

**KARYA TULIS ILMIAH
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. E DENGAN P₁A₀ POST
SECTIO CAESAREA HARI KE-1 ATAS INDIKASI PEB DI
RUANG RAWAT INAP KEBIDANAN RSUD Dr. AHCMAD
MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2018**



OLEH :

MAYLISA PUTRI

1514401028

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

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. E DENGAN P₁A₀ POST
SECTIO CAESAREA HARI KE-1 ATAS INDIKASI PEB DI
RUANG RAWAT INAP KEBIDANAN RSUD Dr. AHCMAD
MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2018**

LAPORAN STUDI KASUS

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



OLEH :

MAYLISA PUTRI

1514401028

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

LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : MAYLISA PUTRI
NIM : 1514401028
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny.E Dengan P₁A₀ Post Operasi Sectio Caesarea Hari Ke-1 Atas Indikasi PEB di Ruang Rawat Inap Kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun

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

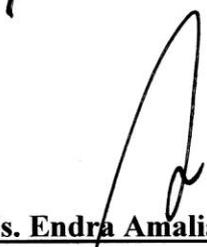
Bukitnggi, Juli 2018

Pembimbing,



Ns. Yessi Andriani, M. Kep, Sp. Mat
NIK. 1420116078611073

Mengetahui,
Ka Prodi D III Keperawatan
STIKes Perintis Padang



Ns. Endra Amalia, M.Kep
NIK 1420123106993012

LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : MAYLISA PUTRI
NIM : 1514401028
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny.E Dengan P₁A₀ Post Operasi Sectio Caesarea Hari Ke-1 Atas Indikasi PEB di Ruang Rawat Inap Kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus dan di terima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 18 Juli 2018

Dewan penguji

Penguji I,



Ns. Mera Delima, M. Kep, Sp. Mat
NIK. 1420101107296019

Penguji II,



Ns. Yessi Andriani, M. Kep, Sp. Mat
NIK. 1420116078611073

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang
Program Studi DIII Keperawatan
Karya Tulis Ilmiah, Laporan Studi Kasus Juli 2018**

**MAYLISA PUTRI
NIM : 1514401028**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.E DENGAN P₁A₀ POST OPERASI
SECTIO CAESAREA HARI KE-1 ATAS INDIKASI PEB DI RUANG
RAWAT INAP KEBIDANAN RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI TAHUN 2018.**

V BAB + 154 halaman + 11 tabel + 4 gambar + 3 lampiran

Abstrak

Sectio caesaria adalah tindakan operasi paling konservatif. indikasi tindakan operasi obstetric di pertimbangkan dengan melihat adanya indikasi pada ibu, indikasi pada janin, indikasi profilaks dan indikasi vital. salah satu indikasi di lakukan tindakan Section Caesaria adalah preeklamsia berat. preeklamsi berat adalah suatu komplikasi kehamilan yang di tandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih di sertai proteinuria dan oedema pada kehamilan 20 minggu atau lebih. berdasarkan data pasien post SC di RSUD. Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dari bulan januari sampai juni 2018 yaitu sebanyak 182 orang dengan indikasi preeklams, CVD, letak sungsang. karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan yang tepat bagi klien dengan tindakan section caesaria dengan preeklamsi berat. Penyusunan karya tulis ini menggunakan metode pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi. hasil laporan kasus di temukan pada data Ny. E telah memunculkan beberapa diagnosa di antaranya diangnosa nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik teratasi sebagian dengan teknik relaksasi dan pemberian analgetik, diagnose hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan post SC teratasi sebagian dengan teknik mobilisasi, diagnose resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan teratasi sebagian dengan melakukan perawatan luka, diagnosa gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan kardiak output sekunder terhadap vasoplasme pembuluh darah teratasi sebagian dengan pemberian MGSO₄, diagnose menyusui tidak efektif berhubungan dengan pemisahan ruangan bayi dengan ruagan ibu post partum teratasi dengan penkes pengelolaan ASI eksklusif dan diagnose defisit perawatan diri teratasi sebagian dengan membantu perawatan diri klien.

Kata Kunci : Asuhan keperawatan, Section Caesaria, Preeklamsi Berat, Nyeri, Mobilitas fisik.

Daftar Bacaan : 16 (2001-2

*School Of Health Science, Perintis Fndation, West Sumatra
Diploma Of Nursing
Scientific Papers, July 2018*

**MAYLISA PUTRI
1514401028**

***NURSING CARE PLAN NY.E P_{1A} WITH POST OPERATION SECTIO
CAESAREA DAY 1 INDICATION PREECLAMPSIA WEIGHT IN
INPATIENT OBSTETRICS SPASE HOSPITAL DR.ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGG 2018***

V chapter + 154 pages + 11 tables + 4 image + 3 attachments

Abstract

Sectio caesaria is the most konservasif act of surgery. Indications surgery obstetric considered to see indications of maternal, fetal indications, indications and indications profilaks vital. One indication Of Section Caesaria action is preeclampsia weight. Severe preeclampsia is a pregnancy complication marked, with the onsed of of hypertension 160/110 mmHg or more accompanied by proteinuria and edema in 20 weeks or more. based from patients in hospital post-SC data in RSUD. Dr. Achmad Mochtar Bukittnggi from January - June 2018 that is as many as 182 people with pre-eclamsia indications CVD, breech. Scientific Writing is to find out the right nursing care for clients with caesaria section action with severe preeclampsia. The preparation of this paper uses the method of physical examination and documentation study. The results of case reports are found in Ny. s data. E has led to several diagnoses of which are pain-related pain-related physical injuries partially resolved by relaxation techniques and analgesic administration, the diagnosis of physical mobility impairment associated with post SC is partially resolved by mobilization techniques, the diagnosis of infection risk associated with tissue injuries is partially resolved by performing wound care, the diagnosis of cerebral tissue perfusion disorder associated with decreased cardiac output secondary to vessel vasoplasm resolved partially with MGSO4 administration, ineffective breastfeeding diagnose associated with sepa- ration of infant space with post-partum rituals resolved with exclusive breastfeeding management and diagnosis of self-care deficit partially resolved assist client self-care.

***Keywords : Nursing Care, Caesarian Section, Preeclampsy Weight, Pain,
Physical Mobility***

References : 16 (2001-2015)

KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Warahmatullahi Wb.

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT, atas rahmad dan karunia-Nya yang telah diberikan kepada penulis sehingga laporan studi kasus dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny. E Dengan P₁A₀ Post Operasi Sectio Caesarea Hari Ke-1 Atas Indikasi PEB di Ruang Rawat Inap Kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018”** tanpa nikmat yang diberikan oleh-Nya sekiranya penulis tidak akan mampu untuk menyelesaikan Laporan Studi Kasus ini.

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

Penulisan Laporan Studi Kasus ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Amd. Kep Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang. Penulis banyak mendapat arahan, bimbingan dan nasehat dari berbagai pihak dalam menyusun, membuat dan menyelesaikan Laporan Studi Kasus ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih terutama kepada Yth, Ibu Ns. Yesi Andriani, M. Kep, Sp. Mat selaku pembimbing I dan Ibu Nofriyanti, SST selaku 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. Endra Amalia, M. Kep selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan banyak ilmu pengetahuan dan bimbingan selama mengikuti pendidikan.
5. Ibu Ns. Yessi Andriani, M. Kep, Sp. Mat selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dalam pembuatan Laporan Studi Kasus ini.
6. Ibu Nofriyanti, SST selaku pembimbing klinik yang telah memberikan bimbingan dalam pembuatan Laporan Studi Kasus ini.
7. Khususnya kepada kedua orang tuaku tercinta serta seluruh keluarga atas jerih payah, curahan kasih sayang, bantuan moral maupun material serta Do'a yang tulus dan ikhlas bagi kesuksesan penulis.
8. Teman-teman mahasiswa-mahasiswi STIKes Perintis Prodi D III Keperawatan yang telah memberi masukan dan dukungan kepada penulis.

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

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

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wb.

Bukittinggi, Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	iv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	
1.2.1 Tujuan Umum.....	3
1.2.2 Tujuan Khusus.....	3
1.3 Manfaat.....	4
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
2.1 Konsep Dasar Post Partum	
2.1.1 Pengertian.....	5
2.1.2 Pembagian Masa Post Partum.....	5
2.1.3 Perubahan Sistem Organ Reproduksi Pada Post Partum.....	6
2.1.4 Involusi.....	7
2.1.5 Lochea.....	10
2.1.6 Laktasi.....	11
2.1.7 Adaptasi Fisiologis Post Partum.....	12
2.1.8 Adaptasi Keluarga.....	22
2.2 Konsep Dasar <i>Secsio Cesaria</i>	
2.2.1 Pengertian.....	32
2.2.2 Anatomi dan Fisiologi Abdomen.....	33
2.2.3 Etiologi.....	36
2.2.4 Manifestasi Klinis.....	39
2.2.5 Patofisiologi.....	40
2.2.6 Pemeriksaan Penunjang.....	43

2.2.7	Penatalaksanaan.....	44
2.2.8	Komplikasi.....	50
2.3 Asuhan Keperawatan Teoritis		
2.3.1	Pengkajian.....	51
2.3.2	Diagnosa Keperawatan.....	56
2.3.3	Intervensi.....	58
2.3.4	Implementasi.....	64
2.3.5	Evaluasi.....	65

BAB III TINJAUAN KASUS

3.1	Pengkajian.....	66
3.2	Diagnosa Keperawatan.....	89
3.3	Intervensi.....	90
3.4	Implementasi.....	98
3.5	Evaluasi.....	98

BAB IV PEMBAHASAN..... 131

BAB V PENUTUP

5.1	Kesimpulan.....	142
5.2	Saran.....	143

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 2.2.1 <i>Secsio Cesaria</i>	32
Gambar 2.2.2 Anatomi Abdomen	33
Gambar 2.2.2 Otot Perut	35
Gambar 2.2.5 WOC.....	42

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 2.1.4 Tingkat Involusi Uteri	8
Tabel 2.2.4 Uterus	9
Tabel 2.4.3 Intervensi Secara Teoritis	58
Tabel 3.1 Riwayat Kehamilan dan Nifas Yang Lalu	70
Tabel 3.1 Apgar Score	71
Tabel 3.1 Data Biologis	75
Tabel 3.1 Hasil Labor	79
Tabel 3.1 Data Obat	80
Tabel 3.1 Analisa Data	84
Tabel 3.3 Intervensi	90
Tabel 3.4 Implementasi	98

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Riwayat Hidup

Lampiran II Pernyataan Persetujuan

Lampiran III Lembaran Konsultasi Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sectio caesaria adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Sarwono, 2009). Ada beberapa indikasi untuk dilakukan tindakan SC adalah Gawat janin, Diproporsi cepalopelvik, persalinan tidak maju, plasenta previa, prolapsus tali pusat, mal presentase janin/letak, panggul sempit dan preeklamsia (Jitowiyono S & Kristiyanasari W, 2010).

Ditemukannya bedah sesar memang dapat mempermudah proses persalinan sehingga banyak ibu hamil yang lebih senang memilih jalan ini walaupun sebenarnya mereka bisa melahirkan secara normal. Namun faktanya menurut bensons dan pernols, angka kematian pada operasi SC adalah 40-80 tiap 100.000 kelahiran hidup. Angka ini menunjukkan resiko 25x lebih besar dibandingkan dengan persalinan melalui pervagina. Bahkan untuk satu kasus karena infeksi mempunyai angka 80x lebih tinggi dibandingkan dengan persalinan pervagina.

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 diseluruh

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 di wawancarai di 33 provinsi. Gambar adanya faktor resiko ibu saat melahirkan atau di operasi SC adalah 13,4% karena ketuban pecah dini 5,49% pre eklampsiaa 5,14, pendarahan 4,40% karena jalan lahir tertutup, 2,3% karena rahim sobek. Berdasarkan rekam medik Ruang Rawat Inap Kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi jumlah pasien dari bulan Januari sampai dengan bulan Juni 2018 ditemukan sebanyak 182 orang yang melakukan operasi Sectio caesarea.

Dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan pada masyarakat perlu di kembangkan, salah satunya adalah pelayanan keperawatan pada ibu post partum. Umumnya pada beberapa negara berkembang seperti Indonesia, angka kematian ibu yang mengalami persalinan masih tinggi. Penyebab terbesar kematian ibu pada persalinan adalah karena komplikasi dan perawatan pasca persalinan yang tidak baik. Oleh karena itu, pelayanan keperawatan pada ibu post partum sangat diperlukan dan perlu mendapatkan perhatian yang utama untuk menurunkan angka kematian ibu post partum akibat komplikasi. Untuk menekan angka kematian pada ibu dan janin salah satu cara bisa dilakukan dengan tindakan operasi. Komplikasi dari operasi SC pada ibu antara lain : perdarahan, infeksi (sepsis), dan cidera di sekeliling struktur seperti usus besar, kandung

kemih, pembuluh ligament yang lebar, dan ureter. Perawat sebagai tenaga kesehatan harus mampu memberikan asuhan keperawatan yang efektif dan mampu ikut serta dalam upaya penurunan angka insiden *Sectio Caesarea* (SC) melalui upaya preventif, promotor, kuratif dan rehabilitatif.

Berdasarkan pemaparan diatas, penulis tertarik membahas tentang **Asuhan Keperawatan Pada Ny.E Dengan P₁A₀ Post Operasi Sectio Caesarea Hari Ke-1 Atas Indikasi PEB di Ruang Rawat Inap Kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.**

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Untuk memperoleh pengalaman nyata dalam melakukan proses dan asuhan keperawatan pada pasien dengan post SC diruang rawat kebidanan Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi.

1.2.2 Tujuan Khusus

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada klien post SC, penulis mampu :

1. Memahami tentang konsep asuhan keperawatan pada Ny.E dengan post SC dengan indikasi PEB.
2. Melaksanakan pengkajian pada Ny.E dengan post SC dengan indikasi PEB.
3. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny.E dengan post SC dengan indikasi PEB.

4. Mampu melakukan intervensi keperawatan pada Ny.E dengan SC dengan indikasi PEB.
5. Mampu melakukan implementasi keperawatan pada Ny. E dengan post SC dengan indikasi PEB.
6. Mampu melakukan evaluasi pada Ny. E dengan post SC dengan indikasi PEB.
7. Mampu melakukan pendokumentasian pada Ny. E dengan post SC dengan indikasi PEB.

1.3 Manfaat

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, diharapkan dapat bermanfaat bagi semua pihak yaitu:

1.3.1 Bagi Penulis

Memberikan pengetahuan dan memperbanyak pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan pada klien dengan post SC dengan indikasi PEB.

1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan

Dapat menjadi bahan referensi bagi perpustakaan, dan dapat menjadi bahan masukan mengenai persalinan melalui SC dengan indikasi PEB.

1.3.3 Bagi Rumah Sakit

Memberikan masukan bagi tim kesehatan rumah sakit dalam memberikan Asuhan keperawatan pada pasien post SC yang lebih optimal.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar post partum

2.1.1 Pengertian

Post partum adalah masa sesudah persalinan dapat juga disebut masa nifas (puerperium) yaitu masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pulihnya kembali alat kandungan yang lamanya 6 minggu. Post partum adalah masa 6 minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi sampai kembali ke keadaan normal sebelum hamil. (Bobak, 2010). Masa nifas atau puerperium adalah dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Hadijono, 2008:356).

2.1.2 Pembagian Masa Post Partum

Menurut referensi dari Prawirohardjo (2009:238), pembagian nifas di bagi 3 bagian, yaitu:

1. Puerperium Dini

Yaitu kepulihan dimana ibu di perbolehkan berdiri dan berjalan.

Dalam agama Islam, dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2. Puerperium Intermedial

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

3. Remote Puerperium

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

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

2.1.3 Perubahan Sistem Organ Reproduksi Pada Post Partum

a. Payudara

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

merupakan suatu interaksi yang sangat kompleks antara rangsangan mekanik, saraf dan berbagai macam hormon sehingga ASI dapat keluar.

b. Endometrium

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

c. Cerviks, Vagina, Vulva, Perineum

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

2.1.4 Involusi

a. Pengertian involusi uteri

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat

sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot polos uterus (Ramali, 2003).

Tabel Tingkat Involusio Uteri

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

b. Proses Involusi Uterus

Ischemi pada miometrium disebut juga lokal ischemia yaitu kekurangan darah pada uterus. Kekurangan darah ini bukan hanya karena kontraksi dan retraksi yang cukup lama seperti tersebut diatas tetapi disebabkan oleh pengurangan aliran darah yang pergi ke uterus di dalam masa hamil, karena uterus harus membesar menyesuaikan diri dengan pertumbuhan janin.

Untuk memenuhi kebutuhannya, darah banyak dialirkan ke uterus dapat mengadakan hipertropi dan hiperplasi setelah bayi dilahirkan tidak diperlukan lagi, maka pengaliran darah berkurang, kembali seperti biasa. Dan aliran darah dialirkan ke buah dada sehingga peredaran darah ke buah dada menjadi lebih baik.

Demikianlah dengan adanya hal-hal diatas, uterus akan mengalami kekurangan darah sehingga jaringan otot-otot uterus mengalamiotropi kembali kepada ukuran semula. Setelah bayi dilahirkan, uterus yang selama persalinan mengalami kontraksi dan retraksi akan menjadi keras sehingga dapat menutup pembuluh darah besar yang bermuara pada bekas implantasi plasenta. (Sarwono, 2002). Pada hari pertama ibu post partum tinggi fundus uteri kira-kira satu jari bawah pusat (1 cm). Pada hari kelima post partum uterus menjadi 1/3 jarak antara symphysis ke pusat. Dan hari ke 10 fundus sukar diraba di atas symphysis. (Prawirohardjo, 2002). Tinggi fundus uteri menurun 1 cm tiap hari. (Reader, 2004). Secara berangsurangsur menjadi kecil (involusi) hingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

Tabe uterus

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

2.1.5 Lochea

a. Pengertian

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

Menurut Rustam Mochtar (2002) pengeluaran lochia dapat dibagi berdasarkan jumlah dan warna sebagai berikut :

1. Lokia rubra berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa. Lanugo dan mekoneum selama 2 hari pasca persalinan.
2. Lokia sanguinolenta berwarna merah kuning berisi darah dan lendir, hari ke 3-7 pasca persalinan.
3. Lokia serosa berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pasca persalinan.
4. Lokia alba cairan putih, setelah 2 minggu.
5. Lokia purulenta terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
6. Lokia astastis lokia tidak lancar keluarnya.

2.1.6 Laktasi

a. Pengertian

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

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

1. Refleks Prolaktin

Pada waktu bayi menghisap payudara ibu, ibu menerima rangsangan neurohormonal pada putting dan areola, rangsangan ini melalui nervus vagus diteruskan ke hypophysa lalu ke lobus anterior, lobus anterior akan

mengeluarkan hormon prolaktin yang masuk melalui peredaran darah sampai pada kelenjarkelenjar pembuat ASI dan merangsang untuk memproduksi ASI.

2. Refleks Let Down

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

2.1.7 Adaptasi Fisiologis Post Partum

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

1) Sistem Respirasi

Penggunaan obat-obat anesthesia umum selama proses pembedahan menyebabkan perubahan kecepatan frekuensi, kedalaman dan pola respirasi. Setelah operasi mungkin terjadi penumpukan secret pada jalan nafas yang menyebabkan perubahan pola nafas, juga suara tambahan berupa rales. Hal ini tidak ditemukan pada anesthesia spinal. Sedangkan peningkatan respirasi mungkin terjadi sebagai respon klien terhadap adanya

nyeri. Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas

2) Sistem Cardiovasculer

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

a) Cardiac Output

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

b) Volume dan Konsentrasi Darah

Pada 72 jam pertama setelah persalinan banyak kehilangan plasma dari pada sel darah. Selama persalinan erithropoesis meningkat menyebabkan kadar hemoglobin menurun dan

nilainya akan kembali stabil pada hari keempat post partum. Jumlah leukosit meningkat pada early post partum hingga nilainya mencapai 30.000/mm³ tanpa adanya infeksi. Apabila peningkatan lebih dari 30 % dalam 6 jam pertama, maka hal ini mengindikasikan adanya infeksi. Jumlah darah yang hilang selama persalinan sekitar 400.500 ml. Pada klien post partum dengan seksio sesarea kehilangan darah biasanya lebih banyak dibanding persalinan normal (600-800 cc).

3) Sistem Gastrointestinal

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

4) Sistem Endokrin

a) Hormon plasenta

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

b) Hormon pituitary

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

c) Hipotalamik Pituitary Ovarium

Untuk wanita yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Seringkali menstruasi pertama itu bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron. Diantara wanita laktasi sekitar 15% memperoleh menstruasi selama 6 minggu dan 45% setelah 12 minggu. Diantara wanita yang tidak laktasi 40% menstruasi setelah 6 minggu, 65% setelah 12 minggu dan 90% setelah 24 minggu. Untuk wanita laktasi 80% menstruasi pertama anovulasi dan untuk wanita yang tidak laktasi 50% siklus pertama anovulasi.

5) Sistem Perkemihan

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

6) Sistem Pencernaan

a) Nafsu Makan

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

b) Motilitas

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

c) Defekasi

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

7) Sistem Persarafan

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

8) Sistem Integumen

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

9) Sistem Muskuloskeletal

Selama kehamilan otot abdomen teregang secara bertahap, hal ini menyebabkan hilangnya kekenyalan otot pada masa post partum, terutama menurunnya tonus otot dinding dan adanya diastasis rektus abdominalis. Pada dinding abdomen sering tampak lembek dan kendur dan terdapat luka/insisi bekas operasi, secara berangsur akan kembali pulih, selain itu sensasi ekstremitas bawah dapat berkurang selama 24 jam pertama

setelah persalinan, pada klien post partum dengan seksio sesaria, hal ini terjadi bila dilakukan regio anestesi dapat terjadi pula penurunan kekuatan otot yang disebabkan oleh peregangan otot. Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamen rotundum menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusannya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihan dibantu dengan latihan.

10) Perubahan Tanda- Tanda Vital

a) Suhu Badan

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

b) Nadi

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

c) Tekanan darah

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

11) Perubahan Hematologi

Selama minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah.

Leukositosis yang meningkat dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi sampai 25000 atau 30000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama. Jumlah hemoglobine, hematokrit dan erytrocyt akan sangat bervariasi pada awal-awal masa postpartum sebagai

akibat dari volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah.

Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi wanita tersebut. Kira-kira selama kelahiran dan masa postpartum terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobine pada hari ke 3-7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4-5 minggu postpartum.

12) Dinding Abdomen

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

13) Kehilangan Berat Badan

Seorang wanita akan kehilangan berat badannya sekitar 5 kg pada saat melahirkan. Kehilangan ini berhubungan dengan berat bayi, placenta dan cairan ketuban. Pada minggu pertama post

partum seorang wanita akan kehilangan berat badannya sebesar 2 kg akibat kehilangan cairan (Varney, 2004:255).

14) Varises

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

2.1.8 Adaptasi Keluarga

1. Adaptasi psikologis orangtua

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

Beberapa adaptasi psikologis antara lain :

a) Adaptasi parental

Proses menjadi orangtua terjadi sejak masa konsepsi. Selama periode prenatal, ibu merupakan bagian pertama yang memberikan lingkungan untuk berkembang dan tumbuh sebelum anak lahir. Proses menjadi orangtua tidak

mudah dan sering menimbulkan konflik dan krisis komunikasi karena ketergantungan penuh bayi pada orangtua.

Untuk menjadi orangtua diperlukan komponen yaitu :

- 1) kemampuan kognitif dan motorik, merupakan komponen pertama dari respon menjadi orangtua dalam perawatan bayi.
- 2) Kemampuan kognitif dan afektif merupakan komponen psikologis dalam perawatan bayi. Perasaan keibuan, kebapakan, dan pengalaman awal menjadi orangtua.

b) Fase maternal

Tiga fase yang terjadi pada ibu post partum yang disebut “Rubin Maternal Phases” yaitu :

1) Taking in (periode ketergantungan)

Fase ini terjadi antara satu sampai tiga hari setelah persalinan dimana ibu berfokus pada diri sendiri, bersikap pasif dan tergantung secara emosional ibu berusaha untuk mengintegrasikan pengalaman persalinan dalam kehidupannya.

- 2) Taking hold (fase transisi antara ketergantungan dan kemandirian) Terjadi antara ketiga sampai kesepuluh hari setelah persalinan dalam fase ini secara bertahap tenaga ibu pulih kembali, ibu merasa lebih nyaman,

focus perhatian mulai beralih pada bayi, ibu sangat antusias dalam merawat bayinya, mulai mandiri dalam perawatan diri, terbuka pada pengajaran perawatan, saat yang tepat untuk memberi informasi tentang perawatan bayi dan diri sendiri.

3) Letting go (fase mampu sendiri) Fase ini antara dua sampai empat minggu setelah persalinan dimana ibu mulai menerima peran barunya yaitu sebagai ibu dari bayi yang baru lahir. Ibu melepas bayangan persalinan dengan harapan yang tidak terpenuhi serta mampu menerima kenyataan.

c) Adaptasi ayah

Kemampuan ayah dalam beradaptasi dengan kelahiran bayi dipengaruhi oleh keterlibatan ayah selama kehamilan, partisipasi saat persalinan, struktur keluarga, identifikasi jenis kelamin, tingkat kemampuan dalam penampilan dan latar belakang cultural Ayah mungkin menjadi anggota keluarga yang terlupakan, terutama bila hal ini merupakan anak yang pertama.

Sebelum bayi tiba di rumah, ia merupakan bagian terbesar dari keluarganya yang terdiri dari dua orang. Aktivitas siang hari dimana mudah disesuaikan dengan pasangannya malam hari tanpa gangguan. Kini rumah menjadi tidak terkendali, makan menjadi tidak terjadwal, tidur

mengalami gangguan dan hubungan seksual untuk sementara ditangguhkan. Ayah harus dilibatkan dalam perawatan anak dan pemeliharaan aktivitas rumah.

Dengan berbagai tanggung jawab seperti ini, mereka menjadi bagian dari pengalaman mengasuh anak. Sebagai akibat, pasangan menjadi lebih dekat. Sebagai ayah baru, peran ayah tidak kurang rumitnya dibandingkan peran istri. Tentu sang ayah tidak mengandung si bayi selama 9 bulan, tetapi harus membuat penyesuaian secara fisik dan emosi ketika waktu persalinan semakin dekat dan persiapan untuk bayi menjadi penting sekali.

Di satu pihak, sang ayah mungkin merasa seolah-olah tidak ada hubungan dengan persalinan tetapi pada sisi lain ini adalah bayinya juga. Ketika bayi akhirnya lahir, sang ayah mungkin merasa sangat lega dan juga gembira serta gugup. Sewaktu menyaksikan kelahiran bayi, perasaan komitmen dan cinta membanjir ke permukaan menghilangkan kekhawatiran bahwa sang ayah tidak akan pernah mempunyai keterikatan dengan bayinya.

d) Adaptasi sibling

Biasanya kelahiran adik atau bayi dapat menjadi suatu perubahan pada sibling atau saudara, anak pertama lebih ingin mempertahankan dirinya lebih tinggi dari adik barunya. Salah satu peristiwa kunci dalam kehidupan anak

adalah kelahiran adik baru. Kehamilan itu sendiri merupakan waktu ideal bagi anak-anak untuk memahami darimana bayi berasal dan bagaimana bayi itu dilahirkan.

Anak mungkin memiliki reaksi campuran terhadap adik baru, bergairalah karena mendapat teman bermain baru, takut akan ditelantarkan dan sering kecewa ketika sang adik tidak mau segera bermain. Akan tetapi persaingan sengit yang ditakutkan oleh banyak orang tua bukan tidak dapat dihindari.

Temperamen anak tertentu itu dan cara orang tua memperlakukan anak adalah faktor kunci yang menentukan seberapa besar persaingan yang terjadi di antara saudara kandung. Tidak mudah memang untuk menjaga keseimbangan yang tepat antara menyesuaikan diri dengan kebutuhan bayi baru dan membantu anak yang lebih besar mengatasi perubahahn itu.

2. Bounding Attachment

1) Pengertian Bounding Attachment

- a. Klause dan Kennel (1983): interaksi orang tua dan bayi secara nyata, baik fisik, emosi, maupun sensori pada beberapa menit dan jam pertama segera bayi setelah lahir.
- b. Nelson (1986), bounding: dimulainya interaksi emosi sensorik fisik antara orang tua dan bayi segera setelah

lahir, attachment: ikatan yang terjalin antara individu yang meliputi pencurahan perhatian; yaitu hubungan emosi dan fisik yang akrab.

- c. Saxton dan Pelikan (1996), bounding: adalah suatu langkah untuk mengungkapkan perasaan afeksi (kasih sayang) oleh ibu kepada bayinya segera setelah lahir; attachment: adalah interaksi antara ibu dan bayi secara spesifik sepanjang waktu.
- d. Bennet dan Brown (1999), bounding: terjadinya hubungan antara orang tua dan bayi sejak awal kehidupan, attachment: pencurahan kasih sayang di antara individu.
- e. Brozeton (dalam Bobak, 1995): permulaan saling mengikat antara orang-orang seperti antara orang tua dan anak pada pertemuan pertama.
- f. Parmi (2000): suatu usaha untuk memberikan kasih sayang dan suatu proses yang saling merespon antara orang tua dan bayi lahir.
- g. Perry (2002), bounding: proses pembentukan attachment atau membangun ikatan; attachment: suatu ikatan khusus yang dikarakteristikan dengan kualitas-kualitas yang terbentuk dalam hubungan orang tua dan bayi.

- h. Subroto (cit Lestari, 2002): sebuah peningkatan hubungan kasih sayang dengan keterikatan batin antara orang tua dan bayi.
- i. Maternal dan Neonatal Health: adalah kontak dini secara langsung antara ibu dan bayi setelah proses persalinan, dimulai pada kala III sampai dengan post partum.
- j. Harfiah, bounding: ikatan; attachment: sentuhan.

2) Tahap-Tahap Bounding Attachment

- a. Perkenalan (acquaintance), dengan melakukan kontak mata, menyentuh, berbicara, dan mengeksplorasi segera setelah mengenal bayinya.
- b. Bounding (keterikatan)
- c. Attachment, perasaan sayang yang mengikat individu dengan individu lain.
- d. Menurut Klaus, Kenell (1982), bagian penting dari ikatan ialah perkenalan.

3) Elemen-Elemen Bounding Attachment

a) Sentuhan

Sentuhan, atau indera peraba, dipakai secara ekstensif oleh orang tua dan pengasuh lain sebagai suatu sarana untuk mengenali bayi baru lahir dengan cara mengeksplorasi tubuh bayi dengan ujung jarinya.

b) Kontak mata

Ketika bayi baru lahir mampu secara fungsional mempertahankan kontak mata, orang tua dan bayi akan menggunakan lebih banyak waktu untuk saling memandang. Beberapa ibu mengatakan, dengan melakukan kontak mata mereka merasa lebih dekat dengan bayinya (Klaus, Kennell, 1982).

c) Suara

Saling mendengar dan merespon suara anata orang tua dan bayinya juga penting. Orang tua menunggu tangisan pertama bayinya dengan tegang.

d) Aroma

Ibu mengetahui bahwa setiap anak memiliki aroma yang unik (Porter, Cernoch, Perry, 1983). Sedangkan bayi belajar dengan cepat untuk membedakan aroma susu ibunya (Stainto, 1985).

e) Entrainment

Bayi baru lahir bergerak-gerak sesuai dengan struktur pembicaraan orang dewasa. Mereka menggoyang tangan, mengangkat kepala, menendang-nendangkan kaki, seperti sedang berdansa mengikuti nada suara orang tuanya. Entrainment terjadi saat anak mulai berbicara. Irama ini berfungsi memberi umpan balik positif kepada orang tua dan menegakkan suatu pola komunikasi efektif yang positif.

f) Bioritme

Anak yang belum lahir atau baru lahir dapat dikatakan senada dengan ritme alamiah ibunya. Untuk itu, salah satu tugas bayi baru lahir ialah membentuk ritme personal (bioritme). Orang tua dapat membantu proses ini dengan memberi kasih sayang yang konsisten dan dengan memanfaatkan waktu saat bayi mengembangkan perilaku yang responsif. Hal ini dapat meningkatkan interaksi sosial dan kesempatan bayi untuk belajar.

g) Kontak dini

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

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

4) Prinsip-prinsip dan upaya meningkatkan Bounding Attachment

- a. Dilakukan segera (menit pertama jam pertama).
- b. Sentuhan orang tua pertama kali.
- c. Adanya ikatan yang baik dan sistematis berupa kedekatan orang tua ke anak.
- d. Kesehatan emosional orang tua.
- e. Terlibat pemberian dukungan dalam proses persalinan.
- f. Persiapan PNC sebelumnya.
- g. Adaptasi.
- h. Tingkat kemampuan, komunikasi dan keterampilan untuk merawat anak.
- i. Kontak sedini mungkin sehingga dapat membantu dalam memberi kehangatan pada bayi, menurunkan rasa sakit ibu, serta memberi rasa nyaman.
- j. Fasilitas untuk kontak lebih lama.
- k. Penekanan pada hal-hal positif.
- l. Perawat maternitas khusus (bidan).
- m. Libatkan anggota keluarga lainnya/dukungan sosial dari keluarga, teman dan pasangan.
- n. Informasi bertahap mengenai bounding attachment.

5) Keuntungan Bounding Attachment

- a. Bayi merasa dicintai, diperhatikan, mempercayai, menumbuhkan sikap sosial.
 - b. Bayi merasa aman, berani mengadakan eksplorasi.
- 6) Hambatan Bounding Attachment
- a. Kurangnya support sistem.
 - b. Ibu dengan resiko (ibu sakit).
 - c. Bayi dengan resiko (bayi prematur, bayi sakit, bayi dengan cacat fisik).
 - d. Kehadiran bayi yang tidak diinginkan.

2.2 Konsep dasar SC

2.2.1 Pengertian

Sectio caesaria adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Sarwono, 2009)



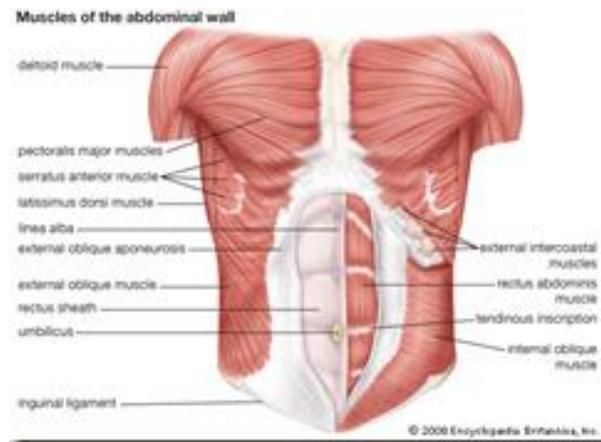
Pre eklampsia adalah sekumpulan gejala yang timbul pada wanita hamil, bersalin dan nifas yang terdiri dari hipertensi, edema dan protein uria tetapi tidak menunjukkan tanda-tanda kelainan vaskuler

atau hipertensi sebelumnya, sedangkan gejalanya biasanya muncul setelah kehamilan berumur 28 minggu atau lebih. (Nanda, 2012)

Preeklamsia berat adalah suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai proteinuria dan oedema pada kehamilan 20 minggu atau lebih (Bodak, 2004).

Bayi baru lahir merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin (Dewi, 2011).

2.2.2 Anatomi dan Fisiologi Abdomen



Gambar. Anatomi Abdomen

(Sumber. Bambang widjanarko, 2010)

a. Kulit

1) Lapisan Epidermis

Epidermis, lapisan luar, terutama terdiri dari epitel skuamosa bertingkat. Sel-sel yang tersusun secara berkesinambungan di bentuk oleh lapisan germinal dalam epitel silindris dan mendatar ketika di dorong oleh sel-sel baru ke arah permukaan, tempat kulit terkikis oleh gesekan. Lapisan luar terdiri dari keratin protein bertanduk, jaringan ini tidak memiliki pembuluh darah dan sel-selnya sangat rapat.

2) Lapisan dermis

Dermis adalah lapisan yang terdiri dari kolagen jaringan *fibrosa* dan *elastin*. Lapisan *superfasian* menonjol ke dalam epidermis berupa sejumlah papila kecil. Lapisan yang lebih dalam terletak pada jaringan subkutan dan fasia, lapisan ini mengandung pembuluh darah, pembuluh limfe dan saraf.

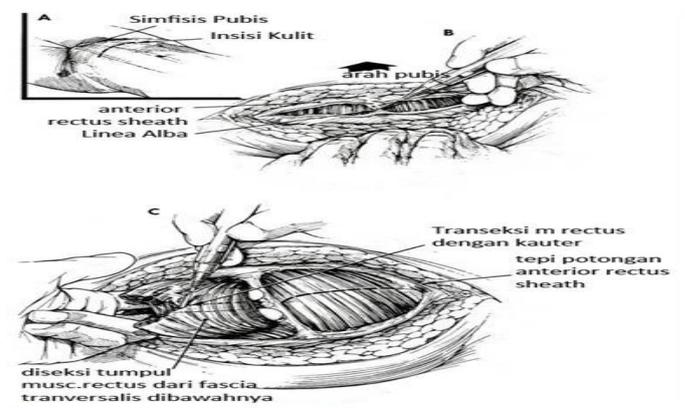
3) Lapisan subkutan

Lapisan ini mengandung sejumlah sel lemak, berisi banyak pembuluh darah dan ujung syaraf. Lapisan ini mengikat kulit secara longgar dengan organ-organ yang terdapat di bawahnya. Dalam hubungan dengan tindakan SC, Lapisan ini adalah pengikat organ-organ yang ada di abdomen, khususnya uterus. Organ-organ di lindungi oleh selaput tipis yang disebut *peritonium* dalam tindakan SC, sayatan dilakukan dari kulit lapisan terluar (epidermis) sampai dinding *uterus*.

b. Fasia

Di bawah kulit *fasia superficialis* menjadi lapisan lemak yang dangkal, *camper's fascia*, dan yang lebih dalam lapisan *fibrosa*, *fasia profunda* terletak pada otot-otot perut menyatu dengan *fasia profunda* paha. Susunan ini membentuk pesawat antara *scarpa's fascia* dan perut dalam fascia membentang dari bagian atas paha bagian atas perut. Di bawah lapisan terdapat otot, maka otot *abdominis transveses*, terletak fascia transversalis. Pada *fasia transversalis* di pisahkan dari *perinium parietalis* oleh variabel lapisan lemak. Fascias adalah lembar jaringan ikat atau mengikat bersama-sama meliputi struktur tubuh.

c. Otot perut



(Sumber. Bambang widjanarko, 2010)

1) Otot dinding perut anterior dan lateral

Rektus abdominis meluas dari bagian depan *margo costalis* di atas dan pubis di bagian bawah. Otot itu di silang oleh beberapa pita jaringan yang membentang pada garis tengah dari *proceuss xiphodius sternum* ke *simpisis pupis*,

memisahkan kedua *musculus rectus abdominis*. *Obliquus sxternus*, *obliquus internus* dan *transverses* adalah otot pipih yang membentuk dinding abdomen pada bagian samping dan depan. Serat *externus* berjalan ke arah bawah dan atas ; serat *obliquus internus* berjalan ke atas dan ke depan ; serat *transverses* (otot terdalam dari otot ketiga dinding perut) berjalan transversal di bagian depan ketiga otot terakhir otot berakhir dalam satu selubung bersama yang menutupi *rectus abdominis*.

2) Otot dinding perut posterior

Quadrates lumbolus adalah otot pendek persegi pada bagian belakang abdomen, dari *costa* keduabelas di atas ke *crista iliaca* (gibson, J. 2002)

2.2.3 Etiologi

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

a. CPD (*Chepalo Pelvik Disproportion*)

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. Tulang-tulang panggul merupakan susunan beberapa

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

b. PEB (Pre-Eklamsi Berat)

Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, pre-eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting dalam ilmu kebidanan. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

c. KPD (Ketuban Pecah Dini)

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

d. Bayi Kembar

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

e. Faktor Hambatan Jalan Lahir

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

f. Kelainan Letak Janin

1) Kelainan pada letak kepala

- a) Letak kepala tengadah Bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB yang paling rendah. Etiologinya kelainan panggul, kepala bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati, kerusakan dasar panggul.
- b) Presentasi muka Letak kepala tengadah (defleksi), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah ialah muka. Hal ini jarang terjadi, kira-kira 0,27-0,5 %.
- c) Presentasi dahi Posisi kepala antara fleksi dan defleksi, dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Pada penempatan dagu, biasanya dengan

sendirinya akan berubah menjadi letak muka atau letak belakang kepala.

2) Letak Sungsang

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

2.2.4 Manifestasi Klinis

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

1. Pusing
2. Mual muntah
3. Nyeri sekitar luka operasi
4. Peristaltic usus menurun

Manifestasi Klinis PEB menurut (Nanda, 2013) :

- a. Nyeri kepala hebat pada bagian depan atau belakang kepala yang di ikuti dengan peningkatan tekanan darah yang abnormal.
- b. Iritabel ibu merasa gelisah dan tidak bisa bertoleransi dengan suara berisik atau gangguan lainnya.
- c. Nyeri perut pada bagian ulu hati yang terkadang disertai dengan muntah.
- d. Gangguan pernafasan sampai sianosis.

- e. Terjadi gangguan kesadaran.

2.2.5 Patofisiologi

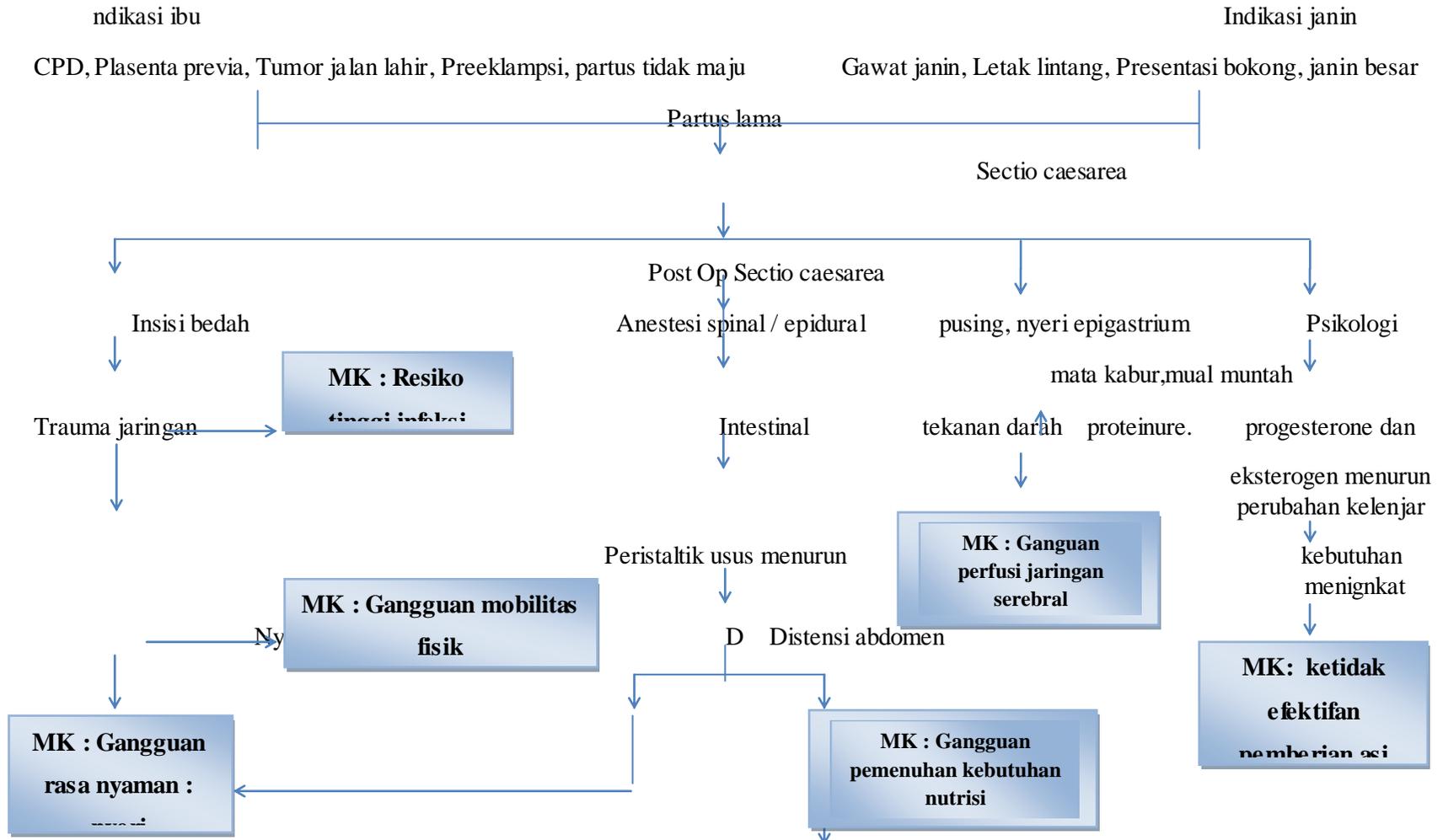
SC merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gr dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini yaitu distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsia jaringan lunak, placenta previa dll, untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin. Janin besar dan letak lintang setelah dilakukan SC ibu akan mengalami adaptasi post partum baik dari aspek kognitif berupa kurang pengetahuan. Akibat kurang informasi dan dari aspek fisiologis yaitu produk oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit, luka dari insisi akan menjadi post de entris bagi kuman. Oleh karena itu perlu diberikan antibiotik dan perawatan luka dengan prinsip steril.

Nyeri adalah salah utama karena insisi yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman. Sebelum dilakukan operasi pasien perlu dilakukan anestesi bisa bersifat regional dan umum. Namun anestesi umum lebih banyak pengaruhnya terhadap janin maupun ibu anestesi janin sehingga kadang-kadang bayi lahir dalam keadaan upnoe yang tidak dapat diatasi dengan mudah. Akibatnya janin bisa mati, sedangkan pengaruhnya anestesi bagi ibu sendiri yaitu terhadap tonus uteri berupa atonia uteri sehingga darah banyak yang keluar. Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas yang tidak

efektif akibat sekret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup.

Anestesi juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus. Seperti yang telah diketahui setelah makanan masuk lambung akan terjadi proses penghancuran dengan bantuan peristaltik usus. Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Akibat dari motilitas yang menurun maka peristaltik juga menurun. Makanan yang ada di lambung akan menumpuk dan karena reflek untuk batuk juga menurun. Maka pasien sangat beresiko terhadap aspirasi sehingga perlu dipasang pipa endotracheal. Selain itu motilitas yang menurun juga berakibat pada perubahan pola eliminasi yaitu konstipasi (Saifuddin, Mansjoer & Prawirohardjo, 2002)

Web Of Caution



(Bobak, 2005. Nanda 2013. Saifuddin, 2002)

2.2.6 Pemeriksaan Penunjang

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 tidak jelas terlihat bila menggunakan pemindaian CT.

d. Pemindaian positron emission tomography (PET)

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

e. Uji laboratorium

1. Fungsi lumbal : menganalisis cairan serebrovaskuler.
2. Hitung darah lengkap : mengevaluasi trombosit dan hematokrit.
3. Panel elektrolit.
4. Skrining toksik dari serum dan urin.
5. AGD
6. Kadar kalsium darah
7. Kadar natrium darah
8. Kadar magnesium darah

2.2.7 Penatalaksanaan

a. Keperawatan

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

b. Diet

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

c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi :

1. Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 - 10 jam setelah operasi
2. Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar

3. Hari kedua post operasi, penderita dapat di dudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya.
4. Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler).
5. Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke5 pasca operasi.

d. Fungsi gastrointestinal

1. Jika tindakan tidak berat beri pasien diit cair
2. Jika ada tanda infeksi , tunggu bisung usus timbul
3. Jika pasien bisa flatus mulai berikan makanan padat
4. Pemberian infus diteruskan sampai pasien bisa minum dengan baik
5. Perawatan fungsi kandung kemih
6. Jika urin jernih, kateter dilepas 8 jam setelah pembedahan atau sesudah semalam
7. Jika urin tidak jernih biarkan kateter terpasang sampai urin jernih
8. Jika terjadi perlukaan pada kandung kemih biarkan kateter terpasang sampai minimum 7 hari atau urin jernih.

9. Jika sudah tidak memakai antibiotika berikan nitrofurantoin 100 mg per oral per hari sampai kateter dilepas
 10. Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24 - 48 jam / lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.
- e. Pembalutan dan perawatan luka
1. Jika pada pembalut luka terjadi perdarahan atau keluar cairan tidak terlalu banyak jangan mengganti pembalut
 2. Jika pembalut agak kendur , jangan ganti pembalut, tapi beri plester untuk mengencangkan
 3. Ganti pembalut dengan cara steril
 4. Luka harus dijaga agar tetap kering dan bersih
 5. Jahitan fascia adalah utama dalam bedah abdomen, angkat jahitan kulit dilakukan pada hari kelima pasca SC.
- f. Hal – Hal lain yang perlu diperhatikan
1. Pasca bedah penderita dirawat dan diobservasi kemungkinan komplikasi berupa perdarahan dan hematoma pada daerah operasi
 2. Pasca operasi perlu dilakukan drainase untuk mencegah terjadinya hematoma.

3. Pasien dibaringkan dengan posisi semi fowler (berbaring dengan lutut ditekuk) agar dinding abdomen tidak tegang.
4. Diusahakan agar penderita tidak batuk atau menangis.
5. Lakukan perawatan luka untuk mencegah terjadinya infeksi
6. Dalam waktu 1 bulan jangan mengangkat barang yang berat. Selama waktu 3 bulan tidak boleh melakukan kegiatan yang dapat menaikkan tekanan intra abdomen
pengkajian difokuskan pada kelancaran saluran nafas, karena bila terjadi obstruksi kemungkinan terjadi gangguan ventilasi yang mungkin disebabkan karena pengaruh obat-obatan, anestetik, narkotik dan karena tekanan diafragma. Selain itu juga penting untuk mempertahankan sirkulasi dengan mewaspadai terjadinya hipotensi dan aritmia kardiak. Oleh karena itu perlu memantau TTV setiap 10-15 menit dan kesadaran selama 2 jam dan 4 jam sekali. Keseimbangan cairan dan elektrolit, kenyamanan fisik berupa nyeri dan kenyamanan psikologis juga perlu dikaji sehingga perlu adanya orientasi dan bimbingan kegiatan post op seperti ambulasi dan nafas dalam untuk mempercepat hilangnya pengaruh anestesi.
7. Perawatan pasca operasi, Jadwal pemeriksaan ulang tekanan darah, frekuensi nadi dan nafas. Jadwal pengukuran jumlah produksi urin Berikan infus dengan

jelas, singkat dan terinci bila dijumpai adanya penyimpangan.

g. Medis

Pada penderita yang sudah masuk ke rumah sakit dengan tanda-tanda dan gejala-gejala preeklamsi berat segera harus di beri sedativa yang kuat untuk mencegah timbulnya kejang-kejang.

Sebagai tindakan pengobatan untuk mencegah kejang-kejang dapat di berikan:

1) Larutan sulfas magnesikus 40% sebanyak 10 ml (4 gr) disuntikan intramuskulus bokong kiri dan kanan sebagai dosis permulaan dan dapat di ulang 4 gr tiap 6 jam menurut keadaan. Tambahan sulfas magnesikus hanya diberikan bila diuresis baik, reflek patella positif, dan kecepatan pernafasan lebih dari 16 per menit. Obat tersebut selain menenangkan, juga menurunkan tekanan darah dan meningkatkan diuresis.

2) Klopromazin 50 mg intramuskulus.

3) Diazepam 20 mg intramuskulus

Digunakan bila $MgSO_4$ tidak tersedia, atau syarat pemberian $MgSO_4$ tidak dipenuhi. Cara pemberian: Drip 10 mg dalam 500 ml, max. 120 mg/24 jam. Jika dalam dosis 100 mg/24 jam tidak ada perbaikan, rawat di ruang ICU.

Sebagai tindakan pengobatan untuk menurunkan tekanan darah:

1) Anti hipertensi

- a) Tekanan darah sistolis > 180 mmHg, diastolis > 110 mmHg. Sasaran pengobatan adalah tekanan diastolis < 105 mmHg (bukan kurang 90 mmHg) karena akan menurunkan perfusi plasenta.
- b) Dosis antihipertensi sama dengan dosis antihipertensi pada umumnya.
- c) Bila dibutuhkan penurunan tekanan darah secepatnya, dapat diberikan obat-obat antihipertensi parenteral (tetesan kontinyu), catapres injeksi. Dosis yang biasa dipakai 5 ampul dalam 500 cc cairan infus atau press disesuaikan dengan tekanan darah.
- d) Bila tidak tersedia antihipertensi parenteral dapat diberikan tablet anti hipertensi secara sublingual atau oral. Obat pilihan adalah nifedipin yang diberikan $5-10$ mg oral yang dapat diulang sampai 8 kali/24 jam.

2) Kardiotonika

Indikasinya bila ada tanda-tanda menjurus payah jantung, diberikan digitalisasi cepat dengan cedilanid D.

Penggunaan obat hipotensif pada pre-eklamsia berat diperlukan karena dengan menurunnya tekanan darah kemungkinan kejang dan apopleksia serebri menjadi lebih

kecil. Apabila terdapat oliguria, sebaiknya penderita diberi glukosa 20% secara intravena. Obat diuretika tidak diberikan secara rutin.

2.2.8 Komplikasi

a. Kemungkinan yang timbul setelah dilakukan operasi ini antara lain :

1. Infeksi puerperal (Nifas)

- Ringan, dengan suhu meningkat dalam beberapa hari.
- Sedang, suhu meningkat lebih tinggi disertai dengan dehidrasi dan perut sedikit kembung.
- Berat, peritonealis, sepsis dan usus paralitik

2. Perdarahan

- Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka.
- Perdarahan pada plasenta bed

3. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila peritonealisasi terlalu tinggi

4. Kemungkinan rupture tinggi spontan pada kehamilan berikutnya.

b. Komplikasi Preeklamsi Berat

Tergantung derajat pre-eklamsianya, yang termasuk komplikasi antara lain atonia uteri (uterus couvelaire), sindrom HELLP (*Haemolysis Elevated Liver Enzymes, Low Platelet Count*), ablasi retina, KID (Koagulasi Intra Vaskular Diseminata), gagal ginjal, perdarahan otak, oedem paru, gagal

jantung, syok dan kematian. Komplikasi pada janin berhubungan dengan akut kronisnya insufisiensi uteroplasental, misalnya pertumbuhan janin terhambat dan prematuritas

2.3 Asuhan Keperawatan Teoritis

Asuhan keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematis berkesinambungan, yang meliputi tindakan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan individu atau kelompok, baik actual maupun potensial kemudian merencanakan tindakan untuk menyelesaikan, mengurangi, atau mencegah terjadinya masalah baru dan melaksanakan tindakan atau menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dikerjakan.

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 atau biodata klien

Meliputi, nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, tanggal masuk rumah sakit nomor register, dan diagnosa keperawatan. Preeklamsia sering terjadi pada kehamilan pertama, terutama pada ibu yang berusia belasan tahun. Selain itu juga sering terjadi pada wanita yang hamil dengan pasangan baru (Robillrd et al,1994 dalam Fraser 2009)

Menurut Spellacy tahun 1986 pada usia di atas 35 tahun mempunyai resiko sangat tinggi terhadap terjadinya preeklamsia. insedent hipertensi karena kehamilan meningkat 3 kali lipat pada wanita di atas 40 tahun di bandingkan dengan wanita yang berusia 20-30 tahun (Cunningham 2005)

b. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang :

Biasanya klien merasakan nyeri di sekitar area jahitan operasi (anwar, 2011). Pada pasien dengan PEB keluhan utama berupa pusing, nyeri epigastrium, mata kabur, mual dan muntah (Mayo, 2012).

2) Riwayat kesehatan dahulu

Menurut Chesley (1985), adanya proses penyakit kronis : Diabetes mellitus, hipertensi kronik, penyakit ginjal, penyakit pembuluh darah, lupus eritemasus sistemik. Preeklamsia juga terjadi pada multipera yang menderita penyakit vaskuler, termasuk hipertensi esensial yang kronis dan diabetes melilitus atau dengan penyakit ginjal (Chunningham, 2005).

3) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat keluarga dengan preeklamsia atau eklamsia (khususnya ibu atau saudara wanitanya). Adanya faktor keturunan dan familyar dengan model gen tunggal. Genotip ibu lebih menentukan terjadinya hipertensi dalam

kehamilan. Telah terbukti bahwa pada ibu yang mengalami preeklamsia, 26% anak wanitanya akan mengalami preeklamsia pula, sedangkan hanya 8 % anak menantu mengalami preeklamsia (Angsar MD Saifuddin, 2008).

c. Pola-pola fungsi kesehatan

1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Karena kurangnya pengetahuan klien tentang preeklamsi berat, dan cara pencegahan, penanganan, dan perawatan serta kurangnya menjaga kebersihan tubuhnya akan menimbulkan masalah dalam perawatan dirinya.

2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

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

3) Pola aktifitas

Selama kehamilan otot abdomen teregang secara bertahap, hal ini menyebabkan hilangnya kekenyalan otot pada masa post partum, terutama mpenurunnya tonus otot dinding dan adanya diastasis rektus abdominalis. Pada dinding abdomen sering tampak lembek dan kendur dan terdapat

luka/insisi bekas operasi, secara berangsur akan kembali pulih, selain itu sensasi ekstremitas bawah dapat berkurang selama 24 jam pertama setelah persalinan, pada klien post partum dengan seksio sesaria, hal ini terjadi bila dilakukan regio anestesi dapat terjadi pula penurunan kekuatan otot yang disebabkan oleh peregangan otot.

4) Pola eliminasi

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

5) Istirahat dan tidur

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

6) Pola hubungan dan peran

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

7) Pola penagulangan sters

Biasanya klien sering melamun dan merasa cemas.

8) Pola sensori dan kognitif

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

9) Pola persepsi dan konsep diri

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

10) Pola reproduksi dan sosial

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

d. Pemeriksaan fisik

- Wajah : terdapat oedema pada kelopak mata dan wajah
- Dada : krepitasi merupakan adanya oedema pada paru
- Payudara : Keadaan payudara pada dua hari pertama post partum sama dengan keadaan dalam masa kehamilan. Pada hari ketiga dan keempat buah dada membesar, keras dan nyeri ditandai dengan sekresi air susu sehingga akan terjadi proses laktasi.

- Abdomen/ uterus: terdapat jahitan sectio caesarea, involusi uterus pada persalinan dengan SC lebih lambat dari pada persalinan normal (Medforth, 2011)
- Ekstermitas : oedema jari tangan dan tungkai merupakan gejala dari PEB (Manuaba, 2010)
- Genitalia : terdapat pengeluaran lokhea rubra (berwaritna merah) yang menetap selama 3 hari.
- Pengeluaran urine : jumlah produksi urine ≤ 500 cc/24 jam merupakan tanda PEB (Manuaba, 2010)
- Tekanan darah : tekanan darah tinggi (hipertensi), yaitu tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih

e. Data penunjang

- Urine : protein urine pada PEB bersifat (+), kadarprotein urine >5 gr/jam atau +2 pada pemeriksaan kualitatif. Oliguria (≤ 500 cc/24jam) merupakan tanda PEB (Manuaba, 2010).
- Darah : trombositopeni berat : <100.000 sel/mm³ merupakan tanda sindroma HELLP. Terjadi peningkatan hematokrit.

2.4.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi actual/potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi

secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan atau mencegah perubahan.

1. Nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik.
2. Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan cardiac output sekunder terhadap vasoplasma pembuluh darah.
3. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan.
4. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan post sc.
5. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi berhubungan dengan nutrisi yang tidak adekuat.
6. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan pemisahan ruangan bayi dengan ruangan ibu post partum.

(Bobak, 2005. Nanda2013. Saiguddin, 2002)

2.4.3 Intervensi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri b / d luka post op	<p>Tujuan : Rasa nyaman terpenuhi</p> <p>Kriteri Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none">• Klien mengatakan nyeri berkurang.• Klien tampak rileks.• Klien mampu melakukan nafas dalam.	<ul style="list-style-type: none">• Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi.• Observasi reaksi non verbal dari Ketidak nyamanan.• Tingkatkan istirahat.• Monitor tanda-tanda vital.• Ajarkan teknik relaksasi (tarik nafas dalam)• Kolaborasi dalam pemberian analgetik.
2	Gangguan perfusi jaringan serebral	<p>Tujuan :Tidak terjadi gangguan perfusi jaringan serebral.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Monitor TTV.2. Monitor adanya diplopia, pandangan

berhubungan dengan penurunan cardiac output sekunder terhadap vasoplasma pembuluh darah.	Kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan systole dan dalam rentang yang diharapkan. • Tidak ada ortostatik hipertensi. • Komunikasi jelas. • Menunjukkan konsentrasi dan orientasi • Bebas dari aktivitas kejang. 	kabur, nyeri kepala. <ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor level kebingungan dan orientasi. 4. Catat perubahan pasien dalam merespon stimulus. 5. Monitor status cairan. 6. Tinggikan kepala 0-45° tergantung pada kondisi pasien dan order medis.
3 Resiko tinggi infeksi b.d luka post operasi	Tujuan : Tidak terjadi infeksi.	<ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan teknik Aseptik. • Cuci tangan sebelum dan sesudah

		<p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi. • Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi. • Jumlah leukosit dalam batas normal. 	<p>melakukan tindakan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan terapi antibiotik. • Tingkatkan intake nutrisi. • Monitor tanda dan gejala infeksi sistematis dan lokal. • Dorong pasien istirahat yang cukup. • Dorong masukan cairan oral dan diet tinggi protein, vitamin C dan zat besi.
4	Hambatan mobilisasi fisik b/d luka insisi post operasi	<p>Tujuan : supaya tidak terjadi gangguan mobilitas fisik</p> <p>kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien meningkat dalam 	<ul style="list-style-type: none"> • Kaji kemampuan dalam mobilisasi. • Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan. • Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL.

		<p>aktivitas fisik.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas • Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.
5	<p>Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi b/d nutrisi yang tidak adekuat.</p>	<p>Tujuan : Gangguan pemenuhan nutrisi tidak terjadi lagi</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anoreksi (-) • Nafsu makan Meningkat. • Mual muntah tidak 	<ul style="list-style-type: none"> • Tinjau faktor – faktor individual yang mempengaruhi kemampuan mencerna makanan. Misalnya mual • Timbang BB sesuai indikasi • Auskultasi bunyi usus, palpasi abdomen • Identifikasi kesukaan /ketidaksukaan diit, anjurkan makanan tinggi protein dan vit C • Berikan obat sesuai indikasi.

terjadi lagi.

6. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan pemisahan ruangan bayi dengan ruangan ibu post partum
- Tujuan : Ibu menyusui bayi secara efektif.
- Kriteria hasil :
- Kemandapan pemberian ASI : Bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI
 - Kemandapan Pemberian ASI : IBU : kemandapan
- Evaluasi pola menghisap dan menelan bayi.
 - Tentukan Keinginan Dan Motivasi Ibu untuk menyusui.
 - Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dan bayi (misalnya reflex rooting, menghisap dan terjaga).
 - Kaji kemampuan bayi untuk latch-on dan menghisap secara efektif.
 - Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting.
 - Pantau integritas kulit puting ibu.
 - Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susu dan mastitis.

ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dan payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI

- Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/toddler
- Penyapihan Pemberian ASI :Diskontinuitas progresif pemberian ASI

- Pantau kemampuan untuk mengurangi kongesti payudara dengan benar.
- Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi.

2.4.4 Implementasi

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru. Implementasi menurut teori adalah mengidentifikasi bidang bantuan situasi yang membutuhkan tambahan beragam dan mengimplementasikan intervensi keperawatan dengan praktik terdiri atas keterampilan kognitif, interpersonal dan psikomotor (teknis). Dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien pada batu kandung kemih, pada prinsipnya adalah menganjurkan klien untuk banyak minum, mengobservasi tanda-tanda vital, mengawasi pemasukan dan pengeluaran cairan, mengajarkan teknik relaksasi untuk mengatasi nyeri, memberikan obat dan memantau hasil pemeriksaan darah lengkap sesuai program serta melibatkan keluarga dalam setiap tindakan yang dilakukan. Mendokumentasikan semua tindakan keperawatan yang dilakukan ke dalam catatan keperawatan secara lengkap yaitu ; jam, tgl, jenis tindakan, respon klien dan nama lengkap perawat yang melakukan tindakan keperawatan.

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Merupakan tahap akhir dalam proses dalam

keperawatan, dimana perawat mampu menilai apakah tujuan dapat tercapai atau tidak mencakup SOAP.

SOAP adalah yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan tertulis. Metode 4 langkah yang dinamakan SAOP ini dipakai untuk mendokumentasikan asuhan keperawatan pasien dalam catatan kemajuan.

- *S (subjectif)* : Data subjectif berisi data dari pasien melalui anamnesis (wawancara) yang merupakan ungkapan langsung.
- *O (objectif)* : Data objectif data yang tampak dari observasi melalui pemeriksaan fisik.
- *A (assesment)* : Analisis dan interpretasi berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan yang meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, serta tindakan dilakukan tindakan segera.
- *P (plan)* : Perencanaan merupakan rencana dari tindakan yang akan diberikan termasuk asuhan mandiri, kolaborasi, diagnosis atau laboratorium, serta konseling untuk tidak lanjut.

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

I. Identitas Pasien

Nama/Initial	: Ny.E
Umur	: 22 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status	: Kawin
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Pendidikan	: SMP
Alamat	: Jl. Kasiak Kamang Magek, Kab. Agam
Tanggal Pengkajian	: 7 Juni 2018
No. MR	: 499274
Ruang Rawat	: KB Rawatan
Tanggal masuk	: 07-06-2018
Penanggung Jawab	
Nama	: Tn. R
Umur	: 29 tahun
Hub. Dengan klien	: Suami
Pekerjaan	: Wiraswasta

II. Alasan Masuk

Klien masuk ke ruangan KB Rawatan RSAM Bukittinggi pada tanggal 07 juni 2018 pukul 05.00 dengan P₁A₀ post SC hari pertama atas indikasi PEB.

III. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Saat melakukan pengkajian pada hari kamis tanggal 07 Juni 2018 jam 09.15 klien post operasi section caesaria 4 jam yang lalu di rawat di ruangan Recovery Room dengan keluhan nyeri pada luka bekas operasi, nyeri yang hilang timbul seperti di sayat-sayat dan makin nyeri saat melakukan pergerakan atau aktivitas, skala nyeri 4-5. Klien mengeluhkan kakinya terasa berat dan sakit saat di angkat, sehingga semua aktivitas klien di bantu oleh keluarga dan perawat. Klien mengatakan nafsu makannya ada namun klien masih di puasakan, klien alergi terhadap makanan seperti telur, ayam, udang, dan ikan laut. Klien juga mengatakan kepalanya terasa pusing, sering merasa mual, dan kakinya bengkak semenjak klien hamil. Bayi klien di rawat di ruangan perinatologi di karenakan bayi lahir prematur dan berat badan lahir 1400 gram, sehingga klien memberikan ASI dengan cara di pompa, dan ASI yang dihasilkan hanya sedikit. Klien mengatakan belum mandi, bandannya tampak berkeringat, rambut klien tampak berminyak dan lepek, klien terpasang kateter dan infus. Hasil pengkajian

tanda-tanda vital : Tekanan Darah: 150/100 mmHg, Suhu : 36,8 °C, Pernafasan : 20 kali/menit, Nadi : 96 kali/menit.

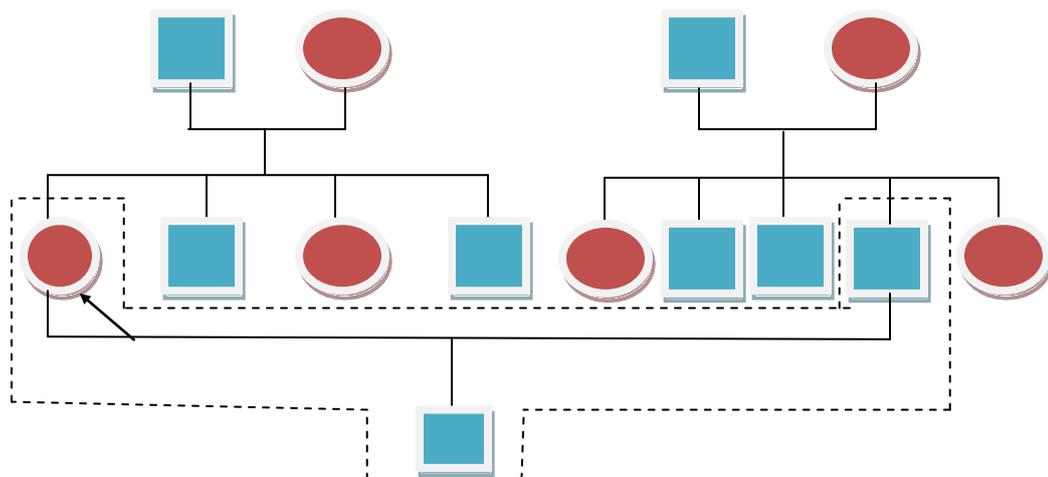
2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien pertama kali dirawat di rumah sakit dan di operasi secara *secsio cesaria* karena ini merupakan anak pertama bagi klien. Klien tidak pernah di rawat dengan penyakit paru-paru, diabetes mellitus, jantung dan klien mengatakan banwa sebelum hamil ia tidak pernah di rawat dengan penyakit hipertensi. Tapi pada saat hamil klien pernah memeriksakan kandungannya ke Puskesmas dan tekanan darahnya mencapai 180/120 mmHg.

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga klien tidak ada yang menderita penyakit keturunan seperti, hipertensi, diabetes militus, penyakit menular dan penyakit kejiwaan.

Genogram



Keterangan :



: Perempuan



: Laki-laki



: Klien



: Tinggal dalam satu rumah

4. Riwayat Menstruasi

Menarche : 10 Tahun

Siklus Haid : 28 hari

Lama Haid : 1 minggu

Ganti Duk : 3 kali sehari

Masalah selama Haid : nyeri pada hari pertama haid

5. Riwayat Kehamilan

HPHT : 15-10-2017

Taksiran Persalinan : 22-07-2018

Kehamilan : 1 (Pertama)

6. Riwayat Persalinan

Jenis Persalinan : SC

Anak : Laki-Laki

BB/PB : 1400 gram/40 cm

Apgar Score : 7/8

Pendarahan : 200 cc

RIWAYAT KEHAMILAN DAN NIFAS YANG LALU

No	Tanggal Tahun Partus	Tempat Partus	Umur Hamil	Jenis Persalinan	Penolong Persalinan	Penyulit	Anak ke/BB (Kg)	Keadaan Anak Sekarang
1.	07-07- 2018	Rumah sakit	7 bulan	SC	Dokter	PEB	1/1,4	Hidup, dirawat diruang perinatologi.

7. Pengkajian Bayi

1) Riwayat persalinan By. Ny E

Jenis persalinan : SC

Penyulit dalam persalinan : Preeklamsi Berat

Lama persalinan : 2 jam

2) Pengkajian fisik bayi

Kesadaran : Baik

Tanda – tanda vital

- Suhu : 35,9⁰C
- Nadi : 115 kali / menit
- Pernafasan : 42 kali / menit

Jenis kelamin : Laki – Laki

Berat badan : 1400 Gram

Panjang badan : 40 cm

Keadaan umum : Sedang

Lingkar kepala : 28 cm

Lingkar dada : 27 cm

Lingkar lengan atas : 6 cm

3) Apgar Score

No	Nilai	1 menit setelah lahir	5 menit setelah lahir	Keterangan
1.	Appearance (Warna kulit)	2	2	Merah muda, tidak ada sianosis.
2.	Pulse (Denyut jantung)	2	2	>100 kali/menit.
3.	Grimace (Respon reflek)	1	1	Menangis lemah ketika di stimulus.
4.	Activity (Tonus otot)	1	2	Sedikit gerakan.
5.	Respiratory (Pernafasan)	1	1	Normal 24-30kali/menit
	Jumlah	7	8	7/8

IV. Pemeriksaan Fisik Ibu

Kesadaran : Composmentis

Tanda Vital :

- Suhu : 36,8 °C
- Nadi : 96 kali/menit
- Pernafasan : 20 kali/menit

- TD : 150/100 mmHg

1. Kepala

- Rambut

Kepala normocephal, rambut klien panjang berwarna hitam tampak sedikit berminyak dan berbau lepek, tampak sedikit berketombe, tidak ada teraba adanya benjolan, lesi dan luka.

- Mata

Mata tampak simetris kiri dan kanan sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, mata bersih, klien tampak tidak memakai alat bantu penglihatan dan ukuran pupil 2mm/2mm.

- 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 dan tidak terpasang oksigen.

- Mulut dan Gigi

Bibir dan mukosa mulut tampak kering, tidak ada peradangan pada mulut, klien tidak memakai gigi palsu, gigi utuh tidak ada yang berlobang, gigi klien tampak kurang bersih dan berbau,

tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, dan fungsi pengecapan normal.

2. Leher

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

3. Thorax

- Payudara

Bentuk payudara simetris kiri dan kanan, belahan payudara tampak memerah dan mengelupas, warna sekitar areola hitam kecoklatan (Hiperpigmentasi), puting susu tampak menonjol, payudara terasa lembek, produksi ASI yang dihasilkan sedikit, dan saat di tekan ada keluar colostrum.

- Paru-Paru

I :Simetris kiri-kanan, pengembangan/pergerakan dinding dada simetris, tidak tampak adanya pembengkakan, tidak tampak adanya perlukaan

P :Tidak teraba adanya pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, pergerakan dinding dada teraba, taktil vemitus teraba sama kuat pada lapang paru kiri dan kanan.

P :Sonor di kedua lapang paru.

A :Suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan

- Jantung

I :Simetris kiri dan kanan, pergerakan jantung normal, dinding dada tidak ada benjolan.

P : Tidak ada nyeri tekan

P : Suara jantung redup

A : Bunyi jantung normal lup- dup

- Abdomen

I :Bentuk abdomen simetris, warna kulit disekitar pusat berwarna coklat, terdapat striae gradivarum, terdapat luka operasi SC dengan jenis memanjang atau horizontal tertutup perban dengan ukuran panjang sekitar 10 cm, lebar 1-2 cm.

A : Bising usus Normal 12 kali / menit

P :Involusi uterus baik tidak tampak adanya peningkatan aliran pengeluaran lochea, TFU: 2 jari dibawah pusat dan konsistensi uteri baik dan keras. saat dilakukan pemeriksaan diastasis rectie di dapatkan pelebaran otot perut normal.

P : Tympani

4. Eksremitas

- Atas : Terpasang IVFD RL 500 cc + Drip MGSO4 40% 25 ml 20 tetes/menit dibagian tangan sebelah kanan dan terpasang IVFD RL 500 cc + Drip Ketorolac 1 amp 30 mg 20 tetes / menit di bagian tangan sebelah kiri.

- Bawah : Kaki simetris kiri dan kanan, kedua kaki tampak oedema , tidak ada lecet, bekas luka dan tidak ada fraktur, pemeriksaan human sign negative.

5. Genetalia

Klien terpasang kateter dengan jumlah urine 500 cc dan klien memakai pembalut.

- Lochea

Jenis lochea : Rubra

Jumlah : 50 cc

Warna : Merah kehitaman

Bau : Amis

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

- Perineum

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

6. Integumen

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

V. Data Biologis

No	Aktivitas	Rumah	Rumah Sakit
1.	Nutrisi		
	Makan		
	<ul style="list-style-type: none"> • Menu 	Nasi putih, lauk Pauk : Ikan tawar, daging. Buah-buahan : Pisang, Apel dan mangga.	Klien hari pertama post SC, klien masih dalam keadaan puasa, klien dibolehkan
	<ul style="list-style-type: none"> • Porsi 	1 piring nasi 3 kali sehari. 1 mangkok sayur 1 kali sehari. 2-3 buah-buahan.	makan setelah 6 jam sesudah operasi SC, makanan yang disediakan
	<ul style="list-style-type: none"> • Makanan kesukaan 	Makanan biasa	makanan lunak seperti bubur
	<ul style="list-style-type: none"> • Pantangan 	Ayam, telur, udang, ikan laut.	dan telur.
	Minum		
	<ul style="list-style-type: none"> • Jumlah 	8 gelas/hari	Klien masih dalam kondisi puasa. Klien diperbolehkan minumsedikit demi sedikit minimal 6 jam setelah puasa.
	<ul style="list-style-type: none"> • Minuman kesukaan 	Tidak ada	
	<ul style="list-style-type: none"> • Pantangan 		
2.	Eliminasi		
	BAB		
	<ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi 	2 kali/hari	Klien

mengatakan
belum ada BAB
sejak
melahirkan.

- Warna Kuning
- Bau Khas
- Konsistensi Lembek
- Kesulitan Tidak ada konstipasi saat BAB

BAK

- Frekuensi 5 kali / hari Terpasang kateter (500 cc)
- Warna Kuning Kuning keruh
- Bau Pesing Pesing
- Kesulitan Tidak ada Tidak ada
- Protein urine (+++) (++)

3 Istirahat dan tidur

- Waktu tidur 21.00 Wib Tidak menentu
- Lama tidur 8 jam 5-6 jam
- Hal yang mempermudah tidur Mendengarkan musik, dan di pijat di bagian pinggang. Tidak ada
- Kesulitan tidur Saat hamil klien sulit tidur terlentang, dan sering terbangun karena nyeri post operasi. Tidak ada

4 Personal hygiene

- | | | |
|---------------|---------------------------|-------------|
| • Mandi | 2 kali sehari | Hanya dilap |
| • Cuci tangan | 4-6 kali sehari | Tidak ada |
| • Gosok gigi | 2 kali sehari | Belum ada |
| • Potong kuku | 1 kali dalam
seminggu. | Belum ada |

VI. Riwayat Alergi

Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi terhadap obat namun klien memiliki alergi terhadap makanan seperti ayam, telur, udang dan ikan laut.

VII. Data Psikologis

Klien dan keluarga merasa senang dan bangga atas kelahiran anak pertamanya namun klien merasa sedih terpisah dengan bayinya karena bayi di rawat di ruang perinatologi, bayi lahir prematur dengan berat badan lahir 1400 gram sehingga klien tidak dapat menyusui bayinya secara langsung.

Berdasarkan hasil pengkajian psikologis pasien berada pada proses adaptasi Taking In. Dimana ibu berfokus pada dirinya sendiri, ketidaknyamanan yang dialami antara lain nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan, ketergantungan pada orang lain sehingga aktifitas dibantu oleh keluarga dan perawat.

VIII. Data Sosial Ekonomi

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

IX. Data Spritual

Klien mengatakan beragama islam dan rajin beribadah. Klien tidak melaksanakan sholat seperti biasa karena keadaannya saat sekarang ini. Klien tampak tenang setelah melakukan proses persalinan secara SC. Klien mengatakan bahwa ia merasa sedih karena bayinya dirawat di ruangan perinatologi, bayi prematur dengan berat badan lahir 1400 gram dan klien tidak dapat melihat dan menyusui bayi secara langsung. Untuk itu klien selalu berdzikir dan berdo'a agar bayinya selalus sehat.

X. Pengetahuan Ibu Tentang

- Perawatan bayi

Klien mengatakan bahwa ini adalah kelahiran anak pertamanya dan klien tau cara merawat bayi baru lahir seperti cara memandikan, membedong bayi, menggendong bayi, tetapi klien belum pernah mencobakan atau melakukannya sendiri.

- Asi eksklusif

Klien mengatakan kurang mengetahui tentang Asi eksklusif, klien juga mengatakan kurang mengetahui tentang pemberian makan dan waktu yang baik untuk bayi.

- Perawatan payudara

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

- Teknik menyusui

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

XI. Data Penunjang

Tanggal pemeriksaan: 05-06-2018

No	Nama Pemeriksaan	Jumlah	Satuan	Nilai Rujukkan
1	HGB	15,1	(g/dl)	W 12.0-14.0
2	RBC	4,93	(10 ⁶ /ul)	W 4.0 - 5.0
3	HCT	45,3	(%)	W 37.0 – 43.0
4	WBC	11,23	(10 ³ /ul)	5.0 – 10.0

Tanggal pemeriksaan: 07-06-2018

No	Nama Pemeriksaan	Jumlah	Satuan	Nilai Rujukkan
1	HGB	14,0	(g/dl)	P 13.0 - 16.0
2	RBC	4,50	(10 ⁶ /ul)	P 4.5 - 5.5

3	HCT	41,5	(%)	P 40.0 - 48.0
4	WBC	26,19	(10 ³ /ul)	5.0 – 10.0

XII. Nama Obat

NO	NAMA OBAT	DOSIS	FREKUENSI
1	METHYL DUPA	250 mg	3x1
2	ADALAT OROS	500 mg	1x1
3	DEXAMETHASON	1 amp	1x2
4	CEFTRIAZON	1 gr	2x2
5	RL Drip MGSO4	500 cc	1x IV
6	D : 5 10	500 cc	1x IV

XIII. Data Fokus

a. Data Subyektif

- Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi.
- Klien mengatakan nyeri seperti di sayat- sayat dan terasa hilang timbul.
- Klien mengatakan susah untuk istirahat dan tidur karena nyeri pada luka post SC.

- Klien mengatakan makin terasa nyeri pada saat melakukan pergerakan atau aktivitas.
- Klien mengatakan takut untuk bergerak karena ada bekas luka post SC di bagian abdomen.
- Klien mengatakan kakinya bengkak
- Klien mengatakan kaki terasa berat.
- Klien mengatakan semua aktivitas di bantu oleh perawat dan keluarga.
- Klien mengatakan alergi pada telur.
- Klien mengatakan takut infeksi pada luka post SC.
- Klien mengatakan sering merasa pusing.
- Klien mengatakan sering merasa mual.
- Klien mengatakan belum melihat bayinya sejak lahir.
- Klien mengatakan belum menyusui bayinya.
- Klien mengatakan bayinya di rawat di perinatologi
- Klien mengatakan ASI nya sedikit.
- Klien mengatakan ASI di berikan dengan cara di pompa.
- Klien mengatakan belum mandi sejak 2 hari yang lalu.
- Klien mengatakan bandannya berkeringat dan lengket.
- Klien mengatakan tidak bisa ke kamar mandi.
- Klien belum mampu melakukan aktivitas ringan.

b. Data Objektif

- Klien tampak meringis karena nyeri pada luka post op

- Klien tampak lemah.
- Klien tampak lemas.
- Klien tampak mual.
- Terdapat luka post SC horizontal dengan panjang 10 cm, lebar 1-2 cm pada abdomen klien.
- Skala nyeri 4-5.
- Kaki klien tampak oedema.
- Klien tampak susah mengangkat ekstermitasnya karena efek bius.
- Setelah 6 jam sesudah operasi klien tampak malas untuk bergerak.
- Aktivitas klien sepenuhnya di bantu oleh perawat.
- Klien tampak melindungi daerah jahitan.
- Klien tampak menahan sakit.
- Luka tampak di balut dengan verban.
- Klien dalam kondisi puasa selama 6 jam post operasi SC.
- Setelah 6 jam sesudah puasa klien tampak tidak memakan makanan yang di sediakan oleh rumah sakit seperti susu dan telur. Klien hanya memakan bubur saja.
- TD : 150/100 mmHg
- S : 36,8⁰C
- N : 96 kali / menit
- R : 20 kali / men
- Wbc : 26,19 (10³/ul)

- Protein urine (++).
- Bayi di rawat di ruangan perinatologi.
- Payudara terasa lembek.
- Asi di berikan dengan cara di pompa.
- Asi yang di keluarkan tampak sedikit.
- Payudara saat di tekan colostrum (+).
- Klien dalam keadaan badrest.
- Wajah klien tampak berminyak.
- Klien terpasang infus.
- Klien terpasang kateter.
- Badan klien tampak berkeringat.
- Dibelahan payudara klien tampak memerah dan mengelupas.

ANALISA DATA

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	DS : <ul style="list-style-type: none">• Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi.• Klien mengatakan nyeri seperti di sayat- sayat dan terasa hilang timbul.• Klien mengatakan makin terasa nyeri pada saat melakukan pergerakan atau aktivitas. DO : <ul style="list-style-type: none">• Klien tampak meringis.• Terdapat luka post SC horizontal dengan panjang 10 cm, lebar 1-2 cm pada abdomen klien.• TD : 150/100 mmHg• S : 36,8⁰C• N : 96 kali / menit• R : 20 kali / menit• Wbc : 26,19 (10³/ul)• Skala nyeri 4-5.	Nyeri	Agent cidera fisik
2.	DS :	Hambatan	Post sectio

- Klien mengatakan makin mobilitas fisik saesaria terasa nyeri pada saat melakukan pergerakan atau aktivitas.
- Klien mengatakan berat mengangkat kakinya.
- Klien mengatakan semua aktivitas di bantu oleh perawat dan keluarga.

DO :

- Klien tampak lemah.
- Klien tampak susah mengangkat ekstermitasnya.
- Klien terpasang infus.
- Klien terpasang kateter.
- Aktivitas klien tampak di bantu oleh perawat dan keluarga.

3. DS: Resiko infeksi Trauma jaringan
- Klien mengatakan alergi pada telur.
 - Klien mengatakan takut infeksi pada luka post SC.
 - Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi.
 - Klien mengatakan takut untuk bergerak karena ada bekas luka post SC

di bagian abdomen.

DO:

- Klien tampak melindungi daerah jahitan.
- Klien tampak menahan Sakit.
- Luka tampak di balut dengan verban.
- Setelah 6 jam sesudah operasi klien tampak malas untuk bergerak.
- Klien tampak tidak memakan makanan yang di sediakan oleh rumah sakit seperti susu dan telur.
- TD: 150 /100
S : 36,8⁰C
N : 96 x/i
R : 20 x/i
Wbc : 26,19 (10³/ul)

4. DS :

- | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------|
| | Gangguan perfusi jaringan serebral | Penurunan kardiak output |
| • Klien mengatakan sering merasa pusing | | |
| • Klien mengatakan sering merasa mual | | Sekunder terhadap |
| • Klien mengatakan kakinya bengkak | | vasoplasma |

DO : pembuluh darah

- Klien tampak lemas
- Kaki klien tampak oedema
- Klien tampak mual
- TD : 150/100 mmHg

S : 36,8⁰C

N : 96 kali / menit

R : 20 kali / men

Wbc : 26,19 (10³/ul)

- Protein urine (++)

5. DS : Menyusui in Pemisahan
efektif ruangan bayi
dengan ruangan
ibu post partum

- Klien mengatakan belum menyusui bayinya.
- Klien mengatakan Asinya sedikit.
- Klien mengatakan Asi di berikan dengan cara di pompa.
- Klien mengatakan bayinya di rawat di perinatologi.

DO :

- Klien dalam kondisi puasa selama 6 jam post operasi SC.
- Bayi di rawat di rungan

perinatologi.

- Payudara terasa lembek.
- Asi di berikan dengan cara di pompa.
- Asi yang di keluarkan tampak sedikit.
- Payudara saat di tekan colostrum (+).

6. DS : Defisit perawatan luka post SC

- Klien mengatakan belum mandi sejak 2 hari yang lalu.
- Klien mengatakan bandannya berkeringat dan lengket.
- Klien mengatakan tidak bisa ke kamar mandi.
- Klien belum mampu melakukan aktivitas ringan.
- Klien mengatakan belum bisa berhias sendiri.
- Klien mengatakan badannya terasa berat.

DO:

- Wajah klien tampak berminyak.
- Klien terpasang infus.
- Klien terpasang kateter.
- Badan klien tampak berkeringat.

- Klien dalam keadaan badrest
- Dibelahan payudara klien tampak memerah dan mengelupas.
- Semua aktivitas klien tampak dibantu oleh perawat dan keluarga.

3.2 Diagnosa Keperawatan

Daftar prioritas diagnosa keperawatan :

1. Nyeri berhubungan dengan agent cedera fisik.
2. Hambatan Mobilisasi fisik berhubungan dengan post sc.
3. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan.
4. Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan kardiak output sekunder terhadap vasoplasme pembuluh darah.
5. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan pemisahanruangan bayi dengan ruangan ibu post partum.
6. Defisit perawatan diri berhubungan dengan luka post SC

3.3 Intervensi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	<p>Nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi. • Klien mengatakan nyeri seperti di sayat- sayat. • Klien mengatakan nyeri terasa hilang timbul. • Klien mengatakan nyeri pada saat melakukan pergerakan atau aktivitas. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak meringis. • Terdapat luka post SC 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan</p> <p>Kriteriahasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri berkurang. • Klien tampak rileks. • Klien ampu melakukan nafas dalam. 	<p>Management nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi. 2. Observasi reaksi non verbal dari Ketidak nyamanan. 3. Tingkatkan istirahat. 4. Monitor tanda-tanda vital. 5. Anjurkan teknik relaksasi. 6. Kolaborasi dalam pemberian analgetik.

horizontal dengan panjang
10 cm pada abdomen klien.

• TD : 150/100 mmHg

S : 36,8⁰C

N : 96 kali / menit

R : 20 kali / menit

Wbc : 26,19 (10³/ul)

Skala nyeri 4-5

2. Hambatan mobilitas fisik
berhubungan dengan post sc

DS :

- Klien mengatakan saat bergerak luka post SC terasa sakit.

Setelah dilakukan tindakan
keperawatan selama 3x24 jam
diharapkan klien dapat
meningkatkan dan melakukan
aktifitas sesuai kemampuan tanpa

1. Kaji kemampuan dalam mobilisasi.
2. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan.
3. Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL.
4. Ajarkan pasien bagaimana merubah

- Klien mengatakan berat mengangkat kakinya.
- Klien mengatakan semua aktivitas di bantu oleh perawat.

DO :

- Klien tampak lemah.

Klien tampak susah mengangkat ekstermitasnya karena efek bius aktivitas klien sepenuhnya di bantu oleh perawat.

disertai dengan nyeri.

Dengan kriteria Hasil :

- Klien meningkat dalam aktivitas fisik.
- Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas.
- Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah.

posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.

3. Resiko infeksi berhubungan

dengan trauma jaaringan

DS:

Setelah dilakukan tindakan

keperawatan selama 3x24 jam di harapkan pasien tidak mengalami

1. Pertahankan teknik

Aseptik.

2. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan.

- Klien mengatakan alergi infeksi pada telur.

- Klien mengatakan takut infeksi pada luka post SC.

- Klien mengatakan takut untuk bergerak karena ada bekas luka post SC di bagian abdomen.

DO:

- Klien tampak melindungi daerah jahitan.
- Klien tampak menahan sakit.
- Luka tampak di balut dengan verban.
- setelah 6 jam sesudah operasi klien tampak malas untuk bergerak.
- klien tampak tidak

Dengan kriteria Hasil :

- Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi.
- Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi.
- Jumlah leukosit dalam batas normal.

3. Berikan terapi antibiotik.
4. Tingkatkan intake nutrisi.
5. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal.
6. Dorong pasien istirahat yang cukup.
7. Dorong masukan cairan oral dan diet tinggi protein, vitamin C dan zat besi.
8. Anjurkan klien untuk melakukan perawatan luka dan ganti verban.
9. Anjurkan klien untuk menjaga luka agar tetap kering dan bersih.

memakan makanan yang di sediakan oleh rumah sakit seperti susu dan telur.

- TD: 150 /100
- S : 36,8 ° C
- N : 96 x/i
- R : 20 x/i
- Wbc : 26,19 (10³/ul)

4. Gangguan perfusi jaringan serebral Setelah dilakukan tindakan berhubungan dengan penurunan keperawatan selama 3x24 jam kardiak output sekunder terhadap diharapkan gangguan perfusi vasoplasme pembuluh darah jaringan serebral teratasi.
- Kriteria hasil :
- Klien mengatakan sering merasa pusing.
 - Klien mengatakan sering merasa mual.
 - Klien mengatakan kakinya bengkak.
 - Tekanan systole dan dalam rentang yang diharapkan.
 - Tidak ada ortostatik hipertensi.
1. Monitor TTV.
 2. Monitor adanya diplopia, pandangan kabur, nyeri kepala.
 3. Monitor level kebingungan dan orientasi.
 4. Catat perubahan pasien dalam merespon stimulus.
 5. Monitor status cairan.
 6. Tinggikan kepala 0-45° tergantung pada

DO :

- Klien tampak lemas.
- Kaki klien tampak oedema.
- Klien tampak mual.
- TD : 150/100 mmHg

S : 36,8⁰C

N : 96 kali / menit

R : 20 kali / men

Wbc : 26,19 (10³/ul)

Protein urine (++)

- Komunikasi jelas.
- Menunjukkan konsentrasi dan orientasi
- Bebas dari aktivitas kejang.

kondisi pasien dan order medis.

5. Menyusui tidak efektif Setelah dilakukan tindakan berhubungan dengan pemisahan keperawatan selama 3x24 jam di ruangan bayi dengan ruangan ibu harapkan ibu menyusui bayi secara post partum efektif.

Kriteria hasil :

DS :

- Klien mengatakan belum menyusui bayinya.
- Klien mengatakan Asinya sedikit.
- Klien mengatakan Asi di berikan dengan cara di pompa.
- Klien mengatakan bayinya di rawat di perinatologi

DO :

- Bayi di rawat di rungan

- Kementapan pemberian ASI : Bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI.
- Kemantapan Pemberian ASI : IBU : kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dan payudara ibu untuk memperoleh nutrisi

1. Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui.
2. Berikan informasi tentang laktasi dan teknik memompa Asi (secara manual atau pompa elektrik).
3. Berikan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI.
4. Pantau integritas kulit putting ibu.
5. Ajarkan pasien tentang prosedur dan teknik menyusui yang benar, cara perawatan payudara.

- perinatologi.
- Payudara terasa lembek.
 - Asi di berikan dengan cara di pompa.
 - Asi yang di keluarkantampak sedikit.
 - Payudara saat di tekan colostrum (+).
- selama 3 minggu pertama pemberian ASI.
- Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/toddler.
 - Penyapihan Pemberian ASI :

Diskontinuitas progresif pemberian ASI.

6. Defisit perawatan diri berhubungan dengan luka post SC

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam ADLs klien dapat meningkat dengan

1. Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.
2. Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.

Kriteria Hasil :

- Klien terbebas dari bau badan.
 - Menyatakan kenyamanan terhadap kemampuan untuk melakukan ADLs.
 - Dapat melakukan ADLs dengan bantuan
3. Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care.
 4. Dorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki.
 5. Dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya.
 6. Ajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.

3.3 Implementasi

No	Hari/Tanggal	No Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Kamis 07 Juni 2018	I	09.15	Management nyeri :	S	
				<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian Nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi. 2. Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan. 3. Meningkatkan istirahat. 4. Memonitor tanda-tanda vital. 5. Mengajukan teknik Relaksasi. 6. Mengkolaborasi dalam 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri pada jahitan post SC. • Klien mengatakan tidak nyaman Pada luka jahitan post SC. • Klien mengatakan istirahat dan tidurnya terganggu karena luka post SC 	

Pemberian analgetik.

O:

- Klien tampak gelisah.
- Klien tampak meringis saat mengubah posisi.
- Skala nyeri 5
- TD:150/100 mmHg,
S: 36,8 °C
N: 96 kali/menit,
R: 20 kali/menit.

A: Masalah belum

teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan

Kamis 07 Juni 2018	II	09.15	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji kemampuan dalam mobilisasi. 2. Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan. 3. Mendampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL. 4. Mengajarkan pasien 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan teknik relaksasi (Nafas dalam). • Memberikan analgetik (Ketorolak). • Pantau TTV <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan badan terasa berat. • Klien mengatakan sulit bergerak. • Klien mengatakan semua
-----------------------	----	-------	---	---

bagaimana merubah
posisi dan berikan
bantuan jika
diperlukan.

aktifitasnya di
bantu oleh
perawat.

O:

- Klien tampak sulit bergerak.
- Klien tampak lemah.
- Klien terpasang infus
- Klien terpasang kateter
- Semua aktifitas klien tampak di bantu oleh perawat.

A : Masalah belum

teratasi.

P : intervensi dilanjutkan

- Mengajarkan teknik mobilisasi.
- Mengatur posisi klien miring kiri, miring kanan, duduk dan berjalan.

Kamis
07 Juni 2018

III

09.15

1. Mempertahankan teknik aseptik.
2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan.
3. Memberikan terapi antibiotik.
4. Meningkatkan intake nutrisi.
5. Memonitor tanda dan

S:

- Klien mengatakan nyeri pada luka post SC.
- Klien mengatakan nyeri terasa hilang timbul

gejala infeksi sistemik dan lokal.

6. Mendorong pasien istirahat yang cukup.

seperti disayat sayat.

- Klien mengatakan takut infeksi pada luka post SC.

O:

- Klien tampak meringis.
- Klien masih dalam keadaan puasa
- Luka post sc klien belum tampak karna masih ditutupi verban dengan panjang 10 cm, lebar 1-2

cm.

- Wbc : 26,19
(10³/ul)
- Skala nyeri 5.

A: Masalah belum teratasi.

P : Intervensi dilanjutkan

- Injeksi
ceftriaxone.
- Injeksi
metronidazol.
- Monitor tanda
dan gejala
infeksi.

Kamis
07 Juni 2018

IV

09.15

1. Memonitor TTV.
2. Memonitor adanya diplopia, pandangan kabur, nyeri kepala.
3. Momonitor level

S :

- Klien mengatakan pusing.
- Klien mengatakan

- kebingungan dan orientasi.
4. Mencatat perubahan pasien dalam merespon stimulus.
5. Memonitor status cairan.
6. Meninggikan kepala 0-45° tergantung pada konsisi pasien dan order medis.
- sakit kepala.
- Klien mengatakan mual.
 - Klien mengatakan kakinya bengkak.
- O :
- Klien tampak lemas.
 - Klien tampak meringis
 - Kaki klien tampak bengkak
 - TD: 150/90 mmHg
S : 36,8 °C
N : 96 kali/menit
R : 20 kali/menit
 - Banyak urine

500 cc

A : masalah belum

teratasi

P : intervensi di

lanjutkan

- Pantau TTV
- Monitor cairan :
RL drip MGSO4
20 tetes/menit

Kamis
07 Juni 2018

V

09.15

1. Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui
2. Memberikan informasi tentang laktasi dan teknik memompa Asi (secara manual atau pompa

S :

- Klien mengatakan belum melihat bayinya sejak di lahirkan

elektrik).

3. Memberikan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI.
4. Memantau integritas kulit puting ibu.

- Klien mengatakan belum menyusui bayinya.
- Klien mengatakan Asi di pompa.
- Klien mengatakan Asinya sedikit.

O :

- Klien masih dalam keadaan berpuasa.
- Klien tampak tidak menyusui bayinya.

- Bayi masih di ruang perinatology.
- ASI yang diberikan dengan cara di pompa
- ASI klien tampak sedikit, ASI yang dihasilkan hanya ± 2 cc.

A : Masalah belum

teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan.

- Evaluasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI.

Kamis
07 Juni 2018

VI

09.30

1. Memonitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.
2. Memonitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.
3. Membantu kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.
4. Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk

- Pantau integritas kulit.
- S :
- Klien mengatakan bahwa badannya terasa nyaman setelah mandi.
 - Klien mengatakan belum bisa berhias sendiri.
- O :
- Klien melakukan perawatan diri : mandi dibantu oleh perawat.
 - Klien terlihat senang dan nyaman.
- A: Masalah Defisit

- melakukan self-care. perawatan diri belum teratasi.
5. Mendorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki. P: Intervensi dilanjutkan.
- Bantu klien melakukan perawatan diri.
 - Dorong keluarga untuk membantu klien melakukan perawatan diri.
6. Mendorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya.
7. Mengajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan.. bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.

No	Hari/Tanggal	No Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
2.	Jum'at 08 Juni 2018	I	09.15	Management nyeri	S: 1. Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan. 2. Meningkatkan istirahat. 3. Memonitor tanda tannda vital. 4. Mengevaluasi teknik relaksasi.	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri pada bekas luka SC mulai berkurang. • Klien mengatakan nyeri saat melakukan

pergerakan sudah
mulai berkurang.

- Klien mengatakan sudah bisa istirahat dan tidur dengan cukup karena nyeri sudah mulai berkurang.

O:

- Klien tampak sedikit meringis sambil memegang area nyeri saat duduk dan berjalan.
- Skala nyeri 4.
- TD: 140/90
S : 36,8 °C

N : 84 kali/menit

R : 20 kali/menit

A: Masalah belum teratasi.

P : intervensi dilanjutkan.

- Evaluasi teknik relaksasi (tarik nafas dalam)
- Pantau TTV

Jum'at
08 Juni 2018

II

09.15

1. Mengevaluasi pasien Dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan.
2. Mendampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan

S:

- Klien mengatakan sudah bisa menggerakkan badannya sedikit demi sedikit.
- Klien mengatakan belum bisa

ADL.

- Mengevaluasi pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.

berjalan.

O :

- Klien sudah tidak terpasang infus lagi.
- Klien sudah tidak terpasang kateter lagi.
- Klien akan dipindahkan ke ruangan pada jam 11.30 Wib.
- Klien sudah mampu melakukan aktivitas secara perlahan.
- Suami dan keluarga selalu mendampingi

klien dalam
melakukan
aktivitas.

A : Sebagian masalah
sudah teratasi.

P : Intervensi dilanjutkan

- Evaluasi teknik mobilisasi.
- Bantu klien untuk memenuhi aktivitas sehari-hari

Jum'at
08 Juni 2018

III

09.15

1. Mempertahankan teknik S:
aseptik.
2. Memberikan terapi antibiotik.
3. Meningkatkan intake nutrisi.
4. Memonitor tanda

- Klien mengatakan nyeri pada bekas jahitan sudah mulai berkurang.
- Klien mengatakan

dan gejala infeksi
sistematik dan lokal.

5. Mendorong pasien
istirahat yang cukup

kapan balutan
diganti.

- Klien mengatakan
alergi pada telur

O:

- Klien tampak
tidak memakan
makanan yang di
sediakan rumah
sakit seperti telur
dan susu.
- Klien tampak
menghabiskan
buburnya saja
- Luka klien
tampak basah.
- Tampak ada
cairan darah
keluar dari bekas
jahitan.

Jum'at 08 Juni 2018	IV	09.15	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor TTV 2. Memonitor level kebingungan dan orientasi. 3. Mencatat perubahan pasien dalam merespon stimulus. 	<p>A: Masalah belum teratasi.</p> <p>P :Intervesnsi dilanjutkan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan perawatan luka. • Ganti balutan 2 kali sehari • Injeksi ceftriaxon 2x1 gr • Patral 3x1 tab • Vit c 3x1 tab <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan pusingnya berkurang. • Klien mengatakan sakit kepalanya
------------------------	----	-------	--	--

4. Momonitor status cairan.

berkurang.

- Klien mengatakan tidak mual lagi.
- Klien mengatakan kakinya masih bengkak.

O :

- Klien tampak tenang.
- Klien tampak lebih bersemangat dari sebelumnya.
- Bengkak pada kaki klien tampak berkurang.
- Klien sudah mulai berjalan tapi masih dibantu

oleh suaminya.

- TD: 140/90
- S : 36,8 °C
- N : 84 kali/menit
- R : 20 kali/menit
- Banyak urine 600 cc

A : masalah belum teratasi

P : intervensi di lanjutkan

- Pantau TTV
- Pantau output urine.

Jum'at
08 Juni 2018

V

09.15

1. Mengevaluasi tentang laktasi dan teknik memompa Asi (secara

S :

- Klien sudah mulai banyak

manual atau pompa

2. Mengevaluasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI.
3. Memantau integritas kulit puting ibu.

makan.

- Klien mengatakan belum menyusui bayinya.
- Klien mengatakan Asi masih di pompa
- Klien mengatakan asinya sudah bisa keluar sedikit demi sedikit.

O :

- Klien tampak tidak menyusui bayinya.

- Bayi masih di ruang perinatologi.
- ASI yang keluar tampak sedikit.
- ASI di pompa , ASI yang di hasilkan \pm 5 cc.

A : Masalah belum

teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

- Pantau integritas kulit.
- Penkes pengelolaan ASI

eksklusif.

Jum'at
08 Juni 2018

VI

09.30

1. Mengevaluasi kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.
2. Mengevaluasi kebutuhan Klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.
3. Mengevaluasi klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.

S :

- Klien mengatakan tadi pagi badannya di lap oleh suaminya.
- Klien mengatakan badannya terasa segar.
- Klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas ringan seperti menyisir dan menyikat rambut.
- Klien mengatakan belum bisa mandi

di kamar mandi.

O :

- Perawatan diri klien tampak dibantu oleh suaminya.
- Klien tampak segar.
- Klien tampak bersih dan rapi.

A : Masalah teratasi

sebagian .

P : intervensi dilanjutkan

- Bantu klien untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri

jika klien tidak mampu melakukannya secara mandiri.

No	Hari/Tanggal	No Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf	
3.	Sabtu 09 Juni 2018	I	09.15	Management nyeri	S: <ul style="list-style-type: none"> 1. Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidak nyamanan. 2. Meningkatkan istirahat. 3. Memonitor tanda-tanda vital. 4. Mengevaluasi teknik relaksasi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang. • Klien mengatakan sudah nyaman dengan keadaannya sekarang ini. 	
					O :		

- Klien tampak tenang.
- Skala nyeri 3.
- TD: 130/80
S : 36,8 ° C
N : 84 kali/menit
R : 20 kali/menit

A: Masalah mulai teratasi

P: Intervensi di lanjutkan

- Evaluasi teknik relaksasi (nafas dalam)
- pantau TTV

Sabtu
09 Juni 2018

II

09.15

1. Mengevaluasi pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan.
2. Mendampingi dan

S:

- Klien mengatakan sudah bisa berjalan tanpa bantuan dari

bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL.

3. Mengevaluasi pasien bagaimana merubah Posisi dan berikan bantuan jika diperlukan

suaminya.

- Klien mengatakan sudah bisa makan sendiri.
- Klien mengatakan mandi sudah di kamar mandi namun masih di bantu oleh keluarganya

O :

- Klien tampak berjalan tanpa di bantu oleh suaminya.
- Klien tampak sudah bisa makan sendiri.
- Klien tampak

mandi ke kamar
mandi di bantu
oleh suami

A : Masalah mulai

teratasi.

P: Intervensi di lanjutkan

Pertahankan teknik
mobilisasi.

Sabtu
09 Juni 2018

III

09.15

1. Mendorong masukan cairan oral dan diet tinggi protein, vitamin c, dan besi
2. Menganjurkan klien untuk melakukan perawatan luka dan ganti verban
3. menganjurkan pada klien

S:

- Klien mengatakan nyeri pada bekas jahitan mulai berkurang.

O :

- Disekitar luka tidak ada kemerahan.

untuk menjaga luka agar tetap kering dan bersih

- Bekas luka tampak kering tidak ada keluar cairan.

A : Masalah mulai teratasi.

P : Intervensi di lanjutkan.

- Anjurkan klien untuk menjaga luka agar tetap kering dan bersih.
- Lakukan perawatan luka.
- Ganti balutan.

Sabtu
09 Juni 2018

IV 09.15

1. Memonitor TTV.
2. Momonitor status cairan.

S :

- Klien mengatakan

tidak pusing lagi.

- Klien mengatakan kepalanya tidak sakit lagi.
- Klien mengatakan tidak mual lagi.
- Klien mengatakan bengkak kakinya mulai berkurang.

O :

- Klien tampak bersemangat
- TD: 130/80
S : 36,8 °C
N : 84 kali/menit
R : 20 kali/menit
- Banyak urine
±700 cc

A : masalah mulai teratasi

P : intervensi di lanjutkan

- Pantau TTV
- Pantau output urin.
- Anjurkan klien untuk memakan obat herbal untuk menurunkan tekanan darah seperti mentimun, saledri, daun alpukat.

Sabtu
09 Juni 2018

V

09.15

1. Memantau integritas kulit puting ibu.
2. Memberikan penjelasan kepada ibu tentang :

S :

- Klien mengatakan belum menyusui

pengelolaan ASI eksklusif, upaya untuk meningkatkan produksi asi dengan nutrisi dan

3. meningkatkan frekuensi menyusui mengajarkan pada ibu tentang prosedur dan teknik menyusui yang benar, cara perawatan payudara.

bayinya.

- Klien mengatakan Asi masih di pompa.
- Klien mengatakan asinya sudah lebih banyak dari hari sebelumnya.

O :

- Klien tampak tidak menyusui bayinya
- Bayi masih di ruang perinatologi

- Asi di pompa,
keluar sekitar \pm 8
cc

A : Masalah mula iterasi

P : Intervensi dilanjutkan

- Breast care
- Perawatan
payudara

Sabtu
09 Juni 2018

VI

09.30

1. Mengevaluasi kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.
2. Mengevaluasi kebutuhan Klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.

S :

- Klien mengatakan tadi pagi sudah mandi di bantu oleh suaminya di kamar mandi.
- Klien mengatakan badannya terasa

3. Mengevaluasi klien/
keluarga untuk
mendorong kemandirian,
untuk memberikan
bantuan hanya jika
pasien tidak mampu
untuk melakukannya.

segar.

- Klien mengatakan sudah bisa berhias sendiri.

O :

- Perawatan diri klien tampak dibantu oleh suaminya.
- Klien tampak bersih dan rapi.

A:Masalah defisit

perawatan diri : mandi

mulai teratasi.

P : Intervensi dihentikan.

- Dorong keluarga

untuk
membantu
klien
melakukan
perawatan diri

BAB IV

PEMBAHASAN

Penulis melakukan Asuhan Keperawatan Pada Ny. E dengan post SC dengan indikasi PEB di Ruang Rawat Inap Kebidanan Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi pada tanggal 07 juni 2018 sampai tanggal 09 juni 2018. Penulis ada beberapa hal yang perlu dibahas dan diperhatikan .penerapan kasus keperawatan tersebut, penulis telah berusaha mencoba menerapkan dan mengaplikasikan proses Asuhan Keperawatan pada klien post SC dengan sesuai dengan teori-teori yang ada. Untuk melihat lebih jelas Asuhan Keperawatan yang di berikan dan sejauh mana keberhasilan yang di capai akan diuraikan sesuai dengan prosedur Keperawatan dimulai dari Pengkajian, Diagnosa, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi.

4.1 Pengkajian

4.1.1 Identitas

Pengkajian berdasarkan tinjauan teoritis di dapatkan data seperti identitas klien dengan lengkap yaitu nama klien, jenis kelamin klien, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, tanggal masuk klien, tanggal pengkajian, diagnosa. Pada tinjauan kasus penulis mendapatkan data yang lengkap sesuai dengan tinjauan teoritis. Ny. E merupakan pasangan yang baru menikah. Jadi sesuai dengan penelitian menurut (Robillrd et al, 1994 dalam Fraser 2009) yang mengatakan bahwa PEB sering terjadi pada kehamilan pertama,

terutama pada ibu yang berusia belasan tahun. Selain itu juga sering terjadi pada wanita yang hamil dengan pasangan baru. Sedangkan menurut (Bodak, Lawdermilk, dan Jensen 2004) mengatakan 85% preeklamsia terjadi pada kehamilan pertama.

4.1.2 Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada tinjauan kasus saat melakukan pengkajian pada hari kamis tanggal 07 Juni 2018 jam 09.15, klien post operasi section caesaria 4 jam yang lalu di rawat di ruangan Recovery Room dengan keluhan nyeri pada luka bekas operasi, nyeri yang hilang timbul seperti di sayat-sayat dan makin nyeri saat melakukan pergerakan atau aktivitas, skala nyeri 4-5. Klien juga mengatakan kepalanya terasa pusing, sering merasa mual, dan kakinya bengkak semenjak klien hamil. Klien mengeluhkan kakinya terasa berat dan sakit saat di angkat, sehingga semua aktivitas klien di bantu oleh keluarga dan perawat. Klien mengatakan nafsu makannya ada namun klien masih di puasakan, klien alergi terhadap makanan seperti telur, ayam, udang, dan ikan laut. Bayi klien di rawat di ruangan perinatologi di karenakan bayi lahir prematur dan berat badan lahir 1400 gram, sehingga klien memberikan ASI dengan cara di pompa, dan ASI yang dihasilkan hanya sedikit. Klien mengatakan belum mandi, bandannya tampak berkeringat, rambut klien tampak berminyak dan lepek, klien terpasang kateter dan infus. Hasil pengkajian tanda-tanda vital :

Tekanan Darah: 150/100 mmHg, Suhu : 36,8 °C, Pernafasan : 20 kali/menit, Nadi : 96 kali/menit.

Data diatas telah didukung oleh peneliti, yang mengatakan bahwa perubahan fisik pada klien yang mengalami SC dengan indikasi PEB seperti nyeri pada bekas luka operasi, terpasang infus di kedua tangan, pembengkakan kaki, mual dan muntah (Prawihardjo, 2001). Sedangkan (Mayo, 2012) mengatakan bahwa keluhan utama pada klien dengan post SC atas indikasi PEB adalah pusing, nyeri epigastrium, mual dan muntah.

Klien dengan PEB biasanya merasakan nyeri di sekitar area jahitan operasi dan terjadi peningkatan tekanan darah (anwar, 2011). Pada bagian ekstremitas biasanya terjadi oedem pada jari tangan dan tungkai. Tanda tersebut merupakan gejala dari PEB (Manuaba, 2010).

4.1.3 Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada tinjauan teoritis ditemukan riwayat kesehatan dahulu seperti adanya proses penyakit kronis : Diabetes mellitus, hipertensi kronik, penyakit ginjal, penyakit pembuluh darah, lupus eritemasus sistemik. Preeklamsia juga terjadi pada multipera yang menderita penyakit vaskuler, termasuk hipertensi esensial yang kronis dan diabetes melilitus atau dengan penyakit ginjal.

Sedangkan di dalam tinjauan kasus klien tidak ada mempunyai riwayat penyakit kronis seperti jantung, diabetes mellitus, dan hipertensi. Klien mengalami hipertensi hanya pada saat hamil saja.

Pada saat hamil klien pernah memeriksakan kandungannya ke Puskesmas dan tekanan darahnya mencapai 180/120 mmHg. Klien pertama kali dirawat di rumah sakit dan di operasi secara *secsio cesaria* karena ini merupakan anak pertama bagi klien.

4.1.4 Riwayat Kesehatan Keluarga

Secara teoritis riwayat kesehatan keluarga dengan preeklamsia atau eklamsia (khususnya ibu atau saudara wanitanya). Adanya faktor keturunan dan familyar dengan model gen tunggal. Genotip ibu lebih menentukan terjadinya hipertensi dalam kehamilan. Telah terbukti bahwa pada ibu yang mengalami preeklamsia, 26% anak wanitanya akan mengalami preeklamsia pula, sedangkan hanya 8 % anak menantu mengalami preeklamsia (Angsar MD Saifuddin, 2008). Sedangkan di dalam tinjauan kasus di dalam keluarga klien tidak ada yang mengalami hipertensi pada saat hamil maupun tidak hamil.

4.1.5 Pemeriksaan Fisik

Dalam pengkajian pemeriksaan fisik pada tinjauan teoritis pada wajah terdapat oedem pada kelopak mata. Pada dada terdapat krepitasi yang merupakan tanda adanya oedem pada paru. Keadaan payudara pada saat permata post partum sama dengan keadaan pada saat hamil. Pada hari ketiga dan keempat buah dada membesar, keras dan nyeri ditandai dengan sekresi air susu sehingga akan terjadi proses laktasi. Pada abdomen atau ueterus terdapat jaihitan *secsio cesaria*, involusi uterus pada persalinan dengan SC lebih lambat dari pada persalinan

normal. Pada bagian ekstermitas terdapat oedema jari tangan dan ekstremitas. Pada genitalia terdapat pengeluaran lochea rubra (berwarna merah) yang menetap selama 3 hari. Jumlah produksi urine ≤ 500 cc/24 jam merupakan tanda PEB, dan terjadinya peningkatan tekanan darah hingga 140/90 mmHg atau lebih.

Sedangkan di dalam tinjauan kasus klien merasakan nyeri pada abdomen bekas post op *secsio cesaria*. Bentuk abdomen simetris, warna kulit disekitar pusat berwarna coklat, terdapat striae gravidarum, terdapat luka operasi SC dengan jenis memanjang atau horizontal tertutup perban dengan ukuran panjang sekitar 10 cm, lebar 1-2 cm. Bising usus normal 12 kali/menit. Involusi uterus baik, TFU: 2 jari dibawah pusat dan konsistensi uteri baik dan keras. dan bunyi abdomen saat di perkusi yaitu tympani. Payudara klien tampak simetris kiri dan kanan, belahan payudara tampak memerah dan mengelupas, warna disekitar areola hitam kecoklatan (hyperpigmentasi). Putting susu tampak menonjol, payudara terasa lembek, produksi ASI yang dihasilkan sedikit dan saat ditekan ada keluar kolostru. Hal ini terjadi karena klien hari pertama post op *secsio cesaria*. Terdapat Lochea dengan jenis rubra dengan jumlah 50cc, warna merah kehitaman, berbau amis. Konsistensi encer (berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban).

Jadi pada tinjauan teoritis dan tinjauan kasus terdapat perbedaan yaitu oedem pada kelopak mata dan jari tangan. Namun di dalam tinjauan

kasus tidak di temukan oedem pada kelopak mata dan jari-jari tangan.

Tapi oedem terdapat pada bagian ekstremitas bawah.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan teoritis ditemukan 6 diagnosa keperawatan sedangkan pada tinjauan kasus ditemukan 6 diagnosa keperawatan juga. Diagnosa yang ditemukan dalam tinjauan teoritis yaitu :

1. Nyeri berhubungan dengan agen cidera fisik.
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan post sc.
3. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan.
4. Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan cardiac output sekunder terhadap vasoplasma pembuluh darah.
5. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi berhubungan dengan nutrisi yang tidak adekuat.
6. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan pemisahan ruangan bayi dengan ruangan ibu post partum.

Sedangkan di tinjauan kasus ditemukan 6 Diagnosa Keperawatan yaitu :

1. Nyeri berhubungan dengan agent cidera fisik.

Nyeri akut adalah pengalaman sensori atau emosi tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan aktual ataupun potensial atau kondisi lain yang masuk dalam kriteria kerusakan tersebut, awitan tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang di

antisipasi atau di prediksi durasi nyeri kurang dari 6 bulan. (green & wilkinson, 2012)

2. Hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan post sc.
3. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan.

Resiko infeksi adalah beresiko terhadap invasi organisme patogen
(Wilkinson & Ahern, 2009)

4. Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan kardiak output sekunder terhadap vasoplasme pembuluh darah.
5. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan pemisahan ruagan bayi dengan ruagan ibu post partum.
6. Defisit perawatan diri mandi berhubungan luka post operasi

Terdapat 1 diagnosa yang tidak diangkat, yaitu gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi berhubungan dengan nutrisi yang tidak adekuat. Alasan penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut karena klien mengeluhkan adanya mual dan muntah, klien ada nafsu makan tapi klien masih dalam keadaan berpuasa. Namun dari ke enam diagnosa diatas ada 1 diagnosa yaitu Defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan luka post SC yang tidak ada ditemukan pada tinjauan teoritis, diagnosa ini muncul pada kasus karena adanya data yang mendukung dari riwayat kesehatan sekarang untuk penulis angkat menjadi masalah defisit perawatan diri : mandi yaitu klien mengatakan belum mandi sejak 2 hari yang lalu. Klien mengatakan bandannya berkeringat dan lengket. Klien mengatakan tidak bisa ke kamar mandi. Klien belum

mampu melakukan aktivitas ringan. Klien mengatakan belum bisa berhias sendiri. Klien mengatakan badannya terasa berat. Wajah klien tampak berminyak. Klien terpasang infus. Klien terpasang kateter. Badan klien tampak berkeringat. Dibelahan payudara klien tampak memerah dan mengelupas. Semua aktivitas klien tampak dibantu oleh erawat dan keluarga.

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 kerjasama yang baik dengan perawat ruangan dan klien secara terbuka dalam menyampaikan semua yang dikeluhkan dan dirasakan saat ini, sehingga penulis dapat menyimpulkan 5 diagnosa.

4.3 Intervensi

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

a. Untuk diagnosa pertama

Nyeri, rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan tinjauan teoritis sama dengan tinjauan kasus yaitu lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan. Tingkatkan istirahat. Monitor

tanda-tanda vital. Ajarkan teknik relaksasi.. Kolaborasi dalam pemberian analgetik.

b. Untuk diagnosa kedua

Hambatan mobilitas fisik, rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan tinjauan teoritis sama dengan tinjauan kasus yaitu kaji kemampuan dalam mobilisasi, latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan, dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL, ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.

Mobilisasi segera tahap demi tahap sangat berguna untuk membantu jalannya penyembuhan penderita. Kemajuan mobilisasi bergantung pula pada jenis-jenis operasi yang di lakukan dan komplikasi yang mungkin di jumpai. (mochhtar 157-158)

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

c. Untuk diagnosa ketiga

Resiko infeksi, rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan tinjauan teoritis adalah pertahankan teknik aseptik, cuci tangan sebelum

dan sesudah melakukan tindakan, berikan terapi antibiotik, tingkatkan intake nutrisi, monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal, dorong pasien istirahat yang cukup, dorong masukan cairan oral dan diet tinggi protein, vitamin C dan zat besi.

Sedangkan rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan tinjauan kasus adalah pertahankan teknik aseptik, cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, berikan terapi antibiotik, tingkatkan intake nutrisi, monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal dorong pasien istirahat yang cukup, dorong masukan cairan oral dan diet tinggi protein, vitamin C dan zat besi. anjurkan klien untuk melakukan perawatan luka dan ganti verban, anjurkan klien untuk menjaga luka agar tetap kering dan bersih.

d. Diagnosa ke empat

Gangguan perfusi jaringan serebral, rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan tinjauan teoritis sama dengan tinjauan kasus yaitu monitor TTV, monitor adanya diplopia, pandangan kabur, nyeri kepala, monitor level kebingungan dan orientasi, catat perubahan pasien dalam merespon stimulus, monitor status cairan, tinggikan kepala 0-45° tergantung pada kondisi pasien dan order medis.

e. Diagnosa ke lima

Menyusui tidak efektif, rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan tinjauan teoritis adalah evaluasi pola menghisap / menelan bayi, tentukan Keinginan Dan Motivasi Ibu untuk menyusui, evaluasi

pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dan bayi (misalnya reflex rooting, menghisap dan terjaga), kaji kemampuan bayi untuk latch-on dan menghisap secara efektif, pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting, pantau integritas kulit puting ibu, evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susu dan mastitis, pantau kemampuan untuk mengurangi kongesti payudara dengan benar, pantau berat badan dan pola eliminasi bayi.

Sedangkan berdasarkan tinjauan kasus rencana tindakan yang akan dilakukan adalah tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui, berikan informasi tentang laktasi dan teknik memompa Asi (secara manual atau pompa elektrik), berikan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI, pantau integritas kulit puting ibu, ajarkan pasien tentang prosedur dan teknik menyusui yang benar, cara perawatan payudara.

f. Diagnosa ke enam

Defisit perawatan diri mandi, pada tinjauan teoritis tidak ditemukan diagnosa defisit perawatan diri, sedangkan dalam kasus Ny. E ditemukan diagnosa defisit perawatan diri. Rencana tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan tinjauan kasus adalah monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri, monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan. Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care, dorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki, dorong untuk melakukan secara

mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya. Ajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.

4.4 Implementasi

Setelah rencana tindakan ditetapkan, maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien post SC atas indikasi PEB. Hal ini tidaklah mudah, terlebih dahulu penulis mengatur strategi agar tindakan keperawatan dapat terlaksana, yang dimulai dengan melakukan pendekatan pada klien agar nantinya klien mau melaksanakan apa yang perawat anjurkan, sehingga seluruh rencana tindakan keperawatan yang dilaksanakan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

a. Untuk diagnosa pertama

Nyeri berhubungan dengan agent cedera fisik, implementasi yang telah dilakukan adalah :

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

Hasil yang didapatkan ketika melakukan implementasi pada diagnosa yang pertama yaitu klien tampak meringis karena terasa nyeri pada luka bekas post operasi *secsio cesaria*. Tanda-tanda vital klien diukur hanya satu kali dalam sehari. Pada hari pertama tanggal 07 Juni 2018 yaitu TD: 150/140 mmHg, S : 36,8 °C , HR : 96 kali/menit, RR : 20 kali/menit. Pada hari kedua tanggal 08 Juni 2018 yaitu TD: 140/90, S : 36,8 °C, HR : 84 kali/menit, RR : 20 kali/menit. Sedangkan pada hari ke tiga yaitu TD: 130/80, S : 36,8 °C, HR : 84 kali/menit, RR : 20 kali/menit. Klien dapat melakukan teknik relaksasi dengan baik.

b. Untuk diagnosa kedua

Hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan post sc, implementasi yang telah dilakukan adalah :

1. Mengkaji kemampuan dalam mobilisasi.
2. Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan.
3. Mendampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL.
4. Mengajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.

Hasil yang didapatkan ketika melakukan implementasi pada diagnosa yang kedua yaitu pada hari pertama tanggal 07 Juni 2018 klien tampak sulit bergerak, klien tampak lemah, klien terpasang infus, klien terpasang

kateter, semua aktifitas klien tampak di bantu oleh perawat. Pada hari kedua tanggal 08 Juni 2018 klien sudah tidak terpasang infus lagi, klien sudah tidak terpasang kateter lagi, klien akan dipindahkan ke ruangan pada jam 11.30 Wib, klien sudah mampu melakukan aktivitas secara perlahan, suami dan keluarga selalu mendampingi klien dalam melakukan aktivitas. Pada hari ketiga tanggal 09 Juni 2018 klien tampak berjalan tanpa di bantu oleh suaminya, klien tampak sudah bisa makan sendiri, klien tampak mandi ke kamar mandi di bantu oleh suami.

c. Untuk diagnosa ketiga

Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, implementasi yang telah dilakukan adalah :

1. Mempertahankan teknik aseptik.
2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan.
3. Memberikan terapi antibiotik.nutrisi.
4. Memonitor tanda dan gejala infeksi sistematik dan lokal.
5. Mendorong pasien istirahat yang cukup.

Hasil yang didapatkan ketika melakukan implementasi pada diagnosa yang ketiga yaitu pada hari pertama tanggal 07 Juni 2018 klien tampak meringis, klien masih dalam keadaan puasa, luka post sc klien belum tampak karna masih ditutupi verban dengan panjang 10 cm, lebar 1-2 cm, skala nyeri 5.. Pada hari kedua tanggal 08 Juni 2018 klien tampak tidak memakan makanan yang di sediakan rumah sakit seperti telur dan susu,

klien tampak menghabiskan buburnya saja, luka klien tampak basah, tampak ada cairan darah keluar dari bekas jahitan. Terdapat tanda-tanda infeksi pada Ny. E yaitu nyeri dan keluar darah pada bekas luka post SC. Pada hari ketiga tanggal 09 Juni 2018 disekitar luka tidak ada kemerahan, bekas tampak kering tidak ada keluar cairan.

d. Untuk diagnosa keempat

Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan kardiak output sekunder terhadap vasoplasme pembuluh darah, implementasi yang telah dilakukan adalah :

1. Memonitor TTV.
2. Memonitor adanya diplopia, pandangan kabur, nyeri kepala.
3. Momonitor level kebingungan dan orientasi.
4. Mencatat perubahan pasien dalam merespon stimulus.
5. Momonitor status cairan.
6. Meninggikan kepala 0-45° tergantung padakonsisi pasien dan order medis.

Hasil yang didapatkan ketika melakukan implementasi pada diagnosa yang keempat yaitu tanda-tanda vital klien diukur hanya satu kali dalam sehari. Pada hari pertama tanggal 07 Juni 2018 yaitu TD: 150/140 mmHg, S : 36,8 °C , HR : 96 kali/menit, RR : 20 kali/menit. Klien tampak lemas, klien tampak meringis, kaki klien tampak bengkak. Pada hari kedua

tanggal 08 Juni 2018 yaitu TD: 140/90, S : 36,8 °C, HR : 84 kali/menit, RR : 20 kali/menit. Klien tampak tenang, klien tampak lebih bersemangat dari sebelumnya, bengkak pada kaki klien tampak berkurang, klien sudah mulai berjalan tapi masih dibantu oleh suaminya. Sedangkan pada hari ke tiga yaitu TD: 130/80, S : 36,8 °C, HR : 84 kali/menit, RR : 20 kali/menit.

e. Untuk diagnosa kelima

Menyusui tidak efektif berhubungan dengan pemisahan ruangan bayi dengan ruangan ibu post partum, implementasi yang telah dilakukan adalah :

1. Menentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui.
2. Memberikan informasi tentang laktasi dan teknik memompa Asi (secara manual atau pompa elektrik).
3. Memberikan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI.
4. Memantau integritas kulit puting ibu.

Hasil yang didapatkan ketika melakukan implementasi pada diagnosa yang keempat yaitu pada hari pertama tanggal 07 Juni 2018 klien masih dalam keadaan berpuasa, klien tampak tidak menyusui bayinya, bayi masih di ruang perinatology, ASI yang di berikan dengan cara di pompa, ASI klien tampak sedikit ± 2 cc. Pada hari kedua tanggal 08 Juni 2018 Asi yang keluar tampak sedikit sekitar ± 5 cc. sedangkan pada hari ketiga tanggal 09 Juni 2018 ASI yang keluar sekitar ± 8 cc.

f. Untuk diagnosa keenam

Defisit perawatan diri mandi berhubungan luka post operasi, implementasi yang telah dilakukan adalah :

1. Memonitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.
2. Memonitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.
3. Membantu kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.
4. Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care.
5. Mendorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki.
6. Mendorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya.
7. Mengajarkan klien/keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.

Hasil yang didapatkan pada saat melakukan implementasi pada diagnosa yang keenam yaitu kulit klien tampak berekeringat. Klien susah untuk melakukan perawatan diri : mandi secara mandiri. Sehingga pada saat melakukan perawatan diri : mandi klien dibantu oleh suaminya.

Dalam melakukan tindakan keperawatan, penulis tidak menemukan kesulitan yang berarti, hal ini disebabkan karena :

- a) Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan keluarga dalam perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan asuhan pada tindakan Keperawatan.
- b) Pendekatan yang dilakukan dengan baik sehingga keluarga merasa percaya sehingga memudahkan dalam pemberian serta pelaksanaan tindakan Keperawatan.
- c) Adanya kerja sama yang baik antara penulis dengan petugas ruangan sehingga penulis mendapatkan bantuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan.

4.5 Evaluasi

Penulis mengevaluasi selama 3 hari berturut-turut dari tanggal 06 – 08 juni 2018.

- a. Pada diagnosa yang pertama yaitu nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik. Pada hari pertama tanggal 07 juni 2018 klien tampak meringis saat mengubah posisi, skala nyeri 5. Pada hari kedua tanggal 08 Juni 2018 klien tampak sedikit meringis, skala nyeri 4. Sedangkan pada hari ke tiga tanggal 09 Juni 2018 klien tampak tenang, skala nyeri 3. Masalah dianggap belum teratasi karena tujuan yang diharapkan belum tercapai. Intervensi dilanjutkan oleh perawat di ruangan karena mahasiswa

memiliki keterbatasan waktu. Mahasiswa hanya selama tiga hari melakukan pengkajian.

- b. Pada diagnosa yang kedua yaitu hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan post sc. Pada hari pertama tanggal 07 Juni 2018 klien terpasang infus dan kateter, semua aktivitas klien dibantu oleh perawat. Pada hari kedua tanggal 08 Juni 2018 klien sudah tidak terpasang infus dan kateter lagi, klien akan dipindahkan ke ruangan pada jam 11.30 Wib, klien sudah mampu melakukan aktivitas sedikit demi sedikit namun masih dibantu oleh suaminya. Dan pada hari ketiga tanggal 09 Juni 2018 klien tampak berjalan tanpa dibantu oleh suaminya, klien tampak sudah bisa makan sendiri, klien tampak mandi ke kamar mandi namun masih di bantu oleh suaminya. Masalah dianggap belum teratasi karena tujuan yang diharapkan belum tercapai. Intervensi dilanjutkan oleh perawat di ruangan karena mahasiswa memiliki keterbatasan waktu. Mahasiswa hanya selama tiga hari melakukan pengkajian.
- c. Pada diagnosa yang ketiga yaitu resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan. Pada hari pertama tanggal 07 Juni 2018 luka klien tampak masih di verban, klien tampak meringis, dan klien masih dalam keadaan puasa. Pada hari kedua tanggal 08 Juni 2018 klien tidak memakan makanan yang diberikan oleh Rumah Sakit seperti telur dan susu, klien hanya makan bubur saja. Luka klien tampak basah dan ada cairan darah. Pada hari kedua tanggal 09 Juni 2018 di sekitar luka klien tidak ada kemerahan, tidak keluar cairan, dan luka tampak kering. Masalah

dianggap belum teratasi karena tujuan yang diharapkan belum tercapai. Intervensi dilanjutkan oleh perawat di ruangan karena mahasiswa memiliki keterbatasan waktu. Mahasiswa hanya selama tiga hari melakukan pengkajian.

- d. Pada diagnosa yang keempat yaitu gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan kardiak output sekunder terhadap vasoplasme pembuluh darah. Pada tanggal 07 Juni 2018 klien tampak lemas, klien tampak meringis, kaki klien tampak bengkak, tekanan darah 150/100 mmHg, urine yang keluar ± 500 cc. Pada tanggal 08 Juni 2018 bengkak pada kaki klien mulai berkurang, tekanan darah 140/90 mmHg, dan urine yang keluar ± 600 . Sedangkan pada hari ke tiga bengkak pada kaki klien sudah berkurang, tekanan darah 130/80 mmHG, dan urine yang keluar ± 700 cc. Masalah dianggap belum teratasi karena tujuan yang diharapkan belum tercapai. Intervensi dilanjutkan oleh perawat di ruangan karena mahasiswa memiliki keterbatasan waktu. Mahasiswa hanya selama tiga hari melakukan pengkajian.
- e. Pada diagnosa yang kelima yaitu menyusui tidak efektif berhubungan dengan pemisahan ruagan bayi dengan ruagan ibu post partum. Pada hari pertama tanggal 07 Juni 2018 klien masih dalam keadaan puasa, bayi klien masih di ruangan perinatologi, ASI keluar dengan cara di pompa, ASI klien keluar hanya sedikit sekitar ± 2 cc. pada hari kedua tanggal 08 Juni 2018 bayi klien masih di ruangan perinatologi, ASI keluar dengan cara di pompa, ASI klien keluar sekitar ± 5 cc. Pada hari ketiga tanggal 09

Juni 2018 bayi klien masih di ruangan perinatologi, ASI klien keluar dengan cara dipompa, ASI klien keluar hanya sedikit sekitar ± 8 cc. Masalah dianggap belum teratasi karena tujuan yang diharapkan belum tercapai. Intervensi dilanjutkan oleh perawat di ruangan karena mahasiswa memiliki keterbatasan waktu. Mahasiswa hanya selama tiga hari melakukan pengkajian.

- f. Pada diagnosa yang ke enam yaitu defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan luka post operasi. Pada hari pertama sampai hari ketiga perawatan diri klien masih dibantu oleh perawat dan suaminya. Masalah dianggap belum teratasi karena tujuan yang diharapkan belum tercapai. Intervensi dilanjutkan oleh perawat di ruangan karena mahasiswa memiliki keterbatasan waktu. Mahasiswa hanya selama tiga hari melakukan pengkajian.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Sectio caesaria adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Sarwono, 2009). Preeklamsia berat adalah suatu keadaan pada kehamilan dimana tekanan darah sistolik lebih dari 160 mmHg atau diastolic lebih dari 110 mmHg pada dua kali pemeriksaan yang setidaknya berjarak 6 jam dengan ibu posisi tirah baring (Bodak, 2004).

Dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan *Sectio Caesarea* (SC) dapat disimpulkan :

1. Pengkajian asuhan keperawatan pada pasien dengan *Sectio Caesarea* (SC) di ruang rawat inap kebidanan Rumah Sakit Ahmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 dapat dilakukan dengan baik dan tidak mengalami kesulitan dalam mengumpulkan data dan pasien cukup kooperatif.
2. Diagnosa asuhan keperawatan pada pasien dengan *Sectio Caesarea* (SC) di ruang rawat inap kebidanan Rumah Sakit Ahmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 dapat dirumuskan 6 diagnosa pada tinjauan kasus.
3. Perencanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Sectio Caesarea* (SC) di ruang rawat inap kebidanan Rumah Sakit Ahmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 semua perencanaan dapat diterapkan pada tinjauan kasus

4. Implementasi asuhan keperawatan pada pasien dengan *Sectio Caesarea* (SC) di ruang rawat inap kebidanan Rumah Sakit Ahammad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 semua dapat dilakukan, karena tindakan yang dilakukan dapat tercapai.
5. Evaluasi pada pasien dengan *Sectio Caesarea* (SC) di ruang rawat inap kebidanan Rumah Sakit Ahammad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 dapat dilakukan dan 6 diagnosa di tinjauan kasus semua diagnose sudah teratasi.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Rumah Sakit

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

5.2.2 Bagi Perawat Ruangan

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

5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

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

DAFTAR PUSTAKA

Angsar, M.D, 2008. *Hipertensi dalam kehamilan Ilmu dalam Kebidanan*. Sarwono Prawirohardjo Edisi IV. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Anwar, M, Bazrad, A, & Prabowo, R. P 2011. *Ilmu Kandungan*. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Bodak. Irene. M. Lowdermilk and Jensen. 2004. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas Edisi 4*. Jakarta : EGC

Cunningham, F. G. 2005. *Obstetri Williams*. Jakarta : EGC

Hinchliff. (2001), *kamus keperawatan*. Edisi 17. Jakarta : EGC

Manuaba, Ida Bagus GDE, 2002. *Konsep Obsetri & Ginekologi Sosial Indonesia*. Jakarta : EGC

Mayo Clinic Staff. 2012. Low Blood Pressure (Hipotension) [Online], Available :<http://www.mayoclinic.com/health/lowblood.pressure/Dsoos90.22> Juni 2013.

Mochtar, Rustam. 2002. *Sinopsis Obstetrey Jilid I*. EGC : Jakarta.

Nanda, 2012. *Diagnosa Keperawatan : Defenisi dan Klasifikasi 2012.2014*. Buku Kedokteran : EGC

Prawiraharjo, Sarwono. 2002. *Ilmu kebidanan*. Jakarta : Yayasan bina pustaka Sarwono Prawiraharjo.

Prawiroharjo, Sarwono. 2009. *Ilmu kebidanan*. Jakarta : PT Bina pustaka.

Ramali. Ahmad (2003). *Kamus kedokteran*. Jakarta : Djambadan

Reader SJ. 2004. *Maternity Nurshing Family, New Born, And Women's Care*. Edisi 18. Lippincott. Philadelphia.

Saifuddin. Abdul B. 2002. *Buku Pandua Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal* : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Sarwono. 2009. *Ilmu Kebidanan Edisi Keempat*. Jakarta : Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Varney. Helen. 2004. *Ilmu Kebidanan (Varney's midwife's 3rd ed)* Bandung : Sokeola Publisher.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Maylisa putri
Tempat / Tanggal Lahir : Bukittinggi, 02 Mai 1993
Agama : Islam
Negeri Asal : Bukittinggi
Jumlah Bersaudara : 8 (Delapan) Orang
Anak Ke : 8 (Delapan)
Nama Orang Tua
Ayah : Zainuar
Ibu : Darnis
Alamat : Jl. Simpang Aur Dalam, Kel. Tarok Dipo,
Kec.Guguk Panjang.

Riwayat Pendidikan

TK Aisyiah Bustanul Athfal : 1999-2000
SD N 16 Tarok Dipo Bukittinggi : 2000-2007
SMP N 2 Bukittinggi : 2007-2010
SMA N 5 Bukittinggi : 2010-2013

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

NAM MAHASISWA : MAYLISA PUTRI

NIM : 1514401027

RUANGAN : KB RAWATAN

JUDUL STUDI KASUS : Asuhan Keperawatan Pada Ny. E dengan P₁A₀ Post SC Hari Ke-1 Atas Indikasi PEB di Ruang KB Rawatan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

NO	HARI/TANGGAL	DATANG		PULANG		KET
		JAM	PARAF	JAM	PARAF	
1.	Kamis 07 Juni 2018	07.15 Wib		14.30 Wib		
2.	Jum'at 08 Juni 2018	07.15 Wib		14.30 Wib		
3.	Sabtu 08 Juni 2018	07.30 Wib		14.30 Wib		

Bukittinggi, 09 Juni 2018

Ka Ruangan



(Nofriyanti, S. ST)

Preseptor

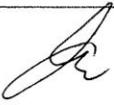


(Ns, Yesi Andriani, M. Kep, Sp. Mat)

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Maylisa Putri
Nim : 1514401028
Pembimbing : Nofriyanti, S.ST
Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Ny. E dengan P₁A₀
Post Sc hari 1 Atas Indikasi PEB di Ruang Rawat
Rawat Inap Kebidanan Rumah Sakit Dr. Achmad
Mochtar Bukittinggi Tahun 2018

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1.	Sabtu / 09-6-2018	Perbaiki riwayat kesehatan sekarang, prognosis prioritas	
2.	Senin / 11-6-2018	Perbaiki intervensi sesuai saran	
3.	Kamis / 21-6-2018	Perbaiki intervensi & implementasi sesuai saran	
4.	Senin / 02-7-2018	Acc dan diujikan.	
5.			
6.			

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

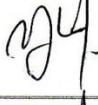
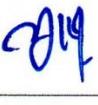
LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Maylisa Putri

Nim : 1514401028

Pembimbing : Ns. Yesi Andriani, M. Kep, Sp. Mat

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Ny. E dengan P₁A₀
 Post Sc hari 1 Atas Indikasi PEB di Ruang Rawat Rawat Inap Kebidanan Rumah
 Sakit Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1.	Selasa/ 26 Juni 2018	- Perbaiki skor scan sub II. Perlebaran - Evaluasi	
2.	Senin/ 29 Juni 2018	- Perbaiki skor scan Bab II, IV - Tambahkan artikel perdarah	
3.	Senin/ 02 Juli 2018	- Perbaiki skor scan Bab II, Askep Taktis, sub IV	
4.	Ramis/ 05 Juli 2018	- Tambahkan artikel perdarah askep perlebaran pergelangan p/ perdarahan	
5.	Senin/ 09 Juli 2018	- Tambahkan artikel perdarah - dan ada asyikan	
6.			

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI REVISI

Nama Mahasiswa : Maylisa Putri

Nim : 1514401028

Penguji II : Ns. Yessi Andriani, M. Kep, Sp. Mat

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Ny.E Dengan P₁A₀ Post Operasi Sectio Caesarea Hari Ke-1 Atas Indikasi PEB di Ruang Rawat Inap Kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1.	Selasa 24/7.2018	Perbaiki sesuai konsul	
2.	Rabu 25/7.2018	Acc di Jitud	
3.			
4.			
5.			

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI REVISI

Nama Mahasiswa : Maylisa Putri

Nim : 1514401028

Penguji I : Ns. Mera Delima, M. Kep, Sp. Mat

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Ny.E Dengan P₁A₀ Post Operasi Sectio Caesarea Hari Ke-1 Atas Indikasi PEB di Ruang Rawat Inap Kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1.	23 / Juli - 2018	perbaiki sesuai masukan.	
2.	24 / Juli - 2018	Are di gigit.	
3.			
4.			
5.			