

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY M DENGAN DIAGNOSA
MEDIS “*POST SECTIO CAESAREA* DENGAN INDIKASI
POST DATE” DI RUANG NIFAS RSUD BANGIL
PASURUAN**



Oleh :

TRI ASTUTIK WAHYU UTAMI

NIM : 1701061

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

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY M DENGAN DIAGNOSA
MEDIS “*POST SECTIO CAESAREA* DENGAN INDIKASI
POST DATE” DI RUANG NIFAS RSUD BANGIL
PASURUAN**

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



Oleh :

TRLASTUTIK WAHYU UTAMI

NIM : 1701061

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

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Tri astutik wahyu utami

NIM : 1701061

Tempat, Tanggal Lahir : Sidoarjo, 27 februari 1999

Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah berjudul: "**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS *POST SECTIO CAESAREA* DENGAN INDIKASI *POST DATE* 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

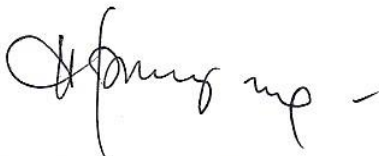
Yang menyatakan,



Tri Astutik Wahyu Utami
NIM : 1701061

Mengetahui,

Pembimbing 1



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

Pembimbing 2



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

LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

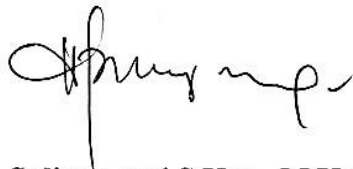
Nama : Tri Astutik Wahyu Utami

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis *Post Sectio Caesarea* Dengan Indikasi *Post Date* Di Ruang Nifas RSUD Bangil Pasuruan

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

Oleh :

Pembimbing 1



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

Pembimbing 2



Elok Triestuning 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.

10 Juni 2020
TIM PENGUJI

Ketua : Faida Annisa, S.Kep.NS.MNS

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

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

TandaTangan

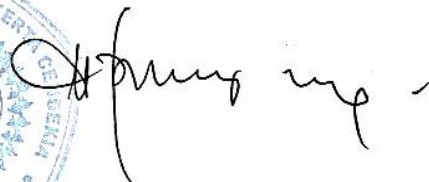


Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo





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

MOTTO

*"kesuksesan hanya dapat diraih dengan segala upaya
dan Usaha yang di sertai dengan doa, Karena
sesungguhnya nasib seseorang manusia tidak akan
berubah dengan sendirinya tanpa berusaha"*

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 orang tua) yang selalu memanjatkan do'a untuk putrimu tercinta dalam setiap sujud-Nya.

Terimakasih untuk semuanya. Untuk bapak dan ibu dosen terutama Agus Sulistyowati, S.Kep.,M.Kes, .Elok Triestuning, S. Psi.,M. Psi dan Faida Annisa, S.Kep.NS.MNS. 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 member Semangat untuk menyelesaikan tugas akhir ini. Untuk tujuannya yang harus dicapai, Untuk impian yang akan dikejar, untuk sebuah penghargaan, agar hidup jauh lebih Baik dan bermakna, karna tragedy 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 Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny M Dengan Diagnosa Medis *Post Sectio Caesarea* Dengan Indikasi *Post Date* 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. Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Keselaku Direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo dan selaku pembimbing 1 dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
4. Elok Triestuning, S. Psi., M. Psi selaku pembimbing 2 dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
5. Faida Annisa, S.Kep.NS.MNS selaku Ketua Penguji
6. Hj. Muniroh Mursan, Lc selaku petugas perpustakaan yang telah membantu dalam kelengkapan literature yang dibutuhkan.
7. Pihak-pihak yang turut berjasa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

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

Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan .

Sidoarjo, April 2020

Penulis

DAFTAR ISI

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

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Akademis.....	6
1.4.2 Praktis.....	6
1.5 Metode Penulisan.....	7
1.5.1 Metode.....	7
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	7
1.5.3 Sumber Data.....	7
1.5.4 Studi Kepustakaan.....	8
1.6 Sistematika Penulisan.....	8

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori <i>Sectio Caesarea</i>	10
2.1.1 Pengertian.....	10
2.1.2 Etiologi.....	11
2.1.3 Manifestasi Klinis.....	11
2.1.4 Komplikasi <i>Sectio Caesarea</i>	12
2.1.5 Jenis – Jenis <i>Sectio Caesarea</i>	13
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang.....	13
2.1.7 Penatalaksanaan Medis Post SC.....	14
2.1.8 Dampak Masalah <i>Sc</i>	17
2.2 Konsep Teori Kehamilan <i>Post Date</i>	17

2.2.1 Pengertian	17
2.2.2 Etiologi	18
2.2.3 Manifestasi klinis	20
2.2.4 Patofisiologi	21
2.2.5 Diagnosa Banding	21
2.2.6 Komplikasi <i>Post date</i>	21
2.2.7 Pemeriksaan Penunjang	23
2.2.8 Pencegahan	24
2.2.9 Penatalaksanaan	24
2.2.10 Dampak Masalah	25
2.3 Asuhan Keperawatan <i>Post Date</i>	26
2.3.1 Pengkajian	26
2.3.2 Pemeriksaan Fisik	30
2.3.3 Analisa Data	32
2.3.4 Diagnosa Keperawatan	33
2.3.5 Perencanaan Keperawatan	33
2.3.6 Pelaksanaan Keperawatan	42
2.3.7 Evaluasi	44
2.3.8 Kerangka Masalah	46

BAB 3 TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian	47
3.1.1 Identitas Klien	47
3.1.2 Identitas Penanggung Jawab	48
3.1.3 Riwayat Keperawatan	48
3.1.4 Riwayat Obstetri	49
3.1.5 Riwayat KB	53
3.1.6 Riwayat Kesehatan	53
3.1.7 Riwayat Lingkungan	54
3.1.8 Aspek Sosial	54
3.1.9 Pola Kebiasaan Yang Mempengaruhi Kesehatan	55
3.1.10 Pemeriksaan Fisik	55
3.1.11 Pemeriksaan Diagnostik	60
3.2 Analisa Data	62
3.3 Diagnosa Keperawatan	66
3.3.1 Daftar Masalah Keperawatan	66
3.3.2 Berdasarkan Prioritas	66
3.4 Intervensi Keperawatan	67
3.5 Implementasi Keperawatan	72
3.6 Catatan Perkembangan	77
3.7 Evaluasi Keperawatan	82

BAB 4 PEMBAHASAN

Pengkajian Keperawatan	86
Riwayat Keperawatan	87

Diagnosa Keperawatan.....	92
Intervensi Keperawatan.....	95
Implementasi Keperawatan.....	99
Evaluasi Keperawatan.....	103
BAB5PENUTUP	
Simpulan.....	104
Saran.....	105
DAFTAR PUSTAKA.....	107

DAFTAR TABEL

No. Tabel	JudulTabel	Hal
2.1	Intervensi Keperawatan Pada Pasien dengan Diagnosa Medis <i>Post Sectio Caesarea</i> Dengan Indikasi <i>Post Date</i>	33
3.2	Riwayat kehamilan persalinan nifas yang lalu pada Ny. Adengan diagnose medis post <i>Sectio Caesarea</i> dengan indikasi <i>Post Date</i>	49
3.3	Data penunjang pada Ny. A dengan diagnosa medis <i>post operasi sectio caesarea</i> dengan indikasi <i>post date</i>	60
3.4	Analisa data pada klien dengan diagnosa medis <i>post operasi Sectiocaesarea</i> dengan indikasi <i>post date</i>	62
3.5	Rencana tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosemedis <i>post operasi sectio caesarea</i> dengan indikasi <i>post date</i>	67
3.6	Implementasi keperawatan pada klien dengan diagnosa medis <i>post operasi sectio caesarea</i> dengan indikasi <i>post date</i>	72
3.7	Catatan Perkembangan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis <i>post operasi sectio caesarea</i> dengan indikasi <i>post date</i>	77
3.8	Evaluasi keperawatan pada klien dengan diagnosa medis <i>post operasi sectio caesarea</i> dengan indikasi <i>post date</i>	82

DAFTAR GAMBAR

No. Tabel	Judul	Hal
Gambar 2.1	Kerangka Masalah.....	46
Gambar 3.1	Genogram.....	50

DAFTAR LAMPIRAN

No Lampiran	Judul Lampiran	Hal
Lampiran 1	<i>Informed Consent</i>	108
Lampiran 2	Lembar Pengajuan studi Kasus.....	109
Lampiran 3	SAP dan Leaflet.....	112
Lampiran 4	Lembar Konsultasi Proposal.....	121

BAB 1

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Melahirkan merupakan proses akhir 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). *Sectio Caesarea* adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus (Oxorn dan William, 2010). Pembedahan pada *Sectio Caesaria* 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 suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Amin & Hardhi, 2013). Kehamilan umumnya berlangsung selama 280 hari atau 36-40 minggu dihitung dari haid pertama haid terakhir (HPHT), walaupun begitu akan lebih tepat apabila kita menghitung umur janin dari saat konsepsi meski tidak berbeda jauh dari ovulasi (selisih berapa jam). Ovulasi terjadi kurang lebih 2 minggu sebelum haid yang akan datang, maka apabila dihitung dari saat ovulasi, lamanya kehamilan 38 minggu atau 266 hari (Sudarti, 2012). Kehamilan *postmatur* merupakan salah satu bentuk kegawatdaruratan medis yang terjadi pada ibu hamil dan ibu yang akan bersalin. *Postmatur* adalah usia kehamilan lebih dari 42 minggu lengkap mulai dari menstruasi pertama, Kejadian kehamilan lewat waktu sulit ditentukan

karna hanya sebagian kecil pasien yang mengingat tanggal menstruasi pertamanya dengan baik. Pada zaman dahulu orang beranggapan bahwa kehamilan lewat waktu ini sangat baik bagi bayi karena bayi dalam kandungan sudah dewasa dan dianggap akan menjadi anak yang cerdas, bayi yang kuat dan pertumbuhannya cepat (Taufan, 2012). Mereka menganggap wajar, bahkan ada yang meyakini bahwa semakin tua kehamilan maka janin yang akan dilahirkan semakin pintar dan semakin sehat (Forte, 2010).

Angka kejadian kehamilan lewat waktu Menurut *World Health Organisation (WHO)*, standar rata-rata *sectio caesarea* disebuah negara adalah sekitar 5-15% per 1000 kelahiran di dunia, rumah sakit pemerintah rata-rata 11%, sementara di rumah sakit swasta bisa lebih dari 30%. Permintaan *sectio caesarea (SC)* di sejumlah negara berkembang melonjak pesat setiap tahunnya (Judhita, 2009). Tingkat persalinan *sectio caesarea* di Indonesia 15,3% sampel dari 20.591 ibu yang melahirkan pada kurun waktu 5 tahun terakhir disurvei dari 33 provinsi. Gambaran adanya faktor risiko ibu saat melahirkan atau di operasi *caesarea* adalah 13,4 % karena ketuban pecah dini, 5,49% karena Preeklampsia, 5,14% karena Perdarahan, 4,40% Kelainan letak Janin, 4,25% karena jalan lahir tertutup, 2,3% karena *ruptur uterus* (RISKESDAS, 2012). Pada tahun 2013 angka kejadian *serotinus* sebesar 11.830 kasus yang terbesar diseluruh daerah yang ada di Indonesia (Depkes RI, 2013). Berdasarkan Rekam Medik RSUD Kota Kendari kejadian *serotinus* sebanyak 31 (3,26%) orang dari 950 persalinan, pada tahun 2016 kejadian *serotinus* 33 (4,04%) orang dari 816 persalinan. Sedangkan pada tahun 2017 ibu bersalin yang mengalami *serotinus* berjumlah 80 (8,51%) orang dari 939 persalinan

(Rekam Medik RSUD Kota Kendari, 2017). di RSUD Dr. Muh Soewandhie Surabaya dari bulan Februari sampai Juli 2015 dengan indikasi *serotinus* angka kejadian yaitu sebesar 23 orang atau 18,54 %. Menurut data yang diperoleh dari rekam medic Rumah Sakit IV Slamet Riyadi pada tahun 2014 jumlah *sectio caersarea* adalah 215 orang dengan indikasi *serotinus* sebanyak 53 orang (18, 50%). Dari hasil study pendahuluan di RSUD Bangil pada tahun 2018 sampai 2019 didapatkan kasus yaitu *post date* dengan tindakan medis *sectio caesarea* ada 2.238 kasus di Rumah Sakit tersebut, (Rekam Medis RSUD Bangil, 2019).

Menurut Reeder dan Martin (2012), Menyatakan bahwa salah satu penyebab kehamilan *serotinus* adalah primigravida muda dan primigravida tua atau pada grandemultiparitas dimana kematian perinatalnya 2-3 kali lebih besar dari bayi yang cukup bulan. Penyebab kehamilan *serotinus* belum diketahui secara pasti. Namun secara teoritis hal ini dihubungkan dengan perubahan pengaturan hormonal saat awitan persalinan. Serta juga pengaruh produksi kadar *hormone progesterone* yang menurun karna peningkatan kadar kortisol plasma janin yang secara tiba-tiba, bayi *postmatur* resiko terhadap kematian karena fungsi plasenta memuncak pada usia kehamilan 38-42 minggu, terlihat dari menurunnya kadar estrogen dari plasenta. Terjadi juga spasme arteri spiralis plasenta. Akibatnya terjadi gangguan suplai oksigen dan nutrisi untuk hidup dan tumbuh kembang janin intra uteri. Volume air ketuban juga berkurang karena mulai terjadi absorbs. Keadaan-keadaan ini merupakan kondisi yang tidak baik untuk janin. Pada kehamilan *serotinus* yang sebenarnya, janin terancam bahaya, dimana derajat resiko tersebut berkorelasi

positif dengan durasi keterlambatan. Setelah 42 minggu, insiden kesakitan janin dan *neonatus* adalah 25%, angka kematian perinatal dua kali lebih besar pada usia kehamilan antara 42-43 minggu dan kemudian meningkat empat kali lipat sampai enam kali lipat pada usia kehamilan 44 minggu atau lebih (Asrat dalam Reeder, Martin, 2012).

Kehamilan *postterm* dapat dicegah dengan melakukan pemeriksaan kehamilan yang teratur, minimal 4 kali selama kehamilan, 1 kali pada trimester pertama (sebelum 12 minggu), 1 kali pada trimester ke dua (antara 13 minggu sampai 28 minggu) dan 2 kali trimester ke tiga (di atas 28 minggu) dan 2 kali trimester ke tiga (di atas 28 minggu). Bila keadaan memungkinkan, pemeriksaan kehamilan dilakukan 1 bulan sekali sampai usia 7 bulan, 2 minggu sekali pada kehamilan 7-8 bulan dan seminggu sekali pada bulan terakhir. Hal ini akan menjamin ibu dan dokter untuk mengetahui dengan benar usia kehamilan, dan mencegah terjadinya kehamilan *serotinus* yang berbahaya. Perhitungan dengan satuan minggu seperti yang digunakan para dokter kandungan merupakan perhitungan yang lebih tepat. Untuk itu perlu diketahui dengan tepat tanggal hari pertama haid terakhir seseorang (calon) ibu itu. Selain itu solusi yang ditawarkan oleh peneliti kepada pasien *post sectio caesarea* dengan indikasi *post date* adalah dengan memberikan *health education* pada ibu tentang perawatan luka *post operasi* agar tidak terjadi infeksi serta mobilisasi dini *post section caesarea* dan perawatan payudara dengan baik dan benar agar produksi ASI meningkat serta penanganan yang sering digunakan untuk menurunkan nyeri *post sectio caesarea* berupa penanganan farmakologi, untuk menghilangkan nyeri digunakan analgesik

yang terbagi menjadi dua golongan yaitu analgesik non narkotik dan *analgesic* narkotik. Salah satu *analgesic* yang diberikan adalah paracetamol yang mampu menahan nyeri selama 6 jam (Moriarty, 2016).

Rumusan Masalah

1.2.1.1 Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan pada ibu dengan kehamilan *post date* dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “ Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada ibu dengan diagnosa *Post sectio Caesarea* dengan indikasi *Post date* di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan”.

Tujuan Penelitian

Tujuan Umum

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa *Post sectio Caesarea* dengan indikasi *Post date* di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

Tujuan Khusus

Mengkaji klien dengan diagnosa *Post sectio Caesarea* dengan indikasi *Post date* di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

Merumuskan diagnosa keperawatan pada ibu dengan diagnosa *Post sectio Caesarea* dengan indikasi *Post date* di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

Merencanakan asuhan keperawatan pada ibu dengan diagnosa *Post sectio Caesarea* dengan indikasi *Post date* di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

Melaksanakan asuhan keperawatan pada ibu dengan diagnosa *Post sectio Caesarea* dengan indikasi *Post date* di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

Mengevaluasi ibu dengan diagnosa *Post sectio Caesarea* dengan indikasi *Post date* di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

Mendokumentasikan asuhan keperawatan ibu dengan diagnosa *Post sectio Caesarea* dengan indikasi *Post date* di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

Manfaat

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

Akademis, hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada ibu dengan kehamilan *post date*.

Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit.

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di RS agar dapat melakukan asuhan keperawatan ibu dengan kehamilan *post date* dengan baik.

Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada ibu dengan kehamilan *post date*.

Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada ibu dengan kehamilan *post date*.

Metode penulisan

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.

Teknik Pengumpulan Data

Wawancara

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

Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan kepada klien .

Pemeriksaan

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

Sumber Data

Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien

Data Sekunder

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

Studi Kepustakaan

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

Sistematika Penulisan

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

Bagian Awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing.

Pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi

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 ibu dengan diagnosa kehamilan *post date* serta kerangka masalah.

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

Bab 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

Bab 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

Bagian Akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep kehamilan *post date* dan asuhan keperawatan ibu dengan kehamilan *post date*. Konsep kehamilan *post date* akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada kehamilan *post date* dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

Konsep Teori *Sectio Caesarea*

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 caesaria* 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 (Purwoastuti & Walyani, 2014).

Etiologi

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), faktor hambatan jalan lahir.

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).

Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada klien dengan post *sectio caesrea* menurut Doenges (2010), antara lain :

Nyeri akibat ada luka pembedahan

Adanya luka insisi pada bagian abdomen

Fundus uterus kontraksi kuat dan terletak di umbilicus

Kehilangan darah selama prosedur pembedahan kita-kira 600-800 ml

Emosi labil/perubahan emosional dengan mengekspresikan ketidakmampuan menghadapi situasi baru

Biasannya terpasang kateter urinarius

Auskultasi bising usus tidak terdengar atau samar

Pengaruh anestesi dapat menimbulkan mual dan muntah

Komplikasi *Sectio Caesarea (SC)*

Komplikasi pada *sectio caesarea* menurut (Mochtar, 2013) adalah sebagai berikut :

Infeksi puerferral (nifas)

- 1) Ringan dengan kenaikan suhu hanya beberapa hari saja.
- 2) Sedang dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung.
- 3) 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.

Perdarahan karena :

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

Pada Janin :

- 1) Hipoksia akibat sindrom hipotensi

- 2) Depresi respirasi karena anestesi
- 3) Kematian perinatal

Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi. Kemungkinan rupture uteri spontan pada kehamilan mendatang.

Jenis- Jenis Oprasi *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea Transperitonealis

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

Sectio Caesarea Ekstraperitonealis

Merupakan *section caesarea* tanpa membuka peritoneum parietalis dan dengan demikian tidak membuka kavum abdominalis.

Pemeriksaan Penunjang

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

Leukosit (WBC) mengidentifikasi adanya infeksi.

Tes golongan darah, lama perdarahan, waktu pembekuan darah.

Urinalisis / Kultur Urine.

Pemeriksaan elektrolit.

Penatalaksanaan Medis *Post Sectio Caesarea*

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.

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 teh.

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 didudukkan 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 dan kemudian belajar sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca operasi.

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.

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 kaboransia seperti neurobian vit C.

Perawatan Luka

Menurut Hidayat, A.A (2012), Perawatan luka pada ibu *postsectio 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

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)

Perawatan Rutin

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

Dampak Masalah

Pada *PostSectio 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).

Konsep Teori Kehamilan Post Date

Pengertian

Kehamilan umumnya berlangsung selama 280 hari atau 36-40 minggu dihitung dari haid pertama haid terakhir (HPHT), walaupun begitu akan lebih tepat apabila kita menghitung umur janin dari saat konsepsi meski tidak berbeda jauh dari ovulasi (selisih berapa jam). Ovulasi terjadi kurang lebih 2 minggu sebelum haid yang akan datang, maka apabila dihitung dari saat ovulasi, lamanya kehamilan 38 minggu atau 266 hari (Sudarti, 2012).

Kehamilan *post date* adalah kehamilan yang melewati 249 hari atau 42 minggu didapatkan dari perhitungan seperti rumus *neagle* atau tinggi fundus uteri serial (Taufan, 2012). Kehamilan *postmatur* merupakan salah satu bentuk kegawatdaruratan medis yang terjadi pada ibu hamil dan ibu yang akan bersalin. *Postmatur* adalah usia kehamilan lebih dari 42 minggu lengkap mulai dari menstruasi pertama, Kejadian kehamilan lewat waktu sulit ditentukan karna hanya sebagian kecil pasien yang mengingat tanggal menstruasi pertamanya dengan baik. kehamilan *post date* adalah kehamilan yang melewati 249 hari atau

42 minggu didapatkan dari perhitungan seperti rumus *neagle* atau tinggi fundus uteri serial (Taufan, 2012).

Etiologi

Penyebab pasti kehamilan lewat waktu sampai saat ini belum kitaketahui. Diduga penyebabnya adalah siklus haid yang tidak diketahui pasti, kelainan pada janin sehingga tidak ada kontraksi. Menurut Nabila (2012), etiologi pada kelahiran lewat bulan ini masih belum pasti. Namun, ada faktor yang diduga bayi lahir lewat bulan *post partum* yang ditemukan adalah faktor hormonal yaitu kadar progesteron kurangnya air ketuban dan ininsufisiensi plasenta. Faktor ini seperti herediter, karena *post date* atau kehamilan lewat waktu sering dijumpai pada suatu keluarga tertentu.

Menurut Riastini (2013), menjelang persalinan terdapat penurunan progesteron peningkatan oksitosin tubuh dan reseptor terhadap oksitosin sehingga otot rahim semakin sensitif terhadap rangsangan. Pada kehamilan lewat waktu sebaiknya otot rahim tidak sensitif terhadap rangsangan, karena ketegangan psikologis atau kelainan pada rahim. Faktor hormonal yaitu kadar progesteron tidak cepat turun walaupun kehamilan telah cukup bulan sehingga kepekaan uterus terhadap oksitosin berkurang. Ada beberapa teori yang diajukan sebagai penyebab kehamilan *postdate*, antara lain sebagai berikut:

Pengaruh Progesteron

Penurunan hormone progesterone dalam kehamilan dipercayamerupakan kejadian perubahan endokrin yang penting dalam memicu proses biomolekular pada persalinan dan meningkatkan sensitivitas pada uterus terhadap oksitosin,

sehingga beberapa sumber menduga bahwa terjadinya kehamilan *postterm* adalah karena masih berlangsungnya pengaruh *progesterone*.

Teori Oksitosin

Pemakaian oksitosin pada induksi persalinan pada kehamilan *postterm* memberi kesan atau dipercaya bahwa oksitosin secara fisiologis memegang peranan penting dalam menimbulkan persalinan dan pelepasan oksitosin dari neurohipofisis ibu hamil yang kurang padausia kehamilan lanjut diduga sebagai salah satu faktor penyebab kekamilan *post date*.

Teori Kortisol/ACTH janin

Dalam teori ini diajukan bahwa sebagai “pemberi tanda” untuk dimulainya persalinan adalah janin, diduga akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi *progesterone* akan berkurang dan memperbesar sekresi estrogen, selanjutnya berpengaruh pada meningkatnya produksi prostaglandin. Pada cacat bawaan janin seperti anensefalus, hipoplasia adrenal janin, dan tidak adanya kelenjar hipofisis pada janin akan menyebabkan kortisol janin tidak diproduksi dengan baik sehingga kehamilan dapat berlangsung lewat bulan.

Saraf Uterus

Tekanan pada ganglion servikalis dari pleksus *Franken hauser* akan membangkitkan kontraksi uterus. Pada keadaan dimana tidak ada tekanan pada pleksus ini, seperti pada kelainan letak, tali pusat pendek dan bagian bawah janin masih tinggi, kesemuanya diduga sebagai penyebab dari kehamilan *postdate* ini.

Hereditas

Beberapa penulis menyatakan bahwa seorang ibu yang mengalami kehamilan *postterm* mempunyai kecenderungan untuk melahirkan lewat bulan pada kehamilan berikutnya. Morgen (1999), seperti dikutip chunningham, mengatakan bahwa bilamana seorang ibu mengalami kehamilan *postterm* pada saat melahirkan anak perempuan, maka besar kemungkinan anak perempuannya akan mengalami kehamilan *postterm* juga.

Manifestasi Klinis

Menurut Bayu (2009), Manifestasi yang ditunjukkan yaitu bayi *postmature* antara lain :

- 1) Biasanya lebih berat bayi matur (> 4000 gram)
- 2) Tulang dan sutura kepala bayi lebih keras dari bayi matur
- 3) Rambut lanugo hilang atau sangat kurang
- 4) Verniks kaseosa dibadan kurang
- 5) Kuku-kuku panjang
- 6) Rambut kepala agak tebal
- 7) Kulit agak pucat dengan deskuamasi epitel

Sedangkan menurut (Ardivirgos, 2012) tanda dan gejala antara lain :

- 8) Berkurangnya berat badan ibu (> 1,4 kg / minggu)
- 9) Berkurangnya ukuran lingkaran perut (akibat berkurangnya cairan amnion)
- 10) Terdapatnya meconium dalam cairan ketuban
- 11) Matangnya tulang janin

Patofisiologi

Fungsi plasenta mencapai puncaknya ada kehamilan 38 minggu dan kemudian mulai menurun terutama setelah 42 minggu. Hal ini dapat dibuktikan dengan penurunan estriol dan plasenta laktogen. Rendahnya fungsi plasenta berkaitan dengan peningkatan kejadian gawat janin dengan resiko 3 kali. Permasalahan kehamilan lewat waktu adalah plasenta tidak sanggup memberikan nutrisi dan pertukaran oksigen dan karbondioksida akibat tidak timbul his sehingga pemasukan nutrisi dan O₂ menurun menuju janin di samping adanya spasme arteri spiralis menyebabkan janin resiko asfiksia sampai kematian dalam rahim. Makin menurun sirkulasi darah menuju sirkulasi plasenta dapat mengakibatkan pertumbuhan janin makin lambat dan penurunan berat disebut dismatur, sebagian janin bertambah besar sehingga memerlukan tindakan operasi persalinan, terjadi perubahan metabolisme janin, jumlah air ketuban berkurang dan makin kental menyebabkan perubahan abnormal jantung janin (Manuaba, 2011).

Diagnosa Banding

- 1) Kista Ovari
- 2) Mioma Uteri
- 3) Kandung kemih penuh dan retensi urin

Komplikasi *Post Date*

Menurut manuaba (2009), Pada kondisi *post date* ini dapat terjadi beberapa komplikasi, yaitu :

Komplikasi pada ibu

Morbilitas dan mortalitas pada ibu : dapat meningkatkan sebagian akibat dari makrosomia janin dan tulang tengkorak menjadi lebih keras yang menyebabkan distosia persalinan, partus lama, meningkatkan tindakan obstretrik dan traumatis persalinan atau perdarahan *post partum* akibat bayi besar (Rezkiani, 2013).

Komplikasi pada janin

Pada janin bersumber dari kemampuan plasenta untuk memberikan nutrisi dan O₂ yang cukup akan terjadi sebaliknya disebut sindrom *postmature* dengan kriteria berikut:

- 1) Bayi tampak tua
- 2) Kuku panjang
- 3) Lipid kulit berkurang sehingga menimbulkan kriptur, terutama ditelapak tangan dan kaki
- 4) Matanya lebar bahkan sudah terbuka
- 5) Terjadi penurunan berat badan

Menurut Wijaksono (2007), operasi perinatal setelah kehamilan 42 minggu atau lebih sebagian besar terjadi setelah *intrapartum*, umumnya disebabkan oleh :

- 1) Insufisiensi plasenta akibatnya pertumbuhan janin terhambat
- 2) Oligohidromnion terjadi kompresin tali pusat
- 3) Keluar mekonium yang kental berakibat terjadi aspirasi mekonium

Pemeriksaan Penunjang

Menurut Aristini (2013), pemeriksaan yang dilakukan seperti :

Bila wanita hamil tidak tahu atau lupa dengan haid terakhir setelah persalinan yang lalu, dan ibu menjadi hamil maka ibu harus memeriksakan kehamilannya dengan teratur, dapat diikuti dengan tinggi fundus uterus memulainya gerakan janin dan besarnya janin dapat membantu diagnosis.

Pemeriksaan ultrasonografi dilakukan untuk memeriksa ukuran diameter biparietal, gerakan janin dan jumlah air ketuban. Bila telah dilakukan pemeriksaan USG serial utama sejak trimester pertama, maka hampir dapat dipastikan usia kehamilannya. Sebaliknya pemeriksaan yang sesaat setelah trimester ke III sukar untuk memastikan usia kehamilan. Pemeriksaan ultrasonografi pada kehamilan *postterm* tidak akurat untuk menentukan umur kehamilan. Tetapi untuk menentukan volume cairan amnion AFI (Amniotic fluid index) ukuran janin, malformasi janin dan tingkat kematangan plasenta.

Penilaian warna air ketuban dengan amnion skopi atau amniotomi (tes tanpa dinilai apakah reaktif atau tidak dan tes tekanan oksitosin). Pemeriksaan amnioskopi dilakukan untuk melihat derajat kekeruhan air ketuban menurut warnanya yaitu bila keruh dan kehitaman berarti air ketuban bercampur mekonium dan bisa mengakibatkan gawat janin.

Pemeriksaan berat badan ibu, dengan memantau kenaikan berat badan setiap kali priksa terjadi penurunan atau kenaikan berat badan ibu.

Pencegahan

Kehamilan *postterm* dapat dicegah dengan melakukan pemeriksaan kehamilan yang teratur, minimal 4 kali selama kehamilan, 1 kali pada trimester pertama (sebelum 12 minggu), 1 kali pada trimester ke dua (antara 13 minggu sampai 28 minggu) dan 2 kali trimester ke tiga (di atas 28 minggu) dan 2 kali trimester ke tiga (di atas 28 minggu). Bila keadaan memungkinkan, pemeriksaan kehamilan dilakukan 1 bulan sekali sampai usia 7 bulan, 2 minggu sekali pada kehamilan 7-8 bulan dan seminggu sekali pada bulan terakhir. Hal ini akan menjamin ibu dan dokter untuk mengetahui dengan benar usia kehamilan, dan mencegah terjadinya kehamilan *serotinus* yang berbahaya. Perhitungan dengan satuan minggu seperti yang digunakan para dokter kandungan merupakan perhitungan yang lebih tepat. Untuk itu perlu diketahui dengan tepat tanggal hari pertama haid terakhir seseorang (calon) ibu itu (Retnoningsih, 2013).

Penatalaksanaan

Menurut Sarwono (2008), dalam pengelolaan kehamilan *postmatur* ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, antara lain :

Menentukan apakah kehamilan memang telah berlangsung lewat bulan atau bukan. Dengan demikian, penatalaksanaan diujukan pada dua variasi dari *postmatur* ini.

Identifikasi kondisi janin dan keadaan yang membahayakan janin.

Priksa kematangan serviks dengan skor Bishop. Kematangan serviks ini memegang peranan penting dalam pengelolaan kehamilan *postmatur*.

Sebagian besar kesepakatan sepakat bahwa induksi persalinan dapat

segera dilaksanakan baik pada usia 41 maupun 42 minggu bilamana serviks telah matang. Menurut mansjoer (2000) penatalaksanaan kehamilan lewat waktu bila keadaan janin baik dapat dilakukan dengan cara :

- 1) Tanda pengahiran kehamilan selama 1 minggu dengan menilai gerakan janin dan tes tanpa tekanan 3 hari kemudian, bila hasil positif, segera lakukan *section caesarea*.
- 2) Induksi Persalinan merupakan suatu usaha supaya persalinan mulai berlangsung dengan jalan merangsang timbulnya his. Ada dua cara yang biasanya dilakukan untuk memulai proses induksi, yaitu mekanik dan kimia. Kedua cara ini pada dasarnya dilakukan untuk mengeluarkan zat prostaglandin yang fungsinya sebagai zat penyebab otot rahim berkontraksi.
 - 1) Secara mekanik, biasanya dilakukan dengan sejumlah cara, seperti menggunakan metode stripping, vibrator, kateter, serta memecahkan ketuban.
 - 2) Secara kimia, ibu akan diberikan obat-obatan khusus. Ada yang diberikan dengan cara diminum, dimasukkan kedalam vagina, diinfuskan, atau pun disemprotkan pada hidung. Biasanya, tak lama setelah salah satu cara kimia itu dilakukan, ibu hamil akan merasakan datangnya kontraksi.

Dampak Masalah

Dampak pada bayi :

- 1) Bayi bisa mengalami sindrom *postmaturitas* dimana bayi akan tumbuh hanya pada saat usia kehamilan normal

- 2) Bayi bisa lahir dengan berat badan yang besar
- 3) Bayi bisa terkena aspirasi mekonium

Dampak pada ibu :

- 1) Ibu bisa mengalami kesulitan dalam persalinan, terutama persalinan normal
- 2) Persalinan kehamilan dengan *post date* sering melibatkan alat seperti vakum yang bisa menyebabkan ibu mengalami trauma vagina paska melahirkan.

Kehamilan lewat waktu dapat membahayakan, terutama pada janin yang bisa mengakibatkan kematian jika tidak segera ditangani (Taufik Jamaan, 2015).

Asuhan Keperawatan

Pengkajian

Identitas

- 1) Nama : Dikaji untuk mengenal dan mengetahui pasien agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.
- 2) Umur : Untuk mengetahui umur pasien, pada kehamilan *post date* rentang terjadi pada primigravida muda (20 tahun) dan pada primigravida tua (35 tahun).
- 3) Agama : Sebagian keyakinan individu untuk proses penyembuhan.
- 4) Suku atau bangsa : Mengetahui kebiasaan-kebiasaan atau adat istiadat yang memengaruhi kesehatan.

- 5) Pendidikan : Dikaji untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien semakin tinggi tingkat pendidikan pasien semakin mudah pasien menerima informasi dari petugas kesehatan.
- 6) Pekerjaan : Dikaji untuk mengetahui pekerjaan pasien

Keluhan Utama

Keluhan utama pada *postsection caesarea* dengan indikasi *post date* adalah nyeri yang disebabkan oleh trauma pembedahan. Riwayat keluhan utama menggambarkan keluhan saat dilakukan pengkajian serta menggambarkan kejadian sampai terjadi penyakit saat ini (Muttaqin, 2010). Keluhan gangguan kenyamanan (nyeri) disebabkan oleh trauma pembedahan (Retno, 2013).

Riwayat kesehatan sekarang

Meliputi keluhan yang berhubungan dengan gangguan penyakit yang dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah operasi. Misalnya klien mengeluh nyeri pada luka *post SC* nyeri seperti ditusuk-tusuk dibagian perut pada bagian luka *post SC* dengan nyeri skala 5 nyeri hilang timbul (Nurbaeti, 2015). Riwayat kesehatan sekarang dilakukan pengkajian serta menggambarkan kejadian sampai terjadi penyakit saat ini, dengan menggunakan metode P, Q, R, S, T, P : (Paliatif/provokatif) : Luka *post sectio caesarea*. Q : (Quality/kwantiti): Seperti di tusuk-tusuk dan tersayat-sayat. R : (*Region, Radition*): Daerah luka *post sectio caesarea*. S : (*Scale/Saverity*) : Skla nyeri 5 sedang. T : (*Timing*): Pada saat melakukan aktivitas atau bergerak (Muttaqin, 2010).

Riwayat kesehatan dahulu

Pada pengkajian penyakit lain yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang. Apakah pasien pernah mengalami penyakit yang sama. Klien sudah pernah atau belum melakukan operasi.

Riwayat penyakit keluarga

Meliputi penyakit yang diderita pasien, apakah keluarga pasien ada juga yang mempunyai riwayat persalinan yang sama.

Riwayat Perkawinan

Untuk mengetahui status perkawinan, jika menikah apakah ini pernikahan yang pertama atau kedua, lamanya menikah, umur saat menikah, jumlah anak (Sulistyowati, 2012).

Riwayat Menstruasi

Untuk mengetahui tentang pertama kali pasien mendapatkan menstruasi (*Menarche*), siklus, lama menstruasi, banyak menstruasi, bentuk darah apakah cair atau menggumpal, warna darah, disminorea, flour albus dan untuk mengetahui hari pertama menstruasi terakhir serta tanggal kelahiran dari persalinan (Jovan, 2015).

Riwayat Kehamilan dan Persalinan dan nifas yang lalu

1) Kehamilan

Untuk mengetahui kehamilan ibu dan hasil pemeriksaan kehamilan. Pada kehamilan *post date* terdapat makrosomia janin dan tulang tengkorak menjadi keras (Prawirohardjo, 2009).

2) Persalinan

Untuk mengetahui proses persalinan spontan atau lahir buatan aterm atau prematur dan perdarahan atau tidak, waktu persalinan ditolong oleh siapa dan dimana tempat persalinan tersebut (Winkjasastro, 2007).

3) Nifas

Untuk mengetahui perdarahan pada nifas, jenis lochea, tinggi TFU (Tinggi fundus uterus), kontraksi keras atau tidak (Astri, 2013).

Macam- macam *Lochea* menurut (Saleha, 2013) berdasarkan jumlah dan warnanya :

- (1) *Lochea Rubra* : 1-3 berwarna merah dan hitam, terdiri dari sel desidua, verniks kaseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, sisa darah.
- (2) *Lochea Sanguinolenta* : 3-7 hari berwarna putih campur merah kecoklatan.
- (3) *Lochea Serosa* : 7-14 hari berwarna kekuningan.
- (4) *Loche Alba* : setelah hari ke-14 berwarna putih.

Riwayat *obstetric*

Bayi yang lahir melalui *SC* mempu rsalinan pervaginam. Hal ini dapat disebabkan beberapa hal misalnya, kondisi *post SC* membuat ibu merasa nyeri

dan menjadi sulit untuk menyusui bayinya, dan keterlambatan untuk melakukan inisiasi menyusui dini dapat menurunkan sekresi prolaktin. Penurunan produksi dan pengeluaran ASI pada hari-hari pertama setelah melahirkan dapat disebabkan oleh kurangnya rangsangan *hormone* prolaktin dan oksitosin yang sangat berperan dalam kelancaran produksi dan pengeluaran ASI. Faktor yang dapat mempengaruhi kelancaran produksi dan pengeluaran ASI yaitu perawatan payudara frekuensi penyusuan, paritas, stress, kurangnya pengetahuan tentang perawatan payudara (Bobak, 2005).

Pemeriksaan Fisik *Post Sectio Caesarea* dengan indikasi *Post Date* Menurut Rheldayani (2014) dan Faiz (2013) Pemeriksaan fisik B1 sampai B6 pada klien *post sectio caesarea* dengan indikasi *post date* meliputi :

Breath (B1)

- 1) Inspeksi : Respirasi rate normal (16-24 x per menit) tidak ada retraksi otot bantu nafas, tidak terjadi sesak nafas, pola nafas teratur, tidak menggunakan alat bantu nafas, terdapat adanya pembesaran payudara, adanya hiperpigmentasi aerolamamae dan papila mammae.
- 2) Palpasi : Pergerakan dinding dada sama.
- 3) Auskultasi : tidak ada suara nafas tambahan seperti wheezing dan ronkhi.
- 4) Perkusi : suara sonor.

Blood (B2)

- 1) Inspeksi : Anemis (jika terjadi syok akibat perdarahan post partum), Tidak ada nyeri dada, tidak ada cianosis, tidak ada clubbing finger

- 2) Palpasi : CRT: <3 detik, akral hangat, takikardi (jika terjadi syok)
- 3) Perkusi : pekak
- 4) Auskultasi : Bunyi S1 dan S2 tunggal, suara jantung regular, tidak ada bunyi jantung abnormal seperti murmur dan galop.

Brain (B3)

- 1) Inspeksi : Kesadaran composmentis (GCS 4,5,6) istirahat tidur terganggu karena ibu merasakan nyeri pada luka operasinya
- 2) Palpasi : terdapat nyeri dan krepitasi pada kepala, hidung dan telinga.

Genetalia (B4)

- 1) Inspeksi : Terdapat lochea rubra, Terpasang kateter, Warna urine kuning , jumlah pengeluaran urine/24 jam. Pada pasien post sc dengan indikasi postdate biasanya terjadi distensi kandung kemih karena efek anestesi menimbulkan kehilangan tonus otot untuk berkemih,
- 2) Palpasi : ada nyeri tekan

Bowel (B5)

- 1) Inspeksi : Mulut bersih, mukosa lembab, adanya luka insisi bekas operasi.
- 2) Palpasi : TFU setinggi pusat atau 2 jari dibawah pusat, teraba keras atau lunak, kontraksi uterus kuat, adanya nyeri tekan pada luka bekas operasi.
- 3) Auskultasi : Bising usus normal

Bone (B6)

- 1) Inspeksi : Diaphoresis, terdapat oedema, adanya varises atau tidak, terjadi kelemahan akibat efek tindakan anastesi, terbatas pada aktivitas jaringan, tidak membutuhkan tenaga banyak cepat lela, terdapat striae dan linea, terdapat luka *post* operasi *sectio caesarea* tertutup kassa terjadi kelemahan akibat terjadinya luka *post* operasi.
- 2) Plapasi : Turgor elastic, oedem pada ekstremitas bawah (Kaki).

Pengindraan (B7)

- 1) Inspeksi : Pupil Isokor , Reflek cahaya Normal, Seclera Putih, Tidak ada Palpebra , Tidak ada Strabismus, Ketajaman pengelihatan Normal, Tidak menggunakan alat bantu, Hidung normal, Mukosa hidung Lembab, Tidak ada secret, Ketajaman penciuman normal, Telinga Ketajaman Pendengaran Normal, Perasa normal
- 2) Palpasi : Konjungtiva Merah Muda.

Endokrin (B8)

- 1) Inspeksi : tidak ada Luka gangrene
- 2) Palpasi : tidak ada Pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada Pembesaran kelenjar parotis

Analisa Data

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

Diagnosa keperawatan

Menurut Nurarif.A.H. & Kusuma.H.(2015).Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC NOC pada klien post sectio caesarea dengan indikasi *post date* meliputi :

Nyeri Akut b.d terputusnya kontinuitas jaringan

Resiko Infeksi b.d trauma jaringan/ kulit rusak

Hambatan mobilitas fisik b.d kelemahan fisik akibat tindakan anestesi

Defisit perawatan diri b.d kelemahan fisik akibat tindakan anestesi

Ansietas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang prosedur pembedahan penyembuhan dan perawatan *post* operasi

Perencanaan Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Pada Pasien dengan Diagnosa Medis *Post Sectio Caesarea* Dengan Indikasi *Post Date*.

No Dx	Tujuan dan Keriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang atau hilang. Dengan Kriteria hasil : (1) Pasien	1) Jelaskan kepada pasien tentang penyebab nyeri	1) Untuk memberikan pengetahuan kepada pasien penyebab nyeri tersebut.

	<p>mampu 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</p>	<p>2) Anjurkan 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>2) Posisi yang nyaman mempengaruhi uhi keadaan klien dalam teknik manajemen nyeri</p> <p>3) Untuk mengurangi ketegangan pasien</p> <p>4) Untuk mengetahui karakteristik dan skala nyeri yang dirasakan pasien</p> <p>5) Untuk mengetahui keadaan klien lebih lanjut</p>
--	---	---	--

	<p>menggunakan manajemen nyeri</p> <p>(5) Adanya penurunan skala nyeri</p> <p>(6) Tidak ada perilaku ekspresif</p> <p>(7) Tidak menyeringai</p> <p>(8) Pasien tampak rileks</p> <p>(9) Tanda-tanda vital dalam rentang normal</p> <p>TD : 120/80 mmHg</p> <p>N : 80-100 x/menit</p> <p>S : 36,5-37,5°C</p> <p>RR : 16-20 x/menit</p>	<p>6) Kolaborasi pemberian analgetic</p>	<p>6) Untuk mengurangi nyeri</p>
--	--	--	----------------------------------

2.	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi dengan Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mampu menjelaskan kembali tentang perilaku baik untuk mengurangi risiko infeksi 2) Pasien mau melaporkan segera jika ada tanda infeksi 3) Pasien dan keluarga mampu mendemonstrasikan teknik merawat luka 4) Pasien bebas dari 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan pada pasien perilaku yang baik untuk mengurangi resiko infeksi 2) Anjurkan Pasien untuk segera melaporkan apabila mengenali tanda infeksi 3) Ajarkan Pasien dan keluarga untuk melakukan perawatan luka 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk meningkatkan pemahaman pasien akan perilaku mencegah infeksi 2) Untuk meningkatkan rasa percaya dan kerja sama perawat dengan pasien 3) Untuk memandirikan pasien dan keluarga serta Untuk mencegah

	<p>tanda dan gejala infeksi</p> <p>5) Tidak ada pus</p> <p>6) Tidak ada tanda-tanda infeksi seperti :</p> <p>Rubor: Memerah</p> <p>Dolor : Nyeri</p> <p>Calor: Menghangat</p> <p>Tumor : Membengkak</p> <p>Functio Laesa : Daya pergerakan menurun</p>	<p>4) Observasi tanda-tanda infeksi</p> <p>5) Kolaborasi pemberian terapi antibiotik</p>	<p>adanya infeksi</p> <p>4) Untuk mengetahui adanya infeksi</p> <p>5) Untuk mencegah terjadinya infeksi</p>
3.	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien mampu beraktivitas kembali dengan Kriteria hasil :</p> <p>1. Pasien mampu</p>	<p>1) Jelaskan tentang latihan ROM</p> <p>2) Anjurkan pasien untuk melakukan latihan ROM</p>	<p>1) Untuk menambah pengetahuan pasien</p> <p>2) Untuk mengetahui kemampuan pasien</p>

	<p>menjelaskan kembali tentang latihan ROM</p> <p>2. Pasien mau melakukan latihan ROM</p> <p>3. Pasien mampu memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi</p> <p>4. Melakukan pergerakan dan perpindahan</p> <p>5. Klien mampu membolak-balikkan posisi</p> <p>6. Tidak ada tremor</p> <p>7. Pergerakan sendi tidak terbatas</p> <p>8. Tanda-tanda vital dalam batas normal</p> <p>TD : 120/80</p>	<p>3) Ajarkan kepada pasien tentang penggunaan alat bantu jalan</p> <p>4) Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</p> <p>5) Observasi tanda-tanda vital</p>	<p>dalam melakukan mobilisasi</p> <p>3) Untuk memepmud ah dalam melakukan gerakan secara bertahap</p> <p>4) Untuk memantau kemampuan pasien dalam mika miki dan dapat membantu kebutuhan ADLpasien</p> <p>5) Untuk memantau perkembang</p>
--	---	--	--

	<p>mmHg</p> <p>N : 80-100</p> <p>x/menit</p> <p>S : 36,5-37,5°C</p> <p>RR : 16-20</p> <p>x/menit</p>		<p>an klien</p> <p>selanjutnya</p>
4.	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien dapat memenuhi kebutuhan dalam personal hygiene kembali dengan</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>1) Pasien mampu menjelaskan kembali tentang perawatan diri yang mandiri</p> <p>2) Pasien mampu untuk</p>	<p>1) Jelaskan kepada pasien tentang perawatan diri yang mandiri</p> <p>2) Anjurkan pasien untuk aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan</p> <p>3) Ajarkan pasien</p>	<p>1) Untuk mengetahui kemampuan pasien dalam perawatan diri</p> <p>2) Untuk melatih kemampuan pasien</p> <p>3) Untuk</p>

	<p>melakukan kebutuhan ADLS sesuai kemampuannya</p> <p>3) Pasien mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</p> <p>4) Pasien mampu membasuh tubuh</p> <p>5) Pasien mampu mengakses kamar mandi</p>	<p>untuk memepertahkan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</p> <p>4) Dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika pasien tidak mampu melakukannya</p>	<p>membantu pasiendalam menjaga kebersihan diri</p> <p>4) Untuk memotivasi pasien dalam melakukan perawatan diri</p>
5.	Setelah dilakukan	1) Jelaskan kepada	1) Untuk

	<p>tindakan keperawatan selama 1x6 jam diharapkan ansietas klien berkurang dengan</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas 2) Pasien mengungkapkan bahwa ansietasnya berkurang 3) Pasien mampu menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas 4) Tanda-tanda vital dalam batas normal <p>TD : 120/80</p>	<p>pasien tentang semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Anjurkan kepada pasien untuk melakukan tehnik relaksi 3) Ajarkan kepada pasien tentang tehnik relaksi 4) Observasi TTV 5) Kolaborasi pemberian obat 	<p>meningkatkan pengetahuan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Untuk mengontrol kecemasan 3) Untuk mengurangi kecemasan 4) Untuk memantau perkembangan pasien selanjutnya 5) Untuk mengurangi kecemasan
--	---	---	---

	mmHg		
	N : 80-100		
	x/menit		
	S : 36,5-37,5°C		
	RR : 16-20		
	x/menit		
	5) Klien tampak		
	rileks		
	6) Klien tidak		
	gelisah		

Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi Keperawatan merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi factor-factor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien (Silvanus, 2012).

Pelaksanaan yang dilakukan menurut perencanaan adalah :

Diagnosa 1:

Implementasi :

- 1) Menjelaskan kepada pasien dan keluarga penyebab nyeri
- 2) Menganjurkan pasien untuk mengatur posisi yang nyaman

- 3) Mengajarkan pasien teknik relaksasi dan distraksi
- 4) Mengkaji PQRST nyeri pada pasien
- 5) Mengkaji tanda-tanda vital pasien
- 6) Mengkolaborasi pemberian analgesik

Diagnosa 2 :

Implementasi :

- 1) Menjelaskan kepada pasien tentang perilaku yang baik untuk mengurangi resiko infeksi
- 2) Anjurkan klien untuk segera melaporkan apabila mengenali tanda-tanda infeksi
- 3) Ajarkan klien untuk melakukan perawatan luka
- 4) Mengkaji tanda-tanda vital
- 5) Mengkolaborasi pemberian antibiotik

Diagnosa 3 :

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

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

Diagnosa 5 :

Implementasi :

- 1) Menjelaskan kepada pasien tentang prosedur yang akan dilakukan
- 2) Menganjurkan pasien untuk melakukan tehnik relaksasi
- 3) Mengajarkan kepada pasien tentang tehnik relaksasi
- 4) Mengobservasi tanda-tanda vital
- 5) Mengkolaborasi pemberian obat

Evaluasi

Perencanaan evaluasi memuat criteria keberhasilan proses dan kebersihan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan jalan membandingkan antara proses dengan pedoman/ secara proses tersebut. Sedangkan keberhasilan tindakan dapat dilihat dengan membandingkan antara tingkat kemandirian pasien dalam kehidupan sehari-hari (Silvanus, 2012).

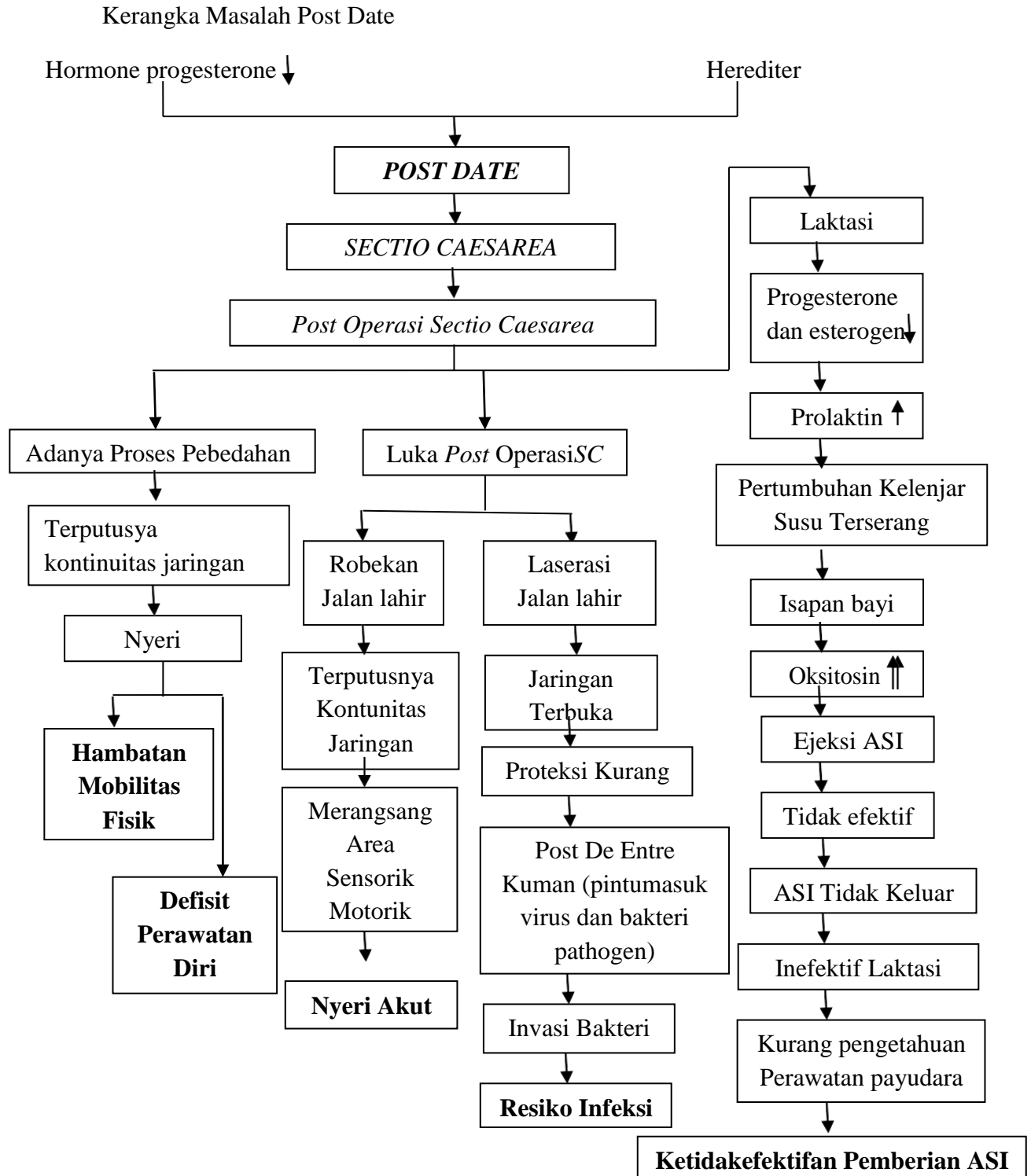
Nyeri berkurang atau hilang

Tidak ada tanda-tanda infeksi

Tidak ada hambatan mobilitas fisik

Klien mampu melakukan pergerakan dan perpindahan secara mandiri.

Klien tidak mengalami ansietas



Gambar 2.1 Kerangka Masalah *Post Sectio Caesarea* Indikasi *Post Date* menurut Nurarif dan Kusuma (2015)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis *post operasi sectio caesarea* dengan indikasi *post date* maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 13 Desember 2019 sampai 15 Desember 2019 dengan data pengkajian pada tanggal 13 Desember 2019 jam 20.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien dan status pasien.

PENGKAJIAN

Tanggal Masuk : 13-12-2019 Jam Masuk : 14.00 WIB

Ruang/Kelas : Nifas/ Mawar Merah 5 No Rekam Medis : 0041xxx

Pengkajian Tanggal : 13-12-2019 Dx Medis : G1P0Ab000

Jam : 20.00 WIB

IDENTITAS PASIEN

Nama : Ny. M

Umur : 21 Tahun

Suku/ Bangsa : Indonesia

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT
Alamat : Dsn.Bajangan, Gondong wetan
Status perkawinan : Kawin

IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB

Nama : Tn. S
Umur : 24 Tahun
Suku/Bangsa : Indonesia
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Swasta
Alamat : Dsn. Bajangan , Gondang wetan
Status perkawinan : Kawin

RIWAYAT KEPERAWATAN

Keluhan Utama : Pasien mengatakan nyeri karena luka jahitan bekas operasi , nyeri seperti di sayat -sayat, nyeri diarea perut bagian bawah , nyeri semakin terasa saat dibuat gerak, nyeri hilang timbul dengan skala 5.

Riwayat Masuk Rumah Sakit : Pasien mengatakan hamil 10 bulan, sebelumnya pada tanggal 13-12-2019 jam 12.00 WIB pasien ke bidan gondang

jati untuk melakukan pemeriksaan USG dan usia kehamilan sudah melebihi 1 minggu yang lalu dan air ketubannya mau habis akhirnya pasien di rujuk ke RSUD Bangil tanggal 13-12-2019 sekitar pukul 14.00 WIB dan pasien melakukan operasi pada tanggal 13-12-2019 jam 15.00 WIB.

RIWAYAT OBSETRI

Riwayat Menstruasi

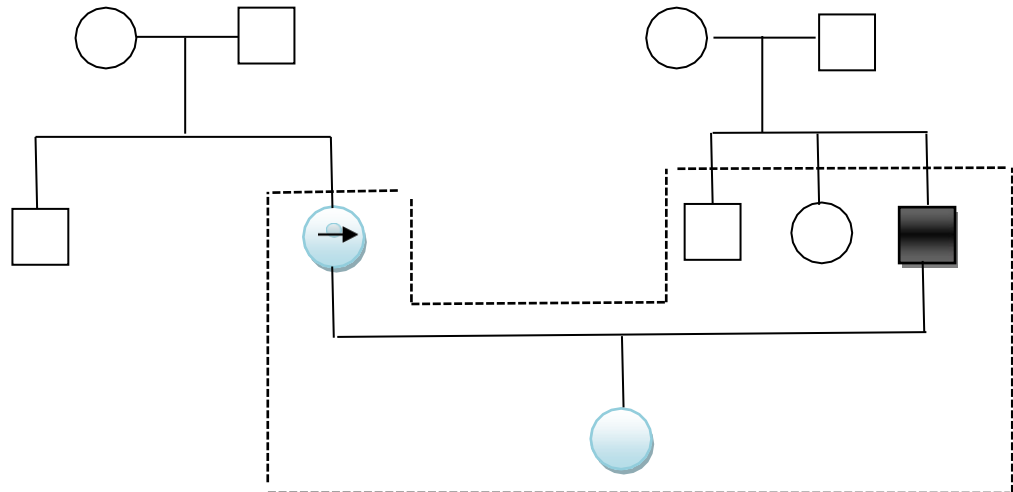
- 1) Menarche : 7 Tahun
 2) Banyaknya : 3x pembalut/hari (10-15cc)
 3) HPHT : 18-02-2019
 4) Siklus : 1 bln sekali
 5) Lamanya : 1 Minggu
 6) Keluhan : Tidak ada

Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu :

Table 3.1 Riwayat kehamilan persalinan nifas yang lalu pada Ny. M dengan diagnose medis post Sectio Caesarea dengan indikasi Post Date

Anak ke		Kehamilan		Persalinan			Komplikasi Nifas			Anak		
No	Usia	Umur Kehamilan	Penyakit	Jenis	Penolong	Penvulit	Laserasi	Infeksi	Perdarahan	Jenis	BB	PJ
1.	0	10 bln. 1 minggu	Post Date	SC	Dokter	Post Date	Tidak Ada	Tidak Ada	20 cc	Pr	3050 gr	51 cm

Genogram



Keterangan :

- : Perempuan
- : Laki-Laki
- ➔ : Pasien
- : Suami Pasien
- : By Pasien
- : Tinggal 1 Rumah

Gambar 3.1 Genogram Keluarga Ny.M dengan diagnose medis post Sectio Caesarea dengan indikasi Post Date

Persalinan sekarang

1) Kala persalinan

(1) Kala I :

(2) Kala II :

(3) Kala III :

(4) Kala IV :

a) Lochea :

Jenis : () Lochea Rubra

() Lochea Sanguinolenta

() Lochea serosa

() Lochea alba

() Lochea parulenta

() Lochiotosis

Jumlah : 1 Pembalut Penuh/ 20 cc

b) TFU : 2 jari dibawah pusar

c) Kontraksi uterus : () Baik () Tidak

d) Perdarahan : () Ya () Tidak

Jumlah: < 20 cc

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

Lain-lain : Tampak luka post operasi dibagian perut bawah tertutup kassa steril panjang 10 cm, tampak kering, tidak ada rembesan darah

(5) Keadaan bayi

a) BB : 3050 gram

b) TB : 51 cm

c) Pusat : () Normal () Abnormal

d) Perawatan tali pusat

() Alkohol 70%

() Betadine

() Lainnya : Dengan kassa steril

e) Anus : Normal

f) Suhu : 36,5 °C

g) Lingkar Kepala : 33 cm

Lingkar Sub Occipito Bregmatica : 32 cm

Lingkar Fronto Occipitalis : 34 cm

Lingkar Mentro Occipitalis : 35 cm

h) Kelainan Kepala :

Caput Succedanum

Hydroceohalus

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 : Pasien belum pernah melakukan perawatan payudara sendiri
- c) Perineal Care : Pasien sudah tau cara merawat daerah genitalia dan anus
- d) Nutrisi : Pasien sudah tau tentang nutrisi yang baik untuk bayinya
- e) Senam Nifas : Tidak Pernah Melakukan
- f) KB : Pasien tidak Melakukan KB
- g) Menyusui : Pasien mengetahui cara menyusui

Riwayat Keluarga Berencana

- 1) Melaksanakan KB : () Ya () Tidak
 - 2) Bila ya jenis kontrasepsinya apa yang digunakan : Tidak ada
- Sejak kapan menggunakan kontrasepsi : Pasien tidak menggunakan kontrasepsi

Riwayat Kesehatan

- 1. Penyakit yang pernah dialami ibu : pasien mengatakan tidak pernah mengalami penyakit apapun

2. Pengobatan yang didapat : Tidak ada
3. Riwayat penyakit keluarga : Tidak ada
 - () Penyakit Diabetes mellitus
 - () Penyakit Jantung
 - () Penyakit Hipertensi
 - () Penyakit lainnya

Riwayat Lingkungan

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

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
- e) Siapa anggota keluarga 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

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

Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan umum : Baik Kesadaran : Composmentis
- b. Tekanan darah : 110/70 mmhg Nadi : 86x/menit
- c. Respirasi : 20x/menit Suhu : 36,5°C
- d. Berat badan : 55 Kg
- e. Tinggi badan : 163 cm

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

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

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

B4 (Bladder)

- a. Inspeksi : Libido : kemauan : normal (√), Terdapat lochea rubra warna merah segar dan terpasang pembalut di alasi dengan underpad,
- b. Palpasi : ada nyeri tekan
- Frekuensi berkemih :
- Jumlah : 900 cc Warna : Kuning
- Alat bantu yang digunakan :
- Lain-lain : Terpasang DC
- Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

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 diarea perut bagian bawah

Masalah keperawatan : Nyeri Akut

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, Pasien mengatakan tidak tau cara merawat payudara dengan benar, payudara teraba keras

Masalah keperawatan :

1. Ketidakefektifan pemberian ASI
2. Hambatan Mobilitas Fisik

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

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

PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

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

Nama Pasien: Ny. M

No.RM :0041xxx

Umur: 21 thn

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Leukosit (WBC)	H 15,51	$\times 10^3 \mu\text{L}$	4,5-11 Nilai Kritis : ≤ 2 Or ≥ 30
Neutrofil	H 13,0	$\times 10^3 \mu\text{L}$	1,5-8,5
Limfosit	1,70	$\times 10^3 \mu\text{L}$	1,1-5,0
Monosit	H 0,7	$\times 10^3 \mu\text{L}$	0,14-0,66
Eosinofil	0,423	$\times 10^3 \mu\text{L}$	0-0,33
Basofil	0,07	$\times 10^3 \mu\text{L}$	0-0,11
Neutrofil %	H 83,6	%	35-66
Limfosit %	L 11,0	%	24-44
Monosit %	4,7	%	3-6
Eosinofil %	0,3	%	0-3
Basofil %	0,5	%	0-1
Eritrosit (RBC)	4,450		4-5,2
Hemoglobin (HGB)	13,67	g/dL	12-16 Nilai kritis : ≤ 7 Or ≥ 21
Hematokrit (HCT)	40,1	%	33-51 Nilai kritis : ≤ 21 Or ≥ 65
MCV	90,13	fL	≥ 65
MCH	30,73	pg	80-100
MCHC	34,09	%	26-34
RDW	12,69	%	32-36
PLT	218	$\times 10^3 \mu\text{L}$	11,5-13,1 150-450 Nilai kritis : ≤ 50 Or ≥ 1000
MPV	8,594	fL	≥ 1000 6,90-10,6

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) Anbacim 3x1 gr/Iv

Antibiotic yang digunakan untuk menangani infeksi banteri

b) Ondansentron 3x1 30 gr/Iv

Obat yang digunakan untuk mencegah serta mengobati mual dan muntah

c) Kalnex 3x10 gr/Iv

Obat yang digunakan untuk membantu menghentikan perdarahan

d) Ketorolax 3x1 mg/Iv

Obat anti inflamasi nonsteroid yang digunakan untuk mengobati rasa sakit

Diagnosa Keperawatan

Tabel 3.2 Analisa data pada klien dengan diagnosa medis *post op sectio caesarea* dengan indikasi *post date*.

Nama Pasien: Ny. M

No.RM : 0041xxx

Umur: 21 thn

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	<p>1. Ds: Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi diarea perut bagian bawah</p> <p>P : Pasien mengatakan nyeri diarea perut bagian bawah karena luka jahitan bekas operasi</p> <p>Q : nyeri seperti di tusuk - tusuk</p> <p>R : nyeri diarea perut bagian bawah</p> <p>S : nyeri semakin terasa saat dibuat gerak dengan skala 5</p>	<p>Section caesarea</p> <p>↓</p> <p>Insisi pada dinding abdomen</p> <p>↓</p> <p>Terputusya kontinuitas jaringan</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>	Nyeri Akut

	<p>T : nyeri hilang timbul.</p> <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none">1. K/U Cukup2. Kesadaran : composmentis3. Wajah tampak menyeringai4. Tampak luka post operasi di abdomen bawah tertutup kassa steril sepanjang 10 cm5. Terdapat lochea, terpasang DC UL: 900 cc <p>Ttv : TD : 110/70 mmhg</p> <p>N : 86x/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 : 15,512. Hb : 13,67		
--	--	--	--

	<p>3. Hematokrit : 40,1</p> <p>2. Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri ➤ Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat ➤ Pasien tampak sulit bergerak kemampuan pergerakan sendi dan tungkai terbatas, <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 2px;">kekuatan otot</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">5</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">4</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">4</td> </tr> </table> <p>Do :</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 	kekuatan otot	5	5		4	4	<p>Adanya proses pembedahan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Terputusnya jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hambatan mobilitas fisik</p>	<p>Hambatan Mobilitas Fisik</p>
kekuatan otot	5	5							
	4	4							

3	<p>4. Terpasang infuse RL pada tangan kiri</p> <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>Primipara</p> <p>↓</p> <p>Laktasi</p> <p>↓</p> <p>Progesterone dan esterogen Menurun</p> <p>↓</p> <p>Prolaktin Meningkatkan</p> <p>↓</p> <p>Isapan bayi</p> <p>↓</p> <p>Oksitosin Meningkatkan</p> <p>↓</p> <p>Kurang pengetahuan Perawatan payudara</p> <p>↓</p> <p>Ketidakefektifan Pemberian ASI</p>	Ketidakefektifan pemberian ASI
---	--	--	--------------------------------

DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

1. Nyeri Akut
2. Hambatan Mobilitas Fisik
3. Ketidakefektifan pemberian ASI

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS

1. Nyeri Akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan
2. Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kelemahan fisik
3. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurangnya sumber informasi tentang perawatan payudara

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

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

Nama Pasien: Ny. M

No.RM : 0041xx

Umur: 21 thn

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 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada pasien tentang penyebab nyeri 2. Anjurkan pasien untuk mengatur posisi senyaman mungkin 3. Ajarkan tehnik 	<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

	<p>mendemonstrasikan kembali teknik relaksasi dan distraksi</p> <p>5. Adanya penurunan 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>relaksasi dan distraksi</p> <p>4. Kaji karakteristik nyeri dari skala nyeri</p> <p>5. Observasi tanda-tanda vital</p> <p>6. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik</p>	<p>mengurangi ketegangan dan nyeri pasien</p> <p>4. Untuk 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>2. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan klien mampu beraktivitas kembali dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu melakukan aktivitas secara mandiri 2. Pasien mampu mobilisasi secara bertahap (miring kanan/kiri) 3. ADL tanpa bantuan perawat dan keluarga 4. Klien mampu membolak-balikkan posisi 5. Tanda-tanda vital dalam batas normal TD : 120/80 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada klien tentang pentingnya mobilisasi dini 2. Ajarkan kepada klien untuk mobilisasi dini secara bertahap 3. Anjurkan pasien untuk miring kanan/miring kiri 4. Kaji kemampuan klien dalam mobilisasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menambah pengetahuan pasien 2. Untuk mempermudah dalam melakukan gerakan secara bertahap 3. Untuk mengetahui kemampuan klien dalam mobilisasi 4. untuk mengetahui kemampuan klien dalam melakukan mobilisasi
--	--	---	--

	<p>mmhg</p> <p>N : 80-100x/menit</p> <p>S : 36,5-37,5 °C</p> <p>Rr : 16-24x/menit</p>	<p>5. Observasi</p> <p>tanda-tanda vital</p>	<p>5. Untuk mengetahui keadaan klien lebih lanjut</p>
3.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan diharapkan ibu mengetahui bagaimana cara merawat payudara dengan benar dengan Kriteria 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 	<p>1. Jelaskan pada pasien tentang perawatan payudara dengan benar</p> <p>2. Ajarkan tehnik perawatan payudara dengan benar</p> <p>3. Anjurkan pasien melakukan perawatan payudara dengan benar</p> <p>4. Kaji ulang pengetahuan</p>	<p>1. Untuk menambah pengetahuan pasien</p> <p>2. Membantu ibu dalam perawatan payudara</p> <p>3. Untuk melancarkan produksi ASI</p> <p>4. Mengidentifikasi tingkat</p>

	<p>benar</p> <p>3. Pasien tidak terlihat bingung dan cemas</p> <p>4. Payudara teraba lunak dan tidak berkerak</p> <p>5. ASI dapat keluar</p>	<p>tentang perawatan payudara</p> <p>5. Observasi tanda-tanda vital</p>	<p>pengetahuan pasien</p> <p>5. Memantau perkembangan pasien</p>
--	--	---	--

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

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

Nama Pasien: Ny. M

No.RM : 0041xx

Umur: 21 thn

No. Dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf
1.	13/12/2019	20.35	1. Menjelaskan kepada pasien tentang penyebab nyeri akibat dari tindakan pembedahan <i>post operasi sectio caesarea</i>	
		20.40	2. Menganjurkan pasien untuk mengatur posisi senyaman mungkin untuk miring kanan/miring kiri	
		20.45	3. Mengajarkan tehnik relaksasi dan distraksi dengan menarik nafas dalam dan mengajak pasien mengobrol	
		20.50	4. Mengkaji karakteristik nyeri dari skala nyeri	
		20.55	5. Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 110/70 mmhg N : 92x/menit Rr : 20x/menit	

		21.00	<p>S : 36,5°C</p> <p>6. Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anbacim 3x1 gr/Iv ➤ Ondansentron 3x1 30 gr/Iv ➤ Kalnex 3x10 gr/Iv ➤ Ketorolax 3x1 mg/Iv 	
2.	14/12/2019	08.30	1. Menjelaskan kepada klien tentang pentingnya mobilisasi dini	
		08.35	2. Mengajarkan kepada klien untuk mobilisasi dini secara bertahap	
		08.40	3. Menganjurkan pasien untuk miring kanan/miring kiri	
		08.45	4. Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi	
		08.50	5. Mengobservasi tanda-tanda vital	
			TD : 110/70 mmhg	
			N : 92x/menit	
			Rr : 20x/menit	
			S : 36,5°C	

3.	14/12/2019	15. 00	1. Jelaskan pada pasien tentang perawatan payudara dengan benar	
		15. 05	2. Ajarkan tehnik perawatan payudara dengan benar	
		15. 10	3. Anjurkan pasien melakukan perawatan payudara dengan benar	
		15. 15	4. Kaji ulang pengetahuan tentang perawatan payudara	
		15. 20	5. Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 110/70 mmhg N : 92x/menit Rr : 20x/menit S : 36,5°C	
1.	15/12/2019	08.00	1. Mengajarkan tehnik relaksasi dan distraksi dengan menarik nafas dalam dan mengajak pasien mengobrol	
		08.10	2. Mengkaji karakteristik nyeri dari skala nyeri	
		08.15	3. Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 110/80 mmhg	

		08.20	<p>N : 89x/menit</p> <p>Rr : 19x/menit</p> <p>S : 36,8°C</p> <p>4. Memberikan obat sesuai dengan advis dokter</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ceftriaxone 3x1 gr/Iv ➤ Keterolac 3x1 30 mg/Iv ➤ Asamefenamat 3x1 ➤ Cefadroxil 3x1 	
2.	15/12/2019	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 : 19x/menit	
			S : 36,8°C	
3.	15/12/2019	07.45	1. Anjurkan pasien melakukan perawatan payudara dengan benar	
		08.00	2. Kaji ulang pengetahuan tentang	

		08.50	perawatan payudara 3. Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 110/80 mmhg N : 89x/menit Rr : 19x/menit S : 36,8°C	
--	--	-------	---	--

CATATAN PERKEMBANGAN

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

Nama Pasien: Ny. M

No.RM : 0041xxx

Umur: 21 thn

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
14/12/19	Nyeri Akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan	<p>S : Pasien mengatakan nyeri karena luka jahitan bekas operasi</p> <p>P : Pasien mengatakan nyeri diarea perut bagian bawah karena luka jahitan bekas operasi</p> <p>Q : nyeri seperti di sayat pisau,</p> <p>R : nyeri diarea perut bagian bawah</p> <p>S : nyeri semakin terasa saat dibuat gerak dengan skala 8</p> <p>T : nyeri hilang timbul.</p> <p>O : K/U cukup</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Wajah tampak menyeringai TFU 2 jari dibawah pusat ➤ Tampak luka post operasi 	

		<p>di abdomen bawah</p> <p>tertutup kassa steril</p> <p>sepanjang 10 cm</p> <p>➤ Terdapat lochea,</p> <p>terpasang DC UL: 1000</p> <p>cc, terpasang infuse RL</p> <p>Ttv : TD : 110/80 mmhg</p> <p>N : 89x/menit</p> <p>Rr : 19x/menit</p> <p>S : 36,8°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 	
--	--	--	--

14/12/19	<p>Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kelemahan fisik</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ceftriaxone 3x1 gr/Iv ➤ Keterolac 3x1 30 mg/Iv ➤ Vit K 2x10 mg ➤ Asamefenamat 3x1 ➤ Cefadroxil 3x1 <p>➤ S : Pasien mengatakan belum bisa sedikit-sedikit miring kanan/kiri. Pasien mengatakan aktivitas kadang dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>O : K/U Cukup</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pasien sudah bisa miring kanan/kiri ➤ Terpasang infuse RL pada tangan kiri ➤ Kekuatan otot <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; 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 : 110/80 mmhg</p>	5	5	4	4	
5	5						
4	4						

14/12/19	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya sumber informasi tentang perawatan payudara	<p>N : 89x/menit</p> <p>Rr : 19x/menit</p> <p>S : 36,8°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. Mengajarkan pasien untuk miring kanan/miring kiri 3. Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi <p>S : Pasien mengatakan belum mengetahui cara merawat payudara dengan benar</p> <p>O : K/U Cukup</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Asi beelum keluar ➤ Pasien sering bertanya ➤ Pasien terlihat bingung ➤ Areola hiperpigmentasi ➤ Terdapat kerak pada putting susu 	
----------	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">➤ Palpasi payudara teraba keras➤ Puting susu menonjol <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 benar2. Ajarkan tehnik perawatan payudara dengan benar3. Anjurkan pasien melakukan perawatan payudara dengan benar4. Kaji ulang pengetahuan tentang perawatan payudara	
--	--	--	--

EVALUASI KEPERAWATAN

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

Nama Pasien: Ny. M No.RM : 0041xxx Umur: 21 thn

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
15/12/19	Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan	<p>S: Pasien mengatakan nyeri karena luka jahitan bekas operasi sudah berkurang</p> <p>P : Pasien mengatakan nyeri diarea perut bagian bawah karena luka jahitan bekas operasi</p> <p>Q : nyeri seperti di sayat pisau,</p> <p>R : nyeri diarea perut bagian bawah</p> <p>S : nyeri semakin terasa saat dibuat gerak dengan skala 8</p> <p>T : nyeri hilang timbul.</p> <p>O : K/U Baik</p> <p>➤ Wajah tampak rileks</p> <p>TFU 2 jari dibawah pusat</p>	

15/12/19	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tampak luka post operasi di abdomen bawah tertutup kassa steril sepanjang 10 cm ➤ Terdapat lochea, terpasang DC UL: 1000 cc, terpasang infuse RL <p>Ttv : TD : 110/70 mmhg</p> <p>N : 92x/menit</p> <p>Rr : 20x/menit</p> <p>S : 36,5°C</p> <p>A : Nyeri akut teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan pasien pulang</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah bisa miring kanan/kiri</p> <p>O : K/U Cukup</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pasien mengatakan aktivitas kadang dibantu oleh keluarga dan perawat ➤ Pasien sudah bisa miring 	
----------	---	--	--

		<p>kanan/kiri</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tidak terpasang infus ➤ Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$ <p>Ttv : TD : 110/70 mmhg</p> <p>N : 92x/menit</p> <p>Rr : 20x/menit</p> <p>S : 36,5°C</p> <p>A : Hambatan mobilitas fisik teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan pasien pulang</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah mengetahui cara merawat payudara dengan benar</p> <p>O : K/U Cukup</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Asi sedikit keluar ➤ Areola hiperpigmentasi ➤ Tidak ada kerak pada puting susu ➤ Palpasi payudara teraba lunak ➤ Puting susu menonjol 	
15/12/19	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya sumber informasi tentang perawatan payudara		

		A : Defisit pengetahuan teratasi P : Intervensi di hentikan pasien pulang	
--	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dijelaskan kesenjangan antara teori dan suhan keperawatan secara langsung pada Ny. M dengan Diagnosa Medis G1P0Ab000 40-41 minggu H/T+ Post date hari ke 0 di ruang mawar merah 5 Rumah Sakit Bangil Pasuruan yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Pengkajian

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

Pada tahap pengkajian identitas dari tinjauan pustaka didapatkan usia bisa mempengaruhi karena semakin tuanya umur resiko terjadinya komplikasi pada kehamilan juga semakin tinggi (Muttaqin, 2010). Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan usia tua tidak mempengaruhi karena pasien masih berusia 21 tahun tetapi komplikasi pada kehamilan juga dapat terjadi. Tidak ada perbedaan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus karena keduanya sama-sama memiliki resiko tinggi terjadinya komplikasi.

Pada pengkajian keluhan utama dari tinjauan pustaka di dapatkan keluhan nyeri disebabkan oleh trauma pembedahan (Muttaqin, 2008). Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi pada perut bagian bawah akibat pembedahan section

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

Riwayat Keperawatan

Menurut teori Rheldayani (2014) dan Faiz (2013) Pada pengkajian B1 (*Breath*) dari tinjauan pustaka didapatkan Inspeksi: Respirasi Rate normal (16-20x/menit), tidak ada retraksi otot bantu nafas, tidak terjadi sesak nafas, pola nafas teratur, tidak menggunakan alat bantu nafas, adanya pembesaran payudara, adanya hiperpigmentasi aerola mammae dan papilla mammae, ASI dan colostrum keluar, tidak ada oedema, Perkusi : suara perkusi sonor, Palpasi : pergerakan dinding dada sama, Auskultasi : suara nafas regular, tidak ada suara nafas tambahan, sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan data yaitu Inspeksi : Respirasi Rate 20x/menit, bentuk dada simetris kanan dan kiri, pola nafas teratur, tidak ada retraksi otot bantu nafas, tidak memakai alat bantu nafas, Perkusi : suara perkusi sonor, Palpasi : susunan ruas belakang normal, tidak ada nyeri tekan pada dada, Auskultasi : vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan, Pada tinjauan kasus ditemukan adanya perbedaan yaitu colostrum dan ASI belum keluar yang menyebabkan bendungan asi pada payudara sehingga payudara teraba keras ,hal ini disebabkan karena sebelumnya ibu belum pernah melakukan perawatan payudara, selain itu terjadi peningkatan prolaktin dan oksitosin yang menyebabkan terjadinya peningkatan produksi asi.

Menurut teori Rheldayani (2014) dan Faiz (2013) Pada pengkajian B2 (*Blood*) dari tinjauan pustaka didapatkan data yaitu Inspeksi : anemis (jika terjadi syok akibat perdarahan post partum), Tidak ada nyeri dada, tidak ada cianosis, tidak ada clubbing finger, Palpasi : CRT: <3 detik, akral hangat, takikardi (jika terjadi syok), Perkusi : pekak, Auskultasi : bunyi S1 (Lup) S2 (Dup) tunggal, suara jantung regular, tidak ada suara jantung tambahan seperti murmur dan gallop, sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan data yaitu Inspeksi : Tidak ada anemis, Tidak ada nyeri dada, Tidak ada Cianosis, Tidak ada Clubbing finger, Palpasi : Pulsasi Kuat, CRT <3 detik, JPV Tidak ada, akral hangat, Tidak ada takikardi, Perkusi : Pekak, Auskultasi : Irama jantung Regular, Bunyi jantung : S1 S2 Tunggal, terjadi perbedaan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus yaitu Tidak terjadi anemis dan Tidak terjadi takikardi karena tidak terjadi perdarahan post sectio caesarea , hal ini dikarenakan kontraksi uterus yang baik yang tidak menyebabkan perdarahan post sectio caesarea.

Menurut teori Rheldayani (2014) dan Faiz (2013) Pada pengkajian B3 (*Brain*) dari tinjauan pustaka didapatkan data yaitu Inspeksi : kesadaran composmentis, GCS:4-5-6, istirahat tidur terganggu karena ibu merasakan nyeri pada luka operasinya, Palpasi : terdapat nyeri dan krepitasi pada kepala, hidung dan telinga. Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan data yaitu Inspeksi : Kesadaran 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 : 5 Jam/hari Dirumah : 8 jam /hari, tidak ada kelainan nervus cranialis, sedangkan pada tinjauan kasus

Istirahat/tidur ibu tidak terganggu karena ibu diberikan obat anti nyeri yang menyebabkan nyeri berkurang sehingga ibu dapat Istirahat dengan baik.

Menurut teori Rheldayani (2014) dan Faiz (2013) Pada pengkajian B4 (*Bladder*) dari tinjauan pustaka didapatkan data yaitu Inspeksi : Terdapat lochea rubra, Terpasang kateter, Warna urine kuning, jumlah pengeluaran urine/24 jam. Pada pasien post sc dengan indikasi postdate biasanya terjadi distensi kandung kemih karena efek anestesi menimbulkan kehilangan tonus otot untuk berkemih, Palpasi : ada nyeri tekan, Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan data yaitu Inspeksi : Libido : kemauan : normal (√), Terdapat lochea rubra warna merah segar dan terpasang pembalut di alasi dengan underpad, Terpasang DC, Frekuensi berkemih : Jumlah : 900 cc Warna : Kuning, Palpasi : ada nyeri tekan karena insisi pada dinding perut dan dinding rahim menyebabkan luka sehingga menimbulkan nyeri tekan. Pemasangan kateter dilakukan untuk mengosongkan kandung kemih saat sebelum operasi sectio caesarea jika karena kandung kemih penuh akan menimbulkan rasa nyeri dan juga untuk mempermudah proses operasi sectio caesarea

Menurut teori Rheldayani (2014) dan Faiz (2013) Pada pengkajian B5 (*Bowel*) dari tinjauan pustaka didapatkan data yaitu Inspeksi : adanya luka insisi bekas operasi, mukosa lembab Mulut bersih, mukosa lembab, Palpasi : TFU setinggi pusat atau 2 jari dibawah pusat, teraba keras atau

lunak, kontraksi uterus kuat, adanya nyeri tekan pada luka bekas operasi, Auskultasi : Bising usus normal, Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan data yaitu Inspeksi : Mulut Simetris, Mukosa Lembab, Bibir normal, Gigi bersih, Kebiasaan gosok gigi : 1 kali pada saat di RS, Palpasi : Tidak ada pembesaran tiroid, tidak ada vena jugularis, TFU 2 jari dibawah pusat, UC teraba keras, nyeri tekan di perut bagian bawah, adanya luka insisi bekas operasi di perut bagian bawah, Perkusi : abdomen tidak tegang , Auskultasi : Peristaltic usus 15x/menit, Kebiasaan BAB : Belum BAB setelah operasi, Pada tinjauan kasus ditemukan masalah yang sama yaitu adanya luka insisi bekas operasi di perut bagian bawah.

Menurut teori Faiz (2013) Pada pengkajian B6 (Bone) dari tinjauan pustaka didapatkan data yaitu Inspeksi : Diaphoresis, terdapat oedema, adanya varises atau tidak, terjadi kelemahan akibat efek tindakan anestesi, terbatas pada aktivitas jaringan, tidak membutuhkan tenaga banyak cepat lelah, terdapat striae dan linea, terdapat luka Post operasi tertutup kassa terjadi kelemahan akibat terjadinya luka post operasi, Palpasi : Turgor elastic, oedem pada ekstremitas bawah (Kaki), Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan data yaitu 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, Palpasi : Turgor kulit Baik, Akral Hangat, Colostrums Belum Keluar, payudara teraba keras, Kemampuan

pergerakan sendi dan tungkai (ROM) Kekuatan otot : 5 $\frac{5}{4}$

Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan hasil yang berbeda yaitu tidak ada oedema pada ekstremitas bagian bawah dan terjadi kelemahan akibat tindakan anastesi hal ini dikarenakan sirkulasi darah balik tidak terganggu. Biasanya pada ibu hamil terjadi oedema karena adanya janin yang semakin membesar akan memberikan hambatan pada pembuluh darah balik sehingga membuat banyak cairan berkumpul di kaki.

Menurut teori Rheldayani (2014) dan Faiz (2013) Pada pengkajian B7 (Pengindraan) dari tinjauan pustaka didapatkan data yaitu Inspeksi : Pupil Isokor , Reflek cahaya Normal, Seclera Putih, Tidak ada Palpebra , Tidak ada Strabismus, Ketajaman pengelihatn Normal, Tidak menggunakan alat bantu, Hidung normal, Mukosa hidung Lembab, Tidak ada secret, Ketajaman penciuman normal, Telinga Ketajaman Pendengaran Normal, Perasa normal, Palpasi : Konjungtiva Merah Muda, Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan data yaitu Inspeksi : Pupil Isokor , Reflek cahaya Normal, Seclera Putih, Tidak ada Palpebra , Tidak ada Strabismus, Ketajaman pengelihatn Normal, Tidak menggunakan alat bantu, Hidung normal, Mukosa hidung Lembab, Tidak ada secret, Ketajaman penciuman normal, Telinga Ketajaman Pendengaran Normal, Perasa normal, Palpasi : Konjungtiva Merah Muda, Tidak ada perbedaan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus karena pemeriksaan fisik yang dilakukan pada keduanya hasilnya hampir

sama hanya saja pada tinjauan kasus didapatkan data pasien tampak menyeringai karena adanya luka bekas operasi.

Menurut teori Rheldayani (2014) dan Faiz (2013) Pada pengkajian B8 (Endokrin) dari tinjauan pustaka didapatkan data yaitu Inspeksi : tidak ada Luka gangrene, Palpasi : tidak ada Pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada Pembesaran kelenjar parotis, Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan data yaitu Inspeksi : tidak ada Luka gangrene, Palpasi : tidak ada Pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada Pembesaran kelenjar parotis, Tidak ada perbedaan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus karena pemeriksaan fisik yang dilakukan pada keduanya hasilnya sama.

Diagnosa Keperawatan

Berikut diagnosa keperawatan antara lain :

Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan

Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan/kulit rusak

Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri Nyeri terputusnya kontinuitas jaringan

Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik

Ansietas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang prosedur pembedahan

Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurangnya sumber informasi tentang perawatan payudara

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

Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan

Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri terputusnya kontinuitas jaringan

Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurangnya sumber informasi tentang perawatan payudara

Tidak semua diagnose dapat muncul pada tinjauan kasus karena diagnose keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnose keperawatan pada pasien dengan post section caesarea patologis secara umum. Sedangkan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keadaan pasien secara langsung.

Pada tinjauan pustaka didapatkan diagnose nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan (Mansjoer,2007), karena pasien dengan post op section caesarea akan mengalami nyeri akibat adanya insisi pembedahan yang dilakukan pada dinding abdomen. Pada tinjauan kasus didapatkan hasil yang sama yaitu pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi di perut bagian bawah karena adanya insisi. Dengan data obyektif yang mendukung yaitu tampak luka post operasi section caesarea yang masih dibalut verban dengan keadaan kering, panjang kira-kira 10 cm, terdapat nyeri tekan disekitar luka, skala nyeri 8, wajah pasien tampak menyeringai, terdapat linea dan striae.

Pada tinjauan pustaka didapatkan diagnose hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan (Mansjoer, 2006). didapatkan data yaitu system musculoskeletal merasa tidak mampu mengerjakan sesuatu karena kelemahan fisik yang disebabkan oleh nyeri

karena tindakan pembedahan (PPNI, 2009). Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan hasil yang berbeda yaitu akibat tindakan pembedahan pada dinding abdomen akibatnya aktivitas ibu terbatas sehingga ibu mengalami hambatan mobilitas fisik yang disebabkan oleh nyeri pada luka bekas operasi, dengan data obyektif yang mendukung klien tidak dapat melakukan aktivitasnya secara mandiri, aktivitas klien di bantu oleh keluarga dan perawat. Hal ini disebabkan karena adanya luka insisi pada perut bagian bawah. dengan data obyektif yang mendukung yaitu keadaan umum cukup, terpasang infuse RL 14 Tpm disebelah tangan kiri, segala aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat.

Pada tinjauan pustaka didapatkan diagnose Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurangnya sumber informasi tentang perawatan payudara (Mansjoer, 2006) didapatkan pemberian ASI (Air Susu Ibu) dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu baru mendapatkan anak pertama biasanya ibu kurang mengetahui bagaimana cara menyusui dan merawat payudara dan jika memutuskan tidak menyusui dan merawat payudaranya dan jika memutuskan tidak menyusui maka dianjurkan untuk memasang pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasaya mengurangi rasa nyeri (Rheldayani, 2014). Pada tinjauan kasus ibu memutuskan untuk menyusui bayinya dengan ASI tetapi ibu tidak mengetahui bagaimana cara perawatan payudara dengan benar. Dengan data obyektif yang mendukung yaitu ibu sering bertanya dan bingung jika ditanya mengenai perawatan payudara pasca operasi *sectio caesarea*. hasil yang sama yaitu

Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurangnya sumber informasi tentang perawatan payudara disebabkan karena kurangnya pengetahuan ibu tentang merawat payudara dengan benar.

Pada tinjauan pustaka menurut (Mansjoer, 2006) ditentukan 5 diagnosa keperawatan yaitu : Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan, Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan/kulit rusak, Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan, Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurangnya sumber informasi tentang perawatan payudara, Defisit perawatan diri berhubungan dengan Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri , Ansietas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang prosedur pembedahan. Tetapi pada tinjauan kasus tidak di temukan diagnose Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan/kulit rusak karena pada klien ini lukanya masih dalam kondisi steril.

Perencanaan / intervensi

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan criteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan, sedangkan 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 keterampilan menanggapi masalah (psikomotor).

Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan. Alasannya karena di dapat data pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, di area perut bagian bawah karena luka bekas operasi, nyeri seperti di sayat pisau, nyeri di area perut bawah, nyeri semakin terasa saat di buat gerak dengan skala 5 ,nyeri hilang timbul. Diagnosa ini dijadikan prioritas karena yang paling dirasakan pasien. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan data obyektif yang mendukung yaitu terdapat luka post operasi di abdomen bawah tertutup kassa steril panjang 10 cm,tidak ada pus , wajah tampak menyeringai, TFU 2 jari di bawah pusat, terdapat lochea rubra, terpasang DC, adanya nyeri tekan pada bekas luka post operasi setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nyeri berkurang/hilang dengan kriteria hasil Pasien mampu menjelaskan kembali tentang penyebab nyeri, Pasien mau mengubah posisi dan dan melaporkan nyerinya berkurang , Pasien mampu mendemonstrasikan kembali tehnik relaksasi dan distraksi, Adanya penurunan skala nyeri 1-2, Pasien tampak rileks, Tidak ada nyeri tekan pada luka bekas operasi, Tanda-tanda vital dalam batas normal TD : 120/80 mmhg, N : 80-100x/menit, S : 36,5-37,5 °C, Rr : 16-24x/menit. Dilakukan intervensi yang sama yaitu Jelaskan kepada pasien tentang penyebab nyeri, Anjurkan pasien untuk mengatur posisi senyaman mungkin, Ajarkan tehnik relaksasi dan distraksi, Kaji karakteristik nyeri dari skala nyeri, Observasi tanda-tanda vital, Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik. Menurut Ririnmiran (2011). Pada tinjauan

pustaka ada 2 cara untuk mengurangi nyeri yaitu dengan cara teknik distraksi yaitu suatu metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian klien seperti menonton tv, membaca buku. Teknik relaksasi yaitu suatu teknik yang dapat mengendurkan syaraf-syaraf sehingga menimbulkan rasa nyaman seperti dengan melakukan nafas dalam. Sedangkan pada tinjauan kasus hanya melakukan teknik relaksasi dan pemberian analgesic saja. Menurut opini penulis pemberian analgesik sangat baik untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien. Selain itu, tehnik relaksasi juga dapat membantu pasien dalam mengontrol nyeri yang dirasakan dan tehnik distraksi dilakukan untuk pengalihan nyeri pada pasien. Pada diagnose nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan dapat dilakukan sesuai rencana karena pasien dapat bekerjasama dengan baik.

Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri terputusnya kontinuitas jaringan. Alasannya ibu belum dapat mobilisasi secara bertahap seperti miring kanan atau miring kiri, ADL (Activity Daily Life) dengan bantuan perawat dan keluarga, aktivitas klien hanya di atas tempat tidur dengan data objektif yaitu pasien belum bisa miring ke kanan dan ke kiri. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan klien mampu beraktivitas kembali dengan kriteria hasil : Pasien mampu menjelaskan kembali tentang pentingnya mobilisasi dini, Pasien mampu melakukan aktivitas secara mandiri, Pasien mampu mobilisasi secara bertahap dengan miring kanan/kiri, Klien mampu membolak-balikkan posisi, Tanda-tanda vital dalam batas normal, TD : 120/80 mmhg, N : 80-

100x/menit, S : 36,5-37,5 °C, Rr : 16-24x/menit, Dilakukan intervensi yang sama yaitu Jelaskan kepada klien tentang pentingnya mobilisasi dini, Ajarkan kepada klien untuk mobilisasi dini secara bertahap, Anjurkan pasien untuk miring kanan/miring kiri, Kaji kemampuan klien dalam mobilisasi, Observasi tanda-tanda vital. Menurut Norman dan Gery (2010), mobilisasi dini dilakukan sehari setelah pembedahan, pasien harus turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan paling tidak dua kali sehingga mengurangi resiko terjadinya thrombosis vena dan emboli paru. Menurut opini penulis mobilisasi dini secara bertahap dapat mempercepat penyembuhan luka dan dapat mencegah terjadinya thrombosis dan emboli paru.

Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurangnya sumber informasi tentang perawatan payudara. Alasannya ibu tidak mengetahui bagaimana cara merawat payudara, ibu sering bertanya dan terlihat bingung, areola hiperpigmentasi teraba keras, air susu belum keluar dan terdapat kerak pada puting susu. Dengan data obyektif yaitu Asi belum keluar, Pasien sering bertanya tentang bagaimana agar ASI bisa keluar, Areola hiperpigmentasi, Terdapat kerak pada puting susu, Palpasi payudara teraba keras, Puting susu menonjol, Jelaskan pada pasien tentang pentingnya ASI, Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan Ketidakefektifan pemberian ASI teratasi dengan Kriteria hasil :Pasien mengetahui tentang pentingnya ASI, Pasien mengetahui cara merawat payudara dengan benar, Pasien mampu mendemonstrasikan kembali cara merawat payudara dengan benar, Pasien

melaporkan ASI sudah keluar, Payudara teraba lunak dan tidak berkerak, ASI dapat keluar, Dilakukan intervensi yang sama yaitu Ajarkan tehnik perawatan payudara dengan benar, Anjurkan pasien melakukan perawatan payudara dengan benar, Instruksi pada pasien tentang alat pemompa payudara, Kaji ulang pengetahuan tentang perawatan payudara, Observasi tanda-tanda vital. Menurut opini penulis pemberian informasi mengenai perawatan payudara post sectio caesarea juga sangat penting dilakukan agar ibu dapat merawat payudaranya dengan baik untuk kesiapan ibu dalam menyusui bayinya, perawatan payudara juga berguna untuk memperlancar ASI agar tidak terjadi bendungan di payudara ibu.

Dalam tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata diketahui keadaan pasien secara langsung berdasarkan pada tinjauan kasus tujuan diagnosa pertama, kedua dan ketiga setelah memenuhi kriteria hasil. Kriteria hasil dari tinjauan pustaka merupakan acuan untuk membandingkan hasil yang telah tercapai pada tinjauan kasus. Intervensi ketiga diagnosa yang ditampilkan diantara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak didapatkan perbedaan, hal itu dikarenakan tidak ada perbedaan etiologi ketiga diagnosa tersebut. Namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

Pelaksanaan/Implementasi

Pelaksanaan merupakan merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada nursing orders untuk

membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien (silvanus, 2012). Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membuat teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan di realisasikan pada pasien dan pendokumentasian setelah intervensi keperawatan.

Nyeri Akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan dilakukan tindakan seperti Menjelaskan kepada pasien tentang penyebab nyeri yaitu akibat dari tindakan pembedahan *post operasi sectio caesarea*, Menganjurkan pasien untuk mengatur posisi senyaman mungkin dengan miring kanan/miring kiri, Mengajarkan tehnik relaksasi dan distraksi dengan menarik nafas dalam dan mengajak pasien mengobrol, Mengkaji karakteristik nyeri dari skala nyeri, Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 120/80 mmhg, N : 80x/menit, Rr : 20x/menit, S : 36,5°C, Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik Asamefenamat 3x1. Pada tinjauan pustaka ada 2 cara untuk mengurangi nyeri yaitu dengan cara teknik distraksi yaitu suatu metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian klien seperti menonton tv, membaca buku. Teknik relaksasi yaitu suatu teknik yang dapat mengendurkan syaraf-syaraf sehingga menimbulkan rasa nyaman seperti dengan melakukan nafas dalam. Sedangkan pada tinjauan kasus hanya melakukan teknik relaksasi dan pemberian analgesic saja. Menurut opini penulis pemberian analgesik sangat baik untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien.

Selain itu, tehnik relaksasi juga dapat membantu pasien dalam mengontrol nyeri yang dirasakan dan tehnik distraksi dilakukan untuk pengalihan nyeri pada pasien. Pada diagnose nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan dapat dilakukan sesuai rencana karena pasien dapat bekerjasama dengan baik.

Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan dilakukan tindakan seperti Menjelaskan kepada klien tentang pentingnya mobilisasi dini untuk membantu pasien agar dapat bergerak secara bebas, Mengajarkan kepada klien untuk mobilisasi dini secara bertahap dengan miring kanan/miring kiri, Menganjurkan pasien untuk miring kanan/miring kiri, Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi, Mengobservasi tanda-tanda vital, TD : 120/80 mmhg, N : 80x/menit, Rr : 20x/menit, S : 36,5°C. Menurut opini penulis mobilisasi dini secara bertahap dapat mempercepat proses penyembuhan luka dan dapatmencegah terjadinya thrombosis dan emboli paru dengan cara miring kanan dan miring ke kiri, duduk, berjalan dan lain sebagainya. Pada diagnosa hambatan mobilitas fisik akibat proses pembedahan dapat dilakukan sesuai rencana karena pasien dapat bekerja sama dengan baik.

Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang sumber informasi tentang perawatan payudara dilakukan tindakan Menjelaskan pada pasien tentang pentingnya ASI untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pada bayi ,Mengajarkan tehnik perawatan payudara dengan benar, dengan cara : Basahi kedua telapak tangan dengan minyak kelapa, 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, 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 Hounder* (BH) yang cukup dan bersifat menopang payudara, jangan memakai BH yang ketat dan menekan payudara, Mengajarkan pasien melakukan perawatan payudara dengan benar , Menginstruksi pada pasien tentang pemakaian alat pemompa payudara, Mengkaji ulang pengetahuan tentang perawatan payudara, Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 120/80 mmhg, N : 80x/menit, Rr : 20x/menit, S : 36,5°C. menurut opini penulis pemberian informasi dapat dilakukan untuk memberikan pengetahuan tentang cara-cara menyusui, perawatan payudara serta mempersiapkan pasien untuk menyusui anaknya. Perawatan payudara juga berguna untuk memperlancar ASI agar tidak terjadi bendungan di payudara ibu. Kemudian anjurkan pasien untuk mengompres payudara dengan air hangat tujuannya untuk memperlancar ASI.

Pada tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan karena pasien dan keluarga sangat kooperatif dengan perawat, sehingga dapat dilakukan secara maksimal.

Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilakukan karena merupakan kasus yang semu, sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

Pada waktu dilakukan evaluasi nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan sudah dilakukan dalam waktu 2x24 jam karena tindakan yang tepat, pasien juga melakukan apa yang tim medis ajarkan untuk nyerinya dan telah berhasil dilakukan dan tujuan kriteria hasil telah tercapai. Pada diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan sudah dilakukan dalam waktu 2x24 jam karena tindakan yang tepat, pasien juga melakukan apa yang tim medis anjurkan dan ajarkan berhasil dilakukan dan tujuan dan kriteria hasil telah tercapai. Pada diagnosa ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurangnya sumber informasi tentang perawatan payudara penulis perlu waktu 15 menit untuk melakukan penyuluhan. Dari hasil penyuluhan dalam waktu 15 menit pasien sedikit mengerti tentang perawatan payudara dengan benar. Dalam waktu 2x24 jam pasien melakukan perawatan payudara. Pada akhir evaluasi semua tujuan dan kriteria hasil dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Ny. M sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien KRS pada tanggal 15 Desember 2019 jam 13.30 WIB.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. M secara langsung pada pasien dengan kasus G1 P0000 Ab000 40-41 minggu+ Post date hari ke 0. di ruang nifas Rumah Sakit Bangil Pasuruan, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien post op section caesarea dengan indikasi post date.

Simpulan

Dari hasil yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien Ny. M dengan diagnose medis G1P0Ab000 di ruang nifas Rumah Sakit Bangil Pasuruan, penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

Pengkajian sangat penting pada pasien post op section caesarea indikasi post date yang perlu diperhatikan saat pengkajian adalah insisi abdomen harus tetap terjaga ebersihannya supaya tidak menimbulkan infeksi. Pada pasien dengan post section caesarea indikasi post date patologis hal yang perlu diperhatikan adalah pengkajian pada pemeriksaan fisik yaitu seperti adanya insisi pada perut ibu, payudara bertambah besar, kontraksi uterus baik/keras, terdapat lochea rubra.

pada pasien dengan post section caesarea post date akan mengalami beberapa perubahan masalah fisik, psikologis maupun social. Masalah keperawatan yang ditemukan pada tinjauan kasus adalah nyeri akut, kerusakan mobilitas fisik dan kurang pengetahuan perawatan payudara. Ketiga diagnose ini muncul karena didapatkan data-data dari keadaan pasien itu sendiri.

intervensi : diagnose keperawatan yang di tampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan khusus terjadi kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, criteria hasil dan criteria waktu

pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkordinasi dan terintegasi inti pelaksanaan dignosa pada ksus tidak semua sama pada tinjauan pustaka

evaluasi dilakukan penulis dengan metode per 24 jam dengan harapan penulis dapat mengetahui perkembangan yang terjadi pada pasien setiap saat. Pada akhir evaluasi semua tujuaan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan

Saran

Berlatar belakang dari kesimpulan diatas penulis memeberikan saran sebagai berikut :

Keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan yang terjalin dengan baik perlu ditingkatkan sehingga timbul rasa saling percaya, serta untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan

Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya lebih berpotensi dengan memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien *post sectio caesarea* indikasi *post date* patologis

Untuk peningkatan mutu asuhan keperawatan sebaiknya diadakan suatu seminar atau penyuluhan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien tentang *post sectio caesarea* seperti penyuluhan tentang perawatan luka section caesarea, perawatan payudara, cara perawatan bayi, cara menyusui dan lain sebagainya

Pendidikan dan pengetahuan perawat serta berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal maupun informal khususnya pengetahuan bidang melakukan perawatan pasien *post sectio caesarea*

Pemahaman dan pengembangan mengenai konsep kesehatan perlu ditingkatkan secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik

DAFTAR PUSTAKA

- Afroh, F.S.(2012). *Teori Pengukuran Nyeri & Nyeri Persalinan*. Yogyakarta :NuhaMedika.
- Anggie, 2012. *Sectio caesarea*. Diakses melalui <http://anggiealsatreio.blogspot.co.id/2012/06/sectiocaesarea.html> pada tanggal 27 Desember 2019 pukul 19:13 WIB
- Anna. 2011. *Askep Sectio Caesarea*. Diakses melalui <http://annahabayahan.blospoy.co.id/2011/04/askep-sectio-caesarea.html> pada tanggal 01 januari 2020 pukul 20:24 WIB
- Bobak, L. J.(2005). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas Edisi 4*.Jakarta:EGC
- Doenges, M.E dkk.(2010). *Rencana Asuhan Keperawatan: pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien*. Jakarta : EGC
- Faiz. (2015). *Laporan Pendahuluan Post Sc*. Diakses melalui <http://documents.tips/documents/laporan-pendahuluan-post-sc-55f5dgb588b7d.html> pada tanggal 03 februari 2020 pukul 19.08 WIB
- Hidayat, A.A. (2012). *Pengantar Konsep dasar Keperawatan*, Jakarta :SalembaMedika.
- Judhita, (2009). *Angka Kejadian Sectio Caesarea Di Indonesia*. Diakses dari <http://repository.poltekkes-kdi.ac.id/482/1/PDFF.pdf> pada tanggal 15 juli 2019 pukul 14.00 WIB.
- Mansjoer. (2007). *Kapita selekta kedokteran edisi 3 jikid II*.Jakarta:Media Aesculopius
- Manuaba, I.B.G (2009). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*, Jakarta: EGC.
- Manuaba, I.B.G (2009). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*, Jakarta: EGC.
- Manuaba, I.B.G. (2012). *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*.Jakarta:Arcan.
- Mitayani, (2009). *Asuhan Keperawatan Maternitas*.Jakarta: SalembaMedika.
- Mochtar, R. (2013). *Asuhan Ibu Hamil*, Jakarta : EGC
- Muttaqin.(2008) *Buku Ajar Keperawatan klien gangguan sistem Muskuloskeletal*.Jakarta:EGC
- Muttaqin.(2100). *Pengkajian keperawatan:Aplikasi pada praktik klinik*. Jakarta:Salemba Medika

- 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
- Nurjannah, I. (2015). *Proses Keperawatan Nanda Nic-Noc* 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.
- 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
- (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.
- Sabiston, D. C. (2011). *Buku Ajar Bedah*. Jakarta:EGC
- Saleha S. *Asuhan Kebidanan 3*. Yogyakarta:Rhineka Cipta:2013
- Silvanus. (2012). *Konsep Dasar Asuhan Keperawatan*. Diakses melalui http://area_mahasiswarantau.blogspot.co.id/2012/06/konsep-dasar-asuhan-keperawatan.html pada tanggal 2 maret 2020 pukul 12.00 WIB
- Sulaiman dalam Oktriani (2013). *Kehamilan Serotinus*. Diakses dari <http://respository.unimus.ac.id>. Pada tanggal 15 Juli 2019 pukul 15.30 WIB.
- Sulistiawati, A. (2019). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Jakarta:Andi Yogyakarta
- Taufan, (2012). *Buku ajar obstetric* untuk mahasiswa kebidanan edisi 2.
- 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 Dengan Indikasi Post Date Di Ruang Bersalin RSUD Bangil*. Dalam KTI Akper Kerta Cendekia.

INFORMED CONSENT

Judul "Asuhan Keperawatan Dengan Diagnosa Medis *Post Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Post Date Di ruang Nifas RSUD Bangil "

Tanggal pengambilan studi kasus 13 Desember 2019

Sebelum tanda tangan dibawah, saya telah mendapatkan informasi tentang tugas pengambilab studi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa yang bernama **Tri Astutik Wahyu Utami**, 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. M 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
(..... Maulida)

Tanda Tangan Saksi
(..... Samsudil)

Tanda Tangan Peneliti
(..... Tri Astutik Wahyu)



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 : 44/BAAK/VIII/2019
Hal : Permohonan Studi Penelitian

Sidoarjo, 22 Agustus 2019


Yth. Direktur RSUD Bangil
Pasuruan

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

No.	Nama	NIM	Judul KTI
1.	Tri Astutik Wahyu Utami	1701061	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Post Op SC dengan Indikasi Post Date

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



Pasuruan, 19 November 2019

Nomor : 445.1/3094.07/424.202/2019
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 : TRI ASTUTIK WAHYU UTAMI
NIM : 1701061
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosis Medis *Post Sectio Caesarea* dengan Indikasi *Post Date* di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

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

Dengan ketentuan :

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

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

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

u.b.

Das/Diklat



DIDIK MARIYONO, SKM.

Penata Tingkat I

NIP. 19680525 199203 1 012

Tembusan disampaikan kepada :

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



**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 : 445.1/309A.07/424.202/2019
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 : TRI ASTUTIK WAHYU UTAMI
NIM : 1701061
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosis Medis *Post Sectio Caesarea* dengan Indikasi *Post Date* di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

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

Dengan ketentuan :

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

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

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

u.b.

Kasidiklat



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. M**

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 : Jumat, 13 Desember 2019

Tempat : Ruang Nifas Rsud Bangil Pasuruan

Waktu : 15.00 WIB

Sasaran : Ny .M Di Ruang Nifas Mawar Merah No 5

I. Tujuan Instruksional Umum

Diharapkan setelah mengikuti kegiatan penyuluhan selama 1x 15 menit diharapkan Ny M 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 M 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

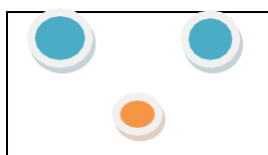
IV. Metode

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. M dan Suami
 Mahasiswi

VII. Evaluasi

1. Evaluasi struktur

2. Ibu / Ny M
3. Evaluasi proses :
 - 1) Ny M antusias terhadap materi penyuluhan
 - 2) Ny M mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan dengan benar
4. Evaluasi hasil
 - 1.) Ny M mengetahui tentang perawatan payudara
 - 2.) Ny M mengetahui manfaat perawatan payudara
 - 3.) Ny M mengetahui tujuan perawatan payudara
 - 4.) Ny M mengetahui masalah yang timbul jika tidak dilakukan perawatan payudara
 - 5.) Ny M 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



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 Perawatan Payudara

- kapas
- handuk kecil atau waslap
- minyak kelapa atau baby oil
- baskom 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 areola 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 Hounder* (BH) yang cukup dan bersifat menopang payudara, jangan memakai BH yang ketat minyak kelapa selama 2-3 menit supaya dan menekan payudara

Akibat jika tidak dilakukan perawatan payudara

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

Thank
you
mom

