

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA Ny.E DENGAN
DIAGNOSA P000II POST OPERASI SECTIO CAESAREA HARI KE-1
DENGAN INDIKASI KETUBAN PECAH DINI DI RUANG
OBGYN RUMAH SAKIT PREMIER
SURABAYA**



Oleh :

YURISTA PRAHESTI NINGRUM, S.Kep.

NIM. 193.0094

**PROGRAM STUDI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2020**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA Ny.E DENGAN
DIAGNOSA P000II POST OPERASI SECTIO CAESAREA HARI KE-1
DENGAN INDIKASI KETUBAN PECAH DINI DI RUANG
OBGYN RUMAH SAKIT PREMIER
SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
gelar Ners**



Oleh :

YURISTA PRAHESTI NINGRUM, S.Kep.

NIM. 193.0094

**PROGRAM STUDI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2020**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis , semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes HangTuah Surabaya.

Surabaya, 16 Juli 2020

penulis

YURISTA PRAHESTI NINGRUM, S.Kep.

NIM. 193.0094

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : **YURISTA PRAHESTI NINGRUM, S.Kep.**

NIM : **193.0094**

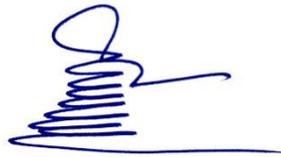
Program Studi : **PENDIDIKAN PROFESI NERS**

Judul : **Asuhan Keperawatan Pada Ny.E dengan Diagnosa P000II Post Op Sectio Caesarea Hari ke-1 dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini di Ruang Obgyn Rumah Sakit Premier**

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan Karya Ilmiah Akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk mempereoleh gelar:

NERS (Ns)

Pembimbing



Puji Hastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIP.03010

Di tetapkan di : **STIKES Hang Tuah Surabaya**

Tanggal : **22 Juli 2020**

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Yurista Prahesti Ningrum, S.Kep

NIM : 193.0094

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny.E dengan Diagnosa P000II Post Op Sectio Caesarea Hari ke-1 dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini di Ruang Obygn Rumah Sakit Premier

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS” pada Prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep

NIP. 03010

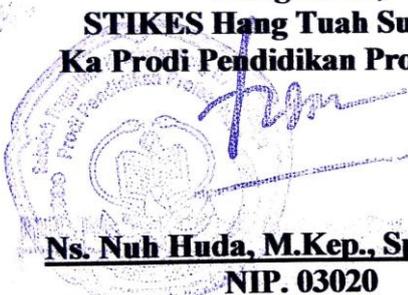
Penguji II : Iis Fatmawati, S.Kep., Ns., M.Kes

NIP. 03067





Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners



Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.
NIP. 03020

Di tetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 23 Juli 2020

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran Karya Ilmiah Akhir ini bukan hanya karena kemampuan penulis demi terselesaikannya penulisan. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Wiwiek Liestyanigrum, S.kep., M.Kep. selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi Pendidikan Profesi Ners.
2. Puket 1, Puket 2, dan Puket 3, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi Pendidikan Profesi Ners.
3. Bapak Ns. Nuh Huda, M. Kep., Sp KMB. Selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi Pendidikan Profesi Ners.
4. Ibu Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing institusi yang telah memberikan waktunya untuk membimbing dengan penuh kesabaran dan selalu memberikan motivasi.

5. Ibu Iis Fatimawati, S.Kep., Ns., M.Kes sebagai penguji II yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners
6. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah hingga klinik yang membantu dalam penyempurnaan penulisan Karya Tulis Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisan.
7. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dukungan semangat sehingga Karya Tulis Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah Akhir ini masih memiliki banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritis yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Tulis Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 16 Juli 2020

Penulis

Yurista Prahesti Ningrum, S.Kep.

DAFTAR ISI

| | |
|--|------------|
| COVER.... | i |
| HALAMAN JUDUL | i |
| SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN | ii |
| HALAMAN PERSETUJUAN | iii |
| HALAMAN PENGESAHAN..... | iv |
| KATA PENGANTAR..... | v |
| DAFTAR ISI..... | vii |
| DAFTAR TABEL | x |
| DAFTAR GAMBAR..... | xi |
| DAFTAR LAMPIRAN | xii |
| BAB 1 PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang..... | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 4 |
| 1.3 Tujuan..... | 4 |
| 1.3.1 Tujuan Umum..... | 4 |
| 1.3.2 Tujuan Khusus..... | 5 |
| 1.4 Manfaat..... | 6 |
| 1.5 Metode Penulisan | 7 |
| 1.6 Sistematika Penulisan | 8 |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA..... | 9 |
| 2.1 Konsep Teori Sectio Caesaria | 9 |
| 2.1.1 Definisi | 9 |
| 2.1.2 Etiologi | 9 |
| 2.1.3 Indikasi dilakukan Sectio Caesaria..... | 10 |
| 2.1.4 Patofisiologi..... | 11 |
| 2.1.5 WOC..... | 12 |
| 2.1.6 Komplikasi | 13 |
| 2.1.6 Pemeriksaan Penunjang..... | 13 |
| 2.1.7 Penatalaksanaan..... | 14 |
| 2.1.8 Jenis-Jenis Sectio Caesarea | 16 |
| 2.2 Konsep Penyakit Ketuban Pecah Dini (KPD) | 17 |
| 2.2.1 Definisi | 17 |

| | | |
|--------------|--|-----------|
| 2.2.2 | Etiologi | 18 |
| 2.2.3 | Mekanisme pecahnya selaput ketuban | 19 |
| 2.2.4 | Manifestasi klinis..... | 20 |
| 2.2.5 | Patofisiologi..... | 20 |
| 2.2.6 | Pemeriksaan penunjang | 22 |
| 2.2.7 | Penatalaksanaan..... | 22 |
| 2.3 | Konsep Teori Masa Nifas | 24 |
| 2.3.1 | Definisi | 24 |
| 2.3.2 | Fisiologi Nifas | 24 |
| 2.3.3 | Patofisiologi Masa Nifas | 28 |
| 2.4 | Konsep Teori Asuhan Keperawatan | 31 |
| 2.4.1 | Pengkajian Keperawatan | 34 |
| 2.4.2 | Diagnosa Keperawatan | 38 |
| 2.4.3 | Perencanaan Keperawatan..... | 38 |
| 2.4.4 | Pelaksanaan Keperawatan | 44 |
| 2.4.5 | Evaluasi Keperawatan | 45 |
| BAB 3 | TINJAUAN KASUS..... | 46 |
| 3.1 | Pengkajian | 46 |
| 3.1.1 | Identitas | 46 |
| 3.1.2 | Keluhan Utama | 46 |
| 3.1.3 | Riwayat Kondisi Saat Ini..... | 46 |
| 3.1.4 | Diagnosa Medik..... | 47 |
| 3.1.5 | Riwayat Obstetri..... | 47 |
| 3.1.6 | Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas | 48 |
| 3.1.7 | Riwayat Persalinan dan Post Partum Sekarang | 49 |
| 3.1.8 | Data Bayi | 49 |
| 3.1.9 | Riwayat Keluarga Berencana | 49 |
| 3.1.10 | Riwayat Kesehatan | 50 |
| 3.1.11 | Riwayat Lingkungan | 50 |
| 3.1.12 | Aspek Psikososial | 50 |
| 3.1.13 | Kebutuhan Dasar Khusus (di Rumah dan di Rumah Sakit) | 50 |
| 3.1.14 | Pemeriksaan Fisik..... | 51 |
| 3.1.15 | Kesiapan Dalam Perawatan Bayi | 54 |
| 3.1.16 | Data Penunjang..... | 54 |
| 3.2 | Diagnosa Keperawatan | 55 |
| 3.3 | Prioritas Masalah Keperawatan | 57 |

| | | |
|--------------|--|-----------|
| 3.4 | Intervensi Keperawatan | 58 |
| 3.5 | Implementasi dan Evaluasi Keperawatan..... | 62 |
| BAB 4 | PEMBAHASAN | 71 |
| 4.1 | Pengkajian | 71 |
| 4.1.1 | Identitas | 71 |
| 4.1.2 | Riwayat kondisi saat ini..... | 72 |
| 4.1.3 | Riwayat obstetrik..... | 73 |
| 4.1.4 | Pemeriksaan fisik..... | 74 |
| 4.1.5 | Pemeriksaan penunjang | 76 |
| 4.2 | Diagnosa Keperawatan | 77 |
| 4.3 | Intervensi Keperawatan | 80 |
| 4.4 | Implementasi Keperawatan | 82 |
| 4.5 | Evaluasi Keperawatan | 85 |
| BAB 5 | PENUTUP..... | 88 |
| 5.1 | Simpulan..... | 88 |
| 5.2 | Saran | 89 |
| | DAFTAR PUSTAKA | 91 |
| | Lampiran 01 | 93 |
| | Lampiran 02 | 94 |

DAFTAR TABEL

| | | |
|-----------|---|----|
| Tabel 2.1 | Involusi Uterus..... | 16 |
| Tabel 2.2 | Diagnosa Keperawatan pada pasien Post Op SC berdasarkan tinjauan pustaka..... | 35 |
| Tabel 3.1 | Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas pada Ny.E dengan Post Op Sectio Caesarea dengan indikasi KPD di Ruang Obgyn VIP RS Premier Surabaya pada tanggal 09 Maret 2020..... | 45 |
| Tabel 3.3 | Hasil pemeriksaan penunjang pada Ny.E dengan Post Op Sectio Caesarea dengan indikasi KPD di Ruang Obgyn VIP RS Premier Surabaya pada tanggal 08 Maret 2020..... | 52 |
| Tabel 3.3 | Terapi medis pada Ny.E dengan Post Op Sectio Caesarea dengan indikasi KPD di Ruang Obgyn VIP RS Premier Surabaya pada tanggal 08 Maret 2020..... | 52 |
| Tabel 3.4 | Daftar analisa data pada Ny.E dengan Post Op Sectio Caesarea dengan indikasi KPD di Ruang Obgyn VIP RS Premier Surabaya pada tanggal 09 Maret 2020..... | 53 |
| Tabel 3.4 | Daftar prioritas masalah keperawatan pada Ny.E dengan Post Op Sectio Caesarea dengan indikasi KPD di Ruang Obgyn VIP RS Premier Surabaya pada tanggal 09 Maret 2020..... | 55 |
| Tabel 3.5 | Intervensi Keperawatan pada Ny.E dengan Post Op Sectio Caesarea dengan indikasi KPD di Ruang Obgyn VIP RS Premier Surabaya pada tanggal 09 Maret 2020..... | 56 |
| Tabel 3.6 | Implementasi dan Evaluasi Keperawatan pada Ny.E dengan Post Op Sectio Caesarea dengan indikasi KPD di Ruang Obgyn VIP RS Premier Surabaya pada tanggal 09 Maret 2020..... | 60 |

DAFTAR GAMBAR

| | | |
|------------|---|----|
| Gambar 2.1 | Jenis-jenis sectio caesarea..... | 16 |
| Gambar 2.2 | Perubahan keadaan servik / Inkompentensia servik..... | 18 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | | |
|-------------|-------------------------------|----|
| Lampiran 01 | <i>Curriculum Vitae</i> | 95 |
| Lampiran 02 | Motto dan Persembahan..... | 96 |

DAFTAR SINGKATAN

| | |
|------|-------------------------------|
| SC | : Sectio Caesarea b |
| Op. | : Operasi |
| < | : Kurang |
| Ny | : Nyonya |
| Tn | : Tuan |
| TTV | : Tanda Tanda Vital |
| RR | : <i>Respiration Rate</i> |
| TD | : Tekanan Darah |
| N | : Nadi |
| S | : Suhu |
| GCS | : <i>Glassglow Coma Scale</i> |
| HB | : Hemoglobin |
| WBC | : <i>White Blood Cells</i> |
| IV | : Intra Vena |
| Inj. | : Injeksi |
| mg | : Miligram |
| gr | : Gram |
| PO | : Per Oral |
| cm | : centimeter |

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Section Caesaria adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding Rahim dengan syarat Rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Sarwono, 2013). Indikasi dalam sectio caesaria salah satunya adalah ketuban pecah dini, ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan mulai dan di tunggu satu jam sebelum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm diatas 37 minggu, sedangkan di bawah 36 minggu tidak terlalu banyak. Ketuban pecah dini merupakan masalah kontroversi obstetri dalam kaitannya dengan penyebabnya (Manuaba, 2010). Hal-hal yang akan terjadi jika bayi tidak segera dilahirkan adalah sepsis, asfiksia dan berisiko mengalami gangguan perkembangan, penyakit paru kronis, hidrocefalus, dan lumpuh otak (*cerebral palsy*). Masalah keperawatan post SC dengan indikasi KPD yang muncul yaitu, nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, defisit perawatan diri, risiko infeksi dan kerusakan integritas kulit (Pertiwi, 2019). *World Health Organization* (WHO) angka kejadian Sectio Caesarea meningkat di negara-negara berkembang. Melahirkan melalui operasi caesar baik atas indikasi medis maupun atas permintaan pihak pasien kini meningkat dari tahun ke tahun. Bahkan dari observasi peneliti didapatkan kenyataan angka operasi caesar dengan indikasi ketuban pecah dini di rumah sakit swasta setiap tahunnya meningkat.

WHO menetapkan indikator persalinan Sectio Caesarea 10-15 % untuk setiap Negara, jika tidak sesuai indikasi operasi Sectio Caesarea dapat

meningkatkan resiko morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi (Falentina, 2019). Berdasarkan hasil Riskesdas 2018 menyatakan terdapat 15,3% persalinan dilakukan melalui operasi. Provinsi tertinggi dengan persalinan melalui Sectio Caesarea adalah DKI Jakarta (27,2%), Kepulauan Riau (24,7%), dan Sumatera Barat (23,1%), di Jawa timur kasus ketuban pecah dini pada 2013 sebanyak 18% (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2013). Presentasi pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Indonesia menunjukkan kecenderungan peningkatan dari tahun 2005 sampai dengan tahun 2015. Namun demikian terdapat penurunan dari 90,88% pada tahun 2013 menjadi 88,55% pada tahun 2015. Kelahiran melalui SC yang di rencanakan sebanyak 56% di antaranya gameli, preeklamsi, letak sungsang, penyakit yang di derita, SC pengulangan dan keinginan sendiri. Sedangkan SC yang di rencanakan seperti fetal distress, KPD, CPD dan gagal induksi sebanyak 44% (Welan, 2019).

Saat ini kebanyakan ibu sudah mengetahui apa saja macam macam penyulit persalinan, salah satunya adalah ketuban pecah dini. Namun banyak juga ibu hamil yang tidak bisa membedakan air ketuban yang pecah dengan urin yang keluar karena tekanan kandung kemih, karena dalam keadaan janin yang semakin membesar akan menekan kandung kemih yang menyebabkan ibu hamil lebih sering buang air kecil. Karena ketuban yang pecah sebelum waktunya tidak disertai dengan kontraksi maupun lendir atau darah, biasanya ibu tidak terlalu khawatir dengan keadaan tersebut. Oleh sebab itu saat datang kerumah sakit ibu dengan ketuban pecah dini biasanya datang dengan keluhan gerakan bayi melemah tidak seperti biasanya. Kondisi seperti itu harus segera dilakukan penanganan secepatnya, jika tidak hal itu dapat menyebabkan permasalahan bagi

janin dan juga ibu Penanganan ketuban pecah dini dapat dilakukan dengan dua cara yaitu persalinan normal dengan operasi *sectio caesar*. Pada pasien yang tidak ada kontraksi atau tidak merasakan gejala apapun meskipun sudah di induksi, dokter akan segera menjadwalkan untuk operasi *sectio caesarea*. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam obstetri berkaitan dengan penyakit prematur dan terjadinya infeksi khorioamnionitis (radang pada khorion dan amnion), selain itu juga terjadinya infeksi puerperalis (nifas) akibat luka jalan lahir pasca persalinan yang terdiri dari infeksi bersifat ringan, sedang dan berat. Jika tidak segera dilakukan tindakan maka kemungkinan besar atau dampak terburuknya akan terjadi sepsis yang ditandai dengan peradangan akut di seluruh tubuh, demam, peningkatan leokosit, denyut jantung tinggi. Penyebab sebagian besar gejala sepsis berakibat pada kerusakan organ serta pembuluh darah, dengan perawatan segera pun mungkin akan berkembang menjadi sindrom disfungsi organ multipel dan akhirnya kematian. Resiko yang dapat ditimbulkan pada bayi dengan kelahiran *sectio caesar* adalah salah satunya pengaruh anestesi dengan kejadian asfiksia neonatorum karena anestesi pada *sectio caesarea* dapat mempengaruhi aliran darah dengan mengubah tekanan perfusi atau resistensi vaskuler baik secara langsung maupun tidak langsung. Spinal anestesi dan general anestesi mempunyai pengaruh yang berbeda pada ibu dan janinnya (Setyobudi, 2018).

Berbagai masalah yang di timbulkan akibat post partum dengan *sectio caesaria* indikasi ketuban pecah dini membutuhkan keterampilan dan pengetahuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien. Perawat harus mampu memberikan perawatan yang komprehensif, berkesinambungan, teliti dan sabar sesuai dengan masalah klien agar tidak terjadi berbagai komplikasi. Untuk

menanggulangi hal tersebut maka dibutuhkan peran dan fungsi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dengan benar, meliputi promotif (*Health education*), preventif (Menjaga daya tahan tubuh dan menjaga kebersihan), kuratif (Penyembuhan dan pengobatan) dengan cara melakukan mobilisasi setelah operasi caesar dan pantau intake untuk mempercepat proses pemulihan dan rehabilitatif (pemulihan) dengan cara banyak istirahat, makan-makanan yang sehat dan bergizi untuk meningkatkan kondisi kesehatan tubuh. Sehingga muncul pentingnya studi kasus dengan judul asuhan keperawatan post sectio caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD) di RS Premier Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan ini maka penulis akan melakukan kajian lebih dengan melakukan asuhan keperawatan Maternitas dengan diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Ny.E dengan Diagnosa P000II Post Sectio Caesarea Hari ke-1 dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Obgyn VIP Rumah Sakit Premier Surabaya?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan pada Ny.E dengan Diagnosa P000II Post Sectio Caesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Obgyn VIP Rumah Sakit Premier Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada Ny.E dengan Diagnosa P000II Post Sectio Caesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Obgyn VIP Rumah Sakit Premier Surabaya.
2. Melakukan penegakan diagnosa keperawatan pada Ny.E dengan Diagnosa P000II Post Sectio Caesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Obgyn VIP Rumah Sakit Premier Surabaya.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosa keperawatan pada Ny.E dengan Diagnosa P000II Post Sectio Caesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Obgyn VIP Rumah Sakit Premier Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny.E dengan Diagnosa P000II Post Sectio Caesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Obgyn VIP Rumah Sakit Premier Surabaya.
5. Melakukan evaluasi pada Ny.E dengan Diagnosa P000II Post Sectio Caesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Obgyn VIP Rumah Sakit Premier Surabaya.
6. Melakukan pendokumentasian pada Ny.E dengan Diagnosa P000II Post Sectio Caesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Obgyn VIP Rumah Sakit Premier Surabaya.
7. Menganalisa antara teori dan evidence based dengan kasus pada Ny.E dengan Diagnosa P000II Post Sectio Caesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Obgyn VIP Rumah Sakit Premier Surabaya.

1.4 Manfaat

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini :

1. Akademis

Hasil studi kasus ini memberikan informasi terbaru bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada Ibu dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD).

2. Bagi pelayanan kesehatan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi tambahan referensi bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada Ibu dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD).

3. Bagi peneliti

Hasil studi kasus ini dapat menjadi salah satu referensi bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada Ibu dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD).

4. Bagi profesi kesehatan

Sebagai riset keperawatan tentang studi kasus dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada Ibu dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD).

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah – langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data yang diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien dan rekam medis

b. Observasi

Data diperoleh secara langsung melalui pengamatan terhadap reaksi dan sikap Ibu yg diamati.

c. Pemeriksaan

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

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data Primer adalah data yang diperoleh dari pasien langsung.

b. Data Sekunder

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

4. Studi Kepustakaan

Mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

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

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing – masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang Latar Belakang, Masalah, Tujuan, Manfaat, Penelitian dan sistematika Penulisan studi Kasus.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan Hiscrhsprung Pasca Operasi Abdominal Pull – Throught serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dan kenyataan yang dilapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan klien post section caesarea dengan indikasi KPD. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul, dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengmantauan, diagnose, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.1 Konsep Teori Sectio Caesaria

2.1.1 Definisi

Section Caesaria adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding Rahim dengan syarat Rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Sarwono, 2013).

Sectio Caesaria adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding rahim (Mansjoer, 2010).

Berdasarkan pengertian di atas maka dapat disimpulkan bahwa sectio caesaria dengan indikasi insufisiensi plasenta adalah tindakan operasi untuk mengeluarkan bayi dengan insisi pada dinding abdomen dan uterus dalam keadaan utuh serta berat diatas 500 gram dengan indikasi insufisiensi plasenta.

2.1.2 Etiologi

Umumnya indikasi ibu di lakukan section caesaria adalah ruptur uteri iminen, perdarahan ante partum, ketuban pecah dini. Sedangkan indikasi dari janin adalah fatal disters dan janinbesar melebihi 4.000 gram. Dari beberapa factor section caesaria diatas dapat diuraikan beberapa penyebab section caesaria

sebagai berikut: CPD (Cepalo Pelvik Disproportion), PEB, bayi kembar, kelainan letak, ketuban pecah dini.

Menurut (Prawirohardjo, 2011), penyebab faktor plasenta dikenal dengan insufisiensi plasenta. Faktor plasenta dapat dikembalikan pada faktor ibu. Insufisiensi plasenta umumnya berkaitan erat dengan aspek morfologi dari plasenta. Dipandang dari sudut kepentingan janin sebuah plasenta mempunyai fungsi-fungsi yaitu : respirasi, nutrisi, ekskresi, sebagai liver sementara (transient fetal liver), endokrin dan sebagai gudang penyimpanan dan pengatur fungsi metabolisme.

Dalam klinis fungsi ganda ini tidak dapat dipisah-pisahkan dengan nyata, yang dapat dikenal hanyalah tanda-tanda kegagalan keseluruhannya yang bisa nyata dalam masa hamil dan menyebabkan hambatan pertumbuhan intrauterin atau kematian intrauterin, atau menjadi nyata dalam waktu persalinan dengan timbulnya gawat janin atau hipoksia janin dengan segala akibatnya.

Ibu hamil yang beresiko tinggi, yaitu pada diabetes mellitus, hipertensi, pre-eklamsi, penyakit ginjal, penyakit jantung, primitua, perdarahan antepartum, iso-imunisasi rhesus, kehamilan ganda, post maturisasi, dan riwayat obstetrik yang buruk, maka janin harus dimonitor sebaik-baiknya

2.1.3 Indikasi dilakukan Sectio Caesaria

Sectio caesarea dilakukan atas 3 indikasi yaitu: faktor janin, kondisi fetus atau janin dalam kandungan menunjukkan kondisi yang mengarah pada section, yaitu karena insufisiensi plasenta. Makakeputusan persalinan dengan jalan section dapat diambil sebelum terjadinya persalinan. Berbeda ketika terjadi kelainan

denyut jantung pada tes stres oksitosin dan pada perawatan mekonium dalam cairan omnion keduanya adalah indikator yang sangat penting

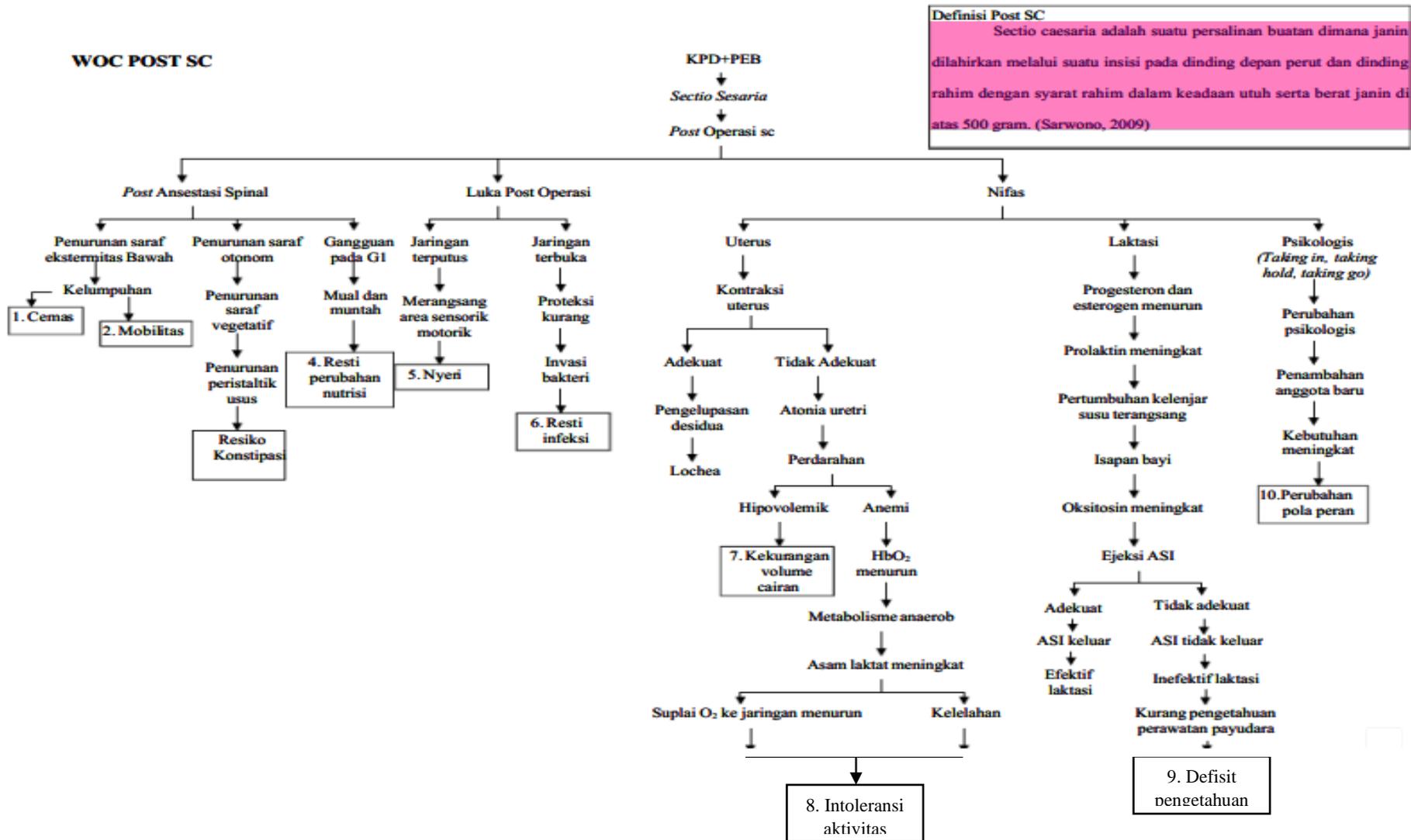
2.1.4 Patofisiologi

Pada operasi sectio caesarea transperitonia ini terjadi perlukaan pada dinding abdomen (kulit dan otot perut) dan pada dinding uterus. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi penyembuhan dari luka operasi antara lain adalah suplay darah, infeksi dan iritasi. Dengan adanya supply darah yang baik akan berpengaruh terhadap kecepatan proses penyembuhan sebagai berikut: Sewaktu incise (kulit diiris), maka beberapa sel epitel, sel dermis dan jaringan kulit akan mati. Runag incise akan diisi oleh gumpalan darah dalam 24 jam pertama akan mengalami reaksi radang mendadak.

Dalam 2-3 hari kemudian, eksudat akan mengalami resolusi proliferasi (pelipat gandaan) fibroblast mulai terjadi. Pada hari ke 3-4 gumpalan darah mengalami organisasi, Pada hari ke 5 tensile strength (kekuatan untuk mencegah terbuka kembali luka) mulai timbul, yang dapat mencegah terjadi dehiscence (merekah). Pada hari 7-8, epitelisasi terjadi dan luka akan sembuh. Kecepatan epitelisasi adalah 0,5 mm per hari, berjalan dari tepi luka ke arah tengah atau terjadi dari sisa-sisa epitel dalam dermis. Pada hari ke 14-15, tensile strength hanya 1/5 maksimum. Tensile strength mencapai maksimum dalam 6 minggu. Untuk itu pada seseorang dengan riwayat Sectio Caesarea dianjurkan untuk tidak hamil pada satu tahun pertama setelah operasi.

2.1.5 WOC

Sumber : (Prawirohardjo, 2014)



2.1.6 Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi ketika dilakukannya tindakan operasi sectio caesar adalah sebagai berikut :

1. Infeksi puerperalis

Komplikasi yang bersifat ringan, seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas atau dapat juga bersifat berat seperti peritonitis, sepsis dan lain-lain. Infeksi post operasi terjadi apabila sebelum pembedahan sudah ada tanda dan gejala infeksi intrapartum atau ada faktor yang merupakan predisposisi terhadap kelainan itu. Bahaya infeksi dapat diperkecil dengan pemberian antibiotika, tetapi tidak dapat dihilangkan sama sekali, terutama Sectio Caesarea klasik dalam hal ini lebih berbahaya daripada Sectio Caesareatransperitonealis profunda

2. Perdarahan

Perdarahan banyak bias timbul pada waktu pembedahan jika cabang Arteria uterine ikut terbuka atau karena Atonia uteri.

3. Komplikasi lain

Luka kandung kemih dan embolisme paru-paru. Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak ialah kurang kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bias Ruptura uteri. Kemungkinan hal ini lebih banyak ditemukan sesudah Sectio Caesarea.

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan pada pasien post op sectio caesarea adalah sebagai berikut :

1. Hemoglobin atau hematocrit (HB/Ht) untuk mengkaji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan
2. Leukosit (WBC) mengidentifikasi adanya infeksi
3. Tes golongan darah, lama pendarahan, waktu pembekuan darah
4. Urinalisis / kultur urine
5. Pemeriksaan elektrolit

2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang perlu dilakukan pada pasien post op sectio caesarea adalah sebagai berikut :

1. Pemberian cairan

Karena 6 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 diberikan DS 10%, garam fisiologis dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfuse darah sesuai kebutuhan.

2. Diet

Pemberian cairan intravena biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6-8 jam pasca operasi, berupa air putih dan teh.

3. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi: 1) Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6-10 jam setelah operasi. 2) Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar. 3) Hari kedua post operasi, penderita dapat di dudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya. 4) Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler). 5) Selanjutnya selama beturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca operasi.

4. Katerisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan mneyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpaang 24-48 jam / lebih lama tergantung jeis operasi.

5. Pemberian obat-obatan

a. Antibiotic

Cara pemilihan dan pemberian sangat berbeda disetiap institusi dan berdasarkan resep dokter.

b. Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan

supositoria (ketopropen sup 2x / 24 jam), oral (tramadol tipa 6 jam / paracetamol), Injeksi pentidine 90-75 mg diberikan setiap 6 jam bila perlu.

c. Obat-obatan lain

Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum pasien dapat diberikan caboransia seperti Neurobion I vit.C

6. Perawatan luka

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

7. Perawatan rutin

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

2.1.8 Jenis-Jenis Sectio Caesarea

Sectio caesarea abdominalis dibagi menjadi 3 cara yaitu yang pertama sectio caesarea klasik atau corporaldengan insisi memanjang pada korpus uteri, kemudian yang kedua yaitu: sectio caesarea ismika atau profunda atau low cervical dengan insisi pada segmen bawah rahim, dan kemudian yang terakhir sectio caesarea ekstraparitonialis, yaitu tanpa membuka peritonium parietalis, dengan demikian tidak membuka cavum abdominal.

Sectio caesarea vaginalis, menurut sayatan pada rahim sectio caesarea dapat dilakukan sebagai berikut: sayatan memanjang (longitudinal), sayatan melintang (transversal), dan yang terakhir menggunakan sayatan huruf T (tinsicion).Sectio caesarea klasik dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira 10 cm (Indiarti, 2011).



Gambar 2.1 : Jenis-jenis sectio caesarea

A. Sectio caecerea longitudinal B. Sectio caecarea transversal

2.2 Konsep Penyakit Ketuban Pecah Dini (KPD)

2.2.1 Definisi

Terdapat beberapa pengertian tentang KPD, jika dilihat dari pembukaan serviks, maka KPD diartikan sebagai pecahnya ketuban sebelum inpartu yaitu bila pembukaan serviks pada primipara kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm (Sepduwiana, 2011). Sedangkan jika dilihat dari kapan pecahnya ketuban, maka KPD dapat diartikan sebagai pecahnya ketuban sebelum ada tandatanda persalinan dan ditunggu satu jam belum dimulainya tanda persalinan (Aisyah & Oktarina, 2012)

Menurut (Prawirohardjo, 2014) KPD merupakan keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Bila terjadi KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu, disebut KPD pada kehamilan prematur. Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami KPD. Menurut American college of Obstricans and gynecologist (2007) mengatakan Premature Ruptured of Membranes (PROM) adalah pecahnya membran ketuban janin secara spontan sebelum usia 37 minggu atau sebelum persalinan dimulai. Hal ini disebabkan oleh berbagai hal, tetapi banyak yang percaya bahwa infeksi intra uterine adalah faktor predisposisi utama (Iriyanti & Bayu, 2014).

6. Keadaan sosial ekonomi
7. Faktor lain :
 - a. Faktor golongan darah, akibat golongan darah ibu dan anak yang tidak sesuai dapat menimbulkan kelemahan bawaan
 - b. Termasuk kelemahan jaringan kulit ketuban.
 - c. Faktor disproporsi antar kepala janin dan panggul ibu (CPD).
 - d. Faktor multi graviditas, merokok dan perdarahan antepartum.
 - e. Defisiensi gizi dari tembaga atau asam askorbat/ vitamin C (Nugroho, 2011)

2.2.3 Mekanisme pecahnya selaput ketuban

Ketuban pecah dalam persalinan secara umum disebabkan kontraksi uterus dan peregangan berulang. Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh, bukan karena seluruh selaput ketuban rapuh. Terdapat keseimbangan antara sintesis dan degradasi ekstraselular matriks. Perubahan struktur, jumlah sel, dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah. Faktor risiko untuk terjadinya KPD adalah:

1. Berkurangnya asam askorbik sebagai komponen kolagen
2. Kekurangan tembaga dan asam askorbik yang berakibat pertumbuhan struktur abnormal karena antara lain merokok.

Degradasi kolagen dimediasi oleh matriks metaloproteinase (MMP) yang dihambat oleh inhibitor jaringan spesifik dan inhibitor protease. Mendekati waktu persalinan, keseimbangan antara MMP dan TIMP-1 mengarah pada degradasi

proteolitik dari matriks ekstra seluler dan membran janin. Aktivitas degradasi proteolitik ini meningkat menjelang persalinan. Pada penyakit periodontitis dimana terdapat peningkatan MMP, cenderung terjadi KPD. Selaput ketuban sangat kuat pada kehamilan muda, dan pada trimester ketiga selaput ketuban mudah pecah. Melemahnya kekuatan selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin. Pada trimester akhir terjadi perubahan biokimia pada selaput ketuban. Pecahnya selaput ketuban pada kehamilan aterm merupakan hal yang fisiologis. KPD pada prematur disebabkan oleh adanya faktor-faktor eksternal, misalnya infeksi yang menjalar dari vagina. KPD prematur sering terjadi pada polihidromnion, inkompeten serviks, solusio plasenta (Prawirohardjo, 2014).

2.2.4 Manifestasi klinis

Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, berwarna pucat, cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi, bila anda duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya “menganjal” atau “menyumbat” kebocoran untuk sementara. Sementara itu, demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Nugroho, 2011)

2.2.5 Patofisiologi

Infeksi dan inflamasi dapat menyebabkan ketuban pecah dini dengan menginduksi kontraksi uterus dan atau kelemahan fokal kulit ketuban. Banyak mikroorganisme serviko vaginal, menghasilkan fosfolipid C yang dapat

meningkatkan konsentrasi secara local asam arakhidonat, dan lebih lanjut menyebabkan pelepasan PGE2 dan PGF2 alfa selanjutnya menyebabkan kontraksi myometrium. Pada infeksi juga dihasilkan produk sekresi akibat aktifitas monosit/makrofag, yaitu sitokrin, interleukin 1, factor nekrosis tumor dan interleukin 6. Platelet activating factor yang di produksi oleh paru-paru dan ginjal janin yang di temukan dalam cairan amnion, secara sinergis juga mengaktifasi pembentukan sitokinin. Endotoksin yang termasuk kedalam cairan amnion juga akan merangsang sel-sel desidua untuk memproduksi sitokinin dan kemudian prostaglandin yang menyebabkan dimulainya persalinan.

Adanya kelemahan local atau perubahan kulit ketuban adalah mekanisme lain terjadinya ketuban pecah dini akibat infeksi dan inflamasi. Enzim bacterial dan produk host yang disekresikan sebagai respon untuk infeksi dapat menyebabkan kelemahan dan rupture kulit ketuban. Banyak flora servikovaginal komensal dan patogenik mempunyai kemampuan memproduksi protease dan kolagenase yang menurunkan kekuatan tenaga kulit ketuban. Elastase leukosit polimorfo nuclear secara spesifik dapat mencegah kolagen tipe III pada manusia. Membuktikan bahwa infiltrasi leukosit pada kulit ketuban yang terjadi karena kolonisasi bakteri atau infeksi dapat menyebabkan pengurangan kolagen tipe III dan menyebabkan ketuban pecah dini.

Kolagenase yang dihasilkan netrofil dan makrofag, nampaknya melemahkan kulit ketuban. Sel inflamasi manusia juga menguraikan arti factor plasminogen menjadi plasmin, potensial menjadi penyebab ketuban pecah dini.

2.2.6 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan pada pasien dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) antara lain :

1. Pemeriksaan laboratorium
 - a. Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa: warna, konsentrasi, bau dan pH nya.
 - b. Cairan yang keluar dari vagina ini ada kemungkinan air ketuban, urine atau secret vagina.
 - c. Tes lakmus (tes nitrazin), jika kertas lakmus berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (alkalis) dan jika kertas lakmus berubah menjadi merah menunjukkan urine. PH air ketuban 7-7,5, darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu.
 - d. Mikroskopik (tes pakis).
2. Pemeriksaan *Ultrasonografi* (USG)
 - a. Pemeriksaan ini di maksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri.
 - b. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidromnion (Nugroho Taufan, 2011)

2.2.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan KPD tergantung pada umur kehamilan tidak di ketahui secara pasti segera dilakukan pemeriksaan ultrasonografi (USG) untuk mengetahui umur kehamilan dan letak janin. Resiko yang lebih sering pada KPD dengan janin kurang bulan adalah RDS dibandingkan dengan sepsis. Oleh Karena

itu pada kehamilan kurang bulan perlu evaluasi hati-hati untuk menentukan waktu yang optimal untuk persalinan. Pada umur kehamilan matang, choriamnionitis yang diikuti dengan sepsis pada janin merupakan sebab utama meningkatnya morbiditas dan mortalitas janin. Pada kehamilan cukup bulan, infeksi janin langsung berhubungan dengan lama pecahnya selaput ketuban atau lamanya periode laten. Adapun penatalaksanaannya:

1. Konservatif
 - a. Rawat di rumah sakit.
 - b. Beri antibiotik: bila ketuban pecah > 6 jam berupa: Ampisilin 4x500 mg atau gentamycin 1x 80 mg.
 - c. Umur kehamilan < 32-34 minggu: dirawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
 - d. Bila usia kehamilan 32-34 minggu, masih keluar air ketuban, maka usia kehamilan 35 minggu dipertimbangkan untuk terminasi kehamilan (hal ini sangat tergantung pada kemampuan keperawatan bayi prematur).
 - e. Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intra uterine)
 - f. Pada usia kehamilan 32-34 minggu, berikan steroid untuk memacu kematangan paru-paru janin
2. Aktif
 - a. Kehamilan > 35 minggu: induksi oksitosin, bila gagal dilakukan seksio sesarea. Cara induksi: 1 ampul syntocinon dalam dektrosa 5 %, dimulai 4 tetes sampai maksimum 40 tetes/ menit.

- b. Pada keadaan CPD, letak lintang dilakukan secsio sesarea.
- c. Bila ada tanda infeksi: beri antibiotika dosis tinggi dan persalinan diakhiri (Taufan, 2011)

2.3 Konsep Teori Masa Nifas

2.3.1 Definisi

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Walyani&Purwoastuti,2015).

Masa nifas (puerperium) adalah masa pemulihan kembali mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil, lama masa nifas yaitu 6-8 minggu (Amru,2012).

Jadi masa nifas (puerperium) adalah masa pemulihan alat-alat kandungan dari persalinan hingga kembali ke kondisi seblum hamil, terjadi kurang lebih selama 6 minggu.

2.3.2 Fisiologi Nifas

Perubahan yang terjadi selama masa nifas post section caesarea antara lain:

1. Perubahan Sistem Reproduksi

Perubahan-perubahan alat genital ini dalam keseluruhan disebut involusi. Disamping involusi ini, terjadi juga perubahan-perubahan penting lain, yakni hemokonsentrasi dan timbulnya laktasi. Yang terakhir ini karena pengaruh lactogenic hormone dari kelenjer hipofisis terhadap kelenjar-kelenjar mammae.

- a. Tinggi fundus dan kontraksi uterus, akibat proses involusi TFU mengalami penurunan sampai keadaan sebelum hamil. Kontraksi keras pada uterus berarti baik, dan sebaliknya.

Tabel 2.1 : Involusi Uterus

| Involusi uterus | TFU |
|-----------------------|-------------------------|
| Hari ke-1 | Setinggi pusat |
| Hari ke-2 | 1-2 jari di bawah pusat |
| Hari ke-3 | Pertengahan simpisis |
| Hari ke-7 | 3 jari di atas simpisis |
| Hari ke-9 | 1 jari di atas simpisis |
| Hari ke-10 atau ke-12 | Tidak teraba dari luar |

(Sarwono, 2010)

- b. Loche

Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa nifas. Jenis – Jenis Lochea menurut Suherni (2009), yaitu : Lochea rubra (Cruenta), berisi darah segar sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, vernix caseosa, lanugo dan meconium, selama 2 hari pasca persalinan. Lochea sanguinolenta, warnanya merah kuning berisi darah dan lender terjadi pada hari ke-3-7 pasca persalinan. Lochea serosa, berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah lagi pada hari ke-7-14 pasca persalinan. Lochea alba, cairan putih yang terjadinya pada hari setelah 2 minggu pasca persalinan. Lochea parulenta, ini karena terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk. Lochiotosis, lochea tidak lancar keluarnya.

c. Endometrium

Perubahan pada endometrium adalah trombosis, degenerasi, dan nekrosis ditempat implantasi plasenta. Pada hari pertama tebal endometrium 2,5 mm, mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua, dan selaput janin. Setelah tiga hari mulai rata, sehingga tidak ada pembentukan jaringan parut pada bekas implantasi plasenta (Saleha, 2009).

d. Serviks

Perubahan yang terjadi pada servik ialah bentuk servik agak mengangah seperti corong, segera setelah bayi lahir. Bentuk ini disebabkan oleh corpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan servik tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korvus dan servik berbentuk semacam cincin (Sulistyawati, 2009).

2. Perubahan Sistem Pencernaan

Sering terjadi konstipasi pada ibu setelah melahirkan. Hal ini disebabkan karena makanan padat dan kurang berserat selama persalinan. Disamping itu rasa takut buang air besar, sehubungan dengan jahitan pada perinium, jangan sampai lepas dan jangan takut akan rasa nyeri. Buang air besar harus dilakukan tiga sampai empat hari setelah persalinan (Sulistyawati, 2009).

3. Perubahan Perkemihan

Saluran kencing kembali normal dalam waktu 2-8 minggu, tergantung pada keadaan sebelum persalinan, lamanya partus kala dua dilalui, besarnya tekanan kepala yang menekan pada saat persalinan (Rahmawati, 2009).

4. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah melahirkan. Pembuluh-pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah plasenta dilahirkan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fascia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retropleksi karena ligamentum rotundum menjadi kendur. Tidak jarang pula wanita mengeluh kandungannya turun setelah melahirkan karena ligamen, fascia, jaringan penunjang alat genetalia menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan (Sulistyawati, 2009).

5. Perubahan Tanda-tanda Vital

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 derajat celsius. Sesudah partus dapat naik kurang lebih 0,5 derajat celsius dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 8 derajat celsius. Sesudah dua jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Nila suhu lebih dari 38 derajat celsius, mungkin terjadi infeksi pada pasien. Nadi berkisar antara 60-80 denyutan permenit setelah partus, dan dapat terjadi Bradikardia. Bila terdapat takikardia dan suhu tubuh tidak panas. Mungkin ada pendarahan berlebihan atau ada vitium kordis pada penderita pada masa nifas umumnya denyut nadi labil dibandingkan dengan suhu tubuh.

Pernafasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula. Tekanan darah pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi postpartum akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat

penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam setengah bulan tanpa pengobatan (Saleha, 2009).

2.3.3 Patofisiologi Masa Nifas

Patofisiologi masa nifas adalah suatu tanda yang abnormal yang mengindikasikan adanya bahaya/ komplikasi yang dapat terjadi selama masa nifas, apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu (Pusdiknakes,2011).

1. Perdarahan Post Partum

Perdarahan post partum adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir. Menurut waktu terjadinya di bagi atas 2 bagian, Perdarahan Post Partum Primer (Early Post Partum Hemorrhage) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir. Penyebab utama adalah atonia uteri, retensio placenta, sisa placenta dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama. Perdarahan post partum sekunder (Late Post Partum Hemorrhage) yang terjadi setelah 24 jam, biasanya terjadi antara hari ke 5 sampai 15 post partum. Penyebab utama adalah robekan jalan lahir dan sisa placenta.

Perdarahan post partum merupakan penyebab penting kematian maternal khususnya di negara berkembang. Faktor-faktor penyebab perdarahan post partum antara lain karena Grandemultipara., Jarak persalinan pendek kurang dari 2 tahun, Persalinan yang di lakukan dengan tindakan : pertolongan kala uri sebelum waktunya, pertolongan persalinan oleh dukun, persalinan dengan tindakan paksa, persalinan dengan narkosa

2. Lochea yang berbau busuk

Lochea adalah cairan yang dikeluarkan uterus melalui vagina dalam masa nifas sifat lochea alkalis, jumlah lebih banyak dari pengeluaran darah dan lendir waktu menstruasi dan berbau anyir (cairan ini berasal dari bekas melekatnya placenta). Apabila pengeluaran lochea lebih lama dari pada yang biasanya kemungkinan, tertinggalnya placenta atau selaput janin karena kontraksi uterus yang kurang baik, ibu yang tidak menyusui anaknya sehingga pengeluaran lochea rubra lebih banyak karena kontraksi uterus dengan cepat dan Infeksi jalan lahir, membuat kontraksi uterus kurang baik sehingga lebih lama mengeluarkan lochea dan lochea berbau anyir atau amis. Bila lochea bernanah dan berbau busuk, disertai nyeri perut bagian bawah kemungkinan diagnosis nya adalah metritis. Metritis adalah infeksi uterus setelah persalinan yang merupakan salah satu penyebab terbesar kematian ibu. Bila pengobatan terlambat atau kurang adekuat dapat menjadi abses pelvik, peritonitis, syok septik.

3. Pengecilan Rahim yang Terganggu

Involusi adalah keadaan uterus mengecil oleh kontraksi rahim dimana berat rahim dari 1000 gram saat setelah bersalin, menjadi 40-60mg 6 minggu kemudian. Bila pengecilan ini kurang baik atau terganggu di sebut sub-involusi. Faktor penyebab sub-involusi, antara lain: sisa plasenta dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri. Pada pemeriksaan bimanual di temukan uterus lebih besar dan lebih lembek dari seharusnya, fundus masih tinggi, lochea banyak dan berbau, dan tidak jarang terdapat pula perdarahan.

4. Nyeri pada perut dan pelvis

Tanda-tanda nyeri perut dan pelvis dapat menyebabkan komplikasi nifas seperti : Peritonitis. Peritonitis adalah peradangan pada peritonium, peritonitis umum dapat menyebabkan kematian 33% dari seluruh kematian karena infeksi. Menurut Rustam Mochtar(2002) gejala klinis peritonitis dibagi 2 yaitu, Peritonitis pelvio berbatas pada daerah pelvis Tanda dan gejalanya demam, nyeri perut bagian bawah tetapi keadaan umum tetap baik, pada pemeriksaan dalam kavum daugles menonjol karena ada abses. Peritonitis umum Tanda dan gejalanya: suhu meningkat nadi cepat dan kecil, perut nyeri tekan, pucat muka cekung, kulit dingin, anoreksia, kadang-kadang muntah.

5. Pusing dan lemas yang berlebihan

Menurut Manuaba (2005), pusing merupakan tanda-tanda bahaya pada nifas, pusing bisa disebabkan oleh karena tekanan darah rendah (Sistol $<$ 160 mmHg dan distolnya 110 mmHg). Pusing dan lemas yang berlebihan dapat juga disebabkan oleh anemia bila kadar haemoglobin $<$. Lemas yang berlebihan juga merupakan tanda-tanda bahaya, dimana keadaan lemas disebabkan oleh kurangnya istirahat dan kurangnya asupan kalori sehingga ibu kelihatan pucat, tekanan darah rendah.

6. Suhu Tubuh Ibu $>38^{\circ}\text{C}$

Dalam beberapa hari setelah melahirkan suhu badan ibu sedikit baik antara $37,20^{\circ}\text{C}$ - $37,8^{\circ}\text{C}$ oleh karena reabsorpsi benda-benda dalam rahim dan mulainya laktasi, dalam hal ini disebut demam reabsorpsi. Hal itu adalah normal. Namun apabila terjadi peningkatan melebihi 38°C beturut-turut selama 2 hari

kemungkinan terjadi infeksi. Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas.

2.4 Konsep Teori Post Partum

2.4.1 Definisi

Menurut Saleha (2009) periode masa postpartum (puerperium) adalah periode waktu selama 6-8 minggu setelah persalinan. Menurut Departemen Kesehatan RI dalam Padila (2014), Postpartum atau masa postpartum adalah masa sesudahnya persalinan terhitung dari saat selesai persalinan sampai pulihnya kembali alat kandungan ke keadaan sebelum hamil dan lamanya mas postpartum kurang lebih 6 minggu.

2.4.2 Tujuan Perawatan Masa Post Partum

1. Mencegah hemoragi (Padila, 2014).
2. Memberikan kenyamanan fisik, nutrisi, hidrasi, keamanan, dan eliminasi (Padila, 2014).
3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari (Marni, 2011)

2.4.3 Tahapan Post Partum

Tahapan postpartum menurut Padila (2014) adalah immediate postpartum (24 jam pertama), early postpartum (1 minggu pertama), dan laten pospartum (minggu ke-2 sampai minggu ke-6).

2.4.4 Komplikasi Post Partum

- a. Perdarahan

Perdarahan yaitu darah yang keluar lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir menurut Eny dan Diah (2009). perdarahan dibagi menjadi dua yaitu:

1. Perdarahan post partum primer yaitu pada 24 jam pertama akibat antonia uteri, retensio plaseta, sisa plasenta, laserasi jalan lahir dan involusio uteri
2. Perdarahan post partum sekunder yaitu terjadi setelah 24 jam. Penyebab perdarahan sekunder adalah sub involusio uteri, retensio sisa plasenta, infeksi postpartum.

Pada trauma atau laserasi jalan lahir bisa terjadi robekan perineum, vagina serviks, forniks dan rahim. Keadaan ini dapat menimbulkan perdarahan yang banyak apabila tidak segera diatasi (Cunningham, 2006). Menurut Prawirohardjo (2006) robekan jalan lahir atau ruptur perineum sekitar klitoris dan uretra dapat menimbulkan perdarahan hebat dan mungkin sangat sulit untuk diperbaiki. Episiotomi dapat menyebabkan perdarahan yang berlebihan jika mengenai arteri atau vena yang besar, episitomi luas, ada penundaan antara episitomi dan persalinan, atau ada penundaan antara persalinan dan perbaikan episitomi (Cunningham, 2005).

b. Infeksi

Infeksi masa postpartum (puerpuralis) adalah infeksi pada genitalia setelah persalinan, ditandai dengan kenaikan suhu hingga mencapai 38°C atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama pasca persalinan dengan mengecualikan 24 jam pertama. Infeksi postpartum mencakup semua peradangan yang disebabkan oleh masuk kuman-kuman atau bakteri ke

dalam alat genetalia pada waktu persalinan dan postpartum (Mitayani, 2011). Infeksi postpartum dapat disebabkan oleh adanya alat yang tidak steril, luka robekan jalan lahir, perdarahan, preeklamsia, dan kebersihan daerah perineum yang kurang terjaga. Infeksi masa postpartum dapat terjadi karena beberapa faktor pemungkin, antara lain pengetahuan yang kurang, gizi, pendidikan, dan usia.

1. Pengetahuan Menurut ambarwati (2010), pengetahuan adalah segala apa yang diketahui berdasarkan pengalaman yang didapatkan oleh setiap manusia. Pengalaman yang didapat dapat berasal dari pengalaman sendiri maupun pengalaman yang didapat dari orang lain.
2. Pendidikan Tingkat pendidikan ibu yang rendah akan mempengaruhi pengetahuan ibu karena ibu yang mempunyai latar belakang pendidikan lebih rendah akan sulit untuk menerima masukan dari pihak lain (Notoatmodjo, 2012)
3. Usia Usia berpengaruh terhadap imunitas. Penyembuhan luka yang terjadi pada orang tua sering tidak sebaik pada orang yang muda. Hal ini disebabkan suplai darah yang kurang baik, status nutrisi yang kurang atau adanya penyakit penyerta seperti diabetes melitus. Sehingga penyembuhan luka lebih cepat terjadi pada usia muda dari pada usia tua (Suherni, 2009).
4. Gizi Proses fisiologi penyembuhan luka perineum bergantung pada tersedianya protein, vitamin (terutama vitamin A dan C) dan mineral renik zink dan tembaga. Kolagen adalah protein yang terbentuk dari asam amino yang diperoleh fibroblas dari protein yang dimakan.

Vitamin C dibutuhkan untuk mensintesis kolagen. Vitamin A dapat mengurangi efek negatif steroid pada penyembuhan luka (Cunningham, 2006).

2.5 Konsep Teori Asuhan Keperawatan

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.

2.5.1 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, pisiko, sosial dan spiritual (Dermawan 2012).

1. Identitas atau Biodata Pasien

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

2. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat penyakit dahulu

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

b. Riwayat penyakit sekarang

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

c. Riwayat penyakit keluarga

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

3. Pola-pola Fungsi Kesehatan

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pengetahuan tentang keperawatan kehamilan sekarang

b. Pola nutrisi dan metabolisme

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

c. 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.

d. Pola eliminasi

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

e. Pola istirahat dan tidur

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

f. Pola hubungan dan peran Peran pasien dalam keluarga meliputi hubungan pasien dengan keluarga dan orang lain.

g. Pola penanggulangan stress

Biasanya pasien sering melamun dan cemas

h. 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.

i. 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.

j. Pola reproduksi dan social

Terjadi disfungsi seksual yaitu perubahan dalam hubungan seksual atau fungsi dari seksual yang tidak adekuat karena adanya proses persalinan dan nifas.

k. Pola keyakinan dan spiritual

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

4. Pemeriksaan Umum

Pemeriksaan umum menurut (Yuli,2017) meliputi:

- a. Keadaan umum, keadaan umum pasien biasanya lemah
- b. Tanda-tanda vital, Tekanan darah normal atau menurun 80 kali permenit, suhu meningkat $> 37,5$ C dan respirasi meningkat.

5. Pemeriksaan Head to toe

Pemeriksaan fisik menurut (Yuli,2017) adalah:

- a. Kepala, Meliputi bentuk wajah apakah simetris atau tidak, keadaan rambut dan keadaan kulit kepala.
- b. Muka, Terlihat pucat dan tampak menahan sakit
- c. Mata, Anemis atau tidak, dengan melihat konjungtiva merah segar atau merah pucat, sclera putih atau kuning.
- d. Hidung, Ada terdapat polip atau tidak, bersih atau kotor
- e. Gigi, Bersih atau kotor, ada karies atau tidak
- f. Lidah, Bersih atau kotor
- g. Bibir, Lembab atau kering
- h. Telinga, Bersih atau kotor, ada benjolan kelenjar tiroid atau tidak.
- i. 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.
- j. Thoraks, Perlu dikaji kesimetrisan dada, ada tidaknya retraksi intercostal, pernapasan tertinggal, suara wheezing, ronchi, bagaimana irama dan frekuensi pernapasan.
- k. Payudara, Perlu dikaji bentuk payudara, puting susu menonjol atau tidak dan pengeluaran ASI

- l. Genetalia, Ada oedema atau tidak, adakah pengeluaran lochea dan bagaimana warnanya
- m. Ekstermitas, Simetris atau tidak, ada terdapat oedema atau tidak

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

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

1. Nyeri akut b.d agen pencedera luka Sectio Caesarea (D.0077)
2. Konstipasi b.d penurunan tonus otot (D.0049)
3. Inkontinensia Urin Stres b.d efek hormonal (D.0046)
4. Menyusui Tidak Efektif (D.0029)
5. Defisit perawatan diri b.d kelemahan (D.0109)
6. Defisit pengetahuan tentang perawatan melahirkan caesarea (D.0111)
7. Risiko Infeksi b.d tindakan invasive adanya luka Sectio Caesare (D.0142)

2.5.3 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.

Tabel 2.2 : Diagnosa Keperawatan pada pasien Post Op SC berdasarkan tinjauan pustaka.

| No | Diagnosa Keperawatan | Tujuan & Kriteria Hasil | Intervensi |
|----|--|--|---|
| 1. | Nyeri akut b.d agen pencedera luka Sectio Caesarea | Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan nyeri | 1. Tentukan karakteristik dan lokasi ketidaknyamanan. |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | <p>berkurang bahkan hilang dengan Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mampu mengontrol nyeri(tahu penyebab, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) - Melaporkan bahwa nyeri berkurang - Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) - Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang | <p>Perhatikan isyarat verbal seperti meringis, kaku dan gerakan melindungi atau terbatas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Berikan informasi dan petunjukantisipasi mengenai penyebab ketidaknyamanan. 3. Evaluasi tekanan darah dan nadi 4. Perhatikan nyeri tekanan uterus dan adanya/ karakteristik nyeri penyerta 5. Lakukan latihan nafas dalam, spirometri intensif dan batuk dengan menggunakan prosedur yang tepat 6. Anjurkan ambulasi dini. Anjurkan menghindari makanan cairan pembentuk gas, kacangkacangan, kol, minuman karbonat, susu murni atau penggunaan sedotan untuk minuman. 7. Berikan analgesic sesuai indikasi |
|--|--|---|---|

| | | | |
|----|---|---|---|
| 2. | Konstipasi b.d penurunan tonus otot | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x 24 jam diharapkan konstipasi dapat diatasi dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bebas dari ketidaknyamanan konstipasi - Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi - Fases lunak dan berbentuk | <ol style="list-style-type: none"> 1. Auskultasi terhadap adanya bising usus pada keempat kuadran setiap 4 jam setelah kelahiran 2. Palpasi abdomen, perhatikan distensi atau ketidaknyamanan 3. Anjurkan cairan oral yang adekuat, bila masukan oral sudah mulai kembali 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 3x24 diharapkan inkontinensia urin dapat diatasi dengan</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi keinginan berkemih - Melakukan eliminasi secara mandiri - Mengonsumsi cairan dalam jumlah adekuat | <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 lokia. 4. Perhatikan tanda dan gejala infeksi saluran |

| | | | |
|----|------------------------|---|---|
| | | - Tidak ada rasa sakit pada saat berkemih | kemih (ISK) setelah pengangkatan kateter. 5. Pertahankan infuse intravena selama 24jam setelah pembedahan, sesuai indikasi. |
| 4. | Menyusui tidak efektif | Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan menyusui dapat efektif dengan Kriteria Hasil : - 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 pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi - Pengetahuan pemberian ASI : tingkat pemahaman yang ditunjukkan | 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 |

| | | | |
|----|--|---|---|
| | | 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. | Defisit perawatan diri b.d kelemahan | Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan defisit perawatan diri dapat teratasi dengan Kriteria Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi - Perawatan diri: ADL | <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 protokl mengenai pengubahan posisi. 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. | Defisit pengetahuan b.d tentang perawatan melahirkan | Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan pasien dapat mengetahui informasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien 2. Jelaskan tentang |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | caesarea | <p>dengan Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang perawatan melahirkan Caesarea - Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar - Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/ tim kesehatan lainnya | <p>perawatan melahirkan Caesarea</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 6. Instruksikan pasien untuk mengenal tanda gejala bahaya |
| 7. | Resiko Infeksi b.d tindakan invasivedan adanya luka Sectio Caesare | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam 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 dalam batas normal - Menunjukkan prilaku hidup sehat | <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, pembalut dan linen terkontaminasi dengan |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>tepat</p> <p>5. Inspeksi balutan terhadap perdarahan berlebihan. Catat tanggal dranase pada balutan</p> <p>6. Evaluasi kondisi puting, perhatikan adanya pecah-pecah, kemerahan, atau nyeri tekan. Anjurkan pemeriksaan payudara rutin</p> <p>7. Dorong klien untuk mandi shower dengan air hangat setiap hari</p> <p>8. Berikan antibiotic khusus untuk infeksi yang teridentifikasi</p> |
|--|--|--|--|

2.5.4 Pelaksanaan 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.

2.5.5 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 tindakan perawatan 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. (Suprajitno dalam Wardani, 2013)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini disajikan untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan maternitas dengan diagnosa medis post op sectio caesaria dengan indikasi ketuban pecah dini, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 9-11 Maret 2020 dengan data pengkajian pada tanggal 9 Maret 2020 jam 11.00 WIB di ruang Obgyn VIP Rumah Sakit Premier Surabaya. Anamnesa diperoleh dari pasien dan file register sebagai berikut.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang Ibu bernama Ny.E usia 29 tahun. Pasien MRS pada tanggal 07 Maret 2020 di ruang Obgyn VIP Rumah Sakit Premier dan dilakukan pengkajian pada tanggal 09 Maret 2020. Pasien beragama islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Indonesia, pendidikan terakhir perguruan tinggi, pekerjaan Ibu sebagai Ibu rumah tangga. Pasien tinggal di Bujel, Lamongan. Pasien merupakan istri dari Tn. F, pekerjaan suami sebagai pegawai BUMN.

3.1.2 Keluhan Utama

Pasien mengatakan kakinya masih merasa kesemutan setelah pasca operasi caesar kemarin.

3.1.3 Riwayat Kondisi Saat Ini

Pengkajian dilakukan pada tanggal 09 Maret 2020 jam 10.00. Pasien datang ke IGD RS Premier Surabaya dengan keluhan ada cairan yang keluar dari vagina, pasien mengatakan tidak merasakan kontraksi apapun namun ada rembesan yang keluar, setelah di cek dengan kertas lakmus hasilnya adalah

lakmus berubah warna menjadi biru yang artinya cairan ketuban, pasien di anjurkan untuk rawat inap dan harus segera dilakukan tindakan untuk mengeluarkan bayinya yaitu dengan operasi *sectio cesarea*. Pada tanggal 08 Maret 2020 Ny.E KRS dan dirawat di ruang obgyn vip dan dijadwalkan untuk operasi SC pukul 08.00 WIB. Pada tanggal 08 Maret 2020 pukul 08.39 WIB Ny.E telah melahirkan anak ke-2 dengan Operasi Sectio Caesar. Kondisi Ny.E pada saat pengkajian mengeluh kakinya masih kesemutan dan mulai merasakan nyeri pada saat bergerak. Kondisi luka operasi ditutup dengan betaplast dan ada rembesan sedikit. Tanda-tanda vital pasien TD : 111/66 mmHg, nadi 70x/ menit, RR 18x/menit. Pasien mendapatkan terapi infus Ns 14 tpm, mevilok 3x1(15mg), analsik 3x1 (500mg/2mg), lasix 40mg pagi dan siang.

3.1.4 Diagnosa Medik

P 000II hari ke-1 + KPD

3.1.5 Riwayat Obstetri

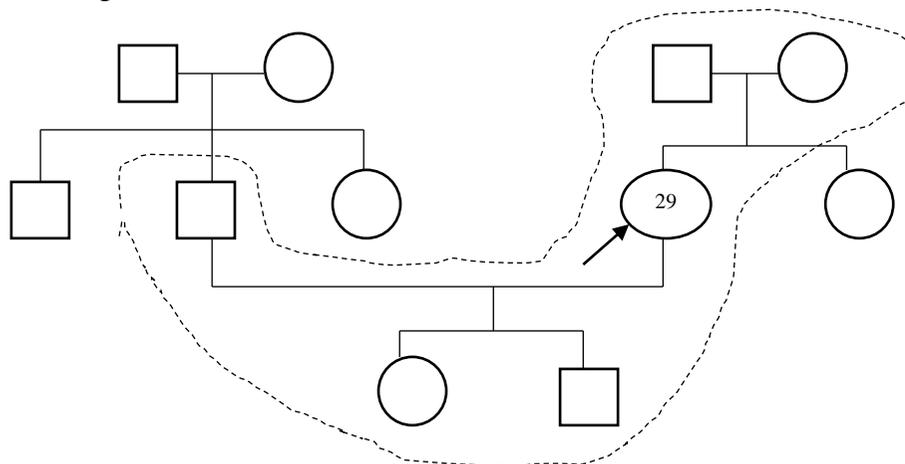
Pasien *menarche* pada usia 12 tahun, dengan siklus teratur, lamanya haid kurang lebih 5-7 hari dengan jumlah 3 kali ganti pembalut, pada saat ditanya HPHT pasien mengatakan lupa, tidak ada keluhan saat haid.

3.1.6 Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas

Tabel 3.1 : Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas pada Ny.E dengan Post Op Sectio Caesarea dengan indikasi KPD di Ruang Obgyn VIP RS Premier Surabaya pada tanggal 09 Maret 2020

| Anak ke | | Kehamilan | | Persalinan | | | Komplikasi nifas | | | Anak | | |
|---------|-------|----------------|----------|------------|----------|-----------|------------------|-----------|------------|-----------|---------|-------|
| No | Tahun | Umur kehamilan | Penyulit | Jenis | Penolong | Penyulit | Laserasi | Infeksi | Perdarahan | Jenis | BB | pj |
| I | 2018 | 39 mgg | KPD | SC | Dokter | Tidak ada | Tidak ada | Tidak ada | Tidak ada | Perempuan | 2980 gr | 50 cm |
| II | 2020 | 39 mgg | KPD | SC | Dokter | Tidak ada | Tidak ada | Tidak ada | Tidak ada | Laki-laki | 3120 gr | 51 cm |

Genogram :



Keterangan :

- = Laki-laki
- = Perempuan
- ↗ = Pasien
- = Tinggal Serumah

3.1.7 Riwayat Persalinan dan Post Partum Sekarang

Pasien mengatakan ada keluhan kontraksi namun jarang, ada pengeluaran pervaginam cairan berwarna hijau dan tidak berbau. Kala 1 pada tanggal 07 Maret 2020 jam 23.00 WIB, Ibu tidak ada keluhan dan tidak ada kontraksi tetapi ada cairan merembes pada saat pasien datang ke Rumah Sakit, ketika sudah di cek dengan kertas lakmus ternyata cairan itu cairan ketuban. Ibu dianjurkan untuk MRS dan diagendakan operasi SC. Kala 2 pada tanggal 08 Maret 2020 jam 08.00 WIB, pasien dilakukan operasi SC. Kala 3 jam 08.39 WIB, plasenta dikeluarkan setelah bayi dilahirkan dengan proses SC. Kala 4, tidak ada perdarahan hebat pada saat proses pembedahan.

3.1.8 Data Bayi

Bayi lahir pada tanggal 08 Maret 2020 jam 08.39 WIB, dengan jenis kelamin laki-laki, nilai APGAR 8-9 (Normal/kondisi baik). Bayi dilahirkan dengan berat badan 3120 gr, panjang badan 51 cm dan lingkar kepala 34 cm. Kelainan kepala tidak ada, suhu tubu bayi 36,2°C, anus normal atau berlubang, perawatan tali pusat dengan menggunakan alcohol swab 70%, tidak dilakukan perawatan mata.

3.1.9 Riwayat Keluarga Berencana

Ibu tidak melaksanakan program KB selama menikah dan punya anak pertama.

3.1.10 Riwayat Kesehatan

Ny.E mengatakan tidak pernah mengalami penyakit yang harus dirawat di Rumah Sakit, Ny.E juga tidak mendapatkan pengobatan khusus dan tidak ada keluarga yang memiliki penyakit keturunan.

3.1.11 Riwayat Lingkungan

Lingkungan kamar dan tempat tidur pasien tampak bersih, tidak tampak benda-benda yang membahayakan.

3.1.12 Aspek Psikososial

Ny.E mengatakan senang telah dikaruniai 2 orang anak, harapan Ny.E semoga bisa memberikan anaknya ASI eksklusif, Ny.E tinggal dengan Suami dan kedua orang tuanya, Ny.E mengatakan saat ini orang terpenting adalah anaknya, keluarga Ny.E tampak sangat membantu dalam perawatan bayi. Ny. E tampak siap menjadi seorang Ibu karena sebelumnya pasien sudah pernah melahirkan.

3.1.13 Kebutuhan Dasar Khusus (di Rumah dan di Rumah Sakit)

1. Pola Nutrisi

Pola nutrisi sebelum MRS Frekwensi makan : 2x sehari, nafsu makan baik, jenis makanan rumah nasi dan lauk, tidak ada alergi atau pantangan. Pada saat MRS Frekwensi makan pasca operasi pasien baru makan 2 kali, nafsu makan baik, jenis makanan nasi, lauk dan sayur, tidak ada alergi atau pantangan, infus Ns : 1000cc/24 jam.

2. Pola Eliminasi

Pola eliminasi sebelum MRS, BAK frekuensi 4-5 kali, warna kekuningan, tidak ada keluhan saat BAK. BAB Frekuensi 1-2 kali, warna kuning, bau khas, konsistensi padat, tidak ada keluhan saat BAB. Pola eliminasi MRS, pasien

tampak terpasang kateter folley, warna kekuningan, jumlah 400cc. BAB frekuensi 1 kali, warna kuning, bau khas, konsistensi padat, tidak ada keluhan saat BAB.

3. Pola Personal Hygiene

Pola personal hygiene sebelum MRS, mandi 2x /hari menggunakan sabun, oral hygiene 2x /hari pagi dan malam, cuci rambut 3 x /minggu menggunakan shampo. Pola personal hygiene MRS pasien bed rest hanya cuci muka dan diseka dibantu keluarga, oral hygiene 2x /hari pagi dan malam, pasien tidak cuci rambut

4. Pola Istirahat Tidur

Pola istirahat tidur sebelum MRS lama tidur 8-9jam/hari, kebiasaan sebelum tidur menonton tv, tidak ada keluhan. Pola istirahat tidur MRS lama tidur 8 jam/hari, kebiasaan sebelum tidur menonton tv, tidak ada keluhan.

5. Pola Aktifitas dan Latihan

Pola aktifitas dan latihan sebelum MRS, ibu adalah seorang ibu rumah tangga, olah raga selama hamil hanya jalan-jalan saja setiap pagi, kegiatan waktu luang mengakses media sosial, tidak ada keluhan beraktifitas. Pola aktifitas MRS, pasien bedrest, kegiatan waktu luang menyusui bayinya setiap 4 jam, bayi diletakkan diruang yang berbeda, jadi perawatan bayi dilakukan oleh perawat, keluhan dalam beraktifitas : Masih sulit bergerak karen kaki kadang kesemutan.

6. Pola Kebiasaan yang Mempengaruhi kesehatan

Pasien tidak merokok, tidak mengonsumsi alkohol dan tidak mengonsumsi obat-obatan

3.1.14 Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum pasien tampak lemah, kesadaran composmentis, tekanan darah pasien 111/66 mmHg, frekuensi nadi 70x/menit, frekuensi respirasi

18x/menit, suhu 36,1°C, berat badan 72kg, tinggi badan 160cm. Berikut ini adalah pemeriksaan *head to toe* pada pasien :

1. Kepala dan Mata

Pada pemeriksaan kepala tampak bentuk kepala simetris dan tidak ada keluhan pusing. Pada pemeriksaan mata tidak tampak adanya pembengkakan pada kelopak mata, gerakan mata simetris, konjungtiva anemis, sklera putih tidak ikterik, pupil bulat dan isokor, akomodasi atau pergerakan mata baik tidak ada strabismus atau juling.

2. Hidung

Pada pemeriksaan hidung Ny.E mengatajan tidak memiliki alergi debu ataupun dingin dan Ny.E tidak memiliki riwayat sinusitis. Bentuk hidung mancung dan septum simetris.

3. Mulut dan Tenggorokan

Pada pemeriksaan mulut dan tenggorokan gigi geligi tampak utuh, pasien mengatakan tidak ada gangguan menelan. Mukosa bibir kering, kebersihan lidah bersih, ada caries gigi.

4. Dada dan Axilla

Pada pemeriksaan dada dan axilla terjadi pembesaran pada mammae, areolla mammae tampak hiperpigmentasi kecoklatan, papila mammae tampak menonjol, produksi colostrum Ibu lancar.

5. Pernafasan

Pada pemeriksaan pernafasan didapatkan hasil bentuk dada normochest, jalan nafas paten, irama nafas reguler, suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas

tambahan, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, tidak ada pernafasan cuping hidung.

6. Sirkulasi Jantung

Pada pemeriksaan sirkulasi di dapatkan hasil tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 70x/menit, irama reguler, tidak ada kelainan bunyi jantung, Ny.E tidak mengeluh nyeri dada.

7. Abdomen

Pada pemeriksaan abdomen didapatkan hasil tinggi fundus uterus 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik, bising usus 5x/menit. Tampak ada nya luka bekas operasi yang ditutup betaplast, luas luka ± 10 cm, sayatan sc melintang, ada sedikit rembesan pada betaplast, ada rasa nyeri dengan skala 2.

8. Perineum dan Genetalia

Pada pemeriksaan perineum dan genetalia didapatkan hasil pasien post op SC jadi tidak dilakukan episiotomi pada perineum, tidak ada kemerahan, tidak ada odem, tidak ada ekimosis, ada discharge, approximate baik, lochea berwarna rubra jumlah 2 kali ganti pembalut, hemoroid tidak terkaji.

9. Ekstremitas (Integumen dan Muskuloskeletal)

Pada pemeriksaan ekstremitas didapatkan hasil, turgor kulit menurun, warna kulit sawo matang, terdapat edema pada ekstremitas bawah, CRT >3 detik, akral dingin, tidak tampak adanya kontraktur pada persendian, tidak ada thromboplebitis, Ny.E tampak masih terbatas dalam pergerakan pada ekstremitas bawah karena adanya luka post op sc. Kekuatan otot

| | |
|------|------|
| 5555 | 5555 |
| 4444 | 4444 |

3.1.15 Kesiapan Dalam Perawatan Bayi

Ny.E mengatakan tidak mengikuti senam hamil, Ny.E sudah merencanakan untuk melahirkan di Rumah Sakit Premier Surabaya, keluarga sudah tampak menyiapkan perlengkapan, Ny.E melahirkan anak ke-2 jadi sudah lebih siap mental untuk menjadi Ibu. Kondisi Ibu saat ini masih lemah, perawatan bayi masih dibantu oleh perawatn, setiap 4 jam sekali bayi diantar ke ibu untuk disusui.

3.1.16 Data Penunjang

Tabel 3.3 : Hasil pemeriksaan penunjang pada Ny.E dengan Post Op Sectio Caesarea dengan indikasi KPD di Ruang Obgyn VIP RS Premier Surabaya pada tanggal 08 Maret 2020.

| Laboratorium | | |
|---------------------|---------------------|-----------------|
| Pemeriksaan | Hasil 08 Maret 2020 | Nilai Normal |
| Leukosit | 8.10 k/UL | 4.00-11.5 k/UL |
| Hemoglobin | 9.1 g/dL | 11.5-15.0 g/dL |
| Hematokrit | 29,4 % | 34.0-46.0 % |
| Trombosit | 390 k/UL | 140-400 k/UL |
| GulaH Darah Sewaktu | 78 mg/dL | 55-140 mg/dL |
| BUN | 6.3 mg/dL | 4.5-23.3 mg/dL |
| Kreatinin | 0.62 mg/dL | 0.40-1.10 mg/dL |
| SGOT | 16 u/L | 0-32 u/L |
| SGPT | 12 u/L | 0-31 u/L |
| Billirubin Direct | 0.21 mg/dL | 0.00-0.25 mg/dL |
| Billirubin Indirect | 0.08 mg/dL | 0.00-0.75 mg/dL |

Tabel 3.3 : Terapi medis pada Ny.E dengan Post Op Sectio Caesarea dengan indikasi KPD di Ruang Obgyn VIP RS Premier Surabaya pada tanggal 08 Maret 2020.

| Terapi | Dosis | Lokasi Pemberian | Kegunaan | Jam |
|----------------------|-----------------|------------------|----------------------------|-------------------------|
| Tanggal 8 Maret 2020 | | | | |
| Mevilok | 3x1 (15mg) | Oral | Sebagai peredaH rasa nyeri | 06.00 12.00 18.00 |
| Analsik | 3x1 (500mg/2mg) | Oral | Sebagai peredaH rasa nyeri | 06.00 12.00 18.00 |

| | | | | |
|----------|----------------------------|-----------|--------------------------|-------------------------|
| Lasix | 1-1-0 pagi dan siang 40 mg | Oral | Sebagai diuretik | 06.00 12.00 18.00 |
| Infus Ns | 1000cc/24 jam | Intravena | Sebagai rehidrasi cairan | 07.00 19.00 |

3.2 Diagnosa Keperawatan

Tabel 3.4 : Daftar analisa data pada Ny.E dengan Post Op Sectio Caesarea dengan indikasi KPD di Ruang Obgyn VIP RS Premier Surabaya pada tanggal 09 Maret 2020.

| No | Data / Faktor Resiko | Etiologi | Masalah |
|----|--|---|--|
| 1. | <p>DS : Ny.E mengatakan mengeluh nyeri pada saat bergerak dan merasa kondisi tubuh masih lemas</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CRT >3 detik - Konjungtiva anemis - Akral dingin - Turgor kulit menurun - Tampak adanya edema pada ekstremitas bawah - Terdapat luka post op sc dan ada rembesan pada betaplast - TTV : Tekanan darah 111/66 mmHg, nadi 70x/menit terabach lemah. - Hasil Pemeriksaan Laboratorium pada tanggal 08 Maret 2020 didapatkan : Hemoglobin 9.1 g/dL dan Hematokrit 29,4 %. | Penurunan konsentrasi hemoglobin | Perfusi perifer tidak efektif (SDKI, 2017) |
| 2. | <p>DS : Ny.E mengatakan mengeluh nyeri pada area luka operasi.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak adanya luka insisi post op SC 2 jari dibawah pusat, sayatan melintang. | Faktor mekanis : Insisi prosedur operasi SC | Gangguan integritas jaringan (SDKI, 2017) |

| | | | | | | | |
|------|--|------|------|------|------|--|---------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Lebar luka ± 10cm - Luka ditutup dengan betaplast dan ada rembesan pada area betaplast - Pasien tampak kesulitan saat bergerak dan memperlihatkan respon menyeringai. | | | | | | |
| 3. | <p>DS : Ny.E mengatakan kaki merasa kesemutan dan masih kesulitan bergerak.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kesulitan saat bergerak - Pemenuhan ADL dibantu perawat atau keluarga. - Tampak ada bekas luka sc pada abdomen. - Terdapat edema pada ekstremitas bawah. - Pasien mengalami penurunan kekuatan otot <div style="text-align: center; margin-left: 100px;"> <table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5555</td> <td style="padding: 0 5px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4444</td> <td style="padding: 0 5px;">4444</td> </tr> </table> </div> | 5555 | 5555 | 4444 | 4444 | Efek agen farmakologis : Obat anastesi | Gangguan mobilitas fisik (SDKI, 2017) |
| 5555 | 5555 | | | | | | |
| 4444 | 4444 | | | | | | |

3.3 Prioritas Masalah Keperawatan

Tabel 3.4 : Daftar prioritas masalah keperawatan pada Ny.E dengan Post Op Sectio Caesarea dengan indikasi KPD di Ruang Obgyn VIP RS Premier Surabaya pada tanggal 09 Maret 2020.

| No | Diagnosa Keperawatan | Tanggal | | Paraf |
|----|---|-----------|----------|--------------|
| | | Ditemukan | Teratasi | |
| 1. | Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB | 09/03/20 | | <i>Yuris</i> |
| 2. | Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanik : insisi prosedur operasi SC | 09/03/20 | | <i>Yuris</i> |
| 3. | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis : Obat anastesi | 09/03/20 | | <i>Yuris</i> |

3.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5 : Intervensi Keperawatan pada Ny.E dengan Post Op Sectio Caesarea dengan indikasi KPD di Ruang Obgyn VIP RS Premier Surabaya pada tanggal 09 Maret 2020.

| No | Diagnosa Keperawatan | Tujuan & Kriteria Hasil | Intervensi Keperawatan | Rasional |
|----|---|---|---|--|
| 1. | Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB | Setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : 1. Hemoglobin dalam batas normal (11.5-15.0 g/dL) 2. Tanda-tanda vital dalam batas normal 3. Elastisitas turgor | 1. Observasi tanda-tanda vital, penurunan frekuensi atau kekuatan nadi, tekanan darah, frekuensi nafas 2. Monitor CRT, elastisitas turgor kulit 3. Monitor hasil pemeriksaan serum (Hemoglobin dan hematokrit) 4. Identifikasi tanda-tanda hipovolemi 5. Edukasi pada Ibu untuk meningkatkan pola nutrisi | 1. Untuk mengetahui ttv pasien dan memantau status hemodinamika pasien. 2. Untuk mengetahui status perifer pada pasien. 3. Untuk mengetahui kadar hb dan hematokrit pada tubuh, sehingga dapat menentukan tindakan selanjutnya. 4. Untuk mencegah terjadinya syok hipovolemi. 5. Perbaikan nutrisi dapat meningkatkan kadar HB |

| | | | | |
|----|--|--|---|---|
| | | <p>baik</p> <p>4. Membran mukosa lembab</p> <p>5. Konjungtiva tidak anemis dan CRT <3 detik.</p> | <p>6. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian tranfusi atau suplemen penambah darah seperti tablet Fe bila perlu (SIKI, 2018).</p> | <p>6. Untuk meningkatkan kadar hb pada pasien.</p> |
| 2. | <p>Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanik : insisi prosedur operasi SC</p> | <p>Setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keutuhan integritas kulit membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada rembesan pada betaplast 2. Sensasi rasa nyeri berkurang. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka seperti warna, ukuran, bau dan ada atau tidaknya perdarahan di area luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi seperti adanya nyeri, kemerahan, kulit hangat, bengkak dan penurunan fungsi 3. Jadwalkan rawat luka 4. Edukasi pasien tanda dan gejala infeksi 5. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui kemajuan perbaikan pada luka. 2. Untuk mencegah timbulnya infeksi pada area luka. 3. Untuk mencegah timbulnya infeksi, pasien haru dijadwalkan untuk perawatan luka. 4. Untuk mencegah timbulnya infeksi pada area luka. 5. Untuk mempercepat perbaikan jaringan pasien dengan cara perbaikan |

| | | | | |
|----|---|--|---|--|
| | | | <p>protein</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ajarkan prosedur perawatan mandiri ketika pasien dijadwalkan KRS 7. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotik bila perlu (SIKI, 2018). | <p>nutrisi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Agar pasien dan keluarga dapat melakukan perawatan pada luka post op sc 7. Untuk mencegah timbulnya infeksi pada area luka. |
| 3. | <p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis : Obat anastesi</p> | <p>Setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gerakan terbatas menurun 2. Kekuatan ekstremitas bawah meningkat | <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor tanda-tanda vital dan kondisi umum pasien selama mobilisasi 4. Bantu pasien dalam melakukan pergerakan, seperti duduk dan berdiri 5. Anjurkan pada keluarga untuk | <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui toleransi gerakan sesuai dengan kemampuan gerak pasien. 2. Untuk mengetahui toleransi gerakan sesuai dengan kemampuan gerak pasien. 3. Untuk mengetahui tanda-tanda kelelahan pada saat pasien mobilisasi 4. Untuk memandirikan pasien sedikit demi sedikit |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | <p>3. Pergerakan bebas tanpa rasa nyeri dan pasien sedikit demi sedikit dapat memenuhi kebutuhannya sendiri.</p> | <p>membantu pergerakan pasien</p> <p>6. Ajarkan pasien dan keluarga mobilisasi bertahap miring kanan dan kiri setelah 6-7 jam post op SC, setelah 24 jam pasien dianjurkan belajar duduk, kemudian belajar berjalan. (SIKI, 2018)</p> | <p>5. Agar keluarga turut serta dalam membantu pemulihan gerak pasien.</p> <p>6. Lakukan gerakan ringan untuk mengurangi resiko terjadi sesuatu yang tidak diinginkan.</p> |
|--|--|--|---|--|

3.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.5 : Implementasi dan Evaluasi Keperawatan pada Ny.E dengan Post Op Sectio Caesarea dengan indikasi KPD di Ruang Obgyn VIP RS Premier Surabaya pada tanggal 09 Maret 2020

| DX | Tgl/Jam | Tindakan | TTD | Tgl/Jam | Catatan Perkembangan | TTD |
|------|-------------------|--|--------------|-------------------|--|--------------|
| 1, 3 | 09/03/20 11.00 | - Melakukan obeservasi ttv TD : 110/60mmHg, N:70x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 20x/menit | <i>Yuris</i> | 09/03/20 16.00 | <u>Dx 1 : Perfusi perifer tidak efektif</u> <u>berhubungan dengan penurunan</u> <u>konsentrasi HB</u> S : Ny.E mengatakan mengeluh nyeri pada saat bergerak dan merasa kondisi tubuh masih lemas | <i>Yuris</i> |
| | 12.00 | - Memonitor CRT dan turgor kulit CRT > 3 detik, turgor kulit menurun | <i>Yuris</i> | | O : - CRT >3 detik | |
| | 12.30 | - Memberikan edukasi kepada ibu untuk meningkatkan nutrisi | <i>Yuris</i> | | - Konjungtiva anemis | |
| 2 | 14.00 | - Memberikan bayi kepada ibu untuk disusui | <i>Yuris</i> | | - Akral dingin | |
| | | - Membantu perawat merawat luka | <i>Yuris</i> | | - Turgor kulit menurun | |
| 3 | 16.00 | - Mengkaji karakteristik luka Ada rembesan pada betaplast. | <i>Yuris</i> | | - Tampak adanya edema pada ekstremitas bawah | |
| | | - Memonitor tanda-tanda infeksi | <i>Yuris</i> | | - Terdapat luka post op sc dan ada rembesan pada betaplast | |
| | | | | | - TTV : Tekanan darah 111/66 mmHg, nadi 70x/menit terabab | |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|--|---|---------------------|
| | | <p>Tidak ada kemerahan, tidak ada benjolan, area sekitar luka tidak panas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi keluhan nyeri atau fisik - Mengidentifikasi toleransi fisik gerakan yang dapat dilakukan ibu. - Mengajarkan pasien mobilisasi sederhana seperti duduk - Membantu ibu untuk duduk - Mengajukan pada keluarga untuk membantu memandirikan pasien. | <p><i>Yuris</i></p> <p><i>Yuris</i></p> <p><i>Yuris</i></p> | | <p>lemah.</p> <p>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi.</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi no 1, 2, 3, 5</p> <p><u>Dx 2 : Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanik : insisi prosedur operasi SC</u></p> <p>S : Ny.E mengatakan mengeluh nyeri pada area luka operasi.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak adanya luka insisi post op SC 2 jari dibawah pusat, sayatan melintang. - Lebar luka ±10cm - Luka ditutup dengan betaplast dan ada rembesan pada area betaplast - Pasien tampak kesulitan saat | <p><i>Yuris</i></p> |
|--|--|---|---|--|---|---------------------|

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--------------|
| | | | | <p>bergerak dan memperlihatkan respon menyeringai.</p> <p>A : Masalah gangguan integritas jaringan belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi no 1, 2, 3 dan 5</p> <p><u>Dx 3 : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis : Obat anastesi</u></p> <p>S : Ny.E mengatakan kaki merasa kesemutan dan masih kesulitan bergerak.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kesulitan saat bergerak - Pemenuhan ADL dibantu perawat atau keluarga. - Tampak ada bekas luka sc pada abdomen. | <i>Yuris</i> |
|--|--|--|--|---|--------------|

| | | | | | | |
|------|-------------------|--|--|-------------------|--|--------------|
| | | | | | <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat edema pada ekstremitas bawah. - Pasien mengalami penurunan keku. $\begin{array}{r l} 5555 & 5555 \\ \hline 4444 & 4444 \end{array}$ <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi 1, 2, 3, 6</p> | |
| 1, 3 | 10/03/20 08.00 | <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan obeservasi ttv <p>TD : 116/68mmHg, N:68x/menit,</p> <p>Suhu : 36,5°C, RR : 20x/menit</p> | <i>Yuris</i> | 10/03/20 16.00 | <p><u>Dx 1 : Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB</u></p> <p>S : Ny.E mengatakan mengeluh nyeri pada saat bergerak dan merasa kondisi tubuh masih lemas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CRT <3 detik - Konjungtiva tidak anemis - Akral hangat - Turgor kulit baik - Masih tampak adanya edema | <i>Yuris</i> |
| 2 | 10.00 | <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor CRT dan turgor kulit - Memberikan edukasi kepada ibu untuk meningkatkan nutrisi - Membantu perawat merawat luka - Mengkaji karakteristik luka | <i>Yuris</i> <i>Yuris</i> <i>Yuris</i> <i>Yuris</i> <i>Yuris</i> | | | |

| | | | | | |
|---|-------|---|---|--|---------------------|
| 3 | 12.00 | <p>Masih ada rembesan pada betaplast</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda infeksi <p>Tidak ada kemerahan, tidak ada benjolan, area sekitar luka tidak panas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan edukasi kepada ibu agar tidak tarak atau makan makanan yang mengandung protein tinggi, seperti ayam dan ikan. - Mengidentifikasi keluhan nyeri atau fisik - Mengidentifikasi toleransi fisik gerakan yang dapat dilakukan ibu. | <p><i>Yuris</i></p> <p><i>Yuris</i></p> <p><i>Yuris</i></p> <p><i>Yuris</i></p> <p><i>Yuris</i></p> | <p>pada ekstremitas bawah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post op sc dan ada rembesan pada betaplast - TTV : Tekanan darah 116/68 mmHg, nadi 68x/menit terabach lemah. <p>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi no 1, 2, 3, 5</p> <p><u>Dx 2 : Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanik : insisi prosedur operasi SC</u></p> <p>S : Ny.E mengatakan perutnya masih terasa sengkring-sengkring pada luka post op sc.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Betaplast tampak masih ada rembesan - Pasien tampak kesulitan saat | <p><i>Yuris</i></p> |
| | 16.00 | <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan pasien mobilisasi sederhana seperti berdiri di pinggir teman tidur - Membantu ibu untuk berdiri | <p><i>Yuris</i></p> <p><i>Yuris</i></p> | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan pada keluarga untuk membantu memandirikan pasien. - Aff kateter, urin 300 ml - Melakukan tindakan vulva hygiene sekaligus mengajarkan ibu vulva hygiene - menganjurkan ibu ke toilet jika ingin kencing - Menganjurkan ibu menggunakan pembalut atau pampers untuk menyerap cairan / darah nifas selama ibu belum bisa mobilisasi aktif | | | <p>bergerak dan memperlihatkan respon nyeri seperti menyeringai</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit sekitar luka tidak tampak adanya kemerahan <p>A : Masalah gangguan integritas jaringan teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi no 2, 3 dan 5</p> <p><u>Dx 3 : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis : Obat anastesi</u></p> <p>S : Ny.E mengatakan kaki merasa kesemutan dan masih kesulitan bergerak.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kesulitan saat bergerak - Pemenuhan ADL dibantu perawat atau keluarga. | <i>Yuris</i> |
|--|--|--|--|--|---|--------------|

| | | | | | | |
|---|--|--|---|--|---|---------------------|
| 3 | | <ul style="list-style-type: none"> - Membantu perawat merawat luka - Mengkaji karakteristik luka <p>Masih ada rembesan pada betaplast.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda infeksi <p>Tidak ada kemerahan, tidak ada benjolan, area sekitar luka tidak panas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan edukasi kepada ibu agar tidak terek atau makan makanan yang mengandung protein tinggi, seperti ayam dan ikan. - Mengajarkan pada ibu perawatan luka dirumah, karena pasien akan KRS. - Membantu ibu untuk berjalan ke toilet - Menganjurkan pada keluarga untuk membantu memandirikan pasien. - Menganjurkan ibu menggunakan | <p><i>Yuris</i></p> <p><i>Yuris</i></p> <p><i>Yuris</i></p> | | <p>ada rembesan pada betaplast</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV : Tekanan darah 120/68 mmHg, nadi 68x/menit <p>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan pasien KRS</p> <p><u>Dx 2 : Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanik : insisi prosedur operasi SC</u></p> <p>S : Ny.E mengatakan perutnya masih terasa sengkring-sengkring pada luka post op sc.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luka bersih - Betaplast tidak ada rembesan <p>A : Masalah gangguan integritas jaringan teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dihentikan, lakukan edukasi untuk perawatan luka</p> | <p><i>Yuris</i></p> |
|---|--|--|---|--|---|---------------------|

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|--------------|
| | | <p>pembalut atau pampers untuk menyerap cairan / darah nifas selama ibu belum bisa mobilisasi aktif</p> | | <p>mandiri dirumah.</p> <p><u>Dx 3 : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis : Obat anastesi</u></p> <p>S : Ny.E mengatakan sudah bisa jalan ke toilet</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sudah bisa berjalan dengan normal - Terdapat edema pada ekstremitas bawah. - kekuatan otot normal : mampu melawan gravitasi serta menahan tahanan dari pengkaji <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan, pasien KRS.</p> | <i>Yuris</i> |
|--|--|---|--|---|--------------|

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada Ny.E dengan Post Op Sectio Caesarea dengan indikasi KPD di Ruang Obgyn VIP RS Premier Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 09 Maret sampai 11 Maret 2020. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan. Pembahasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. E dengan melakukan anamesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik, dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan akan dimulai dari:

4.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang Ibu bernama Ny.E usia 29 tahun. Pasien MRS pada tanggal 07 Maret 2020 di ruang Obgyn VIP Rumah Sakit Premier dan dilakukan pengkajian pada tanggal 09 Maret 2020. Pasien beragama islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Indonesia, pendidikan terakhir perguruan tinggi, pekerjaan Ibu sebagai Ibu rumah tangga. Pasien tinggal di Bujel, Lamongan. Pasien merupakan istri dari Tn. F, pekerjaan suami sebagai pegawai BUMN.

Pada penelitian (Pertiwi, 2019) mengatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara usia dengan jenis kehamilan pasien, faktor-faktor ibu

dilakukan sectio caesar antara lain : Ketuban pecah dini, kehamilan gemelli dan plasentas previa.

4.1.2 Riwayat kondisi saat ini

Pasien datang dengan keluhan ada cairan yang keluar dari vagina, pasien mengatakan tidak merasakan kontraksi apapun namun ada rembesan yang keluar, setelah di cek dengan kertas lakmus hasilnya adalah cairan ketuban, pasien di anjurkan untuk rawat inap dan harus segera dilakukan tindakan untuk mengeluarkan bayinya yaitu dengan operasi *sectio cesarea*. Pada tanggal 08 Maret 2020 Ny.E KRS dan dirawat di ruang obgyn vip dan dijadwalkan untuk operasi SC pukul 08.00 WIB. Pada tanggal 08 Maret 2020 pukul 08.39 WIB Ny.E telah melahirkan anak ke-2 dengan Operasi Sectio Caesar. Kondisi Ny.E pada saat pengkajian mengeluh kakinya masih kesemutan dan mulai merasakan nyeri pada saat bergerak. Kondisi luka operasi ditutup dengan betaplast dan ada rembesan sedikit. Tanda-tanda vital pasien TD : 111/66 mmHg, nadi 70x/ menit, RR 18x/menit, CRT >3 detik, konjungtiva anemis, adanya edema pada kaki. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan penurunan hemoglobin (9.1 g/dL) dan hematokrit (29,4 %)

Didukung oleh penelitian dari (Pratiwi, 2018) mengatakan bahwa ibu dengan persalinan SC lebih beresiko untuk mengalami anemi pada masa post partum dibandingkan ibu dengan persalinan pervaginam. Pada saat proses mengeluarkan janin, akan terjadi peningkatan oxidative stress dan respon inflamantori. Pada keadaan ini, terjadi perubahan hormonal dan hemodinamik dengan penurunan pada volume ekstraseluler, angka filtrasi glomeruus, cardiac

output. Perubahan akan kembali seperti masa prakehamilan pada minggu ke 5 hingga 6 postpartum

Peneliti berasumsi bahwa, hilangnya kadar hemoglobin dalam darah disebabkan karena pada proses tindakan sc pasien akan kehilangan darah karena banyak pembuluh dara yang terputus dan terbuka selama operasi.

4.1.3 Riwayat obstetrik

Kehamilan kedua pasien setelah kehamilan pertamanya di tahun 2018, anak pertama lahir dengan usia gestasi 39 minggu dengan penyulit KPD, jenis persalinan pada anak pertama dengan operasi sectio caesar, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas anak pertama tidak berbeda, ini menunjukkan bahwa ibu sudah memiliki riwayat KPD sebelumnya.

Didukung oleh penelitian (Alim, 2016) mengatakan bahwa riwayat ketuban pecah dini tersebut akan berulang pada kehamilan selanjutnya seperti yang dijelaskan oleh teori bahwa ibu hamil dengan riwayat ketuban pecah dini mempunyai faktor resiko 4 kali beresiko untuk terjadi ketuban pecah dini pada kehamilan selanjutnya dari pada ibu hamil yang tidak mempunyai riwayat ketuban pecah dini sebelumnya.

Berdasarkan teori dan hasil penelitian diatas,peneliti berpendapat bahwa faktor riwayat KPD yang lalu mempengaruhi terjadinya ketuban pecah dini pada ibu hamilHal ini dapat dijadikan masukan agar ibu hamilprimigravida dengan KPD lebih berhati-hati untuk kehamilan selanjutnya agar tidak mengalami KPD yang berulang.

4.1.4 Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun resiko. Adapun pemeriksaan fisik dilakukan berdasarkan persistem seperti yang diuraikan sebagai berikut:

1. Kepala dan Mata

Pada pemeriksaan kepala tampak bentuk kepala simetris dan tidak ada keluhan pusing. Pada pemeriksaan mata tidak tampak adanya pembengkakan pada kelopak mata, gerakan mata simetris, konjungtiva anemis, sklera putih tidak ikterik, pupil bulat dan isokor, akomodasi atau pergerakan mata baik tidak ada strabismus atau juling.

Pada ibu hamil wajah akan terlihat pucat dan konjungtiva anemin hal ini disebabkan karena penurunan kadar HB dalam tubuh Ibu (Falentina, 2019).

2. Hidung

Pada pemeriksaan hidung Ny.E mengatajan tidak memiliki alergi debu ataupun dingin dan Ny.E tidak memiliki riwayat sinusitis. Bentuk hidung mancung dan septum simetris.

3. Mulut dan Tenggorokan

Pada pemeriksaan mulut dan tenggorokan gigi geligi tampak utuh, pasien mengatakan tidak ada gangguan menelan. Mukosa bibir kering, kebersihan lidah bersih, ada caries gigi.

4. Dada dan Axilla

Pada pemeriksaan dada dan axilla terjadi pembesaran pada mammae, areolla mammae tampak hiperpigmentasi kecoklatan, papila mammae tampak menonjol, produksi colostrum Ibu lancar.

Laktasi dimulai pada semua wanita dengan perubahan hormon saat melahirkan. Pengkajian payudara pada periode awal pascapartum meliputi penampilan dan integritas puting susu, memar atau iritasi jaringan payudara, adanya kolostrum, apakah payudara terisi air susu dan adanya sumbatan duktus, kongesti dan tanda-tanda mastitispotensial (Varney, 2010).

5. Pernafasan

Pada pemeriksaan pernafasan didapatkan hasil bentuk dada normochest, jalan nafas paten, irama nafas reguler, suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, tidak ada pernafasan cuping hidung.

6. Sirkulasi Jantung

Pada pemeriksaan sirkulasi di dapatkan hasil tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 70x/menit, irama reguler, tidak ada kelainan bunyi jantung, Ny.E tidak mengeluh nyeri dada.

7. Abdomen

Pada pemeriksaan abdomen didapatkan hasil tinggi fundus uterus 2 jari dibawah pusat, tidak ada kontraksi, bising usus 5x/menit. Tampak ada nya luka bekas operasi yang ditutup betaplast, luas luka ± 10 cm, sayatan sc melintang, ada sedikit rembesan pada betaplast, ada rasa nyeri dengan skala 2.

8. Perineum dan Genetalia

Pada pemeriksaan perineum dan genetalia didapatkan hasil pasien post op SC jadi tidak dilakukan episiotomi pada perineum, tidak ada kemerahan, tidak ada odem, tidak ada ekimosis, tidak adas discharge, approximate baik, lochea berwarna rubra, hemoroid tidak terkaji.

9. Ekstremitas (Integumen dan Muskuloskeletal)

Pada pemeriksaan ekstremitas didapatkan hasil, turgor kulit menurun, warna kulit sawo matang, terdapat edema pada ekstremitas bawah, CRT >3 detik, akral dingin, tidak tampak adanya kontraktur pada persendian, tidak ada thromboplebitis, Ny.E tampak masih terbatas dalam pergerakan pada ekstremitas

bawah karena adanya luka post op sc. Kekuatan otot

| | |
|------|------|
| 5555 | 5555 |
| 4444 | 4444 |

4.1.5 Pemeriksaan penunjang

Pada pemeriksaan penunjang Ny.R, didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel 4.1 : Hasil pemeriksaan penunjang pada Ny.E dengan Post Op Sectio Caesarea dengan indikasi KPD di Ruang Obgyn VIP RS Premier Surabaya pada tanggal 08 Maret 2020.

| Laboratorium | | |
|---------------------|---------------------|----------------|
| Pemeriksaan | Hasil 08 Maret 2020 | Nilai Normal |
| Hemoglobin | 9.1 g/dL | 11.5-15.0 g/dL |
| Hematokrit | 29,4 % | 34.0-46.0 % |

Menurut (Falentina, 2019), pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan pada pasien post op sc adalah sebagai berikut :

1. Hemogloblin atau hematocrit (HB/Ht) untuk mengkaji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan. Pada penelitian (Prawiro, 2015), ditemukan rata-rata selisih kadar Hb sebelum dan sesudah tindakan seksio caesarea yang elektif sebesar 1,14 gm/dL. Penurunan kada Hb ini dikarenakan oleh perdarahan,

perdarahan mengakibatkan menurunnya volume darah serta jumlah sel darah merah yang terkandung di dalam darah.

2. Leukosit (WBC) mengidentifikasi adanya infeksi
3. Tes golongan darah, lama pendarahan, waktu pembekuan darah
4. Urinalisis / kultur urine
5. Pemeriksaan elektrolit

Pada Ny.E terdapat hasil yang abnormal pada pemeriksaan hasil laboratorium, yaitu terjadi penurunan jumlah hemoglobin dan hematokrit. Penulis berpendapat bahwa penurunan kadar hemoglobin yang terjadi pada Ny.E disebabkan karena jenis persalinan yaitu sc karena pada proses tindakan sc pasien akan kehilangan darah karena banyak pembuluh dara yang terputus dan terbuka selama operasi, selain itu pada kehamilan ibu berbagi nutrisi dengan bayi melalui plasenta.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Pada tahap ini penulis merumuskan beberapa diagnosa keperawatan berdasarkan data–data pasien yang diperoleh pada saat pengkajian. Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada tinjauan kasus adalah:

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB

Pengkajian data yang didapatkan dari diagnosa ini ditandai dengan adanya CRT >3detik, konjungtiva anemis, akral dingin, turgor kulit menurun, ada edema diesktremitas bawah, nyeri ketika bergerak dan ada rembesan cairan di betaplast. Pemeriksaan ttv didapatkan hasil, nadi 70x/menit, tekanan darah 111/60mmHg.

Pemeriksaan laboratorium didapatkan hemoglobin mengalami penurunan yaitu 9.1 g/dL dan Hematokrit 29,4 %.

Proses terjadinya penurunan perfusi perifer pada ibu hamil trimester I dengan anemia yaitu pada kehamilan dengan anemia akan mengakibatkan penurunan sel darah merah, nilai hematokrit dan hemoglobin. Salah satu fungsi darah adalah membawa O₂ ke seluruh organ tubuh. Sekitar 97-98,5% O₂ ditransportasikan dengan cara berikatan dengan Hb (HbO₂ / Oksihemoglobin). Jika O₂ yang diangkut menurun, maka akan terjadi gangguan karena suplai O₂ yang kurang ke jaringan. Hal ini mengakibatkan gangguan perfusi jaringan, dan berdampak pada organ yang mendapat suplai O₂ sedikit, terlebih dalam jangka waktu yang lama. Keadaan ini akan berbahaya terutama pada sirkulasi paru dan jantung (Corwin, 2010). Kadar hemoglobin normal pria adalah 13-18 g/dl dan kadar hemoglobin normal wanita :12-16 g/dl, sedangkan pada wanita hamil adalah 11,6-13,9 g/dl pada trimester I, 9,7-14,8 g/dl pada trimester II, dan 9,5-15,0 g/dl pada trimester III.6 Penurunan konsentrasi hemoglobin selama kehamilan normal terjadi akibat peningkatan volume plasma yang muncul sebagai kompensasi peningkatan pasokan darah menuju uteroplasenta sehingga viskositas darah secara keseluruhan menurun, Namun, penurunan kadar hemoglobin juga dapat ditemukan pada penderita anemia (terutama anemia kekurangan zat besi), sirosis, hipertiroidisme, perdarahan, peningkatan asupan cairan, dan kehamilan.

Penulis menegakkan diagnosa ini dengan rasional diagnosa ini ditegakkan karena adanya penurunan Hb dan pasien juga pasca dilakukan tindakan post sc dan terdapat rembesan di luka yang diberi betaplast. Selain itu ada tanda-tanda

penurunan perfusi perifer, seperti CRT meningkat, tekanan darah dibawah nilai normal dan nadi terabuh lemah.

2. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanik : insisi prosedur operasi

Pengkajian data yang didapatkan dari diagnosa ini ditandai dengan adanya luka insisi operasi sc, lebar luka ± 10 cm, 2 jari dibawah pusat, sayatan melintang, luka tampak ditutupi betaplast, ada rembesan sedikit pada betaplast. Pasien mengatakan ketika dibuat bergerak bekas luka masih terasa nyeri.

Kerusakan integritas jaringan adalah keadaan dimana individu mengalami kerusakan integritas membran mukosa, corneal, jaringan pembungkus atau jaringan subkutan (Sriyanto, 2016).

Penulis menegakkan diagnosa ini dengan rasional karena adanya luka bekas insisi pasca operasi sc, ada sayatan ± 10 cm dan masih ada rembesan. Tujuan dari diangkatnya dx ini adalah agar mempercepat penyembuhan luka.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis : obat anastesi

Pengkajian data yang didapatkan dari diagnosa ini ditandai dengan adanya nyeri saat bergerak, ADL dibantu perawat atau keluarga, ada bekas luka sc, terdapat odem pada ekstremitas bawah, gerakan pasien terbatas, keadaan umum lemah dan mengalami penurunan kekuatan otot

| | |
|------|------|
| 5555 | 5555 |
| 4444 | 4444 |

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (SDKI, 2017)

Penulis menegakkan diagnosa ini dengan rasional karena adanya kelemahan pada pasien, pasien juga tidak bisa memenuhi kebutuhannya sendiri

karena ada penurunan kekuatan otot pasca anastesi, sehingga perlu intervensi untuk mengembalikan kekuatan otot pasien

4.3 Intervensi Keperawatan

Pada perencanaan asuhan keperawatan pada Ny.E menggunakan kriteria hasil yang mencapai pada pencapaian tujuan. Dalam intervensinya adalah memandirikan pasien dan keluarga dalam melaksanakan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), keterampilan menangani masalah (psikomotor) dan perubahan tingkah laku (afektif). Perencanaan tindakan yang akan diberikan kepada Ny.E adalah sebagai berikut :

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB

Tujuan : Setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : Hemoglobin dalam batas normal (11.5-15.0 g/dL), tanda-tanda vital dalam batas normal, elastisitas turgor baik, membran mukosa lembab, konjungtiva tidak anemis dan CRT <3 detik.

Penulis memberi intervensi sebagai berikut : 1) Observasi tanda-tanda vital, penurunan frekuensi atau kekuatan nadi, tekanan darah, frekuensi nafas, 2) Monitor CRT, elastisitas turgor kulit, 3) Monitor hasil pemeriksaan serum (Hemoglobin dan hematokrit), 4) Identifikasi tanda-tanda hipovolemi, 5) Edukasi pada Ibu untuk meningkatkan pola nutrisi, 6) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian transfusi bila perlu (SIKI, 2018).

2. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanik : insisi prosedur operasi

Tujuan : Setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keutuhan integritas kulit membaik dengan kriteria hasil : Tidak ada rembesan pada betaplast dan sensasi rasa nyeri berkurang.

Penulis memberi intervensi sebagai berikut : 1) Monitor karakteristik luka seperti warna, ukuran, bau dan ada atau tidaknya perdarahan di area luka, 2) Monitor tanda-tanda infeksi seperti adanya nyeri, kemerahan, kulit hangat, bengkak dan penurunan fungsi, 3) Jadwalkan rawat luka, 4) Edukasi pasien tanda dan gejala infeksi, 5) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, 6) Ajarkan prosedur perawatan mandiri ketika pasien dijadwalkan KRS, 7) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotik bila perlu (SIKI, 2018).

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis : obat anastesi

Tujuan : Setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : gerakan terbatas menurun, kekuatan ekstremitas bawah meningkat, pergerakan bebas tanpa rasa nyeri dan pasien sedikit demi sedikit dapat memenuhi kebutuhannya sendiri.

Penulis memberi intervensi sebagai berikut : : 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, 3) Monitor tanda-tanda vital dan kondisi umum pasien selama mobilisasi, 4) Bantu pasien dalam melakukan pergerakan, seperti duduk dan berdiri, 5) Anjurkan pada keluarga untuk membantu pergerakan pasien, 6) Ajarkan pasien dan keluarga

mobilisasi sederhana seperti duduk ditempat tidur ataupun pindah dari tempat tidur ke kasur (SIKI, 2018).

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan rencana keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Hal ini karena disesuaikan dengan keadaan Ny.E yang sebenarnya.

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB

Pelaksanaan rencana asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 9-11 Maret 2020. Pada kasus Ny.E, tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi mengamati tanda-tanda vital, memonitor CRT, elastisitas turgor kulit, mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemi, Ibu tidak diberikan transfusi sehingga perlu edukasi untuk meningkatkan pola nutrisi agar dapat meningkatkan kadar HB.

Salah satu zat gizi yang diketahui meningkat kebutuhannya selama kehamilan adalah zat besi. Zat besi pada masa kehamilan digunakan untuk perkembangan janin, plasenta, ekspansi sel darah merah, dan untuk kebutuhan basal tubuh. Zat besi yang diperlukan dapat diperoleh dari makanan dan tablet besi. Akan tetapi, seperti halnya konsumsi zat gizi secara umum, konsumsi zat besi seringkali belum memenuhi kebutuhan dalam tubuh. Apabila kadar zat besi di dalam tubuh ibu hamil kurang, maka akan terjadi suatu keadaan yang disebut

anemia. Hal itu dikarenakan zat besi merupakan mikroelemen yang esensial bagi tubuh. Zat ini terutama diperlukan dalam hemopoiesis (pembentukan darah), yaitu dalam sintesa hemoglobin (Besuni et al., 2013)

Peneliti berasumsi bahwa pasien tidak memerlukan transfusi karena hilangnya kadar HB tidak dikarenakan perdarahan pada saat sectio caesar, melainkan kurangnya kecukupan gizi, asupan Fe, vitamin b12 dan protein pada Ibu. Maka peneliti hanya memberikan edukasi terkait jenis-jenis makan yang dapat meningkatkan kadar HB.

2. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanik : insisi prosedur operasi

Pelaksanaan rencana asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 9-11 Maret 2020. Pada kasus Ny.E, tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi memonitor karakteristik luka (warna, ukuran, bau dan ada tidaknya perdarahan pada area luka), memonitor tanda-tanda infeksi (nyeri, kemerahan, kulit hangat, bengkak dan penurunan fungsi), merawat luka pasien, menganjurkan ibu agar tidak tarak, memberi edukasi terkait jenis makanan yang dapat meningkatkan integritas kulit seperti diet tinggi kalori dan protein salah satunya ikan dan ayam. Selama melakukan perawatan pada Ny.E tidak ditemukan tanda infeksi, sehingga dokter tidak memberi terapi antibiotik dan hanya memberi terapi analgesik untuk menghilangkan rasa nyeri.

Didukung oleh penelitian dari Feriyanto tentang pengaruh diet protein pada ibu post op sc. Dalam penelitiannya menyebutkan bahwa ada pengaruh dalam penyembuhan luka post op sc. Protein sangat dibutuhkan dalam proses neo-

vaskularisasi, proliferasi fibroblast, sintesa kolagen dan remodelling luka. Asam amino adalah komponen struktural protein dan merupakan bagian penting dari deoxyribonucleic acid (DNA) dan ribonucleic acid (RNA). Ini memberikan pola untuk mitosis sel dan enzim yang dibutuhkan dalam pembentukan jaringan (Feriyanto, 2014)

Peneliti berasumsi bahwa luka bekas post op akan sembuh meskipun hanya dengan diet tinggi protein namun dengan diikuti oleh perilaku ibu dalam merawat luka bekas post operasinya secara mandiri.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis :
obat anastesi

Pelaksanaan rencana asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 9-11 Maret 2020. Pada kasus Ny.E, tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi mengidentifikasi adanya keluhan fisik, mengidentifikasi gerakan yang dapat ditoleransi oleh ibu, mengobservasi tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pasien mobilisasi, membantu pasien dalam melakukan pergerakan, mengajarkan pasien mobilisasi sederhana, serta mengedukasi keluarga dalam membantu memulihkan kemandirian pasien.

Mobilisasi dini post sectio caesarea harus dilakukan secara bertahap. Tahap – tahap mobilisasi dini pada pasien post sectio caesarea adalah pada 6 jam pertama setelah operasi, pasien harus tirah baring dan hanya bisa menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki. Pasien diharuskan miring kiri dan kanan setelah 6-10 jam untuk mencegah

thrombosis dan thromboemboli. Setelah 24 jam pasien dianjurkan belajar duduk, kemudian dilanjutkan dengan belajar berjalan. Beberapa keuntungan dari mobilisasi dini antara lain dapat melancarkan pengeluaran lokhea, mempercepat involusi uterus, melancarkan fungsi alat gastrointestinal, ibu merasa lebih sehat dan kuat, dan melancarkan peredaran darah serta mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme. Mobilisasi dini penting dilakukan untuk mempercepat kesembuhan ibu sehingga ibu dapat segera melakukan aktivitas sehari-hari secara normal (Nurfitriani, 2017)

Penulis berasumsi bahwa jika pasien tidak segera dilatih kemandirian dalam mobilisasi dapat menjadikan kondisi ibu semakin memburuk dan pemulihan post op sectio caesarea menjadi terlambat, maka penulis memberikan edukasi pentingnya mobilisasi dini agar ibu termotivasi untuk segera melakukan mobilisasi.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. setelah dilakukan tindakan keperawatan dapat dievaluasi sebagai berikut :

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB

Hasil evaluasi setelah 3 hari perawatan yaitu tanggal 11 Maret 2020 didapatkan bahwa tanda-tanda vital dalam batas normal tekanan darah : 120/68 mmHg, nadi : 68x menit, CRT <3detik, tidak ada edema, tidak ada rembesan pada betaplast, konjungtiva tidak anemis. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi dikarenakan sudah tidak ada tanda-tanda ketidakefektifan perfusi perifer, pasien dijadwalkan KRS.

2. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanik : insisi prosedur operasi

Hasil evaluasi setelah 3 hari perawatan yaitu tanggal 11 Maret 2020 didapatkan bahwa pasien dalam kondisi yaitu luka bersih, tidak ada rembesan dan sensai rasa nyeri berkurang. Akral hangat, suhu tubuh pasien 36,5°C dan tidak ada tanda-tanda infeksi, namun bekas luka belum sepenuhnya kering. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa masalah gangguan integritas kulit belum teratasi sepenuhnya dikarenakan bekas luka belum menutup sempurna, namun pasien sudah dijadwalkan KRS dan diberi edukasi untuk perawatan luka mandiri selama dirumah serta menganjurkan agar segera kontrol bila ada tanda-tanda abnormal yang muncul pada luka.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis : obat anastesi

Hasil evaluasi setelah 3 hari perawatan yaitu tanggal 11 Maret 2020 didapatkan bahwa pasien pasien sudah bisa berjalan ke toilet dibantu ibunya tampak masih ada edema pada ekstremitas bawah, kekuatan otot normal pasien

mampu melawan gravitasi serta menahan tahanan dari pengkaji. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa masalah gangguan mobilitas fisik teratasi karena pasien telah mampu melakukan mobilisasi aktif, pasien dijadwalkan KRS.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada Ny.E dengan Post Op Sectio Caesarea dengan indikasi KPD di Ruang Obgyn VIP RS Premier Surabaya, sehingga penulis dapat menarik simpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis Post Op Sectio Caesarea hari ke-1 dengan indikasi KPD.

5.1 Simpulan

Mengacu pada hasil urian tinjauan kasus dan pembahasan pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis Post Op Sectio Caesarea hari ke-1 dengan indikasi KPD, maka perawat dapat menarik simpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian didapatkan dengan keluhan ada cairan yang keluar dari vagina, pasien mengatakan tidak merasakan kontraksi apapun namun ada rembesan yang keluar, setelah di cek dengan kertas lakmus hasilnya adalah cairan ketuban, pasien di anjurkan untuk rawat inap dan harus segera dilakukan tindakan untuk mengeluarkan bayinya yaitu dengan operasi *sectio cesarea*. Pada tanggal 08 Maret 2020 Ny.E MRS dan dirawat di ruang obgyn vip dan dijadwalkan untuk operasi SC pukul 08.00 WIB. Pada tanggal 08 Maret 2020 pukul 08.39 WIB Ny.E telah melahirkan anak ke-2 dengan Operasi Sectio Caesar. Kondisi Ny.E pada saat pengkajian mengeluh kakinya masih kesemutan dan mulai merasakan nyeri pada saat bergerak. Kondisi luka operasi ditutup dengan betaplast dan ada rembesan

sedikit. Tanda-tanda vital pasien TD : 111/66 mmHg, nadi 70x/ menit, RR 18x/menit. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan data penurunan hemoglobin dan hematokrit, pemeriksaan fisik pasien didapatkan data konjungtiva anemis, CRT >3 detik, akral dingin, penurunan kekuatan otot.

2. Diagnosa keperawatan pada Ny.E adalah Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB, gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanik : insisi prosedur operasi SC, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis : Obat anastesi.
3. Rencana tindakan keperawatan pada Ny.E disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan untuk mengatasi masalah perfusi perifer, gangguan integritas jaringan dan meningkatkan kemandirian pasien dalam mobilisasi aktif.
4. Tindakan keperawatan pada Ny.E dilakukan sesuai dengan intervensi yang mengacu secara langsung pada Ny.E yakni, mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemi, mengidentifikasi tanda-tanda infeksi dan mengajarkan pasien mobilisasi sederhana
5. Pada akhir evaluasi tanggal 11 Maret, masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif, gangguan integritas jaringan dan gangguan mobilitas fisik teratasi, pasien KRS.

5.2 Saran

Adapun saran yang dapat diberikan oleh penulis, antara lain :

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya.

2. Perawat sebagai pemberi pelayanan perawatan hendaknya mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang cukup serta mampu bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Post Op Sectio Caesar.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkesinambungan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan yang berhubungan dengan perawatan pasien, dengan harapan perawat mampu memberikan pelayanan asuhan keperawatan professional sesuai dengan standar asuhan keperawatan dan kode etik keperawatan
4. Mengembangkan dan meningkatkan pemahaman serta mengubah mind set perawat terhadap konsep manusia secara holistik dengan harapan perawat mempunyai responabilitas yang tinggi terhadap keluhan pasien sehingga intervensi yang diberikan mampu menyelesaikan masalah keperawatan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Aisyah, S., & Oktarina, A. (2012). Perbedaan Kejadian Ketuban Pecah Dini Antara Primipara dan Multipara. "Jurnal Midpro. Edisi 1. *Perbedaan Kejadian Ketuban Pecah Dini Antara Primipara Dan Multipara. "Jurnal Midpro. Edisi 1.* http://journal.unisla.ac.id/pdf/19412012/1_perbedaan_kejadian_ketu%0Aban_pecah.pdf
- Alim, Z. (2016). *Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Hamil Trimester Iii Di Rumah Sakit Bantuan Lawang.* <https://core.ac.uk/reader/291657688>
- Besuni, A., Jafar, N., & Indriasari, R. (2013). Hubungan Zat Gizi Pembentuk Sel Darah Merah dengan Kadar Hemoglobin pada Ibu Hamil di Kabupaten Gowa. *Hubungan Zat Gizi Pembentuk Sel Darah Merah Dengan Kadar Hemoglobin Pada Ibu Hamil Di Kabupaten Gowa, 000, 1–10.* <https://core.ac.uk/download/pdf/25493317.pdf%0Ahttp://repository.unhas.ac.id/handle/123456789/7968>
- Corwin, E. (2010). Buku Saku Patofisiologi. In *Buku Saku Patofisiologi*. EGC.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2013). No Title. In *Profil Dinas Kesehatan Republik Indonesia tahun 2013*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Falentina, D. (2019). Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Post Op Sectio Caesarea Di Ruang Perawatan Mawar Nifas Rsud. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda No Title. *Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Post Op Sectio Caesarea Di Ruang Perawatan Mawar Nifas Rsud. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.*
- Feriyanto, F. R. (2014). Pengaruh Diet Tinggi Protein Terhadap Penyembuhan Luka Pada Pasien Fakultas Ilmu Kesehatan. *Pengaruh Diet Tinggi Protein Terhadap Penyembuhan Luka Pada Pasien Fakultas Ilmu Kesehatan.*
- Indiarti, M. (2011). Panduan lengkap Kehamilan Persalinan dan Perawatan Bayi. In *Panduan lengkap Kehamilan Persalinan dan Perawatan Bayi*. EGC.
- Iriyanti, & Bayu. (2014). Asuhan Kehamilan Berbasis Bukti. In *Asuhan Kehamilan Berbasis Bukti*. Sagung Seto.
- Mansjoer, A. (2010). kapita selekta kedokteran. In *Kapita Selekta Kedokteran, edisi 4*. Media Aesculapius.
- Manuaba. (2010). No Title. In *Buku Panduan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. EGC.
- Nugroho, T. (2011). Obstetri. In *Obstetri*. Salemba Medika.
- Nurfitriani. (2017). *Pengetahuan Dan Motivasi Ibu Post Sectio Caesarea Dalam Mobilisasi Dini, 2(2).* [file:///C:/Users/Asus/Downloads/4794-Article Text-9774-1-10-20180403.pdf](file:///C:/Users/Asus/Downloads/4794-Article%20Text-9774-1-10-20180403.pdf)

- Pertiwi, M. E. (2019). Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Ny.S Dengan Diagnosa Medis Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Mawar Rsud Bangil Pasuruan. *Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Ny.S Dengan Diagnosa Medis Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Mawar Rsud Bangil Pasuruan*.
- Pratiwi, I. R. (2018). No Title. In *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Anemia Postpartum di Wilayah Kerja Puskesmas Wates*. Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Jurusan Keperawatan Yogyakarta.
- Prawiro, M. R. (2015). Gambaran penurunan kadar hemoglobin tindakan seksio sesarea pada pasien dengan obesitas, seksio berulang, dan usia >35 tahun di rs prikasih pada tahun 2014. *Gambaran Penurunan Kadar Hemoglobin Tindakan Seksio Sesarea Pada Pasien Dengan Obesitas, Seksio Berulang, Dan Usia >35 Tahun Di Rs Prikasih Pada Tahun 2014*, 1–59. file:///C:/Users/Asus/Downloads/MOHAMMAD RAMADHIAN PRAWIRO-FKIK.pdf
- Prawirohardjo. (2011). No Title. In *Buku panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, Edisi 1*. Bina Pustaka.
- Prawirohardjo, S. (2014). Ilmu Kebidanan. In *Ilmu Kebidanan*. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sarwono. (2013). No Title. In *Dalam Ilmu Kandungan*. Yayasan Bina Pustaka.
- SDKI. (2017). No Title. In *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia:Definisi dan Indikator Diagnostik*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Sepduwiana, H. (2011). Faktor Terjadinya KPD pada Ibu Bersalin di RSUD Rokan Hulu. *Faktor Terjadinya KPD Pada Ibu Bersalin Di RSUD Rokan Hulu. Jurnal Maternity and Neonatal.*"Vol. 1 No. 3. <http://ejournal.upp.ac.id/index.php/akbd/article/download/1103/804>
- Setyobudi, H. (2018). *Hubungan Antara Jenis Anestesi Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Bayi Yang Dilahirkan Secara Sectio Caesarea Dengan Preeklamsia Di Rsud Dr. Moewardi Surakarta*. <http://eprints.ums.ac.id/913/>
- SIKI. (2018). No Title. In *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Sriyanto. (2016). *Upaya Penanganan Kerusakan Integritas Jaringan Pada Pasien Post Orif Fraktur Radius Ulna Hari Ke 0 Di Rsop. Dr. Soeharso Surakarta*. [http://eprints.ums.ac.id/45302/4/Naspub Jadi.pdf](http://eprints.ums.ac.id/45302/4/Naspub%20Jadi.pdf)
- Varney. (2010). Buku Ajar Asuhan Kebidanan. In *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Wiknjosastro.
- Welan, M. G. (2019). *Studi Kasus Asuhan Keperawatan Post Partum Sectio Caesarea Atas Indikasi Gagal Induksi Pada Ny.E. Y. B Di Ruang Flamboyan Rsud Prof.W. Z. Yohanes Kupang*. <http://repository.poltekeskupang.ac.id/2023/>

Lampiran 01

CURRICULUM VITAE

Nama : YURISTA PRAHESTI NINGRUM
NIM : 193.0094
Program Studi : Profesi Ners
Tempat Tanggal Lahir : Surabaya, 07 Juni 1997
Umur : 23 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Jl. Kendung Rejo V No. 21 Surabaya
Riwayat Pendidikan :

1. TK Abdullah Ubaid Surabaya Tahun 2003
2. SDN Tembok Dukuh 1 Surabaya Tahun 2009
3. SMP Negeri 4 Surabaya Tahun 2012
4. SMK Kesehatan Nur Medika Surabaya Tahun 2015
5. Stikes Hang Tuah Surabaya – Sarjana Keperawatan Tahun 2019

Lampiran 02

MOTTO DAN PERSEMBAHANMOTTO

“BICARAMU JANGAN LEBIH CEPAT DARI BERFIKIRMU”

PERSEMBAHAN

1. Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan memberikan kesehatan kepada saya sehingga dapat menyelesaikan KTI ini dengan sebaik-baiknya.
2. Terimakasih saya ucapkan kepada Kakek saya (Matekan), Mama saya (Umu Fadilah), Ayah saya (Anang Sunardi) dan Adek saya (Alif Al Fathony) atas dukungan materi maupun moril sehingga saya bisa menyelesaikan *study* saya.
3. Terimakasih kepada sahabat-sahabat saya Z Nation (Feby, Aril, Dhira, Febri, Nata, Fathur, Okta, Zulfa, Wahyu) yang selalu memberi saya dukungan serta hiburan disela-sela kesibukan mengerjakan KTI.
4. Terimakasih kepada teman seperbimbingan (Mbak Alfi, Mbak Lippo dan Mbak Merlin) yang telah membantu saya dalam proses penyusunan KTI.
5. Untuk teman-teman Profesi Angkatan 10 terimakasih telah memberikan semangat dan doa untuk penulisan ini, Semoga kita selalu dimudahkan dalam segala urusan oleh Allah SWT.