan pasien dalam menuntaskan aktivitas meningkat, keluhan nyeri pasien menurun, dengan skala nyeri 2 – 0, tanda – tanda vital dalam batas normal, sikap protektif atau waspada pasien menurun.

Intervensi

1. Monitor TTV pasien
2. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
3. Identifikasi skala nyeri
4. Identifikasi respon nyeri non verbal
5. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
7. Fasilitasi istirahat dan tidur
8. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
9. Jelaskan strategi meredakan nyeri
10. Anjurkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi napas dalam)

11. Kolaborasi pemberian analgetik (asam mefenamat 3 x 500 mg, ketorolac 3 x 30 mg)

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 17 Maret 2022

Pukul 14.00 WIB Memonitor TTV: Tekanan darah 101/80 mmHg, nadi 95x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36,5°C; Pukul 14.05 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Hasil: Pasien mengatakan nyeri di abdomen bagian bawah post operasi SC, seperti ditusuk – tusuk, durasi 2-3 menit, nyeri hilang timbul; Pukul 14.15 WIB mengidentifikasi skala nyeri. Hasil: Pasien mengatakan skala nyeri 5; Pukul 14.20 WIB mengidentifikasi respon nyeri non verbal. Hasil: Pasien tampak bersikap protektif (waspada) terhadap lukanya; Pukul 14.22 WIB mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Hasil: Pasien mengatakan nyeri ketika bergerak/beraktifitas, sedangkan faktor yang memperingan nyeri dengan beristirahat; Pukul 14.25 WIB mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. Hasil: Lingkungan sudah kondusif; Pukul 14.30 WIB menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri. Hasil: Pasien mengatakan sudah memahami terkait penyebab, periode dan pemicu nyeri; Pukul 14.45 WIB menjelaskan strategi meredakan nyeri. Hasil: Pasien mengatakan sudah memahami terkait strategi meredakan nyeri; Pukul 15.00 WIB mengajarkan pendidikan kesehatan terkait teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi napas dalam). Hasil: Pasien sudah diajarkan teknik relaksasi napas dalam dan pasien

sudah mempraktekkannya; Pukul 15.15 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur. Hasil: Istirahat sudah difasilitasi dan pasien bersedia untuk beristirahat. Pukul 16.00 WIB memberikan obat analgetik (asam mefenamat 3 x 500 mg, ketorolac 3 x 30 mg). Hasil: Pasien sudah diberikan obat analgetik. b

Tanggal 18 Maret 2022

Pukul 08.00 WIB Memonitor TTV. Hasil: Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36,3°C; Pukul 08.10 WIB mengidentifikasi skala nyeri. Hasil: Pasien mengatakan skala nyeri 4; Pukul 08.15 WIB memberikan lingkungan yang nyaman. Hasil: Lingkungan sudah tampak tenang dan pasien di dampingi suami; Pukul 08.30 WIB menganjurkan pasien untuk melakukan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi napas dalam). Hasil: Pasien bersedia melakukan teknik relaksasi napas dalam dan mempraktekkannya; Pukul 09.00 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur. Hasil: Istirahat sudah difasilitasi dan pasien bersedia untuk beristirahat. Pukul 11.00 WIB memberikan obat analgetik (asam mefenamat 3 x 500 mg, ketorolac 3 x 30 mg). Hasil: Pasien sudah diberikan obat analgetik.

Tanggal 19 Maret 2022

Pukul 08.00 WIB Memonitor TTV. Hasil: Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36,2°C; Pukul 08.10 WIB mengidentifikasi skala nyeri. Hasil: Pasien mengatakan skala nyeri 3; Pukul 08.15 WIB memberikan lingkungan yang nyaman. Hasil: Lingkungan sudah tampak tenang dan pasien di dampingi suami; Pukul

08.30 WIB menganjurkan pasien untuk melakukan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi napas dalam).

Hasil: Pasien bersedia melakukan teknik relaksasi napas dalam dan mempraktekannya; Pukul 09.00 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur.

Hasil: Istirahat sudah difasilitasi dan pasien bersedia untuk beristirahat.

Pukul 11.00 WIB memberikan obat analgetik (asam mefenamat 3 x 500 mg, ketorolac 3 x 30 mg). Hasil: Pasien sudah diberikan obat analgetik.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 17 Maret 2022

Subjektif: Pasien mengatakan masih merasakan nyeri dengan skala nyeri 4 dari skala 5, pasien mengatakan sudah melakukan teknik relaksasi napas dalam saat merasakan nyeri.

Objektif: Pasien masih tampak bersikap protektif atau berhati – hati dalam beraktifitas, tanda – tanda vital pasien tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 92x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,5°C.

Analisa: Nyeri akut belum teratasi

Perencanaan: Intervensi dilanjutkan

Tanggal 18 Maret 2021

Subjektif: Pasien mengatakan masih merasakan nyeri dengan skala nyeri 3 dari skala 5, pasien mengatakan sudah melakukan teknik relaksasi napas dalam saat merasakan nyeri.

Objektif: Pasien sudah tampak tidak lemas, pasien sudah tidak bersikap protektif, tanda – tanda vital pasien tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 85x/menit, suhu 36,3°C.

Analisa: Nyeri akut belum teratasi

Perencanaan: Intervensi dilanjutkan

Tanggal 19 Maret 2022

Subjektif: Pasien mengatakan nyeri dengan berkurang skala nyeri 2 dari skala 5, pasien mengatakan aktifitas sudah tidak dibantu oleh suami.

Objektif: Pasien sudah tampak tidak lemas, pasien tampak sudah bisa mengatasi rasa nyerinya, pasien sudah tampak tidak menahan nyerinya dan tidak bersikap protektif, tanda – tanda vital pasien tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80 x/menit, suhu 36,2°C.

Analisa: Nyeri Akut teratasi

Perencanaan: Intervensi keperawatan dihentikan

2. Gangguan mobilitas fisik b.d imobilitas

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

Objektif: Pasien tampak kebersihan diri dibantu sepenuhnya oleh perawat, makan dan minum dibantu oleh keluarga, ambulasi dibantu sepenuhnya oleh keluarga dan perawat, pasien tampak aktivitasnya terbatas, TTV pasien tekanan darah 101/80 mmHg.

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

Kriteria hasil: Pasien dapat memperlihatkan peningkatan mobilitas seperti kemudahan dalam melakukan aktivitas berjalan, salah satunya

pasien mampu berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, keluhan rasa lelah menurun serta tekanan darah membaik.

Intervensi :

1. Monitor TTV pasien
2. Identifikasi kemampuan pasien
3. Identifikasi adanya nyeri saat beraktivitas
4. Fasilitasi melakukan mobilitas fisik
5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi
6. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
7. Anjurkan melakukan ambulasi dini
8. Ajarkan ambulasi sederhana yang dilakukan. Misalnya berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 17 Maret 2022

Pukul 14.00 WIB Memonitor TTV. Hasil: Tekanan darah 101/80 mmHg, nadi 95x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36,5°C; Pukul 16.00 WIB mengkaji kemampuan pasien. Hasil: Pasien hanya bisa setengah tirah baring belum bisa untuk berjalan; Pukul 16.05 WIB mengidentifikasi adanya nyeri saat beraktifitas. Hasil: Pasien mengatakan nyeri di bagian post SC saat bergerak; Pukul 16.30 WIB melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi. Hasil: Keluarga bersedia dilibatkan untuk membantu kebutuhan pasien; Pukul 17.00 WIB mengajarkan dan melatih pasien untuk melakukan mobilisasi dini dengan berpindah dari tempat

tidur ke kamar mandi. Hasil: Pasien tampak masih lemas pada saat berpindah dan belum mampu untuk ke toilet secara mandiri.

Tanggal 18 Maret 2022

Pukul 08.00 WIB Memonitor TTV. Hasil: Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36,3°C; Pukul 08.10 WIB mengkaji kemampuan pasien. Hasil: Pasien hanya sudah bisa duduk tidurnya dan berdiri di samping tempat tidurnya; Pukul 08.30 WIB mengidentifikasi adanya nyeri saat beraktivitas. Hasil: Pasien mengatakan masih nyeri hilang timbul di bagian post SC saat bergerak; Pukul 11.00 WIB melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi. Hasil: Keluarga bersedia dilibatkan untuk membantu kebutuhan pasien; Pukul 11.30 WIB mengajarkan dan melatih pasien untuk melakukan mobilisasi dini dengan berpindah posisi dan berpindah dari tempat tidur ke kamar mandi. Hasil: Pasien tampak sudah mampu berpindah posisi dengan posisi tidur semifowler, dan pasien sudah dapat berpindah ke toilet dengan dibantu oleh suaminya.

Tanggal 19 Maret 2021

Pukul 08.00 WIB Memonitor TTV. Hasil: Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36,2°C; Pukul 09.00 WIB mengkaji kemampuan klien. Hasil: Pasien sudah bisa berjalan ke kamar mandi secara mandiri dengan perlahan; Pukul 09.15 WIB mengidentifikasi adanya nyeri saat beraktivitas. Hasil: Pasien mengatakan sudah tidak terlalu terasa nyeri saat beraktivitas hanya saja jika terlalu banyak gerak pasien merasakan nyeri di bagian luka post SC; Pukul 09.30 WIB melatih

pasien untuk berpindah posisi dan ke toilet. Hasil: Pasien tampak mampu melakukan pindah posisi dengan posisi tidur semifowler dan pasien sudah dapat berpindah dari tempat tidur ke toilet secara mandiri.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 17 Maret 2022

Subjektif: Pasien mengatakan masih merasakan nyeri jika melakukan aktivitas, pasien mengatakan masih sedikit lemas, pasien mengatakan sudah melakukan mobilisasi dini secara bertahap.

Objektif: Aktivitas pasien masih tampak dibantu oleh perawat dan keluarga, pasien masih tampak terlihat pucat, tanda – tanda vital pasien tekanan darah 110/70 mmHg

Analisa: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi

Perencanaan: Intervensi dilanjutkan

Tanggal 18 Maret 2021

Subjektif: Pasien mengatakan masih nyeri hilang timbul di bagian post SC saat bergerak, pasien mengatakan sudah tidak lemas, pasien mengatakan sudah melakukan mobilisasi dini.

Objektif: Pasien masih sudah tidak terlihat pucat, pasien tampak sudah mampu berpindah posisi dengan posisi tidur semifowler, dan pasien sudah dapat berpindah ke toilet dengan dibantu oleh suaminya, tanda – tanda vital pasien tekanan darah 110/80 mmHg

Analisa: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi

Perencanaan: Intervensi dilanjutkan

Tanggal 19 Maret 2021

Subjektif: Pasien mengatakan sudah tidak terlalu terasa nyeri saat beraktivitas hanya saja jika terlalu banyak gerak pasien merasakan nyeri di bagian luka post SC, pasien mengatakan sudah bisa berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi secara mandiri.

Objektif: Pasien tampak mampu melakukan pindah posisi dengan posisi tidur semifowler dan pasien sudah dapat berpindah dari tempat tidur ke toilet secara mandiri, tanda – tanda vital pasien tekanan darah 120/80 mmHg

Analisa: Gangguan mobilitas fisik teratasi

Perencanaan: Intervensi dihentikan

**3. Risiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer:
kerusakan integritas kulit**

Subjektif: Pasien mengatakan perih dan gatal di daerah luka SC, pasien mengatakan nyeri dibagian luka SC, pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan skala 5.

Objektif: Terdapat luka jaitan post operasi SC di bagian abdomen bawah, Leukosit $16,29 \times 10^3/uL$.

Tujuan: Tingkat risiko infeksi teratasi setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam

Kriteria hasil: Nyeri di bagian luka SC menurun, kadar sel darah putih membaik, dan kultur area luka membaik

Intervensi:

1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
2. Batasi jumlah pengunjung
3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan
4. Melakukan perawatan luka yaitu mengganti perban

Pelaksanaan Keperawatan**Tanggal 17 Maret 2022**

Pukul 17.00 WIB memonitor tanda dan gejala infeksi. Hasil: Luka post SC pasien tidak ada pembengkakan dan rembesan darah; Pukul 17.15 WIB membatasi jumlah pengunjung. Hasil: Pasien mengatakan hanya didampingi oleh suaminya selama di Rumah Sakit; Pukul 17.45 WIB memberikan pendidikan kesehatan terkait asupan nutrisi dan cairan. Hasil: Pasien mengatakan sudah memahami terkait nutrisi yang harus dikonsumsi untuk menyembuhkan lukanya.

Tanggal 18 Maret 2022

Pukul 09.00 WIB memonitor tanda dan gejala infeksi. Hasil: Luka post SC pasien tidak ada pembengkakan dan rembesan darah; Pukul 10.00 WIB melakukan perawatan luka, yaitu mengganti perban. Hasil: Tidak ada kemerahan, tidak ada kebiruan, tidak ada darah yang keluar, tidak ada nanah, dan penyatuan jaringan baik; Pukul 10.45 WIB mengajurkan pasien untuk meningkatkan asupan nutrisi dan cairan. Hasil: Pasien bersedia meningkatkan asupan nutrisi dengan makan satu porsi dan minum minimal 8 gelas perhari; Pukul 11.00 WIB memberikan pendidikan cara perawatan luka di rumah post SC dan cara pencegahan infeksi. Hasil: Pasien

mengatakan sudah memahami cara melakukan perawatan luka di rumah dan pencegahan infeksi.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 17 Maret 2022

Subjektif: Pasien mengatakan masih merasa nyeri di luka post SC dengan skala nyeri 4, pasien mengatakan masih merasa perih di bekas luka post SC.

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

Analisa: Risiko Infeksi belum teratasi

Perencanaan: Intervensi dilanjutkan

Tanggal 18 Maret 2022

Subjektif: Pasien mengatakan merasa nyaman setelah perbannya diganti, pasien mengatakan sudah tidak gatal dibagian luka post SC, pasien mengatakan sudah tidak perih lagi dibagian lukanya, pasien mengatakan sudah memahami cara perawatan luka post SC dirumah dan pencegahan infeksi.

Objektif: Luka post SC pasien baik, tidak ada kemerahan, tidak ada kebiruan, tidak ada darah yang keluar, tidak ada nanah, dan penyatuan jaringan baik.

Analisa: Risiko Infeksi teratasi

Perencanaan: Intervensi dihentikan .

BAB IV PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori dan kasus asuhan Keperawatan pada Ny. I dengan Postpartum Seksio Sesarea atas indikasi BSC 1x & *Cephalopelvic Disproportion* di RSUD Koja, Jakarta Utara. Pembahasan ini meliputi proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

A. Pengkajian

Data yang dikumpulkan melalui pengkajian data primer meliputi pengkajian fisik dan observasi sedangkan data sekunder diperoleh dari wawancara keluarga, tim kesehatan dan catatan medis. Pada kasus, umumnya pengkajian yang dilakukan sama dengan yang ada teori namun penulis menemukan beberapa kesenjangan antara teori dan kasus. Menurut teori Mansyur (2014) mengatakan bahwa pada 24 jam pertama postpartum akan terjadi perubahan tanda-tanda vital, meliputi kenaikan suhu tubuh yang akan menyebabkan dehidrasi dan kelelahan, tekanan darah, nadi serta pernafasan. Pada kasus dari hasil pengkajian TTV pasien dalam rentang normal yaitu tekanan darah 101/80 mmHg, suhu yaitu 36,5°C, nadi 95 x/menit, dan pernapasan 20 x/menit.

Beberapa manifestasi klinis menurut teori Prawiroharjo (2017) mengatakan bahwa pada pasien dengan post operasi SC yaitu terpasang kateter,

ketidaknyamanan untuk menghadapi situasi baru, pusing, dan mual muntah. Tetapi, dalam kasus dari hasil pengkajian pasien sudah tidak terpasang kateter, pasien mengatakan sangat siap menghadapi situasi baru karena sudah mempunyai pengalaman sebelumnya dan pasien juga mengatakan bahwa ini merupakan anak keduanya, serta pasien mengatakan tidak merasa mual dan muntah.

Menurut teori Zakiya (2020) mengatakan bahwa terjadi perubahan psikologis hari ke-1 sampai ke-2 pada masa postpartum yaitu fase *taking in* atau periode ketergantungan. Pada fase ini ibu hanya fokus pada dirinya sendiri, sedangkan pada kasus ditemukan pasien sudah berada di fase *letting go*, dibuktikan dari hasil pengkajian bahwa pasien sudah memiliki kesiapan untuk menerima tanggung jawab akan peran barunya dan terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Hal ini disebabkan karena pasien sudah memiliki pengalaman dalam merawat dirinya dan bayi sebelumnya. Faktor pendukung selama melakukan pengkajian yaitu pasien dan keluarga yang bersikap kooperatif saat dikaji sehingga penulis mampu memperoleh data-data yang dibutuhkan. Adapun faktor penghambat yaitu berupa adanya gangguan dari bayi si ibu yang menangis pada saat dilakukan pengkajian sehingga harus menunggu beberapa waktu untuk melanjutkan pengkajian ulang untuk mengisi data yang belum lengkap.

B. Diagnosis Keperawatan

Pada tahap ini penulis menyusun diagnosa keperawatan berdasarkan dengan prioritas yang bersifat aktual. Berdasarkan teori diagnosa keperawatan

yang muncul ada lima, sedangkan dalam kasus diagnosa yang muncul hanya tiga. Adapun tiga diagnosa yang ditemukan di kasus sesuai dengan diagnosa yang ada pada teori yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan imobilitas, dan risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit sedangkan dua diagnosa yang ada pada teori tetapi tidak ada di kasus yaitu defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi ibu postpartum Seksio Sesarea, menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan pemberian ASI, dan risiko pendarahan berhubungan dengan komplikasi pasca partum.

Diagnosa yang ada pada teori namun tidak ada pada kasus yaitu defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi ibu postpartum seksio sesarea. Diagnosa ini tidak diangkat oleh penulis dikarenakan pasien sudah memahami terkait nutrisi pada postpartum Seksio Sesarea dibuktikan dari hasil pengkajian pasien mengatakan makanan yang dikonsumsi seperti memakan putih telur, perbanyak makan protein, sayur, karbohidrat artinya gizi yang dimakan harus seimbang. Pasien mendapatkan informasi ini dari dokter kandungan pribadinya dan belajar dari pasca postpartum sebelumnya. Selanjutnya, diagnosa menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan pemberian ASI. Diagnosa ini tidak diangkat oleh penulis dikarenakan pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan ASI nya sudah keluar dengan lancar dan tidak ada gangguan dalam menyusui sehingga nutrisi bayi dapat terpenuhi.

Faktor pendukung dalam merumuskan diagnosa keperawatan adalah tersedianya sumber buku yang memadai baik di Perpustakaan Nasional maupun perpustakaan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada Jakarta serta catatan medis pasien sebagai referensi dalam menentukan masalah yang terjadi pada pasien untuk membuat diagnosa keperawatan. Tidak terdapat faktor penghambat dalam menegakkan diagnosa keperawatan.

C. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan yang dibuat dan disusun berdasarkan pada teori dan kebutuhan pasien. Tujuan dalam rencana keperawatan disesuaikan dengan waktu praktik yaitu selama 3 x 24 jam yang meliputi penetapan masalah prioritas, perumusan diagnosa, penentuan tujuan dan kriteria hasil, serta rencana tindakan. Adapun diagnosa yang sesuai antara teori dan kasus namun penentuan rencana tindakannya tidak sama yaitu risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Rencana tindakan dalam diagnosa ini tidak terdapat dalam kasus namun ada dalam teori yaitu, jelaskan tanda dan gejala infeksi serta ajarkan terkait perawatan luka SC. Dikarenakan pada saat dilakukan pengkajian pasien mampu menyebutkan tanda-tanda dari infeksi seperti kemerahan, bau, nyeri dan gatal. Kemudian, identifikasi pengetahuan pasien mengenai perawatan luka. Dibuktikan pada saat perawat mengganti perban dan memberikan penjelasan terkait perawatan luka bahwa luka harus tetap kering dan pasien mengonsumsi banyak makanan yang mengandung banyak protein, tujuannya agar luka post SC pasien cepat kering. Pasien mengerti terkait perawatan luka dan pasien akan mengonsumsi makanan yang

tinggi protein serta pasien mengatakan sudah berpengalaman dalam melakukan perawatan luka SC dari persalinan sebelumnya.

Adapun faktor pendukung dalam menyusun rencana tindakan keperawatan adalah sumber buku yang memadai baik di Perpustakaan Nasional maupun perpustakaan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada Jakarta dan catatan medis pasien serta tersedianya acuan terkait program medis yang sudah diterapkan untuk menyusun rencana tindakan keperawatan yang baik dan sesuai. Oleh karena itu, tidak terdapat faktor penghambat dalam menyusun perencanaan tindakan keperawatan ini.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Secara keseluruhan pelaksanaan keperawatan yang penulis lakukan pada kasus sudah sesuai dengan rencana tindakan keperawatan dan semua penatalaksanaan keperawatan, serta sudah di dokumentasikan dalam catatan keperawatan dengan baik dan benar. Tetapi, dalam pelaksanaan tindakan keperawatan tidak semua dilakukan oleh penulis dalam waktu 24 jam karena keterbatasan waktu, akhirnya solusi yang diambil oleh penulis agar dapat melakukan perencanaan dengan maksimal adalah mengobservasi dan melakukan kunjungan pada hari berikutnya, menanyakan keluhan apa saja yang dirasakan, serta mengevaluasi tindakan yang sudah dilakukan pada hari sebelumnya. Adapun faktor pendukung dalam melakukan pelaksanaan keperawatan ini adalah pasien dan keluarga yang kooperatif selama pelaksanaan tindakan, lingkungan yang kondusif, kerja sama yang baik antara pasien dengan keluarga dan tersedianya alat-alat peraga yang mendukung.

Pada saat melakukan tindakan pelaksanaan keperawatan ini tidak terdapat faktor penghambat, sehingga pelaksanaan keperawatan dapat berjalan dengan baik dan lancar.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi disesuaikan dengan teori yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Dari tiga diagnosa yang diangkat, tiga diagnosa tersebut sudah teratasi sehingga pasien bisa pulang dari rumah sakit dan kembali ke rumah. Diagnosa pertama yang teratasi adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik: post operasi SC teratasi, ditandai dengan pasien mengatakan nyeri dengan berkurang skala nyeri 2 (0-10), pasien mengatakan aktivitas sudah tidak dibantu oleh suami, pasien sudah tampak tidak lemas, pasien tampak sudah bisa mengatasi rasa nyerinya, pasien sudah tampak tidak menahan nyerinya dan tidak bersikap protektif, tanda – tanda vital pasien tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,2°C. Diagnosa kedua adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan imobilitas teratasi, ditandai dengan pasien mengatakan sudah tidak terlalu terasa nyeri saat beraktivitas, pasien mengatakan sudah bisa berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi secara mandiri, pasien tampak mampu melakukan pindah posisi dengan posisi tidur semifowler dan pasien sudah dapat berpindah dari tempat tidur ke toilet secara mandiri, tanda – tanda vital pasien tekanan darah 120/80 mmHg.

Diagnosa yang ketiga adalah risiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit teratasi, ditandai dengan pasien mengatakan merasa nyaman setelah perbannya diganti, pasien

mengatakan sudah tidak gatal di bagian luka post SC, pasien mengatakan sudah tidak perih lagi dibagian lukanya, pasien mengatakan sudah memahami cara perawatan luka post SC dirumah dan pencegahan infeksi. Luka post SC pasien baik, tidak ada kemerahan, tidak ada kebiruan, tidak ada darah yang keluar, tidak ada nanah, dan penyatuan jaringan baik. Adapun faktor pendukung selama melakukan evaluasi yaitu pasien dan keluarga yang bersikap kooperatif, sehingga penulis mampu memperoleh data-data terkait kondisi pasien sebelum pasien pulang dari Rumah Sakit serta dari catatan medis pasien. Tidak terdapat faktor penghambat dalam melakukan evaluasi keperawatan ini.

BAB V PENUTUP

Pada bab ini penulis telah melakukan pengamatan kasus dan menguraikan dalam pembahasan tentang Asuhan Keperawatan pada Ny. I dengan Postpartum Seksio Sesarea atas Indikasi BSC 1x & *Cephalopelvic Disproportion*, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang berguna untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

A. Kesimpulan

Hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien meliputi pengumpulan data, analisa data dengan cara observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik pada Ny. I, meliputi biodata dan keluhan-keluhan setelah persalinan dengan tindakan Seksio Sesarea. Pada kasus Ny. I, penulis menemukan hasil data pengkajian Ny. I dengan postpartum Seksio Sesarea hari ke-1 dengan riwayat obstetri P₂A₀ dengan anak hidup 2, pasien melahirkan dengan cara Seksio Sesarea dengan usia kehamilan 38 minggu, pasien mengatakan nyeri di bagian luka SC pasca melahirkan, dengan PQRST: luka post Seksio Sesarea, seperti ditusuk – tusuk pada abdomen bagian bawah sekitar luka insisi, skala nyeri 5 (0-10) dan hilang timbul. Pasien mengatakan masih lemas dan aktivitas dibantu oleh keluarga.

Pada diagnosa keperawatan terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus, pada teori terdapat 5 diagnosa sedangkan pada kasus penulis menemukan 3 diagnosa yang sesuai dengan teori yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan imobilitas, dan risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit. Untuk perencanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan prioritas masalah dan kebutuhan pasien, rencana keperawatan yang sudah dibuat dapat di implementasikan dalam waktu 3 x 24 jam, dengan cara penulis berkolaborasi dan berkerja sama dengan perawat ruangan yang bertugas pada shift berikutnya. Adapun tujuan yang ingin dicapai setelah diberikan asuhan keperawatan 3 diagnosa dapat teratasi yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan imobilitas, dan risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit.

Dalam tahap pelaksanaan keperawatan, penulis menerapkan pengetahuan dan keterampilan asuhan keperawatan maternitas kepada pasien serta keberhasilan proses ini karena berkat adanya dukungan dari pasien, keluarga dan dengan adanya kerjasama dengan perawat ruangan. Pada tahap evaluasi dari 3 diagnosa yang diangkat penulis, semua diagnosa tersebut telah teratasi yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas, dan risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit

dan pasien telah diperbolehkan pulang. Hasil kegiatan yang dilakukan didokumentasikan dari tahap pengkajian sampai evaluasi.

B. Saran

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. I dengan Postpartum Seksio Sesarea atas indikasi BSC 1x & *Cephalopelvic Disproportion* selama 3 hari, banyak pengalaman, pembelajaran yang dapat di ambil, selain itu juga untuk meningkatkan mutu pelayanan dan kualitas asuhan keperawatan khususnya pada maternitas, maka penulis ingin memberikan saran serta masukan yang dapat bermanfaat bagi semua pihak, diantaranya :

1. Mahasiswa

Dengan dilakukannya pengkajian ini diharapkan mahasiswa mampu meningkatkan pengetahuan mengenai kesehatan ibu postpartum dan dapat mengaplikasikan ilmu asuhan keperawatan maternitas kepada keluarga atau bahkan masyarakat. Adapun masukan untuk mahasiswa, sebaiknya lebih membekali diri dengan ilmu pengetahuan dan pengalaman yang di miliki sebelumnya, sehingga dalam melaksanakan asuhan keperawatan langsung kepada pasien dengan postpartum Seksio Sesarea, sehingga jika menemukan banyak hambatan bisa mencari solusi pemecahan masalah. Selain itu, mahasiswa harus lebih bisa membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga agar terciptanya rasa saling percaya dengan perawat dan pasien lebih kooperatif dalam melakukan tindakan keperawatan serta mahasiswa mampu meningkatkan dan menerapkan teknik aseptik dan menjaga agar tidak terjadi komplikasi.

2. Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi dapat untuk terus menerus mampu mengembangkan strategi dan model pembelajaran yang akhirnya mampu mengangkat potensi para mahasiswa di dunia pendidikan khususnya dalam dunia kesehatan, dengan tidak meninggalkan nilai-nilai kekerabatan dan norma setempat yang berlaku. Oleh karena itu, peneliti yakin bahwa Institusi Pendidikan khususnya STIKes RS Husada ini dapat mengembangkan model pembelajaran ini di kampus, dengan adanya dukungan potensi dari para mahasiswa yang dapat dikembangkan sebagai upaya dalam meningkatkan mutu Institusi Pendidikan.

3. Institusi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan pihak Rumah Sakit dapat mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan pada pasien khususnya pada ibu postpartum Seksio Sesarea yang dapat diwujudkan dengan cara melakukan peningkatan keterampilan dan motivasi kerja para tenaga kesehatan beserta staff Rumah Sakit, melengkapi data-data yang mencakup seluruh program kerja Rumah Sakit, meningkatkan koordinasi yang baik antara pimpinan Rumah Sakit dengan para tenaga kesehatan dan staff agar program dan pelayanan dapat dilaksanakan sesuai dengan perencanaan serta target yang ingin dicapai dapat terwujud.

DAFTAR PUSTAKA

- Amin & Hardi. (2013). *Kehamilan, Persalinan dan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Anggorowati & Sudiharjani. (2014). Laporan Pendahuluan SC dengan CPD. Diakses dari <https://id.scribd.com/doc/222213079/Laporan-Pendahuluan-ScDengan-Cpd>. Pada tanggal 5 Mei 2022 pada pukul 21.00 WIB
- Anonimus. (2014). Jurnal Sectio Caesarea dengan Indikasi CPD. Diakses dari <http://repository.Usu.ac.id/>. Pada tanggal 5 April 2022 pada pukul 20.00 WIB
- Astuti. (2015). *Asuhan Keperawatan Ibu Postpartum Seksio Sesarea*. Jakarta: Rans Info Media
- Cashion, Perry, Lowdermilk. (2013). *Keperawatan Maternitas Edisi 8*. Singapore: Elsevier Morby.
- Chrisna, T. (2018). *Asuhan Kebidanan 2*. Trans Info Media. Jakarta
- Data Rekam Medis RSUD Koja. (2018). *Angka Kejadian Seksio Sesarea*. Jakarta Utara.
- Dessy, T., dkk. (2019). *Perubahan Fisiologis Ibu Postpartum: Perubahan Sistem Pencernaan*. Jakarta
- DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (1st ed.)*. Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. (1st ed)*. Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (1st ed)*. Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Gusti, A. (2013). *Konsep Postnatal: Pengertian Postnatal*. Jakarta:EGC
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Angka Kematian Ibu di Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Data dan Informasi: Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.

- Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Peran Perawat Maternitas*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementrian Kesehatan RI. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019*. Jakarta:Kemenkes RI
- Maiti, & Bidinger. (2015). Konsep Teori Masa Nifas (Postpartum). *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Mansyur. (2014). *Perubahan Fisiologis Ibu Postpartum: Perubahan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: EGC
- Munawaroh, D. A. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Sectio Caesarea (SC) Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut*.
- Martin, R. G., dkk. (2014). *Perubahan Fisiologis Postpartum*. Yogyakarta
- Masriroh. (2013). *Tanda dan Gejala Masa Postpartum*. Jakarta
- Nugroho, T. dkk. (2015). *Buku ajar asuhan kebidanan I kehamilan*. Yogyakarta:Nuha Medika.
- Nursalam. (2015). *Manajemen Keperawatan,Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. angoroJakarta: Salemba Medika.
- Nuramdani. (2018). *Asuhan Keperawatan Postpartum Seksio Sesarea*. Jakarta: Rineka Cipta
- Prawirohardjo, S. (2017). *Dasar-dasar Keperawatan Maternitas: Konsep Seksio Sesarea*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Puspita. (2019). Faktor-faktor yang berhubungan dengan Persalinan Sectio Caesarea Di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung, diakses pada 8 Mei 2022 jam 09.00 WIB.
<http://ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JK/article/view/124>
- Reeder, J., Martin, L., Griffin. (2014). *Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita Bayi dan Keluarga*. Edisi ke-18. Jakarta: EGC
- Rovels. (2016). *Panggul Sempit (Disproporsi Sefalopelvik)*. Diakses dari <https://id.scrib.com/doc//40291473/Panggul-Sempit-Disproportionsefalopelvik>. Pada tanggal 10 Mei 2022 pada pukul 17.00 WIB.
- Sujana. (2014). *Buku ajar keperawatan maternitas*. Yogyakarta: Nuha medika

- Suryani & Maryunani. (2015). *Asuhan Keperawatan Ibu Postpartum Sectio Caesarea (Pendekatan Teori Model Selfcare dan Comfort)*. Jakarta: Trans Info Media
- Simanjuntak & Wulandari, V. (2012). Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Ibu Primigravida Dengan Perilaku Perawatan Payudara Pada Saat Hamil Di Wilayah Kerja Puskesmas Karangdowo Klaten (Doctoral dissertation, UMS).
http://eprints.ums.ac.id/20152/10/naskah_publicasi_vika.pdf
- UNICEF. *Neonatal Mortality*. <https://data.unicef.org/topic/childsurvival/neonatal-mortality/>. Published September 2019
- Varney, H. (2017). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Wardiyah & Rilyani. (2016). *Hubungan Mobilisasi Dini Dengan Penurunan Tinggi Fundus Uteri Pada Ibu Postpartum Di BLUD RS H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin*. Vol 11. No 11 Edisi 7 Juli 2013 Hal 14-23. ISSN: 2086-3454. Diunduh pada tanggal 18 Mei 2022
<http://akbidsarimulia.ac.id/ejurnal/download.php?file=Dede%20Mahdiyah%20Hal.%2014-23.pdf>
- Wardoyo. (2020). *Asuhan kebidanan ibu masa nifas*. Yogyakarta: Gosyen Publishing
- World Health Organization. (2019). *Maternal Mortality*. Retrieved from [www.who.int:https://www.who.int/en/newsroom/factsheets/detail/maternal-mortality](https://www.who.int/en/newsroom/factsheets/detail/maternal-mortality)
- Wulandari, R. D. (2019). *Hubungan Antara Rasio Bidan Dengan Kinerja program Kesehatan Ibu Dan Anak di Indonesia*, Universitas Airlangga. Surabaya
- Yeffy .(2013). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Zakiya, S. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Dengan diagnosa Medis Post Seksio Sesarea Dengan Indikasi Cephalopelvic Disproportion Di Ruang nifas RSUD Bangil*.

