**KARYA TULIS ILMIAH**

**LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.N DENGAN POST OPERASI SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI KPD DIRUANG RAWAT INAP**

**KEBIDANAN RUMAH SAKIT AHCMAD MOCHTAR**

**BUKITTINGGI TAHUN 2017**



**OLEH :**

**TRY PUTRI AGUSTIANI**

**NIM : 14103084015429**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**

**TAHUN 2017**

**KATA PENGANTAR**



Assalammualaikum Warahmatullahi Wb.

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT, atas rahmad dan karunia-Nya yang telah diberikan kepada penulis sehingga laporan studi kasus dengan judul “**Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny. N Dengan Post Sectio Caesraea dengan Indikasi KPD Di Ruang Rawat Inap Kebidanan Rsud Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017”** tanpa nikmat yang diberikan oleh-Nya sekiranya penulis tidak akan mampu untuk menyelesaikan Laporan Studi Kasus ini.

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

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

Seterusnya ucapan terima kasih saya kepada :

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

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

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

Wassalammualaikum Warahmatullahi Wb.

Bukittinggi, Juli 2017

Penulis

**

*“Sesunggunhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan maka apabila kamu sudah selesai (dari sesuatu urusan) kerjakanlah dengan (urusan) yang lain hanya kepada Tuhanlah kamu berharap” (QS. Alam Nasyrah 6-8).*

*Alhamdulilah..*

*Tiada kata yang terindah kecuali ucapan rasa syukur atas rahmad-Mu ya Allah. Sepercik harapan atas keberhasilan yang telah ku raih.Tetapi seribu tantangan masih harus ku lalui, ini bukanlah akhir dari perjuanganku. Tetapi, merupakan awal dari perjuanganku.*

*Ya rabbi….*

*Terimakasih atas rahmad Mu…Hari ini hamba telah menyelesaikan sebuah tugas akhir hamba sebagai mahasiswa D III Keperawatan, hari yang hamba nantikan selama tiga tahun ini telah selasai, walaupun pun untuk sampai ketahap akhir ini hamba lalui dengan susah payah susah duka untuk berjuang dan pada hari ini Alhamdulillah telah sampai saatnya hamba nikmati hasil kerja keras hamba selama tiga tahun ini semoga ilmu yang hamba dapatkan selama tiga tahun ini berguna dan bermanfaat bagi orang sekitar hamba, dan berikan hamba rahmat dan kurniamu bagi kehidupan kedepannya.*

*Keberhasilan ini ananda persembahkan untuk mama tercinta (JURMALENA SP.d) mama sosok perempuan yang sangat luar biasa hebat, seseorang perempuan yang tidak pernah mengenal lelah untuk berjuang, sosok perempuan yang selalu sabar menghadapi cobaan dan selalu tegar untuk memangkul semua beban yang ada dipundaknya walaupun itu berat baginya. Mama aq sangat banga bisa lahir dari rahim mu, di didik dan dibesarkan oleh sosok perempuan yang begitu sempurna dimata qu mama. Terimakasih selama ini selalu sabar menghadapi sifat anak mu yang nakal ini mama, dan mama selalu memberikan aq semangat untuk kuliah dan sampai aq menyusun karya ilmia ini. Semoga mama sehat selalu dan sabar hadapi cobaan yang akan dating ma, terimakasih mama qu tersayang. Sekarang anak mu telah menyelasaikan pendidikan keperawatan ini, maa..terimakasih telah membesarkan qu, merawatdan mendidik aq dengan penuh keiklasan, mengorbankan segalanya untuk qu, hujan,panas terik matahari, air mata yang selalu keluar membasahi pipimu, tidak pernah sedikitpun kau hiraukan demi kelancaran pendidikan anak mu ini maa..tidak ada seorang pun yang bisa mengantikanmu di kehidupan ku ibu.*

*Terimakasih pahlawan keberhasilan ini ananda persembahkan untuk papa tercinta (ZURMAN SP.d) yang selalu memberikan semangat dan supor untuk terus semangat untuk menjalani dalam menyelesaikan semua ini dan selalu memberikan kasih sayang dan serta do’a yang tulus dan iklas demi kesuksesan qu.Sungguh jasa dan kasih sayang yang papa berikan tidak akan pernah kulupakan. Sekarang ku hanya bisa membahagiakan papa lewat karya kecil ku ini, tetapi aku berjanji kelak aku akan membahagiakanmu dengan menjadi orang yang sukses dan dapat membuat papa dan mama bangga pada qu.*

*Tidak lupa pula ucapan terima kasih kepada kakak tercinta tersayang (Alm.Peblina Zurida Wati dan Seprina Pera Wati) yang selalu memberi ku dukungan dalam segala bentuk serta support agar aku dapat menyelesaikan karya tulis ini dan juga yang selalu membuat ku tersenyum saat aku sudah mulai lelah dengan karya tulis ini, yang selalu memberikan kasih sayang dan serta do’a yang tulus dan iklas demi kesuksesan qu. Serta kakak ipar dan ponakan tercinta yang selalu memberi ku dukungan dalam segala bentuk serta support agar aku dapat menyelesaikan karya tulis ini dan juga yang selalu membuat ku tersenyum saat aq mulai lelah (Rudi Citra, Ermanto dan ponakan tercinta ante Rafif ).*

*Terimakasih sahabat yang selalu memberi ku dukungan dalam segala bentuk serta support agar aku dapat menyelesaikan karya tulis ini dan juga yang selalu membuat ku tersenyum saat aq mulai lelah (Indah Sri Wahyuni dan Wilda Rahma Jayani) yang sama-sama berjuang mulai dari pertama menginjakkan kaki di STIKes Perintis Padang ini dan sampai pada akhir pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini. Walaupun dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini kita sedikit mengalami hambatan, tapi semua ini bisa diselesaikan dengan kebersamaan yang mungkin bisa jadi kenangan indah yang dapat selalu kita ingat. Serta yang tersayang selalu memberiku semangat dan selalu ada susah senang, selalu membuat qu tersenyum (Boy Irwan) dapat menyelesaikan karya tulis ini.*

*Terimakasih lubuk hati yang paling dalam ku persembahkan kepada bunda tercinta Ns. Mera Delima M.kep selaku pembimbing yang selama ini membimbing aq samapai selasai menyelasaikan karya tilis ilimia ini dan Ns. Ernalinda Rosya M.Kep selaku penguji laporan stuidi kasus ini. Selajutnya Ns. Yuli Permata Sari selaku pembimbing akademik yang selalu mendukung selama kuliah, dan staf dosen D III Keperawatan yang telah memberikan bekal ilmu yang tak ternilai. Mudah-mudahan ilmu yang diberikan dosen bermanfaat serta diterapkan untuk akan datang.*

*Tak lupa pula kepada teman-teman DIII Keperawatan (Afiya, Atika, Agustina, Witra, Yani, Fhani, Nela, Gauri, Ocha, Dola, Olga, Riska, Gito, Rahmad, Fajri, Indra L, Zaki, Fisi, Delila, Ela, Nanda, Yosi, Tino, Jimi, Indra F) yang selalu dalam suka duka, penuh dengan kenangan. Setelah 3 tahun kita bersama, akhirnya kita sampai pada pintu terakhir dalam perjalanan kita. Tapi ingatalah teman, setelah kita sampai di pintu akhir nanti mungkin kita akan berpisah tapi tak usah ragu teman, kemana kita melangkah kita akan tetap bersama sebagai seorang sahabat selamanya dan aku akan selalu mendoakan yang terbaik untuk kalian teman.*

*Aminn…*

TRY PUTRI AGUSTIANI

14103084015429

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS BUKITTINGGI**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**

**Karya Tulis ILmiah, Laporan Studi Kasus Juli 2017**

**TRY PUTRI AGUSTIANI**

**NIM : 14103084015429**

**Asuhan Keperawatan Pada Ny.N Dengan Post Operasi Sectio Caesarea Dengan Indikasi KPD Diruang Rawat Inap Kebidanan Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017**

**V BAB + Halaman 91 + Lampiran 4**

**ABSTRAK**

*Sectio Caesarea* adalah pembedehan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding uterus melalui dinding perut, *Sectio Caesarea* dapat disebabkan oleh berbagai faktor seperti ketuban pecah dini, panggul sempit, plasenta previa, letak sunsang, ibu dengan preklamasi dll. Tunjuan untuk memperoleh pengalaman nyata dalam melalukan proses dan asuhan keperawatan pada pasien dengan post SC diruang rawat kebidanan Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi. Setelah melakukan pengkajian selama 2 hari dari tanggal 19 juni 2017 dan 20 juni 2017 ditemukan masalah pada Ny.N dengan post operasi SC dengan indikasi KPD. Diagnosa yang ditemukan saat melakukan pengkajian pada Ny.N yaitu, gangguan mobilisi/nyeri luka operasi, kurang pengatahuan kontra sepsi dan ASI ekslusi, resiko infeksi/perawatan luka. Dalam perencanaan tindakan p ada pasien mengacuh pada keluhan yang dirasakan oleh klien, pada diagnosa nyeri dilakukan tindakan mengajarkan teknik relaksasi tarik nafas dalam dan hembuskan pelan-pelan, ini di ambil dari intervensi pada teori diterapkan pada tinjauan kasus,diagnosa kurang pengetahuan KB dilakukan tindakan penyuluahn tentang KB yang cocok untuk dipakai klien setelah melahirkan, diagnosa kurang pengatahuan ASI ekslusif dilakukan penyuluhan tentang keuntungan ASI dan sampai umur berapa diberikan ASI ekslusif, diagnosa resiko infeksi dilakukan tindakan perawatan luka post SC. Setelah melakukan tindakan hasil yang didapatkan yaitu nyeri berkurang, Involusi uterus kembali normal, luka terlihat kering ,klien sudah mengetahui tentang KB dan ASI, dan sudah tahu cara perawatan luka dirumah.

**Kata kunci : *Sectio Ceasrea* dengan indikasi KPD**

**Daftar bacaan : (1995-2015)**

***HIGH SCHOOL HEALTH SCIENCE PERINTIS BUKITTINGGI***

***D III STUDY NURSING PROGRAM***

***Scientific Paper, July 2017 Case study Report***

***TRY PUTRI AGUSTIANI***

***NIM : 14103084015429***

***Nursing Care At Ny.N With Post Operation Surgery Sectio Caesarea With Indication KPD Hospital In Patient Obsetric Achmad Mochtar Bukittinggi 2017***

***V BAB + 91 Page + 4 Attachman***

***ABSTRACT***

*Sectio Caesarea is a treatment to give birth to the fetus by opening the uterine wall through the abdominal wall, Sectio Caesarea can be caused by various factors such as premature rupture of membranes, narrow pelvis, placenta previa, sunsang location, mother with precipitation etc. Aims to gain real experience in passing the process and nursing care in patients with post SC room obstetric care Hospital Achmad Mochtar Bukittinggi. After a two-day review from 19 June 2017 and 20 June 2017, we found a problem with Ny.N with post operation of SC with indication of KPD. Diagnoses were found during the assessment of Ny.N ie, impaired mobilization / wound surgery, lack of conspiracy and breast milk exclusion, risk of infection / wound care. In the action plan the patient responds to the complaints felt by the client, the diagnosis of pain is done to teach relaxation techniques of deep breathing and exhale slowly, is taken from the intervention on the theory applied to the case review, diagnosis of less knowledge of KB done penyuluahn action about KB is suitable for use after the birth of the client, the diagnosis is less pengatahuan exclusive breastfeeding about the extent of breastfeeding benefits and at what age is given exclusive breastfeeding, the diagnosis of infection risk performed post SC wound care treatment. After performing the results obtained action is reduced pain, uterine involution back to normal, the wound looks dry, the client already knows about KB and breast milk, and already know how to care for injuries at home.*

***Keywords : Sectio Ceasrea with KPD indication  
Reading list : (1995-2015)***

**DAFTAR ISI**

**HALAMAN JUDUL**

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

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

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

**DAFTAR GAMBAR ..................................................................................... vi**

**DAFTAR TABEL ...................................................................................... vii**

**DAFTAR LAMPIRAN ..................................................................................... viii**

**BAB I PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang ..................................................................................... 1
  2. Tujuan Penulis ..................................................................................... 3
  3. Manfaat Penulis ..................................................................................... 4

**BAB II TINJAUAN TEORITIS**

* 1. **Konsep Dasar ..................................................................................... 5**
     1. Pengertian ..................................................................................... 5
     2. Etiologi ..................................................................................... 6
     3. Anatomi dan Fisiologi ............................................................. 10
     4. Manifestasi Klinis ................................................................. 19
     5. Patofisiologi & WOC ............................................................. 19
     6. Jenis – jenis SC ............................................................. 23
     7. Penatalaksanaan .......................................................... 24
     8. Adaptasi post partum ............................................................. 29
     9. Pemeriksaan Penunjang ............................................................. 32
     10. Komplikasi ............................................................. 33
  2. **Asuhan Keperawatan Teoritis ............................................................. 33**
     1. Pengkajian .............................................................. 34
     2. Diagnosa yang Muncul ………................................................. 37
     3. Intervensi Keperawatan ............................................................. 38
     4. Implementasi Keperawatan ............................................................. 46
     5. Evaluasi Keperawatan ............................................................ 46

**BAB III TINJAUAN KASUS**

* 1. Pengkajian ........................................................................ 48
  2. Diagnosa Keperawatan ........................................................................ 65
  3. Intervensi Keperawatan ........................................................................ 66
  4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan……….................................... 69

**BAB IV PAMBAHASAN**

* 1. Pengkajian ........................................................................ 77

4.2 Diagnosa Keperawatan ......................................................................... 79

4.3 Intervensi Keperawatan ......................................................................... 82

4.4. Implemetasi Keperawatan ....................................................................... 85

4.5 Evaluasi ........................................................................ 87

**BAB V PENUTUP**

5.1. Kesimpulan ............................................................................................. 89

5.2. Saran ............................................................................................. 90

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN-LAMPIRAN**

**DAFTAR GAMBAR**

**Halaman**

Gambar 2.1: Organ Reproduksi Eksterna pada wanita……........................................... 11

Gambar 2.2 : Organ Reproduksi Internal pada wanita..................................................... 14

Gambar 2.3 WOC Sectio Caesarea ……………............................................................ 22

Gambar 2.4 SC (Sectio Caesaria) ……………............................................................. 32

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 SAP Penyuluhan

Lampiran 2 Daftar Bimbingan Konsul Pembimbing I

Lampiran 3 Daftar Hadir Ujian

Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup

**DAFTAR PUSTAKA**

Farer, Helen. 1999.Perawatan Maternitas: Alih Bahasa, Andri Hartono :editor edisi bahasa Indonesia, Yasmin Asi, Ed:2. Jakarta :EGC

Hamilton, Persis Mary. 1995. Dasar-dasar Keperawatan maternitas : alih bahasa, Ni Luh Gede Yasmin Asih, Ed:6. Jakarta : EGC

Nurarif, Amin Huda Dan Hardhi Kusuma. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan*

*Diagnosa Medis Dan Nanda Nic-Noc.* Edisi Revisi Jilid 1. Jogjakarta : MediAction.

Doengoes, M .2001, rencana asuhan keperawatan untuk perencanaan dan pendokumentasian

perawatan pasien. Jakarta : EGC

Varney, Helen.1999. Buku saku kebidanan, Jakarta :EGC

Winkjosastro,2002. Buku obsetri kebidanan, Jakarta : EGC

Saifuddin, 2002. Buku maternitas dasar, Jakarta : EGC

Cindy, dkk. 2009. *Sectio Caesaria.* [*http://bidan2009.blogspot.com/2009/02/secsio-caesarea-atasindikasi-ketuban.html*](http://bidan2009.blogspot.com/2009/02/secsio-caesarea-atasindikasi-ketuban.html)*.*

Harnawatiaj, 2008. *Asuhan Keperawatan Sectio Caesaria. http:nursingbegin.com/askep.sectio-caesaria.html.*

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**



Nama : Try Putri Agustiani

Tempat / Tanggal Lahir : Lakitan, 25 Agustus 1996

Agama : Islam

Negeri Asal : Pesisir Selatan

Jumlah Bersaudara : 2 (Dua) Orang

Anak Ke : 3 (Tiga)

Nama Orang Tua

Ayah : Zurman S.Pd

Ibu : Jurmalena S.Pd

Alamat : Karang Tangah Lakitan Selatan, Kec.Lengayang, Kab.Pesisir Selatan

Riwayat Pendidikan

1. TK Bunda Padang Laban : 2002-2003
2. SD N 24 Koto Raya : 2003-2008
3. SMP N 3 Lengayang : 2008-2011
4. SMA N 1 Ranah Pesisir : 2011-2014
5. Program Studi DIII Keperawatan Stikes Perintis Padang Tahun 2014 Sampai Sekarang
6. **DAFTAR TABEL**
7. **Halaman**
8. Tabel 2.1 Indikasi kelahiran dengan bedah sesar....................................................... 10
9. Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan Teoritis ............................................................ 39
10. Tabel 3.1 Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang............................................ 51Tabel 3.2 APGAR Score........................................................................................... 52Tabel 3.3 Hasil Labor................................................................................................ 60Tabel 3.4 Analisa Data.............................................................................................. 62
11. Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan kasus................................................................. 66
12. Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan kasus........................................................... 69

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

*Sectio Caesarea* (SC) adalah pembedahan obsetrik untuk melahirkan janin yang viable melalui abdomen (Helen Farrer,2001 buku perawatan maternitas,hal: 161.Edisi :2). Ada beberapa indikasi untuk dilakukan tindakan SC adalah Gawat janin, Diproporsi cepalopelvik, perselinan 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 menunjukan resiko 25x lebih besar dibangdingkan dengan persalinan melalui pervaginaan.Bahkan untuk satu kasus karena infeksi mempunyai angka 80x lebih tinggi dibandingkan dengan persalinan pervagina.

World Health Organization (WHO) menetapkan standar rata-rata SC disebuah Negara adalah sekitar 5-15% per 1000 kelahiran di dunia Rumah Sakit pemerintah kira-kira 11% sementara Rumah Sakit swasta biasa lebig dari 30%. Menurut WHO peningkatan persalinan dengan SC di seluruh Negara selama tahun 2007-2008 yaitu 110.000 per kelahiran di seluruh Asia (Shinta Kounteya,2010).

Berdasarkan data RIKESDAS tahun 2010,tingkat persalinan SC di Indonesia 15,3 % sampel dari 20,591 ibu yang melahirkan dalam kurun waktu 5 tahun terakhir yang diwawancarai di 33 provinsi. Gambar adanya faktor resiko ibu saat melahirkan atau di operasi SC adalah 13,4% karena ketuban pecah dini 5,49% preeklampsiaa 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 2017 ditemukan sebanyak 167 yang melakukan operasi Sectio caesarea.

Dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan pada masyarakat perlu dikembangkan, salah satunya adalah pelayanan keperawatan pada ibu post partum. Umumnya pada beberapa negara berkembang seperti Indonesia, angka kematian ibu yang mengalamipersalinan masih tinggi. Penyebab terbesar kematian ibu pada persalinanadalah 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 untukmenurunkan angka kematian ibu post partum akibat komplikasi.Untuk menekan angka kematian pada ibu dan janin salah satucara bisa dilakukan dengan tindakan operasi. Komplikasi dari operasi SC pada ibu antara lain : perdarahan, infeksi (sepsis), dan cidera di sekeliling struktur sepertiusus 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 **Asuhan Keperawatan Pada Ny.N Dengan Post Operasi Sectio Caesarea Dengan Indikasi KPD Diruang Rawat Inap Kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017**

* 1. **TUJUAN PENULISAN**
     1. Tujuan Umum

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

* + 1. Tujuan Khusus

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

1. Memahami tentang konsep asuhan keperawatan pada Ny.N dengan post SC dengan indikasi KPD
2. Melaksanakan pengkajian pada Ny.N dengan post SC dengan indikasi KPD
3. Mampu merumuskan diagnose keperawatan pada Ny.N dengan post SC dengan indikasi KPD
4. Mampu melakukan intervensi keperawatan pada Ny.N dengan SC dengan indikasi KPD
5. Mampu melakukan implementasi keperawatan pada Ny.N dengan post SC dengan indikasi KPD
6. Mampu melakukan evaluasi pada Ny.N dengan post SC dengan indikasi KPD
7. Melakukan pendokumentasian pada Ny.N dengan post SC dengan indikasi KPD
   1. **MANFAAT** 
      1. Bagi rumah sakit

Memberikan masukan bagi tim kesehatan rumah sakit dalam memberikan Asuhan keparawatan pada pasien post SC.

* + 1. Bagi institusi pendidikan

Dapat menjadi bahan referensi bagi perpustakan, dan dapat menjadii bahan masukan mengenai persalinan melalui SC dengan indikasi KPD.

* + 1. Bagi penulis

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

**BAB II**

**TINJAUAN TEORITIS**

* 1. **Konsep Dasar**

**2.1.1 Pengertian**

*Sectio Caesaria* (SC) adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Helen Farrer,2001 buku perawatan maternitas,hal: 161,Edisi :2). *SC* adalah suatu tidakan untuk melahirkan bayi dengan berat badan diatas 500 gram , melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. *Sectio Caesaria* adalah suatu cara melahirkan janin dengan sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. (siaksoft,net).

Post partum adalah suatu masa yang dimulai setelah partus selesai dan berakhir kira-kira 6 minggu, tetapi setelah alat genetalia pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan (Winkjosastro,2002). Masa Nifas adalah masa dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandung kembali seperti semula sebelum hamil,yang berlangsung selama 6 minggu atau kurang lebih 40 hari.

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya atau rupturnya selaput amnion sevelum dimulainya persalian yang sebenarnya atau pecahnya selaput aminion sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu dengan atau tanpa kontraksi

( mitayani, 2011 buku keperawatan maternitas, hal:74). Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban secara spontan 1 jam atau lebih sebelum terjadinya pesalinan. Penyebabnya tidak diketuhi tetapi beberapa bukti menunjukkan bahwa bakteri atau sekresi maternal yang menyebabkan iritasi dapat menghancurkan disebabkan oleh serviks yang tidak lagi mengalami kontraksi

(Hamilton, Persis Mary,2013 buku dasar keperawatan maternitas, hal:181. Edisi :6)

Sehingga dapat saya simpulkan bahwa post Sectio Caesarea dengan indikasi Ketuban pecah dini adalah suatu masa nifas setelah menjalani persalinan dengan cara menyayat dinding uterus untuk mengeluarkan janin yang dikarenakan air ketuban yang keluar sebelum ada tanda-tanda persalinan.

**2.1.2 Etiologi**

Manuaba (2002) indikasi ibu dilakukan *Sectio Caesaria* 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 Caesaria* sebagai berikut:

1. 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.

Penyebab ketuban pecah dini karena berkurangnya kekuatan membrane atau meningkatnya tekanan intra uterin atau kedua faktor tersebut. Berkurangnya kekuatan membran disebabkan adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks. Jarak KPD boleh di lakukan tindakan operasi SC yaitu 12 jam. Menurut manuaba 1998 penyebab ketuban pecah dini antara lain:

1. servik incompetent yaitu kelainan pada servik uteri di mana kanalis

servikalis selalu terbuka.

1. ketegangan uterus yang berlebihan misalnya pada kehamilan ganda dan

hidroamnion karena adanya peningkatan tekanan pada kulit ketuban di atas ostium uteri internum pada servik atau peningkatan intra uterin secara mendadak.

1. kelainan letak janin dalam rahim misalnya pada letak sunsang dan letak

lintang,karena tidak ada bagan terendah yang menutupi pintu atas panggul yang dapat menghalangi tekanan terhadap membrane bagian bawah.

1. Kemungkinan kesempitan panggul, perut gantung,sepal opelvik,disproporsi.
2. Kelainan bawaan dari selaput ketuban
3. Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenden dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini
4. 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.

1. CPD ( Chepalo Pelvik Disproportion )

Chepalo Pelvik Disproportion (CPD) adalah ukuran lingkar panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkar 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.

1. 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.

1. 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.

1. Kelainan Letak Janin
2. Kelainan pada letak kepala
3. 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.

1. 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 %.

1. 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.

1. 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).

**Indikasi kelahiran dengan bedah sesar**

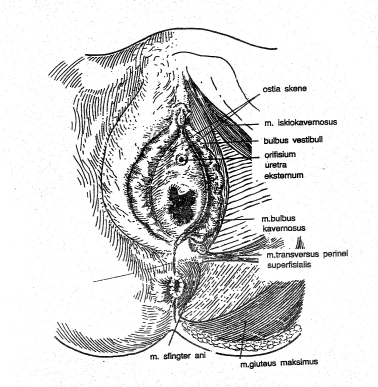
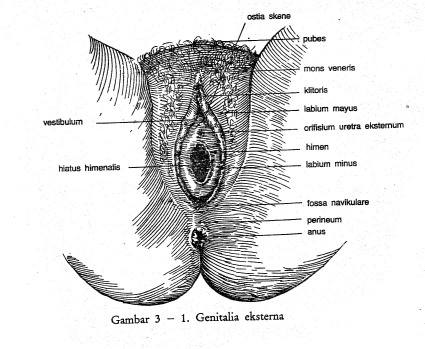
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Absolute | Relative |
| Ibu | a     Indikasi persalinan yang gagal  Proses persalinan tidak maju  (distosia persalinan).  Disproporsi sefalopelvik (panggul sempit) | a    Bedah sesar elektif berulang  b    Penyakit ibu (pre eklamsi berat,penyakit diabetes,kanker serviks) |
| Utero plasenta | a.    Bedah uterus sebelumnya (sesar klasik)  b.   Riwayat ruptur uterus  c.   Obstruksi jalan lahir (fibroid)  d.   Plasenta previa,abruption plasenta berukuran besar | a.   Riwayat bedah uterus sebelumnya miomektomi dengan ketebalan penuh)  b.   Presentasi funik(tali pusat)pada saat persalinan |
| Janin | a.   Gawat janin/hasil pemeriksaan janin yang tidak meyakinkan  b.  Prolaps tali pusat  c.   Malpresentasi janin (posisi melintang) | a.   Mal presentasi janin (sungsang, presentasi alis ,presentasi gabingan)  b.    Makrosomia  c.    Kelainan janin (hidrosefalus) |

**Tabel 2.1 Indikasi kelahiran dengan bedah sesar**

**2.1.3 Anatomi Dan Fisiologi**

Organ reproduksi wanita terbagi atas organ eksterna dan interna. Organ eksterna berfungsi dalam berfungsi dalam *kopulasi*, sedangkan organ interna berfungsi dalam *ovulasi,* sebagai tempat fertilisasi sel telur dan perpindahan *blastosis,* dan sebagai tempat implantasi, dapat dikatakan berfungsi untuk pertumbuhan dan kelahiran janin.

* 1. **Struktur Eksterna**



**Gambar 2.1: Organ Reproduksi Eksterna pada wanita.**

1. *Mons Pubis*

*Mons Pubis* atau *Mons Veneris* adalah jaringan lemak subkutan berbentuk bulat yang lunak dan padat serta merupakan jaringan ikat jarang diatas *simfisis pubis*. *Mons pubis* mengandung banyak kelenjar sebasea (minyak) dan ditumbuhi Rambut berwarna hitam, kasar dan ikal pada masa pubertas, yakni sekitar satu sampai dua tahun sebelum awitan haid. Fungsinya sebagai bantal pada saat melakukan hubungan sex.

1. *Labia Mayora*

*Labia Mayora* ialah dua lipatan kulit panjang melengkung yang menutupi lemak dan jaringan ikat yang menyatu dengan *mons pubis.* Keduanya memanjang dari *mons pubis* ke arah bawah mengelilingi *labia mayora*, *meatus urinarius*, dan *introitus vagina* (*muara vagina* ).

1. *Labia Minor*

*Labia Minora*, terletak diantara dua *labia mayora*, merupakan lipatan kulit yang panjang, sempit dan tidak berambut yang memanjang ke arah bawah dari bawah *klitoris* dan menyatu dengan *fourchette*. Sementara bagian *lateral* dan *anterior labia* biasanya mengandung pigmen, permukaan *medial labia minora* sama dengan mukosa vagina; merah muda dan basah. Pembuluh darah yang sangat banyak membuat labia berwarna merah kemurahan dan memungkinkan *labia minora* membengkak, bila ada stimulus emosional atau stimulus fisik.

1. *Klitoris*

*Klitoris* adalah organ pendek berbentuk silinder dan *erektil* yang terletak tepat dibawah *arkus pubis*. Dalam keadaan tidak terangsang, bagian yang terlihat adalah sekitar 6 x 6 mm atau kurang. Ujung badan *klitoris* dinamai glans dan lebih sensitif daripada badannya. Saat wanita secara seksual terangsang, *glans* dan badan *klitoris* membesar. Fungsi *klitoris* adalah menstimulasi dan meningkatkan ketegangan seksualitas.

1. *Prepusium Klitoris*

Dekat sambungan *anterior*, *labia minora* kanan dan kiri memisah menjadi bagian *medial* dan *lateral.* Bagian *lateral* menyatu di bagian atas *klitoris* dan membentuk *prepusium,* penutup yang berbentuk seperti kait. Bagian medial menyatu di bagian bawah klitoris untuk membentuk *frenulum.* Kadang-kadang *prepusium* menutupi *klitoris.*

1. *Vestibulum*

*Vestibulum* ialah suatu daerah yang berbentuk seperti perahu atau lonjong, terletak di antara labia minora, klitoris dan *fourchette*. *Vestibulum* terdiri dari muara *uretra*, kelenjar parauretra (*vestibulum minus* atau *skene*), vagina dan kelenjar paravagina (*vestibulum mayus*, *vulvovagina,* atau *Bartholin*). Permukaan *vestibulum* yang tipis dan agak berlendir mudah teriritasi oleh bahan kimia (deodorant semprot, garam-garaman, busa sabun), panas, rabas dan friksi (celana jins yang ketat).

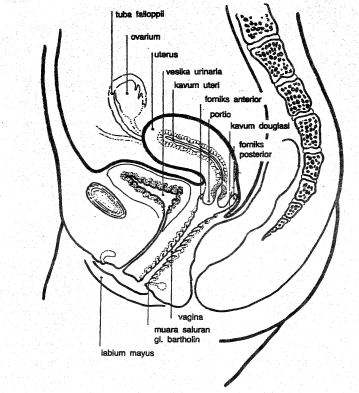
1. *Fourchette*

*Fourchette* adalah lipatan jaringan *transversal* yang pipih dan tipis, terletak pada pertemuan ujung bawah *labia mayora* dan minora di garis tengah dibawah *orifisium* vagina. Suatu cekungan kecil dan fosa navikularis terletak di antara *fourchette* dan himen.

1. *Perineum*

*Perineum* ialah daerah muscular yang ditutupi kulit antara *introitus* vagina dan anus. *Perineum* membentuk dasar badan perineum. Penggunaan istilah *vulva* dan *perineum* kadang-kadang tertukar.

* 1. **StrukturIntenal**



**Gambar 2.2 : Organ Reproduksi Internal pada wanita.**

1. *Ovarium*

Sebuah *ovarium* terletak di setiap sisi *uterus*, dibawah dan di belakang *tuba falopii*. Dua ligamen mengikat *ovarium* pada tempatnya, yakni bagian *mesovarium ligamen* lebar *uterus,* yang memisahkan *ovarium* dari sisi dinding *pelvis lateral* kira-kira setinggi *Krista iliaka antero superior*, dan *ligamentum ovarii proprium.*

Dua fungsi *ovarium* ialah menyelenggarakan ovulasi dan memproduksi hormon. Saat lahir, ovarium wanita normal mengandung sangat banyak *ovum primordial* (primitif). *Ovarium* juga merupakan tempat utama produksi hormon seks *steroid* (*estrogen, progesterone, dan androgen*) dalam jumlah yang dibutuhkan untuk pertumbuhan, perkembangan dan fungsi wanita normal.

Hormon estrogen adalah hormon seks yang di produksi oleh rahim untuk merangsang pertumbuhan organ seks seperti payudara dan rambut pubik serta mengatur sirkulasi manstrubasi. Hormon estrogen juga menjaga kondisi kesehatan dan elasitas dinding vagina. Hormon ini juga menjaga teksture dan fungsi payudara. pada wanita hamil hormon estrogen membuat puting payudara membesar dan merangsang pertumbuhan kelenjar ASI dan memperkuat dinding rahim saat terjadi kontraksi menjelang persalinan. Hormon progesterone berfungsi untuk menghilangkan pengaruh hormon oksitoksin yang dilepaskan oleh kelenjar *pituteri.* Hormon ini juga melindungi janin dari serangan sel-sel kekebalan tubuh dimana sel telur yang di buahi menjadi benda asing dalam tubuh ibu. hormon androgen berfungsi untuk menyeimbangkan antara hormon estrogen dan progesteron.

1. *Tuba Falopii (Tuba Uterin)*

Panjang tuba ini kira-kira 10 cm dengan diameter 0,6 cm. Setiap tuba mempunyai lapisan *peritoneum* di bagian luar, lapisan otot tipis di bagian tengah, dan lapisan mukosa di bagian dalam. Lapisan mukosa terdiri dari sel-sel *kolumnar*, beberapa di antaranya bersilia dan beberapa yang lain mengeluarkan *secret.* Lapisan mukosa paling tipis saat menstruasi. Setiap tuba dan lapisan mukosanya menyatu dengan mukosa *uterus* dan vagina.

1. *Uterus*

*Uterus* adalah organ berdinding tebal, *muscular,* pipih, cekung yang tampak mirip buah pir terbalik. Pada wanita dewasa yang belum pernah hamil, berat *uterus* ialah 60 g. *Uterus* normal memiliki bentuk simetris, nyeri bila ditekan, licin dan teraba padat.

Derajat kepadatan ini bervariasi bergantung kepada beberapa faktor. Misalnya, uterus mengandung lebih banyak rongga selama fase sekresi. Tiga fungsi uterus adalah siklus menstruasi dengan peremajaan endometrium, kehamilan dan persalinan. Fungsi-fungsi ini esensial untuk reproduksi, tetapi tidak diperlukan untuk kelangsungan fisiologis wanita.

Uterus terdiri dari:

a) Fundus Uteri

Merupakan bagian uterus proksimal, disitu ke-2 tuba fallopi berinsensi ke uterus. Di dalam klinik penting diketahui sampai dimana fundus uteris berada oleh karena tuanya kehamilan dapat diperkirakan dengan perabaan fundus uteri.

b) Korpus Uteri

Merupakan bagian uterus yang terbesar. Rongga yang terdapat pada korpus uteri disebut kavum uteri. Dinding korpus uteri terdiri dari 3 lapisan: serosa, muskula & mukosa. Mempunyai fungsi utama sebagai janin berkembang.

c) Serviks Uteri

Serviks merupakan bagian uterus dengan fungsi khusus, terletak dibawah *isthmus*. Serviks memiliki serabut otot polos, namun terutama terdiri atas jaringan kolagen, ditambah jaringan elastin serta pembuluh darah. Kelenjar ini berfungsi mengeluarkan sekret yang kental dan lengket dari kanalis servikalis.

d) Dinding Uterus

Dinding uterus terdiri dari tiga lapisan: *endometrium, miometrium*, dan sebagian lapisan luar *peritoneum parietalis*

1. *Serviks*

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

1. *Vagina*

*Vagina*, suatu struktur tubular yang terletak di depan rectum dan di belakang kandung kemih dan uretra, memanjang dari *introitus* (muara eksterna di *vestibulum* di antara labia *minora vulva)* sampai *serviks*

*Vagina* adalah suatu tuba berdinding tipis yang dapat melipat dan mampu meregang secara luas. Karena tonjolan *serviks* ke bagian atas vagina, panjang dinding *anterior* vagina hanya sekitar 7,5 cm, sedangkan panjang dinding *posterior* sekitar 9 cm. Ceruk yang terbentuk di sekeliling *serviks* yang menonjol tersebut disebut *forniks:* kanan, kiri, anterior dan posterior. Mukosa vagina berespons dengan cepat terhadap stimulasi estrogen dan progesterone. Sel-sel mukosa tanggal terutama selama siklus menstruasi dan selama masa hamil. Sel-sel yang diambil dari mukosa vagina dapat digunakan untuk mengukur kadar hormon seks *steroid.* Cairan vagina berasal dari traktus genitalia atas atau bawah Cairan sedikit asam. Interaksi antara laktobasilus vagina dan glikogen mempertahankan keasaman. Apabila pH naik di atas lima, insiden infeksi vagina meningkat.

**2.1.4 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

**2.1.5 Patofisiologi**

Ketuban pecah dini terjadi karena ada kelemahan selaput ketuban perubahan menyeluruh dalam metabolisme kolagen atau ketika tekanan dalam ketuban meningkat. Adanya bakteri yang mengandung enzyme protease dan kolagenase di tambah dengan respon inflamasi dari neutrofil secara bersama-sama menurukan kadar kolagen membran yang akan mengakibatkan penurunan kekuatan dan elastisitas selaput membran. Diduga juga adanya molekul perusak jaringan lunak yang di sebut *Reactive Oxigen Species* (ROS) merusak kebutuhan jaringan kolagen sehingga menyebabkan kelemahan selaput ketuban. Produksi *relaxine* yang berlebihan juga akan meningkatkan aktivitas enzime kolagenase yang akan merusak jaringan kolagen dari selaput ketuban. Kemungkinan jugatrombosis vaskuler plasenta juga turut berperen karena menimbulkan gangguan transport nutrisi sehingga aktivitas metabolism kolagen terganggu.

*Sectio Caesaria* (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 oxsitosin 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.

Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak bisa lahir secara normal, misalnya KPD, plasentas previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, disproporsi cephalo pelvic, rupture uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, preeklamsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *Sectio Caesarea.*

Sebelum dilakukan operasi pasien perlu dilakukan anestesi bisa bersifat regional dan umum.Namun anestesi umum lebih banyak pengaruhnya terhadap janin maupun ibu anestesi janin sehingga kadang-kadang bayi lahir dalam keadaan upnoe yang tidak dapat diatasi dengan mudah. Akibatnya janin bisa mati, sedangkan pengaruhnya anestesi bagi ibu sendiri yaitu terhadap tonus uteri berupa atonia uteri sehingga darah banyak yang keluar.Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas yang tidak efektif akibat sekret yan berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup.Anestesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus.

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

* + 1. **Jenis – Jenis *Sectio Caesaria***

1. *Sectio**Caesaria transperitonealis profunda*

*Sectio**Caesaria* *transperitonealis* *propunda* dengan insisi di segmen bawah uterus.insisi pada bawah rahim, bisa dengan teknik melintang atau memanjang. Keunggulan pembedahan ini adalah:

1. Pendarahan luka insisi tidak seberapa banyak.
2. Bahaya peritonitis tidak besar.
3. Perut uterus umumnya kuat sehingga bahaya ruptur uteri dikemudian hari tidak besar karena pada nifas segmen bawah uterus tidak seberapa banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna.
4. *Sectio**Caesaria klasik atau section cecaria korporal*

Pada *Sectio Cacaria* *klasik* ini di buat kepada korpus uteri, pembedahan ini yang agak mudah dilakukan,hanya di selenggarakan apabila ada halangan untuk melakukan section cacaria transperitonealis profunda. Insisi memanjang pada segmen atas uterus.

1. *Sectio**Caesaria ekstra peritoneal*

*Sectio**Caesaria eksrta peritoneal* dahulu di lakukan untuk mengurangi bahaya injeksi perporal akan tetapi dengan kemajuan pengobatan terhadap injeksi pembedahan ini sekarang tidak banyak lagi di lakukan. Rongga peritoneum tak dibuka, dilakukan pada pasien infeksi uterin berat.

1. *Sectio**Caesaria Hysteroctomi*

Setelah *Sectio**Caesaria,* dilakukan *hysteroktomy* dengan indikasi:

* *Atonia uteri*
* *Plasenta accrete*
* *Myoma uteri*
* *Infeksi intra uteri berat*

**2.1.7 Penatalaksaan**

1. Perawatan awal
2. Letakan pasien dalam posisi pemulihan
3. Periksa kondisi pasien, cek tanda vital tiap 15 menit selama 1 jam pertama, kemudian tiap 30 menit jam berikutnya. Periksa tingkat kesadaran tiap 15 menit sampai sadar
4. Yakinkan jalan nafas bersih dan cukup ventilasi
5. Transfusi jika diperlukan
6. Jika tanda vital dan hematokrit turun walau diberikan transfusi, segera kembalikan ke kamar bedah kemungkinan terjadi perdarahan pasca bedah.
7. Diet
8. Pemberian cairan perinfus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah 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.
9. Mobilisasi
10. Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi :
11. Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 - 10 jam setelah operasi
12. Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar
13. dapat dipulangkan pada hari kelima setelah operasi.
14. Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler)
15. Mobilisasi karena pada hari pertama setelah operasi penderita harus turun dari tempat tidur dengan dibantu paling sedikit 2 kali.
16. Pada hari kedua penderita sudah dapat berjalan ke kamar mandi dengan bantuan.
17. Dan pada tahap akhir adalah pemulangan apabila tidak terdapat komplikasi penderita
18. Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan.
19. Fungsi gastrointestinal
20. Jika tindakan tidak berat beri pasien diit cair
21. Jika ada tanda infeksi , tunggu bising usus timbul
22. Jika pasien bisa flatus mulai berikan makanan padat
23. Pemberian infus diteruskan sampai pasien bisa minum dengan baik
24. Perawatan fungsi kandung kemih
25. Jika urin jernih, kateter dilepas 8 jam setelah pembedahan atau sesudah semalam
26. Jika urin tidak jernih biarkan kateter terpasang sampai urin jernih
27. Jika terjadi perlukaan pada kandung kemih biarkan kateter terpasang sampai minimum 7 hari atau urin jernih.
28. Jika sudah tidak memakai antibiotika  berikan nirofurantoin 100 mg per oral per hari sampai kateter dilepas
29. 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.
30. Pembalutan dan perawatan luka
31. Jika pada pembalut luka terjadi perdarahan atau keluar cairan tidak terlalu banyak jangan mengganti pembalut
32. Jika perban luka agak kendor , jangan diganti dulu perban luka, tapi beri plester untuk mengencangkan.
33. Ganti perban luka dengan cara steril
34. Luka harus dijaga agar tetap kering dan bersih
35. Jahitan fasia adalah utama dalam bedah abdomen, angkat jahitan kulit dilakukan pada hari kelima pasca SC
36. Perban diganti 3 hari setelah SC
37. Jika masih terdapat perdarahan
38. Lakukan masase uterus
39. Beri oksitosin 10 unit dalam 500 ml cairan I.V. (garam fisiologik atau RL) 60 tetes/menit, ergometrin 0,2 mg I.M. dan prostaglandin
40. Jika terdapat tanda infeksi, berikan antibiotika kombinasi sampai pasien bebas demam   selama    48 jam :
41. Ampisilin 2 g I.V. setiap 6 jam
42. Ditambah gentamisin 5 mg/kg berat badan I.V. setiap 8 jam
43. Ditambah metronidazol 500 mg I.V. setiap 8 jam
44. Analgesik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan
45. Pemberian analgesia sesudah bedah sangat penting
46. Supositoria            : Ketopropen sup 2x/ 24 jam
47. Oral                       : Tramadol tiap 6 jam atau paracetamol
48. Injeksi                   : Penitidine 90-75 mg diberikan setiap 6 jam bila

perlu

1. Obat-obatan lain

* Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum penderita dapat diberikan caboransia seperti neurobian I vit. C

1. Hal – Hal lain yang perlu diperhatikan
2. Paska bedah penderita dirawat dan diobservasi kemungkinan komplikasi berupa perdarahan dan hematoma pada daerah operasi
3. Pasca operasi perlu dilakukan drainase untuk mencegah terjadinya hematoma.
4. Pasien dibaringkan dengan posisi semi fowler (berbaring dengan lutut ditekuk) agar diding abdomen tidak tegang.
5. Diusahakan agar penderita tidak batuk atau menangis.
6. Lakukan perawatan luka untuk mencegah terjadiny infeksi
7. Dalam waktu 1 bulan jangan mengangkut barang yang berat.
8. Selama waktu 3 bulan tidak boleh melakukan kegiatan yang dapat menaikkan tekanan intra abdomen
9. pengkajian difokuskan pada kelancaran saluran nafas, karena bila terjadi obstruksi kemungkinan terjadi gangguan ventilasi yang mungkin disebab-kan 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.
10. Keseimbangan cairan dan elektrolit, kenyamanan fisik berupa nyeri dan kenya-manan psikologis juga perlu dikaji sehingga perlu adanya orientasi dan bimbingan kegi-atan post op seperti ambulasi dan nafas dalam untuk mempercepat hilangnya pengaruh anestesi.
11. 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
12. Penatalaksanaan medis, Cairan IV sesuai indikasi. Anestesia; regional atau general Perjanjian dari orang terdekat untuk tujuan sectio caesaria. Tes laboratorium/diagnostik sesuai indikasi. Pemberian oksitosin sesuai indikasi. Tanda vital per protokol ruangan pemulihan, Persiapan kulit pembedahan abdomen, Persetujuan ditandatangani. Pemasangan kateter fole.

Fase penyembuhan luka :

a. Fase *Inflamasi.*

Respons vascular dan selular terjadi ketika jaringan terpotong atau

mengalami cedera. Vasokonstriksi pembuluh terjadi dan bekuan

fibrinoplatelet. Ketika mikrosirkulasi mengalami kerusakan, elemen darah seperti antibodi, plasma protein, elektrolit, komplemen, dan air menembus oedema, teraba hangat, kemerahan dan nyeri. Netrofil adalah leukosit pertama yang bergerak ke dalam jaringan yang rusak. Antigen-antibodi juga timbul. Sel-sel basal pada pinggir luka mengalami mitosis dan menghasilkan sel baru.

b. Fase *Proliferatif.*

Fibrosis memperbanyak diri dan membentuk jaring-jaring untuk

sel-sel yang bermigrasi. Sel-sel epitel membentuk kuncup pada pinggiran luka; kuncup ini berkembang menjadi kapiler, yang merupakan sumber nutrisi bagi jaringan granulasi yang baru.

c. Fase *Maturasi.*

Sekitar 3 minggu setelah cedera, fibroplas mulai meninggalkan

luka. Jaringan parut tampak besar, sampai fibril kolagen menyusun kedalam posisi yang lebih padat. Hal ini, sejalan dengan dehidrasi,

mengurangi jaringan parut tetapi meningkatkan kekuatannya. Maturasi jaringan seperti ini terus berlanjut dan mencapai kekuatan maksimum dalam 10 atau 12 minggu, tetapi tidak pernah mencapai kekuatan asalnya dari jaringan sebelum luka.

**2.1.8 Adaptasi Post Partum**

Perubahan fisiologis pada post partum menurut Fahrer Helen (2001) meliputi:

* + - 1. *Involusio*

Yaitu suatu proses fisiologis pulihnya kembali alat kandungan kekeadaan sebelum hamil, terjadi karena masing-masing sel menjadi lebihkecil karena cytoplasmanya yang berlebihan dibuang.

a*. Involusio* Uterus

Terjadi setelah placenta lahir, uterus akan mengeras karena kontraksi dan reaksi pada otot-ototnya, dapat diamati dengan pemeriksaan TFU yaitu Setelah placenta lahir hingga 12 jam pertama TFU 1 - 2 jari dibawah pusat. Pada hari ke-6 TFU normalnya berada di pertengahan simphisis pubis dan pusat. Pada hari ke-9 / 12 TFU sudah tidak teraba.

b. *Involusio* tempat melekatnya plasenta

Setelah placenta dilahirkan, tempat melekatnya placenta menjadi tidak beraturan dan ditutupi oleh vaskuler yang kontraksi serta trombosis pada endometrium terjadi pembentukan scar sebagai proses penyembuhan luka. Proses penyembuhan luka pada endometrium ini memungkinkan untuk implantasi dan pembentukan placenta pada kehamilan yang akan datang.

* + - 1. *Lochea*

Yaitu kotoran yang keluar dari liang senggama dan terdiri dari jaringan mati dan lendir berasal dari rahim dan liang senggama.

Menurut pembagiannya :

*a.* *Lochea rubra*

Berwarna merah, terdiri dari lendir dan darah, terdapat pada hari kesatu dan kedua.

*b.* *Lochea sanguinolenta*

Berwarna coklat, terdiri dari cairan bercampur darah dan pada hari ke-3 - 6 post partum.

*c. Lochea serosa*

Berwarna merah muda agak kekuningan, mengandung serum,selaput lendir, leucocyt dan jaringan yang telah mati, pada hari ke-7- 10.

*d. Lochea alba*

Berwarna putih / jernih, berisi leucocyt, sel epitel, mukosa serviks dan bakteri atau kuman yang telah mati pada hari ke-1 - 2 minggu setelah melahirkan.

Perubahan adaptasi psikologis pada post partum menurut Fahrer Helen (2001) meliputi:

Adaptasi psikologis masa nifas merupakan suatu proses adaptasi dari seorang ibu post partum, dimana pada saat ibu akan ,ebih sensitive dalam segala hal,terutama yang berkaitan dengan dirinya serta bayinya. Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase sebagai berikut :

* + - 1. Fase *taking in*

Merupakan periode ketergantungan yang berkelanjutan dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Focus perhatian pada diri sendiri, nafsu makan meningkat, cenderung pasif pada lingkungannya.

* + - 1. Fase *taking hold*

Berlangsung antara hari ke 3-10 post partum. Ibu merasa khawatir akan ketidak mampuannya dalam merawat bayi serta mudah tersingggung. Pada saat ini sangat dibutuhkan system pendukung terutama bagi ibu muda atau primipara karena pada fase ini sering dengan terjadinya post partum blues. Pada fase ini merupakan kesempatan yng baik untuk member penyuluhan.

* + - 1. *Letting Go*

Berlangsung setelah 10 hari melahirkan fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran baru sebagai seorang ibu.

|  |
| --- |
| [Laporan Pendahuluan SC (Sectio Caesaria)](http://2.bp.blogspot.com/-Yfp8MYOrq84/UpcU68ZEVBI/AAAAAAAAAXQ/9ehasSwxfJQ/s1600/Laporan+Pendahuluan+SC+(Sectio+Caesaria)1.jpg)  **Gambar 2.4 : Sectio Caesaria (SC)** |
| * + 1. **Pemeriksaan Penunjang**  1. Pemeriksaan USG (Ultra SonoGrafi)   Untuk menentukan usia kehamilan  2. Test Nitrazin atau test lakmus  Untuk membantu dalam menentukan jumlah cairan ketuban dan usia  kehamilan, kelainan janin  3. Test LEA (Leucosyt Ester Ase)  Untuk menentukan ada tidaknya infeksi  4. Laboratorium darah  Untuk mengetahui Hb |
|  |

* + 1. **Komplikasi**

Yang sering terjadi pada ibu SC adalah :

1. Infeksi puerperial : kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas dibagi menjadi:
2. Ringan, dengan suhu meningkat dalam beberapa hari
3. Sedang, suhu meningkat lebih tinggi disertai dengan dehidrasi dan perut sedikit kembung
4. Berat, peritonealis, sepsis dan usus paralitik
5. Perdarahan : perdarahan banyak bisa terjadi jika pada saat pembedahan cabang-cabang arteri uterine ikut terbuka atau karena atonia uteri.
6. Komplikasi-komplikasi lainnya antara lain luka kandung kencing, embolisme paru yang sangat jarang terjadi.
7. Kurang kuatnya parut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptur uteri.

Yang sering terjadi pada ibu bayi **:**Kematian perinatal

* 1. **Asuhan Keperawatan**

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.

* + 1. **Pengkajian**

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

1. 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.

1. Keluhan utama

Biasanya pada klien post SC mengeluh nyeri pada bagian luka operasi, sering mengeluh susah berjalan dan tegang dibagian ari-ari.

1. Riwayat kesehatan
2. Riwayat kesehatan dahulu:

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

1. Riwayat kesehatan sekarang :

Riwayat pada saat sebelun inpartu di dapatkan cairan ketuban yang keluar pervaginan secara sepontan kemudian tidak di ikuti tanda-tanda persalinan.

1. Riwayat kesehatan keluarga:

Adakah penyakit keturunan dalam keluarga seperti jantung, DM, HT, TBC, penyakit kelamin, abortus, yang mungkin penyakit tersebut diturunkan kepada klien.

1. Pola-pola fungsi kesehatan
2. pola persepsi dan tata leksana hidup sehat karena kurangnya pengetahuan klien tentang ketuban pecah dini, dan cara pencegahan, penanganan, dan perawatan serta kurangnya mrnjaga kebersihan tubuhnya akan menimbulkan masalah dalam perawatan dirinya
3. Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pada klien nifas biasanaya terjadi peningkatan nafsu makan karena dari keinginan untuk menyusui bayinya.

1. Pola aktifitas

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

1. Pola eleminasi

Pada pasien pos partum sering terjadi adanya perasaan sering /susah kencing selama masa nifas yang ditimbulkan karena terjadinya odema dari trigono, yang menimbulkan inveksi dari uretra sehingga sering terjadi konstipasi karena penderita takut untuk melakukan BAB.

1. Istirahat dan tidur

Pada klien nifas terjadi perubagan pada pola istirahat dan tidur karena adanya kehadiran sang bayi dan nyeri epis setelah persalinan

1. Pola hubungan dan peran

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

1. Pola sensori dan kognitif

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

1. Pemeriksaan fisik
2. Kepala

Bagaimana bentuk kepala, kebersihan kepala, kadang-kadang terdapat adanya cloasma gravidarum, dan apakah ada benjolan.

1. Leher

Kadang-kadang ditemukan adanya penbesaran kelenjar tioroid, karena adanya proses menerang yang salah

1. Mata

Terkadang adanya pembengkakan paka kelopak mata, konjungtiva, dan kadang-kadang keadaan selaput mata pucat (anemia) karena proses persalinan yang mengalami perdarahan, sklera kunuing

1. Telinga

Biasanya bentuk telingga simetris atau tidak, bagaimana kebersihanya, adakah cairan yang keluar dari telinga.

1. Hidung

Adanya polip atau tidak dan apabila pada post partum kadang-kadang ditemukan pernapasan cuping hidung

1. Dada

Terdapat adanya pembesaran payu dara, adanya hiper pigmentasi areola mamae dan papila mamae.

1. Pada klien nifas abdomen kendor kadang-kadang striae masih terasa nyeri. Fundus uteri 3 jari dibawa pusat.
2. Abdomen

Pemeriksaan simetris kiri kanan, lebar bekas luka post op, panjang bekas lupo post op,kontraksi baik/tidak, TFU normal/tidak,

1. Genitaliua

Pengeluaran darah campur lendir, pengeluaran air ketuban, bila terdapat pengeluaran mekomium yaitu feses yang dibentuk anak dalam kandungan menandakan adanya kelainan letak anak.

1. Anus

Kadang-kadang pada klien nifas ada luka pada anus karena ruptur

1. Ekstermitas

Pemeriksaan odema untuk mrlihat kelainan-kelainan karena membesarnya uterus, karenan preeklamsia atau karena penyakit jantung atau ginjal.

1. Tanda-tanda vital

Apabila terjadi perdarahan pada pos partum tekanan darah turun, nadi cepat, pernafasan meningkat, suhu tubuh turun.

* + 1. **Kemungkinan Diagnosa Yang Muncul**

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

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan efek anestesi

2. Nyeri akut b.d agen injuri fisik (luka insisi operasi)

3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan adanya insisi pembedahan dan

nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan sekunder

akibat pembedahan.

1. Resiko defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan darah dalam

Pembedaran.

1. Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan

masukan oral, nafsu makan menurun.

1. Tidak efektifnya laktasi berhubungan dengan perpisahan dengan bayi
2. Kurang pengetahuan berhubungan dengan Pemberian ASI Ekslusif
3. Gangguan eliminasi BAB : Konstipasi berhubungan dengan penurunan

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

rectal.

9. Defisit perawatan diri berhubungan dengan luka post SC

10. Resiko infeksi berhubungan dengan perawatan luka post SC dirumah

11. Kurang pengetahuan tentang perawatan ibu nifas dan perawatan post

operasi b/d kurangnya sumber informasi tentang KB

* + 1. **Intervensi**

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasikan dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efesien.

**BAB III**

**TINJUAN KASUS**

**3.1 Pengkajian**

**3.1.1 Identitas pasien**

* Nama klien : Ny. N
* Umur : 25 tahun
* Suku / bangsa : Jambak / Indonesia
* Alamat : Kamang Mudiak
* Agama : Islam
* Pendidikan : SD
* Pekerjaan : IRT
* Tgl Pengkajian : 19 Juni 2017
* Tgl Masuk : 17 juni 2017
* Diagnosa : P1A2H1 Post SC + NH III d/i KPD

Nama penanggung jawab

* Nama suami : Tn. A
* Umur : 35 tahun
* Suku / bangsa : Koto / Indonesia
* Agama : Islam
* Pendidikan : SD
* Pekerjaan : Wiraswasta
* Alamat : Kamang Mudiak

**3.1.2 Status perkawinan**

Klien mengatakan perkawinan sekarang perkawinan pertama dan perkawinan klien sudah masuk 2 tahun ini.

**3.1.3 Riwayat kesehatan**

1. Riwayat kesehatan sekarang

* Keluhan utama

Datang ke KB IGD dengan keluhan ketubansudah pecah,pembukaan servik sudah 3 dan ditunggu selama 3 jampembukaan servik tidak bertambah sama sekali dan dokter menganjurkan SC.

* Keluhan lain

Klien mengatakan ari-ari terasa tegang, nyeri terasa dibagian luka post SC hari ke tiga, skala nyeri 5, dan klien mengatakan nyeri saat berjalan dan bergerak dari tempat tidur, tenggorokan terasa gatal sejak kemarin sore dan sampai saat ini .masih terasa gatal pengen batuk.

2. Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan pernah di rawat di RSAM tahun 2005 dengan riwayat ada benjolan di bagian leher dan di lakukan operasi tahun 2005.

3. Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan keluarga tidak ada menderita penyakit keturunan seperti Hipertensi, Gula darah, dan asma.

**Genogram :**

Keterangan :

: Laki-laki

: Perempuan

: Pasien

x : Meninggal

- - - - - : Tinggal serumah

**3.1.4 Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang**

a. P : 1 G : 3 A : 2 H : 1

Kelainan selama kehamilan : Keputihan saat hamil positif dan ari-ari

sering gatal.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tgl/Bln/Thn partus | Tempat Partus | Umur Kehamilan | Jenis Partus | Jenis kelamin/ BB bayi | Di tolong | Ket. |
| 1. | 13-03-2015 | - | 2 bulan | Abortus | - | - | Meninggal |
| 2. | 09-01-2016 | - | 3 bulan | Abortus | - | - | Meninggal |
| 3. | 17-06-2017 | Rumah sakit | Aterm | Sc | P/ 3100 gr | Dokter | Sehat |

**Tabel 3.1 Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang**

b. Tanggal persalinan

* HPHT : 16 september 2016
* Jenis persalinan :Sectio Caesaria
* Penyulit dalam persalinan : Datang ke KB IGD dengan keluhan

Ketuban sudah pecah,pembukaan servik

sudah 3 dan ditunggu selama 3 jam

pembukaan servik tidak bertambah

sama sekali dan dokter menganjurkan

SC.

* Lama persalinan : 3 jam ,masuk jam 10:30 sampai 12:30
* Anak : Sehat
* PB : 49 cm
* BB : 3100 gr
* APGAR Score

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nilai | 1 menit setelah lahir | 5 menit setelah lahir | | Keterangan |
| Appearance | 2 | 2 | | Semuanya merah muda |
| Pulse | 2 | 2 | | >100 |
| Grimance | 1 | 1 | | Menangis kuat |
| Activity | 2 | 2 | | Baik, reaksi melawan |
| Respiratory | 1 | 2 | | Normal ,>30 x/i |
| Jumlah | 8 | | 9 | 8/9 |

**Tabel 3.2 APGAR Score**

c. Rawat gabung : Klien dirawat dengan bayinya diruangan obsentri.

Alasan : Siap operasi bayi langsung di bawa keruangan

rawatandengan ibunya karena bayi lahir sehat

dan tidak ada masalah.

**3.1.5 Data Nutrisi**

* Makan dalam sehari : Klien mengatakan selalu menghabiskan 1 porsi

makan

* Jenis makanan : Makanan biasa
* Makan tambahan : Buah-buahan dan biskuit
* Nafsu makan : Klien mengatakan mafsu makan bertambah
* Pola makan : 3 x sehari
* Alergi : Klien mengatakan tidak ada alergi makanan

mau pun obat

**3.1.6 Data Eliminasi**

* BAK : Klien mengatakan BAK lancar tidak ada

Penyumbatan selama BAK, Frekuensi : 5 xsehari

* BAB : Klien mengatakan sejak melahirkan sampai

sekarang belum ada BAB

**3.1.7 Data istrahat**

* Tidur dalam sehari : Klien mengatakan setelah mlahirkan tidur di

rumah sakit dalam sehari 6-8jam, klien

mengatakan tidak ada keluhan lain

**3.1.8 Riwayat KB**

* Rencana KB : Klien mengatakan berencana pakai KB suntik 3

bulan, dan suami tidak melarang Ny.N untuk

memasang KB suntik yang 3 bulan

**3.1.9 ASI Eksklusif**

* Dukungan suami : Klien mengatakan suami mendukung

memberikan asieksklusif

* Dukungan keluarga : Klien mengatakan keluarga mendukung untuk

memberikan asi eksklusif

* Keingginan ibu : Klien mengatakan ingin memberikan asi eksklusif

tanpa memberikan makanan tambahan, dan akan

memberikan asi sampai bayi umur 2 tahun.

**3.1.10 Data psikososial / cognitive/ paresptual**

1. *Taking In*

* Perorientasi pada diri sendiri : Ya
* Takut ketergantungan yang meningkat : Ya

*Taking hold*

* Mulai tertarik pada bayi : Ya

*Letting Go*

* Perawatan mandiri : Ya

1. Post partum Blues

* After Pain : Tidak

1. Pengetahuan ibu

* Perawatan bayi : Klien mengatakan sudah tahu cara merawat bayi
* Teknik menyusui : Klien mengatakan sudah tahu cara teknik

menyusui bayi

* ASI Eksluif : Klien mengatakan sudah tahu harus berapa lama

memberikan asi ekslusif pada bayi seharusnya.

* Perawatan payudara : Klien mengatakan sudah tahu bagaimana cara

untuk perawatan pada payudara.

1. Riwayat Psikososial
2. Pandangan ibu dan keluarga terhadap kehamilan & persalinan ini :

Klien mengatakan tidak terbeban sama sekali dengan kehamilan sekarang, klien dan keluarga sangat bahagia bayi yang di nanti sudah keluar dan bayi sehat.Klien mengatakan belum tahu berepa bulan harus diberikan ASI ekslusif dan KB yang harus dipakai.

1. Pengalaman melahirkan sebelumnya :

Klien mengatakan belum ada pengalaman untuk melahirkan sebelumnya karena sebelum hamil ke 3 ini sudah dua kali keguguran.

1. Harapan selama persalinan :

Klien mengatakan selama persalinan tidak terjadi apa-apa dengan bayinya, dan klien mengatakan anaknya sehat dan bisa menangis saat keluar nanti, klien mengatakan selama persalinan nantinya berjalar lancar .

1. Adat kebiasaan yang berhubungan dengan persalinan :

Klien mengatakan keluarga tidak ada kebiasaan adat saat akan melakukan persalinan di rumah sakit maupun di rumah bidan.

1. Interaksi dengan orang lain :

Interaksi klien dengan orang sekitar sangat bagus, klien sangat nyambung diajak bicara, klien mudah untuk ketawa walaupun setelah melahirkan.

1. Pola aktifitas :

Klien mengatakan sudah bisa sedikit beraktifitas seperti biasa, klien sudah bisa ke kamar mandi sendiri,makan sendiri, minum sendiri pakai baju sendiri.

**3.1.11 Pemeriksaan Fisik**

1. Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos mestis

GCS : 15

2. Tanda-tanda vital

* TD : 110/80 mmHg
* N : 82 x/i
* RR :18 x/i
* S : 36,5 C

3. TB : 165 cm

BB : 68 Kg

4. Head to to

1. Rambut : Rambut klien besih, sedikit berminyak, rambut berwarna

hitam rambut tidak ada ketombe, tidak ada teraba

pembengkakan di kapala.

1. Mata : Mata simetris kiri kanan,konjungtiva normal tidak ada

anemis, scleranormal tidak ada ikterik, tidak ada

pembengkakan di sekitar mata.

1. Mulut& gigi : Mukosa mulut sedikit sekiring, tidak ada peradangan

pada mulut,klien tidak memakai gigi palsu, gigi klien

utuh tidak ada yang bolong,kebersihan bersih, dan

fungsipengecapan normal.

1. Hidung : Hidung simetris kiri kanan, tidak ada polip, pencium

tidak terganggu,tidak ada secret.

1. Telinga : Telinga simetris kiri kanan, tidak ada benjolan, tidak ada

serumen, telinga bersih, pendengaran tidak terganggu.

1. Leher : Simetris kiri kanan, tidak ada terasa pembengkakan

kelenjer getah bening, ada bekas luka operasi,

pergerakan leher kiri kana normal, atas bawah normal.

1. Thorax

Jantung : I : Simetris kiri kanan, pergerakan jantung

normal,dinding dada tidak ada benjolan,

Pa : Tidak ada nyeri tekan

Ps : Redup (jantung)

Aus: bunyi jantung normal lup dup

Paru-paru : I : Simetris kiri kanan, pergerakan jantung

normal,dinding dada tidak ada benjolan

Pa : Tidak ada nyeri tekan

Ps : Sonor (paru-paru)

Aus : Bunyi paru vesikuler

Payu Dara : Simetris kiri dan kanan, warna sekitar areola hitam

kecoklatan, produksi ASI banyak, tidak kelainan pada

payudara, putting susu menonjol , payudara terasa padat.

1. Abdomen : I :Simetris kiri dan kanan, ukuran panjang luka

post SC sekitar 10 cm, lebarnya sekitar 1-2 cm

dan keadaan lukakering luka tidak ada tanda- tanda

infeksi

Aus: Bising usus : Normal 5-30x/i

Rectus abdomen : Panjang 10 cm, lebar 8cm

Pa : Involusi uterus : Normal,

TFU : 3,5 jari dibawah pusat

Kontraksi : Baik

Ps : Tympani

1. Punggung : Simetris kiri dan kanan, tidak ada pembengkakan di

punggung, di ada dekubitus, tidak ada lecet.

1. Ekstremitas

Atas : Simetris kiri kanan, tidak ada luka lecet, terpasang injekpap

sebelah kanan, tidak ada udem.

Bawah : Simetris kiri kanan, tidak ada luka lecet, tidak ada udem,

tidak ada kekakuan sendi, tidak ad avarices di bagian kaki.

Pemeriksaan human sign : negative

1. Genitalia : Lochea : Merah segar

Jenis lochea : Rubra

Jumlah : 100-200 cc

Kebersihan : Bersih

Oedem : Tidak ada oedem

Varices : Tidak ada avarices

Haemorhoid : Tidak ada haemorhoid

Luka jahitan : Tidak ada luka jahitan karena pasien SC

**3.1.12 Hasil labor**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | | **Hari / Tanggal** | **Jenis Pemeriksaan** | **Hasil** | **Nilai Normal** |
|  | | Senin / 19-06-2017 | HbSAg : Non reaktif | Non reaktif |  |
|  | |  | HGB | 10.9 (g/dL) | P : 13,0-16,0  W : 12,0-14,0 |
|  | |  | RBC | 3,93 (10^6/Ul | P : 4,5-5,5  W : 4,0-5,0 |
|  | |  | HCT | 33,0 (%) | P : 40,0-48,0  W : 37,0-43,0 |
|  | |  | PT | 8,5 | (9,5-11,7) Sec |
|  |  | | APTT | 28,4 | (28-42) Sec |
|  |  | | INR | 0,79 % |  |
|  |  | | Leukosit | 7,93 (10^3/uL) | (5,0-10,0) |

**Tabel 3.3 Hasil Labor**

**3.1.13 Pengobatan**

* Inj. Cefotaxime 2X1 gr 09:00 – 21:00
  + 1. **Data Fokus**

1. Data subjectif

* Klien mengatakan nyeri dibagian bekas operasi
* Klien mengatakan tidak nyaman pada luka post sc
* Klien mengatakan nyeri saat bergerak dari tempat tidur
* Skala nyeri 5
* Klien mengatakan susah untuk turun dari tempat tidur
* Klien mengatakan tidak tahu KB apa yang harus di pakai
* Klien mengatakan tidak tahu keuntungan pemakaian KB
* Klien mengatakan macam-macam KB
* Klien mengatakan kenapa harus pemberian ASI Ekslusif
* Klien mengatakan tidak tahu berapa lama harus memberikan ASI ekslusif pada bayi
* Klien mengatakan bagaimana cara perawatan luka selama dirumah
* Klien mengatakan tidak tahu tanda-tanda infeksi itu

1. Data objectif

* Klien tampak meringis saat bergerak atau berjalan
* Klien tampak menahan sakit saat mau duduk
* Klien tampak berhati-hati saat bergerak
* Klien tampak sedikit susah untuk berjalan dan duduk dari tempat tidur
* Klien sering bertanya KB apa yang bagus dipakai setelah melahirkan melalui SC
* Klien bertanya berapa bulan harus di berikan ASI esklusif
* Klien dan keluarga sering bertanya ASI esklusif itu berapa bulan harus diberikan
* Involusa uterus normal kontra keras , TFU 3,5 jari di bawah pusat
* Kilen sering bertanya bagaimana cara perawatan luka dirumah
* Klien sering bertanya cara merawat luka post SC
* Klien sering bertanya bagaimana tanda-tanda infeksi itu

**ANALISA DATA**

**Tabel 3.4 Analisa Data**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Data : | Etiologi | Masalah |
| 1. | Data subjectif :   * Klien mengatakan nyeri saat bergerak dari tempat tidur * Klien mengatakan susah untuk turun dari tempat tidur * Klien mengatakan nyeri dibagian bekas operasi * Klien mengatakan tidak nyaman pada luka post sc   Data objectif :   * Klien tampak meringis saat bergerak atau berjalan * Klien tampak menahan sakit saat mau duduk * Klien tampak berhati-hati saat bergerak | Nyeri di bagian luka post sc | Gangguan mobilisasi |
|  | * Klien tampak sedikit susah untuk berjalan dan duduk dari tempat tidur * Involusi uterus normal teraba keras , TFU 3,5 jari di bawah pusat * Skala nyeri 5 * Inj. Cefotaxime 2X1 gr |  |  |
| 2. | Data subjectif :   * Klien mengatakan tidak tahu KB apa yang harus di pakai * Klien mengatakan tidak tahu keuntungan pemakaian KB * Klien mengatakan tidak tahu macam-macam KB   Data objektif :   * Klien sering bertanya KB apa yang bagus dipakai setelah melahirkan melalui SC | Pemakaian kontra sepsi | Kurangnya pengetahuan |
| 3. | Data subjectif :   * Klien mengatakan tidak tahu berapa lama harus memberikan ASI ekslusif * Klien mengatakan kenapa harus pemberian ASI Ekslusif sampai umur 6 bulan   Dat objectif :   * Klien bertanya berapa bulan   harus di berikan ASI esklusif   * Klien dan keluarga sering   bertanya ASI esklusif itu berapa bulan harus diberikan | Memberikan ASI esklusif | Kurangnya pengetahuan |
| 4. | Data subjectif :   * Klien mengatakan bagaimana cara perawatan luka selama dirumah * Klien mengatakan tidak tahu tanda-tanda infeksi itu | Perawatan luka post SC  dirumah | Resiko infeksi |
|  | Data objectif :   * Kilen tampak binggung bagaimana cara perawatan luka dirumah * Klien tampak tidak tahun bagaimana tanda-tanda infeksi itu. |  |  |

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

1. Gangguan mobilisasi berhubungan dengan nyeri bagian luka post SC (NANDA NIC NOC Jilid 1 Hal : 317), tgl : 19 juni 2017 hari ke 3
2. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan Pemakaian kontrasepsi (NANDA NIC NOC Jilid 1 Hal : 251), tgl : 19 juni 2017 hari ke 3
3. Kurang pengetahuan berhubungan dengan Pemberian ASI Ekslusif(NANDA NIC NOC Jilid 1 Hal : 251),tgl : 20 juni 2017 hari ke 4
4. Resiko infeksi berhubungan dengan perawatan luka post SC dirumah (NANDA NIC NOC Jilid 1 Hal: 309), tgl : 20 juni 2017 hari ke 4

**BAB IV**

**PEMBAHASAN**

Selama penulisan melakukan Asuhan Keperawatan Pada Ny. N dengan post SC dengan indikasi KPD di Ruang Rawat Inap Kebidanan Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi pada tanggal 19 juni 2017 sampai tanggal 20 juni 2017, 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 diberikan dan sejauh mana keberhasilan yang dicapai akan diuraikan sesuai dengan prosedur Keperawatan dimulai dari Pengkajian, Diagnosa, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi.

**4.1 Pengkajian**

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

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

**4.1.1 Identitas klien**

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

**4.1.2 Keluhan utama**

Pada keluhan utama dalam tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus tidak selalu sama karena di dalam kasus keluhan utama klien datang ke KB IGD dengan keluhan ketubansudah pecah,pembukaan servik sudah 3 dan ditunggu selama 3 jam pembukaan servik tidak bertambah sama sekali dan dokter menganjurkan SC. Klien melakukan persalinan melalui operasi SC dengan indikasi KPD. Secara didalam teori dilakukan persalinan secara SC dengan indikasi KPD dalam jangka jarak 12 jam. Pada teori jarak melakukan persalinan melalui SC dengan indikasi KPD 12 jam, didalam kasus didapatkan persalinan melalui SC jaraknya 12 jam dan tidak ada perbedaan.

**4.1.3 Riwayat Kesehatan Dahulu**

Pada tinjauan teoritis dan tinjauan kasus tidak selalu sama, karena di dalam kasus ditemukan klien sebelum anak ke tiga ini klien peranh keguguran dua kali.

**4.1.4 Riwayat kesehatan keluarga**

Pada pengkajian riwayat kesehatan keluarga dari genogram keluarga tidak ada yang pernah melakukan operasi SC. Namun pada teori kasus tidak ada keluarga klien yang pernah melahirkan melalui operasi SC.

* + 1. **Pemeriksaan fisik**

Pemeriksaan fisik pada teoritis dan pada kasus sama karena pemeriksaan fisik penting untuk menentukan keadaan pasien. Pemeriksaan fisik pada teori mengacuh pada pemeriksaan head to toe, pemeriksaan umum, tingkat kesadaran serta TTV (TD,N,P,S) **.** Pemeriksaan fisik pada kasus yang diambil periksaan fisik di bagian abdomen ada bekas luka post operasi SC ukuran panjang luka post SC sekitar 10 cm, lebarnya sekitar 1-2 cm dan keadaan luka kering luka tidak ada tanda-tanda infksi, rectus abdomen: Panjang 10 cm, lebar 8cm, Involusi uterus : Normal, TFU : 3,5 jari dibawah pusat, Kontraksi :baik. Genitalia bagian Lochea merah segar, Jenis lochea : Rubra. Didalam kasus pemeriksaan fisik yang bermasalah yaitu abdomen dan genitalia, sedangkan didalam teori pemeriksaan fisik yang bermasalah sesuai pada pemeriksaan fisik pada kasus.

**4.2 Diagnosa Keperawatan**

Pada tinjauan teoritis ditemukan 11 diagnosa keperawatan sedangkan tinjauan kasus ditemukan 4 kasus diagnosa keperawatan. Diagnosa yang ditemukan dalam teori 11 Diagnosa Keperawatan :

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan efek anestesi
2. Nyeri akut b.d agen injuri fisik (luka insisi operasi)
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan adanya insisi pembedahan dan

nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan sekunderakibat pembedahan.

1. Resiko defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan darah dalam

Pembedaran.

1. Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan

masukan oral, nafsu makan menurun.

1. Tidak efektifnya laktasi berhubungan dengan perpisahan dengan bayi
2. Kurang pengetahuan berhubungan dengan Pemberian ASI Ekslusif
3. Gangguan eliminasi BAB : Konstipasi berhubungan dengan penurunan

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

1. Defisit perawatan diri berhubungan dengan luka post SC
2. Resiko infeksi berhubungan dengan perawatan luka post SC dirumah
3. Kurang pengetahuan tentang perawatan ibu nifas dan perawatan post

operasi b/d kurangnya sumber informasi tentang KB dan ASI

Sedangkan di kasus ditemukan 4 Diagnosa Keperawatan :

1. Gangguan mobilisasi berhubungan dengan nyeri bagian luka post SC (NANDA NIC NOC Jilid 1 Hal : 317)
2. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan Pemakaian kontrasepsi (NANDA NIC NOC Jilid 1 Hal : 251)
3. Kurang pengetahuan berhubungan dengan Pemberian ASI Ekslusif(NANDA NIC NOC Jilid 1 Hal : 251)
4. Resiko infeksi berhubungan dengan perawatan luka post SC dirumah (NANDA NIC NOC Jilid 1 Hal: 309)

Terdapat 8 diagnosa yang tidak diangkat, yaitu Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan efek anestesi, Nyeri akut b.d agen injuri fisik (luka insisi operasi), Intoleransi aktifitas berhubungan dengan adanya insisi pembedahan dannyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan sekunderakibat pembedahan, Resiko defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan darah dalam pembedaran, Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan masukan oral, nafsu makan menurun, Tidak efektifnya laktasi berhubungan dengan perpisahan dengan bayi, Gangguan eliminasi BAB : Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot sekunder terhadap anestesi, kurang masukan, nyeri perineal /rectal. Defisit perawatan diri berhubungan dengan luka post SC. Alasan penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut adalah bahwa tidak ada satupun data dari klien yang mendukung untuk mengangkat diagnosa tersebut. Ada satu diagnosa tidak terdapat didalam diagnosa teori karena saat dilakukan pengkajian kita mendapatkan menegakkan diagnose sesuai dengan keadaan klien.

Dalam menegakan diagnosa keperawatan, penulis tidak menemukan adanya kesulitan atau hambatan. Hal ini didukung oleh tersedianya sumber buku diagnosa keperawatan, data-data yang ditunjukan oleh klien sesuai dengan konsep yang ada. Adanya kerja sama yang baik dengan perawat ruangan dan klien secara terbuka dalam menyampaikan semua yang dikeluhkan dan dirasakan saat ini, sehingga penulis dapat menyimpulkan 4 diangnosa.

* 1. **Intervensi Keperawatan**

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

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

1. Gangguan mobilisasi nyeri bagian luka post SCditinjuan kasus dikatakan bahwa intevensi Kaji kemampuan klien dalam mobilisasi,Lakukan pengkajan nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik,durasi, frekuensi,dan presipitasi, Kaji kemampuan klien dalam mobilisasi, Kaji tingkat nyeri,Lakukan perawatan luka post SC,Ganti verban luka post SC, Ajarkan teknik relaksasi dengan cara tarik nafas dalam, Observasi TTV, Kolaborasi dalam pemberian obat-obatan dengan dokter.

Pada tinjauan teoritis tidak ditemukan diangnosa gangguan mobilisasi, sedangkan dalam kasus Ny.N ditemukan diagnosa utama yang dapat ditegakkan pada saat melakukakan pengkajian yaitu gangguan mobilisasi b/d nyeri luka post SC.

1. Kurangnya pengetahuan Pemakaian kontra sepsi ditinjuan kasus dikatakan bahwa intervensi kaji pengetahuan klien tentang KB, berikan penyuluhan tentang KB, jelaskan macam-macam tentang KB, jelaskan keuntungan pemakaian KB jelaskan untuk pemakai KB seharus di Puskesmas atau di poli kebidanan, Motifasi klien untuk memakai KB.

Sedangkan pada tinjauan kasus inetevensinya adalah Mengkaji pengetahuan klien tentang KB, Memberikan penyuluhan macam-macam KB, Menjelaskan keuntungan pemakaian KB, Menjelaskan untuk pemakai KB seharus di Puskesmas atau di poli kebidanan, Motifasi klien untuk memakai KB

1. Kurang pengetahuan Pemberian ASI Ekslusif ditinjuan kasus dikatakan bahwa intervensi, lakukan pengkajian tingkat pengetahuan klien tentang pemberian ASI ekslusif, jelaskan keuntungan memberikan ASI esklusif, jelaskan ASI esklusif harus di kasih sampai umur 6 bulan tampa memberikan makanan tambahan, memberikan motifasi klien untuk selalu memberikan ASI Esklusif,memberi tahukan pada keluarga selalu mendukung klien untuk memberikan ASI esklusif pada bayi.

Sedangkan pada tinjauan kasus inetevensinya Melakukan pengkajian tingkat pengetahuan klien tentang pemberian ASI ekslusif, Memberikan penyuluhan tentang ASI esklusi, Menjelaskan keuntungan memberikan ASI esklusif, Menjelaskan ASI esklusif harus di kasih sampai umur 6 bulan tampa memberikan makanan tambahan,Memberikan motifasi klien untuk selalu memberikan ASI Esklusif, Memberi tahukan pada keluarga selalu mendukung klien untuk memberikan ASI esklusif pada bayi.

1. Resiko infeksi perawatan luka post SC dirumahditinjuan kasus dikatakan bahwa intervensi,kaji tingkat pengetahuan cara perawatan luka dirumah, Ajarkan cara menghindari infeksi, Inspeksi kondisi luka, tingkatkan intake nutrisi, ajarkan klien dan keluarga cara tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara perawatan luka dirumah, dorong tingkat istirahat.

Sedangkan pada tinjauan kasus inetevensinya Mengkaji tingkat pengetahuan cara perawatan luka dirumah, Mengajarkan cara menghindari infeksi, Menginspeksi kondisi luka, Meningkatkan intake nutrisi, Memberitahukan tanda-tanda dan gejala infeksi pada luka post SC, Mengajarkan cara perawatan luka dirumah, Mendorong klien untukbanyak bergerak dan istrahat.

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

**4.4** **Implementasi Keperawatan**

Setelah rencana tindakan ditetapkan, maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, dalam melakukan asuhan keperawatan padaNy.N dengan *sectio caesarea.*

1. Gangguan mobilisasi berhubungan dengan nyeri bagian luka post SC.

Implementasi dilakukan hari pertama adalah :

1. Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi
2. Menglakukan pengkajan nyeri secara komprehensif termasuk lokasi,karakteristik,duras,frekuensi,dan presipitasi
3. Mengkaji tingkat nyeri
4. Melakukan perawatan luka post SC
5. Menganti verban luka post SC
6. Mengajarkan teknik relaksasi dengan cara tarik nafas dalam
7. Mengkolaborasi dalam pemberian obat-obatan dengan dokter

Implementasi dilakukan hari kedua adalah :

1. Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi
2. Menglakukan pengkajan nyeri secara komprehensif termasuk lokasi,karakteristik,duras,frekuensi,dan presipitasi
3. Mengkaji tingkat nyeri
4. Melakukan perawatan luka post SC
5. Menganti verban luka post SC
6. Mengajarkan teknik relaksasi dengan cara tarik nafas dalam
7. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan Pemakaian kontrasepsi

Implementasi hari pertama sudah teratasi adalah :

1. Mengkaji pengetahuan klien tentang KB
2. Memberikan penyuluhan macam-macam KB
3. Menjelaskan keuntungan pemakaian KB
4. Menjelaskan untuk pemakai KB seharus di Puskesmas atau di poli kebidananMotifasi klien untuk memakai KB
5. Kurang pengetahuan berhubungan dengan Pemberian ASI Ekslusif

Implementasi hari kedua sudah teratasi adalah :

1. Melakukan pengkajian tingkat pengetahuan klien tentang pemberian ASI ekslusif
2. Memberikan penyuluhan tentang ASI esklusi
3. Menjelaskan keuntungan memberikan ASI esklusif
4. Menjelaskan ASI esklusif harus di kasih sampai umur 6 bulan tampa memberikan makanan tambahan
5. Memberikan motifasi klien untuk selalu memberikan ASI Esklusif.
6. Memberi tahukan pada keluarga selalu mendukung klien untuk memberikan ASI esklusif pada bayi.
7. Resiko infeksi berhubungan dengan perawatan luka post SC dirumah

Implementasi hari kedua sudah teratasi adalah :

1. Mengkaji tingkat pengetahuan cara perawatan luka dirumah
2. Mengajarkan cara menghindari infeksi
3. Menginspeksi kondisi luka
4. Meningkatkan intake nutrisi
5. Memberitahukan tanda-tanda dan gejala infeksi pada luka post SC
6. Mengajarkan cara perawatan luka dirumah.
7. Mendorong klien untukbanyak bergerak dan istrahat

Pelaksanaan rencana yang telah ditetapkan dapat dilaksanakan dengan baik hal ini karena adanya kerja sama dengan klien serta perawat ruangan yang membantu dalam melakukan tindakan pelaksanaan kepada klien. Dalam hal ini penulis tidak menenukan kesulitan saat melakukan tindakan.

**4.5 Evaluasi**

Dari 4 diagnosa Keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan studi kasus dan melakukan asuhan keperawatan kurang lebih sudah mencapai perkembangan yang lebih baik dan optimal, maka dari itu dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya keja sama antara penulis dengan klien, perawat, dokter, dan tim kesehatn lainnya.

Penulis mengevaluasi selam 2 hari berturut-turut dari tanggal 19 juni 2017- 20 juni 2017.

* + - 1. Pada Diagnosa 1 yaituGangguan mobilisasi berhubungan dengan nyeri bagian luka post SC (Hal : 317) masalah sebagian teratasi, karena klien masih terasa nyeri pada bagian luka post SC, aktifitas klien sudah mulai seperti biasa,klien sudah tampak rileks.
      2. Pada Diagnosa 2 yaitu Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan Pemakaian kontra sepsi(Hal : 251)masalah sudah teratasi, karena klien sudah memutuskan memakai KB suntik 3 bulan, klien sudah mengerti tentang KB dan macam-macam KB.
      3. Pada Diagnosa 3 yaitu Kurang pengetahuan berhubungan dengan Pemberian ASI Ekslusif (Hal : 251) masalah sudah teratasi, karena klien sudah tahu sampai umur berapa harus di berikan ASI ekslusif, klien akan selalu memberikan ASI eksludif sampai umur 2 tahun.
      4. Pada Diagnosa 4 yaitu Resiko infeksi berhubungan dengan perawatan luka post SC dirumah(Hal : 309) masalah sebagian teratasi, karena klien baru sedikit yang tahu cara perawatan luka dirumah, klien sudah tahu tanda dan gejala infeksi dan klien di izinkan pulang oleh dokter dan klien diajurkan untuk periksa bekas luka post SC setelah 5 hari dirumah ke puskesmas atau ke poli kebidanan.

* + 1. **Implementasi**

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan meliputi penguimpulan data berkelanjutan, mengobservasirespon 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.

* + 1. **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 cacatan kemajuan.

* S (*subjectif*) : Data subjectif berisi data dari pasien melalui

anamnesis (wawancara) yang merupakan ungkapan

langsung.

* O (*objectif*) : Data objectif data yang tampak dari obsevasi melalui

pemeriksaan fisik.

* A (*assesment*) : Analisis dan interprestasi berdasarkan data yang

terkumpul kemudian dibuat kesimpulan yang meliputi

diagnosis, antisipasi diagnosis tau masalah pontesial,

serta tidakna dilakukan tindakn segera.

* P (*plan*) : Perencanaan merupakan rencana dari tindakan yang

akan diberikan termasuk asuhan mandiri, kolaborasi,

diagnosis atau laboratorium, serta konseling untuk

tidak lanjut

**3.4 Implementasi**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa** | **Hari/**  **Tanggal/** | **Jam** | **Implementasi** | **Evaluasi** | **Paraf** |
|  | Gangguan mobilisasi berhubungan dengan nyeri bagian luka post SC. | Senin,  19-06-2017 | 11:00 WIB | 1. Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi 2. Menglakukan pengkajan nyeri secara komprehensif termasuk lokasi,karakteristik,duras,frekuensi,dan presipitasi 3. Mengkaji tingkat nyeri 4. Melakukan perawatan luka post SC 5. Ganti verban luka post SC 6. Mengajarkan teknik relaksasi dengan cara tarik nafas dalam 7. Mengkolaborasi dalam pemberian obat-obatan dengan dokter | **S:**   * Klienmengatakan masih nyerisaatbergerak dan susahuntukturundaritempattidur * Klien mengatakan sedikit terasa nyeri dibagian luka operasi, sedikit tidak nyamanpada luka post SC * Lokasi luka operasi di bagian abdomen, karakteristik perih, durasi nyeri 5 detik, presipitasi nyeri dibagian luka post SC   **O:**   * Klien masih tampakmenahansakitsaatmaududuk dan sangat berhati-hati saat berjalan dan masih tampak meringis * Luka terlihat kering tidak ada oedem dan tidak tanda-tanda infeksi * Involusea uterus normal,kontraksibaik , TFU 3,5 jari di bawahpusat * Skala nyeri 4 * Obat Inj. Cefotaxime 2X1 gr   **A:**   * Masalah sebagian teratasi   **P:**   * Intervensi di lanjutkan tindakan selanjutnya |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa** | **Hari/**  **Tanggal/** | **Jam** | **Implementasi** | **Evaluasi** | **Paraf** |
|  | Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan Pemakaian kontrasepsi | Senin,  19-06-2017 | 12:30 WIB | 1. Mengkaji pengetahuan klien tentang KB 2. Memberikan penyuluhan macam-macam KB 3. Menjelaskan keuntungan pemakaian KB 4. Menjelaskan untuk pemakai KB seharus di Puskesmas atau di poli kebidananMotifasi klien untuk memakai KB | S :   * Klienmengatakan sudah tahu KB apa yang harus di pakai dan sudah tahu macam-macam KB * Klienmengatakan sudah tahukeuntunganpemakaian KB * Klien memilih untuk memasang KB suntik 3 bulan   O :   * Klien sudah tahu KB apa yang harus dipakai setelah melahirkan melalui operasi SC.   A :   * Masalah teratasi   P :   * Intervensi dihentikan karena klien sudah memutuskan untuk memakai KB suntik 3 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa** | **Hari/**  **Tanggal/** | **Jam** | **Implementasi** | **Evaluasi** | **Paraf** |
|  | Gangguan mobilisasi berhubungan dengan nyeri bagian luka post SC. | Selasa,  20-06-2017 | 10:00 WIB | 1. Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi 2. Menglakukan pengkajan nyeri secara komprehensif termasuk lokasi,karakteristik,duras,frekuensi,dan presipitasi 3. Mengkaji tingkat nyeri 4. Melakukan perawatan luka post SC 5. Ganti verban luka post SC 6. Mengajarkan teknik relaksasi dengan cara tarik nafas dalam | **S:**   * Klienmengatakan sedikit nyeri saat bergerak dan masih sedikit susah untuk turun dari tempat tidur * Lokasi luka operasi di bagian abdomen, karakteristik sedikit perih, durasi nyeri 3-5 detik, presipitasi nyeri dibagian luka post SC   **O:**   * Klien masih tampak   menahansakitsaatmaududuk dan sangat berhati-hati saat berjalan dan masih tampak meringis.   * Luka klien terlihat kering tidak ada oedem dan tidak ada tanda-tanda infeksi * Involusea uterus normal terabakeras , TFU 4 jari di bawahpusat * Skala nyeri 3   **A:**   * Masalah sebagian teratasi   **P:**   * Intervensi di hentikan karena pasien diizinkan pulang oleh dokter jam 12:00 wib dan di suruh untuk control setelah 5 hari dirumah. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa** | **Hari/**  **Tanggal/** | **Jam** | **Implementasi** | **Evaluasi** | **Paraf** |
|  | Kurang pengetahuan berhubungan dengan Pemberian ASI Ekslusif | Selasa,  20-06-2017 | 11:00 WIB | 1. Melakukan pengkajian tingkat pengetahuan klien tentang pemberian ASI ekslusif 2. Memberikan penyuluhan tentang ASI esklusi 3. Menjelaskan keuntungan memberikan ASI esklusif 4. Menjelaskan ASI esklusif harus di kasih sampai umur 6 bulan tampa memberikan makanan tambahan 5. Memberikan motifasi klien untuk selalu memberikan ASI Esklusif. 6. Memberi tahukan pada keluarga selalu mendukung klien untuk memberikan ASI esklusif pada bayi. | S :   * Klienmengatakan sudah tahu berapa lama harus diberikan ASI ekslusif pada bayi * Klien mengatakan sudah tahu kenapa harus memberikan ASI ekslusif sampai bayi berumur 6 bulan   O :   * Klien sudah tahu sampai umur berapa harus diberikan ASI ekslusif * Klien harus selalu memberikan ASI ekslusif untuk bayinya karena ASi itu lebih bagus dari susu sapi.   A :   * Masalah teratasi   P :   * Intervensi di hentikan karena klien diizinkan pulang oleh dokter jam 12:00 wib dan klien mengatakan akan selalu memberikan ASI ekslusif untuk anaknya. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa** | **Hari/**  **Tanggal/** | **Jam** | **Implementasi** | **Evaluasi** | **Paraf** |
|  | Resiko infeksi berhubungan dengan perawatan luka post SC dirumah | Selasa,  20-06-2017 | 11:00 WIB | 1. Mengkaji tingkat pengetahuan cara perawatan luka dirumah 2. Mengajarkan cara menghindari infeksi 3. Menginspeksi kondisi luka 4. Meningkatkan intake nutrisi 5. Memberitahukan tanda-tanda dan gejala infeksi pada luka post SC 6. Mengajarkan cara perawatan luka dirumah. 7. Mendorong klien untuk banyak bergerak dan istrahat | S :   * Klien mengatakan sekarang sudah tahu bagaimana cara perawatan luka selama dirumah * Klien mengatakan tidak binggu lagi apa tanda-tanda infeksi itu   O:   * Kilen sudah tahu bagaimana cara perawatan luka dirumah, luka klien terlihat kering.   A :   * Masalah sebagian teratasi   P :   * Intervensi di hentikan karena klien diizinkan pulang oleh dokter jam 12:00 wib dan klien selalu jaga makan dan banyak istirahat dirumah, selalu lakukan perawatan luka dirumah jangan sampai infeksi. |  |

**Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **NOC** | **NIC** |
| 1.  2.  3.  4.  5.  6.  7.  8.  9.  10.  11. | Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan efek anestes  Nyeri akut b.d agen injuri fisik (luka insisi operasi)  Intoleransi aktifitas berhubungan dengan adanya insisi pembedahan dan nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan sekunder akibat pembedahan  Resiko defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan darah dalam pembedahan  Resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan masukan oral, nafsu makan menurun.  Tidak efektifnya laktasi berhubungan dengan perpisaahan dengan bayi  Kurang pengetahuan berhubungan dengan Pemberian ASI Ekslusif  Gangguan eliminasi BAB: Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot sekunder terhadap anestesi, kurang masukan, nyeri perineal/rectal.  Defisit perawatan diri b/d luka pos SC.  Resiko infeksi berhubungan dengan perawatan luka post SC dirumah  Kurang pengetahuan tentang perawatan ibu nifas dan perawatan post operasi b/d kurangnya sumber informasi tentang KB | Tujuan: Mempertahankan  kepatenan jalan  nafas  Kriteria Hasil :   1. Klien tidak mengalami   penumpukan sekret   1. Klien dapat melakukan batukefektif   Tujuan :Setelah dilakukan  Asuhan  keperawatan  selama 3x24 jam  diharapkan bakteri  berkurang dengan  Kriteria Hasil :   1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 5. Tanda vital dalam rentang normal   Tujuan : Setelah dilakukan  tindakan keperawatan  klien dapat  meningkatkan dan  melakukan aktifitas  sesuai kemampuan  tanpa disertai nyeri  Kriteria Hasil :   * Klien dapat mengidentifikasikan   faktor-faktor yangmenurunkan toleransi aktifitas  Tujuan : Setelah dilakukan  tindakan keperawatan  defisit volume cairan  dapat diminimalkan  Kriteria Hasil :   1. Membran mukosa lembab, kulit tidak kering, Hb: 12 gr   Tujuan: Kebutuhan nutrisi  terpenuhi  Kriteria hasil:   * BB normal, porsi makan habis   Tujuan : Setelah dilakukan  tindakan  keperawatan  laktasi efektif.  Kreteria Hasil:   1. Klien dapat membuat suatu keputusan dan klien dapat mengidentifiukasi aktivitas yang menentukan atau meningkatkan menyusui yang berhasil   Tujuan :   * Knowledge : disease process * Knowledge : health behavior   Kriteriahasil :   * Klien di harapkan akan sudah tahu pemberian ASI Ekslusif harus sampai umur berapa.   Klien di harapkan memberikan selalu ASI ekslusif.  Tujuan : Setelah dilakukan  tindakan keperawatan  tidak terjadi gangguan  eliminasi BAB:  konstipasi.  Kriteria Hasil:   1. Klien mendapatkan kembali pola fungsi usus yang normal   Tujuan :Setelah dilakukan  asuhan keperawatan  selama 3x24 jam ADLs  klienmeningkat  dengan  Kriteria Hasil :   a. Klien terbebas dari bau   1. badan   b.Menyatakan kenyamanan  terhadap kemampuan untuk  melakukan ADLs  c. Dapat melakukan ADLS  dengan bantuan  Tujuan :Setelah dilakuakan  asuhan keperawatan  selama 3x24 jam  diharapkan resiko  infeksi terkontrol  Kriteria Hasil :    a. Klien bebas dari tanda   1. dan gejala infeksi 2. b. Mendeskripsikan proses 3. penularan penyakit, 4. factor yang mempengaruhi 5. penularan serta 6. penatalaksanaannya, 7. c. Menunjukkan 8. kemampuan untuk 9. mencegah timbulnya   infeksi   1. Jumlah leukosit dalam batas normal 2. Menunjukkan perilaku hidup sehat     Tujuan :Setelah dilakukan  asuhan keperawatan  selama 3x24 jam  diharapkanpengetahuan  klienmeningkat dengan  Kriteria Hasil :   1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar 3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya | 1. Kaji faktor – faktor penyebab ( sekret,   penurunan kesadaran, reflek batuk )   1. Pertahankan klien pada posisi miring, maka   sekret dapat mengalir kebawah.   1. Kaji posisi lidah, yakinkan tidak jatuh ke   belakang dan menghalanginafas.  d. Tinggikan kepala tempat tidur.  e. Ajarkan batuk efektif.   1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau 6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau 7. Kaji respon klien terhadap aktifitas 8. Catat tipe anestesi yang diberikan pada saat intra partus pada waktu klien sadar 9. Anjurkan klien untuk istirahat 10. Bantu dalam pemenuhan aktifitas sehari-hari sesuai kebutuhan 11. Tingkatkan aktifitas secara bertahap 12. Ukur dan catat pemasukan dan pengeluaran 13. Berikan bantuan pengukuran berkemih sesuai kebutuhan, misal: privasi,posisi duduk, air yang mengalir dalam bak, mengalirkan air hangat diatas perineum. 14. Catat munculnya mual / muntah. 15. Periksa pembalut, banyaknya perdarahan   Kolaborasi pemberian cairan sesuai program   1. Pantau masukan makanan setiap hari 2. Timbang berat badan setiap hari dan bandingkan dengan berat badan saat penerimaan 3. Dorong / motivasi pasien menghabiskan diet 4. Dorong pasien untuk duduk saat makan 5. Kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diet TKTP 6. Kaji isapan bayi, jika ada lecet pada putting 7. Anjurkan klien breast care dan menyusui yang efektif 8. Anjurkan klien memberikan asi esklusif 9. Berikan informasi untuk rawat gabung 10. Anjurkan bagaimana cara memeras, menyimpan, dan mengirim atau memberikan Asi dengan aman 11. Lakukan pengkajian tingkat pengetahuan klien tentang pemberian ASI ekslusif 12. Berikan penyuluhan tentang ASI esklusi 13. Jelaskan keuntungan memberikan ASI esklusif 14. Jelaskan ASI esklusif harus di kasih sampai umur 6 bulan tampa memberikan makanan tambahan 15. Berikan motifasi klien untuk selalu memberikan ASI Esklusif. 16. Beri tahukan pada keluarga selalu mendukung klien untuk memberikan ASI esklusif pada bayi 17. Pantau tanda-tanda vital. Terutama suhu tubuh klien 18. Beri kompres hangat 19. Pertahankan cairan parenteral 20. Beri antipiretik sesuai program 21. Beri penjelasan hal-hal yang dapat dilakukan untuk mengatasi demam pada keluarga. 22. Monitor kemempuan klien untuk perawatan diri yang mandiri. 23. Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan. 24. Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care. 25. Dorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki. 26. Dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya. 27. Ajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya. 28. Berikan aktivitas rutin sehari- hari sesuai kemampuan. 29. Pertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari 30. Kaji tingkat pengetahuan cara perawatan luka dirumah 31. Ajarkan cara menghindari infeksi 32. Inspeksi kondisi luka 33. Tingkatkan intake nutrisi 34. Ajarkan klien dan keluarga cara tanda dan gejala infeksi 35. Ajarkan cara perawatan luka dirumah; 36. Dorong tingkat istirahat. 37. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien 38. Berikan penyuluhan tentang penyakit yang derita klien 39. Jelaskan macam-macam tentang 40. Jelaskan keuntungan pemakaian KB 41. Jelaskan untuk pemakai KB seharus di Puskesmas atau di poli kebidanan 42. Motifasi klien untuk memakai KB |

**Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Teoritis**

**Sumber : Aplikasi Asuhan Keperawatan Dx. Medis dan Nanda Nic Noc, Jilid 3**

**3.3 Intervensi**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Dx. Kep** | **Tujuan / NOC** | **Intervensi** |
| 1 | Gangguan mobilisasi berhubungan dengan nyeri bagian luka post SC | Tujuan :   * Joibt movement : active * Mobility level * Selft care :ADLs   KriteriaHasil :   1. Klien meningkatkan aktifita sfisik 2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilisasi 3. Klienmengungkapkannyeriberkurang setelah banyak bergerak 4. Klientampaktenangdanrileks | 1. Kaji kemampuan klien dalam mobilisasi 2. Lakukan pengkajan nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik,durasi, frekuensi,dan presipitasi 3. Kaji kemampuan klien dalam mobilisasi 4. Kaji tingkat nyeri 5. Lakukan perawatan luka post SC 6. Ganti verban luka post SC 7. Ajarkan teknik relaksasi dengan cara tarik nafas dalam 8. Observasi TTV 9. Kolaborasi dalam pemberian obat-obatan dengan dokter |
|  |  |  |  |
| 2. | Kurang pengetahuan berhubungan dengan Pemberian kontrasepsi | Tujuan :   * Knowledge : disease process * Knowledge : health behavior   Kriteriahasil :   * Kliendiharapakan sudah mengerti apa itu KB * Klien di harapkansudah KB apa yang harus di pakai * Klien diharapkan sudah tahu macam-macam KB | 1. Kaji pengetahuan klien tentang KB 2. Berikan penyuluhan tentang KB 3. Jelaskan macam-macam tentang KB 4. Jelaskan keuntungan pemakaian KB 5. Jelaskan untuk pemakai KB seharus di Puskesmas atau di poli kebidanan 6. Motifasi klien untuk memakai KB |
| 3. | Kurang pengetahuan berhubungan dengan Pemberian ASI Ekslusif | Tujuan :   * Knowledge : disease process * Knowledge : health behavior   Kriteriahasil :   * Klien di harapkan akan sudah tahu pemberian ASI Ekslusif harus sampai umur berapa. * Klien di harapkan memberikan selalu ASI ekslusif. | 1. Lakukan pengkajian tingkat pengetahuan klien tentang pemberian ASI ekslusif 2. Berikan penyuluhan tentang ASI esklusi 3. Jelaskan keuntungan memberikan ASI esklusif 4. Jelaskan ASI esklusif harus di kasih sampai umur 6 bulan tampa memberikan makanan tambahan 5. Berikan motifasi klien untuk selalu memberikan ASI Esklusif. 6. Beri tahukan pada keluarga selalu mendukung klien untuk memberikan ASI esklusif pada bayi |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 4. | Resiko infeksi berhubungan dengan perawatan luka post SC dirumah | Tujuan : Setelah dilakuakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko infeksi terkontrol.  Kriteria Hasil :   1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya, 3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeks. 4. Jumlah leukosit dalam batas normal 5. Menunjukkan perilaku hidup sehat | 1. Kaji tingkat pengetahuan cara perawatan luka dirumah 2. Ajarkan cara menghindari infeksi 3. Inspeksi kondisi luka 4. Tingkatkan intake nutrisi 5. Ajarkan klien dan keluarga cara tanda dan gejala infeksi 6. Ajarkan cara perawatan luka dirumah; 7. Dorong tingkat istirahat. |

**Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan**

SATUAN ACARA PENYULUHAN

KIE KB

Sub pokokbahasan : KB

Hari/Tanggal : Senin, 19-06-2017

Waktu : 30 menit

Tempat : Ruangan Obstetri

Sasaran : Ibu Siap Melahirkan

Bidang Study : D III Keperawatan

1. Latar belakang

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

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

B.     Tujuan

a. Tujuan umum

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

b. Tujuan khusus

Setelah diberikan penjelasan selama 30 menit, ibu diharapkan

1.     Dapat menjelaskan tentang pengertian KB

2.     Dapat menjelaskan tentang manfaat KB

3.     Dapat menjelaskan tentang jenis-jenis, cara kerja, efektivitas, keuntungan, indikasi, kontraindikasi, efek samping, cara dan waktu pemberian/pemasangan dari masing-masing alat kontrasepsi.

4.     Dapat menjelaskan tentang masalah yang mungkin terjadi jika WUS tidak menjadi akseptor KB

C.    Materi

1.   Dapat menjelaskan tentang pengertian KB

2.   Dapat menjelaskan tentang manfaat KB

3.   Dapat menjelaskan tentang jenis-jenis, cara kerja, efektivitas, keuntungan, indikasi, kontraindikasi, efek samping, cara dan waktu pemberian/pemasangan dari masing-masing alat kontrasepsi.

4.   Dapat menjelaskan tentang masalah yang mungkin terjadi jika WUS tidak menjadi akseptor KByang benar.

D.    Metode

* Ceramahdan Tanya jawab

E.     Media

1.      Leaflet

2.      Satuan Acara Pembelajaran (SAP)

3. Power Point

1. Setting tempat

Keterangan :

1. : Penyaji
2. : Presenter
3. : Peserta
4. : Pembimbing Klinik
5. : Fasilitator
6. : Observasi
7. : Moderator
8. Pengorganisasian kelompok

* Penyaji : Try putri agustiani

1. Moderator :

Tugas:

1. Menyiapkan SAP kegiatan penyuluhan
2. Menyampaikan tujuan dan peraturan kegiatan terapi aktifitas kelompok sebelum kegiatan penyuluhan dimulai.
3. Mampu memotivasi anggota untuk aktif dalam kelompok dan memperkenalkan dirinya.
4. Mampu memimpin kegaitanpenyuluhan kelompok dengan baik dan tertib
5. Menetralisir bila ada masalah yang timbul dalam kegiatan penyuluhan kelompok.
6. Presentator:

Tugas :

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

Tugas :

* 1. Menyediakan fasilitas selama kegiatan penyuluhan berlangsung
  2. Memotivasi klien yang kurang aktif
  3. Membantu leader memfasilitasi anggota untuk berperan aktif dan memfasilitasi anggota kelompok dalam kegiatan penyuluhan.

1. Observer :

Tugas :

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

G.     Kegiatan penyuluhan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Tahap/waktu | Kegiatan penyuluhan | Kegiatan sasaran |
| 1. | Pembukaan :  3 menit | 1. Memberi salam pembuka 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan pokok bahasan dam tujuan penyuluhan | -          Menjawab salam  -          Memperhatikan  -          Memperhatikan |
| 2. | Pelaksanaan :  menit | 1. Dapat menjelaskan tentang pengertian KB 2. Dapat menjelaskan tentang manfaat KB 3. Dapat menjelaskan tentang jenis-jenis, cara kerja, efektivitas, keuntungan, indikasi, kontraindikasi, efek samping, cara dan waktu pemberian/ pemasangan dari masing-masing alat kontra sepsi. 4. Dapat menjelaskan tentang masalah yang mungkin terjadi jika WUS tidak menjadi akseptor KB | Memperhatikan  Memperhatikan  Memperhatikan  Memperhatikan  Memperhatikan  Memperhatikan |
| 3. | Evaluasi :   1. menit | 1. Menanyakan kepada peserta tentang materi yang telah diberikan. | Menjawab pertanyaan |
| 4. | Terminasi :   1. menit | 1. Mengucapkan terimakasih atas peran serta dan peserta 2. Mengucapkan salam penutup | Mendengarkan  Menjawab salam |

1. Evaluasi

1)   Evaluasi Struktur

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

2)   Evaluasi Proses

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

3)   Evaluasi Hasil

* 90 % audien dapat jelaskan KB yang baik untuk ibu siap melakukan post sc?
* 90 %audien dapat  jelaskankeuntungan pemasanagan KB untuk ibu siap post sc?
* 90 %audien dapat jelaskan kerugian pemasanagan KB untuk ibu siap post sc?

MATERI PENYULUHAN

1.      Pengertian Keluarga Berencana (KB)

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

2.      Tujuan KB

1)      Tujuan umum

a. Membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan social ekonomi

suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak, agar

diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat

memenuhi kebutuhan hidupnya.

1. Mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera yang menjadu dasar

bagi terwujudnya masyarakat yang sejahtera melalui pengendalian

kelahiran dan pertumbuhan penduduk Indonesia

2)      Tujuan khusus

1. Pengaturan kelahiran
2. Pendewasaan usia perkawinan.
3. Peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga.
4. Mencegah kehamilan karena alasan pribadi
5. Menjarangkan kehamilan
6. Membatasai jumlah anak

3. Indikasi

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

b.   Nulipara dan yang telah mempunyai anak

c.   Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektifitas

tinggi

d.   Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai

e.   Telah banyak anak namun belum menghendaki tubektomi

f.    Perokok ,

g.   Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan

darah.

h.   Menggunakan obat epilepsy (fenitoin dan barbiturat) atau obat TBC

(rifampisin).

i.    Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan

pil kontrasepsi kombinasi.

4.    Kontra Indikasi

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

5.      Manfaat KB

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

1)      Manfaat Untuk Ibu:

(1)   Mencegah kehamilan yang tidak diinginkan

(2)   Mencegah setidaknya 1 dari 4 kematian ibu

(3)   Menjaga kesehatan ibu

(4)   Merencanakan kehamilan lebih terprogram

2)      Manfaat Untuk Anak:

(1)    Mengurangi risiko kematian bayi

(2)   Meningkatkan kesehatan bayi

(3)   Mencegah bayi kekurangan gizi

(4)   Tumbuh kembang bayi lebih terjamin

(5)   Kebutuhan ASI eksklusif selama 6 bulan relatif dapat terpenuhi

(6)   Mendapatkan kualitas kasih sayang yang lebih maksimal

3)      Manfaat Untuk Keluarga:

(1)   Meningkatkan kesejahteraan keluarga

(2)   Harmonisasi keluarga lebih terjaga

6.     Jenis-jenis KB

1. Adapun KB hormonal

Efek samping dari metode kontrasepsi hormonal ini adalah:

1)      Menstruasi menjadi tidak teratur atau tidak mens sama sekali (kecuali pil)

2)      Kenaikan berat badan

3)      Muncul flek hitam pada wajah

4)      Mual, pusing, atau muntah

Cara kerja:

1)      Menekan ovulasi

2)      Mencegah implantasi

3)      Mengentalkan lendir servik, sehingga sulit dilalui oleh sperma

4)     Pergerakan tuba terganggu, sehingga transportasi telur juga

terganggu

2.  Kb Suntik

(1)   Pengertian

Kontrasepsi suntikan adalah cara untuk mencegah terjadinya kehamilan dengan melalui suntikan hormonal. Kontrasepsi hormonal jenis KB suntikan ini di Indonesia semakin banyak dipakai karena kerjanya yang efektif, pemakaiannya yang praktis, harganya relatif murah dan aman.Sebelum disuntik, kesehatan ibu harus diperiksa dulu untuk memastikan kecocokannya.Suntikan diberikan saat ibu dalam keadaan tidak hamil. Umumnya pemakai suntikan KB mempunyai memakai suntikan KB, termasuk penggunaan cara KB hormonal selama maksimal 5 tahun.

(2)   Jenis-jenis KB suntik

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

* 1. Suntik 1 bulan adalah suntikan kombinasi  yang dilakukan

setiap 1 bulan sekali dengan  dosis 25 mg depomedroxy progesterone aserat dan 5 mg estradiol cyplonate. Komposisi : tiap ml suspensi dalam air mengandung :Medroxy progesterone acetate 50 mg, Estradiol cypionate 10 mg.

(a)    Waktu pemberian dan dosis

Disuntikkan  dalam dosis 50 mg norithidrone anantat dan 5 mg estradiol varelat yang diberikan melalui I.M sebulan sekali

(b)   Efek samping

Sangat efektifitas (0,1 – 0,4 kehamilan / 100 perempuan) selama tahun pertama penggunaan

(c)   Keuntungan : Resiko terhadap kesehatan kecil, tidak berpengaruh padahubungan sex, tidak diperlukan pemeriksaan dalam, jangka panjang, efek samping sangat kecil, klien tidak perlu menyimpan obat suntik.

(d)   Efek samping : Perubahan pada kulit gatal-gatal penggelapan warna kulit, sakit kepala, sakit pada dada, peningkatan berat badan, perdarahan berkepanjangan, anoreksia, rasa lalah, depresi, payudara lembek dan galaktorea, penyakit troboembolik, tromboflebitis, perdarahan tidak teratur

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

b)  Suntik 3 bulan (Depo Provera) Adalah medroxy progesterone yang di gunakan untuk tujuan kontrasepsi parenteral, mempunyai efek progesterone yang kuat dan sangat efektif.

(a)    Komposisi : Suspensi steril depo medroxy progesterone   acetat (DPPA) dalm air, tiap vial berisi 3 ml suspensi (150 mg medroxy progesterone acetate), tiap vial berisi  1 ml suspensi (150 ml medroxy progesterone acetate)

(b)   Waktu pemberian dan dosis

Di suntikan dalam dosis 150 mg/cc sekali 3 bulan.Suntikan harus lama pada otot bokong musculus gluteus agak dalam.

(c)    Efektifitas

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

(d)   Keuntungan : lebih mudah digunakan, tidak perlu setiap hari seperti menelan pil, tidak mengandung esterogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah, sangat efektif, tidak memiliki pengaruh terhadap ASI, dapat digunakan oleh perempuan usia lebih dari 35 tahun sampai pre menopause, membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik, tidak menggangu hubungan seksual, mengurangi rasa nyeri dan haid, tidak di dapat pengaruh sampingan dari pemakaian esterogen.

(e)    Efek samping : reaksi anafilaktis dan anafiliatik,

penyakit tromboem balik tromboplebitis, system syaraf pusat gelisah, depresi, pusing, sakit, tidak bisa tidur, selaput kulit dan lendir bercak merah / jerawat, gastro intestinal mual, payudara lembek dan galaktorea, perubahan warna kulit di tempat suntikan

(f)    Cara pemberian : waktu pasca persalinan (pp) ; berikan pada hari 3-5 pp / sesudah asi berproduksi ibu sebelum pulang dari rs / 6-8 minggu pasca beraslin asal ibu tidak hamil / belum melakukan koifus, pasca keguguran ; segera setelah kurefage / sewaktu ibu hendak pulang dari rs hari pasca abortus, asal ibu belum hamil lagi. dalam masa interval diberikan pada hari 1-5 haid

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

3.Implan

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

.

SATUAN ACARA PENYULUHAN

PEMBERIAN ASI EKSLUSIF

Sub pokokbahasan : Pemberian ASI ekslusif

Hari/Tanggal : Senin, 19-06-2017

Waktu : 30 menit

Tempat : Ruangan Obstetri

Sasaran : Ibu Siap Melahirkan dan ibu menyusui

Bidang Study : D III Keperawatan

1. Latar belakang

ASI Eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI selama 6 bulan tanpa tambahan makanan ( pisang, bubur susu, biscuit, bubur nasi, nasi tim, dll ) maupun cairan ( susu formula, air jeruk, madu, air teh, air putih dll ) kecuali vitamin, mineral dan obat.

B.     Tujuan

a. Tujuan umum

Setelah mengikuti penyuluhan diharapkan kepada klien dan keluarga dapat menambah pengetahuan tentang pemberian ASI ekslusif itu penting bagi bayi untuk ibu siap lakukan post sc.

b. Tujuan khusus

Setelah mengikuti penyuluhan tentang Asi Eksklusif selama 30 menit diharapkan sasaran mampu :

a.       Menyebutkan pengertian Asi Eksklusif

b.      Menyebutkan manfaat ASI Eksklusif

c. Menyebutkan Kandungan (Isi) ASI

d.      Menyebutkan cara memberikan ASI pada ibu yang Bekerja

e.       Menyebutkan tanda bayi cukup ASI dan tanda bayi kurang ASI

C.    Materi

a.       Dapat menyebutkan pengertian Asi Eksklusif

b.      Dapat menyebutkan manfaat ASI Eksklusif

c. Dapat menyebutkan Kandungan (Isi) ASI

d.      Dapat menyebutkan cara memberikan ASI pada ibu yang Bekerja

e.       Dapat menyebutkan tanda bayi cukup ASI dan tanda bayi kurang ASI

D.    Metode

* Ceramah dan Tanya jawab

E.     Media

1.      Leaflet

2.      Satuan Acara Pembelajaran (SAP)

3. Power point

1. Setting tempat

Keterangan :

1. : Penyaji
2. : Presenter
3. : Peserta
4. : Pembimbing Klinik
5. : Fasilitator
6. : Observasi
7. : Moderator

Pengorganisasian kelompok

* Penyaji : Try putri agustiani

1. Moderator :

Tugas:

1. Menyiapkan SAP kegiatan penyuluhan
2. Menyampaikan tujuan dan peraturan kegiatan terapi aktifitas kelompok sebelum kegiatan penyuluhan dimulai.
3. Mampu memotivasi anggota untuk aktif dalam kelompok dan memperkenalkan dirinya.
4. Mampu memimpin kegaitanpenyuluhan kelompok dengan baik dan tertib
5. Menetralisir bila ada masalah yang timbul dalam kegiatan penyuluhan kelompok.
6. Presentator:

Tugas :

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

Tugas :

* 1. Menyediakan fasilitas selama kegiatan penyuluhan berlangsung
  2. Memotivasi klien yang kurang aktif
  3. Membantu leader memfasilitasi anggota untuk berperan aktif dan memfasilitasi anggota kelompok dalam kegiatan penyuluhan.

1. Observer :

Tugas :

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

G.     Kegiatan penyuluhan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Tahap/waktu | Kegiatan penyuluhan | Kegiatan sasaran |
| 1. | Pembukaan :  3 menit | 1. Memberi salam pembuka 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan pokok bahasan dam tujuan penyuluhan | Menjawab salam  Memperhatikan  -          Memperhatikan |
| 2. | Pelaksanaan :  menit | 1. Dapat menyebutkan pengertian Asi Eksklusif 2. Dapat menyebutkan manfaat ASI Eksklusif 3. Dapat menyebutkan Kandungan (Isi) ASI 4. Dapat menyebutkan cara memberikan ASI pada ibu yang Bekerja 5. Dapat menyebutkan tanda bayi cukup ASI dan tanda bayi kurang ASI | Memperhatikan  Memperhatikan  Memperhatikan  Memperhatikan  Memperhatikan |
| 3. | Evaluasi :  5 menit | 1. Menanyakan kepada peserta tentang materi yang telah diberikan. | Menjawab pertanyaan |
| 4. | Terminasi :  2 menit | 1. Mengucapkan terimakasih atas peran serta dan peserta 2. Mengucapkan salam penutup | Mendengarkan  Menjawab salam |

1. Evaluasi

1)   Evaluasi Struktur

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

2)   Evaluasi Proses

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

3)   Evaluasi Hasil

* 90 % audien dapat jelaskan pengertian Asi Eksklusif
* 90 % audien dapat  jelaskan manfaat ASI Eksklusif
* 90 % audien dapat jelaskan Kandungan (Isi) ASI
* 90 % audien dapat jelaskan cara memberikan ASI pada ibu yang Bekerja
* 90 % audien dapat jelaskan tanda bayi cukup ASI dan tanda bayi kurang ASI

MATERI PENYULUHAN

1. Pengertian ASI eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berumur nol sampai enam bulan (Depkes RI, 2004).  
Pemberian ASI eksklusif adalah bayi hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih dan tanpa bubur nasi dan tim (Roesli U, 2001 ).  
Pada tahun 2001 World Health Organization / Organisasi Kesehatan Dunia menyatakan bahwa ASI eksklusif selama enam bulan pertama hidup bayi adalah yang terbaik. Dengan demikian, ketentuan sebelumnya (bahwa ASI eksklusif itu cukup empat bulan) sudah tidak berlaku lagi. (WHO, 2001)

ASI Eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI selama 6 bulan tanpa tambahan makanan ( pisang, bubur susu, biscuit, bubur nasi, nasi tim, dll ) maupun cairan (susu formula, air jeruk, madu, air teh, air putih dll ) kecuali vitamin, mineral dan obat.

1. Manfaat ASI Eksklusif

1. Manfaat ASI bagi ibu

a.   Ibu tidak akan mengalami menstruasi dalam beberapa bulan ( dapat digunakan sebagai KB alami ).

b.  Mempercepat proses pemulihan rahim.

c.  Mempercepat proses pembentukan tubuh ke ukuran semula.

d.  Murah, lebih mudah, lebih ramah lingkungan.

e.   Lebih praktis, Ibu dapat melakukannya dimana saja.

f.    Mengurangi resiko kanker payudara, kanker ovarium, infeksi saluran kencing, dan osteoporosis.

g.   Memberikan kesenangan dan kepuasan bagi ibu.

h.   Mencegah perdarahan setelah persalinan.

i.    Mengurangi anemia.

2.   Manfaat ASI bagi Bayi

a.    Merangsang panca indra manusia.

b.    Memberikan kehangatan dan kenyamanan bayi.

c.     Menjaga terhadap penyakit, alergi, SIDS, infeksi lambung dan usus, dan sembelit.

d.    Membantu mengembangkan rahang dan otot wajah dengan benar.

e.     Mudah dicerna.

f.     Perkembangan otak dan meningkatkan IQ.

g.    ASI dapat meningkatkan kekebalan tubuh bayi.

h.    ASI untuk tumbuh kembang anak yang optimal.

i.     Menurunkan resiko kanker pada anak, penyakit kardiovaskuler, penyakit kuning, diabetes mellitus dan gigi berlubang

1. Kandungan (Isi) ASI  
   ASI mengadung:  
   1. Laktosa yang lebih tinggi dibandingkan dengan susu buatan. Didalam usus

laktosa akan dipermentasi menjadi asam laktat. yang bermanfaat untuk:   
1) Menghambat pertumbuhan bakteri yang bersifat patogen.   
2) Merangsang pertumbuhan mikroorganisme yang dapat menghasilkan asam organik dan mensintesa beberapa jenis vitamin.   
3) Memudahkan terjadinya pengendapan calsium-cassienat.   
4) Memudahkan penyerapan berbagai jenis mineral, seperti calsium, magnesium.

2. ASI mengandung zat pelindung (antibodi) yang dapat melindungi bayi selama 5-6 bulan pertama, seperti: Immunoglobin, Lysozyme, Complemen C3 dan C4, Antistapiloccocus, lactobacillus, Bifidus, Lactoferrin.

3. ASI tidak mengandung beta-lactoglobulin yang dapat menyebabkan alergi pada bayi.

Komposisi ASI tiap 100ml dan perbandingannya dengan susu sapi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KADAR ZAT GIZI | ASI | SUSU SAPI |
| PROTEIN  LEMAK  LAKTOSA  KALORI  VITAMIN A  VITAMIN B1  VITAMIN C  KALSIUM  BESI | 12 gr  3,8 gr  7,0 gr  75,0 Kal  53,0 KI  0,11 mgr  43,0 mgr  30,0 mgr  0,15 mgr | 3,3 gr  3,8 gr  4,8 gr  66,0 Kal  34,0 KI  0,42 mgr  1,8 mgr  125,0 mgr  0,1 mgr |

Perbedaan antara ASI dengan susu formula

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Perbedaan | ASI | Susu Formula |
| Komposisi | ASI mengandung zat-zat gizi, antara lain:faktor pembentuk sel-sel otak, terutama DHA, dalam kadar tinggi. ASI juga mengandung whey (protein utama dari susu yang berbentuk cair) lebih banyak daripada kasein (protein utama dari susu yang berbentuk gumpalan) dengan perbandingan 65:35. | Tidak seluruh zat gizi yang terkandung di dalamnya dapat diserap oleh tubuh bayi. Misalnya, protein susu sapi tidak mudah diserap karena mengandung lebih banyak casein. Perbandingan whey: casein susu sapi adalah 20:80. |
| Nutrisi | Mengandung imunoglobulin dan kaya akan DHA (asam lemak tidak polar yang berikat banyak) yang dapat membantu bayi menahan infeksi serta membantu perkembangan otak dan selaput mata. | Protein yang dikandung oleh susu formula berguna bagi bayi lembu tapi kegunaan bagi manusia sangat terbatas lagipula immunoglobulin dan gizi yang ditambah di susu formula yang telah disterilkan bisa berkurang ataupun hilang. |
| Pencernaan | Protein ASI adalah sejenis protein yang lebih mudah dicerna selain itu ada sejenis unsur lemak ASI yang mudah diserap dan digunakan oleh bayi. Unsur elektronik dan zat besi yang dikandung ASI lebih rendah dari susu formula tetapi daya serap dan guna lebih tinggi yang dapat memperkecil beban ginjal bayi. Selain itu ASI mudah dicerna bayi karena mengandung enzim-enzim yang dapat membantu proses pencernaan antara lain lipase (untuk menguraikan lemak), amilase (untuk menguraikan karbohidrat) dan protease (untuk menguraikan protein). | Tidak mudah dicerna: serangkaian proses produksi di pabrik mengakibatkan enzim-enzim pencernaan tidak berfungsi. Akibatnya lebih banyak sisa pencernaan yang dihasilkan dari proses metabolisme yang membuat ginjal bayi harus bekerja keras. Susu formula tidak mengandung posporlipid ditambah mengandung protein yang tidak mudah dicerna yang bisa membentuk sepotong susu yang membeku sehingga berhenti di perut lebih lama oleh karena itu taji bayi lebih kental dan keras yang dapat menyebabkan susah BAB dan membuat bayi tidak nyaman. |
| Kebutuhan | Dapat memajukan pendirian hubungan ibu dan anak. ASI adalah makanan bayi, dapat memenuhi kebutuhan bayi, memberikan rasa aman kepada bayi yang dapat mendorong kemampuan adaptasi bayi. | Kekurangan menghisap payudara: mudah menolak ASI yang menyebabkan kesusahan bayi menyesuaikan diri atau makan terlalu banyak, tidak sesuai dengan prinsip kebutuhan. |
| Ekonomi | Lebih murah: menghemat biaya alat-alat, makanan, dll yang berhubungan dengan pemeliharaan, mengurangi beban perekonomian keluarga. | Biaya lebih mahal: karena menggunakan alat,makanan, pelayanan kesehatan, dll. Untuk memelihara sapi. Biaya ini sangat subjektif yang menjadi beban keluarga. |
| Kebersihan | ASI boleh langsung diminum jadi bias menghindari penyucian botol susu yang tidak benar ataupun hal kebersihan lain yang disebabkan oleh penyucian tangan yang tidak bersih oleh ibu. Dapat menghindari bahaya karena pembuatan dan penyimpanan susu yang tidak benar. | Polusi dan infeksi: pertumbuhan bakteri di dalam makanan buatan sangat cepat apalagi di dalam botol susu yang hangat biarpun makanan yang dimakan bayi adalah makanan bersih akan tetapi karena tidak mengandung anti infeksi, bayi akan mudah mencret atau kena penularan lainnya. |
| Ekonomis | Tidak perlu disterilkan atau lebih mudah dibawa keluar, lebih mudah diminum, minuman yang paling segar dan suhu minuman yang paling tepat untuk bayi. | Penyusuan susu formula dan alat yang cukup untuk menyeduh susu. |
| Penampilan | Bayi mesti menggerakkan mulut untuk menghisap ASI, hal ini dapat membuat gigi bayi menjadi kuat dan wajah menjadi cantik. | Penyusuan susu formula dengan botol susu akan mengakibatkan penyedotan yang tidak puas lalu menyedot terus yang dapat menambah beban ginjal dan kemungkinan menjadi gemuk. |
| Pencegahan | Bagi bayi yang beralergi, ASI dapat menghindari alergi karena susu formula seperti mencret, muntah, infeksi saluran pernapasan, asma, bintik-bintik, pertumbuhan terganggu dan gejala lainnya. | Bagi bayi yang alergiterhadap susu formula tidak dapat menghindari mencret, muntah,infeksi saluran napas, asma, kemerahan, pertumbuhan terganggu dan gejala lainnya yang disebabkan oleh susu formula. |
| Kebaikan bagi ibu | Dapat membantu kontraksi rahim ibu, lebih lambat datang bulan sehabis melahirkan sehingga dapat ber-KB alami. Selain itu dapat menghabiskan kalori yang berguna untuk pengembalian postur tubuh ibu. Berdasarkan biodata statistik, ibu yang menyusui ASI lebih rendah kemungkinan menderita kanker payudara, kanker rahim dan keropos tulang. | Tidak dapat membantu kontraksi rahim yang dapat membantu pengembalian tubuh ibu jadi rahim perlu dielus sendiri oleh ibu. Tidak dapat memperlambat waktu datang bulan yang dapat menghasilkan cara KB alami. Berdasarkan biodata statistik, ibu yang menyusui susu formula lebih tinggi kemungkinan menderita kanker payudara. |

(dr. Suririnah,2009)

D. ASI pada Ibu Bekerja

1.  Niat yang ikhlas dan tulus akan menumbuhkan motivasi untuk memberikan makan yang terbaik agi buah hati anda yaitu ASI

2.   Percaya diri bahwa ASI akan cukup memenuhi kebutuhan bayi kita.

3.   Susuilah bayi sebelum berangkat.

4.   Pada saat di rumah, usahakan sesering mungkin menyusui bayi anda.

5.   Selama cuti dan hari libur usahakan langsung susui bayi jika dia tampak lapar. Jangan menambah stok ASI.

6.   Pompa ASI pada malam hari bila bayi sudah tidur dan pada siang hari bila berada di kantor setiap 3-4 jam sekali, berapapun hasilnya.

7.   Bila di rumah langsung simpan dalam botol ASI yang terbuat dari kaca karena bila di simpan dalam botol plastic lemaknya sering tertinggal di dalam botol tersebut.

8.   Usahakan ASI yang disimpan di dalam lemari pendingin hanya diberikan pada saat ibu tidak di rumah.

9.   Bawalah cool box atau termos es kalau di kantor tidak terdapat lemari pendingin/freezer.

10.  Kualitas ASI masih baik di dalam suhu lemari pendingin dalam waktu 72 jam (3 hari). Bila tidak dikonsumsi selama kurun waktu 3 hari itu, ASI dapat bertahan sampai 6 bulan bila dibekukan dlaam suhu di bawah -20 derajat celcius.

11.  Sedangkan dalam suhu ruangan dengan wadah tertutup ASI masih baik diberikan dengan tenggat waktu selama 6-8 jam.

12.  ASI tidak boleh dimasak karena akan merusak kandungan nutrisinya. Terlebih lagi jangan dipanaskan di microwave karena selain nutrisinya akan rusak, ada bahaya pemnasan yang berlebihan.

13.  Sebelum diberikan kepada bayi, ASI yang telah didinginkan, cukup dihangatkan dengan merendamnya dalam air hangat atau dibiarkan dalam suhu ruangan 25° C

14.  Bila ASI yang telah dihangatkan masih bersisa, sisanya tidak boleh disimpan kembali kedalam lemari pendingin, sehingga sebaiknya hanya menghangatkan ASI sejumlah yang dapat dihabiskan oleh bayi dlam sekali minum.

**Teknik Memerah ASI yang benar**

Menggunakan jari :

Caranya : tempatkan tangan di salah satu payudara, tepatnya di tepi areola. Posisi ibu jari terletak berlawanan dengan jari telunjuk. Tekan tangan ke arah dada, lalu dengan lembut tekan ibu jari dan telunjuk bersamaan. Pertahankan agar jari tetap di tepi areola, jangan sampai menggeser ke putting. Ulangi secara teratur untuk memulai aliran susu. Putar perlahan jari di sekeliling payudara agar seluruh saluran susu dapat tertekan. Ulangi untuk payudara lain dan jika diperlukan, pijat payudara diantara waktu-waktu pemerasan. Ulangi pada payudara pertama, kemudian lakukan lagi pada payudara kedua. Taruh cangkir bermulut lebar yang sudah disterilkan di bwah payudara yang diperah.  Waktu yang dibutuhkanpun tak sampai setengah jam, sedangkan susu yang terkumpul bias mencapai 500 cc.

E.     Tanda Bayi Cukup ASI

1.   Adanya pertambahan berat badan yang cukup signifikan.

2.   Minimal ditemukan 6 buah popok yang basah-minimal satu kali sehari buang

air besar di minggu 4-6 pertama, setelah minggu ke enam mungkin saja pupnya

tidak selalu tiap hari.

3.   Berat badan bayi meningkat satu ons sehari pada usia 3 bulan pertama, dan

setengah ons sehari saat usia 3-6 bulan. Bayi baru lahir biasanya akan

kehilangan 5-10 persen dari berat badan saat dilahirkan. Dan abayi sudah

kembali sampai berat kelahirannya menjelang 10-14 hari sesudah kelahiran.

Berat yang diperoleh adalah cara tebaik untuk meyakinkan bayi anda mendapat

cukup susu.

1. Pada awal bulan kehidupannya bayi setidaknya mengeluarkan 3 kali pup setiap

harinya. Dengan warna kekuning-kuningan. Stelah berusia satu bulan,

frekuensi pupnya berkurang. Beberapa bayi bahkan hanya pup sekali dalam satu atau dua hari.

1. Bayi sering menyusu, setiap 2-3 jam, minimal 8-12 kali menyusu dalam

sehari.

6.   Ibu mendengar bayi menelan susu dan terkadang melihat susu di ujung

mulutnya.

7.   Bayi terlihat sehat dan aktif.

8.   Bayi pipis 7-8 kali setiap hari.

**Tanda Bayi kurang ASI**

1.      Berat badan bayi stabil atau kurang dibanding sebulan sebelumnya.

2.      Pertumbuhan motoriknya lebih lamban dibanding bayi yang sehat.

3.      Bayi sering murung menangis, rewel, yang biasanya terjadi karena bayi

kelaparan.

Keterangan :

Bayi kurang ASI tidak selalu karena produksi ASI ibu yang kurang melainkan seringkali karena posisi saat menyusui bayi salah.

SATUAN ACARA PENYULUHAN

PERAWATAN LUKA DIRUMAH

Sub pokokbahasan : Perawatan luka dirumah

Hari/Tanggal : Selasa, 20-06-2017

Waktu : 30 menit

Tempat : Ruangan Obstetri

Sasaran : Ibu Siap Melahirkan dan ibu menyusui

Bidang Study : D III Keperawatan

1. Latar belakang

Perawatan luka adalah merawat luka dengan memasang pembalutan atau penutup pada luka agar luka tidak terbuka. Perawatan luka adalah upaya atau tindakan yang dilakukan untuk mencegah infeksi yang dilakukan dengan langkah-langkah tertentu.

B.     Tujuan

a. Tujuan umum

Setelah mengikuti penyuluhan diharapkan kepada klien dan keluarga dapat menambah pengetahuan tentang pemberian perawatan luka dirumah untuk ibu siap melahirkan melalui post SC.

b. Tujuan khusus

Setelah dilakukan tindakan pendidikan kesehatan diharapkan klien dan keluarga :

1. Menjelaskan kembali pengertian perawatan luka dengan kalimatnya

sendiri

2.        Menyebutkan tujuan perawatan luka

3.        Menyebutkan kembali alat-alat  perawatan luka

4.        Menyebutkan kerugian tidak melakukan perawatan luka.

C.    Materi

1. Dapat menyebutkan pengertian perawatan luka dengan kalimatnya sendiri
2. Dapat menyebutkan tujuan perawatan luka
3. Dapat menyebutkan alat-alat  perawatan luka
4. Dapat menyebutkan kerugian tidak melakukan perawatan luka

D.    Metode

* Ceramah dan Tanya jawab

E.     Media

1.      Leaflet

2.      Satuan Acara Pembelajaran (SAP)

3. Lembar balik

1. Setting tempa

Keterangan :

1. : Penyaji
2. : Presenter
3. : Peserta
4. : Pembimbing Klinik
5. : Fasilitator
6. : Observasi
7. : Moderator
8. Pengorganisasian kelompok

* Penyaji : Try putri agustiani

1. Moderator :

Tugas:

1. Menyiapkan SAP kegiatan penyuluhan
2. Menyampaikan tujuan dan peraturan kegiatan terapi aktifitas kelompok sebelum kegiatan penyuluhan dimulai.
3. Mampu memotivasi anggota untuk aktif dalam kelompok dan memperkenalkan dirinya.
4. Mampu memimpin kegaitanpenyuluhan kelompok dengan baik dan tertib
5. Menetralisir bila ada masalah yang timbul dalam kegiatan penyuluhan kelompok.
6. Presentator:

Tugas :

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

Tugas :

* 1. Menyediakan fasilitas selama kegiatan penyuluhan berlangsung
  2. Memotivasi klien yang kurang aktif
  3. Membantu leader memfasilitasi anggota untuk berperan aktif dan memfasilitasi anggota kelompok dalam kegiatan penyuluhan.

1. Observer :

Tugas :

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

G.     Kegiatan penyuluhan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Tahap/waktu | Kegiatan penyuluhan | Kegiatan sasaran |
| 1. | Pembukaan :  3 menit | 1. Memberi salam pembuka 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan pokok bahasan dam tujuan penyuluhan | -          Menjawab salam  -          Memperhatikan  -          Memperhatikan |
| 2. | Pelaksanaan :  menit | 1. Dapat menyebutkan pengertian perawatan luka dengan kalimatnya sendiri 2. Dapat menyebutkan tujuan perawatan luka 3. Dapat menyebutkan alat-alat  perawatan luka 4. Dapat menyebutkan kerugian tidak melakukan perawatan luka | Memperhatikan  Memperhatikan  Memperhatikan  Memperhatikan  Memperhatikan |
| 3. | Evaluasi :  5 menit | 1. Menanyakan kepada peserta tentang materi yang telah diberikan. | Menjawab pertanyaan |
| 4. | Terminasi :  2 menit | 1. Mengucapkan terimakasih atas peran serta dan peserta 2. Mengucapkan salam penutup | Mendengarkan  Menjawab salam |

1. Evaluasi

1)   Evaluasi Struktur

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

2)   Evaluasi Proses

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

3)   Evaluasi Hasil

* 90 % audien dapat jelaskan pengertian perawatan luka dengan kalimatnya sendiri
* 90 % audien dapat  jelaskan tujuan perawatan luka
* 90 % audien dapat jelaskan alat-alat  perawatan luka
* 90 % audien dapat jelaskan kerugian tidak melakukan perawatan luka
* 90 % audien dapat jelaskan tanda bayi cukup ASI dan tanda bayi kurang ASI

MATERI PENYULUHAN

1. Pengertian Perawatan Luka dirumah

Perawatan luka adalah merawat luka dengan memasang pembalutan atau penutup pada luka agar luka tidak terbuka. Perawatan luka adalah upaya atau tindakan yang dilakukan untuk mencegah infeksi yang dilakukan dengan langkah-langkah tertentu.

1. Tujuan

a.          Agar terhindar dari infeksi.

b.         Agar luka tetap bersih.

c.          Mempercepat penyembuhan.

d.         Mencegah masuknya kuman dan kotoran kedalam luka

e.         Mencegah terjadinya pencemaran oleh cairan dan kuman yang berasal dari luka kedaerah sekitarnya

f.          Mencegah terjadinya infeksi silang

g.         Mengistirahatkan bagian yang luka atau sakit

h.         Sebagai penahan pada bagian yang luka atau sakit

i.           Memberikan rasa aman dan nyaman

1. Alat-alat perawtan luka

1)      Seperangkat peralatan steril

a.       Pinset anatomi

b.      Pinset chirurgi

c.       Gunting lurus

d.      Kapas lidi

e.       Kasa steril

f.       Kasapenekan

g.      Kom kecil

2)      Peralatan tidak steril

a.       Gunting pembalut

b.      Plester

c.       Alkohol 70% dalam tempatnya

d.      Bensin dalam tempatnya

e.       Bengkok

f.       Kain pembalut atau verband

g.      Alat-alat desinfektan dalam tempatnya (misalnya bethadin solution)

h.      Alat luka sesuai kebutuhan

1. Tindakan perawatan luka
   1. Cuci tangan sebelum melakan tindakan
   2. Lepaskan verban/balutan dengan cara menyentuh bagian luarnya saja. Jika kotor, pergunakan pinset.
   3. Jika verban/balutan menempel pada luka, basahi dengan larutan NaCl atau garam, buka kalau sudah longgar.
   4. Buang verban/balutan yang kotor kedalam kantong tahan air untuk dibakar.
   5. Bersihkan luka dengan hati-hati dengan obat anti kuman dari dokter atau rumah sakit.
   6. Sarung tangan bebas kuman atau pinset bebas kuman dapat dipakai untuk memegang gumpalan kasa.
   7. Mulai dari atas atau dekat dengan luka dan terus makin keluar.
   8. Buang kasa atau kapas yang digunakan untuk membersihkan setiap kali sekali mengusap luka itu.
   9. Tutup luka dengan verban/balutan bebas kuman, dengan memakai sarung tangan bebas kuman, pinset bebas kuman atau hanya disentuh disebelah luar, eratkan verban/balutan dengan plester.
   10. Cuci tangan.
2. Hal yang perlu diperhatikan klien
   1. Dibutuhkan verban disteril dan kering untuk jangka waktu tertentu
   2. Jaga jangan sampai luka tergesek-gesek oleh pakaian.
   3. Langsung hubungi dokter jika tempat atau lokasi bekas luka terlihat membangkak, demam tinggi, nyeri hebat, dan pengeluaran nanah yang berlebih.
3. Perawatan luka dirumah

1)      Alat-alat yang digunakan

a.       Kasa atau kain bersih.

b.      Betadine.

c.       Plester.

d.      Air hangat.

2)      Langkah-langkah

a.       Mencuci tangan.

b.      Membersihkan luka dengan air hangat.

c.       Menutup luka dengan kasa atau kain bersih yang sudah diberikan

betadine.

d.      Kemudian ditutup dengan kain bersih.

e.       Plester dengan rapi.

f.       Bereskanalat.

g.      Mencuci tangan.

1. Kerugian tidak melakukan perawatan luka dirumah
   1. Infeksi berat.

b.      Kecacatan.

c.       Gangguan terhadap sistem tubuh yang lain.

d.      Kematian.