

KARYA TULIS ILMIAH

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



Oleh :

DIFFA KHUNI' IZATI

NIM : 1701057

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA**

S I D O A R J O

2020

KARYA TULIS ILMIAH

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

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



Oleh :

**Diffa Khuni' Izati
NIM : 1701057**

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA**

S I D O A R J O

2020

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Diffa Khuni' Izati

NIM : 1701057

Tempat, Tanggal Lahir : Sidoarjo, 18 September 1999

Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

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

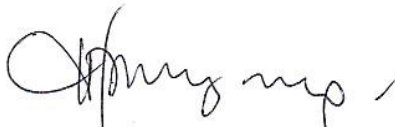
Yang menyatakan,



Diffa Khuni' Izati
Nim 1701057

Mengetahui,

Pembimbing 1



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

Pembimbing 2



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

LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

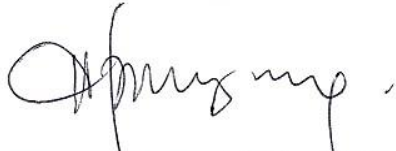
Nama : Diffa Khuni' Izati

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Post Sectio
Caesarea Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Nifas RSUD Bangil Pasuruan

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada
tanggal 9 Juni 2020

Oleh :

Pembimbing 1



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

Pembimbing 2



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

Mengetahui

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo



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

HALAMAN PENGESAHAN

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

Tanggal : 9 Juni 2020

TIM PENGUJI

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

Anggota : 1. Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes

2. Elok Triestuning, S. Psi., M.Si

Tanda Tangan

Handwritten signatures of the examiners, including the chairperson and two members, positioned to the right of their respective names.

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Official blue stamp of Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo with a handwritten signature over it.

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

MOTTO

*“Man Jadda Wajada, Barangsiapa yang
bersungguh-sungguh pasti akan mendapatkan
hasilnya”*

LEMBAR PERSEMBAHAN

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

Terima kasih untuk semuanya. Untuk bapak dan ibu dosen terutama Agus Sulistyowati, S.Kep.,M.Kes, Elok Triestuning, S. Psi., M.Si dan Kusuma Wijaya Ridi Putra, 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 memberi Semangat untuk menyelesaikan tugas akhir ini. Untuk tujuan yang harus dicapai, Untuk impian yang akan dikejar, untuk sebuah penghargaan, agar hidup jauh lebih Baik dan bermakna, karna tragedi terbesar dalam hidup bukanlah kematian tapi Hidup tanpa tujuan. Teruslah bermimpi dan wujudkan tujuan hidupmu.

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik serta hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini 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 terima kasih 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 bisa berjalan lancar.
3. Agus Sulistyowati,S.Kep.,M.Kes selaku Direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo dan selaku pembimbing 1 dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
4. Elok Triestuning,S.Psi.,M.Si selaku pembimbing 2 dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
5. Hj.Muniroh Mursan,Lc selaku petugas perpustakaan yang telah membantu dalam kelengkapan literature yang dibutuhkan.

6. Pihak-pihak yang turut berjasa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak 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
Lembar Persembahan	vii
Kata Pengantar	viii
Daftar Isi	x
Daftar Tabel	xiii
Daftar Gambar	xiv
Daftar Lampiran	xv

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Akademis	5
1.4.2 Praktis	5
1.5 Metode Penulisan	5
1.5.1 Metode	5
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data	6
1.5.3 Sumber Data	6
1.5.4 Studi Kepustakaan	7
1.6 Sistematika Penulisan	7

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori <i>Sectio Caesarea</i>	8
2.1.1 Pengertian	8
2.1.2 Etiologi	9

2.1.3	Indikasi	9
2.1.4	Jenis-jenis operasi SC	11
2.1.5	Komplikasi	13
2.1.6	Masalah Yang Muncul	14
2.2	Konsep Teori Ketuban Pecah Dini	16
2.2.1	Pengertian	16
2.2.2	Etiologi	16
2.2.3	Manifestasi klinis	17
2.2.4	Patofisiologi	18
2.2.5	Diagnosa Banding	19
2.2.6	Komplikasi	20
2.2.7	Pemeriksaan Penunjang	22
2.2.8	Pencegahan	22
2.2.9	Penatalaksanaan	23
2.2.10	Dampak Masalah	24
2.3	Asuhan Keperawatan Ketuban Pecah Dini	24
2.3.1	Pengkajian	24
2.3.2	Pemeriksaan Fisik	28
2.3.3	Analisa Data	30
2.3.4	Diagnosa Keperawatan	30
2.3.5	Perencanaan	31
2.3.6	Pelaksanaan	36
2.3.7	Evaluasi	38
2.3.8	Kerangka Masalah	39

BAB 3 TINJAUAN KASUS

3.1	Pengkajian	40
3.1.1	Identitas Klien	40
3.1.2	Identitas Penanggung Jawab	41
3.1.3	Riwayat Keperawatan	41
3.1.4	Riwayat Obstetri	42
3.1.5	Riwayat KB	46
3.1.6	Riwayat Kesehatan	47
3.1.7	Riwayat Lingkungan	47
3.1.8	Aspek Sosial	47
3.1.9	Pola Kebiasaan Yang Mempengaruhi Kesehatan	48
3.1.10	Pemeriksaan Fisik	48
3.1.11	Pemeriksaan Diagnostik	52
3.1.12	Terapi	53
3.1	Analisa Data	54
3.2	Diagnosa Keperawatan	58
3.3.1	Daftar Masalah Keperawatan	58

3.3.2 Berdasarkan Prioritas	58
3.4 Intervensi Keperawatan	59
3.5 Implementasi Keperawatan	63
3.6 Catatan Perkembangan	70
3.7 Evaluasi Keperawatan	75
BAB 4 PEMBAHASAN	
4.1 Pengkajian Keperawatan	78
4.2 Riwayat Keperawatan	79
4.3 Diagnosa Keperawatan	84
4.4 Intervensi Keperawatan	87
4.5 Implementasi Keperawatan	91
4.6 Evaluasi Keperawatan	94
BAB 5 PENUTUP	
5.1 Simpulan	96
5.2 Saran	97
DAFTAR PUSTAKA	98

DAFTAR TABEL

No. Tabel	Judul	Hal
Tabel 2.1	Diagnosa Banding_____	19
Tabel 2.2	Intervensi Keperawatan_____	31
Tabel 3.1	Riwayat kehamilan persalinan_____	43
Tabel 3.2	Data penunjang_____	52
Tabel 3.3	Analisa data_____	54
Tabel 3.4	Rencana tindakan keperawatan_____	59
Tabel 3.5	Implementasi keperawatan_____	63
Tabel 3.6	Catatan perkembangan_____	70
Tabel 3.7	Evaluasi_____	75

DAFTAR GAMBAR

No. Tabel	Judul	Hal
Gambar 2.1	Kerangka Masalah_____	39
Gambar 3.1	Genogram_____	43

DAFTAR LAMPIRAN

No. Lampiran	Judul	Hal
Lampiran 1	<i>Informed Consent</i>	100
Lampiran 2	Lembar Pengajuan studi Kasus	101
Lampiran 3	SAP dan Leaflet	102
Lampiran 4	Lembar Konsultasi Proposal	112

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (Manuaba, 2010). *Sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (sarwono , 2010). Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan/sebelum impartum, pada pembukaan <3cm pada primipara dan <5cm pada multipara. Hal ini terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan (Nugroho, 2011). Ketuban pecah dini adalah pecahnya/rupturnya selaput amnion sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu dengan atau tanpa kontraksi. Ketuban pecah dini merupakan hal yang paling penting berkaitan dengan penyulit kehamilan premature dan infeksi yang dapat merupakan salah satu penyebab yang tersering. Banyak ditemukan di masyarakat pada ibu hamil trimester II dan awal trimester III yang mengalami KPD ini tidak mengetahui bahwa yang keluar adalah air ketuban, mereka beranggapan bahwa yang keluar adalah air kencing, karena sering pada ibu hamil trimester akhir keinginan buang air kecil meningkat. Apalagi pada ibu primigravida, banyak dari mereka yang belum mempunyai pengetahuan tentang air ketuban ini sendiri, sehingga hal ini dapat menyebabkan terlambatnya penanganan

pada ibu dengan KPD yang berakibat terjadinya infeksi sampai sepsis (Mulyawati, 2012).

Menurut WHO, kejadian ketuban pecah dini (KPD) atau insiden PROM (*prelabour reapture of membrane*) berkisar antara 5-10% dari semua kelahiran. KPD preterm terjadi 1% dari semua kehamilan dan 70% kasus KPD terjadi pada kehamilan aterm. Pada 30% kasus KPD merupakan penyebab kelahiran premature (WHO, 2014). Di Indonesia, kejadian ketuban pecah dini berkisar antara 6-10% dari semua kelahiran (Kemenkes RI, 2015). Di Jawa Timur insiden ketuban pecah dini pada tahun 2015 sebanyak 18% (Fatikah, 2015). Berdasarkan data yang didapat pada saat survey awal pada bulan Januari sampai dengan Desember tahun 2017 di RSUD Denisa Gresik terdapat 108 kejadian KPD pada 597 persalinan yaitu sekitar 18%. Sedangkan hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan pada bulan Februari-Maret tahun 2018 terdapat 50 kejadian KPD pada 160 persalinan yaitu sekitar 31,25% (Data Rekam Medis RSUD Denisa, 2018). Dari hasil study pendahuluan di RSUD Bangil pada tahun 2018 sampai 2019 didapatkan kasus yaitu ketuban pecah dini dengan tindakan medis *sectio caesarea* ada 2.238 kasus di Rumah Sakit tersebut, (Rekam Medis RSUD Bangil, 2019).

Penyebab ketuban pecah dini masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Insiden ketuban pecah dini lebih tinggi pada wanita dengan serviks inkompten, polihidroamnion, malpresentasi janin, kehamilan kembar, infeksi vagina atau serviks (misalnya vaginosis bacterial, klamidia, gonore). Penyebab yang sering ditemukan antara lain disebabkan karena infeksi yang terjadi langsung pada selaput ketuban, serviks yang

inkompetensi, trauma maupun kelainan letak janin (Nugroho, 2012). Dan ditandai dengan keluarnya cairan merembes melalui vagina, aroma air ketuban berbau manis tidak bau amoniak, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Nugroho 2011). Komplikasi yang timbul akibat ketuban pecah dini bergantung pada usia kehamilan dapat terjadi infeksi maternal ataupun neonatal, persalinan premature, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden *section caesarea* atau gagalnya persalinan normal (Saifudin, 2010). Persalinan *section caesarea* memiliki resiko tinggi karena dilakukan pembedahan dengan cara membuka dinding perut dan dinding uterus atau bisa disebut insisitransabdominal uterus, sehingga pasien akan merasakan rasa nyeri. Rasa nyeri merupakan stresor yang dapat menimbulkan stress dan ketegangan dimana individu dapat berespon secara biologis dan perilaku yang menimbulkan respon fisik dan psikis (Heryani Reni, 2010). Masalah yang kemungkinan timbul jika ketuban pecah dini tidak segera ditangani maka kemungkinan resiko infeksi bagi ibu dan anak meningkat. Pada ibu terjadi korioamnionitis sedangkan pada bayi dapat terjadi septikum, pneumonia, sindrom deformitas janin (Sarwono, 2010).

Penatalaksanaan pada ketuban pecah dini yaitu tergantung dengan usia kehamilan dan tanda infeksi. Pada umumnya lebih baik untuk membawa semua pasien dengan ketuban pecah dini ke rumah sakit dan melahirkan bayi yang berumur >37 minggu dalam 24 jam dari pecahnya ketuban untuk memperkecil resiko infeksi intrauteria, serta melakukan tindakan konservatif

(Rahmawati, 2009). *Health education* yang diberikan setelah dilakukan *section caesarea* yaitu tentang mobilisasi dini, juga mengajarkan ibu untuk segera mandiri dalam memenuhi kebutuhan dasarnya dan merawat bayinya serta mencegah terjadinya thrombosis dan tromboemboli serta perawatan luka *post op section caesarea* agar tidak terjadi infeksi, teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri, serta nutrisi yang harus dikonsumsi untuk mempercepat penyembuhan luka dengan diet yang tinggi protein (Winkjosastro, 2010).

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada klien dengan diagnose medis *post op sc* dengan ketuban pecah dini diruang nifas RSUD Bangil.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien *post op sc* dengan indikasi ketuban pecah dini diruang nifas RSUD Bangil

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1.3.2.1* Melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada klien *post op sc* dengan indikasi ketuban pecah dini diruang nifas RSUD Bangil.
- 1.3.2.2* Merumuskan diagnose keperawatan pada klien *post op sc* dengan indikasi ketuban pecah dini diruang nifas RSUD Bangil.
- 1.3.2.3* Menyusun intervensi keperawatan pada klien *post op sc* dengan indikasi ketuban pecah dini diruang nifas RSUD Bangil.
- 1.3.2.4* Mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan pada klien *post op sc* dengan indikasi ketuban pecah dini diruang nifas RSUD Bangil.

1325 Melakukan evaluasi pada klien *post op sc* dengan indikasi ketuban pecah dini diruang nifas RSUD Bangil.

1326 Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien *post op sc* dengan indikasi ketuban pecah dini diruang nifas RSUD Bangil.

1.4 Manfaat Penelitian

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

1.4.1 Dari segi akademis

Diharapkan dapat sebagai sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien *post op sc* dengan indikasi ketuban pecah dini.

1.4.2 Dari segi praktis, tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi:

1421 Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit.

Hasil studi kasus ini dapat menjadi inspirasi dan perbandingan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan ketuban pecah dini dengan baik.

1422 Untuk penulis

Hasil studi ini dapat menjadi salah satu acuan bagi penulis berikutnya yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien ketuban pecah dini.

1.5 Metode Penelitian

1.5.1 Metode

Metode diskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi

kepuustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan menggunakan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1521 Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui anamnase baik dengan psien, keluarga maupun kesehatan lain.

1522 Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan reaksi, sikap, dan perilaku pasien yang dapat diamati.

1523 Pemeriksaan

Pemeriksaan meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1531 Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh dari klien.

1532 Data sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan, dan tim kesehatan lainnya.

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan merupakan mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

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

1.6.1 Bagian awal

Bagian ini memuat halaman judul, abstrak penelitian, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar table, daftar gambar, dan daftar lampiran dan abstraksi.

1.6.2 Bagian inti, terdiri dari 5 buah, yang msing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

1.621 BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan

1.622 BAB 2 : Landasan teori, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnose medis ketuban pecah dini.

1.623 BAB 3 : Hasil berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1.624 BAB 4 : Pembahasan yang berisi perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan.

1.625 BAB 5 : Kesimpulan dan saran

1.626 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teori mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan pada pasien *Post op section caesarea* atas indikasi Ketuban Pecah Dini. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada pasien *Post op Sectio Caesarea* atas indikasi Ketuban Pecah Dini. Dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

2.1 Konsep Sectio Caesarea

2.1.1 Pengertian

Section Caesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 2500 gram (Sarwono, 2010). *Sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (sarwono , 2010)

2.1.2 Etiologi

2.1.2.1 Etiologi yang berasal dari ibu.

Yaitu pada primigravida yang kelainan letak, pimi para tua disertai kelainan buruk letak ada, (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada prigmigravida, solusio plasenta tingkat 1-11, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsi atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (DM, jantung), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya).

2.1.2.2 Etiologi yang berasal ari janin

Fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolaps tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum/forceps ekstrasi, (Mulyawati, 2012).

2.1.3 Indikasi

Hanya mengelompokkan 2 kategori yaitu *emergency* dan *elective section caesarea* disebut *emergency* apabila adanya abnormalitas power atau tidak adekuatnya kontraksi uterus, “*passenger*” bila malposisi ataupun malpresentasi serta “*passenger*” bila ukuran panggul sempit atau adanya kelainan anatomi, (Mochtar, 2012).

2.1.3.1 Indikasi Ibu

- 1) Panggul sempit absolute
- 2) Plasenta previa
- 3) Rupture uteri
- 4) Disfungsi uterus
- 5) Solusio plasenta

2.1.3.2 Indikasi Janin

- 1) Letak lintang
- 2) Letak bokong
- 3) Presentasi ganda atau majemuk
- 4) Gawat janin
- 5) Ukuran janin

2.1.3.3 Indikasi ibu dan janin

- 1) *Section caesarea* dilanjutkan
 - (1) Bila janin pertama letak lintang dan presentasi bahu (*shoulder presentation*).
 - (2) Bila janin *interlock* (*locking of the twins*)
 - (3) Distosia oleh karena tumor
 - (4) Gawat janin
- 2) Riwayat *Sectio Caesarea*

Section caesarea ulangan adalah persalinan dengan *section caesarea* yang dilakukan pada seseorang pasien yang pernah mengalami *section caesarea* pada persalinan sebelumnya, elektif

maupun *emergency*. Hal ini perlu dilakukan jika ditemui hal-hal seperti : indikasi yang menetap pada persalinan sebelumnya seperti kasus panggul sempit. Adanya kekhawatiran ruptur uteri pada bekas operasi sebelumnya.

3) Preeklamsia dan Eklamsia

Preeklamsia adalah hipertensi pada kehamilan yang ditandai dengan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg setelah umur kehamilan 20 minggu, disertai dengan proteinuria ≥ 300 mg/24 jam (Nugroho, 2011). Sedangkan Eklamsia adalah keadaan ditemukannya serangan kejang tiba-tiba yang dapat disusul dengan koma pada wanita hamil, persalinan atau masa nifas yang sebelumnya menunjukkan gejala preeklamsia (Prawirohardjo, 2010).

2.1.4 Jenis-jenis operasi *section caesarea*

2.1.4.1 Abdomen (*section caesarea abdominalis*)

1) *Sectio Caesarea Abdominalis*

- 2) *Sectio Caesarea* klasik atau corporal dengan insisi memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm.

Kelebihan:

- (1) Mengeluarkan janin lebih cepat
- (2) Tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih
- (3) Sayatan bisa diperpanjang proksimal atau distal

- (4) Penjahitan luka lebih mudah
- (5) Penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik
- (6) Perdarahan kurang
- (7) Mencegah isi uterus ke rongga peritoneum
- (8) Kemungkinan ruptur uteri spontan lebih kecil

Kekurangan:

- (1) Infeksi mudah menyebar secara intraabdominal karena tidak ada reperitonealisasi yang baik.
- (2) Sering mengakibatkan ruptur uteri spontan pada persalinan berikutnya.
- (3) *Section caesarea* iskemik atau profunda atau *low cervical* dengan insisi pada segmen bawah rahim. Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konfak pada segmen bawah rahim kira-kira 10 cm.
- (4) Luka dapat melebar yang dapat menyebabkan arteri uterina putus sehingga mengakibatkan perdarahan yang banyak
- (5) Keluhan kandung kemih post operatif tinggi
- (6) *Section caesarea* ekstraperitonealis dapat dilakukan tanpa membuka peritoneum parietalis, dengan demikian tidak membuka kavum abdominal.

2.1.4.2 Vagina (*Sectio Caesarea Vaginalis*)

Menurut arah sayatan pada rahim, *section caesarea* dapat dilakukan sebagai berikut:

- 1) Sayatan memanjang (*vertical*) menurut kronik
- 2) Sayatan melintang (*transversal*) menurut Kerr
- 3) Insisi klasik
- 4) Sayatan huruf T terbalik (*T-incision*)

2.1.5 Komplikasi

2.1.5.1 Infeksi puerperal (nifas)

- 1) Ringan, kenaikan suhu beberapa hari saja
- 2) Sedang, kenaikan suhu disertai dehidrasi dan perut kembung
- 3) Berat, dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik

2.1.5.2 Perdarahan, karena:

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

2.1.5.3 Luka kandung kemih, emboli paru dan komplikasi lainnya yang jarang terjadi.

2.1.5.4 Kemungkinan re-rupture uteri atau terbukanya jahitan pada uterus karena operasi sebelumnya.

(Mochtar, 2012).

2.1.6 Masalah yang muncul

2.1.6.1 Pre operatif

Diagnose keperawatan yang muncul pada pasien Pre Operatif (Wilkinson, M. Judith, 2012) meliputi:

- 1) Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap perubahan status kesehatan, ancaman terhadap pola interaksi dengan orang yang berarti, krisis situasi atau krisis maturasi.
- 2) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan pembedahan, efek samping penanganan, factor budaya atau spiritual yang berpengaruh pada perubahan penampilan.
- 3) Koping individu berhubungan dengan perubahan penampilan, keluhan terhadap reaksi orang lain, kehilangan fungsi.
- 4) Ketakutan berhubungan dengan proses penyakit prognosis (misalnya kanker), ketidakberdayaan.
- 5) Mobilitas fisik berhubungan dengan hambatan penurunan rentan gerak, kerusakan syaraf/otot dan nyeri.

2.1.6.2 Persiapan pra bedah

- 1) Persiapan penderita
- 2) menerangkan kepada klien dan keluarga alasan dilakukan operasi untuk melahirkan janin dan pengertian serta kekuatan mental kepada mereka dalam menghadapi keadaan ini. Diterangkan pula bahwa untuk operasi ini diperlukan ijin/persetujuan klien dan keluarga.

- 3) Melakukan pengosongan kandung kencing pada pre operasi abdominal dipasang kateter menetap (*Datter catheter*)
- 4) mengosongkan isi rectum, pada plasenta previa tidak dianjurkan karena dapat menyebabkan perdarahan.
- 5) Mencukur rambut pubis daerah genitalia eksterna dan rambut daerah dinding perut pada operasi pre abdominal.
- 6) Membaringkan klien pada posisi yang dianjurkan yaitu posisi litotomi dan posisi *trendelenburg*.
- 7) Memasang infuse cairan menggunakan kanula plastic G no.16
- 8) Melakukan suci hama daerah operasi
 - (1) Daerah genitalia eksterna dan vagina dengan memakai larutan asam pikrin, larutan betadin, larutan saflon, dan sebagainya.
 - (2) Daerah dinding perut dengan larutan betadin, larutan zodium atau larutan savlon lalu dicuci lagi dengan larutan alcohol
 - (3) Persiapan kamar operasi dan alat-alat untuk operasi
 - (4) Diberitahukan kepada dokter dan paramedic yang bertugas juga bahwa ada operasi, supaya mereka menyiapkan kamar operasi atau kamar bersalin serta alat-alat yang digunakan , begitu juga dengan obat-obatan anastesi serta lampu kamar operasi disiapkan dan diperiksa

- (5) Alat-alat untuk operasi disucikan hama (*aseptic*) setelah itu disiapkan pada meja alat ditutup atau dibungkus dengan kain yang seluruhnya dalam keadaan suci hama siap pakai untuk operasi.
- (6) Juga telah disiapkan alat-alat resusitas untuk bayi yang akan dilahirkan
- (7) Pada kasus-kasus bayi resiko tinggi (*high risk baby*) hendaknya diminta bantuan kehadiran seorang ahli kesehatan anak khusus dalam bidang neonates.

2.2 Konsep Teori Ketuban Pecah Dini

2.2.1 Pengertian

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya tanpa disertai tanda inpartu dan setelah satu jam tetap tidak diikuti dengan proses inpartu sebagaimana mestinya. Sebagaimana besar pecahnya ketuban secara dini terjadi sekitar usia kehamilan 37 minggu (Manuaba, 2010).

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan setelah ditunggu satu jam belum memulainya tanda persalinan (Manuaba, 2010).

2.2.2 Etiologi

Penyebab pasti dari ketuban pecah dini ini belum jelas, akan tetapi ada beberapa keadaan yang berhubungan dengan terjadinya KPD ini, diantaranya adalah:

2.2.2.1 Trauma : amniosintesis, pemeriksaan pelvis dan hubungan seksual.

2.2.2.2 Peningkatan tekanan intrauterus, kehamilan kembar dan polihidramion.

2.2.2.3 Infeksi vagina , serviks atau kariomnionitis streptokokus, serta bakteri vagina

2.2.2.4 Selaput amnion yang mempunyai struktur yang lemah atau selaput terlalu tipis

2.2.2.5 Keadaan abnormal dari fetus seperti malpresentasi

2.2.2.6 Serviks yang inkompetensia, kanalia servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada serviks uteri (akibat persalinan atau curettage).

2.2.2.7 Multipara dan peningkatan usia ibu yang terlalu muda

2.2.2.8 Defisiensi nutrisi dan tembaga atau asam askorbat (vitamin C).

2.2.3 Manifestasi klinis

2.2.3.1 Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina.

2.2.3.2 Aroma ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan cirri pucat dan bergaris warna merah.

2.2.3.3 Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus di produksi sampai kelahiran. Tetapi bila anda duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya mengganjal atau menyumbat kebocoran untuk sementara.

2.2.3.4 Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Norma, N, dkk, 2012).

2.2.4 Patofisiologi

KPD biasanya terjadi karena berkurangnya kekuatan membran atau penambahan tekanan intrauteri ataupun oleh sebab kedua-duanya. Kemungkinan tekanan intrauteri yang kuat adalah penyebab independen dari Ketuban Pecah Dini dan selaput ketuban yang tidak kuat akibat kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi akan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban. Ketuban pecah dalam persalinan secara umum disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan berulang. Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh, bukan karena seluruh selaput ketuban rapuh. Terdapat keseimbangan antara sintesis dan degradasi ekstraselular matriks. Perubahan struktur, jumlah sel, dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah. Melemahnya kekuatan selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan

gerakan janin. Pada trimester akhir terjadi perubahan biokimia pada selaput ketuban sehingga terjadi pecah ketuban (Norma N, Dwi M, 2013).

2.2.5 Diagnosa banding

Diagnose banding yang mungkin muncul antara kasus KPD dengan kasuss lain dapat kita temukan dan kita analisis dan tanda gejala yang muncul menurut Nugroho (2011), seperti:

Tabel 2.1 Diagnosa Banding KPD (Nugroho, 2011)

Gejala dan tanda yang selalu ada	Gejala dan tanda yang kadang-kadang ada	Diagnose kemungkinan
Keluaran cairan ketuban	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketuban pecah tiba-tiba 2. Cairan tampak di introitus vagina 3. Tidak ada his dalam 1 jam 	Ketuban Pecah Dini
<ol style="list-style-type: none"> 1. Cairan vagina berbau 2. Demam atau menggigil 3. Nyeri perut 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riwayat keluarnya cairan 2. Uterus nyeri 3. DJJ cepat 4. Perdarahan pervagina sedikit 	Amniotomi
1. Cairan vagina berbau	1. Gatal	vaginitis

2. Tidak ada riwayat ketuban pecah	2. Keputihan 3. Nyeri perut 4. Disuria	
1. cairan vagina berdarah 2. cairan berupa darah dan lendir	1. nyeri perut 2. gerak janin berkurang 3. perdarahan banyak 4. pembukaan dan pendataran serviks	Perdarahan antepartum

2.2.6 Komplikasi

Komplikasi paling sering terjadi pada Ketuban Pecah Dini (KPD) sebelum usia kehamilan 37 minggu adalah sindrom distress pernapasan yang terjadi pada 10-40% bayi baru lahir. Resiko infeksi meningkat pada kejadian ketuban pecah dini. Semua ibu hamil dengan ketuban pecah dini (KPD) premature sebaiknya dievaluasi untuk kemungkinan terjadinya kariomnionitis (radang pada karion dan amnion). Selain itu, kejadian propels atau keluarnya tali pusat dapat terjadi pada ketuban pecah dini (KPD) (Rahmawati, 2009).

Resiko kecacatan dan kematian janin meningkat pada ketuban pecah dini aterm. Hipoplasia paru merupakan komplikasi fatal yang terjadi pada ketuban pecah dini kejadiannya mencapai hamper 100% apabila ketuban pecah ini terjadi pada usia kehamilan kuran dari 23 minggu.

Infeksi intrauterine, tali pusat menumbang, rematuritas, distosia (Norma, N, dkk, 2012),

2.2.6.1 Komplikasi Ibu

1) Infeksi intrapranatal dalam persalinan

Jika terjadi infeksi dan kontaksi ketuban pecah dini maka bisa menyebabkan sepsis yang selanjutnya dapat mengakibatkan angka morbilitas dan mortalitas.

2) Infeksi puerperalis/masa nifas

3) *Dry labour*/partus lama

4) Perdarahan post partum

5) Meningkatkan tindakan operatif obstetric khususnya SC

6) Morbilitas dan mortalitas maternal

2.2.6.2 Komplikasi Janin

1) Prematuritas

Masalah yang dapat terjadi pada persalinan premature diantaranya adalah respiratori distress sindrom, hipotermia, *neonatal feeding problem*.

2) *Prolaps funiculli*/penurunan tali pusat

Hipoksia dan afiksia sekunder (kekurangan oksigen pada bayi)

3) Sindrom deformitas janin

4) Morbilitas dan mortilitas perinatal

(Rahmawati, 2014)

2.2.7 Pemeriksaan penunjang

Untuk membantu dalam penegakkan diagnosa ketuban pecah dini diperlukan pemeriksaan penunjang, yaitu:

2.2.7.1 Pemeriksaan Leukosit Darah

- 1) Bila jumlah leukosit $>15.000/mm$ mungkin sudah terjadi infeksi
- 2) Pemeriksaan ultraviolet
- 3) Membantu dalam penentuan usia kehamilan, letak anak, berat janin, letak plasenta dan serta jumlah air ketuban
- 4) Nilai bunyi jantung dengan cardiografi
- 5) Bila ada infeksi urin, suhu tubuh ibu dan bunyi jantung janin akan meningkat

2.2.8 Pencegahan

2.2.8.1 Pemeriksaan kehamilan yang teratur

2.2.8.2 Kebiasaan hidup sehat, seperti mengkonsumsi makanan yang sehat, minum cukup, olahraga teratur dan berhenti merokok.

2.2.8.3 Membiasakan diri membersihkan daerah kemaluan dengan benar, yakni dari depan ke belakang, terutama setelah berkemih atau buang air besar.

2.2.8.4 Memeriksa diri ke dokter bila ada sesuatu yang tidak normal di daerah kemaluan, misalnya keputihan yang berbau atau berwarna tidak seperti biasanya.

2.2.8.5 Untuk sementara waktu, berhenti melakukan hubungan seksual bila ada indikasi yang menyebabkan ketuban pecah dini, seperti mulut rahim yang lemah

(Hamilton, 2009).

2.2.9 Penatalaksanaan

Adapun penatalaksanaan ketuban pecah dini menurut (Varney, 2009) adalah sebagai berikut:

2.2.9.1 Ukur suhu dan nadi ibu setiap 4 jam

2.2.9.2 Setelah pemantau janin elektronik, cek DJJ setiap 4 jam ketika sudah dirumah sakit

2.2.9.3 Hitung sel darah putih dengan hitung setiap hari atau setiap dua hari

2.2.9.4 Mempertahankan kehamilan sampai cukup matur

2.2.9.5 Waktu terminasi pada hamil aterm dapat dianjurkan pada selang waktu 6 Jam sampai 24 jam, bila tidak terjadi his spontan

2.2.9.6 Pada usia kehamilan 24 sampai 32 minggu saat berat janin cukup, perlu dipertimbangkan untuk melakukan indikasi persalinan, dengan kemungkinan janin tidak dapat diselamatkan. Jika persalinan menuju ke premature maka di lakukan *section caesarea*.

2.2.9.7 Pemeriksaan USG untuk mengukur distansia biparietal dan perlu melakukan aspirasi air ketuban untuk emlakukan pemeriksaan kematangan paru melalui perbandingan.

2.2.10 Dampak Masalah

Jika ibu dengan KPD ini tidak segera mendapatkan tindakan maka komplikasi dapat menimbulkan resiko infeksi seperti bisa kemungkinan terjadinya korioamnionitis (radang paa korion dan amnion). Namun masalah yang paling penting sering terjadi pada ketuban pecah dini sebelum usia kehamilan 37 minggu adalah sindrom sidtress pernapasan. Semua ibu hamil dengan ketuban pecah dini premature sebaiknya dievaluasi. Selain itu kejadian prolaps atau keluarnya tali pusat dapat terjadi pada ketuban pecah dini.

Resiko kecatatan dan kematian janin meningkat pada ketuban pecah dini preterm. Hipoplasia pare merupakan komplikasi fatal yang terjadi pada ketuban pecah dini, infeksi intrauterine, tali pusat menumpang, prematuritas, distosia (Norma N., dkk, 2012).

2.3 Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

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

2.3.1.1 Pengumpulan data

1) Identitas

- (1) Nama : dikaji untuk mengenal dan mengetahui nama pasien agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.
- (2) Umur : untuk mengetahui umur pasien, pada ibu yang sangat rentan terjadi malpresentasi janin yaitu usia 35 tahun keatas
- (3) Agama : sebagai keyakinan individu untuk proses kesembuhannya.
- (4) Suku/bangsa: mengetahui kebiasaan-kebiasaan atau adat istiadat yang mempengaruhi kesehatan
- (5) Pendidikan : dikaji untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien, semakin tinggi tingkatan pendidikan pasien semakin mudah pasien menerima informasi dari petugas kesehatan.
- (6) Pekerjaan : semakin berat pekerjaannya, resiko terjadinya Ketuban pecah Dini semakin besar.

2) Keluhan Utama

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

3) Riwayat kesehatan sekarang

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

sekarang dilakukan pengkajian serta menggambarkan kejadian sampai terjadi penyakit saat ini, dengan menggunakan metode P, Q, R, S, T, P : (Paliatif/provokatif), apakah yang menyebabkan keluhan dan memperingan serta memberatkan keluhan. Q : (Quality/kwantiti), seberapa berat keluhan dan bagaimana rasanya serta berapa sering keluhan itu muncul. R : (*Region, Radition*), lokasi keluhan diraskan dan juga arah penyebaran keluhan sejauh mana. S : (*Scale/Saverity*), intensitas keluhan yang dirasakan apakah sampai mengganggu atau tidak, dimana hal ini menentukan waktu dan durasi T : (*Timing*), kapan keluhan dirasakan, seberapa sering apakah berulang ulang, dimana hal ini menentukan waktu dan durasi (Muttaqin, 2010).

4) Riwayat kesehatan lalu

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

5) Riwayat kesehatan keluarga

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

6) Riwayat Haid

Untuk mengetahui tentang pertama kali pasien mendapatkan menstruasi, siklus, lama menstruasi, banyak menstruasi, bentuk darah

apakah cair atau menggumpal hari pertama menstruasi serta tanggal kelahiran dari persalinan

7) Riwayat perkawinan

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

8) Riwayat obstetric

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

9) Kebiasaan sehari-hari

(1) Pola nutrisi

Pola nutrisi perlu dikaji sesuai dengan kasus *section caesarea* adalah tentang mutu dari diet yang memberikan kecukupan kalori. Kecukupan protein cairan serta buah-buahan, metabolisme perlu dikaji yaitu suhu.

(2) Pola istirahat tidur

Post op section caesarea hari 0 pasien dengan kasus ini memerlukan istirahat yang cukup sedikitnya 8 jam dengan posisi pasien terlentang. Karena pada pasien *post op section caesarea* H-0 sering susah tidur dikarenakan nyeri luka post op section caesarea.

2.3.2 Pemeriksaan Fisik

2.3.2.1 Breathing (B1)

Inspeksi : bentuk dada simetris, pola nafas regular atau irregular biasanya terjadi perubahan akibat anestesi, frekuensi nafas normal 16-24x/menit.

Palpasi : apakah ada nyeri tekan pada dada, vocal premituss normal

Perkusi : resonan atau tidak

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

2.3.2.2 Blood (B2)

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

Palpasi : pulsasi kuat dibanding ictus cordis, CRT <2 detik, takikardi (jika terjadi syok akibat perdarahan post partum)

Perkusi : batas jantung normal tidak ada pembesaran jantung

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

2.3.2.3 Brain (B3)

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

2.3.2.4 Bladder (B4)

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

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

2.3.2.5 Bowel (B5)

Inspeksi : mukosa bibir lembab atau kering, bentuk simetris, ada luka *post op sc* pada abdomen bagian bawah, bentuk luka vertical panjang luka sekitar 15 cm ditutup dengan kasa steril

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

Perkusi : normal, didapat timpani apabila terdapat cairan abdomen

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

2.3.2.6 Bone (B6)

Inspeksi : ada fraktur atau tidak, ada edema apa tidak, warna kulit kemerahan atau tidak. Pergerakan pasien bebas atau terbatas.

Palpasi : ada nyeri tekan pada luka *post op sc.*

Skala kekuatan otot : adanya penurunan kekuatan otot ekstremitas bawah

2.3.2.7 Penginderaan (B7)

Inspeksi : normal, pupil isokor atau tidak, konjungtiva merah muda, dan didapati seluruh panca indra tidak menggunakan alat bantu pendukung

2.3.2.8 Endokrin (B8)

Inspeksi : ada pembesaran kelenjar tiroid atau tidak, tidak ada pembesaran kelenjar.

2.3.3 Analisa Data

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

2.3.4 Diagnosa Keperawatan

Diagnose keperawatan adalah pernyataan yang menguraikan respon actual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang

perawat mempunya izin dan berkompeten dan mengatasinya (Indriyani, 2013).

Menurut Nurarif.A.H & Kusuma. H, (2015) diagnose keperawatan yang dapat muncul pada kasus *sectio caesarea* dengan indikasi ketuban pecah dini, antara lain:

2.3.4.1 Nyeri akut berhubungan dengan luka bekas operasi pada abdomen

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

2.3.4.3 Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan kekuatan tubuh

2.3.4.4 Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan pembedahan

2.3.5 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan merupakan rencana tindakan yang akan diberikan pada klien dengan diagnose keperawatan yang telah ditentukan (Mitayani, 2012).

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

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

<p>(1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</p>	<p>2) Observasi tanda-tanda vital</p>	<p>tersebut. 2) Untuk mengetahui keadaan klien lebih lanjut</p>
<p>(2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</p>	<p>3) Pantau karakteristik nyeri dari skala nyeri</p>	<p>3) Untuk mengetahui karakteristik dan skala nyeri yang dirasakan klien</p>
<p>(3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</p>	<p>4) Ajarkan tehnik relaksasi dan distraksi</p>	<p>4) Untuk mengurangi nyeri</p>
<p>(4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p>	<p>5) Anjurkan posisi yang nyaman</p>	<p>5) Posisi yang nyaman mempengaruhi keadaan klien dalam teknik management</p>
<p>(5) wajah pasien tidak menyeringai</p>	<p>6) Kolaborasi pemberian analgetic</p>	<p>nyeri</p>
<p>(6) Adanya penurunan skala nyeri</p>	<p>6) Untuk mengurangi nyeri</p>	<p>6) Untuk mengurangi nyeri</p>
<p>(7) Tidak ada perilaku ekspresif</p>		

	<p>(8) Klien tampak rileks</p> <p>(9) Tanda-tanda vital dalam rentang normal</p> <p>1. TD : 120/80 mmHg</p> <p>2. N : 80-100 x/menit</p> <p>3. S : 36,5-37,5°C</p> <p>4. RR : 16-24 x/menit</p>		
2.	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien mampu beraktivitas kembali dengan Kriteria hasil :</p> <p>1. klien meningkat dalam aktivitas fisik</p> <p>2. mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas</p> <p>3. klien mampu memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi</p>	<p>1) Jelaskan tentang latihan ROM</p> <p>2) Ajarkan kepada pasien tentang latihan ROM</p> <p>3) Pantau kemampuan pasien dalam mobilisasi</p> <p>4) Damping dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuh</p>	<p>1) Untuk menambah pengetahuan klien</p> <p>2) Untuk mengetahui kemampuan klien dalam melakukan mobilisasi</p> <p>3) Untuk mempermudah dalam melakukan gerakan secara bertahap</p> <p>4) Untuk memantau kemampuan klien dalam mika miki dan dapat</p>

		kebutuhan ADL	membantu kebutuhan ADL klien
3.	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien dapat memenuhi kebutuhan dalam personal hygiene kembali dengan Kriteria hasil :</p> <p>1) Klien terbebas dari bau badan</p> <p>2) Menyatakan kenyamanan terhadap kemampuan untuk melakukan ADLS</p> <p>3) Klien tampak bersih</p> <p>4) Klien mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</p>	<p>1) Jelaskan kepada tentang perawatan diri yang mandiri</p> <p>2) Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan</p> <p>3) Sediakan bantuan sampai klien tidak mampu melakukannya</p> <p>4) Dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika</p>	<p>1) Untuk mengetahui kemampuan klien dalam perawatan diri</p> <p>2) Untuk mengetahui kebutuhan klien</p> <p>3) Untuk membantu klien</p> <p>4) Untuk memotivasi klien dalam melakukan perawatan diri</p>

		<p>klien tidak mampu melakukannya</p> <p>5) Anjurkan pasien untuk aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan</p>	<p>5) Untuk melatih kemampuan klien</p>
4.	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi dengan Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mampu mendeskripsikan kembali tentang penyebab infeksi Klien bebas dari tandadan gejala infeksi Tidak ada pus 	<p>1) Jelaskan pada pasien tentang penyebab infeksi</p> <p>2) Observasi tanda-tanda infeksi</p> <p>3) Dorong masukan nutrisi yang cukup</p> <p>4) Berikan perawatan luka post partum</p> <p>5) Kolaborasi</p>	<p>1) Untuk menambah pengetahuan pasien</p> <p>2) Untuk mengetahui adanya infeksi</p> <p>3) Untuk mempercepat penyembuhan penyakit</p> <p>4) Untuk mencegah adanya infeksi</p> <p>5) Untuk mencegah</p>

	4) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi	pemberian terapi antibiotic	terjadinya infeksi
--	---	-----------------------------	--------------------

2.3.6 Pelaksanaan

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat. Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain (Mitayani, 2009).

Pelaksanaan yang dilakukan menurut perencanaan adalah :

2.3.6.1 Diagnosa 1:

Implementasi :

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

2.3.6.2 Diagnosa 2:

Implementasi :

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

2.3.6.3 Diagnosa 3 :

Implementasi :

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

2.3.6.4 Diagnosa 4:

Implementasi :

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

2.3.7 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan criteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Mitayani, 2009).

Evaluasi yang didapatkan pada pasien *post op section caesarea* adalah :

2.3.7.1 Nyeri berkurang atau hilang

2.3.7.2 Tidak ada hambatan mobilitas

2.3.7.3 Pasien tidak mengalami deficit perawatan diri

2.3.7.4 Tidak ada tanda-tanda infeksi

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis *post operasi section caesarea* dengan indikasi ketuban pecah dini, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 3 Desember 2019 sampai 5 Desember 2019 dengan data pengkajian pada tanggal 3 Desember 2019 jam 18.30 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien dan status pasien.

3.1 PENGKAJIAN

Tanggal Masuk	: 3 Desember 2019	Jam Masuk	: 12.30 WIB
Ruang/Kelas	: Nifas	Kamar No.	: Mawar/Bed 6
Pengkajian Tanggal	: 3 Desember 2019	Dx Medis	: G1P0AB000

3.1.1 IDENTITAS PASIEN

Nama	: Ny. N
Umur	: 22 tahun
Suku/ Bangsa	: Jawa/ Indonesia
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMK Sederajat
Pekerjaan	: IRT

Alamat : Lekok, Pasuruan

Status perkawinan : Kawin

3.1.2 IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB

Nama : Tn. S

Umur : 25 tahun

Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Lekok, Pasuruan

Status perkawinan : Kawin

3.1.3 RIWAYAT KEPERAWATAN

3.1.3.1 Keluhan Utama : Px mengatakan nyeri pada luka jahitan operasi, nyeri dengan skala 6, nyeri ada ketika dibuat untuk bergerak, dan nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, nyeri hilang timbul.

3.1.3.2 Riwayat Masuk Rumah Sakit : Px mengatakan mengalami merembes keluar air pada vagina seperti kencing pada tanggal 2 Desember 2019 pada siang hari. Dan merasa kencing-kencing, kemudian keluarga membawa ke Bidan desa dahulu. Pada saat di bidan desa kembali ada rembesan air yang keluar dan kemudian di bawa kepuskesmas. Dan

mengalami kencang-kencang lagi dan langsung dirujuk ke RSUD Bangil pada tanggal 3 Desember 2019.

3.1.4 RIWAYAT OBSETRI

3.1.4.1 Riwayat Menstruasi

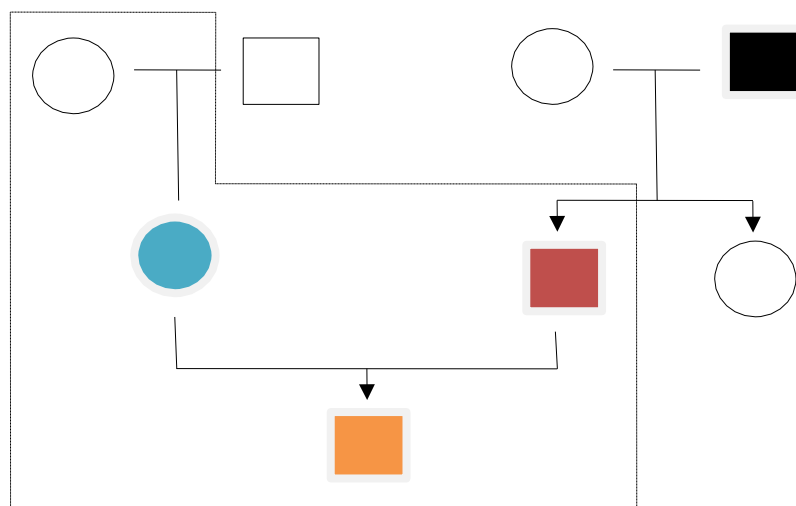
- | | | | |
|--------------|----------------------|------------|----------------|
| 1) Menarche | : pada usia 13 tahun | 4) Siklus | : 1 bln sekali |
| 2) Banyaknya | : 3x pembalut/hari | 5) Lamanya | : 8 hari |
| 3) HPHT | : 2 Maret 2019 | 6) Keluhan | : Disminore |

3.1.4.2 Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu : Tidak Ada

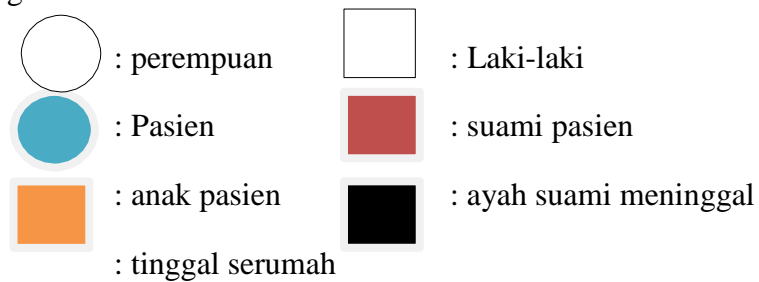
Table 3.1 riwayat kehamilan persalinan nifas yang lalu pada klien dengan diagnose medis *post op Sectio Caesarea* atau indikasi ketuban pecah dini.

Anak Ke		Kehamilan		Persalinan			Komplikasi Nifas			Anak		
No	Usia	Umur Kehamilan	Penyakit	Jenis	Penolong	Penyulit	Laserasi	Infeksi	Perdarahan	Jenis	BB	PJ
1	0 hari	37-38 minggu	Ketuban pecah dini	SC	dokter	Ketuban pecah dini	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	2500 gr	50 cm

3.1.4.3 Genogram



Keterangan :



Gambar 3.1 genogram pada klien dengan diagnose medis *post op Sectio Caesarea* dengan indikasi ketuban pecah dini.

3.1.4.4 Persalinan sekarang

1) Kala persalinan

(1) Kala I : Tidak terkaji

(2) Kala II : Tidak terkaji

(3) Kala III : Tidak terkaji

(4) Kala IV : Tidak terkaji

a) Lochea :

Jenis : () Lochea Rubra

() Lochea Sanguinolenta

() Lochea serosa

() Lochea alba

() Lochea parulenta

() Lochiotosis

Jumlah : 1 pembalut penuh, ± 250 cc

b) TFU : 2 jari dibawah pusar

c)

d) Kontraksi uterus : () Baik (-) Tidak

e) Perdarahan : (-) Ya (-) Tidak

Jumlah : Tidak ada

f) Perineum : () Rupture spontan () episiotomy

Lain-lain : tampak luka bekas operasi tertutup kassa steril

panjangnya 10 cm

(5) Keadaan bayi

a) BB : 2,5 kg

b) TB : 50 cm

c) Pusat : () Normal (-) Abnormal

d) perawatan tali pusat

() Alkohol 70%

() Betadine

() Lainnya : dengan kassa steril

e) Anus : normal

f) Suhu : 36,6°C

g) Lingkar Kepala : 33 cm

Lingkaran Sub Occipito Bregmatica : 32cm

Lingkaran Fronto Occipitalis : 34cm

Lingkaran Mentro Occipitalis : 35cm

h) Kelainan Kepala :

-

Caput Succedanum

-	Hydrocephalus
-	Cephal Hematoma
-	Microcephalus

Lain-Lain : Tidak ada

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

(7) Kesanggupan dan Pengetahuan dalam merawat bayi

- a) Merawat bayi : pasien sanggup merawat bayi sendiri
- b) Breast Care : Pasien masih belum mengetahui cara perawatan payudara dengan benar.
- c) Perineal Care : pasien mengetahui cara merawat daerah genitalia dan anus
- d) Nutrisi : pasien mengetahui tentang nutrisi yang baik untuk bayinya
- e) Senam Nifas : Tidak pernah melakukan
- f) KB : pasien melakukan KB
- g) Menyusui : pasien mengetahui cara menyusui

Lain-lain : areolla mammae hiperpigmentasi, papilla mammae menonjol, puting susu normal, payudara teraba keras.

Masalah Keperawatan : Defisiensi pengetahuan

3.1.5 Riwayat Keluarga Berencana

- 1) Melaksanakan KB : () Ya () Tidak
- 2) Bila ya jenis kontrasepsinya apa yang digunakan : KB suntik
- 3) Sejak kapan menggunakan kontrasepsi : setelah menikah selama 7 bulan lamanya, sebelum hamil
- 4) Masalah yang terjadi : tidak ada masalah

3.1.6 Riwayat Kesehatan

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

3.1.7 Riwayat Lingkungan

- 1) Kebersihan : px mengatakan dirumah selalu membersihkan pagi dan sore hari
- 2) Bahaya : tidak ada
- 3) Lainnya : tidak ada

3.1.8 Aspek Sosial

- a) Persepsi setelah melahirkan : px merasa senang dan bahagia

- b) Apakah keadaan ini menimbulkan perubahan terhadap kehidupan sehari-hari : iya, karena px akan sibuk dengan mengurus bayinya
- c) Harapan yang ibu inginkan setelah bersalin : bisa merawat bayinya dengan baik
- d) Ibu tinggal dengan siapa : px tinggal dengan suami dan ibu px
- e) Siapa anak yang terpenting bagi ibu : px mengatakan semua keluarga sangat penting
- f) Sikap anggota keluarga terhadap keadaan saat ini : sangat mendukung
- g) Keadaan mental menjadi ibu : px mengatakan akan berusaha menjadi ibu yang baik

3.1.9 Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

- a) Merokok : tidak ada
- b) Minuman Keras : tidak ada
- c) Keterangan Obat : tidak ada

3.1.10 Pemeriksaan Fisik

- a) Keadaan umum: baik Kesadaran : composmentis
- b) Tekanan darah : 120/70 mmHg Nadi : 90x/menit
- c) Respirasi : 21x/menit Suhu : 36,2°C
- d) Berat badan : 50kg
- e) Tinggi badan : 150cm

3.1.10.1 B1 (Breath)

Inspeksi : bentuk dada simetris, pola nafas teratur, tidak menggunakan alat bantu napas

Palpasi : vocal fremitus normal antara kanan dan kiri, susunan ruas belakang normal

Perkusi : resonan

Auskultasi : vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan

Lain-lain : tidak ada

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3.1.10.2 B2 (Blood)

Inspeksi : tidak ada sianosis, clubbing finger tidak ada

Palpasi : CRT <2 detik, pulsasi kuat, JVP tidak ada

Perkusi : pekak

Auskultasi : s1 dan s2 tunggal, irama jantung reguler

Lain-lain : tidak ada

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3.1.10.3 B3 (Brain)

Inspeksi : kesadaran komposmentis, GCS 4-5-6, orientasi baik, kaku kuduk tidak ada, kejang tidak ada, nyeri kepala tidak ada, pasien tampak menyeringai, istirahat/tidur dirumah 8 jam/hari, di rumah sakit 6 jam/hari

Lain-lain : tidak ada

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3.1.10.4 B4 (Bladder)

Inspeksi : bentuk kelamin normal, warna urine kuning, terpasang DC, terdapat loche rubra, terpasang pembalut, frekuensi urine ± 1000 cc

Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada uterus

Lain-lain : tidak ada

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3.1.10.5 B5 (Bowel)

Inspeksi : mulut simetris, mukosa lembab, bentuk bibir simetris, gigi bersih, tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid

Palpasi : terdapat nyeri tekan pada bekas luka post operasi, TFU 2 jari dibawah pusar,

Perkusi : normal

Auskultasi : bising usus ± 15 x/menit

Lain-lain : terdapat luka bekas operasi tertutup kassa steril sepanjang 10cm

Masalah keperawatan : nyeri akut

3.1.10.6 B6 (Bone)

Inspeksi : kulit bersih, warna kulit sawo matang, tidak ada fraktur, tidak ada oedema, ADL dilakukan diatas tempat tidur, belum bisa melakukan miring kanan miring kiri.

Palpasi : akral hangat, turgor kulit elastic

Skala kekuatan otot : adanya penurunan kekuatan otot pada ekstremitas bawah

5 5
4 4

Lain-lain : pasien tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri

Masalah keperawatan : Hambatan mobilitas ditempat tidur.

3.1.10.7 B7 (Pengindraan)

Inspeksi : pupil isokor, konjungtiva merah muda, sclera putih, ketajaman penglihatan normal, tidak menggunakan alat bantu, mukosa hidung lembab, tidak ada secret, tidak ada kelainan pada hidung, ketajaman pendengaran normal, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, perasa normal

Lain-lain : tidak ada

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3.1.10.8 B8 (Endokrin)

Inspeksi : tidak ada pembesaran tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar parotis, tidak ada pus, tidak ada luka gangrene

Lain-lain : tidak ada

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3.1.11 PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

Tabel 3.2 data penunjang pada klien dengan diagnose medis *post op section caesarea* dengan indikasi ketuban pecah dini.

Nama pasien: Ny. N

NO. RM: 00411xxx

Umur: 22 tahun

Tanggal : 3 Desember 2019

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Leukosit (WBC)	H 15,83	$\times 10^3 \mu\text{L}$	4,5-11 Nilai Kritis : ≤ 2 Or ≥ 30
Neutrofil	H 12,7	$\times 10^3 \mu\text{L}$	1,5-8,5
Limfosit	2,19	$\times 10^3 \mu\text{L}$	1,1-5,0
Monosit	H 0,8	$\times 10^3 \mu\text{L}$	0,14-0,66
Eosinofil	.0,477	$\times 10^3 \mu\text{L}$	0-0,33
Basofil	0,11	$\times 10^3 \mu\text{L}$	0-0,11
Neutrofil %	H 80,1	%	35-66
Limfosit %	L 13,8	%	24-44
Monosit %	5,2	%	3-6
Eosinofil %	0,3	%	0-3
Basofil %	0,7	%	0-1
Eritrosit (RBC)	4,931		4-5,2
Hemoglobin (HGB)	12,59	g/dL	12-16 Nilai kritis : ≤ 7 Or ≥ 21
Hematokrit (HCT)	37,1	%	33-51 Nilai kritis : ≤ 21 Or ≥ 65
MCV	75,18	fL	80-100
MCH	25,53	pg	26-34
MCHC	33,69	%	32-36
RDW	12,51	%	11,5-13,1
PLT	228	$\times 10^3 \mu\text{L}$	150-450 Nilai kritis : ≤ 50 Or ≥ 1000
MPV	9,754	fL	6,90-10,6

3.1.12 TERAPI

1) infuse RL 14 tpm / 1000cc

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 2x1 gr/Iv

antibiotic yang digunakan untuk mencegah infeksi dari operasi tertentu

b) Omeprazole 2x1 gr/Iv

Obat golongan proton pump inhibitor yang digunakan untuk menurunkan produksi asam lambung berlebih.

c) kalnex 3x1 gr/Iv

obat antifibrinolitik berfungsi untuk menghentikan perdarahan yang disebabkan oleh berbagai kondisi

d) ketorolac 3x1 gr/Iv

obat antiinflamasi nonsteroid yang digunakan untuk mengobati rasa sakit

e) metronidazole 3x1 gr/Iv

antibiotic untuk mengobati berbagai infeksi akibat bakteri

Sidoarjo, 3 Desember 2019

Diffa Khuni' Izati

ANALISA DATA

Tabel 3.3 Analisa Data pada klien dengan diagnose medis *post op section caesarea* dengan indikasi ketuban pecah dini.

Nama pasien: Ny. N

No. RM : 000411xxx

Umur: 22 tahun

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1	<p>DS :</p> <p>P : nyeri pada luka operasi</p> <p>Q : nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R : abdomen bagian bawah</p> <p>S : skala 6, nyeri</p> <p>T : hilang timbul dan ada ketika dibuat untuk bergerak.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - k/u cukup - kesadaran <p style="text-align: center;">Composmentis</p> <ul style="list-style-type: none"> - wajah tampak menyeringai - tampak ada luka 	<p style="text-align: center;">Section caesarea</p> <p style="text-align: center;">Insisi pada dinding abdomen</p> <p style="text-align: center;">Terputusnya kontinuitas jaringan</p> <p style="text-align: center;">Nyeri akut</p>	<p style="text-align: center;">Nyeri Akut</p>

2	<p>operasi dibagian abdomen bawah tertutup kassa steril sepanjang 10cm</p> <p>- TTV :</p> <p>TD : 120/70 mmHg</p> <p>N : 90x/menit</p> <p>S : 36,1°C</p> <p>RR : 21x/menit</p> <p>DS : Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri, dan dibantu oleh keluarga juga perawat</p> <p>DO :</p> <p>- Pasien belum bisa miring kanan dan kiri</p> <p>- ADL pasien dibantu keluarga dan perawat</p> <p>- Aktivitas klien</p>	<p>Sectio caesarea</p> <p>Tindakan anastesi</p> <p>Post anastesi</p>	<p>Hambatan</p> <p>Mobilitas Di tempat Tidur</p>
---	--	--	--

3	<p>diatas tempat tidur</p> <p>DS: Pasien mengatakan belum mengetahui cara merawat payudara dengan benar</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sering bertanya kepada perawat - Palpasi payudara terasa keras - Areola hiperpigmentasi - Putting susu menonjol - Putting susu normal 	<p>Kemampuan tonus otot menurun</p> <p>Kelemahan fisik</p> <p>primipara</p> <p>laktasi</p> <p>progesterone dan esterogen menurun</p>	<p>Defisiensi Pengetahuan</p>
---	---	--	-------------------------------

		prolaktin meningkat	
		isapan bayi	
		oksitosin meningkat	
		ASI tidak keluar	
		Inefektif laktasi	
		Kurang pengetahuan perawatan payudara	
		Ketidakefektifan pemberian ASI	

DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

1. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan
2. Hambatan mobilitas ditempat tidur berhubungan dengan kelemahan fisik

3. Defisiensi Pengetahuan berhubungan dengan cara perawatan payudara dengan benar

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS

1. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan
2. Hambatan mobilitas ditempat tidur berhubungan dengan kelemahan fisik
3. Defisiensi Pengetahuan berhubungan dengan cara perawatan payudara dengan benar

INTERVENSI KEPERAWATAN

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

Nama Pasien: Ny. N

No.RM : 00411xxx

Umur: 22 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. Pasien mampu menjelaskan kembali tentang penyebab nyeri 2. Pasien mau mengubah posisi dan dan melaporkan nyerinya berkurang 3. Pasien mampu mendemonstrasikan kembali tehnik relaksasi dan distraksi 4. Adanya penurunan skala nyeri 1-2 5. Pasien tampak rileks 6. Tidak ada nyeri tekan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada pasien tentang penyebab nyeri 2. Anjurkan pasien untuk mengatur posisi senyaman mungkin 3. Ajarkan tehnik relaksasi dan distraksi 4. Kaji karakteristik nyeri dari skala nyeri 5. Observasi tanda-tanda vital 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk memberikan pengetahuan kepada pasien tentang penyebab nyeri tersebut 2. Posisi yang nyaman mempengaruhi keadaan pasien dalam teknik management nyeri 3. Untuk mengurangi ketegangan dan nyeri pasien 4. Untuk mengetahui karakteristik dan skala nyeri yang dirasakan pasien 5. Untuk mengetahui keadaan klien

	<p>pada luka bekas operasi</p> <p>7. 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>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan klien mampu beraktivitas kembali dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Pasien mampu melakukan aktivitas secara mandiri</p> <p>2. Pasien mampu mobilisasi secara bertahap (miring kanan/kiri)</p> <p>3. ADL tanpa bantuan perawat dan keluarga</p>	<p>6. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik</p> <p>1. Jelaskan kepada klien tentang pentingnya mobilisasi dini</p> <p>2. Ajarkan kepada klien untuk mobilisasi dini secara bertahap</p> <p>3. Anjurkan pasien untuk miring kanan/miring kiri</p>	<p>lebih lanjut</p> <p>6. Untuk mengurangi rasa nyeri dan mempercepat proses penyembuhan</p> <p>1. Untuk menambah pengetahuan pasien</p> <p>2. Untuk mempermudah dalam melakukan gerakan secara bertahap</p> <p>3. Untuk mengetahui kemampuan klien dalam mobilisasi</p>
--	--	--	--

	<p>4. Klien mampu membolak-balikkan posisi</p> <p>5. Tanda-tanda vital dalam batas normal</p> <p>TD : 120/80 mmhg</p> <p>N : 80-100x/menit</p> <p>S : 36,5-37,5 °C</p> <p>Rr : 16-24x/menit</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan klien mengetahui cara merawat payudara dengan benar dengan Kriteria hasil :</p> <p>1. Pasien mengetahui cara merawat payudara dengan benar</p> <p>2. Pasien mampu mendemonstrasikan</p>	<p>4. Kaji kemampuan klien dalam mobilisasi</p> <p>5. Observasi tanda-tanda vital</p> <p>1. Jelaskan pada pasien tentang perawatan payudara dengan benar</p> <p>2. Ajarkan tehnik perawatan payudara dengan benar</p> <p>3. Pasien mengetahui cara merawat payudara dengan benar</p> <p>4. Kaji ulang</p>	<p>4. untuk mengetahui kemampuan klien dalam melakukan mobilisasi</p> <p>5. Untuk mengetahui keadaan klien lebih lanjut</p> <p>1. Untuk menambah pengetahuan pasien</p> <p>2. Membantu ibu dalam perawatan payudara</p> <p>3. Untuk melancarkan produksi ASI</p> <p>4. Mengidentifikasi</p>
--	--	---	---

	<p>kembali cara merawat payudara dengan 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>pengetahuan tentang perawatan payudara</p> <p>5. Observasi tanda-tanda vital</p>	<p>i tingkat pengetahuan pasien</p> <p>5. Memantau perkembangan pasien</p>
--	---	---	--

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Table 3.5 Implementasi keperawatan pada klien dengan diagnosa medis *post op sectio caesarea* dengan indikasi ketuban pecah dini.

Nama Pasien: Ny. N No.RM : 00411xxx Umur: 22 thn

No. Dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf
1.	3/12/2019	19.00	1. Menjelaskan kepada pasien tentang penyebab nyeri akibat dari tindakan pembedahan <i>post operasi sectio caesarea</i>	
		19.10	2. Menganjurkan pasien untuk mengatur posisi senyaman mungkin untuk miring kanan/miring kiri	
		19.20	3. Mengajarkan tehnik relaksasi dan distraksi dengan menarik nafas dalam dan mengajak pasien mengobrol	
		19.30	4. Mengkaji karakteristik nyeri dari skala nyeri	
		19.40	5. Mengobservasi tanda-tanda vital	

			<p>TD : 120/70 mmhg</p> <p>N : 90x/menit</p> <p>Rr : 21x/menit</p> <p>S : 36,1°C</p>	
		20.00	<p>6. Mengkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik</p> <p>1) Anbacim 2x1 gr/Iv</p> <p>2) Keterolac 3x1mg/Iv</p> <p>3) Omeprazole 2x1 mg/Iv</p> <p>4) Kalnex 3x1 mg/Iv</p> <p>5) Metroprazole 3x1mg/Iv</p>	
2.	3/12/2019	20.20	<p>1. Menjelaskan kepada klien tentang pentingnya mobilisasi dini</p>	
		20.30	<p>2. Mengajarkan kepada klien untuk mobilisasi dini secara bertahap</p>	
		20.40	<p>3. Menganjurkan pasien untuk miring kanan/miring kiri</p>	
		20.55	<p>4. Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi</p>	

		21.05	5. Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 120/70 mmhg N : 90x/menit Rr : 21x/menit S : 36,1°C	
3.	3/12/2019	21.15	1. Menjelaskan pada pasien tentang pentingnya ASI	
		21.20	2. Mengajarkan tehnik perawatan payudara dengan benar, yaitu : 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 mudah dibersihkan.	

			<p>Jangan bersihkan puting dengan alcohol atau bahan lainnya yang bisa membuat iritasi, kering dan lecet</p> <p>3) Pegang kedua puting susu lalu tarik dan putar ke arah dalam dan luar (searah dan berlawanan jarum jam).</p> <p>4) Pegang pangkal payudara dengan kedua tangan, lalu diurut ke arah puting susu sebanyak 30x sehari</p> <p>5) Pijat kedua areola mammae hingga keluar 1-2 tetes</p> <p>6) Kedua puting susu dan sekitarnya dibersihkan dengan handuk kering dan bersih</p> <p>7) Pakailah <i>Buste Houlder</i> (BH) yang</p>	
--	--	--	--	--

		21.40	<p>cukup dan bersifat menopang payudara, jangan memakai BH yang ketat dan menekan payudara.</p> <p>3. Mengkaji ulang pengetahuan tentang perawatan payudara</p>	
1.	4/12/2019	<p>14.15</p> <p>14.20</p> <p>14.25</p> <p>14.30</p>	<p>1. Mengkaji tehnik relaksasi dan distraksi dengan menarik nafas dalam dan mengalihkan dengan membaca buku</p> <p>2. Mengkaji karakteristik nyeri dari skala nyeri</p> <p>3. Mengobservasi tanda-tanda vital</p> <p>TD : 120/90 mmhg</p> <p>N : 86x/menit</p> <p>Rr : 19x/menit</p> <p>S : 36,4°C</p> <p>4. Memberikan obat sesuai</p>	

			<p>advis dokter</p> <p>1) Anbacim 2x1 gr/Iv</p> <p>2) Keterolac 3x1mg/Iv</p> <p>3) Omeprazole 2x1 mg/Iv</p> <p>4) Kalnex 3x1 mg/Iv</p> <p>5) Metroprazole 3x1mg/Iv</p>	
2.	4/12/2019	14.35	1. Mengkaji kepada klien untuk mobilisasi dini secara bertahap	
		14.40	2. Mengkaji kemampuan klien untuk miring kanan miring kiri	
		14.50	3. Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 120/90 mmhg N : 86x/menit Rr : 19x/menit S : 36,4°C	
3.	4/12/2019	15.15	1. Mengkaji ulang pengetahuan tentang perawatan payudara	

		15.25	2. Mengkaji klien untuk mempraktekkan cara perawatan patudara dengan benar	
		15.45	3. Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 120/90 mmhg N : 86x/menit Rr : 19x/menit S : 36,4°C	

CATATAN PERKEMBANGAN

Table 3.6 catatan perkembangan pada klien dengan diagnosa medis *post op sectio caesarea* dengan indikasi ketuban pecah dini.

Nama Pasien: Ny. N No.RM : 00411xxx Umur: 22 thn

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
3/12/2019	Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan	<p>S : pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi Sc</p> <p>P = nyeri pada luka bekas operasi section caesarea</p> <p>Q = seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R = abdomen bagian bawah</p> <p>S = skala nyeri 4</p> <p>T = hilang timbul, ada ketika dibuat untuk bergerak</p> <p>O : K/U cukup</p> <p>1) Wajah tampak menyeringai</p> <p>2) Tampak luka post operasi di abdomen bawah tertutup kassa steril</p>	

		<p>sepanjang 10 cm</p> <p>Ttv : TD : 120/70 mmhg</p> <p>N : 90x/menit</p> <p>Rr : 21x/menit</p> <p>S : 36,1°C</p> <p>A : nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mengkaji ulang tehnik relaksasi dan distraksi2. Kaji karakteristik nyeri dari skala nyeri3. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik<ol style="list-style-type: none">1) Anbacim 2x1 gr/Iv2) Keterolac 3x1 mg/Iv3) Omeprazole 2x10 mg4) Kalnex 3x1 mg5) Metroprazole 3x1 mg <p>S : Pasien mengatakan sedikit</p>	
--	--	---	--

3/12/2019	<p>Hambatan Mobilitas di tempat tidur berhubungan dengan kelemahan</p>	<p>sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri</p> <p>O : K/U Cukup</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Aktivitas pasien masih dibantu oleh keluarga dan perawat 2) Pasien sudah bisa miring kanan/kiri secara bertahap 3) Kekuatan otot 5 5 4 4 <p>Ttv : TD : 120/70 mmhg</p> <p>N : 90x/menit</p> <p>Rr : 21x/menit</p> <p>S : 36,1°C</p> <p>A : hambatan mobilitas di tempat tidur belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji ulang kepada klien untuk mobilisasi dini secara bertahap 2. Mengkaji ulang pasien 	
-----------	--	--	--

3/12/2019	Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan cara perawatan payudara dengan benar	<p>untuk miring kanan dan miring kiri.</p> <p>S : Pasien mengatakan belum mengetahui cara merawat payudara dengan benar</p> <p>O : K/U Cukup</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Areola hiperpigmentasi 2) Palpasi payudara teraba keras 3) Putting susu menonjol <p>A : defisiensi pengetahuan belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji ulang klien melakukan perawatan payudara dengan benar 2. Mengkaji ulang pengetahuan tentang perawatan payudara 	
-----------	--	---	--

4/12/2019	<p>Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan</p>	<p>S : pasien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>P = nyeri pada luka bekas operasi section caesarea</p> <p>Q = seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R = abdomen bagian bawah</p> <p>S = skala nyeri 3</p> <p>T = hilang timbul, ada ketika dibuat untuk bergerak</p> <p>O : K/U cukup</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Wajah tampak rileks 2) Tampak luka post operasi di abdomen bawah tertutup kassa steril sepanjang 10 cm <p>A : nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji ulang tehnik relaksasi dan distraksi 2. Kaji karakteristik nyeri 	
-----------	---	---	--

	<p>Hambatan mobilitas ditempat tidur berhubungan dengan kelemahan fisik</p>	<p>dari skala nyeri</p> <p>S : Pasien mengatakan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>O : K/U Cukup</p> <p>1) Pasien sudah bisa melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>2) Pasien sudah bisa miring kanan/kiri secara bertahap 5 5</p> <p>3) Kekuatan otot 5 5</p> <p>A : hambatan mobilitas ditempat tidur belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji ulang kepada klien untuk mobilisasi dini secara bertahap 2. Mengkaji ulang pasien untuk miring kanan dan miring kiri. <p>S : Pasien mengatakan belum</p>	
--	---	---	--

4/12/2019	<p>Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan cara perawatan payudara dengan</p>	<p>mengetahui cara merawat payudara dengan benar</p> <p>O : K/U Cukup</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Areola hiperpigmentasi 2) Putting susu menonjol <p>A : defisiensi pengetahuan belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji ulang klien melakukan perawatan payudara dengan benar 2. Mengkaji ulang pasien tentang penyingnya ASI 	
-----------	---	---	--

4/12/2019	benar		
-----------	-------	--	--

EVALUASI

Table 3.7 Evaluasi keperawatan pada klien dengan diagnosa medis *post op sectio caesarea* dengan indikasi ketuban pecah dini.

Nama Pasien: Ny. N No.RM : 00411xxx Umur: 22 thn

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi	Paraf
5/12/2019	1. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya	S : pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan operasi berkurang O : 1) K/U : baik	

5/12/2019	<p>kontinuitas jaringan</p> <p>2. Hambatan mobilitas di tempat tidur berhubungan dengan kelemahan</p>	<p>2) Pasien tampak rileks</p> <p>3) Skala nyeri 3</p> <p>4) Tampak luka bekas operasi post op sc tertutup kassa streil sepanjang 10 cm</p> <p>5) TTV</p> <p>TD : 110/70</p> <p>N : 88x/menit</p> <p>Rr : 19x/menit</p> <p>S : 36,2°C</p> <p>A : nyeri akut teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan, pasien pulang</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah mampu melakukan aktivitas mandiri secara bertahap</p> <p>O :</p> <p>1) K/U baik</p> <p>2) Pasien melakukan aktivitas tanpa bantuan</p>	
-----------	---	--	--

	<p>fisik</p> <p>3. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan cara perawatan</p>	<p>keluarga dan perawat</p> <p>3) Kekuatan otot 5 5 5 5</p> <p>4) TTV : TD : 110/70 mmhg N : 88x/menit Rr : 19x/menit S : 36,2°C</p> <p>A : hambatan mobilitas ditempat tidur teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan, pasien pulang</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah mengetahui cara melakukan perawatan payudara dengan benar</p> <p>O : 1) K/U Cukup 2) Pasien mengerti tentang pentingnya ASI 3) Pasien sudah paham dengan cara perawatan payudara dengan benar</p> <p>A : defisiensi pengetahuan</p>	
--	---	---	--

5/12/2019	payudara dengan benar	teratasi P : Intervensi dihentikan, pasien pulang	
-----------	--------------------------	---	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dijelaskan kesenjangan antara teori dan asuhan keperawatan secara langsung pada Ny. N dengan diagnose medis G1P0AB000 KPD hari ke-0 diruang mawar merah 6 Rumah Sakit Bangil Pasuruan yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

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

Pada tahap pengkajian identitas dari tinjauan pustaka didapatkan usai bisa mempengaruhi, karena semakin tuanya umur resiko terjadinya komplikasi pada kehamilan semakin tinggi (Muttaqin, 2010). Sedangkan pada tinjauan kasus usia tidak mempengaruhi, dikarenakan usia sang ibu masih muda 22 tahun, dan komplikasi pada ibu juga tidak ada. 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 didapatkan keluhan nyeri yang disebabkan oleh trauma pembedahan (Muttaqin, 2009). Sedangkan pada

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

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

4.2 Riwayat keperawatan

Pada pemeriksaan fisik menurut Mitayani (2009) pada tinjauan pustaka didapatkan hasil pengkajian B1 (Breathing) yaitu pada inspeksi : ditemukan bentuk dada simetris, pola nafas regular atau irregular biasanya terjadi perubahan akibat anestesi, frekuensi nafas normal 16-24x/menit, Pada palpasi : ditemukan apakah ada nyeri tekan pada dada, vocal premituss normal. Pada perkusi : resonan atau tidak. Pada auskultasi : normal suara nafas vesikuler, bagaimana suaranya apakah terdapat suara nafas tambahan, tidak ada ronkhi atau wheezing. 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, Tidak ada perbedaan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus karena pemeriksaan fisik yang dilakukan pada keduanya hasilnya sama.

Pada pemeriksaan fisik menurut Mitayani (2009) pada tinjauan pustaka didapatkan hasil pengkajian B2 (Blood) yaitu pada inspeksi : pasien terlihat pucat, konjungtiva anemis, anemia mungkin terjadi karena perdarahan selama proses persalinan sehingga ibu kehilangan darah selama prosedur pembedahan. Pada palpasi : pulsasi kuat dibading ictus cordis, CRT <2 detik, takikardi (jika terjadi syok akibat perdarahan post partum). Pada perkusi : batas jantung normal tidak ada pembesaran jantung. Pada auskultasi : S1 dan S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan. Tekanan darah sistol 110-140 diastol 60-90 mmHg. Pada tinjauan kasus didapatkan data yaitu Inspeksi : tidak ada sianosis, clubbing finger tidak ada, Palpasi : CRT <2 detik, pulsasi kuat, JVP tidak ada. Perkusi : pekak, Auskultasi : s1 dan s2 tunggal, irama jantung regular. 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.

Pada pemeriksaan fisik menurut Mitayani (2009) pada tinjauan pustaka didapatkan hasil pengkajian B3 (Brain) yaitu pada Inspeksi : kesadaran komposmentis, GCS 4-5-6, orientasi baik, kaku kuduk tidak ada, kejang tidak ada,

nyeri kepala tidak ada, pasien tampak menyeringai, istirahat/tidur dirumah 8 jam/hari, di rumah sakit 6 jam/hari. 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 : 6 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.

Pada pemeriksaan fisik menurut Mitayani (2009) pada tinjauan pustaka didapatkan hasil pengkajian B4 (Bladder) yaitu pada inspeksi : biasanya terpasang kateter, urine jernih, bau khas amoniak, pemeriksaan pengeluaran lochea, warna, bau dan jumlahnya. Pada palpasi : nyeri tekan uterus yang mungkin ada, penggunaan alat bantu kateter untuk membatasi aktifitas pasien ke toilet berhubungan untuk mengurangi rasa nyeri *post op sc*. Pada perkusi tidak ditemukan masalah, dan auskultasi juga tidak ada masalah. 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 : 1000 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*

Pada pemeriksaan fisik menurut Mitayani (2009) pada tinjauan pustaka didapatkan hasil pengkajian B5 (Bowel) pada inspeksi : mukosa bibir lembab atau kering, bentuk simetris, ada luka *post op sc* pada abdomen bagian bawah, bentuk luka vertical panjang luka sekitar 15 cm ditutup dengan kasa steril. Pada palpasi : ada nyeri tekan pada luka *post op sc* yaitu pada perut bagian bawah. Pada perkusi : normal, didapat timpani apabila terdapat cairan abdomen. Pada auskultasi : bising usus menurun 1-5x/menit akibat efek anastesi sehingga terjadi konstipasi. Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan data yaitu Inspeksi : Mulut Simetris, Mukosa Lembab, Bibir normal, Gigi bersih, 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. Tidak ada perbedaan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus karena pemeriksaan fisik yang dilakukan pada keduanya hasilnya sama.

Pada pemeriksaan fisik menurut Mitayani (2009) pada tinjauan pustaka didapatkan hasil pengkajian B6 (Bone) pada inspeksi : ada fraktur atau tidak, ada edema apa tidak, warna kulit kemerahan atau tidak. Pergerakan pasien bebas atau terbatas. Pada palpasi : ada nyeri tekan pada luka *post op sc*. Pada skala kekuatan otot : adanya penurunan kekuatan otot ekstremitas bawah. Sedangkan pada tinjauan kasus didapati Inspeksi : kulit bersih, warna kulit sawo matang, areolla mammae hiperpigmentasi, papilla mammae menonjol, tidak ada fraktur, tidak ada oedema Palpasi : akral hangat, turgor kulit elastic Skala kekuatan otot : adanya penurunan

kekuatan otot pada ekstremitas bawah. Tidak ada perbedaan pada tinjauan kasus dan tinjauan pustaka karena pemeriksaan fisik yang dilakukan pada keduanya hasilnya hampir sama.

Pada pemeriksaan fisik menurut Mitayani (2009) pada tinjauan pustaka didapatkan hasil pengkajian B7 (Pengindraan) pada Inspeksi : Pupil Isokor , Reflek cahaya Normal, Seclera Putih, Tidak ada Palpebra , Tidak ada Strabismus, Ketajaman pengelihatian 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 pengelihatian 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.

Pada pemeriksaan fisik menurut Mitayani (2009) pada tinjauan pustaka didapatkan hasil pengkajian B8 (Endokrin) didapatkan data Inspeksi : tidak ada Luka gangrene, Palpasi : tidak ada Pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada Pembesaran kelenjar parotis,Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan data yaituInspeksi : 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.

4.3 Diagnosa keperawatan

4.3.1 Antara lain :

4.3.1.1 Nyeri akut berhubungan dengan luka bekas operasi pada abdomen

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

4.3.1.3 Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan kekuatan tubuh

4.3.1.4 Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan pembedahan

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

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

4.3.2.1 Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan

4.3.2.2 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri terputusnya kontinuitas jaringan

4.3.2.3 Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurangnya 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 trauma jaringan pembedahan (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 6, wajah pasien tampak menyeringai.

Pada tinjauan pustaka didapatkan diagnose hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik (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 tidakan 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 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, biasanya 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 Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya sumber informasi tentang perawatan payudara dengan kurangnya informasi disebabkan karena kurangnya pengetahuan ibu tentang merawat payudara dengan benar.

Pada tinjauan pustaka menurut Nurarif.A.H & Kusuma. H, (2015) ditentukan 4 diagnosa keperawatan yaitu : Nyeri akut berhubungan dengan luka bekas operasi pada abdomen, Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada abdomen *post sc*, Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan kekuatan tubuh, Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan 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.

4.4 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 tertusuk-tusuk, nyeri di area perut bawah, nyeri semakin terasa saat di buat gerak dengan skala 6 ,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 sesuai dengan advis dokter sangat baik untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien. Selain itu, pasien juga diajarkan tehnik relaksasi dan distraksi untuk mengalihkan rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien. Dengan demikian diharapkan pasien dapat mengontrol nyeri bila seaktu-waktu nyeri terasa dan pasien merasakan nyerinya sudah semakin berkurang.

Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akibat tindakan pembedahan. 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 membantu pasien segera bisa melakukan aktivitas mandiri tanpa bantuan perawat dan keluarga.

Ketidakefektifan pemberian asi berhubungan dengan kurangnya 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 putting susu. Dengan data obyektif yaitu Asi belum keluar, Pasien sering bertanya tentang bagaimana agar ASI bisa keluar, Areola hiperpigmentasi, Palpasi payudara teraba keras, Putting 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, 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 harus dilakukan, apabila klien pertama kali dalam melahirkan dan menyusui. Dengan informasi yang disampaikan diharapkan klien dapat kooperatif dan melakukan perawatan payudara dengan benar. Agar asi dapat keluar dengan lancar dan dapat disusukan kepada bayi.

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.

4.5 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 menganjurkan pasien untuk membaca Koran atau majalah, Mengkaji karakteristik nyeri dari skala nyeri, Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 120/70 mmhg, N : 90x/menit, Rr : 21x/menit, S : 36,1°C, Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik Anbacim 2x1, ketorolac 3x1, omeprazole 2x1, kalnex 3x1, metroprazole 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 sesuai dengan advis dokter sangat baik untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien. Selain itu, pasien juga diajarkan tehnik relaksasi dan distraksi untuk mengalihkan rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien. Dengan demikian diharapkan pasien dapat mengontrol nyeri bila seaktu-waktu nyeri terasa dan pasien merasakan nyerinya sudah semakin berkurang.

Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akibat proses pembedahan 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, Menganjurkan pasien untuk miring kanan/miring kiri, Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi, Mengobservasi tanda-tanda vital, TD : 120/70 mmhg, N : 90x/menit, Rr : 21x/menit, S : 36,1°C. Menurut opini penulis mobilisasi dini secara bertahap dapat membantu pasien segera bisa melakukan aktivitas mandiri tanpa bantuan perawat dan keluarga, dengan cara berbaring 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

teknik 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 Houlder* (BH) yang cukup dan bersifat menopang payudara, jangan memakai BH yang ketat dan menekan payudara, Menganjurkan 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 : 120/70 mmhg, N : 90x/menit, Rr : 21x/menit, S : 36,1°C. Menurut opini penulis pemberian informasi mengenai perawatan payudara post sectio caesarea harus dilakukan, apabila klien pertama kali dalam melahirkan dan menyusui. Dengan informasi yang disampaikan diharapkan klien dapat kooperatif dan melakukan perawatan payudara dengan benar. Agar asi dapat keluar dengan lancar dan dapat disusukan kepada bayi.

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

4.6 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 nyeri akibat tindakan pembedahan 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 15-20 menit untuk melakukan penyuluhan. Dari hasil penyuluhan dalam waktu 15-20 menit pasien sedikit paham dan tau tentang perawata 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. N SUDAH SESUAI dengan harapan masalah teratasi dan pasien KRS pada tanggal 05 Desember 2019 jam 13.55 WIB.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. N secara langsung pada pasien dengan diagnose medis G1P0AB000 KPD hari ke-0 diruang nifas RSUD 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 ketuban pecah dini.

5.1 Simpulan

Dari hasil yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien Ny. N dengan diagnose medis G1P0AB000di ruang nifas Rumah Sakit Bangil Pasuruan, penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1 Pengkajian sangat penting pada pasien post op section caesarea indikasi ketuban pecah dini yang perlu diperhatikan saat pengkajian adalah nyeri pada daerah abdomen agar tidak bertambah. Pada pasien dengan post section caesarea indikasi ketuban pecah dini patologis hal yang perlu diperhatikan adalah pengkajian pada pemeriksaan fisik yaitu seperti payudara bertambah besar, kontraksi uterus baik/keras, terdapat lochea rubra.

5.1.2 pada pasien dengan post section caesarea indikasi ketuban pecah dini 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.

5.1.3 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.

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

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

5.2 Saran

Berlatarbelakang dari kesimpulan diatas penulis memeberikan saran sebagai berikut :

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

5.2.2 Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya lebih berpotensi dengan memiliki pengetahuan da keterampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien *post section caesarea* indikasi ketuban pecah dini patologis

5.2.3 Untuk peningkatan mutu asuhan keperawatan sebaiknya diadakan suatu seminar atau penyukuhan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien tentang *post section caesarea* seperti penyuluhan tentang perawatan

luka *section caesarea*, perawatan payudara, cara perawatan bayi, cara menyusui dan lain sebagainya

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

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

DAFTAR PUSTAKA

- DeCherney. 2007. *Operative delivery. In : Current Diagnosis and Treatment Obstetrics & Gynecologist. 10th edition.* New York : McGraw Hill Companies.
- Depkes RI. 2015. *Riset Kesehatan Dasar.* Jakarta: Badan Penelitian dan pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Fatikah S. 2015. *Study Kasus Ibu dengan Ketuban Pecah Dini.* <http://sitifatikah94.blogspot.co.id/>. Html. Diakses pada tanggal 2 Agustus 2019.
- Hamilton, C. 2009. *Panduan Praktek Obstetri dan Ginekologi.* Jakarta: EGC
- Heryani Reni. 2010. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Dan Menyusui.* Jakarta : Trans Info Media (Tim)
- Indriyani, 2013. *Aplikasi Konsep dan Teori Keperawatan Maternitas Postpartum dengan kematian janin.* Ar-ruzz Media. Jogjakarta
- Manuaba, IBG. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan.* Edisi kedua. Jakarta: EG
- Mitayani. 2009. *Asuhan Keperawatan Maternitas.* Salemba Medika Jakarta.
- Mochtar R, 2012. *Sinopsis Obstetric Fisiologi dan Patologi jilid 1.* Jakarta : Penerbit buku kedokteran EGC
- Mulyawati I, DKK. 2012. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tindakan Persalinan Melalui Operasi Sectio Caesarea.* Jurnal Kesehatan Masyarakat.
- Norma, E; Febriani, I; Zahro, F; dan Utari, R. 2012. *Cakupan Kunjungan Pertama Ibu Hamil Pada Pelayanan Antenatal Care.* Jurnal Ilmiah Mahasiswa. Volume 02 Nomor 01.
- Norma N, Dwi M., 2013. *Asuhan Kebidanan: Patologi Teori dan Tinjauan Kasus.* Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nugroho, T. 2011. *Asuhan Keperawatan Maternitas, Anak, Bedah Dan Paenyakit Dalam.* Yogyakarta : Nuha Medika
- Nugroho T, 2012. *Obstetri Dan Ginekologi.* Yogyakarta: Nuha Medika
- Nurarif.A.H. & Kusuma. H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC* 98. Jogjakarta: MediaAction
- Prawirohardjo, Sarwono. 2010. *Buku TUGAS Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal.* Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Rahmawati. 2009. *Perawatan Masa Nifas.* Yogyakarta: Fitramaya
- Rahmawati, Lusa. 2014. *Pertumbuhan dan Perkembangan Janin dalam Kandungan Asuhan Kebidan I*, www.lusa.web.id. Diakses pada tanggal 3 Agustus 2019

- (Rekam medic RSUD Denisa, 2018). *Angka kejadian Ketuban Pecah Dini*. Diakses dari journal.umpo.ac.id/index.php/IJHS/article/view/1609, pada tanggal 2 Agustus 2019.
- Rheldayani (2014) dan Faiz (2013). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka.
- Saifuddin, A.. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo
- Sarwono, 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : PT. Bina Pustaka
- Sulistiyawati. A. 2009. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta:Salemba Medika
- Varney, 2009. *Buku ajar asuhan kebidanan* : Jakarta : ECG
- WHO. 2014. *Levels and Trend Maternal Mortality Rate*. Geneva, 7
- Wiknjosastro. 2010. *Ilmu kandungan. Edisi 3*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Wilkinson, Judith M. 2012. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Jakarta : EG

INFORMED CONCENT

Judul“ Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Diagnosa Medis Post *Sectio Caesarea* dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini di RSUD Bangil Pasuruan ”

Tanggal pengambilan studi kasus.....bulan.....Tahun.....

Sebelum tanda tangan di bawah, saya telah mendapatkan informasi tentang tugas pengambilan studi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa yang bernama Diffa Khuni' Izati proses pengambilan studi kasus ini dan saya mengerti semua yang telah dijelaskan tersebut.

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

Saya Ny. N dengan ini saya memberikan kesediaan setelah mengerti semuanya yang telah dijelaskan oleh peneliti terkait 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.....*Diring*..... Partisipan

(.....*Nihayati*.....)

Tanda Tangan.....*Samsul*..... Saksi

(.....*Samsul*.....)

Tanda Tangan.....*Diffa Khuni' Izati*..... Peneliti

(.....*Diffa Khuni' Izati*.....)



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 : 51/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.	Diffa Khunir Izati	1701057	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Post Op SC dengan Indikasi KPD

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 Sunistyowati, 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 : 445.1/3091.08/424.202/2019
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 : DIFFA KHUNI'IZATI
NIM : 1701057
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosis Medis *Post Sectio Caesarea* dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) 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.



DIDIK MARIYONO, SKM.
Penata Tingkat I

NIB 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



Bangil, 21 November 2019

Nomor : 445.1/3128.08/424.202/2019
Lampiran : -
Hal : Persetujuan Penelitian

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

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

Nama : DIFFA KHUNIZATI
NIM : 1701057
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosis Medis *Post Sectio Caesarea* dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

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

Dengan ketentuan :

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

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

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

u.b.
Kasi Diklat

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

Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Ruang Nifas
2. Yang bersangkutan.

SATUAN ACARA PENYULUHAN PERAWATAN PAYUDARA PADA Ny. N

Pokok bahasan : Perawatan Payudara

Sub pokok bahasan : 1. Pengertian perawatan payudara

2. Tujuan perawatan payudara

3. Manfaat perawatan payudara

4. Masalah yang timbul Jika tidak dilakukan perawatan payudara

5. Menyebutkan peralatan untuk perawatan payudara

6. Memperagakan cara perawatan payudara dengan benar

Hari/tanggal : Rabu, 4 Desember 2019

Tempat : Ruang Nifas Rsud Bangil Pasuruan

Waktu : 10.00 WIB

Sasaran : Ny N Di Ruang Nifas Mawar Merah No 6

I. Tujuan Instruksional Umum

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

II. Tujuan Instruksional Khusus

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

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

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

III. Materi

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

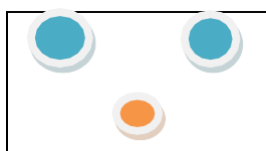
IV. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab
3. Demonstrasi

V. Kegiatan Penyuluhan :

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

VI. Isi Materi : Setting Ruangan



Keterangan :  Ny. N dan Suami
 Mahasiswi

VII. Evaluasi

1. Evaluasi struktur

2. Ibu / Ny N

3. Evaluasi proses :

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

4. Evaluasi hasil

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

MATERI PENYULUHAN PERAWATAN PAYUDARA

1. Pengertian

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

2. Manfaat

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

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

3. Tujuan

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

4. Akibat jika tidak dilakukan perawatan payudara

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

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

5. Peralatan untuk perawatan payudara

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

6. Cara perawatan payudara

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

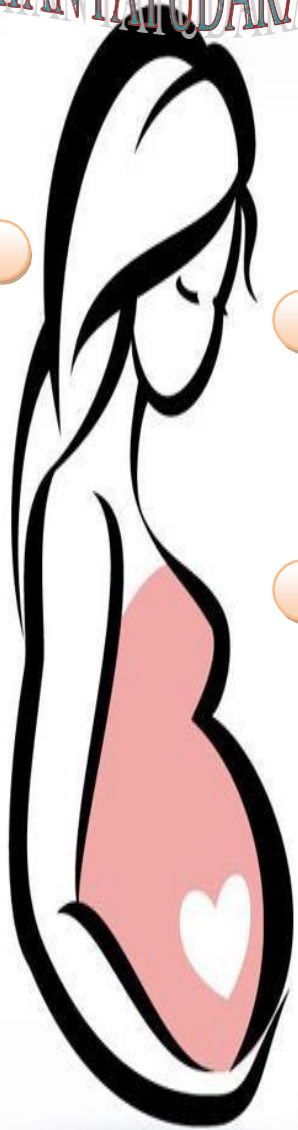
Jika terjadi bendungan ASI lakukan :

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

DAFTAR PUSTAKA

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

PERAWATAN PAYUDARA



*Akademi Keperawatan
Kerta Cendekia
Sidoarjo*

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 Houlder* (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 menyusu, ASI lama keluar, Produksi ASI terbatas, Pembengkakan pada payudara, Payudara meradang, Payudara kotor, Ibu belum siap menyusui, Kulit payudara terutama puting akan mudah lecet



