

LAPORAN KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS
PADA NY.F *POST SECTIO CAESAREA* ATAS INDIKASI
CEPHALOPELVIC DISPROPORTION* DAN NY. R *POST
***SECTIO CAESAREA* ATAS INDIKASI ANEMIA DI RUANG**
MELATI RSUD DR.CHASSBULLAH ABDUL MAJID
KOTA BEKASI



Disusun Oleh

Siti Fatimah

221560311092

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA
BEKASI 2022

**LAPORAN KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS
PADA NY.F *POST SECTIO CAESAREA* ATAS INDIKASI
CEPHALOPELVIC DISPROPORTION DAN NY. R *POST
SECTIO CAESAREA* ATAS INDIKASI ANEMIA DI RUANG
MELATI RSUD DR.CHASSBULLAH ABDUL MAJID**

KOTA BEKASI

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DIAJUKAN SEBAGAI SALAH SATU SYARAT UNTUK

MEMPEROLEH GELAR NERS



Disusun Oleh

Siti Fatimah

221560311092

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA
BEKASI 2022**

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama Mahasiswa : Siti Fatimah, S.Kep

NPM : 211560311092

Program Studi : Profesi Ners

Dengan Ini Menyatakan Bahwa Karya Ilmiah Akhir Dengan Judul Laporan Kasus Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny. R *Post Sectio caesarea* Atas Indikasi Anemia Dan Ny.F *Post Sectio caesarea* Atas Indikasi Cephalopelvic Disproportion Di Ruang Melati Rsud Dr. Chassbullah Abdul Majid Kota Bekasi. Adalah Benar Merupakan Hasil Karya Sendiri Dan Bukan Merupakan Jiplakan Maupun Mengcopy Sebagian Dari Hasil Karya Orang Lain.

Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Bekasi, 18 januari 2023

Yang Menyatakan



89CAKX597644243

Siti Fatimah

LEMBAR PERSETUJUAN

**Karya Ilmiah Akhir ini Telah Diperiksa Oleh Preseptor satu dan Preseptor dua Dan
Disetujui Untuk Melaksanakan Seminar**

Bekasi, 18 Januari 2023

Menyetujui,

Penguji I



Ernauli Meliana, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIDN. 0020057201

Penguji II



Dinda Nur Fajri HB, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIDN.0301109302

Mengetahui :

Kepala Program Studi Keperawatan

(S1 dan Profesi Ners)



Kiki Deniati, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIDN.0316028302

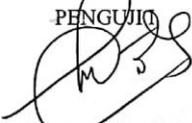
LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Siti Fatimah, S.Kep
NPM : 22.156.03.11.092
Program Studi : Profesi Ners
Judul Karya Ilmiah Akhir : LAPORAN KASUS ASUHAN KEPERAWATAN
MATERNITAS PADA NY.R *POST SECTIO
CAESAREA* ATAS INDIKASI ANEMIA DAN
NY.F *POST SECTIO CAESAREA* ATAS INDIKASI
CEPHALOPELVIC DISPROPORTION DI
RUANG MELATI DI RSUD CHASBULLAH
ABDUL MAJID KOTA BEKASI TAHUN 2022

Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada Tanggal 18 Januari 2023

PENGUJI I


Ermauli Meliyana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0020057201

PENGUJI II


Dinda Nur Fajri HB, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN. 0301109302

Wakil Ketua I Bidang Akademik
Keperawatan
STIKes Medistra Indonesia

Puri Kresnawati, SST.,M.KM
NIDN. 0309049001

Kepala Program Studi Ilmu (S1)
dan Pendidikan Profesi Ners


Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0316028302

Ketua STIKes Medistra Indonesia

Dr. Lenny Irmawati Sirait, SST.,M.Kes
NIDN. 0319017902

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkah dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul “Laporan Kasus Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.F *Post Sectio caesarea* Atas Indikasi *Cephalopelvic Disproportion* Dan Ny.R *Post Sectio caesarea* Atas Indikasi Anemia Di Ruang Melati Rsud Dr.Chassbullah Abdul Majid Kota Bekasi.” sesuai dengan harapan. Penulisan Tugas Akhir yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar profesi keperawatan (Ners) pada Program Studi Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia. Penulis menyadari bahwa Tugas Akhir ini masih jauh dari kata kesempurnaan, oleh sebab itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak. Selesaiannya Tugas Akhir ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini penulis dengan segala kerendahan hati dan penuh rasa hormat mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan moril maupun materil secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis dalam penyusunan Tugas Akhir ini hingga selesai, terutama kepada yang saya hormati:

1. Usman Ompusunggu, S.E., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Saver Mangadar Ompusunggu SE selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
3. Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes., selaku Ketua STIKes Medistra Indonesia
4. Puri Kresnawati, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik
5. Sinda Ompusunggu, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Keuangan
6. Hainun Nisa, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni
7. Kiki Deniati, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Kepala Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKes Medistra Indonesia
8. Nurti Y.K.Gea S.Kep.,Ns.,M.Kep SP.,Kep A , selaku Koordinator Profesi Ners
9. Ernauli Meliyana S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Dosen Penguji
10. Dinda Nur Fajri Hidayati Bunga S.Kep., Ners., M.Kep Selaku Dosen Pembimbing

11. Seluruh dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang tidak bisa disebutkan satu persatu
12. Orang tua dan kakak tercinta, yang telah memberikan dukungan baik moril maupun material terutama doa yang tiada henti-hentinya sehingga penulis dapat berjalan sejauh ini.
13. Sahabat seperjuangan Fitria, Mutia, Keluarga SIHEN, Barudak Kosan Sholehot, Anak Kosan Bu Noneng, yang telah memberikan do'a dan dukungan sehingga dapat menyelesaikan karya ilmiah ini.
14. Hendriyana, yang telah menemani dan memberikan doa serta dukungan sehingga dapat terselesaikan karya ilmiah ini.
15. Rekan – rekan seperjuangan kelas profesi Ners angkatan XI STIKes Medistra Indonesia yang telah banyak memberikan kenangan, pengalaman, dan dukungan yang luar biasa serta motivasi untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners

Dalam hal ini penulis menyadari, bahwa penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih jauh dari kesempurnaan. Maka kepada para pembaca khususnya mahasiswa Program Studi Profesi Ners dan umumnya kepada seluruh mahasiswa STIKes Medistra Indonesia. Jika ada kesalahan dan kekeliruan dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis mohon kesediannya untuk memberikan kritik dan saran yang konstruktif, serta motivasi-motivasi yang membangun.

DAFTAR ISI

Contents

LEMBAR PERNYATAAN	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS .	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR.....	5
DAFTAR ISI.....	7
DAFTAR TABEL	9
DAFTAR SKEMA	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR LAMPIRAN	Error! Bookmark not defined.
BAB I PENDAHULUAN	10
A. Latar belakang.....	10
B. Rumusan Masalah.....	13
C. Tujuan Penulisan.....	14
D. Manfaat Penulisan.....	15
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	15
A. Konsep Dasar Teori Sectio Cesarea.....	16
1. Pengertian	16
2. Etiologi.....	16
3. Klasifikasi	17
4. Patofisiologi.....	18
5. Pathway.....	19
6. Manifestasi klinis	20
7. Faktor risiko	20
8. Pemeriksaan Penunjang	21
9. Komplikasi.....	22
10. Penatalaksanaan	22
B. Konsep Teori Anemia	24
1. Pengertian	24
2. Etiologi.....	25
3. Patofisiologi.....	25

4. Manifestasi Klinis	26
5. Komplikasi.....	26
A. Konsep Teori CPD.....	27
1. Pengertian	27
2. Etiologi.....	27
3. Patofisiologi	28
4. Manifestasi klinis	28
5. Komplikasi.....	28
BAB III.....	30
LAPORAN KASUS	30
A. Pengkajian.....	30
B. Analisa Data	40
C. Diagnosa Keperawatan.....	43
D. Intervensi Keperawatan.....	43
E. Catatan Perkembangan	46
BAB IV	68
PEMBAHASAN	68
A. Pengkajian.....	68
B. Diagnosa Keperawatan	69
C. Intervensi Keperawatan.....	70
D. Implementasi keperawatan.....	71
E. Evaluasi Keperawatan.....	71
BAB V	73
KESIMPULAN DAN SARAN	73
A. Kesimpulan	73
B. Saran	75
Daftar Pustaka	75

DAFTAR TABEL

Tabel 3 1 . Identitas Diri Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi	31
Tabel 3 2 Status Kesehatan Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi	32
Tabel 3 3 Riwayat Obstetrik Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi	32
Tabel 3 4 Riwayat Persalinan Saat Ini Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi.....	33
Tabel 3 5 Data Bayi Saat Ini Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi	34
Tabel 3 6 APGAR Score Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi	34
Tabel 3 7 Keadaan Umum Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi	34
Tabel 3 8 Review Of System dan Pemeriksaan Fisik Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi	36
Tabel 3 9 Riwayat Kesehatan Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi	38
Tabel 3 10 Pemeriksaan Penunjang Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi.....	39
Tabel 3 11 Terapi Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi	39
Tabel 3 12 . Analisa Data Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi	43
Tabel 3 13 Diagnosa Keperawatan Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi.....	43
Tabel 3 14 Intervensi Keperawatan Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi.....	46
Tabel 3 15 Catatan Perkembangan Hari Ke-1 Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi	51
Tabel 3 16 . Catatan Perkembangan Hari Ke-2 Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi	56
Tabel 3 17 Catatan Perkembangan Hari Ke-3 Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi	61

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Persalinan merupakan proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan atau kekuatan sendiri (Wulandari et al., 2018). Post partum adalah masa atau waktu sejak bayi dilahirkan dan plasenta keluar lepas dari rahim, sampai enam minggu berikutnya, disertai dengan pulihnya organ-organ yang berkaitan dengan kandungan, yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya berkaitan saat melahirkan (Suherni, dkk, 2011).

Terdapat dua cara persalinan, yaitu persalinan lewat vagina, lebih dikenal dengan persalinan normal atau alami dan persalinan dengan operasi caesar (Sectio Caesarea), yaitu bayi dikeluarkan lewat pembedahan perut (Sukmawati, 2018). Sectio caesaria 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 500 gram (nafis, 2018).

Setiap wanita menginginkan persalinannya berjalan lancar dan melahirkan bayi yang sempurna. Seperti yang telah diketahui ada dua cara kelahiran yaitu persalinan pervaginam yang lebih dikenal persalinan normal dan persalinan dengan oprasi cesar dapat juga disebut kelahiran sesarea juga dikenal dengan istilah seksio sesaria atau seksio C, adalah pelahiran janin melalui insisi yang dibuat pada dinding abdomen dan uterus.

Pertolongan Oprasi Caesarea merupakan tindakan dengan tujuan

menyelamatkan ibu maupun bayi (Dermawan, 2019). Setiap pembedahan harus didasarkan atas indikasi, yaitu pertimbangan-pertimbangan yang menentukan bahwa tindakan perlu dilakukan demi kepentingan ibu dan janin.

Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan cara membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (nafis, 2018). Melahirkan secara Section Caesarea memang akan membuat ibu terbebas dari rasa nyeri yang akan dialami selama proses persalinan. Namun prosedur ini juga memiliki resiko yang berarti bagi ibu.

Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Tryssiatamy, 2019). Persalinan Sectio caesarea memiliki risiko kematian 25 kali lebih besar dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Meskipun demikian, Sectio caesarea merupakan alternatif terbaik bagi ibu hamil yang mengalami risiko tinggi dalam proses persalinan untuk menyelamatkan nyawa ibu ataupun janinnya.

World Health Organization (WHO) angka kejadian Sectio caesarea meningkat di negara-negara berkembang. WHO menetapkan indikator persalinan Sectio caesarea 10-15 % untuk setiap Negara, jika tidak sesuai indikasi operasi Sectio caesarea dapat meningkatkan resiko morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi (Dermawan, 2019).

Berdasarkan hasil Riskesdas 2018 menyatakan terdapat 15,3% persalinan dilakukan melalui operasi. Provinsi tertinggi dengan persalinan melalui Sectio caesarea adalah DKI Jakarta (27,2%), Kepulauan Riau (24,7%),

dan Sumatera Barat (23,1%) (Dermawan, 2019).

Setiap prosedur pembedahan termasuk tindakan Sectio caesarea akan mengakibatkan terputusnya jaringan (luka). Dengan adanya luka tersebut, akan merangsang nyeri yang disebabkan jaringan luka mengeluarkan prostaglandin dan leukotriens yang merangsang susunan saraf pusat, serta adanya plasma darah yang akan mengeluarkan plasma extravasation sehingga terjadi edema dan mengeluarkan bradidikin yang merangsang susunan saraf pusat, kemudian diteruskan ke spinal cord untuk mengeluarkan impuls nyeri. Nyeri akan menimbulkan berbagai masalah, baik masalah fisik maupun psikologis. Masalah-masalah tersebut saling berkaitan. Apabila masalah-masalah tersebut tidak segera diatasi akan menimbulkan masalah yang kompleks (Tryssiatamy, 2019).

Persalinan Sectio caesarea memiliki resiko lima kali lebih besar terjadi komplikasi dibanding persalinan normal. Penyebab atau masalah yang paling banyak mempengaruhi adalah pengeluaran darah atau perdarahan dan infeksi yang dialami ibu. Adapun penyebab dari perdarahan karena dilakukannya tindakan pembedahan jika cabang Arteria Uterine ikut terbuka dan dapat terjadi karena Atonia Uteri. Infeksi pada ibu Post Op Sectio caesarea dapat dilihat dengan tanda lochea yang keluar banyak seperti nanah dan berbau busuk, uterus lebih besar dan lembek dari seharusnya dan fundus masih tinggi. Sehingga dilakukan pendekatan Asuhan Keperawatan yang sistematis dan komperhensif dengan melakukan pengkajian, menetapkan diagnosa, menentukan perencanaan, melakukan tindakan keperawatan dan mengevaluasi hasil tindakan.

Klien dengan masalah nyeri post Sectio caesarea akan mengalami penurunan kemandirian dan angka ketergantungan lebih tinggi dibandingkan klien dengan post partum spontan. Oleh karena itu, peran perawat sangat penting sebagai pemberi asuhan keperawatan secara komprehensif yang meliputi pengkajian, analisa data, intervensi, implementasi, dan evaluasi untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia melalui asuhan keperawatan baik dengan farmakologi yaitu dengan kolaborasi analgetik, maupun non-farmakologi yaitu dengan cara teknik relaksasi nafas dalam, distraksi, aroma terapi, imajinasi terbimbing, teknik genggam jari, akupuntur, dan lain-lain.

Salah satu pengobatan non-farmakologis yang dapat dilakukan adalah teknik relaksasi genggam jari. Teknik relaksasi genggam jari merupakan cara yang mudah untuk mengelola emosi dan mengembangkan kecerdasan emosional. Di sepanjang jari-jari tangan kita terdapat saluran atau meridian energy yang berhubungan dengan berbagai organ dan emosi (Tryssiatamy, 2019).

Melihat keadaan diatas sehingga penulis tertarik untuk membuat dan menyusun laporan “ Laporan Kasus Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.F *Post Sectio caesarea* Atas Indikasi *Cephalopelvic Disproportion* Dan Ny.R *Post Sectio caesarea* Atas Indikasi Anemia Di Ruang Melati Rsud Dr.Chassbullah Abdul Majid Kota Bekasi.”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan data dan informasi diatas maka peneliti tertarik untuk

mengangkat judul Karya Ilmiah Akhir Ners “Laporan Kasus Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.F *Post Sectio caesarea* Atas Indikasi *Cephalopelvic Disproportion* Dan Ny.R *Post Sectio caesarea* Atas Indikasi Anemia Di Ruang Melati Rsud Dr.Chassbullah Abdul Majid Kota Bekasi.”

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Adapun tujuan umum pada penulisan adalah untuk memperoleh gambaran umum tentang pelaksanaan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian hingga pendokumentasian pada Ny.F *Post Sectio caesarea* Atas Indikasi *Cephalopelvic Disproportion* Dan Ny.R *Post Sectio caesarea* Atas Indikasi Anemia.

2. Tujuan Khusus

- 1) Dapat melakukan pengkajian keperawatan Pada Ny.F *Post Sectio caesarea* Atas Indikasi *Cephalopelvic Disproportion* Dan Ny.R *Post Sectio caesarea* Atas Indikasi Anemia.
- 2) Dapat menentukan diagnosa keperawatan Pada Ny.F *Post Sectio caesarea* Atas Indikasi *Cephalopelvic Disproportion* Dan Ny.R *Post Sectio caesarea* Atas Indikasi Anemia.
- 3) Dapat membuat rencana tindakan keperawatan Pada Ny.F Dengan *Post Sectio caesarea* Disertai *Cephalopelvic Disproportion* Dan Ny.R Dengan *Post Sectio caesarea* Disertai Anemia.
- 4) Dapat melakukan implementasi keperawatan Pada Ny.F *Post Sectio caesarea* Atas Indikasi *Cephalopelvic Disproportion* Dan Ny.R *Post Sectio caesarea* Atas Indikasi Anemia
- 5) Dapat melakukan evaluasi keperawatan Pada Ny.F *Post Sectio caesarea* Atas Indikasi *Cephalopelvic Disproportion* Dan Ny.R *Post Sectio caesarea* Atas Indikasi Anemia.

D. Manfaat Penulisan

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat menjadi acuan sebagai literature untuk kelengkapan perkuliahan terutama pada mata kuliah Maternitas.

2. Bagi Mahasiswa/ Mahasiswi Keperawatan

Diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan bagi pembaca tentang pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan *Post Sectio caesarea* Atas Indikasi Anemia Dan *Post Sectio caesarea* Atas Indikasi Cephalopelvic Disproportion.

3. Bagi Responden

Diharapkan Penelitian ini dapat menambah wawasan yang berharga bagi peneliti, sehingga dapat menerapkan teori yang telah didapatkan dan menjadi data dasar untuk peneliti selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori Sectio Cesarea

1. Pengertian

Sectio cesarea atau Caesarean section berarti memotong. Kata Caesarean section diambil dari kata Caesarean yang berasal dari bahasa Latin. Sectio caesarea merupakan suatu persalinan buatan, yaitu janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta bobot janin diatas 500 gram. Sectio caesarea adalah cara melahirkan bayi melalui insisi transabdominal uterus. (Tryssiatamy, 2019).

Sectio caesaria adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding Rahim. Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan padadinding uterus melalui depan perut atau vagina. Atau disebut jugahisterotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Zakiya, 2020).

Sectio caesarea adalah suatu tindakan pembedahan yang menjadi alternatif bila ibu dan janin terganggu untuk mengeluarkan janin dengan cara melakukan sayatan pada dinding abdomen dan dinding uterus.

2. Etiologi

Indikasi ibu dilakukan section caesarea antara lain uteri iminen, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini. Indikasi dari janin adalah fetal distress dan janin besar melebihi 4.000 gram. Dari beberapa factor diatas dapat diuraikan beberapa penyebab Sectio caesarea sebagai berikut:

a. CPD (Cepalo Pelvik Disproportion)

Cepalo pelvik disproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami

b. PEB (Pre-Eklamsi Berat)

Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas.

c. KPD (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu.

d. Bayi kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara Caesarea. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi.

e. Faktor hambatan jalan lahir

Adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor, dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernapas.

f. Kelainan letak janin

3. Klasifikasi

1. *Sectio caesarea* transperitonealis profunda

Sectio caesarea transperitonealis profunda dengan insisi di segmen uterus. Insisi pada bawah Rahim, bisa dengan teknik melintang atau memanjang. Keunggulan dari pembedahan ini ialah pendarahan luka insisi tidak seberapa banyak, bahaya peritonitis tidak besar, perut uterus umumnya kuat sehingga bahaya rupture uteri dikemudian hari tidak besar karena pada nifas segmen bawah uterus tidak seberapa banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna.

2. *Sectio caesarea* klasik atau section caesarea corporal

Pada *Sectio caesarea* klasik ini di buat pada korpus uteri, pembedahan ini yang agak mudah dilakukan, hanya di selenggarakan apabila ada halangan untuk melakukan *Sectio caesarea transperitonialis profunda*. Insisi memanjang pada segmen atas uterus.

3. *Sectio caesarea* ekstra peritonal

Sectio caesarea ekstra peritoneal dahulu dilakukan untuk mengurangi bahaya injeksi perporal akan tetapi dengan kemajuan pengobatan terhadap injeksi pembedahan ini sekarang tidak banyak lagi dilakukan. Rongga peritoneum tak dibuka, dilakukan pada pasien infeksi uterin berat.

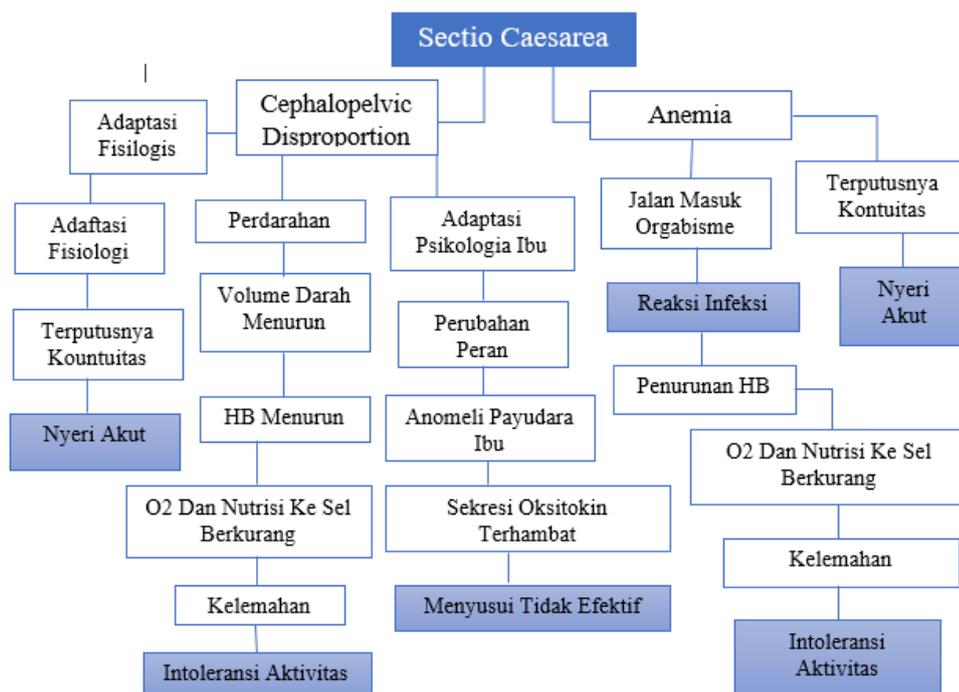
4. *Sectio caesarea* hysterectomy Setelah *sectio caesarea*, dilakukan hysterectomy dengan indikasi Atonia uteri, plasenta accrete, myoma uteri, infeksi intra uteri berat.

4. Patofisiologi

Tindakan *Sectio caesarea* dilakukan apabila ada indikasi pada ibu ataupun bayi seperti panggul sempit, plasenta previa, *Cephalopelvik disproportion*, ruptur uteri, partus lama dan preeklamsi yang menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan. Sebelum pembedahan dimulai klien dilakukan tindakan anestesi baik umum ataupun Regional. Selama proses pembedahan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen, sehingga menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar daerah insisi.

Setelah proses pembedahan berakhir daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka *Post Sectio Caesarea*, dan setelah efek obat anestesinya habis akan menimbulkan rangsangan pada area sensorik memicu pengeluaran histamin dan prostaglandin sehingga klien merasa nyeri dan tidak nyaman. Selain itu luka *Post Sectio caesarea* apabila tidak di rawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi. Efek lain dari obat anestesi berpengaruh terhadap jalan nafas menjadi tidak efektif, akibat secret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup.

5. Pathway



Tabel 2 1 Pathway (Tryssiatamy, 2019, Zakiya, 2020)

6. Manifestasi klinis

- 1) Plasenta previa sentralis dan lateralis
- 2) Panggul sempit
- 3) Rupture uteri yang mengancam
- 4) Partus lama
- 5) Janin dalam posisi sungsang atau lintang
- 6) Pre eklamsia
- 7) Gameli

7. Faktor risiko

Beberapa faktor risiko pada kehamilan yang menyebabkan persalinan dilakukan melalui SC antara lain :

1) Umur ibu

Pada umur ibu yang terlalu muda < 20, kondisi rahim dan panggul belum berkembang dengan baik, begitu sebaliknya yang berumur > 35 tahun kesehatan dan keadaan rahim tidak sebaik saat ibu berusia 20-35 tahun. Umur ibu < 20 tahun dan >35 tahun merupakan umur yang tidak reproduktif atau umur tersebut termasuk dalam risiko tinggi kehamilan (nafis, 2018).

2) Penyakit penyerta

Penyakit penyerta atau kelainan kehamilan meliputi placenta previa yang menyebabkan placenta menutup jalan lahir, diabetes, hipertensi, miopi yang tinggi, penyakit jantung, asthma, dan kelainan letak janin. Hasil penelitian (Wulandari et al., 2018) di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara penyakit penyerta

dengan tindakan SC dimana 80% responden yang menderita Hipertensi memiliki risiko terjadi pre eklamsi yang merupakan indikasi dilakukan SC.

3) Umur kehamilan

Umur kehamilan yang dimaksud kehamilan yang sudah lewat waktu atau > 42 minggu (serotinus). Jumlah kematian janin/bayi pada kehamilan > 42 minggu 3 kali lebih besar dari kehamilan 40 minggu. Karena bayi besar dapat menyebabkan disproporsi sefalopelvis, oligohidramnion dapat menyebabkan kompresi tali pusat dan keluarnya mekoneum yang dapat menyebabkan aspirasi mekoneum, bahkan ada pula yang bisa terjadi kematian janin dalam kandungan (Wulandari et al., 2018).

4) Riwayat SC (Wulandari et al., 2018)

Riwayat SC adalah suatu jaringan parut akibat pembedahan uterus sebelumnya. Jaringan parut dapat menyebabkan uterus mudah robek bila dilakukan persalinan normal sehingga pada ibu hamil yang sudah pernah menjalani persalinan SC, persalinan selanjutnya juga akan dilakukan dengan SC untuk menghindarkan risiko robekan uterus (Wulandari et al., 2018). Hasil penelitian Dewi Andriani (2012) di RSUD Kabupaten Dompu menunjukkan adanya hubungan bermakna antara persalinan dengan riwayat SC dengan tindakan SC dengan nilai $p=0,017$.

8. Pemeriksaan Penunjang

1. Hemoglobin atau hematocrit (HB/Ht)

Untuk mengkaji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan

2. Leukosit (WBC) Mengidentifikasi adanya infeksi

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

4. Urinalisis / kultur urine

5. Pemeriksaan elektrolit (Zakiya, 2020)

9. Komplikasi

Infeksi Puerperal terbagi menjadi tiga, yaitu:

1. Ringan : dengan kenaikan suhu beberapa hari saja
2. Sedang : dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung

Berat : dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik, infeksi berat sering kita jumpai pada partus terlantar; sebelum timbul infeksi nifas, telah terjadi infeksi intra partum karena ketuban yang telah pecah terlalu lama

Perdarahan karena :

- a. Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka
- b. Atonia uteri
- c. Perdarahan dan placentar bed
- d. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi
- e. Kemungkinan rupture uteri spontan pada kehamilan mendatang.

10. Penatalaksanaan

1. Pemberian cairan

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

kebutuhan.

2. Diet

Pemberian cairan per infus biasanya dihentikan setelah penderita flatulensi lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan per oral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 sampai 8 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

3. Mobilisasi

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

4. Kateterisasi

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

5. Pemberian obat-obatan

Antibiotik cara pemilihan dan pemberian antibiotik sangat berbeda-beda sesuai indikasi. Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja

saluran pencernaan Obat yang dapat di berikan melalui supositoria obat yang diberikan ketoprofen sup 2x/24 jam, melalui orang obat yang dapat diberikan tramadol atau paracetamol tiap 6 jam, melalui injeksi ranitidin 90-75 mg diberikan setiap 6 jam bila perlu.

Obat-obatan lain Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum penderita dapat diberikan caboransia seperti neurobian I vit C.

6. Perawatan luka

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

7. Pemeriksaan rutin

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

8. Perawatan Payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi rasa nyeri.

B. Konsep Teori Anemia

1. Pengertian

Anemia merupakan suatu keadaan saat jumlah sel darah merah atau konsentrasi pengangkut oksigen dalam darah Hemoglobin (Hb) tidak mencukupi untuk seluruh kebutuhan fisiologis tubuh (Rahayuningsih, 2021)

Anemia diartikan sebagai suatu keadaan kadar hemoglobin (Hb) di dalam darah lebih rendah atau lebih kecil daripada nilai normal untuk kelompok orang menurut umur dan jenis kelamin. Anemia gizi adalah suatu keadaan dengan kadar hemoglobin darah yang lebih rendah daripada normal karena ketidakmampuan jaringan pembentuk sel darah merah dalam produksinya untuk mempertahankan kadar atau jumlah hemoglobin pada tingkat normal. Anemia gizi besi adalah anemia yang disebabkan oleh kekurangan zat besi sehingga pembentukan sel-sel darah merah dan fungsi lain dalam tubuh terganggu (Rahayuningsih, 2021).

2. Etiologi

- 1) Hemolisis (Elektrolit Mudah Pecah)
- 2) Perdarahan
- 3) Penekanan Sumsum Tulang (Misalnya Oleh Kanker)
- 4) Defisiensi Nutrient (Nutrisional Anemia) meliputi defisiensi besi, foloc acid, piridoksin, vitamin C dan copper

3. Patofisiologi

Anemia merupakan suatu penyakit yang ditandai penurunan kadar hemoglobin (Hb) dan sel darah merah (eritrosit) dibawah normal. Pria dikatakan anemia apabila kadar Hemoglobin kurang dari 14 g/dl dan eritrosit kurang dari 41 %. Begitupun dengan wanita, apabila kadar hemoglobin kurang dari 12 g/dl dan eritrosit kurang dari 37 %.

Anemia bukan merupakan suatu penyakit, melainkan dari suatu

bentuk pencerminan keadaan penyakit akibat adanya gangguan fungsi tubuh yang mana hemoglobin yang berfungsi mengangkut oksigen mengalami penurunan. Banyak tipe anemia dengan beragam penyebabnya. Sehingga mengalami penurunan pada kapasitas sel darah merah dalam mengangkut oksigen.

4. Manifestasi Klinis

- 1) Lemah, letih, lesu dan lelah
- 2) Sering mengeluh pusing dan mata berkunang-kunang
- 3) Gejala lanjut berupa kelopak mata, bibir, lidah, kulit dan telapak tangan menjadi pucat. Pucat karena kekurangan volume darah dan Hb, vasokonstriksi
- 4) Takikardi dan bising jantung (peningkatan kecepatan aliran darah) angina (sakit dada)
- 5) Dipsnea, nafas pendek, cepat cape saat aktivitas (pengiriman O₂ berkurang)
- 6) Sakit kepala, kelemahan, tinitus (telinga berdengung) menggambarkan berkurangnya oksigenasi pada SSP
- 7) Anemia berat gangguan GI DAN CHF (anoreksia, nausea, konstipasi atau diare)

5. Komplikasi

- 1) Gagal jantung
- 2) Mengalami kejang
- 3) Daya konsentrasi mengalami penurunan

4) Perkembangan otot memburuk

A. Konsep Teori CPD

1. Pengertian

Chepalo Pelvic Disproportion (CPD) atau disproporsi fotopelvik adalah menggambarkan ketidaksesuaian antara ukuran janin dan ukuran pelvis, ukuran pelvis tertentu tidak cukup besar untuk mengakomodasi keluarnya janin melalui pelvis sampai terjadi kelahiran pervagina (Zakiya, 2020).

Chepalo Pelvic Disproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat melahirkan secara alami.

2. Etiologi

Sebab-sebab yang dapat menimbulkan kelainan panggul dapat dibagi 2 faktor sebagai berikut :

1. Faktor Ibu

1. Kelainan karena gangguan pertumbuhan
2. Panggul sempit seluruh : semua ukuran kecil
3. Panggul picak : ukuran muka belakang sempit, ukuran melintang biasa
4. Panggul sempit picak : semua ukuran kecil tapi terlebihnya ukuran muka belakang
5. Panggul corong : pintu atas panggul biasa, pintu bawah panggul sempit.
6. Panggul belah : symphyse terbuka
7. Kelainan karena penyakit tulang panggul atau sendi-sendinya

8. Panggul rachitis : panggul picak, panggul sempit, seluruh panggul sempit picak dan lain-lain
9. Panggul osteomalacci : panggul sempit melintang
10. Radang articulatio sacroiliaca : panggul sempit miring
11. Kelainan panggul disebabkan kelainan tulang belakang
12. Kyphose didaerah tulang pinggang menyebabkan panggul corong
13. Sciliose didaerah tulang punggung menyebabkan panggul sempit miring.

2. Faktor Janin

1. Janin yang lebih besar
2. Hidrocephalus
3. Kelainan letak janin (Zakiya, 2020)

3. Patofisiologi

Patofisiologi *cephalopelvic disproportion* (CPD) dipengaruhi oleh faktor *passageway*, yaitu bentuk dan ukuran panggul, dan juga *passenger*, yaitu ukuran dan presentasi kepala janin. Istilah *cephalopelvic disproportion* dipakai untuk mendeskripsikan ketidaksesuaian ukuran panggul ibu dengan ukuran kepala janin.

4. Manifestasi klinis

Ditemukan pada ibu dengan keturunan panggul kecil, penyakit di area panggul, pengukuran panggul yang kurang dari batas normal, panggul menyempit, janin yang besar melebihi 4000 gram.

5. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada ibu antara lain:

1. Persalinan akan berlangsung lama.
2. Sering dijumpai ketuban pecah dini.

3. Karena kepala tidak mau turun dan ketuban sudah pecah, sering terjadi tali pusat menubung.
4. Moulage kepala berlangsung lama.
5. Sering terjadi inersia uteri.
6. Ruptur uteri.
7. Simfisiolisis.
8. Infeksi intrapartal.

Karena partus lama, terjadi penekanan pada jalan lahir sehingga terjadilah jaringan nekrotik dan menjadi fistula.

Komplikasi yang terjadi pada Janin:

1. Kematian Janin Intrapartal.
 2. Prolapsus funikuli.
 3. Perdarahan intrakranial.
 4. Kaput suksadaneum dan sefalohematoma yang besar.
 5. Robekan pada tentorium serebri karena moulage yang hebat dan lama.
 6. Fraktur pada tulang kepala oleh karena tekanan yang hebat dari his
- (Zakiya, 2020)

BAB III

LAPORAN KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY. F *POST SECTIO CAESAREA* DISERTAI *CEPHALOPELVIC DISPROPORTION* DAN NY. R *POST SECTIO CAESAREA* DISERTAI ANEMIA DI RUANG MELATI RSUD CHASBULLAH ABDUL MAJID KOTA BEKASI

A. Pengkajian

1. Identitas diri klien

No	Identitas pasien	Pasien 1	Pasien 2
1	Nama klien	Ny. F	Ny. R
2	Tanggal lahir	26-02-1991	06-05-1984
3	Umur	31 tahun	38 tahun
4	Jenis kelamin	Perempuan	Perempuan
5	Tanggal masuk RS	12 Desember 2022	12 Desember 2022
6	Sumber informasi	Pasien	Pasien
7	Alamat	Jl. Tornado Raya Komp. SBS Blok C 23/5. Bekasi	Jl. Gang Sawo Jatimulya Tambun Selatan Kab. Bekasi
8	Status perkawinan	Menikah	Menikah
9	Agama	Islam	Islam
10	Suku	Jawa	Betawi
11	Pendidikan	SLTA	SLTA

12	Pekerjaan	IRT	IRT
13	Nama penanggung jawab	Tn. H	Tn. I
14	Pendidikan	SLTA	SLTA
15	Hubungan	Suami	Suami
16	Pekerjaan	Karyawan Swasta	Karyawan swasta
17	Alamat	Jl. Tonado Raya Komp. SBS Blok C 23/5. Bekasi	Jl. Gang Sawo Jatimulya Tambun Selatan Kab. Bekasi

Tabel 3 1 . Identitas Diri Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah

Abdul Majid Kota Bekasi

I. Status kesehatan saat ini

No	Status Kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
1	Alasan kunjungan/ keluhan utama	Pasien datang ke VK dahlia (12/12/2022) usia kehamilan 37 minggu, G1P0A0, TFU; 29 cm, persentasi bokong, pemeriksaan dalam:portio lunak, ketuban (+), terbawah bokong. pasien rencana SC indikasi CPD pada tgl 13/12/2022. hasil pemeriksaan TTV, TD: 135/85 mmHg, RR: 20x/menit, N: 100x/menit, S:36,8 ° C SPO2: 97%, BB: 98kg. Hasil USG: Frank breech (persentasi bokong).	Pasien datang ke VK dahlia (12/12/2022) jam 16.00, usia kehamilan 39 minggu, TP 6 Desember 2022 G4P2A1, dengan keluhan mulas sejak jam 09.00, saat dilakukan pemeriksaan didapat pembukaan 2cm, terdapat rembesan ketuban jernih jam 15.00, portio lunak, bagian terendah kepala TFU 30cm hasil TTV: TD: 110/75 mmHg, RR: 20x/menit, N: 102x/menit, S:36,2°C SPO2: 97%, BB: 69kg Hb; 10.8mg/dl pasien rencana pro SC pada tgl 12/12/2022 23.00 WIB
2	Keluhan saat ini	Saat dilakukan pengkajian (13/12/2022) Post. Op	Saat dilakukan pengkajian (13/12/2022) Post. Op SC klien mengeluh menggigil

		SC klien mengatakan nyeri di bagian luka bekas operasi, skala nyeri 6, rasanya seperti disayat-sayat, dengan frekuensi hilang timbul. Klien tampak meringis sesekali, Hasil pemeriksaan tanda vital TD: 130/70 mmhg, HR : 101x/m, S : 36,2 , RR : 20x/m, SPo2: 99%.	dan nyeri di bagian luka bekas operasi, skala nyeri 5, rasanya seperti disayat - sayat, dengan frekuensi hilang timbul. Klien tampak meringis sesekali, Hasil pemeriksaan tanda vital TD: 119/90 mmhg, HR: 89x/m, S: 36,8 , RR: 20x/m, SPo2: 98%. TFU: 2 JBP
	Diagnose medik	P1A0 Post. Op SC indikasi CPD	P3A1 Post. Op SC indikasi Anemia.

Tabel 3 2 Status Kesehatan Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD

Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi

III. Riwayat Obstetrik

Pasien 1							
No	Jenis kelamin	Tahun Lahir	Umur kehamilan	Berat Bayi	Proses persalinan	Masalah kehamilan	Masalah pada masa nifas
1	Perempuan	2022	37 minggu	3300 gram, 45 cm	SC (2022)	CPD	Tidak ada masalah selama masa nifas
Pasien 2							
1	Perempuan	2013	Aterm	3000 gram	Spontan	Tidak ada	Tidak ada masalah selama masa nifas
2	-	2019	-	-	Curetase	Abortus	-
3	Perempuan	2020	Aterm	3500 gram	Spontan	Tidak ada	Tidak ada masalah selama masa nifas
4	Laki – laki	2022	39 minggu	3600 gram/ 48cm	SC (2022)	Anemia	Tidak ada masalah selama masa nifas

Tabel 3 3 Riwayat Obstetrik Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul

Majid Kota Bekasi

IV. Riwayat Persalinan Dan Kelahiran Saat Ini

Komponen	Pasien 1	Pasien 2
Tanggal Operasi	13 Desember 2022	12 Desember 2022
Jam Operasi	11.00 WIB	23.00 WIB
Bayi Lahir Jam	12.30 WIB	01.00 WIB
Posisi fetus	Frank breech (persentasi bokong)	Letak normal
Type persalinan	Sectio caesarea (SC)	Sectio caesarea (SC)
Penggunaan analgesik dan anestesi : Ada (Spinal Anestesi)	Ada (Spinal Anestesi)	Ada (Spinal Anestesi)
Masalah selama persalinan	Tidak ada	Tidak ada

Tabel 3 4 Riwayat Persalinan Saat Ini Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi

V. Data Bayi Saat Ini

Data Bayi	Pasien 1	Pasien 2
Jenis kelamin	Perempuan	Laki - laki
Berat badan lahir	3300 gram	3600 gram
Lingkar kepala	32 cm	34 cm
Lingkar dada	34 cm	37 cm
Panjang badan	45 cm	48 cm
Apgar Score	7/9	8/9

Tabel 3 5 Data Bayi Saat Ini Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi

APGAR SCORE	Pasien 1		Pasien 2	
	1 Menit	5 Menit	1 Menit	5 Menit
Denyut Jantung	2	2	2	2
Pernafasan	2	2	2	2
Tonus Otot	1	2	2	2
Peka Rangsang	1	2	1	2
Warna Kulit	1	1	1	1
Jumlah	7	9	8	9

Tabel 3 6 APGAR Score Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi

VI. Review Of System Dan Pemeriksaan Fisik

Komponen	Pasien 1	Pasien 2
Penampilan umum	Sakit sedang	Sakit sedang
Kesadaran	Compos mentis	Compos mentis
Tinggi badan	153 cm	156 cm
Berat badan	98 kg	69 kg
Vital sign	TD: 130/70 mmhg N : 101 x/m RR: 20x/m S : 36,2 ° C	TD: 119/90 mmhg N : 89 x/m RR: 20x/m S : 36,8 ° C

Tabel 3 7 Keadaan Umum Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi

Komponen	Pasien 1		Pasien 2	
	Review of system	Pemeriksaan fisik	Review of system	Pemeriksaan fisik
Kepala, mata dan leher	Klien mengatakan tidak mengalami gangguan penglihatan,	Kepala mesosefal simetris, konjungtiva tak anemis, Sclera tak ikterik, pupil isokor,	Klien mengatakan tidak mengalami gangguan penglihatan,	Kepala mesosefal simetris, konjungtiva anemis, Sclera tak ikterik, pupil isokor,

	kepala tidak pusing.	leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan distensi vena jugularis.	kepala tidak pusing.	leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan distensi vena jugularis.
Kulit, rambut, kuku	Klien mengatakan selama ini tidak ada masalah pada kulit, kuku dan rambut	Pertumbuhan rambut merata rambut tidak rontok, tampak ketombe di area kepala. Turgor kulit baik, kuku pendek dan bersih, CRT <2 detik.	Klien mengatakan selama ini tidak ada masalah pada kulit, kuku dan rambut	Pertumbuhan rambut merata rambut tidak rontok, warna kulit tampak pucat, Turgor kulit baik, kuku pendek dan bersih, CRT <2 detik.
Telinga	Klien mengatakan telinga tidak ada masalah.	Daun telinga simetris, tidak ada kelainan anatomis, pendengaran baik, kebersihan baik.	Klien mengatakan telinga tidak ada masalah.	Daun telinga simetris, tidak ada kelainan anatomis, pendengaran baik, kebersihan baik.
Mulut, tenggorokan dan hidung	Klien mengatakan tidak ada masalah pada mulut dan hidung	Bentuk bibir simetris, membaran mukosa kering, tidak ada lesi stomatitis disangkal, gigi lengkap, tidak ada nyeri dan hiperemis di tonsil dan faring. Hidung tidak ada kelainan anatomis, hidung bersih, sunisitis maxilaris tidak ada	Klien mengatakan tidak ada masalah pada mulut dan hidung	Bentuk bibir simetris, membaran mukosa kering, tidak ada lesi stomatitis disangkal, gigi lengkap, tidak ada nyeri dan hiperemis di tonsil dan faring. Hidung tidak ada kelainan anatomis, hidung bersih, sunisitis maxilaris tidak ada
Thoraks dan paru	Klien mengatakan tidak mengalami sesak nafas	Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, suara nafas vesikuler, SCocal fremitus baik kanan dan kiri, suara nafas tambahan seperti ronchi dan wheezing tidak ditemukan.	Klien mengatakan tidak mengalami sesak nafas	Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, suara nafas vesikuler, SCocal fremitus baik kanan dan kiri, suara nafas tambahan seperti ronchi dan wheezing tidak ditemukan.
Payudara	Klien mengatakan ASI sudah keluar	Bentuk payudara simetris, kedua putting kurang menonjol. <i>Areola mammae</i> hiperpigmentasi, tidak teraba adanya massa dan tampak colostrum sudah mulai keluar tetapi tidka terlalu banyak.	Klien mengatakan ASI sudah keluar	Bentuk payudara simetris, kedua putting sudah menonjol. <i>Areola mammae</i> hiperpigmentasi, tidak teraba adanya massa dan tampak colostrum sudah mulai keluar.
Jantung	Klien mengatakan tidak pernah merasakan ada kelainan jantung	BJ 1 BJ 2 normal, tidak terdengar suara jantung tambahan.	Klien mengatakan tidak pernah merasakan ada kelainan jantung	BJ 1 BJ 2 normal, tidak terdengar suara jantung tambahan.

Abdomen	Klien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi, nyeri seperti disayat-sayat, nyeri terasa ketika badan digerakkan, skala nyeri 6, frekuensi nyeri hilang timbul.	<ul style="list-style-type: none"> - Terdapat jahitan post SC sepanjang 12 cm, post op hari ke 1, saat dilakukan perawatan luka didapatkan luka tampak masih agak basah, tampak sedikit rembesan berwarna merah kecoklatan pada balutan. - Bising usus 12x/menit - Dolor (+) nyeri didaerah perut bekas operasi dengan skala 6, Rubor (-), Kolor (-) 36,2^oC, Tumor (-) - Fundus Uteri : 2 Jari dibawah pusat - Terdapat linea nigra pada abdomen - Fungsi laesa : Luka mengganggu aktivitas dan pergerakan. 	Klien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi, nyeri seperti disayat – sayat nyeri terasa ketika badan digerakkan, skala nyeri 5, frekuensi nyeri hilang timbul.	<ul style="list-style-type: none"> - Terdapat jahitan post SC sepanjang 10 cm, post op hari ke 1, saat dilakukan perawatan luka didapatkan luka tampak masih agak basah, tampak sedikit rembesan berwarna merah kecoklatan pada balutan. - Bising usus 15x/menit - Dolor (+) nyeri didaerah perut bekas operasi dengan skala 5, Rubor (-), Kolor (-) 36,8^oC, Tumor (-) - Fundus Uteri : 2 Jari dibawah pusat - Terdapat linea nigra pada abdomen - Fungsi laesa : Luka mengganggu aktivitas dan pergerakan.
Genetalia	Klien mengatakan darah yang keluar berwarna merah.	Inspeksi lochea rubra (berwarna merah) hari kedua, konsistensi cair, pada pembalut, terdapat stonsel, berbau amis.	Klien mengatakan darah yang keluar berwarna merah.	Inspeksi lochea rubra (berwarna merah) hari kedua, konsistensi cair, pada pembalut, terdapat stonsel, berbau amis.
Anus dan rectum	Klien mengatakan tidak ada masalah didaerah bokong.	Tidak ada hemorhoid	Klien mengatakan tidak ada masalah didaerah bokong.	Tidak ada hemorhoid
Muskuloskeletal	Klien mengatakan tidak ada masalah dalam pergerakan tangan & kaki serta tidak ada pembengkakan pada kaki maupun tangan	Kemampuan musculoskeletal dalam batas nomal, oedema tidak ada	Klien mengatakan tidak ada masalah dalam pergerakan tangan & kaki serta tidak ada pembengkakan pada kaki maupun tangan	Kemampuan musculoskeletal dalam batas nomal, oedema tidak ada

Tabel 3 8 Review Of System dan Pemeriksaan Fisik Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati

RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi

VII. Riwayat Kesehatan

Komponen	Pasien 1	Pasien 2
Keadaan psikologis ibu	Fase <i>Taking In</i> , Klien berfokus pada dirinya sendiri	Fase <i>Taking In</i> , Klien berfokus pada dirinya sendiri
Riwayat penyakit keluarga	Klien mengatakan keluarga tidak ada yang pernah mengalami hamil persalinan dengan operasi caesar dan letak janin sungsang	Klien mengatakan keluarga tidak ada yang pernah mengalami hamil persalinan dengan operasi caesar .
Riwayat ginekologi	Klien mengatakan tidak pernah mengalami penyakit kelamin.	Klien mengatakan tidak pernah mengalami penyakit kelamin.
Riwayat Menarch	<ul style="list-style-type: none"> • Usia menarch : 14 tahun • Siklus menstruasi: 1x/bulan • Lama: 7 hari 	<ul style="list-style-type: none"> • Usia menarch : 12 tahun • Siklus menstruasi: 1x/bulan • Lama: 7 hari
Riwayat pemakaian kontrasepsi	Klien pernah menggunakan alat kontrasepsi dengan KB suntik	Klien pernah menggunakan alat kontrasepsi dengan KB Spiral (IUD)
Pola persepsi kesehatan.	Klien mengatakan setelah melahirkan anak yang pertama ini klien merasa sangat senang karena melahirkan dengan selamat.	Klien mengatakan setelah melahirkan anak yang keempat ini klien merasa sangat senang karena melahirkan dengan selamat.
Pola nutrisi dan metabolic	Klien mengatakan tidak ada masalah dengan makan dan minum, tidak ada mual dan muntah, makan 3x/hari dan minum 4-7 gelas air putih (dalam sehari)	Klien mengatakan tidak ada masalah dengan makan dan minum, tidak ada mual dan muntah, makan 3x/hari dan minum 4-6 gelas air putih (dalam sehari)
Pola eliminasi	Klien mengatakan masih terpasang selang pipis, BAK berwarna jernih berbau khas sebanyak 750 cc, setelah habis melahirkan belum BAB.	Klien mengatakan masih terpasang selang pipis, BAK berwarna jernih berbau khas sebanyak 550 cc, setelah habis melahirkan belum BAB.
Pola aktivitas Latihan	Klien mengatakan masih merasa lemah, belum bisa banyak bergerak atau melakukan aktivitas sendiri, pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh ibunya, pasien belum belajar miring kanan dan kiri karena masih terasa nyeri jika badannya digerakkan. Kebutuhan sehari-hari pasien dibantu sepenuhnya oleh ibunya.	Klien mengatakan masih merasa lemah, belum bisa banyak bergerak atau melakukan aktivitas sendiri, pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh ibunya, pasien belum belajar miring kanan dan kiri karena masih terasa nyeri jika badannya digerakkan. Kebutuhan sehari-hari pasien dibantu sepenuhnya oleh suami
Pola istirahat dan tidur	Klien mengatakan pola tidur tidak ada masalah pada pola istirahat dan tidur.	Klien mengatakan pola tidur tidak ada masalah pada pola istirahat dan tidur.
Pola persepsi-kognitif	Klien bertanya tentang cara menyusui yang benar.	Klien bertanya tentang hasil pemeriksaan HB.

Pola persepsi diri	Klien mengatakan cemas atas kelahiran anak pertama meskipun harus melalui proses persalinan <i>Sectio Caesaria</i> , Klien tampak cemas akan keadaanya saat ini,	Klien mengatakan cemas atas kelahiran anak keempat meskipun harus melalui proses persalinan <i>Sectio Caesaria</i> , klien mengatakan cemas, banyak darah yang keluar, klien tampak sering bertanya Tanya tentang hasil pemeriksaan HB.
Pola hubungan – peran	Klien mengatakan hubungan dengan suami dan keluarganya sedang tidak baik	Klien mengatakan hubungan dengan suami dan keluarganya baik-baik saja tidak ada masalah
Pola stress – koping	Klien mengatakan, “bila ada masalah selalu didiskusikan dan dibicarakan dengan oleh orang tua untuk mencari jalan keluarnya”.	Klien mengatakan, “bila ada masalah selalu didiskusikan dan dibicarakan dengan suami dan kadang juga dibantu oleh orang tua untuk mencari jalan keluarnya”.
Pola kepercayaan dan nilai-nilai	Klien beragama islam, menjalankan ibadah menurut agama islam.	Klien beragama islam, menjalankan ibadah menurut agama islam.

Tabel 3 9 Riwayat Kesehatan Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi

VIII. Pemeriksaan Penunjang

No	Pemeriksaan penunjang	Pasien 1	Pasien 2
1	Pemeriksaan LAB	LAB: 12-12-22 Darah Rutin Leukosit 7.9 ribu/ul Hemoglobin 11.7 mg/dl Hematokrit 35.0% Trombosit 397 ribu/ul Hemostatis PT 10.7 detik PT control 16.0 detik APTT 30.1 detik PTT control 32.7 detik	LAB : 12-12-22 Darah Rutin Leukosit 9.1 ribu/ul Hemoglobin 10.8 mg/dl Hematokrit 33.7% Trombosit 353 ribu/ul Hemostatis PT 12.6 detik PT control 16.0 detik APTT 28.9 detik PTT control 32.7 detik Imunoserologi HBsAg Non Reaktif Kimia Klinik GDS 76 mg//dl LAB : 13-12-22 Darah Rutin

			Leukosit 14.6 ribu/ul Hemoglobin 9.1 mg/dl Hematokrit 28.5% Trombosit 324 ribu/ul
2	USG	Keadaan janin: frank breech, letak sungsang, letak plasenta normal, ketuban cukup, kelamin perempuan, TBJ 3.145 gram, TP 15 Desember 2022.	-

Tabel 3 10 Pemeriksaan Penunjang Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi

IX. Terapi

Terapi	Pasien 1	Pasien 2
Obat yang diberikan	<p>Oral :</p> <p>Asam Mefenamat 3 x 500mg Cefadroxyl 3 x 500 mg Metronidazole 3 x 500mg SF 2 x 1</p> <p>Injeksi IV :</p> <p>Ketorolac 3 x 30 mg Hipobach 2 x 100 mg</p>	<p>Oral :</p> <p>Cefadroxyl 3 x 500 mg Metronidazole 3 x 500mg Trampara 3 x Bionemi 2 x</p> <p>Injeksi IV :</p> <p>Hipobach 2 x 100 mg Ceftriaxone 1 x 1 amp Dexamethasone 1x 2 amp Kalnex 3 x 500mg Ketorolac 3 x 30 mg</p> <p>Suppositoria:</p> <p>Profenid Supp 25mg K/P</p> <p>Transfusi darah :</p> <p>Terapi PRC 500cc</p>

Tabel 3 11 Terapi Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi

B. Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
Pasien 1			
1	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan nyeri pada area luka operasi - P : Klien tampak meringis dan memegang perutnya Q : Nyeri seperti disayat-sayat R : Nyeri pada area bekas operasi S : Skala nyeri 6 (0-10) T : Frekuensi hilang timbul - Klien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak - klien mengatakan nyeri berkurang saat beristirahat <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis sesekali - Terdapat luka post Op SC di daerah abdomen (transperitonealis) 12 cm. - Klien tampak lemah - KU : Sakit sedang - Kesadaran : Composmentis - Tanda-Tanda Vital : <ul style="list-style-type: none"> TD : 130/70 mmHg N : 101 x/menit S : 36,2° C RR : 20 x/menit - Klien tampak belum bisa banyak bergerak karena nyeri masih terasa di area bekas operasi. - Dolor (+) nyeri didaerah perut bekas operasi dengan skala 6, Rubor (-), Kalor (-) 36,2°C, Tumor (-) 	Nyeri Akut (D.0077)	Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi <i>Seccio Cesarea</i>)
2	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan bayinya selalu menangis saat akan menyusui 	Menyusui Tidak Efektif (D.0029)	Anomali payudara ibu (putting yang masuk kedalam)

	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan harus mencubit area putingnya terlebih dahulu agar bayinya bisa menyusu - Klien mengatakan puting payudaranya kurang menonjol <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puting payudara klien tampak kurang menonjol - Klien tampak mencubit area putingnya terlebih dahulu sebelum menyusui bayinya - Bentuk payudara simetris, kedua puting kurang menonjol. <i>Areola mammae</i> hiperpigmentasi, tidak teraba adanya massa dan tampak colostrum sudah mulai keluar tetapi tidak terlalu banyak. 		
3	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan merasa lemah - Klien mengatakan belum bisa miring ke kanan atau kekiri - Klien mengatakan ADL masih dibantu oleh suami dan ibu - klien mengatakan masih belum bisa melakukan aktivitas seperti biasa. <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah - Aktivitas klien tampak terbatas dan dibantu oleh suami dan ibunya - Klien tampak belum bisa miring kanan dan miring kiri 	Intoleransi Aktivitas (D.0056)	Kelemahan
Pasien 2			
1	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan nyeri pada area luka operasi - P : Klien tampak meringis Q : Nyeri seperti disayat - sayat R : Nyeri pada area bekas operasi S : Skala nyeri 5 (0-10) T : Frekuensi hilang timbul - Klien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak - klien mengatakan nyeri berkurang saat beristirahat <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Terdapat luka post Op SC di daerah abdomen (transperitonealis) 10 cm. - Klien tampak lemah - KU : Sakit sedang - Kesadaran : Composmentis - Tanda-Tanda Vital : TD:119/90 mmhg N : 89 x/m RR: 20x/m 	Nyeri Akut (D.0077)	Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi <i>Section Cesarea</i>)

	<p>S : 36,8 ° C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak belum bisa banyak bergerak karena nyeri masih terasa di area bekas operasi. <p>Dolor (+) nyeri didaerah perut bekas operasi dengan skala 5, Rubor (-), Kalor (-) 36,8⁰C, Tumor (-)</p>		
2	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan tubuhnya lemas - klien mengatakan sering pusing dan penglihatan berkunang – kunang - Klien mengatakan darah dipembalut berwarna merah jika bergerak terasa seperti perdarahan - klien mengatakan sudah 3 kali ganti pembalut selama 4-5 jam - Klien mengatakan khawatir luka operasinya infeksi <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien tampak pucat dan lemah - Dolor (+) nyeri didaerah perut bekas operasi dengan skala 4, Rubor (-), Kalor (-) 36,8⁰C, Tumor (-) - Fungsiolaesa : Luka mengganggu pergerakan - Terdapat luka post Op SC di daerah abdomen (transperitonealis). 10cm - Lochea rubra hari pertama berwarna merah, konsistensi cair. - Terdapat striae gravidarum pada kulit perut - Terdapat luka tertutup dengan balutan, tampak remebesan berwarna merah. - Lab Darah Rutin (13-12-2022) - Leukosit 14.6 ribu/ul - Hemoglobin 9.1 mg/dl - Hematokrit 28.5% - Trombosit 324 ribu/ul 	Resiko Infeksi (D.0142)	Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder, penurunan Hemoglobin
3	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan merasa lemah - Klien mengatakan belum bisa miring ke kanan atau kekiri - Klien mengatakan ADL masih dibantu oleh suami dan ibu - klien mengatakan masih belum bisa melakukan aktivitas seperti biasa. <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah - Aktivitas klien tampak terbatas dan dibantu oleh suami dan ibunya - Klien tampak belum bisa miring kanan dan miring kiri 	Intoleransi Aktivitas (D.0056)	Kelemahan

	- HB : 9,1 g/Dl		
--	-----------------	--	--

Tabel 3 12 . Analisa Data Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi

C. Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan
Pasien 1	
1	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi Sectio Cesarea) d.d Pasien tampak meringis (D.0077)
2	Menyusui Tidak Efektif b.d Anomali payudara ibu (putting tidak menonjol) d.d putting kurang menonjol (D.0029)
3	Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan d.d pasien tampak lemah, ADL dibantu keluarga (D.0056)
Pasien 2	
1	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi Sectio Cesarea) d.d Pasien tampak meringis (D.0077)
2	Resiko Infeksi b.d Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder, penurunan Hemoglobin (D.0142)
3	Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan d.d pasien tampak lemah, ADL dibantu keluarga (D.0056)

Tabel 3 13 Diagnosa Keperawatan Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi

D. Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Pasien 1			
1	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi Sectio Cesarea) d.d Pasien tampak meringis (D.0077)	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil : Tingkat nyeri (L.08066) 1. Keluhan nyeri menurun dengan skala (0-2) 2. TTV membaik dalam batas normal	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri secara non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

		<p>Kontrol nyeri (L.08063)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mengenali nyeri penyebab nyeri meningkat 2. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat 	<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi napas dalam) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, priode dan pemicu nyeri 2. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgetik</p>
2	Menyusui Tidak Efektif b.d Anomali payudara ibu (putting tidak menonjol) d.d putting kurang menonjol	<p>Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 diharapkan masalah menyusui tidak efektif nenbaik dengan kriteria hasil :</p> <p>Status Menyusui (L.03029)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat 3. Bayi tidur setelah menyusui meningkat 4. lecet pada putting menurun 	<p>Konseling Laktasi (I.03093)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui. 2. Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui. <p>Terepeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan teknik mendengarkan aktif (mis.duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu) 2. Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu <p>Pijat Laktasi (I.03134)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kondisi mammae dan putting <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan ibu dengan nyaman 2. Pijat mulai dari kepala, leher, bahu, punggung dan payudara 3. Pijat dengan lembut 4. Pijat secara melingkar (<i>butterfly stroke</i>) 5. Pijat secara rutin setiap hari 6. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui dengan memberikan pujian terhadap perilaku positif ibu. 7. Libatkan suami dan keluarga. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan 2. Jelaskan Manfaat Tindakan .

3	Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan d.d pasien tampak lemah, ADL dibantu keluarga (D.0056)	Setelah diberi tindakan keperawatan selama 3x24 diharapkan masalah intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil : Toleransi Aktivitas (L.05047) 1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2. Keluhan lelah menurun 3. TTV dalam batas normal	Manajemen Energi (I.05178) Observasi : 3. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terepeutik : 3. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan) 4. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif 5. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan Edukasi : 2. Anjurkan tirah baring 3. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan
Pasien 2			
2	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi Sectio Cesarea) d.d Pasien tampak meringis (D.0077)	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil : Tingkat nyeri (L.08066) 3. Keluhan nyeri menurun dengan skala (0-2) 4. TTV membaik dalam batas normal Kontrol nyeri (L.08063) 3. Kemampuan mengenali nyeri penyebab nyeri meningkat 4. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : 5. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 6. Identifikasi skala nyeri 7. Identifikasi respons nyeri secara non verbal 8. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik : 4. Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi napas dalam) 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 6. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi : 3. Jelaskan penyebab, priode dan pemicu nyeri 4. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgetik
2	Resiko Infeksi b.d Ketidak adekuatan	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 tidak ada tanda-tanda	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi : 1. Monitori tanda dan gejala infeksi lokasi dan sistematik

	pertahanan tubuh sekunder, penurunan Hemoglobin (D.0142)	infeksi dengan kriteria hasil : Tingkat Infeksi (L.14137) 1. Tanda-tanda vital dalam batas normal 2. Tidak ada tanda-tanda infeksi 3. Jumlah leukosit dalam batas normal (5 – 10 ribu/ul) 4. Kadar hemoglobin dalam batas normal (12 – 14 gr/dl)	2. Monitor tanda – tanda vital Terapeutik : 1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 2. lakukan teknik perawatan luka yang tepat dengan teknik aseptik Edukasi : 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan ibu ganti pembalut setiap 4 -5 jam atau jika pembalut sudah penuh 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian antibiotic, anti perdarahan 2. kolaborasi pemberian suplemen penambah darah. 3. kolaborasi pemeriksaan darah rutin 4. kolaborasi transfuse darah
3	Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan d.d pasien tampak lemah, ADL dibantu keluarga (D.0056)	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 diharapkan masalah intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil : Toleransi Aktivitas (L.05047) 4. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 5. Keluhan lelah menurun 6. TTV dalam batas normal	Manajemen Energi (I.05178) Observasi : 5. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 6. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Tereapeutik : 6. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan) 7. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif 8. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan Edukasi : 5. Anjurkan tirah baring 6. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 7. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

Tabel 3 14 Intervensi Keperawatan Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi

E. Catatan Perkembangan

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/ Tanggal	Implementasi	Evaluasi
Pasien 1				

1.	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi Sectio Cesarea) d.d Pasien tampak meringis (D.0077)	Selasa, 13-12-2022	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi respons nyeri secara non verbal 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi napas dalam) 2. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Memfasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan penyebab, priode dan pemicu nyeri 2. Mengajarkan teknik nor farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetic 	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak - Klien mengatakan jika rasa nyerinya timbul mulai bisa menerapkan teknik relaksasi napas dalam. - Klien mengatakan frekuensi nyerinya masih hilang timbul - Klien mengatakan bisa tertidur dengan nyenyak setelah mengkonsumsi obat anti nyeri - Pengkajian nyeri - P : Klien tampak meringis sesekali - Q : Nyeri terasa sseperti di sayat-sayat. - R: Nyeri di area luka bekas operasi - S : Skala Nyeri 5 - T : Frekuensi hilang timbul <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil pemeriksaan TTV - TD : 110/70 mmHg - N : 97 x/menit - S : 36° C - RR : 20 x/menit - Klien mendapat terapi anti nyeri: Asam mefenamat 3 x 500mg (oral) Ketrolac 2 x 30mg (IV) <p>Analisis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah nyeri belum teratasi <p>Perencanaan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - lanjutkan intervensi
2.	Menyusui Tidak Efektif b.d Anomali payudara ibu (putting tidak menonjol) d.d putting kurang menonjol	Selasa, 13-12-2022	<p>Kenseling Laktasi (I.03093)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui. 2. Mengidentifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui. <p>Terepeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan teknik mendengarkan aktif (mis.duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu) 2. Memberikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu <p>Pijat Laktasi (I.03134)</p>	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan siap menerima informasi seputar laktasi - Klien mengatakan putingnya kurang menonjol sehingga bayi kesulitan menempel saat menyusu - Klien mengatakan masih mencubit area puting agar bayinya bisa menyusu - Klien mengatakan lebih rileks setelah dilakukan pijat laktasi - Klien mangatakan akan mencoba teknik menyusui yang diajarkan. <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puting klien masih tampak

			<p>Observasi</p> <p>1. Memonitor kondisi mammae dan puting</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Memosisikan ibu dengan nyaman</p> <p>2. Memijat mulai dari kepala, leher, bahu, punggung dan payudara</p> <p>3. Memijat dengan lembut</p> <p>4. Memijat secara melingkar (<i>butterfly stroke</i>)</p> <p>5. Memijat secara rutin setiap hari</p> <p>6. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui dengan memberikan pujian terhadap perilaku positif ibu.</p> <p>7. Melibatkan suami dan keluarga</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan</p> <p>2. Menjelaskan Manfaat Tindakan.</p>	<p>kurang menonjol</p> <p>Klien tampak antusias saat diberikan informasi</p> <p>Klien diberikan terapi pijat laktasi</p> <p>Klien tampak memperhatikan gerakan yang dilakukan</p> <p>Klien tampak memahami informasi yang diberikan</p> <p>Klien tampak memperhatikan setiap gerakan pijat untuk dipelajari.</p> <p>Analisis :</p> <p>- Masalah belum teratasi</p> <p>Perencanaan :</p> <p>- Lanjut intervensi</p>
3.	Intoleransi Aktivitas B.D Kelemahan (D.0059)	Selasa, 13-12-2022	<p>Manajemen Energi (I.05178)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>2. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>Terepeutik :</p> <p>1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif</p> <p>3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Anjurkan tirah baring</p> <p>2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>3. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p>	<p>Subyektif :</p> <p>- Klien mengatakan aktivitasnya masih dibantu oleh suaminya</p> <p>- Klien mengatakan saat bergerak nyeri di area bekas operasinya masih terasa</p> <p>- Klien mengatakan belum melakukan banyak aktivitasnya dan lebih banyak berbaring di tempat tidur</p> <p>- Klien mengatakan mampu mengatur pola istirahatnya saat ini</p> <p>- klien mengatakan sudah mampu miring kanan kiri dan mencoba untuk duduk dibantu keluarga</p> <p>Obyektif :</p> <p>- Klien tampak melakukan aktivitas dibantu oleh suaminya</p> <p>- Klien tampak berbaring di tempat tidur</p> <p>- klien mampu miring kanan dan miring kiri</p> <p>- Klien tampak mengerti dan paham tentang bagaimana mengatur istirahatnya</p> <p>Analisis :</p> <p>- Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian</p> <p>Perencanaan :</p>

				- Intervensi dilanjutkan
Pasien 2				
1.	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi Sectio Cesarea) d.d Pasien tampak meringis (D.0077)	Selasa, 13-12-2022	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : 5. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 6. Mengidentifikasi skala nyeri 7. Mengidentifikasi respons nyeri secara non verbal 8. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik : 4. Memberikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi napas dalam) 5. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 6. Memfasilitasi istirahat dan tidur Edukasi : 3. Menjelaskan penyebab, priode dan pemicu nyeri 4. Mengajarkan teknik nor farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi : 2. Kolaborasi pemberian analgetic	Subyektif : - Klien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak - Klien mengatakan jika rasa nyerinya timbul mulai bisa menerapkan teknik relaksasi napas dalam. - Klien mengatakan frekuensi nyerinya masih hilang timbul - klien mengatakan nyeri berkurang saat beristirahat - P : Klien tampak meringis - Q : Nyeri terasa sseperti di sayat - sayat - R: Nyeri di area luka bekas operasi - S : Skala Nyeri 4 - T : Frekuensi hilang timbul Objektif : - Hasil pemeriksaan TTV - TD : 110/80 mmHg - N : 60 x/menit - S : 36.5° C - RR : 20 x/menit - Pengkajian nyeri - Klien mendapat terapi anti nyeri: Trampara 3 x 1 tab Ketorolac 3 x 30 mg Profenid Supp 1 x 25mg Analisis : - Masalah nyeri belum teratasi Perencanaan : - lanjutkan intervensi
2.	Resiko Infeksi b.d Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder, penurunan Hemoglobin (D.0142)	Selasa, 13-12-2022	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi : 3. Monitori tanda dan gejala infeksi lokasi dan sistematik 4. Monitor tanda – tanda vital Terapeutik : 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. lakukan teknik perawatan luka yang tepat dengan teknik aseptik Edukasi : 5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	Subyektif : - Klien mengatakan masih merasa pusing - klien mengatakan sudah 3 kali ganti pembalut - Klien mengatakan menjaga lingkungan disekitarnya - Klien mengatakan menjaga kebersihan daerah lingkungan disekitar bekas operasi - Klien mengatakan mencuci tangan sebelum dan sesudah makan - Klien mengatakan berhati-hati dan memperhatikan

			<p>6. Anjurkan ibu ganti pembalut setiap 4 -5 jam atau jika pembalut sudah penuh</p> <p>7. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>8. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>5. Kolaborasi pemberian antibiotic, anti perdarahan</p> <p>6. kolaborasi pemberian suplemen penambah darah.</p> <p>7. kolaborasi pemeriksaan darah rutin</p> <p>8. kolaborasi transfuse darah</p>	<p>daerah sekitar bekas operasinya</p> <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mengerti dan paham tentang bagaimana menjaga kebersihan luka bekas operasinya - Klien tampak mengerti dengan apa yang sudah dianjurkan - Klien tampak berhati hati dalam menjaga luka bekas operasinya - Klien menghabiskan ½ porsi makan - Klien rencana transfuse darah PRC 500cc - klien mendapat terapi: Oral : Cefadroxyl 3 x 500 mg Metronidazole 3 x 500mg Bionemi 2 x 1 capsul Injeksi IV : Hipobach 2 x 100 mg Ceftriaxone 1 x 1 amp Dexamethasone 1x 2 amp Kalnex 3 x 500mg - Dolor (+) nyeri didaerah perut bekas operasi dengan skala 4, Rubor (-), Kalor (-) 36,5⁰C, Tumor (-) - Fungsiolaesa : Luka mengganggu pergerakan - Lochea rubra hari pertama berwarna merah, konsistensi cair. - Terdapat luka tertutup dengan balutan, tampak remebesan berwarna merah. - Lab Darah Rutin (13-12-2022) Leukosit 14.6 ribu/ul Hemoglobin 9.1 mg/dl Hematokrit 28.5% Trombosit 324 ribu/ul <p>Analisis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah resiko infeksi belum teratasi <p>Perencanaan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
3.	Intoleransi Aktivitas B.D Kelemahan (D.0059)	Selasa, 13-12-2022	<p>Observasi :</p> <p>3. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p>	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan aktivitasnya masih dibantu oleh suaminya - Klien mengatakan masih takut utuk bergerak da

			<p>4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>Terepeutik :</p> <p>4. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>5. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif</p> <p>6. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</p> <p>Edukasi :</p> <p>4. Anjurkan tirah baring</p> <p>5. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>6. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p>	<p>beraktivitas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan belum melakukan banyak aktivitasnya dan lebih banyak berbaring di tempat tidur - Klien mengatakan mampu mengatur pola istirahatnya saat ini <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien tampak pucat - klien tampak lemah - Klien tampak melakukan aktivitas dibantu oleh suaminya - Klien tampak berbaring di tempat tidur - Klien tampak mengerti dan paham tentang bagaimana mengatur istirahatnya <p>Analisis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian <p>Perencanaan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
--	--	--	--	--

Tabel 3 15 Catatan Perkembangan Hari Ke-1 Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/ Tanggal	Implementasi	Evaluasi
Pasien 1				
1.	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi Sectio Cesarea) d.d Pasien tampak meringis (D.0077)	Rabu, 14-12-2022	<p>Manajemen Nyeri (L.08238)</p> <p>Observasi :</p> <p>9. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>10. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>11. Mengidentifikasi respons nyeri secara non verbal</p> <p>12. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>Terapeutik :</p> <p>7. Memberikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi napas dalam)</p> <p>8. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p>	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri berkurang - Klien mengatakan jika rasa nyerinya timbul mulai bisa menerapkan teknik relaksasi napas dalam. - Klien mengatakan frekuensi nyerinya masih hilang timbul namun sudah berkurang - Pengkajian nyeri - P : Klien tampak meringis sesekali - Q : Nyeri terasa sseperti di sayat-sayat. - R: Nyeri di area luka bekas operasi - S : Skala Nyeri 3 - T : Frekuensi hilang timbul <p>Objektif :</p>

			<p>9. Memfasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi :</p> <p>5. Menjelaskan penyebab, priode dan pemicu nyeri</p> <p>6. Mengajarkan teknik nor farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>3. Kolaborasi pemberian analgetic</p>	<ul style="list-style-type: none"> - klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam - klien tampak tertidur pulas - Hasil pemeriksaan TTV - TD : 116/783 mmHg - N : 95 x/menit - S : 36,4° C - RR : 20 x/menit - Klien mendapat terapi anti nyeri : - Asam mefenamat 3 x 500mg (oral) - Ketrolac 2 x 30mg (IV) <p>Analisis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah nyeri teratasi sebagian <p>Perencanaan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - lanjutkan intervensi
2.	Menyusui Tidak Efektif b.d Anomali payudara ibu (putting tidak menonjol) d.d putting kurang menonjol	Rabu, 14-12-2022	<p>Konseling Laktasi (I.03093)</p> <p>Observasi :</p> <p>3. Mengidentifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui.</p> <p>4. Mengidentifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui.</p> <p>Terepeutik :</p> <p>3. Menggunakan teknik mendengarkan aktif (mis.duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu)</p> <p>4. Memberikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar</p> <p>Edukasi :</p> <p>2. Mengajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu</p> <p>Pijat Laktasi (I.03134)</p> <p>Observasi</p> <p>2. Memonitor kondisi mammae dan putting</p> <p>Terapeutik</p> <p>8. Memosisikan ibu dengan nyaman</p> <p>9. Memijat mulai dari kepala, leher, bahu, punggung dan payudara</p> <p>10. Memijat dengan lembut</p> <p>11. Memijat secara melingkar (<i>butterfly stroke</i>)</p> <p>12. Memijat secara rutin setiap hari</p>	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan putingnya masih kurang menonjol sehingga bayinya masih kesulitan saat menyusui - Klien mengatakan sudah nebetahui posisi dan cara menyusui dengan benar - Klien mengatakan masih mencubit area puting agar bayinya bisa menyusui - Klien mengatakan lebih rileks setelah dilakukan pijat laktasi - Klien mangatakan akan mecoba teknik menyusui yang diajarkan. <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puting klien masih tampak kurang menonjol - Klien tampak antusias saat diberikan informasi - Klien diberikan terapi pijat laktasi - Klien tampak memperhatikan gerakan yang dilakukan - Klien tampak memahami informasi yang diberikan - Klien tampak memperhatikan setiap gerakan pijat untuk dipelajari. <p>Analisis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian

			<p>13. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui dengan memberikan pujian terhadap perilaku positif ibu.</p> <p>14. Melibatkan suami dan keluarga</p> <p>Edukasi</p> <p>3. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan</p> <p>4. Menjelaskan Manfaat Tindakan .</p>	<p>Perencanaan :</p> <p>- Lanjut intervensi</p>
3.	Intoleransi Aktivitas B.D Kelemahan (D.0059)	Rabu, 14-12-2022	<p>Manajemen Energi (I.05178)</p> <p>Observasi :</p> <p>5. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>6. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>Terepeutik :</p> <p>7. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>8. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</p> <p>Edukasi :</p> <p>7. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>8. Ajarkan stategi koping untuk mengurangi kelelahan</p>	<p>Subyektif :</p> <p>- Klien mengatakan sudah mulai bisa melakukan aktivitasnya sedikit-sedikit</p> <p>- Klien mengatakan sudah mulai bisa melakukan seperti kekamar mandi dan menganganti baju tanpa bantuan suaminya</p> <p>- Klien mengatakan saat berjalan nyerinya sudah mulai menghilang walaupun masih terasa</p> <p>Obyektif :</p> <p>- Klien tampak sudah mulai melakukan aktivitasnya sendiri tanpa dibantu</p> <p>- Klien mampu kekamar mandi dan menganganti bajunya sendiri</p> <p>- Klien tampak tenang dan kooperatif</p> <p>- Klien tampak sudah mulai paham bagaimana mengatur aktivitasnya saat ini</p> <p>Analisis :</p> <p>- Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian</p> <p>Perencanaan :</p> <p>- Intervensi dilanjutkan</p>
Pasien 2				
1.	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi Sectio Cesarea) d.d	Rabu, 14-12-2022	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi :</p> <p>13. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi,</p>	<p>Subyektif :</p> <p>- klien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>- klien mengatakan sudah dapat beristirahat</p>

	Pasien tampak meringis (D.0077)		<p>frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>14. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>15. Mengidentifikasi respons nyeri secara non verbal</p> <p>16. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>Terapeutik :</p> <p>10. Memberikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi napas dalam)</p> <p>11. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>12. Memfasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi :</p> <p>7. Menjelaskan penyebab, priode dan pemicu nyeri</p> <p>8. Mengajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>4. Kolaborasi pemberian analgetik</p>	<p>- P : Klien mengatakan nyeri minimal</p> <p>- Q : Nyeri terasa sseperti di sayat - sayat</p> <p>- R: Nyeri di area luka bekas operasi</p> <p>- S : Skala Nyeri 2</p> <p>- T : Frekuensi hilang timbul</p> <p>Objektif :</p> <p>- klien mampu melakukan teknik tarik nafas dalam</p> <p>- Hasil pemeriksaan TTV</p> <p>- TD : 124/80 mmHg</p> <p>- N : 76 x/menit</p> <p>- S : 36.7° C</p> <p>- RR : 20 x/menit</p> <p>- Klien mendapat terapi anti nyeri :</p> <p>Trampara 3 x 1 tab</p> <p>Ketorolac 3 x 30 mg</p> <p>Analisis :</p> <p>- Masalah nyeri teratasi sebagian</p> <p>Perencanaan :</p> <p>- lanjutkan intervensi</p>
2.	Resiko Infeksi b.d Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder, penurunan Hemoglobin (D.0142)	Rabu, 14-12-2022	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi :</p> <p>5. Monitori tanda dan gejala infeksi lokasi dan sistematik</p> <p>6. Monitor tanda – tanda vital</p> <p>Terapeutik :</p> <p>5. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>6. lakukan teknik perawatan luka yang tepat dengan teknik aseptik</p> <p>Edukasi :</p> <p>9. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>10. Anjurkan ibu ganti pembalut setiap 4 -5 jam atau jika pembalut sudah penuh</p> <p>11. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>12. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>9. Kolaborasi pemberian antibiotic, anti perdarahan</p>	<p>Subyektif :</p> <p>- Klien dan keluarga mengatakan selalu menjaga lingkungan disekitarnya agar tetap bersih</p> <p>- Klien mengatakan selalu memperhatikan dan mejaga kebersihan daerah disekitar bekas operasinya</p> <p>- Klien mengatakan selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah makan</p> <p>- Klien mengatakan menjaga pola makan dan mengatur pola makannya dengan baik</p> <p>- Klien mengatakan sudah mulai paham bagaimana perawatan luka bekas operasinya secara mandiri</p> <p>Obyektif :</p> <p>- Klien tampak menjaga dan memperhatikan kebersihan lingkungan maupun daerah disekitar</p>

			<p>10. kolaborasi pemberian suplemen penambah darah.</p> <p>11. kolaborasi pemeriksaan darah rutin</p> <p>12. kolaborasi transfuse darah</p>	<p>bekas operasinya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak paham bagaimana mencuci tangan dengan baik dan benar - Klien tampak mengerti bagaimana perawatan luka bekas operasinya secara mandiri - Klien mengetahui makanan apa saja yang baik dikonsumsi saat ini - Klien mendapat transfuse darah PRC 500cc (2 bag) - klien mendapat terapi: Oral : Cefadroxyl 3 x 500 mg Metronidazole 3 x 500mg Bionemi 2 x 1 capsul Injeksi IV : Hipobach 2 x 100 mg Ceftriaxone 1 x 1 amp Dexamethasone 1x 2 amp Kalnex 3 x 500mg - Dolor (+) nyeri didaerah perut bekas operasi dengan skala 2, Rubor (-), Kalor (-) 36,7°C, Tumor (-) - Fungsi laesa : Luka tidak mengganggu pergreakan - Lochea rubra hari kedua berwarna merah tua, konsistensi cair. - Terdapat luka tertutup dengan balutan tampak bersih - Lab Darah Rutin (14-12-2022) Leukosit 13.2 ribu/ul Hemoglobin 10.6 mg/dl Hematokrit 32.5% Trombosit 348 ribu/ul <p>Analisis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah resiko infeksi belum teratasi <p>Perencanaan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
3.	Intoleransi Aktivitas B.D Kelemahan (D.0059)	Rabu, 14-12-2022	<p>Observasi :</p> <p>7. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>8. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>Terepeutik :</p>	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah mulai bisa melakukan aktivitasnya sedikit-sedikit - Klien mengatakan sudah mulai bisa melakukan seperti ke kamar mandi dan

			<p>9. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>10. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif</p> <p>11. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</p> <p>Edukasi :</p> <p>9. Anjurkan tirah baring</p> <p>10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>11. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p>	<p>menganganti baju tanpa bantuan suaminya</p> <p>- Klien mengatakan saat berjalan nyerinya sudah mulai menghilang walaupun masih terasa</p> <p>Obyektif :</p> <p>- Klien tampak sudah mulai melakukan aktivitasnya sendiri tanpa dibantu</p> <p>- Klien mampu kekamar mandi dan menganganti bajunya sendiri</p> <p>- Klien tampak tenang dan kooperatif</p> <p>- Klien tampak sudah mulai paham bagaimana mengatur aktivitasnya saat ini</p> <p>Analisis :</p> <p>- Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian</p> <p>Perencanaan :</p> <p>- Intervensi dilanjutkan</p>
--	--	--	---	--

Tabel 3 16 . Catatan Perkembangan Hari Ke-2 Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/ Tanggal	Implementasi	Evaluasi
Pasien 1				
1.	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi Section Cesarea) d.d Pasien tampak meringis (D.0077)	Kamis, 15-12-2022	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Mengidentifikasi skala nyeri Mengidentifikasi respons nyeri secara non verbal Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi napas dalam) Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan rasa nyeri nya sudah berkurang - Klien mengatakan sudah dapat beraktivitas - Pengkajian nyeri - P : Klien sudah tidak meringis - Q : Nyeri terasa seperti disayat namun tidak seperti sebelumnya - R: Nyeri di area luka bekas operasi - S : Skala Nyeri 2 - T : Frekuensi hilang timbul <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil pemeriksaan TTV - TD : 122/87 mmHg - N : 86 x/menit - S : 36,4° C - RR : 20x/menit - Klien mendapat anti nyeri :

			<p>3. Memfasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan penyebab, priode dan pemicu nyeri 2. Mengajarkan teknik farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik 	<p>Asam mfenamat 2 x 500mg</p> <p>Analisis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah nyeri teratasi <p>Perencanaan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dihentikan (Pasien pulang)
2.	Menyusui Tidak Efektif b.d Anomali payudara ibu (putting tidak menonjol) d.d putting kurang menonjol	Kamis, 15-12-2022	<p>Konseling Laktasi (I.03093)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui. 2. Mengidentifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui. <p>Terepeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan teknik mendengarkan aktif (mis.duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu) 2. Memberikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu <p>Pijat Laktasi (I.03134)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kondisi mammae dan putting <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memposisikan ibu dengan nyaman 2. Memijat mulai dari kepala, leher, bahu, punggung dan payudara 3. Memijat dengan lembut 4. Memijat secara melingkar (<i>butterfly stroke</i>) 5. Memijat secara rutin setiap hari 6. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui dengan 	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan putingnya mulai sedikit menonjol - Klien mengatakan bayinya sudah tampak sedikit lebih rileks saat menyusu - Klien mengatakan rutin melakukan pijat puting secara mandiri sesuai yang diajarkan - Klien mengatakan masih mencubit area puting agar bayinya dapat menyusu namun tidak seperti sebelumnya. - Klien mengatakan lebih rileks setelah dilakukan pijat laktasi - Klien mangatakan sudah mengajarkan teknik pijat payudara pada ibunya. <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puting klien tampak sedikit menonjol tidak seperti sebelumnya. - Klien tampak antusias saat diberikan informasi - Klien diberikan terapi pijat laktasi - Klien tampak memperhatikan gerakan yang dilakukan - Klien tampak menerapkan pijat area puting secara rutin pagi siang sore - Klien tampak sudah hafal

			<p>memberikan pujian terhadap perilaku positif ibu.</p> <p>7. Melibatkan suami dan keluarga</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan 2. Menjelaskan Manfaat Tindakan 	<p>gerakan pijat payudara</p> <p>Klien tampak telah mengajarkan teknik pijat payudara pada ibunya agar bisa membantu melakukannya saat dirumah</p> <p>Analisis :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>Perencanaan :</p> <p>Stop intervensi (Lanjut secara mandiri)</p>
3.	Intoleransi Aktivitas B.D Kelemahan (D.0059)	Kamis, 15-12-2022	<p>Manajemen Energi (I.05178)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terepeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Ajarkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan 	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitasnya tanpa dibantu - Klien mengatakan sudah bisa melakukan seperti kamar mandi dan mengganti bajunya sendiri - Klien mengatakan saat berjalan nyerinya sudah menghilang <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak melakukan aktivitasnya sendiri tanpa dibantu - Klien mampu kamar mandi dan mengganti bajunya sendiri - Klien tampak tenang dan kooperatif - Klien tampak paham bagaimana mengatur aktivitasnya <p>Analisis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah intoleransi aktivitas teratasi <p>Perencanaan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dihentikan
Pasien 2				
1.	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi Section Cesarea) d.d Pasien tampak meringis (D.0077)	Kamis, 15-12-2022	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 6. Mengidentifikasi skala nyeri 7. Mengidentifikasi respons nyeri secara non verbal 	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan rasa nyeri nya sudah berkurang - Klien mengatakan sudah dapat beraktivitas - Pengkajian nyeri - P : Klien sudah tidak meringis - Q : Nyeri terasa seperti disayat namun tidak seperti sebelumnya

			8. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik : 4. Memberikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi napas dalam) 5. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 6. Memfasilitasi istirahat dan tidur Edukasi : 3. Menjelaskan penyebab, priode dan pemicu nyeri 4. Mengajarkan teknik nor farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi : 2. Kolaborasi pemberian analgetik	- R: Nyeri di area luka bekas operasi - S : Skala Nyeri 1 - T : Frekuensi hilang timbul Objektif : - Hasil pemeriksaan TTV - TD : 120/80 mmHg - N : 80 x/menit - S : 36,5° C - RR : 20x/menit - Klien mendapat anti nyeri : Asam mfenamat 2 x 500mg Analisis : - Masalah nyeri teratasi Perencanaan : - Intervensi dihentikan (Pasien pulang)
2.	Resiko Infeksi b.d Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder, penurunan Hemoglobin (D.0142)	Kamis, 15-12-2022	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi : 7. Monitori tanda dan gejala infeksi lokasi dan sistematik 8. Monitor tanda – tanda vital Terapeutik : 7. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 8. lakukan teknik perawatan luka yang tepat dengan teknik aseptik Edukasi : 13. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 14. Anjurkan ibu ganti pembalut setiap 4 -5 jam atau jika pembalut sudah penuh 15. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 16. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi : 13. Kolaborasi pemberian antibiotic, anti perdarahan 14. kolaborasi pemberian suplemen penambah darah. 15. kolaborasi pemeriksaan darah rutin 16. kolaborasi transfuse darah	Subyektif : - Klien mengatakan selalu menjaga lingkungan sekitarnya - Klien mengatakan memperhatikan dan mejaga kebersihan daerah disekitar bekas operasinya - Klien mengatakan melakukan mencuci tangan sebelum dan sesudah makan - Klien mengatakan menjaga pola makan dan mengatur pola makannya dengan baik - Klien mengatakan sudah paham bagaimana perawatan dan menjaga luka bekas operasinya secara mandiri Obyektif : - Klien tampak menjaga dan memperhatikan kebersihan lingkungan maupun daerah disekitar bekas operasinya - Klien selalu menerapkan bagaimana mencuci tangan dengan baik dan benar - Klien tampak mengerti

				<p>bagaimana perawatan luka bekas operasinya secara mandiri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sudah paham makanan apa saja yang baik dikonsumsi saat ini - klien mendapat terapi: Oral : Cefadroxyl 3 x 500 mg Metronidazole 3 x 500mg Bionemi 2 x 1 kapsul - Dolor (-) nyeri didaerah perut bekas operasi dengan skala 1, Rubor (-), Kalor (-) 36,4⁰C, Tumor (-) - Fungsiolaesa : Luka tidak mengganggu pergreakan - Lochea rubra hari ketiga berwarna kuning. - Lab Darah Rutin (14-12-2022) Leukosit 9.8 ribu/ul Hemoglobin 12.4 mg/dl Hematokrit 35.7% Trombosit 322 ribu/ul <p>Analisa :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah resiko infeksi teratasi <p>Perencanaan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dihentikan
3.	Intoleransi Aktivitas B.D Kelemahan (D.0059)	Kamis, 15-12-2022	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 10. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terepeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan) 13. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif 14. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Anjurkan tirah baring 13. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 14. Ajarkan stategi koping untuk mengurangi kelelahan 	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitasnya tanpa dibantu - Klien mengatakan sudah bisa melakukan seperti kekamar mandi dan menganganti bajunya sendiri - Klien mengatakan saat berjalan nyerinya sudah menghilang <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak melakukan aktivitasnya sendiri tanpa dibantu - Klien mampu kekamar mandi dan menganganti bajunya sendiri - Klien tampak tenang dan kooperatif - Klien tampak paham bagaimana mengatur aktivitasnya

				Analisis : - Masalah intoleransi aktivitas teratasi Perencanaan : - Intervensi dihentikan
--	--	--	--	--

Tabel 3 17 Catatan Perkembangan Hari Ke-3 Ny F dan Ny R dengan Post SC di ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Beka

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini, penulis membandingkan antara teori dari kasus 1 dan 2 di bab III yang dilaksanakan selama 3 hari implementasi. Asuhan keperawatan tersebut meliputi: pengkajian, perumusan diagnosa, rencana asuhan keperawatan, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Sumber data dari hasil observasi, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang dan hasil laboratorium. Fokus dari pengkajian data objektif berupa status kesehatan, pola koping, fungsi status respons pasien terhadap terapi, risiko untuk masalah potensial, dukungan terhadap pasien. Karakteristik data yang diperoleh dari hasil pengkajian seharusnya memiliki karakteristik yang lengkap, akurat, nyata dan relevan. Data yang lengkap mampu mengidentifikasi semua masalah keperawatan pada pasien (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Hasil pengkajian yang didapatkan menunjukkan bahwa Ny. R berumur 38 tahun *Post Sectio caesarea* Atas Indikasi Anemi dan Ny.F berumur 31 tahun *Post Sectio caesarea* Atas Indikasi Cephalopelvic Disproportion dirawat di ruang melati RSUD CAM. Pengkajian ini terdiri dari hasil identitas pasien, riwayat kesehatan, pola aktivitas sehari-hari, pemeriksaan fisik, status mental, pemeriksaan diagnostik dan penatalaksanaan terapi.

Pada indikasi *post op sectio caesarea*, ada persamaan keluhan pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu nyeri di area luka, nyeri dirasakan saat bergerak dan skala nyeri Ny.F 6 dan Ny.R 5. Pengkajian ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh

Arwani dkk (2012) tindakan *Sectio caesarea* menyebabkan nyeri pada abdomen yang berasal dari luka operasi. Menurut Solehati dan Rustina (2013), 75% dari pasien bedah mengalami nyeri sedang sampai berat setelah operasi.

Pada indikasi post op *sectio caesarea*, ada perbedaan pada saat pengkajian pada pasien 1 yaitu dengan indikasi (CPD) Cephalopelvic disproportion dimana kepala bayi lebih besar dari pada pinggul ibu dan indikasi anemia dengan HB : 10,8 g/dl

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dalam SDKI (2017) terdapat 10 diagnosa keperawatan yang muncul pada klien post *Sectio caesarea* yaitu nyeri akut, gangguan pola tidur , gangguan mobilitas fisik, konstipasi, menyusui tidak efektif, defisit pengetahuan tentang teknik menyusui, defisit pengetahuan tentang perawatan diri, ganggaun proses keluarga, ansietas, resiko infeksi.

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data terdapat diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada klien 1 yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi section cesarea) dibuktikan dengan pasien tampak meringis, menyusui tidak efektif berhubungan dengan anomali payudara ibu (putting tidak menonjol) dibuktikan dengan putting kurang menonjol, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelmahan dibuktikan dengan pasien tampak lemah ADL di bantu keluarga dan pada klien 2 terdapat nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi section cesarea) dibuktikan dengan pasien tampak meringis, resiko infeksi berhubungan dengan ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder penurunan hemoglobin, intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas dibuktikan dengan pasien tampak lemah ADL di bantu keluarga.

Didapatkan diagnosa yang sama sesuai dengan teori dan ditemukan pada kedua pasien yaitu : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi section cesarea) dibuktikan dengan pasien tampak meringis, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan pasien tampak lemah ADL di bantu keluarga. Adapun diagnosa yang berbeda pada pasien 1 menyusui tidak efektif berhubungan dengan anomali payudara ibu

(putting tidak menonjol) dibuktikan dengan putting kurang menonjol dan pasien 2 resiko infeksi berhubungan dengan ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder penurunan hemoglobin.

C. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang di lakukan pada pasien 1 dan 2 sesuai dengan diagnosa yang di tegakan. Untuk intervensi yang sama pada kedua pasien yaitu nyeri akut, intoleransi aktivitas Intervensi yang berbeda di sesuaikan dengan diagnosa yang ada yaitu pada pasien 1 menyusui tidak efektif. Berikut pembahasan intervensi pada kedua klien :

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada kedua klien dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan agen pencedera fisik berdasarkan kriteria hasil yaitu Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan Kriteria Hasil : Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri) Melaporkan bahwa nyeri berkurang (skala nyeri 1-3), Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri), Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang, Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan kedua klien dengan masalah keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan pasien tampak lemah ADL di bantu keluarga berdasarkan kriteria hasil yaitu setelah di lakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil : kelemahan dalam melakukan aktivitas meningkat, keluhan lelah menurun.

D. Implementasi keperawatan

Pada tahap ini penulis melakukan implementasi sesuai dengan intervensi yang sudah tertera pada intervensi keperawatan. Menurut Setiadi (2018), implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Sedangkan menurut Zaindin Ali (2020), implementasi merupakan langkah ke empat dari proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk dikerjakan dalam rangka membantu pasien untuk mencegah, mengurangi, dan menghilangkan dampak atau respons yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan dan

E. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada klien satu keluhan subjektif pasien mengatakan nyeri pada lukabekasi *operasi Sectio caesarea* sudah berkurang, pengkajian nyeri: P: klien sudah tidak meringis, Q: nyeri seperti di sayat-sayat namun tidak seperti sebelumnya, R: nyeri di area luka bekas operasi, S: skala nyeri 2, T: frekuensi hilang timbul dan keluhan objektif pasien hasil TTV : TD: 122/87 mmHg, N: 86x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,4 c. Masalah Teratasi dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun dengan skala (0-2).

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada klien dua keluhan subjektif klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi *Sectio caesarea* sudah berkurang pengkajian nyeri: P: klien sudah tidak meringis, Q: nyeri terasa seperti di sayat-sayat namun tidak seperti sebelumnya, R: nyeri di area luka bekas operasi, S: skala nyeri 1, T: frekuensi hilang timbul dan keluhan objektif pasien hasil TTV : TD: 120/80 mmHg, N: 80x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,5 c. Masalah Teratasi dengan kriteria hasil

keluhan nyeri menurun dengan skala (0-2).

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada klien satu keluhan subjektif klien mengatakan sudah dapat melakukan aktivitasnya sendiri tanpa dibantu, klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi dan mengganti bajunya sendiri, klien mengatakan saat berjalan nyerinya sudah menghilang, dan keluhan objektif klien tampak melakukan aktivitas sendiri tanpa dibantu, klien mampu ke kamar mandi dan mengganti bajunya sendiri, klien tampak tenang dan kooperatif. Masalah teratasi dengan kriteria hasil kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat.

Hasil evaluasi yang sudah didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada klien dua keluhan subjektif klien mengatakan sudah dapat melakukan aktivitasnya sendiri tanpa dibantu, klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi dan mengganti bajunya sendiri, klien mengatakan saat berjalan nyerinya sudah menghilang, dan keluhan objektif klien tampak melakukan aktivitas sendiri tanpa dibantu, klien mampu ke kamar mandi dan mengganti bajunya sendiri, klien tampak tenang dan kooperatif. Masalah teratasi dengan kriteria hasil kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian penerapan Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny. F *Post Sectio caesarea* Atas Indikasi *Cephalopelvic Disproportion* Dan Ny. R *Post Sectio caesarea* Atas Indikasi Anemia Di Ruang Melati RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi maka dapat ditarik kesimpulan :

1. Pengkajian

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan dapat ditentukan. pada klien post *Sectio Caesarea*. Perawat dalam melakukan pengkajian dituntut harus teliti dan kompherensif, sehingga mudah dalam menegakkan diagnosa.

2. Diagnosa Keperawatan

Seperti yang dikemukakan beberapa ahli sebelumnya daftar diagnosa keperawatan pada bab dua di temukan kesenjangan dengan kasus nyata yang didapat pada kedua klien dengan *Post Sectio Caesarea*. Kesenjangan tersebut yaitu dari sepuluh diagnosa keperawatan berdasarkan teori yang dikemukakan oleh para ahli pada klien 1 ada 3 diagnosa yang tidak muncul yaitu konstipasi, , defisit pengetahuan perawatan diri, gangguan proses keluarga dan pada klien 2 ada 4 diagnosa yang tidak muncul yaitu konstipasi, defisit pengetahuan perawatan diri, ansietas, gangguan proses keluarga.

3. Perencanaan

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada kedua klien di sesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditegakkan berdasarkan kriteriatanda dan gejala mayor, minor dan kondisi klien saat ini.

4. Pelaksanaan tindakan

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah peneliti susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada klien 1 dan klien 2 sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada dan sesuai dengan kebutuhan klien *Post Sectio Caesarea*.

5. Evaluasi

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang di berikan. Pada evaluasi yang peneliti lakukan pada klien 1 berdasarkan kriteria yang peneliti susun terhadap 3 diagnosa. Diagnosa, 1 diagnosa teratasi sebagian yaitu nyeri akut, menyusui tidak efektif diagnosa Teratasi intoleransi aktivitas.

Sedangkan pada klien 2 terdapat 3 diagnosa keperawatan., 3 diagnosa keperawatan teratasi sebagian yaitu nyeri akut, resiko infeksi dan diagnosa teratasi intoleransi aktivitas

B. Saran

1. Keluarga dan Pasien

Bagi pasien dan keluarga dapat melanjutkan intervensi keperawatan secara mandiri guna mencegah terjadinya nyeri akut bagi ibu post partum.

2. Bagi Rumah Sakit

Saran kepada perawat RSUD dr Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi untuk dapat mengoptimalkan kinerja dalam menerapkan asuhan keperawatan, selalu memberikan pelayanan yang profesional dan bermutu kepada pasien.

3. Institusi Pendidikan

Diharapkan karya ilmiah ini bisa menjadi salah satu ilmu tambah dalam pemberian asuhan keperawatan yang diharapkan dalam pembelajaran khususnya maternitas.

Daftar Pustaka

Dermawan. (2019). Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Post Op Sectio caesarea

Di Ruang Perawatan Mawar Nifas Rsud. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. *FLEPS 2019 - IEEE International Conference on Flexible and Printable Sensors and Systems, Proceedings*, 6(1), 1–46.
<https://doi.org/10.1016/j.snb.2019.127013>

nafis, lulu. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Sectio caesarea Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Rsud Ciamis Karya Tulis Ilmiah Program Studi Diploma Iii Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung 2018*. 17–20.

Rahayuningsih, F. (2021). Asuhan Keperawatan pada Ny.R Primigravida dengan Anemia di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping II Yogyakarta. In *Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta*.

Sukmawati, E. (2018). Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Proses Penyembuhan Luka Post Sectio caesaria. *Journal of Economics, Business & Accountancy Ventura*, 21(10), 1–9.
<https://doi.org/10.14414/jebav.v21i10.1122>

TRYSSIATAMy, R. M. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Sectio caesarea Dengan Nyeri Akut Di Ruangan Delima Rsud Ciamis. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Sectio caesarea Dengan Nyeri Akut Di Ruangan Delima Rsud Ciamis*, 69.
[http://repository.bku.ac.id/xmlui/handle/123456789/845%0Ahttp://repository.bku.ac.id/xmlui/bitstream/handle/123456789/845/DINA HERDIANA AKX16038 %282019%29-1-102.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repository.bku.ac.id/xmlui/handle/123456789/845%0Ahttp://repository.bku.ac.id/xmlui/bitstream/handle/123456789/845/DINA%20HERDIANA%20AKX16038%2019%29-1-102.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Wulandari, P., Maharani, R. P., & Arifianto, A. (2018). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Tindakan Persalinan Sectio caesarea Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Semarang. *Journal of Holistic Nursing Science*, 5(2), 64–71.
<https://doi.org/10.31603/nursing.v5i2.2432>

Zakiya, S. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Dengan diagnosa Medis Post Sectio caesarea Dengan Indikasi Chapalo Pelvik Disproportion Di Ruang nifas RSUD Bangil*.

RIWAYAT HIDUP



Nama : Siti Fatimah, S.Kep
Tempat, Tanggal Lahir : Subang, 08 Mei 2000
No. Induk : 151610037
Agama : Islam
Suku/Bangsa : Sunda /Indonesia
Status : Mahasiswa
Alamat : Dusun Rawa jolang RT 001/011 Desa
Sukahaji, Kec.Ciasem, Kab.Subang
E-mail : mpohbanqpak08@gmail.com
No. Telepon/HP : 087770056066
Riwayat Pendidikan Formal dan Nonformal

1. Tahun 2006 – 2012 : SDN DEWI SARTIKA
2. Tahun 2013 – 2015 : SMPN 4 CIASEM
3. Tahun 2015 – 2017 : SMK Kesehatan Efarina Purwakarta
4. Tahun 2018 – 2022 : STIKes Medistra Indonesia
5. Tahun 2022 – 2023 : STIKes Medistra Indonesia



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)

MEDISTRA INDONESIA

PROGRAM STUDI PROFES NERS-PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1)

PROGRAM STUDI PROFESI BIDAN – PROGRAM STUDI KEBIDANAN (S1)

PROGRAM STUDI FARMASI (S1)-PROGRAM STUDI KEBIDANAN (D3)

Jl. Cut Mutia Raya No. 88A-Kel.Sepanjang Jaya – Bekasi Telp.(021) 82431375-77 Fax (021) 82431374

Web:stikesmedistra-indonesia.ac.id Email: stikes_mi@stikesmedistra-indonesia.ac.id

FORMULIR PENILAIAN PRESENTASI UJIAN SIDANG KIAN

Nomor Dokumen	: FM.059/A.004/PROF.NERS/STIKESMI-UPM/2022	Tanggal Pembuatan	: 18 November 2022
Revisi	: 0	Tgl efektif	: 28 November 2022

KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

TANGGAL BIMBINGAN	WAKTU BIMBINGAN	KEGIATAN	PARAF PEMBIMBING	KETERANGAN
15 Desember 2022	13:30	Konsul Judul		ACC Judul
21 Desember 2022	13:30	Konsul BAB I		Perbaiki BAB I
25 Desember 2022	12:40	Konsul BAB II		Perbaiki BAB II
30 Desember 2022	07:00	Konsul BAB III		Perbaiki BAB III
30 Desember 2022	17:00	Konsul BAB I, II, dan III		Perbaiki BAB 1, 2, 3
02 Januari 2023	10:40	Konsul Revisi BAB I, II dan III		Pathway Nya Digabungkan Jadi Satu Bukan Sendiri2, Jadi Mulai Dari Mekanisme CPD Dan Anemianya Dijelaskan
03 Januari 2023	16:00	Konsul Revisi BAB I, II dan III		Konsul Revisi BAB I, II dan III
05 Januari 2023	20:00	Konsul Revisi Pathway dan Konsul BAB IV		ACC Pathway, BAB IV selain persamaan antara 2kasus, temukan perbedaannya juga, dan dibahas mengapa berbeda?
07 Januari 2023	16:00	Konsul BAB V		ACC BAB 5
16 Januari 2023	13:30	Konsul Penambahan BABIV		ACC Sidang

18 Januari 2023	17:00	Melakukan Sidang KIAN		Revisi judul KIAN, Revisi Nama Dosen Kurang Lengkap, Revisi Kronologi
27 Juli 2023	13:30	Konsul Revisi Sidang KIAN		ACC Revisi KIAN Lanjut TTD, ACC HC

Mengetahui,

Kepala Program Studi Keperawatan (S1 & Profesi Ners)



Kiki Deniati, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIDN.0316028302