

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N DENGAN
DIAGNOSA MEDIS “*POST SECTIO CAESAREA*”
DENGAN INDIKASI *LETAK SUNGSANG*”
DI RUANG NIFAS RSUD BANGIL
PASURUAN**



Oleh:

**SRI WAHYUNI
NIM.1701033**

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN AKADEMI
KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2020**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N DENGAN
DIAGNOSA MEDIS “*POST SECTIO CAESAREA*
DENGAN INDIKASI *LETAK SUNGSANG*”
DI RUANG NIFAS RSUD BANGIL
PASURUAN**

Sebagai Prasyarat untuk memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep) Di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo



Oleh :
Sri wahyuni
NIM : 1701033

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN AKADEMI
KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2020**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sri wahyuni

NIM : 1701033

Tempat , Tanggal lahir : Jombang, 04 januari 1992

Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Menyatakan bahwa karya tulis ilmiah berjudul : **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N DENGAN DIAGNOSA MEDIS *POST SECTIO CAESAREA* DENGAN INDIKASI LETAK SUNGSANG”** DI RUANG NIFAS RSUD BANGIL PASURUAN adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang lain sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Sidoarjo, 14 Mei 2020

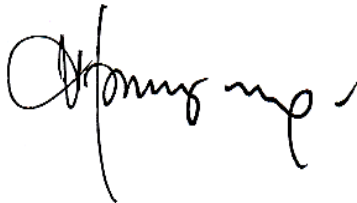
Yang Menyatakan,



Sri wahyuni

Mengetahui,

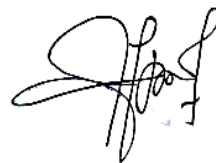
Pembimbing 1



Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0703087801

Pembimbing 2



Elok Triestuning, S.Psi., Msi

NIDN. 0728018003

LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

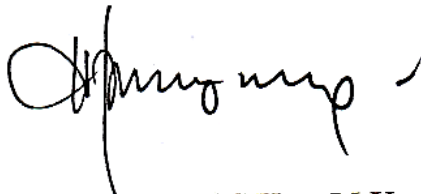
Nama : Sri wahyuni

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Dengan Diagnosa Medis *Post Sectio Caesarea* Di Ruang Nifas RSUD Bangil Pasuruan.

Telah disetujui untuk diajukan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada tanggal : 08 Juni 2020

Oleh :

Pembimbing 1



Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0703087801

Pembimbing 2



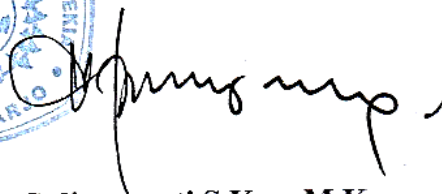
Elok Triestuning, S.Psi. M.si

NIDN. 0728018003

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo



Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0703087801

HALAMAN PENGESAHAN

Telah diuji dan disetujui oleh Tim Penguji pada sidang di Program D3
Keperawatan Di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Tanggal : 08 Juni 2020

TIM PENGUJI

Tanda Tangan

Ketua : 1. Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.Kep.Ns., MNS

()

Anggota : 1. Elok Triestuning, S.Psi., M.si

()

2. Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes

()

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo



Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0703087801

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Tak lupa ku ucapkan banyak syukur pada ALLAH SWT karena rahmatnya karya tulis ilmiah ini dapat selesai dengan baik. Karena kesuksesan tidak akan bertahan jika dicapai dengan jalan pintas.

Kupersembahkan karya tulis ilmiah ini untuk ayah dan ibu yang sudah merawat saya dari kecil hingga dewasa, ku ucapkan banyak terimakasih.

“ILMU ADALAH HARTA YANG TAK AKAN PERNAH HABIS”

KATA PENGANTAR

Syukur alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik serta hidayah – Nya, sehingga dapat menyelesaikan kasus karya tulis ilmiah ini dengan judul **“Asuhan keperawatan Pada Ny. N Dengan Diagnosa Medis *Post Sectio Caesarea* dengan Indikasi Letak Sungsang RSUD Bangil Pasuruan”** ini tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam menyelesaikan program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak. Untuk itu kami mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Tuhan Yang Maha Esa yang senantiasa memberikan rahmat-Nya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini selesai dengan baik.
2. Ayah dan Ibu yang senantiasa mendukung dan mendoakan selama ini sehingga semua berjalan dengan lancar.
3. Ibu Agus Sulistyowati, S.Kep, M. Kes selaku Direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo yang telah mengesahkan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ibu Agus Sulistyowati, S.Kep, M. Kes selaku pembimbing 1 yang telah membantu dan sabar dalam membimbing dan pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini
5. Ibu Elok Triestuning S.Psi., M.Si selaku pembimbing 2 yang telah membantu dalam memberikan bimbingan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Hj. Muniroh Mursam, Lc selaku petugas perpustakaan yang telah membantu dalam kelengkapan pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Pihak – pihak yang turut berjasa termasuk sahabat saya yang merelakan laptopnya untuk saya bawa untuk penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis sadar bahwa Karya Tulis Ilmiah ini belum mencapai kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan. Penulis akan berterima kasih apabila para pembaca berkenan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritikan maupun saran demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Sidoarjo, 14 Mei 2020

Penulis

DAFTAR ISI

Cover.....	i
Halaman judul	ii
Surat Pernyataan	iii
Lembar Persetujuan Karya Tulis Ilmiah	iv
Halaman Pengesahan.....	v
Motto.....	vi
Kata Pengantar	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Tabel	x
Daftar Gambar	xi

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.5 Metode Penelitian.....	6
1.5.1 Metode.....	6
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data	6
1.5.3 Sumber Data	7
1.5.4 Studi Kepustakaan.....	7
1.6 Sistematika Penulisan.....	7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Sectio Caesarea	9
2.1.1 Definisi	9
2.1.2 Etiologi	10
2.1.3 Manifestasi Klinis	13
2.1.4 Patofisiologi	13
2.1.5 Diagnosa Banding	14
2.1.6 Komplikasi	15
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang.....	16
2.1.8 Penata Laksanaan	16
2.1.9 Dampak masalah.....	18
2.2 Konsep Letak Sungsang	18
2.2.1 Definisi	18
2.2.2 Etiologi	19
2.2.3 Manifestasi Klinis	19
2.2.4 Patofisiologi	20
2.2.5 Diagnosa Banding	21
2.2.6 Komplikasi	21
2.2.7 Pemeriksaan Penunjang.....	22
2.2.8 Penata Laksanaan medis.....	22
2.2.9 Dampak Masalah.....	23
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan.....	23
2.3.1 Pengkajian.....	23

2.3.2 Diagnosa Keperawatan	27
2.3.3 Intervensi.....	27
2.3.4 Implementasi.....	32
2.3.5 Evaluasi	32
2.4 Pathway	33
BAB III TINJAUAN KASUS	
3.1 Pengkajian	34
3.2 Analisa data.....	46
3.3 Diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah.....	48
3.4 Perencanaan keperawatan	49
3.5 Tindakan keperawatan	53
3.6 Catatan perkembangan.....	59
3.7 Evaluasi	63
BAB IV PEMBAHASAN	
4.1 Pengkajian	66
4.2 Diagnosa keperawatan	69
4.3 Perencanaan	72
4.4 Pelaksanaan.....	74
4.5 Evaluasi	76
BAB V PENUTUP	
5.1 Simpulan	78
5.2 Saran.....	79
DAFTAR PUSTAKA	79
LAMPIRAN	81

DAFTAR TABEL

No Tabel	Judul Tabel	Hal
2.1	Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya Inkontinuitas jaringan	27
2.2	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan	29
2.3	Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko	30
2.4	Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri	30
2.5	Ansietas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang Penanganan post sectio caesarea	31
3.1	Riwayat kehamilan persalinan nifas	36
3.2	Pemeriksaan diagnostik	44
3.3	Analisa data pada pasien post sectio caesarea	46
3.4	Rencana keperawatan pada pasien post sectio caesarea	49
3.5	Implementasi keperawatan pada pasien post sectio caesarea	53
3.6	Catatan perkembangan pada pasien post sectio caesarea	59
3.7	Evaluasi keperawatan pada pasien post sectio caesarea	63

DAFTAR GAMBAR

No Gambar	Judul Gambar	Hal
2.1	Pathway	33
3.1	genogram	36

DAFTAR LAMPIRAN

No Lampiran	Judul Lampiran	Halaman
Lampiran 1	Lembar Inform Consent	82
Lampiran 2	Lembar Konsultasi Pasca Proposal	83
Lampiran 3	Permohonan Ijin Penelitian	84
Lampiran 4	Persetujuan Penelitian	85
Lampiran 5	Persetujuan Pengambilan Data	86

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat diatas 500 gram, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh (Prawirohardjo, 2010) luka operasi terjadi akibat insisi pada kulit abdomen uterus yang dibuat untuk melahirkan bayi. Operasi ini memberikan jalan keluar bagi kebanyakan kesulitan yang timbul bila persalinan pervaginaan yang tidak memungkinkan atau berbahaya, *sectio caesarea* lebih aman daripada dulu berkat kemajuan dalam antibiotika dan ditambah lagi perkembangan ilmu pengetahuan kedokteran makin berkembang sehingga banyak ibu yang memilih sesar. Letak dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri, presentasi bokong adalah suatu keadaan yang terjadi dimana bokong atau tungkai jani sebagai bagian yang terendah didalam panggul ibu (Feryanto, 2011). Kebanyakan masyarakat terutama ibu hamil diperdesaan percaya sering mengepel lantai akan membantu janin berada dalam posisi normal, itu tidak benar, hal itu dikarenakan mengepel lantai mengharuskan para ibu yang sedang mengandung lebih banyak menundukkan badannya, justru akan membuat janin lebih terjadi letak sungsang (Kunto, 2017).

Badan kesehatan dunia (WHO) menyatakan bahwa persalinan dengan *sectio caesarea* adalah sekitar 10-15 % dari semua proses persalinan di negara – negara berkembang. Persalinan *sectio caesarea* terhitung sebanyak 20 % sampai 25% dari semua kelahiran di Amerikat Serikat (Reader 2011). Di Indonesia tahun 2010 tercatat 18.655 persalinan *sectio caesarea*, dengan 19,5 % 27,3% karena

chevalo pelvic disproportion (CPD) 11,8 % - 21 % karena perdarahan, 43 % - 81,7 % karena janin letak sungsang. Tercatat di indonesia seperti di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Kariadi Semarang 7,6 %, di RSUD dr. R Koesma tuban tercatat ditemukan 98 kasus persalinan letak sungsang dari 986 persalinan (Sari, 2017). Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti, jumlah klien yang mengalami post *secti caesarea* dengan indikasi letak sungsang DI RSUD Bangil antara bulan januari sampai dengan desember 2019 sebanyak 2238 orang (Rekam Medis RSUD Bangil, 2019).

Penyebab bayi sungsang adalah panggul sempit, kelainan bawaan, hamil kembar, terlilit tali pusat, dan *plasenta previa*. Adapun faktor – faktor yang menyebabkan persalinan *Sectio Caesarea* menurut (Caterini, 2013) diantaranya usia ibu, letak sungsang, letak lintang, *plasenta previa*, gawat janin dan lain – lain. Selain faktor diatas (faktor medis) terdapat pula faktor lain yaitu akses terhadap pelayanan kesehatan, dan faktor – faktor yang tidak diketahui atau tidak diperkirakan, sehingga dapat meningkatkan persalinan dengan *Sectio Caesarea*. Pertolongan persalinan letak sungsang melalui jalan vagina memerlukan perhatian karena dapat menimbulkan komplikasi kesakitan, cacat permanen sampai dengan kematian bayi. Pada ibu hamil dengan letak janin sungsang ditambah lagi dengan indikasi belum pernah *Sectio Caesaria* kehamilan sudah cukup bulan dan taksiran berat janin besar maka untuk ibu dianjurkan agar memerlukan oprasi *Sectio Caesaria*. (Caterini,2013). Penata laksanaan untuk kehamilan letak sungsang adalah posisi knee chest, yaitu ibu dengan posisi menungging seperti sujud dimana lutut dan dada menempel pada lantai, lutut sejajar dengan dada (Mufdillah 2010). Sewaktu hamil yang terpenting usaha untuk memperbaiki letak sebelum

persalinan terjadi dengan versi luar, yaitu dengan persiapan kandung kemih harus dikosongkan pasien ditidurkan terlentang, bunyi jantung anak diperiksa dahulu, kaki dibengkokkan pada lutut dan pangkal paha supaya dinding perut kendur.

Konsep solusi untuk mengurangi rasa nyeri yang bermakna untuk ibu post *sectio caesarea* sebelum dan sesudah intervensi ini dipengaruhi oleh banyak faktor baik farmakologi dan non farmakologi Perawat harus memberikan perawatan yang komprehensif, berkesinambungan, teliti dan penuh kesabaran dengan solusi (Wiknjosastro, 2012) penanganan klien dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada klien tentang mobilitas post *Sectio Caesarea*, merawat luka post *Sectio Caesarea* agar tidak terjadi infeksi. Perawat juga dapat memberikan penyuluhan pada ibu post *Sectio Caesarea* dengan indikasi letak sungsang yaitu memberikan Health Education tentang perawatan luka post *Sectio Caesarea* dengan cara menggunakan obside (plester anti air) untuk mandi agar tidak basah, memperbanyak konsumsi yang mengandung protein tinggi seperti mengkonsumsi ikan kutuk, mengkonsumsi putih telur hal ini bertujuan untuk mempercepat proses penyembuhan luka post operasi (Wiknjosastro,2012).

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis post *sectio caesarea* dengan letak sungsang ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis post *sectio caesarea* dengan indikasi letak sungsang di ruang nifas RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2 Tujuan khusus

1.3.2.1 Melakukan pengkajian pada pasien dengan diagnosa medis post *sectio caesarea* dengan indikasi letak sungsang di ruang nifas RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2.2 Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis post *sectio caesarea* dengan indikasi letak sungsang di ruang nifas RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2.3 Merencanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis post *sectio caesarea* dengan indikasi letak sungsang di ruang nifas RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2.4 Melaksanakan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis post *sectio caesarea* dengan indikasi letak sungsang di ruang nifas RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2.5 Melakukan evaluasi pada pasien dengan diagnosa medis post *sectio caesarea* dengan indikasi letak sungsang di ruang nifas RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2.6 Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis post *sectio caesarea* dengan indikasi letak sungsang di ruang nifas RSUD Bangil Pasuruan.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penulisan ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran dan informasi di bidang maternitas tentang asuhan keperawatan pada post *Sectio Caesarea* dengan indikasi letak sungsang.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Bagi Institusi Keperawatan

Karya tulis ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi perkembangan ilmu pengetahuan, khususnya ilmu keperawatan mengenai asuhan keperawatan pada post *Sectio Caesarea*. Masyarakat diharapkan dapat digunakan sebagai pedoman pengetahuan dan informasi tentang luka post *Sectio Caesarea*.

1.4.2.2 Bagi Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di RS agar dapat melakukan asuhan keperawatan klien diagnosa medis post op *Sectio Caesarea* dengan indikasi letak sungsang di Ruang Nifas RSUD Bangil dengan baik.

1.4.2.3 Bagi Peneliti

Mengaplikasikan ilmu yang diperoleh dalam perkuliahan khususnya dalam bidang penelitian serta memberi bahan masukan dan perbandingan bagi penelitian lanjut yang serupa. Penelitian di harapkan dapat memberikan tambahan data baru yang relevan terkait dengan penatalaksanaan pasien post *Sectio Caesarea* dengan indikasi letak sungsang.

1.4.2.4 Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan masyarakat dalam upaya perawatan pada pasien post *Sectio Caesarea*.

1.5 Metode penulisan

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah – langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.5.2 Teknik pengumpulan data

1.5.2.1 Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

1.5.2.2 Observasi

Data yang diambil melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

1.5.2.3 Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber data

1.5.3.1 Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien

1.5.3.2 Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medik perawat, hasil – hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1.5.4 Studi kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian yaitu :

1.6.1 Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi.

1.6.2 Bagian inti terdiri dari 5 bab yang masing – masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB I : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian, metode penulisan dan sistematika penulisan.

BAB II : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa medis *post op Sectio Caesarea* dengan indikasi letak sungsang serta kerangka masalah

BAB III : Tujuan kasus berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB IV : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dan kenyataan yang ada dilapangan

BAB V : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1.6.3 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep dan asuhan keperawatan *sectio caesarea* dengan indikasi letak sungsang, konsep ini akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan Keperawatan akan diuraikan masalah – masalah yang muncul pada *post Sectio Caesarea* dengan indikasi letak sungsang dengan melakukan Asuhan Keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.1 Konsep Dasar Sectio Caesarea

2.1.1 Definisi

Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui depan perut atau vagina. Atau disebut juga *histerotomia* untuk melahirkan janin dari dalam rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Mochtar, 2011).

Ada beberapa Jenis – jenis operasi *Sectio Caesarea*

1) Abdoment (*Sectio Caesarea* Abdominalis)

(1) *Sectio Caesarea* Transperitonealis

Sectio Caesarea klasik atau korporal : dengan insisimemanjang pada corpus uteri.

Sectio Caesarea Profunda : dengan insisi pada segment bawah uterus.

(2) *Sectio Caesarea* ekstraperitonealis

Merupakan *Sectio Caesarea* tanpa membuka peritonium parietalis dan dengan demikian tidak membuka kavum abdominalis

2) Vagina (*Sectio Caesarea vaginalis*)

Menurut arah sayatan pada rahim , *Sectio Caesarea* dapat dilakukan apabila :

(1) Sayatan memanjang (longitudinal)

(2) Sayatan melintang (transversal)

(3) Sayatan huruf T (insisian)

3) *Sectio Caesarea* Klasik (korporal)

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri

kira – kira 10 cm.

4) *Sectio Caesarea* (Ismika profunda)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segment

bawah rahim kira – kira 10 cm

(Oktara, 2014)

2.1.2 Etiologi

Manuaba (2010) indikasi ibu dilakukan *Sectio Caesarea* adalah ruptur uteri iminen, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini.

Sedangkan indikasi dari janin adalah fetal distress dan janin besar melebihi 4.000 gram. Dari beberapa faktor diatas dapat diuraikan beberapa penyebab *sectio caesarea* sebagai berikut:

2.1.2.1 *CPD (Cephalo Pelvik Disproportion) Cephalo Pelvik Disproportion (CPD)* adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Tulang-tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara alami. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi. (Manuaba, 2010) Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal.

2.1.2.2 *PEB (Pre-Eklamsi Berat) Pre-eklamsi dan eklamsi* merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi pre-eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting dalam ilmu kebidanan. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi *eklamsi*

2.1.2.3 *KPD (Ketuban Pecah Dini)* Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum

terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu, sedangkan di bawah 36 minggu. (Manuaba, 2010)

2.1.2.4 Bayi Kembar Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara caesar. 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.

2.1.2.5 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.

2.1.2.6 Kelainan letak janin

- 1) Kelainan pada letak kepala :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. (Manuaba, 2010)
- 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.

2.1.3 Manifestasi klinis

Persalinan dengan *sectio caesaria* memerlukan perawatan yang lebih komprehensif yaitu : perawatan post operatif dan perawatan post partum. Manifestasi *sectio caesarea* menurut Doengoes 2010, antara lain :

2.1.3.1 Nyeri akibat ada luka pembedahan

2.1.3.2 Adanya luka insisi pada bagian abdomen

2.1.3.3 Fundus uterus kontraksi kuat dan terletak di umbilicus

2.1.3.4 Aliran lochea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lochea tidak banyak)

2.1.3.5 Kehilangan darah selama prosedur pembedahan kira – kira 600 – 800 ml

2.1.3.6 Emosi labil / perubahan emosional dengan mengekspresikan ketidakmampuan menghadapi situasi baru.

2.1.3.7 Biasanya terpasang kateter urinarius

2.1.3.8 Auskultasi bising usus tidak terdengar atau samar

2.1.3.9 Pengaruh anastesi dapat menimbulkan mual dan muntah.

2.1.4 Patofisiologi

Adanya beberapa kelainan / hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayitidak dapat lahir secara normal / spontan, misalnya *plasenta previa sentralis* dan *lateralis*, panggul sempit, disproporsi *cephalo pelvic*, *rupture uteri* mengancam, partus lama, partus tidak maju, *pre eklamsia*, *distosia servick*, dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *sectio caesarea* (SC). Dalam proses operasinya dilakukan tindakan dilakukan tindakan anastesi yang akan menyebabkan pasien mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intolerensi 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. (Doengoes, 2010)

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 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 resiko infeksi. (Manuaba 2010).

2.1.5 Diagnosa Banding

Kehamilan dengan letak sungsang dapat didiagnosis dengan kehamilan dengan letak muka. Pada pemeriksaan fisik dengan palpasi *leopod* masih ditemukan kemiripan. Dibedakan dari pemeriksaan dalam yakni pada letak sungsang akan didapatkan jari yang dimasukkan kedalam usus mengalami rintangan otot dan anus dengan *tuberosis iski* sesuai garis lurus pada letak muka, jari masuk mulut dan tulang pipi membentuk segitiga, sedangkan dengan USG atau rontgen sangatlah dapat dibedakan. (Manuaba, 2010)

2.1.6 Komplikasi

2.1.6.1 Infeksi *Puerperalis* Komplikasi ini bersifat ringan, seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas atau dapat juga bersifat berat, misalnya *peritonitis*, *sepsis* dan lain-lain. Infeksi post operasi terjadi apabila sebelum pembedahan sudah ada gejala - gejala infeksi *intrapartum* atau ada faktor - faktor yang merupakan predisposisi terhadap kelainan itu (partus lama khususnya setelah ketuban pecah, tindakan vaginal sebelumnya). Bahaya infeksi dapat diperkecil dengan pemberian antibiotika, tetapi tidak dapat dihilangkan sama sekali, terutama *Sectio Caesarea* klasik dalam hal ini lebih berbahaya daripada *Sectio Caesarea transperitonealis profunda*.

(Manuaba, 2010)

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

2.1.6.3 Komplikasi - komplikasi lain seperti :

1) luka kandung kemih

2) Embolisme paru – paru

2.1.6.4 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 *Sectio Caesarea* klasik. (Manuaba, 2010)

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

2.1.7.1 Hemoglobin atau hematokrit (HB / Ht) untuk mengkaji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan.

2.1.7.2 Leukosit (WBC) mengidentifikasi adanya infeksi

2.1.7.3 Tes golongan darah, lama perdarahan, waktu pembekuan darah

2.1.7.4 *Urinalisis / kultur urine*

2.1.7.5 Pemeriksaan elektrolit . (Doengoes M. 2010)

2.1.8 Penatalaksanaan Medis Post *Sectio Caesarea*.

Menurut (Manuaba, 2010)

2.1.8.1 Pemberian cairan : Karena 24 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan peritavena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 10%, garam fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah

tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

2.1.8.2 Diet : Pemberian cairan perinfus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 - 10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

2.1.8.3 Mobilisasi : Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi, Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 - 10 jam setelah operasi, Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar. Hari kedua post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya. Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (*semifowler*). Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca operasi. (Doengoes, 2010)

2.1.8.4 Kateterisasi : Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. *Cateter* biasanya terpasang 24 - 48 jam / lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.

2.1.8.5 Pemberian obat-obatan

1) Antibiotik

2) Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan dan Obat-obatan lain

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

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

(Doengoes, 2010)

2.1.9 Dampak masalah

Dampak masalah yang terjadi pada operasi sesar adalah dapat mengakibatkan perdarahan, infeksi puerpural (nifas), luka kandung kemih , emboli paru dan sebagainya sangat jarang terjadi (Rukiyah & Yulianti, 2010)

2.2 Konsep letak sungsang

2.2.1 Definisi

Letak sungsang adalah kondisi dimana presentasi janin dalam uterus terutama bokong janin lebih dulu memasuki rongga panggul, terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bawah *kavum uteri*. (Manuaba, 2010)

Bentuk – bentuk letak sungsang berdasarkan komposisi dari bokong dan kaki dapat ditentukan bentuk letak sungsang sebagai berikut :

1) Letak bokong murni

(1) Teraba bokong

(2) Kedua kaki menjungkit ke atas sampai kepala bayi

(3) Kedua kaki bertindak sebagai spalk

- 2) Letak bokong kaki sempurna
 - (1) Teraba bokong
 - (2) Kedua kaki berada di samping bokong

- 3) Letak bokong tak sempurna
 - (1) Teraba bokong
 - (2) Disamping bokong teraba satu kaki

- 4) Letak kaki
 - (1) Bila bagian terendah teraba salah satu dan atau kedua kaki atau lutut
 - (2) Dapat dibedakan letak kaki bila kaki terendah , letak bila lutut terendah (Dalminarti,2015)

2.2.2 Etiologi

2.2.2.1 Dari sudut ibu

- 1) Keadaan rahim (*rahim arkuatus, septum* pada rahim, *uterus duplex, mioma* bersama kehamilan)
- 2) Keadaan *plasenta* (*plasenta* letak rendah, *plasenta previa*)
- 3) Keadaan jalan lahir (kesempitan panggul, deformitas tulang panggul, terdapat tumor menghalangi jalan lahir) (Manuaba 2010).

2.2.2.2 Dari sudut Janin

- 1) Tali pusat pendek atau lilitan tali pusat
- 2) *Hidrosefalus, Anensefalus*
- 3) Kehamilan kembar, Prematuritas
- 4) *Hidramnion, Oligohidramnion* (Medforth, 2012)

2.2.3 Manifestasi klinis

2.2.3.1 Pergerakan anak terasa oleh ibu di bagian perut bawah, di bawah pusat dan ibu sering mengeluh merasa benda keras (kepala) mndesak tulang iga

2.2.3.2 Merasa kesakitan di area serviks atau *rektal*

2.2.3.3 Pada *primigravida* tidak merasakan janin turun sebelum pemulaan kelahiran

2.2.3.4 Pada palpasi akan teraba pada salah satu sisi perut dan bagian - bagian kecil pada pihak berlawanan. Diatas simphisis teraba bagian yang kurang bundardan lunak.

2.2.3.5 Bunyi jantung terdengar pada punggung anak setinggi pusat, (Yanti, 2016).

2.2.4 Patofisiologi

Letak janin dalam uterus bergantung pada proses adaptasi janin terhadap ruangan dalam uterus. Pada kehamilan sampai kurang lebih 32 minggu, jumlah air ketuban relatif lebih banyak, sehingga memungkinkan janin bergerak dengan leluasa. Dengan demikian janin dapat menempatkan diri dalam presentasi kepala, letak sungsang atau letak lintang. Pada kehamilan triwulan terakhir janin tumbuh dengan cepat dan jumlah air ketuban relatif berkurang. Bokong dengan kedua tungkai terlipat lebih besar daripada kepala, maka bokong dipaksa untuk menempati ruang yang lebih luas di fundus uteri, sedangkan kepala berada ruangan yang lebih kecil di segmen bawah uterus. (Tanto, 2014) Dengan demikian dapatdimengerti mengapa pada kehamilan belum cukup bulan, frekuensi

letak sungsang lebih tinggi, sedangkan pada kehamilan cukup bulan, janin sebagian besar ditemukan dalam presentasi kepala. Presentasi bokong yang menetap dapat disebabkan oleh abnormalitas dari bayi, volume cairan *amnion*, lokasi *plasenta*, kelainan uterus, tonus otot uterus yang lemah dan prematuritas (Saifuddin, 2010).

2.2.5 Diagnosa Banding

2.2.5.1 Palpasi

Saat pemeriksaan *leopod* bagian bawah teraba lunak bulat dan tidak melenting

(bokong), sementara di fundus teraba bagian bulat, keras, melenting (kepala) dan punggung teraba di kanan atau kiri (Hanretty, 2014).

2.2.5.2 Auskultasi

Denyut jantung janin paling jelas terdengar di atas *umbilicus*, maximum denyut jantung janin terdengar dikuadran atas perut ibu (Mochtar, 2011).

2.2.5.3 Pemeriksaan dalam

Adanya tahanan muskular dengan anus, mekonium, satu kaki janin atau genital. Bagian terendah teraba tinggi, teraba 3 tonjolan yaitu kedua *tuber ischiadicum*, dan *os sacrum*. Kadang-kadang teraba kaki jika kaki bagian terbawah janin (Oxorn, 2010)

2.2.6 Komplikasi

2.2.6.1 Komplikasi pada ibu

- 1) Perdarahan
- 2) Robekan jalan lahir.
- 3) Infeksi (Manuaba, 2010)

2.2.6.2 Komplikasi pada bayi

- 1) Asfiksia
- 2) Trauma persalinan
- 3) Infeksi

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

2.2.7.1 Anamnesa

Pergerakan anak terasa teraba oleh ibu bagian perut bawah, ibu sering merasa ada benda keras yang mendesak tulang iga dan rasa nyeri pada tulang iga karena kepala janin.

2.2.7.2 Auskultasi

Denyut jantung janin (DJJ) sepusat atau ditemukan paling jelas pada tempat yang lebih tinggi (sejajar atau lebih dari tali pusat).(Rukiyah, 2010)

2.2.7.3 Perbedaan antara letak sungsang dan kepala pada pemeriksaan.

Jika anus posisi terendah maka akan teraba lubang kecil, tidak ada lubang kecil tidak ada tulang, tidak menghisap. Jika presentasi kaki maka akan teraba *patela* dan *popliteal*. Pada presentasi mulut maka akan teraba hisapan dijari, teraba rahang dan lidah presentasi tangan dan siku, terasa jari panjang, tidak rata, patela (-) (Rukiyah, 2013).

2.2.8 Penata laksanaan medis

letak sungsang berlangsung dengan persalinan bokong, persalinan bahu, dan persalinan kepala. Bokong masuk pintu atas panggul dapat melintang atau miring mengikuti jalan lahir dan melakukan putar paksi dalam sehingga *trochanter* depan berada di bawah simpisis. Dengan

trochanter depan sebagai hipomoklion, akan lahir *trochanter* belakang, dan selanjutnya seluruh bokong lahir. Sementara itu bahu memasuki jalan lahir dan mengikuti jalan lahir untuk melakukan putar paksi dalam sehingga bahu depan berada di bawah simpisis. Dengan bahu depan sebagai hipomoklion akan lahir bahu belakang bersama dengan tangan belakang diikuti kelahiran bahu depan dan tangan depan.(Manuaba, 2010). Bersamaan dengan kelahiran bahu, kepala bayi memasuki jalan lahir dapat melintang atau miring, serta melakukan putar paksi dalam sehingga *suboksiput* berada dibawah simpisis. Suboksiput menjadi hipomoklion, berturut-turut akan lahir dagu, mulut, hidung, muka, dan kepala seluruhnya (Manuaba, 2010)

2.2.9 Dampak masalah

Dampak masalah yang terjadi pada letak sungsang adalah akan ada gangguan peredaran darah plasenta setelah bokong dan perut lahir karena tali pusat terjepit, dapat terjadi infeksi pada ibu. (Rukiyah & Yulianti, 2010)

2.3 Asuhan keperawatan

2.3.1 Pengkajian

2.3.1.1. Identitas

Didalam identitas yang berisiko tinggi umur diatas 30 tahun (primipartus) yaitu ibu yang mengalami kehamilan pertama dengan indikasi letak (Primigravida), nama, tanggal lahir, alamat no.RM, tanggal pengkajian, pekerjaan (Yanti, 2016)

2.3.1.2 Keluhan utama

Pasien post operasi biasanya mengeluh nyeri pada luka post *sectio caesarea*

2.3.1.3 Riwayat penyakit sekarang

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit yang dirasakan setelah pasien operasi. P : Nyeri hilang timbul

Q : Nyeri seperti ditusuk – tusuk

R : Nyeri pada luka post *sectio caesarea*

S : Skala nyeri 5

T : Nyeri saat aktivitas dan berkurang saat tidur

(Yanti, 2016)

2.3.1.4 Riwayat kesehatan dahulu

Apakah pasien pernah mengalami operasi sesar sebelumnya

2.3.1.5 Riwayat kesehatan keluarga

Adanya riwayat penyakit keluarga seperti riwayat DM, jantung, asma, dari komplikasi tersebut akan dilakukan operasi sesar.

2.3.1.6 Riwayat perkawinan

Meliputi menikah sejak umur berapa dan berlangsung sudah berapa tahun pernikahannya (Yanti, 2016)

2.3.1.7 Riwayat kehamilan saat ini

Yaitu menghitung usia kehamilan dan tanggal tafsiran persalinan (HPHT), mengetahui perkiraan lahir bayi, apakah bayi lahir premature karena bayi premature merupakan faktor predisposisi dari letak sungsang.

2.3.1.8 Riwayat persalinan

Meliputi jenis persalinan yang dialami (*sectio caesraea* / normal) adanya perdarahan atau tidak. TFU 2 jari diatas pusat. (Yanti, 2016)

2.3.2 Pemeriksaan fisik

2.3.2.1 Keadaan umum

Biasanya pada pasien post operasi keadaannya umumnya lemah

2.3.2.2 Tanda – tanda vital meliputi pemeriksaan tekanan darah, suhu , pernafasan, nadi.

2.3.2.3 Respiratori (B1)

Inspeksi : Bentuk dada simetris, pola nafas teratur, tidak ada retraksi dada.

Palpasi : Tidak mengalami nyeri tekan.

Perkusi : Sonor.

Auskultasi : Tidak ada suara tambahan

2.3.2.4 Kardiovaskuler (B2)

Inspeksi : Tidak mengalami sianosis

Palpasi : Irama jantung teratur, tekanan darah bisa meningkat atau menurun.

Perkusi : Pekak

Auskultasi : Bunyi jantung S1 (lub) S2 (dup)

(Yanti, 2016)

2.3.2.5 Persyarafan (B3)

Inspeksi : Kesadaran composmentis, orientasi baik, konjungtiva merah muda, pupil isokor.

Palpasi : Tidak ada

Perkusi : Tidak ada

Auskultasi : Tidak ada

2.3.2.6 Genetourinaria (B4)

Inspeksi : Menggunakan kateter, warna urine kuning kemerahan.

Palpasi : tidak ada nyeritekan pada perkemihan

Perkusi : Tidak ada

Auskultasi : Tidak ada (Yanti, 2016)

2.3.2.7 Pencernaan (B5)

Inspeksi : Mukosa bibir lembab, bibir normal, terdapat luka post operasi masih dibalut, terdapat striae.

Palpasi : Kontraksi uterus bisa baik / tidak, terdapat nyeri tekan pada abdomen.

Perkusi : Abdomen tympani

Auskultasi : Terjadi penurunan pada bising usus

2.3.2.8 Muskuloskeletal dan intergument (B6)

Inspeksi : Turgor kulit elastis, warna kulit sawo matang atau kuning langsung, tidak ada oedema, kelemahan otot, tampak sulit bergerak, kebutuhan klien masih dibantu oleh keluarga, adanya luka post operasi masih dibalut, terdapat striae.

Palpasi : Akral hangat

Perkusi : Reflek patela (+)

Auskultasi : Tidak ada

(Yanti, 2016)

2.3.3 Analisa data

Analisa data adalah kemampuan kognitif perawat dalam mengembangkan daya pikir yang dilatar belakangi ilmu pengetahuan, pengalaman, dan pengertian, tentang substansi, ilmu keperawatan dan proses penyakit, yang digunakan untuk menginterpretasikan data yang diperoleh dari pasien guna untuk menentukan masalah keperawatan dan kebutuhan klien (Brunner Suddart, 2014)

2.3.4 Diagnosa keperawatan

2.3.4.1 Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan

2.3.4.2 Hambatan mobillitas fisik berhubungan dengan kelemahan

2.3.4.3 Resiko infeksi berhubungan dengan luka post op *sectio caesraea*

2.3.4.4 Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri

2.3.4.5 Ansietas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post *sectio caesarea*.

2.3.5 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah kegiatan dalam keperawatan yang meliputi, meletakkan pusat tujuan klien, menetapkan hasil yang ingin dicapai, dan memilih intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan (Potter & Perry, 2015)

Tabel 2.1 Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan.

Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>1. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam nyeri dapat berkurang.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>1. Keadaan umum baik</p> <p>2. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri.</p> <p>3. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</p> <p>4. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri</p> <p>5. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri</p>	<p>1. BHSP</p> <p>2. Pantau nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi.</p> <p>3. Jelaskan pada pasien tentang penyebab nyeri</p> <p>4. Anjurkan pasien untuk menggunakan teknik distraksi</p> <p>5. Ajarkan teknik manajemen nyeri.</p> <p>6. Observasi skala nyeri</p> <p>7. Observasi TTV</p> <p>8. Kolaborasi pemberian</p>	<p>1. Agar pasien kooperatif dalam tindakan</p> <p>2. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas dari nyeri</p> <p>3. Untuk memberi pemahaman pada kliententang nyeri</p> <p>4. Untuk mengurangi nyeri</p> <p>5. Untuk membantu mengurangi rasa nyeri.</p> <p>6. Untuk mengetahui tingkat nyeripasien</p> <p>7. Untuk mengetahui perkembangan klien</p> <p>8. Agar nyeri dapat</p>

berkurang 6. Tidak ada ekspresi menyeringai	analgesik	berkurang dan membantu proses penyembuhan.
---	-----------	---

Tabel 2.2 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan

Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Setelah dilakukan perawatan selama 1x24 jam dapat melakukan mobilisasi Kriteria hasil : 1. Keadaan umum baik 2. Klien dapat beraktifitas secara mandiri 3. Kekuatan otot $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 4 & 4 \end{array}$ 4. Pasien mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas	1. Kaji kemampuan tentang mobilisasi 2. Ajarkan pada pasien melakukan mobilisasi dini 3. Anjurkan pada pasien untuk merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan 4. Observasi TTV 5. Bantu klien untuk memenuhi kebutuhan 6. Evaluasi perkembangan kemampuan klien untuk melakukan aktivitas	1. Untuk mengetahui tingkat kemandirian pasien 2. Untuk mencegah penggumpalan darah dan meningkatkan sirkulasi darah ke extremitas. 3. Untuk memberikan rasa nyaman. 4. Untuk mengetahui keadaan umum pasien. 5. Agar kebutuhan pasien terpenuhi 6. Untuk mengistirahatkan klien secara optimal

Tabel 2.3 Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko

Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam tidak terjadi infeksi selama perawatan</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>1.Klien bebas dari tanda – tanda infeksi</p> <p>2.Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</p> <p>3.Menunjukkan perilaku hidup sehat</p> <p>4. Jumlah leukosit dalam batas normal</p>	<p>1.Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain</p> <p>2.Monitorkan tanda dan gejala sistemik dan lokal</p> <p>3.Ajarkan pasien dan keluarga cara menghindari infeksi</p> <p>4.Anjurkan pada pasien dan keluarga untuk cuci tangan.</p> <p>5.Kolaborasi dalam pemberian atibiotik</p>	<p>1.Agar resiko terkena infeksi lebih kecil</p> <p>2.Agar tidak terkena infeksi setelah dilakukan perawatan</p> <p>3.Agar tidak terjadi infeksi post operasi</p> <p>4.Agar tidak mengalami infeksi</p> <p>5.Untuk mengobati infeksi</p>

Tabel 2.4 Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri

Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Setelah dilakukan perawatan selama 1x24	1.Jelaskan pentingnyatidur yang	1.Agar kebutuhan tidur dapat tercukupi

jam pola tidur dalam batas normal	adekuat	
Kriteria hasil : Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam / hari	2. Monitor kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam	2. Agar kebutuhan tidur adekuat
2. Pola tidur, kualitas dalam batas normal	3. Ajarkan pasien dan keluarga pasien tentang teknik tidur pasien.	3. Untuk menambah pengetahuan pasien
3. Perasaan segar sesudah tidur dan istirahat	4. Anjurkan pada keluarga pasien untuk ciptakan lingkungan yang nyaman	4. Agar dapat membuat rileks pasien
4. Mampu mengidentifikasi hal – hal yang meningkatkan tidur.	5. Kolaborasi untuk pemberian obat tidur.	5. Supaya pasien bisa istirahat, jika pasien tidak bisa tidur.

Tabel 2.5 Ansietas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post SC

Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam cemas dapat berkurang	1. Gunakan pendekatan yang menenangkan	1. Agar cemas pasien berkurang
Kriteria hasil :	2. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur pemulihan	2. Menambah pengetahuan pasien dan mengurangi rasa takut
1. Klien mampu mengidentifikasi dan	3. Ajarkan pada pasien	3. Untuk menambah

mengungkapkan gejala cemas	mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan	pengetahuan pasien tentang kecemasan.
2. Postur tubuh, ekspresi wajah dan tingkat kecemasan menunjukkan berkurangnya kecemasan	4. Anjurkan untuk mengungkapkan perasaan dan ketakutan.	4. Untuk mengetahui tingkat kecemasan pasien
3. TTV dalam batas normal	5. Berikan obat untuk mengurangi kecemasan	5. Agar pasien tampak rileks dan cemas dapat berkurang

(Nurarif, 2015)

2.3.6 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter dan Perry, 2011)

2.3.7 Evaluasi

Evaluasi keperawatan ada 2 yaitu :

2.3.7.1 Evaluasi formatif

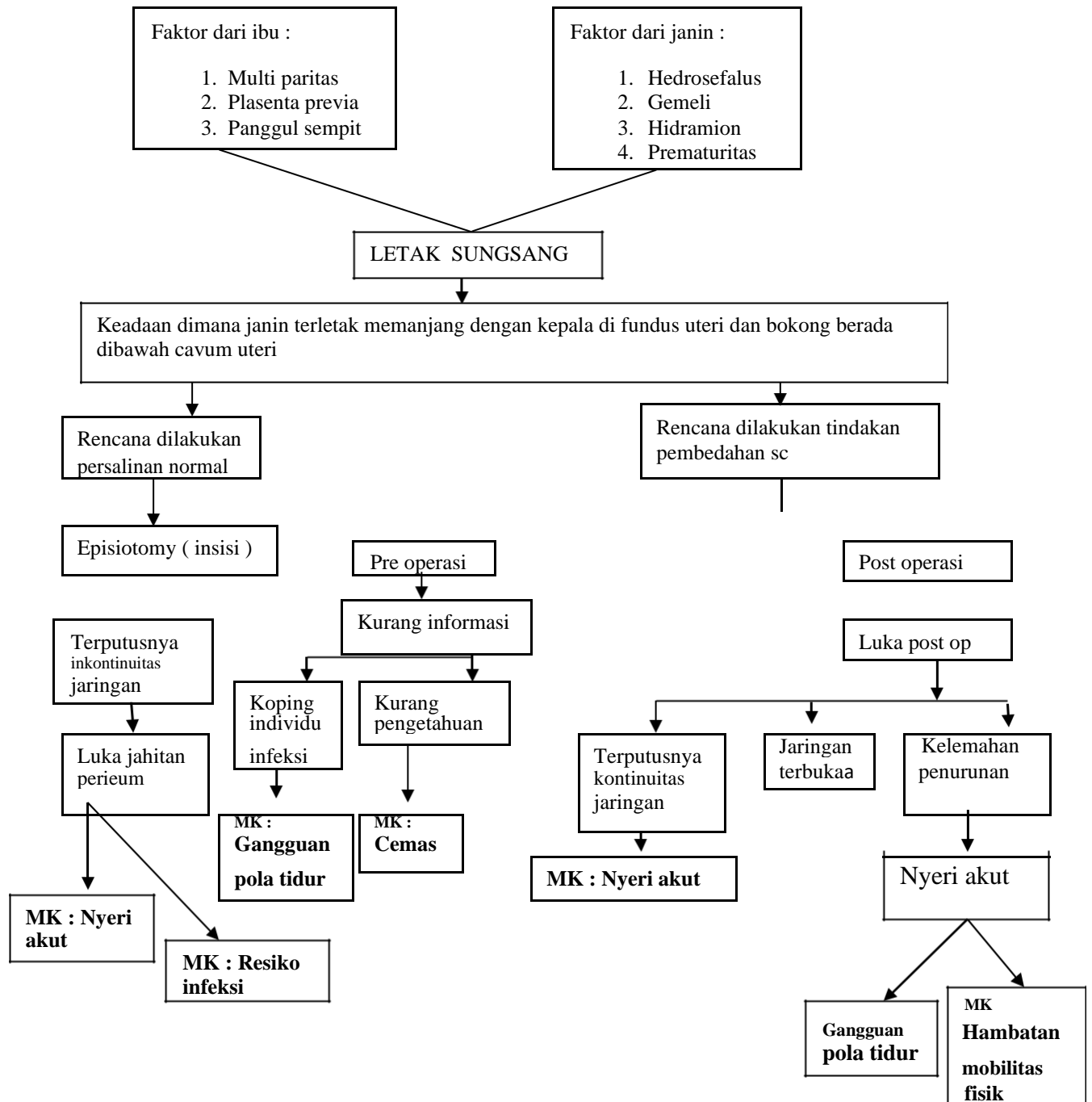
Evaluasi ini disebut juga evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai

2.3.7.2 Evaluasi Sumatif

Evaluasi akhir dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP

(Nursalam, 2011)

2.4 Pathway



Gambar 2.1 kerangka masalah pada pasien dengan indikasi letak sungsang(Potter & Perry, 2013)

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan maternitas dengan diagnosa medis post *sectio caesarea* atas indikasi letak sungsang post partum hari ke 0 maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 2 desember sampai 4 desember 2019, yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Data diambil tanggal : 2 Desember 2019 Jam : 10.30 tgl MRS : 2 desember 2019

Ruang rawat / kelas : Nifas / III

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Klien

Tanggal masuk : 2 desember 2019

Jam masuk : 10.30

Ruang / Kelas : Mawar 5 / Kelas 3

Kamar No. : Nomer 1

Pengkajian tanggal : 2 Desember 2019

Jam : 15.00

Nama: Ny. N

Umur : 20 tahun

Suku / Bangsa : Indonesia

Agama : Islam

Pendidikan : SD

Pekerjaan : IRT

Alamat : Lorokan Utara Kejayan Pasuruan

Status perkawinan : Kawin

Identitas Penanggung jawab

Nama : Tn. A

Umur : 25 Tahun

Suku / Bangsa : Indonesia

Agama : Islam

Pendidikan : SD

Pekerjaan : Swasta

Alamat : Lorokan Utara Kejayan Pasuruan

Status Perkawinan : Kawin

3.1.2 Riwayat keperawatan

3.1.2.1 Keluhan Utama : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi sesar pada bagian perut bawah.

3.1.2.2 Riwayat masuk rumah sakit : Pasien mengatakan sebelumnya dibawa ke puskesmas terlebih dahulu, karena perut terasa kenceng – kenceng, kemudian pasien datang ke RSUD Bangil jam 05.00 WIB, pada tanggal 2 desember 2019 hamil 37 minggu rujukan dari puskesmas, karena bayi letaknya

sungsang dan dianjurkan untuk sesar, dan pasien dipindah keruang nifas dari RR Jam 10.30 WIB. Pasien mengatakan perutnya terasa nyeri karena ada bekas operasi, nyeri seperti tertusuk – tusuk dan lokasi nyerinya pada perut bagian bawah bekas operasi, dengan skala nyeri 5, nyeri saat dibuat aktivitas dan nyeri hilang timbul.

3.1.3 Riwayat obsetri

3.1.3.1 Riwayat menstruasi

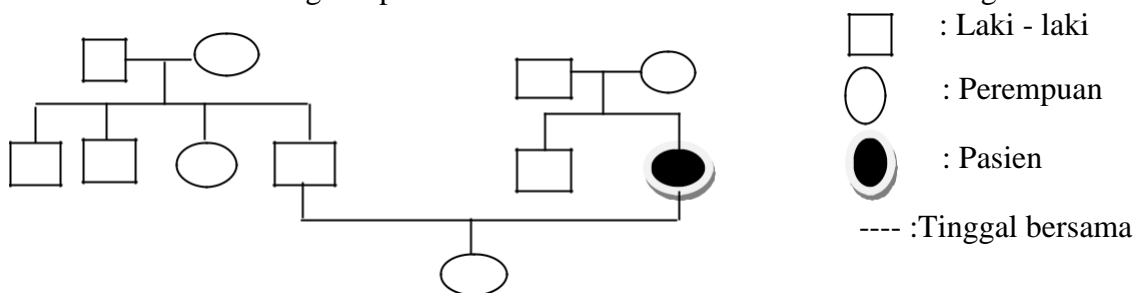
Menarche : usia 13 tahun, siklusnya teratur, banyaknya : 250 cc lamanya : 1 minggu. HPHT : 27 Februari 2019, keluhan : tidak ada

3.1.3.2 Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu :

Tabel 3.1 Riwayat kehamilan persalinan nifas yang lalu pada klien dengan diagnose medis *post sectio caesarea* atau indikasi letak sungsang

Anak ke		Kehamilan		Persalinan			Komplikasinifas			Anak		
No	Usia	Umur kehamilan	penyakit	Jenis	Penolong	Penyulit	Laserasi	Infeksi	Pendarahan	Jenis	BB	PJ
1	Kehamilan ini	9 bulan	Letak sungsang	Sc	Dokter rumah sakit Bangil	Letak sungsang	Operasi			P	2500 gr	50 cm

Gambar 3.1 Genogram pasien



Gambar 3.1 Genogram pada pasien *sectio caesarea* dengan indikasi letak sungsang

3.1.3.3 Persalinan sekarang

Kala persalinan

- (1) Kala I : tidak dilakukan pengkajian klien di ruang bedah
- (2) Kala II : tidak dilakukan pengkajian klien di ruang bedah
- (3) Kala III : tidak dilakukan pengkajian klien di ruang bedah
- (4) Kala IV :

a) Lochea : Jenis : lochea rubra

lochea sanguinolenta

lochea serosa

lochea alba

lochea parulenta

lochiotosis

Jumlah : 2x ganti softtek 200 cc setiap kali ganti

b) TFU : 2 jari dibawah pusat

c) Kontraksi uterus : Baik Tidak

d) Pendarahan : Ya Tidak

e) Perineum : rupture spontan episiotomy

Lain – lain : tidak ada luka bekas episiotomy

5) Keadaan bayi :

a) BB : 2500 gr LD : 34 cm LLA : 13 cm LK : 33 cm

b) TB : 50 cm

c) Pusat : (v) Normal () Abnormal

d) Perawatan tali pusat

() Alkohol 70 % ()

Betadine

() Lainnya : memakai kasa steril

e) Anus : Normal

f) Suhu : 37°C

g) Lingkar Kepala : 33 cm

Lingkar Sub Occipito Bregmatica : 33 cm

Lingkar Fronto Occipitalis : 34 cm

Lingkar Mentro Occipitalis : 36 cm

h) Kelainan kepala :

: Caput succedaneum :

: Cephal hematoma

Lain – lain : Tidak ada kelainan pada kepala

6) Rencana Perawatan Bayi : (v) sendiri () orang tua () lain – lain

1) Kesanggupan dan pengetahuan dalam merawat bayi

a) Breastcare : Pasien belum tau cara melakukan perawatan payudara

- b) Perineal care : pasien sudah tau cara merawat tali pusat yaitu dengan menggunakan kasa steril
- c) Nutrisi : pasien belum mengerti kebutuhan nutrisi pada bayi
- d) Senam Nifas : pasien tidak tau cara senam nifas
- e) KB : pasien menggunakan KB suntik dan pindah ke KB pil
- f) Menyusui : pasien mengatakan ASI belum keluar dan menyusui jadi kurang efektif

3.1.3.4 Riwayat Keluarga Berencana :

- 1) Melakukan KB : (v) () tidak
- 2) Bila ya jenis kontrasepsi apa yang digunakan : suntik selama 9 bulan terus pindah pil 1 tahun
- 3) Sejak kapan menggunakan kontrasepsi : setelah 2 bulan menikah sampai selama 1 tahun 6 bulan.
- 4) Masalah yang terjadi : tidak ada

3.1.3.5 Riwayat Kesehatan :

- 1) Penyakit yang pernah dialami ibu : tidak ada
- 2) Pengobatan yang didapat : tidak ada
- 3) Riwayat penyakit keluarga : tidak ada
 - () Penyakit diabetes melitus
 - () Penyakit jantung :

() Penyakit hipertensi :

3.1.3.6 Riwayat Lingkungan :

- 1) Kebersihan : pasien mengatakan membersihkan rumahnya setiap pagi dan sore
- 2) Bahaya : tidak ada

3.1.3.7 Aspek sosial :

- a) Persepsi setelah melahirkan : Ibu merasa bahagia anaknya lahir dengan selamat
- b) Apakah keadaan ini menimbulkan perubahan terhadap kehidupan sehari – hari :
iya, karena ibu akan sibuk dengan mengurus bayinya
- c) Harapan yang ibu inginkan setelah bersalin : sehat ibu dan anak
- d) Ibu tinggal dengan siapa : tinggal dengan orang tua dan suami.
- e) Siapa yang terpenting bagi ibu : semuanya penting dalam keluarganya
- f) Sikap anggota keluarga terhadap keadaan saat ini : mendukung untuk kesembuhannya
- g) Keadaan mental menjadi ibu : siap menjadi ibu yang baik

3.1.3.8 Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

1. Merokok : tidak ada
2. Minuman keras : tidak ada
3. Keterangan obat : tidak ada

Auskultasi : Bunyi jantung normal S1 S2 tunggal

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

B3 (Brain)

Inspeksi : Kesadaran composmentis, GCS = 4-5-6, orientasi baik, tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk.

Palpasi : tidak ada nyeri kepala, tidak ada brudinsky.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

B4 (Bladder)

Inspeksi : Bentuk alat kelamin normal, kebersihan terdapat lokhea rubra warna merah segar, terpasang pembalut dan beralas under pad, frekuensi beremih \pm 1000 cc saat pindah dari ruang RR, Terpasang DC, jumlah \pm 1000 cc warna kuning.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada area simpisis pubis

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

B5 (Bowel)

Inspeksi : Bibir normal, mulut kurang bersih, mukosa lembab, kebiasaan gosok gigi 1 x saat di rumah sakit,

Palpasi : Tenggorokan tidak ada kesulitan menelan, abdomen, ada luka post *sectio caesarea* tertutup kasa steril, TFU 2 jari dibawah pusat dan terdapat nyeri tekan.

Perkusi : tidak ada kembung

Auskultasi : Peristaltik 12 x / menit

Masalah keperawatan : nyeri akut

B6 (Bone)

Inspeksi : Warna kulit sawo mateng, mammae normal, papilla mammae menonjol, aerola mammae hiper pigmentasi.

Palpasi : Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM) : terbatas

Kekuatan otot : 5 | 5
— | —
4 | 4

Turgor kulit elastis, kulit lembab, akral hangat, kolostrum keluar.

Masalah keperawatan : Hambatan mobilitas fisik.

B7 (Pengindraan)

Inspeksi : telinga, hidung, mulut normal

B8 (Endokrin)

Inspeksi : tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid dan kelenjar limfe

Palpasi : tidak teraba ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe.

Tabel 3.2 Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
Leukosit (WBC)	27,19	4,5 – 11
Neutrofil	25,6	1,5 - 8,5
Limfosit	0,71	1,1 – 5,0
Monosit	0,9	0,14 – 0,66
Eosinofil	0027	0 – 0,33
Basofil	0,03	0 – 0,11
Neutrofil %	94,0	35–66
Limfosit %	2,6	24– 44
Monosit %	3,3	3– 6
Eosinofil %	0,0	0-3
Basofil %	0,1	0-1
Eritrosit	5,448	4-5,2
Hemoglobin	10,75	12-16
Hematokrit	34,6	33-51
MCV	63,59	80-100
MCH	19,73	26-34
MCHC	31,02	32-36
RDW	20,27	11,5-13,1
PLT	352	150-450
MPV	8,641	6,90-10,6

3.1.3.10 Terapi

Infus RL 28 tpm fungsinya untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang

Inj ketorolac 3 x 1 ampul fungsinya untuk membantu mengurangi rasa nyeri

Inj ondansetron 3 x 1 ampul fungsinya untuk mengatasi mual dan muntah

Inj anbacym 3 x 1 gr fungsinya sebagai antibiotik untuk mengobati berbagai infeksi bakteri dan mencegah infeksi dari operasi tertentu.

Inj omeprazol 2 x 40 mg fungsinya untuk membantu mencegah kerusakan asam lambung.

Inj Metoclopramide 3 x 1 ampul fungsinya untuk mengatasi mual dan muntah

3.2 ANALISA DATA

Tanggal : 02 desember 2019

Nama pasien : Ny. N

Umur : 20 tahun

No. RM : 00411xxx

Tabel 3.3 Analisa data pada pasien *post sectio caesarea*

No	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	<p>Ds :Pasien mengatakan perutnya nyeri</p> <p>P : karena bekas opeasi <i>sectio caesarea</i></p> <p>Q : seperti di tusuk – tusuk dan cekot – cekot</p> <p>R : nyeri pada bagian perut bekas <i>sectio caesarea</i> dan hilang timbul</p> <p>S : skala nyeri 5</p> <p>T : nyeri saat aktivitas</p> <p>Do : K.U :lemah, kesadaran : cm</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wajah tampak menyeringai 2. Terdapat luka bekas operasi <i>section caesarea</i> dibagian bawah perut tertutup kasa steril 	<p><i>Sectio caesarea</i></p> <p>↓</p> <p>Insisi pada bagian depan dinding perut</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya inkontinuitas jaringan</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>	Nyeri akut

2	<p>sepanjang 10 cm</p> <p>3. TFU 2 jari dibawah pusat</p> <p>4. Tampak lokhea rubra berwarna merah segar</p> <p>TD : 120/70 mmHg</p> <p>N : 94x / menit</p> <p>S : 36°c</p> <p>RR : 18x / menit</p> <p>Ds : Pasien mengatakan kedua kakinya masih sulit untuk digerakkan</p> <p>Do : K.U : lemah</p> <p>1.Pasien tampak terbaring di tempat tidur</p> <p>2.Segala aktivitas dibantu keluarga dan perawat.</p> <p>3. Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM) : terbatas</p> <p>4. Kekuatan otot 5,5,4,4</p> <p>5. Tangan kanan terpasang infus</p> <p>TD : 120/70 mmHg</p> <p>N : 94x / menit</p> <p>S : 36°c</p> <p>RR : 18x / menit</p>	<p>Post operasi</p> <p>↓</p> <p>Luka post operasi</p> <p>↓</p> <p>Kelemahan</p> <p>↓</p> <p>Hambatan mobilitas fisik</p>	<p>Hambatan mobilitas fisik</p>
---	---	--	---------------------------------

3	<p>Ds : Pasien mengatakan tidak tahu cara perawatan payudara, tidak tahu cara menyusui yang benar dan tidak tahu cara senam nifas.</p> <p>Do : Pasien terlihat tampak selalu menanyakan tentang cara perawatan payudara, cara menyusui yang benar dan cara senam nifas.</p>	<p>Proses pembedahan</p> <p>↓</p> <p>Kurangnya informasi</p> <p>↓</p> <p>Defisit pengetahuan</p>	
---	---	--	--

DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

1. Nyeri akut
2. Hambatan mobilitas fisik
3. Defisit pengetahuan

3.3 DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS

1. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya Inkontinuitas jaringan
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan
3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang cara perawatan payudara, cara menyusui yang benar dan cara senam nifas

3.4 RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Tanggal : 2 Desember 2019

Dx Medis : post SC indikasi letsu

Nama pasien : Ny. N

No. RM : 00411xxx

Tabel 3.4 Rencana tindakan pada pasien post sectio caesarea

No.Dx	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
1.	<p>Setelah dilakukan perawatan selama 2 x 24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil :</p> <p>K.U : baik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wajah tampak rilex 2. Px mampu mengontrol nyeri <p>Skala nyeri ≤ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. tidak mengalami gangguan tidur 4. Pasien melaporkan bahwa nyeri berkurang 5. TD : 100/70 – 130/90 mmHg 5. S : 36 – 37,5*c 	<ol style="list-style-type: none"> 1. BHSP 2. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, termasuk lokasi, karakteristik dan kualitas nyeri. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepercayaan dari klien merupakan hal yang mutlak serta akan memudahkan dalam melakukan pendekatan keperawatan terhadap klien 2. Untuk memilih intervensi yang cocok dan mengevaluasi keefektifan dari terapi yang diberikan.

2	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien dapat melakukan mobilisasi dengan kriteria hasil :</p> <p>1.Pasien dapat beraktivitas</p>	<p>3.Jelaskan pada pasien tentang penyebab nyeri</p> <p>4.Anjurkan untuk mengalihkan perhatian.</p> <p>5.Ajarkan teknik relaksasi seperti nafas dalam</p> <p>6.Observasi TTV</p> <p>7.Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgesik</p> <p>1.Lakukan pengkajian kemampuan klien tentang mobilisasi</p>	<p>3. Untuk memberi pemahaman pada pasien tentang nyeri.</p> <p>4. Untuk membantu mengurangi rasa nyeri.</p> <p>5. Agar pasien tampak rilex</p> <p>6. Untuk mengetahui keadaan umum pasien.</p> <p>7. Untuk memberikan terapi yang tepat.</p> <p>1. Membantu dalam mengidentifikasi kebutuhan saat ini dan mengembangkan</p>
---	---	---	--

	<p>secara mandiri</p> <p>2. Kekuatan otot 5,5,5,5</p> <p>3. Pasien dapat miring kanan dan miring kiri.</p> <p>4. keadaan umum dalam batas normal.</p>	<p>2. Anjurkan pada pasien untuk mobilisasi bertahap.</p> <p>3. Ajarkan untuk cara miring kanan dan kiri</p> <p>4. Observasi TTV</p> <p>5. Evaluasi perkembangan kemampuan pasien dapat melakukan aktivitas</p>	<p>rencana keperawatan</p> <p>2. Untuk mencegah penggumpalan darah dan meningkatkan sirkulasi darah ke ekstremitas.</p> <p>3. Untuk membantu rasa nyaman</p> <p>4. untuk mengetahui keadaan umum pasien.</p> <p>5. Untuk mengistirahatkan pasien secara optimal.</p>
3	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pasien paham tentang apa yang dijelaskan</p>	<p>1. Lakukan pengkajian tingkat pengetahuan pasien</p>	<p>1. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan</p>

	<p>oleh tenaga medis dengan kriteria hasil :</p> <p>1.Pasien dan keluarga menyatakan telah memahami tentang cara perawatan payudara dan cara menyusui bayi</p> <p>2.Pasien mampu melaksanakan apa yang sudah dijelaskan oleh perawat</p> <p>3.Pasien mampu mendemonstrasikan ulang apa yang telah dijelaskan oleh tenaga medis.</p>	<p>2.Jelaskan tentang bagaimana cara melakukan perawatan payudara</p> <p>3.Ajarkan cara menyusui yang benar</p> <p>4.Evaluasi perkembangan kemampuan untuk perawatan payudara dan senam nifas.</p>	<p>pasien</p> <p>2.Agar pasien paham tentang bagaimana cara perawatan payudara.</p> <p>3.Untuk membantu memperlancar ASI</p> <p>4.Untuk mengetahui seberapa paham pasien apa yang sudah dijelaskan oleh tim medis.</p>
--	---	--	--







3.5 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN







Nama Pasien : Ny.N

No RM : 004111xxx






Umur : 20 tahun







Tabel 3.5 Implementasi keperawatan pada pasien *post sectio caesarea*








No. Dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama /ttd
1	03/12/19	08.00	1.Membina hubungan saling percaya dengan pasien.	
		08.10	2.Mengkaji nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, frekuensi dan kualitas nyeri. Skala nyeri 5, nyeri pada perut bagian bawah.	
		08.15	3. Mengajukan untuk mengalihkan perhatian dengan cara menggendong anaknya atau menyusunya	
		09.00	4. Menjelaskan pada pasien tentang penyebab nyeri, yaitu karena bekas operasi. Respon ibu : memperhatikan	
		09.10	5.Mengajarkan teknik relaksasi seperti nafas dalam dengan cara ambil nafas dari hidung kemudian keluarkan dari mulut secara	
				


2			<p>perlahan.</p> <p>Respon ibu : memperhatikan</p>	
		09.20	<p>6.Mengobservasi TTV</p> <p>TD : 120/70 mmHg</p> <p>N : 94 x / menit</p> <p>S:36°C</p> <p>RR : 18 x / menit</p>	
		09.30	<p>7. Mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian analgesik Cetorolac 3x1 ampul untuk mengurangi rasa nyerinya.</p>	
		09.40	<p>1.Melakukan pengkajian kemampuan klien tentang mobilisasi, pasien belum mampu mobilisasi yang terlalu berat.</p>	
		09.50	<p>2.Menganjurkan pada pasien untuk mobilisasi bertahap. Pasien mampu untuk miring kanan dan kiri.</p>	
10.00	<p>3.Mengajarkan cara miring kanan dan kiri, pasien mampu melakukannya.</p>			
10.10	<p>4.Mengobservasi TTV</p> <p>TD : 120/70 mmHg</p> <p>N : 94 x / menit</p>			

3

			S:36°C	
			RR : 18 x / menit	
		09.00	5.Evaluasi perkembangan kemampuan pasien dapat melakukan aktivitas .	
		09.10	1. Melakukan pengkajian tingkat pengetahuan pasien, pasien sudah paham apa yang sudah dijelaskan oleh perawat.	
		09.20	2.Menjelaskan tentang bagaimana cara melakukan perawatan payudara, yaitu dengan kompres air hangat dan bisa juga dengan menggunakan baby oil.ditambah lagi untuk membantu ASI keluar ambil spuit 5 cc yang sudah dimodif .	
		09.30	3.Mengajarkan cara perawatan payudara, yaitu dengan menggunakan kompres air hangat terlebih dahulu, dan dikasih baby oil putar jari searah berlawanan	
		10.00	4.Evaluasi perkembangan kemampuan untuk perawatan	

			payudara dan senam nifas	
1	04/12/19	08.00	1.Mengkaji ulang keluhan px tentang nyerinya sudah berkurang, nyeri sudah berkurang dengan skala nyeri 3, nyeri pada bagian perut bawah	
		08.10	2.Menganjurkan untuk mengalihkan perhatian dengan cara menggendong anaknya atau menyusunya.	
		08.20	3.Menjelaskan kembali kepada pasien tentang penyebab nyeri yaitu karena bekas operasi	
		08.30	4. Mengajarkan kembali kepada pasien untuk melakukan teknik nafas dalam.	
		08.40	5.Mengobservasi TTV TD :120/80 mmHg N : 86 x / menit S : 36,5 °c RR : 19 x / menit	
		08.50	6.Mengkolaborasikan dengan tim medis untuk pemberian terapi analgesik cetorolac 3x1 ampul	

2		09.00	1.Mengkaji ulang kemampuan klien tentang mobilisasi, pasien sudah mulai mobilisasi bertahap	
		09.10	2.Menganjurkan kembali untuk mobilisasi bertahap, pasien sudah mulai bisa duduk	
		09.20	3.Mengajarkan pasien untuk mulai berjalan dengan cara dibantu oleh keluarga dan pasien mampu melakukannya.	
		09.30	4.Mengobservasi TTV TD : 120/80 mmHg N : 86 x / menit S : 36,5°C RR : 19 x / menit	
		09.40	5.Evaluasi perkembangan pasien dapat melakukan aktivitas, pasien mampu melakukannya.	
3		09.50	1.Melakukan pengkajian ulang tingkat pengetahuan pasien, pasien sudah paham apa yang dijelaskan oleh perawat yaitu cara perawatan payudara dan senam nifas	
		09.55	2.Menjelaskan kembali tentang	

		10.00	bagaimana cara perawatan payudara dan pasien mampu melakukannya 3.Mengajarkan kembali cara perawatan payudara dan pasien mampu melakukannya.	
--	--	-------	---	---



3.6 CATATAN PERKEMBANGAN


Nama : Ny. N


No.RM :00411xxx

Umur : 20 tahun

Tabel 3.6 Catatan perkembangan pada pasien *post sectio caesarea*

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
03/12/19	Nyeri Akut	<p>S : Pasien mengatakan nyeri sudah agak berkurang</p> <p>O : Pasien tampak sedikit rilex</p> <p>K.U : baik</p> <p>Kesadaran : composmentis</p> <p>Skala nyeri : < 5</p> <p>TD : 120 / 80 mmHg</p> <p>N : 86 x / menit</p> <p>S : 36,5°C</p> <p>RR : 19 x / menit</p> <p>A : Post SC hari ke 2 masalah nyeri teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
	Hambatan mobilitas fisik	<p>S : Pasien mengatakan belum bisa beraktivitas berat, dan masih dibantu oleh keluarganya.</p> <p>O : Pasien terlihat masih</p>	


	Defisit pengetahuan	<p>belum bisa aktivitas secara mandiri.</p> <p>K.U : baik</p> <p>Kesadaran : Composmentis</p> <p>Akral hangat, turgor elastis.</p> <p>TD : 120 / 80 mmHg</p> <p>N : 86 x / menit</p> <p>S : 36,5°c</p> <p>RR : 19 x / menit</p> <p>A:Masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>S : Pasien mengatakan belum tahu cara perawatan payudara, cara menyusui yang benar dan senam nifas</p> <p>O : Pasien terlihat sering kebingungan bagaimana cara perawatan payudara</p> <p>K.U : baik</p> <p>Kesadaran : Composmentis</p> <p>Akral : hangat</p> <p>Turgor : elastis</p> <p>TD : 120 / 80 mmHg</p>	
--	---------------------	--	---



04/1219	Nyeri akut	<p>N : 86 x / menit</p> <p>S : 36,5°C</p> <p>RR : 19 x / menit</p> <p>A : masalah defisit pengetahuan belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>S : Pasien mengatakan nyeri bekas operasi sudah berkurang ≤ 3</p> <p>O : Pasien tampak lebih rilex</p> <p>K.U:baik, kesadaran: cm</p> <p>skala nyeri ≤ 3</p> <p>TD : 120/80 mmHg</p> <p>N : 86x/ menit</p> <p>RR : 19x/ menit</p> <p>S : 36,5 °C</p> <p>TFU : 2 jari dibawah pusat</p> <p>Luka bekas operasi tertutup kassa steril</p> <p>Aff infus & DC jam 09.00</p> <p>A : Post SC hari ke 3 dengan masalah nyeri hampir teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan pasien pulang dan KIE</p>	
---------	------------	---	---

3.7 EVALUASI KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny. N No.RM : 00411xxx Umur : 20 tahun

Tabel 3.7 Evaluasi keperawatan pada pasien *post sectio caesarea*

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
04/12/19	Nyeri akut	<p>S : Pasien mengatakan nyeri sudah mulai hilang.</p> <p>O : Pasien tampak rilex</p> <p>K.U : baik</p> <p>Kesadaran : Composmentis</p> <p>Skala nyeri : < 2</p> <p>TD : 120/80 mmHg</p> <p>N : 90 x/ menit</p> <p>S : 36,5°c</p> <p>RR : 20 x / menit</p> <p>TFU : 2 jari dibawah pusat</p> <p>Luka bekas operasi tertutup kassa steril</p> <p>Aff infus & DC jam 09.00</p> <p>A : Post SC hari ke 3 dengan masalah nyeri hampir teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan px pulang dan KIE</p> <p>Menganjurkan px untuk diet</p>	

	<p>Hambatan mobilitas fisik</p>	<p>TKTP</p> <p>Memberikan terapi oral</p> <p>Cefradoxil 3x1 tablet</p> <p>Asmef 3x1 tablet</p> <p>S: Pasien mengatakan sudah mulai berjalan ke kamar mandi</p> <p>O : Pasien tampak sudah lancar untuk aktivitas</p> <p>K.U:baik</p> <p>Kesadaran : composmentis</p> <p>Akral : hangat</p> <p>Turgor : elastis</p> <p>TD : 120/80 mmHg</p> <p>N : 90 x/ menit</p> <p>S : 36,5°c</p> <p>RR : 20 x / menit</p> <p>A : Masalah hambatan mobilitas fisik teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan pasien pulang</p>	
	<p>Defisit pengetahuan</p>	<p>S : Pasien mengatakan sudah mengetahui cara perawatan payudara, cara menyusui yang benar dan senam nifas</p>	

		<p>O : Pasien terlihat sudah paham dan melakukan perawatan payudara, cara menyusui yang benar dan senam nifas</p> <p>K.U : baik</p> <p>Kesadaran : composmentis</p> <p>Akral : hangat, Turgor elastis</p> <p>TD : 120/80 mmHg</p> <p>N : 90 x/ menit</p> <p>S : 36,5°c</p> <p>RR : 20 x / menit</p> <p>A : Masalah defisit pengetahuan teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan pasien pulang</p>	
--	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dijelaskan kesenjangan antara teori dan asuhan keperawatan secara langsung pada Ny. N dengan diagnosa medis G1 P0-Ab0 40-41+prom+letsu+HT Getasional+Leukositis hari ke – 0 di ruang mawar RSUD Bangil Pasuruan yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dan keluarga secara terbuka, mengerti dan kooperatif.

Pada identitas menurut (Yanti, 2016) yang beresiko tinggi mengalami kelainan letak adalah umur diatas 30 tahun, sedangkan pada tinjauan kasus pasien umur 20 tahun bisa mengalami kelainan letak. Riwayat perkawinan pada tinjauan pustaka menurut (Yanti, 2016) yaitu meliputi menikah sejak umur berapa dan berlangsung sudah berapa tahun pernikahannya, sedangkan pada tinjauan kasus umur bukanlah kendala terjadi kelainan letak.

Pada keluhan utama menurut yanti 2016 pasien *post sectio caesarea* mengeluh nyeri pada luka bagian perut bawah sedangkan pada tinjauan kasus di dapatkan hasil yang sama. Pada riwayat penyakit sekarang menurut yanti 2016 didapatkan nyeri hilang timbul dan nyeri seperti tertusuk tusuk, nyeri pada luka

post sectio caesarea dengan skala nyeri 5 dan nyeri saat dibuat aktivitas, sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan hasil yang sama.

Pada pemeriksaan fisik menurut Yanti 2016 pada tinjauan pustaka didapatkan hasil pengkajian didapatkan hasil pengkajian B1(breathing) yaitu :
Inspeksi : Bentuk dada simetris, pola nafas teratur, tidak ada retraksi dada.

Palpasi : Tidak mengalami nyeri tekan, Perkusi : Sonor, Auskultasi : Tidak ada suara tambahan, sedangkan pada tinjauan kasus di dapatkan hasil yang sama karena hal ini dikarenakan pada saat pasien dipindahkan ke ruangan kesadaran klien kembali pulih dan membaik serta tidak mengalami gangguan pada pernafasan.

Pada pemeriksaan fisik menurut Yanti, 2016 tinjauan pustaka didapatkan hasil pengkajian B2 (Blood) yaitu pada Inspeksi : Tidak mengalami sianosis, Palpasi : Irama jantung teratur, tekanan darah bisa meningkat atau menurun, Perkusi : Pekak, Auskultasi : Bunyi jantung S1 (lub) S2 (dup). Pada tinjauan kasus juga ditemukan hasil yang sama karena kesadaran klien mulai membaik serta tekanan darah yang membaik.

Pada pemeriksaan fisik menurut Yanti, 2016 tinjauan pustaka didapatkan hasil pengkajian B3 (Persyarafan) Inspeksi : Kesadaran composmentis, Kesadaran : composmentis , GCS = 4-5-6, Orientasi : baik, tidak kejang, pada palpasi tidak ada masalah, pada perkusi tidak ada masalah, pada auskultasi tidak ada masalah. Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan bahwa klien mengalami gangguan tidurnya yaitu di RS, Istirahat / tidur : Di Rumah Sakit : 5 jam / hari, Di Rumah : 3 jam / hari. Hal ini terjadi kesenjangan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, karena pada tinjauan pustaka tidak ditemukan jam

istirahat terganggu sedangkan pada tinjauan kasus ditemukan gangguan pemenuhan istirahat tidur karena pasien mengalami nyeri setelah post SC sehingga jam istirahat terganggu.

Pada pemeriksaan fisik menurut Yanti, 2016 tinjauan pustaka didapatkan hasil pengkajian B4 (Genetourinaria) Inspeksi : Menggunakan kateter, warna urine kuning kemerahan, Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada perkemihan, Perkusi : Tidak ada, Auskultasi : Tidak ada. Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan hasil yang sama. Hal ini dikarenakan pada pasien post op SC dipasang Cateter bertujuan untuk mengkososngkan kandung kemih penuh, maka akan mengalami involusi uterus dan akan dapat mengalami perdarahan.

Pada pemeriksaan fisik menurut Yanti, 2016 tinjauan pustaka didapatkan hasil pengkajian B5 (Pencernaan) Inspeksi : Mukosa bibir lembab, bibir normal, terdapat luka post operasi masih dibalut, terdapat striae, Palpasi : Kontraksi uterus bisa baik / tidak, terdapat nyeri tekan pada abdomen, Perkusi : Abdoment tympani, Auskultasi : Terjadi penurunan pada bising usus. Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan hasilnya tidak sama yaitu tidak mengalami penurunan bising usus.

Pada pemeriksaan fisik menurut Yanti, 2016 tinjauan pustaka didapatkan hasil pengkajian B6 (Integumen) Inspeksi : Turgor kulit elastis, warna kulit sawo matang atau kuning langsung, tidak ada oedema, kelemahan otot, tampak sulit bergerak, kebutuhan klien masih dibantu oleh keluarga, adanya luka post operasi masih dibalut, terdapat striae. Palpasi : Akral hangat, Perkusi : Reflek patela (+),

Auskultasi : Tidak ada. Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan hasil yang sama, mengalami kelemahan otot pada kaki.

Pada pemeriksaan fisik menurut Yanti, 2016 tinjauan pustaka didapatkan hasil pengkajian B7 (Pengindraan) Inspeksi : telinga, hidung, mulut normal, Palpasi : tidak ada, Perkusi : tidak ada, Auskultasi : tidak ada. Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan hasilnya sama dan tidak ada gangguan pada pengindraan.

Pada pemeriksaan fisik menurut Yanti, 2016 tinjauan pustaka didapatkan hasil pengkajian B8 (Endokrin) Inspeksi : tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid dan kelenjar limfe, Palpasi : tidak teraba ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe, Perkusi : tidak ada, Auskultasi : tidak ada. Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan hasilnya sama dan tidak ada pembesaran kelenjar.

4.2 Diagnosa keperawatan

4.2.1 Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka ada 5 menurut

(Brunner Suddart, 2014)

4.2.1.1 Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan

4.2.1.2 Hambatan mobillitas fisik berhungan dengan kelemahan

4.2.1.3 Resiko infeksi berhubungan dengan luka post op SC

4.2.1.4 Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri

4.2.1.5 Ansietas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post SC.

4.2.2 Pada tinjauan kasus terdapat 3 diagnosa keperawatan yang muncul

yaitu :

4.2.2.1 Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya Inkontinuitas jaringan

4.2.2.2 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan

4.2.2.3 Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi cara perawatan payudara, cara menyusui yang benar dan senam nifas

Pada tinjauan pustaka didapatkan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan (Brunner Suddart, 2014) hal ini disebabkan karena nyeri pada daerah abdomen karena terputusnya inkontinuitas jaringan. Pada tinjauan kasus yaitu ditemukan hal yang sama yaitu nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan, dengan data objektif terdapat luka bekas operasi SC dibagian bawah perut tertutup kasa steril sepanjang 10 cm, TFU 2 jari dibawah pusat, tampak lochea rubra berwarna merah segar, wajah tampak menyeringai, terdapat nyeri tekan pada luka operasi, skala 5.

Pada tinjauan pustaka didapatkan diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan (Brunner Suddart, 2014) hal ini disebabkan karena pasien mengalami kelemahan dan tidak bisa bergerak aktif setelah mengalami operasi sesar. Pada tinjauan kasus didapatkan hasil yang sama yaitu pasien mengalami kelemahan dan tidak bisa bergerak aktif dengan data objektif keadaan umum lemah, pasien tampak terbaring di tempat tidur, segala aktivitas dibantu keluarga dan perawat, kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM)

terbatas, kekuatan otot 5,5,4,4, tangan kanan terpasang infus TD : 120/70 mmHg
N : 94x / menit S : 36°C RR : 18x / menit.

Pada tinjauan pustaka didapatkan diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan luka *post op sectio caesarea* (Brunner Suddart, 2014) hal ini disebabkan karena adanya bekas luka operasi yang akan mengalami resiko infeksi. Pada tinjauan kasus didapatkan hasil yang berbeda yaitu defisit pengetahuan dengan data objektif, pasien terlihat kebingungan cara perawatan payudara dan cara menyusui yang benar.

Pada tinjauan pustaka menurut (Brunner Suddart, 2014) ditemukan 5 diagnosa yaitu nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan, hambatan mobillitas fisik berhubungan dengan kelemahan, resiko infeksi berhubungan dengan luka post op SC, gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri, ansietas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post SC. Tapi pada tinjauan kasus tidak ditemukan resiko infeksi, karena pada pemeriksaan fisik pasien tidak ada tanda – tanda resiko infeksi. Karena pada pemeriksaan tidak ditemukan gejala – gejala infeksi seperti rubor , dolor, color, sehingga tidak mengalami resiko infeksi, gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri pada tinjauan kasus tidak ditemukan diagnosa itu, karena pasien dapat tertidur dengan nyenyak setelah operasi tidak ada gangguan pada tidurnya. Sedangkan pada diagnosa ansietas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan *post Sectio Caesarea*, karena pada pengkajian tidak ditemukan klien tampak cemas setelah selesai persalinan karena klien sebelumnya sering melihat orang dan tetangga yang sering melakukan operasi *Sectio Caesarea* masih terlihat baik – baik saja. Tidak semua diagnosa bisa muncul pada tinjauan

kasus karena diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnosa keperawatan pada pasien dengan post partum patologis secara umum. Sedangkan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keadaan pasien secara langsung.

4.3 Intervensi

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ada kesenjangan. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan, sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran dalam intervensinya dengan tujuan penulis ingin meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga, dalam pelaksanaan asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif) , perubahan tingkah laku pasien (afektif) dan ketrampilan menangani masalah (psikomotor).

4.3.1 Intervensi diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan pada intervensi tinjauan pustaka menurut (Potter & Perry, 2015) dilakukan intervensi yang sama pada tinjauan kasus alasannya karena data yang didapatkan pasien mengatakan nyeri pada bagian perut bawah akibat pembedahan sectio caesarea, nyeri hilang timbul, nyeri seperti ditusuk – tusuk, nyeri pada luka post SC, skala nyeri 5, nyeri saat aktivitas dan berkurang saat tidur. Diagnosa ini dijadikan prioritas karena yang paling dirasakan oleh klien, nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan dengan objektif yang mendukung yaitu terdapat jahitan luka bekas operasi sepanjang 10 cm, keadaan luka masih terbalut kassa kering, raut wajah tampak menyeringai, terdapat nyeri tekan pada luka bekas operasi skala 5. Tujuan Setelah dilakukan perawatan selama 2 x 24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil :K.U : baik, wajah tampak rilex, px mampu mengontrol

nyeri, skala nyeri ≤ 2 , tidak mengalami gangguan tidur, TD : 100/70 – 130/90 mmHg, S : 36 – 37,5*c. Dilakukan intervensi BHSP, kaji nyeri secara komprehensif, termasuk lokasi, karakteristik dan kualitas nyeri, ajarkan teknik relaksasi seperti nafas dalam, anjurkan untuk melakukan mobilisasi bertahap, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgesik, memberikan rencana atau tindakan tidak hanya melakukan distraksi dan relaksasi aja. Menurut opini penulis mengkonsumsi ikan yang mengandung protein tinggi seperti mengkonsumsi ikan kutuk, mengkonsumsi buah – buahan, hal ini dapat mempercepat proses penyembuhan luka dan mengurangi nyeri.

4.3.2 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan pada intervensi tinjauan pustaka menurut potter & porry alasannya pasien mengatakan kedua kakinya sulit untuk digerakkan, dengan data objektif pasien tampak berbaring di tempat tidur, segala aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat, kemampuan pergerakan sendi 5,5,4,4 tangan kanan terpasang infus RL. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pasien dapat melakukan mobilisasi dengan kriteria hasil keadaan umum baik pasien dapat beraktivitas secara mandiri, kekuatan otot 5,5,5,5. Dilakukan intervensi kaji kemampuan pasien dalam melakukan gerakan kaki pada saat tidur, anjurkan pasien untuk melakukan gerakan saat tidur dan bantu pasien untuk memenuhi kebutuhan aktivitas sehari – hari. Evaluasi perkembangan kemampuan pasien melakukan aktivitas. Pasien juga dapat melakukan mobilisasi dini seperti miring kanan dan kiri atau menggerakkan jari – jari kaki secara perlahan. Kemudian hari kedua pasien dapat di dudukkan selama 5 menit. Selanjutnya hari ketiga pasien dapat berjalan – jalan secara pelan – pelan. Menurut opini penulis

dengan dilakukannya mobilisasi secara dini ini dapat mencegah dapat terjadinya thrombosis dan dekubitus pada punggung.

4.3.3 Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi.

Alasannya pasien mengatakan tidak paham tentang cara perawatan payudara
Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pasien paham apa yang dijelaskan oleh perawat dengan kriteria hasil : pasien dan keluarga menyatakan telah memahami tentang cara perawatan payudara dan cara menyusui bayi yang benar, pasien mampu melaksanakan apa yang sudah dijelaskan oleh perawat, pasien mampu mendemonstrasikan ulang apa yang telah dijelaskan oleh tenaga medis. intervensinya lakukan pengkajian tingkat pengetahuan pasien, jelaskan tentang bagaimana cara melakukan perawatan payudara, anjurkan untuk kompres air hangat, ajarkan cara perawatan payudara, evaluasi perkembangan kemampuan untuk perawatan payudara. Menurut opini penulis kompres air hangat dapat membantu memperlancar ASI.

4.4 Implementasi

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membuat teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaannya telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian serta intervensi keperawatan.

Pada implementasi tinjauan pustaka menurut (Potter & Perry, 2011) sama dengan tinjauan kasus dilakukan tindakan seperti membina hubungan saling percaya, melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi

karakteristik dan kualitas nyeri, dengan skala 5 di perut bagian bawah, mengajarkan teknik relaksasi seperti nafas dalam dengan cara ambil nafas dari hidung kemudian keluarkan dari mulut secara perlahan, menganjurkan untuk mengalihkan perhatian dengan cara menggendong bayi atau menyusui, Observasi TTV, TD : 120/70 mmHg, N : 94 x / menit, S : 36 °C, RR : 18 x / menit, mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian analgesik Cetorolac 3x1 ampul untuk mengurangi rasa nyerinya. Dapat dilakukan sesuai rencana karena pasien dapat bekerja sama dengan baik. Menurut opini penulis terdapat 2 penanganan secara farmakologis dan non farmakologis dengan mengajarkan teknik distraksi yaitu dengan menarik nafas lalu mengeluarkan lewat mulut secara perlahan, mengalihkan dengan cara menggendong bayi atau menyusui. Hal ini untuk mengurangi nyeri yang dialami oleh pasien post SC, sedangkan tindakan farmakologi yaitu dengan cara pemberian terapi obat analgesik, hal ini dapat mengurangi nyeri.

Pada implementasi tinjauan pustaka menurut (Potter & Perry,2011) sama dengan tinjauan kasus dilakukan tindakan seperti membina hubungan saling percaya,melakukan pengkajian kemampuan pasien tentang mobilisasi, menganjurkan pasien untuk mobilisasi bertahap, mengajarkan miring kanan dan miring kiri, mengobservasi TTV dan evaluasi perkembangan kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas. Dapat dilakukan sesuai rencana karena pasien dapat bekerja sama dengan baik. Menurut opini penulis dengan mengajarkan teknik mobilisasi bertahap dapat membantu proses penyembuhan.

Pada implementasi tinjauan pustaka menurut (Potter & Porry,2011) tidak ada kesamaan karena diagnosa yang muncul berbeda, sedangkan pada tinjauan kasus diagnosa yang muncul defisit pengetahuan yaitu melakukan pengkajian tingkat pengetahuan pasien tentang perawatan payudara, cara menyusui yang benar dan mengajarkan cara perawatan payudara beserta evaluasi perkembangan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas. Menurut opini penulis pengetahuan bisa didapatkan tidak harus dari anggota medis melainkan bisa dari membaca buku atau pengalaman sebelumnya.

4.5 Evaluasi

Pada teori disebutkan pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan inkontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan, dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang dengan skala nyeri 1-2, tanda – tanda vital dalam batas normal TD : 100/70 – 130/90 mmHg, RR : 16 – 29 x / menit, keadaan luka bersih dan pasien tidak menyeringai kesakitan. Pada evaluasi ini di dapatkan bahwa pada data subjektif pasien mengatakan nyeri sudah mulai hilang pada perut bagian bawah bekas operasi / luka insisi pembedahan, pada data objektif didapatkan pasien tampak rilex, keadaan umum baik, kesadaran composmentis, skala nyeri \leq 2, TD 120/80 mmHg, N : 90 x / menit, S : 36,5°C, RR : 20 x / menit, masalah hampir teratasi dan intervensi dihentikan pasien direncanakan pulang siang jam 14.00. tidak ada perbedaan antara teori dan kasus.

Pada teori disebutkan pada diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan yaitu terdapat hasil yang sama dengan

dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien dapat mobilisasi, pasien dapat beraktivitas secara mandiri, kekuatan otot 5,5,4,4, pasien dapat miring kiri dan kanan, keadaan umum dalam batas normal. Pada evaluasi ini didapatkan bahwa pada data subyektif pasien mengatakan sudah mulai berjalan ke kamar mandi dan data obyektif didapatkan pasien terlihat sudah lancar untuk aktivitas, keadaan umum baik, kesadaran composmentis, akral hangat, turgor elastis, TD 120/80 mmHg, nadi 90 x/ menit, suhu 36,5°C, RR: 20x/ menit, masalah hambatan mobilitas fisik teratasi, intervensi dihentikan pasien pulang tidak ada perbedaan antara teori dan kasus.

Pada teori disebutkan pada diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan luka bekas operasi, sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan diagnosa yang berbeda yaitu defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi cara perawatan payudara, cara menyusui yang benar dan senam nifas. Pada evaluasi ini didapatkan bahwa pada data subyektif yaitu pasien mengatakan sudah mengetahui cara menyusui yang benar dan cara perawatan payudara yang benar, data obyektif didapatkan pasien terlihat sudah paham cara perawatan payudara dan cara menyusui yang benar, keadaan umum baik, kesadaran composmentis, akral hangat, turgor elastis, TD: 120/80 mmHg, nadi 90x/ menit, suhu 36,5°C, RR: 20x/ menit, masalah defisit pengetahuan teratasi, intervensi dihentikan pasien pulang, terdapat perbedaan antara teori dan tinjauan kasus karena berbeda diagnosa.

BAB V

PENUTUP

Setelah dilakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus post sectio caesarea dengan indikasi letak sungsang di ruang Mawar RSUD Bangil Pasuruan, maka peneliti dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan post sectio caesarea dengan indikasi letak sungsang.

5.1 Simpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada klien dengan post sectio caesarea dengan indikasi letak sungsang maka peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1 Pada pengkajian di dapatkan keluhan berupa terasa nyeri pada bagian perut bawah, nyeri seperti tertusuk – tusuk dan cekot – cekot , dengan skala nyeri 5, terasa nyeri saat dibuat aktivitas, hal ini disebabkan karena adanya inkontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan.

5.1.2 Masalah keperawatan yang muncul nyeri akut, peneliti mengangkat nyeri akut sebagai masalah utama.

5.1.3 Nyeri akut berhubungan dengan inkontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nyeri pasien berkurang dengan kriteria hasil keadaan umum baik, wajah tampak rilex, pasien mampu mengontrol nyeri, skala nyeri ≤ 2 , tidak

mengalami gangguan tidur, TD : 100/70-130/90 mmHg, S : 36-37,5°C dan pasien tidak menyeringai kesakitan.

5.1.4 Beberapa tindakan mandiri perawat pada pasien dengan post sectio caesarea indikasi letak sungsang menganjurkan pasien untuk tidak melakukan aktivitas yang terlalu berat seperti mengangkat benda – benda berat, pasien juga dianjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang tinggi proein. Dikarenakan muncul masalah nyeri akut, peneliti mengajarkan pasien teknik manajemen nyeri secara non farmakologi yaitu dengan teknik nafas dalam dan menyarankan pasien untuk menggendong atau menyusui bayinya untuk mengalihkan nyeri. Dalam hal ini peneliti melibatkan keluarga dan pasien dalam pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan dikarenakan banyak tindakan keperawatan yang memerlukan kerjasama antara perawat, pasien dan keluarga.

5.1.5 Pada akhir evaluasi ,semua tujuan dapat dicapai dikarenakan adanya kerja sama yang baik dari perawat, klien dan keluarga. Hasil evaluasi pada Ny. N yaitu nyeri yang dialami pasien sudah berkurang ditandai dengan pasien mengatakan sudah mulai hilang rasa nyeri pada perut bagian bawah yang bekas operasi atau luka insisi pembedahan, wajah klien tampak rilex saat klien melakukan posisi gerak.

5.2 Saran

5.2.1 Untuk pencapaian hasil keperawatan yang diharapkan , diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.

5.2.2 Penulis mampu meningkatkan dalam pemberian asuhan keperawatan kepada klien post sectio caesarea yang lebih berkualitas.

5.2.3 Bagi institusi pelayanan kesehatan diharapkan rumah sakit dapat memberikan pelayanan dan mempertahankan hubungan kerja sama yang baik antara tim kesehatan dan pasien serta keluarga yang ditujukan untuk meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan yang optimal. Pada umumnya rumah sakit mampu menyediakan fasilitas yang dapat mendukung kesembuhan pasien.

5.2.4 Profesi keperawatan : Dapat digunakan sebagai referensi dan pengetahuan yang mampu dikembangkan untuk memberikan pelayanan pada pasien post sectio caesrea yang lebih berkualitas dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan.

DAFTAR PUSTAKA

- Brunner & Suddart, 2014. *Keperawatan Medikal Bedah*. Ed. EGC. Jakarta
- Doengoes, M.E (2010). *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman untuk Perencanaan pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta : EGC
- Manuaba, 2010. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana*. Jakarta : EGC
- Moctar, (2011) *Sinopsis Obstetri*, Jakarta EGC
- Nisa, 2017. *Makalah Kedibanan kegawat daruratan Maternal dan Neonatal*. Online diakses pada tanggal 24 agustus 2019, melalui web. [https://id.scribd.com/document/288560431/Laporan -Pendahuluan letak sungsang](https://id.scribd.com/document/288560431/Laporan-Pendahuluan-letak-sungsang).
- Nurarif, 2015. *Buku Asuhan Keperawatan Nanda NIC NOC*.
- Nursalam, 2011 *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperwatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Oxorn, H. 2010 *Ilmu Kebidanan Patologi dan Fisiologi Persalinan*. Yayasan Essential Medika.
- Potter & Perry , 2011 *Fundamental Keperawatan*, Edisi EGC : Jakarta
- Prawiroharjo,S. 2010. *Pelayanan kesehatan Maternal dan Neonatal*, Edisi ke 12 , Jakarta : Bina Pustaka.
- Safira Putri, 2016. *Makalah metodologi* .Online diakses pada tanggal 1 agustus, 2019.Melalui,[https://Safieraputriauliyah.wordpress.com/2016/02/11/Makalah - metodologi-kep-intervensi-keperawatan/](https://Safieraputriauliyah.wordpress.com/2016/02/11/Makalah-metodologi-kep-intervensi-keperawatan/)
- Rukiyah (2010) *Asuhan Kebidanan IV (Patologi Kebidanan)* Jakarta : Trans Info Medika.
- Saifuddin, 2010 *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Jakarta.
- Winkjosastro, 2012. *Letak sungsang, dalam ilmu kebidanan, edisi keenam*. Jakarta Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Yanti, 2016 *Asuhan keperawatan dengan post sc dengan indikasi letak sungsang*, Sidoarjo.

SATUAN ACARA PENYULUHAN
“ASI EKSKLUSIF”
DI Ruang Mawar RSUD Bangil Pasuruan



Disusun Oleh :

Sri Wahyuni

1701033

PROGRAM D-III KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2020

LEMBAR PENGESAHAN
SATUAN ACARA PENYULUHAN
“ ASI EKSKLUSIF “
Di Ruang Mawar RSUD Bangil Pasuruan

Laporan penyuluhan ini telah setuju dan disahkan oleh pembimbing praktek
Maternitas :

Hari : Selasa

Tanggal : 3 Desember 2019

Menyetujui

Pembimbing Institusi

Agus Sulistyowati,S.Kep.,M.Kes

NIDN. 0703087801

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Bidang Studi	: DIII keperawatan
Sub Topik	: ASI Eksklusif
Sasaran	: Ny. N
Hari / Tanggal	: Selasa / 3 Desember 2019
Jam	: 09.00 - selesai
Tempat	: Di Ruang Mawar

LATAR BELAKANG SATUAN ACARA PENYULUHAN

(SAP) ASI EKSKLUSIF

A. Tema : ASI Eksklusif

B. Tujuan Instruksional Umum

Diharapkan Setelah diadakan penyuluhan ini diharapkan Ny. N dapat mengerti tentang ASI Eksklusif.

C. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah diberikan penyuluhan Ny. N bisa dan mengerti tentang :

1. Ibu dapat menjelaskan tentang pengertian ASI Eksklusif
2. Ibu dapat menyebutkan keunggulan dan keuntungan ASI
3. Ibu dapat menjelaskan upaya upaya untuk memperbanyak ASI
4. Ibu dapat menjelaskan cara pemberian ASI bagi Ibu yang bekerja di luar rumah
5. Ibu dapat mengetahui kerugian tidak memberikan ASI Eksklusif
6. Ibu dapat menjelaskan cara penyimpanan ASI

D. Rencana Waktu dan Tempat Pelaksanaan

1. Waktu : 30 menit (09.00 WIB – Selesai)
2. Tempat : Ruang Mawar di RSUD Bangil Pasuruan

E. Sasaran : Ny. N di Ruang Mawar RSUD Bangil

F. Media

G. Kegiatan Operasional

No.	Waktu	Kegiatan penyuluh	Kegiatan peserta
1.	3 menit	<i>Pembukaan :</i> Pembukaan Salam Perkenalan Relevansi Tujuan	Menjawab Salam Mendengarkan Memperhatikan Memperhatikan
2.	15 menit	<i>Pelaksanaan :</i> Menjelaskan tentang ASI Eksklusif Menyebutkan keunggulan dan keuntungan ASI Eksklusif Menjelaskan upaya-upaya untuk memperbanyak ASI Menjelaskan pemberian ASI bagi ibu yang bekerja di luar rumah Menjelaskan kerugian tidak memberikan ASI Menjelaskan cara penyimpanan ASI	Memperhatikan Memperhatikan Memperhatikan Memperhatikan Memperhatikan Memperhatikan
3.	10 menit	<i>Evaluasi :</i> Menanyakan kepada peserta tentang materi yang telah diberikan, dan memberikan reward kepada ibu-ibu yang dapat menjawab pertanyaan.	Menjawab pertanyaan
4.	2 menit	<i>Terminasi :</i> Mengucapkan terima kasih atas peran serta peserta. Mengucapkan salam penutup	Mendengarkan Menjawab salam

H. Metode

Ceramah, Diskusi tanya jawab

I. Materi (Deskripsi Materi Terlampir)

J. Pengorganisasian

Presenter : Sri Wahyuni

Fasilitator : Sri Wahyuni

Observer : Sri Wahyuni

K. Evaluasi

1. Evaluasi struktur :

- a. Ny. N hadir ditempat penyuluhan
- b. Penyelenggaraan penyuluhan dilaksanakan di Ruang Mawar RSUD Bangil Paasuruan
- c. Pengorganisasian penyelenggaraan penyuluhan dilakukan sebelumnya

2. Evaluasi Proses :

- a. Ny. N antusias terhadap materi penyuluhan
- b. Tidak ada peserta yang meninggalkan tempat penyuluhan
- c. Ny. N mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan secara benar

3. Evaluasi Hasil :

- a. Ibu mengetahui tentang manfaat ASI Eksklusif
- b. Jumla hadir dalam penyuluhan minimal 20 orang

LAMPIRAN MATERI

ASI EKSKLUSIF

A. Pengertian

Menurut Utami (2005), ASI Eksklusif dikatakan sebagai pemberian ASI secara eksklusif saja, tanpa tambahan cairan seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, papaya, bubur susu, biskuit, bubur dan nasi tim.

Asi Eksklusif (menurut WHO) adalah pemberian ASI saja pada bayi sampai usia 6 bulan tanpa tambahan cairan ataupun makanan lain. ASI dapat diberikan sampai bayi berusia 2 tahun. Pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan dianjurkan oleh pedoman internasional yang didasarkan pada bukti ilmiah tentang manfaat ASI baik bagi bayi, ibu, keluarga, maupun negara.

WHO dan UNICEF merekomendasikan kepada para ibu, bila memungkinkan memberikan ASI eksklusif sampai 6 bulan dengan menerapkan :

1. Inisiasi menyusui dini selama 1 jam setelah kelahiran bayi.
2. ASI eksklusif diberikan pada bayi hanya ASI saja tanpa makanan tambahan atau minuman.
3. ASI diberikan secara on demand atau sesuai kebutuhan bayi, setiap hari setiap malam.
4. ASI diberikan tidak menggunakan botol, cangkir maupun dot.

B. Komposisi ASI

ASI memiliki kandungan yang dibutuhkan oleh bayi seperti :

1. Protein
Mengandung asam amino esensial, taurin yang tinggi untuk pertumbuhan mata.
2. Karbohidrat
3. Lemak
 - a. Sumber kalori
 - b. Sumber vitamin yang larut
 - c. Sumber asam lemak yang esensial
4. Mineral

ASI mengandung mineral yang lengkap sampai umur 6 bulan.

5. Air

88% dari ASI terdiri dari air yang berfungsi untuk meredakan rasa haus untuk melarutkan zat-zat yang ada didalamnya.

6. Vitamin

Vitamin dalam ASI lengkap diantaranya vitamin A, D, C.

7. Kalori

90% dari karbohidrat dan lemak. 10% dari protein.

C. Keunggulan ASI

ASI merupakan makanan yang terbaik bagi bayi karena memiliki keunggulan :

1. Memenuhi syarat yaitu mengandung semua zat gizi untuk membangun dan menyediakan energi dalam susunan yang dibutuhkan.
2. Tidak memberatkan fungsi saluran cerna dan ginjal.
3. Memiliki zat anti infeksi dan antibody.
4. Tidak akan pernah basi.
5. Mempunyai suhu yang tepat dan dapat diberikan kapan saja dan dimana saja.
6. Selalu aman dan bersih.

D. Keuntungan ASI

1. Bagi bayi

- a. Membantu bayi memulai kehidupannya dengan baik.
- b. Kolostrum/susu jolong/susu pertama mengandung antibodi yang kuat untuk mencegah infeksi
- c. ASI mengandung campuran yang tepat berbagai bahan makanan untuk bayi
- d. ASI mudah dicerna oleh bayi
- e. ASI saja tanpa makanan tambahan adalah cara terbaik
- f. Pemberian ASI disarankan sampai 1 tahun

2. Bagi Ibu

- a. Pemberian ASI selama beberapa hari pertama membuat rahim berkontraksi dan cepat memperlambat perdarahan.
- b. Mempercepat penurunan berat badan

- c. Ibu menyusui yang haidnya belum muncul kecil kemungkinan untuk hamil kembali
- d. Penting bagi ibu untuk mencurahkan kasih sayangnya kepada bayi

E. Upaya-upaya memperbanyak ASI Ibu :

- 1. Sarankan ibu beristirahat cukup
- 2. Pengaturan makanan yang baik
 - a. Makanan pokok tidak hanya nasi, gunakanlah makanan pengganti seperti jagung, ubi, kentang, roti, dan sebagainya.
 - b. Lauk-pauk gunakanlah dari jenis hewani dan nabati seperti telur, daging, ayam, ikan segar, hati, ikan asin, tempe, tahu, kacang-kacangan dan sebagainya.
 - c. Sayuran lebih baik yang berwarna seperti bayam, kangkung, sawi, daun katuk, wortel, buncis, dan sebagainya. Karena sayuran tersebut dapat membantu merangsang produksi ASI.
 - d. Pilihlah buah-buahan yang berwarna seperti papaya, jeruk, apel, tomat, dan sebagainya yang banyak mengandung vitamin dan mineral.
 - e. Perlu minum dalam jumlah lebih banyak kurang lebih 6 gelas dalam 1 hari akan lebih bermanfaat bila ibu menyusui minuman cairan bergizi seperti susu, air, kacang-kacangan, sari buah-buahan, air sayuran daun hijau dan sebagainya.
 - f. Hindarilah makanan yang merangsang terlalu pedas, terlalu dingin, terlalu panas, mengandung alkohol untuk menjaga alat-alat pencernaan.

Untuk bayi, bayi harus :

- 1. Bangunkan bayi jika sudah waktunya untuk disusui.
- 2. Susui bayi ditempat yang tenang dan nyaman.
- 3. Tidurkan bayi di samping ibu.
- 4. Berikan hanya ASI pada bayi bukan makanan tambahan lainnya.

F. Pemberian ASI bagi Ibu yang Bekerja di Luar Rumah

Bagi ibu yang bekerja, menyusui tidak perlu dihentikan. Ibu bekerja harus tetap memberikan ASInya dan jika memungkinkan bayi dapat dibawa ketempat kerja. Apabila tidak memungkinkan. ASI dapat diperas kemudian disimpan.

Beberapa tips pemberian ASI adalah sebagai berikut :

1. Berikan ASI sebelum berangkat dan sesudah pulang kerja
2. Peras/pompalah ASI setiap 3-4 jam sekali secara teratur. Hal ini perlu dilakukan agar produksi ASI tetap terjaga.
3. Pilih waktu dimana payudara dalam keadaan yang paling penuh terisi, pada umumnya terjadi di pagi hari.
4. Semua peralatan yang akan digunakan telah disterilkan terlebih dahulu. Breast pump sebaiknya dibersihkan segera setelah digunakan agar sisa susu tidak mengering dan menjadi sulit dibersihkan.
5. Pilih tempat yang tenang dan nyaman pada saat memeras susu, tempat yang ideal seharusnya dimana ibu tidak terganggu oleh suara bel pintu atau telepon masuk. Ditempat kerja, mungkin bisa diruang rapat yang kosong, toilet dan lain-lain.
6. Cuci tangan dengan sabun, sedangkan payudara dibersihkan dengan air.
7. Sebelum memulai, minumlah segelas air atau cairan lainnya, misalnya susu, juice, atau sup, disarankan minuman hangat agar membantu menstimulasi payudara.
8. Saat memeras ASI, ibu harus dalam kondisi yang santai. Kondisi psikologis ibu menyusui sangat menentukan keberhasilan ASI eksklusif.
9. Lakukan perawatan payudara : massage/pemijatan payudara, serta kompres air hangat dan dingin bergantian.
1. Jika ada masalah dengan ASI, jangan ragu untuk menghubungi atau konsultasi klinik laktasi.

G. Kerugian Tidak Memberi ASI Eksklusif

Sistem ekskresi bagi bayi baru lahir sampai 6 bulan belum sempurna apabila tidak diberi ASI Eksklusif, sehingga jika diberi makanan dengan kosmolaritas yang tinggi (seperti susu formula, buah – buahan) akan memberatkan fungsi ginjal.

H. Cara Penyimpanan ASI

1. ASI dapat disimpan dalam botol gelas/plastic, termasuk plastic klip : 80-100 cc.
2. ASI yang disimpan dalam freezer dan sudah dikeluarkan sebaiknya tidak digunakan lagi setelah dua hari.
3. ASI beku perlu dicairkan dahulu dalam lemari es 4 derajat Celcius.

4. ASI beku tidak boleh dimasak/ dipanaskan, hanya dihangatkan dengan merendam dalam air hangat.
5. Petunjuk untuk penyimpanan ASI dirumah :
 - a. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
 - b. Setelah diperas, ASI dapat disimpan dalam lemari es/ freezer.
 - c. Tulis jam, hari dan tanggal saat diperas.

DAFTAR PUSTAKA

- Dewi, Vivian Nanny Lia, Tri Sunarsih. 2011. *Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas*. Jakarta : Salemba Medika.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2003. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sulistyawati, Ari.2009. *Buku Ajar Kebidanan pada Ibu Nifas*. Yogyakarta : C.V. ANDI GFFSET.
- Yanti, Damai. Dian Sundawati. 2011. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Bandung : PT Refika Aditama 2.

PENTINGNYA ASI EKSKLUSIF PADA BAYI



Disusun oleh :
Sri wahyuni
Nim: 171033

**PROGRAM DIII AKADEMI
KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO**

Tahun ajaran 2020

Tahukah Anda apakah asi eksklusif itu ?

Asi Eksklusif (menurut WHO) adalah pemberian ASI saja pada bayi sampai usia 6 bulan tanpa tambahan cairan ataupun makanan lain. ASI dapat diberikan sampai bayi berusia 2 tahun. Pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan dianjurkan oleh pedoman internasional yang didasarkan pada bukti ilmiah tentang manfaat ASI baik bagi bayi, ibu, keluarga, maupun negara.

KOMPOSISI ASI

ASI memiliki kandungan yang dibutuhkan oleh bayi seperti :

1. Protein

Mengandung asam amino esensial, taurin yang tinggi untuk pertumbuhan mata.

2. Karbohidrat

3. Lemak

Lemak ASI merupakan :

- a. Sumber kalori
 - b. Sumber vitamin yang larut
 - c. Sumber asam lemak yang esensial
- #### 4. Mineral

ASI mengandung mineral yang lengkap sampai umur 6 bulan.

5. Air

88% dari ASI terdiri dari air yang berfungsi untuk meredakan rasa haus untuk melarutkan zat-zat yang ada didalamnya.

6. Vitamin

Vitamin dalam ASI lengkap diantaranya vitamin A, D, C.

7. Kalori

90% dari karbohidrat dan lemak. 10% dari protein



Keunggulan ASI

ASI merupakan makanan yang terbaik bagi bayi karena memiliki keunggulan :

1. Memenuhi syarat yaitu mengandung semua zat gizi untuk membangun dan menyediakan energi dalam susunan yang dibutuhkan.
2. Tidak memberatkan fungsi saluran cerna dan ginjal.
3. Memiliki zat anti infeksi dan antibody.
4. Tidak akan pernah basi.
5. Mempunyai suhu yang tepat dan dapat diberikan kapan saja dan dimana saja.
6. Selalu aman dan bersih.



CARA Penyimpanan ASI

1. ASI dapat disimpan dalam botol gelas/plastic, termasuk plastic klip : 80-100 cc.
2. ASI yang disimpan dalam freezer dan sudah dikeluarkan sebaiknya tidak digunakan lagi setelah dua hari.
3. ASI beku perlu dicairkan dahulu dalam lemari es 4 derajat Celcius.
4. ASI beku tidak boleh dimasak/ dipanaskan, hanya dihangatkan dengan merendam dalam air hangat.
5. Petunjuk untuk penyimpanan ASI dirumah :
 - a. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
 - b. Setelah diperas, ASI dapat disimpan dalam lemari es/ freezer.
 - c. Tulis jam, hari dan tanggal saat diperas.



TERIMAKASIH



INFORMED CONSENT

Judul : “ Asuhan Keperawatan Dengan Diagnosa Medis Post Sectio Caesarea Di Ruang Nifas Di RSUD Bangil ”.

Tanggal pengambilan studi kasus .03... Bulan ...12... Tahun ..2019.

Sebelum tanda tangan dibawah, saya telah mendapatkan informasi tentang tugas pengambilan studi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa yang bernama **Sri wahyuni** proses pengambilan studi kasus ini dan saya mengerti semua yang telah dijelaskan tersebut.

Saya setuju untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan studi kasus ini dan saya telah menerima salinan dari form ini .

Saya, Nona / Nyonya / Tuan
dengan ini saya memberikan kesediaan selain mengerti semua yang telah dijelaskan oleh peneliti terkait dengan proses pengam,bilan studi kasus ini dengan baik. Semua data dan informasi dari saya sebagai partisipan hanya akan digunakan untuk tujuan dari studi kasus ini.

Tanda tanganPartisipan

(.....*M. Nur Asizah*.....)

Tanda tanganSaksi

(.....*Shah Khalima*.....)

Tanda tanganPeneliti

(.....*SRI Wahyuni*.....)



YAYASAN KERTA CENDEKIA
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA

Jalan Lingkar Timur, Rangkah Kidul, Sidoarjo 61232

Telepon: 031 – 8951496; Faximile : 031 – 8961497

Email : akper.kertacendekia@gmail.com

Nomor : 50/BAAK/VIII/2019
Hal : Permohonan Studi Penelitian

Sidoarjo, 22 Agustus 2019

Yth. Direktur RSUD Bangil
Pasuruan

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir, Mahasiswa Tingkat III Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo, Tahun Akademik 2019 – 2020, maka dengan ini kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan bantuan kepada mahasiswa kami,

No.	Nama	NIM	Judul KTI
1.	Sri Wahyuni	1701033	Asuhan Keperawatan Pada Fasien Dengan Diagnosa Post Op.SC dengan Indikasi Letak Sungsang

Untuk melakukan pengambilan data studi kasus sesuai dengan tujuan proposal penelitian yang telah ditetapkan.

Demikian Surat Permohonan dari kami. Atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

Direktur

Agus Sulistyowati, S. Kep, M.Kes



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci – Bangil Pasuruan Kode Pos 67153
Telp. (0343) 744900; 747789 Faks. (0343) 744940,747789



Bangil, 21 November 2019

Nomor : 445.1/3128.03/424.202/2019
Lampiran : -
Hal : Persetujuan Penelitian

Kepada
Yth. Direktur Akademi Keperawatan
Kerta Cendekia
Jl. Lingkar Timur Rangkah Kidul
SIDOARJO

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor 135KM/XII/2019 tanggal 18 November 2019 perihal Pengambilan Data Studi Kasus atas nama:

Nama : SRI WAHYUNI
NIM : 1701033
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosis Medis *Post Sectio Caesarea* dengan Indikasi Letak Sungsang di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

maka pada prinsipnya kami MENYETUJUI yang bersangkutan untuk melakukan Penelitian di RSUD Bangil selama 1 (satu) bulan terhitung tanggal 22 November – 21 Desember 2019.

Dengan ketentuan :

1. Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Setelah berakhirnya penelitian wajib menyerahkan laporan hasil penelitian kepada Seksi Diklat RSUD Bangil.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n. DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN
Kepala Bidang Penunjang



Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Ruang Nifas
2. Yang bersangkutan.



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci – Bangil Pasuruan Kode Pos 67153
Telp. (0343) 744900; 747789 Faks. (0343) 744940, 747789



Pasuruan, 19 November 2019

Nomor : 445.1/3094.03/424.202/2019
Lampiran : -
Hal : Persetujuan Pengambilan Data

Kepada
Yth. Direktur Akademi Keperawatan
Kerta Cendekia
Jl. Lingkar Timur Rangkah Kidul
SIDOARJO

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor : 135/KM/XII/2019 tanggal 18 November 2019 perihal Permohonan Studi Pendahuluan atas nama:

Nama : SRI WAHYUNI
NIM : 1701033
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosis Medis *Post Sectio Caesarea* dengan Indikasi Letak Sungsang di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

maka pada prinsipnya kami **MENYETUJUI** yang bersangkutan untuk melakukan Pengambilan Data Awal di RSUD Bangil selama 1 (satu) minggu terhitung mulai tanggal 19 – 23 November 2019.

Dengan ketentuan :

1. Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Melaporkan diri kepada petugas di lokasi pengambilan data.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan, terima kasih.

A.n. DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN
Kepala Bidang Penunjang

u.b.
Kas Diklat

DIDIK MARIYONO, SKM.
Penata Tingkat I
NIP. 19680525 199203 1 012

Tembusan disampaikan kepada :

1. Kepala Inst. Rekam Medik RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan