

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY. S  
DENGAN POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI POST  
TERM DAN NY. M DENGAN POST SECTIO CAESAREA  
ATAS INDIKASI OLIGOHIDROMNION  
DI RUANG RAMBUTAN RSUD CENKARENG  
TAHUN 2022**



**Disusun Oleh**

**Siti Asdian Latupeirissa, S.Kep**

**NPM 22.156.03.11.091**

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

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY. S  
DENGAN POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI POST  
TERM DAN NY. M DENGAN POST SECTIO CAESAREA  
ATAS INDIKASI OLIGOHIDROMNION  
DI RUANG RAMBUTAN RSUD CENGKARENG  
TAHUN 2022**

**KARYA ILMIAH AKHIR Ners  
DIAJUKAN SEBAGAI SALAH SATU SYARAT UNTUK  
MEMPEROLEH GELAR NERS**



**Disusun Oleh**

**Siti Asdian Latupeirissa, S.Kep**

**NPM 22.156.03.11.091**

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

## LEMBAR PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Siti Asdian Latupeirissa, S.Kep

NPM : 221560311091

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir dengan judul Asuhan Keperawatan pada Ny. S Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Post Term Dan Ny. M Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Oligohidromnion Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022 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 di Bekasi pada tanggal 18 januari 2023

Yang menyatakan,



Siti Asdian Latupeirissa, S.Kep

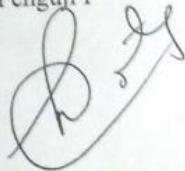
## LEMBAR PERSETUJUAN

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

Bekasi, 18 Januari 2023

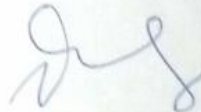
Menyetujui,

Penguji I



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

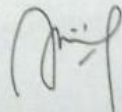
Penguji II



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

Mengetahui,

Kepala Program Studi Keperawatan (S1)  
dan Pendidikan Profesi Ners



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

## LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR


Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Siti Asdian Latupeirissa S.Kep  
NPM : 221560311091  
Program Studi : Profesi Ners  
Judul Karya Ilmiah Akhir : Asuhan keperawatan maternitas pada Ny. S dengan Post Sectio Caesarea atas indikasi Post Term dan Ny. M dengan Post Sectio Caesarea atas indikasi Oligohidramniaon di ruang rambutan RSUD Cengkareng tahun 2022

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

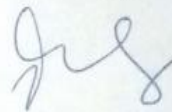
Bekasi, 18 januari 2023

**Penguji I**



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

**Penguji II**

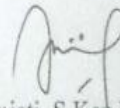


Dinda Nur Fajri HB, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0301109302

**Wakil Ketua I Bidang Akademik**

Puri Kresna Wati, 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 Irmawaty Sirait, SST.,M.Kes  
NIDN. 0319017902

## **KATA PENGANTAR**

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat yang telah diberikan kepada penulis, baik berupa kesehatan fisik dan mental sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini, yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ners Program Studi Profesi pada STIKes Medistra Indonesia, Bekasi.

Penulis mengucapkan terimakasih yang tidak terhingga kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan sehingga memungkinkan Karya Ilmiah Akhir ini terwujud. Ucapan terimakasih penulis sampaikan kepada :

1. Usman Ompusunggu, SE., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Saver Mangandar Ompusunggu, SE., selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
3. Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M. Kes., selaku Ketua STIKes Medistra Indonesia
4. Puri Kresna Wati, SST., M.KM., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIKes Medistra Indonesia
5. Sinda Ompusunggu, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Kepegawaian STIKes Medistra Indonesia
6. Hainun Nisa, SST., M. Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni STIKes Medistra Indonesia
7. Kiki Deniati, S.Kep,Ns.,M.Kep., selaku Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan S1 dan Pendidikan Profesi Ners 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 I Karya Ilmiah Akhir Ners
10. Dinda Nur Fajri HB, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Dosen Pembimbing sekaligus Dosen Penguji II Karya Ilmiah Akhir Ners
11. Roulita, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Akademik
12. Seluruh Dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang turut membantu memberikan banyak ilmu, masukan dan arahan selama proses pendidikan
13. Kedua Orang Tua tercinta yang telah memberikan banyak support baik moril maupun materi serta doa sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini
14. Rekan-rekan Pendidikan Profesi Ners yang telah memberikan banyak bantuan dan dorongan dalam bentuk apapun serta doa dan memberi support yang sama-sama berjuang menyelesaikan studi ini

Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari sempurna, jika ada kekeliruan dan kesalahan dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini untuk itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang membangun dari berbagai pihak. Akhir kata penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat diterima dan bermanfaat dengan baik.

Bekasi, 18 januari 2023



Siti Asdian Latupeirissa, S.Kep

## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR.....</b>	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	<b>vii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
<b>A. Latar Belakang .....</b>	<b>1</b>
<b>B. Tujuan .....</b>	<b>12</b>
1. Tujuan Umum .....	12
2. Tujuan Khusus .....	12
<b>BAB II TINJAUAN TEORI .....</b>	<b>15</b>
<b>A. Sectio Caesarea .....</b>	<b>15</b>
1. Pengertian .....	15
2. Etiologi.....	16
3. Patofisiologi .....	20
4. Pathways .....	21
5. Manifestasi Klinis .....	23
6. Pemeriksaan Penunjang .....	33
7. Terapi .....	24
8. Komplikasi .....	35
9. Diagnosa Keperawatan Yang Mungkin Muncul .....	27



10. Intervensi Keperawatan.....	28
<b>BAB III ASUHAN KEPERAWATAN .....</b>	<b>53</b>
<b>A. KASUS I .....</b>	<b>53</b>
<b>B. KASUS II .....</b>	<b>76</b>
<b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>	<b>102</b>
A. Pengkajian .....	102
B. Diagnosa Keperawatan .....	103
C. Intervensi Keperawatan .....	104
D. Implementasi Keperawatan .....	106
E. Evaluasi Keperawatan .....	107
<b>BAB V KESIMPULAN .....</b>	<b>110</b>
A. Kesimpulan .....	110
B. Saran.....	111
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Kegiatan Bimbingan Karya Ilmiah Akhir

Lampiran 2 Biografi Penulis

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Kehamilan post matur (postterm) disebut juga kehamilan lewat waktu/bulan merupakan kehamilan yang berlangsung sampai 42 minggu (294 hari) atau lebih, dihitung dari hari pertama haid terakhir menurut rumus Naegele dengan siklus haid rata-rata 28 hari (Prawirohardjo, 2008). Sedangkan menurut Manuaba (1999), kehamilan lewat waktu merupakan kehamilan yang melebihi waktu 42 minggu dan belum terjadi persalinan. Kehamilan umumnya berlangsung 40 minggu atau 280 hari dari hari pertama haid terakhir.

Definisi standar untuk kehamilan lewat bulan adalah 294 hari setelah hari pertama menstruasi terakhir, atau 280 hari setelah ovulasi. Istilah lewat bulan (postdate) digunakan karena tidak menyatakan secara langsung pemahaman mengenai lama kehamilan dan maturitas janin (Helen, 2007).

Berdasarkan beberapa pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa kehamilan postmatur adalah kehamilan lebih dari 40 minggu. Penyebab terjadinya kehamilan postterm / postmature sampai saat ini masih belum diketahui secara jelas. Menurut (Sarwono,2010) beberapa teori yang diajukan di antaranya:

## 1. Pengaruh Progesteron

Penurunan hormon progesteron dalam kehamilan dipercaya merupakan kejadian perubahan endokrin yang penting dalam memacu proses biomolekuler pada persalinan dan meningkatkan sensitivitas uterus terhadap oksitosin, sehingga terjadinya kehamilan postterm adalah karena masih berlangsungnya pengaruh progesteron.

### a. Teori Oksitosin

Pemakaian oksitosin untuk induksi persalinan pada kehamilan dipercaya bahwa oksitosin secara fisiologis memegang peranan penting dalam menimbulkan persalinan dan pelepasan oksitosin dari neurohipofisis ibu hamil yang kurang pada usia kehamilan lanjut diduga sebagai salah satu penyebab kehamilan postterm.

### b. Teori Kortisol/ ACTH Janin

Dalam teori ini diajukan bahwa sebagai “pemberi tanda” untuk dimulainya persalinan adalah janin, diduga akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol janin akan memperngaruhi plasenta sehingga produksi progesteron berkurang dan memperbesar sekresi esterogen, selanjutnya berpengaruh terhadap meningkatnya produksi prostaglandin. Pada cacat bawaan janin seperti anesefalus, hipoplasia adrenal janin, dan tidak adanya kelenjar hipofisis pada janin akan

menyebabkan kortisol janin tidak diproduksi dengan baik sehingga kehamilan dapat berlangsung lewat bulan.

c. Saraf Uterus

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

d. Herediter

Beberapa peneliti menyatakan bahwa seorang ibu yang mengalami kehamilan postterm mempunyai kecenderungan untuk melahirkan lewat bulan pada kehamilan berikutnya. Mogren menyatakan bahwa bilamana seorang ibu mengalami kehamilan postterm saat melahirkan anak perempuan, maka besar kemungkinan anak perempuan akan mengalami kehamilan postterm.

Menurut (Bayu,2009) penyebab Postmatur pasti belum diketahui, faktor yang dikemukakan adalah :

- a. Hormonal, yaitu kadar progesteron tidak cepat turun walaupun kehamilan telah cukup bulan sehingga kepekaan uterus terhadap oksitosin berkurang.

- b. Herediter, karena post maturitas sering dijumpai pada suatu keluarga tertentu
- c. Kadar kortisol pada darah bayi yang rendah sehingga disimpulkan kerentanan akan stress merupakan faktor tidak timbulnya His
- d. Kurangnya air ketuban
- e. Insufisiensi plasenta.

Cairan ketuban merupakan salah satu tanda kehamilan pertama yang terlihat. Sangat penting untuk kehamilan yang sehat, bertindak sebagai bantalan fisik dan mendorong ekspansi dan perkembangan paru-paru janin. Volume cairan ketuban bervariasi sesuai usia kehamilan, rata-rata 400 mL pada saat aterm (Rabie et al., 2017). Oligohidramnion merupakan suatu keadaan dimana air ketuban kurang dari normal yaitu 500 cc yang mempunyai resiko terjadinya gawat janin maupun infeksi. Terdapat insiden oligohidramnion sekitar 3,9 % dari seluruh kehamilan, namun estimasi sekitar 12 % dari kehamilan usia 40 minggu atau lebih. Oligohidramnion rentan terjadi pada masa awal kehamilan yang mana menandakan pertumbuhan janin terlalu lambat. Namun jika terjadi pada akhir masa kehamilan, artinya terdapat kemungkinan telah terjadi kegagalan plasenta. Penyebab oligohidramnion belum diketahui dengan jelas, penyebab primer karena pertumbuhan amnion yang kurang baik, sedangkan sekunder ketuban pecah dini (Rabie et al., 2017).

Menurut (Syarif, 2018) salah satu resiko selama kehamilan yang dapat mengganggu kesehatan ibu maupun janinnya adalah masalah yang berkaitan dengan jumlah cairan amnion dimana cairan amnion sangat penting bagi tumbuh kembang janin kesegala arah dengan jumlah sama sehingga pertumbuhannya menjadi simetris. Oligohidramnion adalah suatu keadaan dimana air ketuban sangat sedikit yakni berkurang dari normal yaitu kurang dari 500 cc sehingga akan menyebabkan terhentinya perkembangan paru-paru, sehingga pada saat lahir paru-paru tidak berfungsi sebagaimana mestinya. Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan oligohidramnion adalah kelainan kongenital, KPD, dan kehamilan postterm. Kelainan kongenital yang 2 paling sering menimbulkan oligohidramnion adalah kelainan sistem saluran kemih (kelainan ginjal bilateral dan obstruksi uretra) dan kelainan kromosom Insufisiensi plasenta oleh sebab apapun dapat menyebabkan hipoksia janin. Hipoksia janin yang berlangsung kronis akan memicu mekanisme redistribusi darah. Salah satu dampaknya adalah terjadinya penurunan aliran darah ke ginjal, produksi urin berkurang dan terjadilah oligohidramnion (Cheung & Brace, 2020). Berdasarkan hasil Riskesdas 2019 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%) (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur., 2020).

Oligohidramnion adalah air ketuban kurang dari 500 cc. Oligohidramnion kurang baik untuk pertumbuhan janin karena

pertumbuhan dapat terganggu oleh perlekatan antara janin dan amnion atau karena janin mengalami tekanan dinding rahim (Sastrawinata, dkk, 2014). Jika produksinya semakin berkurang, disebabkan beberapa hal diantaranya: insufisiensi plasenta, kehamilan postterm, gangguan organ perkemihan-ginjal, janin terlalu banyak minum sehingga dapat menimbulkan makin berkurangnya jumlah air ketuban intrauteri “oligohidramnion” dengan kriteria : Jumlah kurang dari 500 cc, Kental, Bercampur mekonium (Aspiani, 2017).

Penyebab pasti terjadinya oligohidramnion masih belum diketahui. Beberapa keadaan berhubungan dengan oligohidramnion 49 hampir selalu berhubungan dengan obstruksi saluran traktus urinarius janin atau renal agenesis (Walyani, 2017). Oligohidramnion harus dicurigai jika tinggi fundus uteri lebih rendah secara bermakna dibandingkan yang diharapkan pada usi gestasi tersebut. Penyebab oligohidramnion adalah absorpsi atau kehilangan cairan yang meningkat ketuban pecah dini menyebabkan 50 % kasus oligohidramnion, penurunan produksi cairan amnion yakni kelainan ginjal kongenital akan menurunkan keluaran ginjal janin obstruksi pintu keluar kandung kemih atau uretra akan menurunkan keluaran urin dengan cara sama (Walyani, 2017). Sebab oligohidramnion secara primer karena pertumbuhan amnion yang kurang baik, sedangkan secara sekunder yaitu ketuban pecah dini (Kusmiran, eny.2014)

Oligohidramnios atau disebut juga oligohidramnion adalah masalah kehamilan yang ditandai dengan jumlah cairan ketuban yang terlalu sedikit.



Jika tidak segera ditangani, kondisi ini dapat meningkatkan risiko gangguan kehamilan, seperti persalinan prematur. Cairan ketuban adalah cairan yang terdapat di dalam rahim selama masa kehamilan. Cairan ini berwarna bening kekuningan dan tidak berbau, serta mengandung nutrisi, hormon, dan antibodi yang berfungsi untuk mendukung perkembangan janin.

Oligohidramnion adalah kondisi saat volume atau kadar air ketuban terlalu sedikit. Kondisi ini sering kali tidak bergejala, sehingga dibutuhkan pemeriksaan penunjang berupa USG oleh dokter untuk mengetahui jumlah cairan ketuban. Saat menjalani pemeriksaan, ibu hamil dapat dikatakan menderita oligohidramnios bila memiliki kondisi sebagai berikut:

1. Indeks cairan ketuban kurang dari 5 cm pada akhir trimester kedua
2. Jumlah cairan ketuban kurang dari 500 ml pada usia kehamilan 32–36 minggu

Sebaliknya, jika jumlah cairan ketuban di dalam tubuh ibu hamil berlebihan, kondisi ini disebut polihidramnion. Polihidramnion juga dapat meningkatkan risiko terjadinya komplikasi kehamilan.

Oligohidramnions dapat disebabkan oleh beberapa hal, antara lain:

1. Gangguan plasenta
2. Kelainan pada janin, misalnya kelainan genetik dan IUGR
3. Kebocoran atau pecahnya kantung ketuban, misalnya karena KDP

4. Persalinan yang lewat dari tanggal perkiraan
5. Penyakit tertentu yang diderita ibu, seperti diabetes dan hipertensi
6. Dehidrasi

Oligohidramnios dapat terjadi kapan saja, tetapi kondisi ini lebih sering terjadi di akhir trimester ketiga kehamilan. Selain itu, ibu hamil yang mengandung bayi kembar juga lebih berisiko mengalami oligohidramnios.

Ibu hamil berisiko tinggi mengalami keguguran jika oligohidramnions terdiagnosis sebelum kehamilan berusia 20 minggu. Namun, jika kondisi ini terdiagnosis menjelang trimester akhir kehamilan, risiko yang lebih umum terjadi adalah kelahiran prematur.

Terkadang, dokter akan merekomendasikan ibu hamil yang mengalami oligohidramnion untuk melahirkan dengan operasi caesar.

Sectio Caesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Setiana, Herawati and Sutriyati, 2019). Menurut (Lubis, 2018). Persalinan sectio caesarea (SC) di Negara-negara berkembang maupun di Indonesia mengalami peningkatan. Persalinan Sectio Caesarea dilakukan tidak hanya dengan indikasi medis tetapi juga non medis. Persalinan sectio caesarea (SC) juga berdampak bagi ibu maupun janin. Resiko persalinan dengan sectio caesarea ini tiga kali risiko kematian lebih besar daripada persalinan normal.

Penyebab peningkatan persalinan sectio caesarea ini yaitu dengan adanya indikasi medis dan indikasi non medis. Indikasi non medis tersebut dipengaruhi oleh umur, pendidikan, pengetahuan, sosial budaya dan sosial ekonomi (Lubis, 2018). Menurut RISKESDAS dalam jurnal (Ramdhanie and Yusnia, 2020) tingkat persalinan sectio caesarea di Indonesia sudah melewati batas maksimal standar WHO 5-15%. Tingkat persalinan sectio caesarea di Indonesia 15,3% sampel dari 20.591 ibu yang melahirkan dalam kurun waktu 5 tahun terakhir yang di survey dari 33 provinsi. Gambaran adanya faktor resiko ibu saat melahirkan atau di operasi caesarea adalah 13,4 % karena ketuban pecah dini, 5,49% karena Preeklampsia, 5,14% karena Perdarahan, 4,40%, Kelainan letak Janin, 4,25% karena jalan lahir tertutup, 2,3% karena rahim sobek.

Tiga penyebab utama kematian ibu dalam bidang obstetrik adalah pendarahan 45%, infeksi 15%, dan preeklampsia. Penanganan yang tidak sesuai dengan standar, sering menjadi penyebab utama yang menyebabkan peningkatan morbiditas dan mortalitas pada ibu hamil. Preeklampsia adalah kelainan pada kehamilan yang berhubungan dengan hipertensi onset baru, yang muncul pada usia 20 minggu kehamilan hingga mendekati persalinan. Namun, preeklampsia dapat terjadi pada beberapa wanita tanpa adanya proteinuria. Kriteria diagnosis untuk preeklampsia yaitu tekanan darah sistemik  $\geq 140$  mmhg atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmhg dalam dua kali pemeriksaan dengan jarak 4 jam pada ibu yang memiliki tekanan darah normal sebelumnya disertai proteinuria ( $\geq 300$  mg/24 jam atau 2+ dengan

dipstik) (Wahyuni and Octiara, 2021). Preeklampsia adalah salah satu penyakit dalam kehamilan. Sebanyak 2-8% dari keseluruhan penyebab morbiditas dan mortalitas maternal dan perinatal (Andini and Novantri, 2022). Dalam penelitian yang dilakukan oleh (Wahyuni and Octiara, 2021) sebanyak 46 kasus kematian ibu disebabkan oleh preeklampsia. Keterlambatan penanganan pada pasien dapat menyebabkan perburukan kondisi ibu dan janin sehingga banyak kondisi darurat yang memaksa persalinan harus dilakukan dengan cara sectio caesarea (SC).

World Health Organization (WHO) memperkirakan setiap tahun terjadi 210 juta kehamilan di seluruh dunia. Dari jumlah ini 20 juta perempuan mengalami kesakitan sebagai akibat kehamilan, sekitar 8 juta mengalami komplikasi yang mengancam jiwa dan lebih dari 50% terjadi di negara-negara Asia Selatan dan Tenggara, termasuk Indonesia. Insidensi ketuban pecah dini berkisar antara 8 % sampai 10 % dari semua kehamilan. Pada kehamilan aterm insidensinya bervariasi antara 6% sampai 19 %, sedangkan pada kehamilan preterm insidensinya 2 % dari semua kehamilan. Insiden ketuban pecah dini adalah 2,7%-17%, bergantung pada lama periode fase laten yang digunakan untuk menegakkan diagnosis KPD (Adwia Trysna Meunasah, Elsie Anggreni, Monifa Putri, 2022).

Ketuban Pecah Dini (KPD) berhubungan dengan penyebab kejadian prematuritas dengan kejadian 30-40%, prematuritas penyebab morbiditas dan mortalitas prenatal sekitar 85%.6 Ketuban pecah dini (KPD) atau Premature Rupture of the Membranes (PROM) adalah keadaan pecahnya

selaput ketuban sebelum terjadinya proses persalinan pada kehamilan aterm. Sedangkan Preterm Premature Rupture of the Membranes (PPROM) adalah pecahnya ketuban pada pasien dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu. Pada kehamilan aterm insidensinya bervariasi antara 6-19%, sedangkan pada kehamilan preterm insidensinya 2% dari semua kehamilan. Sekitar 85% morbiditas dan mortalitas perinatal disebabkan oleh prematuritas. Ketuban pecah dini merupakan salah satu penyebab prematuritas dengan insidensi 30-40%. Kejadian KPD di Amerika Serikat terjadi pada 120.000 kehamilan per tahun dan berkaitan dengan risiko tinggi terhadap kesehatan dan keselamatan ibu, janin, dan neonatal. Penelitian di Indonesia mengungkapkan bahwa ibu yang mengalami KPD selama kehamilan berisiko 2.58 kali lebih tinggi untuk melahirkan prematur dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami KPD (Ida Bagus Gede Putera Brahmansa, Agus Rushdy Hariawan Hamid, 2022).

Peran perawat sebagai pelaksana adalah memberikan asuhan keperawatan untuk menjaga kesehatan ibu dan bayi serta mencegah terjadinya komplikasi pasca persalinan. Oleh sebab itu asuhan keperawatan ibu post partum dengan sectio caesare atas indikasi post term dan oligohidromnion dan ketuban pecah dini dilakukan dengan tujuan dengan keyakinan bahwa setiap orang mempunyai kemampuan untuk merawat diri sendiri sehingga membantu individu memenuhi kebutuhan hidup, memelihara kesehatan dan kesejahteraannya.

Berdasarkan permasalahan diatas maka penulis tertarik untuk mengaplikasikan Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny. S Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Post Term Dan Ny. M Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Oligohidromnion Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum yang ingin dicapai dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah untuk memahami dan menerapkan Asuhan Keperawatan post SC Pada Ny. S Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Post Term Dan Ny. M Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Oligohidromnion Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Dapat melakukan pengkajian pada Ny. S Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Post Term Dan Ny. M Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Oligohidromnion Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.
- b. Dapat menentukan diagnosa keperawatan maternitas pada Ny. S Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Post Term Dan Ny. M Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Oligohidromnion Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.

- c. Dapat membuat rencana tindakan keperawatan maternitas pada Ny. S Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Post Term Dan Ny. M Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Oligohidromnion Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.
- d. Dapat melakukan implementasi keperawatan maternitas pada Ny. S Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Post Term Dan Ny. M Dengan Post Sectio Caesarea Atas Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.
- e. Dapat melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. S Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Post Term Dan Ny. M Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Oligohidromnion Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.

### **C. Manfaat Penulisan**

- a. Manfaat Bagi Perkembangan dan Ilmu Pengetahuan

Karya tulis ilmiah ini di harapkan dapat digunakan sebagai bahan pembelajaran dan bahan studi selanjutnya dalam asuhan keperawatan pada kasus post sc dengan indikikasi post term dan oligohidramnion

b. Manfaat bagi Profesi Keperawatan

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menjadi masukan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan untuk landasan praktik serta *evidence based practice* pada klien pasca operasi SC dengan indikasi post term dan oligohidramnion

c. Manfaat Bagi Penulis

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menambah pengetahuan, meningkatkan ketrampilan, pemahaman, kompetensi calon ners dan pengalaman secara langsung bagi penulis dalam menambah wawasan dan memberikan ilmu asuhan keperawatan pada pasien pasca post operasi SC dengan post term dan oligohidramnion.



## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Dasar Sectio Caesarea**

##### **1. Pengertian**

Sectio caesarea merupakan tindakan mengeluarkan bayi melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus untuk menyelamatkan ibu dan bayi atas beberapa indikasi medis seperti gawat janin, persalinan lama, plasenta previa, mal presentase janin atau letak litang, panggul sempit, prolaps tali pusat dan preeklamsi (Purba *et al.*, 2021). Sectio caesarea adalah salah satu bentuk pengeluaran fetus melalui sebuah irisan pembedahan yang menembus abdomen seorang ibu (laparotomy) dan uterus (hiskotomy) untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih. Sectio caesarea adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat diatas 5000 gram, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh (Arda and Hartaty, 2021).

Sectio Caesarea (SC) merupakan tindakan pembedahan untuk melahirkan janin dengan cara membuat sayatan untuk membuka dinding perut dan dinding uterus atau suatu histerotomi untuk mengeluarkan janin yang berada di dalam rahim ibu (Juliathi, Marhaeni and Dwi Mahayati, 2021). Sectio caesarea dapat dikatakan sebagai operasi yang sederhana, dan saat bersamaan disebut juga sebagai operasi yang paling dramatis di antara operasi besar. Dinding perut diiris, secara vertikal atau horisontal, selebar lima belas

sentimeter, dinding uterus diiris, sekali lagi secara vertikal atau horisontal, dengan lebar yang hampir sama, sang bayi dan placentanya dikeluarkan, kemudian irisan itu dijahit kembali (Ratnasari *et al.*, 2019).

## 2. Etiologi

Menurut Martowirjo (2018) dalam (Agustina, 2020), etiologi dari pasien Sectio Caesarea adalah sebagai berikut :

### a. Etiologi yang berasal dari ibu

- 1) Plasenta Previa Sentralis dan Lateralis (posterior) dan totalis
- 2) Panggul sempit
- 3) Disporasi sefalo – pelvik : ketidakseimbangan antara ukuran kepala dengan panggul
- 4) Partus lama (prolonged labor)
- 5) Ruptur uteri mengancam
- 6) Partus tak maju (obstructed labor)
- 7) Distosia serviks
- 8) Pre-eklamsia dan hipertensi
- 9) Disfungsi uterus
- 10) Distosia jaringan lunak

### b. Etiologi yang berasal dari janin

- 1) Letak lintang
- 2) Letak bokong
- 3) Presentasi rangkap bila reposisi tidak berhasil

- 4) Presentasi dahi dan muka (letak defleksi) bila reposisi dengan cara-cara lain tidak berhasil
- 5) Gemeli menurut Eastma, section caesarea di anjurkan :
  - a) Bila janin pertama letak lintang atau presentasi bahu (Shoulder Presentation)
  - b) Bila terjadi interlok (locking of the twins)
  - c) Distosia oleh karena tumor
  - d) Gawat janin
- 6) Kelainan uterus :
  - a) Uterus arkuatus
  - b) Uterus septus
  - c) Uterus duplekus
  - d) Terdapat tumor di pelvis minor yang mengganggu masuk kepala janin ke pintu atas panggul

Sedangkan menurut Sagita (2019) dalam (Agustina, 2020), indikasi ibu dilakukan Sectio Caesarea adalah ruptur uteri iminen, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini. Sedangkan indikasi dari janin adalah fetal distres dan janin besar melebihi 4.000 gram. Dari beberapa faktor Sectio Caesarea diatas dapat diuraikan beberapa penyebab sectio sebagai berikut :

- a. CPD (Cepalo Pelvik Dispropotion) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara normal. Tulang-tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang

membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara normal. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan normal sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal.

- b. PEB (Pre-Eklamsi Berat) adalah kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, preeklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternatal dan perinatal paling penting dalam ilmu kebidanan. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.
- c. KDP (Ketuban Pecah Dini) adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartus. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu.
- d. Bayi kembar, tak selamanya bayi kembar dilahirkan secara Sectio Caesarea. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

- 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 bernafas.
- f. Kelainan Letak Janin
  - 1) Kelainan pada letak kepala
    - a) Letak kepala tengadah, bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB yang paling rendah. Etiologinya kelainan panggul, kepala bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati, kerusakan dasar panggul.
    - b) Presentasi muka, letak kepala tengadah (defleksi), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah ialah muka. Hal ini jarang terjadi, kira-kira 0,27-0,5 %. Presentasi dahi, posisi kepala antara fleksi dan defleksi, dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Pada penempatan dagu, biasanya dengan sendirinya akan berubah menjadi letak muka atau letak belakang kepala.
  - 2) Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala difundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. Dikenal beberapa jenis letak sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki sempurna, presentasi bokong tidak sempurna dan presentasi kaki.

### 3. Patofisiologi

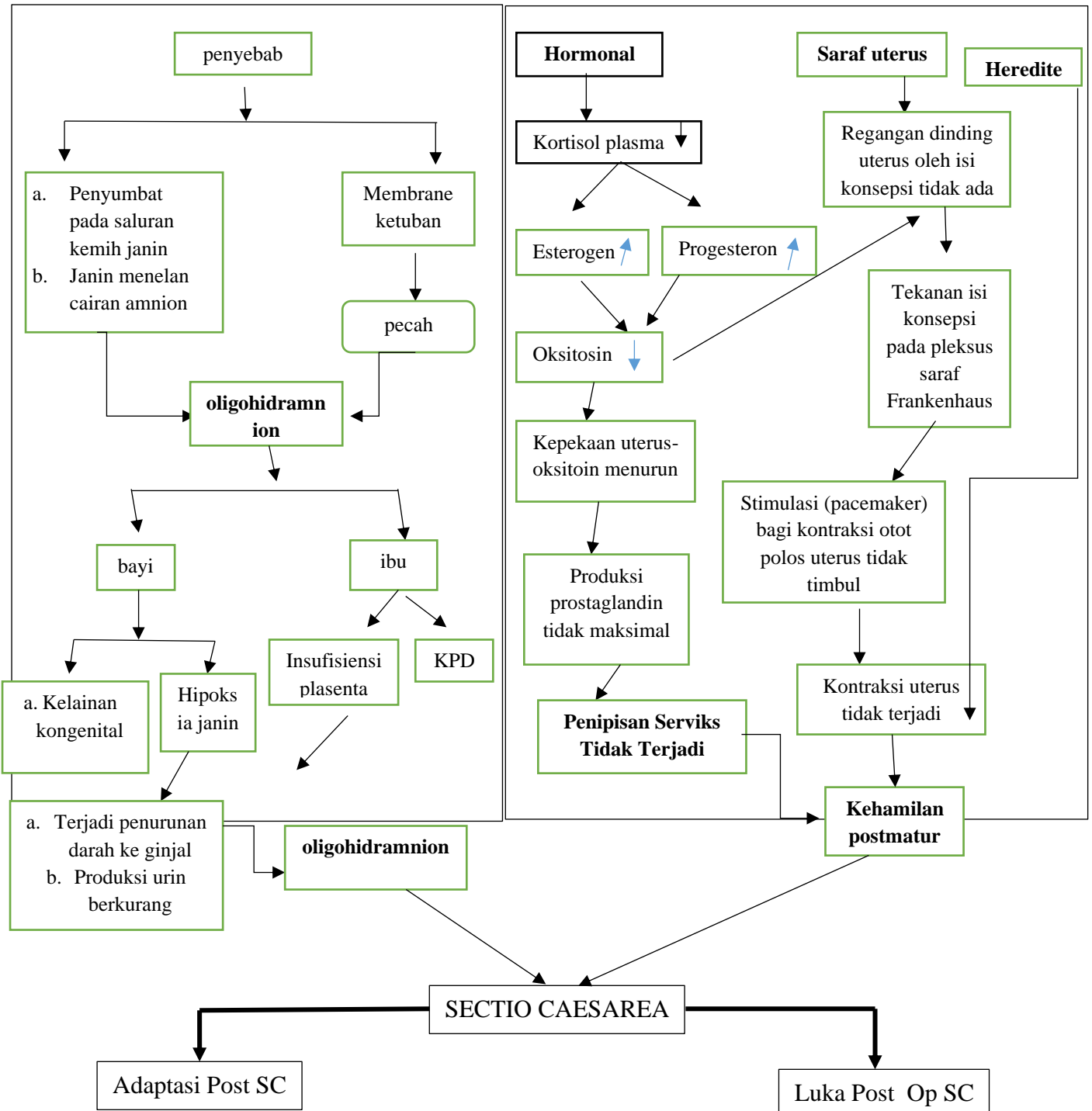
Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan, misalnya karena ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang parah, pre eklampsia dan eklampsia berat, kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kemudian sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta yang lebih dikenal dengan plasenta previa, bayi kembar, kehamilan pada ibu yang berusia lanjut, persalinan yang berkepanjangan, plasenta keluar dini, ketuban pecah dan bayi belum keluar dalam 24 jam, kontraksi lemah dan sebagainya. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu Sectio Caesarea.

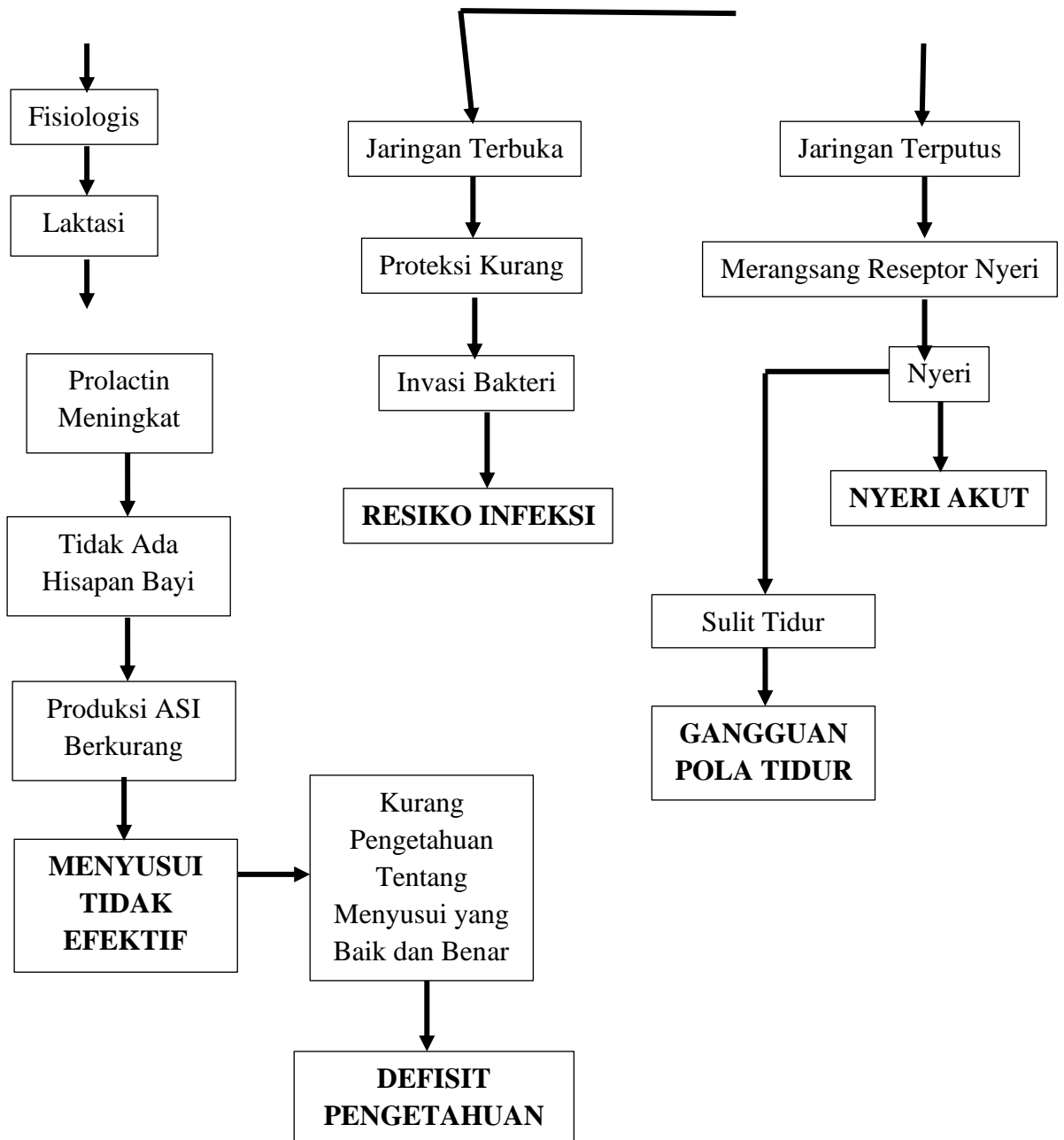
Sectio Caesarea merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gram dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Dalam proses operasi, dilakukan tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien mengalami imobilisasi. Efek anestesi juga dapat menimbulkan otot relaksasi dan menyebabkan konstipasi. Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien. Selain itu dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan

menimbulkan rangsangan pada area sensorik sehingga menyebabkan adanya rasa nyeri sehingga timbulah masalah keperawatan nyeri akut.

#### 4. Pathways

Bagan 2.1 Pathways





## 5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada klien dengan post Sectio Caesarea antara lain :

- a. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml



- b. Terpasang kateter, urin jernih dan pucat
- c. Abdomen lunak dan tidak ada distensi
- d. Bising usus tidak ada
- e. Ketidaknyamanan untuk menghadapi situasi baru
- f. Balutan abdomen tampak sedikit noda
- g. Aliran lochia sedang dan bebas bekuan, berlebihan dan banyak

#### 6. Pemeriksaan Penunjang

##### a. Darah Lengkap

Kadar HB ibu nifas normal adalah 11gr%. Ibu nifas yang mengalami anemia memiliki kadar HB kurang dari 11gr%. Pada saat kelahiran dan masa nifas, jumlah leukosit mencapai puncak, yaitu antara 14.000-16.000/  $\mu$ l.

##### b. Pelvi Metri

Pemeriksaan dalam dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Melalui pemeriksaan ini akan mendapatkan konjugata diagonal (jarak antara promontorium dengan simfisi bawah), untuk mendapatkan konjugata vera, maka konjugata diagonal 1,5 cm. Jika kurang, maka dikategorikan sebagai panggul sempit.

##### c. USG

Salah satu manfaat USG adalah prediksi usia kehamilan dengan USG adalah yang paling akurat jika dilakukan sebelum usia

kehamilan 24 minggu. Usia kehamilan tidak akurat setelah umur kehamilan > 28 minggu.

## 7. Therapi

### a. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis dan perawatan setelah dilakukan sectio caesarea yaitu :

- 1) Perdarahan dari vagina harus dipantau dengan cermat
- 2) Fundus uteri harus sering dipalpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap berkontraksi dengan kuat
- 3) Pemberian analgetik dan antibiotik
- 4) Periksa aliran darah uterus paling sedikit 30 ml/jam
- 5) Pemberian cairan intra vaskuler, 3 liter cairan biasanya memadai untuk 24 jam pertama setelah pembedahan
- 6) Ambulasi satu hari setelah pembedahan pasien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan orang lain
- 7) Perawatan luka : insisi diperiksa setiap hari, jahitan kulit (klip) diangkat pada hari ke empat setelah pembedahan.

### b. Perawatan post operasi

- 1) Perawatan awal
- 2) Letakan pasien dalam posisi pemulihan
- 3) Periksa kondisi pasien, cek tanda vital 15 menit selama 1 jam pertama, kemudian tiap 30 menit jam berikutnya. Periksa tingkat kesadaran tiap 15 menit sampai sadar

- 4) Yakinkan jalan nafas bersih dan cukup ventilasi
- 5) Tranfusi jika diperlukan
- 6) Jika tanda vital dan hematokrit turun walau diberikan transfusi, segera kembalikan ke kamar bedah kemungkinan terjadi perdarahan pasca bedah.

## 8. Komplikasi

### a. Perdarahan

Sectio caesarea merupakan pembedahan vascular dan perdarahan biasanya berkisar antara 500-1000 ml. Darah yang sudah direaksi silang harus tersedia dan infus sudah terpasang. Antisipasi perdarahan banyak dilakukan pada kasus plasenta previa atau kehamilan kembar karena mungkin terjadi gangguan retraksi uterus pada tempat insersi plasenta. Jika terjadi robekan pada insisi segmen bawah saat mengeluarkan bayi, pembuluh darah uterus yang besar mungkin ikut robek dan akan terjadi perdarahan hebat. Pasien dapat cepat masuk dalam keadaan syok. Kehilangan darah biasanya dikendalikan dengan jahitan, tetapi jika mungkin tidak dilakukan, operator mungkin perlu melakukan tindakan penyelamatan berupa pengangkatan rahim. Identifikasi serviks tidak selalu mudah dilakukan dan karena itu histerektomi subtotal dapat dilakukan.

### b. Distensi pasca operasi

Distensi gas usus umum terjadi setelah sectio caesarea, tetapi kondisi otot-otot abdomen yang longgar mengurangi rasa sakit

karena distensi tersebut. Meskipun demikian, pembengkakan menjadi terlihat menjadi nyata. Bising usus mungkin menurun dan tidak ada flatus pada 24-48 jam pertama. Jika ileus yang mengancam (incipient ileus) tidak diatasi dengan cepat, penghisapan lambung dan pemberian cairan parenteral harus dimulai.

- c. Infeksi peuperal (nifas)
  - 1) Ringan : dengan kenaikan suhu beberapa hari saja
  - 2) Sedang : dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung.
  - 3) Berat : dengan peritonitis, sepsis dan ileusparalitik. Infeksi berat sering kita jumpai pada partus terlantar, sebelum timbul infeksi nifas, telah terjadi infeksi intrapartum karena ketuban yang telah pecah terlalu lama. Penanganannya adalah dengan cara pemberian cairan, elektrolit dan antibiotik yang adekuat dan tepat.
- d. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung bila reperitonialisasi terlalu tinggi.
- e. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang.
- f. Komplikasi pada proses persalinan juga merupakan salah satu penyebab kematian ibudan kematian bayi. Dampak dari masalah komplikasi pada ibu bersalin yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), infeksi, partus lama/macet, dan abortus.

## 9. Diagnosa Keperawatan Yang Mungkin Muncul

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI, 2017), Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada kasus post sectio caesarea, yaitu :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ( prosedur operasi SC ) ( D. 0077)
- b. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks menghisap bayi ( D. 0029)
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ( D. 0055)
- d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang minat dalam belajar (D. 0111)
- e. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif ( D. 0142)

#### 10. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dapat dilakukan dengan tujuan berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (PPNI, 2019) dan Intervensi yang dapat dilakukan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018), ialah :

**Tabel 2.1**  
**Intervensi Keperawatan**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan</b>	<b>Intervensi</b>
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ( prosedur operasi SC ) ( D. 0077)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... Diharapkan tingkat nyeri menurun (L. 08066), dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Gelisah menurun</li> <li>4. Kesulitan tidur menurun</li> </ol>	<p><b>Intervensi Utama</b></p> <p><b>Manajemen Nyeri (I. 08238)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>5. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> </ol>

		<p>7. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>8. Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p><b>Intervensi Pendukung</b></p> <p><b>Edukasi Teknik Napas (I.12452)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>9. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>10. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>11. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p>
--	--	---

		<p>12. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>13. Jelaskan tujuan dan manfaat teknik napas</p> <p>14. Jelaskan prosedur teknik napas</p> <p>15. Anjurkan memposisikan tubuh se nyaman mungkin (mis. duduk, berbaring)</p> <p>16. Anjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh</p> <p>17. Ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan</p> <p>18. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan</p>
--	--	--



		19. Demonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik
Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks menghisap bayi (D. 0029)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... Diharapkan status menyusui membaik (L.03029), dengan kriteria hasil : 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat 3. Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam meningkat	<b>Intervensi Utama</b> <b>Edukasi Menyusui (I.12393)</b> <b>Observasi :</b> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <b>Terapeutik :</b> 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya 5. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui

	<p>4. Tetesan/pancaran ASI meningkat</p> <p>5. Suplai ASI adekuat meningkat</p>	<p><b>Edukasi :</b></p> <p>6. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</p> <p>7. Ajarkan posisi menyusui dan perlekatan dengan benar</p> <p>8. Ajarkan perawatan payudara post partum (mis. memerah ASI, pijat payudara)</p> <p><b>Intervensi Pendukung</b></p> <p><b>Pendampingan Proses Menyusui (I.03130)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>9. Monitor kemampuan ibu untuk menyusui</p> <p>10. Monitor kemampuan bayi menyusu</p> <p>Terapeutik :</p>
--	---	--

		<p>11. Dampingi ibu selama kegiatan menyusui berlangsung</p> <p>12. Dampingi ibu memposisikan bayi dengan benar untuk menyusui pertama kali</p> <p>13. Berikan ibu pujian, informasi dan saran terhadap perilaku positif dalam menyusui</p> <p>14. Diskusikan masalah selama menyusui (mis. nyeri, bengkak pada payudara, lecet pada puting dan mencari solusinya)</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>15. Ajarkan ibu mengenali tanda-tanda bayi siap menyusui (mis. bayi mencari puting, keluar saliva, memasukan jari ke</p>
--	--	--

		<p>dalam mulutnya dan bayi menangis)</p> <p>16. Ajarkan ibu mengarahkan mulut bayi dari arah bawah ke arah puting ibu</p> <p>17. Ajarkan posisi menyusui (mis. cross cradle, cradle, foot ball dan posisi berbaring yang diikuti dengan perlekatan yang benar)</p> <p>18. Ajarkan perlekatan yang benar : perut ibu dan bayi berhadapan, tangan kaki bayi satu garis lurus, mulut bayi terbuka lebar dan dagu bayi menempel pada payudara ibu untuk menghindari lecet pada puting payudara</p> <p>19. Informasikan untuk menyusui pada satu</p>
--	--	---

		<p>payudara sampai bayi melepas sendiri puting ibu</p> <p>20. Informasikan ibu untuk mengosongkan payudara pada payudara yang belum disusui dengan memerah ASI</p>
<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ( D. 0055)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ...</p> <p>Diharapkan pola tidur membaik (L. 05045), dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>2. Keluhan sering terjaga menurun</li> <li>3. Keluhan pola tidur berubah menurun</li> <li>4. Keluhan istirahat tidak cukup menurun</li> </ol>	<p><b>Intervensi Utama</b></p> <p><b>Dukungan Tidur (I.09265)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pengaturan posisi)</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> </ol>

		5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur
Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang minat dalam belajar (D. 0111)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... Diharapkan tingkat pengetahuan membaik (L. 12111), dengan kriteria hasil : 1. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 2. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	<b>Intervensi Utama</b> <b>Edukasi Kesehatan (I.12383)</b> <b>Observasi :</b> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <b>Terapeutik :</b> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <b>Edukasi :</b> 4. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan <b>Intervensi Pendukung</b>

		<p><b>Edukasi Perawatan Bayi (I.12419)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>5. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>6. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>7. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>8. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>9. Jelaskan manfaat perawatan bayi</p> <p>10. Anjurkan menjemur bayi sebelum jam 9 pagi</p>
--	--	--

		<p>11. Anjurkan segera mengganti popok jika basah</p> <p>12. Anjurkan menyusui sesuai kebutuhan bayi</p>
<p>Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D. 0142)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ...</p> <p>Diharapkan kontrol resiko meningkat (L. 14128), dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mengidentifikasi faktor resiko meningkat</li> <li>2. Kemampuan melakukan strategi kontrol resiko meningkat</li> <li>3. Kemampuan menghindari faktor resiko meningkat</li> </ol>	<p><b>Intervensi Utama</b></p> <p><b>Pencegahan Infeksi (I.14539)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Batasi jumlah pengunjung</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> </ol> <p><b>Intervensi pendukung</b></p> <p><b>Perawatan Luka (I. 14564)</b></p>



		<p><b>Observasi :</b></p> <p>5. Monitor karakteristik luka</p> <p>6. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>7. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>8. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>9. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi</p> <p>10. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>11. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>12. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</p>
--	--	---

		<p>13. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>14. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>15. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>16. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>17. Kolaborasi pemberian antibiotik</p>
--	--	---

## **B. Konsep Dasar Post Term**

### **a. Pengertian**

Menurut Manuaba (2009), kehamilan lewat waktu atau yang disebut juga kehamilan serotinus, *prolonged pregnancy*, atau *post-term pregnancy* adalah kehamilan dengan usia kehamilan telah lebih dari 42 minggu lengkap mulai dari hari menstruasi pertama.

WHO, dalam Kemenkes RI (2013) mendefinisikan kehamilan serotinus sebagai kehamilan dengan usia kehamilan lebih dari 42 minggu penuh (294 hari) terhitung sejak hari pertama haid terakhir. Kehamilan serotinus (sering disebut juga kehamilan lebih bulan, atau kehamilan memanjang atau lewat bulan) merupakan kehamilan dengan waktu yang memanjang melebihi akhir minggu 42 gestasi, atau 294 hari dari hari pertama periode menstruasi terakhir (Lowdermik, Perry, Cashion, 2012)

Kehamilan serotinus lebih sering terjadi pada primigravida muda dan primigravida tua atau pada grandemultiparitas. Kehamilan serotinus sebagian akan menghasilkan keadaan neonatus dengan *dysmaturitas*. Kematian perinatalnya 2-3 kali lebih besar dari bayi yang cukup bulan (Sastrawinata, 2010). Jadi kehamilan serotinus adalah kehamilan dengan usia kehamilan yang melebihi 42 minggu atau 294 hari dari hari pertama haid terakhir.

b. Etiologi

Menurut Sastrawinata (2010), ada beberapa hal yang berpengaruh terhadap serotinus, antara lain sebagai berikut

- a) Faktor potensial Adanya hormon adrenokortikotropik (ACTH) pada fetus atau defisiensi enzim sulfatase plasenta. Kelainan sistem saraf pusat pada janin sangat berperan, misalnya pada keadaan anensefal.
- b) Semua faktor yang mengganggu mulainya persalinan baik faktor ibu, plasenta maupun anak. Kehamilan terlama adalah 1 tahun 24 hari yang terjadi pada keadaan dengan anensefal.

c. Faktor Predisposisi

Menurut Kemenkes RI (2013) faktor predisposisi kehamilan serotinus adalah riwayat kehamilan serotinus sebelumnya.

d. Gambaran Klinis

Menurut Sastrawinata (2010) serotinitas atau postdate adalah istilah yang menggambarkan sindrom dismaturitas yang dapat terjadi pada kehamilan serotinus. Keadaan ini terjadi pada 30% kehamilan serotinus dan 3% kehamilan aterm. Tanda-tanda serotinus sebagai berikut:

- a) menghilangnya lemak subkutan
- b) kulit kering, keriput atau retak-retak
- c) pewarnaan mekonium pada kulit
- d) umbilikus dan selaput ketuban, kuku dan rambut panjang
- e) bayi malas.

## 5. Diagnosis

Menurut Kemenkes RI (2013) diagnosis kehamilan serotinus sebagai berikut:

- a) Ultra SonoGraf (USG) di trimester pertama (usia kehamilan antara 11- 14 minggu) sebaiknya ditawarkan kepada semua ibu hamil untuk menentukan usia kehamilan dengan tepat.
- b) Bila terdapat perbedaan usia kehamilan lebih dari 5 hari berdasarkan perhitungan hari pertama haid terakhir dan USG, trimester pertama, waktu taksiran kelahiran harus disesuaikan berdasarkan hasil USG
- c) Bila terdapat perbedaan usia kehamilan lebih dari 10 hari berdasarkan perhitungan hari pertama haid terakhir dan USG, trimester kedua, waktu taksiran kelahiran harus disesuaikan berdasarkan hasil USG
- d) Ketika terdapat hasil USG trimester pertama dan kedua, usia kehamilan ditentukan berdasarkan hasil USG yang paling awal
- e) Jika tidak ada USG, lakukan anamnesis yang baik untuk menentukan hari pertama haid terakhir, waktu DJJ pertama terdeteksi, dan waktu gerakan janin pertama dirasakan.

## 6. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi antara lain:

- a. kematian janin dalam Rahim

- b. akibat insufisiensi plasenta karena menuanya plasenta dan kematian neonatus yang tinggi
- c. asfiksia adalah penyebab utama kematian dan morbiditas neonates
- d. pada otopsi neonatus dengan serotinus didapatkan tanda-tanda hipoksia termasuk adanya petekie pada pleura dan perikardium dan didapatkan adanya partikel-partikel mekonium pada paru.

Secara hepatologis, kelainan plasenta yang ditemukan adalah kalsifikasi, edema vili, pseudohiperplasi pada sinsitium, degenerasi fibroid pada vili, dan miokard infark plasenta (Sastrawinata, 2010).

#### 7. Kerugian dan Bahaya

Menurut Manuaba (2007) kerugian dan bahaya kehamilan lewat waktu sebagai berikut:

- a. Janin yang kekurangan nutrisi dan oksigen akan mengalami pengrusakan diri sendiri sehingga metabolisme jaringan lemak bawah kulit tampak tua dan keriput (gejala janin dengan hamil lewat waktu).
- b. Air ketuban yang makin kental, akan sulit dibersihkan sehingga dapat menimbulkan gangguan pernapasan saat kelahiranny
- c. Bila gangguan terlalau lama dan berat, janin dapat meninggal dalam rahim
- d. Mungkin plasenta cukup baik tumbuh kembangnya sehingga dapat memberi nutrisi cukup dan janin menjadi besar

- e. Dengan makin besarnya janin dalam rahim memerlukan tindakan operasi persalinan
- f. Kerugian pada ibu tidak terlalu besar, kecuali kemungkinan persalinan dengan tindakan seperti induksi persalinan, sampai dengan seksio sesarea.

#### 8. Tata Laksana

Menurut Kemenkes RI (2013) tata laksana untuk kehamilan serotinus sebagai berikut:

##### a. Tatalaksana Umum

1. Sedapat mungkin rujuk pasien ke rumah sakit.
2. Apabila memungkinkan, tawarkan pilihan membrane sweeping antara usia kehamilan 38-41 minggu setelah berdiskusi mengenai risiko dan keuntungannya.
3. Tawarkan induksi persalinan mulai dari usia kehamilan 41 minggu
4. Pemeriksaan antenatal untuk mengawasi kehamilan usia 41-42 minggu sebaiknya meliputi non-stress test dan pemeriksaan volume cairan amnion.
5. Bila usia kehamilan telah mencapai 42 minggu, lahirkan bayi.

##### b. Tatalaksana Khusus : tidak ada

### C. Konsep Dasar Oligohidromnion

## 1. Pengertian

Oligohidramnion adalah air ketuban kurang dari 500 cc. Oligohidramnion kurang baik untuk pertumbuhan janin karena pertumbuhan dapat terganggu oleh perlekatan antara janin dan amnion atau karena janin mengalami tekanan dinding rahim (Sastrawinata, dkk, 2014). Jika produksinya semakin berkurang, disebabkan beberapa hal diantaranya: insufisiensi plasenta, kehamilan postterm, gangguan organ perkemihan-ginjal, janin terlalu banyak minum sehingga dapat menimbulkan makin berkurangnya jumlah air ketuban intrauteri “oligohidramnion” dengan kriteria : Jumlah kurang dari 500 cc, Kental, Bercampur mekonium (Aspiani, 2017).

## 2. Etiologi

Penyebab pasti terjadinya oligohidramnion masih belum diketahui. Beberapa keadaan berhubungan dengan oligohidramnion 49 hampir selalu berhubungan dengan obstruksi saluran traktus urinarius janin atau renal agenesis (Walyani, 2017). Oligohidramnion harus dicurigai jika tinggi fundus uteri lebih rendah secara bermakna dibandingkan yang diharapkan pada usi gestasi tersebut. Penyebab oligohidramnion adalah absorpsi atau kehilangan cairan yang meningkat ketuban pecah dini menyebabkan 50 % kasus oligohidramnion, penurunan produksi cairan amnion yakni kelainan ginjal kongenital akan menurunkan keluaran ginjal janin obstruksi pintu keluar kandung kemih atau uretra akan menurunkan keluaran urin dengan cara sama (Walyani, 2017). Sebab



oligohidramnion secara primer karena pertumbuhan amnion yang kurang baik, sedangkan secara sekunder yaitu ketuban pecah dini (Kusmiran, eny.2014)

### 3. Patofisiologis

Pecahnya membran adalah penyebab paling umum dari oligohidramnion. Namun, tidak adanya produksi urine janin atau penyumbatan pada saluran kemih janin dapat juga menyebabkan oligohidramnion. Janin yang menelan cairan amnion, yang terjadi secara fisiologis, juga mengurangi jumlah cairan. Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan oligohidramnion adalah kelainan kongenital, Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT), ketuban pecah, kehamilan postterm, insufisiensi plasenta dan obat-obatan (misalnya dari golongan antiprostaglandin). Kelainan kongenital yang paling sering menimbulkan oligohidramnion adalah kelainan sistem saluran kemih dan kelainan kromosom (Prawirohardjo, 2014). Pada insufisiensi plasenta oleh sebab apapun akan menyebabkan hipoksia janin. Hipoksia janin yang berlangsung kronik akan memicu mekanisme redistribusi darah. Salah satu dampaknya adalah terjadi penurunan aliran darah ke ginjal, produksi urin berkurang dan terjadi oligohidramnion (Prawirohardjo, 2014)

### 4. Komplikasi Oligohidramnion

Menurut Aspiani (2017) Komplikasi oligohidramnion dapat dijabarkan sebagai berikut:

1). Dari sudut maternal.

Komplikasi oligohidramnion pada maternal tidak ada kecuali akibat persalinannya oleh karena, sebagian persalinannya dilakukannya dengan induksi, persalinan dilakukan dengan tindakan section caesaria. Dengan demikian komplikasi maternal adalah trias komplikasi persalinan dengan tindakan perdarahan, infeksi, dan perlukaan jalan lahir.

2.) Komplikasi terhadap janinya

a. Oligohidramnionnya menyebabkan tekanan langsung terhadap janinnya:

1. Deformitas janin adalah : Leher terlalu menekuk-miring, bentuk tulang kepala janin tidak bulat, deformitas ekstermitas, dan tali pusat kaki terpelintir keluar
2. Kompresi tali pusat langsung sehingga dapat menimbulkan fetal distress
3. Fetal distress menyebabkan makin terangsangnya nervus vagus dengan dikeluarkannya mekonium semakin mengentalkan air ketuban

b. Oligohidramnion makin menekan dada sehingga saat lahir terjadi kesulitan bernapas karena paru-paru mengalami hipoplasia sampai atelektase paru

- c. Sirkulus yang sulit diatasinya ini akhirnya menyebabkan kematian janin intrauterine
- d. Amniotic band Karena sedikitnya air ketuban, dapat menyebabkan terjadinya hubungan langsung antara membran dengan janin sehingga dapat menimbulkan gangguan tumbuh kembang janin intrauterin. Dapat dijumpai ekstermitas terputus oleh karena hubungan atau ikatan dengan membrannya.

#### 5. Diagnosis Oligohidramnion.

Untuk mengetahui oligohidramnion dengan jelas dapat dilakukan tindakan “Amnioskopi” dengan alat khusus amnioskop.

Indikasi amnioskopi adalah:

- a. Usia kehamilan sudah diatas 37 minggu
- b. Terdapat preeklamsia-berat atau eklampsia
- c. Bad Obstetrics History
- d. Terdapat kemungkinan IUGR
- e. Kelainan ginjal
- f. Kehamilan post date

Hasil yang diharapkan adalah: Kekeruhan air ketuban dan pewarnaan dengan mekonium Komplikasi tindakan amnioskopi adalah terjadi persalinan prematur, ketuban pecah menimbulkan persalinan prematur, terjadi perdarahanperluakaan kanalis servikalis, dan terjadi infeksi asendens. Teknik diagnosis oligohidramnion dapat mempergunakan Ultrasonografi yang dapat menentukan:

1. Amniotic Fluid Index (AFI) kurang dari 5 cm
2. AFI kurang dari 3 cm disebut Moderate Oligohidramnion
3. AFI kurang dari 2-1 cm disebut Severe Oligohidramnion  
(Manuaba, dkk, 2017).

#### 6. Gambaran klinis

Pada ibu yang mengalami oligohidramnion biasanya uterusnya akan tampak lebih kecil dari usia kehamilan, ibu merasa nyeri di perut pada setiap pergerakan anak, sering berakhir dengan partus prematurus, bunyi jantung anak sudah terdengar mulai bulan kelima dan terdengar lebih jelas, persalinan lebih lama biasanya, sewaktu ada his akan sakit sekali, bila ketuban pecah air ketubannya sedikit sekali bahkan tidak ada yang keluar dan dari hasil USG jumlah air ketuban kurang dari 500 ml (Rukiyah dan Yulianti, 2015).

#### 7. Prognosis

Prognosis oligohidramnion tidak baik terutama untuk janin. Bila terjadi kehamilan muda akan mengakibatkan gangguan bagi pertumbuhan janin, bahkan bisa terjadi foetus papyraceous, yaitu picak seperti kertas karena tekanan-tekanan. Bila terjadi pada kehamilan lanjut 52 akan terjadi cacat bawaan, cacat karena tekanan atau kulit menjadi tebal dan kering. Selain itu, dapat mengakibatkan kelainan musculoskeletal (Sistem otot) (Aspiani .2017).

Oligohidramnion yang berkaitan dengan PPRM pada janin kurang dari 24 minggu dapat mengakibatkan terjadinya hipoplasia paru - paru. Ada tiga kemungkinan yang akan terjadi, yaitu:

- a. Kompresi thoraks, mengakibatkan pengembangan dinding dada dan paru-paru terhambat
  - b. Terbatasnya pernapasan janin menurunkan pengembangan paru-paru
8. Terganggunya produksi serta aliran cairan paru-paru berakibat pada pertumbuhan dan perkembangan paru-paru. Diagnosa banding Menurut Aspiani (2017) diagnosa pada ibu yang mengalami oligohidramnion yaitu Ketuban pecah sebelum waktunya
9. Penatalaksanaan

Penanganan oligohidramnion bergantung pada situasi klinik dan dilakukan pada fasilitas kesehatan yang lebih lengkap mengingat prognosis janin yang tidak baik. Kompresi tali pusat selama proses persalinan biasa terjadi pada oligohidramnion, oleh karena itu persalinan dengan Sectio Caesarea merupakan pilihan terbaik pada kasus oligohidramnion (Khumaira, 2012).

Menurut Rukiyah dan Yulianti (2015) Penatalaksanaan pada ibu dengan oligohidramnion yaitu tirah baring, hidrasi dengan kecukupan cairan, perbaikan nutrisi, pemantauan kesejahteraan

janin (hitung pergerakan janin), dan Pemeriksaan USG yang umum dari volume cairan amnion.

### **BAB III**

#### **ASUHAN KEPERAWATAN**

##### **A. Laporan kasus 1**

**Asuhan keperawatan maternitas pada Ny. S dengan Post Sectio Caesarea atas indikasi Post Term**

---

Nama Mahasiswa : Siti Asdian Latupeirissa

Tempat : Ruang Rambutan, RSUD Cengkareng

Tanggal Pengkajian : 04-12-2022

### **PENGAJIAN DATA DASAR**

#### **a. Identitas Pasien**

Nama : Ny. S  
Umur : 26 Tahun  
Jenis kelamin : Perempuan  
Suku/ Bangsa : Indonesia  
Agama : Islam  
Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : IRT  
Alamat : Jl. Kapuk RT 05/RW 09. Cengkareng Barat  
Status perkawinan : Kawin  
Tanggal masuk Rs : 04-12-2022

#### **Identitas Penanggung Jawab**

Nama : Tn. M. K  
Umur : 36 Tahun  
Suku/Bangsa : Indonesia  
Agama : Islam  
Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : Gojek  
Alamat : Jl. Bambu Kuning RT 05/RW 09. Cengkareng  
Hubungan : Suami

#### **b. Riwayat Kesehatan Saat Ini**

1. Alasan kunjungan/Keluhan utama  
Klien datang ke IGD dengan keluhan mules – mules sejak jam 22.00, keluar air (-), lender darah (-), demam (-), batuk (-), filek (-), klien belum pernah USG. TD : 140/74 mmHg, N : 90 x/ menit, RR : 24x/menit, S : 36,5 C
2. Keluhan saat ini  
Klien mengatakan masih merasakan nyeri luka post op dengan P : Nyeri luka post op, Q: seperti tertusuk – tusuk, R: Abdomen bagian bawah, S: Skala 4, T: Nyeri hilang timbul saat bergerak. Klien mengatakan produk ASI klien hanya sedikit yang keluar, mudah terbangun.
3. Riwayat penyakit sekarang  
Klien mengatakan selama kehamilan ini, klien sering ke puskesmas cengkareng untuk kontrol, tetapi klien tidak pernah USG
4. Riwayat kesehatan keluarga  
Klien mengatakandi dalam keluarga tidak ada yang mengalami penyakit turunan
5. Diagnosa Medis  
Post SC dengan G2P1A0 H: 41-42 minggu, Pk 1 laten + Post Term

**c. Riwayat kesehatan dahulu**

1. Penyakit yang pernah dialami
  - a) Sekarang : Klien mengatakan tidak pernah mengalami penyakit serupa sebelumnya.
  - b) Kecelakaan : Klien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan
  - c) Pernah dirawat penyakit : Klien mengatakan belum pernah dirawat dirumah sakit sebelumnya
  - d) Operasi : Klien mengatakan tidak pernah dilakukan operasi sebelumnya
2. Alergi  
Klien mengatakan tidak ada alergi apapun baik dari obat – obatan maupun makanan
3. Imunisasi



Klien mengatakan tidak ingat mengenai detail imunisasinya, hanya ingat sudah mendapatkan vaksin Covid-19 sebanyak 3x

4. Kebiasaan

Klien dan keluarga mengatakan bahwa klien rajin bersih - bersih rumah

5. Obat-obatan

Klien mengatakan tidak mengkonsumsi obat rutin apapun

6. Pola nutrisi

a. Sebelum sakit :

Klien dan keluarga mengatakan sebelum hamil dan saat hamil klien biasa makan  $\pm$  3 porsi (nasi dan lauk) sehari

b. Setelah melahirkan :

Klien mengatakan setelah melahirkan hanya makan sedikit dan habis setengah porsi setiap makan, dan lebih sering minum air hangat

BB : 48 Kg

TB : 146 Cm

IMT : 22,5 (Normal)

Jenis makanan : Semenjak sakit, klien diberi diet lunak

7. Pola eliminasi

a. Buang air besar : Klien mengatakan bab 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan.

b. Buang air kecil : Klien mengatakan bak 1-2 kali sehari, kuning pekat, dengan bau khas ammonia

8. Pola istirahat

a. Saat hamil : Klien mengatakan saat mengandung, lama tidurnya 8-9 jam.

b. Setelah melahirkan : Klien mengatakan setelah melahirkan, waktu tidur pasien hampir 6-7 jam karena sering terbangun jika bayinya menangis

9. Pola aktivitas dan latihan

a. Saat hamil : Klien selalu melakukan aktivitas dalam hal ini aktivitas IRT

- b. Setelah melahirkan : Klien mengatakan aktivitasnya terbatas akibat nyeri luka post op

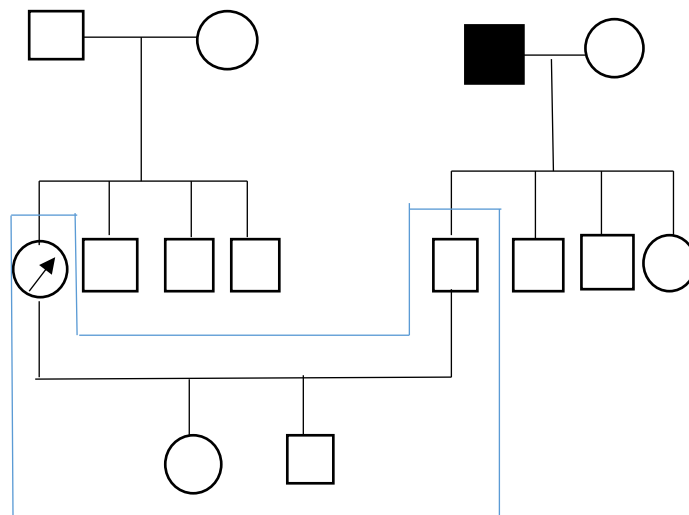
10. Riwayat sosial

Klien mengatakan bahwa hubungan klien dengan keluarga dan kerabat maupun lingkungan masyarakat selalu baik dan harmonis

11. Personal hygiene

- a. Mandi
  - Sebelum sakit : 2x/ hari
  - Selama sakit : 1x/ hari
- b. Gosok gigi
  - Sebelum sakit : 3x/ hari
  - Saat sakit : 1x/ hari
- c. Ganti pakaian
  - Sebelum sakit : 2x/ hari
  - Saat sakit : 1x/ hari

d. Riwayat keluarga ( Genogram )



Keterangan :



: Laki - laki



: Perempuan



: Tinggal serumah



: Klien



: Meninggal

1) Data umum kesehatan

a) Struktur obstetrik : G2P1A0 H;41-42 Minggu

b) HPHT : 15-02-2022, Taksiran partus : 22-11-2022

c) Riwayat menstruasi

1) Menarche : 14 tahun

2) Siklus haid : teratur

3) Keluhan : tidak ada

d) Riwayat Kehamilan

No	Tahun persalinan	Umur kehamilan	BB lahir	Jenis persalinan	Jenis kelamin	keadaan	umur
1	2016	Aterm	2500	Spontan	perempuan	hidup	6 thn
2	2022	Post term	3 kg	Sc	Laki-laki	hidup	1hari

e) Riwayat KB : Klien pernah memakai KB Pill, dan KB suntik

**e. Pemeriksaan fisik**

1. Keadaan Umum : Sakit Sedang
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. Keadaan emosional : Tenang
4. Tanda – tanda vital
  - a) Tekanan darah : 129/74 mmHg
  - b) Suhu tubuh : 36,7 °C
  - c) Denyut nadi : 80 kali/menit
  - d) Pernapasan : 24 kali/menit
5. BB sebelum hamil : 75 Kg
6. BB sekarang : 80 Kg
7. TB : 168 cm
8. Kepala dan Wajah
  - a) Kepala : Warna rambut tampak hitam, tidak benjolan
  - b) Mata : Konjunctiva anemis, Ki/Ka Simetris
  - c) Hidung : Tidak pernah ada gangguan pada hidung.
  - d) Telinga : Simetris Ki/Ka, tidak ada nyeri tekan
  - e) Mulut dan gigi : Tampak bersih, tidak ada gigi berlubang
  - f) Leher : Tampak tidak ada pembesaran tyroid
  - g) Dada : Simetris Ki/Ka
  - h) Jantung : suara jantung normal
  - i) Paru : tidak ada suara napas tambahan.
  - j) Payudara :
    1. Kesan umum : Payudara simetris. Tidak terjadi terjadi hiperpigmentasi areola. palpasi tidak terdapat nodul yang abnormal.
    2. Putting susu : Putting terlihat bersih, putting susu tampak datar
  - k) Punggung, pinggang, posisi tulang belakang
    1. Posisi tulang belakang : Lordosis, normal
    2. Nyeri pada pinggang : Tidak ada

- l) Abdomen : Tampak luka post op, terdengar bisung usus
- m) Genetalia : Bersih pengeluaran darah bercampur lendir ganti pembalut 1x sehari
- n) Ekstremitas : Aktif, Ki/Ka : 4/4
- o) Kulit : akral hangat, tidak ad sianosis

**f. Pemeriksaan Penunjang**

1. Laboratorium tanggal 04 - 12 – 2022

b. Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
Hema I		
Hemoglobin	12.5	11.7 – 15.5
Hematokrit	35	35 – 47
Leukosit	15.8	3.6 – 11.0
Trombosit	282	150 – 440
Golongan darah + Rhesus		
Golongan darah	B	
Rhesus	+	
PT/INR		
Pasien	12.4	11.6 – 14.5
Kontrol	14.0	12.0 – 16.5
INR	0.87	
APTT		
Pasien	29.2	28.6 – 41.8
Kontrol	29.3	25 – 33
Glukosa sewaktu	88	< 110

2. Terapi obat – obatan

Nama obat	Dosis	Rute pemberian

Cefotaxime	3 x1 gr	IV
Remopain	3 x 1 amp	IV
Ranitidine	2 x 1 amp	IV
Cefadroxil	3 x 1 tab	PO
Asamefenamat	3 x 1 tab	PO
Sf	1 x 1 tab	PO
Cairan RL + Syntosin Terpasang infus RL + syntosinion 10 iu/ml	20 tpm	IV

### VIII. Data fokus

Data subjektif	Data objektif
<p>Klien mengatakan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Merasakan nyeri, dengan</li> </ul> <p>P : luka post op</p> <p>Q : seperti tertusuk – tusuk</p> <p>R : abdomen bagian bawah</p> <p>S : skala 5</p> <p>T : hilang timbul jika gerak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Produksi ASI sedikit</li> <li>- Mudah terbangun</li> </ul>	<p>Klien tampak :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-K/U sakit sedang</li> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Tampak ada Luka post op, luka masih tampak basah, tampak kemerahan, tidak ada edema, perdarahan (-), keluar cairan (-),</li> <li>- Akral hangat, lemas</li> <li>- Putting susu tampak datar</li> <li>- Hb : 12.5 , Ht : 35 , leukosit : <b>15.8</b>, trombosit : 282, TD :129/74 mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi : 90 x/menit,</li> </ul>

- Merasa lemas	RR: 24 x/menit, Terpasang infus RL + syntosinion 10 iu/ml
----------------	--

### **IX. Analisa data**

<b>Data focus</b>	<b>Masalah</b>	<b>Etiologi</b>
-------------------	----------------	-----------------

<p>DS: Klien mengatakan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- merasakan nyeri</li> </ul> <p>P : luka post op Q : seperti tertusuk – tusuk, R : abdomen bagian bawah, S : skala 5 T : hilang timbul jika gerak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lemas, sulit tidur</li> </ul> <p>DO : pasien tampak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meringis, sulit tidur</li> <li>- Gelisah</li> <li>- Lemas, akral hangat</li> <li>- Luka post op</li> <li>- Terpasang infus RL + syntosinon 10 iu/ml</li> </ul>	<p><b>Nyeri akut (D. 0077)</b></p>	<p><b>Agen pencedera fisiologis</b></p>
<p>DS: Klien mengatakan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masih merasakan nyeri</li> <li>- Lemas</li> </ul> <p>DO : pasien tampak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- K/U sakit sedang</li> <li>- Lemas,</li> <li>- Luka post op bagian perut bawah</li> <li>- Luka post op tampak belum kering atau masih basa, tampak kemerahan, tidak ada edema, perdarahan (-), keluar cairan (-)</li> <li>- Hb : 12.5 , Ht : 35 , leukosit : 15.8, trombosit : 282</li> </ul>	<p><b>Risiko infeksi (D.0142)</b></p>	<p><b>Efek prosedur invasif</b></p>
<p>DS: Klien mengatakan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ASI klien hanya sedikit</li> </ul> <p>DO : pasien tampak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Putting susu pasien datar</li> </ul>	<p><b>Menyusui tidak efektif (D. 0029)</b></p>	<p><b>Ketidakadekuatan refleks menghisap bayi</b></p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>- ASI klien sedikit</li> <li>- Tampak cemas</li> <li>- Intake bayi tidak adekuat</li> <li>- Terpasang infus RL + syntosinon 10 iu/ml</li> </ul>		
--	--	--

### X. Diagnosa keperawatan

No	Diagnosa keperawatan
1	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis (D. 0077)
2	Risiko infeksi b.d Efek prosedur invasif ( D.0142)
3	Menyusui tidak efektif b.d Ketidakadekuatan refleks menghisap bayi (D. 0029)

### XI. Intervensi keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis (D. 0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri berkurang, dengan Kriteria Hasil 1. keluhan nyeri berkurang 2. kesulitan tidur menurun	Manajemen nyeri (1.08238) Observasi : 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi , kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 4. Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri

			<p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li> jelaskan penyebab dan pemicu nyeri</li> <li> jelaskan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li> kolaborasi pemberian analgetik</li> </ol>
2	Risiko infeksi b.d Efek prosedur invasif ( D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri berkurang, dengan Kriteria Hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>nyeri menurun</li> <li>kemerahan menurun / tidak ada</li> </ol>	<p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</li> </ol> <p><b>Teraupetik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>batasi jumlah pengunjung</li> <li>cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li> jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li> anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> </ol>
3	Menyusui tidak efektif b.d Ketidakadekuatan suplai ASI	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan	<p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li> Mengidentifikasi kesiapan dan</li> </ol>

	(D. 0029)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. status menyusui membaik</li> <li>2. suplai ASI adekuat</li> <li>3. berat badan bayi meningkat</li> </ol>	<p>kemampuan menerima informasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Mengidentifikasi tujuan dan keinginan menyusui</li> </ol> <p><b>Teraupetik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>3. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar</li> <li>2. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</li> <li>3. Ajarkan perawatan payudara post partum</li> <li>4. Berikan konseling menyusui</li> </ol>
--	-----------	--	---

## XII. Catatan keperawatan

### Catatan Keperawatan Hari Ke-1

Diagnosa Keperawatan	Waktu	Implementasi	Evaluasi
Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis	04-12- 2022	<p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi , kualitas, intensitas nyeri <b>Hasil :</b> pasien mengatakan nyeri di abdomen bagian bawah terasa seperti tertusuk tusuk, skala nyeri 4</li> <li>Mengidentifikasi skala nyeri <b>Hasil :</b> pasien mengatakan nyeri berskala 4 ( 0- 10)</li> <li>Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri <b>Hasil :</b> pasien mengatakan nyeri muncul ketika bergerak dan hilang saat berbaring</li> </ol> <p><b>Teraupetik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <b>Hasil :</b> pasien mengatakan dengan teknik Tarik nafas dalam bisa mengurangi nyeri</li> <li>fasilitasi istirahat dan tidur <b>Hasil :</b> klien diberikan fasilitas untuk istirahat dan tidur</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>klien mengatakan nyeri abdomen di bagian bawa seperti tertusuk tusuk dengan skala 5 (0-10) dan nyeri hilang timbul</li> <li>Klien mengatakan nyeri akan muncul ketika banyak bergerak</li> </ul> <p><b>O :</b> Pasien tampak</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>K/u sakit sedang</li> <li>Tampak meringis</li> <li>Skala nyeri 5</li> <li>Akral hangat</li> </ol>

		<p>a. jelaskan penyebab dan pemicu nyeri  <b>Hasil</b> : klien mengatakan penyebab nyeri akibat banyak gerak dan pemicu nyeri karena luka post op</p> <p>b. jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <p>1. kolaborasi pemberian analgetik  <b>Hasil</b> : klien diberikan terapi asamefenamat 3x500 mg (PO) dan ranitidine 2x1 amp ( IV)</p>	<p>5. Klien diberikan terapi ranitidine 2 x1 amp ( IV) dan asamefena mat 3x500 mg ( PO)</p> <p><b>A</b> : masalah belum teratasi</p> <p><b>P</b> : lanjutkan intervensi</p>
<p>Risiko infeksi b.d Efek prosedur invasif</p>	<p>04-12-2022</p>	<p><b>Observasi :</b></p> <p>- monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik  <b>Hasil</b> : terdapat luka terbalut kassa di abdomen bagian bawah, klien mengatakan terdapat nyeri pada lukanya, ada kemerahan dan tidak ada pus,</p> <p><b>Teraupetik:</b></p> <p>1. batasi jumlah pengunjung  <b>Hasil</b> : membatasi jumlah pengunjung ( tidak ada jam besuk )</p> <p>2. cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien  <b>Hasil</b> : perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>1. jelaskan tanda dan gejala infeksi</p>	<p><b>S :</b></p> <p>Klien mengatakan masih merasakan nyeri pada luka post op</p> <p><b>O :</b></p> <p>Klien tampak</p> <p>1. K/u sakit sedang, akral hangat</p> <p>2. Terdapat luka terbalut kassa di abdomen bagian bawah, agak kemerahan</p>

		<p><b>Hasil :</b> Dijelaskan tanda dan gejala infeksi pada luka (terdapat kemerahan, nyeri, pus pada luka)</p> <p>2. anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p><b>Hasil :</b> menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>	<p>3. Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>4. Suhu 36,7. Hb : 12.5 , Ht : 35 , leukosit : <b>15.8,</b> trombosit : 282</p> <p><b>A :</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>P :</b> lanjutkan intervensi</p>
<p>Menyusui tidak efektif b.d</p> <p>Ketidakadekuatan refleks menghisap bayi</p>	04-12-22	<p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p><b>Hasil :</b> pasien mampu menerima informasi dengan baik</p> <p>2. Mengidentifikasi tujuan dan keinginan menyusui</p> <p><b>Hasil :</b> klien mampu mengidentifikasi</p> <p><b>Teraupetik :</b></p> <p>1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p><b>Hasil :</b> menyampaikan materi kesehatan tentang menyusui tidak efektif</p> <p>2. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</p> <p><b>Edukasi</b></p>	<p><b>S :</b> klien mengatakan ASI klien hanya sedikit yang keluar</p> <p><b>O :</b> klien tampak</p> <p>1. K/ u sakit sedang, lemas</p> <p>2. Produk ASI sedikit</p> <p>3. Putting susu datar</p> <p>4. Intake bayi tidak adekuat</p>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar</li> <li>2. Ajarkan perawatan payudara post partum</li> <li>3. Berikan konseling menyusui</li> </ol>	<p><b>A</b> : masalah belum teratasi</p> <p><b>P</b> : lanjutkan intervensi</p>
--	--	--	---

### Catatan Keperawatan Hari Ke-2

Diagnosa	Waktu	Implementasi	Evaluasi
Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis	05-12-2022	<p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi , kualitas, intensitas nyeri <b>Hasil :</b> pasien mengatakan nyeri di abdomen bagian bawah terasa seperti tertusuk tusuk, skala nyeri 4</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri <b>Hasil :</b> pasien mengatakan nyeri berskala 3 ( 0- 10)</li> <li>3. Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri <b>Hasil :</b> pasien mengatakan nyeri muncul ketika bergerak dan hilang saat berbaring</li> </ol> <p><b>Teraupetik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <b>Hasil :</b> pasien mengatakan dengan teknik Tarik nafas dalam bisa mengurangi nyeri</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. klien mengatakan nyeri abdomen di bagian bawa seperti tertusuk tusuk dengan skala 4 (0-10) dan nyeri hilang timbul</li> <li>2. Klien mengatakan nyeri akan muncul ketika banyak bergerak</li> </ol> <p><b>O :</b> Pasien tampak</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. K/u sakit sedang</li> <li>2. Skala nyeri 4</li> <li>3. Akral hangat</li> <li>4. TD: 120/80 mmHg, N : 80 x/menit, S: 36.</li> <li>5. Klien diberikan terapi ranitidine</li> </ol>

		<p>2. fasilitasi istirahat dan tidur  <b>Hasil :</b> klien diberikan fasilitas untuk istirahat dan tidur</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>1. Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri  <b>Hasil :</b> klien mengatakan penyebab nyeri akibat banyak gerak dan pemicu nyeri karena luka post op jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <p>1. kolaborasi pemberian analgetik  <b>Hasil :</b> klien diberikan terapi asamefenamat 3x500 mg (PO) dan ranitidine 2x1 amp ( IV)</p>	<p>2 x1 amp ( IV) dan asamefenamat 3x500 mg ( PO)</p> <p><b>A :</b> masalah belum teratasi</p> <p><b>P :</b> lanjutkan intervensi</p>
Risiko infeksi b.d Efek prosedur invasif	05-12-2022	<p><b>Observasi :</b></p> <p>1. monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik  <b>Hasil :</b> terdapat luka terbalut kassa di abdomen bagian bawah, klien mengatakan terdapat nyeripada lukanya, tidak ada pus, tampak kemerahan</p> <p><b>Teraupetik:</b></p> <p>1. Batasi jumlah pengunjung  <b>Hasil :</b> membatasi jumlah pengunjung ( tidak ada jam besuk )</p> <p>2. cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan</p>	<p><b>S :</b> Klien mengatakan masih merasakan nyeri pada luka post op</p> <p><b>O :</b> Klien tampak</p> <p>1. K/u sakit sedang, akral hangat</p> <p>2. Terdapat luka terbalut kassa di abdomen bagian bawah, tidak ada pus, kemerahan</p>



		<p>pasien dan lingkungan pasien</p> <p><b>Hasil :</b> perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> </ol> <p><b>Hasil :</b> Dijelaskan tanda dan gejala infeksi pada luka (terdapat kemerahan, nyeri, pus pada luka)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> </ol> <p><b>Hasil :</b> menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Membatasi jumlah pengunjung</li> <li>4. Suhu 36,7. Hb : 12.5 , Ht : 35 , leukosit : <b>15.8</b>, trombosit : 282</li> </ol> <p><b>A :</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>P :</b> lanjutkan intervensi</p>
<p>Menyusui tidak efektif b.d</p> <p>Ketidakadekuatan refleks menghisap bayi</p>	<p>05-12-2022</p>	<p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ol> <p><b>Hasil :</b> pasien mampu menerima informasi dengan baik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Mengidentifikasi tujuan dan keinginan menyusui</li> </ol> <p><b>Hasil :</b> klien mampu mengidentifikasi</p> <p><b>Teraupetik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> </ol> <p><b>Hasil :</b> menyampaikan materi kesehatan tentang menyusui tidak efektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p>	<p><b>S :</b> klien mengatakan produksi ASI klien sudah banyak</p> <p><b>O :</b> klien tampak</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. K/ u sakit sedang,</li> <li>2. Produk ASI mulai meningkat dan banyak</li> <li>3. Putting susu mulai menonjol ke depan</li> </ol> <p><b>A :</b> masalah sebagian teratasi</p> <p><b>P :</b> pertahankan intervensi</p>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar</li> <li>2. Ajarkan perawatan payudara post partum</li> <li>3. Berikan konseling menyusui</li> </ol>	
--	--	--	--

### Catatan Keperawatan Hari Ke-3

Diagnose	Waktu	Implementasi	Evaluasi
Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis	06-12-2022	<p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri <b>Hasil :</b> pasien mengatakan nyeri di abdomen bagian bawah terasa seperti tertusuk tusuk, skala nyeri 4</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri <b>Hasil :</b> pasien mengatakan nyeri berskala 3 ( 0- 10)</li> <li>3. Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri <b>Hasil :</b> pasien mengatakan nyeri muncul ketika bergerak</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan nyeri abdomen di bagian bawah seperti tertusuk tusuk dengan skala 3 (0-10) dan nyeri hilang timbul</li> <li>2. Klien mengatakan nyeri akan muncul ketika banyak bergerak</li> </ol> <p><b>O:</b> Pasien tampak</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. K/u sakit sedang</li> <li>2. Skala nyeri 3</li> <li>3. Akral hangat</li> <li>4. Klien diberikan terapi ranitidine 2 x1 amp ( IV) dan</li> </ol>

		<p>dan hilang saat berbaring</p> <p><b>Teraupetik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <b>Hasil :</b> pasien mengatakan dengan teknik Tarik nafas dalam bisa mengurangi nyeri</li> <li>fasilitasi istirahat dan tidur <b>Hasil :</b> klien diberikan fasilitas untuk istirahat dan tidur</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li> jelaskan penyebab dan pemicu nyeri <b>Hasil :</b> klien mengatakan penyebab nyeri akibat banyak gerak dan pemicu nyeri karena luka post op</li> <li> jelaskan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li> kolaborasi pemberian analgetik <b>Hasil :</b> klien diberikan terapi asamefenamat 3x500 mg (PO) dan ranitidine 2x1 amp ( IV)</li> </ol>	<p>asamefenamat 3x500 mg ( PO)</p> <p><b>A :</b> masalah belum teratasi</p> <p><b>P :</b> lanjutkan intervensi</p>
--	--	--	--

<p>Risiko infeksi b.d Efek prosedur invasif</p>	<p>06-12- 2022</p>	<p><b>Observasi :</b> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik <b>Hasil :</b> terdapat luka terbalut kassa di abdomen bagian bawah, klien mengatakan terdapat nyeri pada lukanya, kemerahan berkurang dantidak ada pus, <b>Teraupetik:</b> 1. batasi jumlah pengunjung <b>Hasil :</b> membatasi jumlah pengunjung ( tidak ada jam besuk ) 2. cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <b>Hasil :</b> perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien <b>Edukasi :</b> 1. jelaskan tanda dan gejala infeksi <b>Hasil :</b> Dijelaskan tanda dan gejala infeksi pada luka (terdapat kemerahan, nyeri, pus pada luka) 2. anjurkan meningkatkan asupan nutrisi <b>Hasil :</b> menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>	<p><b>S :</b> . Klien mengatakan masih merasakan nyeri pada luka post op <b>O :</b> Klien tampak 1. K/u sakit sedang, akral hangat 2. Terdapat luka terbalut kassa di abdomen bagian bawah, tidak ada pus, kemerahan berkurang 3. Membatasi jumlah pengunjung 4. Suhu 36,7. Hb : 12.5 , Ht : 35 , leukosit : <b>15.8</b>, trombosit : 282 <b>A :</b> Masalah belum teratasi <b>P :</b> lanjutkan intervensi</p>
---	------------------------	---	---

<p>Menyusui tidak efektif b.d Ketidakadekuatan suplai ASI</p>	<p>06-12-2022</p>	<p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <b>Hasil :</b> pasien mampu menerima informasi dengan baik</li> <li>2. Mengidentifikasi tujuan dan keinginan menyusui <b>Hasil :</b> klien mampu mengidentifikasi</li> </ol> <p><b>Teraupetik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan <b>Hasil :</b> menyampaikan materi kesehatan tentang menyusui tidak efektif</li> <li>2. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar</li> <li>2. Ajarkan perawatan payudara post partum</li> <li>3. Berikan konseling menyusui</li> </ol>	<p><b>S :</b> klien mengatakan ASI klien mulai meningkat dan banyak</p> <p><b>O :</b> klien tampak</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. K/ u sakit sedang,</li> <li>2. Produk ASI mulai meningkat dan banyak</li> <li>3. Putting susu mulai menonjol</li> </ol> <p><b>A :</b> masalah teratasi</p> <p><b>P :</b> pertahankan intervensi</p>
---	-------------------	---	--

## **B. Laporan kasus 2**

### **Asuhan keperawatan maternitas pada Ny. M dengan Post Sectio Caesarea atas indikasi Oligohidramnion**

---

Nama Mahasiswa : Siti Asdian Latupeirissa

Tempat : Ruang Rambutan, RSUD Cengkareng

Tanggal Pengkajian : 04-12-2022

## **PENGKAJIAN**

### **a. Identitas pasien**

Nama : Ny. M  
Umur : 25 Tahun  
Jenis kelamin : Perempuan  
Suku/ Bangsa : Indonesia  
Agama : Islam  
Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : IRT  
Alamat : Kp. Koja RT 13/RW 06. Kalideres Jakarta Barat  
Status perkawinan : Kawin  
Tanggal masuk Rs : 03-12-2022

### **Identitas Penanggung Jawab**

Nama : Tn. R. K  
Umur : 29 Tahun  
Suku/Bangsa : Indonesia  
Agama : Islam  
Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : Karyawan Swasta  
Alamat : Kp. Koja RT 13/RW 06. Kalideres Jakarta Barat  
Hubungan dengan pasien : Suami

### **b. RIWAYAT KESEHATAN SAAT INI**

1. Alasan kunjungan/Keluhan utama

Klien datang ke IGD jam 16.45, dengan keluhan keluar air dari jam 06.00, mules jarang – jarang, panas (-), batuk (-), pilek (-), pusing (-), sesak (-), sakit kepala (-), USG ICA 4., klien sudah vaksin covid yang ke 3 x

2. Keluhan saat ini

Klien mengatakan masih merasakan nyeri luka post op dengan P : Nyeri luka post op, Q: seperti tertusuk – tusuk, R: Abdomen bagian bawah, S: Skala 4, T: Nyeri hilang timbul saat bergerak, lemas dan mudah terbangun, produksi ASI sedikit

3. Riwayat penyakit sekarang

Klien mengatakan selama kehamilan ini, klien sering ke puskesmas kalideres untuk kontrol. Klien mengatakan air ketuban merembes, sudah ada pembukaan 1, tetapi setelah itu pembukaan tidak naik- naik

4. Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakandi dalam keluarga tidak ada yang mengalami penyakit turunan

5. Diagnosa Medis

Post SC dengan G1P0A0 H: 37-38 minggu, dengan Oligohidramnion



**c. Riwayat kesehatan dahulu**

1. Penyakit yang pernah dialami
2. Kanak - Sekarang : Klien mengatakan tidak pernah mengalami penyakit sebelumnya.
3. Kecelakaan : Klien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan
4. Pernah dirawat penyakit : Klien mengatakan belum pernah dirawat dirumah sakit sebelumnya
5. Operasi  
Klien mengatakan tidak pernah dilakukan operasi sebelumnya
6. Alergi  
Klien mengatakan ada alergi obat antibiotic (cefotaxime)  
namun tidak dengan makanan
7. Imunisasi  
Klien mengatakan tidak ingat mengenai detail imunisasinya, hanya ingat sudah mendapatkan vaksin Covid-19 sebanyak 3x
8. Kebiasaan  
Klien dan keluarga mengatakan bahwa klien rajin bersih - bersih rumah
9. Obat-obatan  
Klien mengatakan tidak mengkonsumsi obat rutin apapun
10. Pola nutrisi
  - a. Sebelum sakit :

Klien dan keluarga mengatakan sebelum hamil dan saat hamil klien biasa makan  $\pm$  3 porsi (nasi dan lauk) sehari

- b. Setelah melahirkan : Klien mengatakan setelah melahirkan hanya makan sedikit dan habis setengah porsi setiap makan, dan lebih sering minum air hangat.
- c. Jenis makanan : Semenjak sakit, klien diberi diet lunak

#### 4. Pola eliminasi

- a. Buang air besar : Klien mengatakan bab 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan.
- b. Buang air kecil : Klien mengatakan bak 1-2 kali sehari, kuning pekat, dengan bau khas ammonia

#### 5. Pola istirahat

Saat hamil : Klien mengatakan saat mengandung, lama tidurnya 8-9 jam.

Setelah melahirkan : Klien mengatakan setelah melahirkan, waktu tidur pasien hampir 6-7 jam karena sering terbangun jika bayinya menangis

#### 6. Pola aktivitas dan latihan

Saat hamil : Klien selalu melakukan aktivitas dalam hal ini aktivitas IRT

Setelah melahirkan : Klien mengatakan aktivitasnya terbatas akibat nyeri luka post op

#### 7. Riwayat sosial

Klien mengatakan bahwa hubungan klien dengan keluarga dan kerabat maupun lingkungan masyarakat selalu baik dan harmonis

#### 8. Personal hygiene

a. Mandi

Sebelum sakit : 2x/ hari

Selama sakit : 1x/ hari

b. Gosok gigi

Sebelum sakit : 3x/ hari

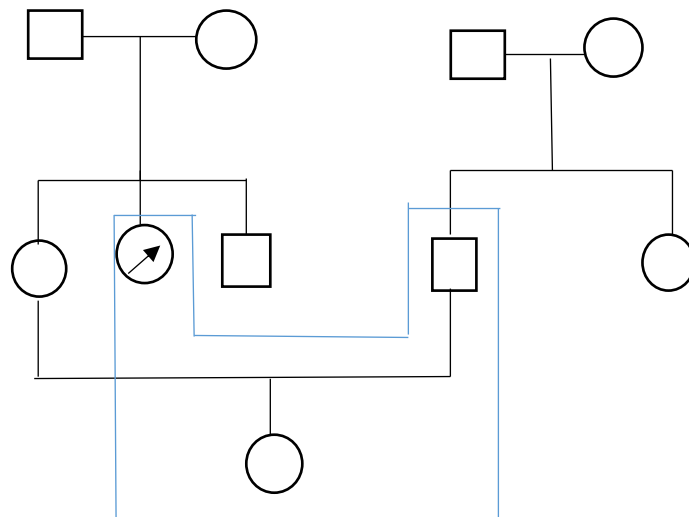
Saat sakit : 1x/ hari

c. Ganti pakaian

Sebelum sakit : 2x/ hari

Saat sakit : 1x/ hari

#### IV. Riwayat keluarga ( Genogram )



Keterangan :



: Laki - laki



: Perempuan



: Tinggal serumah



: Klien

## V. Data umum kesehatan

- a. Struktur obstetrik : G1P1A0 H: 37-38 Minggu
- b. HPHT : 15-03-2022, taksiran partus : 22-12-2022
- c. Riwayat menstruasi
  1. Menarche : 14 tahun
  2. Siklus haid : teratur
  3. Keluhan : tidak ada

### d. Riwayat kehamilan

No	Tahun persalinan	Umur kehamilan	Bb lahir	Jenis persalinan	Jenis kelamin	keadaan	Umur
1	2022	Aterm	3 kg	Sc	Perempuan	Hidup	1 hari

- e. Riwayat KB : Klien belum pernah memakai KB baik KB suntik maupun Kb Pill

## VI. Pemeriksaan fisik

1. Keadaan Umum : Sakit Sedang

2. Kesadaran : Compos Mentis
3. Keadaan emosional : Cemas
4. Tanda – tanda vital
5. Tekanan darah : 120/74 mmHg
6. Suhu tubuh : 36,7 °C
7. Denyut nadi : 80 kali/menit
8. Pernapasan : 22 kali/menit
2. BB sebelum hamil : 45 Kg
3. BB sekarang : 48 Kg
4. TB : 146 cm
5. Kepala dan Wajah
  - a) Kepala : Warna rambut tampak hitam, tidak benjolan
  - b) Mata : Konjunctiva anemis, Ki/Ka Simetris
  - c) Hidung : Tidak pernah ada gangguan pada hidung.
  - d) Telinga : Simetris Ki/Ka, tidak ada nyeri tekan
  - e) Mulut dan gigi : Tampak bersih, tidak ada gigi berlubang
  - f) Leher : Tampak tidak ada pembesaran tyroid
  - g) Dada : Simetris Ki/Ka
    - Jantung : suara jantung normal
    - Paru : tidak ada suara napas tambahan.
    - Payudara
      - a. Kesan umum : Payudara simetris. Tidak terjadi terjadi hiperpigmentasi areola. palpasi tidak terdapat nodul yang abnormal.
      - b. Puting susu : Puting terlihat bersih.
  - h) Punggung, pinggang, posisi tulang belakang
  - i) Posisi tulang belakang : Lordosis, normal
  - j) Nyeri pada pinggang : Tidak ada
  - k) Abdomen : Tampak luka post op, terdengar bisung usus
  - l) Genetalia : Bersih
  - m) Ekstremitas : Aktif, Ki/Ka : 4/4

n) Kulit : akral hangat, tidak ad sianosis

## VII. Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium tanggal 03 - 12 – 2022

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
<b>Hema I</b>		
Hemoglobin	11.7	11.7 – 15.5
Hematocrit	35	35 – 47
Leukosit	<b>12.7</b>	3.6 – 11.0
Trombosit	280	150 – 440
<b>Golongan darah + rhesus</b>		
Golongan darah	O	
Rhesus	+	
<b>PT / INR</b>		
Pemeriksaan		
Pasien	12.3	11.6 – 14.0
<b>Kemampuan 10 parameter</b>	41.0	12.0 – 16.5
Warna	0.86	Kuning
Agar		Agak jeruh
Basis jenis	28.11.010	28.6 – 41.6
Control	29.37.0	25 – 33
<b>Glukosa sewaktu</b>		Negatif
Glukosa	102	Negatif <110
<b>Antigen sars</b>		Negatif
Darah -2 ( rapid)	Negatif	Negatif
Protein		Negatif
Urobilinogen	0.2	0.1 – 1.0
Nitrit		Negatif
Leukosit esterase	+	Negatif

<b>Sedimen</b>		
Leukosit	10-19 sel/LPB	
Eritrosit	5-9 sel / LPB	
Epitel	5-9 sel / LPB	
Bakteri	+	
Kristal	(-) / negatif	
Silinder	(-) / negatif	

## 2. Terapi obat – obatan

Nama obat	Dosis	Rute pemberian
Remopain	3x 1 amp	IV
Ranitidine	2x1 amp	IV
Vit c	2x1 amp	IV
Ceftriaxone	3x1 gr	IV
Cefadroxil	3x500 mg	PO
Asamefenamat	3x500 mg	PO
SF	1x1	PO
Cairan RL + syntosin 10 iu/ml	20 tpm	IV

## VIII. Data fokus

Data subjektif	Data objektif
Klien mengatakan : c. Nyeri perut bagian bawah P : luka post op Q : seperti tertusuk – tusuk R : abdomen bagian bawah	Pasien tampak : 1. K/u sakit sedang 2. Tampak meringis 3. Luka post op bagian abdomen bawah

<p>S : skala 5 T : hilang timbul, jika banyak gerak</p> <p>d. Sering terbangun e. Produk ASI sedikit</p>	<p>4. Akral hangat, luka post op tampak kemerahan 5. ASI tampak sedikit 6. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu 7. Bayi tidak menghisap terus menerus, bayi menolak untuk menghisap 8. Terpasang infus RL + syntosin 10 iu/ml 9. Hb: 11.7, Ht: 35 Leukosit: <b>12.7</b>, trombosit : 280 10. TD : 120/74 mmHg, S : 36.7 C, N : 80 x /menit RR : 22 x/menit</p>
--	--

### IX. Analisa data

Data focus	Masalah	Etiologi
<p>DS: Klien mengatakan : - merasakan nyeri P : luka post op Q : seperti tertusuk – tusuk, R: abdomen bagian bawah, S : skala 5 T : hilang timbul jika gerak</p> <p>DO : pasien tampak - meringis - K/U sakit sedang - Akral hangat - Luka post op</p>	<p><b>Nyeri akut (D. 0077)</b></p>	<p><b>Agen pencedera fisiologis</b></p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terpasang infus RL + syntosinion 10 iu/ml</li> </ul>		
<p>DS: Klien mengatakan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masih merasakan nyeri</li> <li>- Jahitan luka belum kering</li> </ul> <p>DO : pasien tampak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- K/U sakit sedang</li> <li>- Lemas, akral hangat</li> <li>- Luka post op bagian perut bawah, tampak kemerahan, tampak masih basah</li> <li>- Terpasang infus RL + syntosinion 10 iu/ml</li> <li>- Hb: 11.7, Ht: 35</li> <li>- Leukosit: <b>12.7</b>, trombosit : 280</li> <li>- TD : 120/74 mmHg, S : 36.7 C, N : 80 x /menit, RR : 22 x/menit</li> </ul>	<p><b>Risiko infeksi ( D.0142)</b></p>	<p><b>Efek prosedur invasif</b></p>
<p>DS: Klien mengatakan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ASI klien hanya sedikit</li> </ul> <p>DO : pasien tampak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- K/U sakit sedang, akral hangat</li> <li>- ASI klien sedikit Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu</li> <li>- Bayi tidak menghisap terus menerus, bayi menolak untuk menghisap</li> <li>- Terpasang infus RL + syntosinion 10 iu/ml</li> </ul>	<p><b>Menyusui tidak efektif (D. 0029)</b></p>	<p><b>Ketidakadekuatan suplai ASI</b></p>

## X. Diagnosa keperawatan

No	Diagnosa keperawatan
1	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis
2	Risiko infeksi b.d Efek prosedur invasive
3	Menyusui tidak efektif b.d Ketidakadekuatan suplai ASI

## XI. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri berkurang, dengan Kriteria Hasil: 1. keluhan nyeri berkurang 2. kesulitan tidur menurun	Manajemen nyeri (1.08238) Observasi : 1.Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi , kualitas, intensitas nyeri 2.Mengidentifikasi skala nyeri 3.Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 4.Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri  Teraupetik :

			<p>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>2. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. jelaskan penyebab dan pemicu nyeri</p> <p>2. jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1. kolaborasi pemberian analgetik</p>
2	Risiko infeksi b.d Efek prosedur invasive	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri berkurang, dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>1. nyeri menurun</p> <p>2. kemerahan menurun / tidak ada</p>	<p>Observasi :</p> <p>1. monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p>Teraupetik:</p> <p>1. batasi jumlah pengunjung</p> <p>2. cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>2. anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>
3	Menyusui tidak efektif b.d Ketidakadekuatan suplai ASI	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan</p> <p>1. Status menyusui membaik</p>	<p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p>

		2. Suplai ASI adekuat	<p>2. Mengidentifikasi tujuan dan keinginan menyusui</p> <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>2. dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</li> <li>3. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar</li> <li>4. ajarkan perawatan payudara post partum</li> </ol>
--	--	-----------------------	---

## XII. Catatan keperawatan

### Catatan Keperawatan Hari Ke-1

Diagnosa Keperawatan	Waktu	Implementasi	Evaluasi
Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis	04-12-22	<p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi , kualitas, intensitas nyeri</li> </ol> <p><b>Hasil :</b> pasien mengatakan nyeri di abdomen bagian bawah terasa seperti tertusuk tusuk, skala nyeri 4</p>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. klien mengatakan nyeri abdomen di bagian bawah seperti tertusuk tusuk dengan skala 4 (0-10) dan nyeri hilang timbul</li> <li>2. Klien mengatakan nyeri</li> </ol>

	<p>2. Mengidentifikasi skala nyeri  <b>Hasil :</b> pasien mengatakan nyeri berskala 4 ( 0- 10)</p> <p>3. Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri  <b>Hasil :</b> pasien mengatakan nyeri muncul ketika bergerak dan hilang saat berbaring</p> <p><b>Teraupetik :</b></p> <p>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri  <b>Hasil :</b> pasien mengatakan dengan teknik Tarik nafas dalam bisa mengurangi nyeri</p> <p>2. fasilitasi istirahat dan tidur  <b>Hasil :</b> klien diberikan fasilitas untuk istirahat dan tidur</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>1. Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri  <b>Hasil :</b> klien mengatakan penyebab nyeri akibat banyak gerak dan pemicu nyeri karena luka post op</p>	<p>akan muncul ketika banyak bergerak</p> <p><b>O :</b> Pasien tampak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- K/u sakit sedang</li> <li>- Skala nyeri 5</li> <li>- Akral hangat</li> <li>- Klien diberikan terapi ranitidine 2 x1 amp ( IV) dan asamefenamat 3x500 mg ( PO)</li> </ul> <p><b>A :</b> masalah belum teratasi</p> <p><b>P :</b> lanjutkan intervensi</p>
--	---	---

		<p>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <p>1. kolaborasi pemberian analgetik</p> <p><b>Hasil :</b> klien diberikan terapi asamefenamat 3x500 mg (PO) dan ranitidine 2x1 amp (IV)</p>	
Risiko infeksi b.d Efek prosedur invasif	04-12-2022	<p><b>Observasi :</b></p> <p>1. monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p><b>Hasil :</b> terdapat luka terbalut kassa di abdomen bagian bawah, klien mengatakan terdapat nyeri pada lukanya, tidak ada kemerahan dan pus, tidak ada demam</p> <p><b>Teraupetik:</b></p> <p>1. batasi jumlah pengunjung</p> <p><b>Hasil :</b></p> <p>1. membatasi jumlah pengunjung ( tidak ada jam besuk )</p> <p>2. cuci tangan sebelum dan sesudah kontak</p>	<p><b>S :</b> Klien mengatakan masih merasakan nyeri pada luka post op</p> <p><b>O :</b> Klien tampak</p> <p>1. K/u sakit sedang, akral hangat</p> <p>2. Terdapat luka terbalut kassa di abdomen bagian bawah, tampak kemerahan</p> <p>3. TD : 120/74 mmHg, S : 36.7 C, N : 80 x /menit, RR : 22 x/menit, Hb: 11.7, Ht: 35 Leukosit: <b>12.7</b>, trombosit : 280</p> <p><b>A :</b> Masalah belum teratasi</p>

		<p>dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p><b>Hasil :</b> perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>1. jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p><b>Hasil :</b> Dijelaskan tanda dan gejala infeksi pada luka (terdapat kemerahan, nyeri, pus pada luka)</p> <p>2. anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p><b>Hasil :</b> menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>	<p><b>P :</b> lanjutkan intervensi</p>
<p>Menyusui tidak efektif b.d Ketidakadekua- tan suplai ASI</p>	<p>04-12-22</p>	<p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p><b>Hasil :</b> pasien mampu menerima informasi dengan baik</p> <p>2. Mengidentifikasi tujuan dan keinginan menyusui</p>	<p><b>S :</b> klien mengtakan ASI klien hanya sedikit yang keluar</p> <p><b>O :</b> klien tampak</p> <p>1. K/ u sakit sedang</p> <p>2. Produk ASI sedikit Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu</p> <p>3. Bayi tidak menghisap terus</p>

		<p><b>Hasil :</b> klien mampu mengidentifikasi</p> <p><b>Teraupetik :</b></p> <p>1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p><b>Hasil :</b></p> <p>menyampaikan materi kesehatan tentang menyusui tidak efektif</p> <p>2. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</p> <p><b>Hasil :</b> klien lebih percaya diri</p> <p>3. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar</p> <p><b>Hasil :</b> klien mampu memposisikan bayi dengan benar saat menyusui</p> <p>4. Ajarkan perawatan payudara post partum</p>	<p>menerus, bayi menolak untuk menghisap</p> <p><b>A :</b> masalah belum teratasi</p> <p><b>P :</b> lanjutkan intervensi</p>
--	--	---	--

### Catatan Keperawatan Hari Ke-2

Diagnosa	Waktu	Implementasi	Evaluasi
Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis	05-12-2022	<p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik,</p>	<b>S :</b>



		<p>durasi, frekuensi , kualitas, intensitas nyeri</p> <p><b>Hasil :</b> pasien mengatakan nyeri di abdomen bagian bawah terasa seperti tertusuk tusuk, skala nyeri 4</p> <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p><b>Hasil :</b> pasien mengatakan nyeri berskala 4 ( 0- 10)</p> <p>3. Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p><b>Hasil :</b> pasien mengatakan nyeri muncul ketika bergerak dan hilang saat berbaring</p> <p><b>Teraupetik :</b></p> <p>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p><b>Hasil :</b> pasien mengatakan dengan teknik Tarik nafas dalam bisa mengurangi nyeri</p> <p>2. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p><b>Hasil :</b> klien diberikan fasilitas untuk istirahat dan tidur</p>	<p>1. klien masih merasakan nyeri</p> <p>2. skala 4 (0-10) dan nyeri hilang timbul</p> <p>3. Klien mengatakan nyeri akan muncul ketika banyak bergerak</p> <p><b>O :</b> Pasien tampak</p> <p>1. K/u sakit sedang, klien tampak tenang</p> <p>2. Skala nyeri 4</p> <p>3. Akral hangat</p> <p>4. Klien diberikan terapi ranitidine 2 x1 amp ( IV) dan asamefenamat 3x500 mg ( PO)</p> <p><b>A :</b> masalah belum teratasi</p> <p><b>P :</b> lanjutkan intervensi</p>
--	--	--	--

		<p><b>Edukasi :</b></p> <p>1. Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri</p> <p><b>Hasil :</b> klien mengatakan penyebab nyeri akibat banyak gerak dan pemicu nyeri karena luka post op</p> <p>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <p>1. kolaborasi pemberian analgetik</p> <p><b>Hasil :</b> klien diberikan terapi asamefenamat 3x500 mg (PO) dan ranitidine 2x1 amp ( IV)</p>	
Risiko infeksi b.d Efek prosedur invasif	05-12-2022	<p><b>Observasi :</b></p> <p>1. monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p><b>Hasil :</b> terdapat luka terbalut kassa di abdomen bagian bawah, klien mengatakan terdapat nyeripada lukanya, tampak kemerahan dan tidak ada pus, tidak ada demam</p> <p><b>Teraupetik:</b></p> <p>1. Batasi jumlah pengunjung</p>	<p><b>S :</b></p> <p>- Klien mengatakan masih merasakan nyeri pada luka post op</p> <p><b>O :</b></p> <p>Klien tampak:</p> <p>1. K/u sakit sedang, akral hangat</p> <p>2. Terdapat luka terbalut kassa di abdomen bagian bawah, tidak ada</p>

		<p><b>Hasil :</b> membatasi jumlah pengunjung ( tidak ada jam besuk )</p> <p>2. cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p><b>Hasil :</b> perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>1. jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p><b>Hasil :</b> Dijelaskan tanda dan gejala infeksi pada luka (terdapat kemerahan, nyeri, pus pada luka)</p> <p>2. anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p><b>Hasil :</b> menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>	<p>pus,tampak kemerahan</p> <p>3. Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>4. 4.TD : 110/80 mmHg, N: 820x/ menit,RR : 18x/ menit Suhu 36.3 Hb : 12.5 , Ht : 35 , leukosit : <b>12.7</b>, trombosit : 280</p> <p><b>A :</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>P :</b> lanjutkan intervensi</p>
Menyusui tidak efektif b.d Ketidakadekuatan suplai ASI	05-12-2022	<p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p><b>Hasil :</b> pasien mampu menerima informasi dengan baik</p>	<p><b>S :</b> klien mengatakan produksi ASI klien sudah bertambah banyak</p> <p><b>O :</b> klien tampak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- K/ u sakit sedang, lemas</li> <li>- Produk ASI mulai</li> </ul>

		<p>2. Mengidentifikasi tujuan dan keinginan menyusui</p> <p><b>Hasil :</b> klien mampu mengidentifikasi</p> <p><b>Teraupetik :</b></p> <p>1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p><b>Hasil :</b> menyampaikan materi kesehatan tentang menyusui tidak efektif</p> <p>2. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</p> <p>3. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar</p> <p>4. Ajarkan perawatan payudara post partum</p>	<p>meningkat dan banyak</p> <p>- Bayi tampak mulai menghisap terus menerus, dan bayi sudah mulai menghisap dengan baik</p> <p><b>A :</b> masalah sebagian teratasi</p> <p><b>P :</b> pertahankan intervensi</p>
--	--	---	---

### Catatan Keperawatan Hari Ke-3

Diagnosa Keperawatan	Waktu	Implementasi	Evaluasi
Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis	06-12-2022	<p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi , kualitas, intensitas nyeri</p> <p><b>Hasil :</b> pasien mengatakan nyeri di</p>	<p><b>S :</b></p> <p>1. Klien mengatakan nyeri abdomen di bagian bawa seperti tertusuk tusuk dengan skala 3 (0-</p>

	<p>abdomen bagian bawah terasa seperti tertusuk tusuk, skala nyeri 3</p> <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p><b>Hasil :</b> pasien mengatakan nyeri berskala 4 ( 0- 10)</p> <p>3. Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p><b>Hasil :</b> pasien mengatakan nyeri muncul ketika bergerak dan hilang saat berbaring</p> <p><b>Teraupetik :</b></p> <p>1. berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p><b>Hasil :</b> pasien mengatakan dengan teknik Tarik nafas dalam bisa mengurangi nyeri</p> <p>2. fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p><b>Hasil :</b> klien diberikan fasilitas untuk istirahat dan tidur</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>3. jelaskan penyebab dan pemicu nyeri</p>	<p>10) dan nyeri hilang timbul</p> <p>2. Klien mengatakan nyeri akan muncul ketika banyak bergerak</p> <p><b>O:</b> Pasien tampak</p> <p>1. K/u sakit sedang</p> <p>2. Skala nyeri 3</p> <p>4. Akral hangat</p> <p>5. Klien diberikan terapi ranitidine 2 x1 amp (IV) dan asamefenamat 3x500 mg ( PO)</p> <p><b>A :</b> masalah belum teratasi</p> <p><b>P :</b> lanjutkan intervensi</p>
--	---	---

		<p><b>Hasil :</b> klien mengatakan penyebab nyeri akibat banyak gerak dan pemicu nyeri karena luka post op</p> <p>4. jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <p>1. kolaborasi pemberian analgetik</p> <p><b>Hasil :</b> klien diberikan terapi asamefenamat 3x500 mg (PO) dan ranitidine 2x1 amp ( IV)</p>	
Risiko infeksi b.d Efek prosedur invasif	06-12-2022	<p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p><b>Hasil :</b> terdapat luka terbalut kassa di abdomen bagian bawah, klien mengatakan terdapat nyeri pada lukanya, tidak ada kemerahan dan pus, tidak ada demam</p> <p><b>Teraupetik:</b></p> <p>1. batasi jumlah pengunjung</p> <p><b>Hasil :</b> membatasi jumlah pengunjung ( tidak ada jam besuk )</p> <p>2. cuci tangan sebelum dan sesudah kontak</p>	<p><b>S :</b></p> <p>Klien mengatakan masih merasakan nyeri pada luka post op</p> <p><b>O :</b></p> <p>Klien tampak</p> <p>1. K/u sakit sedang, akral hangat</p> <p>2. Terdapat luka terbalut kassa di abdomen bagian bawah, tidak ada pus, kemerahan mulai berkurang</p> <p>3. Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>4. TD : 130/85 mmHg, N : 80x/menit, RR:</p>

		<p>dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p><b>Hasil :</b> perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>1. jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p><b>Hasil :</b> Dijelaskan tanda dan gejala infeksi pada luka (terdapat kemerahan, nyeri, pus pada luka)</p> <p>2. anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p><b>Hasil :</b> menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>	<p>22x/menit, Suhu 36,7. Hb : 12.5 , Ht : 35 , leukosit : <b>15.8</b>, trombosit : 282</p> <p><b>A :</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>P :</b> lanjutkan intervensi</p>
<p>Menyusui tidak efektif b.d Ketidakadekuatan suplai ASI</p>	<p>06-12-2022</p>	<p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <b>Hasil :</b> pasien mampu menerima informasi dengan baik</p> <p>2. Mengidentifikasi tujuan dan keinginan menyusui <b>Hasil :</b> klien mampu mengidentifikasi</p> <p><b>Teraupetik :</b></p>	<p><b>S :</b> klien mengatakan ASI klien mulai meningkat dan banyak</p> <p><b>O :</b> klien tampak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- K/ u sakit sedang</li> <li>- Produk ASI mulai meningkat dan banyak</li> <li>- Bayi sudah menghisap dengan baik</li> </ul>

	<p>1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p><b>Hasil :</b> menyampaikan materi kesehatan tentang menyusui tidak efektif</p> <p>2. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</p> <p>3. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar</p> <p>4. Ajarkan perawatan payudara post partum</p>	<p>- Bayi mulai menghisap terus menerus</p> <p><b>A:</b> masalah teratasi</p> <p><b>P :</b> pertahankan intervensi</p>
--	--	--

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini, penulis membandingkan antara teori dari bab II dengan 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).

Penulis melakukan pengkajian pada klien pertama NY. S pada tanggal 04 Desember 2022 hasil pengkajian yang didapatkan adalah klien mengeluh nyeri luka post op, klien mengatakan ASI klien sedikit. Klien datang ke IGD dengan keluhan mules – mules sejak jam 22.00, keluar air (-), lendir darah (-), demam (-), batuk (-), pilek (-), klien belum pernah USG Dengan hasil TTV : TD 129/74 mmHg, Nadi 90 x/menit, RR 24 x/menit, suhu 36.5 °C, Struktur obstetrik : G2P1A0 H;41-42 Minggu dengan HPHT : 15-02-2022, Taksiran partus : 22-11-2022. Klien tidak bekerja dan menghabiskan waktunya dirumah sebagai ibu rumah tangga.

Hasil pengkajian selanjutnya pada Ny. M pada tanggal 04 Desember 2022 didapatkan bahwa klien mengatakan nyeri luka post op, pasien mengatakan ASI Pasien hanya sedikit yang keluar, bayi menghisap tidak terus menerus, bayi tidak mampu menghisap dengan baik. hasil TTV : TD 120/74 mmHg, N 80 x/menit, RR 20x/menit. Dari hasil pengkajian, struktur obstetrik : G1P0A0 H;37 Minggu dengan HPHT : 15-02-2022. Klien adalah ibu rumah tangga.

Pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu kedua klien mengalami nyeri luka post op, dan Produk ASI yang sedikit. Tetapi terdapat beberapa perbedaan yaitu NY. S pada diagnosa menyusui tidak efektif terjadi karena produk ASI yang sedikit ditandai dengan payudara pasien tampak datar dan pasien mengalami riwayat kehamilan dengan G2P1A0 H: 41-42 minggu (post term), sedangkan Ny.M menyusui tidak efektif ditandai dengan intake bayi yang tidak adekuat, bayi tidak menghisap secara terus menerus dan pasien dengan kehamilan G1P0A0 H: 37 minggu ( Aterm). Penulis menduga perbedaan ini dikarenakan dari etiologi SC yang berbeda pada kedua klien. Data yang ditemukan pada klien kedua kasus sudah sesuai dengan tinjauan teori yang ada, ada kesenjangan antara teori dan kasus di lapangan

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan melibatkan proses berfikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik dan pemberian pelayanan kesehatan yang lain.

Komponen-komponen dalam pernyataan diagnosis keperawatan meliputi masalah (problem), penyebab (etiologi), tanda dan gejala (sign and symptom) (Amin, 2015). Berdasarkan SDKI terdapat beberapa diagnosa yang dapat diangkat dari kedua kasus diatas. Kesamaan kasus yang terjadi adalah Nyeri akut yang berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis. Hal ini dikarenakan sectio

caesarea atau SC adalah suatu tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. SC merupakan salah satu cara melahirkan dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Karena hal itu, maka akan terjadi risiko perdarahan yang disebabkan oleh tindakan SC tersebut.

Diagnosa yang diangkat oleh penulis pada kedua kasus diatas sama, yaitu di angkat Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Penulis berasumsi hal ini dikarenakan oleh etiologi dari SC. Sehingga diagnosa kedua klien sama. Pada Ny. S dari pengecekan hasil laboratorium nya di dapatkan hasil hemoglobin, hematokrit dan trombositnya dalam hasil normal tetapi Leukositnya diatas hasil normal Sedangkan pada Ny. M pun sama oleh karena itu diangkatlah diagnosa Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

## **9. Intervensi Keperawatan**

Pembuatan rencana keperawatan yang akan dilakukan melibatkan keluarga pasien dan perawat ruangan sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi sesuai teori perencanaan keperawatan dituliskan dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indoensia (SLKI). Intervensi pada tinjauan teori memuat target waktu yang dibutuhkan untuk melakukan perawatan pada klien, tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai, rencana tindakan yang akan dilakukan, dan rasional dari rencana tindakan tersebut. Perencanaan atau intervensi dirancang oleh penulis berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dimana tindakan yang akan dilakukan terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi,

dan kolaborasi. Target waktu pencapaian kriteria hasil pada semua diagnosis ditentukan dengan rentang waktu yang sama, yaitu 3 x 24 jam.

Pada kasus Ny. S penulis melakukan rencana tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Penulis berencana mengatasi masalah nyeri akut pada klien dengan tujuan yang diharapkan nyeri akut berkurang. Masalah risiko infeksi dengan tujuan yang diharapkan nyeri berkurang, luka post op mengering. Masalah menyusui tidak efektif dengan tujuan yang diharapkan suplai ASI membaik. Intervensi yang dilakukan pada Ny. S sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) untuk diagnosa nyeri akut adalah manajemen nyeri (I.08238). Lalu untuk diagnosa risiko infeksi adalah pencegahan infeksi (I.14539) dan untuk diagnosa menyusui tidak efektif adalah edukasi menyusui (I12393). Sedangkan untuk Ny. M intervensi yang dilakukan yaitu sama dengan Ny. S

Pada kasus diatas kita juga bisa melakukan beberapa terapi non-farmakologis. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), terapi adalah usaha untuk memulihkan kesehatan orang yang sedang sakit, pengobatan penyakit, dan perawatan penyakit. Tujuan dari terapi itu sendiri adalah untuk menjadikan keadaan seseorang lebih baik lagi dan dapat mengurangi kecemasannya. Sehingga terapi untuk mengatasi nyeri post-operasi adalah suatu pengobatan atau tindakan yang dilakukan untuk mengatasi nyeri pada saat post-operasi. Ada beberapa terapi yang dapat dilakukan untuk mengatasi nyeri post-operasi.

Pertama, teknik relaksasi nafas dalam. Menurut (Brunner, 2013) relaksasi nafas dalam dinilai sangat efektif dalam menurunkan nyeri post operasi. Relaksasi

ini melibatkan otot respirasi dan tidak membutuhkan alat lain sehingga mudah dilakukan kapan saja atau sewaktu-waktu.

Kedua, *essensial oil* daun melati. Terapi *Essensial oil* daun melati umumnya digunakan untuk mengurangi nyeri post Caesar. Aroma melati yang menenangkan dapat membuat lebih rileks sehingga tidak memusingkan segala peralatan atau tindakan yang membuatnya terganggu dengan proses adaptasi post caesar yang sedang dijalannya (yoahana, 2015).

Ketiga, kompres hangat. Selain dapat menurunkan sensasi nyeri, kompres hangat juga dapat meningkatkan proses penyembuhan jaringan yang mengalami kerusakan. Penggunaan panas selain memberi efek mengatasi atau menghilangkan sensasi nyeri, juga dapat memberikan reaksi fisiologis antara lain meningkatkan respons inflamasi, meningkatkan aliran darah dalam jaringan dan meningkatkan pembentukan edema (Putri, 2015).

Keempat, *Self healing* atau metode penyembuhan penyakit bukan dengan obat, melainkan dengan mengeluarkan perasaan dan emosi yang terpendam dari dalam tubuh. Proses metode ini dapat dilakukan dengan hipnosis, terapi qolbu, atau menenangkan pikiran. Dalam latihan *self healing*, ada beberapa aspek yang dilibatkan yakni napas stabil, gerak hanya untuk kesembuhan, sentuhan, dan keheningan. Seseorang yang melakukan self healing lebih baik berhenti sejenak dari segala rutinitasnya, sehingga bisa berinteraksi dengan diri sendiri (Han & goleman, daniel; boyatzis, Richard; Mckee, 2019).

## **10. Implementasi**

Keperawatan Berdasarkan tahap implementasi keperawatan, upaya untuk merealisasikan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya adalah hal yang sangat penting dalam tahap pelaksanaan ini, sehingga upaya pelaksanaan atau tindakan yang dilaksanakan dapat diterima sebagai upaya untuk memecahkan masalah. Implementasi dilakukan penulis selama 3 hari pada kedua kasus. Implementasi pada Ny. S dimulai pada 04 Desember 2022 sampai 06 Desember 2022 dan implementasi yang dilaksanakan pada Ny. M dimulai pada 04 Desember 2022 sampai 06 Desember 2022.

Pada studi kasus ini penulis melakukan implementasi dan mengevaluasi keadaan klien setiap hari sesuai dengan intervensi atau rencana keperawatan. Pada saat pelaksanaan implementasi, penulis menerapkan beberapa evidence based nursing pada klien. Evidence based nursing yang diterapkan yaitu mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam. Menurut (Brunner, 2013), relaksasi nafas dalam dinilai sangat efektif dalam menurunkan nyeri post operasi dan memberikan kompres hangat. Penulis menerapkan kedua terapi non-farmakologis tersebut karena terapi tersebut sederhana dan efektif untuk membantu mengatasi keluhan klien. Dan terapi pijat oksitosin dan terapi pijat payudara untuk mengatasi melancarkan ASI klien.

## **11. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang mengadakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai berdasarkan tujuan yang telah dibuat dalam

perencanaan keperawatan (Perry & Potter, 2010). Evaluasi yang digunakan berbentuk S (subyektif), O (obyektif), A (analisa), P (perencanaan terhadap analisis). Evaluasi dilakukan setiap hari pada kedua kasus yaitu menggunakan evaluasi SOAP pada awal jam dinas dan terakhir di evaluasi kembali setelah diberikan intervensi pada jam akhir dinas.

Evaluasi yang dilakukan pada Ny. S di hari pertama setelah dilakukan intervensi dan implementasi yaitu klien masih mengeluh Nyeri. Klien nampak lemas, K/u sakit sedang, dan dengan hasil pengecekan TTV yaitu TD 110/80 mmHg, Nadi 80x/menit, RR 20x/menit, suhu 36.7 C, Hasil lab menunjukkan kadar leukosit meningkat. ASI klien masih terlihat sedikit.

Pada evaluasi hari kedua belum terjadi perubahan signifikan, klien masih mengeluh nyeri, tetapi nyerinya berkurang. Pada hari ketiga evaluasi klien masih merasakan nyeri walaupun sudah berkurang. Hasil pengecekan TTV sebagai berikut TD 110/80 mmHg, Nadi 80 x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36.3 C,

Evaluasi yang dilakukan pada Ny. M dihari pertama setelah dilakukan intervensi dan implementasi yaitu klien mengatakan masih merasakan nyeri post op, klien nampak lemah ,dari hasil pengecekan TTV didapatkan TD 130/85 mmHG, Nadi 84 x/menit, RR 30 x/menit, suhu 36.7 C. Pada evaluasi hari ke dua belum didapatkan perbaikan yang signifikan, klien masih mengatakan nyeri, ASI klien mulai banyak dan Pada hari ketiga klien mulai membaik yang ditandai dengan nyeri berkurang, ASI bertambah banyak.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN**

#### **A. Kesimpulan**

1. Hasil pengkajian pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu kedua klien mengalami nyeri luka post op, menyusui tidak efektif
2. Diagnosa yang diangkat pada kedua pasien sama, hal ini dikarenakan etiologi dari SC pada masing-masing klien sama, walau indikasi berbeda.
3. Intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien guna mengatasi keluhan klien sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Pada kasus diatas kita juga bisa melakukan beberapa terapi non-farmakologis. Yaitu Therapy teknik relaksasi nafas dalam dan kompres air hangat untuk mengatasi nyeri, Dan terapi pijat oksitosin dan terapi pijat payudara untuk mengatasi melancarkan ASI klien.
4. Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah penulis susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kedua pasien sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan teori



yang ada dan sesuai dengan manajemen nyeri dan terapi relaksasi nafas dan terapi pijat oksitosin dan terapi pijat payudara didukung dengan terapi farmakologi. Implementasi yang dilaksanakan minimal 3 hari untuk mendapatkan perbaikan pada pasien SC

5. Evaluasi pada kedua pasien menunjukkan perbaikan terutama pada nyerinya. Pada Ny. S klien mulai membaik dengan keluhan nyeri berkurang, produksi ASI meningkat dan begitu pun pada Ny. M ditandai dengan nyeri berkurang, produksi ASI meningkat

#### B. Saran

1. Penulis berharap dalam penulisan ini dapat di jadikan sebagai bahan acuan bagi klien untuk melakukan beberapa therapy non farmakologis dan dilakukan sesuai standar operasional prosedur.
2. Penulis berharap dalam penulisan ini dapat memberikan informasi untuk mahasiswa/i STIKes Medistra Indonesia sebagai bahan untuk menambah ilmu pengetahuan dibidang Keperawatan Maternitas dimana kita dapat mengembangkan dan memanfaatkan fasilitas Keperawatan Maternitas dengan tidak bergantung pada terapi non farmakologi saja. Tetapi kita bisa memberikan terapi non farmakologi berupa teknik relaksasi nafas dalam untuk nyeri dan terapi pijat oksitosin, terapi perawatan pijat payudara untuk memperlancar ASI dan menambah produk ASI.



## DAFTAR PUSTAKA







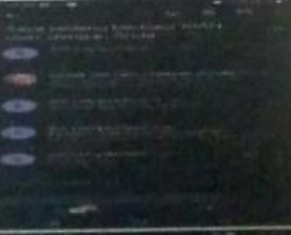


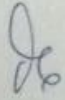
- Aspiani, 2017. Kegawatdaruratan Pada Persalinan. Jakarta: NoerFikri
- Damayanti, dkk. 2015. Asuhan Kebidanan Kompherensif Pada Ibu Bersalin Dan Bayi Baru Lahir. Yogyakarta: Deepublish
- Depkes RI. 2015. Pegangan Kelas Ibu hamil. Jakarta: Depkes
- Dewi, 2014. Asuhan Kebidanan Neonatus, bayi, dan anak balita. Yogyakarta: Salemba Medika
- Dinas Kesehatan Kota Kupang. 2015. Profil Kesehatan Kota Kupang. NTT: Dinkes
- Dwenda, dkk. 2014. Kebidanan Pada Kehamilan. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Kemenkes RI. 2015. Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta: Kemenkes RI
- Kemenkes RI. 2015. Buku Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta: Kementrian kesehatan dan JICA
- Kemenkes. 2018. Profil Kesehatan NTT 2017. Jakarta: Kementrian Kesehatan Indonesia
- Keputusan Menteri Kesehatan No.938/Menkes/SK/VIII/2007 Tentang Standar Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Lusiana dkk. 2015. Metodologi Penelitian Kebidanan. Yogyakarta: Deepublish
- Mandang, 2016. Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana. Yogyakarta: Pustaka Rihama
- Mansyurdan Dahlan. 2014. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Masa Nifas. Jatim: Selasa Media
- Manuaba, 2017. Buku Ajaran Kebidanan 3 Nifas. Yogyakarta: Nuha Medika
- Maritalia. 2014. Asuhan Kebidanan Persalinan Normal. Jakarta: EGC
- Megasari, dkk. 2015. Panduan belajar asuhan kebidanan. Yogyakarta. Deepublish
- Modul ASKEB II, 2016. Asuhan Kebidanan Persalinan. Jakarta: EGC
- Mutmainnah, dkk. 2017. Asuhan Kebidanan pada Persalinan Normal & Bayi Baru Lahir. Yogyakarta: ANDI



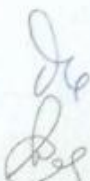

- Nugroho, Taupan,dkk.2014.Buku Ajaran Kebidanan 3 Nifas.Yogyakarta: Nuha Medika
- Oktarina, 2016. Buku Ajaran Kebidanan 3 Nifas.Yogyakarta: Nuha Medika
- Pitriani & Andriyani, 2014. Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui.Yogyakarta:Pustaka Pelajar
- Prawirohardjo, 2014. Obstetri Patofisiology. Jakarta: EGC
- Proverawati, 2014. Anemia dan Anemia dalam Kehamilan.Yogyakarta: Nuha Medika
- Purwanti, 2014. Buku Ajaran Kebidanan 3 Nifas.Yogyakarta: Nuha Medika
- Purwoastuti, 2015. Asuhan Kebidanan I (Kehamilan). Nuha Medika: Yogyakarta
- Rini & Kumala, 2016. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi.Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
- Sembiring, 2017. Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, Anak Pra Sekolah. Yogyakarta: Deepublish
- Sundawati, 2016. Rencana Asuhan Keperawatan Maternal & Bayi Baru
- Tarwoto, 2014. Asuhan Kebidanan Jilid 1 Panduan Lengkap Menjadi Bidan Profesional.Jakarta: Prestasi Pustakarya
- Tresnawati, 2014. Buku Ajar Asuhan Kebidanan I Konsep Dasar Asuhan Kehamilan.Yogyakarta;NuhaMedika
- Walyani, Elisabeth Siwi 2017. Asuhan Kebidanan Pada Persalinan dan Bayi Baru Lahir.Yogyakarta : Pustaka Baru Press
- Widatiningsih & Dewi, 2017. Panduan Pengajaran Asuhan Kebidanan. Jakarta: Pusdiknakes
- Widiastini. 2018. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin dan Bayi Baru Lahir . Bogor: IN MEDIA

## **LAMPIRAN**

Lampiran 1 Lembar Kegiatan Bimbingan Karya Ilmiah Akhir

KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

Tanggal	Waktu	Kegiatan bimbingan	Keterangan	Paraf
24 -11 - 2022	14.11		Konsul judul KIAN	
01 - 12 - 2022	12.00		Konsul bab 1 dan bab 2	
20 - 12 - 2023	13.30		Konsul bab 3 dan 4	
10 - 01 - 2023	12.00		Sidang KIAN (ACC)	
11 - 01 - 2023	14.00		Konsul hasil PPT KIAN	

18 - 01 - 2023	13.00		Sidang KIAN	
05 - 02 - 2023	10. 30	Konsul hasil revisian sidang KIAN	Penguji 1 1. Memperbaiki typo pada kasus 1 2. Menambahkan tanda dan gejala yang mendukung hasil diagnosa	
13 - 06 - 2023	14.00	Konsul hasil revisian sidang KIAN	Pembimbing dan Penguji 2 1. Menambahkan metode pengkajian resiko infeksi dengan menggunakan metode REEDA 2. Menambahkan hasil data pembeda antara kasus 1 dan kasus 2	

## Lampiran 2 Lembar Biografi Penulis

### BIOGRAFI PENULIS



#### I. Data Pribadi

Nama Lengkap : Siti Asdian Latupeirissa  
TTL : Kulur, 10 November 1996  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Kewarganegaraan : Indonesia  
Alamat : Jl. Taman Wisma Asri II No. 55 RT 005/ RW 028.  
Teluk Pucung Bekasi Utara  
No Handphone : 082261413938  
Email : [sitilatupeirissa@gmail.com](mailto:sitilatupeirissa@gmail.com)  
Motto : “Bukan tentang seberapa sering kamu mengabdikan,  
melainkan seberapa besar pengabdianmu  
bagi mereka”

#### II. Data Pendidikan

SD : SDN Iha - Kulur Tahun 2002 - 2008  
SMP : SMPN 2 Seram Bagian Barat Tahun 2008 - 2011  
SMA : SMAN 2 Kairatu Tahun 2011 - 2014  
Perguruan Tinggi : STIKes Maluku Husada Tahun 2014 - 2018  
( SIIlmu Keperawatan )  
STIKes Medistra Indonesia tahun 2022 - sampai  
sekarang ( Profesi Ners )



