

**KARYA TULIS ILMIAH  
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M DENGAN *POST OPERATIF SECTIO  
CAESAREA* DENGAN INDIKASI *CEPHALO PELVIK DISPROPORTION*  
DIRUANG RAWAT INAP KEBIDANAN RUMAH SAKIT  
ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI  
TAHUN 2018**



**OLEH**

**RISKA FITRIA  
NIM: 1514401018**

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

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M DENGAN *POST OPERATIF SECTIO CAESAREA* DENGAN INDIKASI *CEPHALO PELVIK DISPROPORTION* DIRUANG RAWAT INAP KEBIDANAN RUMAH SAKIT  
ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI  
TAHUN 2018**

**LAPORAN STUDI KASUS**

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam menyelesaikan Pendidikan Program Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Sumatera Barat*



**OLEH**

**RISKA FITRIA**  
**NIM: 1514401018**

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

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS BUKITTINGGI  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

**Karya Tulis Ilmiah, Laporan Studi Kasus Juli 2018**

**RISKA FITRIA  
NIM : 1514401018**

**Asuhan Keperawatan Pada Ny.M *Post Operatif Sectio Caesarea* Dengan  
Indikasi *Cephalo Pelvik Disproportion* di Ruang Rawat Inap Kebidanan  
Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018**

**V BAB + 144 halaman +3 gambar+10 tabel+ Lampiran 6**

**ABSTRAK**

Sectio caesarea adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding uterus melalui dinding perut, sectio caesarea dapat disebabkan oleh berbagai faktor seperti panggul sempit, plasenta previa, letak sungsang, ibu dengan pre eklamsi .Cephalo Pelvik Disproportion adalah panggul sempit, kelainan bentuk panggul,kepala janin atau bagian terendah janin terlalu besar. Dari data yang didapat di ruang rawat inap kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dari bulan januari sampai dengan bulan juni ditemukan sebanyak 183 orang yang mengalami post operasi Seccio Caeseria dengan indikasi CPD.Tujuan penulisan laporan ini adalah mampu melakukan asuhan keperawatan pada klien post operasi seccio caeseria.Tanda dan gejala dari post operasi sectio caesarea pusing, mual dan muntah, nyeri di sekitar luka operasi,peristaltik menurun. Setelah dilakukannya pengkajian dan tindakan asuhan keperawatan pada klien, di tegakkan diagnosa yang berbeda antara teori dan kasus, diagnosa yang ditemukan pada kasus Nyeri berhubungan dengan agens cedera fisik, Intoleransi aktifitas berhubungan dengan mobilitas fisik,Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan/luka post op sc, Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan kurangnya pengetahuan ibu tentang nutrisi kebutuhan ibu menyusui. Dalam perencanaan tindakan pada pasien mengacu pada keluhan yang di rasakan oleh klien, pada diagnosa nyeri dilakukan tindakan mangajarkan teknik nafas dalam, ini diambil dari intervensi pada teori dan di terapkan pada tinjauan kasus.Sectio caesarea merupakan proses pembedahan melahirkan janin dengan membuka dinding uterus yang biasanya dilakukan pada ibu yang mengalami kesulitan dalam persalinan.Untuk itu diharapkan pihak rumah sakit lebih meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit kepada masyarakat.

**Kata kunci : Sectio caesarea, Indikasi Cephalo Pelvik  
Disproportion  
Daftar Bacaan : 29 ( 2001 – 2015 )**

*HEALTH SCIENCE HIGH SCHOOL PERINTIS BUKITTINGGI  
DIII NURSING PROGRAM*

*Scientific Paper, Case Study Report July 2018*

*RISKA FITRIA  
NIM: 1514401018*

*Nursing In Ny.M With Post Operative Sectio Caesarea With Indication Cephalo pelvic  
disproportion in Space Inpatient Obstetric Hospital Achmad Mochtar Bukittinggi 2018*

*CHAPTER V + 144 pages +3 images+10 tables+ 6 attachman*

*ABSTRACT*

*Sectio caesarea is surgery to give birth to the fetus by opening the wall of the uterus through the abdominal wall, sectio caesarea can be caused by various factors such as a narrow pelvis, placenta previa, breech, mothers with pre-eclampsia .Cephalo pelvic disproportion is a narrow pelvis, pelvic deformities, fetal head or the lowest part of the fetus is too large. Of data obtained in midwife RSUD Dr. Achmad Mochtar bukittinggi from january to june was found as many 183 people who who had pots operative seccio caeseria with indication CPD.The purpose of this reportis to be able to provide care for clients by post operatif seccio caeseria with indication CPD.Signs and symptoms of postoperative sectio caesarea dizziness, nausea and vomiting, pain around the surgical wound, decreased peristalsis. Following the assessment and nursing care actions on the client, in upholding different diagnoses between theory and cases, diagnosis is found in cases of pain relate to physical injuri agents, activity intolerance related to physical mobility, risk of infection associated with tissue trauma/post op wound sc,Nutrition imbalances are associated with a lack of maternal knowledge of the nutritional needs of mothers.In the plan of action in a patient refers to complaints felt by the client, on pain diagnosis mangajarkan action deep breathing techniques, taken from intervention on the theory and applied in a review kasus.Sectio caesarea delivery of a fetus is a surgical procedure by opening the uterine wall that is usually performed in women who have difficulty in persalinan.Untuk hospital is expected to further improve the quality of hospital services to the community.*

*Keywords : Sectio caesarea, indications Cephalo pelvic disproportion  
Bibliography : 29 (2001 – 2015)*

## LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : RISKA FITRIA  
NIM : 1514401018  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny.M 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 : Riska Fitria  
NIM : 1514401018  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. M 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 disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan dihadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 17 Juli 2018

Pembimbing



**Ns. Mera Delima M. Kep**  
**NIK: 1420101107296019**

Mengetahui,  
Ka Prodi DIII Keperawatan  
STIKes Perintis Padang



**Ns. Endra Amalia M. Kep**  
**NIK: 1420123106993012**



‘...Sesungguhnya Allah tidak akan merubah keadaan suatu kaum sehingga mereka merubah keadaan yang ada pada diri mereka sendiri’”(Q.S. Ar- Ra’du: 11)

Assalamualaikum Warahmatullahi Wb.

Yang Utama Dari Segalanya...

Sembah sujud serta syukur kepada Allah SWT.Taburan cinta dan kasih sayang-Mu telah memberikanku kekuatan ,membekaliku dengan ilmu serta memperkenalkanku dengan cinta .Atas karunia serta kemudahan yang engkau berikan akhirnya Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny. M Dengan Post Sectio Caesraea dengan Indikasi CPD Di Ruang Rawat Inap Kebidanan Rsud Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018”** dapat terselesaikan. Sholawat dan salam selalu terlimpahkan keharifan Rasulullah SAW.

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.Yuli Permata Sari,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 peming klinik yang telah memberikan bimbingan dalam pembuatan Laporan Studi Kasus ini.
7. Khususnya kepada kedua orangtuaku tercinta yang telah berjuang demi kesuksesanku,Tiada kata yang dapat aku ucapkan selain ucapan Terimakasih. Terimakasih Ayah Ibu yang sudah berjuang menyekolahkanku sehingga aku bisa berdiri ditempat ini. Setiap sujud ratusan do'a kau ucapkan, Ratusan kata sayang kau keluarkan Tiada henti bibirmu berdo'a hanya untuk kesuksesanku.



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 JUDUL**

**ABSTRAK**

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

**PERNYATAAN PENGUJI**

**HALAMAN PERSEMBAHAN**

**KATA PENGANTAR.....i**

**DAFTAR ISI.....iv**

**DAFTAR GAMBAR..... vii**

**DAFTAR TABEL ..... viii**

**BAB I PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang ..... 1

1.2 Tujuan ..... 6

1.3 Manfaat ..... 6

**BAB II TINJAUAN TEORITIS**

2.1 Konsep Dasar Post Partum

2.1.1 Pengertian ..... 8

2.1.2 Perubahan Fisiologis ..... 9

2.1.3 Tujuan pengawasan adaptasi fisiologis dan psikologi pada  
klien post partum..... 17

2.1.4 Adaptasi Fisiologi ..... 17

2.1.5 Adaptasi psikologi..... 18

2.1.6 Perubahan-perubahan fisik yang terjadi pada ibu post  
partum ..... 19

2.1.7 Fisiologi penyemuhan luka .....20

2.2 Konsep Dasar SC

2.2.1 Pengertian ..... 23

2.2.2 Anatomi dan fisiologi sistem reproduksi wanita..... 26

2.2.3 Etiologi ..... 30

2.2.4 Patofisiologi ..... 34

2.2.5	Manifestasi klinis .....	38
2.2.6	Pemeriksaan penunjang.....	38
2.2.7	Penatalaksanaan .....	39
2.2.8	Komplikasi .....	41
2.3 Konsep Bayi Baru Lahir		
2.3.1	Pengertian .....	45
2.3.2	Penanganan bayi baru lahir .....	46
2.3.3	Menjaga kehangatan bayi.....	48
2.3.4	Identifikasi bayi.....	49
2.3.5	Perawatan mata pada bayi baru lahir .....	50
2.3.6	Pemberian vitamin K.....	50
2.3.7	Pemberian Imunisasi Hepatis .....	50
2.3.8	Pemantauan Lanjutan .....	51
2.4 Asuhan Keperawatan Teoritis		
2.4.1	Pengkajian .....	52
2.4.2	Diagnosa Keperawatan.....	63
2.4.3	Intervensi Keperawatan.....	64
2.4.4	Implementasi Keperawatan .....	79
2.4.5	Evaluasi .....	79

### **BAB III TINJAUAN KASUS**

3.1	Pengkajian .....	80
3.2	Diagnosa keperawatan.....	97
3.3	Intervensi keperawatan.....	98
3.4	Implementasi dan evaluasi .....	104

### **BAB IV PEMBAHASAN**

4.1	Pengkajian .....	119
4.2	Diagnosa keperawatan.....	124
4.3	Intervensi keperawatan.....	129

4.4 Implementasi .....	134
4.5 Evaluasi .....	138

## **BAB V KESIMPULAN**

5.1 Kesimpulan .....	140
5.2 Saran .....	143

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN-LAMPIRAN**

## DAFTAR GAMBAR

### Halaman

Gambar 1. Sectio caesaria.....	23
Gambar 2. Genetalia Eksterna.....	26
Gambar 3. Genetalia Interna .....	27

## DAFTAR TABEL

### Halaman

Tabel 1	Tingkat Involusio Uteri .....	9
Tabel	Penilaian Apgar score .....	47
Tabel 2.4.3	Intervensi Keperawatan Teoritis .....	63
Tabel	Riwayat persalinan dan kehamilan yang lalu .....	80
Tabel	Data biologis .....	86
Tabel	Data Penunjang .....	89
Tabel	Terapy Obat .....	89
Tabel	Analisa Data .....	92
Tabel 3.1.3	Intervensi Kasus .....	94
Tabel 3.1.4	Implementasi Kasus .....	98

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	SAP Penyuluhan
Lampiran 2	Daftar Bimbingan Konsul Pembimbing I
lampiran 3	Daftar Bimbingan Konsul Pembimbing II
Lampiran 4	Daftar Hadir Ujian
Lampiran 5	Daftar Bimbingan Konsul revisi
Lampiran 6	Riwayat Hidup

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 LATAR BELAKANG**

Persalinan merupakan proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan atau kekuatan sendiri (Manuaba, 2001). Post partum adalah masa atau waktu sejak bayi dilahirkan dan plasenta keluar lepas dari rahim, sampai enam minggu berikutnya, disertai dengan pulihnya organ-organ yang berkaitan dengan kandungan, yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya berkaitan saat melahirkan (Suherni, dkk, 2009).

Terdapat dua cara persalinan, yaitu persalinan lewat vagina, lebih dikenal dengan persalinan normal atau alami dan persalinan dengan operasi caesar (Sectio Caesarea), yaitu bayi dikeluarkan lewat pembedahan perut (Kasdu, 2003). *SC* adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat badan diatas 500 gram , melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. *Sectio Caesaria* adalah suatu cara melahirkan janin dengan sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Sarwono, 2009). Sectio caesarea merupakan prosedur bedah untuk kelahiran janin dengan insisi melalui abdomen dan uterus (Liu, 2007, hal. 227).



Berbagai faktor yang dapat menjadi indikasi dilakukan tindakan SC antara lain faktor ibu dan janin. Salah satu faktor yang berasal dari ibu adalah Disproporsi Kepala Panggul (DKP). DKP atau Cephalopelvic Disproportion (CPD) adalah keadaan yang menggambarkan ketidaksesuaian antara kepala janin dan panggul ibu sehingga janin tidak dapat keluar melalui vagina. Disproporsi kepala panggul disebabkan oleh panggul sempit, janin yang besar ataupun kombinasi keduanya (Cunningham, 2005). Ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami (Kasdu, 2003). Penatalaksanaan klien post sectio caesarea mempunyai karakteristik yang berbeda, dimana penatalaksanaannya merupakan kombinasi antara penatalaksanaan post operasi dan post partum.

Menurut Christine (2005) dalam tahun 30 tahun belakangan, peristiwa operasi caesar meningkat dengan pesat. Di Australia dan Inggris, operasi caesar sekitar 10 sampai 15%. Di Amerika Serikat, sekitar 16% sampai 20%. Brazil merupakan salah satu negara dengan tingkat operasi caesar tertinggi di dunia.

World Health Organization (WHO) menetapkan standar rata-rata SC di sebuah Negara adalah sekitar 5-15% per 1000 kelahiran di dunia. Rumah Sakit pemerintah kira-kira 11% sementara Rumah Sakit swasta biasa lebih dari 30%. Menurut WHO peningkatan persalinan

dengan SC di seluruh Negara selama tahun 2007-2008 yaitu 110.000 per kelahiran di seluruh Asia (Shinta Kounteya,2010).

Berdasarkan data RIKESDAS tahun 2010,tingkat persalinan SC di Indonesia 15,3 % sampel dari 20,591 ibu yang melahirkan dalam kurun waktu 5 tahun terakhir yang diwawancarai di 33 provinsi. Gambar adanya faktor resiko ibu saat melahirkan atau di operasi SC adalah 13,4% karena ketuban pecah dini 5,49% preeklampsia 5,14, pendarahan 4,40% karena jalan lahir tertutup, 2,3% karena rahim sobek.

Angka Kematian Ibu (AKI) adalah indikator utama pembangunan sector kesehatan internasional dan juga di Indonesia. AKI dan AKB masih terbilang tinggi bila dibandingkan dengan Negara- Negara lain, bahkan jika dibandingkan dengan Negara- Negara di kawasan ASEAN di dunia ini setiap menit seorang perempuan meninggal karena komplikasi yang terkait karena kehamilan dan persalinannya. Dengan kata lain, 1400 perempuan setiap hari atau lebih dari 500.000 perempuan meninggal setiap tahun karena kehamilan dan persalinan. (WHO, 2012).

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia menurun sangat lambat 450/100.000 kelahiran hidup pada tahun 1986 menjadi 307/100.000 kelahiran hidup SKRT 2000 dan masih tertinggi di negara ASEAN, sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) telah menurun cepat, pemerintah bertekad untuk menurunkan AKI menjadi 125/100.000

kelahiran hidup dan AKB menjadi 15/1000 kelahiran hidup pada tahun 2010.

Tahun 2007, AKI di Indonesia mencapai 228 kasus per 100.000 kelahiran hidup (SDKI, 2007). Diperkirakan 10.500 ibu di Indonesia mati saat melahirkan tiap tahunnya. Pada tahun 2015, AKI ditargetkan turun menjadi 102 kasus per 100.000 kelahiran untuk mencapai Millenium Development Goals (MDGs). Tahun 2012, AKI di Indonesia meningkat menjadi 359 kasus per 100.000 kelahiran hidup.

Dari hasil survey yang dilakukan ternyata pencapaian AKI telah menunjukkan penurunan. Berdasarkan SDKI 2002 AKI di Indonesia sebesar 307/100.000 kelahiran hidup sedangkan pada tahun 2008, berdasarkan hasil SDKI, AKI di Indonesia sebesar 228/100.000 Kelahiran Hidup. Data pencapaian AKI di Provinsi Sumatera Barat telah memperlihatkan percepatan penurunan.

Berdasarkan Survei Fakultas Kedokteran Universitas Andalas tahun 2008, AKI di Sumatera Barat sebesar 212 /100.000 Kelahiran Hidup. Tahun 2012, AKI belum dapat ditentukan karena yang berwenang untuk mengeluarkan AKI adalah Badan Pusat Statistik. Namun dilihat dari kejadian jumlah kematian, jumlah kematian ibu di Provisnsi Sumatera Barat sudah mengalami penurunan dari 129 orang pada tahun 2011 menjadi 99 orang pada tahun 2012.

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.

Masa nifas merupakan hal penting untuk diperhatikan guna menurunkan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia. Dari berbagai pengalaman dalam menanggulangi kematian ibu dan bayi di banyak Negara, para pakar kesehatan menganjurkan upaya pertolongan difokuskan pada periode intrapartum. Upaya ini terbukti telah menyelamatkan lebih dari separuh ibu bersalin dan bayi baru lahir yang disertai dengan penyulit proses persalinan atau komplikasi yang mengancam keselamatan jiwa. Namun, tidak semua intervensi yang sesuai bagi suatu Negara dapat dengan serta merta dijalankan dan memberi dampak menguntungkan bila diterapkan di Negara lain. (Saleha, 2009).

Berdasarkan pemaparan diatas, penulis tertarik membahas **Asuhan Keperawatan Pada Ny.M Dengan Post Operasi Sectio Caesarea Dengan Indikasi CPD Diruang Rawat Inap Kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018**

## **1.1 Tujuan Penulisan**

### **1.1.1 Tujuan umum**

Untuk memperoleh pengalaman nyata dalam melakukan proses dan asuhan keperawatan pada pasien dengan post sc di ruang rawat inap kebidanan Rs Achmad Mochtar bukittinggi tahun 2018

### **1.1.2 Tujuan khusus**

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada klien post sectio caesarea , penulis mampu :

1. Memahami tentang konsep asuhan keperawatan pada pasien Post Section Caesarea
2. Melaksanakan pengkajian pada pasien Post Sectio Caesarea
3. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Post Sectio Caesarea .
4. Mampu melaksanakan intervensi keperawatan pada pasien Post Sectio Caesarea
5. Mampu melaksanakan implementasi pada pasien Post Sectio Caesarea
6. Mampu melakukan evaluasi pada pasien Post Sectio Caesarea
7. Melakukan pendokumentasian pada pasien Post Sectio Caesarea

## **1.2 Manfaat**

### **1.2.1 Bagi Rumah Sakit**

Memberikan masukan bagi tim kesehatan rumah sakit dalam memberikan Asuhan keperawatan pada klien post sectio caesarea

### **1.2.2 Bagi institusi pendidikan**

Dapat digunakan sebagai informasi bagi institusi pendidikan dalam pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan dimasa yang akan datang.

### **1.2.3 Bagi penulis**

Memberikan pengetahuan dan memperbanyak pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan pada klien dengan post sectio caesarea.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORITIS**

#### **2.1 KONSEP DASAR POST PARTUM**

##### 2.1.1 Pengertian

Post partum adalah masa pulih kembali, mulai dari bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil. Lama masa ini adalah 6 minggu atau 42 hari. (Bobak, 2005)

Post partum adalah masa atau waktu sejak bayi dilahirkan dan plasenta keluar lepas dari rahim, sampai enam minggu berikutnya, disertai dengan pulihnya organ-organ yang berkaitan dengan kandungan, yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya berkaitan saat melahirkan (Suherni, dkk, 2009).

Post partum adalah periode 6 minggu sejak bayi lahir sampai organ - organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil. Menurut Bobak (2004) .Post partum (nifas/puerperium) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat – alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal berlangsung selama enam minggu atau 42 hari. Ambarwati & Wulandari (2008) .Periode Post Partum

Menurut Saleha (2009) tahapan yang terjadi pada post partum adalah sebagai berikut :

a. Periode Immediate Post partum (24 jam)

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat masalah, misalnya perdarahan kerana

atonia uteri. Oleh karena itu, dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah, dan suhu.

b. Periode EarlyPost partum (24 jam – 1 minggu)

Pada fase ini memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

c. Periode Late Post partum (1 minggu – 5 minggu)

Pada periode ini tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB.

2.1.2 Perubahan Fisiologis

a. Alat-alat reproduksi

1) Uterus

Proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan disebut involusi. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus (Bobak, 2005).

Tinggi fundus uteri menurut masa involusi

Waktu Sejak Melahirkan	Posisi Fundus Uteri	Berat Uterus	Lochea
12 jam	1 cm dibawah pusat	100 gr	Rubra
24 jam	3 cm dibawah pusat terus turun 1 cm/ hari	100 gr	Rubra
9 hari	Tidak teraba di bawah simpisis	500 gr	Serosa
5-6 minggu	Kembali mendekati	50 gr	Alba



	keadaan sebelum hamil		
--	-----------------------	--	--

Tabel 1. Tingkat Involusio Uteri

2) Lochea

Menurut mochtar (1998) yang dimaksud lochea adalah cairan yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

Macam –macam *lochea* fisiologi

a) *Lochea rubra*

Berisi darah segar dan sisa – sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan meconium, selama 2 hari post partum.

b) *Lochea Sanguinolenta*

Berwarna kuning berisi darah dan lender yang terdiri dari darah lama, serum, leukosit dan debris jaringan hari 3 –7 post partum.

c) *Lochea serosa*

Berwarna kuning, cairan tidak berupa darah lagi, pada hari ke 7 - 14 post partum

d) *Lochea alba*

Cairan putih mengandung leukosit, desidua, sel epitel, mucus, serum, bakteri. Bertahan selama setelah 2-6 minggu setelah bayi lahir.

### 3) Serviks

Setelah persalinan, bentuk serviks agak menganga seperti corong berwarna merah kehitaman. Konsistensi lunak, kadang –kadang terdapat perlukaan kecil. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim. Setelah dua jam dapat dilalui oleh dua sampai tiga jari dan setelah tujuh hari hanya dapat dilalui satu jari (Mochtar, 1998).

### 4) Ligament, Fasia dan Diafragma Pelvis

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi baru lahir, secara berangsur – angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamentum rotundum menjadi kendur. Setelah melahirkan, kebiasaan wanita Indonesia melakukan berkusuk atau berurut, dimana sewaktu diurut tekanan intra abdominalis bertambah tinggi. Karena setelah melahirkan, ligamentum, fasia, dan jaringan penunjang menjadi kendur. Bila dilakukan urut, banyak wanita akan mengeluh kandungannya turun atau terbalik. Untuk memulihkan kembali sebaiknya dengan latihan – latihan dan gimnastik pasca persalinan.

### 5) Vagina dan perineum

Estrogen pasca partum yang menurun berperan dalam pemisahan mukosa dalam vagina dan hilangnya rugae. Vagina yang semulanya sangat teregang akan kembali secara bertahap

ke ukuran sebelum hamil, 6 sampai 8 minggu setelah bayi lahir. Jaringan perineum yang lembut menjadi edema dan kebiruan. Jika terdapat luka bekas episiotomi pada proses penyembuhannya maka seperti penyembuhan luka operasi lain. Tanda – tanda infeksi (nyeri, merah, panas, bengkak, atau rabas) atau tepian insisi tidak saling mendekat bisa saja terjadi. Hal ini bisa disebabkan oleh kurangnya perawatan kebersihan vagina dan perineum. Apabila tidak ada komplikasi infeksi luka episiotomi dapat sembuh dalam waktu satu minggu (Mochtar, 2002; Bobak, 2005).

#### 6) Payudara dan laktasi

Pada masa hamil terjadi perubahan payudara, terutama mengenai besarnya. Hal ini disebabkan oleh proliferasi sel – sel duktus laktiferus. Proses proliferasi dipengaruhi hormon yang dihasilkan plasenta, yaitu laktogen, prolaktin, korigonadotropin, estrogen dan progesteron. Setelah persalinan, kadar estrogen dan progesteron menurun dengan lepasnya plasenta, sedangkan prolaktin tetap tinggi sehingga tidak ada hambatan terhadap prolaktin oleh estrogen. Pembuluh payudara menjadi bengkak terisi darah, menyebabkan hangat, bengkak, dan rasa sakit. Keadaan tersebut di sebut *engorgement* (Bobak, 2005).

b. Menurut (Sarwono, 2005) Perubahan yang terjadi pada kedua mammae antara lain sebagai berikut:

- 1) Proliferasi jaringan, terutama kelenjar- kelenjar dan alveolus mammae dan lemak
- 2) Pada duktus latiferus terdapat cairan yang kadang-kadang dapat dikeluarkan dan berwarna kuning (kolostrum).
- 3) Hipervaskularisasi terdapat pada permukaan mammae pada bagian dalam mammae.
- 4) Setelah partus, pengaruh menekan dari estrogen dan progesteron terhadap hipofisis hilang.

Ada tiga refleks Maternal utama sewaktu menyusui adalah sebagai berikut :

a) Refleks Prolaktin

Prolaktin merupakan hormon laktogenik yang penting untuk memulai dan mempertahankan sekresi susu. Stimulus isapan bayi mengirim pesan ke hipotalamus yang merangsang hipofisis anterior untuk melepas prolaktin, suatu hormon yang meningkatkan produksi susu oleh sel-sel alveolar kelenjar mammae. Jumlah prolaktin yang disekresi dan jumlah susu yang diproduksi berkaitan dengan besarnya stimulus isapan, yaitu frekuensi, intensitas, dan lamanya bayi menghisap.

b) Refleks Ereksi Puting Susu

Stimulasi puting susu oleh mulut bayi menyebabkan ereksi. Refleks ereksi puting susu ini membantu propulsi susu melalui sinus-sinus laktiferus ke pori-pori puting susu.

c) Refleks Let-Down

Refleks ini dapat dirasakan sebagai sensasi kesemutan atau, dapat juga ibu tidak merasakan sensasi apapun. Tanda-tanda *Let-Down* adalah tetesan susu dari payudara sebelum bayi mulai memperoleh susu dari payudara ibu dan susu menetes dari payudara lain yang tidak sedang diisap oleh bayi. Reflek *Let-Down* dapat terjadi selama aktivitas seksual karena oksitosin dilepas selama orgasme. Kebanyakan ibu merasa sangat rileks atau mengantuk setelah mereka menyusui. Peningkatan rasa haus juga merupakan tanda bahwa proses menyusui berlangsung baik. (Bobak, 2004)

- c. Manfaat ASI bagi bayi yaitu mengandung berbagai zat penangkal infeksi, mudah dicerna karena mengandung zat pencerna, bukan protein asing sehingga tidak menyebabkan alergi, kontak kasih sayang ibu dan bayi lebih lama, ibu merasa bangga dan dibutuhkan, isapan bayi membantu rahim berkontraksi sehingga mengurangi perdarahan setelah melahirkan, dengan pemberian ASI Eksklusif (secara 4 bulan terus menerus) dapat menjarangkan kehamilan atau bermakna

KB, dengan menyusui teratur, produksi hormon akan teratur pula sehingga ASI tetap tersedia cukup bagi bayi yang dikasihi, ASI lebih murah dan selalu tersedia, steril dan hangat setiap waktu. Tanda-tanda bayi kekurangan ASI yaitu usia 2 minggu berat badan bayi masih kurang dari berat badan lahir, dalam 6 bulan pertama pertambahan berat badan bayi kurang dari 600 gram, BAK kurang dari 6 kali dengan warna kuning dan berbau tajam dan BAB jarang dan sedikit tinjanya kering, keras dan berwarna hijau.

d. Sistem urinaria

Selama kehamilan terjadi peningkatan cairan ekstraseluler 50%. Setelah melahirkan cairan ini dieliminasi sebagai urin. Asetonuria bisa terjadi pada wanita yang tidak mengalami komplikasi persalinan atau setelah persalinan lama yang disertai dehidrasi. Trauma bisa terjadi pada uretra dan kandung kemih selama proses melahirkan. Selain itu, rasa nyeri pada panggul akibat dorongan saat melahirkan, laserasi vagina, atau episiotomi menurunkan atau mengubah reflek berkemih. Dengan mengosongkan kandung kemih secara adekuat, tonus kandung kemih biasanya akan pulih dalam lima sampai tujuh hari setelah bayi lahir.

e. Sistem pencernaan

Secara khas penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anestesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal. Buang air besar biasanya tertunda selama dua sampai tiga hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini bisa disebabkan karena tonus otot menurun selama proses persalinan dan pada awal pasca partum, diare sebelum persalinan, kurang makan atau dehidrasi. Ibu sering kali sudah menduga rasa nyeri yang dirasakannya di perineum akibat episiotomi, laserasi atau hemoroid. Kebiasaan buang air besar yang teratur perlu dicapai kembali setelah tonus otot kembali ke normal (Bobak, 2004).

f. Sistem muskuloskeletal

Tegangnya otot dinding abdomen secara bertahap selama kehamilan mengakibatkan hilangnya kekenyalan otot. Hal ini jelas terlihat setelah melahirkan dinding perut tampak lembek dan kendor

g. Sistem kardiovaskuler

Tekanan darah ibu stabil, apabila terjadi penurunan tekanan darah sistolik lebih atau 20 mmHg saat posisi tidur ke posisi duduk disebut hipotensi ortostatik. Kenaikan tekanan sistolik 30 mmHg atau diastolik 15 mmHg dan disertai sakit kepala

atau gangguan penglihatan maka dicurigai pre eklamsi post partum. Nadi berkisar 60-80 denyutan permenit, segera setelah partus dapat terjadi bradikardi. Bila terjadi takikardi sedangkan badan tidak panas, mungkin ada perdarahan berlebih. Suhu dalam 12 jam pertama meningkat atau sama dengan  $38^{\circ}\text{C}$ , namun bila terjadi peningkatan lebih dari  $38^{\circ}\text{C}$  maka dicurigai adanya infeksi (Bobak, 2004).

### 2.1.3 Tujuan pengawasan adaptasi fisiologi dan psikologi pada klien post partum

- a. Meningkatkan fungsi tubuh
- b. Meningkatkan istirahat dan kenyamanan klien
- c. Meningkatkan hubungan baik bagi orang tua dan bayinya
- d. Memberikan kesempatan pada orang tua untuk merawat bayinya
- e. Klien dapat merawat diri sendiri dan bayinya secara efektif Masa post partum di bagi menjadi 3 tahap
- f. Periode immediate post partum/ 1 jam pertama (kala IV)
- g. Periode early post partum (minggu I)
- h. Periode late post partum (minggu II – IV) ,(Saleha ,2009)

### 2.1.4 Adaptasi Fisiologi

- a. Tanda- tanda vital

Pada hari pertama suhu :  $< 38^{\circ}\text{C}$

- b. Sistem kardiovaskuler



Untuk TD biasanya tidak terjadi peningkatan tetapi TD menurun sifatnya sementara (hipotensi artastik) biasanya terjadi penurunan sistolik 20 ml air raksa disertai nyeri kepala, perubahan penglihatan, ini dicurigai pre eklamsi post partum.

c. Sistem pencernaan

Berkaitan dengan terjadinya konstipasi karena peregangan janin dalam rahim menyebabkan BAB keras.

#### 2.1.5 Adaptasi Psikologi

a. Fase hooney moon : kontak antara anak dan orang tua

Bonding dan attachment : pada fase ini ibu harus menyusui bayinya agar bayi dapat mengenal dan merasakan kehangatan ibunya, fase ini terjadi pada kala IV (masa setelah keluarnya plasenta sampai 2 jam post partum) Perubahan post partum menurut saleha(2009)

- 1) Fase taking in (periode tingkah laku ketergantungan )berlangsung selama 1 sampai 2 hari
- 2) Fase taking hold (periode antara tingkah laku mandiri dan ketergantungan )berlangsung selama 3-4 hari
- 3) Fase letting Go(periode kemandirian dalam peran lain)

Post Partum blues

- 1) Kekecewaan pada masa post partum yang berkaitan dengan mudah tersinggung, nafsu makan dan pola tidur terganggu.

- 2) Penyebabnya adalah perubahan abnormal dan peran transisi yaitu rasa tidak nyaman dan kelelahan atau kehabisa tenaga
- 3) Bagi orang tua yang kurang mengerti tentang hal itu ,maka akan timbul rasa bersalah yang dapat mengakibatkan depresi post partum.(Saleha 2009)

#### 2.1.6 Perubahan-perubahan fisik yang terjadi pada ibu post partum

##### a. Payudara

Perubahan payudara ibu post partum dipengaruhi oleh hormone esterogen,progesterone,HPL,dan prolactin.sedangkan hormone yang berfungsi untuk memperlancar ASI yaitu insulin,kortikosteroid dan tiroksin.pada ibu post partum payudara akan tegang,penuh dan terasa nyeri bila disusukan pada bayi.

##### b. Abdomen

Setelah post partum perut akan terasa ringan dan adanya striae serta linea nigra.

##### 1) Jalan lahir

Pada jalan lahir umumnya pada hari 1-3 lochea berwarna rubra,setiap pengeluaran lochea bila disertai dengan perpanjangan pengeluaran darah ada kemungkinan mengalami keadaan abnormal seperti terdapatnya sisa ketuban atau luka jalan lahir yang masih berdarah (Obstetri fisiologi,2001)

2) Kembalinya rahim ke bentuk asal

Pada waktu kehamilan terjadi perubahan ada otot rahim yang disebabkan karena adanya pembesaran ukuran sel.

3) Perubahan kulit

Pada waktu hamil terjadi pigmentasi pada beberapa tempat karena proses hormonal yaitu berupa :Kloasma gravidarum pada pipi .setelah persalinan hormonal berkurang dan hiperpigmentasi menghilang serta pada dinding perut akan menjadi putih mengkilat.

4) Dinding perut

Otot dinding perut memanjang sesuai dengan besarnya pertumbuhan hamil dan setelah persalinan dinding perut akan kendur sesuai dengan jumlah kehamilan dan tergantung pada perawatan ibu selama masa nifas.

#### 2.1.7 Fisiologi penyembuhan luka

Pertama-tama,dilakukan pemeriksaan secara teliti untuk memastikan apakah ada perdarahan yang harus dihentikan.Kemudian,tentukan jenis trauma ,tajam atau tumpul,luasnya kematian jaringan,banyaknya kontaminasi,dan berat ringannya luka (Buku ajar ilmu bedah,2005)

Fungsi kolagen yang lebih spesifik adalah membentuk cikal bakal jaringan baru dan dengan dikeluarkannya subtract oleh fibroblast,memberikan pertanda bahwa makrofag,pembuluh tubuh secara normal akan berespon terhadap cedera dengan dilakukannya

proses section caesarea “proses peradangan”, yang dikarakteristikan dengan lima tanda utama : bengkak (swelling), kemerahan (redness), panas (heat), nyeri (pain), dan kerusakan fungsi (impaired function).

a. Proses Penyembuhannya

1) Fase Inflamasi

Fase inflamasi adalah adanya respon vaskuler dan seluler yang terjadi akibat perlukaan yang terjadi pada jaringan lunak.

Tujuan yang hendak dicapai adalah menghentikan perdarahan dan membersihkan area luka dari benda asing dan sel mati dan bakteri. Secara klinis fase inflamasi ini ditandai dengan : hangat pada kulit, odema dan rasa sakit yang berlangsung sampai hari ke 3 atau ke 4.

2) Fase proliferasi

Proses kegiatan yang penting pada fase ini adalah memperbaiki dan menyembuhkan luka section caesarea dan ditandai dengan proliferasi sel.

3) Fase Maturasi

Fase ini dimulai pada minggu ke 3 setelah perlukaan dan berakhir sampai kurang lebih 12 bulan. Tujuan dari fase ini adalah menyempurnakan terbentuknya jaringan baru menjadi jaringan penyembuhan yang kuat dan bermutu.

Luka dikatakan sembuh jika terjadi kontinuitas lapisan kulit dan kekuatan jaringan perut mampu atau tidak mengganggu untuk melakukan aktifitas normal.

b. Faktor- factor yang mempengaruhi penyembuhan luka

- 1) Usia
- 2) Status nutrisi, banyak vitamin terutama vitamin c membantu dalam metabolisme yang terlibat dalam penyembuhan luka.
- 3) Status imunologi
- 4) Penyakit metabolisme
- 5) Pemakaian obat-obat steroid yang dapat menekan respon inflamasi dan meningkatkan resiko inflamasi.
- 6) Kebersihan, Istirahat dan posisi. (Potter dan Perry, 2006)

## 2.2 KONSEP DASAR SC

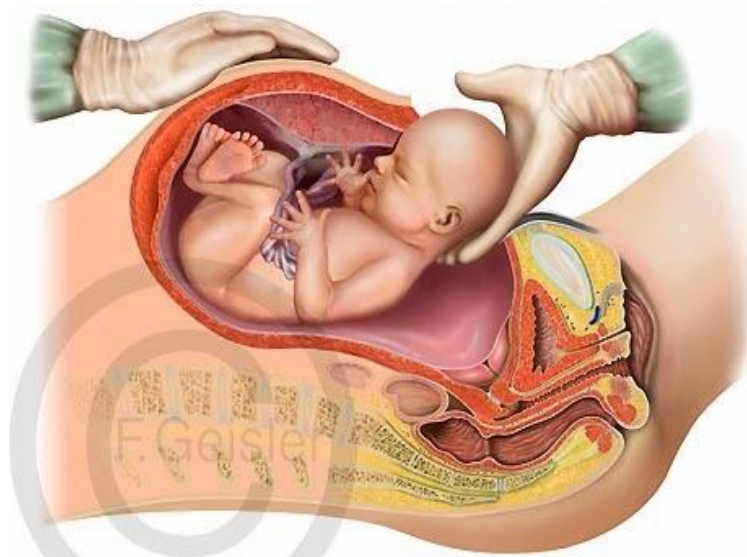
### 2.2.1 Pengertian

*Sectio Caesaria* (SC) adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Helen Farrer,2001 buku perawatan maternitas,hal: 161,Edisi :2).

SC adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat badan diatas 500 gram , melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh.

*Sectio Caesaria* adalah suatu cara melahirkan janin dengan sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Sarwono, 2009).

Sectio Caesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Prawirohadjo, 2002).Sectio caesarea merupakan prosedur bedah untuk kelahiran janin dengan insisi melalui abdomen dan uterus (Liu, 2007, hal. 227).



Jenis – jenis sectio caesarea :

- a. Sectio caesarea klasik/kolporal yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih baik untuk jalan keluar bayi
- b. Sectio ismika / profundal (low servical dengan insisi bawah rahim). dilakukan dengan sayatan melintang konkat pada segmen bawah rahim.
- c. Sectio caesarea eksraperitonealis yaitu tanpa membuka peritoneum parietalis dengan demikian tidak membuka cavum abdominal.
  - 1) Sectio caesarea vaginal
  - 2) Histerektomi caesarian

Menurut Verney, (2009) **Chepalo Pelvik Disproportion (CPD)** atau disproporsi fotopelvik adalah antara ukuran janin dan ukuran pelvis yakni yaitu ukuran pelvis tertentu tidak cukup besar untuk mengakomodasi keluarnya janin tertentu melalui pelvis sampai terjadi kelahiran pervagina. Pelvis yang adekuat untuk jalan lahir bayi 2,27 kg mungkin cukup besar untuk bayi 3,2 kg mungkin tidak cukup besar dengan bayi 3,6 kg. Chepalo Pelvik Disproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami.

Indikasi kemungkinan disproporsi sefalopelvik:

- a. Ukuran janin cukup besar
- b. Tipe dan karakteristik khusus tubuh wanita secara umum
  - 1) Bahu lebih lebar dari pada pinggul tanpa memperhatikan tinggi
  - 2) Postur tubuh pendek seperti kotak
  - 3) Tangan dan kaki pendek serta lebar
- c. Riwayat fraktur pelvis
- d. Deformitas spinal, contoh skoliosis, atau kifosis
- e. Malpresentasi atau malposisi

Disproporsi sefalopelvik dapat ditandai oleh pola persalinan disfungsional, kegagalan kemajuan persalinan, fleksi kepala yang buruk atau kemacetan rotasi internal dan penurunan ( yaitu deep transverse arrest). Disproporsi sefalopelvik dapat atau tidak dapat disertai pembentukan kaput atau molase. peralihan disfungsional yang disebabkan oleh disproporsi sefalopelvik dapat mengakibatkan kondisi berikut:

- a. Kerusakan pada janin yaitu kerusakan pada otak
- b. Kematian janin atau neonatus
- c. Rupture uterus
- d. Infeksi intruterus

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

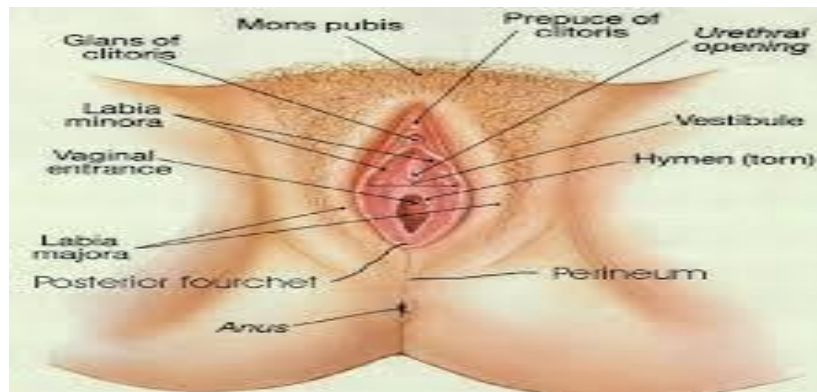


menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal.

### 2.2.2 Anatomi dan Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita

Menurut Farrer (2006), anatomi dan fisiologi sistem reproduksi wanita

#### a. Genitalia eksterna



Gambar 1. Genitalia Eksterna

Genitalia eksterna sering dinamakan vulva, yang artinya pembungkus atau penutup vulva terdiri dari :

#### 1) Mons pubis

Merupakan bantalan jaringan lemak yang terletak di atas simpisis pubis

#### 2) Labia mayora

Terdiri dari 2 buah lipatan kulit dengan jaringan lemak di bawahnya yang berlanjut ke bawah sebagai perluasan dari mons pubis dan menyatu menjadi perinium

3) Labia minora

Merupakan 2 buah lipatan tipis kulit yang terletak di sebelah dalam labia mayora, labia minora tidak memiliki lemak subkutan.

4) Klitoris

Merupakan tonjolan kecil jaringan erektil yang terletak pada titik temu labia minora di sebelah anterior, sebagai salah satu zona erotik yang utama pada wanita.

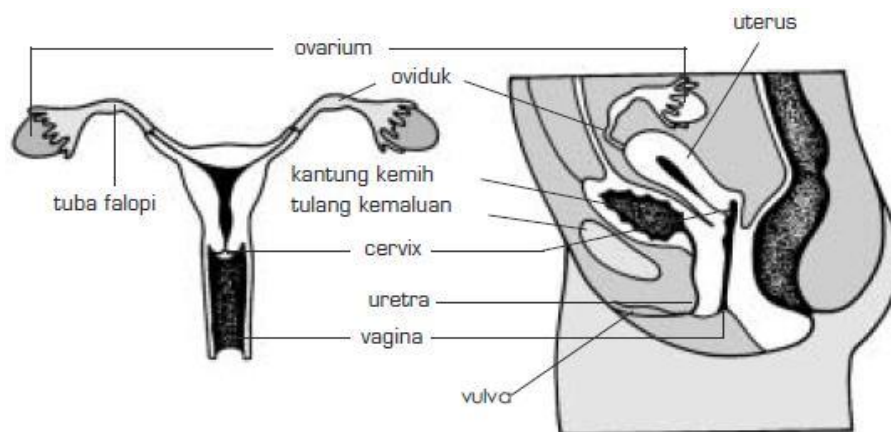
5) Vestibulum

Adalah rongga yang di kelilingi oleh labia minora.

6) Perinium

Struktur ini membentang dari fourchette ( titik temu labia minora di sebelah posterioranus.

b. Genitalia interna



Gambar 9.3 Sistem reproduksi pada wanita

Sumber: *Biology jilid 3, Campbell*

Menurut Gunanardi,S (2005)

## 1) Vagina

Merupakan saluran fibromuskuler elastis yang membentang ke atas dan ke belakang dari vulva hingga uterus. Dinding anterior vagina memiliki panjang  $\pm 7,5$  cm dan dinding posteriornya  $\pm 9$  cm. Dinding vagina tersusun dalam lipatan (rugae) yang memungkinkan vagina untuk mengembang sampai luas sekali jika dibutuhkan, sehingga dapat dilalui kepala bayi ketika melahirkan.

Fungsi vagina

- a) Lintasan bagi spermatozoa
- b) Saluran keluar bagi janin dan produk pembuahan lainnya saat persalinan
- c) saluran keluar darah haid

## 2) Uterus

Berbentuk seperti buah advokat, sebesar telur ayam. Terdiri dari fundus uteri, korpus uteri dan serviks uteri. Korpus uteri merupakan bagian uterus terbesar dan sebagai tempat janin berkembang..

Uterus terdiri dari :

- 1) fundus uteri
- 2) korpus uteri

Dinding uterus terdiri dari (Syaiffudin, 1997 : 115)

- a) Endometrium

Merupakan lapisan dalam uterus. Pada kehamilan endometrium akan menebal, pembuluh darah bertambah banyak yang diperlukan untuk memberi makan pada janin.

b) Miometrium (lapisan otot polos)

Mendorong isinya keluar pada waktu persalinan, setelah plasenta lahir akan mengalami pengecilan sampai keukuran normal sebelumnya

c) Lapisan serosa (peritoneum visceral)

Terdiri atas ligamentum – ligamentum yang menguatkan uterus.

Fungsi uterus adalah

- a) Menyediakan tempat yang sesuai bagi ovum yang sudah di buahi untuk menanamkan diri
- b) Jika korpus luteum tidak berdegenerasi, yaitu jika korpus luteum dipertahankan oleh kehamilan, maka estrogen akan terus di produksi sehingga kadar nya tetap berada di atas nilai ambang perdarahan haid dan amenorea merupakan salah satu tanda pertama untuk kehamilan
- c) Memberikan perlindungan dan nutrisi pada embrio atau janin sampai matur.
- d) Mendorong keluar janin dan plasenta pada persalinan.

- e) Mengendalikan perdarahan dari tempat perlekatan plasenta melalui kontraksi otot-otot.
- 3) Tuba fallopi Disebut juga dengan oviduct, saluran ini terdapat pada setiap sisi uterus dan membentang dari kornu uteri ke arah dinding lateral pelvis.
- 4) Ovarium  
Merupakan kelenjar kelamin. Ada 2 buah ovarium yang masing-masing terdapat pada tiap sisi dan berada di dalam kavum abdomen di belakang ligamentum latum dekat ujung fibria tuba fallopi. Fungsi ovarium adalah untuk produksi hormon dan ovulasi.

Fungsi ovarium adalah sebagai berikut :

- a) Produksi, penyimpanan serta pematangan folikel-folikel ovarium dan pelepasan ovum.
- b) Produksi hormon ovarium, yaitu estrogen dan progesteron.
- c) Pelvis

### 2.2.3 Etiologi

Indikasi sectio caesarea (Cunningham, F Garry, 2005: 595)

#### a. Riwayat sectio caesarea

Uterus yang memiliki jaringan parut dianggap sebagai kontraindikasi untuk melahirkan karena dikhawatirkan akan terjadi ruptur uteri. Resiko ruptur uteri meningkat seiring dengan

jumlah insisi sebelumnya, klien dengan jaringan perut melintang yang terbatas disegmen uterus bawah , kemungkinan mengalami robekan jaringan perut simptomatik pada kehamilan berikutnya. Wanita yang mengalami ruptur uteri beresiko mengalami kekambuhan , sehingga tidak menutup kemungkinan untuk dilakukan persalinan pervaginam tetapi dengan beresiko ruptur uteri dengan akibat buruk bagi ibu dan janin, american collage of obstetrician and gynecologist (2005)

b. Distosia persalinan

c. Distosia berarti persalinan yang sulit dan ditandai oleh terlalu lambatnya kemajuan persalinan, persalinan abnormal sering terjadi terdapat disproporsi antara bagian presentasi janin dan jalan lahir, kelainan persalinan terdiri dari :

1) Ekspulsi (kelainan gaya dorong)

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

2) Panggul sempit

3) Kelainan presentasi, posisi janin

4) Kelainan jaringan lemak saluran reproduksi yang menghalangi Turunnyajanin.

d. Gawat janin

Keadaan gawat janin bisa mempengaruhi keadaan keadaannya. Keadaan gawat janin, jika penentuan waktu sectio caesarea terlambat, kelainan neurologis seperti cerebral palsy dapat dihindari dengan waktu yang tepat untuk sectio caesarea.

e. Letak sungsang

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

f. CPD (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.

g. Pre-Eklamsi

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.

h. Ketuban pecah dini (KPD)

KPD adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi impart. Sebagian besar KPD adalah hamil aterm diatas 37 minggu.

i. Bayi Kembar (Gemili)

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara caesar. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadinya komplikasi tinggidari pada kelahiran 1 bayi. Selain itu bayi kembar pun dapat mengalami sungsang. Sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

j. Kelainan 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.

#### 2.2.4 Patofisiologi

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

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

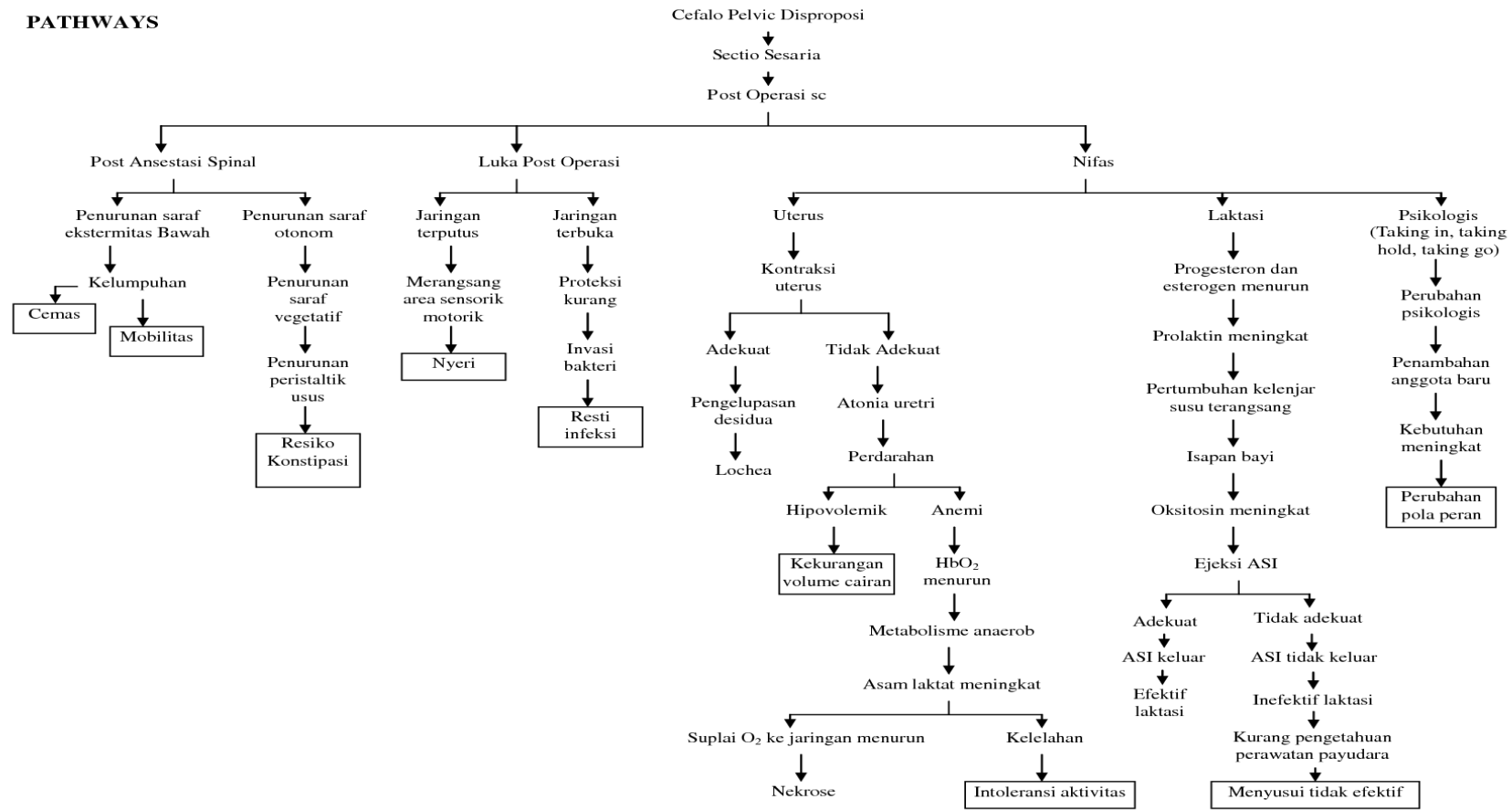
akan menjadi post de entris bagi kuman. Oleh karena itu perlu diberikan antibiotik dan perawatan luka dengan prinsip steril. Nyeri adalah salah utama karena insisi yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman.

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 mortilitas 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, 2006)

**PATHWAYS**



### 2.2.5 Manifestasi Klinis

Ada beberapa hal tanda dan gejala post sectio caesarea

- a. Pusing
- b. Mual muntah
- c. Panggul sempit
- d. Pre-eklamsia dan Hipertensi
- e. Nyeri di sekitar luka operasi
- f. Adanya luka bekas operasi ( Prawirohardjo ,2007 )
- g. Malpresentasi janin
  - 1) Letak litang
  - 2) Presentasi dahi dan muka (letak defleksi)

Letak dahi adalah letak kepala dengan defleksi yang sedang hingga dahi menjadi bagian yang terendah. Sedangkan letak muka adalah letak kepala dengan defleksi maksimal.

- 3) Gemeli (Kehamilan kembar)

### 2.2.6 Pemeriksaan Penunjang

Dapat dilakukan pemeriksaan, diantaranya (Smeltzer 2001 : 339) :

- a. Elektroensefalogram ( EEG )

Untuk membantu menetapkan jenis dan fokus dari kejang.

- b. Pemindaian CT

Untuk mendeteksi perbedaan kerapatan jaringan.

c. 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.

d. Pemindaian positron emission tomography ( PET )

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

e. Uji laboratorium

- 1) Fungsi lumbal: menganalisis cairan serebrovaskuler
- 2) Hitung darah lengkap : mengevaluasi trombosit dan hematocrit
- 3) Panel elektrolitSkrining toksik dari serum dan urin
- 4) AGD
- 5) Kadar kalsium darah
- 6) Kadar natrium darah
- 7) Kadar magnesium darah

### 2.2.7 Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Medis

- 1) Antibiotik, kemotherapy dan anti inflamasi
- 2) Jika masih terdapat perdarahan lakukan massase uterus

- 3) Berikan oksitosin 10 menit dalam 500 ml cairan IV ( RL ) 60 gtt/i
- 4) Berikan ergometrin 0,2 gr dan prostaglandin
- 5) Jika terdapat tanda infeksi berikan antibiotikkombinasi sampai bebas demam selama 4 jam
- 6) Amfisin 2 gr IV setiap 6 jam. Metronidazol 500 ml IV setiap 24 jam
- 7) Obat pencegah kembung  
Digunakan untuk mencegah perut kembung dan memperlancar saluran pencernaan, alinamin F, prostikmin, perimperan
- 8) Obat lain  
Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum penderita dapat diberikan reborantia dan inflamasi. Bila pasien anemia diberi transfusi, hal ini disebabkan karena pembedahan menyebabkan banyaknya darah yang hilang, baik luka insisi maupun dari luka bekas menempelnya plasenta ( Sarwono, 2010 )

b. Penatalaksanaan Keperawatan

- 1) Kaji ulang prinsip keperawatan pasca bedah
  - a) Mobilisasi 24 jam pasien harus bedrest total untuk mencegah terjadinya pendarahan ,setelah 24 jam ibu

dianjurkan untuk miring kiri –miring kanan,duduk dan berjalan ,bahkan mandi sendiri pada hari ke 3.

Tujuan dilakukan mobilisasi ,yaitu:

- b) Untuk mencegah thrombosis
  - c) Untuk mengurangi bendungan lochea dalam Rahim
  - d) Untuk meningkatkan peredaran darah sekitar alat kelamin
  - e) Untuk mempercepat normalisasi alat kelamin ke keadaan semula
  - f) Mengurangi infeksi puerpurium
- 2) Pemberian cairan 2x 24 jam
  - 3) Kateter dibuka pada hari ke 2-3
  - 4) Balutan dibuka pada hari ke 3-4
  - 5) Pulang pada hari ke 5,dan control ulang pada hari ke 7
- (Manuaba,2004)

#### 2.2.8 Komplikasi

Komplikasi sectio caesarea mencakup periode masa nifas yang normal dan komplikasi setiap prosedur pembedahan utama. Komplikasi sectio caesarea (Hecker, 2001 ; 341) Yang sering terjadi pada ibu SC adalah :

- a. Perdarahan



Perdarahan primer kemungkinan terjadi akibat kegagalan mencapai hemostasis ditempat insisi rahim atau akibat atonia uteri, yang dapat terjadi setelah pemanjangan masa persalinan.

b. Sepsis sesudah pembedahan

Frekuensi dan komplikasi ini jauh lebih besar bila sectio caesarea dilakukan selama persalinan atau bila terdapat infeksi dalam rahim. Antibiotik profilaksis selama 24 jam diberikan untuk mengurangi sepsis.

c. Organ2 sekitar rahim terlukai

Usus besar, kandung kemih dan saluran kencing bisa saja terlukai pisau bedah saat operasi Caesar, karena organ2 ini letaknya berdekatan. Selain itu, syaraf juga bisa terlukai. Namun kejadian ini sangat jarang terjadi.

d. Bayi terlukai

Saat dinding rahim Anda dibuka, bayi bisa terlukai.

e. Perdarahan

Saat operasi perdarahan terjadi akibat sayatan atau tertinggalnya sisa plasenta, namun perdarahan dapat terjadi lebih lanjut jika kontraksi rahim tidak baik setelah plasenta dilahirkan. Anda akan mendapatkan transfusi darah, atau jika saat operasi terjadi perdarahan berat, maka pada kasus ekstrim akan dilakukan pengangkatan rahim.

f. Problem buang air kecil

Karena saat pembedahan dokter melakukan manipulasi organ dengan alat-alat (misalnya mendorong kandung kencing supaya tidak ikut tersayat saat membuka dinding rahim), hal ini dapat menyebabkan otot2 saluran kencing terganggu, akibatnya kandung kencing tidak sepenuhnya kosong setelah Anda buang air kecil. Obat anestesi dan penghilang rasa sakit juga bisa menyebabkan problem ini. Gejala yang bisa dirasakan pasien misalnya keluarnya beberapa tetes air seni saat batuk, tertawa atau mengejan (inkontinensia urin). Gejala yang berat bisa terjadi, yaitu pasien tidak dapat BAK (retensi urin). Pada kasus seperti ini, akan dipasang selang kateter untuk membantu mengeluarkan urin. Masalah ini akan berangsur-angsur pulih saat otot2 panggul dan saluran kencing sudah beradaptasi. Untuk menghindari masalah ini, biasakan melakukan latihan otot dasar panggul.

g. Infeksi

Infeksi dapat terjadi misalnya karena kurangnya sterilitas alat-alat operasi, adanya retensi urin, luka operasi yang terkontaminasi atau melalui transfusi darah. Infeksi bakteri pada umumnya dapat ditangani baik dengan antibiotik.

h. Perlengketan

Resiko perlengketan plasenta pada rahim (plasenta akreta) meningkat pada ibu yang menjalani operasi

Caesar. Perlengketan juga bisa terjadi jika darah, jaringan plasenta atau jaringan rahim (endometrium) tertinggal dan menempel pada usus atau organ dalam lainnya.

i. Trombus dan emboli

Obat bius membuat otot-otot berelaksasi selama operasi, demikian pula dengan otot-otot pembuluh darah. Hal ini membuat aliran darah melambat, konsekuensinya adalah resiko pembentukan trombus dan emboli meningkat. Trombus adalah bekuan darah yang dapat menyumbat aliran darah. Bekuan darah ini dapat terbawa aliran darah sehingga menyumbat pembuluh darah di kaki, paru-paru, otak atau jantung. Hal ini bisa berakibat fatal, misalnya jika penyumbatan di otak dan jantung, maka dapat menimbulkan kematian. Kejadian ini amat sangat jarang terjadi. Di Jerman, sebelum pasien dioperasi Caesar, pasien dipakaikan kaus kaki khusus anti-trombus, setelah operasi diberikan suntikan pencegah thrombus dan pasien segera dimobilisasi, hari ke-5 pasca operasi pasien boleh pulang.

j. Emboli air ketuban

Ini terjadi apabila cairan ketuban beserta komponennya masuk ke dalam aliran darah ibu dan menyumbat pembuluh darah. Emboli air ketuban dapat terjadi pada persalinan normal ataupun operasi Caesar, karena pada saat persalinan terdapat

banyak pembuluh darah yang terbuka. Kejadian ini amat sangat jarang terjadi.

## **2.3 KONSEP BAYI BARU LAHIR**

### **2.3.1 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 sub kutan 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 graps atau menggenggam sudah baik.
- 14) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.

### 2.3.2 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 :

- a. Jagalah agar bayi tetap kering dan hangat
- b. Usahakan adanya kontak antara kulit bayi dan kulit ibunya sesegera mungkin
- c. Segera setelah melahirkan badan bayi lakukan penilaian sepiantas :  
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.

#### PENILAIAN APGAR SKOR

Nilai	0	1	2
Tanda			
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)

b. 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

### 2.3.3 Menjaga kehangatan bayi

- a. 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
- b. Ganti handuk atau kain yang basah dan bungkus bayi dengan selimut dan memastikan bahwa kepala terlindungi dengan baik untuk mencegah keluarnya panas tubuh
- c. Pastikan bayi tetap hangat dengan memeriksa telapak bayi setiap 15 menit yaitu :
  - a. Apabila telapak bayi terasa dingin, periksa suhu aksila bayi
  - b. Apabila suhu bayi kurang dari  $36,5^{\circ}\text{C}$ , segera hangatkan bayi
  - c. Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya
  - d. Jangan segera menimbang bayi atau memandikan bayi baru lahir (memandikan bayi setelah 6 jam)

#### 2.3.4 Identifikasi bayi

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

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

#### c. 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.

#### 2.3.5 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.

#### 2.3.6 Pemberian vitamin K

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

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

#### 2.3.7 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.

#### 2.3.8 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:

- a. Kemampuan menghisap kuat atau lemah
- b. Bayi tampak aktif atau lunglai
- c. 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.

## 2.4 ASUHAN KEPERAWATAN TEORITIS

### 2.4.1 Pengkajian

Pada pengkajian klien dengan sectio caesaria, data yang dapat ditemukan meliputi distress janin, kegagalan untuk melanjutkan persalinan, malposisi janin, prolaps tali pusat, abrupsi plasenta dan plasenta previa.

#### 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. 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 (Anwar, 2011).

##### 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 Menurut Farrer (2006).

3) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga ada yang mengalami riwayat SC dengan indikasi letak sungsang, panggul sempit, gemili dan sudah riwayat SC sebelumnya (Mellyana.2007 hal:64)

4) Riwayat menstruasi

Kaji menarche, siklus haid, lama haid, ganti duk, masalah dalam menstruasi, HPHT dan tafsiran persalinan.

5) Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

Pada saat dikaji klien melahirkan pada kehamilan ke berapa, lama masa kehamilan, dan kelainan selama hamil, kaji tanggal persalinan, jenis persalinan, penyulit persalinan, keadaan anak, apgar score dan lain-lain, Ambarwati(2008).

6) Riwayat nifas

a. Kaji tinggi fundus uteri klien

b. Lochea

a) Lochea rubra terdiri dari sebagian besar darah dalam jumlah banyak bercampur dengan jaringan sisa plasenta, dan robekan tropoblastik sehingga akan terlihat berwarna merah seperti layaknya darah menstruasi yang disertai juga gumpalan-gumpalan jaringan sisa. biasanya akan berlangsung hingga 3 hari.

- b) Lochea sanguelenta pada tahap berikutnya jumlah secret atau cairan tersebut akan sedikit berkurang, bewarna merah kehitaman dan berlendir biasanya tahapan ini akan berlangsung sekitar 1-2 minggu.
- c) Lochea serosa terdiri dari darah yang sudah tua ( coklat ), banyak serum. Jaringan sampai kuning cair biasanya tahapan ini berlangsung pada 2 minggu hingga satu bulan setelah melahirkan.
- d) Lochea alba terus ada hingga kira-kira 2-6 minggu setelah persalinan. Kekuningan berisi selaput lendir leucocyte dan kuman yang telah mati. Jumlah lochea digambarkan seperti sangat sedikit, moderat dan berat.

c. 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

### a) 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.

### b) Paru-paru

I: Simetris kiri dan kanan, pergerakan dinding dada normal, 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

c) Jantung

I :Ictus cordis terlihat/tidak

P : Ictus cordis teraba/tidak

P : Redup/timpani

A : Bunyi jantung lup dup

d) Abdomen

I :Abdomen mungkin masih menonjol/membesar,terdapat luka operasi tertutup perban .

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 normal/tidak, biasanya pada ibu setelah melakukan post SC bising usus tidak normal.

e) Genetalia

Jumlah dan jenis lochea biasanya terdapat pengeluaran lochea rubra (berwaritna merah) yang menetap selama 3 hari. ,berapa kali ganti duk dalam sehari,biasanya pasien terpasang katetersatu hari setelah post sc.

f) Ekstremitas

Atas:

Pada pasien post sc dapat terjadi kelemahan sebagai dampak anastesi yang mendefresikan system saraf pada musculoskeletal sehingga menurunkan tonus otot. (Mitayani ,2011)

Bawah :

Edema atau tidak,varises ada atau tidak,dan tanda-tanda thromboplebitis yang diakibatkan kurangnya mobilitas fisik. tanda-tanda thromboplebitis adalah kemerahan,rasa hangat,nyeri,perasaan berat pada ekstremitas.

4) Pengkajian data dasar

a) Sirkulasi

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

b) Integritas

Dapat menunjukkan labilitas emosional dan kegembiraan dan sampai ketakutan, marah, atau menarik diri, mungkin mengekspresikan ketidakmampuan untuk menanggapi situasi baru.

c) Eliminasi

Pada ibu SC 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.

d) Makanan dan cairan

Pada ibu post sc biasanya diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan lunak. Dan setelah benar-benar pulih dari efek analgesia,anesthesia,dan kelelahan kebanyakan ibu merasa sangat lapar.

e) Neurosensori

Kerusakan gerak di daerah tingkat anastesi spinsi apidural

f) Nyeri / kenyamanan

Pada ibu post SC kebanyakan mengeluh nyeri pada area insisi pembedahan.(Bobak L.2004)

g) Pernafasan

Bunyi paru jelas dan vesikuler

h) Keamanan

Balutan abdomen dapat tampak sedikit noda tau kering dan utuh. Jalur parenteral bila digunakan, bengkak dan nyeri tekan

i) Seksualitas

Fundus kontraksi kuat dan terletak di umbilikus, perhatikan aliran lochea

j) Data fisiologis

- 1) Keadaan uterus ibu apakah sudah kembali seperti keadaan semula
- 2) Infusio uterus kembali normal
- 3) Pengeluaran lochea
  - a) Lochea rubra 1 sampai 3 hari, berwarna merah dan hitam.
  - b) Lochea sanguinolenta 3 sampai 7 hari, berwarna putih dan bercampur merah
  - c) Lochea serosa 7 sampai 14 hari, berwarna kekuningan
  - d) Lochea alba Setelah hari ke 14, berwarna putih

k) Data psikologis

Pasien biasanya dalam keadaan labil, cemas akan keadaan seksualitasnya dan harga diri pasien terganggu. (Mitayani, 2011) Bounding (Ikatan emosional seseorang dengan orang lain) : dinilai dengan menggunakan score (3-12)

- 1) Taking in
  - a. Berorientasi pada diri sendiri
  - b. Takut ketergantungan yang meningkat
- 2) Taking Hold

Apakah ada rasa tertarik pada bayi
- 3) Letting Go

Apakah bias melakukan perawatan mandiri Post partum blues

- a. After pain
- b. Pengetahuan ibu tentang kebutuhan seksual
- c. Pengetahuan ibu tentang tanda-tanda komplikasi (perdarahan setelah melahirkan)

l) Data spiritual

Apakah klien menjalani kegiatan keagamaan yang sesuai dengan kepercayaan

m) Pemeriksaan penunjang

Data laboratorium : pemeriksaan Hb, leukosit

USG : menentukan usia kehamilan, indeks cairan amnion

## ASUHAN KEPERAWATAN BAYI BARU LAHIR

a. Pengkajian

1) Aktivitas/Istirahat

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

2) Pemapasan dan Peredaran Darah

3) Bayi normal mulai bernapas 30 detik sesudah lahir, untuk menilai status kesehatan bayi dalam kaitannya dengan pemapasan 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 bayinormal 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 diastolik rata-rata 42, tekanan darah berbeda dari hari ke hari selama bulan pertama kelahiran. Tekanan darah sistolik bayi sering menurun (sekitar 15 mmHg) selamasatu jam pertama setelah lahir. Menangis dan bergerak biasanya menyebabkan peningkatan tekanan darah sistolik.
  - d) Suhu Tubuh Suhu inti tubuh bayi biasanya berkisar antara 36,5C - 37.0
- b. Pengukuran suhu tubuh dapat dilakukan pada aksila atau pada rektal.
  - c. Kulit Kulit neonatus 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 kaseosa.
  - d. Keadaan dan Kelengkapan Ekstremitas 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

- e. Tali Pusat Pada tali pusat terdapat dua arteri dan satu vena umbilikalis. Keadaan tali pusat harus kering, tidak ada perdarahan, tidak ada kemerahan di sekitarnya.
- f. Refleks
- 1) Refleks moro (refleks terkejut). Bila diberi rangsangan yang mengagetkan akan terjadi refleks 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 reaksi.
  - 3) Refleks berjalan (stepping). Bila kakinya ditekankan pada bidang datar atau diangkat akan 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.
- g. 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. i. Mekonium Mekonium adalah feces bayi yang berupa pasta kental berwarna gelap hitam kehijauan dan lengket. Mekonium akan mulai keluar dalam 24 jam pertama.
- h. Antropometri Dilakukan pengukuran lingkaran kepala, lingkaran dada, lingkaran lengan atas dan panjang badan dengan menggunakan pita pengukur. Lingkaran kepala fronto-occipitalis 34cm, suboksipito-bregma

32cm, mento occipitalis 35cm. Lingkar dada normal 32-34 cm. Lingkar lengan atas normal 10-11 cm. Panjang badan normal 48-50 cm.

- i. Seksualitas Genetalia wanita ; Labia vagina agak kemerahan atau edema, tanda vagina/himendapat terlihat, rabas mukosa putih (smegma) atau rabas berdarah sedikit mungkin ada. Genetalia pria ; Testis turun, skrotum tertutup dengan rugae, fimosis biasa terjadi

#### 2.4.2 Diagnosa Keperawatan Yang Muncul Pada Ibu Post Sc

1. Nyeri /ketidaknyamanan b/d Agens cedera fisik
2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan mobilitas fisik
3. Resiko infeksi b/d trauma jaringan/luka post sc.
4. Konstipasi b/d penurunan tonus otot
5. Kecemasan berhubungan Dengan Faktor keturunan, Krisis situasional, Stress, perubahan status kesehatan, ancaman kematian, perubahan konsep diri, kurang pengetahuan dan hospitalisasi
6. Ketidakefektifan pemberian ASI b/d Pengeluaran asi yang belum lancar.
7. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan gangguan menelan/intake kurang, diaphoresis
8. Perubahan proses keluarga b/d perkembangan transisi/peningkatan anggota keluarga
9. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakefektifan pola minum bayi

### 2.4.3 Intervensi Keperawatan Nanda NIC-NOC

No	Diagnosa	Noc	Nic
1	Nyeri  /ketidaknyamanan b/d  Agens cedera fisik	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pain Level,</li> <li>❖ pain control,</li> <li>❖ comfort level</li> </ul> <p>Setelah dilakukan tinjauan keperawatan selama ....</p> <p>Pasien tidak mengalami nyeri, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari</li> </ul>	<p>Management nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</li> <li>▪ Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</li> <li>▪ Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</li> <li>▪ Kontrol lingkungan yang dapat</li> </ul>

		<p>bantuan)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>• Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</li> <li>• Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> <li>• Tanda vital dalam rentang normal</li> <li>• Tidak mengalami gangguan tidur</li> </ul>	<p>mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kurangi faktor presipitasi nyeri</li> <li>▪ Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</li> <li>▪ Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin</li> <li>▪ Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri:</li> <li>▪ Tingkatkan istirahat</li> <li>▪ Berikan informasi tentang nyeri</li> </ul>
--	--	---	--



			<p>seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</li> </ul>
2	Intoleransi aktifitas berhubungan dengan nyeri ,mobilitas fisik	<p>Energi konservation</p> <p>Aktiviti tolerance</p> <p>Self care: AD.rs</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berpartisipasi dalam aktifitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR</li> </ul>	<p>Aktiviti terapi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasikan dengan tenaga rehabilitasi medik dalam merencanakan program terapi yang tepat</li> <li>• Bantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas yang mampu dilakukan</li> <li>• Bantu untuk memilih aktifitas konsisten</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mampu melakukan aktifitas sehari-hari (ADLS) secara mandiri</li> <li>• Tanda-tanda vital normal</li> <li>• Energi fisikomotor</li> <li>• Level kelemahan</li> <li>• Mampu berpindah: dengan atau tanpa bantuan alat</li> <li>• Status kardiopulmunari adekua</li> <li>• Sirkulasi status baik</li> <li>• Status respirasi: pertukaran gas dan fentilasi adekuat</li> </ul>	<p>yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktifitas yang diinginkan</li> <li>• Bantu untuk mendapatkan alat bantu aktifitas seperti korsi roda</li> <li>• Bantu untuk mengidentifikasi untuk aktifitas yang disukai</li> <li>• Bantu klien untuk membuat jadwal latihan waktu luang</li> <li>• Bantu pasien atau keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktifitas</li> </ul>
--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediakan pengobatan pasif bagi yang aktif beraktifitas</li> <li>• Bantu pasien untuk mengembangkan motifasi diri dan penguatan</li> <li>• Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual.</li> </ul>
3	Resiko infeksi b/d trauma jaringan/luka post sc.	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan ... jam tidak terdapat faktor risiko infeksi pada klien dengan KH:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada tanda-tanda infeksi</li> <li>• status imune klien adekuat</li> <li>• AL dbn</li> </ul>	<p><b>Control infeksi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain.</li> <li>• Pertahankan teknik isolasi</li> <li>• Batasi pengunjung bila perlu.</li> <li>• Intruksikan kepada keluarga untuk mencuci tangan saat kontak dan sesudahnya.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"><li>• Gunakan sabun anti mikroba untuk mencuci tangan.</li><li>• Lakukan cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan.</li><li>• Gunakan baju dan sarung tangan sebagai alat pelindung.</li><li>• Pertahankan lingkungan yang aseptik selama pemasangan alat.</li><li>• Lakukan dresing infus, DC setiap hari</li><li>• Tingkatkan intake nutrisi dan cairan</li><li>• berikan antibiotik sesuai program.</li></ul> <p><b>Proteksi terhadap infeksi</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal.</li></ul>
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitor hitung granulosit dan WBC.</li><li>• Pertahankan teknik aseptik untuk setiap tindakan.</li><li>• Pertahankan teknik isolasi bila perlu.</li><li>• Inspeksi kulit dan mebran mukosa terhadap kemerahan, panas.</li><li>• Dorong istirahat yang cukup</li><li>• Monitor perubahan tingkat energi.</li><li>• Dorong peningkatan mobilitas dan latihan.</li><li>• Instruksikan klien untuk minum antibiotik sesuai program.</li><li>• Ajarkan keluarga/klien tentang tanda dan gejala infeksi.</li></ul>
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laporkan kecurigaan infeksi.</li> </ul>
4	<p>Konstipasi</p> <p>b/d penurunan tonus otot</p>	<p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mempertahankan feces lunak setiap 1-3 hari</li> <li>• bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi</li> <li>• mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi</li> <li>• feces lunak dan berbentuk</li> </ul>	<p>Constipation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• monitor tanda dan gejala, bising usus, feces frekuensi, volume, konsultasi dengan dokter tentang pendekatan dan penurunan bising usus</li> <li>• identifikasi faktor penyebab</li> <li>• dukung intake cairan</li> <li>• pantau tanda dan gejala konstipasi</li> <li>• memantau bising usus</li> <li>• jelaskan etiologi masalah untuk tindakan kepada pasien</li> <li>• menyusun jadwal ke toilet</li> <li>• mendorong meningkatkan asupan</li> </ul>

			<p>cairan kecuali di kontraindikasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• anjurkan pasien atau keluarga untuk mencatat keadaan tinja</li> <li>• anjurkan klien untuk diet tinggi serat</li> <li>• timbang BB pasien secara teratur</li> <li>• ajarkan pasien atau keluarga tentang proses pencernaan yang normal</li> </ul>
5	<p><b>Kecemasan</b> berhubungan Dengan Faktor keturunan, Krisis situasional, Stress, perubahan status kesehatan, ancaman kematian, perubahan konsep diri, kurang pengetahuan dan</p>	<p>Control kecemasan</p> <p>- Koping</p> <p>Setelah dilakukan asuhan selama ..... jam klien kecemasan teratasi dgn kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mampu mengidentifikasi dan mengun</li> </ul>	<p><b>Anxiety Reduction (penurunan kecemasan)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gunakan pendekatan yang menenangkan</li> <li>• Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien</li> <li>• Jelaskan semua prosedur dan apam yang dirasakan selama prosedur</li> </ul>

	hospitalisasi	<p>gkapkan gejala cemas</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mengidentifikasi mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas</li><li>• Vital sign dalam batas normal</li><li>• Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut</li><li>• Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis</li><li>• Libatkan keluarga untuk mendampingi klien</li><li>• Instruksikan pada pasien untuk menggunakan tehnik relaksasi</li><li>• Dengarkan dengan penuh perhatian</li><li>• Identifikasi tingkat kecemasan</li><li>• Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan</li><li>• Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi Kelola</li></ul>
--	---------------	--	---



			<p>memberian obat anti cemas</p>
6	<p>Ketidakefektifan pemberian ASI b/d Pengeluaran asi yang belum lancar.</p>	<p>Tujuan : Mengungkapkan pemahaman tentang proses / situasi menyusui, mendemonstrasikan teknik efektif dari menyusui, menunjukkan kepuasan regimen menyusui satu sama lain.</p> <p>KH:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agar klien mampu menyusui bayinya dengan cara baik dan air susu ibu keluar banyak dan lancar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaji penyebab kurang produksi ASI</li> <li>• Ajarkan kepada klien cara menyusui yang baik dan benar</li> <li>• Ajarkan kepada ibu tentang teknik perawatan payudara</li> <li>• Ajarkan ibu tentang kebutuhan nutrisinya</li> <li>• Jelaskan kepada klien tentang pentingnya manfaat ASI</li> <li>• Anjurkan kepada klien untuk melatih bayi agar dapat menghisap puting susu dengan baik</li> </ul>

7	Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan gangguan menelan/intake kurang, diaphoresis	<p>Hidrasi, keseimbangan cairan adekuat, selama dilakukan tindakan keperawatan 5x24 jam keseimbangan cairan pasien adekuat</p> <p>Indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urine output 30ml/jam</li> <li>• TTV dalam batas normal</li> <li>• Turgor kulit baik, membran mukosa lembab, urine jernih</li> </ul>	<p><b>Manajemen cairan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hitung kebutuhan cairan harian klien</li> <li>• Pertahankan intake output tercatat secara adekuat</li> <li>• Monitor status hidrasi</li> <li>• Monitor nilai laboratorium yang sesuai</li> <li>• Monitor TTV</li> <li>• Berikan cairan secara tetap</li> <li>• Tingkatkan masukan peroral</li> <li>• Libatkan keluarga dalam membantu peningkatan masukan cairan</li> </ul> <p><b>Monitoring cairan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pantau keadaan urine</li> <li>• Monitor nilai lab urine</li> </ul>
---	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor membran mukosa, turgor, dan tanda haus</li> <li>• Monitor cairan per IV line.</li> <li>• Pertahankan pemberian terapi cairan peri infus.</li> </ul>
8	Perubahan proses keluarga b/d perkembangan transisi/peningkatan anggota keluarga	diekspresikannya kebanggaan diri positif berkenaan dengan kelahiran dan peran sebagai orang tua K.H :mampu mengungkapkan masalah/kesulitan koping terhadap situasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• . Anjurkan klien untuk menggendong, menyentuh, dan memeriksakan bayi, tergantung pada kondisi klien dan bayi lahir. Bantu sesuai kebutuhan</li> <li>• Berikan kesempatan untuk ayah untuk menyentuh dan menggendong bayi dan bantu dalam perawatan bayi sesuai kemungkinan situasi</li> <li>• Observasi dan catat interaksi keluarga</li> </ul>

			<p>bayi perhatikan perilaku yang dianggap menandakan ikatan dan kedekatan dalam budaya tertentu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan kesempatan pada orang tuanya untuk mengungkapkan perasaan-perasaan yang negative tentang diri mereka dan bayi</li> <li>• Anjurkan dan bantu dalam menyusui tergantung pada pilihan klien dan keyakinan praktik budaya</li> </ul>
9	<p>Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakefektifan pola</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola minum bayi terpenuhi</p> <p>Dengan Kh:</p>	<p>Breastfeeding assistance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor kemampuan bayi untuk menghisap</li> </ul>

	minum bayi	<ul style="list-style-type: none"><li>• Klien dapat menyusui dengan efektif</li><li>• Bayi menandakan kepuasan menyusui</li><li>• Ibu menunjukkan harga diri yang positif dengan menyusui</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sediakan kenyamanan dan privasi selama menyusui</li><li>• Monitor kemampuan bayi untuk menggapai puting</li><li>• Dorong ibu untuk tidak membatasi untuk menyusui</li><li>• Monitor integritas kulit sekitar puting</li><li>• Dorong ibu untuk minum jika sudah haus</li></ul>
--	------------	---	--

#### 2.4.4 Implementasi

Setelah rencana tindakan keperawatan di susun maka untuk selanjutnya adalah pengolahan data dan kemudian pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah di susun tersebut. Dalam pelaksanaan implementasi maka perawat dapat melakukan obesrvasi atau dapat mendiskusikan dengan klien atau keluarga tentang tindakan yang akan di lakukan.

#### 2.4.5 Evaluasi

Evaluasi adalah langkah terakhir dalam asuhan keperawatan, evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP ( data subjektif, data objektif, analisa, planning ). Dalam evaluasi ini dapat ditentukan sejauh mana keberhasilan rencana tindakan keperawatan yang harus dimodifikasi.

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **3.1 Pengkajian**

Tanggal Pengkajian : 6 Juni 2018

##### **3.1.1 Identitas Pasien**

Nama/Initial	: Ny.M	No MR	: 366454
Umur	: 34 tahun	Ruang Rawat	: KB Rawatan
Jenis Kelamin	: Perempuan	Tanggal Masuk:	04-06-2018
Status	: Kawin		
Agama	: Islam		
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga		
Pendidikan	: SD		
Alamat	: Kamang Mudiak Pasar Senayan		

##### **Penanggung Jawab**

Nama	: Alfa Edisison
Umur	: 46 tahun
Hub. Keluarga	: Suami
Pekerjaan	: Tani

### **3.1.2 ALASAN MASUK**

Klien masuk Poli Kebidanan di Rumah Sakit Ahcmad Mokhtar pada hari senin jam 09.15 wib dengan G4P3A0H2 gravid aterm + bekas SC 3x dengan indikasi CPD(Cephalopelvic disporpotion).

### **3.1.3 RIWAYAT KESEHATAN**

#### **1. Riwayat Kesehatan Sekarang**

Saat melakukan pengkajian pada hari pertama setelah post SC Ny.M mengatakan operasi dilakukan pada hari selasa tanggal 05 juni 2018 pada jam 10.00 wib klien mengatakan ini sudah keempat kalinya melakukan operasi SC karna klien tidak bisa melahirkan secara normal disebabkan karena panggul sempit.Klien mengatakan nyeri pada bagian jahitan post SC, Klien mengatakan tidak nyaman pada luka jahitan post SC, Klien mengatakan nyeri saat bergerak ditempat tidur, Klien mengatakan badan terasa berat,klien mengatakan susah bergerak,klien mengatakan takut infeksi pada bekas luka jahitan, klien mengatakan kurang mengetahui tentang pemenuhan kebutuhan nutrisi, Klien mengatakan tidak mengetahui pentingnya kebutuhan nutrisi pada ibu menyusui, Klien mengatakan tidak mengetahui makanan apa yang harus dikonsumsi untuk ibu menyusui, Klien mengatakan tidak tahu KB apa yang harus di pakai ,Klien mengatakan tidak tahu keuntungan pemakaian KB ,Klien mengatakan tidak tahu macam-macam KB.



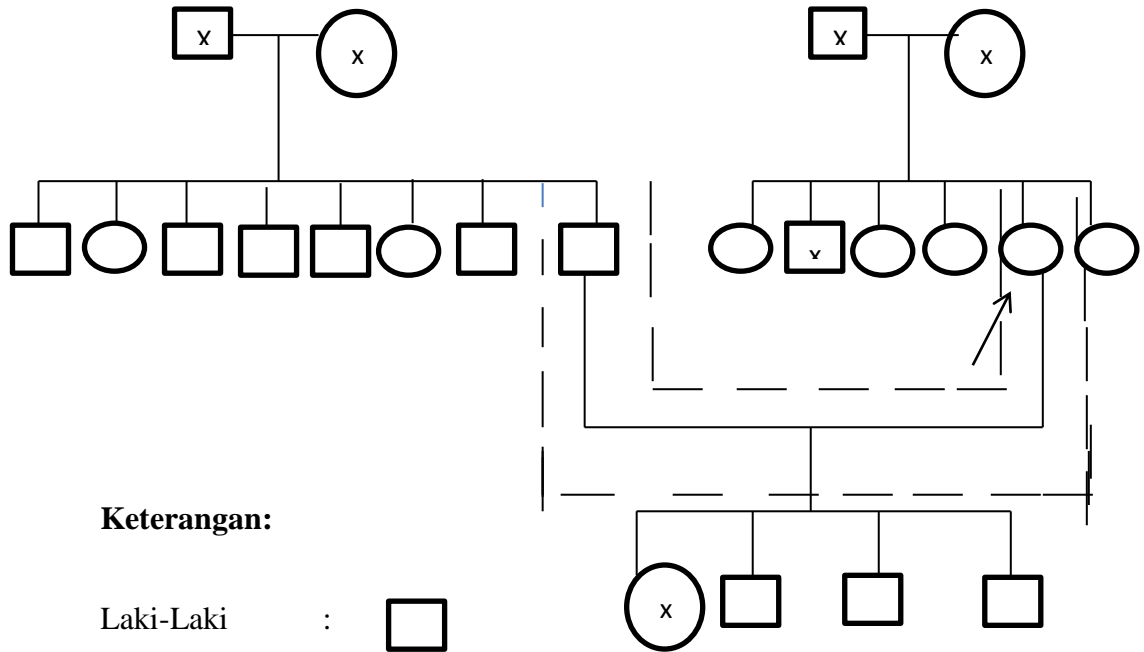
2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien Mengatakan sebelumnya sudah pernah masuk Rumah Sakit Ahcmad Mokhtar terakhir klien dirawat pada tahun 2014 karna klien melakukan operasi SC untuk yang ketiga kalinya dengan indikasi CPD.

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan keluarga tidak ada menderita penyakit keturunan seperti Hipertensi,DM ataupun menular genetik.

**Genogram**



**Keterangan:**

- Laki-Laki : □
- Perempuan : ○
- Meninggal : X
- Pasien : —→
- Serumah : -----

#### 4. Riwayat Menstruasi

Menarche : 15 Tahun

Siklus Haid : 28 hari

Lama Haid : 5 Hari

Banyaknya : 3x ganti duk

Masalah selama Haid : klien mengatakan tidak ada masalah selama haid

#### 5. Riwayat Kehamilan

HPHT : 05-09-2017

Taksiran Persalinan : 12-6-2018

Kehamilan : ke 4 (empat)

#### 6. Riwayat Kehamilan persalinan dan nifas yang lalu

No	Tanggal tahun partus	Tempat partus	Umur hamil	Jenis persalinan	Penolong persalinan	penyulit	Anak ke/bb/ JK	Keadaan anak sekarang
1	3- 02- 2007	Rumah sakit	9 bulan	SC	Dokter	CPD	3.1 kg/Pr	Meninggal
2	2- 05- 2010	Rumah sakit	9 bulan	SC	Dokter	CPD	20 kg/Lk	Sehat
3	11- 01-2014	Rumah sakit	9 bulan	SC	Dokter	CPD	15 kg/Lk	Sehat
4	05- 01-2018	Rumah sakit	9 bulan	SC	Dokter	CPD	3,2 kg/Lk	Sehat

#### 7. Riwayat Persalinan

Jenis Persalinan : SC

Penyulit dalam persalinan : Panggul sempit

Lama persalinan : 2 jam

8. Pengkajian fisik bayi

1) Keadaan : Baik

2) **Tanda – tanda vital**

Suhu : 36,5<sup>0</sup>c

Nadi : 100 x/i

RR : 30x/i

3) Umur : 2 hari

4) Anak : Laki-Laki

5) BB : 3200 gram

6) Pb : 49 Cm

7) Ku : Baik

8) Lingkar kepala : 32 cm

9) Lingkaran dada : 36 cm

10) Lingkaran perut : 35 cm

11) Simpisis kaki : 26 cm

12) Panjang lengan : 14 cm

13) Panjang kaki : 22 cm

14) Kepala simpisis : 23 cm

15) Reflek neonatal : Moro (+) ,Rooting (+),Isap (+), Pegang (+)

16) Nilai Apgar Score : 7/8

## Apgar Scor

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	1	Menangis lambat
4	Activity	2	2	Baik, reaksi melawan
5	Respiratory	1	2	Normal >30x/i
	Jumlah	7	8	7/8 baik

9. 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.

### 3.1.4 PEMERIKSAAN FISIK

Kesadaran : Composmentis

Gcs : 15

#### Tanda Vital

Suhu : 36,8<sup>o</sup>C

Nadi : 82x/i

Pernafasan : 20x/i

TD : 120/70 mmHg

Bb : 165 kg

## **1. Kepala**

- Rambut

Rambut klien panjang dan kulit kepala tampak bersih tidak berketombe, warna rambut hitam, tidak teraba adanya benjolan,lesi dan luka.

- Mata

Mata simetris kiri dan kanan, fungsi penglihatan baik, reflek pupil (+), konjunktiva tidak anemis, sklera ikterik.

- Telinga

Telinga simetris kiri dan kanan, tidak ada serumen, tidak ditemukan peradangan, fungsi pendengaran baik.

- Hidung

Hidung tampak simetris, tidak tampak adanya secret, tidak ada sinus dan polip, fungsi penciuman baik.

- Mulut dan Gigi

Bibir dan mukosa mulut tampak lembab, tidak tampak adanya stomatitis, tidak ada karies atau lesi.

## **2. Leher**

Tidak teraba pembesaran kelenjar getah bening dan kelenjar thyroid, fungsi menelan baik.

### 3. Thorax

- Payudara

Bentuk payudara simetris kiri dan kanan, Warna sekitar areola hitam kecoklatan, produksi ASI banyak, 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, getaran fremitus suara terasa

P : suara sonor

A : bunyi nafas vesikuler terdengar di semua lapang paru

- Jantung

I : ictus cordis tidak tampak

P : ictus cordis tidak teraba

P : suara jantung redup

A : bunyi jantung I dan II murni , tidak ada bunyi jantung tambahan atau mur – mur irama reguler

- Abdomen

I : Bentuk abdomen simetris, terdapat luka operasi SC dengan jenis memanjang ,ukuran panjang post SC sekitar 10 cm, lebarnya sekitar 1-2 cm. Kondisi luka post operasi belum diketahui karna masih ditutup verban .

A : Bising usus Normal 12x/i  
P : involusi uterus Baik, TFU: 2 jari dibawah pusat.  
P : tympani

#### **4. Eksremitas**

Atas : Terpasang infus Ivfd RL 12 tpm , dibagian tangan sebbelah kiri  
Bawah : Ekstremitas bawah lengkap, simetris kiri dan kanan tidak ada udemata pada kaki klien,tidak terdapat kelainan, tidak ada nyeri tekan pada betis ibu.

pemeriksaan human sign (-)

#### **5. Genetalia**

Terpasang kateter jumlah urin 500 cc.

- Lochea

Jenis lochea : Rubra

Jumlah : 50cc

Bau : Amis

Konsistensi : Cair

- Perineum

Utuh tidak ada jahitan, tidak ada robekan, Keadaan baik,kebersihan baik,tidak ada varices.

#### **6. Integumen**

Keadaan turgor kulit baik, tidak ada lesi,kulit lembab, tidakk ada oedema, tidak ada nyeri tekan. Warna kulit sao matang.

### 3.1.5 DATA BIOLOGIS

No	AKTIVITAS	SEHAT	SAKIT
1.	<p>Nutrisi</p> <p>Makan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menu</li> <li>• Porsi</li> <li>• Makanan kesukaan</li> <li>• Pantangan</li> </ul> <p>Minum</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jumlah</li> <li>• Minuman kesukaan</li> <li>• Pantangan</li> </ul>	<p>Nasi putih, lauk pauk Sayur-sayuran, buah</p> <p>2 piring</p> <p>Makanan biasa</p> <p>Tidak ada</p> <p>6 gelas/hari</p> <p>Air putih</p> <p>Tidak ada</p>	<p>Makanan lunak ½ porsi</p> <p>Makanan biasa</p> <p>Tidak ada</p> <p>8 gelas/hari</p> <p>Air putih</p> <p>Tidak ada</p>
2.	<p>Eliminasi</p> <p>BAB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi</li> <li>• Warna</li> <li>• Bau</li> <li>• Konsistensi</li> <li>• Kesulitan</li> </ul> <p>BAK</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi</li> <li>• Warna</li> <li>• Bau</li> <li>• Konsistensi</li> <li>• Kesulitan</li> </ul>	<p>2x/hari</p> <p>Kuning</p> <p>Khas</p> <p>Lembek</p> <p>Tidak ada kesulitan selama BAB</p> <p>5 kali perhari</p> <p>Kuning</p> <p>Pesing</p> <p>Tidak ada kesulitan ketika BAK</p>	<p>Klien mengatakan Belum ada BAB sejak melahirkan</p> <p>Terpasang kateter</p> <p>Jumlah urin 500 ml</p> <p>Kuning</p> <p>Pesing</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>
3	<p>Istirahat dan tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Waktu tidur</li> <li>• Lama tidur</li> <li>• Hal yang mempermudah tidur</li> <li>• Kesulitan tidur</li> </ul>	<p>21.00 wib</p> <p>8 jam</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>	<p>Tidak menentu</p> <p>5-6 jam</p> <p>Tidak ada</p> <p>Sering tersentak pada malam hari karena nyeri post operasi</p>
4	<p>Personal hygiene</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mandi</li> </ul>	<p>2 kali sehari</p> <p>4-6 kali sehari</p>	<p>Hanya dilap</p> <p>Tidak ada</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuci tangan</li> <li>• Gosok gigi</li> <li>• Potong kuku</li> </ul>	2 kali sehari 1 kali dalam seminggu	Belum ada Belum ada
--	--	---	------------------------

### 3.1.6 RIWAYAT ALERGI

Klien mengatakan tidak ada memiliki riwayat alergi baik itu obat-obatan dan makanan.

### 3.1.7 DATA PSYKOLOGIS

Pada fase ini ibu sudah menyusui bayinya dan memberi kehangatan kepada bayinya seperti menggendong bayi namun masih perlahan-lahan karena nyeri yang dirasakan. Saat ini ibu berada pada proses adaptasi Taking In dimana ibu ketergantungan pada keluarga atau perawat dalam melakukan aktifitas karena nyeri yang dirasakan ibu pada abdomen akibat insisi SC dengan skala nyeri 5 sehingga ibu berfokus pada dirinya sendiri dan sangat tergantung pada orang lain.

### 3.1.8 DATA SOSIAL EKONOMI

Hubungan klien dengan keluarga sangat rukun dan hubungan dengan tetangga serta kerabat lainnya. Klien merupakan ibu rumah tangga sedangkan suami bekerja sebagai wiraswasta. Kemampuan keuangan keluarga klien dapat digolongkan dalam kelompok sosial menengah.

### 3.1.9 DATA SPRITUAL

Sebelum sakit : pasien mengatakan beragama islam dan rajin beribadah

Selama sakit : pasien tidak melaksanakan sholat seperti biasanya karena keadaannya yang sekarang tetapi pasien selalu berdoa.

### **3.1.0 PENGETAHUAN IBU TENTANG**

- Perawatan bayi

Klien mengatakan bahwa ini adalah kelahiran anak keempat dan Klien sudah tau cara merawat bayi dengan baik seperti cara memandikan, membendong bayi, menggendong bayi.

- Asi eksklusif

Klien mengatakan mengetahui tentang cara memberikan Asi eksklusif yang baik itu selama enam bulan dan klien juga mengatakan mengetahui tentang pemberian makan dan minum yang baik untuk bayi.

- Perawatan payudara

Klien mengetahui cara perawatan payudara yang baik dan cara mengaplikasikannya dengan benar seperti mengompres puting susu dan pijatan payudara.

- Teknik menyusui

Klien mengatakan tahu tentang teknik pemberian ASI yang benar seperti posisi tangan saat memberikan ASI.

### 3.1.11 DATA PENUNJANG

Tanggal pemeriksaan: 30-05-2018

NO	NAMA PEMERIKSAAN	JUMLAH	SATUAN	NILAI RUJUKKAN
1	HGB	13,2	( g/dl )	P 13.0 - 16.0 W 12.0 - 14.0
2	RBC	4,25	( 10 <sup>6</sup> /ul )	P 4.5 - 5.5 W 4.0 - 5.0
3	HCT	38,4	(%)	P 40.0 – 48.0 W 37.0 – 43.0
4	WBC	11,47	(10 <sup>3</sup> /ul)	5.0 – 10.0

Tanggal pemeriksaan: 05-06-2018

NO	NAMA PEMERIKSAAN	JUMLAH	SATUAN	NILAI RUJUKKAN
1	HGB	13,0	( g/dl )	P 13.0 - 16.0 W 12.0 - 14.0
2	RBC	4,28	( 10 <sup>6</sup> /ul )	P 4.5 - 5.5 W 4.0 - 5.0
3	HCT	38,1	(%)	P 4.0 - 4.8 W 37.0 – 43.0
4	WBC	19,05	(10 <sup>3</sup> /ul)	5.0 – 10.0

### 3.1.12 THERAPY OBAT

NO	NAMA OBAT	DOSIS	FREKUENSI
1	CEFTRON	2 gr	2x1
2	CEFRIAXONE	1 gr	2x1
3	METRONIDAZOL	500 mg	3x1
4	VIT C	1 amp	3x1
5	RL	500	12tpm
6	SF	60 ml	2x1
7	PATRAL		3x1

### **3.1.13 DATA FOKUS**

#### **1. DATA SUBYEKTIF**

- Klien mengatakan nyeri pada bagian nyeri pada bagian jahitan post SC
- Klien mengatakan tidak nyaman pada luka jahitan postt SC
- Klien mengatakan nyeri saat bergerak ditempat tidur
- Klien mengatakan badan terasa berat
- Klien mengatakan sulit bergerak
- Klien mengatakan takut infeksi pada luka post SC
- Klien mengatakan kurang mengetahui tentang pemenuhan kebutuhan nutrisi ibu menyusui
- Klien mengatakan tidak mengetahui pentingnya kebutuhan nutrisi pada ibu menyusui
- Klien mengatakan tidak mengetahui makanan apa yang harus dikonsumsi untuk ibu menyusui
- Klien mengatakan tidak tahu KB apa yang harus di pakai
- Klien mengatakan tidak tahu keuntungan pemakaian KB
- Klien mengatakan tidak tahu macam-macam KB
- Klien mengatakan tidak ingin menambah anak lagi

#### **2. DATA OBJEKTIF**

- Klien tampak gelisah
- Klien tampak meringis saat mengubah posisi
- Skala nyeri 5

- Klien tampak sulit bergerak
- Klien tampak lemah
- Luka post sc klien belum tampak karna masih ditutupi verban
- TD: 120/70
- S : 36,8 ° C
- N : 82 x/i
- R : 20 x/i
- Wbc : 19,05 (10<sup>3</sup>/ul)
- Klien tampak tidak mengetahui tentang kebutuhan nutrisi
- BB : 165 KG
- Klien tampak bingung ketika ditanya
- Klien sering bertanya KB apa yang bagus dipakai setelah melahirkan melalui SC
- Klien melakukan SC untuk yang ke empat kalinya
- Umur klien dalam kategori beresiko untuk hamil kembali yaitu 34 tahun

## ANALISA DATA

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan nyeri pada bagian nyeri pada bagian jahitan post SC</li> <li>• Klien mengatakan nyeri terasa saat bergerak</li> <li>• Klien mengatakan tidak nyaman pada luka jahitan postt SC</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak gelisah</li> <li>• Klien tampak Meringis saat mengubah posisi</li> <li>• Skala nyeri 5</li> <li>• TD: 120/70</li> <li>• S : 36,8 ° C</li> <li>• N : 82 x/i</li> <li>• R : 20 x/i</li> </ul>	Nyeri	Agens cedera fisik
2	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan badan terasa berat</li> <li>• Klien mengatakan sulit bergerak karena nyeri pada bekas jahitan post SC</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak sulit bergerak</li> <li>• Klien tampak lemah</li> </ul>	Intoleransi aktifitas	Mobilisasi fisik
3	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan takut infeksi pada luka post SC</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Luka post sc klien belum tampak karna masih ditutupi verban</li> </ul>	Resiko infeksi	Trauma jaringan

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TD: 120/70</li> <li>• S : 36,8 °C</li> <li>• N : 82 x/i</li> <li>• R : 20 x/i</li> <li>• Wbc : 19,05 (10<sup>3</sup>/ul)</li> </ul>		
4	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan kurang mengetahui tentang pemenuhan kebutuhan nutrisi</li> <li>• Klien mengatakan tidak mengetahui pentingnya kebutuhan nutrisi pada ibu menyusui</li> <li>• Klien mengatakan tidak mengetahui makanan apa yang harus dikonsumsi untuk ibu menyusui</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak tidak mengetahui tentang kebutuhan nutrisi</li> <li>• Klien tampak bingung ketika ditanya</li> <li>• BB 165 KG</li> </ul>	Resiko Ketidakseimbangan nutrisi	Kurangnya pengetahuan klien tentang nutrisi kebutuhan ibu menyusui
5	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan tidak ingin menambah anak lagi</li> <li>• Klien mengatakan tidak tahu KB apa yang harus dipakai</li> <li>• Klien mengatakan tidak tahu keuntungan pemakaian KB</li> <li>• Klien mengatakan tidak tahu macam-macam KB</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien sering bertanya KB apa yang bagus dipakai setelah melahirkan melalui SC</li> <li>• Klien melakukan SC untuk yang ke empat kalinya</li> </ul>	Pemakaian kontrasepsi	Kurangnya pengetahuan

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Umur klien dalam kategori beresiko untuk hamil kembali yaitu 34 tahun</li></ul>		
--	---	--	--

### **3.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN**

1. Nyeri berhubungan dengan Agens cedera fisik
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan mobilisasi fisik
3. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaaringan
4. Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan Kurangnya pengetahuan ibu tentang nutrisi kebutuhan ibu menyusui
5. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan pemakaian kontrasepsi



### 3.1.3 Intervensi Keperawatan Nanda Nic Noc

NO	HARI /TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL (NOC)	INTERVENSI (NIC)
1	RABU /06-06-2018	<p>Nyeri berhubungan dengan Agens cedera fisik</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan nyeri pada bagian nyeri pada bagian jahitan post SC</li> <li>• Klien mengatakan tidak nyaman pada luka jahitan postt SC</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak gelisah</li> <li>• Klien tampak meringis saat mengubah posisi</li> <li>• Skala nyeri 5</li> <li>• TD: 120/70</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan nyeri berkurang</li> <li>• Klien tampak rileks</li> <li>• Klien mampu melakukan nafas dalam</li> </ul>	<p>Management nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi</li> <li>• Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</li> <li>• Tingkatkan istirahat</li> <li>• Monitor tanda-tannda vital</li> <li>• Anjurkan teknik relaksasi</li> <li>• Kolaborasi dalam pemberian analgetik</li> </ul>

		<p>S : 36,8 ° C</p> <p>N : 82 x/i</p> <p>R : 20 x/i</p>		
2		<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan mobilisasi fisik</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan badan terasa berat</li> <li>• Klien mengatakan sulit bergerak karna nyeri pada bekas jahitan post SC</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak sulit bergerak karna nyeri bekas post SC</li> <li>• Klien tampak lemah</li> </ul>	<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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien dapat mengidentifikasi faktor-faktor yang menurunkan intoleransi aktifitas dan klien dapat beristirahat dengan nyaman</li> <li>• Mampu berpindah tempat</li> <li>• Klien mampu melakukan aktivitas secara mandiri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mammpu dilakukan</li> <li>• Bantu klien untuk mengembangkan motivasi diri dann penguatan</li> <li>• Monitor respon fisik,emosi,social,dan spritual</li> <li>• Anjurkan klien untuk istirahat</li> <li>• Bantu klien uuntuk memenuhi aktivitas sehari-hari</li> <li>• Tingkatkan aktifitas</li> </ul>

				secara bertahap
3		<p>Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaaringan</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan takut infeksi pada luka post SC</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Luka post sc klien belum tampak karna masih ditutupi verban</li> <li>• Wbc : 19,05 (10<sup>3</sup>/ul)</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien tidak mengalami infeksi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</li> <li>• Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</li> <li>• Jumlah leukosit dalam batas normal</li> <li>• TTV Dalam batas normal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertahankan teknik aseptik</li> <li>• Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan</li> <li>• Berikan terapi antibiotik</li> <li>• Tingkatkan intake nutrisi</li> <li>• Monitor tanda dan gejala infeksi sistematik dan lokal</li> <li>• Dorong pasien istirahat yang cukup</li> </ul>

4		<p>Resiko Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan Kurangnya pengetahuan klien tentang nutrisi kebutuhan ibu menyusui</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan kurang mengetahui tentang pemenuhan kebutuhan nutrisi</li> <li>• Klien mengatakan tidak mengetahui pentingnya kebutuhan nutrisi pada ibu menyusui</li> <li>• Klien mengatakan tidak mengetahui makanan apa yang harus dikonsumsi untuk ibu menyusui.</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mampu menambah pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi ibu mmenyusui dengan kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi pada ibu menyusui</li> <li>• Tidak terjadi penurunan berat badan</li> <li>• Klien dapat menyebutkan akibat dari kekurangan nutrisi</li> </ul>	<p>Management nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaji tingkat pengetahuan klien tentang kebutuhan nutrisi ibu menyusui</li> <li>• Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake</li> <li>• Jelaskan pada klien tentang pentingnya nutrisi</li> <li>• Monitor adanya penurunan berat badan</li> <li>• Jelaskan pada klien nutrisi yang dibutuhkan pada ibu menyusui</li> <li>• Anjurkan klien untuk meningkatkan protein dan vitamin c</li> <li>• Kolaborasi dengan ahli gizi</li> </ul>
---	--	--	--	---

		<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak tidak mengetahui tentang kebutuhan nutrisi</li> <li>• Klien tampak bingung ketika ditanya</li> <li>• BB 165 KG</li> </ul>		
--	--	--	--	--

5		<p>Kurang pengetahuan berhubungan dengan pemasangan kontrasepsi</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan tidak ingin menambah anak lagi</li> <li>• Klien mengatakan tidak tahu KB apa yang harus di pakai</li> <li>• Klien mengatakan tidak tahu</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pengetahuan Klien meningkat dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang metode kontrasepsi yang efektif untuk ibu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien</li> <li>• Berikan penyuluhan tentang metode kontrasepsi yang efektif untuk ibu.</li> <li>• Jelaskan macam-macam tentang KB</li> <li>• Jelaskan keuntungan pema</li> </ul>
---	--	---	---	--

		<p>keuntungan pemakaian KB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan tidak tahu macam-macam KB</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien sering bertanya KB apa yang bagus dipakai setelah melahirkan melalui SC</li> <li>• Klien melakukan SC untuk yang ke empat kalinya</li> <li>• Umur klien dalam kategori beresiko untuk hamil kembali yaitu 34 tahun.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien dan keluarga mau menjadi akseptur KB</li> <li>• Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya</li> </ul>	<p>kaian KB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Motifasi klien untuk memakai KB yang efektif untuknya.</li> </ul>
--	--	--	--	--

### 3.1.4 IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

NO	HARI/ TANGGAL	NO DX	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1	Rabu/ 06-06-2018	I	10.15	<p>Management nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi</li> <li>• Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</li> <li>• Meningkatkan istirahat</li> <li>• Memonitor tanda-tannda vital</li> <li>• Menganjurkan teknik relaksasi</li> <li>• Mengkolaborasi dalam pemberian analgetik</li> </ul>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan nyeri pada bagian nyeri jahitan post SC</li> <li>• Klien mengatakan nyeri makin terasa saat bergerak</li> <li>• Klien mengatakan tidak nyaman pada luka jahitan post SC</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak gelisah</li> <li>• Klien tampak meringis saat mengubah posisi</li> <li>• Skala nyeri 5</li> <li>• TD: 120/70</li> <li>• S : 36,8 ° C</li> <li>• N : 82 x/i</li> </ul>	

					<p>R : 20 x/i</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajarkan teknik relaksasi</li> <li>• memantau TTV</li> </ul>	
2	Rabu/ 06-06-2018	II	10.15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mammpu dilakukan</li> <li>• Membantu klien untuk mengembangkan motivasi diri dann penguatan</li> <li>• Memonitor respon,fisik,emosi social, dan spritual</li> <li>• Menganjurkan klien untuk istirahat</li> <li>• Membantu klien uuntuk memenuhi aktivitas sehari-hari</li> <li>• Meningkatkan aktifitas</li> </ul>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan badan terasa berat</li> <li>• Klien mengatakan sulit bergerak</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak sulit bergerak</li> <li>• Klien tampak lemah</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengevaluasi teknik mobilisasi</li> <li>• Mengevaluasi posisi klien miring kiri, miring kanan,duduk dan berjalan</li> </ul>	



				secara bertahap	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengevaluasi keadaan klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan</li> </ul>	
3	Rabu/ 06-06-2018	III	10.15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mempertahankan teknik aseptik</li> <li>• Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan</li> <li>• Memberikan terapi antibiotik</li> <li>• Meningkatkan intake nutrisi</li> <li>• Memonitor tanda dan gejala infeksi sistematik dan lokal</li> <li>• Mendorong pasien istirahat yang cukup</li> </ul>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan takut infeksi pada luka post SC</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Luka post sc klien belum tampak karna masih ditutupi verban</li> <li>• TD: 120/70</li> <li>• S : 36,8 °C</li> <li>• N : 82 x/i</li> <li>• R : 20 x/i</li> <li>• Wbc : 19,05 (10<sup>3</sup>/ul)</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Injeksi ceftriaxone</li> <li>• Injeksi metronidazol</li> </ul>	

					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Injeksi vit k</li> <li>• Menganjurkan ibu untuk meningkatkan intake cairan</li> <li>• Mengevaluasi klien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan</li> </ul>	
<b>4</b>	<b>Rabu/ 06-06-2018</b>	<b>IV</b>	<b>10.15</b>	<p>Management nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengkaji tingkat pengetahuan klien tentang kebutuhan nutrisi ibu menyusui</li> <li>• menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake</li> <li>• Menjelaskan pada klien tentang pentingnya nutrisi</li> <li>• Memonitor adanya penurunan berat badan</li> <li>• Menjelaskan pada klien nutrisi yang dibutuhkan pada ibu</li> </ul>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan kurang mengetahui tentang kebutuhan nutrisi</li> <li>• Klien mengatakan tidak mengetahui pentingnya kebutuhan nutrisi pada ibu menyusui</li> <li>• Klien mengatakan tidak mengetahui makanan apa yang harus dikonsumsi untuk ibu menyusui.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak kurang mengetahui</li> </ul>	

				<p>menyusui</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengajukan klien untuk meningkatkan protein dan vitamin c</li> <li>• Mengkolaborasi dengan ahli gizi</li> </ul>	<p>kebutuhan nutrisi pada ibu menyusui</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak bingung ketika ditanya</li> <li>• BB 165 KG</li> </ul> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengevaluai pengetahuan klien tentang pentingnya nutrisi pada ibu menyusui.</li> </ul>	
5	Rabu/ 06-06-2018	V	12.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memberikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien</li> <li>• Memberikan penyuluhan tentang metode kontrasepsi yang efektif untuk ibu</li> <li>• Menjelaskan macam-macam tentang metode KB</li> <li>• Menjelaskan keuntungan pemakaian KB</li> <li>• Memotifasi klien untuk memakai KB yang efektif untuknya</li> </ul>	<p><b>DS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan tidak ingin memiliki anak lagi</li> <li>• Klien mengatakan tidak tahu KB apa yang harus di pakai</li> <li>• Klien mengatakan tidak tahu keuntungan pemakaian KB</li> <li>• Klien mengatakan tidak tahu macam-macam KB</li> </ul> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien sering bertanya KB apa yang bagus dipakai setelah melahirkan melalui SC</li> </ul>	

					<ul style="list-style-type: none"><li>• Klien melakukan SC untuk yang ke empat kalinya</li><li>• Umur klien dalam kategori beresiko untuk hamil kembali yaitu 34 tahun</li></ul> <p>A: Masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mengevaluasi tingkat pengetahuan pasien tentang metode kontrasepsi yang efektif.</li><li>• Mengevaluasi pengetahuan pasien untuk pemakaian KB yang efektif untuknya</li></ul>	
--	--	--	--	--	--	--

### 3.1.15 IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

NO	HARI/ TANGGAL	NO DX	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1	Kamis / 07-06-2018	I	09.15	<p>Management nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengevaluasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</li> <li>• Meningkatkan istirahat</li> <li>• Memantau tanda-tanda vital</li> <li>• Menganjurkan teknik relaksasi</li> </ul>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan nyeri pada bekas luka SC</li> <li>• Klien mengatakan nyeri pada bagian perut</li> <li>• Klien mengatakan nyeri pada bagian ari-ari dan sakit saat BAK</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak meringis sambil memegang area nyeri saat duduk dan berjalan</li> <li>• TD: 120/80 S : 36,5 ° C N : 80 x/i R : 20 x/i</li> </ul>	

					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Skla nyeri 4</li> </ul> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajarkan teknik relaksasi</li> <li>• Memantau TTV</li> <li>• Injeksi ranitidin 2x1</li> </ul>	
<b>2</b>	<b>Kamis / 07-06-2018</b>	<b>II</b>	<b>9.15</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengevaluasi keadaan klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan</li> <li>• Mengevaluasi respon fisik, emosi social, dan spritual</li> <li>• Menganjurkan klien untuk istirahat</li> <li>• Membantu klien untuk memenuhi aktivitas sehari-hari</li> </ul>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan badan sudah bisa digerakkan</li> <li>• Klien mengatakan sudah mampu berjalan sedikit-sedikit</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien sudah mampu melakukan aktivitas secara perlahan</li> </ul> <p><b>A : Sebagian masalah sudah teratasi</b></p> <p><b>P : intervensi dilanjutkan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengevaluasi klien untuk</li> </ul>	

					<p>memenuhi aktivitas sehari-hari</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengevaluasi klien untuk meningkatkan aktifitas secara bertahap</li> </ul>
<b>3</b>	<b>Kamis / 07-06-2018</b>	<b>III</b>	<b>9.15</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mempertahankan teknik aseptik</li> <li>• Memberikan terapi antibiotik</li> <li>• Mengevaluasi intake nutrisi klien</li> <li>• Mengevaluasi tanda dan gejala infeksi sistematik dan lokal</li> <li>• Mendorong pasien istirahat yang cukup</li> </ul>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan nyeri pada bekas jahitan</li> <li>• Klien mengatakan kapan balutan diganti</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Luka klien tampak basah</li> <li>• Tampak ada cairan darah keluar dari bekas jahitan</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>P :</b>Intervesnsi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengganti balutan 2 kali sehari</li> <li>• Mengevaluasi tanda dan gejala infeksi</li> </ul>

					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memantau TTV</li> <li>• Injeksi ceftriaxon 2x1 gr</li> <li>• Patral 3x1 tab</li> <li>• Vit c 3x1 tab</li> </ul>	
<b>4</b>	<b>Kamis / 07-06-2018</b>	<b>IV</b>	<b>9.15</b>	<p>Management nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengevaluasi tingkat pengetahuan klien tentang kebutuhan nutrisi ibu menyusui</li> <li>• Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake</li> <li>• Menganjurkan klien untuk meningkatkan protein dan vitamin c</li> </ul>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan sudah mengetahui tentang pentingnya nutrisi bagi ibu menyusui</li> <li>• Klien mengatakan menghabiskan porsi yang telah disediakan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tampak mengetahui apa itu kebutuhan nutrisi</li> <li>• klien tampak menghabiskan porsi yang disediakan</li> <li>• BB: 165 kg</li> </ul> <p>A: Sebagian masalah sudah teratasi</p>	



					<p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengevaluasi klien dalam meningkatkan intake dan output</li> </ul>	
5	Kamis / 07-06-2018	V	9.15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengevaluasi tingkat pengetahuan pasien tentang metode kontrasepsi yang efektif untuk ibu</li> <li>• Mengevaluasi pengetahuan pasien untuk pemakaian KB yang efektif untuknya</li> </ul>	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan sudah tahu KB apa yang harus dipakai</li> <li>• Klien mengatakan akan memilih KB kontak steril</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak mengetahui tentang KB</li> <li>• Klien sudah memilih KB apa yang akan dipakai nanti</li> <li>• Klien akan memakai KB kontak steril</li> </ul> <p>A: Masalah sudah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	

### 3.1.15 IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

NO	HARI/ TANGGAL	NO DX	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1	Jum'at / 08-06-2018	I	10.15	<p>Management nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meningkatkan istirahat</li> <li>• Memantau tanda-tanda vital</li> <li>• Mengajarkan teknik relaksasi</li> </ul>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tampak tenang</li> <li>• skala nyeri 2</li> <li>• TD: 120/80</li> </ul> <p>S : 36,5 °C</p> <p>N : 80 x/i</p> <p>R : 20 x/i</p> <p><b>A :</b> Sebagian Masalah Teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dihentikan karena klien telah diizinkan pulang oleh dokter</p>	

2	Jum'at / 08-06-2018	II	10.15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengevaluasi klien untuk memenuhi aktivitas sehari-hari</li> <li>• Mengevaluasi klien untuk meningkatkan aktifitas secara bertahap</li> </ul>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tampak melakukan aktivitas secara mandiri</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• karena klien telah diizinkan pulang oleh dokter</li> </ul>	
3	Jum'at / 08-06-2018	III	10.15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengevaluasi tanda dan gejala infeksi</li> <li>• Mengganti verban</li> <li>• Memantau TTV</li> </ul>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan nyeri pada bekas jahitan mulai berkurang</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bekas jahitan tampak kering tidak ada keluar cairan</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi</p>	

					<p>P : Intervensi dihentikan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien telah diizinkan pulang oleh dokter dan melakukan kontrol pada hari Rabu tanggal 13 juni 2018</li> <li>• Mengajarkan klien cara perawatan luka dirumah</li> <li>• Menganjurkan klien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh bekas luka</li> </ul>	
<b>4</b>	<b>Jum'at / 08-06-2018</b>	<b>IV</b>	<b>10.15</b>	<p>Management nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengevaluasi tentang pentingnya nutrisi pada ibu menyusui</li> <li>• Menganjurkan klien untuk meningkatkan protein dan vitamin c</li> </ul>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan sudah mengetahui tentang kebutuhan nutrisi pada ibu menyusui</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak paham tentang pentingnya nutrisi pada ibu menyusui</li> </ul> <p><b>A : Masalah teratasi</b></p>	

					<p>P : Intervensi dihentikan</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Karena Klien telah diizinkan pulang oleh dokter</li><li>• Menganjurkan klien untuk mengkonsumsi buah dan sayuran dirumah</li></ul>	
--	--	--	--	--	---	--

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Selama penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada Klien Ny.M dengan post section caesarea dengan indikasi CPD rawat inap kebidanan rumah sakit DR.Ahcmad Mochtar Bukittinggi,pada tanggal 06 juni 2018. Beberapa hal yang harus di bahas disini penulis juga menemukan beberapa factor pendukung dan factor penghambat dari kasus yang penulis ambil.

Dalam penerapan kasus keperawatan tersebut,penulis telah berusaha mencoba menerapkan dan mengaplikasikan proses Asuhan Keperawatan pada klien Post Section Caesarea sesuai dengan teori-teori yang ada untuk melihat lebih jelasnya sejauh mana kegiatan dilakukan serta keberhasilan yang dicapai akan diuraikan sesuai dengan proses keperawatan ,dimulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah merupakan tahap yang sistematis dalam mengumpulkan data tentang individu, keluarga, dan kelompok ( Carpenito & Moyet, 2007)

Dalam melakukan pengkajian pada klien data didapatkan dari klien, beserta keluarga, catatan medis serta tenaga kesehatan lain.

##### **4.1.1 Identitas Klien**

Dalam tinjauan teoritis melakukan pengkajian kasus pada klien, penulis menemukan data identitas nama klien,jenis kelamin klien,umur,agama,pendidikan,pekerjaan,alamat,tanggal masuk klien,tanggal pengkajian,diagnosa

didalam teori dan kasus dalam identitas klien sama sedangkan menurut (Rohmah dan walid ,2012) identitas klien pada ibu post SC dengan indikasi CPD sama dengan tinjauan teoritis dan tinjauan kasus yang penulis temukan sama. Pada tinjauan kasus identitas yang didapat ialah Nama/Initial: Ny.M,No MR:366454,Umur:34 tahun,Ruang Rawat:KB Rawatan,Jenis Kelamin:Perempuan,Tanggal Masuk:04-06-2018,status:Kawin,Agama:Islam Pekerjaan:Ibu rumah tangga Pendidikan: SD,Alamat: Kamang Mudiak Pasar Senayan. Penanggung Jawab atas ny.M ialah Nama:Alfa Edisison,Umur:46 tahun,Hub. Keluarga: Suami,Pekerjaan : Tani.

#### **4.1.2 Keluhan utama**

Pada keluhan utama dalam tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus tidak selalu sama karena di dalam tinjauan teoritis mencankup alasan utama pasien masuk rumah sakit sedangkan menurut (verney.2008) keluhan utama pada ibu post SC dengan indikasi CPD sama dengan tinjauan teoritis dan tinjauan kasus yang penulis dapatkan.Pada tinjauan kasus penulis menemukan keluhan utama klien masuk rumah sakit yaitu klien datang ke poli kebidanan dengan G4P3A0H2 Gravid aterm + bekas SC 3x. 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 jarak melakukan persalinan melalui SC dengan indikasi CPD 12 jam, didalam kasus didapatkan persalinan melalui SC jaraknya 12 jam dan tidak ada perbedaan.

### **4.1.3 Riwayat Kesehatan Dahulu**

Pada tinjauan teoritis dan tinjauan kasus tidak selalu sama pada tinjauan teoritis dijelaskan apakah klien sebelumnya pernah mengalami 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. Menurut Ambarwati(2008) riwayat kesehatan dahulu pada ibu post SC dengan indikasi CPD sesuai dengan data yang didapat oleh penulis.

Sedangkan pada tinjauan kasus ditemukan klien sebelumnya sudah pernah masuk rumah sakit Dr.Ahcmad Mokhtar ,terakhir klien dirawat pada tahun 2014 karna klien melakukan operasi Sc dengan indikasi CPD (panggul sempit) untuk yang ketiga kalinya.

### **4.1.4 Riwayat kesehatan keluarga**

Pada pengkajian teoritis riwayat kesehatan keluarga ada yang mengalami riwayat SC dengan indikasi letak sungsang, panggul sempit, dan ada riwayat SC sebelumnya. Bisa kita lihat juga melalui genogram. Namun pada tinjauan kasus penulis menemukan bahwa tidak ada keluarga klien yang pernah melahirkan melalui operasi SC .

### **4.1.5 Pemeriksaan fisik**

Pemeriksaan fisik pada teoritis dan pada kasus sama karena pemeriksaan fisik penting untuk menentukan keadaan pasien. Sedangkan pemeriksaan fisik menurut (Yulia fauziyah.2012) pada ibu post Sc dengan indikasi



CPD sama dengan pemeriksaan fisik pada teoritis dan kasus yang didapat oleh penulis. Pemeriksaan fisik pada teori mengacu pada pemeriksaan head to toe, pemeriksaan umum, tingkat kesadaran serta TTV (TD:120/70 mmHg, N:82x/i, P:20x/i

,S:36,8<sup>0</sup>C). 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 dihari pertama dan kedua siap operasi yaitu adanya tanda-tanda infeksi namun setelah dilakukan perawatan luka selama 2x 24 jam keadaan luka sudah kering di hari ketiga tidak tampak adanya tanda-tanda infeksi, rectus abdomen: Panjang 10 cm, lebar 8cm, Involusi uterus : Normal, TFU : 2 jari dibawah pusat, Kontraksi :baik. Genitalia bagian Lochea merah segar, Jenis lochea :Rubra. Didalam kasus pemeriksaan fisik yang bermasalah yaitu abdomen dan genitalia, sedangkan didalam teori pemeriksaan fisik yang bermasalah sesuai pada pemeriksaan fisik pada kasus.

#### **4.16 Data Penunjang**

pada tinjauan teoritis pemeriksaan data penunjang yaitu pemeriksaan laboratorium berupa Hb, leukosit, USG : menentukan usia kehamilan,indek cairan amnion.

Sedangkan pada tinjauan kasus dapat penulis temukan pemeriksaan laboratorium Ny.M sebelum dan sesudah melakukan operasi SC. Pemeriksaan pertama yaitu sebelum melakukan Operasi SC jumlah HGB,

RBC,HCT,WBC dalam batas normal. Pada pemeriksaan laboratorium yang kedua setelah Ny.M melakukan operasi SC hasil pemeriksaan laboratorium HGB,RBC,HCT masih dalam keadaan normal. Namun ada peningkatan pada WBC dengan jumlah 19,05 ( $10^3$ /ul).

Secara teoritis normal Leukosit yaitu 5,0-10.0 ( $10^3$ /ul). Sedangkan pada Ny.M dapat kita lihat adanya perubahan atau peningkatan leukosit sebelum dan sesudah melakukan operasi SC. Dapat kita lihat disini bahwa Ny.M mengalami resiko infeksi yang ditandai dengan peningkatan leukosit sebelum dan sesudah melakukan SC. Secara konsep (carpenito 2013,hal 291) penyebab resiko infeksi adalah keadaan dimana seseorang individu beresiko terserang oleh patogen(virus,jamur,bakteri). Infeksi juga bisa terjadi karena habis tindakan-tindakan yang tidak sesuai dengan SOP atau asuhan keperawatan tentang teknik Aseptik yang tidak steril, SC berulang, peningkatan suhu tubuh atau demam tinggi. Namun selama penulis dinas tiga hari diruang rawat inap kebidanan Rsud Dr.Ahmad Mokhtar tidak ada tanda-tanda demam tinggi pada Ny.M dan penulis juga mendapatkan informasi bahwa Ny.M sudah melakukan Operasi SC yang keempat kalinya dengan indikasi CPD bisa jadi resiko infeksi yang terjadi pada Ny.M lantaran riwayat Sc berulang. Namun Ny.M tidak melakukan pemeriksaan ulang labor yang kedua setelah melakukan operasi SC jadi penulis tidak mengetahui apakah leukosit pada Ny.M sudah mengalami penurunan atau kembali normal karna pada hari ketiga pada tanggal 08 juni 2018 Ny.M sudah diizinkan pulang oleh dokter dan dokter menganjurkan Ny.M untuk melakukan kontrol ulang kepuskesmas atau

kepoli kebidanan lima hari setelah Ny.M pulang untuk melihat keadaan bekas jahitan Post SC pada Ny.M.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Pada tinjauan teoritis ditemukan 9 diagnosa keperawatan sedangkan pada tinjauan kasus ditemukan 5 diagnosa yang ditegakkan.

Diagnosa yang timbul pada tinjauan kasus adalah :

1. Nyeri berhubungan dengan agens cedera fisik

Secara konsep Nyeri adalah keadaan ketika individu mengalami ketidaknyaman yang hebat atau sensasi yang tidak menyenangkan carpenito (2013. Hal: 85). Penulis menegakkan diagnosa nyeri berhubungan agens cedera fisik karena pada tanggal 06 junin 2018. Ditemukan data bahwa klien mengatakan nyeri pada bekas operasinya SC, Secara objektif klien tampak meringis saat mengubah posisi dengan skala nyeri 5. Nyeri disebabkan karena adanya prosedur pembedahan. Prosedur pembedahan tersebut menimbulkan rasa nyeri karena terdapat luka jahitan. Diagnosa ini penulis prioritaskan sebagai diagnosa yang utama karena klien sering mengeluh nyeri. Maka dari itu harus segera dilakukan tindakan pengurangan nyeri.

2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan mobilitas fisik

Secara konsep mobilitas fisik yang dialami oleh klien adalah keterbatasan dalam pergerakan fisik mandiri dan terarah pada tubuh atau satu ekstremitas atau lebih(Wilkinson dan Albert ,2013). Penulis menegakkan diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan

mobilitas fisik karena pada tanggal 06 juni 2018 ditemukan data bahwa klien mengatakan badan terasa berat, dan klien mengatakan sulit bergerak secara objektif klien tampak sulit bergerak, klien tampak lemah. Hambatan intoleransi aktifitas berhubungan dengan mobilitas fisik disebabkan karena adanya nyeri pada klien sehingga mobilitas fisik terganggu.

Penulis mengangkat diagnosa intoleransi aktifitas berhubungan dengan mobilitas fisik sebagai diagnosa yang kedua karena inti dari permasalahan intoleransi aktifitas ini adalah adanya nyeri pada klien sehingga mobilitas fisik terganggu. Apabila nyeri klien sudah teratasi mobilitas klien pun akan menjadi aktif kembali.

### 3. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan

Secara konsep resiko infeksi adalah keadaan dimana seseorang individu beresiko terserang oleh patogen(Virus,Jamur,Bakteri) menurut (Carpenito ,2013 hal :291). Penulis menegakkan diagnosa Resiko infeksi berhubungan dengan Trauma jaringan karena pada Tanggal 06 juni 2018 ditemukan data klien mengatakan takut infeksi pada luka post SC. Secara objektif luka post SC klien belum tampak karena masih ditutupi verban.

Diagnosa ini penulis prioritaskan sebagai diagnosa yang ketiga karena terdapat tanda dan gejala resiko infeksi. penulis juga menemukan hasil pemeriksaan laboratorium sebelum dan sesudah melakukan operasi

SC. Sebelum melakukan operasi SC hasil pemeriksaan laboratorium dalam batas normal, Namun setelah melakukan operasi Sc terjadi perubahan yaitu peningkatan pada WBC klien dengan jumlah 19,05 ( $10^3/ul$ ) . pada hari kedua rawatan tanggal 07 juni 2018 setelah klien melakukan operasi SC terdapat cairan darah keluar dari bekas jahitan dan luka klien tampak basah serta dilakukan perawatan luka dann ganti balutan 2x dalam sehari. Namun pada hari ketiga rawatan tanggal 08 juni 2018 keadaan bekas luka jahitan pada Ny.M sudah tampak kering tidak ada lagi cairan yang keluar.

4. Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan Kurangnya pengetahuan ibu tentang nutrisi kebutuhan ibu menyusui

Secara konsep keseimbangan nutrisi pada ibu menyusui sangat penting Dapat diartikan bahwa konsumsi makaann ibu menyusui harus memenuhi kebutuhan untuk dirinya sendiri dan untuk pertumbuhan serta perkembangan bayinya. Gizi seimbang pada saat menyusui merupakan sesuatu yang penting bagi ibu menyusui karena sangat erat kaitannya dengan produksi air susu proses laktasi selama enam bulan ibu harus memberikan ASI Eksklusif tanpa susu bantuan.

Penulis mengangkat dignosa Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan Kurangnya pengetahuan ibu tentang nutrisi kebutuhan ibu menyusui sebagai diagnosa keempat atau diagnosa tambahan karena pada saat penulis melakukan pengkajian pada tangga 06 juni 2018 didapatkan data klien mengatakan kurang mengetahui tentang

memenuhi kebutuhan nutrisi secara objektif klien tampak bingung ketika ditanya. Selain intake dan output ibu juga harus banyak mengkonsumsi buah dan sayuran dalam porsi yang lebih banyak serta ibu juga harus banyak mengkonsumsi vitamin untuk mencegah terjadinya resiko infeksi. Pada diagnosa keempat didalam kasus tidak ditemukan dalam diagnosa teori, karena masalah dalam diagnosa keempat saat dilakukan pengkajian didapatkan menegakkan diagnose sesuai dengan keadaan klien dan tidak ditemukan dalam diagnosa teori.

5. Kurang pengetahuan berhubungan dengan pemakaian kontra sepsi

Secara konsep KB merupakan upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia, sejahtera (Wiyono, 1997). Sedangkan pada tinjauan kasus alasan penulis mengangkat diagnosa ini adalah karena pada saat penulis melakukan pengkajian pada Ny.M penulis mendapat data bahwa Ny.M berusia 34 tahun dan sudah melakukan SC keempat kalinya sebagaimana kita mengetahui bahwa SC hanya bisa dilakukan sebanyak tiga kali. Sedangkan Ny.M sudah melakukan SC empat kali. Kemungkinan ini sangat beresiko kepada Ny.M.

Diagnosa selebihnya tidak ditemukan pada tinjauan kasus ,karena diagnosa tersebut tidak memiliki data pendukung. Beberapa diagnosa yang ada pada teoritis tetapi tidak ada ditemukan pada tinjauan kasus adalah konstipasi berhubungan dengan tonus otot, Kecemasan berhubungan Dengan Faktor keturunan(, Krisis situasional, Stress, perubahan status kesehatan, ancaman kematian, perubahan konsep diri, kurang pengetahuan dan hospitalisasi), Ketidakefektifan pemberian ASI b/d Pengeluaran asi yang belum lancer, Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan gangguan menelan/(intake kurang, diaphoresis), Perubahan proses keluarga b/d perkembangan transisi/peningkatan anggota keluarga, Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakefektifan pola minum bayi.

Alasan penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut adalah bahwa tidak ada satupun data dari klien yang mendukung untuk mengangkat diagnosa tersebut. Ada satu diagnosa tidak terdapat didalam diagnosa teori karena saat dilakukan pengkajian kita mendapatkan menegakkan diagnose sesuai dengan keadaan klien. 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 4 diagnosa.

### 4.3 Rencana Asuhan Keperawatan

Dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan kepada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan, tidak semua rencana tindakan pada tinjauan teoritis 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 sesuai dengan Nanda, Noc, dan Nic yaitu :

#### 1. Nyeri berhubungan dengan agens cedera fisik

Didalam tinjauan teori dikatakan bahwa intervensi:

- 1) lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, dan frekuensi
- 2) observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan
- 3) tingkatkan istirahat
- 4) monitor tanda-tanda vital
- 5) anjurkan teknik relaksasi dengan cara tarik nafas dalam
- 6) kolaborasi dalam pemberian analgetik

Sedangkan pada tinjauan kasus dari masalah keperawatan nyeri akut penulis telah membuat rencana yang sesuai yaitu ada lima cara melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meningkatkan istirahat, Memonitor tanda-tanda vital

,Menganjurkan tehnik relaksasi dengan cara tarik nafas dalam, Mengkolaborasi dalam pemberian analgetik. Setelah rencana dilakukan oleh penulis Sudah tampak kemajuan pada Ny.M pada hari



kedua dan ketiga Ny.M sudah mampu melakukan aktivitas secara mandiri berarti tidak perlu melakukan intervensi yang lain karena mengingat waktu dinas yang singkat yakni tiga hari.

## 2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan mobilitas fisik

Didalam tinjauan teori dikatakan bahwa intervensi:

- 1) Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan
- 2) Bantu klien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan
- 3) Monitor respon fisik, emosi, sosial, dan spiritual
- 4) Bantu klien untuk memenuhi aktivitas sehari-hari
- 5) Tingkatkan aktivitas secara bertahap

Sedangkan pada tinjauan kasus dari masalah keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan mobilitas fisik penulis telah membuat rencana yang sesuai dengan tinjauan teoritis dengan kasus yang didapatkan. Setelah rencana yang dilakukan oleh penulis sudah tampak kemajuan pada Ny.M pada hari kedua dan ketiga Ny.M sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri. Berarti tidak perlu melakukan intervensi yang lain karena mengingat waktu dinas yang singkat yakni tiga hari.

## 3. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan

Didalam tinjauan teori dikatakan bahwa intervensi:

- 1) Pertahankan teknik aseptik

- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan
- 3) Berikan terapi antibiotik
- 4) Tingkatkan intake nutrisi
- 5) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal
- 6) Dorong pasien istirahat yang cukup dirumah

Sedangkan pada tinjauan kasus dari masalah keperawatan Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan penulis telah membuat rencana yang sesuai kepada Ny.M yaitu mempertahankan teknik aseptik, Memberikan terapi antibiotik, Meningkatkan intake nutrisi, Memonitor tanda dan gejala infeksi, Mendorong pasien istirahat yang cukup. Setelah rencana yang dilakukan oleh penulis sudah tampak kemajuan pada Ny.M pada hari kedua rawatan tanggal 07 juni 2018 setelah Ny.M melakukan operasi penulis mengevaluasi keadaan bekas luka jahitan Ny.M terdapat cairan darah yang keluar dari bekas luka jahitan tersebut dan penulis melakukan perawatan luka dan mengganti balutan Ny.M 2X sehari . pada hari ketiga 08 juni 2018 penulis mengevaluasi kembali keadaan bekas luka jahitan pada Ny.M sudah mulai kering tidak ada lagi cairan yang keluar dari bekas luka jahitan SC berarti tidak ada lagi muncul tanda dan gejala infeksi, tidak perlu melakukan intervensi yang lain karna mengingat waktu dinas yang singkat yakni tiga hari dan klien sudah diizinkan pulang oleh dokter .

4. Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan Kurangnya pengetahuan ibu tentang nutrisi kebutuhan ibu menyusui

Didalam tinjauan teori dikatakan bahwa intervensi:

- 1) Kaji tingkat pengetahuan klien tentang kebutuhan nutrisi ibu menyusui
- 2) Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake
- 3) Jelaskan pada klien tentang pentingnya nutrisi
- 4) Monitor adanya penurunan berat badan
- 5) Jelaskan pada klien nutrisi yang dibutuhkan pada ibu menyusui
- 6) Anjurkan klien untuk meningkatkan protein dan vitamin C
- 7) Kolaborasi dengan ahli gizi
- 8) Berikan penyuluhan tentang kebutuhan nutrisi ibu menyusui

Sedangkan pada tinjauan kasus dari masalah keperawatan Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan Kurangnya pengetahuan ibu tentang nutrisi kebutuhan ibu menyusui penulis telah membuat rencana yang sesuai terhadap Ny.M sesuai dengan tinjauan teoritis . setelah rencana yang dilakukan oleh penulis serta penyuluhan yang diberikan oleh penulis terhadap Ny.M. Pada tanggal 07 juni – 08 juni 2018 dihari kedua dan ketiga rawatan penulis mengevaluasi kembali tentang pengetahuan ibu tentang pentingnya nutrisi bagi ibu menyusui, Sudah tampak kemajuan pada Ny.M , Ny.M sudah mengetahui dan mampu menjelaskan kembali tentang pentingnya kebutuhan nutrisi pada ibu menyusui dan bahaya kurangnya nutrisi pada ibu menyusui. berarti tidak perlu melakukan intervensi yang lain karna mengingat waktu dinas yang singkat yakni tiga hari.

1. Kurang pengetahuan berhubungan dengan pemakaian kontra sepsi

Didalam tinjauan teori dikatakan bahwa intervensi:

- 1) Kaji pengetahuan klien tentang KB
- 2) Berikan penyuluhan tentang KB
- 3) Jelaskan macam-macam tentang KB
- 4) Jelaskan keuntungan pemakaian KB
- 5) Jelaskan untuk pemakaian KB Seharusnya dipuskesmas atau dipoli kebidanan
- 6) Motivasi klien untuk memakai KB

Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan yang dilakukan mencakup semua yang ada di tinjauan teori. Pada hari pertama penulis melakukan penyuluhan terhadap ibu post SC dan hari kedua penulis mengevaluasi pengetahuan pasien tentang pemasangan kontrasepsi. Pada hari kedua semua masalah teratasi karna pasien paham tentang keuntungan pemasangan KB serta pasien sudah memilih KB apa yang akan dipasang nanti.

Pada diagnosa keempat dan kelima didalam kasus tidak ditemukan dalam diagnosa teori, karena masalah dalam diagnosa keempat saat dilakukan pengkajian didapatkan menegakkan diagnose sesuai dengan keadaan klien dan tidak ditemukan dalam diagnosa teori. Pada diagnosa pertama, kedua dan ketiga merupakan diagnosa yang muncul pada kasus. Intervensi kasus pada diagnosa tersebut sama dengan intervensi pada teori.

#### 4.4 Implementasi

Setelah rencana tindakan ditetapkan ,maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata,dalam melakukan pengkajian pada klien dengan post section caesarea tidaklah mudah,penulis harus bisa mengatur strategi untuk klien agar asuhan keperawatan dapat terlaksana,pertama sekali penulis melakukan pendekatan pada klien dan menggali informasi, menumbuhkan rasa percaya agar klien mau untuk melaksanakan apa yang perawat anjurkan ,agar seluruh rencana asuhan keperawatan yang dilaksanakan sesuai dengan masalah yang dihadapi oleh klien.

##### 2. Nyeri berhubungan dengan agens cedera fisik

- 1) Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi,karakteristik,durasi,dan frekuensi
- 2) Meningkatkan istirahat
- 3) Memonitor tanda-tanda vital
- 4) Menganjurkan teknik relaksasi dengan cara tarik nafas dalam
- 5) Mengkolaborasi dalam pemberian analgetik

Pada hari pertama implementasi dilakukan masalah belum teratasi. Penulis melanjutkan implementasi pada hari kedua sesuai dengan rencana yang sudah disusun oleh penulis setelah dievaluasi sebagian masalah masih belum penulis masih melanjutkan rencana tindakan yang sesuai dengan keadaan Ny.M dan pada hari ketiga rawatan sebagian masalah Ny.M sudah teratasi dengan data yang didapat Ny.M mengatakan nyeri sudah mulai berkurang secara objektif klien tampak tenang dan sudahizinkan pulang oleh dokter.

### 3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan mobilitas fisik

Didalam tinjauan teori dikatakan bahwa intervensi:

- 1) Membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan
- 2) Membantu klien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan
- 3) Memonitor respon fisik ,emosi, sosial, dan sprituaal
- 4) Membantu klien untuk memenuhi aktivitas sehari-hari
- 5) Meningkatkan aktivitas secara bertahap

Pada hari pertama implementasi dilakukan masalah belum teratasi. Penulis melanjutkan implementasi pada hari kedua sesuai dengan rencana yang sudah disusun oleh penulis setelah dievaluasi sebagian masalah sudah teratasi. penulis masih melanjutkan rencana tindakan yang sesuai dengan keadaan Ny.M pada hari ketiga rawatan sebagian masalah Ny.M sudah teratasi dengan data yang didapat Ny.M mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri , secara objektif klien tampak melakukan aktivitas secara mandiri dan sudahizinkan pulang oleh dokter.

### 4. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan

Didalam tinjauan teori dikatakan bahwa intervensi:

- 1) Mempertahankan teknik aseptik
- 2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan

- 3) Memberikan terapi antibiotik
- 4) Meningkatkan intake nutrisi
- 5) Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal
- 6) Mendorong pasien istirahat yang cukup dirumah

Pada hari pertama implementasi dilakukan masalah belum teratasi. Penulis melanjutkan implementasi pada hari kedua sesuai dengan rencana yang sudah disusun oleh penulis setelah dievaluasi keadaan bekas luka jahitan pada Ny.M tampak keluar cairan darah penulis melakukan perawatan luka serta mengganti balutan 2x sehari pagi dan sore masalah belum teratasi. penulis masih melanjutkan rencana tindakan yang sesuai dengan keadaan Ny.M pada hari ketiga rawatan masalah Ny.M sudah teratasi dengan data yang didapat secara objektif bekas jahitan post SC tampak kering tidak ada keluar cairan dan sudahizinkan pulang oleh dokter.

5. Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan Kurangnya pengetahuan ibu tentang nutrisi kebutuhan ibu menyusui

Didalam tinjauan teori dikatakan bahwa intervensi:

- 1) Mengkaji tingkat pengetahuan klien tentang kebutuhan nutrisi ibu menyusui
- 2) Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake
- 3) Menjelaskan pada klien tentang pentingnya nutrisi
- 4) Memonitor adanya penurunan berat badan

- 5) Menjelaskan pada klien nutrisi yang dibutuhkan pada ibu menyusui
- 6) Meganjurkan klien untuk meningkatkan protein dan vitamin C
- 7) Mengkolaborasi dengan ahli gizi
- 8) Memberikan penyuluhan tentang kebutuhan nutrisi ibu menyusui

Pada hari pertama implementasi dilakukan masalah belum teratasi. Penulis melanjutkan implementasi pada hari kedua sesuai dengan rencana yang sudah disusun oleh penulis setelah dievaluasi sebagian masalah sudah teratasi. penulis masih melanjutkan rencana tindakan yang sesuai dengan keadaan Ny.M pada hari ketiga rawatan sebagian masalah Ny.M sudah teratasi dengan data yang didapat Ny.M mengatakan sudah mengetahui tentang kebutuhan nutrisi pada ibu menyusui, secara objektif klien tampak paham tentang pentingnya nutrisi pada ibu menyusui dan sudahizinkan pulang oleh dokter.

6. Kurang pengetahuan berhubungan dengan pemakaian kontra sepsi

Didalam tinjauan teori dikatakan bahwa intervensi:

- 7) Kaji pengetahuan klien tentang KB
- 8) Berikan penyuluhan tentang KB
- 9) Jelaskan macam-macam tentang KB
- 10) Jelaskan keuntungan pemakaian KB
- 11) Jelaskan untuk pemakaian KB Seharusnya dipuskesmas atau dipoli kebidanan



## 12) Motivasi klien untuk memakai KB

Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan yang dilakukan mencakup semua yang ada di tinjauan teori. Pada hari pertama penulis melakukan penyuluhan terhadap ibu post SC dan hari kedua penulis mengevaluasi pengetahuan pasien tentang pemasangan kontrasepsi. Pada hari kedua semua masalah teratasi karna pasien paham tentang keuntungan pemasangan KB serta pasien sudah memilih KB apa yang akan dipasang nanti.

## 4.2 Evaluasi

penulis telah memberikan beberapa tindakan keperawatan kepada Ny.M sesuai dengan masalah keperawatan yang muncul, dengan rencana yang telah disesuaikan dengan rencana keperawatan yang penulis susun. Dari 5 diagnosa yang penulis tegakan 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 selama 2 hari berturut-turut dari tanggal 07 juni 2018- 8 juni 2018 dan hasil evaluasi yang penulis dapatkan yaitu:

1. Pada Diagnosa 1 yaitu nyeri berhubungan dengan agens cedera fisik masalah sebagian teratasi, karena klien masih 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 dengan mobilitas fisik masalah teratasi karena klien sudah mampu melakukan aktivitas secara mandiri tanpa bantuan orang lain.
3. Pada diagnosa ke 3 yaitu: Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan. Masalah teratasi klien sudah tahu tanda dan gejala infeksi dan klien di izinkan pulang oleh dokter dan klien dianjurkan untuk kontrol bekas luka setelah lima hari dirumah kepuskesmas atau kepoli kebidanan.
4. Pada diagnosa yang ke 4 yaitu: Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan Kurangnya pengetahuan ibu tentang nutrisi kebutuhan ibu menyusui masalah teratasi klien sudah mengetahui tentang kebutuhan nutrisi pada ibu menyusui, klien sudah mengetahui nutrisi yang dibutuhkan pada ibu menyusui. Klien sudah diizinkan pulang oleh dokter dan klien dianjurkan untuk mengkonsumsi buah, vitamin dan sayur-sayuran dirumah dalam porsi yang banyak.
5. Pada diagnosa yang ke 5 yaitu: Kurang pengetahuan berhubungan dengan pemakaian kontra sepsi masalah teratasi klien sudah mengetahui tentang keuntungan pemasangan KB dan klien sudah bisa memilih KB apa yang akan dipakai nanti.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### 5.1 KESIMPULAN

*Sectio Caesaria* (SC) adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Helen Farrer, 2001 buku perawatan maternitas, hal: 161, Edisi :2).

SC adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat badan diatas 500 gram , melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. *Sectio Caesaria* adalah suatu cara melahirkan janin dengan sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Sarwono, 2009).

Menurut Verney, (2009) **Cephalo Pelvik Disproportion (CPD)** atau disproporsi fotopelvik adalah antara ukuran janin dan ukuran pelvis yakni yaitu ukuran pelvis tertentu tidak cukup besar untuk mengakomodasi keluarnya janin tertentu melalui pelvis sampai terjadi kelahiran pervagina. Cephalo Pelvik Disproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami Sarwono(2009).

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah penulis lakukan dengan asuhan keperawatan pasca operasi *sectio caesaria* atas indikasi CPD pada Ny.M di Ruang Rawat Inap Kebidanan Rs.Dr.Ahmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 banyak yang melakukan operasi SC dengan berbagai indikasi.

5.1.1. Pengkajian asuhan keperawatan pada pasien dengan *Sectio Caesarea* (SC) diruang rawat inap kebidanan Rumah Sakit Ahcmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 dapat dilakukan dengan baik dan tidak mengalami kesulitan dalam mengumpulkan data dan pasien cukup kooperatif.

5.1.2. Secara teoritis diagnosa yang didapatkan ada 9 yaitu, Nyeri berhubungan dengan Agens cedera fisik, Intoleransi aktifitas berhubungan dengan mobilitas fisik, Resiko infeksi b/d trauma jaringan/luka post sc, Konstipasi b/d penurunan tonus otot, Kecemasan berhubungan Dengan Faktor keturunan, Krisis situasional, Stress, perubahan status kesehatan, ancaman kematian, perubahan konsep diri, kurang pengetahuan dan hospitalisasi, Ketidakefektifan pemberian ASI b/d Pengeluaran asi yang belum lancar.

Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan gangguan menelan/intake kurang, diaphoresis, Perubahan proses keluarga b/d perkembangan transisi/peningkatan anggota keluarga, Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakefektifan pola minum bayi. sedangkan

Diagnosa yang bisa diangkat diruang rawat inap kebidanan Rumah Sakit Ahcmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 ada 3 Nyeri b/d Agens cedera fisik, Intoleransi aktifitas berhubungan dengan mobilitas fisik, Resiko infeksi b/d trauma jaringan/luka post sc Namun ada satu diagnosa yang tidak muncul di teoritis ketidakseimbangan nutrisi b/d ketidaktahuan ibu tentang kebutuhan nutrisi pada ibu menyusui penulis menegakkan diagnosa tersebut sesuai dengan keadaan pasien.

5.1.3. Pada perencanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Sectio Caesarea* (SC) diruang rawat inap kebidanan Rumah Sakit Ahcmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 semua perencanaan dapat diterapkan pada tinjauan kasus sesuai dengan keadaan pasien.

5.1.4. Pada implementasi asuhan keperawatan pada pasien dengan *Sectio Caesarea* (SC) diruang rawat inap kebidanan Rumah Sakit Ahcmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 semua dapat dilakukan sesuai dengan rencana yang sudah disusun, karena tindakan yang dilakukan dapat tercapai.

5.1.5 Evaluasi pada pasien dengan

Evaluasi yang dilakukan penulis dalam merawat klien selama tiga hari diruang rawat inap kebidanan Rumah Sakit Ahcmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 yaitu empat masalah. Dari 4 diagnosa tersebut ada 3 diagnosa masalah teratasi yaitu Intoleransi aktifitas berhubungan dengan mobilitas fisik, Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan Kurangnya pengetahuan ibu tentang nutrisi kebutuhan ibu menyusui. Ada 1 diagnosa yang masalah sebagian teratasi yaitu nyeri berhubungan dengan agens cidera fisik.

## 5.2. SARAN

### 5.2.1 Bagi Penulis

Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan bagi penulis tentang kasus post SC atas indikasi CPD dan diharapkan dapat melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan teori dan prosedur.

### 5.2.1 Bagi Rumah Sakit

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

### 5.2.1 Bagi Perawat Ruangan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien post operasi section caesarea dengan indikasi Panggul Sempit, sebaiknya perawat lebih tanggap dalam memberikan tindakan secara tepat dalam melakukan tindakan pada ibu post operasi section caesarea sehingga dapat memberikan pelayanan yang optimal.

### 5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan bagi institusi pendidikan dapat dijadikan dalam kegiatan pembelajaran terutama mengenai post SC dengan indikasi CPD serta Peningkatan kualitas dan pengembangan ilmu mahasiswa melalui studi kasus agar dapat menerapkan asuhan keperawatan secara komprehensif. Dan hendaknya institusi pendidikan menambah buku-buku referensi terbaru yang ada dipergustakaan dengan literatur yang masih tergolong baru mengenai post SC atas indikasi CPD, sehingga mempermudah

dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah dan penulis tidak kesusahan dalam mencari literatur buku.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, E, & Wulandari, D . (2008). *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta  
Cendekia Press.
- Bobak, L.2005. *Keperawatan Maternitas*, Edisi 4. Jakarta: EGC.
- Bobak, L.2004. *Keperawatan Maternitas*. Jakarta: EGC.
- Cunningham,F,G Mc. Donal Pc. Gant Nf, 2005. *Obstetri William*. EGC. Jakarta
- Depkes RI, 2005. *Pedoman Teknis Imunisasi Tingkat Puskesmas*. Depkes RI
- Farer, Helen. 1999.*Perawatan Maternitas: Alih Bahasa*, Andri Hartono :editor  
edisi bahasa
- Farrer, Halen .2006. *Keperawatan Maternitas . Edisi 3, Vol 2*, Alih Bahasa: dr.  
Andry Hartono. Jakarta: EGC
- Hacker, N.F, & More, J.G. 2001. *Esensial Obstetri Dan Ginekologi*. Edisi  
2.Chrisina , Y. & Nugroho, E. JakartaP: Hipokrates
- Kasdu , Dini.2003. *Operasi Caesar : Masalah dan Solusinya*. Jakarta, Puspa Swara
- Liu. D.(2007). *Manual Persalinan*. Jakarta:EGC
- Mitayani.(2011) *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Salemba Medika
- Manuaba, I.B.G, 2004. “*Penuntun Kepaniteraan Klinik Obstetri Dan Ginekologi*”.  
Jakarta: EGC
- Mochtar, Rustam, 1998. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta, EGC
- M. Sholeh Kosim,dkk. (2007). *Buku Ajar Neonatologi*. Jakarta: IDAI



- Nurarif.A.H. dan Kusuma. H (2015). *APLIKASI* Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC. Jogjakarata: MediAction.
- Perry, & Potter . (2006). *Buku ajar fundamental keperawatan*. Edisi 4 . Jakarta: EGC
- Prawirohardjo, Sarwono. 2002. Ilmu Kebidanan . Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono
- RISKESDAS (Riset kesehatan dasar) 2010. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI
- Saifuddin, 2002. Buku maternitas dasar, Jakarta : EGC
- Sarwono.2009. Ilmu Kebidanan . Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono
- Sarwono Prawirohardjo. Ilmu Kebidanan. Edisi Ke Empat. PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta. 2010
- Saifuddin, Abdul Bari, dkk.2006. Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.
- Smeltzer, S,C (2001). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas* . Jakarta : EGC
- Saleha,Sitti.2009. Asuhan kebidanan pada masa nifas. Jakarta : Salemba Medika.
- Suherni dkk. 2009. Perawatan Masa Nifas. Jogjakarta: Fitramaya
- Sinha Kounteya.2010. Article Times Of India.<http://timesofindia.indiatimes.com/india/caesarian.sectio>
- Verney, Helen.2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*. Jakarta: EGC
- Wong , Donna L. 2003. Pedoman Klinis Perawatan Pediatric, Edisi 4 Jakarta:EGC
- WHO. Maternal Mortality: World Heart Organization:2012

## SATUAN ACARA PENYULUHAN

1. Pokok bahasan :Kebutuhan gizi dan nutrisi pada ibu nifas dan ibu Menyusui
2. Tempat : Ruang Obstetri
3. Waktu : 20 menit
4. Hari/Tanggal : Rabu /06-06-2018
5. Sasaran : Ibu siap melahirkan dan ibu menyusui
6. Latar Belakang

Gizi pada ibu menyusui sangat erat kaitannya dengan produksi asi susu, yang sangat dibutuhkan untuk tumbuh kembang bayi. Bila pemberian Asi berhasil baik maka berat badan bayi akan meningkat, Integritas kulit baik, Tonus otot serta kebiasaan makan yang memuaskan.

Nutrisi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya.Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat, Karena berguna untuk proses penyembuhan sehabis melahirkan dan untuk produksi ASI yang cukup untukk menyehatkan Bayi ( Ambarwati, Wulandari 2009,hal 97).Kekurangan gizi pada ibu menyusui menimbulkan gangguan kesehatan pada ibu dan bayinya. Gangguan pada bayi meliputi proses tumbuh kembang anak ,bayi mudah sakit,mudah terkena infeksi . kekurangan zat-zat esensial menimbulkan gangguan pada mata ataupun tulang.

## 7. Tujuan

### 1) Tujuan Umum

Setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit, diharapkan klien dan keluarga klien dapat mengerti dan memahami serta dapat mengidentifikasi kebutuhan gizi dan nutrisi pada ibu menyusui.

### 2) Tujuan Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan selama 30 menit keluarga klien dapat :

- a. Menyebutkan pengertian gizi pada ibu nifas
- b. Menjelaskan hubungan gizi dengan produksi ASI
- c. Menyebutkan manfaat gizi bagi ibu yang menyusui
- d. Menyebutkan dampak kekurangan gizi pada ibu yang menyusui
- e. Menyebutkan seperti apa kebutuhan gizi bagi ibu yang menyusui?
- f. Menyebutkan 5 dari 8 prinsip dasar diet untuk ibu yang menyusui
- g. Menyebutkan 5 dari 8 zat gizi yang diperlukan oleh ibu menyusui setiap hari
- h. Menyebutkan 2 dari 3 makanan yang seharusnya dikonsumsi oleh ibu menyusui
- i. Menyebutkan 2 dari 3 contoh makanan yang seharusnya dikonsumsi untuk ibu menyusui

## 8. Materi

- a. Pengertian gizi pada ibu nifas
- b. Hubungan gizi dengan produksi ASI
- c. Manfaat gizi bagi ibu yang menyusui
- d. Dampak kekurangan gizi pada ibu yang menyusui
- e. Seperti apa kebutuhan gizi bagi ibu yang menyusui?
- f. Prinsip dasar diet untuk ibu yang menyusui
- g. Zat gizi yang diperlukan oleh ibu menyusui setiap hari
- h. Makanan yang seharusnya dikonsumsi oleh ibu menyusui.

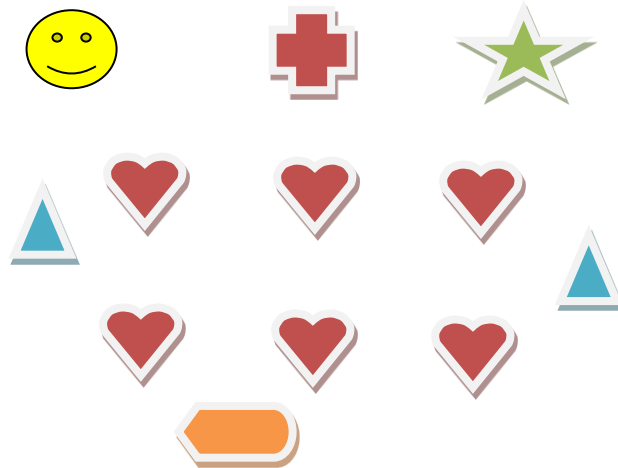
i. Contoh makanan yang seharusnya dikonsumsi untuk ibu menyusui

9. Metode : Ceramah, diskusi

10. Media : Leaflet

11. Materi : Terlampir

12. Setting tempat




Keterangan :


1.  : Penyaji


2.  : Presenter

3.  : Peserta

4.  : Pembimbing Klinik

5.  : Fasilitator

6.  : Observasi

7.  : Moderator

13. Pengorganisasian kelompok

- Penyaji : Riska fitria

14. Moderator :

Tugas:

- a. Menyiapkan SAP kegiatan penyuluhan
- b. Menyampaikan tujuan dan peraturan kegiatan terapi aktifitas kelompok sebelum kegiatan penyuluhan dimulai.
- c. Mampu memotivasi anggota untuk aktif dalam kelompok dan memperkenalkan dirinya.
- d. Mampu memimpin kegiatan penyuluhan kelompok dengan baik dan tertib
- e. Menetralisir bila ada masalah yang timbul dalam kegiatan penyuluhan kelompok.

15. Presentator:

Tugas :

1. Mengingatkan leader jika kegiatan menyimpang.
2. Menjelaskan aturan kegiatan penyuluhan yang akan berlangsung

16. Fasilitator:

Tugas :

- a. Menyediakan fasilitas selama kegiatan penyuluhan berlangsung
- b. Memotivasi klien yang kurang aktif

- c. Membantu leader memfasilitasi anggota untuk berperan aktif dan memfasilitasi anggota kelompok dalam kegiatan penyuluhan.

17. Observer :

Tugas :

1. Mengobservasi jalannya proses kegiatan
2. Mencatat perilaku verbal dan non- verbal klien selama kegiatan penyuluhan berlangsung

18. Kegiatan Penyuluhan

No	Tahap/waktu	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan sasaran
1.	Pembukaan :  5 menit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberi salam pembuka</li> <li>2. Memperkenalkan diri</li> <li>3. Menjelaskan pokok bahasan dan tujuan penyuluhan</li> </ol>	<p>Menjawab salam</p> <p>Memperhatikan</p> <p>Memperhatikan</p>
2.	Pelaksanaan :	<p>Mengkaji ulang pengetahuan sasaran tentang materi penyuluhan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menyebutkan pengertian gizi pada ibu nifas</li> <li>b. Menjelaskan hubungan gizi dengan produksi ASI</li> <li>c. Menyebutkan manfaat gizi bagi ibu yang menyusui</li> <li>d. Menyebutkan dampak</li> </ol>	<p>Memperhatikan</p> <p>Memperhatikan</p> <p>Memperhatikan</p> <p>Memperhatikan</p>

		<p>kekurangan gizi pada ibu yang menyusui</p> <p>e. Menyebutkan seperti apa kebutuhan gizi bagi ibu yang menyusui?</p> <p>f. Menyebutkan 5 dari 8 prinsip dasar diet untuk ibu yang menyusui</p> <p>g. Menyebutkan 5 dari 8 zat gizi yang diperlukan oleh ibu menyusui setiap hari</p> <p>h. Menyebutkan 2 dari 3 makanan yang seharusnya dikonsumsi oleh ibu menyusui</p> <p>i. Menyebutkan 2 dari 3 contoh makanan yang seharusnya dikonsumsi untuk ibu menyusui</p>	
3.	Evaluasi : 5 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menanyakan kepada peserta tentang materi yang telah diberikan.</li> </ul>	Menjawab pertanyaan
4.	Terminasi : 2 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengucapkan terimakasih atas peran serta dan peserta</li> <li>• Mengucapkan salam penutup</li> </ul>	<p>Mendengarkan</p> <p>Menjawab salam</p>

## A. Evaluasi

### 1) Evaluasi Struktur

- SAP sudah siap sebelum di laksanakan kegiatan.
- Alat dan tempat siap.
- Sudah dibentuknya struktur pembagian peran.
- Perencanaan pendidikan kesehatan yang sesuai dan tepat.
- Perawat dan peserta siap

### 2) Evaluasi Proses

- Alat dan tempat bisa digunakan sesuai rencana.
- Peserta bersedia untuk mengikuti kegiatan yang telah direncanakan.
- Semua peserta dapat mengikuti acara dari awal sampai akhir

### 3) Evaluasi Hasil

- 90 % audien dapat jelaskan pengertian gizi pada ibu nifas
- 90 % audien dapat menjelaskan hubungan gizi dengan produksi ASI
- 90 % audien dapat menyebutkan manfaat gizi bagi ibu yang Menyusui
- 80 % audien dapat menjelaskan dampak kekurangan gizi pada ibu yang menyusui
- 90 % audien dapat Menyebutkan seperti apa kebutuhan gizi bagi ibu yang menyusui



## **Materi Penyuluhan**

### **1. Pengertian Gizi dan nutrisi Ibu Menyusui**

Nutrisi yaitu merupakan ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu atau perwujudan dan nutrisi dalam bentuk variabel tertentu (Supriasa, 2008). Nutrisi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat, karena berguna untuk proses penyembuhan sehabis melahirkan dan untuk produksi ASI yang cukup untuk menyetatkan Bayi (Ambarwati, Wulandari 2009, hal 97)

Zat gizi yaitu merupakan zat yang umumnya berasal dari makanan yang diperlukan tubuh dan terdiri dari karbohidrat, protein, lemak, mineral, vitamin (Lisdiana, 1997). Gizi ibu menyusui adalah zat makanan pokok yang diperlukan oleh ibu selama menyusui.

### **2. Hubungan Gizi Dengan Produksi ASI**

Disamping bagi keperluan ibu sendiri, makanan yang nilai gizinya baik sangat bermanfaat untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas air susu yang dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi.

### **3. Manfaat Gizi Bagi Ibu Yang Menyusui**

Menjamin pembentukan air susu ibu (ASI) yang berkualitas dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan bayinya.

### **4. Dampak Kekurangan Gizi Pada Ibu Yang Menyusui**

Kekurangan gizi pada ibu menyusui selain menimbulkan gangguan kesehatan pada ibunya juga dapat menimbulkan gangguan kesehatan pada bayinya, karena air susu ibu mengandung banyak substansi anti infeksi dan factor-faktor proteksi terhadap berbagai virus dan organisme yang membahayakan. (WHO, 2001)

Gangguan kesehatan anak meliputi proses pertumbuhan dan perkembangan anak terganggu, bayi mudah sakit dan mudah terkena infeksi. Kekurangan gizi esensial (penting) menimbulkan gejala-gejala yang khas seperti gangguan pada mata akibat kekurangan vitamin A, serta gangguan tulang akibat kekurangan vitamin D.

#### 5. Kebutuhan Gizi Bagi Ibu Yang Menyusui

- 1) Kalori, sumbernya : karbohidrat, lemak, dan protein.
- 2) Protein, sumbernya : daging, susu, telur, ikan dan kacang-kacangan.
- 3) Kalsium, sumbernya : kalsium terdapat dalam susu, keju, teri, kacang-kacangan dan sebagainya.
- 4) Cairan, sumbernya : air, susu, the, kopi yang tidak mengandung kafein, minuman ringan, jus buah-buahan, dan es dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan cairan.
- 5) Vitamin B<sub>12</sub>, ibu yang vegetarian ketat perlu di berikan suplemen vitamin B<sub>12</sub> atau susu kedele yang difortifikasi dengan vitamin B<sub>12</sub>.
- 6) Karbohidrat, sumbernya : sumber makanan yang kaya akan karbohidrat antara lain jenis makanan pokok; beras, jagung, singkong, ubi, roti, kentang, tepung, pisang, sawo, nangka, sukun, sagu, dan kacang-kacangan.

- 7) Vitamin C, sumbernya : terdapat dalam buah-buahan seperti jeruk, sirsak, apel, tomat, kiwi dan jambu.
- 8) Lemak, sumbernya : sumber lemak terbagi dua, yaitu lemak nabati dan lemak hewani. Contoh sumber lemak nabati antara lain alpukat, mentega sedangkan yang sumber lemak hewani umumnya terdapat pada lemak hewan, seperti kulit ayam, lemak sapi, jeroan dan lain-lain.
- 9) Sayuran dan buah-buahan, jenisnya : sayuran berwarna hijau maupun sayuran dan buah-buahan yang berwarna kuning. Adapun sayuran yang dianjurkan adalah terutama yang dapat memperbanyak pengeluaran ASI, yaitu daun katuk dan kacang-kacangan.
- 10) Zat besi, sumbernya : daging, hati, sea food dan bayam. Zinc banyak terdapat pada makanan laut.
- 11) Garam, jenisnya : garam beryodium

## 6. Prinsip Dasar Diet Untuk Ibu Yang Menyusui

- 1) Buatlah setiap gigitan begitu berarti
- 2) Semua kalori tidak diciptakan setara
- 3) Jika anda kelaparan, demikian juga bayi anda
- 4) Jadilah ahli efisien
- 5) Karbohidrat adalah isu kompleks
- 6) Yang manis tidak ada manfaatnya, bahkan menimbulkan masalah
- 7) Makanan-makanan ala

- 8) Buatlah kebiasaan makan yang baik sebagai kebiasaan keluarga, hal ini akan bermanfaat untuk kesehatan seluruh keluarga.

7. Zat Gizi Yang Dibutuhkan Oleh Ibu Menyusui Setiap Hari

- 1) Nasi 3 piring
- 2) Ikan 3 potong
- 3) Tempe 5 potong
- 4) Sayuran 3 mangkuk
- 5) Buah 3 potong
- 6) Gula 5 sendok makan
- 7) Susu 4 gelas
- 8) Air 6-8 gelas.

8. Makanan Yang Seharusnya Dikonsumsi Oleh Ibu Menyusui

- 1) Zat tenaga terdapat dalam nasi, kentang, ubi dan roti.
- 2) Zat pembangun terdapat dalam tempe, tahu, ikan dan daging
- 3) Zat pengatur terdapat dalam sayuran dan buah-buahan

9. Contoh Menu Seimbang Untuk Ibu Yang Menyusui

- 1) Makan pagi : nasi, telur, tempe, sayur, buah papaya
- 2) Makan siang : nasi, ikan urap sayuran, pepes tahu, buah jeruk
- 3) Makan malam : nasi, sayur, ikan, pisang.

## Manfaat Gizi Bagi Ibu Yang

### Menyusui

Menjamin pembentukan air susu ibu (ASI) yang berkualitas dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan bayinya.

## Dampak kekurangan gizi bagi ibu menyusui

menimbulkan gangguan kesehatan pada ibunya juga dapat menimbulkan gangguan kesehatan pada bayinya, karena air susu ibu mengandung banyak substansi anti infeksi dan factor-faktor proteksi terhadap berbagai virus dan organisme yang membahayakan. (WHO, 2001)

Gangguan kesehatan anak meliputi

- proses pertumbuhan dan perkembangan anak terganggu,
- bayi mudah sakit dan mudah terkena infeksi.
- Kekurangan gizi esensial (penting) menimbulkan gejala-gejala yang khas seperti gangguan pada mata akibat kekurangan

## PENGERTIAN

Nutrisi yaitu merupakan ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu atau perwujudan dan nutrisi dalam bentuk variabel tertentu (supriasa,2008).Nutrisi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metablismenya.Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat, Karena berguna untuk proses penyembuhan sehabis melahirkan dan untuk produksi ASI yang cukup untukk me-nyehatkan Bayi

Zat gizi yaitu merupakan zat yang umumnya berasal dari makanan yang diperlukan tubuh dan terdiri dari karbohidrat, protein,lemak,mineral, vitamin (lisdiana,1997).

Gizi ibu menyusui adalah zat ma-



PRODI D III KEPERAWATAN  
STIKES PERINTIS SUMBAR

## KEBUTUHAN GIZI SEIMBANG DAN KEBUTUHAN NUTRISI PADA IBU MENYUSUI



OLEH:

RISKA FITRIA  
1514401018

**ANAK YANG BARU LAHIR MEMERLUKAN 3 BENDA: KEHANGATAN DARI PELUKAN SEOANG IBU, KEKENYANGAN, DAN RASA SELAMAT. MEMBERI SUSU BADAN**

### Zat Gizi Yang Dibutuhkan Oleh Ibu Menyusui Setiap Hari

- Nasi 3 piring
- Ikan 3 potong
- Tempe 5 potong
- Sayuran 3 mangkuk
- Buah 3 potong
- Gula 5 sendok makan
- Susu 4 gelas
- Air 6-8 gelas.



### Hubungan Gizi Dengan Produksi ASI

Disamping bagi keperluan ibu sendiri, makanan yang nilai gizinya baik sangat bermanfaat untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas air susu yang dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi.

### Makanan Yang Seharusnya dikonsumsi Oleh Ibu Menyusui

- Zat tenaga terdapat dalam nasi, kentang, ubi dan roti.
- Zat pembangun terdapat dalam tempe, tahu, ikan dan daging
- Zat pengatur terdapat dalam sayuran dan buah-buahan



### Kebutuhan Gizi Bagi Ibu Yang Menyusui

- Kalori, sumbernya : karbohidrat, lemak, dan protein.
- Protein, sumbernya : daging, susu, telur, ikan dan kacang-kacangan
- Kalsium, sumbernya : kalsium terdapat dalam susu, keju, teri, kacang-kacangan dan sebagainya.
- Cairan, sumbernya : air, susu, the, kopi yang tidak mengandung kafein, minuman ringan, jus buah-buahan, dan es dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan cairan.
- Vitamin c



## SATUAN ACARA PENYULUHAN

### KB

Sub pokokbahasan	: KB
Hari/Tanggal	: Rabu, 06-06-2018
Waktu	: 30 menit
Tempat	: Ruang Obstetri
Sasaran	: Ibu Siap Melahirkan
Bidang Study	: D III Keperawatan

---

#### A. Latar belakang

Menurut Entjang (Ritonga, 2003 : 87) Keluarga Berencana (KB) adalah suatu upaya manusia untuk mengatur secara sengaja kehamilan dalam keluarga secara tidak melawan hukum dan moral Pancasila untuk kesejahteraan keluarga.

Keluarga Berencana adalah metode medis yang dicanangkan oleh pemerintah untuk menurunkan angka kelahiran. (Manuaba,1998)

#### B. Tujuan

##### a. Tujuan umum

Setelah mengikuti penyuluhan diharapkan kepada klien dan keluarga dapat menambah pengetahuan tentang pemasangan KB untuk ibu siap lakukan post sc.

b. Tujuan khusus

Setelah diberikan penjelasan selama 30 menit, ibu diharapkan

1. Dapat menjelaskan tentang pengertian KB
2. Dapat menjelaskan tentang manfaat KB
3. Dapat menjelaskan tentang jenis-jenis, cara kerja, efektivitas, keuntungan, indikasi, kontraindikasi, efek samping, cara dan waktu pemberian/pemasangan dari masing-masing alat kontrasepsi.
4. Dapat menjelaskan tentang masalah yang mungkin terjadi jika WUS tidak menjadi akseptor KB

C. Materi

1. Dapat menjelaskan tentang pengertian KB
2. Dapat menjelaskan tentang manfaat KB
3. Dapat menjelaskan tentang jenis-jenis, cara kerja, efektivitas, keuntungan, indikasi, kontraindikasi, efek samping, cara dan waktu pemberian/pemasangan dari masing-masing alat kontrasepsi.
4. Dapat menjelaskan tentang masalah yang mungkin terjadi jika WUS tidak menjadi akseptor KB yang benar.

D. Metode

- Ceramah dan Tanya jawab

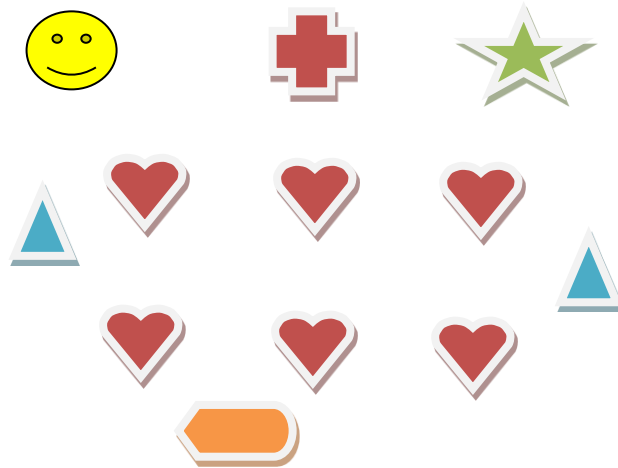
E. Media

1. Leaflet




2. Satuan Acara Pembelajaran (SAP)
3. Power Point

F. Setting tempat




Keterangan :


8.  : Penyaji


9.  : Presenter

10.  : Peserta

11.  : Pembimbing Klinik

12.  : Fasilitator

13.  : Observasi

14.  : Moderator

1. Pengorganisasian kelompok

- Penyaji : Riska Fitria

1. Moderator :

Tugas:

- f. Menyiapkan SAP kegiatan penyuluhan
- g. Menyampaikan tujuan dan peraturan kegiatan terapi aktifitas kelompok sebelum kegiatan penyuluhan dimulai.
- h. Mampu memotivasi anggota untuk aktif dalam kelompok dan memperkenalkan dirinya.
- i. Mampu memimpin kegiatan penyuluhan kelompok dengan baik dan tertib
- j. Menetralisir bila ada masalah yang timbul dalam kegiatan penyuluhan kelompok.

2. Presentator:

Tugas :

3. Mengingatkan leader jika kegiatan menyimpang.
4. Menjelaskan aturan kegiatan penyuluhan yang akan berlangsung

3. Fasilitator:

Tugas :

- d. Menyediakan fasilitas selama kegiatan penyuluhan berlangsung
- e. Memotivasi klien yang kurang aktif



3.	Evaluasi : 5 menit	1. Menanyakan kepada peserta tentang materi yang telah diberikan.	Menjawab pertanyaan
4.	Terminasi : 2 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengucapkan terimakasih atas peran serta dan peserta</li> <li>• Mengucapkan salam penutup</li> </ul>	Mendengarkan  Menjawab salam

#### H. Evaluasi

##### 1) Evaluasi Struktur

- SAP sudah siap sebelum di laksanakan kegiatan.
- Alat dan tempat siap.
- Sudah dibentuknya struktur pembagian peran.
- Perencanaan pendidikan kesehatan yang sesuai dan tepat.
- Perawat dan peserta siap

##### 2) Evaluasi Proses

- Alat dan tempat bisa digunakan sesuai rencana.
- Peserta bersedia untuk mengikuti kegiatan yang telah direncanakan.
- Semua peserta dapat mengikuti acara dari awal sampai akhir

##### 3) Evaluasi Hasil

- 90 % audien dapat jelaskan KB yang baik untuk ibu siap melakukan post sc?
- 90 % audien dapat jelaskan keuntungan pemasangan KB untuk ibu siap post sc?
- 90 % audien dapat jelaskan kerugian pemasangan KB untuk ibu siap post sc?

## MATERI PENYULUHAN

### 1. Pengertian Keluarga Berencana (KB)

Menurut Entjang (Ritonga, 2003 : 87) Keluarga Berencana (KB) adalah suatu upaya manusia untuk mengatur secara sengaja kehamilan dalam keluarga secara tidak melawan hukum dan moral Pancasila untuk kesejahteraan keluarga.

### 2. Tujuan KB

#### 1) Tujuan umum

a. Membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan social ekonomi

suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak, agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.

b. Mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera yang menjadu dasar

bagi terwujudnya masyarakat yang sejahtera melalui pengendalian

kelahiran dan pertumbuhan penduduk Indonesia

#### 2) Tujuan khusus

a. Pengaturan kelahiran

b. Pendewasaan usia perkawinan.

c. Peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga.

d. Mencegah kehamilan karena alasan pribadi

e. Menjarangkan kehamilan

f. Membatasi jumlah anak

### 3. Indikasi

a. Usia reproduksi (ramaja sampai wanita usia 40 tahun)

b. Nulipara dan yang telah mempunyai anak

c. Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektifitas

tinggi

- d. Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
- e. Telah banyak anak namun belum menghendaki tubektomi
- f. Perokok ,
- g. Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah.
- h. Menggunakan obat epilepsy (fenitoin dan barbiturat) atau obat TBC (rifampisin).
- i. Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.

#### 4. Kontra Indikasi

- a. Hamil atau dicurigai hamil.
- b. Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- c. Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid
- d. Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- e. Perdarahan pervaginam yang tidak diketahui penyebabnya

#### 5. Manfaat KB

Dengan mengikuti program KB sesuai anjuran pemerintah, para akseptor akan mendapatkan tiga manfaat utama optimal, baik untuk ibu, anak dan keluarga, antara lain:

##### 1) Manfaat Untuk Ibu:

- (1) Mencegah kehamilan yang tidak diinginkan
- (2) Mencegah setidaknya 1 dari 4 kematian ibu
- (3) Menjaga kesehatan ibu
- (4) Merencanakan kehamilan lebih terprogram

##### 2) Manfaat Untuk Anak:

- (1) Mengurangi risiko kematian bayi
- (2) Meningkatkan kesehatan bayi
- (3) Mencegah bayi kekurangan gizi

- (4) Tumbuh kembang bayi lebih terjamin
- (5) Kebutuhan ASI eksklusif selama 6 bulan relatif dapat terpenuhi
- (6) Mendapatkan kualitas kasih sayang yang lebih maksimal

3) Manfaat Untuk Keluarga:

- (1) Meningkatkan kesejahteraan keluarga
- (2) Harmonisasi keluarga lebih terjaga

6. Jenis-jenis KB

1. Adapun KB hormonal

Efek samping dari metode kontrasepsi hormonal ini adalah:

- 1) Menstruasi menjadi tidak teratur atau tidak mens sama sekali (kecuali pil)
- 2) Kenaikan berat badan
- 3) Muncul flek hitam pada wajah
- 4) Mual, pusing, atau muntah

Cara kerja:

- 1) Menekan ovulasi
- 2) Mencegah implantasi
- 3) Mengentalkan lendir servik, sehingga sulit dilalui oleh sperma
- 4) Pergerakan tuba terganggu, sehingga transportasi telur juga terganggu

2. Kb Suntik

(1) Pengertian

Kontrasepsi suntikan adalah cara untuk mencegah terjadinya kehamilan dengan melalui suntikan hormonal. Kontrasepsi hormonal jenis KB suntikan ini di Indonesia semakin banyak dipakai karena kerjanya yang efektif, pemakaiannya yang praktis, harganya relatif murah dan aman. Sebelum disuntik, kesehatan ibu harus diperiksa dulu untuk memastikan kecocokannya. Suntikan diberikan saat ibu dalam keadaan tidak hamil. Umumnya pemakai suntikan KB mempunyai

memakai suntikan KB, termasuk penggunaan cara KB hormonal selama maksimal 5 tahun.

(2) Jenis-jenis KB suntik

Jenis-jenis alat KB suntik yang sering digunakan di Indonesia antara lain:

- a) Suntik 1 bulan adalah suntikan kombinasi yang dilakukan setiap 1 bulan sekali dengan dosis 25 mg depomedroxy progesterone aserat dan 5 mg estradiol cyplonate. Komposisi : tiap ml suspensi dalam air mengandung :Medroxy progesterone acetate 50 mg, Estradiol cypionate 10 mg.
  - a. Waktu pemberian dan dosis  
Disuntikkan dalam dosis 50 mg norithidrone anantat dan 5 mg estradiol varelal yang diberikan melalui I.M sebulan sekali
  - b. Efek samping  
Sangat efektifitas (0,1 – 0,4 kehamilan / 100 perempuan) selama tahun pertama penggunaan
  - c. Keuntungan : Resiko terhadap kesehatan kecil, tidak berpengaruh padahubungan sex, tidak diperlukan pemeriksaan dalam, jangka panjang, efek samping sangat kecil, klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
  - d. Efek samping : Perubahan pada kulit gatal-gatal penggelapan warna kulit, sakit kepala, sakit pada dada, peningkatan berat badan, perdarahan berkepanjangan, anoreksia, rasa lalah, depresi, payudara lembek dan galaktorea, penyakit troboembolik, tromboflebitis, perdarahan tidak teratur
  - e. Waktu mulai menggunakan suntikan kombinasi :  
Suntikan pertama dapat diberikan dalam waktu 7



hari siklus haid, bila disuntikan pertama diberikan setelah hari ke 7 siklus haid, klien tidak boleh berhubungan sex selama 7 hari / menggunakan, kontrasepsi lain untuk 7 hari, bila klien pasca persalinan 6 bulan, menyusui serta belum haid suntikan pertama dapat diberikan suntikan kombinasi, pasca keguguran ; suntikan kombinasi dapat segera diberikan / dalam waktu 7 hari, bila sebelumnya juga kontrasepsi hormonal dan ingin ganti suntikan pertama dapat segera diberikan asal ibu tidak hamil dan pemberiannya tanpa perlu menunggu datangnya haid. Bila diberikan pada hari 1-7 siklus haid, metode kontrsepsi lain tidak diperlukan, ibu sebelumnya menggunakan AKDR, suntikan pertama diberikan hari 1-7 siklus haid cabut segera AKDR (Harnawati, 2008).

- b) Suntik 3 bulan (Depo Provera) Adalah medroxy progesterone yang di gunakan untuk tujuan kontrasepsi parenteral, mempunyai efek progesterone yang kuat dan sangat efektif.
- a. Komposisi : Suspensi steril depo medroxy progesterone acetat (DPPA) dalm air, tiap vial berisi 3 ml suspensi (150 mg medroxy progesterone acetate), tiap vial berisi 1 ml suspensi (150 ml medroxy progesterone acetate)
  - b. Waktu pemberian dan dosis  
Di suntikan dalam dosis 150 mg/cc sekali 3 bulan.Suntikan harus lama pada otot bokong musculus gluteus agak dalam.
  - c. Efektifitas

Efektifitas tinggi dengan 0,3 kehamilan paer 100 perempuan tidap tahan asal penyuntikannya dilakukan secara teratur.

- d. Keuntungan : lebih mudah digunakan, tidak perlu setiap hari seperti menelan pil, tidak mengandung esterogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah, sangat efektif, tidak memiliki pengaruh terhadap ASI, dapat digunakan oleh perempuan usia lebih dari 35 tahun sampai pre menopause, membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik, tidak mengganggu hubungan seksual, mengurangi rasa nyeri dan haid, tidak di dapat pengaruh sampingan dari pemakaian esterogen.
- e. Efek samping : reaksi anafilaktis dan anafilatik, penyakit tromboem balik tromboplebitis, system syaraf pusat gelisah, depresi, pusing, sakit, tidak bisa tidur, selaput kulit dan lendir bercak merah / jerawat, gastro intestinal mual, payudara lembek dan galaktorea, perubahan warna kulit di tempat suntikan
- f. Cara pemberian : waktu pasca persalinan (pp) ; berikan pada hari 3-5 pp / sesudah asi berproduksi ibu sebelum pulang dari rs / 6-8 minggu pasca beraslin asal ibu tidak hamil / belum melakukan koifus, pasca keguguran ; segera setelah kurefage / sewaktu ibu hendak pulang dari rs hari pasca abortus, asal ibu belum hamil lagi. dalam masa interval diberikan pada hari 1-5 haid

g. Mekanisme Kerja : primer ; masalah ovulasi (kadar fsh dan lh menurun dan tidak terjadi setakan lh (lh surge) respon kelenjar hipofise terhadap gonadotropin releasing hormone eksogenneus tidak berubah, sehingga memberi kesan proses terjadi di hipotalamus dari pada kelenjar hipofise, (menghalangi pengeluaran fsh dan lh sehingga tidak terjadi ovulasi), sekunder ; mengentalkan lendir dan menjadi sedikit sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atropi, menghambat trasportasi gamet dan tuba, mengubah endometrium menjadi tidak sempurna untuk implantasi hasil konsepsi.

### 3. Implan

Efektif 5 tahun untuk Norpalan (terdiri dari 6 batang ), 3 tahun untuk Indoplan/Implano, klien merasa kenyamanan, dapat dipakai oleh semua ibu usia reproduksi, pemasangan dan pencabutan memerlukan pelatihan, kesuburan akan kembali setelah dicabut, efek samping utama berupa perdarahan tidak teratur, bercak dan amenorhea dan aman dipakai saat menyusui.

### 7. Kontap Steril

Kontrasepsi mantap adalah suatu metode kontrasepsi yang pada pria disebut vasektomi dan pada wanita disebut tubektomi. Kontrasepsi mantap pada wanita yang disebut tubektomi ialah suatu pembedahan dengan cara mini laparotomi (minilap) yaitu tindakan pada tuba fallopii wanita melalui irisan kecil di dinding perut  $\pm$  2-3 cm yang dapat mengakibatkan wanita tersebut tidak dapat hamil.

a. **Syarat Kontrasepsi Mantap**

1) Syarat Sukarela: Mengetahui cara kontrasepsi lain

Mengetahui Kontap adalah tindakan pembedahan yang ada risiko

Mengetahui cara Kontap permanen Telah diberikan kesempatan untuk berpikir

2) Syarat Bahagia :Terikat dalam suatu perkawinan yang sah dan harmonis Punya anak hidup minimal 2 Anak sehat jasmani dan rohani

Bila anak 2, umur anak terkecil minimal 2 tahun

3) Syarat Kesehatan :Indikasi dan kontraindikasi ditentukan oleh d

b. Keunggulan KB steril

Karena sifatnya yang bisa dibilang “permanen”, Anda dan suami bisa lebih rileks dan leluasa saat berhubungan seksual karena tidak perlu khawatir akan terjadinya kehamilan.

Dengan tindakan sterilisasi, semua aktivitas hormonal wanita dapat berjalan dengan normal, tanpa menimbulkan gejala pre-menopause atau bahkan mempercepat menopause. Dengan kata lain tidak memengaruhi kapan terjadi menopause. Selain itu para wanita yang memutuskan untuk melakukan sterilisasi, juga masih dapat menerima siklus haid secara teratur, dan juga dapat mengurangi tingkat risiko terkena kanker ovarium.

c. Kelemahan KB steril

- a) Risiko jangka pendek setelah menjalani sterilisasi umumnya timbul karena efek samping ketika dilakukannya anastesi ataupun komplikasi lainnya akibat tindakan (misalnya akibat pengembangan perut dengan gas, sayatan pada perut, pemotongan / pengikatan Tuba Falopi) yang dilakukan, sehingga timbul rasa pusing, lelah, mual, perut kembung, pegal pada pundak (bahu) dan

punggung, kram perut, hingga keluar cairan atau flek dari vagina. Semua gejala ini bisa berlangsung selama satu hingga tiga hari.

- b) Namun bila bekas luka sayatan diperut tidak menimbulkan pendarahan, perut tidak terasa sakit, masih dapat bernapas secara normal, tidak mengalami keluarnya cairan berbau dari vagina, tidak mengalami demam yang biasanya menandakan terjadinya infeksi, maka prosedur sterilisasi ini bisa dibilang berhasil.

## INDIKASI KB

1. Usia reproduksi (ramaja sampai wanita usia 40 tahun)
2. Nulipara dan yang telah mempunyai anak
3. Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektifitas Tinggi
4. Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
5. Telah banyak anak namun belum menghendaki tubektomi
6. Perokok ,
7. Tekanan darah  $< 180/110$  mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah.
8. Menggunakan obat epilepsy (fenitoin dan barbiturat) atau obat TBC (rifampisin).
9. Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.

## PENGERTIAN

Menurut Entjang (Ritonga, 2003 : 87) Keluarga Berencana (KB) adalah suatu upaya manusia untuk mengatur secara sengaja kehamilan dalam keluarga secara tidak melawan hukum dan moral Pancasila untuk kesejahteraan keluarga.

### Tujuan KB

1. Membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan social ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak, agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.
2. Mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera yang menjadu dasar bagi terwujudnya masyarakat yang sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pertumbuhan penduduk Indonesia.



PRODI D III  
KEPERAWATAN  
STIKES PERINTIS  
SUMBAR

## KB (KELUARGA BERENCANA)



OLEH:

RISKA FITRIA  
1514401018

## SUKSES KELUARGA BERENCANA SUKSES KITA SEMUA

### Kontraindikasi KB

1. Hamil atau dicurigai hamil
2. Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
3. Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid
4. Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
5. Perdarahan pervaginam yang tidak diketahui penyebabnya

### Jenis-jenis KB

Pil kontrasepsi

Spiral atau intrauterine device (IUD)



Suntik Hormon



Diafragma



Kondom



Vasektomi



Tubektomi



### Manfaat KB

1. Manfaat Untuk Ibu:

- Mencegah kehamilan yang tidak diinginkan
- Mencegah setidaknya 1 dari 4 kematian ibu
- Menjaga kesehatan ibu
- Merencanakan kehamilan lebih terprogram

1. Manfaat Untuk Anak:

- Mengurangi risiko kematian bayi
- Meningkatkan kesehatan bayi
- Mencegah bayi kekurangan gizi
- Tumbuh kembang bayi lebih terjamin
- Kebutuhan ASI eksklusif selama 6 bulan relatif dapat terpenuhi
- Mendapatkan kualitas kasih sayang yang lebih maksimal

1. Manfaat Untuk Keluarga:

- Meningkatkan kesejahteraan keluarga
- Harmonisasi keluarga lebih terjaga

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Riska Fitria  
Tempat / Tanggal Lahir : Limau Lunggo, 02 Agustus 1996  
Agama : Islam  
Negeri Asal : Solok  
Jumlah Bersaudara : 5 (Lima) Orang  
Anak Ke : 5 (Lima)  
Nama Orang Tua  
Ayah : Jamuir  
Ibu : Raminas  
Alamat : Jalan Raya Bukit Sileh Limau Lunggo  
Kecamatan Lembang Jaya Kabupaten Solok







### Riwayat Pendidikan

1. SD N 06 Limau Lunggo : 2004-2009
2. SMP N 04 Lembang Jaya : 2009-2013
3. SMA N 1 Bukit Sundi : 2013-2015
4. Program Studi DIII Keperawatan Stikes Perintis Padang Tahun 2015 Sampai Sekarang



**DAFTAR HADIR UJIAN PENGAMATAN KASUS**  
**PRODI D III KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG**  
**TA 2016/2017**

NAMA MAHASISWA : RISKA FITRIA  
 NIM : 1514401018  
 RUANGAN : KB RAWATAN  
 JUDUL STUDI KASUS : POST SC/ACHTAN KEPERAWATAN PADA  
NY.M DENGAN POST OPERATIF SECTIO CAESAREA DENGAN  
INDIKASI CEPHALO PELVIK DISPROPORTION DIRVANG RAWAT  
INAP FEBIDAMAN RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI  
2018.

NO	HARI/TANGGAL	DATANG		PULANG		KET
		JAM	PARAF	JAM	PARAF	
1	Rabu / 06-6-18	07.15		14.20		
2	Kamis / 07-6-18	07.30		16.15		
3	Jum'at / 08-6-18	07.35		13.15		

Bukittinggi, 06-06-2018

Ka Ruangan

Preceptor



(NOVRIANTI S.G)

(NG MERA DELIMA M.KBP)

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**  
**SEKOLAH ILMU TINGGI KESEHATAAN PERINTIS PADANG**

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**





Nama Mahasiswa : Riska Fitria

Nim : 1514401018

Pembimbing : Novrianti S.ST

Juduk KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan pada Ny.M 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	Tambahkan sesuai masukan	
2	Sabtu / 9-6-2018	Tambahkan sesuai saran	
3	Senin / 25-6-2018	,	
4	Senin / 25-6-2018	Acc utle diujikan.	
5			
7			
8			

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

SEKOLAH ILMU TINGGI KESEHATAAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

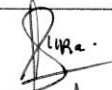



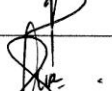

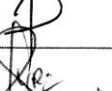
Nama Mahasiswa : Riska Fitria

Nim : 1514401018

Pembimbing : Ns. Mera Delima M.kep

Juduk KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan pada Ny.M 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 keas.	
2	10/ Juni 2018	perbaiki bab II	
3	12/ Juni 2018	lanjutkan ke bab W	
4	26/ Juni 2018	lengkap bab IV pengkajian	
5	29/ Juni 2018	perbaiki pembahasan	
7	3/ Juli 2018	lengkap daftar pustaka " RPT	
8	4/ Juli 2018	Acc di prerutuskan	

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STIKES PERINTIS PADANG**



**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN REVISI**

NAMA MAHASISWA : RISKITA FITRIA

NIM : 1514401018

NAMA PENGUJI I : Ns.Mera Delima 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
1	23/7-2018	perbaiki sesuai masukan	
2	23/7-2018	Ace di golod	

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**  
**SEKOLAH ILMU TINGGI KESEHATAAN PERINTIS PADANG**



**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN REVISI**

Nama Mahasiswa : Riska Fitria

Nim : 1514401018

Penguji I : Ns. Yesi Andriani M.kep Sp.Mat

Juduk KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan pada Ny.M 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	19/1 - 2018	- Perbaiki Form dan Isi dari Prosedur asuhan PP	
2	23/1 - 2018	- Acc.	
3			
4			