

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

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



Oleh :

**SISILIA AYU TITANIA
NIM : 1701058**

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA**

S I D O A R J O

2020

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Sisilia Ayu Titania

NIM : 1701058

Tempat, Tanggal Lahir : Surabaya, 05 Desember 1998

Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah berjudul: “**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS *POST SECTIO CAESAREA* DENGAN INDIKASI *LETAK LINTANG* DI RUANG NIFAS RSUD BANGIL PASURUAN**” adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Sidoarjo, April 2020

Yang menyatakan,



Sisilia Ayu Titania
Nim 1701058

Mengetahui,

Pembimbing 1



Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes
NIDN. 0703087801

Pembimbing 2



Elok Triestuning, S.Psi., M.Psi
NIDN. 0728018003

LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

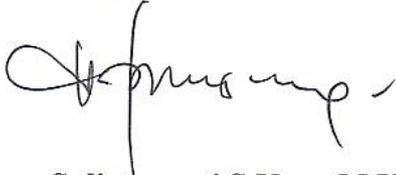
Nama : Sisilia Ayu Titania T.L

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ibu Dengan Diagnosa Medis *Post Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Letak lintang Di Ruang Nifas RSUD Bangil Pasuruan

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Tulis Ilmiah pada tanggal 10 Juni 2020

Oleh :

Pembimbing 1



Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes
NIDN. 0703087801

Pembimbing 2



Elok Triesuning, S.Psi., M.Psi.
NIDN. 0728018003

Mengetahui

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo



Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes
NIDN. 0703087801

HALAMAN PENGESAHAN

Telah di uji dan di setuju oleh Tim Penguji pada sidang Karya Tulis Ilmiah di Program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Tanggal 10 Juni 2020
TIM PENGUJI

Ketua : Ns.Riesmiyatiningdyah, S.Kep. M.kes

Anggota : 1. Elok Triesuning,S.Psi.,M.Psi

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

TandaTangan



Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo



Agus Sulistyowati,S.Kep., M.Kes
NIDN. 0703087801

MOTTO

"Masa depan adalah milik mereka yang
menyiapkan hari ini."

LEMBAR PERSEMBAHAN

Syukur Alhamdulillah saya ucapkan kepada Allah SWT yang telah memberikan Rahmat dan hidayah-nya sehingga tugas akhir ini bisa selesai dengan baik. Kupersembahkan karya kecil ini. Untuk cahaya hidup, yang senantiasa ada saat Suka maupun duka, selalu setia mendampingi, saat kulemah tak berdaya (kedua orangtua) yang selalu memanjatkan do'a untuk putrimu tercinta dalam setiap sujud-Nya.

Terima kasih untuk semuanya. Untuk bapak dan ibu dosen terutama Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes, Elok Triestuning, S. Psi., M.Psi dan Ns.Riesmiyatiningdyah, S.Kep,M.kes Terima Kasih atas bimbingan dan ilmu yang sudah diberikan selama ini tanpa bapak dan Ibu semua ini tidak akan berarti.

Tak lupa juga untuk teman-temanku dan saudaraku yang selalu memberi Semangat untuk menyelesaikan tugas akhir ini. Untuk tujuan yang harus dicapai, Untuk impian yang akan dikejar, untuk sebuah penghargaan, agar hidup jauh lebih Baik dan bermakna, karna tragedi terbesar dalam hidup bukanlah kematian tapi Hidup tanpa tujuan. Teruslah bermimpi dan wujudkan tujuan hidupmu.

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik serta hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan Proposal dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Ibu Dengan Diagnosa Medis Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Letak lintang Di Ruang Nifas RSUD Bangil Pasuruan”** ini dengan tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam menyelesaikan program D3 Keperawatan di Akademi keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Penulisan karya tulis ilmiah ini tidak dapat terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu kami mengucapkan banyak terimakasih kepada :

1. Tuhan yang Maha Esa yang senantiasa memberikan rahmat-Nya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini selesai dengan baik.
2. Orang tua tercinta yang selalu mendukung dan mendoakan sehingga semua bias berjalan lancar.
3. Ns.Agus Sulistyowati,S.Kep.,M.Kes selaku Direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo dan selaku pembimbing 1 dalam pembuatan proposal.
4. Elok Triesuning,S.Psi.,M.Si. selaku pembimbing 2 dalam pembuatan proposal.
5. Hj.Muniroh Mursan,Lc selaku petugas perpustakaan yang telah membantu dalam kelengkapan literature yang dibutuhkan.

6. Pihak-pihak yang turut berjasa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak bias diebutkan satu persatu.

Penulis sadar bahwa proposal 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 proposal ini.

Penulis berharap proposal ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan .

Sidoarjo, April 2020

Penulis

DAFTAR ISI

Sampul Depan	i
Lembar Judul.....	ii
Lembar Pernyataan.....	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Halaman Pengesahan.....	v
Lembar Motto.....	vi
Lembar Persembahan.....	vii
Kata Pengantar.....	viii
Daftar Isi	x
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Lampiran.....	ix

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Akademis	7
1.4.2 Praktis	7
1.5 Metode Penulisan	8
1.5.1 Metode	8
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data	8
1.5.3 Sumber Data	8
1.5.4 Studi Kepustakaan	9
1.6 Sistematika Penulisan	9

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori <i>Sectio Caesarea</i>	11
2.1.1 Pengertian	11
2.1.2 Etiologi	12
2.1.3 Manifestasi Klinis	12
2.1.4 Komplikasi	13
2.1.5 Jenis – Jenis <i>Sectio Caesarea</i>	13
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang	14
2.1.7 Penatalaksanaan Medis Post SC	14

2.1.8	Dampak Masalah SC	17
2.2	Konsep Teori Kehamilan Letak Lintang	17
2.2.1	Pengertian	17
2.2.2	Etiologi	18
2.2.3	Manifestasi klinis	18
2.2.4	Patofisiologi	19
2.2.5	Diagnosa Banding	19
2.2.6	Komplikasi	20
2.2.7	Pemeriksaan Penunjang	21
2.2.8	Pencegahan	21
2.2.9	Penatalaksanaan	22
2.2.10	Dampak Masalah	23
2.3	Asuhan Keperawatan Letak Lintang	24
2.3.1	Pengkajian	24
2.3.2	Pemeriksaan Fisik	27
2.3.3	Analisa Data	29
2.3.4	Diagnosa Keperawatan	29
2.3.5	Perencanaan	30
2.3.6	Pelaksanaan	36
2.3.7	Evaluasi	37

DAFTAR PUSTAK BAB 3 TINJAUAN KASUS

3.1	Pengkajian	40
3.1.1	Identitas Klien	40
3.1.2	Identitas Penanggung Jawab	41
3.1.3	Riwayat Keperawatan	41
3.1.4	Riwayat Obstetri	41
3.1.5	Riwayat KB	46
3.1.6	Riwayat Kesehatan	46
3.1.7	Riwayat Lingkungan	47
3.1.8	Aspek Sosial	47
3.1.9	Pola Kebiasaan Yang Mempengaruhi Kesehatan	47
3.1.10	Pemeriksaan Fisik	48
3.1.11	Pemeriksaan Diagnostik	53
3.1.12	Terapi	54
3.1	Analisa Data	56
3.2	Diagnosa Keperawatan	59
3.3.1	Daftar Masalah Keperawatan	59
3.3.2	Berdasarkan Prioritas	59
3.4	Intervensi Keperawatan	60
3.5	Implementasi Keperawatan	64
3.6	Catatan Perkembangan	68
3.7	Evaluasi Keperawatan	76

BAB 4 PEMBAHASAN	
4.1 Pengkajian Keperawatan	79
4.2 Riwayat Keperawatan	80
4.3 Diagnosa Keperawatan	83
4.4 Intervensi Keperawatan	85
4.5 Implementasi Keperawatan	88
4.6 Evaluasi Keperawatan	89
BAB 5 PENUTUP	
5.1 Simpulan	90
5.2 Saran	92
DAFTAR PUSTAKA	93

DAFTAR TABEL

No. Tabel	Judul	Hal
Tabel 2.2	Intervensi Keperawatan.....	30
Tabel 3.1	Riwayat kehamilan persalinan.....	41
Tabel 3.2	Data penunjang.....	53
Tabel 3.3	Analisa data.....	56
Tabel 3.4	Rencana tindakan keperawatan.....	60
Tabel 3.5	Implementasi keperawatan.....	64
Tabel 3.6	Catatan perkembangan.....	68
Tabel 3.7	Evaluasi.....	77

DAFTAR GAMBAR

No. Tabel	Judul	Hal
Gambar 2.1	Kerangka masalah	39
Gambar 3.1	Genogram	43

DAFTAR LAMPIRAN

No. Lampiran	Judul Lampiran	Hal
Lmpiran 1	<i>Informed Consent</i>	95
Lampiran 2	Lembar Pengajuan Studi Kasus	96
Lampiran 3	SAP dan Leaflet	99
Lampiran 4	Lembar Konsultasi Proposal	109

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pada proses akhir melahirkan dari serangkaian kehamilan. Ada dua cara persalinan, yaitu persalinan lewat vagina, lebih dikenal dengan persalinan normal atau alami dan persalinan dengan operasi Caesar atau *Sectio Caesarea*, yaitu bayi dikeluarkan lewat pembedahan perut (Aprina, 2016). Namun saat ini *Sectio Caesarea* jauh lebih aman dari pada dulu berkat kemajuan dalam antibiotika, anestesi dan teknik yang lebih sempurna. Ditambah lagi dengan perkembangan-perkembangan ilmu pengetahuan kedokteran makin berkembang terutama bidang kandungan. Banyak penanganan yang dapat dilakukan pada ibu yang mengalami kelainan letak lintang /malposisi salah satunya yaitu melakukan *Sectio Caesarea* (Prawirohardjo, 2013). Letak Lintang ialah jika letak anak di dalam rahim sedemikian rupa hingga paksi tubuh anak melintang terhadap paksi rahim. Sesungguhnya letak lintang sejati (paksi tubuh anak tegak lurus pada paksi rahim dan menjadikan sudut 90°) jarang sekali terjadi. (Rahmawati, 2011). Lintang adalah suatu keadaan dimana janin melintang di dalam uterus dengan kepala pada sisi yang satu sedangkan bokong pada sisi yang lain. Pada umumnya bokong berada sedikit lebih tinggi dari pada kepala janin, sedangkan pada bahu berada pada pintu atas panggul. Punggung janin dapat berada di depan (dorsoanterior), di belakang (dorsoposterior), di atas (dorsosuperior), di bawah (dorsoinferior), (Sawrono, 2015). Pada zaman

dahulu orang beranggapan bayi melintang itu bisa diatasi dengan memijat perut ke dukun bayi supaya kepala janin jatuh kebawah. Jika tidak biasanya ibu disuruh melakukan kegiatan seperti menyapu, mengepel sambil nungging dan lain-lainnya. Tetapi pada zaman sekarang tidak dianjurkan ibu melakukan pijatan untuk mengubah posisi bayi karena dapat menyebabkan lilitan tali pusat. Jika ada bayi dengan posisi melintang maka dokter akan menganjurkan untuk melakukan operasi *Sectio Caesarea* untuk keselamatan ibu dan bayi (Rukiyah, 2015).

Menurut data WHO angka persalinan *Sectio Caesarea* di dunia terus meningkat. Berdasarkan hasil survey WHO di tiga benua yaitu Amerika latin, Afrika dan Asia diketahui angka kejadian menurut data WHO angka persalinan *Sectio Caesarea* di dunia terus meningkat. Berdasarkan hasil survey WHO di tiga benua yaitu Amerika latin, Afrika dan Asia diketahui angka kejadian *Sectio Caesarea* terendah di Angola yaitu 2,3% dan tertinggi di Cina sebesar 46,2% demikian juga angka persalinan di Asia meningkat tajam, di Cina angka persalinan *Sectio Caesarea* pada tahun 2017 meningkat sangat tajam terutama di kota kota besar. Berdasarkan data Riskesda tahun 2015 menunjukkan angka kejadian *Sectio Caesarea* 15,3%. Terendah di Sulawesi Tenggara 5,5% dan tertinggi di DKI Jakarta 27,2%. Persalinan *Sectio Caesarea* yang dilakukan berdasarkan indikasi bayi diketahui lebih dari separuh (52,3%) persalinan *Sectio Caesarea* efektif dilakukan karena letak lintang / malposisi (Riskesda, 2014). Di rumah sakit pemerintah (20-25%) dari total persalinan dan di rumah sakit swasta jumlahnya sangat tinggi sekitar 30 – 80 % dari total persalinan. (Rasyid,

2009). Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia adalah angka tertinggi di Negara ASEAN. Kematian bayi tersebut terutama di Negara berkembang sebesar 99% dan bayi tersebut adalah bayi di Negara Indonesia. menunjukkan bahwa AKI sebesar 359 per kelahiran hidup, sedangkan AKB sebesar 32 per 1000 kelahiran hidup pada tahun Menurut RISKESDAS (2013). Data yang diperoleh dari rekam medik RSUD Sinjai Kab. Sinjai dari bulan Januari 2013 sampai dengan Desember 2014 yaitu sebanyak 10 kehamilan dengan letak lintang dari 892 kehamilan normal, tahun 2015 sebanyak 7 kehamilan dengan letak lintang dari 686 kehamilan normal. (Rekam Medik RSUD Sinjai Kab. Sinjai 2015) ,terdapat di provinsi jawa tengah (101,05% , jawa timur 91,48% , dan nusa tanggara barat 91%, (Indonesia ,2014)). Berdasarkan dari data awal yang dilakukan oleh peneliti didapatkan bahwa jumlah kehamilan letak lintang antara bulan januari sampai dengan desember 2019 sebanyak 2238 orang (Rekam Medis RSUD Bangil, 2019).

Penyebab janin melintang dari segi janin, janin yang ukurannya lebih kecil dibandingkan rahim ibu akan bebas berputar, baik ke atas maupun ke bawah sehingga bisa terjadi malpresentasi. Malpresentasi juga bisa terjadi jika ukuran bayi sudah terlalu besar untuk berputar di dalam rahim sedangkan posisi kepala masih di atas atau di samping. Pada saat kepala akan melewati panggul menuju posisi normal, akhirnya “terpental” kembali karena ruangan panggul mama terlalu sempit sehingga kepala bayi sulit berputar ke arah bawah. Pada kasus janin kembar, kemungkinan malpresentasi menjadi lebih besar sebab janin yang kepalanya berputar ke

arah bawah lebih dulu akan membuat rongga panggul ibu susah dilalui janin kembarannya. Maka, pada bayi kembar, posisi salah satu janinnya dapat di luar normal. Penyebab lain posisi janin atau bayi melintang adalah relaksasi/peregangan dinding perut akibat proses persalinan sebelumnya yang belum sempurna atau mama pernah melahirkan empat kali atau lebih sebelumnya.(Gazali, 2016) Relaksasi dinding abdomen pada perut yang menggantung menyebabkan uterus beralih ke depan, sehingga menimbulkan defleksi sumbu memanjang bayi menjauhi sumbu jalan lahir, menyebabkan terjadinya posisi obliq atau melintang. Dalam persalinan terjadi dari posisi longitudinal semula dengan berpindahanya kepala atau bokong ke salah satu fosa iliaka diagnosis letak lintang (Forte. 2010).Akibat yang mempengaruhi kematian janin pada letak lintang di samping kemungkinan terjadinya letak lintang kasep dan ruptura uteri, juga sering akibat adanya tali pusat menumbung serta trauma akibat versi ekstraksi untuk melahirkan janin.(Putrawan.2013).

Penatalaksanaan pada pasien post SC perdarahan dari vagina harus dipantau dengan cermat ,fundus uteri harus sering di palpasi uantuk memastikan bahwa uteri tetap berkontraksi dengan kuat ,periksa aliran intra darah uterus paling sedikit 30ml/jam ,pemberian cairan intra vasikuler 3 liter cairan biasanya memadai untuk 24 jam pertama setelah pembedahan , ambulansi satu hari setelah pembedahan klien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan orang lain , perawatan luka insisi dipriksa setiap hari , jahitan kulit di angkat pada hari keempat setelah pembedahan , melakukan pemeriksaan laborat ,hematokrit di ukur pagi hari setelah

pembedahan untuk memastikan perdarahan pasca operasi atau mengisyaratkan hipovolemia , mencegah terjadinya infeksi pasca operasi ,ampisilin 29 dosis tunggal ,sefalosporin, atau pensilin spektrum luas setelah jalan lahir .Konep solusi yang harus dilakukan perawat harus memberikan perawatan yang komprehensif, berkesinambungan, teliti dan penuh kesabaran dengan solusi penanganan klien dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada klien tentang mobilisasi post *Sectio Caesarea*, merawat luka post *Sectio Caesarea* agar tidak terjadi infeksi. Perawatan juga dapat memberikan penyuluhan pada ibu post *Sectio Caesarea* dengan indikasi letak lintang yaitu memberikan Health Education tentang perawatan luka post *Section Caesaria* 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). Pertolongan persalinan letak lintang memerlukan perhatian karena dapat menimbulkan komplikasi kesakitan, cacat bawaan sampai dengan kematian bayi. Menghadapi kehamilan letak lintang dapat diambil tindakan melakukan versi luar ketika hamil. Persalinan diselesaikan dengan pertolongan per vagina dengan pertolongan fisiologis secara Brach, ekstraksi parsial (secara klasik, *mueller, loevest*), persalinan kepala (secara *maurieau veit smellie*, menggunakan forsep ekstraksi), ekstraksi bokong totalis (ekstraksi bokong, ekstraksi kaki) atau pertolongan persalinan dengan *Sectio Caesarea*. (Manuaba, 2009).

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan letak lintang dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan kepada klien dengan diagnose letak lintang di ruang bersalin RSUD Bangil?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis post *sectio caesarea* letak dengan lintang di ruang bersalin RSUD Bangil

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengkaji Klien dengan Mengkaji klien dengan diagnose letak lintang diruang bersalin RSUD Bangil.

1.3.2.2 Merumuskan diagnose keperawatan pada klien dengan diagnose letak lintang di ruang bersalin RSUD Bangil.

1.3.2.3 Merencanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnose letak lintang di ruang bersalin RSUD Bangil.

1.3.2.4 Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnose letak lintang di ruang bersalin RSUD Bangil.

1.3.2.5 Mengevaluasi klien dengan diagnose letak lintang di ruang bersalin RSUD Bangil.

1.3.2.6 Mendokumentasikan asuhan keperawatan klien dengan diagnose letak lintang di ruang bersalin RSUD Bangil.

1.4 Manfaat Penelitian

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat :

1.4.1 Akademis, hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien kehamilan lintang

1.4.2 Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

1.4.2.1 Bagi pelayanan keperawatan di Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di RS agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan kehamilan lintang dengan baik.

1.4.2.2 Bagi Penulis

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada klien dengan letak lintang.

1.4.2.3 Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien dengan letak lintang.

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 dari percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

1.5.2.2 Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan kepada klien.

1.5.2.3 Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang mengakkan diagnose 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 medic 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 pembimbing, pengesahan motto, dan persembahan, kata pengantar, daftar isi

1.6.2 Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

Bab 1 : Pendahuluan, berisi latar belakang masalah, tujuan, manfaat, penelitian, sistematika penulisan studi kasus

Bab 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnose pneumoni serta kerangka masalah

Bab 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

Bab 4 : Pembahasan berisi perbandingan antara terori dengan kenyataan yang ada di lapangan

Bab 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran

1.6.3 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep dan asuhan keperawatan post *Sectio Caesarea* dengan indikasi letak lintang. 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 lintang dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa perencanaan, dan evaluasi.

2.1 Konsep Teori *Sectio Caesarea*

2.1.1 Pengertian

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut . (Nurarif& Kusuma, 2015). Pembedahan pada *Sectio Caesarea* merupakan suatu tindakan yang dapat menimbulkan nyeri akibat terlepasnya senyawa mediator nyeri seperti asetilkolin, bradikinin dan sebagainya yang meningkatkan sensitivitas saraf reseptor nyeri (Bahrudin,2017). *Sectio Caesarea* adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan di perut untuk mengeluarkan seorang bayi (Endang Purwoastuti & Siwi Walyani, 2014).

2.1.2 Etiologi

2.1.2.1 Etiologi yang berasal dari ibu

Menurut Manuaba (2012), adapun penyebab *Sectio Caesarea* yang berasal dari ibu yaitu ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solution plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya). Selain itu terdapat beberapa etiologi yang menjadi indikasi medis dilaksanakannya *Sectio Caesarea* antara lain : CPD (Cepalo Pelvik Disproportion), PEB (Pre-eklamsi Berat), KPD (Ketuban Pecah Dini), factor hambatan jalan lahir.

2.1.2.2 Etiologi yang berasal dari janin

Gawat janin, mal presentasi, dan mal posisi kedudukan janin, prolapsi tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forcep ekstraksi (Nurafif & Kusuma, 2015).

2.1.3 Manifestasi Klinis

Menurut prawiroharjo (2009) manifestasi klinis pada klien dengan post *Sectio Caesarea*, antara lain :

2.1.3.1 Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml

2.1.3.2 Terpasang kateter : urine jernih dan pucat

2.1.3.3 Abdomen lunak dan tidak ada distensi

2.1.3.4 Ketidakmampuan untuk menghadapi situasi baru

2.1.3.5 Balutan abdomen tampak sedikit noda

2.1.3.6 Aliran lochia sedang dan bebas bekuan, berlebihan dan banyak

2.1.4 Komplikasi *Sectio Caesarea*(SC)

Komplikasi pada *Sectio Caesarea* menurut (Mochtar, 2013) adalah sebagai berikut :

2.1.4.1 Infeksi puerferral (nifas)

2.1.4.2 Ringan dengan kenaikan suhu hanya beberapa hari saja.

2.1.4.3 Sedang dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung.

2.1.4.4 Berat dengan peritonitis, sepis dan illeus paralitik, infeksi berat sering kita jumpai pada partus terlantar, sebelum timbul infeksi nifas, telah terjadi infeksi intra partum karena ketuban terlalu lama.

2.1.4.5 Perdarahan karena :

- 1) Bayak pembuluh darah yang terputus dan terbuka
- 2) Atonia uteri
- 3) Perdarahan pada placenta bed

2.1.4.6 Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi. Krmungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang.

2.1.5 Jenis- Jenis Operasi *Sectio Caesarea*

2.1.5.1 *Sectio Caesarea* Transperitonealis

Sectio Caesarea klasik atau corporal : dengan insisi memanjang pada corpus uteri. Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada corpus uteri kira-kira 10 cm.

2.1.5.2 *Sectio Caesarea Profunda* (*Ismika Profunda*) : dengan insisi pada segmen bawah uterus. Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim kira-kira 10 cm.

2.1.5.3 *Sectio Caesarea Ekstraperitonealis*

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

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

2.1.6.1 Hemoglobin atau hematokrit, untuk mengkaji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan.

2.1.6.2 Leukosit (WBC) mengidentifikasi adanya infeksi.

2.1.6.3 Tes golongan darah, lama perdarahan, waktu pembekuan darah.

2.1.6.4 Urinalisis / Kultur Urine.

2.1.6.5 Pemeriksaan elektrolit.

2.1.7 Penatalaksanaan Medis Post SC

2.1.7.1 Pemberian Cairan

Karena 24 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan perintravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang digunakan biasanya DS 10%, garam fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfuse darah sesuai kebutuhan.

2.1.7.2 Diet

Pemberian cairan perinfus biasanya dihentikan setelah penderita flaktus 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 the.

2.1.7.3 Mobilitas

System Musculoskeletal merasa tidak mampu mengerjakan sesuatu karena kelemahan fisik (PPNI, 2009).

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi

- 1) Miring kanan dan miring kiri dapat dimulai sejak 6-10 jam setelah operasi.
- 2) Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah sadar.
- 3) Hari kedua post operasi, penderita dapat didudukan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya.
- 4) Kemudian posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (Semifowler).
- 5) Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan da kemudian belajar sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca operasi.

2.1.7.4 Katerisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter

biasanya terpasang 24-48 jam / lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.

2.1.7.5 Pemberian Obat-Obatan

- 1) Antibiotic. Cara pemilihan dan pemberian antibiotic sangat berbeda-beda setiap rumah sakit.
- 2) Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan.
- 3) Obat-obatan lain. Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum penderita dapat diberikan kloramfenikol seperti neurobion vit C.

2.1.7.6 Perawatan Luka

(Hidayat .2012) perawatan luka pada ibu post section caesarea yaitu :

- (1) Menjaga luka agar tetap kering dan bersih
- (2) Mengonsumsi makanan yang dapat membantu penyembuhan
- (3) Menghindari hal-hal yang dapat menyebabkan infeksi serta lamanya penyembuhan pada luka
- (4) Minum antibiotic sesuai dengan yang telah diresepkan oleh dokter
- (5) Tidak melakukan aktivitas yang terlalu berat
- (6) Melakukan latihan ringan untuk otot perut

2.1.7.7 Perawatan Payudara

Pemberian ASI pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi rasa nyeri. Pemberian informasi cara menyusui yang baik dan benar juga berguna untuk mencegah nyeri pada puting susu saat menyusui bayinya (Meilani, 2009)

2.1.7.8 Perawatan Rutin

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

2.1.8 Dampak Masalah

Pada post *Sectio Caesarea*(SC) dampak apabila ibu nifas mengalami infeksi luka post *Sectio Caesarea* dan tidak segera ditangani akan mengakibatkan terjadinya kerusakan pada jaringan epidermis maupun dermis, gangguan pada system persarafan, dan kerusakan jaringan seluler menurut (Hasanah & Wardayanti, 2015).

2.2 Konsep Letak Lintang

2.2.1 Pengertian

Lintang adalah suatu keadaan dimana janin melintang di dalam uterus dengan kepala pada sisi yang satu sedangkan bokong pada sisi yang lain . Pada umumnya bokong berada sedikit lebih tinggi dari pada kepala janin , sedangkan pada bahu berada pada pintu atas panggul .Punggung janin dapat berada di depan (dorsoanterior) ,di belakang (dorsoposterior) ,di atas (dorsosuperior) , di bawah (dorsoinferior),(Sawrono,2015).

2.2.2 Etiologi

Menurut Sumarah, (2009)

Penyebab letak lintang

2.2.2.1 Dinding abdomen teregang secara berlebihan disebabkan oleh kehamilan multiparitas. Pada ibu hamil dengan paritas 4 atau lebih terjadi insiden hampir 10 kali lipat dibanding ibu hamil multipara. Reaksi dinding abdomen pada perut yang menggantung akibat multipara dapat menyebabkan uterus beralih kedepan.

2.2.2.2 Janin premature. Pada janin prematur letak janin belum meneteap, perputaran janin sehingga menyebabkan letak memanjang.

2.2.2.3 Plasenta previa atau tumor pada jalan lahir. Dengan adanya plasenta atau tumor di jalan lahir, maka sumbu panjang janin menjauhi sumbu jalan lahir

2.2.2.4 Abnormalitas uterus. Bentuk dari uterus yang tidak normal yang menyebabkan janin tidak dapat mengikat sehingga sumbu panjang janin menjauhi sumbu jalan lahir.

2.2.2.5 Panggul sempit. Bentuk oanggul yang sempit mengakibatkan bagian presentasi tidak dapat masuk ke dalam panggul sehingga dapat mengakibatkan sumbu panjang janin menjahui sumbu jalan lahir.

2.2.3 Manifestasi Klinik

Menurut Herry Oxorn (2010) Manifestasi terjadinya letak lintang diantaranya :

2.2.3.1 Inspeksi : Dengan abdomen melebar ke samping (tidak simetris)

2.2.3.2 Punggung musda diketahui dengan palpasi, pada punggung anterior suatu dataran keras terletak melintang di bagian depan perut ibu.

2.2.3.3 Bunyi jantung janin terdengar di sekitar umbilikus.

2.2.3.4 Kepala dapat diraba disebelah kanan atau kiri perut ibu

2.2.3.5 Bokong teraba di sisi lain

2.2.3.6 Pada pemeriksaan USG ditemukan letak lintang

2.2.4 Patofisiologi

Dinding abdomen pada perut yang menggantung menyebabkan uterus beralih ke depan. Sehingga menimbulkan defleksi sumbu memanjang bayi menjahui sumbu jalan lahir, menyebabkan terjadinya posisi obliq atau melintang. Dalam persalinan terjadi dari posisi longitudinal semula dengan berpindah nya kepala atau bokong ke salah satu forsa iliaka. (Wiknjosastro.2012)

Pengaruh letak lintang pada persalinan :

2.2.4.1 Letak lintang merupakan suatu kondisi berbahaya dan memiliki resiko tinggi bagi ibu dan janin kerana dapat menyebabkan persalinan macet .

2.2.4.2 Ada kalanya janin yang pada permulaan persalinan dalam keadaan letak lintang, berputar sendiri menjadi letak memanjang. Keadaan ini disebut versio spontanea. Hal ini mungkin terjadi bila ketuban masih utuh.

2.2.4.3 Letak lintang menyebabkan persalinan macet dan untuk kejadian ini tidak ada mekanisme persalinannya.

2.2.5 Diagnosa Banding

2.2.5.1 Pada Ibu: dapat terjadi dehidrasi ,sepsis, perdarahan antepartum, perdarahan pos partum,rupture uteri, kerusakan organ abdominal hingga kematian ibu

2.2.5.2 Pada Janin : dapat terjadi prematuritas ,bayi lahir dengan apgar skor yang rendah , prolapsus umbilikus, afiksia hingga kematian janin

2.2.6 Komplikasi

2.2.6.1 Pada Maternal

- 1) Ruptur uteri dan traumatic uteri
- 2) Infeksi
- 3) Terdapatnya letak lintang kasep ,yang berpotensi meningkatkan kematian prenatal, di ketahui dengan :
 - 1) Ada nya rupture uteri mengancam
 - 2) Tangan yang di masukan kedalam kavum uteri terjepit antara janin dan panggul
 - 3) Dengan narkosa dalam sulit merubah letak janin(Mochtar, 2010)
 - 4) Meningkatnya kematian maternal karena:
 - (1) Letak lintang selalu disertai plasenta previa
 - (2) Kemungkinan terjadi ceidera tali pusat mengikat
 - (3) Keharusan tindakan operasi *Sectio Caesareatida* bisa dihindari
 - (4) Sepsis setelah ketuban pecah atau lengan menumbung melalui vagina

2.2.6.2 Pada janin

- 1) Asfiksia karena gangguan sirkulasi
- 2) Tekukan leher yang kuat (Cunningham, 2010)

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Achadiat (2004) untuk membantu dalam penagakkan diagnose kehamilan letak lintang memerlukan pemeriksaan penunjang, yaitu:

2.2.7.1 Ultrasonografi

Tidak ditemukan DJJ (Denyut Jantung Janin) maupun gerakan janin, seringkali tulang-tulang letaknya tidak teratur, khususnya tulang tengkorak sering dijumpai overlapping cairan ketuban berkurang.

2.2.7.2 Rontgen Foto Abdomen

1) Tanda Spalding

Tanda spalding menunjukkan adanya tulang tengkorak yang saling tumpang tindih karena otak bayi yang sudah mencair, hal ini terjadi setelah bayi meninggal beberapa hari dalam kandungan.

2) Tanda Nojosk

Tanda ini menunjukan tulang belakang janin melenting.

3) Tampak gambaran gas pada jantung dan pembuluh darah.

4) Tampak oedem disekitar tulang kepala.

2.2.7.3 Pemeriksaan darah lengkap, jika dimungkinkan kadar fibrinogen.

2.2.8 Pencegahan

2.2.8.1 Primigravida

- 1) Umur kehamilah < 28 minggu dianjurkan posisi lutut dada
- 2) Umur kehamilan > 28 minggu dilakukan versi luar (jika gagal di anjurkan posisi lutut dada sampai persalinan)

2.2.8.2 Multigravida

- 1) Umur kehamilan < 32 minggu dianjurkan posisi lutut dada

- 2) Umur kehamilan > 32 minggu dilakukan versi luar (kalau gagal dianjurkan posisi lutut dada sampai persalinan)

(Ashari, 2014).

2.2.9 Penatalaksanaan

Apabila pada pemeriksaan antenatal ditemukan letak lintang, sebaiknya diusahakan mengubah menjadi presentasi kepala dengan versi luar. Sebelum melakukan versi luar harus melakukan pemeriksaan dengan teliti ada tidaknya panggul sempit, tumor dalam panggul, atau plasenta previa yang dapat membahayakan janin dan meskipun versi luar berhasil, janin mungkin akan memutar kembali. Untuk mencegah janin memutar kembali, ibu dianjurkan menggunakan korset, dan dilakukan pemeriksaan antenatal ulang untuk menilai letak janin. Ibu diharuskan masuk rumah sakit lebih dini. Pada permulaan persalinan sehingga bila terjadi perubahan persalinan masih dapat diusahakan mengubah letak lintang menjadi presentasi kepala bila pembukaan masih kurang dari 4cm dan ketuban belum pecah. Pada seseorang primigravida bila versi luar tidak berhasil, sebaiknya segera dilakukan *Sectio Caesarea*. Sikap ini berdasarkan pertimbangan-pertimbangan sebagai berikut :

2.2.9.1 Bahu tidak dapat melakukan dilatasi pada serviks dengan baik, sehingga pada seorang primigravida kala I menjadi lama dan pembukaan serviks sukar menjadi lengkap.

2.2.9.2 Karena tidak ada bagian besar janin yang menahan tekanan intra-uterin pada waktu his maka lebih sering terjadi pecah ketuban sebelum pembukaan serviks sempurna dan dapat mengakibatkan terjadinya prolapsus funikuli.

2.2.9.3 Pada primigravida versi ekstrasi sukar dilakukan

Pertolongan persalinan letak lintang pada multipara bergantung kepada beberapa factor. Apabila riwayat obstetric wanita yang bersangkutan baik, tidak didapatkan panggul sempit, dan janin tidak besar, dapat ditunggu dan diawasi sampai pembukaan serviks lengkap untuk kemudian melakukan versi ekstraksi. Selama menunggu harus diusahakan supaya ketuban tetap utuh dan melarang wanita tersebut bangun. Apabila ketuban pecah sebelum pembukaan lengkap dan terdapat prolapsus funikuli, harus segera dilakukan *seksio sesarea*. Jika ketuban pecah, tetapi tidak ada prolapsus funikuli, maka bergantung kepada tekanan dapat ditunggu sampai pembukaan lengkap kemudian dilakukan versi ekstraksi atau mengakhiri persalinan dengan *Sectio Caesarea*. Dalam hal ini persalinan dapat diawasi untuk beberapa waktu guna mengetahui apakah pembukaan berlangsung dengan lancar atau tidak. Versi ekstraksi dapat dilakukan pula pada kehamilan kembar apabila setelah bayi pertamalahir, ditemukan bayi kedua berada dalam letak lintang. Pada letak lintang kasep, versi ekstraksi akan mengakibatkan ruptur uteri, sehingga bila janin masih hidup, hendaknya dilakukan *Sectio Caesarea* dengan segera. Sedangkan pada janin yang sudah mati dilahirkan pervagina dengan dekapitasi. (Wiknjosastro, 2010)

Pada *Sectio Caesarea* pemilihan insisi uterus pada letak lintang tergantung dari posisi punggung janin terhadap pintu atas panggul, insisi pada segmen bawah rahim dilakukan bila posisi punggung janin adalah doros superior. Bila janin doros inferior dan pada keadaan-keadaan lain dimana insisi segmen bawah rahim tidak dapat dilakukan, maka insisi klasik (korpoal) dapat dilakukan. (Mochtar.2011)

2.2.10 Dampak Masalah

Apabila letak lintang ini tidak segera mendapatkan penanganan, dapat membahayakan ibu maupun janin. Bahaya pada ibu dapat terjadi perdarahan antepartum, perdarahan post partum, ruptur uteri kerusakan organ abdominal hingga kematian. Apabila bahu janin masuk kedalam panggul, makin lama makin turun sampai rongga panggul terisi seluruhnya oleh badan janin. Bagian korpus uteri mengecil sedangkan sumbu bawah rahim meregang. Hal ini bila tidak segera mendapatkan pertolongan akan mengakibatkan terjadinya ruptur uteri sehingga sebagian atau seluruh bagian janin masuk ke dalam rongga perut. Sedangkan bahaya pada janin dapat terjadi prematuritas prolapsus umbilicus, asfiksia hingga kematian janin (Mochtar Rustam, 2015).

2.3 Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Menurut Mitayani (2009) pengkajian merupakan tahap awal dan landasan dalam proses keperawatan, untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian tentang masalah-masalah klien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan. Keberhasilan proses keperawatan sangat bergantung pada tahap ini. Tahap ini terbagi atas:

2.3.1.1 Pengumpulan data

1) Identitas

(1) Nama : dikaji untuk mengenal dan mengetahui nama pasien agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.

(2) Umur : untuk mengetahui umur pasien, pada ibu yang sangat rentan terjadi malpresentasi janin yaitu usia 35 tahun keatas

(3) Agama : sebagai keyakinan individu untuk proses kesembuhannya.

(4) Suku/bangsa: mengetahui kebiasaan-kebiasaan atau adat istiadat yang mempengaruhi kesehatan

(5) Pendidikan : dikaji untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien, semakin tinggi tingkatan pendidikan pasien semakin mudah pasien menerima informasi dari petugas kesehatan.

(6) Pekerjaan : semakin berat pekerjaannya, resiko pada janin semakin besar.

2) Keluhan Utama

Biasanya pasien mengeluh nyeri pada perut bekas jahitan atau tindakan *Sectio Caesarea*.

3) Riwayat kesehatan sekarang

Hal yang perlu dikaji adalah kehilangan darah selama prosedur pembedahan antara 600-800 cc, integritas ego yaitu mengenai latihan emosional dari kegembiraan sampai ketakutan, marah atau menarik diri, eliminasi alvi, perlu dikaji adanya bising usus, terdengar ada/samar, ada juga mengenai nyeri atau ketidaknyamanan dari sumber, misalnya trauma bedah atau insisi nyeri

4) Riwayat kesehatan lalu

Riwayat kesehatan lalu perlu ditanyakan mengenai kondisi setelah melahirkan. Misalnya: perdarahan, hipertensi, preterm, partus dan tindakan kelainan letak, infeksi uterus, infeksi saluran kencing, dan lain-lain. Jumlah kehamilan dan persalinan serta jarak kelahirannya, tempat melahirkan, dan cara melahirkan.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Yang perlu ditanyakan adalah penyakit yang sifatnya menurun (DNA, jantung) dan penyakit menahun (Hipertensi, ginjal) serta penyakit menular (TBC, hepatitis).

6) Riwayat Haid

Untuk mengetahui tentang pertama kali pasien mendapatkan menstruasi, siklus, lama menstruasi, banyak menstruasi, bentuk darah apakah cair atau menggumpal hari pertama menstruasi serta tanggal kelahiran dari persalinan, Jovan (2015)

7) Riwayat perkawinan

Untuk mengetahui status perkawinan, jika menikah apakah ini pernikahan yang pertama sah atau tidak, lamanya pernikahan, umur saat menikah, dan jumlah anak.

8) Riwayat obstetric

Berapa kali dilakukan pemeriksaan ANC, hasil USG, hasil laboratorium : darah, urine, keluhan selama kehamilan termasuk situasi emosional dan impresi, upaya mengatasi keluhan, tindakan dan pengobatan yang diperoleh. Adanya pembesaran payudara, adanya hiperpigmentasi areola mammae dan papilla mammae, puting susu kanan dan kiri menonjol

2.3.2 Pemeriksaan Fisik

2.3.2.1 Breathing (B1)

Inspeksi : Bentuk dada simetris, pola nafas teratur, tidak ada retraksi dada, payudara menonjol, areola menghitam, frekuensi nafas normal 16-24x/menit.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada dada ,vocal premitus tidak normal

Perkusi : Resonan atau tidak

Auskultasi : normal suara nafas vesikuler, bagaimana suaranya apakah terdapat suara nafas tambahan, tidak ada ronkhi atau wheezing

2.3.2.2 Blood (B2)

Inspeksi : pasien terlihat pucat, konjungtiva anemis, anemia mungkin terjadi karena perdarahan selama proses persalinan sehingga ibu kehilangan darah selama prosedur pembedahan.

Palpasi : CRT <2 detik, takikardi (jika terjadi syok akibat perdarahan post partum)

Perkusi : Batas jantung normal tidak ada pembesaran jantung

Auskultasi : S1 dan S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan. Tekanan darah sistol 110-140 diastol 60-90 mmHg.

2.3.2.3 Brain (3)

Inspeksi : kesadaran compos mentis, GCS 456, wajah tampak menyeringai karena adanya luka bekas operasi, istirahat tidur terganggu karena adanya nyeri pada luka bekas operasinya.

2.3.2.4 Bladder (B4)

Inspeksi : biasanya terpasang kateter, urine jernih, bau khas amoniak, pemeriksaan pengeluaran lochea, warna, bau dan jumlahnya.

Palpasi : nyeri tekan uterus yang mungkin ada, penggunaan alat bantu kateter untuk membatasi aktifitas pasien ke toilet berhubungan untuk mengurangi rasa nyeri post operasi sc.

2.3.2.4 Bowel (B5)

Inspeksi : mukosa bibir lembab atau kering, bentuk simetris

Palpasi : ada nyeri tekan pada luka post op sc yaitu pada perut bagian bawah

Perkusi : normal, didapat timpani apabila terdapat cairan abdomen

Auskultasi : bising usus menurun 1-5x/menit akibat efek anestesi sehingga terjadi konstipasi

2.3.2.5 Bone (B6)

Inspeksi : ada luka post op sc pada abdomen bagian bawah, bentuk luka vertical panjang luka sekitar 15 cm ditutup dengan kasa steril, ada fraktur atau tidak, ada edema apa tidak, warna kulit kemerahan atau tidak. Pergerakan pasien bebas atau terbatas.

Palpasi : ada nyeri tekan pada luka post operasi sc.

Skala kekuatan otot : adanya penurunan kekuatan otot ekstremitas bawah

2.3.3 Analisa Data

Langkah awal dari perumusan keperawatan adalah pengolahan data analisa data dengan menggabungkan data satu dengan data yang lainnya sehingga lembar fakta (Sulistiawati,2009).

2.3.4 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang merugikan respon actual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyai izin dan berkompeten dan mengatasinya (Indriyani 2009).

Menurut Nanda Nic Noc (2015) diagnose keperawatan yang dapat muncul pada kasus *Sectio Caesarea* dengan indikasi letak lintang antara lain:

- 2.3.4.1 Nyeri akut b.d akibat trauma jaringan dalam pembedahan
- 2.3.4.2 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada abdomen post sc
- 2.3.4.3 Resiko infeksi b.d trauma jaringan / luka operasi
- 2.3.4.4 Defisit perawatan diri b.d kelemahan fisik akibat tindakan anestesi dan pembedahan
- 2.3.5 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan merupakan rencana tindakan yang akan diberikan pada klien dengan diagnose keperawatan yang telah ditentukan (Mitayani, 2009).

2.1 Tabel Perencanaan Keperawatan

No Dx	Tujuan / Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang atau hilang. Dengan Kriteria Hasil : (1) Pasien mampu	1) Jelaskan penyebab nyeri 2) Anjurkan	1) Untuk memebrikan pengetahuan kepada klien penyebab nyeri tersebut. 2) Untuk

	<p>menjelaskan kembali tentang penyebab nyeri</p> <p>(2) Pasien mau mengatur posisi dan melaporkan nyerinya berkurang</p> <p>(3) Pasien mampu mendemonstrasikan kembali teknik distraksi dan relaksasi</p> <p>(4) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</p> <p>(5) Tidak ada perilaku ekspresif</p> <p>(6) Tidak</p>	<p>pasien untuk mengatur posisi senyaman mungkin</p> <p>3) Ajarkan tehnik relaksasi dan distraksi</p> <p>4) Kaji karakteristik nyeri dari skala nyeri</p> <p>5) Observasi tanda-tanda vital</p> <p>6) Kolaborasi pemberian</p>	<p>mengetahui keadaan klien lebih lanjut</p> <p>3) Untuk mengetahui karakteristik dan skala nyeri yang dirasakan klien</p> <p>4) Untuk mengurangi nyeri</p> <p>5) Posisi yang nyaman mempengaruhi keadaan klien dalam teknik management nyeri</p> <p>6) Untuk mengurangi nyeri</p>
--	--	--	--

	<p>menyeringai</p> <p>(7) Tanda-tanda vital dalam rentang normal</p> <p>1. TD : 120/80 mmHg</p> <p>2. N : 80-100 x/menit</p> <p>3. S : 36,5-37,5°C</p> <p>4. RR : 16-24 x/menit</p>	analgetic	
2.	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien mampu beraktivitas kembali dengan Kriteria hasil :</p> <p>1. klien meningkat dalam aktivitas fisik</p> <p>2. mengerti tujuan dari peningkatan</p>	<p>1) Jelaskan tentang latihan ROM</p> <p>2) Ajarkan kepada pasien tentang latihan ROM</p> <p>3) Kaji</p>	<p>1) Untuk menambah pengetahuan klien</p> <p>2) Untuk mengetahui kemampuan klien dalam melakukan mobilisasi</p> <p>3) Untuk mempermudah dalam melakukan gerakan secara</p>

	<p>mobilitas</p> <p>3. klien mampu memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi</p>	<p>kemampuan pasien dalam mobilisasi</p> <p>4) Damping dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL</p>	<p>bertahap</p> <p>4) Untuk memantau kemampuan klien dalam mika miki dan dapat membantu kebutuhan ADL klien) Untuk mencegah kondisi klien lebih buruk</p>
3.	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi dengan Kriteria hasil :</p> <p>1) Klien mampu mendeskripsikan kembali tentang penyebab infeksi</p> <p>2) Klien bebas dari</p>	<p>1) Jelaskan pada pasien tentang penyebab infeksi</p> <p>2) Observasi tanda-tanda infeksi</p> <p>3) Dorong masukan</p>	<p>1) Untuk menambah pengetahuan pasien</p> <p>2) Untuk mengetahui adanya infeksi</p> <p>3) Untuk mempercepat penyembuhan penyakit</p>

	<p>tandadan gejala infeksi</p> <p>3) Tidak ada pus</p> <p>4) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</p>	<p>nutrisi yang cukup</p> <p>4) Berikan perawatan luka post partum</p> <p>5) Kolaborasi pemberian terapi antibiotic</p>	<p>4) Untuk mencegah adanya infeksi</p> <p>5) Untuk mencegah terjadinya infeksi</p>
4.	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien dapat memenuhi kebutuhan dalam personal hygiene kembali dengan Kriteria hasil :</p> <p>1) Klien terbebas dari bau badan</p> <p>2) Menyatakan kenyamanan terhadap kemampuan</p>	<p>1) Jelaskan kepada tentang perawatan diri yang mandiri</p> <p>2) Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri,berpakai</p>	<p>1) Untuk mengetahui kemampuan klien dalam perawatan diri</p> <p>2) Untuk mengetahui kebutuhan klien</p>

	<p>untuk melakukan ADLS</p> <p>3) Klien tampak bersih</p> <p>4) Klien mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</p>	<p>an, berhias, toileting dan makan</p> <p>3) Sediakan bantuan sampai klien tidak mampu melakukannya</p> <p>4) Dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya</p> <p>5) Anjurkan pasien untuk</p>	<p>3) Untuk membantu klien</p> <p>4) Untuk memotivasi klien dalam melakukan perawatan diri</p> <p>5) Untuk melatih kemampuan klien</p>
--	--	---	--

		<p>aktivitas</p> <p>rutin sehari-hari sesuai kemampuan</p>	
--	--	--	--

2.3.6 Pelaksanaan

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat. Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain (Mitayani, 2012).

Pelaksanaan yang dilakukan menurut perencanaan adalah :

2.3.6.1 Diagnosa 1:

Implementasi :

- 1) Menjelaskan kepada pasien dan keluarga penyebab nyeri
- 2) Mengkaji tanda-tanda vital pasien
- 3) Mengkaji PQRST nyeri pada pasien
- 4) Mengajarkan pasien teknik relaksasi dan distraksi
- 5) Memberikan posisi yang nyaman
- 6) Mengkolaborasi pemberian analgesik

2.3.6.2 Diagnosa 2:

Implementasi :

- 1) Menjelaskan kepada pasien tentang latihan ROM

- 2) Mengajarkan kepada pasien tentang latihan ROM
- 3) Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi
- 4) Mendampingi dan membantu klien saat mobilisasi

2.3.6.3 Diagnosa 3 :

Implementasi :

- 1) Menjelaskan kepada pasien tentang penyebab infeksi
- 2) Mengkaji tanda-tanda vital
- 3) Mendorong masukan nutrisi yang cukup
- 4) Memberikan perawatan luka post partum
- 5) Mengkolaborasi pemberian antibiotik

2.3.6.4 Diagnosa 4:

Implementasi :

- 1) Menjelaskan kepada klien tentang perawatan diri
- 2) Memonitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu kebersihan diri
- 3) Menyediakan bantuan kepada klien
- 4) Mendorong klien untuk melakukan aktivitas secara mandiri
- 5) Menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas sesuai kemampuan

2.3.7 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan criteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Mitayani, 2012).

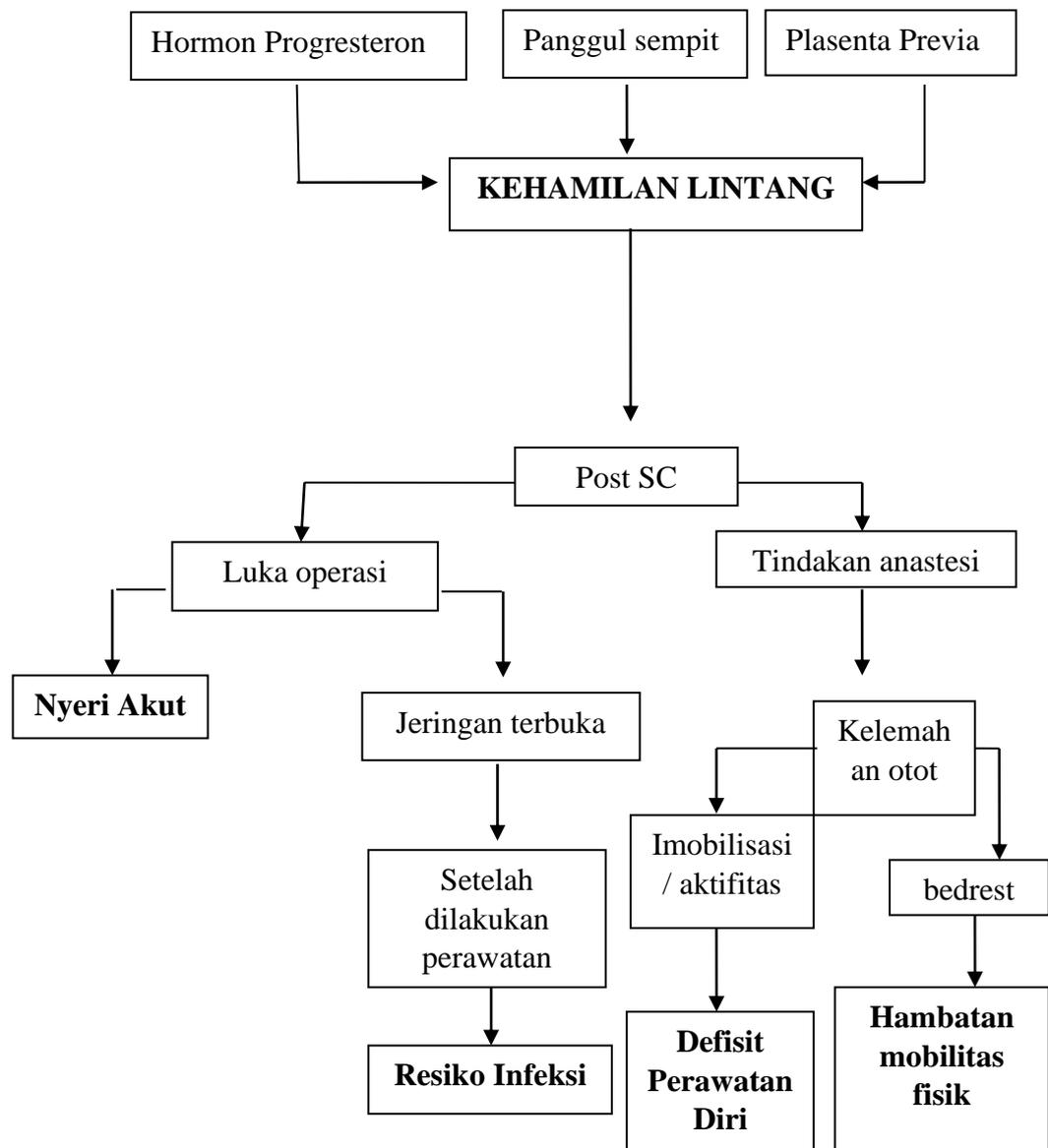
Evaluasi yang didapatkan pada pasien post op *Sectio Caesarea* adalah :

2.3.7.1 Nyeri berkurang atau hilang

2.3.7.2 Tidak ada gangguan mobilitas

2.3.7.3 Tidak ada tanda-tanda infeksi

2.4 Pathway



Gambar 2.1 kerangka masalah diagnose medis Post Op *Sectio Caesarea* atas indikasi Kehamilan Lintang.

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan untuk mendapatkan gambaran nyata pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis *post operasi sectio caesarea* dengan indikasi *letak Lintang*, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 02 Desember 2019 sampai 04 Desember 2019 dengan data pengkajian pada tanggal 02 Desember 2019 jam 15.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien dan status pasien.

3.1 PENGKAJIAN

Tanggal Masuk : 02 Desember 2019 Jam Masuk : 11.00 WIB

Ruang/Kelas : Nifas Kamar No. : Mawar Merah

Pengkajian Tanggal : 02 Desember 2019 Jam : 15.00 WIB

3.1.1 IDENTITAS PASIEN

Nama : Ny. N

Umur : 20 Tahun

Suku/ Bangsa : Indonesia

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Alamat : Kraton, Pauruan

Status perkawinan : Kawin

3.1.2 IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB

Nama : Ny. A

Umur : 25 Tahun

Suku/Bangsa : Indonesia

Agama : Islam

Pendidikan : SD

Pekerjaan : Swasta

Alamat : Kraton, Pasuruan

Status perkawinan : Kawin

3.1.3 RIWAYAT KEPERAWATAN

3.1.3.1 Keluhan Utama : Pasien mengatakan nyeri skala 8.

3.1.3.2 Riwayat Masuk Rumah Sakit : Sebelumnya Pasien di bawa ke puskesmas karna perut terasa kencang kemudian pasien di Rujuk ke RSUD Bangil pukul 05.00 tanggal 02-12-19 ,Pasien hamil 37 minggu dengan posisi janin lintang dan dianjurkan untuk sesar dan pasien dipindah keruang nifas dari RR Jam 10.30. 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 8, nyeri saat dibuat aktivitas dan nyeri hilang timbul

3.1.4 RIWAYAT OBSETRI

3.1.4.1 Riwayat Menstruasi

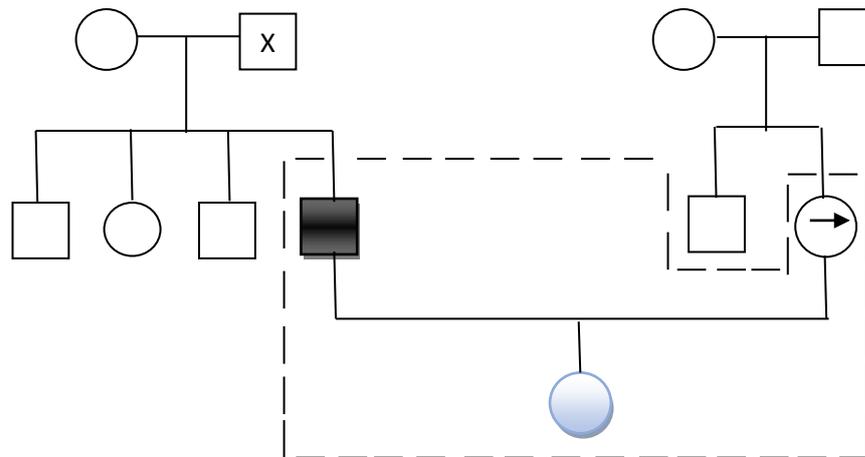
- 1) Menarche : 13 Tahun
- 2) Banyaknya : 3x pembalut/hari (10-15cc)
- 3) HPHT : 27-02-2019
- 4) Siklus : 1 bln sekali
- 5) Lamanya : 7 hari
- 6) Keluhan : Tidak ada

3.1.4.2 Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu :

Table 3.1 riwayat kehamilan persalinan nifas yang lalu pada klien dengan diagnose medis post op *Sectio Caesarea* atau indikasi letak Lintang

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 Lintang	Sc	Dokter rumah sakit Bangil	Letak Lintang	operasi			P	2500 gr	50 cm

3.1.4.3 Genogram



Keterangan :

○ : Perempuan

- - - : Tinggal satu rumah

□ X : Laki-Laki meninggal

○ → : Pasien

■ : Suami Pasien

○ : By Pasien

Gambar 3.1 Genogram pada Ny.A dengan diagnose diagnose medis post op *Sectio Caesarea* atau indikasi letak Lintang.

3.1.4.4 Persalinan sekarang

- 1) Kala persalinan
 - (1) Kala I : Tidak Terkaji
 - (2) Kala II : Tidak Terkaji
 - (3) Kala III : Tidak Terkaji
 - (4) Kala IV : Terkaji

a) Lochea :

Jenis : () Lochea Rubra

() Lochea Sanguinolenta

() Lochea serosa

() Lochea alba

() Lochea parulenta

() Lochiotosis

Jumlah : 1 Pembalut Penuh \pm 150cc/ hari

b) TFU : 2 jari dibawah pusar

c) Kontraksi uterus : () Baik () Tidak

d) Perdarahan : () Ya () Tidak

Jumlah: < 150 cc / hari

e) Perineum : (-) Rupture spontan (-) episiotomy

Lain-lain : Tampak luka post operasi tertutup kassa steril panjang 10 cm,

tampak kering, tidak ada rembesan darah

(5) Keadaan bayi

a) BB : 2500 gram

b) TB : 50 cm

c) Pusat : () Normal () Abnormal

d) Perawatan tali pusat

() Alkohol 70%

() Betadine

() Lainnya : Dengan kassa steril

e) Anus : Normal

f) Suhu : 37,0 °C

g) Lingkar Kepala : 30 cm

Lingkar Sub Occipito Bregmatica : 32 cm

Lingkar Fronto Occipitalis : 34 cm

Lingkar Mentro Occipitalis : 35 cm

h) Kelainan Kepala :

Caput Succedanum

Hydrocephalus

Cephal Hematoma

Microcephalus

Lain-Lain : Tidak ada kelainan pada kepala

(6) Rencana Perawatan Bayi : () Sendiri () Orang Tua () Lain-Lain

(7) Kesanggupan dan Pengetahuan

a) Merawat Bayi : Pasien melakukan sendiri

- b) Breast Care : Tidak Terpenuhi
- c) Perineal Care :Terpenuhi
- d) Nutrisi : Terpenuhi
- e) Senam Nifas : Tidak Terpenuhi
- f) KB :Tidak KB
- g) Menyusui : Pasien tidak mengetahui cara menyusui dengan benar

3.1.5 Riwayat Keluarga Berencana

- 1) Melaksanakan KB : () Ya () Tidak
- 2) Bila ya jenis kontrasepsinya apa yang digunakan : Suntik
- 3) Sejak kapan menggunakan kontrasepsi : 19 thn
- 4) Masalah yang terjadi : Tida ada

3.1.6 Riwayat Kesehatan

- 1) Penyakit yang pernah dialami ibu : pasien mengatakan tidak pernah mengalamipenyakit apapun
- 2) Pengobatan yang didapat : Tidak ada
- 3) Riwayat penyakit keluarga : Tidak ada
 - () Penyakit Diabetes mellitus
 - () Penyakit Jantung
 - () Penyakit Hipertensi
 - () Penyakit lainnya

3.1.7 Riwayat Lingkungan

- 1) Kebersihan : Pasien mengatakan saat dirumah ia membersihkan rumah setiap pagi dan sore
- 2) Bahaya : Tidak ada
- 3) Lainnya : Tidak ada

3.1.8 Aspek Sosial

- a) Persepsi setelah melahirkan : Pasien merasa bahagia anaknya lahir dengan selamat
- b) Apakah keadaan ini menimbulkan perubahan terhadap kehidupan sehari-hari : iya, karena pasien akan sibuk dengan mengurus bayinya
- c) Harapan yang ibu inginkan setelah bersalin : Pasien berharap agar bisa merawat anaknya dengan benar
- d) Ibu tinggal dengan siapa : Pasien mengatakan tinggal dengan suami dan mertua nya
- e) Siapa yang terpenting bagi ibu : pasien mengatakan semua anggota keluarganya sangat penting
- f) Sikap anggota keluarga terhadap keadaan saat ini : Pasien mengatakan keluarga sangat mendukung
- g) Keadaan mental menjadi ibu : Pasien mengatakan ia ingin menjadi seorang ibu yang baik

3.1.9 Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

- 1) Merokok : Pasien mengatakan tidak pernah merokok

- 2) Minuman Keras : Pasien mengatakan tidak pernah minum minuman keras
- 3) Keterangan Obat : Pasien mengatakan tidak ketergantungan obat

3.1.10 Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum : Baik Kesadaran : Composmentis
2. Tekanan darah : 120/70 mmhg Nadi : 94x/menit
3. Respirasi : 20x/menit Suhu : 36,5°C
4. Berat badan : 63 Kg
5. Tinggi badan : 157 cm

3.1.10.1 B1 (Breath)

- a. Inspeksi : Respirasi rate normal 20x/menit, Bentuk dada Simetris kanan dan kiri, Pola Nafas Teratur, Tidak ada retraksi otot bantu nafas, Tidak ada alat bantu nafas
 - b. Palpasi : susunan ruas tulang belakang normal, Tidak ada nyeri tekan pada dada
 - c. Perkusi : Resonan
 - d. Auskultasi : Vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan
- Lain-lain : Tidak ada
- Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.10.2 B2 (Blood)

- a. Inspeksi : Tidak ada nyeri dada, Tidak ada Cianosis, Tidak ada Clubbing finger,

b.Palpasi : Pulsasi Kuat, CRT <3 detik, JPV Tidak ada, akral hangat

c.Auskultasi : Irama jantung Reguler, Bunyi jantung : S1 S2 Tunggal

Lain-lain : Tidak ada

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.10.3 B3 (Brain)

a. Inspeksi : Composmentis GCS : 4-5-6, Orientasi baik, Tidak ada Kaku kuduk, Tidak ada Kejang, Tidak ada Brudsky, Tidak ada Nyeri kepala

Istirahat/tidur :

Dirumah sakit : 4 Jam/hari

Dirumah : 8 jam /hari

Lain-lain : pasien tampak menyeringai

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.10.4 B4 (Bladder)

a. Inspeksi : Libido : kemaian : normal (√), Terdapat lochea rubra warna merah segar dan terpasang pembalut di alasi dengan underpad,

b.Palpasi : ada nyeri tekan

Frekuensi berkemih :

Jumlah : 1000 cc Warna : Kuning

Alat bantu yang digunakan :

Lain-lain : Terpasang DC

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.10.5 B5 (Bowel)

- a) Inspeksi : Mulut Simetris, Mukosa Lembab, Bibir normal labiokisis, Gigi bersih, Kebiasaan gosok gigi : 1 kali pada saat di RS
- b) Palpasi : Tidak ada pembesaran tiroid, tidak ada vena jugularis, TFU 2 jari dibawah pusat, UC teraba keras, nyeri tekan di perut bagian bawah, terdapat luka post operasi di perut bagian bawah
- c) Perkusi : abdomen tidak tegang
- d) Auskultasi : Peristaltic usus 15x/menit

Kebiasaan BAB : Belum BAB setelah operasi

Konsistensi : Warna : Bau :

Tempat yang digunakan : Kamar mandi

Pemakaian obat pencahar : Tidak ada

Lain-lain : Luka operasi tertutup kassa steril dengan panjang 10 cm, tidak ada rembesan darah, terdapat nyeri tekan di area perut bagian bawah

Masalah keperawatan : Nyeri Akut

3.1.10.6 B6 (Bone)

- a. Inspeksi : Kulit Bersih, terdapat striae dan linea, terdapat luka Post operasi tertutup kassa <10 cm bersih Tidak ada pus , Tidak ada fraktur, Warna kulit Sawo matang Tidak ada oedema, Aerolla mammae Hiperpigmentasi, Papilla mammae Menonjol,

- b. Palpasi : Turgor kulit Baik, Akral Hangat, Colostrums Belum Keluar, payudara teraba keras
- c. Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM)

Kekuatan otot :

5	5
4	4

Lain-lain : Pasien tidak dapat melakukan aktivitasnya secara mandiri, aktivitas pasien di bantu oleh keluarga dan perawat,

Masalah keperawatan : Hambatan Mobilitas Fisik

3.1.10.7 B7 (Pengindraan)

- a. Inspeksi : Pupil Isokor, Reflek cahaya Normal, Seclera Putih, Palpebra Tidak ada, Strabismus Tidak ada, Ketajaman pengelihatan Normal, Tidak menggunakan alat bantu, Hidung simetris, Mukosa hidung Lembab, Tidak ada secret, Ketajaman penciuman normal, Ketajaman Pendengaran Normal , Tidak ada alat bantu pendengaran
- Perasa : (✓) manis (✓) pahit (✓) asam (✓) asin (✓)
- b) Palpasi : Konjungtiva : Merah Mudah

Lain-lain : pasien tampak menyeringai

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.10.8 B8 (Endokrin)

- a. Inspeksi : tidak ada Luka gangrene
- b. Palpasi : tidak ada Pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada Pembesaran kelenjar parotis,
Lain-lain : tidak ada
Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3.1.10 PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

Tabel 3.1 Data penunjang pada klien dengan diagnosa medis *post op section caesarea* dengan indikasi *post date*.

Nama Pasien: Ny. N

No.RM : 0000731944798

Umur: 20 thn

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Leukosit (WBC)	H 20,41	$\times 10^3 \mu\text{L}$	4,5-11 Nilai Kritis : ≤ 2 Or ≥ 30
Neutrofil	H 18,5	$\times 10^3 \mu\text{L}$	1,5-8,5
Limfosit	1,94	$\times 10^3 \mu\text{L}$	1,1-5,0
Monosit	H 0,8	$\times 10^3 \mu\text{L}$	0,14-0,66
Eosinofil	.0255	$\times 10^3 \mu\text{L}$	0-0,33
Basofil	0,07	$\times 10^3 \mu\text{L}$	0-0,11
Neutrofil %	H 85,5	%	35-66
Limfosit %	L 9,9	%	24-44
Monosit %	4,1	%	3-6
Eosinofil %	0,1	%	0-3
Basofil %	0,4	%	0-1
Eritrosit (RBC)	4,899		4-5,2
Hemoglobin (HGB)	11,31	g/dL	12-16 Nilai kritis : ≤ 7 Or ≥ 21
Hematokrit (HCT)	42,2	%	33-51

			Nilai kritis : ≤ 21 Or ≥ 65
MCV	76,51	fL	80-100
MCH	23,79	pg	26-34
MCHC	33,89	%	32-36
RDW	12,43	%	11,5-13,1
PLT	289	$\times 10^3 \mu\text{L}$	150-450
			Nilai kritis : ≤ 50 Or
			≥ 1000
MPV	7,800	fL	6,90-10,6

2.1.1 TERAPI

1) Infuse RL 14 Tpm / 1000 cc

Untuk konduksi saraf dan otak, mengganti cairan yang hilang karena dehidrasi, syok hipovolemik dan kandungan natriumnya menentukan tekanan osmotik pada pasien

2) Injeksi :

a) Ceftriaxone 3x1 gr/Iv

Antibiotic yang digunakan untuk mencegah infeksi bakteri

b) Keterolac 3x1 30 mg/Iv

Obat antiinflamasi nonsteroid yang digunakan untuk mengobati rasa sakit

c) Vit K 2x10 mg

Membantu proses pembekuan darah untuk menghentikan perdarahan

3) Oral :

a) Asamefenamat 3x1 mg

Anggota kelas turunan asam antranilat dari obat NSAID, dan digunakan untuk mengobati nyeri ringan hingga sedang

b) Cefadroxil 3x1 mg

Antibiotic yang digunakan untuk infeksi bakteri Gram-positif dan Gram-negatif

Sidoarjo, 02 Desember 2019

Sisilia Ayu Titania

ANALISA DATA

Table 3.2 Analisa data pada klien dengan diagnosa medis *post op sectio caesarea* dengan indikasi *Lintang* .

Nama Pasien: Ny. N No.RM : 0000410688 Umur: 20 thn

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri karena luka jahitan bekas operasi 2. Pasien mengatakan nyeri seperti di sayat pisau, 3. Pasien mengatakan nyeri di area perut bagian bawah 4. Pasien mengatakan nyeri semakin terasa saat dibuat gerak 5. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan skala 8. <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. K/U Cukup 2. Kesadaran : composmentis 3. Wajah tampak menyeringai TFU 2 jari dibawah pusat 	<p style="text-align: center;">Section caesarea</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Insisi pada dinding abdomen</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Terputusya kontinuitas jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Nyeri akut</p>	<p style="text-align: center;">Nyeri Akut</p>

	<p>4. Tampak luka post operasi di abdomen bawah tertutup kassa steril sepanjang 10 cm</p> <p>5. Terdapat lochea, terpasang DC UL: 1000 cc, terpasang infuse RL</p> <p>Ttv : TD : 120/70 mmhg</p> <p>N : 94x/menit</p> <p>Rr : 20x/menit</p> <p>S : 36,5°C</p> <p>Hasil Lab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Leukosit : 20,42 2. Hb : 11,58 3. Hematokrit : 42,2 		
2.	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri 2. Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat <p>Do :</p>	<p>Adanya proses pembedahan</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya jaringan</p> <p>↓</p> <p>Nyeri</p> <p>↓</p> <p>Hambatan mobilitas fisik</p>	<p>Hambatan Mobilitas Fisik</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien belum bisa miring kanan/kiri 2. Aktivitas klien hanya diatas tempat tidur 3. ADL dibantu keluarga dan perawat 4. Terpasang infuse RL pada tangan kiri <p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan belum tau cara merawat payudara dengan benar <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asi beelum keluar 2. Pasien sering bertanya 3. Pasien terlihat bingung 4. Areola hiperpigmentasi 5. Terdapat kerak pada putting susu 6. Palpasi payudara teraba keras 7. Putting susu menonjol 	<p style="text-align: center;"> Primipara ↓ Laktasi ↓ Progesterone dan esterogen ↓ Menurun ↓ Prolaktin Meningkat ↓ Isapan bayi ↓ Oksitosin Meningkat ↓ Kurang pengetahuan ↓ Perawatan payudara ↓ Ketidakefektifan Pemberian ↓ ASI </p>	<p style="text-align: center;">Defisit Pengetahuan</p>
--	--	--	--

DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

1. Nyeri Akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan
2. Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kelemahan fisik
3. Defisiensi Pengetahuan berhubungan dengan cara perawatan payudara dengan benar

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS

1. Nyeri Akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan
2. Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kelemahan fisik
3. Defisiensi Pengetahuan berhubungan dengan cara perawatan payudara dengan benar

RENCANA INTERVENSI KEPERAWATAN

Table 3.2 Rencana tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis *post op sectio caesarea* dengan indikasi *Lintang*.

Nama Pasien: Ny. N No.RM : 0000410688 Umur: 20thn

No	Tujuan/ Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. K/U : Baik 2. Pasien mampu menjelaskan kembali tentang penyebab nyeri 3. Pasien mau mengubah posisi dan dan melaporkan nyerinya berkurang 4. Pasien mampu mendemonstrasikan kembali tehnik relaksasi dan distraksi 5. Adanya penurunan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada pasien tentang penyebab nyeri 2. Anjurkan pasien untuk mengatur posisi senyaman mungkin 3. Ajarkan tehnik relaksasi dan distraksi 4. Kaji karakteristik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk memberikan pengetahuan kepada pasien tentang penyebab nyeri tersebut 2. Posisi yang nyaman mempengaruhi keadaan pasien dalam teknik management nyeri 3. Untuk mengurangi ketegangan dan nyeri pasien 4. Untuk

	<p>skala nyeri 1-2</p> <p>6. Pasien tampak rileks</p> <p>7. Tidak ada nyeri tekan pada luka bekas operasi</p> <p>8. Tanda-tanda vital dalam batas normal</p> <p>TD : 120/80 mmhg</p> <p>N : 80-100x/menit</p> <p>S : 36,5-37,5 °C</p> <p>Rr : 16-24x/menit</p> <p>2. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan klien mampu beraktivitas kembali dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Pasien mampu melakukan aktivitas secara mandiri</p> <p>2. Pasien mampu</p>	<p>nyeri dari skala nyeri</p> <p>5. Observasi tanda-tanda vital</p> <p>6. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik</p> <p>1. Jelaskan kepada klien tentang pentingnya mobilisasi dini</p> <p>2. Ajarkan kepada klien untuk mobilisasi dini secara bertahap</p>	<p>mengetahui karakteristik dan skala nyeri yang dirasakan pasien</p> <p>5. Untuk mengetahui keadaan klien lebih lanjut</p> <p>6. Untuk mengurangi rasa nyeri dan mempercepat proses penyembuhan</p> <p>1. Untuk menambah pengetahuan pasien</p> <p>2. Untuk mempermudah dalam melakukan gerakan secara bertahap</p>
--	--	---	--

	<p>mobilisasi secara bertahap (miring kanan/kiri)</p> <p>3. ADL tanpa bantuan perawat dan keluarga</p> <p>4. Klien mampu membolak-balikkan posisi</p> <p>5. Tanda-tanda vital dalam batas normal</p> <p>TD : 120/80 mmhg</p> <p>N : 80-100x/menit</p> <p>S : 36,5-37,5 °C</p> <p>Rr : 16-24x/menit</p>	<p>3. Anjurkan pasien untuk miring kanan/miring kiri</p> <p>4. Kaji kemampuan klien dalam mobilisasi</p> <p>5. Observasi tanda-tanda vital</p> <p>1. Jelaskan pada pasien tentang perawatan payudara dengan benar</p> <p>2. Ajarkan tehnik perawatan</p>	<p>3. Untuk mengetahui kemampuan klien dalam mobilisasi</p> <p>4. untuk mengetahui kemampuan klien dalam melakukan mobilisasi</p> <p>5. Untuk mengetahui keadaan klien lebih lanjut</p> <p>1. Untuk menambah pengetahuan pasien</p> <p>2. Membantu ibu dalam perawatan</p>
3.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan diharapkan ibu mengetahui bagaimana cara merawat payudara dengan benar dengan Kriteria</p>		

	<p>hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengetahui cara merawat payudara dengan benar 2. Pasien mampu mendemonstrasikan kembali cara merawat payudara dengan benar 3. Pasien tidak terlihat bingung dan cemas 4. Payudara teraba lunak dan tidak berkerak 5. ASI dapat keluar 	<p>payudara dengan benar</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan pasien melakukan perawatan payudara dengan benar 4. Kaji ulang pengetahuan tentang perawatan payudara 5. Observasi tanda-tanda vital 	<p>payudara</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Untuk melancarkan produksi ASI 4. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan pasien 5. Memantau perkembangan pasien
--	--	---	--

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Table 3.3 Implementasi keperawatan pada klien dengan diagnosa medis *post op sectio caesarea* dengan indikasi Lintang.

Nama Pasien: Ny. N No.RM : 0000410688 Umur: 20thn

No. Dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf
1.	03/12/2019	15.00	1. Menjelaskan kepada pasien tentang penyebab nyeri akibat dari tindakan pembedahan <i>post operasi sectio caesarea</i>	
		15.05	2. Menganjurkan pasien untuk mengatur posisi senyaman mungkin untuk miring kanan/miring kiri	
		15.15	3. Mengajarkan tehnik relaksasi dan distraksi dengan menarik nafas dalam dan mengajak pasien mengobrol	
		15.25	4. Mengkaji karakteristik nyeri dari skala nyeri	
		15.30	5. Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 120/70 mmhg N : 94x/menit Rr : 20x/menit S : 36,5°C	
		16.00	6. Mengkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik	

			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ceftriaxone 3x1 gr/Iv ➤ Keterolac 3x1 30 mg/Iv ➤ Vit K 2x10 mg ➤ Asamefenamat 3x1 mg ➤ Cefadroxil 3x1 mg 	
2.	03/12/2019	15.15	1. Menjelaskan kepada klien tentang pentingnya mobilisasi dini	
		15.20	2. Mengajarkan kepada klien untuk mobilisasi dini secara bertahap	
		15.25	3. Menganjurkan pasien untuk miring kanan/miring kiri	
		15.30	4. Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi	
		15.35	5. Mengobservasi tanda-tanda vital	
			TD : 120/80 mmhg	
			N : 86x/menit	
			Rr : 20x/menit	
			S : 36,6°C	
3.	03/12/2019	15.40	1. Jelaskan pada pasien tentang perawatan payudara dengan benar	
		15.40	2. Ajarkan tehnik perawatan payudara dengan benar	

1.	03/12/2019	15.45	3. Anjurkan pasien melakukan perawatan payudara dengan benar
		15.50	4. Kaji ulang pengetahuan tentang perawatan payudara
		15.55	5. Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 120/80 mmhg N : 86x/menit Rr : 20x/menit S : 36,6°C
		16.00	1. Mengajarkan tehnik relaksasi dan distraksi dengan menarik nafas dalam dan mengajak pasien mengobrol
		16.10	2. Mengkaji karakteristik nyeri dari skala nyeri
		16.15	3. Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 120/80 mmhg N : 86x/menit Rr : 20x/menit S : 36,5°C
		16.20	4. Mengkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik ➤ Ceftriaxone 3x1 gr/Iv ➤ Keterolac 3x1 30 mg/Iv

			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Asamefenamat 3x1 mg ➤ Cefadroxil 3x1 mg 	
2.	04/12/2019	07.30	1. Menganjurkan pasien untuk miring kanan/miring kiri	
		07.35	2. Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi	
		08.50	3. Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 110/80 mmhg N : 89x/menit Rr : 20x/menit S : 36,6°C	
3.	04/12/2019	07.45	1. Anjurkan pasien melakukan perawatan payudara dengan benar	
		08.00	2. Kaji ulang pengetahuan tentang perawatan payudara	
		08.50	3. Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 110/80 mmhg N : 89x/menit Rr : 20x/menit S : 36,6°	

CATATAN PERKEMBANGAN

Table 3.4 Rencana tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis *post op sectio caesarea* dengan indikasi *Lintang*.

Nama Pasien: Ny. N No.RM : 0000410688 Umur: 20 thn

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
03/12/2019	Nyeri Akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan	<p>S : Pasien mengatakan nyeri karena luka jahitan bekas operasi</p> <p>P = nyeri pada luka bekas operasi section caesarea</p> <p>Q = seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R = abdomen bagian bawah</p> <p>S = skala nyeri 4</p> <p>T = hilang timbul, ada ketika dibuat untuk bergerak</p> <p>O : K/U cukup</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wajah tampak menyeringai TFU 2 jari dibawah pusat 2. Tampak luka post operasi di abdomen bawah tertutup kassa steril sepanjang 10 cm 	

		<p>3. Terdapat lochea, terpasang DC UL: 1000 cc, terpasang infuse RL</p> <p>Ttv : TD : 120/80 mmhg</p> <p>N : 86x/menit</p> <p>Rr : 20x/menit</p> <p>S : 36,5°C</p> <p>A : Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pasien untuk mengatur posisi senyaman mungkin 2. Ajarkan tehnik relaksasi dan distraksi 3. Kaji karakteristik nyeri dari skala nyeri 4. Observasi tanda-tanda vital 5. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ceftriaxone 3x1 gr/Iv ➤ Keterolac 3x1 30 	
--	--	--	--

03/12/2019	<p>Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kelemahan fisik</p>	<p>mg/Iv</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vit K 2x10 mg ➤ Asamefenamat 3x1 mg ➤ Cefadroxil 3x1 mg <p>S : Pasien mengatakan belum bisa sedikit-sedikit miring kanan/kiri</p> <p>O : K/U Cukup</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan aktivitas kadang dibantu oleh keluarga dan perawat 2. Pasien sudah bisa miring kanan/kiri secara bertahap 3. Terpasang infuse RL pada tangan kiri 4. Kekuatan otot <table style="margin-left: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> </tr> </table> <p>Ttv : TD : 120/80 mmhg</p> <p>N : 86x/menit</p> <p>Rr : 20x/menit</p>	5	5	4	4
5	5					
4	4					

		<p>S : 36,5°C</p> <p>A : Hambatan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan kepada klien untuk mobilisasi dini secara bertahap 2. Menganjurkan pasien untuk miring kanan/miring kiri 3. Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi 	
03/12/2019	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya sumber informasi tentang perawatan payudara	<p>S : Pasien mengatakan belum mengetahui cara merawat payudara dengan benar</p> <p>O : K/U Cukup</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asi beelum keluar 2. Pasien sering bertanya 3. Pasien terlihat bingung 4. Areola hiperpigmentasi 5. Terdapat kerak pada putting susu 6. Palpasi payudara teraba 	

04/12/2019	Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan	<p>keras</p> <p>7. Putting susu menonjol</p> <p>A : Defisit pengetahuan belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pada pasien tentang perawatan payudara dengan benar 2. Ajarkan tehnik perawatan payudara dengan benar 3. Anjurkan pasien melakukan perawatan payudara dengan benar 4. Kaji ulang pengetahuan tentang perawatan payudara <p>S: Pasien mengatakan nyeri karena luka jahitan bekas operasi sudah berkurang</p> <p>P = nyeri pada luka bekas operasi section caesarea</p> <p>Q = seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R = abdomen bagian bawah</p>	
------------	--	---	--

		<p>S = skala nyeri 3</p> <p>T = hilang timbul, ada ketika dibuat untuk bergerak</p> <p>O : K/U Baik</p> <ol style="list-style-type: none">1. Wajah tampak rileks TFU 2 jari dibawah pusat2. Tampak luka post operasi di abdomen bawah tertutup kassa steril sepanjang 10 cm3. Terdapat lochea, terpasang DC UL: 1000 cc, terpasang infuse RL <p>Ttv : TD : 110/80 mmhg</p> <p>N : 89x/menit</p> <p>Rr : 20x/menit</p> <p>S : 36,6°C</p> <p>A : Nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none">1. Menganjurkan pasien untuk miring kanan/miring kiri2. Mengkaji kemampuan	
--	--	---	--

04/12/2019	<p>Hambatan Mobilitas Fisik</p> <p>berhubungan dengan kelemahan fisik</p>	<p>klien dalam mobilisas</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah bisa sedikit-sedikit miring kanan/kiri</p> <p>O : K/U Cukup</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sudah bisa miring kanan/kiri secara bertahap 2. Tidak terpasang infus 3. Kekuatan otot <table border="1" data-bbox="1252 884 1364 1008"> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>Ttv : TD : 110/80 mmhg</p> <p>N : 89x/menit</p> <p>Rr : 20x/menit</p> <p>S : 36,6°C</p> <p>A : Hambatan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan pasien untuk miring kanan/miring kiri 2. Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi 	5	5	5	5	
5	5						
5	5						

04/12/2019	<p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya sumber informasi tentang perawatan payudara</p>	<p>S : Pasien mengatakan sudah mengetahui cara merawat payudara dengan benar</p> <p>O : K/U Cukup</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asi sedikit keluar 2. Areola hiperpigmentasi 3. Tidak ada kerak pada puting susu 4. Palpasi payudara terasa lunak 5. Puting susu menonjol <p>A : Defisit pengetahuan teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pasien melakukan perawatan payudara dengan benar 2. Kaji ulang pengetahuan tentang perawatan payudara 	
------------	---	---	--

EVALUASI KEPERAWATAN

Table 3.5 Evaluasi keperawatan pada klien dengan diagnosa medis *post op sectio caesarea* dengan indikasi *Lintang*.

Nama Pasien: Ny. N No.RM : 0000410688 Umur: 20 thn

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
04/12/2019	Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan	<p>S: Pasien mengatakan nyeri karena luka jahitan bekas operasi sudah berkurang</p> <p>O :K/U : baik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak rileks 2. Skala nyeri 3 3. Tampak luka post operasi di abdomen bawah tertutup kassa steril sepanjang 10 cm 4. Terdapat lochea, terpasang DC UL: 1000 cc, terpasang infuse RL <p>Ttv : TD : 110/80 mmhg</p> <p>N : 89x/menit</p> <p>Rr : 20x/menit</p> <p>S : 36,6°C</p> <p>A : Nyeri akut teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan pasien pulang</p>	

04/12/2019	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik	<p>S : Pasien mengatakan sudah bisa sedikit-sedikit miring kanan/kiri</p> <p>O : K/U Cukup</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aktivitas pasien kadang dibantu oleh keluarga dan perawat 2. Pasien sudah bisa miring kanan/kiri 3. Tidak terpasang infus 4. Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 2px 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px 10px;">5</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-left: 1px solid black; padding: 2px 10px;">5</td> </tr> </table> <p>Ttv : TD : 110/80 mmhg</p> <p>N : 89x/menit</p> <p>Rr : 20x/menit</p> <p>S : 36,6°C</p> <p>A : Hambatan mobilitas fisik teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan pasien pulang</p>	5	5	5	5	
5	5						
5	5						
04/12/2019	Defisit pengetahuan	<p>S : Pasien mengatakan sudah mengetahui cara merawat</p>					

	berhubungan dengan kurangnya sumber informasi tentang perawatan payudara	payudara dengan benar O : K/U Cukup <ol style="list-style-type: none">1. Asi sedikit keluar2. Areola hiperpigmentasi3. Tidak ada kerak pada puting susu4. Palpasi payudara teraba lunak5. Puting susu menonjol A : Defisit pengetahuan teratasi P : Intervensi di hentikan pasien pulang	
--	--	---	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dijelaskan kesenjangan antara teori dan asuhan keperawatan secara langsung pada Ny. N dengan diagnosa medis G1 P0-01 40-41+prom+letlin+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 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 8 dan nyeri saat dibuat aktivitas, sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan hasil yang sama.

Pada pengkajian keluhan utama dari tinjauan pustaka didapatkan keluhan nyeri yang disebabkan oleh trauma pembedahan (Muttaqin, 2009). Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi pada perut bagian bawah akibat pembedahan *section caesarea* karena insisi pada

dinding perut. Tidak ada pembedahan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus karena keduanya sama-sama mengeluh nyeri pada luka bekas operasi pada perut bagian bawah akibat pembedahan section caesarea.

Pada pengkajian riwayat kesehatan sekarang dari tinjauan kasus didapati nyeri atau ketidaknyamanan dari sumber, misalnya trauma bedah atau insisi nyeri (muttaqin, 2009). Sedangkan pada tinjauan kasus didapati klien mengeluhkan nyeri pada bekas luka operasi pada perut bagian bawah akibat pembedahan *section caesarea* karena insisi pada dinding perut. Tidak ada pembedahan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus karena keduanya sama-sama mengeluh nyeri pada luka bekas operasi pada perut bagian bawah akibat pembedahan *section caesarea*.

4.2 Riwayat Keperawatan

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 abdoment, 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 (Inttegumen) 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 berbeda, tidak mengalami kelemahan otot pada kaki melainkan hanya tidak bisa duduk terlebih dahulu karena masih terasa nyeri.

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.

4.3 Diagnosa keperawatan

4.3.1 Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka ada 5 menurut

(Brunner Suddart, 2014)

4.3.1.1 Nyeri akut berhubungan dengan luka bekas operasi pada abdomen

4.3.1.2 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada abdomen *post sc*

4.3.1.3 Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan kekuatan tubuh

4.3.1.4 Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan pembedahan

4.3.1.5 Ketidakefektifan pemberian asi berhubungan dengan kurangnya sumber informasi tentang perawatan payudara

4.3.2 Pada tinjauan kasus terdapat 3 diagnosa keperawatan yang muncul yaitu:

4.3.2.1 Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan

4.3.2.2 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri terputusnya kontinuitas jaringan

4.3.2.3 Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan payudara

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 : 120/80 mmHg N : 86x / menit S : 36,5°C RR : 20x / 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 tampak selalu menanyakan tentang 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 SC, karena pada pengkajian tidak ditemukan klien tampak cemas setelah selesai persalinan karena klien sebelumnya sering melihat orang dan tetangga yang sering melakukan operasi SC 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.

4.4 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).

4.2.1 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 1 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.

4.2.2 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.

4.2.3 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.

4.5 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 mnggendong bayi atau menyusui, Observasi TTV, TD : 120/80 mmHg, N : 86 x / menit, S : 36.5 °C, RR : 20 x / menit, mengkolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgesik Ceterolac 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.

4.6 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 ≤ 2 , TD 110/80 mmHg, N : 86 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.

BAB 5

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 6, 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

Berlatarbelakang dari kesimpulan diatas penulis memeberikan saran sebagai berikut :

- 5.2.1 Keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan yang terjalin dengan baik perlu ditingkatkan sehingga timbul rasa saling percaya, serta untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan
- 5.2.2 Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya lebih berpotensi dengan memiliki pengetahuan da keterampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien *post section caesarea* indikasi ketuban pecah dini patologis
- 5.2.3 Untuk peningkatan mutu asuhan keperawatan sebaiknya diadakan suatu seminar atau penyukuhan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien tentang *post section caesarea* seperti penyuluhan tentang perawatan luka *section caesarea*, perawatan payudara, cara perawatan bayi, cara menyusui dan lain sebagainya
- 5.2.4 Pendidikan dan pengetahuan perawat serta berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal maupun informal khususnya pengetahuan bidang melakukan perawatan pasien *post section caesarea*
- 5.2.5 Pemahaman dan pengembangan mengenai konsep kesehatan perlu ditingkatkan secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik

DAFTAR PUSTAKA

- Aprina & Putri, A. (2016). *Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Persalinan Sectio Caesare* .di RSUD DR, H Abdul Moeloek Provinsi Lampung. Jurnal Kesehatan, Volume VII Nomor 1, E-ISSN 2548-5695
- (RISKESDAS, 2012). *Angka Kejadian Kehamilan Serotinus* .diakses dari <https://docplayer.info/48725156-Umur-ibu-paritas-dengan-kejadian-kehamilan-serotinus.html>. Pada tanggal 15 juli 2019 pukul 15.00 WIB.
- Cunningham.L.B.H.R. & Spong.(2010) *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC
- Hidayat.A.A. (2012). *Pengantar Konsep dasar Keperawatan*, Jakarta : Salemba Medika.
- Judhita, (2009). *Angka Kejadian Sectio Caesarea Di Indonesia*. Diakses dari melalui <http://repository.poltekkes-kdi.ac.id/482/1/PDFF.pdf> pada tanggal 15 juli 2019 pukul 14.00 WIB.
- Kemenkes RI, (2017). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017*. Jakarta
- Manuaba. I.B.G. (2012). *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Jakarta: Arcan.
- Manuaba.I.B.G (2009). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*, Jakarta: EGC.
- Mitayani, (2009). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mochtar, (2013). *Rustam.Asuhan Ibu Hamil*, Jakarta : EGC
- Norman dan Gery.(2010). *Dasar-dasar ginekologi dan Obstetrik*, jakarta:EGC
- Nurarif, A.H. & Kusuma. H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC NOC*. Jogjakarta: MediaAction
- Nurarif.A.H. & Kusuma. H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC NOC*. Jogjakarta: MediaAction
- Nurjannah Intansari, *Proses Keperawatan Nanda Nic-Noc* (2015). Yogyakarta: mocaMedia
- Oxord dan Forte (2010). *Ilmu Kebidanan :Patologi dan Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta: Penerbit ANDI.
- Prawirohardjo, S (2009). *Ilmu Kebidanan*. Penerbit yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta

- Prawirohardjo, S (2009). *Ilmu Kebidanan. Penerbit yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo*. Jakarta.
- Prawiroharjo, Sarwono, (2013). *Ilmu kebidanan Sarwono Prawiroharj*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo
- Putra. S. R. (2012). *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita untuk Keperawatan dan Kebidanan*, Jogjakarta: D-Media
- Rheldayani (2014) dan Faiz (2013). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka.
- Ririnmiran.(2011). *Tinjauan teori bab II*. Diakses melalui [http://makalahkesehatan.blogspot.co.id\(2014/07/makalah persalinan-normal_13.html](http://makalahkesehatan.blogspot.co.id(2014/07/makalah-persalinan-normal_13.html) pada tanggal 03 februari 2020 pukul 18.30 WIB
- Sulistiawati, ari (2019). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*.Jakarta:Andi Yogyakarta
- WHO. (2017). *Materna, Newborn, child and adolescent healt*. Restrived from <http://www.who.int/maternalchildadolescent/newborns/view/1231>
- Widodo. B. (2009). *Landasan Teori Serotinus*. Diakses dari <http://thieryabdee.wordpress.com> Pada tanggal 15 Juni 2019 pukul 16.00 WIB.
- Widyanti.R.D.(2016). *Asuhan Keperawatan Pada Ny.N Dengan Diagnosa Medis Post SC Di Ruang Bersalin RSUD Bangil. Dalam KTI Akper Kerta Cendekia*.

INFORMED CONSENT

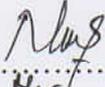
Judul “Asuhan Keperawatan Dengan Diagnosa Medis *Post Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Letak Lintang Di ruang Nifas RSUD Bangil “

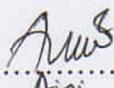
Tanggal pengambilan studi kasus 02 Desember 2019

Sebelum tanda tangan dibawah, saya telah mendapatkan informasi tentang tugas pengambilan studi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa yang bernama **Sisilia Ayu Titania**, 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 form ini.

Saya, Ny. N Dengan ini saya memberikan kesediaan setelah menegrti semuanya telah dijelaskan oleh peneliti terkaid dengan proses pengambilan studi kasus ini dengan baik. Semua data dan informasi dari saya sebagai partisipan hanya akan digunakan untuk tujuan dari studi kasus ini.

Tanda Tangan  Partisipan
(..... )

Tanda Tangan  Saksi
(..... )

Tanda Tangan  Peneliti
(..... )



YAYASAN KERTA CENDEKIA
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA

Jalan Lingkar Timur, Rangkah Kidul, Sidoarjo 61232
Telepon: 031 – 8961496; Faximile : 031 – 8961497
Email : akper.kertacendekia@gmail.com

Nomor : 43/BAAK/III/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 KT:
1.	Sisilia Ayu Titania T.L	1701058	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Post Op EC dengan Indikasi Letak lintang

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 : 445.1/3128.04/424.202/2019
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 : SISILIA AYU TITANIA TANGKE LAJUK
NIM : 1701058
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosis Medis *Post Sectio Caesarea* dengan Indikasi Letak Lintang 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
u.b.



DIDIK MARIYONO, SKM.
Penata Tingkat I

NIP. 19680525 199203 1 012

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 : 445.1/3094.04/424.202/2019
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 : SISILIA AYU TITANIA TANGKE LAJUK
NIM : 1701058
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosis Medis
Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Letak Lintang 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



DIDIK MARIYONO, SKM.

Penata Tingkat I

NIP. 19680525 199203 1 012

Tembusan disampaikan kepada :

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

SATUAN ACARA PENYULUHAN
PERAWATAN PAYUDARA PADA Ny. N

Pokok bahasan : Perawatan Payudara

Sub pokok bahasan : 1. Pengertian perawatan payudara

2. Tujuan perawatan payudara

3. Manfaat perawatan payudara

4. Masalah yang timbul Jika tidak dilakukan perawatan payudara

5. Menyebutkan peralatan untuk perawatan payudara

6. Memperagakan cara perawatan payudara dengan benar

Hari/tanggal : Senin, 05 Desember 2019

Tempat : Ruang Nifas Rsud Bangil Pasuruan

Waktu : 15.00 WIB

Sasaran : Ny N Di Ruang Nifas Mawar Merah No 6

I. Tujuan Instruksional Umum

Diharapkan setelah mengikuti kegiatan penyuluhan selama 1x 15 menit diharapkan Ny N diruang mawar merah rumah sakit rsud bangil pasuruan mengerti tentang perawatan payudara

II. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan selama 1x15 menit diharapkan Ny N dapat

1. Menjelaskan kembali tentang pengertian perawatan payudara
2. Menyebutkan tujuan perawatan payudara

3. Menyebutkan manfaat perawatan payudara
4. Menyebutkan masalah yang timbul jika tidak dilakukan perawatan payudara
5. Menyebutkan peralatan untuk perawatan payudara
6. Memperagakan cara perawatan payudara dengan benar

III. Materi

1. Pengertian perawatan payudara
2. Manfaat perawatan payudara
3. Tujuan perawatan payudara
4. Masalah yang timbul jika tidak dilakukan perawatan payudara
5. Peralatan untuk perawatan payudara
6. Cara perawatan payudara dengan benar

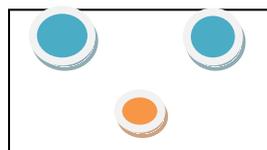
IV. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab
3. Demonstrasi

V. Kegiatan Penyuluhan :

NO	Uraian kegiatan	Metode	Media	Waktu
1.	Pendahuluan : a. Memberi salam b. Memperkenalkan diri c. Menjelaskan tujuan d. Kontrak waktu	Ceramah	Lisan	5 menit
2.	Pelaksanaan: a. Menjelaskan pengertian perawatan payudara b. Menjelaskan Tujuan perawatan payudara c. Menjelaskan Manfaat perawatan payudara d. Menjelaskan Masalah yang timbul Jika tidak dilakukan perawatan payudara e. Menyebutkan peralatan untuk perawatan payudara f. Memperagakan cara perawatan payudara dengan benar	Ceramah, diskusi dan Mendemonstrasikan perawatan payudara	Leaflet	15 menit
3.	Penutup: a. Melakukan diskusi b. Menyampaikan kesimpulan materi c. Memberikan evaluasi d. Memberi salam	Ceramah	Lisan	8 menit

VI. Isi Materi : Setting Ruangan



Keterangan :  Ny. N dan Suami
 Mahasiswi

VII. Evaluasi

1. Evaluasi struktur

2. Ibu / Ny N

3. Evaluasi proses :

- 1) Ny N antusias terhadap materi penyuluhan
- 2) Ny N mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan dengan benar

4. Evaluasi hasil

- 1.) Ny N mengetahui tentang perawatan payudara
- 2.) Ny N mengetahui manfaat perawatan payudara
- 3.) Ny N mengetahui tujuan perawatan payudara
- 4.) Ny N mengetahui masalah yang timbul jika tidak dilakukan perawatan payudara
- 5.) Ny N mengetahui cara perawatan payudara

MATERI PENYULUHAN PERAWATAN PAYUDARA

1. Pengertian

Perawatan payudara adalah suatu kegiatan yang dilakukan secara sadar dan teratur untuk memelihara kesehatan payudara waktu hamil dengan tujuan untuk mempersiapkan laktasi pada waktu post partum

2. Manfaat

Perawatan payudara hendaknya dilakukan sedini mungkin selama kehamilan dalam upaya mempersiapkan bentuk dan fungsi payudara sebelum ibu menyusui banyinya kelak. Berikut ini perawatan payudara payudara banyak manfaat antara lain :

- 1) menjaga kebersihan payudara terutama kebersihan puting susu
- 2) melenturkan dan menguatkan puting susu sehingga memudahkan bayi untuk menyusui
- 3) merangsang kelenjar-kelenjar air susu sehingga produksi ASI banyak dan lancar
- 4) dapat mendeteksi kelainan-kelainan payudara secara dini dan melakukan upaya untuk mengatasinya
- 5) mempersiapkan mental psikis ibu untuk menyusui
- 6) mencegah pembengkakan payudara

3. Tujuan

Perawatan yang dilakukan terhadap payudara bertujuan untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran susu sehingga memperlancar pengeluaran ASI, menjaga kebersihan payudara sehingga terhindar dari infeksi, mengenyalkan puting susu supaya tidak mudah lecet, menonjolkan puting susu menjaga bentuk buah dada tetap bagus dan untuk mengetahui adanya kelainan

4. Akibat jika tidak dilakukan perawatan payudara

Berbagai dampak negatif dapat timbul jika tidak dilakukan perawatan payudara sedini mungkin. Dampak tersebut meliputi :

- 1) Puting susu tidak menonjol
- 2) Anak susah menyusu
- 3) ASI lama keluar
- 4) Produksi ASI terbatas
- 5) Pembengkakan pada payudara
- 6) Payudara meradang
- 7) Payudara kotor
- 8) Ibu belum siap menyusui
- 9) Kulit payudara terutama puting akan mudah lecet

5. Peralatan untuk perawatan payudara

- 1) kapas
- 2) handuk kecil atau waslap
- 3) minyak kelapa atau baby oil
- 4) baskom berisi air dingin dan hangat

6. Cara perawatan payudara

- 1) Basahi kedua telapak tangan dengan minyak kelapa
- 2) Kompres puting susu sampai areola mammae (daerah gelap sekitar puting) dengan minyak kelapa selama 2-3 menit supaya kotoran atau kerak yang menempel melunak dan bisa mudah dibersihkan. Jangan membersihkan puting dengan alkohol atau bahan lainnya yang bisa membuat iritasi, kering, dan lecet
- 3) Pegang kedua puting susu lalu tarik dan putar ke arah dalam dan luar (searah dan berlawanan jarum jam)
- 4) Pegang pangkal payudara dengan kedua tangan, lalu diurut ke arah puting susu sebanyak 30 kali sehari.
- 5) Pijat kedua areola mammae hingga keluar 1-2 tetes
- 6) Kedua puting susu dan sekitarnya dibersihkan dengan handuk kering dan bersih
- 7) Pakailah *Buste Houlder* (BH) yang cukup dan bersifat menopang payudara, jangan memakai BH yang ketat dan menekan payudara

Jika terjadi bendungan ASI lakukan :

- 8) sokong payudara kanan dengan tangan kanan kemudian dua atau tiga jari yang tangan kanan membuat gerakan memutar sambil menekan mulai dari pangkal payudara dan berakhir pada puting susu. Lakukan pada sisi payudara lain.
- 9) sokong payudara dengan satu tangan ,sedangkan tangan yang lain mengurut payudara dengan sisi kelingking dari arah puting susu, lakukan gerakan sebanyak 30 x
- 10) sokong payudara dengan satu tangan, sedangkan tangan satunya mengurut payudara dengan sisi punggung jari-jari dari arah tepi arah puting susu. Lakukan sebanyak 30 x

DAFTAR PUSTAKA

- Bobak, L. J.(2005). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas Edisi4*.Jakarta:EGC
- Mitayani, (2009). *Asuhan Keperawatan Maternitas*.Jakarta: Salemba Medika.
- Norman dan Gery.(2010). *Dasar-dasar ginekologi dan Obstetrik, jakarta*:EGC
- Saleha S. *Asuhan Kebidanan 3*. Yogyakarta:Rhineka Cipta:2013



**Akademi
Keperawatan
n
Kerta
Cendekia**

PENGERTIAN

Perawatan payudara adalah suatu kegiatan yang dilakukan secara sadar dan teratur untuk memelihara kesehatan payudara waktu hamil dengan tujuan untuk mempersiapkan laktasi pada waktu post partum

Manfaat

- 1) Menjaga kebersihan payudara terutama kebersihan puting susu
- 2) Melenturkan dan menguatkan puting susu sehingga memudahkan bayi untuk menyusui
- 3) Merangsang kelenjar-kelenjar air susu sehingga produksi ASI banyak dan lancar
- 4) Dapat mendeteksi kelainan-kelainan payudara secara dini dan melakukan upaya untuk mengatasinya
- 5) Mempersiapkan mental psikis ibu untuk menyusui
- 6) Mencegah pembengkakan payudara

Peralatan untuk peralatan perawatan payudara

- Kapas
- Handuk kecil atau waslap
- Minyak kelapa atau baby oil
- Baskom yang berisi air dingin dan hangat

Tujuan Perawatan yang dilakukan terhadap payudara bertujuan untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran susu sehingga memperlancar pengeluaran ASI, menonjolkan puting susu

Cara Perawatan Payudara

- Basahi kedua telapak tangan dengan minyak kelapa
Kompres puting susu sampai aerola mammae (daerah gelap sekitar puting) dengan kotoran atau kerak yang menempel melunak dan bisa mudah dibersihkan. Jangan membersihkan puting dengan alkohol atau bahan lainnya yang bisa membuat iritasi, kering, dan lecet
- Pegang kedua puting susu lalu tarik dan putar ke arah dalam dan luar (searah dan berlawanan jarum jam)
- Pegang pangkal payudara dengan kedua tangan, lalu diurut ke arah puting susu sebanyak 30 kali sehari.
- Pijat kedua areola mammae hingga keluar 1-2 tetes
- Kedua puting susu dan sekitarnya dibersihkan dengan handuk kering dan bersih
- Pakailah *Buste Houlder* (BH) yang cukup dan bersifat menopang payudara, jangan memakai BH yang ketat
minyak kelapa selama 2-3 menit supaya dan menekan payudara

Gambar Cara Perawatan Payudara



Akibat jika tidak dilakukan perawatan payudara

Puting susu tidak menonjol, Anak susah menyusu, ASI lama keluar, Produksi ASI terbatas, Pembengkakan pada payudara, Payudara meradang, Payudara kotor, Ibu belum siap menyusui, Kulit payudara terutama puting akan mudah lecet



