

**KARYA TULIS ILMIAH
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.E DENGAN POST OPERASI
SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI CEPHALO PELVIK
DISPROPORTION DIRUANG RAWAT INAPKEBIDANAN
RUMAH SAKIT AHCMAD MOCHTARBUKITTINGGI
TAHUN 2018**



OLEH :

RAHMA RAHYU
NIM : 1514401014

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
TAHUN 2018**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.E DENGAN POST OPERASI
SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI CEPHALO PELVIK
DISPROPORTION DIRUANG RAWAT INAP KEBIDANAN
RUMAH SAKIT AHCMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI TAHUN 2018**

LAPORAN STUDI KASUS

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan
Program Diploma III Keperawatan STIKes Perintis Padang*



OLEH :

RAHMA RAHYU

NIM : 1514401014

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
TAHUN 2018**

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS BUKITTINGGI
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

Karya Tulis Ilmiah, Laporan Studi Kasus Juli 2018

Rahma Rahyu
NIM : 1514401014

**Asuhan Keperawatan Pada Ny.E Dengan Post Operasi Sectio Caesarea
Dengan Indikasi CPD Diruang Rawat Inap Kebidanan Rumah Sakit
Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018**

V BAB + Halaman 142 + Lampiran 4

ABSTRAK

Sectio Caesarea adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding uterus melalui dinding perut, *Sectio Caesarea* dapat disebabkan oleh berbagai faktor seperti ketuban pecah dini, panggul sempit, plasenta previa, letak sungsang, ibu dengan preklamsia dll. Tujuan untuk memperoleh pengalaman nyata dalam melakukan proses dan asuhan keperawatan pada pasien dengan post SC diruang rawat kebidanan Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi. Setelah melakukan pengkajian selama 4 hari dari tanggal 06 juni 2018 dan 09 juni 2017 ditemukan masalah pada Ny.E dengan post operasi SC dengan indikasi CPD. Diagnosa yang ditemukan saat melakukan pengkajian pada Ny.E yaitu Nyeri luka operasi, mobilisasi fisik, kurang pengetahuan ibu tentang memperlancar ASI, Nutrisi, HB di bawah batas normal. Dalam perencanaan tindakan pada pasien mengacu pada keluhan yang dirasakan oleh klien, pada diagnose Nyeri dilakukan tindakan mengajarkan teknik relaksasi tarik nafas dalam dan hembuskan secara perlahan, ini diambil dari intervensi pada teori diterapkan pada tinjauan kasus, diagnose kurang pengetahuan ibu tentang memperlancar ASI, dilakukan tindakan penyuluhan tentang pemijatan oksitoksin yang gunanya untuk memperlancar ASI ibu, diagnose nutrisi dilakukan mengajarkan pasien makan sedikit tapi sering, diagnose HB di bawah batas normal dilakukan transfuse darah dan mengkonsumsi vitamin dan buah, di harapkan HB klien kembali ke batas normal.

Kata kunci : *Sectio Caesarea* dengan indikasi CPD

¹Mahasiswa D III Keperawatan STIKes Perintis Sumbar

²Pembimbing Karya Tulis Ilmiah Laporan Studi Kasus

**HIGH SCHOOL HEALTH SCIENCE PERINTIS BUKITTINGGI
D III STUDY NURSING PROGRAM**

Scientific Paper, July 2018 Case study Report

Rahma Rahyu

NIM : 1514401014

***Nursing Care At Ny.E With Post Operation Surgery Sectio Caesarea With
Indication CPD Hospital In Patient Obsetric Achmad Mochtar Bukittinggi 2018***

V BAB + 142 Page + 4 Attachman

ABSTRACT

Sectio Caesarea is a treatment to give birth to the fetus by opening the uterine wall through the abdominal wall, Sectio Caesarea can be caused by various factors such as premature rupture of membranes, narrow pelvis, placenta previa, sunsang location, mother with precipitation etc. Aims to gain real experience in passing the process and nursing care in patients with post SC room obstetric care Hospital Achmad Mochtar Bukittinggi. After a 4 -day review from 06 June 2018 and 09 June 2018, we found a problem with Ny.E with post operation of SC with indication of CPD.

Is surgical wound pain, physical mobilisasi, less knowledge of mother about breastfeeding, nutrition, HB below the normal limit. In the action plan in the patient to acknowledge the complaints felt by the patient, on the pain diagnosis in doing the action of teaching relaxation technigues in and slowly blowing, this he took from the intervention on the theory applied in the case review, diagnosis of lack of knowledge of mother about accelerate breastfeeding, conducted an extension about oxytocin massage that is useful to facilitate mothe'r milk, diagnosis nutrition in doing teaches patients to eat little but often, HB diagnonoses below normal limits in blood transfusions and consume vitamins and fruits, in expect HB patient back to normal limit.

Keywords : *Sectio Ceasrea with CSPD indication*

¹*D III Nursing Student Pioneer STIKes Sumatera*

²*Supervision Scientific Paper Case Study Report*

LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : RAHMA RAHYU
NIM : 1514401014
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny.E Dengan Post Operatif Sectio Caesarea Dengan Indikasi Cephalo Pelvik Disproportion Diruang Rawat Inap Kebidanan Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

Karya tulis ilmiah ini telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji Studi Kasus dan diterima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 17 Juli 2018

Dewan penguji

Penguji I,



Ns.Yesi Andriani M.Kep,Sp.Mat

Nik:1420116078611073

Penguji II



Ns.Mera Delima M.Kep

NIK:1420101107296019

LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : Rahma Rahyu
NIM : 1514401014
Judul KTI :Asuhan Keperawatan pada Ny. E Dengan Post Operatif Sectio Caesarea Dengan Indikasi Cephalo Pelvik Disproportion Di Ruang Rawat Inap Kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan dihadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukitnggi, Juli 2018

Pembimbing,



Ns. Mera Delima, M.Kep
NIK 1420101107296019

Mengetahui,
Ka Prodi D III Keperawatan
STIKes Perintis Padang



Ns. Endra Amalia M.Kep
NIK 1420123106993012

KATA PENGANTAR



Assalammualaikum Warahmatullahi Wb.

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT, atas rahmad dan karunia-Nya yang telah diberikan kepada penulis sehingga laporan studi kasus dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny. E Dengan Post Sectio Caesraea dengan Indikasi CPD Di Ruang Rawat Inap Kebidanan Rsud Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018”** tanpa nikmat yang diberikan oleh-Nya sekiranya penulis tidak akan mampu untuk menyelesaikan Laporan Studi Kasus ini.

Shalawat serta salam selalu tercurahkan kepada-Nya junjungan Nabi Muhammad. Saw, semoga atas izin Allah SWT penulis dan teman-teman seperjuangan semua mendapatkan syafaatnya nanti. Amin Ya Rabbal Alamin.

Penulisan Laporan Studi Kasus ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Amd.Kep Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang. Penulis banyak mendapat arahan, bimbingan dan nasehat dari berbagai pihak dalam menyusun, membuat dan menyelesaikan Laporan Laporan Studi Kasus ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih terutama kepada Yth, Ibu Ns. Mera Delima,M. Kep selaku pembimbing I dan Ibu Novrianti S.ST pembimbing klinik ruang rawat inap Kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Sumatera Barat yang

telah banyak meluangkan waktunya dengan penuh perhatian. Petunjuk dan bimbingan sehingga Karya Tulis Ilmiah dapat terselesaikan.

Seterusnya ucapan terima kasih saya kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Bukittinggi Sumatera Barat.
2. Ibu Ns. Endra Amalia, M.Kep selaku penanggung jawab Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.
3. Kepada Direktur RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah memberikan izin untuk melakukan studi kasus ini, beserta staf yang telah memberi izin dalam pengambilan data yang penulis butuhkan.
4. Ibu Ns.Muhammad Arif M.Kep selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan banyak ilmu pengetahuan dan bimbingan selama mengikuti pendidikan.
5. Ibu Ns. Mera Delima,M.Kep selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dalam pembuatan Laporan Studi Kasus ini.
6. Ibu Novrianti S.ST selaku pembimbing klinik yang telah memberikan bimbingan dalam pembuatan Laporan Studi Kasus ini.
7. Khususnya kepada kedua orangtuaku tercinta serta seluruh keluarga atas jerih payah, curahan kasih sayang, bantuan moral maupun material serta Doa yang tulus dan ikhlas bagi kesuksesan penulis.
8. Teman-teman mahasiswa-mahasiswi STIKes Perintis Prodi D III Keperawatan yang telah memberi masukan dan dukungan kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa Laporan Studi Kasus ini jauh dari kesempurnaan, hal ini bukanlah suatu kesenjangan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan penulis. Untuk itu penulis berharap tanggapan dan kritikan serta saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Laporan Studi Kasus ini.

Akhir kata, penulis mengharapkan agar Laporan Studi Kasus ini bermanfaat bagi kita semua, semoga Allah SWT memberikan rahmad dan hidayah kepada kita semua. Amin.

Wassalammualaikum Warahmatullahi Wb.

Bukittinggi, Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL	
PERNYATAAN PERSETUJUAN	
PERNYATAAN PENGUJI	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR TABEL	viii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar belakang	1
1.2 Tujuan	3
1.3 Manfaat	4
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
2.1 Konsep Dasar Post Partum.....	6
2.1.1 Pengertian.....	6
2.1.2 Pembagian Masa Post Partum.....	7
2.1.3 Perubahan System Organ Reproduksi Pada Post Partum	8
2.1.4 Involusi.....	9
2.1.5 Lochea	11
2.1.6 Laktasi	12
2.1.7 Adaptasi fisiologis post partum.....	13
2.1.8 Adaptasi psikologis post partum	23
2.1.9 Adaptasi keluarga.....	24
2.1.10 Bonding attachment	26
2.2 Konsep Dasar SC	30
2.2.1 Pegertian.....	30
2.2.2 Anatomi fisiologi	31

2.2.3 Etiologi	36
2.2.4 Manifestasi klinis	42
2.2.5 Patofisiologi	44
2.2.6 Pemeriksaan penunjang	43
2.2.7 Penatalaksanaan	46
2.2.8 Komplikasi	50
2.3 asuhan keperawatan teoritis	52
2.3.1 pengkajian	52
2.3.2 diagnosa keperawatan	57
2.3.3 intervensi keperawatan.....	60
2.3.4 implementasi keperawatan	66
2.3.5 evaluasi.....	66
2.4 konsep dasar bayi baru lahir.....	67
2.4.1 pengertian bayi baru lahir.....	67
2.4.2 penanganan bayi baru lahir	68
2.4.3 jagalah kehangatan bayi	70
2.4.4 perawatan mata.....	72
2.4.5 pemberian vitamin K.....	72
2.4.6 pemberian imunitas hepatitis	73
2.4.7 pemantauan lanjutan.....	73
2.5 Asuhan keperawatan bayi baru lahir	74

BAB III TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian	78
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	95
3.3 Intervensi keperawatan.....	96
3.4 Implementasi	100
3.5 Evaluasi	100

BAB IV PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian	121
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	124
4.3 Intervensi keperawatan.....	129
4.4 Implementasi	132
4.5 Evaluasi	137

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan	140
5.2 Saran.....	141

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.2 SC (sectio caesaria	31
Gambar 2.2.2 Anatomi fisiologis	32
Gambar 2.2.3 Dzigotik	39
Gambar 2.2.4 woc Sectio caesaria	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1.4 Tingkat involusi uterus.....	9
Tabel 2.1.4 Uterus	11
Tabel 2.2.3 Hubungan segmentasi dan keadaan ketuban pada kembar	38
Tabel 2.2.3 Menegakkan kemungkinan diagnosis hamil	40
Tabel 2.3.2 Intervensi teoritis	61
Tabel 2.4.2 Penilaian APGAR score.....	70
Tabel 3.1 Riwayat persalinan kehamilan	82
Tabel 3.2 APGAR score	83
Tabel 3.3 Data biologis	87
Tabel 3.4 Data penunjang	90
Tabel 3.5 Terapin obat	91
Tabel 3.6 Analisa data	93
Tabel 3. 7 Intervensi kasus.....	96
Tabel 3.8 Implementasi kasus	100

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SAP Penyuluhan
Lampiran 2 Daftar Bimbingan Konsul Pembimbing I
Lampiran 3 Daftar Hadir Ujian
Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina atau suatu histerektomia untuk janin dari dalam rahim yang bertujuan untuk menyelamatkan kehidupan baik pada ibu maupun pada bayi (Mochtar R 2008).Sedangkan menurut statistik tentang 3.509 kasus seksio sesarea yang disusun oleh pell dan chamberlain, indikasi untuk resiko sesarea adalah disproporsi janin panggul 21%, gawat janin 14%, plasenta previa 11% pernah seksio sesarea 11%, kelainan letak janin 10%, preeklampsi dan hipertensi 7% dengan angka kematian pada ibu sebelum dikoreksi 17% dan sesudah dikoreksi 0.5% sedangkan kematian janin 14,5% (Winkjosastro, 2010).

Menurut Andon dari beberapa penelitian terlihat bahwa sebenarnya angka kesakitan dan kematian ibu pada tindakan operasi *sectio caesarea* lebih tinggi dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Angka kematian langsung pada operasi sesar adalah 5,8 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan angka kesakitan sekitar 27,3 persen dibandingkan dengan persalinan normal hanya sekitar 9 per 1000 kejadian. WHO (*World Health Organization*) menganjurkan operasi sesar hanya sekitar 10-15 % dari jumlah total kelahiran. Anjuran WHO tersebut tentunya didasarkan pada analisis resiko-resiko yang muncul akibat sesar.

Berdasarkan rekam medik Ruang Rawat Inap Kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi jumlah pasien dari bulan januari sampai dengan bulan Juni 2018 ditemukan sebanyak 183 yang melakukan operasi Sectio caesarea dengan berbagai macam indikasi. Plasenta previa, KPD, IUFD, dan lain-lain. Beberapa persalinan dilakukan melalui operasi perut dengan alasan medis maupun psikologis. Berdasarkan survey awal melalui wawancara dengan salah satu klien di ruangan rawat inap kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi klien mengatakan bahwa penyebab post operasi sectio caesaria memiliki tanda dan gejala seperti pinggul sempit, ketidakseimbangan ukuran kepala dan ukuran panggul, partus lama (prolonged labor), partus tak maju, letak bayi melintang, faktor usia dan gejala lainnya. Ini di sebabkan oleh gangguan riwayat kehamilan pada ibu dan bayi.

Berdasarkan uraian dan data di atas maka penulis tertarik melakukan asuhan keperawatan yang berjudul “Asuhan keperawatan pada klien Ny. E dengan post operasi sectio caesaria dengan indikasi CPD, Di Unit Rawat Inap Kebidanan RSUD DR.Achmad Muchtar Bukittinggi Tahun 2018”.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Mampu memahami konsep tentang post operasi sectio caesaria dan melakukan asuhan keperawatan pada klien Ny. E dengan post operasi sectio caesaria di ruangan rawat inap Kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada klien Ny. E dengan post operasi sectio caesaria di ruangan rawat inap Kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada klien Ny. E dengan post operasi sectio caesaria di ruangan rawat inap Kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.
- c. Mampu merencanakan intervensi keperawatan pada klien Ny. E dengan post operasi sectio caesaria di ruangan rawat inap Kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.
- d. Mampu melakukan implementasi keperawatan pada klien Ny. E dengan post operasi sectio caesaria di ruangan rawat inap Kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.
- e. Mampu melakukan evaluasi pada klien Ny. E dengan post operasi sectio caesaria di ruangan rawat inap Kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

1.3 Manfaat

1.3.1 Institusi rumah sakit

Untuk mengembangkan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan demi membantu petugas rumah sakit dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan ilmu dan keterampilan yang terus dipenuhi serta di jadikan bahan diskusi antar perawat di Ruang Rawat Inap Kebidanan Bukittinggi.

1.3.2 Institusi pendidikan

Digunakan sebagai informasi bagi institusi pendidikan dalam pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan di masa yang akan datang. Sebagai masukan bagi institusi pendidikan dalam proses belajar mengajar, khususnya tentang Karya Tulis Ilmiah Laporan Studi Kasus dan memberikan sumbangan pikiran yang kiranya dapat berguna sebagai informasi awal

1.3.3 Bagi klien

Sebagai bukti tertulis yang menunjukkan bahwa klien telah menerima asuhan keperawatan yang merupakan bantuan dalam pemecahan masalah kesehatan yang dialami

1.3.4 Bagi Penulis

- Penulis mampu memberikan dan berfikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien dengan post operasi sectio caesaria.
- Memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan pada klien Post Operasi Sectio dan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Sumatera Barat

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar post partum

2.1.1 Pengertian

Post partum adalah suatu masa yang dimulai setelah partus selesai dan berakhir kira-kira 6 minggu, tetapi setelah alat genitalia pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan (Winkjosastro,2002).

Masa Nifas adalah masa dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandung kembali seperti semula sebelum hamil,yang berlangsung selama 6 minggu atau kurang lebih 40 hari.

Masa nifas atau masa purpenium adalah masa setelah partus selesai dan berakhir setelah kira-kira 6 – 8 minggu (Manjoer, A dkk, 2001). Akan tetapi seluruh alat genetal baru pulih kembali seperti sebelumnya ada kehamilan dalam waktu 3 bulan (Ilmu kebidanan, 2007).

Masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu, wanita yang melalui periode puerperium disebut puerpura. (Nifas) berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya alat kandungan pada keadaan yang normal. (Ambarwati, 2009).

2.1.2 Pembagian Masa Post Partum

Menurut referensi dari Prawirohardjo (2009:238), pembagian nifas di

bagi 3 bagian, yaitu:

1. Puerperium Dini

Yaitu kepulihan dimana ibu di perbolehkan berdiri dan berjalan. Dalam agama Islam, dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2. Puerperium Intermedial

Yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.

3. Remote Puerperium

Yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu, bulan atau tahunan.

Periode pasca partum ialah masa enam minggu setelah bayi lahir sampai organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil . Periode ini kadang disebut puerperium atau trimester keempat kehamilan. Immediate post partum → Berlangsung dlm 24 jam pertama, Early post partum → Berlangsung sampai minggu pertama, Late post partum → Berlangsung sampai masa post partum berakhir.

2.1.3 Perubahan Sistem Organ Reproduksi Pada Post Partum

a. Payudara

Setelah persalinan behubung lepasnya plasenta dan berkurangnya fungsi korpus luteum, maka estrogen dan progesterone berkurang, prolaktin akan meningkat dalam darah yang merangsang sel-sel acini untuk memproduksi ASI. Keadaan payudara pada dua hari pertama post partum sama dengan keadaan dalam masa kehamilan. Pada hari ketiga dan keempat buah dada membesar, keras dan nyeri ditandai dengan sekresi air susu sehingga akan terjadi proses laktasi. Laktasi merupakan suatu masa dimana terjadi perubahan pada payudara ibu, sehingga mampu memproduksi ASI dan merupakan suatu interaksi yang sangat kompleks antara rangsangan mekanik, saraf dan berbagai macam hormon sehingga ASI dapat keluar.

b. Endometrium

Dalam dua hari post partum desidua yang tertinggal dan berdiferensiasi menjadi 2 lapisan, lapisan superficial menjadi nekrotik dan terkelupas bersama lochea. Sedangkan lapisan basah yang bersebelahan dengan miometrium yang berisi kelenjar tetap utuh dan merupakan sumber pembentukan endometrium baru. Proses regenerasi endometrium berlangsung cepat. Seluruhnya endometrium pulih kembali dalam minggu kedua dan ketiga.

c. Cerviks, Vagina, Vulva, Perineum

Pada persalinan dengan seksio sesarea tidak terdapat peregangan pada serviks dan vagina kecuali bila sebelumnya dilakukan partus percobaan serviks akan mengalami peregangan dan kembali normal sama seperti post partum normal. Pada klien dengan seksio sesarea keadaan perineum utuh tanpa luka.

2.1.4 Involusi

a. Pengertian involusi uteri

Involusi uteri adalah pengecilan yang normal dari suatu organ setelah organ tersebut memenuhi fungsinya, misalnya pengecilan uterus setelah melahirkan. Involusi uteri adalah mengecilnya kembali rahim setelah persalinan kembali ke bentuk asal. Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot polos uterus. (manuba, ida ,bagus,,Prof. Dr. SpOG, (2009))

Tabel

2.1.4 Tingkat Involusio Uteri

Involusio	Tinggi fundus uteri	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Uri lahir	2 jari dibawah pusat	750 gr
1 minggu	Pertengahan simpisis – pusat	500 gr
2 minggu	Tidak teraba di atas simpisis	350 gr
6 minggu	Bertambah kecil	50 gr
8 minggu	Sebesar normal	30 gr

b. Proses Involusi Uterus

Ischemi pada miometrium disebut juga lokal ischemia yaitu kekurangan darah pada uterus. Kekurangan darah ini bukan hanya karena kontraksi dan retraksi yang cukup lama seperti tersebut diatas tetapi disebabkan oleh pengurangan aliran darah yang pergi ke uterus di dalam masa hamil, karena uterus harus membesar menyesuaikan diri dengan pertumbuhan janin. Untuk memenuhi kebutuhannya, darah banyak dialirkan ke uterus dapat mengadakan hipertropi dan hiperplasi setelah bayi dilahirkan tidak diperlukan lagi, maka pengaliran darah berkurang, kembali seperti biasa. Dan aliran darah dialirkan ke buah dada sehingga peredaran darah ke buah dada menjadi lebih baik. Demikianlah dengan adanya hal-hal diatas, uterus akan mengalami kekurangan darah sehingga jaringan otot-otot uterus mengalami atropi kembali kepada ukuran semula. Setelah bayi dilahirkan, uterus yang selama persalinan mengalami kontraksi dan retraksi akan menjadi keras sehingga dapat menutup pembuluh darah besar yang bermuara pada bekas implantasi plasenta. (Sarwono, 2002). Pada hari pertama ibu post partum tinggi fundus uteri kira-kira satu jari bawah pusat (1 cm). Pada hari kelima post partum uterus menjadi 1/3 jarak antara symphysis ke pusat. Dan hari ke 10 fundus sukar diraba di atas symphysis. (Prawirohardjo, 2002). tinggi fundus uteri menurun 1 cm tiap hari. Secara berangsurangsur menjadi kecil (involusi) hingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

2.1.4 Tabel uterus

Waktu	Bobot uterus	Diameter uterus	Palpasi servis
Pada akhir persalinan	900 gram	12,5 cm	Lembut/lunak
Akhir minggu ke-1	450 gram	7,5 cm	2 cm
Akhir minggu ke-2	200 gram	5,0 cm	1 cm
Akhir minggu ke-6	60 gram	2,5 cm	Menyempit

2.1.5 Lochea

a. Pengertian

Lochea adalah nama yang diberikan pada pengeluaran cairan dari uterus yang terlepas melalui vagina selama masa nifas (Varney, 2004:253). Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas. (Mochtar, 2008). Dengan adanya involusi uterus, maka lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi necrotic (layu/mati). Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Campuran antara darah dan desidua tersebut dinamakan lokia, yang biasanya berwarna merah muda atau putih pucat.

Menurut Rustam Mochtar (2008) pengeluaran lochia dapat dibagi berdasarkan jumlah dan warna sebagai berikut :

1. Lokia rubra berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa. Lanugo dan mekoneum selama 2 hari pasca persalinan.

2. Lokia sanguinolenta berwarna merah kuning berisi darah dan lendir, hari ke 3-7 pasca persalinan.
3. Lokia serosa berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pasca persalinan.
4. Lokia alba cairan putih, setelah 2 minggu
5. Lokia purulenta terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
6. Lokia astastis lokia tidak lancar keluarnya

2.1.6 Laktasi

a. Pengertian

Laktasi dapat diartikan dengan pembentukan dan pengeluaran air susu ibu (ASI), yang merupakan makanan pokok terbaik bagi bayi yang bersifat alamiah. Bagi setiap ibu yang melahirkan akan tersedia makanan bagi bayinya, dan bagi si anak akan merasa puas dalam pelukan ibunya, merasa aman, tenteram, hangat akan kasih sayang ibunya. Hal ini merupakan faktor yang penting bagi perkembangan anak selanjutnya. Produksi ASI masih sangat dipengaruhi oleh faktor kejiwaan, ibu yang selalu dalam keadaan tertekan, sedih, kurang percaya diri dan berbagai ketegangan emosional akan menurunkan volume ASI bahkan tidak terjadi produksi ASI. Ibu yang sedang menyusui juga jangan terlalu banyak dibebani urusan pekerjaan rumah tangga, urusan kantor dan lainnya karena hal ini juga dapat mempengaruhi produksi ASI. Untuk memproduksi ASI yang baik harus dalam keadaan tenang.

b. Ada 2 refleks yang sangat dipengaruhi oleh keadaan jiwa ibu, yaitu :

1. Refleks Prolaktin

Pada waktu bayi menghisap payudara ibu, ibu menerima rangsangan neurohormonal pada puting dan areola, rangsangan ini melalui nervus vagus diteruskan ke hypophysis lalu ke lobus anterior, lobus anterior akan mengeluarkan hormon prolaktin yang masuk melalui peredaran darah sampai pada kelenjar kelenjar pembuat ASI dan merangsang untuk memproduksi ASI.

2. Refleks Let Down

Refleks ini mengakibatkan memancarnya ASI keluar, isapan bayi akan merangsang puting susu dan areola yang dikirim lobus posterior melalui nervus vagus, dari glandula pituitary posterior dikeluarkan hormon oxytosin ke dalam peredaran darah yang menyebabkan adanya kontraksi otot-otot myoepitel dari saluran air susu, karena adanya kontraksi ini maka ASI akan terperas ke arah ampulla.

2.1.7 Adaptasi Fisiologis Post Partum

Akhir dari persalinan, hampir seluruh sistem tubuh mengalami perubahan secara progresif. Semua perubahan pada ibu post partum perlu dimonitor oleh perawat, untuk menghindari terjadinya komplikasi. Perubahan-perubahan tersebut adalah sebagai berikut :

1. Penggunaan obat-obat anesthesia umum selama proses pembedahan menyebabkan perubahan kecepatan frekuensi, kedalaman dan pola respirasi. Setelah operasi mungkin terjadi penumpukan secret pada jalan nafas yang menyebabkan perubahan pola nafas, juga suara tambahan berupa rales. Hal ini tidak ditemukan pada anesthesia spinal. Sedangkan peningkatan respirasi mungkin terjadi sebagai respon klien terhadap adanya nyeri. Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas.

2. Sistem Cardiovaskuler

Selama masa kehamilan dan persalinan sistem cardiovascular banyak mengalami perubahan antara lain :

a) Cardiac Output

Penurunan cardiac output menyebabkan bradikardi (50-70x/menit) pada hari pertama setelah persalinan. Bila frekuensi denyut nadi cepat mengindikasikan adanya perdarahan, kecemasan, kelelahan, infeksi penyakit jantung, dapat terjadi hipotensi orthostatik dengan penurunan tekanan systolic kurang lebih 20 mmHg yang merupakan kompensasi pertahanan tubuh untuk menurunkan resistensi vaskuler sebagai akibat peningkatan tekanan vena. Biasanya ini terjadi beberapa saat setelah persalinan, dan saat pertama kali melakukan mobilisasi (ambulasi). Bila terjadi

penurunan secara drastic merupakan indikasi terjadinya perdarahan uteri.

b) Volume dan Konsentrasi Darah

Pada 72 jam pertama setelah persalinan banyak kehilangan plasma dari pada sel darah. Selama persalinan erithropoesis meningkat menyebabkan kadar hemoglobin menurun dan nilainya akan kembali stabil pada hari keempat post partum. Jumlah leukosit meningkat pada early post partum hingga nilainya mencapai 30.000/mm³ tanpa adanya infeksi. Apabila peningkatan lebih dari 30 % dalam 6 jam pertama, maka hal ini mengindikasikan adanya infeksi. Jumlah darah yang hilang selama persalinan sekitar 400-500 ml. Pada klien post partum dengan seksio sesarea kehilangan darah biasanya lebih banyak dibanding persalinan normal (600-800 cc).

3. Sistem Gastrointestinal

Pada klien dengan post partum seksio sesarea biasanya mengalami penurunan tonus otot dan motilitas traktus gastrointestinal dalam beberapa waktu. Pemulihan kontraksi dan motilitas otot tergantung atau dipengaruhi oleh penggunaan analgetik dan anesthesia yang digunakan, serta mobilitas klien. Sehingga berpengaruh pada pengosongan usus. Secara spontan mungkin terhambat hingga 2-3 hari. Selain itu klien akan merasa pahit pada mulut karena dipuasakan atau merasa mual karena pengaruh anesthesia umum. Sebagai akibatnya klien akan mengalami gangguan pemenuhan asupan nutrisi serta

gangguan eliminasi BAB. Klien dengan spinal anesthesia tidak perlu puasa sebelumnya.

4. Sistem Endokrin

a) Hormon plasenta

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke-3 postpartum

b) Hormon pituitary

Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke-3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c) Hipotalamik Pituitary Ovarium

Untuk wanita yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Seringkali menstruasi pertama itu bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron. Diantara wanita laktasi sekitar 15% memperoleh menstruasi selama 6 minggu dan 45% setelah 12 minggu. Diantara wanita yang tidak laktasi 40% menstruasi setelah 6 minggu, 65% setelah 12 minggu dan 90% setelah 24 minggu. Untuk wanita laktasi 80% menstruasi pertama

anovulasi dan untuk wanita yang tidak laktasi 50% siklus pertama anovulasi.

5. Sistem Perkemihan

Dinding kandung kencing memperlihatkan oedem dan hyperemia. Kadang-kadang oedema trigonum, menimbulkan abstraksi dari uretra sehingga terjadi retensio urine. Kandung kencing dalam puerperium kurang sensitif dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kencing penuh atau sesudah kencing masih tertinggal urine residual (normal + 15 cc). Sisa urine dan trauma pada kandung kencing waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi. Dilatasi ureter dan pyelum normal dalam waktu 2 minggu. Urine biasanya berlebihan (poliurie) antara hari kedua dan kelima, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan. Kadang-kadang hematuri akibat proses katalitik involusi. Acetonurie terutama setelah partus yang sulit dan lama yang disebabkan pemecahan karbohidrat yang banyak, karena kegiatan otot-otot rahim dan karena kelaparan. Proteinurie akibat dari autolisis sel-sel otot. Pada klien seksio sesarea terutama pada kandung kemih dapat terjadi karena letak blass berdempetan dengan uterus, sehingga pengosongan kandung kemih mutlak dilakukan dan biasanya dipasang folly kateter selama pembedahan sampai 2 hari post operasi. Dengan demikian kmungkinan dapat terjadi gangguan pola eliminasi BAK, sehingga klien perlu dilakukan bladder training. Kaji warna urine yang keluar, jumlahnya dan baunya.

6. Sistem Pencernaan

a) Nafsu Makan

Ibu biasanya setelah melahirkan diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan ringan dan setelah benar-benar pulih dari efek analgesia, anesthesia, dan kelelahan, kebanyakan ibu merasa sangat lapar. Permintaan untuk memperoleh makanan dua kali dari jumlah yang biasa dikonsumsi disertai konsumsi camilan yang sering-sering ditemukan.

b) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anesthesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

c) Defekasi

Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama dua sampai tiga hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini bisa disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada awal masa pascapartum, ibu biasanya merasakan nyeri diperinium akibat episiotomi, laserasi, atau hemoroid. Kebiasaan buang air besar yang teratur perlu dicapai kembali setelah tonus usus kembali normal.

7. Sistem Persarafan

Sistem persarafan pada klien post partum biasanya tidak mengalami gangguan kecuali ada komplikasi akibat dari pemberian anestesia spinal atau penusukan pada anestesi epidural dapat menimbulkan komplikasi penurunan sensasi pada ekstremitas bawah. Klien dengan spinal anesthesia perlu tidur flat selama 24 jam pertama.

8. Sistem Integumen

Cloasma/hyperpigmentasi kehamilan sering hilang setelah persalinan akibat dari penurunan hormon progesterone dan melanotropin, namun pada beberapa wanita ada yang tidak menghilang secara keseluruhan, kadang ada yang hyperpigmentasi yang menetap. Pertumbuhan rambut yang berlebihan terlihat selama kehamilan seringkali menghilang setelah persalinan, sebagai akibat dari penurunan hormon progesterone yang mempengaruhi folikel rambut sehingga rambut tampak rontok.

9. Sistem Muskuloskeletal

Selama kehamilan otot abdomen teregang secara bertahap, hal ini menyebabkan hilangnya kekenyalan otot pada masa post partum, terutama menurunnya tonus otot dinding dan adanya diastasis rektus abdominalis. Pada dinding abdomen sering tampak lembek dan kendur dan terdapat luka/insisi bekas operasi, secara berangsur akan kembali pulih, selain itu sensasi ekstremitas bawah dapat berkurang selama 24 jam pertama setelah persalinan, pada klien post partum dengan seksio sesaria, hal ini terjadi bila dilakukan regio anestesi dapat terjadi pula penurunan kekuatan otot yang disebabkan oleh peregangan otot.

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamen rotundum menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusannya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihan dibantu dengan latihan.

10. Perubahan Tanda- Tanda Vital

a) Suhu Badan

Satu hari (24jam) postpartum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ – 38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila keadaan normal suhu badan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI, buah dada menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, tractus genitalis atau sistem lain.

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali permenit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat.

c) Tekanan darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsi postpartum.

11. Perubahan Hematologi

Selama minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis yang meningkat dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi sampai 25000 atau 30000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama. Jumlah hemoglobine, hematokrit dan erytrocyt akan sangat bervariasi pada awal-awal masa postpartum sebagai akibat dari volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi wanita tersebut. Kira-kira selama kelahiran dan masa postpartum terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobine pada

hari ke 3-7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4-5 minggu postpartum.

12. Dinding Abdomen

Striae abdominal tidak bisa dilenyapkan sama sekali akan tetapi mereka bisa berubah menjadi garis-garis yang halus berwarna putih perak (Varney, 2004:255). Ketika miometrium berkontraksi dan berektrasi setelah kelahiran dan beberapa hari sesudahnya, peritonium yang membungkus sebagian besar uterus dibentuk menjadi lipatan-lipatan dan kerutan-kerutan. Ligamentum latum dan rotundum jauh lebih kendor daripada kondisi tidak hamil, dan mereka memerlukan waktu cukup lama untuk kembali dari peregangan dan pengendoran yang telah dialaminya selama kehamilan tersebut.

13. Kehilangan Berat Badan

Seorang wanita akan kehilangan berat badannya sekitar 5 kg pada saat melahirkan. Kehilangan ini berhubungan dengan berat bayi, placenta dan cairan ketuban. Pada minggu pertama post partum seorang wanita akan kehilangan berat badannya sebesar 2 kg akibat kehilangan cairan (Varney, 2004:255).

14. Varises

Varises di tungkai dan di sekitar anus (hemoroid) sering dijumpai pada wanita hamil. Varises, bahkan varises vulva yang jarang dijumpai, akan mengecil dengan cepat setelah bayi lahir. Operasi varises tidak dipertimbangkan selama masa hamil. Regresi total atau mendekati total diharapkan terjadi setelah melahirkan (Varney, 2004:156).

2.1.8 Adaptasi Psikologis Post Partum (Reva Rubin)

1. Adaptasi psikologi ibu post partum

1) Fase Taking In

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Komunikasi yang baik sangat diperlukan pada fase ini

2) Fase Taking Hold

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase taking hold, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi, selain itu perasaannya sangat sensitive sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati. Pada saat ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri.

3) Fase Letting Go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini

2.1.9 Adaptasi Keluarga

1. Adaptasi psikologis orangtua

Ketika kelahiran telah dekat, klien mengalami kegembiraan dengan kelahiran bayi. Perasaan emosi yang tinggi menurun dengan cepat setelah kelahiran bayi, terjadi perubahan psikologis yang cukup kompleks. Kondisi psikologis ibu dipengaruhi pula oleh respon anggota keluarga terhadap kelahiran bayi, sehingga seluruh keluarga, perlu mempersiapkan diri secara psikologis dalam menerima kehadiran anggota keluarga baru.

Beberapa adaptasi psikologis antara lain :

1. Adaptasi parental

Proses menjadi orangtua terjadi sejak masa konsepsi. Selama periode prenatal, ibu merupakan bagian pertama yang memberikan lingkungan untuk berkembang dan tumbuh sebelum anak lahir. Proses menjadi orangtua tidak mudah dan sering menimbulkan konflik dan krisis komunikasi karena ketergantungan penuh bayi pada orangtua.

Untuk menjadi orangtua diperlukan komponen yaitu :

- a) kemampuan kognitif dan motorik, merupakan komponen
- b) pertama dari respon menjadi orangtua dalam perawatan bayi.

Kemampuan kognitif dan afektif merupakan komponen psikologis dalam perawatan bayi. Perasaan keibuan, kebapakan, dan pengalaman awal menjadi orangtua.

2. Adaptasi ayah

Respon ayah pada masa sesudah klien melahirkan tergantung keterlibatannya selama proses persalinan, biasanya ayah akan merasa lelah, ingin selalu dekat dengan istri dan anaknya, tetapi kadang-kadang terbentur dengan peraturan rumah sakit.

3. Adaptasi sibling

Biasanya kelahiran adik atau bayi dapat menjadi suatu perubahan pada sibling atau saudara, anak pertama lebih ingin mempertahankan dirinya lebih tinggi dari adik barunya. Salah satu peristiwa kunci dalam kehidupan anak adalah kelahiran adik baru. Kehamilan itu sendiri merupakan waktu ideal bagi anak-anak untuk memahami darimana bayi berasal dan bagaimana bayi itu dilahirkan. Anak mungkin memiliki reaksi campuran terhadap adik baru, bergairalah karena mendapat teman bermain baru, takut akan ditelantarkan dan sering kecewa ketika sang adik tidak mau segera bermain. Akan tetapi persaingan sengit yang ditakutkan oleh banya orang tua bukan tidak dapat dihindari. Temperamen anak tertentu itu dan cara orang tua memperlakukan anak adalah faktor kunci yang menentukan seberapa besar persaingan yang terjadi di antara saudara kandung. Tidak mudah memang untuk menjaga keseimbangan yang tepat antara menyesuaikan diri dengan kebutuhan bayi baru dan membantu anak yang lebih besar mengatasi perubahahn itu.

2.1.10 Bounding Attachment

1. Pengertian Bounding Attachment

- a. Parmi (2000): suatu usaha untuk memberikan kasih sayang dan suatu proses yang saling merespon antara orang tua dan bayi lahir.
- b. Perry (2002), bounding: proses pembentukan attachment atau membangun ikatan; attachment: suatu ikatan khusus yang dikarakteristikan dengan kualitas-kualitas yang terbentuk dalam hubungan orang tua dan bayi.
- c. Subroto (cit Lestari, 2002): sebuah peningkatan hubungan kasih sayang dengan keterikatan batin antara orang tua dan bayi.
- d. Maternal dan Neonatal Health: adalah kontak dini secara langsung antara ibu dan bayi setelah proses persalinan, dimulai pada kala III sampai dengan post partum.

2. Tahap-Tahap Bounding Attachment

- a. Perkenalan (acquaintance), dengan melakukan kontak mata, menyentuh, bicara, dan mengeksplorasi segera setelah mengenal bayinya.
- b. Bounding (keterikatan)
- c. Attachment, perasaan sayang yang mengikat individu dengan individu lain.

3. Elemen-Elemen Bounding Attachment

- a. Sentuhan – Sentuhan, atau indera peraba, dipakai secara ekstensif oleh orang tua dan pengasuh lain sebagai suatu sarana untuk

mengenali bayi baru lahir dengan cara mengeksplorasi tubuh bayi dengan ujung jarinya.

- b. Kontak mata – Ketika bayi baru lahir mampu secara fungsional mempertahankan kontak mata, orang tua dan bayi akan menggunakan lebih banyak waktu untuk saling memandang. Beberapa ibu mengatakan, dengan melakukan kontak mata mereka merasa lebih dekat dengan bayinya
- c. Suara – Saling mendengar dan merespon suara antara orang tua dan bayinya juga penting. Orang tua menunggu tangisan pertama bayinya dengan tegang.
- d. Aroma – Ibu mengetahui bahwa setiap anak memiliki aroma yang unik. Sedangkan bayi belajar dengan cepat untuk membedakan aroma susu ibunya
- e. Entrainment – Bayi baru lahir bergerak-gerak sesuai dengan struktur pembicaraan orang dewasa. Mereka menggoyang tangan, mengangkat kepala, menendang-nendangkan kaki, seperti sedang berdansa mengikuti nada suara orang tuanya. Entrainment terjadi saat anak mulai berbicara. Irama ini berfungsi memberi umpan balik positif kepada orang tua dan menegakkan suatu pola komunikasi efektif yang positif.
- f. Bioritme – Anak yang belum lahir atau baru lahir dapat dikatakan senada dengan ritme alamiah ibunya. Untuk itu, salah satu tugas bayi baru lahir ialah membentuk ritme personal (bioritme). Orang tua dapat membantu proses ini dengan memberi kasih sayang yang

konsisten dan dengan memanfaatkan waktu saat bayi mengembangkan perilaku yang responsif. Hal ini dapat meningkatkan interaksi sosial dan kesempatan bayi untuk belajar.

g. Kontak dini – Saat ini , tidak ada bukti-bukti alamiah yang menunjukkan bahwa kontak dini setelah lahir merupakan hal yang penting untuk hubungan orang tua–anak. Namun menurut Klaus, Kennel (1982), ada beberapa keuntungan fisiologis yang dapat diperoleh dari kontak dini :

- a) Kadar oksitosin dan prolaktin meningkat.
- b) Reflek menghisap dilakukan dini.
- c) Pembentukan kekebalan aktif dimulai.
- d) Mempercepat proses ikatan antara orang tua dan anak (body warmth (kehangatan tubuh); waktu pemberian kasih sayang; stimulasi hormonal).

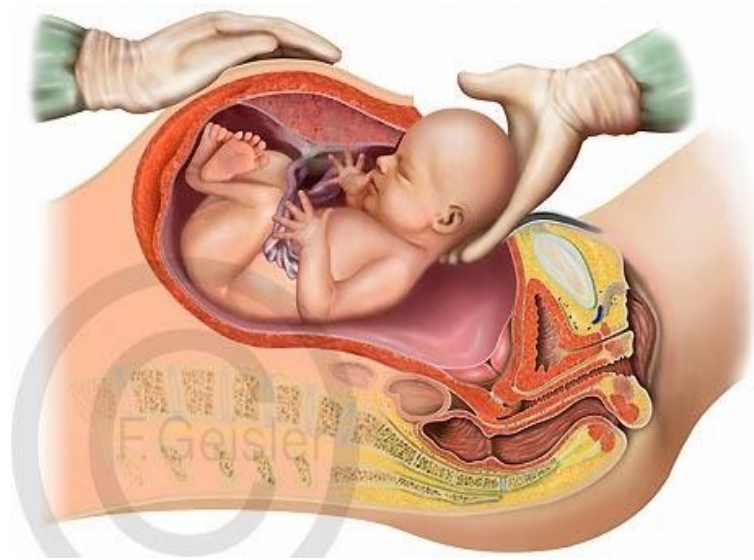
4. Prinsip-Prinsip dan Upaya Meningkatkan Bounding Attachment

- a. Dilakukan segera (menit pertama jam pertama).
- b. Sentuhan orang tua pertama kali.
- c. Adanya ikatan yang baik dan sistematis berupa kedekatan orang tua ke anak.
- d. Kesehatan emosional orang tua.
- e. Terlibat pemberian dukungan dalam proses persalinan.
- f. Persiapan PNC sebelumnya.
- g. Adaptasi.

- h. Tingkat kemampuan, komunikasi dan keterampilan untuk merawat anak.
 - i. Kontak sedini mungkin sehingga dapat membantu dalam memberi kehangatan pada bayi, menurunkan rasa sakit ibu, serta memberi rasa nyaman.
 - j. Fasilitas untuk kontak lebih lama.
 - k. Penekanan pada hal-hal positif.
 - l. Perawat maternitas khusus (bidan).
 - m. Libatkan anggota keluarga lainnya/dukungan sosial dari keluarga, teman dan pasangan.
 - n. Informasi bertahap mengenai bounding attachment.
5. Keuntungan Bounding Attachment
- 1) Bayi merasa dicintai, diperhatikan, mempercayai, menumbuhkan sikap sosial.
 - 2) Bayi merasa aman, berani mengadakan eksplorasi.
6. Hambatan Bounding Attachment
- a. Kurangnya support sistem.
 - b. Ibu dengan resiko (ibu sakit).
 - c. Bayi dengan resiko (bayi prematur, bayi sakit, bayi dengan cacat fisik).
 - d. Kehadiran bayi yang tidak diinginkan

2.2 Konsep dasar SC

2.2.1 Pengertian



Gambar 2.2 : Sectio Caesaria (SC)

Sectio caesaria adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Sarwono, 2009), sedangkan menurut (Gulardi & Winkjosastro, 2006) Sectio Caesaria ialah tindakan untuk melahirkan janin dengan berat badan diatas 500 gram melalui sayatan pada dinding uterus yang utuh, dan menurut (Mansjoer, 2002) Sectio caesaria adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding rahim.

Post partum adalah suatu masa yang dimulai setelah partus selesai dan berakhir kira-kira 6 minggu, tetapi setelah alat genitalia pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan (Winkjosastro, 2002).

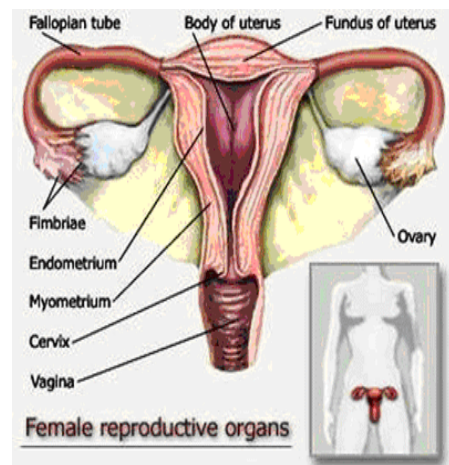
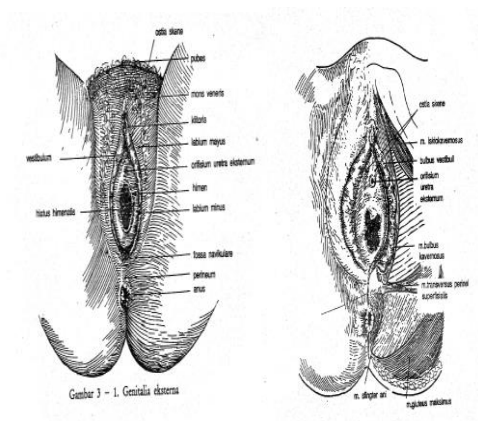
Masa Nifas adalah masa dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir

ketika alat kandung kembali seperti semula sebelum hamil,yang berlangsung selama 6 minggu atau kurang lebih 40 hari.

CPD adalah tidak ada kesesuaian antara kepala janin dengan bentuk dan ukuran panggul.Disproporsi sefalopelvik adalah keadaan yang menggambarkan ketidaksesuaian antara kepala janin dan panggul ibu sehingga janin tidak dapat keluar melalui vagina. Disproporsi sefalopelvik adalah keadaan yang menggambarkan ketidaksesuaian antara kepala janin dan panggul ibu sehingga janin tidak dapat keluar melalui vagina. Disproporsi sefalopelvik disebabkan oleh panggul sempit, janin yang besar ataupun kombinasi keduanya.Cephalopelvic Disproportion (CPD) adalah diagnosa medis digunakan ketika kepala bayi dinyatakan terlalu besar untuk muat melewati panggul ibu.

Sehingga dapat saya simpulkan bahwa post Sectio Caesarea dengan indikasi CPD adalah suatu masa nifas setelah menjalani persalinan dengan cara menyayat dinding uterus untuk mengeluarkan janin yang dikarenakan ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami.

2.2.2 Anatomi fisiologi system reproduksi.



a. system reproduksi wanita

a) Anatomi Sistem Reproduksi Wanita

Organ reproduksi wanita terbagi atas 2 bagian yaitu organ reproduksi eksterna wanita (organ bagian luar) dan organ reproduksi interna wanita (organ bagian dalam)

b) Organ reproduksi eksterna wanita

1. Vulva atau pudenda meliputi seluruh struktur eksternal yang dapat dilihat mulai dari pubis sampai perineum, yaitu mons veneris, labia mayora dan labia minora, klitoris, selaput darah (hymen), vestibulum, muara uretra, berbagai kelenjar, dan struktur vaskular.
2. Mons veneris atau mons pubis adalah bagian yang menonjol di atas simfisis dan pada perempuan setelah pubertas ditutup oleh rambut kemaluan. Pada perempuan umumnya batas atas rambut melintang sampai pinggir atas simfisis, sedangkan ke bawah sampai ke sekitar anus dan paha.
3. Labia mayora (bibir-bibir besar) terdiri atas bagian kanan dan kiri, lonjong mengecil ke bawah, terisi oleh jaringan lemak yang serupa dengan yang ada di mons veneris.
4. Labia minora (bibir-bibir kecil atau nymphae) adalah suatu lipatan tipis dan kulit sebelah dalam bibir besar. Kulit yang meliputi bibir kecil mengandung banyak glandula sebacea (kelenjar-kelenjar lemak) dan juga ujung-ujung saraf yang menyebabkan bibir kecil sangat sensitif. Jaringan ikatnya mengandung banyak pembuluh

darah dan beberapa otot polos yang menyebabkan bibir kecil ini dapat mengembang.

5. Klitoris kira-kira sebesar kacang ijo, tertutup oleh preputium klitoridis dan terdiri atas glans klitoridis, korpus klitoridis, dan dua krura yang menggantungkan klitoris ke os pubis. Glans klitoridis terdiri atas jaringan yang dapat mengembang, penuh dengan urat saraf, sehingga sangat sensitif.
6. Vestibulum berbentuk lonjong dengan ukuran panjang dan depan ke belakang dan dibatasi di depan oleh klitoris, kanan dan kiri oleh kedua bibir kecil dan di belakang oleh perineum (fourchette).
7. Bulbus Vestibuli sinistra et dekstra merupakan pengumpulan vena terletak di bawah selaput lendir vestibulum, dekat namus ossis pubis. Panjangnya 3-4 cm, lebarnya 1-2 cm dan tebalnya 0,5-1 cm. Bulbus vestibuli mengandung banyak pembuluh darah, sebagian tertutup oleh muskulus ischio kavernosus dan muskulus konstriktor vagina.
8. Introitus Vagina mempunyai bentuk dan ukuran yang berbeda-beda. Pada seorang Virgo selalu dilindungi oleh labia minora yang baru dapat dilihat jika bibir kecil ini dibuka. Introitus vagina ditutupi oleh selaput dara (himen). Himen ini mempunyai bentuk berbeda-beda, dan yang semilunar (bulan sabit) sampai yang berlubang- lubang atau yang bersekat (septum). Perineum terletak antara vulva dan anus, panjangnya rata-rata 4 cm. Jaringan yang

mendukung perineum terutama ialah diafragma pelvis dan diafragma urogenitalis (Anik Maryuni, 2010).

c) Organ reproduksi interna wanita

1. Vagina (Liang Kemaluan/Liang Senggama)

Setelah melewati introitus vagina, terdapat liang kemaluan (vagina) yang merupakan suatu penghubung antara introitus vagina dan uterus. Dinding depan dan belakang vagina berdekatan satu sama lain, masing-masing panjangnya berkisar antara 6-8 cm dan 7-10 cm. Bentuk vagina sebelah dalam yang berlipat-lipat disebut rugae.

2. Uterus

Uterus berbentuk seperti buah avokad atau buah pir yang sedikit gepeng ke arah depan belakang. Ukurannya sebesar telur ayam dan mempunyai rongga. Dindingnya terdiri atas otot-otot polos. Ukuran panjang uterus adalah 7-7,5 cm, lebar di atas 5,25 cm, tebal 2,5 cm, dan tebal dinding 1,25 cm. Letak uterus dalam keadaan fisiologis adalah anteversiofleksio (serviks ke depan dan membentuk sudut dengan vagina, sedangkan korpus uteri ke depan dan membentuk sudut dengan serviks uteri).

3. Tuba Falloppi

Tuba Falloppi terdiri atas :

- a) Pars interstisialis, yaitu bagian yang terdapat di dinding uterus.
Pars isthmica merupakan bagian medial tuba yang sempit seluruhnya. Pars ampullaris, yaitu bagian yang berbentuk sebagai saluran agak lebar, tempat konsepsi terjadi.
- b) Infundibulum, yaitu bagian ujung tuba yang terbuka ke arah abdomen dan mempunyai fimbriae. Fimbriae penting artinya bagi tuba untuk menangkap telur dan selanjutnya menyalurkan telur ke dalam tuba. Bentuk infundibulum seperti anemon (sejenis binatang laut).
- c) Ovarium (Indung Telur) Perempuan pada umumnya mempunyai 2 indung telur kanan dan kiri. Mesovarium menggantung ovarium di bagian belakang ligamentum latum kiri dan kanan. Ovarium berukuran kurang lebih sebesar ibu jari tangan dengan ukuran panjang kira-kira 4 cm, lebar dan tebal kira-kira 1,5 cm (Anik Maryuni, 2010).

4. Serviks

Bagian paling bawah uterus adalah serviks atau leher. Tempat perlekatan serviks uteri dengan vagina, membagi serviks menjadi bagian supravagina yang panjang dan bagian vagina yang lebih pendek. Panjang serviks sekitar 2,5 sampai 3 cm, 1 cm menonjol ke dalam vagina pada wanita tidak hamil. Serviks terutama disusun oleh jaringan ikat fibrosa serta sejumlah kecil serabut otot dan jaringan elastis.

2.2.3 Etiologi

Manuaba (2002) indikasi ibu dilakukan sectio caesarea adalah ruptur uteri iminen, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini. Sedangkan indikasi dari janin adalah fetal distres dan janin besar melebihi 4.000 gram. Dari beberapa faktor sectio caesarea diatas dapat diuraikan beberapa penyebab sectio caesarea sebagai berikut:

a. CPD (Cephalo Pelvic Disproportion)

Cephalo Pelvic Disproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Tulang-tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara alami. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal.

b. PEB (Pre-Eklamsi Berat)

Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, pre-eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting dalam ilmu

kebidanan. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

c. KPD (Ketuban Pecah Dini)

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

d. Bayi Kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara caesar. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

Jenis kehamilan ganda yaitu :

1. Kehamilan kembar monozigotik

Merupakan kehamilan ganda yang berasal dari satu ovum yang dibuahi dan membelah secara dini hingga membentuk dua embrio yang sama, kehamilan ini juga disebut hamil kembar identik atau hamil kembar homolog atau hamil kembar uniovuler, karena berasal dari satu ovum, hamil Ganda ini mempunyai ciri jenis kelamin sama, wajah yang sama, sidik jari yang sama,

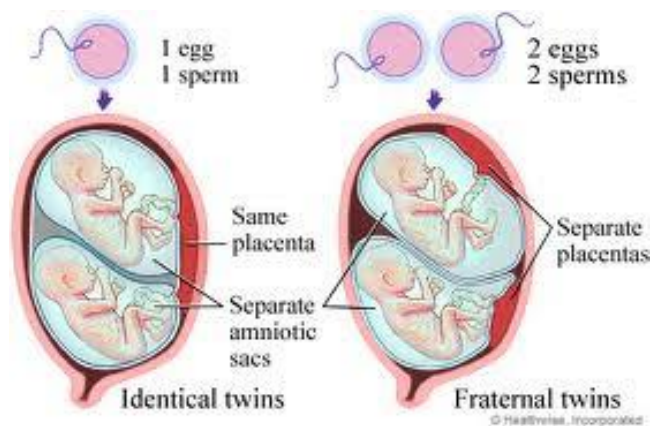
kemungkinan salah satunya kidal karena lokasi daerah motorik serebrinya berlawanan.

Tabel 2.2.3 berikut menunjukkan hubungan saat segmentasi dan keadaan ketuban pada kembar monizigotik.

Saat segmentasi	Keadaan ketuban
- 72 jam	Diamniotik, dikorionik
- 8 hari	Diamniotik, monokorionik
- 12 hari	Monoamniotik, monokorionik
13 - hari	Monoamniotik, monokorionik dan kemungkinan terjadinya kembar siam.

2. Kehamilan Dizigotik

Merupakan kehamilan Ganda yang berasal dari 62 atau lebih ovum yang telah dibuahi disebut juga heterolog, binovuler atau fraternal. Sebagian besar kehamilan ganda adalah dizigotik dengan ciri jenis kelamin berbeda atau sama, mempunyai dua plasenta, dua amnion dan dua korion.



Gambar 2.2.3 kehamilan Dizigotik

Komplikasi yang timbul pada kehamilan ganda:

1. Trimester I

- Emesis sampai hiperemesis gravidarum
- Anemia selama hamil
- Abortus

2. Trimester II/III

- Persalinan premature
- Kehamilan dengan hidramnion
- Pre-eklamsi sampai eklamsia
- Kelainan letak
- Antepartum bleeding karena plasenta previa atau retensio plasenta
- Gangguan pertumbuhan janin
- Pertumbuhan Janin Terhambat
- Pertumbuhan prematuritas
- Terjadi anomaly pertumbuhan

3. Komplikasi pasca partus

- Atonia uteri dan perdarahan pasca partus
- Retensio atau rest plasenta
- Sindrom transfuse
- Satu janin tumbuh
- Pertumbuhan janin baik
- Polisistemia
- Edema

- Hidramnion
- Janin yang lainnya terjadi
- Janin kecil sampai meninggal
- Menderita anemia
- Dehidrasi
- Aligohidramnion
- Bila ada gangguan segmentasi dapat terjadi kembar siam (torakopagus, sifo-ompagus, pigopagus. Iskiopagus, kraniopagus)
- Pada hamil dizigot, perbedaan kemampuan tumbuh kembang dapat membahayakan kehidupan yang lain dan menimbulkan fetus kompresus atau fetus papiraseus.

Diagnosis Kehamilan Ganda

Tabel 2.2.3 Untuk dapat menegakkan diagnosis kemungkinan hamil ganda.

LANGKAH	TANDA DAN GEJALA
Anamnesis	Riwayat adanya keturunan kembar <ul style="list-style-type: none"> • Telah mendapat pengobatan infertilitas Uterus yang membesar :Fundus uteri > 4 cm dari amenorea • Gerakan anak yang banyak
Pemeriksaan klinis	<ul style="list-style-type: none"> • Besar uterus melebihi lamanya amenore • Uterus cepat membesar pada pemeriksaan ulangan BB bertambah dengan cepat tanpa adanya edema atau obesitas • Teraba 2 balotemen atau lebih • Teraba 3 bagian besar janin • Terdengar 2 DJJ dengan perbedaan 10 atau lebih

Pemeriksaan USG	Kelihatan 2 bayangan janin dengan 1 atau 2 kantong amnion. Diagnosis dengan USG sudah dapat ditegakkan pada kehamilan 10 minggu
Pemeriksaan X-Ray	Sudah jarang dilakukan untuk mendiagnosis kehamilan ganda karena bahaya penyinaran
Diagnosis Pasti	Secara klinis : <ul style="list-style-type: none"> • Teraba 2 kepala, 2 bokong dan atau 2 punggung • Terdengar 2 DJJ dengan perbedaan 10 atau lebih USG atau foto Rontgen bayangan lebih dari 1
Diagnosis Diferensial	Kehamilan tunggal dengan janin besar Hidramnion Mola Hidatidosa Kehamilan dengan tumor (mioma, kista Ovarium)

e. Faktor Hambatan Jalan Lahir

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

f. Kelainan Letak Janin

(1) Kelainan pada letak kepala

a) Letak kepala tengadah

Bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB yang paling rendah. Etiologinya kelainan panggul, kepala bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati, kerusakan dasar panggul.

b) Presentasi muka

Letak kepala tengadah (defleksi), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah ialah muka. Hal ini jarang terjadi, kira-kira 0,27-0,5 %.

c) Presentasi dahi

Posisi kepala antara fleksi dan defleksi, dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Pada penempatan dagu, biasanya dengan sendirinya akan berubah menjadi letak muka atau letak belakang kepala.

(2) Letak Sungsang

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala difundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. Dikenal beberapa jenis letak sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki, sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki (Saifuddin, 2002).

2.2.4 Manifestasi Klinis

Ada beberapa hal tanda dan gejala post *Sectio Caesarea* (SC) :

- a. Pusing
- b. Mual muntah
- c. Nyeri sekitar luka operasi
- d. Peristaltic usus menurun

2.2.5 Patofisiologi

SC merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gr dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini yaitu distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsia jaringan lunak, placenta previa dll, untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin. Janin besar dan letak lintang setelah dilakukan SC ibu akan mengalami adaptasi post partum baik dari aspek kognitif berupa kurang pengetahuan. Akibat kurang informasi dan dari aspek fisiologis yaitu produk oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit, luka dari insisi akan menjadi post de entris bagi kuman. Oleh karena itu perlu diberikan antibiotik dan perawatan luka dengan prinsip steril. Nyeri adalah salah utama karena insisi yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman. Sebelum dilakukan operasi pasien perlu dilakukan anestesi bisa bersifat regional dan umum. Namun anestesi umum lebih banyak pengaruhnya terhadap janin maupun ibu anestesi janin sehingga kadang-kadang bayi lahir dalam keadaan upnoe yang tidak dapat diatasi dengan mudah.

Akibatnya janin bisa mati, sedangkan pengaruhnya anestesi bagi ibu sendiri yaitu terhadap tonus uteri berupa atonia uteri sehingga darah banyak yang keluar. Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas yang tidak efektif akibat sekret yan berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup. Anestesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus. Seperti yang telah diketahui setelah makanan masuk lambung akan terjadi proses penghancuran dengan bantuan peristaltik usus.

Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Akibat dari motilitas yang menurun maka peristaltik juga menurun. Makanan yang ada di lambung akan menumpuk dan karena reflek untuk batuk juga menurun. Maka pasien sangat beresiko terhadap aspirasi sehingga perlu dipasang pipa endotracheal. Selain itu motilitas yang menurun juga berakibat pada perubahan pola eliminasi yaitu konstipasi (Saifuddin, Mansjoer & Prawirohardjo, 2002)

2.2.6 Pemeriksaan Penunjang

1. Elektroensefalogram (EEG) Untuk membantu menetapkan jenis dan fokus dari kejang.

2. Pemindaian CT

Untuk mendeteksi perbedaan kerapatan jaringan.

3. Magneti resonance imaging (MRI)

Menghasilkan bayangan dengan menggunakan lapangan magnetik dan gelombang radio, berguna untuk memperlihatkan daerah – daerah otak yang itdak jelas terliht bila menggunakan pemindaian CT.

4. Pemindaian positron emission tomography (PET)

Untuk mengevaluasi kejang yang membandel dan membantu menetapkan lokasi lesi, perubahan metabolik atau alirann darah dalam otak.

5. Uji laboratorium

(1) Fungsi lumbal : menganalisis cairan serebrovaskuler

(2) Hitung darah lengkap : mengevaluasi trombosit dan hematokrit

(3) Panel elektrolit

(4) Skrining toksik dari serum dan urin

(5) AGD

- (6) Kadar kalsium darah
- (7) Kadar natrium darah
- (8) Kadar magnesium darah

2.2.7 Penatalaksanaan

a. Keperawatan

- 1. Letakan pasien dalam posisi pemulihan
- 2. Periksa kondisi pasien, cek tanda vital tiap 15 menit selama 1 jam pertama, kemudian tiap 30 menit jam berikutnya. Periksa tingkat kesadaran tiap 15 menit sampai sadar
- 3. Yakinkan jalan nafas bersih dan cukup ventilasi
- 4. Transfusi jika diperlukan
- 5. Jika tanda vital dan hematokrit turun walau diberikan transfusi, segera kembalikan ke kamar bedah kemungkinan terjadi perdarahan pasca bedah

b. Diet

Pemberian cairan perinfus biasanya dihentikan setelah penderita flatulalu di mulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 - 10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap 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 didudukkan 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 berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke5 pasca operasi.
- d. Fungsi gastrointestinal
1. Jika tindakan tidak berat beri pasien diit cair
 2. Jika ada tanda infeksi , tunggu bisung usus timbul
 3. Jika pasien bisa flatus mulai berikan makanan padat
 4. Pemberian infus diteruskan sampai pasien bisa minum dengan baik
 5. Perawatan fungsi kandung kemih
 6. Jika urin jernih, kateter dilepas 8 jam setelah pembedahan atau sesudah semalam
 7. Jika urin tidak jernih biarkan kateter terpasang sampai urin jernih
 8. Jika terjadi perlukaan pada kandung kemih biarkan kateter terpasang sampai minimum 7 hari atau urin jernih.
 9. Jika sudah tidak memakai antibiotika berikan nirofurantoin 100 mg per oral per hari sampai kateter dilepas

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

f. Pembalutan dan perawatan luka

1. Jika pada pembalut luka terjadi perdarahan atau keluar cairan tidak terlalu banyak jangan mengganti pembalut
2. Jika pembalut agak kendur , jangan ganti pembalut, tapi beri plester untuk mengencangkan
3. Ganti pembalut dengan cara steril
4. Luka harus dijaga agar tetap kering dan bersih
5. Jahitan fascia adalah utama dalam bedah abdomen, angkat jahitan kulit dilakukan pada hari kelima pasca SC

g. Hal – Hal lain yang perlu diperhatikan

1. Paska bedah penderita dirawat dan diobservasi kemungkinan komplikasi berupa perdarahan dan hematoma pada daerah operasi
2. Pasca operasi perlu dilakukan drainase untuk mencegah terjadinya hematoma.
3. Pasien dibaringkan dengan posisi semi fowler (berbaring dengan lutut ditebuk) agar dinding abdomen tidak tegang.
4. Diusahakan agar penderita tidak batuk atau menangis.
5. Lakukan perawatan luka untuk mencegah terjadinya infeksi

6. Dalam waktu 1 bulan jangan mengangkat barang yang berat. Selama waktu 3 bulan tidak boleh melakukan kegiatan yang dapat menaikkan tekanan intra abdomen pengkajian difokuskan pada kelancaran saluran nafas, karena bila terjadi obstruksi kemungkinan terjadi gangguan ventilasi yang mungkin disebabkan karena pengaruh obat-obatan, anestetik, narkotik dan karena tekanan diafragma. Selain itu juga penting untuk mempertahankan sirkulasi dengan mewaspadaai terjadinya hipotensi dan aritmia kardiak. Oleh karena itu perlu memantau TTV setiap 10-15 menit dan kesadaran selama 2 jam dan 4 jam sekali. Keseimbangan cairan dan elektrolit, kenyamanan fisik berupa nyeri dan kenyamanan psikologis juga perlu dikaji sehingga perlu adanya orientasi dan bimbingan kegiatan post op seperti ambulasi dan nafas dalam untuk mempercepat hilangnya pengaruh anestesi.
7. Perawatan pasca operasi, Jadwal pemeriksaan ulang tekanan darah, frekuensi nadi dan nafas. Jadwal pengukuran jumlah produksi urin Berikan infus dengan jelas, singkat dan terinci bila dijumpai adanya penyimpangan

b. Medis

Cairan IV sesuai indikasi. Anestesia; regional atau general Perjanjian dari orang terdekat untuk tujuan sectio caesaria. Tes laboratorium/diagnostik sesuai indikasi. Pemberian oksitosin sesuai indikasi. Tanda vital per protokol ruangan pemulihan, Persiapan kulit pembedahan abdomen, Persetujuan ditandatangani. Pemasangan kateter fole.

2.2.8 Komplikasi

Kemungkinan yang timbul setelah dilakukan operasi ini antara lain :

1. Infeksi puerperal (Nifas)
 - Ringan, dengan suhu meningkat dalam beberapa hari
 - Sedang, suhu meningkat lebih tinggi disertai dengan dehidrasi dan perut sedikit kembung
 - Berat, peritonealis, sepsis dan usus parolitik
2. Perdarahan
 - Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka
 - Perdarahan pada plasenta bed
3. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila peritonealisasi terlalu tinggi
4. Kemungkinan ruptur tinggi spontan pada kehamilan berikutnya

2.3 ASUHAN KEPERAWATAN TEORITIS

2.4.1 Pengkajian

a. Identitas klien

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan , agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, MR , diagnosa medis, tanggal masuk, tanggal pengkajian, tanggal operasi, serta penanggung jawab.

b. Keluhan utama

Keluhan utama di kumpulkan untuk menentukan prioritas intervensi keperawatan dan untuk mengkaji tingkat pemahaman klien tentang kondisi kesehatannya saat ini , keluhan utama pada post op section caesarea biasanya adalah nyeri di bagian abdomen, pusing dan sakit pinggang.

Yang perlu di kaji dalam pengkajian nyeri adalah :

Mengambarkan keluhan saat dilakukan pengkajian serta menggambarkan kejadian sampai terjadi penyakit saat ini, dengan metode P,Q,R,S,T

P : (Paliatif / provokatif) apakah yang menyebabkan keluhan dan memperingan dan memperberatkan keluhan. Biasanya klien yang post operasi section caesarea yang menyebabkan keluhan adalah luka insisi pada abdomen post operasi, dan keluhannya berupa nyeri di bagian pada luka post operasi

Q : (Quality / kwanntity) seberapa berat keluhan dan bagaimana rasanya serta berapa sering keluhan itu muncul, biasanya

keluhannya pada 1 jam pertama setelah post operasi Sc ibu belum merasakan apapun karena masih di bawah pengaruh anastesi (obat bius), sekitar 8 jam pasca operasi ibu sudah boleh mulai belajar duduk, dan setelah melewati 24 jam latih jalan dapat dimulai, semakin aktif bergerak akan mempercepat pemulihan fisik ibu nifas pasca operasi section. Setelah periode istirahat pertama berakhir (biasanya sekitar 2 jam atau 8 jam). Dorong ibu untuk sering melakukan ambulasi (Bobak, 2000). Sedangkan menurut wiknjosastro (2002) sesudah 8 jam ibu boleh miring ke kiri atau ke kanan.

R : (Region / radition) lokasi keluhan dirasakan dan juga arah penyebaran keluhan sejauh mana, menurut hakimi 2000 sectio caesarea adalah kelahiran bayi melalui insisi trans abdomen, dan menurut Amru Sofian 2012 lokasi melalui sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut.

S : (Scale / severity) intensitas keluhan yang dirasakan apakah sampai mengganggu atau tidak, dimana hal ini menentukan waktu dan durasi (muttaqin, 2018), biasanya intensitas yang di rasakan post SC adalah Intensitas nyeri adalah jumlah nyeri yang terasa. Intensitas nyeri dapat diukur dengan menggunakan angka 0 sampai 10 pada skala intensitas nyeri (Maryunani, 2010). Biasanya klien dengan post SC mengalami skala Nyeri 5 sampai 6 karena nyeri tersebut dalam batas sedang. Nyeri persalinan, sebagai kontraksi miometrium, merupakan proses fisiologis

dengan intensitas yang berbeda pada masing-masing individu”
(Judha, Sudarti&Fauziah, 2012).

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Biasanya klien mengeluh nyeri atau tidak nyaman dari berbagai sumber misalnya trauma bedah/ insisi, nyeri distensi kantung kemih meliputi keluhan atau berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah pasien operasi.dan menurut Dutton, dkk (2012: 156) tanda dan gejala yang dirasakan pada kehamilan kembar adalah kebutuhan ibu akan zat-zat makanan pada kehamilan kembar bertambah sehingga dapat menyebabkan anemia dan penyakit defisiensi lain

2) Riwayat kesehatan dahulu

Didapatkan data klien pernah riwayat sc sebelumnya, panggul ibu sempit, serta letak bayi sungsang. Meliputi penyakit yang lain dapat mempengaruhi penyakit sekarang, apakah pasien pernah mengalami penyakit yang sama.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga ada yang mengalami riwayat SC dengan indikasi letak sungsang, panggul sempit, gamelli, dan sudah riwayat SC sebelumnya. Dan pada kehamilan kembar riwayat kesehatan dahulunya faktor keturunan (Mellyna (2007 : 64)

4) Riwayat genikologi dan menstruasi

a) Riwayat genikologi

1. Riwayat menstruasi

Usia pertama kali haid, siklus haid, banyaknya darah, keluhan sifat darah dan haid terakhir, HPHT dan tafsiran kehamilan.

2. Riwayat keluarga berencana

Jenis kontra sepsi yang digunakan sebelum hamil, waktu dan lamanya. Apakah ada masalah jenis kontrasepsi yang akan di gunakan.

Pola-pola fungsi kesehatan

1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Karena kurangnya pengetahuan klien tentang post operasi section caesarea, dan cara pencegahan, penanganan, dan perawatan serta kurangnya mrnjaga kebersihan tubuhnya akan menimbulkan masalah dalam perawatan dirinya.

2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Ibu biasanya setelah melahirkan diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan ringan dan setelah benar-benar pulih dari efek analgesia, anesthesia, dan keletihan, kebanyakan ibu merasa sangat lapar. Permintaan untuk memperoleh makanan dua kali dari jumlah yang biasa dikonsumsi disertai konsumsi camilan yang sering-sering ditemukan.

3) Pola aktifitas

Selama kehamilan otot abdomen teregang secara bertahap, hal ini menyebabkan hilangnya kekenyalan otot pada masa post partum, terutama menurunnya tonus otot dinding dan adanya diastasis rektus abdominalis. Pada dinding abdomen sering tampak lembek dan kendur dan terdapat luka/insisi bekas operasi, secara berangsur akan kembali pulih, selain itu sensasi ekstremitas bawah dapat berkurang selama 24 jam pertama setelah persalinan, pada klien post partum dengan seksio sesaria, hal ini terjadi bila dilakukan regio anestesi dapat terjadi pula penurunan kekuatan otot yang disebabkan oleh peregangan otot.

4) Pola eliminasi

Pada klien seksio sesarea terutama pada kandung kemih dapat terjadi karena letak blass berdempetan dengan uterus, sehingga pengosongan kandung kemih mutlak dilakukan dan biasanya dipasang folly kateter selama pembedahan sampai 2 hari post operasi. Dengan demikian kemungkinan dapat terjadi gangguan pola eliminasi BAK, sehingga klien perlu dilakukan bladder training. Kaji warna urine yang keluar, jumlahnya dan baunya.

5) Istirahat dan tidur

Pada klien nifas terjadi perubahan pada pola istirahat dan tidur karena adanya kehadiran sang bayi dan nyeri pada luka post SC.

6) Pola hubungan dan peran

Peran klien dalam keluarga meliputi hubungan klien dengan keluarga dan orang lain. Dan juga biasanya pola hubungan komunikasi, dan peran ibu dalam merawat bayinya seperti memandikan, menggendong dan menyusui, perawatan payudara.

7) Pola penagulangan sters

Biasanya klien sering melamun dan merasa cemas. Biasanya stress pada ibu setelah post operasi adalah gelisah dan tidak bisa tidur lelap di karenakan bayi menangis di tengah malam dan nyeri di bagian luka insisi pada abdomen tersebut.

8) Pola sensori dan kognitif

Pola sensori klien merasakan nyeri pada akibat luka janhitan dan nyeri perut akibat involusi uteri, pada pola kognitif klien nifas primipara terjadi kurangnya pengetahuan merawat bayinya.

9) Pola persepsi dan konsep diri

Biasanya terjadi kecemasan terhadap keadaan kehamilannya, lebih-lebih menjelang persalinan dampak

psikologis klien terjadi perubahan konsep diri antara lain dan body image dan ideal diri.

10) Pola reproduksi dan sosial

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

a. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum dan kesadaran klien, TTV (TD, P, N, S) , dan pemeriksaan head to toe:

1) Kepala

- a) Rambut: Rambut klien tampak bersih atau kotor, rambut rontok atau tidak, warna bervariasi .
- b) Mata: Mata simetris kiri dan kanan, penglihatan baik atau tidak, sclera ikhterik/tidak.
- c) Telinga: Simetris kiri dan kanan, telinga tampak bersih/tidak.
- d) Hidung: Simetris kiri dan kanan, bersih / tidak, tidak ada kelainan.
- e) Mulut dan gigi: Mulut terlihat bersih / kotor, tidak terdapat sariawan, lembab / kering.

2) Leher

Saat di palpasi apakah ada teraba pembengkakan kelenjar tiroid, warna kulit sekitar sama/tidak.

3) Thorak

- Payudara

Simetris kiri dan kanan, warna sekitar areola hitam kecoklatan , colostrum ada, tidak ada kelainan pada payudara, puting susu menonjol, payudara terasa padat, dan air susu klien hanya sedikit keluar.

- Paru-paru

I: Simetris kiri dan kanan, pergerakan dinding dadanormal,ada/tidak terlihat adanya pembengkakan

P :ada/Tidak nyeri tekan, premitus taktil sama/tidak,ada/tidak teraba massa

P : Redup/sonor

A : Suara nafas Vesikuler/ronkhi/wheezing

- Jantung

I :Ictus cordis terlihat/tidak

P : Ictus cordis teraba/tidak

P : Redup/timpani

A : Bunyi jantung lup dup

- Abdomen

I :Abdomen mungkin masih menonjol/ membesar,terdapat luka operasi tertutup perban. Biasanya pada ibu post operasi section terdapat striae gravidarum

P : Nyeri pada luka operasi,TFU turun 1-2 jari tiap 24 jam,abdominalis kembali normal 6-8 minggu post partum 7-12 cm,konsistensi uterus keras atau lunak/lembek.

P : Redup

A : Bising usus ibu post operasi biasanya normal 5-30 x/i , di post sc bising usus ibu tidak terdengar, dikarenakan ibu masih dalam keadaan puasa dan di pengaruhi obat bius pasca operasi.

- Genetalia

Biasanya kalian yang post sc mengalami tanda tanda sbb

- Pengeluaran lochea,warna,bahu dan jumlah mya
- Hematom vulva(gumpalan darah)
- Gejala yang paling jelas dan dapat di identifikasi dengan inspeksi vagina dan serviks dengan cermat
- Lihat kebersihan pada geneteria ibu

Ekstremitas

- Atas :

Pada pasien post sc dapat terjadi kelemahan sebagai dampak anastesi yang mendefresikan system saraf pada musculoskeletal sehingga menurunkan tonus otot.

- Bawah :

Biasanya pada ibu post sc melakukukan pemeriksaan ekstremitas bawah yaitu pada pemeriksaan kaki apakah ada

oedema,reflek patella nyeri tekan atau panas pada betis. Adanya tanda homan caranya meletakkan satu tangan pada lutut ibu dilakukan tekakan ringan agar lutut tetap lurus. Bila ibu merasakan nyeri pada betis dengan tindakan tersebut, tanda homan (+).

2.3.1 Kemungkinan Diagnosa Yang Muncul

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi actual/potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan atau mencegah perubahan.

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan efek anestesi
2. Nyeri akut b.d agen injuri fisik (luka insisi operasi)
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan adanya insisi pembedahan dan nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan sekunder akibat pembedahan.
4. Resiko defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan darah dalam Pembedaran.
5. Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan masukan oral, nafsu makan menurun.
6. Tidak efektifnya laktasi berhubungan dengan perpisahan dengan bayi
7. Kurang pengetahuan berhubungan dengan Pemberian ASI Eksklusif
8. Gangguan eliminasi BAB : Konstipasi berhubungan dengan penurunan

tonus otot sekunder terhadap anestesi, kurang masukan, nyeri perineal /rectal.

9. Defisit perawatan diri berhubungan dengan luka post SC
10. Resiko infeksi berhubungan dengan perawatan luka post SC dirumah
11. Kurang pengetahuan tentang perawatan ibu nifas dan perawatan post operasi b/d kurangnya sumber informasi tentang KB.

2.3.2. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan efek anestes	<p>Tujuan:</p> <p>Mempertahankan kepatenan jalan nafas</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tidak mengalami penumpukan secret 2. Klien dapat melakukan batuk efektif 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji faktor – faktor penyebab (sekret, penurunan kesadaran, reflek batuk) 2. Pertahankan klien pada posisi miring, maka sekret dapat mengalir kebawah. 3. Kaji posisi lidah, yakinkan tidak jatuh ke belakang dan menghalanginafas. 4. Tinggikan kepala tempat tidur. 5. Ajarkan batuk efektif.
2	Nyeri akut b.d agen injuri fisik (luka insisi operasi)	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan Asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bakteri berkurang dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau 6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 5. Tanda vital dalam rentang normal 	
3	Intoleransi aktifitas berhubungan dengan adanya insisi pembedahan dan nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan sekunder akibat pembedahan	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan klien dapat meningkatkan dan melakukan aktifitas sesuai kemampuan tanpa disertai nyeri</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat mengidentifikasi faktor-faktor yang menurunkan toleransi aktifitas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji respon klien terhadap aktifitas 2. Catat tipe anestesi yang diberikan pada saat intra partus pada waktu klien sadar 3. Anjurkan klien untuk istirahat 4. Bantu dalam pemenuhan aktifitas sehari-hari sesuai kebutuhan 5. Tingkatkan aktifitas secara bertahap
4	Resiko defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan darah dalam pembedahan	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan defisit volume cairan dapat diminimalkan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membran mukosa lembab, kulit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ukur dan catat pemasukan dan pengeluaran 2. Berikan bantuan pengukuran berkemih sesuai kebutuhan, misal: privasi, posisi duduk, air yang mengalir dalam bak, mengalirkan air hangat diatas perineum. 3. Catat munculnya mual / muntah. 4. Periksa pembalut, banyaknya perdarahan

		tidak kering, Hb: 12 gr	5. Kolaborasi pemberian cairan sesuai program
5	Resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan masukan oral, nafsu makan menurun.	<p>Tujuan:</p> <p>Kebutuhan nutrisi terpenuhi</p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>1. BB normal, porsi makan habis</p>	<p>1. Pantau masukan makanan setiap hari</p> <p>2. Timbang berat badan setiap hari dan bandingkan dengan berat badan saat penerimaan</p> <p>3. Dorong / motivasi pasien menghabiskan diet</p> <p>4. Dorong pasien untuk duduk saat makan</p> <p>5. Kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diet TKTP</p>
6	Tidak efektifnya laktasi berhubungan dengan perpisaahan dengan bayi	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan laktasi efektif.</p> <p>Kreteria Hasil:</p> <p>1. Klien dapat membuat suatu keputusan dan klien dapat mengidentifikasi aktivitas yang menentukan atau meningkatkan menyusui yang berhasil.</p>	<p>1. Kaji isapan bayi, jika ada lecet pada puting</p> <p>2. Anjurkan klien breast care dan menyusui yang efektif</p> <p>3. Anjurkan klien memberikan asi eksklusif</p> <p>4. Berikan informasi untuk rawat gabung</p> <p>5. Anjurkan bagaimana cara memeras, menyimpan, dan mengirim atau memberikan Asi dengan aman</p>

7	Kurang pengetahuan berhubungan dengan Pemberian ASI Eksklusif	<p>Tujuan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Knowledge : disease process • Knowledge : health behavior <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien di harapkan akan sudah tahu pemberian ASI Eksklusif harus sampai umur berapa. 2. Klien di harapkan memberikan selalu ASI eksklusif. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian tingkat pengetahuan klien tentang pemberian ASI eksklusif 2. Berikan penyuluhan tentang ASI eksklusif 3. Jelaskan keuntungan memberikan ASI eksklusif 4. Jelaskan ASI eksklusif harus di kasih sampai umur 6 bulan tanpa memberikan makanan tambahan 5. Berikan motifasi klien untuk selalu memberikan ASI Eksklusif. 6. Beri tahukan pada keluarga selalu mendukung klien untuk memberikan ASI eksklusif pada bayi
8	Gangguan eliminasi BAB: Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot sekunder terhadap anestesi, kurang masukan, nyeri perineal/rectal.	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan tidak terjadi gangguan eliminasi BAB: konstipasi.</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mendapatkan kembali pola fungsi usus yang normal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau tanda-tanda vital. Terutama suhu tubuh klien 2. Beri kompres hangat 3. Pertahankan cairan parenteral 4. Beri antipiretik sesuai program 5. Beri penjelasan hal-hal yang dapat dilakukan untuk mengatasi demam pada keluarga.
9	Defisit perawatan diri b/d luka pos SC.	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam ADLs klien meningkat</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri. 2. Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan. 3. Sediakan bantuan sampai klien mampu

		<p>dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien terbebas dari bau badan 2. Menyatakan kenyamanan terhadap kemampuan untuk melakukan ADLs 3. Dapat melakukan ADLS dengan bantuan 	<p>secara utuh untuk melakukan self-care.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Dorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki. 5. Dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya. 6. Ajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya. 7. Berikan aktivitas rutin sehari- hari sesuai kemampuan. 8. Pertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari
10	Resiko infeksi berhubungan dengan perawatan luka post SC dirumah	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko infeksi terkontrol</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tingkat pengetahuan cara perawatan luka dirumah 2. Ajarkan cara menghindari infeksi 3. Inspeksi kondisi luka 4. Tingkatkan intake nutrisi 5. Ajarkan klien dan keluarga cara tanda dan gejala infeksi 6. Ajarkan cara perawatan luka dirumah; 7. Dorong tingkat istirahat.

		<p>penatalaksanaannya,</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi 4. Jumlah leukosit dalam batas normal 5. Menunjukkan perilaku hidup sehat 	
11	<p>Kurang pengetahuan tentang perawatan ibu nifas dan perawatan post operasi b/d kurangnya sumber informasi tentang KB</p>	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pengetahuan klien meningkat dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar 3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien 2. Berikan penyuluhan tentang penyakit yang derita klien 3. Jelaskan macam-macam tentang 4. Jelaskan keuntungan pemakaian KB 5. Jelaskan untuk pemakai KB seharus di Puskesmas atau di poli kebidanan 6. Motifasi klien untuk memakai KB

2.3.3. Implementasi

Setelah rencana keperawatan disusun langkah selanjutnya adalah dalam menetapkan salam tindakan keperawatan. Tindakan ini dapat dilakukan secara mandiri/kerjasama dengan tim kesehatan lainnya.

2.3.4. Evaluasi

Evaluasi adalah untuk penilaian yang dilakukan untuk mengetahui keberhasilan tujuan. Jika kriteria yang ditetapkan belum tercapai maka tugas perawat selanjutnya adalah melakukan pengkajian kembali.

2.4 Konsep dasar bayi baru lahir

2.4.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

1. Pengertian

Bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran (Saifuddin, 2002). Bayi baru lahir adalah bayi dari lahir sampai usia 4 minggu. Lahirnya biasanya dengan usia gestasi 38 – 42 minggu (Donna, 2003). Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram (Depkes RI, 2005). Bayi baru lahir normal adalah berat lahir antara 2500 – 4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan congenital (cacat bawaan) yang berat (Kosim, 2007).

a. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir

- 1) Berat badan 2500 - 4000 gram.
- 2) Panjang badan 48 - 52 cm.
- 3) Lingkar dada 30 - 38 cm.
- 4) Lingkar kepala 33 - 35 cm.
- 5) Frekuensi jantung 120 - 160 kali/menit.
- 6) Pernafasan \pm 40 - 60 kali/menit.
- 7) Kulit kemerah - merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.

- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 9) Kuku agak panjang dan lemas
- 10) Genetalia
 - a. Perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora.
 - b. Laki - laki testis sudah turun, skrotum sudah ada.
- 11) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- 12) Reflek morrow atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.
- 13) Reflek grasps atau menggenggam sudah baik.
- 14) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.

2.4.2 Penanganan Bayi Baru Lahir

Asuhan segera pada bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama jam pertama setelah kelahiran. Aspek-aspek penting dari asuhan segera bayi baru lahir :

1. Jagalah agar bayi tetap kering dan hangat
2. Usahakan adanya kontak antara kulit bayi dan kulit ibunya sesegera mungkin
3. Segera setelah melahirkan badan bayi lakukan penilaian sepintas :

Sambil secara cepat menilai pernapasannya (menangis kuat, bayi bergerak aktif, warna kulit kemerahan) letakkan bayi dengan handuk diatas perut ibu Dengan kain bersih dan kering atau kasa lap darah/lendir dari wajah bayi untuk mencegah jalan udaranya terhalang. Periksa ulang pernapasan bayi (sebagian besar bayi akan menangis atau bernapas spontan dalam waktu 30 detik setelah lahir). Dan nilai APGAR SKORnya, jika bayi bernafas megap-megap atau lemah maka segera lakukan tindakan resusitasi bayi baru lahir.

Tabel 2.4.2 Penilaian Apgar Skor

Nilai	0	1	2
Tanda	0	1	2
Denyut jantung(pulse)	Tidak ada	Lambat < 100	>100
Usaha nafas(respiration)	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Menangis dengan keras
Tonus otot(activity)	Lemah	Fleksi pada ekstremitas	Gerakan aktif
Kepekaan reflek(gremace)	Tidak ada	Merintih	Menangis kuat
Warna(apperence)	Biru pucat	Tubuh merah muda, ekstremitas biru	Seluruhnya merah muda

Sumber : Saifuddin, 2002

Klasifikasi :

- 1) Asfiksia ringan (apgar skor 7-10)
- 2) Asfiksia sedang (apgar skor 4-6)
- 3) Asfiksia berat (apgar skor 0-3)

4. Klem dan potong tali pusat
 - 1) Klem tali pusat dengan 2 buah klem pada klem pertama kira-kira 2 dan 3 cm dari pangkal pusat bayi
 - 2) Potonglah tali pusat diantara kedua klem sambil melindungi bayi dari gunting dengan tangan kiri
 - 3) Pertahankan kebersihan pada saat memotong tali pusat. Potong tali pusat dengan gunting yang perawatan alat steril atau desinfeksi tingkat tinggi
 - 4) Periksa tali pusat setiap 15 menit, apabila masih terjadi perdarahan pengikatan ulang yang lebih ketat.perawatan tali pusat , jangan membungkus punting tali pusat atau perut bayi atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke punting tali pusat (JNPK-KR/POGI,APN, 2007)

2.4.3 Jagalah kehangatan bayi

1. Pada waktu bayi baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat.

Dengan cara :Pastikan bayi tersebut tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu
2. Ganti handuk atau kain yang basah dan bungkus bayi dengan selimut dan memastikan bahwa kepala terlindungi dengan baik untuk mencegah keluarnya panas tubuh
3. Pastikan bayi tetap hangat dengan memeriksa telapak bayi setiap 15 menit yaitu :

- 1) Apabila telapak bayi terasa dingin, periksa suhu aksila bayi
- 2) Apabila suhu bayi kurang dari 36,5°C, segera hangatkan bayi
- 3) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya
- 4) Jangan segera menimbang bayi atau memandikan bayi baru lahir
(memandikan bayi setelah 6 jam)

4. Identifikasi bayi

Apabila bayi dilahirkan ditempat bersalin yang persalinannya yang mungkin lebih dari satu persalinan maka alat pengenal harus diberikan kepada setiap bayi baru lahir :

- 1) Alat yang digunakan hendaknya kebal air, tidak mudah melukai, tidak mudah sobek, tidak mudah lepas (gelang bayi)
- 2) Pada alat identifikasi harus tercantum :
 - a. Nama bayi /Nama ibu
 - b. Tanggal lahir dan jam
 - c. Nomor bayi
 - d. Jenis kelamin
 - e. Nama ibu lengkap

5. Pemberian ASI dini

Memberikan ASI dini (dalam 1 jam pertama setelah bayi baru lahir) akan memberikan keuntungan yaitu:

- 1) Merangsang produksi ASI

Rangsangan isapan bayi pada puting susu ibu akan diteruskan oleh serabut syaraf ke hipofise anterior untuk mengeluarkan hormon

prolaktin (hormon ini yang memacu payudara untuk menghasilkan ASI.

- 2) Memperkuat reflek menghisap
 - a. Reflek rooting (reflek mencari puting susu)
 - b. Reflek suckling (reflek menghisap)
 - c. Reflek swallowing (reflek menelan)
- 3) Mempercepat hubungan batin ibu dan bayi (membina ikatan emosional dan kehangatan ibu-bayi).
- 4) Memberikan kekebalan pasif yang segera kepada bayi melalui kolostrum.
- 5) Merangsang kontraksi uterus dan mencegah terjadi perdarahan pada ibu.

2.4.4 Perawatan mata

Memberikan eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% untuk mencegah penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual). Obat mata diberikan pada 1 jam pertama setelah persalinan.

2.4.5 Pemberian vitamin K

Untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir lakukan hal-hal berikut :

- 1) Semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi vitamin K peroral 1mg/hari.
- 2) Bayi resiko tinggi diberi vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 mg IM dipaha kiri.

2.4.6 Pemberian Imunisasi Hepatitis

Pemberian imunisasi Hepatitis B ini untuk mencegah infeksi Hepatitis B di berikan pada usia 0 (segera setelah lahir menggunakan uniject) di suntik, IM dipaha kanan dan selanjutnya di berikan ulangan sesuai imunisasi dasar lengkap.

2.4.7 Pemantauan lanjutan

Tujuan pemantauan bayi baru lahir yaitu untuk mengetahui aktifitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian dan tindak lanjut dari petugas kesehatan. Dua jam pertama sesudah lahir Hal-hal yang di nilai waktu pemantauan bayi pada jam pertama sesudah kelahiran yaitu:

- 1) Kemampuan menghisap kuat atau lemah
- 2) Bayi tampak aktif atau lunglai
- 3) Bayi tampak kemerahan atau biru

Masa transisi adalah waktu ketika bayi melakukan stabilitasi dan penyesuaian terhadap kehidupan diluar uterus. Ada 3 priode transisi, yaitu:

- 1) Tahap pertama /periode reaktif adalah dimulai segera setelah lahir dan berakhir setelah 30 menit.
- 2) Tahap kedua/ periode interval adalah berlangsung mulai menit 30 sampai 2 jam setelah lahir (biasanya pada priode ini banyak tidur).
- 3) Tahap ketiga /periode reaktif kedua adalah yang berlanjut dari dua jam sampai enam jam.

2.5. Asuhan Keperawatan Bayi Baru Lahir

1. Pengkajian

1) Aktivitas/Istirahat

Status sadar mungkin 2-3 jam beberapa hari pertama, bayi tampak semi koma saattidur ; meringis atau tersenyum adalah bukti tidur dengan gerakan mata cepat, tidur seharirata-rata 20 jam.

1) pernafasan dan peredaran

Bayi darah normal mulai bernapas 30 detik sesudah lahir, untuk menilai status kesehatan bayi dalam kaitannya dengan pernafasan dan peredaran darah dapat digunakan metode APGAR Score.

a. Namun secara praktis dapat dilihat dari frekuensi denyut jantung dan pernapasan serta wajah, ekstremitas dan seluruh tubuh, frekwensi denyut jantung bayi normal berkisar antara 120-140 kali/menit (12 jam pertama setelah kelahiran), dapat berfluktuasi dari 70-100 kali/menit (tidur) sampai 180 kali/menit (menangis).

b. Pernapasan bayi normal berkisar antara 30-60 kali/menit warna ekstremitas, wajah dan seluruh tubuh bayi adalah kemerahan.

c. Tekanan darah sistolik bayi baru lahir 78 dan tekanan diastolic rata-rata 42, tekanan darah berbeda dari hari ke hari selama bulanpertama kelahiran. Tekanan darah sistolik bayi sering menurun (sekitar 15 mmHg) selamasatu jam pertama setelah lahir. Menangis dan bergerak biasanya menyebabkan peningkatan

tekanan darah sistolik. Suhu Tubuh Suhu inti tubuh bayi biasanya berkisar antara 36,5C-37.0

2. Pengukuran suhu tubuh dapat dilakukan pada aksila atau pada rektal.
3. Kulit kulit neonates yang cukup bulan biasanya halus lembut dan padat dengan sedikit pengelupasan terutama pada telapak tangan, kaki dan selangkangan. Kulit biasanya dilapisi dengan zat lemak berwarna putih kekuningan terutama di daerah lipatan dan bahu yang disebut verniks caseosa.
4. Keadaan dan kegelapan ekstermitas dilihat apakah ada cacat bawaan berupa kelainan bentuk, kelainan jumlah atau tidak sama sekali pada semua anggota tubuh dari ujung rambut sampai ujung kaki juga lubang anus (rektal) dan jenis kelamin
5. Tali pusat pada tali pusat terdapat dua arteri dan satu vena umbilicus. Keadaan tali pusat harus kering tidak ada perdarahan tidak ada kemerahan di sekitarnya
6. Refleks
 - 1) Refleks moro (refleks terkejut). Bila diberi rangsangan yang mengagetkan akan terjadi reflex lengan dan tangan terbuka
 - 2) Refleks menggenggam (palmer graps). Bila telapak tangan dirangsang akan memberi reaksi seperti menggenggam. Plantar graps, bila telapak kaki dirangsang akan memberi rangsangan.
 - 3) Refleks berjalan (stepping). Bila kakinya ditekankan pada bidang datar atau dikatakan bergerak seperti berjalan

- 4) Refleks mencari (rooting). Bila pipi bayi disentuh akan menoleh kepalanya ke sisi yang disentuh itu mencari puting susu.
- 5) Refleks menghisap (sucking). Bila memasukan sesuatu ke dalam mulut bayi akan membuat gerakan menghisap
7. Berat Badan Pada hari kedua dan ketiga bayi mengalami berat badan fisiologis. Namun harus waspada jangan sampai melampaui 10% dari berat badan lahir. Berat badan lahir normal adalah 2500 sampai 4000 gram. Mekonium adalah feces bayi yang berupa pasta kental berwarna gelap hitam kehijauan dan lengket. Mekonium akan mulai keluar dalam 24 jam pertama.
8. Antropometri dilakukan pengukuran lingkar kepala, lingkar dada, lingkar lengan atas dan panjang badan dengan menggunakan pita pengukur. Lingkar kepala fronto-occipitalis 34cm, suboksipito-bregmatika 32cm, mento occipitalis 35cm. Lingkar dada normal 32-34 cm. Lingkar lengan atas normal 10-11 cm. panjang badan 48-50 cm.
9. Seksualitas genitalia wanita : labia vagina agak kemerahan atau edema, tanda vagina/hymen dapat terlihat, rabas mukosa putih (smegma) atau rabas berdarah sedikit mungkin ada. Genitalia pria ; Testis turun, skrotum tertutup dengan rugae, fimosis biasa terjadi.

BAB III

TINJAUAN KASUS

I. PENGKAJIAN

Tanggal Pengkajian : 06 - 06 - 2018

A. IDENTITAS KLIEN

Nama/initial	: Ny.E	No MR	: 448713
UmurJenis Kelamin	: 32 Th	Ruang Rawat	: kebidanan
Satus	: Nikah	Tgl Masuk	: 05-06-2018
Agama	: Islam		
Pekerjaan	: IRT		
Pendidikan	: SMA		
Alamat	: Pariaman		

Penanggung Jawab

Nama	: Veranaldi
Umur	: 32 Th
Hub Keluarga	: Suami
Pekerjaan	: Wiraswasta

B. ALASAN MASUK

Klien kiriman dari poliklinik kebidanan dengan diagnosa G₂P₁A₀H₁ gravid aterm + bekas SC 1X + gamelli

C. RIWAYAT KESEHATAN

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Saat melakukan pengkajian pada Ny.E mengatakan operasi post SC hari pertama dilakukan pada hari selasa tanggal 05 juni 2018 pada jam 12.00 wib klien mengatakan ini sudah ke dua kalinya melakukan operasi SC dengan indikasi CPD. Klien mengatakan sakit di bagian luka post SC, dan klien mengatakan sakit pingang,dan klien mengatakan punggung terasa pegal, klien mengatakan ASI nya kurang banyak.

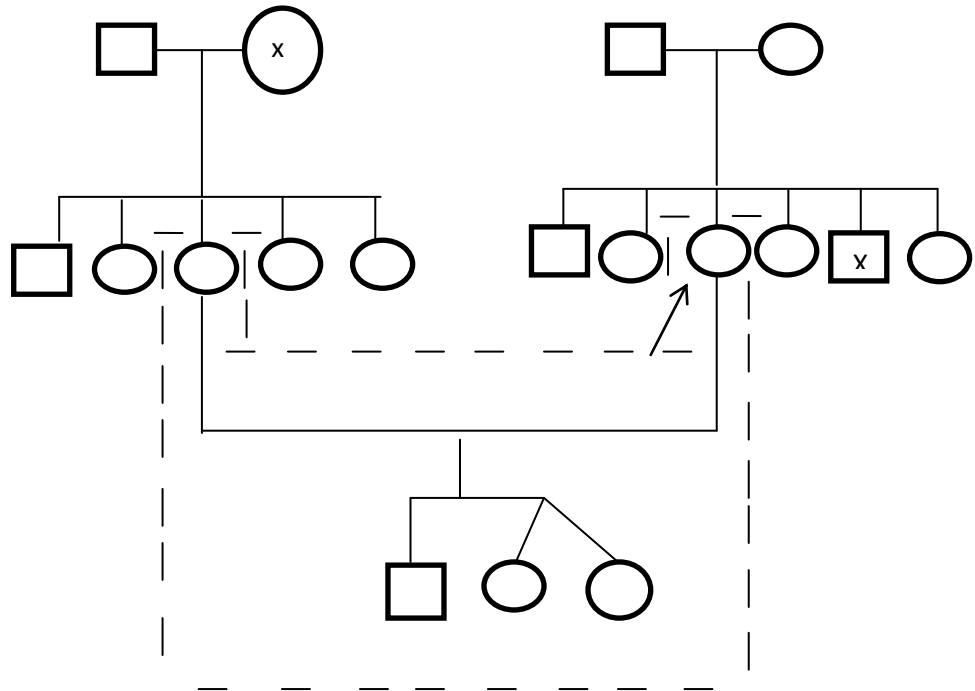
2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan sebelumnya sudah pernah masuk rumah sakit Ahmad Mokhtar dengan diagnose yang sama yaitu post SC dengan indikasi CPD yang pertama kalinya pada tanggal 22 juli 2016. Dan klien mengatakan tidak ada menderita penyakit seperti hipertensi dan diabetes mellitus dan penyakit yang lainnya.

3. Riwayat Kesehatan Keluarga


Klien mengatakan keluarga klien ada yang yang menderita penyakit hipertensi yaitu (Alm ibu) nya TD : 180/90

Genogram



Keterangan:

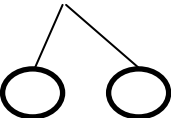
Laki-Laki : 

Perempuan : 

Meninggal : X

Pasien : 

Serumah : -----

Kembar : 

Riwayat Menstruasi

Menarche : 16 Th
Siklus Haid : 1x1 bulan
Lama Haid : 6 hari
Banyaknya : 2-3 x ganti duk
Masalah selama Haid : tidak ada

4. Riwayat Kehamilan (Jika Post Natal)

HPHT : 1-08-2017 / 8-5-2018
Taksiran Persalinan : 9 bulan
Kehamilan : 2

5. Riwayat Persalinan (Jika Post Natal)

Jenis Persalinan : SC
Anak : Perempuan
BB/PB : Bayi 1 : 2,9 Gram / 48 Cm
Bayi 2 : 2,7 Gram / 47 Cm
Apgar Score : 7/9 dan 7/9
Perdarahan : 300 cc

Tabel 3.1 riwayat persalinan kehamilan dan nifas yang lalu

No	Tgl / tahun partus	Tempat partus	Umur hamil	Jenis persalinan	Penolong persalinan	penyulit	BB	Keadaan anak sekarang
1.	22 juli 2016	RSAM Bukittinggi	9 bulan	SC	Dokter	CPD	3,9 Gram	Hidup
2.	5 juni 2018	RSAM Bukittinggi	9 bulan	SC	Dokter	CPD	2,7 Gram	Hidup
3.	5 juni 2018	RSAM Bukittinggi	9 bulan	SC	Dokter	CPD	2,9 Gram	Hidup

1. Riwayat Persalinan

Jenis Persalinan : SC

Penyulit dalam persalinan : Panggul sempit

Lama persalinan : 2 jam

2. Pengkajian fisik bayi

Keadaan : Baik

Tanda – tanda vital

Suhu : 36,5⁰c / 36,8⁰c

Nadi : 127 x/i / 148 x/i

RR : 30x/I / 32 x/i

Umur : 0 bulan

Anak : Perempuan

BB : 2900 gram / 2700 gram

Pb : 48 cm / 47 cm

Ku : Baik
 Lingkar kepala : 30 cm
 Lingkaran dada : 34 cm
 Lingkaran perut : 33 cm
 Simpisis kaki : 26 cm
 Panjang lengan : 13 cm
 Panjang kaki : 21 cm
 Kepala simpisis : 22 cm
 Reflek neonatal : Moro (+) , Rooting (+), Isap (+), Pegang (+)
 Nilai Apgar Score : 7/9

Tabel 3.2 nilai APGAR Score

No	Nilai	1 menit setelah lahir	5 menit setelah lahir	Keterangan
1	Appearance	1	1	Badan merah eksremitas biru
2	Pulse	2	2	>100
3	Grimance	1	2	Menangis lambat
4	Activity	2	2	Baik, reaksi melawan
5	Respiratory	1	2	Normal >30x/i
	Jumlah	7	9	7/8 baik

3. Rawat gabung : Klien dirawat dengan bayinya diruangan obsentri.
 Alasan : Siap operasi bayi langsung di bawa keruangan rawatan dengan ibunya karena bayi lahir Sehat dan tidak ada masalah.

D. PEMERIKSAAN FISIK

1. IBU

Kesadaran : compos mentis (CM)

BB/TB : 66 Kg / 158 Cm

Tanda Vital

Suhu :36.5 °C

Pernafasan :20 x/i

Nadi :82 x/i

TD :110/90 mmHg

1. Kepala

– Rambut

Rambut berwarna hitam,rambut klien ikal,rambut klien tidak berminyak.dan tidak berketombe,tidak adanya benjolan,lesi,dan luka

– Mata

Kojungtiva pucat,sklera tidak ikterus,palpebra tidak odema

– Telinga

Telinga simetris kiri dan kanan,bersih,tidak serum,tidak ada nyeri tekan.

– Hidung

Hidung bersih, tidak ada polip, tidak ada secret,fungsi penciuman baik.

– Mulut dan gigi

Mulut bersih, tidak ada stomatitis, tidak kering / lembab , tidak cyanosis,

2. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjer tyroid, maupun kelenjer lymfe dan tidak ada bendungan vena juguralis.

3. Thorak

– Payudara

Bentuk payudara simetris kiri dan kanan, warna di sekitar areola hitam kecoklatan (Hiperpigmentasi), produk ASI sedikit, tidak ada kelainan pada payudara, puting susu menonjol. payudara terasa padat.

– Paru-paru

I : simetris kiri dan kanan pergerakan dinding dada normal

P : tidak ada nyeri tekan ,

P : suara sonor

A : bunyi nafas vesikuler

– Jantung

I : ictus cordis tidak Nampak

P : ictus cordis tidak teraba

P : suara jantung redup

A : Normal

– Abdomen

I : Bentuk abdomen simetris, terdapat luka operasi SC dengan jenis melintang, ukuran panjang jahitan sekitar 10 cm, lebarnya 1-2 cm kondisi luka post operasi belum diketahui karena masih tertutup verban.

A : Bising usus normal 13 x/m

P : involusi uterus baik. TFU : 2 jari di bawah pusat

P : tympani

4. Ekstremitas

- Atas

Klien mampu menggerakkan kedua tangannya, tangan klien kiri terpasang RL 500 ml, dan tangan kanan klien terpasang transfuse darah, golongan darah A+

- Bawah

Klien mampu menggerakkan kedua kakinya, tidak ada luka lecet. pemeriksaan human sign negative.

5. Genitalia

Klien terpasang kateter jumlah urin 100 cc dari jam 08.00 s/d 12.00 wib.

Jika Post Natal lengkapi dengan :

- Lochea

Jenis lochea: Rubra

Jumlah : 50 cc

Warna : Merah kehitaman

Bau : Amis

Konsistensi : Encer (berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban).

- Perineum

Utuh tidak ada jahitan, tidak ada robekan, keadaan baik.

1. Integumen

Keadaann turgor kulit baik, tidak ada lesi, kulit tampak berkeringat, kaki tampak oedem, tidak ada nyeri tekan, warna kulit sao matang.

E. DATA BIOLOGIS

No	Aktivitas	Rumah	Rumah Sakit
1.	Nutrisi Makan <ul style="list-style-type: none"> • Menu • Porsi • Makanan kesukaan • Pantangan Minum <ul style="list-style-type: none"> • Jumlah • Minuman kesukaan • Pantangan 	Nasi putih, telur, lauk Pauk : Ikan tawar, daging. Buah-buahan : Pisang, Apel dan jambu. 1 piring nasi 3 kali sehari. 1 mangkok sayur 1 kali sehari. 2-3 buah-buahan. Makanan biasa Tidak ada	Klien hari pertama post SC, klien tidak puasa, klien dibolehkan makan setelah 6 jam sesudah operasi SC, makanan yang disediakan makanan lunak seperti bubur dan telur. Klien diperbolehkan minum sedikit demi sedikit minimal 6 jam setelah puasa.

2.	Eliminasi BAB		
	<ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi 	2 kali/hari	Klien mengatakan belum ada BAB sejak melahirkan.
	<ul style="list-style-type: none"> • Warna • Bau • Konsistensi • Kesulitan 	Kuning Khas Lembek Tidak ada konstipasi saat BAB	
	BAK		
	<ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi 	5 kali / hari	Terpasang kateter (500 cc)
	<ul style="list-style-type: none"> • Warna • Bau • Kesulitan 	Kuning Pesing Tidak ada	Kuning keruh Pesing Tidak ada
3	Istirahat dan tidur		
	<ul style="list-style-type: none"> • Waktu tidur • Lama tidur • Hal yang mempermudah tidur • Kesulitan tidur 	21.00 Wib 8 jam Mendengarkan musik, dan di pijat di bagian pinggang. Saat hamil klien sulit tidur terlentang, dan sulit untuk miring kiri dan kanan.	Tidak menentu 1-2 jam terlelap Tidak ada Sering terbangun karena nyeri post operasi.
4	Personal hygiene		
	<ul style="list-style-type: none"> • Mandi • Cuci tangan • Gosok gigi • Potong kuku 	2 kali sehari 4-6 kali sehari 2 kali sehari 1 kali dalam seminggu.	Hanya dilap Tidak ada Belum ada Belum ada

Tabel 3.3 data biologis

F. RIWAYAT ALERGI

klien mengatakan tidak ada riwayat alergi

G. DATA PSYKOLOGIS

Klien dan keluarga merasa senang dan bangga atas kelahiran anak keduanya yaitu kembar perempuan. Berdasarkan hasil pengkajian psikologis pasien berada pada proses adaptasi Taking In. Dimana ibu berfokus pada dirinya

sendiri, ketidaknyamanan yang dialami antara lain nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan, ketergantungan pada orang lain sehingga aktifitas dibantu oleh keluarga dan perawat.

H. DATA SOSIAL EKONOMI

Klien merupakan seorang ibu rumah tangga, penghasilan keluarga klien hanya di dapat dari suaminya yang bekerja sebagai pedagang (wiraswasta) dengan penghasilan ± Rp. 3000.000,- / bulan, dan klien sudah merasa tercukupi dengan penghasilan keluarganya.

I. DATA SPIRITUAL

Klien beragama islam taat menjalankan sholat 5 waktu.

E. PENGETAHUAN IBU TENTANG (Jika post natal) :

1. Perawatan bayi

Klien mengatakan bahwa ini adalah kelahiran anak keduanya dan klien tau cara merawat bayi baru lahir seperti cara memandikan, membedong bayi, menggendong bayi, tetapi klien belum pernah merawat bayi kembar, dan klien mengatakan mungkin sama perawatan bayinya, tetapi mungkin sulit karena bayi kembar.

2. ASI Eksklusif

Klien mengatakan sudah mengetahui tentang Asi eksklusif, klien juga mengatakan sudah mengetahui tentang pemberian makan dan waktu yang baik untuk bayi. Dan pemberian ASI Eksklusif selama 6 bulan

3. Perawatan Payudara

Klien mengatakan kurang tau bagaimana cara perawatan payudara dan Klien mengatakan kurang mengetahui cara perawatan payudara yang baik

dan cara mengaplikasikannya dengan benar seperti mengompres puting susu dan pemijatan payudara.

4. Teknik Menyusui

Klien mengatakan sudah mengetahui cara teknik menyusui bayi, dan klien mengatakan tau tentang teknik pemberian ASI yang benar seperti posisi tangan saat memberikan ASI.

F. DATA PENUNJANG

Hari / Tanggal : 5 juni 2018

NO	NAMA PEMERIKSAAN	JUMLAH	SATUAN	NILAI RUJUKKAN
1	HGB	7.7	(g/dl)	P 13.0-16.0 W 12.0-14.0
2	RBC	2.9	(10 ⁶ /ul)	P 4.5-5.5 W 4.0 - 5.0
3	HCT	23,018.	(%)	P 4.0 - 4.8 W 37.0 – 43.0
4	WBC	18.86 +	(10 ³ /ul)	5.0 – 10.0

Tanggal pemeriksaan: 06 juni 2018

NO	NAMA PEMERIKSAAN	JUMLAH	SATUAN	NILAI RUJUKKAN
1	HGB	7.9	(g/dl)	P 13.0 - 16.0 W 12.0 - 14.0
2	RBC	2.94	(10 ⁶ /ul)	P 4.5 - 5.5 W 4.0 - 5.0

3	HCT	23.1	(%)	P 4.0 - 4.8 W 37.0 – 43.0
4	WBC	16.09 +	(10 ³ /ul)	5.0 – 10.0

Tanggal pemeriksaan: 10 juni 2018

NO	NAMA PEMERIKSAAN	JUMLAH	SATUAN	NILAI RUJUKKAN
1	HGB	8.9	(g/dl)	P 13.0 - 16.0 W 12.0 - 14.0
2	RBC	3.24	(10 ⁶ /ul)	P 4.5 - 5.5 W 4.0 - 5.0
3	HCT	26.0	(%)	P 4.0 - 4.8 W 37.0 – 43.0
4	WBC	8.10+	(10 ³ /ul)	5.0 – 10.0

Tabel 3.4 data penunjang

G. THERAPY OBAT

NO	NAMA OBAT	DOSIS	FREKUENSI
1	CEFTRIAZONE	2 gr	2x1
2	PATRAL	500 gr	3x1
3	SF	200 gr	2x1
4	VIT C	250	3x1
5	GASTRUL	2 Tab	/6 jam
6	RL	500	12 TPM

Tabel 3.5 Terapi obat

H. DATA FOKUS

Data subjektif

- a. Klien mengatakan nyeri dibagian luka post sc
- b. Klien mengatakan masih nyeri saat bergerak dan susah Untuk turun dari tempat tidur
- c. Klien mengatakan punggung terasa sakit
- d. Klien mengatakan pinggang pegal
- e. Klien mengatakan air asinya kurang lancar
- f. Klien mengatakan nafsu makannya berkurang
- g. Klien mengatakan tidak mengetahui pentingnya nutrisi ibu menyusui
- h. Klien mengatakan tidak menghabiskan porsi makanannya
- i. Klien mengatakan badan letih, pusing

Data objektif

- a. Klien tampak kesakitan
- b. Klien tampak meringis
- c. Klien tampak sulit bergerak
- d. Klien tampak ADL nya di bantu oleh perawat
- e. Klien tampak kebingungan saat di Tanya tentang cara memperlancar air ASI.
- f. Klien tampak menghabiskan ½ porsi makanannya
- g. Klien tampak tidak nafsu makan
- h. Klien tampak bingung ketika ditanya
- i. klien tampak letih dan pucat, HB Klien 7.7 g/dl pada tanggal 5 juni 2018 dan pada tanggal 6 juni 2018 HB Klien 7.9 g/dl.

ANALISA DATA

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri di bagian luka post sc • Skala nyeri 5 <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak kesakitan • Wajah klien tampak meringis • Skla nyeri 5 • TD : 110/90 mmHg S : 36.5 ° C N : 82 x/i R : 20 x/i 	nyeri	<p>Post Sc</p> <p>Agen injury fisik</p>
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan kesulitan bergerak karena nyeri • klien mengatakan aktifitasnya terganggu karna post sc <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak kesulitan untuk bergerak • Klien tampak aktifitas di bantu oleh perawat. 	Mobilisasi	Intoleransi aktifitas
3	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan ASI nya kurang banyak di karenakan bayi nya kembar • Klien mengatakan kebingungan 	Kurangan pengetahuan	Cara memperlanca r ASI.

	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak kebingungan waktu di Tanya 		
4	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nafsu makannya berkurang karna makan nasi bubur • Klien mengatakan tidak menghabiskan porsi makanannya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak menghabiskan ½ porsi makanannya • Klien tampak tidak nafsu makan • Klien tampak bingung ketika ditanya 	Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrient
5.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan badan letih dan pusing <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak lemah dan pucat • Konjungtiva klien pucat • HB klien pada tanggal 5 juni 2018 yaitu 7.7 g/dl, pada tanggal 6 juni 2018 yaitu 7.9 g/dl, dan pada tanggal 10 juni 2018 yaitu 8.9 g/dl 	Perfusi jaringan tidak efektif	Penurunan HB

Tabel 3.6 Analisa data

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri berhubungan dengan post sc
2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan mobilisasi fisik
3. kurangnya pengetahuan ibu tentang produksi ASI berhubungan dengan cara memperlancar ASI.
4. Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan untuk mengabsorbsi nutrient.
5. perfusi jaringan tidak efektif berhubungan dengan ikatan O₂ dengan penurunan konsentrasi HB dalam darah

B. INTERVENSI (RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN)

NO	HARI /TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL (NOC)	INTERVENSI (NIC)
1	RABU 06-06-2018	<p>Nyeri berhubungan dengan Post SC</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri di bagian luka post sc • Klien mengatakan kesakitan saat anggota badannya di gerakkan <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak kesakitan • Wajah klien tampak meringis • Skala nyeri 5 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri berkurang dari rentang 1-10 • Klien tampak rileks • Klien mampu melakukan nafas dalam 	<p>Management nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi b. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan c. Tingkatkan istirahat d. Monitor tanda-tannda vital e. Anjurkan teknik relaksasi f. Kolaborasi dalam pemberian analgetik
2	RABU 06-06-2018	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan mobilisasi fisik</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan kesulitan bergerak • klien mengatakan 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien dapat meningkatkan dan melakukan aktifitas sesuai kemampuan tanpa disertai dengan nyeri. Dengan kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Klien dapat 	<ol style="list-style-type: none"> a. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mammpu dilakukan b. Bantu klien untuk mengembangkan motivasi diri dann penguatan c. Monitor respon fisik,emosi,social, dan spritual d. Anjurkan klien untuk istirahat e. Bantu klien uuntuk memenuhi aktivitas

		<p>aktifitasnya terganggu</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak kesulitan untuk bergerak • Klien tampak aktifitas di bantu oleh perawat. 	<p>mengidentifikasi faktor-faktor yang menurunkan intoleransi aktifitas dan klien dapat beristirahat dengan nyaman</p> <p>b. Mampu berpindah tempat</p> <p>c. Mampu melakukan aktifitas secara mandiri</p>	<p>sehari-hari</p> <p>f. Tingkatkan aktifitas secara bertahap</p>
3	RABU 06-06-2018	<p>Kurangnya pengetahuan ibu tentang produksi ASI berhubungan dengan cara memperlancar ASI.</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan ASI nya kurang banyak di karenakan bayinya kembar • Klien mengatakan kebingungan <p>DO:</p>	<p>Klien mampu mengaplikasikan cara perawatan ASI yang benar selama 3x24 jam</p> <p>kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mampu menjelaskan cara memperlancar ASI • Klien mampu mengaplikasikan bagaimana cara memperlancar ASI. • Bayi puas setelah 	<p>a. Ajarkan cara pemijatan oksitoksin kepada ibu, keluarga, suami dan orang tua</p> <p>b. Berikan lingkungan yang nyaman</p> <p>c. Berikan motifasi klien untuk selalu memberikan ASI Eksklusif.</p> <p>d. Beri tahukan pada keluarga selalu mendukung klien untuk memberikan ASI eksklusif pada bayi</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak kebingungan waktu di Tanya 	<p>menyusui</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bayi tampak tenang dan tidak rewel 	
4	RABU 06-06-2018	<p>Pemenuhan nutrisi berhubungan dengan Kurangnya pengetahuan klien tentang nutrisi kebutuhan ibu menyusui DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nafsu makannya berkurang • Klien mengatakan tidak menghabiskan porsi makanannya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak menghabiskan ½ porsi makanannya • Klien tampak tidak nafsu makan 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mampu menambah pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi ibu menyusui dengan kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi pada ibu menyusui • Tidak terjadi penurunan berat badan • Klien dapat menyebutkan akibat dari kekurangan nutrisi • BB normal, porsi makan habis 	<p>Management nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kaji tingkat pengetahuan klien tentang kebutuhan nutrisi ibu menyusui • Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake • Jelaskan pada klien tentang pentingnya nutrisi • Monitor adanya penurunan berat badan • Jelaskan pada klien nutrisi yang dibutuhkan pada ibu menyusui • Anjurkan klien untuk meningkatkan protein dan vitamin c <p>Kolaborasi dengan ahli gizi</p>
5		<p>perfusi jaringan tidak efektif berhubungan dengan ikatan O₂ dengan penurunan konsentrasi</p>	<p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam di harapkan perfusi jaringan klien yang adekuat.</p>	<p>a. Lakukan penilaian secara komprehensif frekuensi sirkulasi perifer (cek nadi perifer, oedema k[iler refill, temperature ekstremitas)</p> <p>b. Monitor status cairan output dan intake</p>

		<p>HB dalam darah</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan badan letih dan pusing <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak lemah dan pucat 	<p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membrane mukosa merah • Konjungtiva tidak anemis • Akral hangat TTV dalam batas norma • Hb dalam batas normal <p>Perempuan : 13.0 s/d 16.0 Laki-laki : 12.0 s/d 14.0</p>	<p>c. Berikan makanan yang adekuat untuk menjaga vesikuler darah</p> <p>d. Rubah posisi pasien jika memungkinkan Atur posisi pasien ekstremitas bawah lebih rendah</p>
--	--	--	---	--

Tabel 3.7 Intevensi kasus

C. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

NO	HARI/	NO DX	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF

	TANGGAL				
1	Rabu/ 06-06-2018	I	10.00	<p>Management nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan Meningkatkan istirahat Memonitor tanda-tanda vital Menganjurkan teknik relaksasi Mengkolaborasi dalam pemberian analgetik 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan nyeri di bagian post SC Klien mengatakan masih nyeri saat bergerak dan susah Untuk turun dari tempat tidur Klien mengatakan Skala nyeri 5 <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien tampak kesulitan untuk bergerak Klien tampak aktifitas di bantu oleh perawat. TD: 110/90 mmHg S : 36.5 ° C N : 82 x/i R : 20 x/i <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> Ajarkan teknik relaksasi tarik nafas dalam Kolaborasi dalam pemberian injeksi analgetik Injeksi ceftriaxone 2x1 Obat tramadol 4x1

2	Rabu / 06-06-2018	II	10.00	<p>a. Membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mammpu dilakukan</p> <p>b. Membantu klien untuk mengembangkan motivasi diri dann penguatan</p> <p>c. Memonitor respon fisik,emosi,social, dan spritual</p> <p>d. Menganjurkan klien untuk istirahat</p> <p>e. Membantu klien uuntuk memenuhi aktivitas sehari-hari</p> <p>f. Meningkatkan aktifitas secara bertahap</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan masih kesulitan bergerak • klien mengatakan aktifitasnya terganggu <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak kesulitan untuk bergerak • Klien tampak aktifitas di bantu oleh perawat. • Aktifitas klien masih miring kanan dan kiri,serta perlahan duduk • Klien akan dipindahkan ke ruangan obsevasi pada jam 13.00 wib <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengajarkan teknik mobilisasi • Mengatur posisi klien miring kiri, miring kanan,duduk. 	
3	Rabu / 06-06-2018	III	10.00	<p>a. Mengajarkan cara pemijatan oksitoksin kepada ibu,</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan ASI nya 	

				<p>keluarga,suami dan orang tua</p> <p>b. Memberikan lingkungan yang nyaman</p> <p>c. Memberikan motifasi klien untuk selalu memberikan ASI Eksklusif.</p> <p>d. Edukasi tentang ASI</p> <p>e. Manajemen stress</p> <p>f. Memberitahukan pada keluarga selalu mendukung klien untuk memberikan ASI eksklusif pada bayi</p>	<p>kurang banyak di karenakan bayi nya kembar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan kebingungan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak kebingungan waktu di Tanya bagaimana cara mempelancar ASI <p>S : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengajarkan ibu,keluarga,suami dan orang tua bagaimana cara pemijatan oksitoksin • Hasilnya ASI ibu lebih banyak,dan ibu bisa menyusui bayinya 	
4	06-06-2018	IV	10.00	<p>Management nutrisi</p> <p>a. Mengkaji adanya tanda alergi</p> <p>b. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake</p> <p>c. Memonitor turgor kulit</p> <p>d. Memonitor adanya penurunan berat badan</p> <p>e. Memberikan makanan yang</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nafsu makannya berkurang • Klien mengatakan tidak menghabiskan porsi makanannya 	

				<p>terpilih</p> <p>f. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin c</p> <p>g. Mengkolaborasi dengan ahli gizi</p> <p>h. Bantu edukasi pentingnya nutrisi pada penyembuhan dan produksi ASI</p>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak tidak nafsu makan di tandai dengan klien menghabiskan ½ porsi makanannya • Berat badan klien 66 kg <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan klien makan sedikit tapi sering • Pantau intake dan output 	
5.		V	10.00	<p>a. Melakukan penilaian secara komprehensif frekuensi sirkulasi perifer (cek nadi perifer, oedema kapiler refill, temperature ekstremitas)</p> <p>b. Memonitor status cairan output dan intake</p> <p>c. Memberikan makanan yang adekuat untuk menjaga vesikuler darah</p> <p>d. Merubah posisi pasien jika memungkinkan</p> <p>e. Mengatur posisi pasien ekstremitas bawah lebih rendah</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan badan letih dan pusing <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak pucat • Klien sudah tranfusi 2 kolof • HB klien 7,7 g/dl pada tanggal 5 juni 2018, dan HB klien pada tanggal 6 juni 2018 yaitu 7,9 	

					<p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian transfuse darah. • Menganjurkan klien untuk memenuhi kebutuhan intake dan output 	
--	--	--	--	--	---	--

NO	HARI/ TANGGAL	NO DX	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1	Kamis / 07-06-2018	I	10.00	<p>Management nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidak nyamanan. Meningkatkan istirahat. Memonitor tanda-tannda vital. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri pada bekas luka SC mulai berkurang. • Klien mengatakan nyeri saat melakukan pergerakan sudah mulai berkurang. • Klien mengatakan sudah bisa istirahat dan tidur dengan cukup karena nyeri sudah mulai berkurang. 	

					<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak nyeri di bagian post SC sudah mulai berkurang • Klien tampak sedikit kesakitan saat anggota badannya di gerakkan • Skala nyeri 4 • TD: 120/80 mmHg S : 36.5 ° C N : 82 x/i R : 20 x/i <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi teknik relaksasi • Evaluasi teknik relaksasi • Evaluasi teknik distraksi • Pantau ttv 	
2	Kamis / 07-06-2018	II	10.00	<p>a. Membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mammpu dilakukan</p> <p>b. Menganjurkan klien untuk istirahat</p> <p>c. Membantu klien uuntuk memenuhi aktivitas sehari-hari</p> <p>d. Meningkatkan aktifitas secara bertahap</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah bisa menggerakkan badannya sedikit demi sedikit. • Klien mengatakan belum bisa 	

					<p>berjalan. Karena klien masih terpasang kateter</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien masih terpasang infuse,tetapi sudah stop • Klien masih terpasang kateter. • Klien sudah mampu melakukan aktivitas secara perlahan. • Suami dan keluarga selalu mendampingi klien dalam melakukan aktivitas. <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi teknik mobilisasi. • Bantu klien untuk memenuhi aktivitas sehar-hari 	
3	Kamis / 07-06-2018	III	10.00	<p>a. Memberikan lingkungan yang nyaman</p> <p>b. Memberikan motifasi klien</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan ASI nya sudah mulai banyak banyak 	

				<p>untuk selalu memberikan ASI Eksklusif.</p> <p>c. Edukasi tentang pemberian ASI</p> <p>d. Memberitahukan pada keluarga selalu mendukung klien untuk memberikan ASI eksklusif pada bayi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah mampu menghabiskan porsi makanannya • Klien mengatakan sudah mencobakan cara pemijatan oksitoksin <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ASI klien tampak sudah mulai banyak keluar di tandai dengan bayi nya puas menyusui • Klien tampak sudah mulai meningkatkan nutrisinya supaya ASI nya lebih banyak. • Klien tampak sudah mengerti cara pemijatan oksitoksin. <p>S: Masalah sebagian teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obsevasi bagaimana cara pemijatan oksitoksin • Hasilnya ASI ibu lebih banyak,dan ibu bisa menyusui bayinya • Berikan suasana yang aman dan nyaman 	
--	--	--	--	--	--	--

4	Kamis / 07-06-2018	IV	10.00	<p>Management nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake Memberikan makanan yang terpilih Menganjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin c 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan nafsu makannya sudah meningkat Klien mengatakan sudah menghabiskan porsi makanannya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien tampak menghabiskan porsi makanannya Klien tampak sudah mulai nafsu makan Klien tampak sudah meningkatkan nutrisinya <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> Observasi makanan klien makan sedikit tapi sering Pantau intake dan output 	
5.	Kamis / 07-06-2018		10.00	<ol style="list-style-type: none"> Memonitor status cairan output dan intake Memberikan makanan yang adekuat untuk menjaga vesikuler darah 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan badannya masih letih Klien mengatakan kepala pasien pusing 	

				<p>c. Merubah posisi pasien jika memungkinkan</p> <p>d. Mengatur posisi pasien ekstremitas bawah lebih rendah</p>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian transfuse darah 2 kolof lagi, keluarga sedang mengusahakan • Klien tampak pucat ,HB klien 7,9 g/dl, pada tanggal 06 juni 2018 <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan klien untuk memenuhi kebutuhan intake dan output • Evaluasi pemberian nutrisi 	
--	--	--	--	---	--	--

NO	HARI/ TANGGAL	NO DX	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1	JUM'AT/ 08-06-2018	I	10.15	<p>Management nyeri</p> <p>a. Meningkatkan istirahat</p> <p>b. Memonitor tanda-tannda vital</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri di bagian post SC sudah mulai 	

				<p>c. Menganjurkan teknik relaksasi</p>	<p>berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri saat melakukan pergerakan sudah mulai berkurang. • Klien mengatakan sudah bisa istirahat dan tidur dengan cukup karena nyeri sudah mulai berkurang. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak nyeri di bagian post SC sudah berkurang ,dengan skala nyeri 3 • TD: 120/80 mmHg S : 36.5 ° C N : 85x/i R : 20 x/i <p>A: Masalah sudah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mempertahankan teknik pernafasan • Mempertahankan teknik relaksasi • Mempertahankan teknik distraksi 	
2	JUM'AT/	II	10.15	a. Membantu klien untuk	S:	

	08-06-2018			<p>mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan</p> <p>b. Menganjurkan klien untuk istirahat</p> <p>c. Membantu klien untuk memenuhi aktivitas sehari-hari</p> <p>d. Meningkatkan aktivitas secara bertahap</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan tidak lagi kesulitan dalam bergerak, tetapi sedikit dibantu oleh keluarga • Klien sudah bisa melakukan aktifitas sendiri • Klien sudah bisa berjalan ke kamar mandi sendiri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak sudah bisa melakukan aktifitas secara mandiri, tetapi masih di bantu oleh keluarga • Klien tampak sudah bisa berjalan secara perlahan <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Terapi tetap diberikan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi teknik mobilisasi. • Bantu klien untuk memenuhi aktivitas sehar-hari 	
--	------------	--	--	--	--	--

3	JUM'AT/ 08-06-2018	III	10.15	<p>a. Memberikan lingkungan yang nyaman</p> <p>b. Memberikan motifasi klien untuk selalu memberikan ASI Eksklusif.</p> <p>c. Memberitahukan pada keluarga selalu mendukung klien untuk memberikan ASI eksklusif pada bayi</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan ASI nya sudah mulai banyak • Klien mengatakan tidak khawatir lagi. • Klien mengatakan bayinya sudah kuat menghisap. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ASI klien tampak sudah banyak • Bayi tampak kuat mengisap • Klien kelihatan sudah tidak kebingungan lagi karena bayinya puas setelah menyusui dan tidur lelap <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan dalam pemberian ASI • Hasilnya, ASI ibu lebih banyak keluar • Bayi lebih kuat menghisap. • Bayi terlelap setelah ibu menyusui 	
4	JUM'AT/	IV	10.15	<p>Management nutrisi</p> <p>a. Menganjurkan pasien untuk</p>	S:	

	08-06-2018			<p>meningkatkan intake</p> <p>b. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin c</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah menghabiskan porsi makannya. • Klien mengatakan sudah mengetahui tentang kebutuhan nutrisi ibu menyusui <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak sudah menghabiskan porsi makannya • Klien tampak paham pentingnya nutrisi untuk ibu menyusui. <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observasi pemberian makan klien sedikit tapi sering • Pantau intake dan output 	
5.	JUM'AT/ 08-06-2018		10.15	<p>a. Memonitor status cairan output dan intake</p> <p>b. Memberikan makanan yang adekuat untuk menjaga vesikuler darah</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan pusing sudah berkurang • badan klien terasa sedikit mudah lelah sudah berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien tampak sudah ceriah 	

					<ul style="list-style-type: none"> • klien tampak terpasang transfuse darah yang ke 3 • Klien sudah transfuse darah yang 3 kolof <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian transfuse darah yang ke 4 masih di usahan keluarga • Observasi klien untuk memenuhi kebutuhan intake dan output • Pantau dalam pemberian nutrisi dan vitamin serta buah buahan untuk menunjang kenaikan HB klien. 	
--	--	--	--	--	--	--

NO	HARI/ TANGGAL	NO DX	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
-----------	--------------------------	------------------	------------	---------------------	-----------------	--------------

1	Sabtu / 09-06-2018	I	10.15	<p>Management nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Meningkatkan istirahat b. Memonitor tanda-tannda vital c. Menganjurkan teknik relaksasi 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang. • Klien mengatakan sudah nyaman dengan keadaannya sekarang ini. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien tampak tenang • skala nyeri 2 • TD: 120/80 mmHg S : 36.7 ° C N : 82x/i R : 20 x/i <p>A: Masalah sudah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p> <p>Terapi tetap di berikan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mempertahankan teknik pernafasan • Mempertahankan teknik relaksasi • Mempertahankan teknik distraksi 	
2	Sabtu / 09-06-2018	II	10.15	<ul style="list-style-type: none"> a. Menganjurkan klien untuk istirahat b. Membantu klien uuntuk memenuhi aktivitas sehari-hari 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah bisa berjalan tanpa bantuan dari 	

				c. Meningkatkan aktifitas secara bertahap	<p>suaminya.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah bisa melakukan aktifitas sendiri. • Klien mengatakan mandi sudah di kamar mandi namun masih di bantu oleh keluarganya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak berjalan tanpa di bantu oleh suaminya. • Klien tampak sudah bisa melakukan aktifitas sendiri. • Klien tampak mandi ke kamar mandi di bantu oleh suami . <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan.</p>	
3	Sabtu / 09-06-2018	III	10.15	<p>a. Memberikan lingkungan yang nyaman</p> <p>b. Memberitahukan pada keluarga selalu mendukung klien untuk memberikan ASI eksklusif pada bayi</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan ASI nya sudah banyak • Klien mengatakan tidak khawatir lagi.karena bayinya sudah kuat menghisap <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak bersemangat 	

					<ul style="list-style-type: none"> • ASI klien tampak sudah banyak • Bayi tampak kuat mengisap <p>S: Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi di hentikan</p>	
4	Sabtu / 08-06-2018	IV	10.15	<p>Management nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake Menganjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin c 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nafsu makannya sudah meningkat,tidak ada masalah lagi. • Klien mengatakan sudah mengetahui tentang kebutuhan nutrisi ibu menyusui <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak menghabiskan porsi makanannya • Klien tampak paham pentingnya nutrisi untuk ibu menyusui. <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: intervensi dhentikan</p> <p>Terapi tetap diberikan :</p>	

					c. Pertahankan nutrisi klien,karena penting untuk ibu yang menyusui dan kenaikan HB klien	
5.	Sabtu / 08-06-2018		10.15	<p>a. Memonitor status cairan output dan intake</p> <p>b. Memberikan makanan yang adekuat untuk menjaga vesikuler darah</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan badan letih dan pusing tidak lagi • Klien mengatakan sudah mulai ada perubahan sebelumnya seperti : pusing ,mudah lelah sudah tidak ada lagi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak terpasang transfuse darah yang ke 4 • Klien sudah tampak tidak pucat lagi • pemeriksaan hasil labor klien pada tanggal 10 juni 2018 • HB klien masih 7,9 g/dl <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien sudah transfusi 4 kolof • cek Hb klien pada hari minggu 	

					<p>pada tanggal 10 juni 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> • pantau klien untuk memenuhi kebutuhan intake dan output 	
--	--	--	--	--	--	--

NO	HARI/ TANGGAL	NO DX	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1	minggu / 10-06-2018	5	10.15	<p>a. Memonitor status cairan output dan intake</p> <p>b. Memberikan makanan yang adekuat untuk menjaga vesikuler darah</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan pusing sudah tidak lagi • Klien mengatakan sudah membaik dari sebelumnya • Klien mengatakan ingin pulang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wajah klien tampak sudah 	

					<p>ceria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak sudah tidak pucat lagi • Hasil labor klien pada tanggal 10 juni 2018 yaitu 8.9 g/dl <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

Tabel 3.8 Implementasi kasus

BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada klien Ny.E dengan Post Partum SC di Ruang Rawat Inap Kebidanan RSUD. DR ACHMAD MOCHTAR Bukittinggi Sumatra Barat dari tanggal 06 sampai 09 Juni 2018, maka akan dibahas dalam BAB ini adalah kesenjangan antara tinjauan Teoritis dan tinjauan Kasus dengan kenyataan yang ditemukan. Oleh karena itu, pada BAB pembahasan ini penulis akan membahas kesenjangan dan kesamaan tersebut dengan mencari faktor pendukung, kesenjangan dan kesamaan yang terjadi akan diuraikan dengan langkah-langkah proses keperawatan, yaitu :

6.1. Pengkajian

Selama melaksanakan pengkajian, penulis tidak menemukan kesulitan, karena komunikasi yang baik dengan klien, maka dilakukan wawancara dan tanya jawab seputar keadaan klien. Dan juga komunikasi yang baik antara keluarga dan perawat diruangan kebidanan. Sehingga penulis dapat melalui kesulitan tersebut. Pengkajian adalah merupakan tahap yang sistematis dalam mengumpulkan data tentang individu, keluarga, dan kelompok (Carpenito&Moyet, 2007).

4.1.1 Identitas klien

Dalam melakukan pengkajian kasus pada klien, penulis menemukan data identitas nama klien, jenis kelamin klien, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, tanggal masuk klien, tanggal pengkajian, diagnose , didalam teori dan kasus dalam identitas klien sama.

4.1.2 Keluhan utama

Pada keluhan utama dalam tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus tidak selalu sama karena di dalam kasus keluhan utama klien datang ke KB IGD dengan diagnosa G₂P₁A₀H₁ gravid aterm + bekas SC 1X + gamelli, Klien melakukan persalinan melalui operasi SC dengan indikasi CPD. Secara didalam teori dilakukan persalinan secara SC dengan indikasi CPD dalam jangka jarak 12 jam. Pada teori menurut Mellyna (2007 : 64) mengatakan melakukan persalinan melalui SC dengan indikasi CPD 12 jam, didalam kasus didapatkan persalinan melalui SC jaraknya 12 jam dan tidak ada perbedaan. Sedangkan (Dutton dkk, 2012 : 156) mengatakan bahwa keluhan utama pada klien dengan post SC atas indikasi CPD + Gamelli adalah pusing, nyeri, mual dan muntah, Menurut mochtar (2012 : 263) keluhan utama biasanya klien post sc adalah nyeri luka pada post operasi, pusing dan tidak mau kentut.

4.1.3 Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada tinjauan teoritis dan tinjauan kasus tidak selalu sama, karena di dalam kasus ditemukan klien sebelumnya sudah pernah masuk rumah sakit Ahmad Mokhtar dengan diagnose yang sama yaitu post sc yang pertama kalinya pada tanggal 22 juli 2016. menurut Mellyna (2007 : 64) mengatakan riwayat kesehatan dahulu dengan post sc dengan indikasi cpd + gamelli adalah salah satu faktor keturunan, paritas sering mempengaruhi kehamilan 2 telur ,kehamilan dzigiotik dan kembar lebih dari dua.

4.1.4 Riwayat kesehatan keluarga

Pada pengkajian riwayat kesehatan keluarga dari genogram keluarga tidak ada yang pernah melakukan operasi SC. Namun pada teori kasus tidak ada keluarga klien yang pernah melahirkan melalui operasi SC. Menurut Manuba 1998:265) kehamilan kembar adalah salah satu kehamilan dengan dua janin, dan faktor yang mempengaruhi persalinan pada kehamilan ganda atau gamelli adalah faktor keturunan

4.1.5 Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada teoritis dan pada kasus sama karena pemeriksaan fisik penting untuk menentukan keadaan pasien. Pemeriksaan fisik pada teori mengacuh pada pemeriksaan head to toe, pemeriksaan umum, tingkat kesadaran serta TTV (TD,N,P,S). Pemeriksaan fisik pada kasus yang diambil pemeriksaan fisik di bagian abdomen ada bekas luka post operasi SC ukuran panjang luka post SC sekitar 10 cm, lebarnya sekitar 1-2 cm dan keadaan luka kering Involusi uterus : Normal, TFU : 2 jari dibawah pusat, Kontraksi : baik. Genitalia bagian Lochea merah segar, Jenis loche : Rubra. Didalam kasus pemeriksaan fisik yang bermasalah yaitu abdomen dan genitalia, sedangkan didalam teori pemeriksaan fisik yang bermasalah sesuai pada pemeriksaan fisik pada kasus.

4.1.6 Data Penunjang

Pada tinjauan teoritis dan tinjauan kasus tidak selalu sama, karena di dalam data penunjang teoritis yaitu pemeriksaan labor, normalnya HGB adalah

P : 13.0-16.0, W : 12.0-14.0, ketika ibu hamil seharusnya ibu lebih banyak mengonsumsi makanan yang banyak mengandung gizi seperti buah, sayur, vitamin C dan lainnya, apalagi ibu dengan gamelli lebih banyak mengonsumsi gizi yang seimbang dari yang biasanya, karena penurunan HB akan berdampak, maka dari itu ibu hamil harus banyak mengonsumsi gizi yang adekuat untuk persiapan persalinan, sedangkan yang saya temukan selama pengkajian di Ruang Rawat Inap Kebidanan RSUD. DR ACHMAD MOCHTAR Bukittinggi Sumatra Barat dari tanggal 06 sampai 09 Juni 2018 pada Ny E dengan diagnose Post SC + gamelli saat persalinan klien banyak mengeluarkan darah yaitu sekitar 300 cc, dari pengecekan laboratorium ada peningkatan HB yaitu pada tanggal 05 juni yaitu 7.7 g/dl, pada tanggal 6 juni 2018 yaitu 7.9 g/dl, dan pada tanggal 10 juni 2018 yaitu 8.9 g/dl. Dari data diatas penulis dapat menyimpulkan bahwa penulis sudah memantau intake dan output klien dan penulis sudah mengajurkan mengonsumsi buah buahan dan sayur sayuran supaya meningkatkan HB klien, dan penulis juga memantau tanda tanda vital (TTV) kepada klien selama klien dirawat, di dapatkan tekanan darah klien 120/ 80 mmHg, pernafasan klien 20x/m, nadi klien 82 x/m, dan suhu klien 36,7⁰C dalam melakukan tindakan tersebut klien tidak demam tinggi dan konjungtiva klien sudah tidak pucat lagi, di tandai dengan klien sudah mampu menghabiskan porsi makanannya dan wajah klien sudah tidak pucat lagi dan sudah mulai bisa melakukan aktifitas sendiri walaupun masih di bantu sama keluarga, serta klien sudah tampak pulih dan segar, di hari terakhir klien, klien tidak lagi ada pemeriksaan cek labor karena klien sudah mampu menghabiskan porsi makanannya dan

meningkatkan intake dan output serta banyak mengonsumsi buah dan sayuran dan vitamin dengan demikian kemungkinan HB klien sudah meningkat sekitar 10.0 g/dl s/d 11.0 g/dl, menurut hartono, dkk (2006 : 852-897) salah satu penyebabnya anemia.

4.2. Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan teoritis ditemukan 11 diagnosa keperawatan sedangkan tinjauan kasus ditemukan 5 kasus diagnosa keperawatan. Diagnosa yang ditemukan dalam teori 11 Diagnosa Keperawatan :

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan efek anestesi
2. Nyeri akut b.d agen injuri fisik (luka insisi operasi)
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan adanya insisi pembedahan dan nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan sekunder akibat pembedahan.
4. Resiko defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan darah dalam Pembedahan.
5. Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan masukan oral, nafsu makan menurun.
6. Tidak efektifnya laktasi berhubungan dengan perpisahan dengan bayi
7. Kurang pengetahuan berhubungan dengan Pemberian ASI Eksklusif

8. Gangguan eliminasi BAB : Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot sekunder terhadap anestesi, kurang masukan, nyeri perineal /rectal.
9. Defisit perawatan diri berhubungan dengan luka post SC
10. Resiko infeksi berhubungan dengan perawatan luka post SC dirumah
11. Kurang pengetahuan tentang perawatan ibu nifas dan perawatan post operasi b/d kurangnya sumber informasi tentang KB dan ASI

Sedangkan di kasus ditemukan 5 Diagnosa Keperawatan :

1. Nyeri berhubungan dengan post sc

Penulis mengambil diagnose ini karena di waktu melakukan pengkajian pada Ny.E tanggal 06 juni 2018 klien mengatakan nyeri di bagian post sc nya dan klien pun tampak kesakitan serta klien tampak nyeri apabila anggota badan klien di gerakan, dan di saat penulis memperagakan skala nyeri dari 1-10, rentang 1-3 yaitu nyeri ringan (masih bisa ditahan, aktifitas tak terganggu) 4-6 nyeri sedang (mengganggu aktifitas fisik) sedangkan 7-10 nyeri berat (tidak dapat melakukan aktifitas secara mandiri) dan klien menjawab skala nyerinya 5 karena aktifitasnya nya terganggu di karenakan nyeri di post SC. Nyeri akut adalah pengalaman sensori atau emosi tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan aktual ataupun potensial atau kondisi lain yang masuk dalam kriteria kerusakan tersebut, awitan tiba-tiba atau lambat dari

intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang diantisipasi atau di prediksi durasi nyeri kurang dari 6 bulan. (green & wilkinson, 2012)

2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan mobilisasi fisik

Penulis mengambil diagnose ini dikarenakan di saat melakukan pengkajian pada Ny.E tanggal 06 juni 2018 klien mengatakan sulit melakukan aktifitas karena masih kesakitan dan sulit untuk mengerakan anggota badanya dan klien pun tampak kesulitan untuk bergerak dan aktifitas klien pun tampak masih di bantu oleh perawat dan orang tua klien, dan penulis pun mengajarkan klien teknik mobilisasi dini, di hari pertama ibu dianjurkan berbaring ke kanan dan ke kiri di mulai sejak 6-10 jam setelah penderita atau ibu sadar, di hari kedua ibu di anjurkan dapat duduk 5 menit dan minta untuk tarik nafas dalam yang gunanya untuk melonggarkan pernafasan dan sekaligus menumbuhkan percaya diri, di hari ketiga ibu belajar berjalan kemudian berjalan sendiri pada hari setelah operasi. Kemajuan mobilisasi bergantung pula pada jenis-jenis operasi yang di lakukan dan komplikasi yang mungkin di jumpai. (mochhtar 157-158)

Mobilisasi secara bertahap sangat berguna untuk proses penyembuhan luka dan mencegah terjadinya infeksi serta trombosis vena. Bila terlalu dini melakukan mobilisasi dapat mempengaruhi penyembuhan luka operasi. Jadi mobilisasi secara teratur dan bertahap yang di ikuti dengan latihan adalah hal yang paling di anjurkan. (Ancheta & Simkin 2005)

3. kurangnya pengetahuan ibu tentang produksi ASI berhubungan dengan cara memperlancar ASI.

Penulis mengambil diagnose ini karena di saat melakukan pengkajian pada Ny E tanggal 6 juni 2018 klien mengatakan tidak tahu bagaimana cara melancar ASI, karena klien kebingungan waktu bayinya menyusui bayi klien menangis karena tidak merasa puas setelah di susui oleh ibunya, oleh karna itu penulis mengambil diagnose ini penulis mengajarkan kepada ibu , suami, dan orang tua klien bagaimana cara memperlancar ASI dengan benar yaitu dengan cara pemijatan oksitokin manfaatnya adalah dapat memperlancar aliran darah, mengurangi nyeri, memberikan rasa rileks serta meredakan ketegangan pada otot dan saraf.

4. Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mengabsorbsi nutrient.

Penulis mengambil diagnose ini karena di saat melakukan pengkajian pada Ny E tanggal 6 juni 2018 klien mengatakan nafsu makannya berkurang dan dengan kondisi ini akan berdampak pada bayinya karena nutrisi sangat penting apalagi dengan kondisi klien dengan Post SC + gamelli, secara konsep teori klien dengan diagnose Post SC + gamelli ini seharusnya lebih banyak pemenuhan nutrisinya , baik untuk dirinya sendiri maupun untuk kedua bayinya,karena ASI tersebut mempengaruhi kesehatan bayi dan penting proses laktasi ASI, ASI eksklusif selama 6 bulan tanpa di kasih makanan tambahan

penting untuk bayi, selain itu faktor pendukung ibu lebih banyak mengkonsumsi buah-buahan dan sayur-sayuran serta vitamin, dan ibu mampu memahami Keuntungan Bounding Attachment yaitu :

- 1) Bayi merasa dicintai, diperhatikan, mempercayai, menumbuhkan sikap sosial.
 - 2) Bayi merasa aman, berani mengadakan eksplorasi.
5. perfusi jaringan tidak efektif berhubungan dengan ikatan O₂ dengan penurunan konsentrasi HB dalam darah

penulis mengambil diagnose ini karena di saat melakukan pengkajian pada Ny.E tanggal 6 juni 2018 klien mengatakan klien Post SC + gamelli dan lihat di status klien, perdarahan klien sekitar 300 cc dan konjuktiva klien tampak pucat,maka dari itu penulis dapat mengambil diagnose tersebut karena ada pengaruhnya terhadap klien, dan penulis menganjurkan mengkonsumsi makanan yang seimbang yang adekuat serta vitamin makan buah dan sayuran dan istirahat yang teratur,dari hasil laboratorium klien dari hari pertama samapai hari kelima ada peningkatan yaitu dari tanggal 06 sampai 09 Juni 2018 pada Ny E ada peningkatan HB yaitu pada tanggal 05 juni 7.7 g/dl, pada tanggal 6 juni 2018 yaitu 7.9 g/dl, dan pada tanggal 10 juni 2018 yaitu 8.9 g/dl.

Setelah penulis menegakkan diagnosa, maka didapatkan 5 diagnosa, berdasarkan keluhan pasien, sedangkan pada teoritis ditemukan 11 diagnosa, jadi perbandingannya adalah 6 diagnosa yang tidak muncul, karena klien tidak mempunyai keluhan yang dapat mendukung tegaknya diagnosa ini.

Dalam menegakan diagnosa keperawatan, penulis tidak menemukan adanya kesulitan atau hambatan. Hal ini didukung oleh tersedianya sumber buku diagnosa keperawatan, data-data yang ditunjukkan oleh klien sesuai dengan konsep yang ada. Adanya kerja sama yang baik dengan perawat ruangan dan klien secara terbuka dalam menyampaikan semua yang dikeluhkan dan dirasakan saat ini, sehingga penulis dapat menyimpulkan 5 diagnosa.

4.3. Intervensi

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan kepada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus karena rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan klien.

Dalam pembuatan perencanaan penulis bekerja sama dengan perawat ruangan untuk menentukan tindakan yang akan dilakukan. Adapun rencana yang akan dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan yaitu :

- a. Nyeri berhubungan dengan post SC di tinjauan kasus dikatakan bahwa intervensi Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan, Tingkatkan istirahat, Monitor tanda-tanda vital Anjurkan teknik relaksasi, Kolaborasi dalam pemberian analgetik
- Pada tinjauan teoritis ditemukan diagnosa Nyeri berhubungan dengan agen injuri fisik dengan intervensi adalah Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, Observasi reaksi nonverbal

dari ketidaknyamanan, gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien, Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri, Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau, Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau

- b. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan mobilisasi fisik di tinjauan kasus dikatakan bahwa intervensinya, bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mammpu dilakukan, bantu klien untuk mengembangkan motivasi diri dann penguatan, monitor respon fisik,emosi,social, dan spiritual, anjurkan klien untuk istirahat, bantu klien uuntuk memenuhi aktivitas sehari-hari, tingkatkan aktifitas secara bertahap

Sedangkan pada tinjauan kasus teoritis ditemukan diagnose Intoleransi aktifitas berhubungan dengan adanya insisi pembedahan dan nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan sekunder akibat pembedahan inetevensinya adalah Kaji respon klien terhadap aktifitas, catat tipe anestesi yang diberikan pada saat intra partus pada waktu klien sadar, anjurkan klien untuk istirahat, bantu dalam pemenuhan aktifitas sehari-hari sesuai kebutuhan, tingkatkan aktifitas secara bertahap

- c. Kurang kurangnya pengetahuan ibu tentang produksi ASI berhubungan dengan cara memperlancar ASI di tinjauan kasus dikatakan bahwa intervensinya, Ajarkan cara pemijatan oksitoksin

kepada ibu, keluarga, suami dan orang tua, berikan lingkungan yang nyaman, berikan motivasi klien untuk selalu memberikan ASI Eksklusif, beri tahu pada keluarga selalu mendukung klien untuk memberikan ASI eksklusif pada bayi

Sedangkan pada tinjauan kasus teoritis di temukan diagnose Kurang pengetahuan berhubungan dengan Pemberian ASI Eksklusif, inetevensinya Melakukan pengkajian tingkat pengetahuan klien tentang pemberian ASI eksklusif, Memberikan penyuluhan tentang ASI eksklusi, Menjelaskan keuntungan memberikan ASI eksklusif, Menjelaskan ASI eksklusif harus di kasih sampai umur 6 bulan tanpa memberikan makanan tambahan, Memberikan motivasi klien untuk selalu memberikan ASI Eksklusif, Memberi tahu pada keluarga selalu mendukung klien untuk memberikan ASI eksklusif pada bayi.

- d. Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrient ditinjau kasus dikatakan bahwa intervensi, Kaji tingkat pengetahuan klien tentang kebutuhan nutrisi ibu menyusui, anjurkan pasien untuk meningkatkan intake, jelaskan pada klien tentang pentingnya nutrisi, monitor adanya penurunan berat badan, jelaskan pada klien nutrisi yang dibutuhkan pada ibu menyusui, anjurkan klien untuk meningkatkan protein dan vitamin c, kolaborasi dengan ahli gizi

Sedangkan pada tinjauan kasus teori Resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan masukan oral,

nafsu makan menurun inefektivitasnya Pantau masukan makanan setiap hari, timbang berat badan setiap hari dan bandingkan dengan berat badan saat penerimaan, dorong / motivasi pasien menghabiskan diet, dorong pasien untuk duduk saat makan, kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diet TKTP

- e. Perfusi jaringan tidak efektif berhubungan dengan ikatan O₂ dengan penurunan konsentrasi HB dalam darah, ditinjau kasus dikatakan bahwa intervensi, lakukan penilaian secara komprehensif frekuensi sirkulasi perifer (cek nadi perifer, oedema kapiler refill, temperature ekstremitas), Monitor status cairan output dan intake, Berikan makanan yang adekuat untuk menjaga vesikuler darah, Rubah posisi pasien jika memungkinkan, Atur posisi pasien ekstremitas bawah lebih rendah Pada tinjauan teoritis tidak ditemukan diagnosa perfusi jaringan tidak efektif kerna penurunan konsentrasi HB dalam darah

Sedangkan dalam kasus Ny.E ditemukan diagnosa ke lima yang dapat ditegakkan pada saat melakukan pengkajian yaitu Perfusi jaringan tidak efektif berhubungan dengan ikatan O₂ dengan penurunan konsentrasi HB dalam darah.

Pada diagnosa kedua, tiga, dan ke empat didalam kasus merupakan diagnosa yang muncul pada kasus Intervensi, kasus pada diagnosa tersebut hampir sama dengan intervensi pada teori. Sedangkan diagnose kelima tidak ditemukan dalam diagnosa teori, karena masalah dalam diagnosa kelima saat

dilakukan pengkajian mendapatkan menegakkan diagnose sesuai dengan keadaan klien dan tidak ditemukan dalam diagnosa teori.

4.3. Implementasi

Setelah rencana tindakan ditetapkan, maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, dalam melakukan asuhan keperawatan pada Ny.E dengan sectio caesarea.

1. Nyeri berhubungan dengan post sc

Implementasi dilakukan hari pertama dan hari kedua adalah :

- 1) Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi
- 2) Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan
- 3) Meningkatkan istirahat
- 4) Memonitor tanda-tanda vital
- 5) Menganjurkan teknik relaksasi
- 6) Mengkolaborasi dalam pemberian analgetik

Implementasi dilakukan hari ketiga dan hari ke empat adalah :

- 1) Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi
- 2) Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan
- 3) Meningkatkan istirahat
- 4) Memonitor tanda-tanda vital
- 5) Menganjurkan teknik relaksasi

6) Mengkolaborasi dalam pemberian analgetik

2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan mobilisasi fisik

Implementasi hari pertama dan hari kedua adalah :

- 1) Membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mammpu dilakukan
- 2) Membantu klien untuk mengembangkan motivasi diri dann penguatan
- 3) Memonitor respon fisik,emosi,social, dan spritual
- 4) Menganjurkan klien untuk istirahat
- 5) Membantu klien uuntuk memenuhi aktivitas sehari-hari
- 6) Meningkatkan aktifitas secara bertahap.

Implementasi hari ke tiga dan ke empat adalah :

- 1) Membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mammpu dilakukan
- 2) Membantu klien untuk mengembangkan motivasi diri dann penguatan
- 3) Memonitor respon fisik,emosi,social, dan spritual
- 4) Menganjurkan klien untuk istirahat
- 5) Membantu klien uuntuk memenuhi aktivitas sehari-hari
- 6) Meningkatkan aktifitas secara bertahap

3. Kurang pengetahuan ibu tentang produksi ASI berhubungan dengan cara mempelancar ASI

Implementasi hari pertama dan hari kedua adalah :

- 1) Mengajarkan cara pemijatan oksitoksin kepada ibu, keluarga,suami dan orang tua.

- 2) Memberikan lingkungan yang nyaman
- 3) Memberikan motivasi klien untuk selalu memberikan ASI Eksklusif.
- 4) Memberitahukan pada keluarga selalu mendukung klien untuk memberikan ASI eksklusif pada bayi

Implementasi hari ketiga sudah teratasi adalah :

- 1) Mengajarkan cara pemijatan oksitoksin kepada ibu, keluarga, suami dan orang tua.
- 2) Memberikan lingkungan yang nyaman
- 3) Memberikan motivasi klien untuk selalu memberikan ASI Eksklusif.
- 4) Memberitahukan pada keluarga selalu mendukung klien untuk memberikan ASI eksklusif pada bayi

4. Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrient.

Implementasi hari pertama dan kedua adalah :

- 1) Mengkaji adanya tanda alergi
- 2) Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake
- 3) Memonitor turgor kulit
- 4) Memonitor adanya penurunan berat badan
- 5) Memberikan makanan yang terpilih
- 6) Menganjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin c
- 7) Mengkolaborasi dengan ahli gizi

Implementasi hari ketiga sudah teratasi adalah :

- 1) Mengkaji adanya tanda alergi
 - 2) Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake
 - 3) Memonitor turgor kulit
 - 4) Memonitor adanya penurunan berat badan
 - 5) Memberikan makanan yang terpilih
 - 6) Menganjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin c
5. perfusi jaringan tidak efektif berhubungan dengan ikatan O₂ dengan penurunan konsentrasi HB dalam darah

Implementasi hari pertama, kedua dan ketiga adalah :

- 1) Melakukan penilaian secara komprehensif frekuensi sirkulasi perifer (cek nadi perifer, oedema kapiler refill, temperature ekstremitas)
- 2) Memonitor status cairan output dan intake
- 3) Memberikan makanan yang adekuat untuk menjaga vesikuler darah
- 4) Merubah posisi pasien jika memungkinkan
- 5) Mengatur posisi pasien ekstremitas bawah lebih rendah

Implementasi hari ke empat sudah teratasi adalah :

- 1) Melakukan penilaian secara komprehensif frekuensi sirkulasi perifer (cek nadi perifer, oedema kapiler refill, temperature ekstremitas)
- 2) Memonitor status cairan output dan intake
- 3) Memberikan makanan yang adekuat untuk menjaga vesikuler darah
- 4) Merubah posisi pasien jika memungkinkan
- 5) Mengatur posisi pasien ekstremitas bawah lebih rendah

Pelaksanaan rencana yang telah ditetapkan dapat dilaksanakan dengan baik hal ini karena adanya kerja sama dengan klien serta perawat ruangan yang

membantu dalam melakukan tindakan pelaksanaan kepada klien. Dalam hal ini penulis tidak menenukan kesulitan saat melakukan tindakan.

6.2. **Evaluasi**

Dari 5 diagnosa Keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan studi kasus dan melakukan asuhan keperawatan kurang lebih sudah mencapai perkembangan yang lebih baik dan optimal, maka dari itu dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan klien, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya.

Penulis mengevaluasi selam 4 hari berturut-turut dari tanggal 06 juni 2018 s/d 09 juni 2018.

1. Pada Diagnosa 1 yaitu Nyeri berhubungan dengan Post SC masalah sudah teratasi, karena klien sudah tidak terasa nyeri pada bagian luka post SC, aktifitas klien sudah mulai seperti biasa, klien sudah tampak rileks.
2. Pada Diagnosa 2 yaitu Intoleransi aktifitas berhubungan mobilisasi fisik masalah sudah teratasi, karena klien sudah mampu melakukan aktifitas secara mandiri sedikit dibantu oleh keluarga
3. Pada Diagnosa 3 yaitu Kurang pengetahuan ibu tentang produksi ASI berhubungan dengan cara mempelancar ASI masalah sudah teratasi, karena klien sudah tahu sampai umur berapa harus di berikan ASI

eksklusif, klien sudah mengerti cara mempelancar ASI dengan cara pemijatan oksitoksin

4. Pada Diagnosa 4 yaitu : Pemunuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mengabsorbsi nutrient. Masalah teratasi, karena klien mulai menghabiskan porsi makanannya dan klien tampak paham nutrisi untuk ibu menyusui,dan berat badan klien pun meningkat
5. Pada Diagnosa 5 yaitu Perfusi jaringan tidak efektif berhubungan dengan ikatan O₂ dengan penurunan konsentrasi HB dalam darah masalah sebagian teratasi, karena klien masih tampak pucat ,HB klien dari tanggal 5 juni sampai 10 juni 2018 masih di kategorikan rendah yaitu :

Tgl 5 juni : 7,7 g/dl

Tgl 6 juni : 7,9 g/dl

Tgl 10 juni : 8,9 g/dl

Seharusnya normal HB wanita 12.0 – 14.0 g/dl

BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Post partum adalah masa sesudah persalinan dapat juga disebut masa nifas (puerperium) yaitu masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pulihnya kembali alat kandungan yang lamanya 6 minggu. Post partum adalah masa 6 minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi sampai kembali ke keadaan normal sebelum hamil. (Bobak,2010).

Masa nifas atau masa purpenium adalah masa setelah partus selesai dan berakhir setelah kira-kira 6 – 8 minggu (Manjoer, A dkk, 2001). Akan tetapi seluruh alat genetal baru pulih kembali seperti sebelumnya ada kehamilan dalam waktu 3 bulan (Ilmu kebidanan, 2007).

Masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu, wanita yang melalui periode puerperium disebut puerpura. (Nifas) berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya alat kandungan pada keadaan yang normal. (Ambarwati, 2009).

Kesimpulan dari beberapa pendapat ahli tersebut adalah post partum adalah suatu keadaan setelah keluarnya plasenta sampai tubuh menyesuaikan secara sempurna sampai keadaan sebelum hamil.

Anatomi fisiologi dibahas adalah alat reproduksi wanita khususnya alat genitalia interna yaitu uterus karena post partum sangat erat hubungannya dengan uterus yang merupakan tempat tumbuh dan perkembangan janin maka di bawah ini di terangkan mengenai uterus.

Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 4 hari pada klien Ny.E dengan Post Partum SC didapatkan 5 diagnosa yaitu :

1. Nyeri berhubungan dengan post sc
2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan mobilisasi fisik
3. kurangnya pengetahuan ibu tentang produksi ASI berhubungan dengan cara memperlancar ASI.
4. Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mengabsorbsi nutrient.
5. perfusi jaringan tidak efektif berhubungan dengan ikatan O₂ dengan penurunan konsentrasi HB dalam darah

Masalah pada Ny. E teratasi seluruhnya, sehingga intervensi dihentikan .

5.2. Saran

Dalam memberikan Asuhan Keperawatan, Perawat Rumah Sakit dan Mahasiswa hendaknya dapat :

- 1) Melakukan Pengkajian sesuai dengan konsep teoritis Post Partum SC.
- 2) Menegakkan Diagnosa Keperawatan, berdasarkan data-data yang ditemukan pada klien dengan Post Partum SC .
- 3) Menetapkan Intervensi yang tepat sesuai dengan Diagnosa yang muncul pada klien dengan Post Partum SC .

- 4) Melakukan implementasi yang telah ditetapkan secara optimal pada klien dengan Post Partum SC .
- 5) Melakukan evaluasi terhadap setiap tindakan yang telah dilakukan pada klien dengan Post Partum SC .

5.2.1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan pihak rumah sakit untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit kepada masyarakat.

5.2.2. Bagi Perawat Ruangan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien post *Sectio Caesarea* (SC) dengan indikasi CPD, sebaiknya lebih tanggap dalam memberikan tindakan secara tepat dalam melakukan tindakan pencegahan infeksi pada ibu post operasi *Sectio Caesarea* (SC)

5.2.3. Bagi Institusi Pendidikan

Peningkatan kualitas dan pengembangan ilmu mahasiswa melalui studi kasus agar dapat meningkatkan asuhan keperawatan secara komprehensif

DAFTAR PUSTAKA

Ambar wati,R,E., Wulandari, D. (2009). *Asuhan kebidanan Nifas*. Jogjakarta: Mitra Cendika Press.

Amru,Sofian.2012. *Rustam Mochtar Sinopsis Obsetri : Obsetri Operatif Obsetri Social* edisi 3 jilid 1&2. EGC : Jakarta.

Capenito, 2007. *Diagnosa Keperawata. Aplikasi pada Praktek Klinis*. Edisi IX. Alih Bahasa: Kusrini Semarwati Kadar. Editor: Eka Anisa Mardella, Meining Issuryanti. Jakarta: EGC.

Green, C.J., & Wilkinson, J.M. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan : Maternal & Bayi baru lahir (Alih Bahasa, Monica ESTER... { et, al})*; Editor Edisi Bahasa Indonesia, Sari Isneini, Fruriolina Ariani, Ni Putu Indri Mahayuni. Jakarta : EGC.

Hakimi, M. 2000. *Fisiologi dan Patologi Persalinan (terjemahan)*. Jakarta : yayasan Esesensia Medica

Hartono, A. 2006. *Terapi gizi Diet Rumah Sakit*. Edisi 2. EGC. Jakarta

<http://Putramadja.Blogspot.Co.id/2013/11/Makalah-bonding-attachment.html>

Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan. Jakarta: EGC

Huliana, Mellyna. 2007. *Panduan Menjalani Kehamilan Sehat*. Jakarta : Puspa Swara.

Muttaqin,Arif. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Imunologi*. Jakarta: Salemba Medika

- Manuba, Ida, Bagus, Gde, Prof. Dr. SpOG, (2010). *Ilmu Kebidanan, Penyakit*
- Mansjoer, Arif. Dkk. 2000-2008. *Buku Ajar Medikal Bedah*. Jakarta: EGC
- Maryuni, Anik. 2010 *Biologi Reproduksi Dalam Kebidanan*. Jakarta: TIM Trans Info Media, 2010.
- Mochtar , Rustam (2008.) *synopsis obsteti* (jilid 1-2). Jakarta : EGC
- Prawirohardjo.sarwono. 2002 -2010 . *ilmu kebidanan* . Jakarta : P.T Bina pustaka
- Saifuddin, 2002. *Buku maternitas dasar*, Jakarta : EGC
- Simkin, Penny & Ancheta, R. (2005). *Buku Saku Persalinan*. Jakarta. EGC.
- Verney, (2009). *Buku Ajar Kebidanan* . Jakarta: EGC
- Winkjosastro,2002-2010. *Buku obsetri kebidanan*, Jakarta : EGC

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Rahma Rahyu
Tempat / Tanggal Lahir : Payakumbuh, 17 April 1996
Agama : Islam
Negeri Asal : Pangkalan koto baru (Koto Alam)
Jumlah Bersaudara : 5 (Lima) Orang
Anak Ke : 3 (Tiga)
Nama Orang Tua
Ayah : Wazirman
Ibu : Alm Reni dewita
Alamat : Koto alam,kec pangkalan koto baru





Riwayat Pendidikan

1. SD N 01 Koto Alam : 2005-2011
2. SMP N 5 Koto Alam : 2011-2013
3. SMA N 1 Tanjung Pati : 2013-2015
4. Program Studi DIII Keperawatan Stikes Perintis Padang Tahun 2015 Sampai Sekarang

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH ILMU TINGGI KESEHATAAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Rahma Rahyu
 Nim : 1514401014
 Pembimbing : Novrianti S.ST
 Juduk KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan pada Ny.E dengan Post Sectio Caesarea
 Dengan indikasi CPD diruang rawat Inap Kebidanan RSUD
 Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi 2018

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	Kamis 7/6/2018	Perbaiki sesuai Masukan	
2	Sabtu 9/6/2018	Revisi data pengobatan dan data penunjang, dan semua sesuai Masukan.	
3			
4		Acc utu diujikan.	
5			
7			
8			

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH ILMU TINGGI KESEHATAAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN


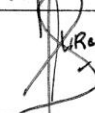



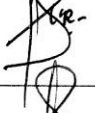

Nama Mahasiswa : Rahma Rahyu

Nim : 1514401014

Pembimbing : Ns. Mera Delima M.kep

Juduk KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan pada Ny.E dengan Post Sectio Caesarea

Dengan indikasi CPD diruang rawat Inap Kebidanan RSUD
 Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi 2018

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	Sabtu - 9-juni 2018	perbaiki laporan keasas	
2	10/juni 2018	perbaiki / lengkapi bab II	
3	12/juni 2018	perbaiki bab III lanjutkan bab IV	
4	26/jun. 2018	lengkapi bab IV pnyhaya	
5	29/jun - 2018	lengkapi pembahasan.	
7	3/ juli 2018	lengkapi daftar pustaka. PPT	
8	5/juli 2018	Aec di presentasikan.	

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STIKES PERINTIS PADANG



LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN REVISI

NAMA MAHASISWA : Rahma Rahyu

NIM : 1514401014

NAMA PENGUJI I : Ns. Yesi Andriani M.kep,Sp.Mat

JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan pada Ny. M dengan Post Operatif Section Caesarea dengan indikasi Cephalo Pelvik Disproportion diruang rawat inap kebidanan rumah sakit Achmad mochtar bukittinggi Tahun 2018.

No	Hari/tanggal	Materi	paraf
	19/07/2018	Perbaikan sesuai masukan	
	22/07/2018	Acc digital	

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

SEKOLAH ILMU TINGGI KESEHATAAN PERINTIS PADANG



LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN REVISI

Nama Mahasiswa : Rahma Rahyu

Nim : 1514401014

Penguji II : Ns. Mera Delima M.kep

Juduk KTI Studi Kasus :Asuhan Keperawatan pada Ny.E dengan Post Sectio Caesarea Dengan indikasi CPD diruang rawat Inap Kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi 2018

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	Kamis 19/07/2018	Perbaiki sesuai saran	
2	Senin 22/07/2018	Acc digiud	
3			
4			