

**ASUHAN KEPERAWATAN POST SECTIO CAESAREA DENGAN
INDIKASI LETAK SUNGSANG PADA NY. E DAN POST SECTIO
CAESAREA DENGAN INDIKASI IUFD PADA NY. R DI RUANGAN
MELATI RSUD DR. CHASBULLAH ABDUL MADJID KOTA BEKASI
TAHUN 2022**



Disusun Oleh:

ROHMANUDIN

NPM : 221560311079

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

**ASUHAN KEPERAWATAN POST SECTIO CAESAREA DENGAN
INDIKASI LETAK SUNGSANG PADA NY. E DAN POST SECTIO
CAESAREA DENGAN INDIKASI IUFD PADA NY. R DI RUANGAN
MELATI RSUD DR. CHASBULLAH ABDUL MADJID KOTA BEKASI
TAHUN 2022**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Profesi Ners
(NERS)**



Disusun Oleh :

ROHMANUDIN

NPM : 221560311079

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

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Rohmanudin

NPM : 221560311079

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul “Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Letak Sungsang pada Ny. E dan Post Sectio Caesarea dengan Indikasi IUFD pada Ny. R di Ruang Melati RSUD Dr. Chasbullah Abdul Madjid Kota Bekasi Tahun 2022” adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mencopy sebagian dari hasil karya orang lain.

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Bekasi, 6 Februari 2023



ROHMANUDIN
22.156.03.11.079

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Ilmiah Akhir Ners ini Telah Diperiksa oleh Preseptor satu dan
Preseptor dua dan Disetujui untuk Melaksanakan Seminar Hasil

Bekasi, 6 Februari 2023

Menyetujui,

Penguji I



Nurti Y.K Gea, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.A.
NIDN.0326067902

Penguji II



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

Mengetahui:

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan Pendidikan Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Medistra Indonesia



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

LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Rohmanudin, S.Kep
NPM : 22.156.03.11.079
Program Studi : Profesi Ners
Judul Karya Ilmiah Akhir : Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Letak Sungsang pada Ny. E dan Post Sectio Caesarea dengan Indikasi IUFD pada ny. R di Ruang Melati RSUD dr. Chasbullah Abdul Madjid Kota Bekasi Tahun 2022.

Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada Tanggal 6 Februari 2023

Bekasi, 6 Februari 2023

Penguji I



Nurti Y.K Gea, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.A.
NIDN.0326067902

Penguji II



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

Wakil Ketua I Bidang Akademik

Mengetahui,

Kepala Program Study Ilmu Keperawatan (S1)
dan Pendidikan Profesi Ners

Puri Kresnawati, SST,M.KM
NIDN. 0309049001



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

Disahkan,

Ketua STIKes Medistra Indonesia

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

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat yang telah diberikan kepada penulis, baik berupa kesehatan fisik dan mental sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dengan judul: **“Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Letak Sungsang pada Ny. E dan Post Sectio Caesarea dengan Indikasi IUFD pada Ny. R di Ruangan Melati RSUD Dr. Chasbullah Abdul Madjid Kota Bekasi Tahun 2022.”** yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ners Program Studi Profesi pada STIKes Medistra Indonesia, Bekasi.

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

1. Bapak Usman Ompusunggu, SE., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Bapak Saver Mangandar Ompusunggu, SE., selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
3. Ibu Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes selaku ketua dari STIKes Medistra Indonesia
4. Ibu Puri Kresna Wati, SST., M.KM., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIKes Medistra Indonesia.
5. Ibu Sinda Ompusunggu, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Kepegawaian STIKes Medistra Indonesia
6. Ibu Hainun Nisa, SST., M. Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni STIKes Medistra Indonesia
7. Ibu Kiki Deniati, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia
8. Ibu Nurti YK Gea, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.A selaku Koordinator Profesi Ners, Sekaligus penguji 1 KIAN.
9. Ibu Ernauli Meliyana, S.Kep.,Ns.M.Kep. selaku dosen pembimbing Karya Ilmiah Akhir Ners.

10. Seluruh Dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang turut membantu memberikan banyak ilmu, masukan dan arahan selama proses pendidikan
11. Teruntuk kedua orang tua terimakasih atas segala doa dan motivasi yang tiada henti telah kalian berikan. Tanpa doa dan dukungan dari kedua orang tua mungkin penulis tidak akan sampai pada titik sekarang ini.
12. Serta teman-teman semua yang tidak bisa disebutkan satu-persatu. Terimakasih yang sebesar-besarnya atas motivasi dan dukungan selama pembuatan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang membangun dari berbagai pihak.

Akhir kata, penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat diterima dan bermanfaat dengan baik.

Bekasi, 6 Februari 2022



ROHMANUDIN
22.156.03.11.079

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	
HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PERNYATAAN	3
LEMBAR PERSETUJUAN	4
LEMBAR PENGESAHAN	5
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR SKEMA.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan Umum.....	3
D. Tujuan Khusus.....	3
E. Manfaat.....	4
1. Akademis.....	4
2. Secara praktis	5
BAB II TINJAUAN TEORITIS.....	6
A. Konsep Sectio Caesarea (SC).....	6
1. Definisi Sectio Caesarea (SC).....	6
2. Etiologi.....	6
3. Manifestasi Klinik.....	7
4. Jenis- Jenis Sectio Caesaria.....	8
5. Patofisiologi	9
6. Indikasi SC (Sectio Caesaria).....	10
7. Kontra Indikasi SC (Sectio Caesarea).....	11
8. Phatway Sectio Caesarea.....	12
9. Pemeriksaan Penunjang.....	14
10. Penatalaksanaan	14

11. Kateterisasi	15
B. Konsep Letak Sungsang	15
1. Pengertian.....	15
2. Etiologi.....	16
3. Tanda dan Gejala	16
4. Kriteria Letak Sungsang.....	17
5. Patofisiologi.....	17
6. Diagnosa Banding	18
7. Komplikasi	18
8. Pemeriksaan Penunjang.....	19
9. Pencegahan.....	19
10. Penatalaksanaan	19
11. Dampak Masalah.....	23
C. Konsep IUFD (Intra Uterine Fetal Death).....	23
1. Pengertian.....	23
2. Anatomi Fisiologi IUFD	23
3. Etiologi IUFD.....	30
4. Patofisiologi IUFD	31
5. Berduka akibat kematian janin.....	31
6. Penatalaksanaan medis.....	36
D. Konsep Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea.....	38
1. Pengkajian Keperawatan	38
2. Diagnosa Keperawatan.....	41
3. Perencanaan Keperawatan.....	42
4. Implementasi Keperawatan	50
5. Evaluasi Keperawatan	51
BAB III LAPORAN KASUS.....	52
A. PENGKAJIAN	52
1. Identitas diri klien.....	52
2. Status Kesehatan Saat ini	53
3. Riwayat Kesehatan Lalu.....	54
4. Riwayat Obstetri.....	55

5. Riwayat Kehamilan Persalinan	55
6. Riwayat Persalinan Sekarang	55
7. Riwayat Lingkungan	56
8. Aspek Psikososial.....	56
9. Pengkajian Fisik	57
10. Pemeriksaan Penunjang.....	67
11. Penatalaksanaan/Terapi (Obat yang Diterima).....	68
B. DATA FOKUS (KASUS 1)	68
C. ANALISA DATA (KASUS 1)	69
D. DIAGNOSA KEPERAWATAN (KASUS 1).....	72
E. INTERVENSI KEPERAWATAN (KASUS 1)	72
F. CATATAN KEPERAWATAN HARI Ke- 1 (KASUS 1).....	77
G. CATATAN PERKEMBANGAN HARI Ke- 1 (KASUS 1).....	79
H. CATATAN KEPERAWATAN HARI Ke- 2 (KASUS 1).....	82
I. CATATAN PERKEMBANGAN HARI Ke- 2 (KASUS 1).....	85
J. CATATAN KEPERAWATAN HARI Ke- 3 (KASUS 1).....	87
K. CATATAN PERKEMBANGAN HARI Ke- 3 (KASUS 1).....	90
L. DATA FOKUS (KASUS 2)	92
M. ANALISA DATA (KASUS 2)	93
N. DIAGNOSA KEPERAWATAN (KASUS 2).....	95
O. INTERVENSI KEPERAWATAN (KASUS 2)	95
P. CATATAN KEPERAWATAN HARI Ke- 1 (KASUS 2).....	101
Q. CATATAN PERKEMBANGAN HARI Ke- 1 (KASUS 2).....	104
R. CATATAN KEPERAWATAN HARI Ke- 2 (KASUS 2).....	106
S. CATATAN PERKEMBANGAN HARI Ke- 2 (KASUS 2).....	109
T. CATATAN KEPERAWATAN HARI Ke- 3 (KASUS 2).....	112
U. CATATAN PERKEMBANGAN HARI Ke- 3 (KASUS 2).....	115
BAB IV PEMBAHASAN.....	118
A. Pengkajian	118
1. Pengkajian Secara Teori	118
2. Pengkajian Pada Kasus.....	120
3. Analisa Penulis.....	120
B. Diagnosa Keperawatan.....	120

1. Berdasarkan Teori.....	120
2. Berdasarkan Kasus	121
3. Analisa Penulis	121
C. Intervensi Keperawatan	122
D. Implementasi Keperawatan	123
E. Evaluai Keperawatan	125
BAB V PENUTUPAN	127
A. Kesimpulan	127
B. Saran	128
DAFTAR PUSTAKA.....	129

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2 1 Kriteria Letak Sungsang (Sumber : Jurnal Keperawatan Maternitas)	17
Gambar 2 2 Cara Deventer.....	20
Gambar 2 3 Cara Lovset	21
Gambar 2 4 Cara Mueller.....	21
Gambar 2 5 Cara Bracht.....	21

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Perencanaan Keperawatan Menurut Secara Teori.....	42
Tabel 3. 1 Identitas Klien	52
Tabel 3. 2 Status Kesehatan Klien Saat Ini	53
Tabel 3. 3 Riwayat Kesehatan Lalu.....	54
Tabel 3. 4 Riwayat Obstetri.....	55
Tabel 3. 5 Riwayat Kehamilan Persalinan	55
Tabel 3. 6 Riwayat Persalinan Sekarang	55
Tabel 3. 7 Riwayat Lingkungan	56
Tabel 3. 8 Aspek Psikososial.....	56
Tabel 3. 9 Pengkajian Fisik	57
Tabel 3. 10 Pemeriksaan Penunjang.....	67
Tabel 3. 11 Penatalaksanaan/Terapi)	68
Tabel 3. 12 Data Fokus (Kasus 1)	68
Tabel 3. 13 Analisa Data (Kasus 1).....	69
Tabel 3. 14 Intervensi Keperawatan (Kasus 1)	72
Tabel 3. 15 Catatan Keperawatan Hari Ke-1 (Kasus 1).....	77
Tabel 3. 16 Catatan Perkembangan Hari Ke-1 (Kasus 1)	79
Tabel 3. 17 Catatan Keperawatan Hari Ke-2 (Kasus 2).....	82
Tabel 3. 18 Catatan Perkembangan Hari Ke-2 (Kasus 1)	85
Tabel 3. 19 Catatan Keperawatan Hari Ke-3 (Kasus 1).....	87
Tabel 3. 20 Catatan Perkembangan Hari Ke-3 (Kasus 1)	90
Tabel 3. 21 Data Fokus (Kasus 2)	92
Tabel 3. 22 Analisa Data (Kasus 2).....	93
Tabel 3. 23 Intervensi Keperawatan (Kasus 2)	96
Tabel 3. 24 Catatan Keperawatan Hari Ke-1 (Kasus 2).....	101
Tabel 3. 25 Catatan Perkembangan Hari Ke-1 (Kasus 2)	104
Tabel 3. 26 Catatan Keperawatan Hari Ke-2 (Kasus 2).....	106
Tabel 3. 27 Catatan Perkembangan Hari Ke-2 (Kasus 2)	109
Tabel 3. 28 Catatan Keperawatan Hari Ke-3 (Kasus 2).....	112
Tabel 3. 29 Catatan Perkembangan Hari Ke-3 (Kasus 2)	115

DAFTAR SKEMA

Skema 2. 1 Pathway Sectio Caesarea dengan Letak Sungsang (1).....	12
Skema 2. 2 Pathway Sectio Caesarea dengan IUFD (2)	13

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Formulir Kegiatan Bimbingan Karya Ilmiah Akhir Ners

Lampiran 2: Daftar Riwayat Hidup Penulis

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan (partus) adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin + uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain. Adapun pengeluaran hasil konsepsi yang lahir melalui jalan lahir yaitu partus biasa (normal), disebut juga partus spontan, adalah proses lahirnya bayi dengan LBK dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat, serta tidak melukai ibu dan bayi, yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam. dan pengeluaran hasil konsepsi yang lahir melalui jalan lahir yaitu partus luar biasa (abnormal) ialah persalinan pervaginam dengan bantuan alat-alat atau melalui dinding perut dengan operasi sesarea. Operasi sesarea terjadi karena adanya masalah dalam proses persalinan letak sungsang. Dalam menghadapi persalinan letak sungsang yang terpenting adalah menentukan apakah anak akan lahir per vaginam atau harus dilahirkan dengan seksio sesarea. dilihat dari sudut anak, maka S.C adalah cara yang terbaik, oleh karena persalinan per vaginam bagi anak membawa angka kematian yang tinggi.

Persalinan pada bayi dengan presentasi bokong (sungsang) dimana bayi letaknya sesuai dengan badan ibu, kepala berada pada fundus uteri, sedangkan bokong merupakan bagian bawah (di daerah pintu atas panggul). Letak sungsang adalah letak memanjang dengan bokong sebagai bagian yang terendah (presentase bokong). Persalinan letak sungsang selalu menarik untuk dibicarakan. Sedangkan Prognosa untuk ibu tidak berbeda jika dibandingkan dengan persalinan presentase kepala. Pada zaman dahulu orang beranggapan bahwa bayi sungsang itu bisa diatasi dengan memijat kepala ibu supaya kepala janin jatuh kebawah. Jika tidak ke dukun bayi biasanya ibu melakukan aktivitas seperti menyapu, mengepel, dan lain-lain.

Tetapi pada zaman sekarang tidak dianjurkan untuk ibu melakukan pemijatan untuk mengubah posisi bayi karena dapat menyebabkan lilitan tali

pusat. Jika ada bayi sungsang maka dokter akan menganjurkan untuk melakukan operasi SC untuk keselamatan ibu dan bayi.

Menurut WHO (World Health Organization) tahun 2010, dilaporkan kejadian sectio caesaria 5 kali dibandingkan tahun sebelumnya. Mengacu pada WHO, Indonesia mempunyai kriteria angka sectio caesaria standart antara 15-20% untuk RS rujukan. Angka itu dipakai juga untuk pertimbangan akreditasi Rumah Sakit . Di Indonesia, meskipun survey Demografi dan Kesehatan tahun 1997 dan tahun 2002-2003 mencatat angka persalinan bedah sectio caesaria secara nasional hanya berjumlah kurang lebih 4% dari jumlah persalinan, berbagai survey dan penelitian lain menemukan bahwa presentase persalinan sectio caesaria di Rumah Sakit pemerintah adalah sekitar 20- 26%dari total persalinan, sedangkan di Rumah Sakit swasta jumlahnya sangat tinggi yaitu sekitar 30-80% total persalinan (Mulyawati dkk,2015).

Tingkat persalinan Sectio Caesaria di indonesia 15,3% sampel dari 20.591 ibu yang melahirkan dalam kurun waktu 5 tahun terakhir yang diwawancarai di 33 provinsi (RISKESDAS,2015). Angka kejadian dari kehamilan letak sungsang berkurang mulai dari 20% pada usia kehamilan 28 minggu, hingga mencapai 3-4% saat usia kehamilan sudah aterm sehubungan dengan bayi yang secara spontan berputar untuk mencapai presentasi kepala ketika usia kehamilan semakin tua (Alston,2014). Berdasarkan penelitian di Rumah Sakit RSUD Bangil pada 2017, kejadian Sectio Caesaria indikasi letak sungsang dari bulan januari 2017 sampai dengan bulan Desember di dapat total 25 kasus.

Etiologi tentang Post Op Sectio Caesaria dengan indikasi letak sungsang yaitu bayi kembar, terjadi CPD (Cepalo Pelvik Dispropotion), Preeklamsi berat, faktor hambatan jalan lahir, kepala bayi tidak turun ke atas panggul, adapun faktor-faktor yang menyebabkan persalinan Sectio Caesaria menurut Caterini (2012) diantaranya usia ibu, letak sungsang, letak lintang, plasenta previa, gawat janin dan lain-lain. Selain faktor di atas (faktor medis) terdapat pula faktor lain yaitu akses terhadap layanan kesehatan, dan faktor-faktor yang tidak diketahui atau tidak diperkirakan, sehingga dapat

meningkatkan persalinan dengan Sectio Caesaria. Pertolongan letak sungsang melalui jalan vagina memerlukan perhatian karena dapat menimbulkan komplikasi kesakitan, cacat permanen sampai dengan kematian bayi. Pada ibu hamil dengan letak janin sungsang ditambah lagi dengan indikasi belum pernah Sectio Caesaria kehamilan sudah cukup bulan dan taksiran berat janin besar maka untuk ibu dianjurkan agar melakukan operasi Sectio Caesaria. Ibu hamil yang mengalami bedah caesar akibat letak sungsang harus diberikan perawatan dan pengawasan yang intensif.

Dari sinilah peran perawat sangat diperlukan. Perawat harus mampu memberikan perawatan yang komprehensif, Berkesinambungan, teliti dan penuh kesabaran. Dengan solusi penanganan klien dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien tentang mobilisasi post Sectio Caesaria, merawat luka post Sectio Caesaria agar tidak terjadi infeksi.

B. Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan pada kasus ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan Asuhan Keperawatan pada klien dengan Post SC dengan indikasi letak sungsang dan IUFD membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Letak Sungsang pada Ny. E dan Post Sectio Caesarea dengan Indikasi IUFD pada Ny. R di Ruang Melati RSUD Dr. Chasbullah Abdul Madjid Kota Bekasi? “

C. Tujuan Umum

Memahami dan mengaplikasikan asuhan keperawatan Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Letak Sungsang pada Ny. E dan Post Sectio Caesarea dengan Indikasi IUFD pada Ny. R di Ruang Melati RSUD Dr. Chasbullah Abdul Madjid Kota Bekasi

D. Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Letak Sungsang pada Ny. E dan Post Sectio Caesarea dengan Indikasi IUFD pada Ny. R di Ruang Melati RSUD Dr. Chasbullah Abdul Madjid Kota Bekasi.

2. Mampu merumuskan masalah keperawatan Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Letak Sungsang pada Ny. E dan Post Sectio Caesarea dengan Indikasi IUFD pada Ny. R di Ruang Melati RSUD Dr. Chasbullah Abdul Madjid Kota Bekasi.
3. Mampu menentukan diagnose keperawatan Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Letak Sungsang pada Ny. E dan Post Sectio Caesarea dengan Indikasi IUFD pada Ny. R di Ruang Melati RSUD Dr. Chasbullah Abdul Madjid Kota Bekasi.
4. Mampu merencanakan intervensi keperawatan Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Letak Sungsang pada Ny. E dan Post Sectio Caesarea dengan Indikasi IUFD pada Ny. R di Ruang Melati RSUD Dr. Chasbullah Abdul Madjid Kota Bekasi.
5. Mampu melaksanakan intervensi keperawatan Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Letak Sungsang pada Ny. E dan Post Sectio Caesarea dengan Indikasi IUFD pada Ny. R di Ruang Melati RSUD Dr. Chasbullah Abdul Madjid Kota Bekasi.
6. Mampu melakukan evaluasi keperawatan Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Letak Sungsang pada Ny. E dan Post Sectio Caesarea dengan Indikasi IUFD pada Ny. R di Ruang Melati RSUD Dr. Chasbullah Abdul Madjid Kota Bekasi.
7. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan kasus Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Letak Sungsang pada Ny. E dan Post Sectio Caesarea dengan Indikasi IUFD pada Ny. R di Ruang Melati RSUD Dr. Chasbullah Abdul Madjid Kota Bekasi.

E. Manfaat

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

1. Akademis

hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien dengan Post Sc dengan indikasi letak sungsang

2. Secara praktis

Tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di Rs agar dapat melakukan Asuhan Keperawatan klien dengan Post Sc dengan indikasi Letak Sungsang dengan baik.

b. Bagi Penulis

Hasil penulisan ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada klien dengan Post Sc dengan indikasi Letak Sungsang.

c. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Post Sc dengan indikasi Letak Sungsang.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Sectio Caesarea (SC)

1. Definisi Sectio Caesarea (SC)

Sectio Caesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan rahim dengan saraf rahim dalam keadaan utuh serta berat diatas 5000 gram. (Mitayani, 2018) Sectio Caesaria adalah suatu pembedahan guna melahirkan bayi lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus.

2. Etiologi

Indikasi ibu dilakukan Sectio Caesarea adalah ruptur uteri iminen, pendarahan antepartum, ketuban pecah dini. Sedangkan indikasi dari janin adalah fetal distress dan janin besar melebihi 4000 gram. Dari beberapa faktor Sectio Caesaria diatas dapat diuraikan beberapa penyebab Sectio Caesaria sebagai berikut :

a. CPD (Cepalo Pelvik Disproportion)

Cepalo Pelvik Dispropotion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Tulang-tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara alami. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami 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)

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

merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting dalam ilmu kebidanan, Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

c. KPD (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu, sedangkan di bawah 36 minggu.

d. 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.

3. Manifestasi Klinik

Persalinan dengan Sectio Caesaria, memerlukan perawatan yang lebih komprehensif yaitu: Perawatan post operatif dan perawatan post partum. Manifestasi klinis Sectio Caesaria (Luckyva et al., 2022), antara lain:

- a. Nyeri akibat luka pembedahan
- b. Adanya luka insisi pada bagian abdomen
- c. Fundus uterus kontraksi kuat dan terletak di umbilicus
- d. Aliran lochea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (Lokhea tidak banyak)
- e. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan kira-kira 600-800 ml
- f. Emosi labil/perubahan emosional dengan mengekspresikan ketidakmampuan menghadapi situasi baru
- g. Biasanya terpasang kateter urinarius
- h. Auskultasi bising usus tidak terdengar atau samar
- i. Pengaruh anastesi dapat menimbulkan mual dan muntah
- j. Status pulmonary bunyi paru jelas dan vesikuler
- k. Pada kelahiran secara SC (Sectio Caesaria) tidak direncanakan
- l. Bonding dan Attachment pada anak yang dilahirkan.

4. Jenis- Jenis Sectio Caesaria

Secara umum tindakan Sectio Caesaria dapat dibagi menjadi 3 (tiga) jenis yaitu:

a. Sectio Transperitonealis Profunda

Merupakan pembedahan yang paling banyak dilakukan dengan insisi di segmen bawah uterus.

- 1) Keunggulan / kelebihan cara ini antara lain sebagai berikut :
 - a) Perdarahan luka insisi tidak banyak
 - b) Penjahitam luka lebih mudah
 - c) Penutupan luka dengan reperitonial yang baik
 - d) Tumpang tindih dari peritonial flap baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritonium.
 - e) Perut pada uterus umumnya kuat, sehingga bahaya ruptur uteri tidak besar di kemudian hari.
- 2) Kelemahan / kerugian adalah sebagai berikut :
 - a) Luka dapat menyebar ke kiri, kanan dan bawah, yang dapat menyebabkan putusnya arteri uterina.
 - b) Keluhan pada kandung kemih post operasi tinggi.

b. Sectio Korporal atau klasik

Insisi di buat pada korpus uteri, pembedahan ini yang lebih mudah dilakukan, hanya diselengga apabila ada halangan untuk melakukan Sectio Caesaria Transperitonealis Profunda misalnya, melekat erat uterus pada dinding perut karena sectio yang sudah atau insisi segmen bawah uterus mengandung bahaya perdarahan yang banyak.

- 1) Kelebihan :
 - a) Mengeluarkan janin lebih cepat
 - b) Tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik.
 - c) Sayatan bisa diperpanjang paroksimal atau distal.
- 2) Kekurangan :

- a) Infeksi mudah menyebar secara intra abdominal karena tidak ada reperitonealisasi yang baik.
- b) Untuk persalinan berikutnya sering terjadi ruptur uteri spontan.
- c. Sectio Caesareal Peritoneal

Dilakukan tanpa membuka peritonium parietalis, dengan demikian tidak membuka kavum abdominal. Dulu dilakukan untuk mengurangi bahaya infeksi, akan tetapi dengan kemajuan pengobatan terhadap infeksi, pembedahan ini jarang dilakukan. Menurut arah sayatan pada rahim sectio dapat dilakukan sebagai berikut :

- 1) Sayatan memanjang (Longitudinal)
- 2) Sayatan melintang (Transversal)

Berdasarkan saat dilakukan Sectio Caesaria dapat dibagi atas :

- a) Sectio Primer : Direncanakan pada waktu antenatal care.
- b) Sectio Sekunder : Tidak direncanakan terlebih dahulu sewaktu sulit.

5. Patofisiologi

Sc merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat diatas 5000 gr dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini yaitu distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsia jaringan lunak, placenta previa dll, untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin. Janin besar dan letak sungsang setelah dilakukan SC ibu akan mengalami adaptasi post partum baik dari aspek kongitif berupa kurang pengetahuan. Akibat kurang informasi dan dari aspek fisiologis yaitu produk oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit, luka dari insisi akan menjadi post de entris bagi kuman. Oleh karena itu perlu diberikan antibiotik dan perawatan luka dengan prinsip steril. Nyeri adalah salah utama karena insisi yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman (Ramandanty, 2019).

Sebelum dilakukan operasi pasien perlu dilakuakn anestesi bisa bersifat regional dan umum. Namun anestesi umum lebih banyak

pengaruhnya terhadap janin maupun ibu anastesi janin sehingga kadang-kadang bayi lahir dalam keadaan Upnoe yang tidak dapat diatasi dengan mudah. Akibatnya janin bisa mati, sedangkan pengaruhnya anastesi bagi ibu sendiri yaitu terhadap tonus uteri berupa atonia uteri sehingga darah banyak yang keluar. Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas yang tidak efektif akibat sekret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup. Anastesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus.

Seperti yang telah diketahui setelah makanan masuk lambung akan terjadi proses penghancuran dengan bantuan peristaltik usus. Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Akibat dari mobilitas yang menurun maka peristaltik juga menurun. Makanan yang ada di lambung akan menumpuk dan karena reflek untuk batuk juga menurun. Maka pasien sangat beresiko terhadap aspirasi sehingga perlu dipasang pipa endotracheal. Selain itu motilitas yang menurun juga berakibat pada perubahan pola eliminasi yaitu konstipasi.

6. Indikasi SC (Sectio Caesaria)

Indikasi Sectio Caesaria menurut (Marrier Tryssiatamy, 2020):

a. Riwayat Sectio Caesaria

Uterus yang memiliki jaringan perut dianggap sebagai kontraindikasi untuk melahirkan karena dikhawatirkan akan terjadi ruptur uteri. Risiko ruptur uteri meningkat seiring dengan jumlah insisi sebelumnya, klien dengan jaringan perut mnelintang yang terbatas disegmen uterus bawah, kemungkinan mengalami robekan jaringan perut simptomatik pada kehamilan berikutnya. Wanita yang mengalami ruptur uteri beresiko mengalami kekambuhan, sehingga tidak menutup kemungkinan untuk dilakukan persalinan pervaginam tetapi dengan beresiko ruptur uteri dengan akibat buruk bagi ibu dan janin.

b. Distosia Persalinan

Distosia berarti persalinan yang sulit dan ditandai oleh terlalu lambatnya kemajuan persalinan, persalinan abnormal sering terjadi

terdapat diproporsi antara bagian presentasi janin dan jalan lahir, kelainan persalinan terdiri dari:

1) Ekspulsi (Kelainan Gaya Dorong)

Oleh karena gaya uterus yang kurang kuat, dilatasi servik (disfungsi uterus) dan kurangnya upaya otot volunter selama persalinan kala dua.

2) Panggul sempit

Kelainan presentasi, posisi janin.

3) Kelainan jaringan lemak saluran reproduksi yang menghalangi turunnya janin,

4) Gawat janin

5) Keadaan gawat janin

Bisa mempengaruhi keadaan janin, jika penentuan waktu sectio caesaria terlambat, kelainan neurologis seperti cerebral palsy dapat dihindari dengan waktu yang tepat untuk Sectio Caesarea.

6) Letak Sungsang

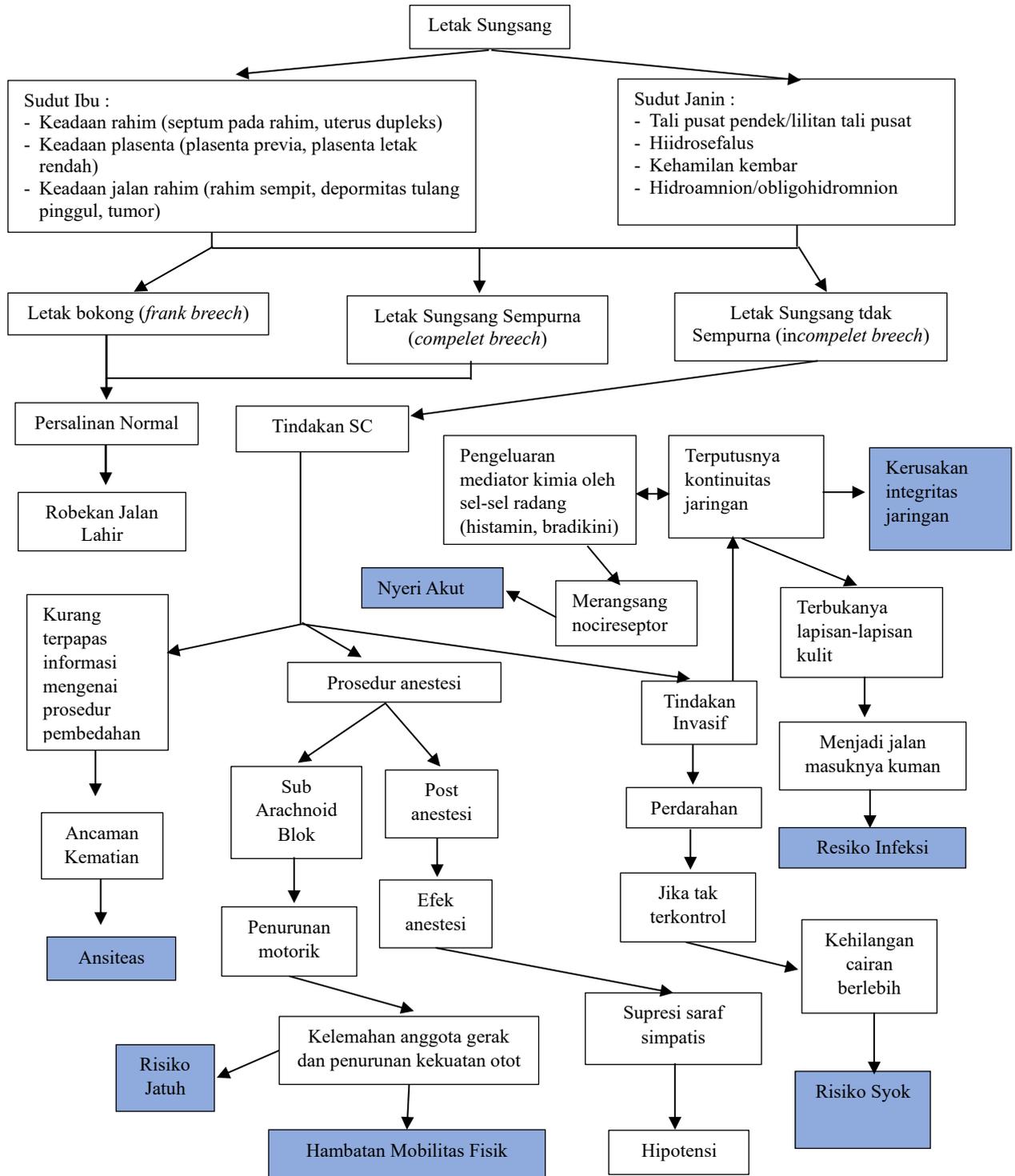
Janin dengan presentase bokong mengalami peningkatan resiko prolaps tali pusat dan terperangkapnya kepala apabila dilahirkan pervaginam dibandingkan dengan janin presentase kepala.

7. Kontra Indikasi SC (Sectio Caesarea)

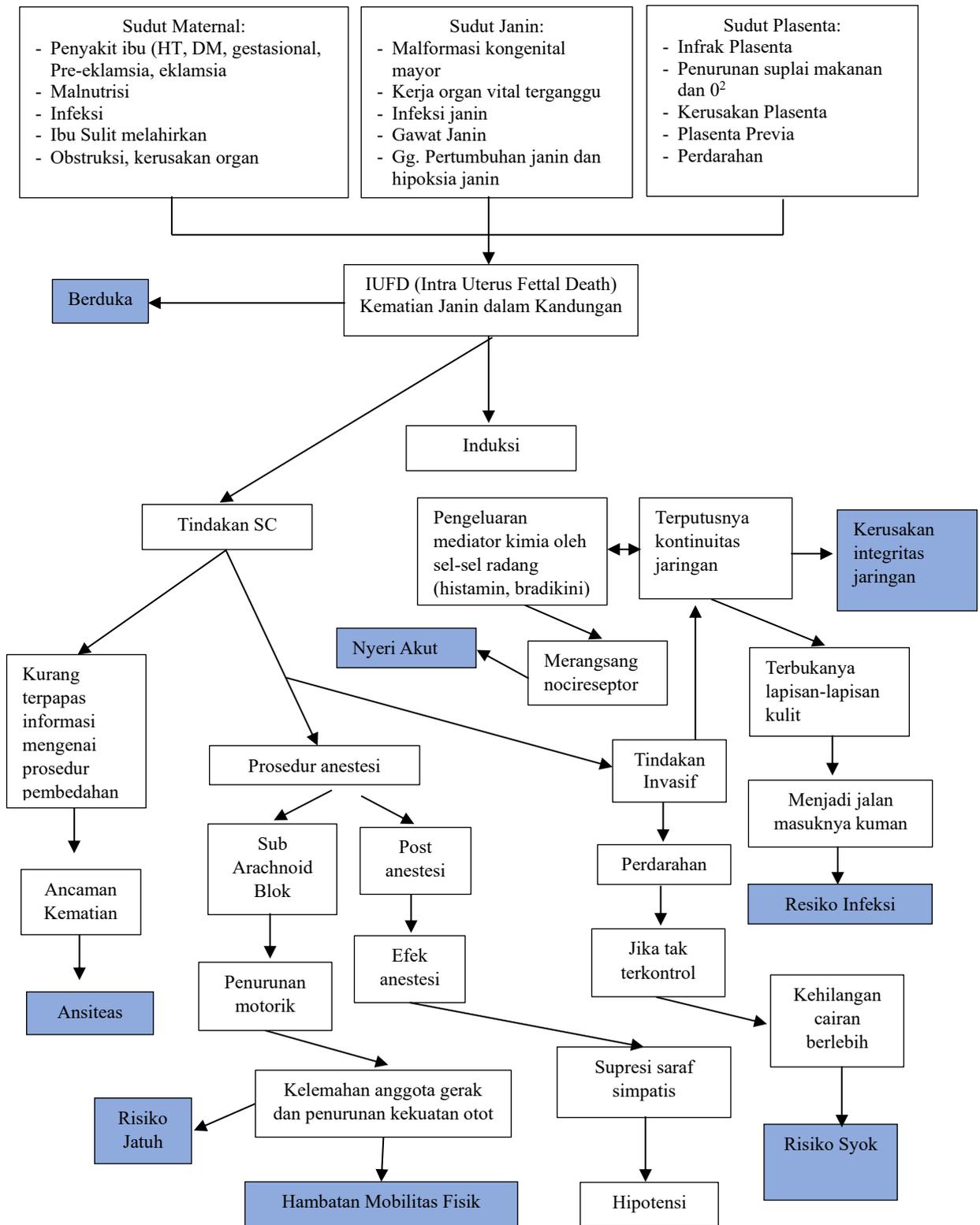
Dalam praktik obstetri modern pada hakekatnya tidak terdapat kontra indikasi, meskipun demikian perlu diingat bahwa sectio caesaria dilakukan untuk menyelamatkan ibu maupun janin, oleh sebab itu sectio caesarea dilakukan hanya dalam keadaan bila ada indikasi (Marrier Tryssiatamy, 2020).

8. Pathway Sectio Caesarea

Skema 2. 1 Pathway Sectio Caesarea dengan Letak Sungsang (1)



Skema 2. 2 Pathway Sectio Caesarea dengan IUFD (2)



9. Pemeriksaan Penunjang

- a. Hemoglobin atau hematokrit, untuk mengkaji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan.
- b. Leukosit (White Blood Cell) mengidentifikasi adanya infeksi
- c. Tes golongan darah, lama pendarahan, waktu pembekuan darah
- d. Urinalisis/kultur urine
- e. Pemeriksaan elektrolit (Manuaba,2010)

10. Penatalaksanaan

- a. Pemberian Cairan

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

- b. Diet

Pemberian cairan perinfus biasanya dihentikan setelah penderita flaktus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan proral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6-10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

- c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap sebagai berikut :

- 1) Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6-10 jam setelah operasi.
- 2) Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah sadar.
- 3) Hari ke dua post operasi, penderita dapat di dudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya.
- 4) Kemudian posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler).

- 5) Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke 3 sampai hari ke 5 pasca operasi.

11. Kateterisasi

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

a. Pemberian obat-obatan

- 1) Antibiotik dan pemberian antibiotik sangat berbeda-beda setiap rumah sakit.
- 2) Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan.
- 3) Obat-obatan lain Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum penderita dapat diberikan carbonasia seperti neurobian vit.C

a) Perawatan luka

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

b) Perawatan rutin

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

B. Konsep Letak Sungsang

1. Pengertian

Persalinan pada bayi dengan presentase bokong (sungsang) dimana bayi letaknya sesuai dengan badan ibu, kepala berada pada fundus uteri sedangkan bokong merupakan bagian terbawah (di daerah pintu atau panggul/simfisis). (Sarwono, 2017).

Letak sungsang adalah letak memanjang dengan bokong sebagai bagian yang terendah (presentase bokong).

2. Etiologi

- a. Dari sudut ibu
 - 1) Multiparitas
 - 2) Plasenta Previa
 - 3) Panggul sempit
 - b. Dari sudut janin
 - 1) Tali pusat pendek atau lilitan tali pusat
 - 2) Hidrosefalus atau anensefalus
 - 3) Kehamilan kembar
 - 4) Hidramnion atau oligo hidramnion Prematuritas
- (Wiknjosastro,2011)

3. Tanda dan Gejala

- a. Keluhan umum yang sering dikatakan ibu dengan kehamilan letak sungsang adalah terasa penuh dibagian atas dan gerakan janin terasa lebih banyak dibagian bawah.
- b. Pada pemeriksaan abdomen, tidak dapat diraba bagian yang keras dan bulat, yakni kepala, dan kepala teraba teraba di fundus uteri. Kadang-kadang bokong janin teraba bulat dan memberi kesan seolah-olah kepala, tetapi bokong tidak dapat digerakkan semudah kepala. Auskultasi menunjukkan DJJ lokasinya setinggi atau sedikit lebih tinggi dari umbilikus.
- c. Pada pemeriksaan dalam, dapat diraba adanya bokong yang ditandai dengan adanya sakrum, kedua tuber ossis iskii, dan anus. Bila dapat diraba kaki, maka harus dibedakan dengan tangan. Pada kaki terdapat tumit, sedangkan pada tangan ditemukan ibu jari yang letaknya tidak sejajar dengan jari jari lain dan panjang jari kurang lebih sama dengan panjang telapak tangan. (Sarwono, 2017)

4. Kriteria Letak Sungsang



Gambar 2 1 Kriteria Letak Sungsang (Sumber : Jurnal Keperawatan Maternitas)

- a. Letak bokong murni (frank breech): bokong yang menjadi bagian depan kedua tungkai lurus ke atas.
- b. Letak bokong kaki (Complete breech) : di samping bokong teraba kaki, biasa disebut letak bokong kaki sempurna, jika di samping bokong teraba kedua kaki atau tidak sempurna, jika di samping bokong teraba satu kaki.
- c. Letak kaki (incomplete presentation) : presentasi kaki

5. Patofisiologi

Letak janin dalam uterus bergantung pada proses adaptasi janin terhadap ruangan dalam uterus. Pada kehamilan sampai kurang lebih 32 minggu, jumlah air ketuban relatif lebih banyak, sehingga memungkinkan janin bergerak dengan leluasa. Dengan demikian janin dapat menempatkan diri dalam presentasi kepala. Letak sungsang atau letak lintang.

Pada kehamilan triwulan terakhir janin tumbuh dengan cepat dan jumlah air ketuban relatif berkurang. Karena bokong dengan kedua tungkai terlipat lebih besar daripada kepala, maka bokong dipaksa untuk menempati ruang yang lebih luas di fundus uteri, sedangkan kepala berada di ruangan yang lebih kecil di segmen bawah uterus. Dengan demikian dapat dimengerti mengapa pada kehamilan belum cukup bulan, frekuensi letak

sungsang lebih tinggi, sedangkan pada kehamilan cukup bulan janin sebagian besar ditemukan dalam presentase kepala.

6. Diagnosa Banding

Kehamilan dengan letak sungsang dapat di diagnosa dengan kehamilan dengan letak muka. Pada presentase fisik dengan palpasi leopold masih ditemukan kemiripan. Ini dibedakan dari pemeriksaan dalam yakni pada letak sungsang akan didapatkan jari yang dimasukkan ke dalam anus mengalami rintangan otot dan anus dengan tuberosis iskkii sesuai garis lurus. Pada letak muka, jari masuk mulut akan meraba tulang rahang dan alveola tanpa hambatan serta mulut dan tulang pipi membentuk segitiga. Sedangkan dengan USG atau Rontgen sangatlah dapat dibedakan.

7. Komplikasi

- a. Komplikasi pada ibu
 - 1) Perdarahan
 - 2) Robekan jalan lahir
 - 3) Infeksi
- b. Komplikasi pada bayi Trias Komplikasi asfiksia, trauma persalinan, infeksi :
 - 1) Asifikasi bayi dapat disebabkan oleh
 - a) Kemacetan persalinan kepala, aspirasi air ketuban/lender
 - b) Perdarahan atau edema jaringan otak
 - c) Kerusakan medulla oblongata
 - d) Kerusakan persendian tulang leher
 - e) Kematian bayi karena asfikasi berat
 - 2) Trauma Persalinan
 - a) Dislokasi fraktur persendian, tulang ekstermitas
 - b) Kerusakan alat vital : limpa hati, paru-paru atau jantung
 - c) Dislokasi fraktur perendian tulang leher, fraktur tulang dasar kepala, fraktur tulang kepala, kerusakan pada mata, hidung

atau telinga, kerusakan pada jaringan otak. Infeksi dapat terjadi karena:

- (1) Persalinan berlangsung lama
- (2) Ketuban pecah pada pembukaan kecil
- (3) Manipulasi dengan pemeriksaan dalam

8. Pemeriksaan Penunjang

Dilakukan jika masih ada keragu-raguan dari pemeriksaan luar dan dalam, sehingga harus di pertimbangkan untuk melakukan pemeriksaan ultrasonografik atau MRI (Magnetic Resonance Imaging). Pemeriksaan ultrasonografik diperlukan untuk konfirmasi letak janin, bila pemeriksaan fisik belum jelas, menentukan letak plasenta, menentukan kemungkinan cacat bawaan. Pada foto rontgen (bila perlu) untuk menentukan posisi tungkai bawah, konfirmasi letak janin serta fleksi kepala, menentukan adanya kelainan bawaan anak.

9. Pencegahan

- a. Melakukan senam hamil
- b. Nutrisi selama hamil terpenuhi
- c. Rutin memeriksa kandungannya di bidan atau dokter kandungan
- d. USG rutin

10. Penatalaksanaan

- a. Penanganan

Sewaktu hamil karena kita tahu bahwa prognosa bagi anak tidak begitu baik, maka usahakan merubah letak janin dengan versi luar. Tujuannya adalah untuk merubah letak menjadi letak kepala. Hal ini dilakukan pada primi dengan kehamilan 34 minggu, multi dengan usia kehamilan 36 minggu, dan tidak ada panggul sempit, gemeli, atau plasenta previa syarat :

- 1) Pembukaan kurang dari 5 cm
- 2) Ketuban masih ada
- 3) Bokong belum turun atau masuk P.A.P (pintu atas panggul) teknik:

- a) Lebih dahulu bokong lepaskan dari P.A.P dan ibu berada dalam posisi trendelenburg.
 - b) Tangan kiri letakkan dikepala dan tangan kanan pada bokong
 - c) Putar ke arah muka / peut janin
 - d) Lalu tukar tangan kiri diletakkan dibokong dan tangan kanan di kepala
 - e) Setelah berhasil pasang gurita, dan observasi tensi, DJJ serta ketuban
- b. Penanganan Pada Saat Persalinan

Terdiri dari partus spontan (pada letak sungsang janin dapat lahir secara spontan seluruhnya) dan manual aid (manual hilfe). Waktu memimpin partus dengan letak sungsang harus diingat bahwa ada 2 fase:

1) Fase I : Fase menunggu

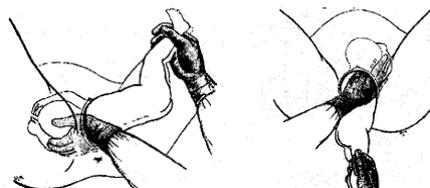
Sebelum bokong lahir seluruhnya, kita hanya melakukan observasi. Bila tangan tidak menjungkit ke atas (nechee arm), persalinan akan mudah. Sebaliknya jangan dilakukan ekspresi kristeller, karena hal ini akan memudahkan terjadinya nechee arm.

2) Fase II : Fase untuk bertindak cepat

Bila badan janin sudah lahir sampai pusat, tali pusat akan tertekan antara kepala dan panggul, maka janin harus lahir dalam waktu dalam 8 menit, untuk mempercepat lahirnya janin dapat dilakukan manual.

c. Cara Melahirkan Bahu dan Lengan

1) Cara Klasik (Deventer)

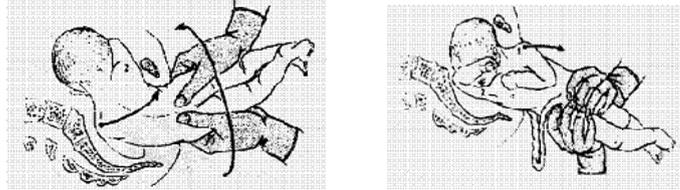


Gambar 2 2 Cara Deventer

Pegang bokong dengan menggunakan ibu jari berdampingan pada os sakrum dan jari lain dilipat paha. Kemudian janin ditarik kearah

bawah, sehingga skapals berada dibawah simphisis, lalu lahirkan bahu dan lengan belakang, kemudian lengan depan.

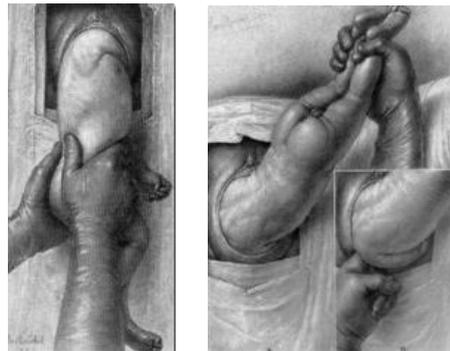
2) Cara Lovset



Gambar 2 3 Cara Lovset

Setelah sumbu bahu janin berada dalam ukuran belakang, tubuhnya ditarik kebawah lalu dilahirkan bahu serta lengan belakang. Setelah itu janin diputar 90° sehingga bahu depan menjadi bahu belakang, lalu dikeluarkan seperti biasa.

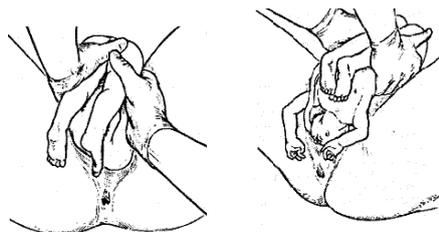
3) Cara Mueller



Gambar 2 4 Cara Mueller

Tarik janin vertikal kebawah lalu dilahirkan bahu dan lengan depan. Cara melahirkan bahu lengan depan bisa seponatan atau dikait dengan satu jari menyapu muka. Lahirkan bahu belakang dengan menarik kaki keatas lalu bahu lengan belakang dikait menyapu kepala.

4) Cara Bracht



Gambar 2 5 Cara Bracht

Bokong ditangkap, tangan diletakkan pada paha dan sakrum, kemudian janin ditarik keatas. Biasanya hal ini dilakukan pada janin kecil dan multipara.

d. Melahirkan Kepala

1) Cara Mauriceau

Masukkan jari-jari dalam mulut (muka mengarah kekiri = jari kiri, mengarah ke kanan = jari kanan). Letak anak menunggang pada lengan sementara tangan lain memegang pada tengkuk, lalu tarik kebawah sampai rambut dan kepala dilahirkan. Kegunaan jari dalam mulut, hanya untuk menambah fleksi kepala.

2) Cara De Snoo

Tangan kiri menandah perut dan dada serta 2 jari diletakkan di leher (menunggang kuda) tangan kanan menolong menekan diatas symphysis. Perbedaannya dengan mauriceau ialah disini tangan tidak masuk dalam vagina.

3) Cara Wigand Martin-Winckel

Satu tangan (Kiri) dalam jalan lahir dengan telunjuk dalam mulut janin sedang jari tengah dan ibu jari pada rahang bawah. Tangan lain menekan diatas simfisis atau fundus.

4) Cara Naujoks

Satu tangan memegang leher janin dari depan, tangan lain memegang leher pada bahu, tarik janin kebawah dengan bantuan dorongan dari atas simfisis.

5) Cara Praque

Terbalik Dilakukan pada ubun-ubun kecil terletak sebelah belakang. Satu tangan memegang bahu janin dari belakang. Tangan lain memegang kaki lalu menarik janin kearah perut ibu dengan kuat.

11. Dampak Masalah

Dampak masalah yang terjadi pada letak sungsang adalah cedera lahir, infeksi akibat tingginya intervensi, hipoksia janin, hal ini dapat terjadi akibat prolaps tali pusat atau kompresi, plasenta lepas sebelum waktunya.

C. Konsep IUFD (Intra Uterine Fetal Death)

1. Pengertian

Intra uterin fetal death atau IUFD adalah kondisi janin yang meninggal di dalam kandungan setelah kehamilan berusia 20 minggu dimana janin sudah mencapai ukuran 500gr Beberapa kasus IUFD tidak bisa dicegah, namun bisa dikurangi risikonya dengan memerhatikan faktor penyebab dan melakukan langkah pencegahan yang tepat (Gerungan et al., 2016)

2. Anatomi Fisiologi IUFD

Anatomi fisiologi sistem reproduksi wanita dibagi menjadi 2 bagian yaitu: alat reproduksi wanita bagian dalam yang terletak di dalam rongga pelvis, dan alat reproduksi wanita bagian luar yang terletak di perineum.

a. Mons veneris / Mons pubis

Disebut juga gunung venus merupakan bagian yang menonjol di bagian depan simfisis terdiri dari jaringan lemak dan sedikit jaringan ikat setelah dewasa tertutup oleh rambut yang bentuknya segitiga. Mons pubis mengandung banyak kelenjar sebacea (minyak) berfungsi sebagai bantal pada waktu melakukan hubungan seks.

b. Labia Mayora

Merupakan kelanjutan dari mons veneris berbentuk lonjong, panjang labia mayora 7-8 cm, lebar 2-3 cm dan agak meruncing pada ujung bawah. Kedua bibir ini dibagian bawah bertemu membentuk perineum, permukaan terdiri dari:

1) Bagian luar

Tertutup oleh rambut yang merupakan kelanjutan dari rambut pada mons veneris.

2) Bagian dalam

Tanpa rambut merupakan selaput yang mengandung kelenjar sebacea (lemak).

c. Labia Minora

Merupakan lipatan kulit yang panjang, sempit, terletak dibagian dalam bibir besar (labia mayora) tanpa rambut yang memanjang ke arah bawah klitoris dan menyatu dengan fourchette, sementara bagian lateral dan anterior labia biasanya mengandung pigmen, permukaan medial labia minora sama dengan mukosa vagina yaitu merah muda dan basah.

d. Klitoris

Merupakan bagian penting alat reproduksi luar yang bersifat erektil, dan letaknya dekat ujung superior vulva. Organ ini mengandung banyak pembuluh darah dan serat saraf sensoris sehingga sangat sensitive analog dengan penis laki-laki. Fungsi utama klitoris adalah menstimulasi dan meningkatkan ketegangan seksual.

e. Vestibulum

Merupakan alat reproduksi bagian luar yang berbentuk seperti perahu atau lonjong, terletak di antara labia minora, klitoris dan fourchette. Vestibulum terdiri dari muara uretra, kelenjar parauretra, vagina dan kelenjar paravagina. Permukaan vestibulum yang tipis dan agak berlendir mudah teriritasi oleh bahan kimia, panas, dan friksi.

f. Perinium

Merupakan daerah muskular yang ditutupi kulit antara introitus vagina dan anus. Perinium membentuk dasar badan perinium.

g. Kelenjar Bartholin

Kelenjar penting di daerah vulva dan vagina yang bersifat rapuh dan mudah robek. Pada saat hubungan seks pengeluaran lendir meningkat.

h. Himen

(Selaput darah) Merupakan jaringan yang menutupi lubang vagina bersifat rapuh dan mudah robek, himen ini berlubang sehingga menjadi saluran dari lendir yang di keluarkan uterus dan darah saat menstruasi.

i. Fourchette

Merupakan lipatan jaringan transversal yang pipih dan tipis, terletak pada pertemuan ujung bawah labia mayoradan labia minora. Di garis tengah berada di bawah orifisium vagina. Suatu cekungan kecil dan fosa navikularis terletak di antara fourchette dan himen.

j. Vagina

Vagina adalah suatu tuba berdinding tipis yang dapat melipat dan mampu meregang secara luas karena tonjolan serviks ke bagian atas vagina. Panjang dinding anterior vagina hanya sekitar 9 cm, sedangkan panjang dinding posterior 11 cm. Vagina terletak di depan rectum dan di belakang kandung kemih. Vagina merupakan saluran muskulo-membraneus yang menghubungkan rahim dengan vulva. Jaringan muskulusnya merupakan kelanjutan dari muskulus sfingter ani dan muskulus levator ani oleh karena itu dapat dikendalikan.

Pada dinding vagina terdapat lipatan-lipatan melintang disebut rugae dan terutama di bagian bawah. Pada puncak (ujung) vagina menonjol serviks pada bagian uterus. Bagian servik yang menonjol ke dalam vagina di sebut portio. Portio uteri membagi puncak vagina menjadi empat yaitu: fornix anterior, fornix posterior, fornix dekstra, fornix sinistra.

Sel dinding vagina mengandung banyak glikogen yang menghasilkan asam susu dengan PH 4,5. Keasaman vagina memberikan proteksi terhadap infeksi. Fungsi utama vagina yaitu sebagai saluran untuk mengeluarkan lendir uterus dan darah menstruasi, alat hubungan seks dan jalan lahir pada waktu persalinan.

k. Uterus

Merupakan jaringan otot yang kuat, berdinding tebal, muskular, pipih, cekung dan tampak seperti bola lampu / buah peer terbalik yang

terletak di pelvis minor di antara kandung kemih dan rectum. Uterus normal memiliki bentuk simetris, nyeri bila ditekan, licin dan teraba padat.

Uterus terdiri dari tiga bagian yaitu: fundus uteri yaitu bagian corpus uteri yang terletak di atas kedua pangkal tuba fallopi, corpus uteri merupakan bagian utama yang mengelilingi kavum uteri dan berbentuk segitiga, dan serviks uteri yang berbentuk silinder. Dinding belakang, dinding depan dan bagian atas tertutup peritoneum sedangkan bagian bawahnya berhubungan dengan kandung kemih.

Untuk mempertahankan posisinya uterus disangga beberapa ligamentum, jaringan ikat dan peritoneum. Ukuran uterus tergantung dari usia wanita, pada anak-anak ukuran uterus sekitar 2-3 cm, nullipara 6-8 cm, dan multipara 8-9 cm. Dinding uterus terdiri dari tiga lapisan yaitu peritoneum, miometrium / lapisan otot, dan endometrium

1) Peritoneum

- a) Meliputi dinding rahim bagian luar
- b) Menutupi bagian luar uterus
- c) Merupakan penebalan yang diisi jaringan ikat dan pembuluh darah limfe dan urat saraf
- d) Meliputi tuba dan mencapai dinding abdomen

2) Lapisan otot

- a) Lapisan luar: seperti “Kap” melengkung dari fundus uteri menuju ligamentum
- b) Lapisan dalam: berasal dari osteum tuba uteri sampai osteum uteri internum
- c) Lapisan tengah: terletak di antara kedua lapisan tersebut membentuk lapisan tebal anyaman serabut otot rahim. Lapisan tengah ditembus oleh pembuluh darah arteri dan vena. Lengkungan serabut otot ini membentuk angka dan sehingga saat terjadi kontraksi pembuluh darah terjepit rapat dengan demikian perdarahan dapat terhenti.

- 3) Semakin ke arah serviks otot rahim makin berkurang dan jaringan ikatnya bertambah. Bagian rahim yang terletak antara osteum uteri internum anatomikum yang merupakan batas dan kavum uteri dan kanalis servikalis dengan osteum uteri histologikum (dimana terjadi perubahan selaput lendir kavum uteri menjadi selaput lendir serviks) disebut istmus. Isthmus uteri ini akan menjadi segmen bawah rahim dan meregang saat persalinan.
- 4) Kedudukan uterus dalam tulang panggul ditentukan oleh tonus otot rahim sendiri, tonus ligamentum yang menyangga, tonus otot-otot dasar panggul, ligamentum yang menyangga uterus adalah ligamentum latum, ligamentum rotundum (teres uteri) ligamentum infundibulo pelvikum (suspensorium ovarii) ligamentum kardinale machenrod, ligamentum sacro uterinum dan ligamentum uterinum.
 - a) Ligamentum latum
 - (1) Merupakan lipatan peritoneum kanan dan kiri uterus meluas sampai ke dinding panggul
 - (2) Ruang antara kedua lipatan berisi jaringan ikat longgar dan mengandung pembuluh darah limfe dan ureter
 - (3) Ligamentum latum seolah-olah tergantung pada tuba fallopi
 - (4) Ligamentum rotundum (teres uteri)
 - (5) Mulai sedikit kaudal dari insersi tuba menuju kanalis inguinalis dan mencapai labia mayus
 - (6) Terdiri dari otot polos dan jaringan ikat
 - (7) Fungsinya menahan uterus dalam posisi antefleksi
 - b) Ligamentum infundibulo pelvikum
 - (1) Terbantang dari infundibulum dan ovarium menuju dinding panggul
 - (2) Menggantung uterus ke dinding panggul
 - (3) Antara tuba fallopi dan ovarium terdapat ligamentum ovarii proprium

- c) Ligamentum kardinale machenrod
 - (1) Dari serviks setinggi osteum uteri internum menuju panggul
 - (2) Menghalangi pergerakan uterus ke kanan dan ke kiri
 - (3) Tempat masuknya pembuluh darah menuju uterus
 - d) Ligamentum sacro uterinum

Merupakan penebalan dari ligamentum kardinale machenrod menuju os sacrum
 - e) Ligamentum vesika uterinum
 - (1) Dari uterus menuju ke kandung kemih
 - (2) Merupakan jaringan ikat yang agak longgar sehingga dapat mengikuti perkembangan uterus saat hamil dan persalinan
- 5) Pembuluh darah uterus
- a) Arteri uterina ascendens yang menuju corpus uteri sepanjang dinding lateral dan memberikan cabangnya menuju uterus dan di dasar endometrium membentuk arteri spinalis uteri
 - b) Di bagian atas ada arteri ovarika untuk memberikan darah pada tuba fallopi dan ovarium melalui ramus tubarius dan ramus ovarika.
- 6) Susunan saraf uterus
- Kontraksi otot rahim bersifat otonom dan dikendalikan oleh saraf simpatis dan parasimpatis melalui ganglion servikalis fronkenhouser yang terletak pada pertemuan ligamentum sakro uterinum.
1. Tuba Fallopi
- Tuba fallopi merupakan saluran ovum yang terentang antara kornu uterine hingga suatu tempat dekat ovarium dan merupakan jalan ovum mencapai rongga uterus. terletak di tepi atas ligamentum latum berjalan ke arah lateral mulai dari osteum tubae internum pada dinding rahim. Panjang tuba fallopi 12cm diameter 3-8cm. Dinding tuba terdiri dari

tiga lapisan yaitu serosa, muskular, serta mukosa dengan epitel bersilia.

Tuba fallopi terdiri atas :

- 1) Pars interstitialis (intramularis) terletak di antara otot rahim mulai dari osteum internum tuba.
- 2) Pars isthmica tubae, bagian tuba yang berada di luar uterus dan merupakan bagian yang paling sempit.
- 3) Pars ampuralis tubae, bagian tuba yang paling luas dan berbentuk "s".
- 4) Pars infundibulo tubae, bagian akhir tubae yang memilikiumbai yang disebut fimbriae tubae.

Fungsi tuba fallopi :

- 1) Sebagai jalan transportasi ovum dari ovarium sampai kavum uteri.
- 2) Untuk menangkap ovum yang dilepaskan saat ovulasi.
- 3) Sebagai saluran dari spermatozoa ovum dan hasil konsepsi.
- 4) Tempat terjadinya konsepsi.
- 5) Tempat pertumbuhan dan perkembangan hasil konsepsi sampai mencapai bentuk blastula yang siap mengadakan implantasi.

m. Ovarium

Ovarium berfungsi dalam pembentukan dan pematangan folikel menjadi ovum, ovulasi, sintesis, dan sekresi hormon – hormon steroid. Letak: Ovarium ke arah uterus bergantung pada ligamentum infundibulo pelvikum dan melekat pada ligamentum latum melalui mesovarium. Jenis: Ada 2 bagian dari ovarium yaitu:

- 1) Korteks ovarii
 - a) Mengandung folikel primordial
 - b) Berbagai fase pertumbuhan folikel menuju folikel de graff
 - c) Terdapat corpus luteum dan albikantes
- 2) Medula ovarii
 - a) Terdapat pembuluh darah dan limfe
 - b) erdapat serat saraf

n. Parametrium

Parametrium adalah jaringan ikat yang terdapat di antara ke dua lembar ligamentum latum.

Batasan parametrium.

- 1) Bagian atas terdapat tuba fallopi dengan mesosalping
- 2) Bagian depan mengandung ligamentum teres uteri
- 3) Bagian kaudal berhubungan dengan mesometrium.
- 4) Bagian belakang terdapat ligamentum ovarii

3. Etiologi IUFD

Penyebab kematian janin dalam rahim menurut (Luqyana et al., 2017) yaitu:

- a. 50% kematian janin bersifat idiopatik (tidak diketahui penyebabnya).
- b. Kondisi medis ibu (hipertensi, pre-eklamsi, diabetes mellitus) berhubungan dengan peningkatan insidensi kematian janin. Deteksi dini dan tata laksana yang sesuai akan mengurangi risiko IUFD.
- c. Komplikasi plasenta (plasenta previa, abruption plasenta) dapat menyebabkan kematian janin. Peristiwa yang tidak diinginkan akibat tali pusat sulit diramalkan, tetapi sebagian besar sering ditemukan pada kehamilan kembar monokorionik/monoamniotik sebelum usia gestasi 32 minggu.
- d. Penentuan kariotipe janin harus dipertimbangkan dalam semua kasus kematian janin untuk mengidentifikasi abnormalitas kromosom, khususnya dalam kasus ditemukannya abnormalitas struktural janin. Keberhasilan analisis sitogenetik menurun pada saat periode laten meningkat. Kadang-kadang, amniosentesis dilakukan untuk mengambil amniosit hidup untuk keperluan analisis sitogenetik.
- e. Perdarahan janin-ibu (aliran sel darah merah transplasental dari janin) Kondisi ini terjadi pada semua kehamilan, tetapi biasanya dengan jumlah minimal (<0,1 ml) pada kondisi yang jarang, perdarahan janin-ibu mungkin bersifat masif.
- f. Infeksi intra-amnion yang mengakibatkan kematian janin biasanya jelas terlihat pada pemeriksaan klinis. Kultur pemeriksaan histologi terhadap janin, plasenta/selaput janin, dan tali pusat akan membantu.

4. Patofisiologi IUFD

Menurut (Sinaga, 2020) Kematian janin dalam rahim pada kehamilan yang telah lanjut, maka akan mengalami perubahan-perubahan sebagai berikut:

- a. Rigor mortis (tegang mati) berlangsung 2,5 jam setelah mati kemudian lemas kembali.
- b. Stadium maserasi I : timbulnya lepuh-lepuh pada kulit. Lepuh ini mula-mula berisi cairan jernih, tetapi kemudian menjadi merah coklat. 23
- c. Stadium maserasi II : timbul lepuh-lepuh pecah dan mewarnai air ketuban menjadi merah coklat. Terjadi 48 jam setelah anak mati.
- d. Stadium maserasi III : terjadi kira-kira 3 minggu setelah anak mati. Badan janin sangat lemas dan hubungan antara tulang-tulang sangat longgar edema di bawah kulit.

5. Berduka akibat kematian janin

- a. Proses Kehilangan dan berduka

Kehilangan adalah pengalaman perpisahan atau pengakhiran yang berhubungan dengan suatu obyek, orang, kepercayaan/keyakinan atau hubungan antara manusia yang bernilai. Kozier, et al 2004 (dalam Esti 2008) membagi respon kehilangan menjadi 5 tahapan dalam proses berduka:

- 1) Denial/menolak. Ditunjukkan dengan perilaku menolak untuk percaya bahwa sedang mengalami kehilangan, tidak siap menghadapi masalah – masalah yang akan terjadi, reaksi denial berlangsung segera 24 jam setelah terjadinya kehilangan.
- 2) Anger/marah. Individu atau keluarga secara langsung menunjukkan reaksi marah kepada orang-orang di sekitarnya. Kemarahan tersebut sehubungan dengan masalah yang dalam keadaan normal tidak mengganggu mereka. Respon anger biasanya dimulai sejak 2 hari setelah kejadian hingga minggu-minggu pertama.

- 3) Bargaining/tawar-menawar. Ditunjukkan dengan perilaku mulai menawarkan diri untuk menghindari kesulitan, belajar menerima kepedihan dan menerima hubungan ketergantungan dengan orang yang sangat mendukung terkadang disertai keraguan akan kemampuan untuk melaluinya, berpikir dan berbicara tentang kenangan dari orang yang telah meninggal serta mengungkapkan perasaan bersalah, terkadang merasa cemas, mengingat hukuman dan dosa masa lalu yang dilakukan secara nyata ataupun tidak. Respon tawar-menawar biasanya lebih melalui aspek verbalisasi. Respon bargaining berlangsung mulai dari minggu pertama hingga minggu ketiga.
- 4) Depression/depresi, ditunjukkan dengan respon perilaku sedih yang mendalam terhadap apa yang telah berlalu dan apa yang tidak dapat terjadi lagi, mengingat atau berfikir masa lalu berkaitan dengan almarhum, masih belum mampu menerima orang baru untuk dicintai sebagai ganti orang yang meninggal, biasanya tidak akan banyak berbicara ataupun menyendiri/menarik diri. Respon depresi ini lebih dominan tercermin dari aspek perilaku. Respon depression berlangsung mulai dari minggu ketiga dan lamanya tergantung kemampuan individu dalam menggunakan strategi koping dan beradaptasi jika berhasil maka respon tersebut biasanya hanya berlangsung selama 1-2 minggu kemudian berlanjut ke tahapan acceptance/menerima, namun jika tidak berhasil respon tersebut dapat menimbulkan stres yang berkepanjangan dan berlangsung lebih dari satu tahun.
- 5) Acceptance/menerima merupakan tahap akhir dari kehilangan, respon yang ditampilkan berupa pengontrolan atau pengendalian diri, menyadari realitas, mempunyai harapan tentang masa depan, merasakan kondisi diri sendiri sudah lebih baik dan dapat melanjutkan fungsi dan peran, menerima tanggung jawab atas

dirinya sendiri termasuk dalam hal perawatan diri dan belajar hidup tanpa keberadaan orang yang telah tiada.

b. Gambaran umum respon ibu dengan kematian janin

Perasaan berduka dialami ibu dengan IUFD sebagai respon terhadap kehilangan. Ibu berduka karena calon bayinya tidak bisa dipertahankan, hilangnya harapan terhadap kehamilan yang telah dinantikan, dan rasa bersalah kepada anggota keluarga lainnya terutama pasangan karena tidak sesuai dengan harapan mereka (Patterson, 2000). Brier (2004) menambahkan bahwa pregnancy loss termasuk didalamnya peristiwa IUFD, selain menimbulkan respon berduka juga merupakan sebuah stressor psikososial bagi ibu yang dapat mengakibatkan ketidaknyamanan dan perasaan sedih yang mendalam hingga mengganggu pandangan ibu terhadap kehamilan selanjutnya. Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa kesedihan yang dialami ibu dengan IUFD bersifat unik, ibu berduka terhadap kehilangan sebagai bagian dari dirinya sendiri. Janin adalah bagian dari tubuh ibu selama proses kehamilan, ibu juga merasakan perubahan fisik dan psikologis, sehingga kelangsungan hidup janin merupakan hal yang sangat berkaitan erat dengan mental ibu. Ketika bayi yang diharapkan tersebut telah tiada sebelum sempat dilahirkan, maka ibu merasa seperti kehilangan dirinya sendiri (Jacob, Knick, & Sally, 2003). Penelitian kualitatif yang dilakukan Thomson (2001) mengenai makna berduka bagi orang tua yang mengalami bayi lahir mati mendapatkan tema Hurting dan Loss. Hurting, merupakan sebuah tema yang dikarakteristikkan dengan perasaan emosional yang menyakitkan, perasaan sedih yang mendalam diungkapkan dengan tangisan dan air mata. Loss, merupakan kesadaran akan kematian, mencakup keinginan, pengharapan atas bayi yang sudah tiada dan diekspresikan dalam bentuk ketidakmampuan menjalankan peran baru sebagai orang tua.

c. Gambaran umum mekanisme koping ibu dalam proses berduka

Koping adalah setiap upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan stress termasuk upaya dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri dari masalah (Stuart & Sundeen, 2000). Johnson (2001) mendefinisikan koping sebagai suatu cara yang digunakan seseorang agar dapat beradaptasi terhadap stress dalam kehidupan sehari-hari, termasuk di dalamnya kemampuan individu dalam perubahan, pertukaran sikap, pikiran, perasaan, proses memperoleh informasi, pengetahuan, memori dan sebagainya. Menurut Brooten, Gennaro dan Kumar (2000) koping merupakan suatu proses yang berperan dalam membuat keadaan lebih baik yang berasal dari berbagai tekanan. Koping tidak selalu berarti reaksi dalam menyelesaikan masalah namun juga meliputi usaha menghindari, mentoleransi, meminimalkan atau menerima kondisi yang penuh dengan tekanan tersebut. Berdasarkan ketiga definisi ini, maka peneliti menyimpulkan bahwa yang dimaksud mekanisme koping adalah cara yang digunakan individu dalam menyelesaikan masalah yang dihadapinya, mengatasi berbagai perubahan yang terjadi dan situasi yang mengancam diri baik secara kognitif maupun ditunjukkan melalui perilaku. Menurut Lazarus (2000) koping dapat berfokus pada emosi atau berfokus pada masalah. Koping yang berfokus pada masalah bertujuan untuk membuat perubahan langsung dalam lingkungan sehingga situasi dapat diterima dengan lebih efektif, strategi koping ini bersifat aktif. Perilaku yang terlihat berupa upaya untuk mengontrol situasi yang tidak menyenangkan dan memecahkan permasalahan seperti berorientasi positif dan mencari bantuan. Koping yang berfokus pada emosi dilakukan untuk membuat nyaman dengan memperkecil gangguan emosi yang dirasakan. Jenis koping ini bertujuan untuk meredakan atau mengatur tekanan emosional atau mengurangi emosi negatif dan memahami kejadian yang penuh dengan stressor. Koping ini lebih bersifat pasif. Perilaku yang terlihat berupa upaya mengatasi emosi yang timbul pada tingkat kognitif seperti menghindari, menyalahkan

diri sendiri, mengatur atau mengusir emosi yang disebabkan oleh stresor (Scott, 2000).

d. Peran perawat maternitas dalam memfasilitasi koping ibu dengan kematian janin

Perawat maternitas adalah tenaga profesional di bidang keperawatan maternitas sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kepada individu pada masa kehamilan, persalinan dan masa nifas sesuai dengan kebutuhannya (May & Mahlmeister, 2000). Perawat maternitas juga bertanggung jawab dalam meningkatkan kesehatan, keselamatan dan kesejahteraan ibu dan keluarga berupa kesejahteraan fisik dan psikososial (Gorrie, Mc Kinney, & Murray, 2003). Berkaitan dengan tanggung jawab perawat maternitas tersebut, Swanson (2000) mengidentifikasi lima komponen keperawatan maternitas dalam memberikan perawatan pada ibu dan keluarga yang mengalami kehilangan selama periode perinatal, terdiri dari:

- 1) Knowing, perawat melakukan pengkajian untuk memahami apa yang dimaksud dengan kehilangan dan bagaimana arti kehilangan tersebut bagi ibu dan keluarganya.
- 2) Empathy, perawat menerima kondisi ibu dan keluarga yang sedang berduka, memahami berbagai perasaan dan persepsi yang dialami oleh setiap anggota keluarga.
- 3) Doing for, mengacu pada kegiatan atau intervensi yang dilakukan perawat meliputi perawatan fisik, kenyamanan dan keamanan ibu beserta keluarganya, seperti melakukan perawatan postpartum, mendampingi dan memberikan dukungan pada ibu dan keluarga dalam menjalani proses berduka.
- 4) Enabling merupakan upaya perawat dalam menawarkan berbagai alternatif dalam mengatasi masalah yang sedang dihadapi. Perawat memberikan informasi, bimbingan antisipasi, pilihan dalam mengambil keputusan dan dukungan selama perawatan selama di

rumah sakit dan setelah pulang ke rumah sehingga ibu dan keluarga tidak merasa sendirian dan lebih mampu dalam mengendalikan situasi yang dapat menyebabkan stres, dengan menerapkan konsep ini diharapkan harga diri ibu dan keluarga meningkat, lebih merasa nyaman untuk bertanya tentang pilihan yang didasarkan pada kebutuhan untuk membentuk strategi koping.

- 5) Maintaining belief, perawat memberikan dorongan pada ibu dan keluarga agar mempercayai kemampuan mereka sendiri dalam mengumpulkan kekuatan dan berusaha untuk pulih. Perawat juga terus meluangkan waktu untuk menemani ibu dan keluarga, menggali kekuatan dan kemampuan koping serta penerapannya dalam menghadapi peristiwa kehilangan.

6. Penatalaksanaan medis

IUFD Kematian janin dapat terjadi akibat gangguan pertumbuhan janin, gawat janin atau kelainan bawaan atau akibat infeksi yang tidak terdiagnosis sebelumnya sehingga tidak terobati. Berikut penanganan secara medis

- a. Jika pemeriksaan Radiologik tersedia, konfirmasi kematian janin setelah 5 hari. Tanda-tandanya berupa overlapping tulang tengkorak, hiperfleksi columna vertebralis, gelembung udara didalam jantung dan edema scalp.
- b. USG merupakan sarana penunjang diagnostik yang baik untuk memastikan kematian janin dimana gambarannya menunjukkan janin tanpa tanda kehidupan, tidak ada denyut jantung janin, ukuran kepala janin dan cairan ketuban berkurang.
- c. Dukungan mental emosional perlu diberikan kepada pasien. Sebaiknya pasien selalu didampingi oleh orang terdekatnya, yakinkan bahwa kemungkinan besar.

- d. Pilihan cara persalihan dapat secara aktif dengan induksi maupun ekspektatif, perlu dibicarakan dengan pasien dan keluarganya sebelum mengambil keputusan.
- e. Bila pilihan penanganan adalah ekspektatif maka tunggu persalinan spontan hingga 2 minggu dan yakinkan bahwa 90% persalinan spontan akan terjadi tanpa komplikasi.
- f. Jika trombosit dalam 2 minggu menurun tanpa persalinan spontan, lakukan penanganan aktif.
- g. Jika penanganan aktif akan dilakukan, nilai servik yaitu :
 - 1) Jika servik matang, lakukan induksi persalinan dengan oksitosin atau prostaglandin
 - 2) Jika servik belum matang, lakukan pematangan servik dengan prostaglandin atau kateter foley, dengan catatan jangan lakukan amniotomi karena beresiko infeksi.
 - 3) Persalinan dengan seksio sesaria merupakan alternatif terakhir.
- h. Jika persalinan spontan tidak terjadi dalam 2 minggu, trombosit menurun dan serviks belum matang matangkan serviks dengan misoprostol :
 - 1) Tempatkan misoprostol 25 mg dipuncak vagina, dapat diulang sesudah 6 jam
 - 2) Jika tidak ada respon sesudah 2x25 mg misoprostol, naikan dosis menjadi 50 mg setiap 6 jam. Jangan berikan lebih dari 50 mg setiap kali dan jangan melebihi dosis.
- i. Jika ada tanda infeksi, berikan antibiotic untuk metritis
Jika tes pembekuan darah sederhana lebih dari 7 menit atau bekuan mudah pecah, waspada koagulopati.
- j. Berikan kesempatan kepada Ibu dan keluarganya untuk melihat dan melakukan kegiatan ritual bagi janin yang meninggal tersebut.
- k. Pemeriksaan patologi plasenta adalah untuk mengungkapkan adanya patologi plasenta dan infeksi.

D. Konsep Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea

Asuhan keperawatan merupakan cara sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama pasien dalam menentukan kebutuhan pasien dengan melakukan pengkajian, penentuan diagnosa, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan, serta pengevaluasian hasil asuhan yang telah diberikan dengan berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan (Ainuhikma, 2018).

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien baik secara bio,psiko, sosial dan spiritual (Dermawan, 2020)

a. Identitas atau biodata klien

Meliputi nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, tanggal masuk rumah sakit, nomor dan nomor registrasi.

b. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat kesehatan dahulu

Penyakit kronis atau menular dan menurun seperti jantung, hipertensi, DM, TBC, hepatitis, penyakit kelamin atau abortus.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat pada saat sebelum inpartu didapatkan cairan ketuban yang keluar pervaginam secara spontan kemudian tidak diikuti tanda-tanda persalinan.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Adakah penyakit keturunan dalam keluarga seperti jantung, DM, Hipertensi, TBC, penyakit kelamin, abortus, yang mungkin dapat diturunkan kepada pasien.

c. Pola-pola fungsi kesehatan

1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pengetahuan tentang perawatan kehamilan sekarang

2) Pola nutrisi dan metabolisme

Pada pasien nifas biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena dari keinginan untuk menyusui bayinya

3) Pola aktivitas

Pada pasien nifas pasien dapat melakukan aktivitas seperti biasanya, terbatas pada aktifitas ringan, tidak membutuhkan tenaga banyak, cepat lelah, dan didapatkan keterbatasan aktivitas karena mengalami kelemahan dan nyeri.

4) Pola eliminasi

Meliputi berapa kali BAB, konsistensi, warna, bau, dan pasien dengan Post Op Sectio Caesarea untuk BAK melalui dawer kateter yang sebelumnya terpasang.

5) Pola Istirahat dan tidur

Pada pasien nifas terjadi perubahan pola istirahat dan tidur karena adanya kehadiran sang bayi dan nyeri setelah persalinan.

6) Pola hubungan dan peran

Peran pasien dalam keluarga meliputi hubungan pasien dengan keluarga dan orang lain.

7) Pola penanggulangan stres

Biasanya pasien sering melamun dan cemas

8) Pola sensori dan kognitif

Pola sensori pasien merasakan nyeri pada perineum akibat luka jahitan dan nyeri perut akibat involusi uteri, pada pola kognitif pasien nifas primipara kurangnya pengetahuan merawat bayinya.

9) Pola persepsi dan konsep diri

Biasanya terjadi kecemasan terhadap keadaan kehamilannya, lebih-lebih menjelang persalinan dampak psikologis pasien terjadi perubahan konsep diri antara lain body image dan ideal diri.

10) Pola produksi dan social

Terjadi disfungsi seksual yaitu perubahan dalam hubungan seksual

atau fungsi dari seksual yang tidak adekuat karena adanya proses persalinan dan nifas.

11) Pola keyakinan dan spiritual

Pasien yang menganut agama islam selama keluar darah nifas atau masa nifas tidak diperbolehkan melaksanakan ibadah.

d. Pemeriksaan Umum

Pemeriksaan umum menurut (Anggraini, 2019) meliputi:

- 1) Keadaan umum, keadaan umum pasien biasanya lemah
- 2) Tanda-tanda vital, Tekanan darah normal atau menurun <120/90mmHg, Nadi meningkat >80 kali permenit, suhu meningkat > 37,5 C dan respirasi meningkat.

e. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik menurut (Anggraini, 2019) adalah:

- 1) Kepala, Meliputi bentuk wajah apakah simetris atau tidak, keadaan rambut dan keadaan kulit kepala.
- 2) Muka, Terlihat pucat dan tampak menahan sakit
- 3) Mata, Anemis atau tidak, dengan melihat konjungtiva merah segar atau merah pucat, sclera putih atau kuning.
- 4) Hidung, Ada terdapat polip atau tidak, bersih atau kotor
- 5) Gigi, Bersih atau kotor, ada karies atau tidak
- 6) Lidah, Bersih atau kotor
- 7) Bibir, Lembab atau kering
- 8) Telinga, Bersih atau kotor, ada benjolan kelenjar tiroid atau tidak.
- 9) Abdomen, ada tidaknya distensi abdomen, bagaimana dengan luka operasi adakah perdarahan, berapa tinggi fundus uterinya, bagaimana dengan bising usus dan adakah nyeri tekan atau tidak.
- 10) Thoraks, Perlu dikaji kesimetrisan dada, ada tidaknya retraksi intercostal, pernapasan tertinggal, suara wheezing, ronchi, bagaimana irama dan frekuensi pernapasan.
- 11) Payudara, Perlu dikaji bentuk payudara, puting susu menonjol atau tidak dan pengeluaran ASI

12) Genetalia, Ada oedema atau tidak, adakah pengeluaran lochea dan bagaimana warnanya

13) Ektermittas, Simetris atau tidak, ada terdapat oedema atau tidak

2. Diagnosa Keperawatan

Merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat, sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial (PPNI, 2017).

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera luka Sectio Caesarea (D.0077)
Kategori : Psikologis
Subkategori : Nyeri dan kenyamanan
- b. Konstipasi b.d penurunan tonus otot (D.0049)
Kategori : fisiologis
Subkategori : Eliminasi
- c. Inkontinensia Urin Stres b.d efek hormonal (D.0046)
Kategori : Fisiologis
Subkategori : Eliminasi
- d. Menyusui Tidak Efektif (D.0029)
Kategori : Fisiologis
Subkategori : Nutrisi dan Cairan
- f. Defisit perawatan diri b.d kelemahan (D.0109)
Kategori : Perilaku
Subkategori : Kebersihan diri
- g. Defisit pengetahuan tentang perawatan melahirkan caesarea (D.0111)
Kategori : Perilaku
Subkategori : Penyuluhan dan Pembelajaran
- h. Kesiapan peningkatan menjadi orang tua (D.0112)
Kategori : Relasional
Subkategori : interaksi social
- i. Risiko Infeksi b.d tindakan invasive adanya luka Sectio Caesare (D.0142)
Kategori : Lingkungan

Subkategori : Keamanan dan proteksi
 (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Edisi 1 cetakan III (Revisi))

3. Perencanaan Keperawatan

Merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah menurunkan atau mengurangi masalah-masalah pasien. Perencanaan merupakan langkah ketiga dalam membuat suatu proses keperawatan (Hidayat,2004).

Tabel 2. 1 Perencanaan Keperawatan Menurut Secara Teori

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut b.d agen pencedera luka <i>Sectio Caesarea</i>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan... diharapkan nyeri berkurang bahkan hilang dengan Kriteria Hasil : - Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari	1. Tentukan karakteristik dan lokasi ketidaknyamanan. Perhatikan isyarat verbal seperti meringis, kaku dan gerakan 2. melindungi atau terbatas 3. Berikan informasi dan petunjuk antisipasi mengenai penyebab ketidaknyamanan 4. Evaluasi tekanan darah dan nadi 5. Perhatikan nyeri tekanan uterus dan adanya/ karakteristik

		<p>bantuan)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melaporkan bahwa nyeri berkurang - Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) - Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<p>nyeri penyerta</p> <p>6. Lakukan latihan nafas dalam, spirometri intensif dan batuk dengan menggunakan prosedur yang tepat</p> <p>7. Anjurkan ambulasi dini. Anjurkan menghindari makanan cair pembentuk gas, kacang-kacangan, kol, minuman karbonat, susu murni atau penggunaan sedotan untuk minuman.</p> <p>8. Berikan analgesic sesuai indikasi</p>
2	Konstipasi b.d penurunan tonus otot (D.0049)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan... diharapkan konstipasi dapat diatasi dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bebas dari ketidaknyamanan konstipasi - Mengidentifikasi 	<p>1. Auskultasi terhadap adanya bising usus pada keempat kuadran setiap 4 jam setelah kelahiran</p> <p>2. Palpasi abdomen, perhatikan distensi atau ketidaknyamanan</p> <p>3. Anjurkan cairan oral yang adekuat, bila masukan oral sudah</p>

		<p>indikator untuk mencegah konstipasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fases lunak dan berbentuk 	<p>mulai kembali</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan latihan kaki dan pengencangan abdominal, tingkatkan ambulasi dini. 5. Identifikasi aktivitas-aktivitas dimana klien dapat menggunakannya dirumah untuk merangsang kerja usus
3	Inkontinensia Urin Stress b.d efek hormonal	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan... diharapkan inkontinensia urin dapat diatasi dengan Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi keinginan berkemih - Melakukan eliminasi secara mandiri - Mengonsumsi cairan dalam jumlah adekuat - Tidak ada rasa 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perhatikan dan catat jumlah, warna, dan konsentrasi drainase urin. 2. Berikan cairan per oral. 3. Palpasi kandung kemih. Pantau tinggi fundus dan lokasi dan jumlah aliran lochia. 4. Perhatikan tanda dan gejala infeksi saluran kemih (ISK) setelah pengangkatan kateter. 5. Pertahankan infuse intravena selama 24jam setelah pembedahan, sesuai indikasi.

		sakit pada saat berkemih	
4	Menyusui tidak efektif (D.0029)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan... diharapkan menyusui dapat efektif dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemantapan pemberian ASI - : bayi: perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI - Kemantapan pemberian ASI: ibu: kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui - Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi pola menghisap/ menelan bayi 2. Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting 3. Pantau integritas puting ibu 4. Demonstrasikan latihan menghisap, bila perlu 5. Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI 6. Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI 7. Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI

		<p>pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengetahuan pemberian ASI - : tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenal laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI ibu mengenali isyarat lapar dari bayi, mengidentifikasi kepuasan terhadap pemberian ASI, mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI 	
5	<p>Defisit perawatan diri b.dkelemahan (D.0109)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan...diharapkan defisit perawatan diri dapat teratasi dengan</p> <p>Kriteria Hasil:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan berat/durasi ketidak nyamanan. Perhatikan adanya sakit kepala pascaspinal. 2. Tentukan tipe-tipe anesthesia, perhatikan adanya pesanan atau

		<ul style="list-style-type: none"> - Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi - Perawatan diri: ADL 	<p>protokl mengenai perubahan posisi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Ubah posisi klien setiap 1-2 jam, bantu dalam latihan paru, ambulasi, dan latihan kaki. 4. Berikan bantuan sesuai kebutuhan dengan higiene. 5. Berikan agens analgesic setiap 3-4 jam, sesuai kebutuhan.
6	<p>Defisit pengetahuan b.d.tentang perawatan melahirkan <i>caesarea</i> (D.0111)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan... diharapkan pasien dapat mengetahui informasi dengan</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang perawatan melahirkan Caesarea - Pasien dan keluarga mampu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien 2. Jelaskan tentang perawatan melahirkan Caesarea 3. Gambarkan tanda bahaya setelah melahirkan 4. Identifikasi kemungkinan penyebab dengan cara yang cepat 5. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat

		<p>melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/ tim kesehatan lainnya 	<p>6. Instruksikan pasien untuk mengenal tanda gejala bahaya</p>
7	<p>Kesiapan meningkatkan menjadi orang tua (D.0112)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan...diharapkan kesiapan pasien menjadi orangtua meningkat dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menunjukkan pelekatan orang tua bayi - Menunjukkan menjadi orang tua - Menunjukkan perilaku pengamanan lingkungan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan klien untuk menggendong, menyentuh dan memeriksa bayi tergantung pada kondisi klien dan bayi baru lahir 2. Berikan kesempatan untuk ayah/pasangan untuk menyentuh dan menggendong bayi dan bantu dalam perawatan bayi sesuai kemungkinan situasi 3. Observasi dan catat interaksi keluarga bayi, perhatikan perilaku yang dianggap menandakan

			<p>ikatan dan kedekatan dalam budaya tertentu</p> <p>4. Perhatikan pengungkapan perilaku yang menunjukkan kekecewaan atau kurang minat/kedekatan</p> <p>5. Anjurkan dan bantu dalam menyusui</p> <p>6. Berikan informasi, sesuai kebutuhan, tentang keamanan dan kondisi bayi.</p>
8	<p>Resiko Infeksi b.d tindakan invasivedan adanya luka</p> <p><i>Sectio Caesare</i></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan... diharapkan tidak terjadi infeksi dengan Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terbebas dari tanda gejala infeksi - Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi - Jumlah leukosit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji suhu, nadi dan jumlah sel darah putih 2. Perhatikan karakter dan jumlah aliran lochia dan konsistensi fundus 3. Perhatikan jumlah dan bau rabas lochia atau perubahan pada kemajuan normal dari rubra menjadi serosa 4. Anjurkan dan gunakan teknik mencuci tangan dengan cermat dan pembuangan pengalasan kotoran dengan,

		<p>dalam batas normal</p> <p>- Menunjukkan perilaku hidup sehat</p>	<p>pembalut dan linen terkontaminasi dengan tepat</p> <p>5. Inspeksi balutan terhadap perdarahan berlebihan. Catat Evaluasi kondisi puting, perhatikan adanya pecah-pecah, kemerahan, atau nyeri tekan. Anjurkan pemeriksaan payudara rutin</p> <p>6. Dorong klien untuk mandi shower dengan air hangat setiap hari</p> <p>7. Berikan antibiotic khusus untuk infeksi yang teridentifikasi</p>
--	--	---	--

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan atau Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan : melaksanakan intervensi/ aktivitas yang telah ditemukan, pada tahap ini perawat siap membantu pasien atau orang terdekat menerima stress situasi atau prognosis, mencegah komplikasi, membantu program rehabilitas individu, memberikan informasi tentang penyakit, prosedur, prognosis dan kebutuhan pengobatan.

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi menentukan kemajuan pasien terhadap pencapaian hasil yang diinginkan dan respon pasien terhadap dan keefektifan intervensi keperawatan. Kemudian mengganti rencana perawatan jika diperlukan. Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan.

Ada 2 komponen untuk mengevaluasi kualitas tindakan keperawatan yaitu Proses Formatif dan hasil sumatif. Proses Formatif berfokus pada aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan tindakan keperawatan, evaluasi proses harus dilaksanakan segera setelah perencanaan dilaksanakan dan terus menerus dilaksanakan sampai tujuan tercapai.

Hasil sumatif berfokus pada perubahan perilaku/status kesehatan pasien pada akhir tindakanperawatan pasien, tipe ini dilaksanakan pada akhir tindakan secara paripurna. Disusun menggunakan SOAP dimana :

S : Ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara objektif oleh pasien setelah diberikan implementasi keperawatan

O : Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif

A : Analisis perawat setelah mengetahui respon subjek dan objektif apakah telah tertasi, teratasi sebagian atau belum teratasi

P : Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis

Ada tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan keberhasilan tujuan tindakan yaitu tujuan tercapai apabila pasien menunjukkan perubahan sesuai kriteria hasil yang telah ditentukan,tujuan tercapai sebagian apabila jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria hasil yang telah ditetapkan, tujuan tidak tercapai jika klien menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali. (Roslianti et al., 2018)

BAB III

LAPORAN KASUS

FORMAT KAJIAN DATA DASAR KEPERAWATAN MATERNITAS

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes Medistra Indonesia)

A. PENGKAJIAN

Hasil pengkajian yang didapatkan merupakan hasil dari pengkajian secara langsung oleh penulis kepada pasien dan keluarga pasien, selain itu hasil pengkajian di dapatkan dari petugas kesehatan yang bertugas atau bertanggung jawab di ruangan melati RSUD CAM juga didapatkan dari lembar status perkembangan pasien yang ada di ruangan. Semua hasil pengkajian penulis distribusikan kedalam sebuah tabel seperti di bawah ini

1. Identitas diri klien

Tabel 3. 1 Identitas Klien

Identitas Klien	Klien 1	Klien 2
Nama	Ny. E	Ny. R
Tempat/Tgl Lahir	Bekasi, 27-02-1987	Bekasi, 14-07-1996
Umur	35 Tahun	26 Tahun
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMA	SMA
Suku Bangsa	Indonesia	Indonesia
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Ibu Rumah Tangga
Alamat	Kalasan Blok F7 No.17	Bekasi Utara
Diagnosa Medis	P3A0 H 32 minggu	P1A0 26 minggu
Penanggung Jawab		
Nama	Tn. R	Tn. A
Usia	40 Tahun	28 Tahun
Pendidikan	SMA	SMA

Pekerjaan	Buruh Pabrik	Karyawan Swasta
Hubungan dengan Klien	Suami	Suami
Sumber Informasi	Pasien, rekamedis dan keluarga pasien.	Pasien, rekamedis dan keluarga pasien.
Tanggal Pengkajian	12 Desember 2022	13 Desember 2022

2. Status Kesehatan Saat ini

Tabel 3. 2 Status Kesehatan Klien Saat Ini

Status Kesehatan	Klien 1	Klien 2
Alasan Kunjungan/ Keluhan Utama	Klien mengatakan nyeri di area perut yang di operasi dengan skala nyeri 6, klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk dengan durasi 1-2 menit	Klien mengatakan nyeri di area post operasi dengan skala nyeri 5, klien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 1 menit
Faktor Pencetus	Post Sectio Caesarea dengan indikasi letak sungsang	Post Sectio Caesarea dengan indikasi IUFD
Lamanya Keluhan	Klien mengatakan nyeri dirasakan saat setelah dioperasi sampai saat sekarang (saat pengkajian) nyeri masih terasa	Klien mengatakan setelah dioperasi nyeri terasa hebat dan sekarang (saat pengkajian) nyeri masih terasa namun hilang timbul
Timbulnya Keluhan	Klien mengatakan nyeri saat menggerakkan tubuhnya	Klien mengatakan nyeri terasa saat melakukan aktivitas fisik

Faktor yang memperberat keluhan	Klien mengatakan nyeri terasa berat saat melakukan aktivitas ringan seperti miring ke kanan atau ke kiri	Klien mengatakan nyeri terasa hebat saat klien batuk
Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya	Klien mengatakan saat nyeri terasa klien meminta suaminya untuk mengelus area perut yang terasa nyeri	Klien mengatakan saat nyeri terasa klien meminta suaminya untuk mengipasi area yang terasa nyeri.

3. Riwayat Kesehatan Lalu

Tabel 3. 3 Riwayat Kesehatan Lalu

Riwayat Kesehatan Lalu	Klien 1	Klien 2
Penyakit yang pernah dialami	Klien mengatakan hanya mengalami batuk flu biasa	Klien mengatakan tidak pernah mengalami sakit serius hanya demam dan batuk biasa
Alergi	Klien mengatakan tidak ada alergi makanan dan obat-obatan	Klien mengatakan tidak ada alergi makanan dan obat-obatan
Imunisasi	Klien mengatakan tidak tahu sudah mendapatkan imunisasi apa saja	Klien mengatakan hanya ingat diimunisasi saat sekolah dasar tapi tidak ingat imunisasi apa
Obat-obatan	Klien mengatakan tidak mengkonsumsi obat-obatan rutin.	Klien mengatakan tidak mengkonsumsi obat-obatan rutin. Saat terasa

		demam dan flu biasa hanya minum obat paracetamol
--	--	--

4. Riwayat Obstetri

Tabel 3. 4 Riwayat Obstetri

Riwayat Obstetri	Klien 1	Klien 2
PA	P3A0	P1A0
Umur Kehamilan	32 minggu 1 hari	26 minggu 5 hari
Taksiran Persalinan	06 Januari 2023	15 Maret 2023
ANC	2x	5x
Masalah Kesehatan	Tidak ada	Tidak ada

5. Riwayat Kehamilan Persalinan

Tabel 3. 5 Riwayat Kehamilan Persalinan

	PA	Umur Kehamilan	Tgl/Th partus	Penolong Persalinan	Jenis Persalinan
Klien 1	P1	Aterm	15-02-2010	Bidan	Spontan
	P2	Aterm	04-06-2014	Bidan	Spontan
	P3	32 minggu 1 h	12-12-2022	Dokter	SC
Klien 2	P1	Aterm	07-04-2019	Bidan	Spontan

6. Riwayat Persalinan Sekarang

Tabel 3. 6 Riwayat Persalinan Sekarang

Riwayat Persalinan	Klien 1	Klien 2
Tanggal/Jam Persalinan	12-12-2022 / jam 01.25 WIB	12-12-2022 / jam 05.15 WIB
Tipe Persalinan	Sectio Caesarea	Sectio Caesarea
Lama Persalinan	Kala I, II, III tidak dilakukan	Kala I, II, III tidak dilakukan

Jumlah Pendarahan	300 cc	400 cc
Penyulit Persalinan	Tidak ada	
Keadaan Bayi	- JK: perempuan - BBL: 2200 gr - PB: 45 cm - APGAR Score: 6/8	Bayi meninggal di dalam rahim karena terlilit tali pusat

7. Riwayat Lingkungan

Tabel 3. 7 Riwayat Lingkungan

	Klien 1	Klien 2
Riwayat Lingkungan	Klien mengatakan lingkungan sekitar bebas dari polusi dan halaman rumah sering klien bersihkan	Klien mengatakan lingkungan sekitar bersih dan jauh dari polusi

8. Aspek Psikososial

Tabel 3. 8 Aspek Psikososial

Aspek Psikososial	Klien 1	Klien 2
Pola Pikir dan Persepsi	Persepsi klien terhadap keadaannya saat ini bersyukur masih bisa selamat walaupun dengan keadaan yang kurang diharapkan karena harus di operasi, diam, interaksi kooperatif	Persepsi klien terhadap keadaannya saat ini merupakan kesalahannya karena tidak bisa menjaga bayi dalam kandungannya.
Persepsi diri	karena persalinan dengan SC pertama kali	Klien tampak sedih dan sering menangis dan

	klien tampak kurang mobilisasi	menyalahkan dirinya dengan apa yang dialami saat ini karena kehilangan bayinya.
Suasana Hati	Klien tampak cemas karena ASI nya keluar sedikit takut tidak bisa memberikan ASI secara maksimal	Klien tampak bersedih dan sering menangis.
Hubungan Komunikasi	Hubungan komunikasi baik dilakukan dengan dua arah	Hubungan komunikasi pasien kurang baik karena kurang dapat berkonsentrasi
Pertahanan Koping	Kekuatan klien adalah suami dan anaknya	Kekuatan klien adalah suami dan orang tuanya
Sistem Nilai Kepercayaan	klien menganut ajaran Islam	klien menganut ajaran Islam

9. Pengkajian Fisik

Tabel 3. 9 Pengkajian Fisik

Pemeriksaan Fisik	Klien 1	Klien 2
Keadaan Umum	Tampak sakit sedang	Tampak sakit sedang
1. Kesadaran	Cospomentis	Cospomentis
2. Tanda-tanda Vital	TD : 110/90 mmHg	TD : 120/70 mmHg
	N : 86 x/menit	N : 82 x/menit
3. Berat Badan	S : 36,8°C	S : 36,5°C
4. Pengkajian Nyeri	RR : 20 x/menit	RR : 19 x/menit
	BB sebelum hamil : 59 Kg	BB sebelum hamil : 62 Kg
5. Status Fungsional	BB sekarang : 68 Kg	BB sekarang : 70 Kg

	<p>TB : 155 cm</p> <p>P : saat bergerak dan melakukan aktivitas ringan</p> <p>Q : seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : abdomen</p> <p>S : 6</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>Aktifitas klien</p> <p>ketergantungan sedang</p>	<p>TB : 160 cm</p> <p>P : saat bergerak dan melakukan aktivitas ringan</p> <p>Q : seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : abdomen</p> <p>S : 65</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>Aktifitas klien</p> <p>ketergantungan sedang</p>
6. Kepala dan Rambut	<p>Tampak kulit kepala klien bersih tidak ada ketombe dan tidak ada benjolan, penyebaran rambut merata berwarna hitam, rambut tidak mudah patah dan tidak ada kelainan</p>	<p>Tampak kulit kepala klien bersih tidak ada ketombe dan tidak ada benjolan, penyebaran rambut merata berwarna hitam, rambut tidak mudah patah dan tidak ada kelainan</p>
7. Mata	<p>Tampak kedua mata simetris kiri dan kanan, sclera putih, konjungtiva anemis, reflek cahaya aktif pada pupil dan isokor kiri kanan, tampak tidak ada kelainan</p>	<p>Tampak kedua mata simetris kiri dan kanan, sclera putih, konjungtiva anemis, reflek cahaya aktif pada pupil dan isokor kiri kanan, tampak tidak ada kelainan</p>
8. Hidung	<p>Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi</p>	<p>Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi</p>

	septum nasal ditengah, lubang hidung bersih, tidak ada secret dan polip, ketajaman penciuman klien dapat membedakan bau	septum nasal ditengah, lubang hidung bersih, tidak ada secret dan polip, ketajaman penciuman klien dapat membedakan bau
9. Rongga mulut dan lidah	Mukosa bibir lembab dan pucat, ukuran tonsil normal, letak uvula simetris ditengah	Mukosa bibir lembab dan pucat, ukuran tonsil normal, letak uvula simetris ditengah
10. Telinga	Bentuk telinga sedang, Simetris kanan dan kiri, kanalis telinga tidak ada perdarahan timpani dan tidak ada serumen, ketajaman pendengaran klien berfungsi dengan baik	Bentuk telinga sedang, Simetris kanan dan kiri, kanalis telinga tidak ada perdarahan timpani dan tidak ada serumen, ketajaman pendengaran klien berfungsi dengan baik
11. Leher	Kelenjar getah bening tidak teraba, kelenjar tiroid tidak teraba, posisi trakea letak ditengah dan tidak ada kelainan	Kelenjar getah bening tidak teraba, kelenjar tiroid tidak teraba, posisi trakea letak ditengah dan tidak ada kelainan
Pemeriksaan torax system pernafasan 1. Inspeksi	Tidak ada keluhan sesak, bentuk dada simetris kanan dan kiri tidak ada benjolan/massa, frekuensi pernafasan	Tidak ada keluhan sesak, bentuk dada simetris kanan dan kiri tidak ada benjolan/massa, frekuensi pernafasan 19x/menit, payudara

	20x/menit, payudara simetris, puting susu menonjol pengeluaran ASI hanya sedikit, konsistensi lunak, ada pengeluaran kolustrum, terdapat hiperpigmentasi pada aerola dan puting susu	simetris, puting susu menonjol, tidak ada pengeuaran ASI, konsistensi lunak, ada pengeluaran kolustrum, terdapat hiperpigmentasi pada aerola dan puting susu
2. Palpasi	Vocal premitus getaran sama kanan dan kiri, ekspansi paru pengembangan dada sama kanan dan kiri, tidak ada kelainan	Vocal premitus getaran sama kanan dan kiri, ekspansi paru pengembangan dada sama kanan dan kiri, tidak ada kelainan
3. Perkusi 4. Auskultasi	Perkusi sonor, auskultasi supaara nafas vestikuler dan tidak menggunakan alat bantu nafas	Perkusi sonor, auskultasi supaara nafas vestikuler dan tidak menggunakan alat bantu nafas
Pemeriksaan jantung System Kardivaskuler 1. Inspeksi dan palpasi 2. Perkusi batas jantung 3. Auskultasi	Klien tidak ada keluhan nyeri dada, pada pemeriksaan inspeksi CRT < 2 detik tidak ada sianosis. Pada pemeriksaan palpasi iktus kordis teraba hangat. Perkusi batas jantung: basic jantung berada di	Klien tidak ada keluhan nyeri dada, pada pemeriksaan inspeksi CRT < 2 detik tidak ada sianosis. Pada pemeriksaan palpasi iktus kordis teraba hangat. Perkusi batas jantung: basic jantung berada di

	<p>ICS II dari lateral ke media linea, pinggang jantung di ICS III dari linea para sinistra kiri, apeks jantung berada di ICS V dari linea midclavicula sinistra.</p> <p>Pemeriksaan auskultasi : bunyi jantung I saat auskultasi terdengar normal dan regular, bunyi jantung II : saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung tambahan : tidak ada bunyi jantung tambahan dan tidak ada kelainan</p>	<p>ICS II dari lateral ke media linea, pinggang jantung di ICS III dari linea para sinistra kiri, apeks jantung berada di ICS V dari linea midclavicula sinistra.</p> <p>Pemeriksaan auskultasi : bunyi jantung I saat auskultasi terdengar normal dan regular, bunyi jantung II : saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung tambahan : tidak ada bunyi jantung tambahan dan tidak ada kelainan</p>
<p>Pemeriksaan system pencernaan dan status nutrisi</p>	<p>Berat badan klien 68kg, tinggi badan 140cm, IMT 29,3 kg m² kategori berat badan berlebih, klien BAB 1x sehari, konsistensi keras, diet lunak, nafsu makan baik, frekuensi 3x/hari, porsi makan habis,</p>	<p>Berat badan klien 70kg, tinggi badan 160cm, IMT 27,3 kg m² kategori berat badan berlebih, klien belum ada BAB, diet lunak, nafsu makan menurun, frekuensi 3x/hari, porsi makan ½ porsi,</p>

<p>Pemeriksaan abdomen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inspeksi 2. Auskultasi 3. Palpasi 4. Perkusi <p>Pemeriksaan Fisik ibu nifas</p>	<p>Inspeksi : Bentuk abdomen bulat tidak ada bayangan vena dan tidak ada benjolan, terdapat luka operasi, jenis operasi sectio caesarea, lokasi di perut, terdapat linea nigra, terdapat striae gravidarum, diastasis rektus abdominalis 18x3, TFU 1 jari dibawah pusat, konsistensi keras, kontraksi uterus baik, tanggal operasi 12-12-2022. Auskultasi : peristaltik usus 5x/menit Palpasi : perut tegang, ada nyeri tekan, tidak ada massa/benjolan, tidak teraba pembesaran hepar, tidak ada pembesaran lien Perkusi : tidak ada nyeri ketuk</p>	<p>Bentuk abdomen bulat tidak ada bayangan vena dan tidak ada benjolan, terdapat luka operasi, jenis operasi sectio caesarea, lokasi di perut, terdapat linea nigra, terdapat striae gravidarum, diastasis rektus abdominalis 20x3, TFU sepusat, konsistensi keras, kontraksi uterus baik, tanggal operasi 12-12-2022 Auskultasi : peristaltik usus 2x/menit Palpasi : perut tegang, ada nyeri tekan, tidak ada massa/benjolan, tidak teraba pembesaran hepar, tidak ada pembesaran lien Perkusi : tidak ada nyeri ketuk</p>
<p>System persyarafan</p>	<p>Di dapatkan hasil pemeriksaan Memori Panjang, Perhatian dapat mengulang.</p>	<p>Di dapatkan hasil pemeriksaan Memori Panjang, Perhatian dapat mengulang. Bahasa baik</p>

	<p>Bahasa baik klien dapat menggunakan bahasa Indonesia. Kognisi baik. Orientasi Orang, tempat, dan waktu. Saraf sensoris nyeri tusuk, suhu, sentuhan. Reflex patologi tidak ada. Tidak ada keluhan pusing, pupil isokor. Reflex fisiologis normal. Konjungtiva anemis. Tidak ada gangguan pandangan, gangguan pendengaran dan penciuman. Istirahat tidur 5-7 jam/hari</p>	<p>klien dapat menggunakan bahasa Indonesia. Kognisi baik. Orientasi Orang, tempat, dan waktu. Saraf sensoris nyeri tusuk, suhu, sentuhan. Reflex patologi tidak ada. Tidak ada keluhan pusing, pupil isokor. Reflex fisiologis normal. Konjungtiva anemis. Tidak ada gangguan pandangan, gangguan pendengaran dan penciuman. Istirahat tidur 4-6 jam/hari</p>
System perkemihan	<p>Tidak ada keluhan kencing. Kemampuan berkemih klien menggunakan alat bantu berkemih jenis foley kateter ukuran 16 hari ke 1. Produksi urine 1000 ml/hari, warna kuning pekat, bau khas urine. Kandung kemih tidak</p>	<p>Tidak ada keluhan kencing. Kemampuan berkemih klien menggunakan alat bantu berkemih jenis foley kateter ukuran 16 hari ke 1. Produksi urine 1000 ml/hari, warna kuning pekat, bau khas urine. Kandung kemih tidak membesar dan tidak ada nyeri tekan</p>

	membesar dan tidak ada nyeri tekan	
System Reproduksi Genetalia 1. Vulva 2. Perineum 3. Lokia 4. Anus	Pemeriksaan vulva : Tidak terjadi oedema dan tidak ada varises. Pemeriksaan perineum : perineum utuh tidak dilakukan episiotomy, tidak ada jahitan dan tidak ada tanda-tanda reeda Pemeriksaan lokia : klien 2x ganti pembalut dalam 1 hari, jenis/warna rubra/merah terang, konsistensi cair, bau khas Pemeriksaan anus : Tidak ada iritasi dan tidak ada haemoroid	Pemeriksaan vulva : Tidak terjadi oedema dan tidak ada varises. Pemeriksaan perineum : perineum utuh tidak dilakukan episiotomy, tidak ada jahitan dan tidak ada tanda-tanda reeda Pemeriksaan lokia : klien 2x ganti pembalut dalam 1 hari, jenis/warna rubra/merah terang, konsistensi cair dan terdapat gumpalan darah, bau khas Pemeriksaan anus : Tidak ada iritasi dan tidak ada haemoroid
System Musculoskeletal 1. Ekstremitas atas 2. Ekstremitas bawah	Pergerakan sendi terbatas, tidak ada kelainan ekstremitas, Pasien tampak mengalami kekakuan pada ekstremitas bawah sebelah kiri, Tidak ada kelainan tulang belakang, tidak ada	Pergerakan sendi terbatas, Tidak ada kelainan ekstremitas, Tidak ada kelainan tulang belakang, tidak ada kelainan pada kulit, tugor kulit baik dan tidak ada luka. Pada pemeriksaan tangan

	kelainan pada kulit, tugor kulit baik dan tidak ada luka. Pada pemeriksaan tangan tidak ada odema dan tidak ada varises Pada pemeriksaan kaki tidak ada odema. Human sign hasil pemeriksaan (-), dan tidak ada masalah khusus	tidak ada odema dan tidak ada varises Pada pemeriksaan kaki tidak ada odema. Human sign hasil pemeriksaan (-), dan tidak ada masalah khusus
System Endokrin	Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada trias DM, tidak ada luka gangrene, tidak ada riwayat luka sebelumnya dan tidak ada riwayat amputasi	Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada trias DM, tidak ada luka gangrene, tidak ada riwayat luka sebelumnya dan tidak ada riwayat amputasi
Pola Aktivitas Sehari-hari		
A. Nutrisi	Nafsu makan baik, pola makan 3x/hari, tidak ada gangguan makan, tidak ada pantangan, dan tidak ada masalah khusus	Nafsu makan baik, pola makan 3x/hari, tidak ada gangguan makan, tidak ada pantangan, dan tidak ada masalah khusus
B. Eliminasi	BAK : Frekuensi klien terpasang	BAK : Frekuensi klien terpasang kateter, warna

	kateter,warna kuning pekat ,bau khas urine dan tidak ada masalah khusus BAB : Frekuensi 1x/hari, Konsistensi keras, warna coklat, bau khas feses, konstipasi, tidak ada masalah khusus	kuning pekat ,bau khas urine dan tidak ada masalah khusus BAB : klien belum ada BAB terkahir BAB tanggal 10.12.2022
C. Istirahat dan Tidur	Jumlah jam tidur 5-7 jam/hari, Gangguan tidur tidak ada, yang mempermudah tidur suasana yang tenang, yang mempermudah bangun nyeri pada luka post operasi dan suasana yang tidak tenang	Jumlah jam tidur 3-5 jam/hari, Gangguan tidur pasien mudah terbangun karena sering teringat kejadian saat ini karena kehilangan bayi nya, yang mempermudah tidur suasana yang tenang, yang mempermudah bangun nyeri pada luka post operasi.
D. Personal Hygine	Mandi 1x/hari, gosok gigi 2x/hari, belum ada cuci rambut selama di RS, klien potong kuku setaip kuku panjang, perawatan payudara	Mandi 1x/hari, gosok gigi 1x/hari, belum ada cuci rambut selama di RS, klien potong kuku setaip kuku panjang, perawatan payudara

	klien dilakukan perawatan setiap hari, perawatan perineum klien dilakukan perawatan setiap hari.	klien dilakukan perawatan setiap hari, perawatan perineum klien dilakukan perawatan setiap hari.
Data Psikologis		
1. Hubungan dengan Keluarga	Hubungan dengan keluarga tidak ada masalah, masalah yang dipikirkan ingin cepat pulang.	Hubungan dengan keluarga tidak ada masalah, masalah yang dipikirkan ingin cepat sembuh.
Spiritual 1. Sebelum sakit 2. Saat sakit	Sebelum masuk RS klien melakukan ibadah setiap hari Selama masuk rumah sakit klien tidak pernah beribadah	Sebelum masuk RS klien melakukan ibadah setiap hari Selama masuk rumah sakit klien tidak pernah beribadah

10. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3. 10 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Laboratorium	Hasil		Hasil Normal
	Klien 1	Klien 2	
Hemoglobin	12.4 g/dl	14.8 g/dl	12-16 g/dl
Hematokrit	37.7%	39.2%	37-54%
Trombosit	284.000/uL	278.000/uL	150.000-450.000
Leukosit	20.57 103 /uL	21.40 103 /uL	4.800-10.800/uL
Ureum	20.0 mg/dL	22 mg/dL	19,3-49,2 mg/dL
Creatinin	0,5 mg/dL	0.5 mg/dL	0,5-1,1 mg/dL

12. Penatalaksanaan/Terapi (Obat yang Diterima)

Tabel 3. 11 Penatalaksanaan/Terapi)

	Obat	Kekuatan	Dosis	Sediaan	Rute pemberian
Klien 1	Tranexsamat		2x1	ampul	IV
	Ranitidine		2x1	ampul	IV
	Hypobac	1gr	2x1	ampul	IV
Klien 2	Tranexsamat		2x1	ampul	IV
	Omeprazole	40mg	2x1	vial	IV
	Hypobac	1gr	2x1	ampul	IV

B. DATA FOKUS (KASUS 1)

Setelah dilakukan pengkajian kepada pasien Ny. E penulis mendapatkan data fokus baik data subjektif dan data objektif dari sebagai penunjang di tegakannya diagnosa keperawatan yang penulis distribusikan kedalam tabel dibawah ini:

Nama Pasien : Ny. E Tanggal masuk : 12-12-2022
 Ruangan : Melati Tanggal pengkajian : 12-12-2022
 Diagnosa : P3A0 H 32 minggu post sc letak sungsang

Tabel 3. 12 Data Fokus (Kasus 1)

Data Subjektif	Data Objektif
1) Pasien mengatakan nyeri di perut bekas operasi sectio caesarea	1) Pasien terlihat meringis menahan nyeri
2) Pasien mengatakan nyeri bertambah saat digerakkan	P: Saat bergerak
3) Pasien mengatakan nyeri saat bergerak	Q: Seperti tertusuk-tusuk
4) Pasien mengatakan aktivitasnya perlu di bantu	R: Abdomen
	S: 6
	T: Hilang timbul
	2) ADL di bantu
	3) Gerakan terbatas

<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri di perut bekas operasi sectio caesarea - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat digerakkan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat meringis menahan nyeri <p>P: Saat bergerak Q: Seperti tertusuk-tusuk R: Abdomen S: 6 T: Hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post operasi caesarea pada bagian abdomen - TTV TD : 110/90 mmHg, N : 86 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36,8°C 		
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri saat bergerak - Pasien mengatakan aktivitasnya perlu di bantu <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ADL di bantu - Gerakan terbatas - Pasien enggan melakukan miring kanan kiri karena nyeri - Pasien tampak mengalami kekakuan pada ekstrimitas bawah sebelah kiri 	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>	<p>Nyeri</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 6 - TTV TD : 110/90 mmHg, N : 86x/menit, RR : 20x/menit, S : 37,7⁰C 		
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ASI nya hanya keluar sedikit - Pasien mengatakan sejak pasca operasi tidak bersama bayinya karena berada di ruangan Perinatologi <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bayi dalam kondisi BBLR dengan berat 220 gr di rawat di ruangan pernatologi - putting susu menonjol - pengeluaran ASI hanya sedikit 	<p>Menyusui tidak efektif</p>	<p>Ketidakadekuatan suplai ASI</p>
<p>DS :</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post operasi 71ection caesarea - Balutan luka masih basah dan tampak belum di bersihkan - Pasien mendapatkan obat Hypobac - Leokosit : 26,57 	<p>Resiko Infeksi</p>	<p>Efek prosedur invasif</p>

D. DIAGNOSA KEPERAWATAN (KASUS 1)

Nama Pasien : Ny. E Tanggal masuk : 12-12-2022
Ruangan : Melati Tanggal pengkajian : 12-12-2022
Diagnosa : P3A0 H 32 minggu post sc letak sungsang

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1	Nyeri Akut b/d Agen Pencidera Fisik (D0077)
2	Gangguan Mobilitas Fisik b/d Nyeri (D.0054)
3	Menyusui Tidak Efektif b/d Ketidakefektifan Suplai ASI (D.0029)
4	Resiko Infeksi b/d Efek Prosedur Invasif (D.0142)

E. INTERVENSI KEPERAWATAN (KASUS 1)

Berdasarkan diagnosa yang timbul pada pasien Ny. E penulis merumuskan rencana keperawatan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) seperti dibawah ini:

Nama Pasien : Ny. E Tanggal masuk : 12-12-2022
Ruangan : Melati Tanggal pengkajian : 12-12-2022
Diagnosa : P3A0 H 32 minggu post sc letak sungsang

Tabel 3. 14 Intervensi Keperawatan (Kasus 1)

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Nyeri Akut b/d Agen Pencidera Fisik (D0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan pasien dapat mengontrol	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi skla nyeri 2. Identifikasi faktor yang	

	<p>nyeri dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat mengetahui penyebab nyeri, onset nyeri. 2. Klien mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, dan tindakan pencegah nyeri. 3. Klien melaporkan nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri. 4. Menunjukkan tingkat nyeri 	<p>memperberat dan meringankan nyeri</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi Benson (Benson, 2021)) 4. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 5. Fasilitasi Istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ajarkan teknik nonfarmakologis <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu 	
--	---	--	--

2	<p>Gangguan Mobilitas Fisik b/d Nyeri (D.0054)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan pasien dapat melakukan mobilitas dengan baik dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu melakukan aktifitas fisik secara mandiri 2. Pasien dapat melakukan miring kanan miring kiri dengan tanpa keluhan 	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 4) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) Anjurkan melakukan mobilisasi dini (Nurmala 	
---	--	--	--	--

			<p>Santiasari et al., 2021)</p> <p>6) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>	
3	<p>Menyusui Tidak Efektif b/d Ketidakefektifan Suplai ASI (D.0029)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan menyusui dapat dilakukan secara efektif dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Pengeluaran ASI cukup</p>	<p>Terapeutik</p> <p>1) Ajarkan 4 posisi menyusui</p> <p>2) Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas</p> <p>3) Ajarkan perawatan payudara post partum (pijat payudara, pijat laktasi (Muawanah et al., 2021))</p>	

4	<p>Resiko Infeksi b/d Efek Prosedur Invasif (D.0142)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan resiko infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi. 2. Suhu tubuh normal (36,5-37 C). 3. Nadi normal (70-80x/menit). 4. Tekanan darah normal (120/70 mmHg) 	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan menurunkan risiko terserang organisasi patogenik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Batasi jumlah pengunjung 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Ajarkan cara mencuci tangan yang benar 5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 	
---	---	---	--	--

Resiko Infeksi b/d Efek Prosedur Invasif	08.40	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1) Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan menurunkan risiko terserang organisasi patogenik	
	08.45	Terapeutik 2) Membatasi jumlah pengunjung 3) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	
	08.50	Edukasi 4) Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar 5) Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi	

G. CATATAN PERKEMBANGAN HARI Ke- 1 (KASUS 1)

Nama Pasien : Ny. E Tanggal masuk : 12-12-2022
 Ruangan : Melati Tanggal Tindakan : 13-12-2022
 Diagnosa : P3A0 H 32 minggu post sc letak sungsang

Tabel 3. 16 Catatan Perkembangan Hari Ke-1 (Kasus 1)

Waktu	Dx. Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
10.00	Nyeri Akut b/d Agen Pencedera Fisik (D0077)	S : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih merasakan nyeri di bagian perut • Pasien mengatakan nyeri saat banyak bergerak • Pasien mengatakan skala nyeri 5 O :	

		<ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak meringis ketika bergerak • P: Saat bergerak Q: Seperti tertusuk-tusuk R: Abdomen S: 5 T: Hilang timbul A : Nyeri akut P : • Observasi teknik nonfarmakologis (teknik nafas dalam) saat pasien mengeluh nyeri • Monitor skala nyeri • Monitor faktor yang memperberat nyeri 	
11.15	Gangguan Mobilitas Fisik b/d Nyeri (D.0054)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih enggan bergerak karena nyeri • Pasien mengatakan masih di bantu suami saat ingin bangun dari tempat tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak dibantu suami untuk beraktivitas di tempat tidur • Pasien hanya berbaring di tempat tidur • TTV : TD : 124/78 mmHg, N : 89 x/menit, RR : 18 x/menit <p>A : Ganggauan Mobilitas Fisik</p> <p>P :</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan untuk melakukan aktivitas fisik seperti mobilisasi sederhana mis. Duduk di atas tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi 	
	Menyusui Tidak Efektif b/d Ketidakefektifan Suplai ASI	S : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan ASI sudah mulai banyak O : <ul style="list-style-type: none"> • Pengeluaran ASI tampak banyak dan cukup A : Menyusui Tidak Efektif Teratasi P : <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan pasien untuk menyusui dengan posisi yang benar agar menyusui secara maksimal 	
	Resiko Infeksi b/d Efek Prosedur Invasif	S : T.A.K O : <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat luka post operasi sectio caesarea • Balutan luka masih basah dan tampak belum di bersihkan • Pasien mendapatkan obat Hypobac • Leokosit : 26,57 A : Resiko Infeksi P : <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda gejala infeksi • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Mengajarkan cara cuci tangan yang benar • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi agar proses penyembuhan cepat 	
--	--	---	--

H. CATATAN KEPERAWATAN HARI Ke- 2 (KASUS 1)

Nama Pasien : Ny. E Tanggal masuk : 12-12-2022
 Ruangan : Melati Tanggal Tindakan : 14-12-2022
 Diagnosa : P3A0 H 32 minggu post sc letak sungsang

Tabel 3. 17 Catatan Keperawatan Hari Ke-2 (Kasus 2)

Dx. Keperawatan	Waktu	Tindakan	Paraf
Nyeri Akut b/d Agen Pencidera Fisik (D0077		<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi Benson (Benson, 2021)) 4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 5. Memfasilitasi Istirahat dan tidur <p>Edukasi</p>	

		<p>6. Mengajarkan teknik nonfarmakologis</p> <p>Kolaborasi</p> <p>7. Berkolaborasi pemberian analgesik, jika perlu</p>	
<p>Gangguan Mobilitas Fisik b/d Nyeri (D.0054)</p>		<p>Dukungan Mobilisasi (L.05173)</p> <p>Observasi</p> <p>1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>Terapeutik</p> <p>3) Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)</p> <p>4) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>5) Menganjurkan melakukan mobilisasi dini (Nurmala Santiasari et al., 2021)</p> <p>6) Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>	
<p>Menyusui Tidak Efektif b/d</p>		<p>Terapeutik</p> <p>1) Mengajarkan 4 posisi menyusui</p>	

Ketidakefektifan Suplai ASI		<p>2) Mengajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas</p> <p>3) Mengajarkan perawatan payudara post partum (pijat payudara, pijat laktasi (Muawanah et al., 2021))</p>	
Resiko Infeksi b/d Efek Prosedur Invasif		<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <p>1) Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan menurunkan risiko terserang organisasi patogenik</p> <p>Terapeutik</p> <p>2) Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>3) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>4) Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar</p> <p>5) Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>	

I. CATATAN PERKEMBANGAN HARI Ke- 2 (KASUS 1)

Nama Pasien : Ny. E Tanggal masuk : 12-12-2022
 Ruangan : Melati Tanggal Tindakan : 14-12-2022
 Diagnosa : P3A0 H 32 minggu post sc letak sungsang

Tabel 3. 18 Catatan Perkembangan Hari Ke-2 (Kasus 1)

Waktu	Dx. Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	Nyeri Akut b/d Agen Pencidera Fisik (D0077)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih merasakan nyeri di bagian perut • Pasien mengatakan nyeri berkurang • Pasien mengatakan skala nyeri 4 <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak sedikit lebih nyaman ketika bergerak <p>P: Saat bergerak</p> <p>Q: Seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: Abdomen</p> <p>S: 4</p> <p>T: Hilang timbul</p> <p>A : Nyeri akut</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observasi teknik nonfarmakologis (teknik nafas dalam) saat pasien mengeluh nyeri • Monitor skala nyeri • Monitor faktor yang memperberat nyeri 	
	Gangguan Mobilitas Fisik	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sudah mau melakukan miring kanan kiri 	

	<p>b/d Nyeri (D.0054)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sudah mampu melakukan bangun dari tempat tidur tanpa di bantu suami <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak melakukan miring kanan miring kiri • Pasien tampak lebih nyaman melakukan aktivitas • TTV : TD : 121/75 mmHg, N : 75 x/menit, RR : 20 x/menit <p>A : Gangguaun Mobilitas Fisik</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan untuk melakukan miring kanan miring kiri 	
	<p>Menyusui Tidak Efektif b/d Ketidakefektifan Suplai ASI</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan ASI masih keluar sedikit <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengeluaran ASI tampak sedikit <p>A : Menyusui Tidak Efektif</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan brestcare agar produksi ASI maksimal • Ajarkan perawatan payudara 	
	<p>Resiko Infeksi b/d Efek Prosedur Invasif</p>	<p>S : T.A.K</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat luka post operasi sectio caesarea • Balutan luka kering dan tampak belum di bersihkan 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Pasien mendapatkan obat Hypobac • Leukosit : 26,57 <p>A : Resiko Infeksi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda gejala infeksi • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien • Mengajarkan cara cuci tangan yang benar • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi agar proses penyembuhan cepat 	
--	--	--	--

J. CATATAN KEPERAWATAN HARI Ke- 3 (KASUS 1)

Nama Pasien : Ny. E Tanggal masuk : 12-12-2022
 Ruangan : Melati Tanggal Tindakan : 15-12-2022
 Diagnosa : P3A0 H 32 minggu post sc letak sungsang

Tabel 3. 19 Catatan Keperawatan Hari Ke-3 (Kasus 1)

Dx. Keperawatan	Waktu	Tindakan	Paraf
Nyeri Akut b/d Agen Pencidera Fisik (D0077		<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi Benson (Benson, 2021)) 	

		<p>4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>5. Memfasilitasi Istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>6. Mengajarkan teknik nonfarmakologis</p> <p>Kolaborasi</p> <p>7. Berkolaborasi pemberian analgesik, jika perlu</p>	
<p>Gangguan Mobilitas Fisik b/d Nyeri (D.0054)</p>		<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <p>1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>Terapeutik</p> <p>3) Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)</p> <p>4) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>5) Menganjurkan melakukan mobilisasi dini (Nurmala Santiasari et al., 2021)</p> <p>6) Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi</p>	

		tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	
Menyusui Tidak Efektif b/d Ketidakefektifan Suplai ASI		<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengajarkan 4 posisi menyusui 2) Mengajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas 3) Mengajarkan perawatan payudara post partum (pijat payudara, pijat laktasi (Muawanah et al., 2021)) 	
Resiko Infeksi b/d Efek Prosedur Invasif		<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan menurunkan risiko terserang organisasi patogenik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Membatasi jumlah pengunjung 3) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar 5) Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi 	

K. CATATAN PERKEMBANGAN HARI Ke- 3 (KASUS 1)

Nama Pasien : Ny. E Tanggal masuk : 12-12-2022
 Ruangan : Melati Tanggal Tindakan : 15-12-2022
 Diagnosa : P3A0 H 32 minggu post sc letak sungsang

Tabel 3. 20 Catatan Perkembangan Hari Ke-3 (Kasus 1)

Waktu	Dx. Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	Nyeri Akut b/d Agen Pencedera Fisik (D0077)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sudah tidak ada keluhan nyeri hanya kadang-kadang • Pasien mengatakan lebih nyaman untuk bergerak • Pasien mengatakan skala nyeri 0-1 <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • P: T.A.K Q: T.A.K R: Abdomen S: 0-1 T: Hilang timbul <p>A : Nyeri akut teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervensi dihentikan 	
	Gangguan Mobilitas Fisik b/d Nyeri (D.0054)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sudah mampu melakukan aktivitas fisik tanpa keluhan nyeri • Pasien mengatakan lebih nyaman melakukan pergerakan fisik tanpa di bantu suami <p>O :</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak mandiri melakukan aktifitas • Pasien tampak lebih nyaman beraktivitas tidak hanya di tempat tidur • Pasien tampak mampu berjalan dari tempat tidur ke kursi roda tanpa bantuan • TTV : TD : 120/80 mmHg, N : 85 x/menit, RR : 20 x/menit <p>A : Ganggauan Mobilitas Fisik Teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervensi dihentikan 	
	Resiko Infeksi b/d Efek Prosedur Invasif	<p>S : T.A.K</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat luka post operasi sectio caesarea • Balutan luka kering dan bersih <p>A : Resiko Infeksi Teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien • Menganjurkan untuk rajin mencuci tangan dengan benar • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi agar proses penyembuhan cepat 	

L. DATA FOKUS (KASUS 2)

Setelah dilakukan pengkajian kepada pasien Ny. R penulis mendapatkan data fokus baik data subjektif dan data objektif dari sebagai penunjang di tegakannya diagnosa keperawatan yang penulis distribusikan kedalam tabel dibawah ini:

Nama Pasien : Ny. R Tanggal masuk : 12-12-2022
 Ruangan : Melati Tanggal pengkajian : 13-12-2022
 Diagnosa : P1A0 H 26 minggu post SC IUFD

Tabel 3. 21 Data Fokus (Kasus 2)

Data Subjektif	Data Objektif
<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri di perut bekas operasi sectio caesarea - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat digerakkan - Pasien mengatakan nyeri saat bergerak - Pasien mengatakan aktivitasnya perlu di bantu - Pasien mengatakan merasa bersalah karena tidak bisa menjaga janin dalam kandungannya dengan baik - Pasien mengatakan tidur sering terbangun karena teringat bayinya. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat meringis menahan nyeri P: Saat bergerak Q: Seperti tertusuk-tusuk R: Abdomen S: 5 T: Hilang timbul - ADL di bantu - Gerakan terbatas - Pasien enggan melakukan miring kanan dan kiri - Skala nyeri 5 - TTV TD : 110/90, N : 86x/menit, RR : 20x/menit, S : 37,70 C - Pasien tampak sering menangis - Pasien tampak kurang berkonsentrasi saat interaksi - Terdapat luka post operasi 92ection caesarea

<p>TD : 110/90 mmHg, N : 86x/menit, RR : 20x/menit, S : 37,7⁰ C</p>		
<p>DS : - Pasien mengatakan nyeri saat bergerak - Pasien mengatakan aktivitasnya perlu di bantu DO : - ADL di bantu - Gerakan terbatas - Pasien enggan melakukan miring kanan dan kiri - Skala nyeri 5 - TTV - TD : 110/90, N : 86x/menit, RR : 20x/menit, S : 37,70 C</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>	<p>Nyeri</p>
<p>DS : - Pasien mengatakan merasa bersalah karena tidak bisa menjaga janin dalam kandungannya dengan baik - Pasien mengatakan tidur sering terbangun karena teringat bayinya. DO : - Pasien tampak sering menangis - Pasien tampak kurang berkonsentrasi saat interaksi</p>	<p>Berduka</p>	<p>Kematian Janin dalam Rahim (IUFD)</p>

DS :	Resiko Infeksi	Efek prosedur
DO :		invasif
- Terdapat luka post operasi 95ection caesarea		
- Balutan luka kering dan bersih		
- Pasien mendapatkan obat Hypobac		
- Leokosit : 21,57		

N. DIAGNOSA KEPERAWATAN (KASUS 2)

Nama Pasien : Ny. R Tanggal masuk : 12-12-2022
 Ruangan : Melati Tanggal pengkajian : 13-12-2022
 Diagnosa : P1A0 H 26 minggu post SC IUFD

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1	Nyeri Akut b/d Agen Pencidera Fisik
2	Gangguan Mobilitas Fisik b/d Nyeri
3	Berduka b/d Kematian Janin dalam Rahim (IUFD)
4	Resiko Infeksi b/d Efek Prosedur Invasif

O. INTERVENSI KEPERAWATAN (KASUS 2)

Berdasarkan 95nalgesi yang timbul pada pasien Ny. R penulis merumuskan rencana keperawatan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) seperti dibawah ini:

Nama Pasien : Ny. R Tanggal masuk : 12-12-2022
 Ruangan : Melati Tanggal Tindakan : 14-12-2022
 Diagnosa : P1A0 H 26 minggu post SC IUFD

Tabel 3. 23 Intervensi Keperawatan (Kasus 2)

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Nyeri Akut b/d Agen Pencidera Fisik (D0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan pasien dapat mengontrol nyeri dengan kriteria hasil : 5. Klien dapat mengetahui penyebab nyeri, onset nyeri. 6. Klien mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, dan tindakan pencegahan nyeri. 7. Klien melaporkan nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri. 8. Menunjukkan tingkat nyeri	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri Terapeutik 3. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi Benson (Benson, 2021)) 4. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	

			<p>5. Fasilitasi Istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>6. Ajarkan teknik nonfarmakologis</p> <p>Kolaborasi</p> <p>7. Kolaborasi pemberian 97nalgesic, jika perlu</p>	
2	<p>Gangguan Mobilitas Fisik b/d Nyeri (D.0054)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan pasien dapat melakukan mobilitas dengan baik dengan kriteria hasil</p> <p>3. Pasien mampu melakukan aktifitas fisik secara mandiri</p> <p>4. Pasien dapat melakukan miring kanan miring kiri dengan tanpa keluhan</p>	<p>Dukungan</p> <p>Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <p>1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>Terapeutik</p> <p>3) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)</p>	

			<p>4) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>5) Anjurkan melakukan mobilisasi dini (Nurmala Santiasari et al., 2021)</p> <p>6) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>	
3	Berduka b/d Kematian Janin dalam Rahim (IUFD)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan respon psikososial yang ditunjukkan akibat	<p>Dukungan Proses Berduka (I.09274)</p> <p>Observasi</p> <p>1) Identifikasi proses berduka yang dialami</p> <p>Terapeutik</p>	

		<p>kehilangan membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien bisa menerima kehilangan 2) Pasien lebih bisa mengontrol perasaan sedihnya 	<ol style="list-style-type: none"> 2) Tunjukkan sikap menerima dan empati 3) Motivasi agar mau mengungkapkan perasaan kehilangan 4) Motivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orang terdekat 5) Fasilitasi kebiasaan sesuai dengan budaya, agama, dan norma sosial 6) Diskusikan strategi koping yang dapat digunakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7) Anjurkan mengekspresikan perasaan tentang kehilangan 8) Ajarkan melewati proses berduka secara bertahap 	
--	--	--	---	--

4	<p>Resiko Infeksi b/d Efek Prosedur Invasif (D.0142)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan resiko infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>5. Klien tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi.</p> <p>6. Suhu tubuh normal (36,5-37 C).</p> <p>7. Nadi normal (70-80x/menit).</p> <p>8. Tekanan darah normal (120/70 mmHg)</p>	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <p>1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan menurunkan risiko terserang organisasi patogenik</p> <p>Terapeutik</p> <p>2) Batasi jumlah pengunjung</p> <p>3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>4) Ajarkan cara mencuci tangan yang benar</p> <p>5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>	
---	--	--	---	--

P. CATATAN KEPERAWATAN HARI Ke- 1 (KASUS 2)

Nama Pasien : Ny. R Tanggal masuk : 12-12-2022
 Ruangan : Melati Tanggal Tindakan : 14-12-2022
 Diagnosa : P1A0 H 26 minggu post SC IUFD

Tabel 3. 24 Catatan Keperawatan Hari Ke-1 (Kasus 2)

Dx. Keperawatan	Waktu	Tindakan	Paraf
Nyeri Akut b/d Agen Pencedera Fisik		<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Identifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi Benson (Benson, 2021)) 4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 5. Memfasilitasi Istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Mengajarkan teknik nonfarmakologis <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Berkolaborasi pemberian analgesik, jika perlu 	
Gangguan Mobilitas Fisik b/d Nyeri		<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p>	

	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 4) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) Menganjurkan melakukan mobilisasi dini (Nurmala Santiasari et al., 2021) 6) Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) 	
Berduka b/d Kematian Janin dalam Rahim (IUFD)	<p>Dukungan Proses Berduka (I.09274)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi proses berduka yang dialami <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Menunjukkan sikap menerima dan empati 3) Memotivasi agar mau mengungkapkan perasaan kehilangan 	

		<p>4) Memotivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orang terdekat</p> <p>5) Memfasilitasi kebiasaan sesuai dengan budaya, agama, dan norma sosial</p> <p>6) Mendiskusikan strategi koping yang dapat digunakan</p> <p>Edukasi</p> <p>7) Mengajukan mengekspresikan perasaan tentang kehilangan</p> <p>8) Mengajarkan melewati proses berduka secara bertahap</p>	
Resiko Infeksi b/d Efek Prosedur Invasif		<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <p>1) Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan menurunkan risiko terserang organisasi patogenik</p> <p>Terapeutik</p> <p>2) Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>3) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>4) Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar</p> <p>5) Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi</p>	

Q. CATATAN PERKEMBANGAN HARI Ke- 1 (KASUS 2)

Nama Pasien : Ny. R Tanggal masuk : 12-12-2022
 Ruangan : Melati Tanggal Tindakan : 14-12-2022
 Diagnosa : P1A0 H 26 minggu post SC IUFD

Tabel 3. 25 Catatan Perkembangan Hari Ke-1 (Kasus 2)

Waktu	Dx. Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	Nyeri Akut b/d Agen Pencidera Fisik	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih merasakan nyeri di bagian perut • Pasien mengatakan nyeri saat banyak bergerak • Pasien mengatakan skala nyeri 5 <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak meringis ketika bergerak <p>P: Saat bergerak</p> <p>Q: Seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: Abdomen</p> <p>S: 5</p> <p>T: Hilang timbul</p> <p>A : Nyeri akut</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observasi teknik nonfarmakologis (teknik nafas dalam) saat pasien mengeluh nyeri • Monitor skala nyeri <p>Monitor faktor yang memperberat nyeri</p>	

	<p>Gangguan Mobilitas Fisik b/d Nyeri</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih enggan bergerak karena nyeri • Pasien mengatakan masih di bantu suami saat ingin bangun dari tempat tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak dibantu suami untuk beraktivitas di tempat tidur • Pasien hanya berbaring di tempat tidur • TTV : TD : 124/78 mmHg, N : 89 x/menit, RR : 18 x/menit <p>A : Ganggauan Mobilitas Fisik</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan untuk melakukan aktivitas fisik seperti mobilisasi sederhana mis. Duduk di atas tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi 	
	<p>Berduka b/d Kematian Janin dalam Rahim (IUFD)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan merasa bersalah karena tidak bisa menjaga bayi dalam kandungannya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak sering menangis • Pasien tampak kurang berkonsentrasi saat interaksi <p>A :</p> <p>Proses Berduka belum teratasi</p>	

		P : Intervensi dilanjutkan	
	Resiko Infeksi b/d Efek Prosedur Invasif	S : T.A.K O : <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat luka post operasi sectio caesarea • Balutan luka masih basah dan tampak belum di bersihkan • Pasien mendapatkan obat Hypobac • Leokosit : 26,57 A : Resiko Infeksi P : <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda gejala infeksi • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien • Mengajarkan cara cuci tangan yang benar • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi agar proses penyembuhan cepat 	

R. CATATAN KEPERAWATAN HARI Ke- 2 (KASUS 2)

Nama Pasien : Ny. R Tanggal masuk : 12-12-2022
Ruangan : Melati Tanggal Tindakan : 15-12-2022
Diagnosa : P1A0 H 26 minggu post SC IUFD

Tabel 3. 26 Catatan Keperawatan Hari Ke-2 (Kasus 2)

Dx. Keperawatan	Waktu	Tindakan	Paraf
Nyeri Akut b/d Agen Pencidera Fisik		Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Mengidentifikasi skla nyeri	

		<p>2. Identifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri</p> <p>Terapeutik</p> <p>3. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi Benson (Benson, 2021))</p> <p>4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>5. Memfasilitasi Istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>6. Mengajarkan teknik nonfarmakologis</p> <p>Kolaborasi</p> <p>7. Berkolaborasi pemberian analgesik, jika perlu</p>	
<p>Gangguan Mobilitas Fisik b/d Nyeri</p>		<p>Dukungan Mobilisasi (L05173)</p> <p>Observasi</p> <p>1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>Terapeutik</p> <p>3) Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)</p> <p>4) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p>	

		<p>Edukasi</p> <p>5) Menganjurkan melakukan mobilisasi dini (Nurmala Santiasari et al., 2021)</p> <p>6) Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>	
Berduka b/d Kematian Janin dalam Rahim (IUFD)		<p>Dukungan Proses Berduka (I.09274)</p> <p>Observasi</p> <p>1) Mengidentifikasi proses berduka yang dialami</p> <p>Terapeutik</p> <p>2) Menunjukkan sikap menerima dan empati</p> <p>3) Memotivasi agar mau mengungkapkan perasaan kehilangan</p> <p>4) Memotivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orang terdekat</p> <p>5) Memfasilitasi kebiasaan sesuai dengan budaya, agama, dan norma sosial</p> <p>6) Mendiskusikan strategi koping yang dapat digunakan</p> <p>Edukasi</p> <p>7) Menganjurkan mengekspresikan perasaan tentang kehilangan</p>	

		8) Mengajarkan melewati proses berduka secara bertahap	
Resiko Infeksi b/d Efek Prosedur Invasif		<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <p>1) Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan menurunkan risiko terserang organisasi patogenik</p> <p>Terapeutik</p> <p>2) Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>3) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>4) Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar</p> <p>5) Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>	

S. CATATAN PERKEMBANGAN HARI Ke- 2 (KASUS 2)

Nama Pasien : Ny. R Tanggal masuk : 12-12-2022
 Ruangan : Melati Tanggal Tindakan : 15-12-2022
 Diagnosa : P1A0 H 26 minggu post SC IUFD

Tabel 3. 27 Catatan Perkembangan Hari Ke-2 (Kasus 2)

Waktu	Dx. Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	Nyeri Akut b/d Agen Pencidera Fisik	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih merasakan nyeri di bagian perut • Pasien mengatakan nyeri berkurang • Pasien mengatakan skala nyeri 4 	

		<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak sedikit lebih nyaman ketika bergerak • P: Saat bergerak Q: Seperti tertusuk-tusuk R: Abdomen S: 4 T: Hilang timbul <p>A : Nyeri akut</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observasi teknik nonfarmakologis (teknik nafas dalam) saat pasien mengeluh nyeri • Monitor skala nyeri <p>Monitor faktor yang memperberat nyeri</p>	
	Gangguan Mobilitas Fisik b/d Nyeri	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sudah mau melakukan miring kanan kiri • Pasien mengatakan sudah mampu melakukan bangun dari tempat tidur tanpa di bantu suami <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak melakukan miring kanan miring kiri • Pasien tampak lebih nyaman melakukan aktivitas • TTV : TD : 121/75 mmHg, N : 75 x/menit, RR : 20 x/menit <p>A : Gangguaun Mobilitas Fisik</p>	

		<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan untuk melakukan miring kanan miring kiri 	
	<p>Berduka b/d Kematian Janin dalam Rahim (IUFD)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan mulai menerima atas kehilangan bayinya namun jika sendiri pasien teringat kembali <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak murung dan bersedih <p>A :</p> <p>Proses Berduka belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Resiko Infeksi b/d Efek Prosedur Invasif</p>	<p>S : T.A.K</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat luka post operasi sectio caesarea • Balutan luka kering dan tampak belum di bersihkan • Pasien mendapatkan obat Hypobac • Leokosit : 26,57 <p>A : Resiko Infeksi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda gejala infeksi • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien • Mengajarkan cara cuci tangan yang benar 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi agar proses penyembuhan cepat 	
--	--	--	--

T. CATATAN KEPERAWATAN HARI Ke- 3 (KASUS 2)

Nama Pasien : Ny. R Tanggal masuk : 12-12-2022
 Ruangan : Melati Tanggal Tindakan : 16-12-2022
 Diagnosa : P1A0 H 26 minggu post SC IUFD

Tabel 3. 28 Catatan Keperawatan Hari Ke-3 (Kasus 2)

Dx. Keperawatan	Waktu	Tindakan	Paraf
Nyeri Akut b/d Agen Pencidera Fisik		<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Identifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi Benson (Benson, 2021)) 4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 5. Memfasilitasi Istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Mengajarkan teknik nonfarmakologis <p>Kolaborasi</p>	

		7. Berkolaborasi pemberian analgesik, jika perlu	
Gangguan Mobilitas Fisik b/d Nyeri		<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 4) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) Menganjurkan melakukan mobilisasi dini (Nurmala Santiasari et al., 2021) 6) Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) 	
Berduka b/d Kematian Janin dalam Rahim (IUFD)		<p>Dukungan Proses Berduka (I.09274)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi proses berduka yang dialami <p>Terapeutik</p>	

		<p>2) Menunjukkan sikap menerima dan empati</p> <p>3) Memotivasi agar mau mengungkapkan perasaan kehilangan</p> <p>4) Memotivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orang terdekat</p> <p>5) Memfasilitasi kebiasaan sesuai dengan budaya, agama, dan norma sosial</p> <p>6) Mendiskusikan strategi koping yang dapat digunakan</p> <p>Edukasi</p> <p>7) Menganjurkan mengekspresikan perasaan tentang kehilangan</p> <p>8) Mengajarkan melewati proses berduka secara bertahap</p>	
<p>Resiko Infeksi b/d Efek Prosedur Invasif</p>		<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <p>1) Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan menurunkan risiko terserang organisasi patogenik</p> <p>Terapeutik</p> <p>2) Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>3) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>4) Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar</p>	

		5) Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi	
--	--	---	--

U. CATATAN PERKEMBANGAN HARI Ke- 3 (KASUS 2)

Nama Pasien : Ny. R Tanggal masuk : 12-12-2022
 Ruangan : Melati Tanggal Tindakan : 16-12-2022
 Diagnosa : P1A0 H 26 minggu post SC IUFD

Tabel 3. 29 Catatan Perkembangan Hari Ke-3 (Kasus 2)

Waktu	Dx. Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	Nyeri Akut b/d Agen Penderita Fisik	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sudah tidak ada keluhan nyeri hanya kadang-kadang • Pasien mengatakan lebih nyaman untuk bergerak • Pasien mengatakan skala nyeri 0-1 <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • P: T.A.K Q: T.A.K R: Abdomen S: 0-1 T: Hilang timbul <p>A : Nyeri akut teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervensi dihentikan 	
	Gangguan Mobilitas Fisik b/d Nyeri	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sudah mampu melakukan aktivitas fisik tanpa keluhan nyeri 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan lebih nyaman melakukan pergerakan fisik tanpa di bantu suami <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak mandiri melakukan aktifitas • Pasien tampak lebih nyaman beraktivitas tidak hanya di tempat tidur • Pasien tampak mampu berjalan dari tempat tidur ke kursi roda tanpa bantuan • TTV : TD : 120/80 mmHg, N : 85 x/menit, RR : 20 x/menit <p>A : Gangguaun Mobilitas Fisik Teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervensi dihentikan 	
	Berduka b/d Kematian Janin dalam Rahim (IUFD)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sudah mampu menerima kenyataan yang dihadapinya atas kehilangan bayi nya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lebih tenang • Pasien tampak berinteraksi dengan baik <p>A :</p> <p>Proses Berduka teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	

	<p>Resiko Infeksi b/d Efek Prosedur Invasif</p>	<p>S : T.A.K O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat luka post operasi sectio caesarea • Balutan luka kering dan bersih <p>A : Resiko Infeksi Teratasi P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien • Menganjurkan untuk rajin mencuci tangan dengan benar • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi agar proses penyembuhan cepat 	
--	---	---	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada pembahasan kasus ini penulis akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan maternitas pada Ny. E dengan diagnosa medis Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Letak Sungsang dan Ny. R dengan diagnosa medis Post Sectio Caesarea dengan Indikasi IUFD. Berikut ini akan diuraikan pelaksanaan Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Letak Sungsang pada Ny. E dan Post Sectio Caesarea dengan Indikasi IUFD pada Ny. R di Ruang Melati RSUD Dr. Chasbullah Abdul Madjid Kota Bekasi sesuai tiap fase dalam proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

A. Pengkajian

1. Pengkajian Secara Teori

Pada pengkajian klien dengan sectio caesaria, data yang dapat ditemukan meliputi distress janin, kegagalan untuk melanjutkan persalinan, malposisi janin, prolaps tali pusat, abrupsi plasenta dan plasenta previa. Manifestasi klinis yang mungkin di dapatkan pada pasien dengan kondisi post SC yaitu, nyeri akibat ada luka pembedahan, adanya luka insisi pada bagian abdomen, fundus uterus kontraksi kuat dan terletak di umbilicus , aliran lokhea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (Lokhea tidak banyak), kehilangan darah selama prosedur pembedahan kira-kira 600-800 ml, Emosi labil / perubahan emosional dengan mengekspresikan ketidakmampuan menghadapi situasi baru

Persalinan pada bayi dengan presentase bokong (sungsang) dimana bayi letaknya sesuai dengan badan ibu, kepala berada pada fundus uteri sedangkan bokong merupakan bagian terbawah (di daerah pintu atau panggul/simfisis). (Arda & Hartaty, 2021).

Keluhan umum yang sering dikatakan ibu dengan kehamilan letak sungsang adalah terasa penuh dibagian atas dan gerakan janin terasa lebih banyak dibagian bawah. Pada pemeriksaan abdomen, tidak dapat diraba bagian yang keras dan bulat, yakni kepala, dan kepala teraba di fundus uteri. Kadang-kadang bokong janin teraba bulat dan memberi kesan seolah-olah kepala, tetapi bokong tidak dapat digerakkan semudah kepala. Auskultasi menunjukkan DJJ lokasinya setinggi atau sedikit lebih tinggi dari umbilikus. Pada pemeriksaan dalam, dapat diraba adanya bokong yang ditandai dengan adanya sakrum, kedua tuber ossis ischii, dan anus. Bila dapat diraba kaki, maka harus dibedakan dengan tangan. Pada kaki terdapat tumit, sedangkan pada tangan ditemukan ibu jari yang letaknya tidak sejajar dengan jari-jari lain dan panjang jari kurang lebih sama dengan panjang telapak tangan. (Luh et al., 2020)

Intra Uterin Fetal Death atau IUFD adalah kondisi janin yang meninggal di dalam kandungan setelah kehamilan berusia 20 minggu dimana janin sudah mencapai ukuran 500gr. Beberapa kasus IUFD tidak bisa dicegah, namun bisa dikurangi risikonya dengan memperhatikan faktor penyebab dan melakukan langkah pencegahan yang tepat. (Sinaga, 2020)

Penyebab kematian janin dalam rahim yaitu, 50% kematian janin bersifat idiopatik (tidak diketahui penyebabnya) namun kondisi medis ibu seperti hipertensi, pre-eklamsi, diabetes mellitus sangat berhubungan dengan peningkatan insidensi kematian janin. Oleh karena itu, deteksi dini dan tata laksana yang sesuai akan mengurangi risiko IUFD. Selain itu komplikasi plasenta (plasenta previa, abruption plasenta) juga dapat menyebabkan kematian janin. Penyebab lain yaitu perdarahan janin-ibu (aliran sel darah merah transplasental dari janin) kondisi ini terjadi pada semua kehamilan, tetapi biasanya dengan jumlah minimal (<0,1 ml) pada kondisi yang jarang, perdarahan janin-ibu mungkin bersifat masif.

2. Pengkajian Pada Kasus

Pengkajian pertama di dapatkan dari pasien Ny. E dengan keluhan nyeri pada luka post SC di area abdomen dengan skala nyeri 6, nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan intensitas hilang timbul, ADL pasien di bantu oleh suaminya karena nyeri sehingga pasien enggan melakukan aktivitas seperti biasanya, pasien juga mengeluhkan pengeluaran ASI yang sedikit. Pemeriksaan fisik yang di dapatkan pada Ny. E yaitu Keadaan Umum pasien tampak sakit sedang terdapat luka operasi post sectio caesarea balutan luka masih basah dan tampak belum di bersihkan Pasien mendapatkan obat Hypobac, hasil pemeriksaan TTV dengan hasil TD : 110/90, N : 86 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36,8 C.

Pengkajian pada kasus kedua didapatkan dari pasien Ny. R dengan keluhan nyeri pada luka post SC di area abdomen dengan skala nyeri 5, nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan intensitas hilang timbul, pasien tidak bisa melakukan aktifitas seperti biasanya karena nyeri saat bergerak pasien hanya bisa berbaring di tempat tidur. Pemeriksaan fisik pada Ny. R didapatkan keadaan umum tampak sakit sedang terdapat luka post operasi SC, luka tampak basah, hasil pemeriksaan TD : 120/70, N : 82x/menit, RR : 19 x/menit, S : 36.8°C.

3. Analisa Penulis

Berdasarkan data yang didapatkan dari pengkajian kasus kelolaan didapatkan kesesuaian dengan pengkajian teori bahwa pasien dengan post sectio caesarea mengalami keluhan nyeri dan masalah gangguan mobilisasi karena adanya nyeri.

B. Diagnosa Keperawatan

1. Berdasarkan Teori

Menurut (PPNI 2017) diantaranya :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, biologis (D.0077).
- b. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakefektifan suplai ASI (D.0029)

- c. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur (D.0055)
- e. Resiko infeksi berhubungan dengan luka insisi (D.0142).
- f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang perawatan melahirkan caesarea (D.0111).

2. Berdasarkan Kasus

Pada kasus kelolaan pertama berdasarkan temuan keluhan dan pemeriksaan fisik yang di temukan pada pasien Ny. E penulis menegakkan 4 diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas pada kondisi pasien. Diantaranya:

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencidera Fisik (**D0077**)
- b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri (**D.0054**)
- c. Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan Ketidakefektifan Suplai ASI (**D.0029**)
- d. Resiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif (**D.0142**)

Sedangkan pada kasus kelolaan kedua penulis menegakkan 4 diagnosa keperawatan dari hasil pemeriksaan fisik dan keluhan pada pasien Ny. R sesuai prioritas kondisi pasien, diantaranya:

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencidera Fisik (**D0077**)
- b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri (**D.0054**)
- c. Berduka b/d Kematian Janin dalam Rahim (IUFD) (**D.0081**)
- d. Resiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif (**D.0142**)

3. Analisa Penulis

Perbandingan antara diagnosa teori dengan diagnosa yang ditemukan pada pasien kelolaan memiliki persamaan pada Ny. E memiliki 4 diagnosa yang sama dengan teori dan pada Ny.R hanya ditemukan 4 diagnosa yang sesuai dengan teori karena pasien tidak dalam masa menyusui dikarenakan bayi sudah meninggal di dalam rahim jadi penulis tidak menemukan

masalah menyusui tidak efektif pada pasien Ny. R. akan tetapi didapatkan permasalahan psikososial pada Ny. R dikarenakan terdapat proses berduka yang dialami Ny. R yang diakibatkan dari kematian janin dalam rahim pada kehamilan pertama.

C. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan.

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencidera Fisik (D0077)

Perencanaan keperawatan yang dilakukan kepada pasien Ny. E dan Ny. R terdapat kesamaan karena kedua kasus tersebut didapatkan keluhan nyeri karena adanya luka post operasi sectio caesarea, tujuannya Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan pasien dapat mengontrol nyeri dengan kriteria hasil : Klien dapat mengetahui penyebab nyeri, onset nyeri, Klien mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, dan tindakan pencegah nyeri, Klien melaporkan nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, Menunjukkan tingkat nyeri

2. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri (D.0054)

Perencanaan keperawatan yang dilakukan kepada pasien Ny. E dan Ny. R terdapat kesamaan karena kedua kasus tersebut didapatkan keluhan tidak dapat melakukan aktifitas secara mandiri dan enggan melakukan miring kanan miring kiri karena nyeri, tujuannya Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan pasien dapat melakukan mobilitas dengan baik dengan kriteria hasil: Pasien mampu melakukan aktifitas fisik secara mandiri, Pasien dapat melakukan miring kanan miring kiri dengan tanpa keluhan.

3. Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan Ketidakefektifan Suplai ASI (D.0029)

Perencanaan keperawatan yang dilakukan kepada Ny. E dengan keluhan pengeluaran ASI yang sedikit ini merupakan permasalahan pada menyusui tidak efektif sehingga penulis melakukan perencanaan keperawatan dengan tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan menyusui dapat dilakukan secara efektif dengan kriteria hasil: Pengeluaran ASI cukup.

4. Berduka b/d Kematian Janin dalam Rahim (IUFD) **(D.0081)**

Perencanaan keperawatan yang dilakukan kepada pasien Ny. R pada masalah psikososial yaitu proses berduka dimana pada perencanaan keperawatan bertujuan sebagai berikut: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan respon psikososial yang ditunjukkan akibat kehilangan membaik dengan kriteria hasil: Pasien bisa menerima kehilangan, Pasien lebih bisa mengontrol perasaan sedihnya.

5. Resiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif **(D.0142)**

Perencanaan keperawatan yang dilakukan kepada pasien Ny. E dan Ny. R terdapat kesamaan karena kedua kasus tersebut didapatkan keluhan terdapat luka post operasi sectio caesarea dan luka masih basah, tujuannya dilakukan perencanaan keperawatan yaitu, Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan resiko infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil : Klien tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi, Suhu tubuh normal (36,5-37 C), Nadi normal (70-80x/menit), Tekanan darah normal (120/70 mmHg).

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada Ny. E dan Ny. R dibagi dalam empat komponen yaitu tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi, dan tindakan kolaborasi. Implementasi yang dilakukan peneliti disesuaikan dengan perencanaan yang telah disusun. Implementasi pada Kasus 1 pasien Ny. E dari tanggal 13 Desember s/d 15 Desember 2022 dilakukan selama 3 hari perawatan.

Implementasi hari pertama pada Ny. E dilakukan di tanggal 13 Desember 2022 dengan melakukan identifikasi skala nyeri dan faktor yang memperberat atau meringankan nyeri, respon pasien mengatakan nyeri masih berada di

rentang skala 6. memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu teknik relaksasi benson, pasien mengatakan ingin melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika nyeri terasa, dan berkolaborasi untuk pemberian analgesik. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini dan melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Mengajarkan cara cuci tangan yang benar dan menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi agar proses penyembuhan luka bisa dengan cepat.

Implementasi hari kedua pada Ny. E dilakukan di tanggal 14 Desember 2022 dengan melakukan identifikasi skala nyeri dan faktor yang memperberat atau meringankan nyeri, respon pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang dibandingkan kemarin yaitu di skala 5. memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu teknik relaksasi benson, pasien mengatakan ingin melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika nyeri terasa, dan berkolaborasi untuk pemberian analgesik. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini dan melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Mengajarkan cara cuci tangan yang benar dan menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi agar proses penyembuhan luka bisa dengan cepat.

Implementasi hari ketiga pada Ny. E dilakukan di tanggal 15 Desember 2022 dengan melakukan identifikasi skala nyeri dan faktor yang memperberat atau meringankan nyeri, respon pasien mengatakan nyeri berkurang dan lebih nyaman. memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu teknik relaksasi benson, pasien mengatakan ingin melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika nyeri terasa, dan berkolaborasi untuk pemberian analgesik. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini dan melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Mengajarkan cara cuci tangan yang benar dan menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi agar proses penyembuhan luka bisa dengan cepat.

Implementasi pada Kasus 2 pasien Ny. R dari tanggal 14 Desember s/d 16 Desember 2022 dilakukan selama 3 hari perawatan, Implementasi hari pertama pada Ny. R dilakukan di tanggal 14 Desember 2022 dengan melakukan identifikasi skala nyeri dan faktor yang memperberat atau meringankan nyeri,

respon pasien mengatakan nyeri masih berada di rentang skala 5. memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu teknik relaksasi benson, pasien mengatakan ingin melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika nyeri terasa, dan berkolaborasi untuk pemberian analgesik. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini dan melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Mengajarkan cara cuci tangan yang benar dan menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi agar proses penyembuhan luka bisa dengan cepat.

Implementasi hari kedua pada Ny. R dilakukan di tanggal 15 Desember 2022 dengan melakukan identifikasi skala nyeri dan faktor yang memperberat atau meringankan nyeri, respon pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang dibandingkan kemarin yaitu di skala 5. memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu teknik relaksasi benson, pasien mengatakan ingin melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika nyeri terasa, dan berkolaborasi untuk pemberian analgesik. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini dan melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Mengajarkan cara cuci tangan yang benar dan menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi agar proses penyembuhan luka bisa dengan cepat.

Implementasi hari ketiga pada Ny. R dilakukan di tanggal 16 Desember 2022 dengan melakukan identifikasi skala nyeri dan faktor yang memperberat atau meringankan nyeri, respon pasien mengatakan nyeri berkurang dan lebih nyaman. memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu teknik relaksasi benson, pasien mengatakan ingin melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika nyeri terasa, dan berkolaborasi untuk pemberian analgesik. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini dan melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Mengajarkan cara cuci tangan yang benar dan menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi agar proses penyembuhan luka bisa dengan cepat.

E. Evaluai Keperawatan

Berdasarkan hasil tindakan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari semua masalah keperawatan pada pasien Ny. E dan Ny. R dapat teratasi dengan

dibuktikan keluhan nyeri tidak didapatkan lagi dan pasien dapat melakukan aktifitasnya secara mandiri tanpa keluhan nyeri dan luka post operasi sectio caesarea tampak kering dan bersih namun Ny. E dan Ny. R tetap dianjurkan untuk selalu menjaga dan mencegah terjadinya infeksi dengan mencuci tangan dengan benar dan menjaga peningkatan asupan nutrisi agar penyembuhan pada luka post operasi sembuh secara maksimal.

BAB V

PENUTUPAN

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Hasil pengkajian yang ditemukan dari studi kasus pada Ny. E dan Ny. R yang dilakukan pengkajian tanggal 12 dan 13 Desember 2022 ditemukan data adanya gejala dari post sectio caesarea yaitu pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi sectio caesarea dan enggan melakukan aktifitas karena nyeri harus dibantu oleh keluarga.

2. Diagnosa Keperawatan

Hasil studi kasus didapatkan 4 diagnosa dari kedua pasien dan semua diagnosa sesuai dengan teori yaitu Nyeri Akut, Gangguan Mobilitas Fisik, Menyusui Tidak Efektif dan Resiko Infeksi. Namun pada Ny. R tidak didapatkan masalah menyusui tidak efektif dikarenakan bayi Ny. R sudah meninggal di dalam rahim sehingga tidak didapatkan masalah menyusui tidak efektif.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan yang dilakukan dalam kasus pada Ny. E dan Ny. R dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dengan teori yang ada, intervensi setiap diagnosa dapat sesuai dengan kebutuhan pasien dan memperhatikan kondisi pasien serta kesanggupan keluarga dalam kerja sama. Intervensi yang dilakukan oleh peneliti dengan intervensi yang didasarkan atas empat komponen yaitu observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

4. Implementasi atau Catatan Keperawatan

Pelaksanaan tindakan kasus ini di laksanakan sesuai dengan intervensi yang sudah dibuat, sesuai dengan kebutuhan kedua pasien dengan Post Operasi Sectio Caesarea. Pelaksanaan tindakan keperawatan tersebut dapat dilakukan dan berjalan dengan baik berkat kerja sama dari pasien, keluarga, perawat ruangan dan pembimbing lapangan.

5. Evaluasi atau Catatan Perkembangan

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan Pada pasien Ny. E dan Ny. R selama 3 hari perawatan oleh peneliti dan di buat dalam bentuk SOAP. Pada pasien Ny. E dan Ny. R hasil evaluasi didapatkan semua masalah keperawatan pasien teratasi, namun pasien harus tetap menjaga dan mencegah terjadinya infeksi dengan tetap selalu mencuci tangan dengan benar dan menjaga peningkatan asupan nutrisi agar proses penyembuhan luka bisa dengan cepat.

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Saran kepada bidan di Ruang Melati RSUD CAM Kota Bekasi untuk dapat menjadi edukator untuk memberi informasi dan pendidikan kesehatan mengenai post operasi sectio caesarea pada pasien dan keluarga pasien. Serta dapat mengoptimalkan kinerja dalam menerapkan asuhan keperawatan, selalu memberikan pelayanan yang profesional dan bermutu kepada pasien. Mengikuti pelatihan-pelatihan agar dapat memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien rawat inap yang membutuhkan keperawatan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil tugas akhir ini dapat memberikan tambahan pengetahuan dan masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan serta meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan khususnya Keperawatan Maternitas.

3. Bagi Pasien dan Keluarga Pasien

Diharapkan pasien dan keluarga dapat memahami dan mengenal lebih dalam lagi mengenai permasalahan pada post operasi sectio caesarea dan bagaimana pencegahan, perawatan serta pengobatan pada masalah tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Ainuhikma, L. (2018). Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea dengan Fokus Studi Pengelolaan Nyeri Akut di RSUD Djojonegoro Kabupaten Temanggung. *Jurnal Keperawatan*.
- Anggraini, Y. (2019). Asuhan kebidanan Masa Nifas. *Pustaka Rihama*.
- Arda, D., & Hartaty. (2021). Penerapan Asuhan Keperawatan Post Operasi Section Caesarea. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10, 447–451. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.631>
- Benson, R. (2021). *Penurunan Nyeri Pasien Post Sectio Caesarea Menggunakan Terapi Teknik*. 31–36.
- Dermawan, D. (2020). Proses Keperawatan Penerapan Konsep dan Kerangka Kerja. *Gosyen Publising*.
- Gerungan, E. N., Pascoal, M., & Lontaan, A. (2016). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Intra Uterine Fetal Death (IUFD)*. 4(1), 9–14.
- Luckyva, T., Ardhia, D., & Fitri, A. (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN IBU POST PARTUM SECTIO CAESAREA DENGAN BSC : SUATU STUDI KASUS Nursing Care For Postpartum Sectio Caesarea Mothers With BSC : A Case Study*. 1, 103–109.
- Luh, N., Marhaeni, P., Ayu, G., Mahayati, D., & Made, N. (2020). *RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SANGLAH DENPASAR TAHUN 2020*. 9(1), 19–27.
- Luqyana, S. D., Prabowo, A. Y., Kedokteran, F., Lampung, U., Anatomii, B., Kedokteran, F., & Lampung, U. (2017). *Intrauterine Fetal Death : Usia Maternal sebagai Salah Satu Faktor Risiko Intrauterine Fetal Death : Maternal Age as One of The Risk Factors*. 7, 25–29.
- Marrier Tryssiatamy, R. (2020). Asuhan keperawatan pada klien post sectio caesarea dengan nyeri akut di ruang delima rsud ciamis. *Jurnal Ilmiah*

Universitas Bhakti Kencana Bandung.

Mitayani. (2018). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea. *Jurnal Keperawatan Indonesia.*

Muawanah, S., Sariyani, D., Bidan, P. P., & Kebidanan, S. (2021). *Pengaruh pijat laktasi terhadap kelancaran produksi asi pada ibu menyusui baby spa pati 1.* 12(1), 7–15.

Nurmala Santiasari, R., Mahayatu, L., & Dwita Sari, A. (2021). TEKHNIK NON FARMAKOLOGI MOBILISASI DINI PADA NYERI POST SC. *Jurnal Kesehatan STIKes William Booth*, 20, 20–28.

PPNI. (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. *DPP PPNI.*

Ramandanty, P. F. (2019). *Karya tulis ilmiah asuhan keperawatan pada ibu post operasi sectio caesarea di ruang mawar rsud a.w sjahranie samarinda.*

Roslianti, E., Srinayanti, Y., Kusumawaty, J., Setiyani, E., Mobilization, E., & Sectio, P. (2018). *JURNAL STIKES MUHAMMADIYAH CIAMIS : JURNAL KESEHATAN.* 5, 1–11.

Sarwono. (2017). Konsep Letak Susang pada Janin. *Jurnal Keperawatan Maternitas.*

Sinaga, E. W. (2020). FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN INTRA UTERINE FETAL DEATH (IUFD). *Jurnal Ilmiah Kebidanan Imelda*, 6(2), 88–91.

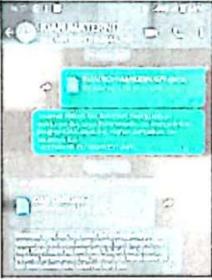
LAMPIRAN

Lampiran 1

 <p style="text-align: center;">SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) MEDISTRA INDONESIA</p> <p style="text-align: center;">PROGRAM STUDI PROFESI NERS - PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1) PROGRAM STUDI PROFESI BIDAN – PROGRAM STUDI KEBIDANAN (S1) PROGRAM STUDI FARMASI (S1) – PROGRAM STUDI KEBIDANAN (D3) Jl. Cut Mutia Raya No. 88A Kel. Sepanjang Jaya-Bekasi Telp (021) 82431375-77 Fax (021) 82431374 Web:stikesmedistra-indonesia.ac.id Email: stikes_mi@stikesmedistra-indonesia.ac.id</p>					
FORMULIR KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR					
Nomor Dokumen	:	FM.058/A.004/PROF.NERS/STIKESM-UPM/2022	Tanggal Pembuatan	:	18 November 2022
Revisi	:	0	Tgl Efektif	:	28 November 2022

KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

No	Tanggal Bimbingan	Waktu Bimbingan	Kegiatan	Paraf Pembimbing	Keterangan
1	14 Desember 2022	07.50 WIB			Konsultasi pengambilan Kasus Kelolaan Kasus pasien post op caesarea dengan letak sungsang dan IUFD
2	17 Desember 2022	15.20 WIB			Konsultasi Judul Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Letak Sungsang pada Ny. E dan Post Sectio Caesarea dengan Indikasi IUFD pada Ny. R di Ruangan Melati RSUD Dr. Chasbullah Abdul Madjid Kota Bekasi Tahun 2022

3	22 Desember 2022	14.40 WIB			Konsultasi BAB I dan BAB II <ul style="list-style-type: none"> - Latar Belakang - Rumusan Masalah - Tujuan Umum dan Tujuan Khusus - Tinjauan Teori - Penulisan
4	10 Januari 2023	20.48 WIB			Konsultasi BAB I sampai V <ul style="list-style-type: none"> - Latar Belakang - Tinjauan Teori - Asuhan Keperawatan - Pembahasan
5	24 Januari 2023	10.01 WIB			Revisi BAB III Asuhan Keperawatan pada Klien Ny. R tambahkan diagnosa Defisit Pengetahuan
6	2 Februari 2023	12.30 WIB	OFFLINE		Revisi BAB III Asuhan Keperawatan pada Klien Ny. R tambahkan diagnosa Berduka
7	2 Februari 2023	15.00 WIB	OFFLINE		Perbaikan dari BAB I sampai BAB V lanjut pengajuan Sidang <ul style="list-style-type: none"> - Penulisan - ASKEP - Pengkajian - Analisa Data - Intervensi - Implementasi - Pembahasan - Kontrak Penguji untuk pelaksanaan Sidang

8	6 Februari 2023	13.30 WIB			Sidang KIAN - Pathway harus tambahkan alur dari awal penyebab hingga terjadinya penyebab - Perbaiki data dan analisa data - Tambahkan gambaran pendukung pada rekomendasi EBP
9	17 Juli 2023	08.19 WIB			Revisi BAB II & BAB III - Menambahkan alur dari awal penyebab hingga terjadinya penyebab pada Pathway - Memperbaiki data dan analisa data
10	6 September 2023	14.30 WIB			ACC HC - Catatan koreksi kembali jangan sampai ada kesalahan penulisan

Mengetahui,

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan Pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Medistra Indonesia



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

Data Riwayat Hidup



- I. Data Pribadi :
- Nama Lengkap : Rohmanudin
- TTL : 2 November 1999
- Jenis Kelamin : Laki - Laki
- Agama : Islam
- Kewarnegaraan : Indonesia
- Alamat : Bojongmangu Kabupaten Bekasi
- No.Handphone : 085817934749
- Email : udinrohman29112016@gmail.com
- Motto : “Try not become a man of success but a man of value (albert einstein)”
- II. Riwayat Pendidikan
- SD : SDN Sukabungah 01 2012
- SMP : MTs Jamiatul Huda 2015
- SMA : SMAN 1 Bojongmangu 2018
- Perguruan Tinggi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Medistra
Indonesia Kota Bekasi Tahun 2022
- III. Pengalaman Organisasi :
- Ketua OSIS MTs Jamiatul Huda 2014
 - Pradana Putra (Ketua) Pramuka SMAN 1 Bojongmangu 2017
 - Sekretaris OSIS SMAN 1 Bojongmangu 2017