

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M.A.L DENGAN POST**  
**SC INDIKASI GEMELI, LETAK LINTANG, LETAK KAKI**  
**DAN KETUBAN PECAH DINI (KPD) DIRUANGAN NIFAS III**  
**RSUD ENDE**



**OLEH:**

**MEGA YONITA**  
**PO. 5303202210027**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**  
**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE**

**2024**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M.A.L DENGAN POST  
SC INDIKASI GEMELI, LETAK LINTANG, LETAK KAKI  
DAN KETUBAN PECAH DINI (KPD) DIRUANGAN NIFAS III  
RSUD ENDE**

Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program  
Pendidikan Diploma III Keperawatan pada Program Studi  
Keperawatan Ende



**OLEH:**

**MEGA YONITA**  
**PO. 5303202210027**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE  
2024**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan :

Nama : Mega Yonita

NIM : PO. 5303202210027

Program Studi : D - III Keperawatan Ende

Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. M.A.L Dengan Post SC Indikasi Gemeli, Letak Lintang, Letak Kaki Dan Ketuban Pecah Dini (KPD) Diruangan Nifas III RSUD Ende

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya susun ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil jiplakan maka, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende, 16 Juli 2024

Yang membuat pernyataan



**MEGA YONITA**  
**PO. 5303202210027**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. M.A.L DENGAN POST  
SC INDIKASI GEMELI, LETAK LINTANG, LETAK KAKI DAN  
KETUBAN PECAH DINI (KPD) DIRUANGAN NIFAS III RSUD ENDE**

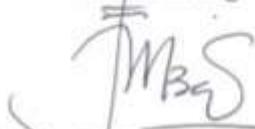
OLEH :

**MEGA YONITA**  
**NIM. PO5303202210027**

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui  
Oleh Pembimbing Untuk Diujikan

Ende, 16 Juli 2024

Pembimbing



**Martina Bedho, S. ST., M. Kes**  
**NIP. 196006271985032001**

Mengetahui

**Plh. Ketua Program Studi Keperawatan Ende  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



**Dr. Sisilia Legy Cahyani, S. Kep., Ns., MSc.**  
**NIP. 197401132002122001**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. M.A.L DENGAN POST SC INDIKASI  
GEMELI, LETAK LINTANG, LETAK KAKI DAN KETUBAN PECAH DINI (KPD)  
DIRUANGAN NIFAS III RSUD ENDE**

Karya Tulis Ilmiah ini telah Diujikan dan Dipertanggungjawabkan pada  
tanggal 19 Juli 2024

**OLEH:**

**MEGA YONITA**  
**NIM. PO5303202210027**

**Penguji Ketua**



**Dr. Sisilia Leny Cahvani, S. Kep., Ns., MSc**  
**NIP. 197401132002122001**

**Penguji Anggota**



**Martina Bedho, S. ST., M. Kes**  
**NIP. 196006271985032001**

Disahkan oleh :

**Plh. Ketua Program Studi Keperawatan Ende  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



**Dr. Sisilia Leny Cahvani, S. Kep., Ns., MSc**  
**NIP. 197401132002122001**

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis haturkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, kerana atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. M.A.L Dengan Post SC Indikasi Gemeli, Letak Lintang, Letak Kaki Dan Ketuban Pecah Dini (KPD) Diruangan Nifas III RSUD Ende.” dengan baik. Dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis tidak lepas dari campur tangan berbagai pihak, maka dari itu pada kesempatan ini, penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu penulis yaitu:

1. Bapak Irfan, SKM., M. Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
2. Bapak Aris Wawomeo, M. Kep., Ns., Sp. Kep. Kom, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk menimba ilmu di lembaga ini.
3. Ibu Martina Bedho, SST., M. Kes selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ibu Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep., Ns., MSc selaku penguji ketua yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan agar Karya Tulis Ilmiah ini menjadi lebih baik.
5. Para dosen dan tenaga kependidikan Program Studi DIII Keperawatan Ende.

6. Orang tua saya Bapak Rudy Djami, Mama Marselina Oktavia Raga Pau dan Bapak Besar Titus Lay yang selalu memberikan dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
  7. Keempat kakak saya Nhyken Djami, Dian Djami, Aston Djami dan Thio Djami serta Kakak Sepupu saya Esy Lay, Brian Lay, Librina Lay, Kevin Lay, Viktor Lay dan Viany Lay yang telah mendukung penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
  8. Teman-teman penulis yaitu Riny Sama, Anita Sende, Anita Mola, Elda Ndoa, Karlin Mbupu, Ren Juana, Vivin Seto, Putry Ludji, Anjeli Ludji Haba, Vicky Doko, Anita Ludji Haba yang selalu membantu menguatkan ketika penulis merasa kesulitan dan putus asa dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
  9. Ny. M.A.L dan keluarga yang telah bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
  10. Rekan-rekan mahasiswa angkatan 2021 Program Studi DIII Keperawatan Ende yang mendukung penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
- Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga penulis sangat membutuhkan masukan dan koreksi yang bersifat membangun dari kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata penulis mengucapkan limpah terima kasih dan berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi siapa pun yang membaca.

Ende, 16 Juli 2024

Penulis,

## ABSTRAK

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M.A.L DENGAN POST SC INDIKASI GEMELI, LETAK LINTANG, LETAK KAKI DAN KETUBAN PECAH DINI (KPD) DIRUANGAN NIFAS III RSUD ENDE

Mega Yonita <sup>(1)</sup>

Martina Bedho, S.ST., M. Kes <sup>(2)</sup>

Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep., Ns., MSc <sup>(3)</sup>

Persalinan SC merupakan proses pembedahan untuk melahirkan janin melalui irisan pada dinding perut dan dinding rahim atas dasar indikasi seperti placenta previa, presentasi atau letak abnormal pada janin. Masa nifas adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil. Menurut *World Health Organization (WHO)*, angka Sectio Caesrea diseluruh dunia telah meningkat dari sekitar 7% pada tahun 1990 dan menjadi 21% pada tahun 2021, serta diperkirakan akan terus berlanjut, pada tahun 2030.

Studi kasus ini bertujuan untuk melakukan asuhan keperawatan pada Ny. M.A.L dengan Post SC Indikasi Gemeli, Letak Lintang, Letak Kaki Dan Ketuban Pecah Dini (KPD) dan menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata. Metode yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Hasil studi kasus pada Ny. M.A.L ditemukan klien mengatakan nyeri pada luka operasi di abdomen, belum bisa duduk, berpindah, berjalan, mandi, ke toilet, berpakaian. Skala nyeri 2 (kualitas 6), adanya luka post operasi di abdomen tertutup kassa, keluar sedikit darah saat dipalpasi, kontraksi uterus baik/keras, lochea rubra, HBsAg (+). Masalah keperawatan yang muncul yaitu nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), gangguan kerusakan integritas jaringan/kulit berhubungan dengan prosedur operasi, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan proses pembedahan dan risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (virus HBsAg). Intervensi yang dilakukan berdasarkan diagnose keperawatan. Implementasi dilakukan selama 3 hari dan hasil evaluasi yaitu masalah nyeri sebagian teratasi, masalah gangguan integritas jaringan/kulit sebagian teratasi, masalah gangguan mobilitas fisik teratasi, dan masalah risiko infeksi tidak terjadi.

Dari studi kasus ini masalah nyeri dan gangguan integritas jaringan/kulit Sebagian teratasi. Saran untuk klien agar tetap merawat luka, menjaga kondisi fisik dan mampu mengatasi rasa nyeri jika timbul kembali.

**Kepustakaan: 20 buah (2017-2023)**

**kata kunci: Asuhan Keperawatan, Post SC**

1. Mahasiswa Program Studi DIII Keperawatan Ende
2. Dosen Pembimbing Program Studi DIII Keperawatan Ende
3. Dosen Penguji Program Studi DIII Keperawatan Ende

## ABSTRACT

### **NURSING CARE FOR MRS. M.A.L WITH POST SC INDICATIONS OF TICKLING, LATITUDE, FOOT LOCATION, AND PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES (KPD) IN THE POSTPARTUM ROOM OF III HOSPITALS IN ENDE**

Mega Yonita (1)

Martina Bedho, S.ST., M. Kes (2)

Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep., Ns., MSc (3)

SC delivery is a surgical process to deliver a fetus through an incision in the abdominal wall and uterine wall based on indications such as placenta previa, abnormal presentation or location of the fetus. The postpartum period is the period after the placenta is born and ends when the uterine organs return to their pre-pregnancy state. According to the World Health Organization (WHO), the number of Sectio Caesrea worldwide has increased from around 7% in 1990 and to 21% in 2021, and is expected to continue, in 2030.

This case study aims to provide nursing care to Mrs. M.A.L with Post SC Gemeli Indication, Latitude, Foot Location and Premature Rupture of Membranes (KPD) and analyzing the gap between theory and real cases. The method used in this scientific paper is a case study method with a nursing care approach which includes assessment, nursing diagnosis, nursing intervention, nursing implementation and evaluation.

The results of the case study on Mrs. M.A.L was found by the client saying he had pain in the abdominal surgical wound, he was unable to sit, move, walk, shower, go to the toilet, get dressed. Pain scale 2 (quality 6), there is a post-operative wound in the abdomen covered with gauze, a little blood comes out when palpated, uterine contractions are good/hard, lochea rubra, HBsAg (+). The nursing problems that arise are pain related to physical injury agents (surgical procedures), disruption of tissue/skin integrity related to surgical procedures, physical mobility disorders related to the surgical process and risk of infection related to chronic diseases (HBsAg virus). Interventions carried out are based on nursing diagnoses. Implementation was carried out for 3 days and the results of the evaluation were that the pain problem was partially resolved, the problem of tissue/skin integrity disorders was partially resolved, the problem of impaired physical mobility was resolved, and the problem of risk of infection did not occur.

From this case study, the problems of pain and tissue/skin integrity disorders were partially resolved. Advice for clients is to continue to care for wounds, maintain physical condition and be able to deal with pain if it arises again.

**Bibliography: 20 pieces (2017-2023)**

**Keywords: Nursing Care, Post SC**

1. Ende Nursing DIII Study Program student
2. Supervisor of the Ende DIII Nursing Study Program
3. Lecturer Examining the Ende DIII Nursing Study Program

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL</b>	
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>v</b>
<b>ABSRTAK .....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan.....	4
D. Manfaat Studi Kasus .....	5
<b>BAB IITINJAUAN TEORITIS.....</b>	<b>7</b>
A. Konsep Dasar Teori Nifas .....	7
B. Konsep Dasar Teori SC.....	12
C. Konsep Masalah Asuhan Keperawatan.....	26
D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan .....	35

<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>56</b>
A. Jenis/Rancangan/Desain Studi Kasus.....	56
B. Subyek Studi Kasus.....	56
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional) .....	56
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus .....	57
E. Prosedur Studi Kasus.....	57
F. Teknik Pengumpulan Data .....	57
G. Instrumen Pengumpulan Data .....	58
H. Keabsahan Data .....	58
I. Analisis Data .....	59
<b>BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>60</b>
A. Hasil Studi Kasus .....	60
B. Pembahasan.....	85
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>89</b>
A. Kesimpulan.....	89
B. Saran.....	90
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>92</b>

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Analisa data.....	16
Table 4.1 Riwayat obstetri .....	41
Table 4.2 Terapi/obat .....	61
Table 4.3 Analisa data.....	66
Tabel 4.4 Catatan perkembangan.....	69

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway Post SC .....	16
----------------------------------	----

## DAFTAR LAMPIRAN

Asuhan Keperawatan .....	94
Kartu Konsul KTI .....	101
Jadwal Kegiatan .....	107
Penjelasan Sebelum Melakukan Studi Kasus .....	108
Informent Consent.....	109
Daftar Riwayat Hidup .....	110

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Ibu adalah seorang perempuan yang melahirkan, merawat dan membesarkan seorang anak. Ibu memiliki peranan yang sangat penting dalam keluarga terutama pada proses perkembangan anak-anak. Ibu memiliki tugas untuk pemeliharaan jasmani dan mendidik anak. Pemeliharaan jasmani terjadi pada periode pertama kehidupan bayi, mulai dari hamil, bersalin dan menyusui. (Smanmt, 2020)

Kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu indikator yang menjadi tolok ukur pembangunan kesehatan di suatu negara. Ibu dan anak merupakan anggota keluarga yang perlu mendapatkan prioritas dalam penyelenggaraan upaya kesehatan, karena ibu dan anak merupakan kelompok rentan terhadap keadaan keluarga sehingga penilaian terhadap status kesehatan dan kinerja upaya kesehatan ibu dan anak penting untuk dilakukan (Putu Ekagy, 2020).

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologis, pada proses persalinan terjadi pengeluaran bayi, plasenta, dan membrane dari dalam rahim melalui jalan lahir. Wanita yang akan menghadapi persalinan pasti menginginkan persalinannya berjalan lancar dan dapat melahirkan bayi yang sempurna. Namun, tidak jarang proses persalinan mengalami hambatan dan harus dilakukan dengan tindakan pembedahan, baik karena pertimbangan

untuk menyelamatkan ibu dan janinnya ataupun keinginan pribadi pasien (Eriyani, et al., 2018).

Persalinan SC merupakan proses pembedahan untuk melahirkan janin melalui irisan pada dinding perut dan dinding rahim. Persalinan dengan metode SC dilakukan atas dasar indikasi medis baik dari sisi ibu dan janin, seperti placenta previa, presentasi atau letak abnormal pada janin, serta indikasi lainnya yang dapat membahayakan nyawa ibu maupun janin (Hayati, N. et al., 2023). Setelah menjalani operasi SC perlu diperhatikan dalam perawatan luka, perawatan payudara, vulva hygiene, nutrisi ibu menyusui, dan psikologis ibu selama masa nifas (Sinaga, 2017) dalam (Rantesigi Nirva, 2023).

Masa nifas adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa post partum berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Anggara Harry, 2019). Hal-hal yang terjadi pada post natal care yaitu perdarahan pasca persalinan, infeksi, payudara bengkak, dengan depresi pasca persalinan. Setelah masa nifas, organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti sebelum hamil. Beberapa dampak yang dapat terjadi pada ibu setelah menjalani operasi SC adalah Perdarahan pada area operasi, reaksi alergi terhadap obat, seperti mual dan gatal, cedera operasi, infeksi pada luka operasi, gumpalan darah dalam rahim atau rongga perut, gangguan kehamilan berikutnya, seperti perlengketan pada rahim atau rongga perut, meningkatkan risiko ruptur uteri (Siloam Hospitas, 2023). Oleh karena itu

selama masa nifas perlu mendapat perhatian lebih dikarenakan angka kematian ibu 60% terjadi pada masa nifas. Dalam angka kematian ibu (AKI) adalah penyebab banyaknya wanita meninggal dari suatu penyebab adalah kurangnya perhatian pada wanita post partum. (Sinaga, 2017) dalam (Rantesigi Nirva, 2023).

*World Health Organization* (WHO) menetapkan standar rata-rata SC di sebuah negara adalah sekitar 5-15 % per 1000 kelahiran di dunia. Rumah Sakit pemerintah kira-kira 11 % sementara Rumah Sakit swasta lebih dari 30% (Gibbson L. et al.,2010) dalam (Anggara Harry, 2019). Menurut *World Health Organization* (WHO), angka Sectio Caesrea diseluruh dunia telah meningkat dari sekitar 7% pada tahun 1990 dan menjadi 21% pada tahun 2021, serta diperkirakan akan terus berlanjut, pada tahun 2030. Angka tertinggi kemungkinan besar akan terjadi di Asia Timur (63%), Amerika Latin dan Karibia (54%), Asia Barat (50%), Afrika Utara (48%), Eropa Selatan (47%), Australia dan Selandia Baru (45%) (WHO, 2021).

Menurut dari Riset Kesehatan Dasar Republik Indonesia, tindakan SC sebanyak 15,3% pada 7.440 persalinan di tahun 2013 dan mengalami peningkatan sebanyak 17,6% dari 78.736 persalinan di tahun 2018. Prevalensi tertinggi tindakan SC pada persalinan di Indonesia terjadi di DKI Jakarta (31,3%) dan prevalensi terendah terjadi di Papua (6,7%). (Riskesdas, 2018) dalam (Sudarsih, I. et al., 2022).

Data dari Riset Kesehatan Dasar, tindakan sectio caesarea di provinsi NTT tahun 2018 sebanyak (9,97%) (Riskesdas, 2018). Kasus SC di

Kabupaten Ende dalam 2 tahun terakhir terjadi peningkatan dimana pada tahun 2022 sebanyak 27,18 % atau 491 kasus dari 1.806 persalinan dan di tahun 2023 sebanyak 28,43% atau 607 kasus dari 2.135 persalinan (RSUD Ende, 2024).

Upaya yang dilakukan untuk menangani kasus tersebut salah satunya dengan melaksanakan Asuhan Keperawatan pada ibu Post SC yang diberikan secara komprehensif melalui proses pendekatan keperawatan berupa pengkajian, menentukan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi (Anggria Vevi, 2022)

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka rumusan masalah dari studi kasus ini adalah “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Ibu Post SC di RSUD Ende?”

## **C. Tujuan**

Adapun tujuan dari studi kasus ini dibagi menjadi dua, yaitu :

### **1. Tujuan Umum**

Mampu melakukan asuhan keperawatan pada Ibu Post SC di RSUD Ende.

### **2. Tujuan Khusus**

a. Mampu menjelaskan konsep teori Post SC dengan indikasi gemeli, letak lintang, letak kaki, dan ketuban pecah dini (KPD) di RSUD Ende.

- b. Mampu mengkaji pasien Post SC dengan indikasi gemeli, letak lintang, letak kaki, dan ketuban pecah dini (KPD) di RSUD Ende.
- c. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Post SC dengan indikasi gemeli, letak lintang, letak kaki, dan ketuban pecah dini (KPD) di RSUD Ende.
- d. Mampu menyusun perencanaan keperawatan pada pasien Post SC dengan indikasi gemeli, letak lintang, letak kaki, dan ketuban pecah dini (KPD) di RSUD Ende.
- e. Mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan pada pasien Post SC dengan indikasi gemeli, letak lintang, letak kaki, dan ketuban pecah dini (KPD) di RSUD Ende.
- f. Mampu menganalisa kesenjangan yang terjadi antara teori dan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Post SC dengan indikasi gemeli, letak lintang, letak kaki, dan ketuban pecah dini (KPD) di RSUD Ende.

#### **D. Manfaat Studi Kasus**

Adapun manfaat dari studi kasus ini adalah :

1. Bagi Mahasiswa

Hasil studi kasus ini dapat menambah pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Post SC.

2. Bagi Institusi

Dapat membantu perkembangan ilmu keperawatan khususnya proses keperawatan dengan Post SC.

### 3. Bagi Masyarakat

Hasil studi kasus ini diharap memberi kontribusi dalam peningkatan status kesehatan masyarakat khususnya pasien dan keluarga dengan melakukan perawatan post SC dirumah.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORITIS**

#### **A. Konsep Dasar Teori Nifas**

##### **1. Pengertian**

Masa nifas adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Anggara Harry, 2019).

##### **2. Perubahan fisiologi ibu nifas**

Perubahan-perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu masa nifas menurut Zahroh Nuursafa, (2021) yaitu:

###### **a. Uterus**

Uterus berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Segera setelah melahirkan fundus uterus setinggi 2 jari diatas pusat, setelah 12 jam fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000 gr. Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari bawah pusat dengan berat uterus 750 gr. Satu minggu post partum tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat dengan simpisis, berat uterus 500 gr. Dua minggu post partum tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simpisis dengan berat uterus 350 gr. Enam minggu post partum fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 50 gr. Ketika plasenta dikeluarkan pembuluh darah akan robek dan terjadinya pendarahan disaat itu uterus akan berkontraksi untuk

menutup pembuluh darah sehingga tidak terjadi pendarahan. Saat uterus berkontraksi fundus uteri akan teraba keras/kencang.

b. Serviks

Serviks merupakan bagian dasar dari uterus yang bentuknya menyempit sehingga disebut juga sebagai leher rahim. Serviks menghubungkan uterus dengan saluran vagina dan sebagai jalan keluarnya janin dan uterus menuju saluran vagina pada saat persalinan. Segera setelah persalinan, bentuk serviks akan melebar seperti corong. Hal ini disebabkan oleh korpus uteri yang berkontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi. Warna serviks berubah menjadi merah kehitaman karena mengandung banyak pembuluh darah dengan konsistensi lunak. Segera setelah janin dilahirkan, serviks masih dapat dilewati oleh tangan pemeriksa. Setelah 2 jam persalinan serviks hanya dapat dilewati oleh 2-3 jari dan setelah 1 minggu persalinan hanya dapat dilewati oleh 1 jari, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

c. Vagina

Sesuai dengan fungsinya sebagai bagian lunak dan jalan lahir dan merupakan saluran yang menghubungkan cavum uteri dengan tubuh bagian luar, vagina juga berfungsi sebagai saluran tempat dikeluarkannya sekret yang berasal dari cavum uteri selama masa nifas yang disebut lochea. Karakteristik lochea dalam masa nifas adalah sebagai berikut:

1) Lochea rubra

Lochea ini keluar pada hari ke 1-3 post partum dengan warna merah kehitaman yang berisi sisa mekoneum, sisa-sisa plasenta dan sisa darah.

2) Lochea Sanguilenta

Lochea ini keluar pada hari 3-7 post partum dengan warna merah kecoklatan bercampur darah yang berisi sisa darah bercampur lendir.

3) Lochea Serosa

Lochea ini keluar setelah 1 minggu post partum dengan warna kekuningan yang bercampur sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.

4) Lochea Alba

Lochea ini keluar setelah 2 minggu post partum dengan warna putih yang mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

d. Vulva

Sama halnya dengan vagina, vulva juga mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Beberapa hari pertama sesudah proses melahirkan vulva tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva akan kembali kepada keadaan tidak hamil dan labia menjadi lebih menonjol.

e. Payudara (mamae)

Setelah kelahiran plasenta, konsentrasi estrogen dan progesteron menurun, prolactin dilepaskan dan sintesis ASI dimulai. Suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vascular sementara. Air susu sata diproduksi disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara dihisap oleh bayi untuk pengadaaan dan keberlangsungan laktasi. ASI yang akan pertama muncul pada awal nifas adalah ASI yang berwarna kekuningan yang biasa dikenal dengan sebutan kolostrum. Kolostrum telah terbentuk di dalam tubuh ibu pada usia kehamilan  $\pm$  12 minggu. Perubahan payudara dapat meliputi:

- 1) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolactin setelah persalinan.
- 2) Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke 2 atau hari ke 3 setelah persalinan
- 3) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi

f. Tanda-tanda vital

Perubahan tanda-tanda vital pada ibu nifas adalah sebagai berikut:

a) Suhu tubuh

Setelah proses persalinan suhu tubuh dapat meningkat dari keadaan normal. Setelah 12 jam persalinan suhu tubuh akan kembali keadaan semula.

b) Nadi

Setelah proses persalinan frekuensi nadi sedikit melambat. Namun, pada masa nifas biasanya nadi kembali normal.

c) Tekanan darah

Setelah partus, tekanan darah dapat sedikit lebih rendah dibanding pada saat hamil karena terjadinya perdarahan pada proses persalinan.

### **3. Perubahan Psikologis Masa Nifas**

Zahroh Nuursafa, (2021) menjelaskan ada 3 tahap penyesuaian psikologi ibu dalam masa post partum :

a. Fase Taking In

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Gangguan psikologi yang dapat dialami oleh ibu pada fase ini adalah :

- 1) Kekecewaan pada bayinya.
- 2) Ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami.
- 3) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.
- 4) Kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya.

b. Fase Taking Hold

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung.

c. Fase Letting Go

Fase ini merupakan fase menerima tanggungjawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.

**4. Tahapan Masa Nifas**

a. Puerperium dini

Suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan.

b. Puerperium intermedial

Suatu masa dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih enam minggu.

c. Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi (Anggara Harry, 2019).

**B. Konsep Dasar Teori SC**

**1. Pengertian**

Sectio Caesarea merupakan tindakan mengeluarkan bayi melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus untuk menyelamatkan ibu dan bayi atas beberapa indikasi medis seperti gawat janin, persalinan lama, plasenta previa, mal presentasi janin atau letak lintang, panggul sempit, prolaps tali pusat dan preeklamsi (Sumaryati et.al., 2018) dalam (Rahmadati, N.A et.al., 2022).

## 2. Indikasi SC

Sari Erni (2022) menjelaskan indikasi dari pasien Sectio Caesarea adalah sebagai berikut :

### a. Indikasi pada ibu

- 1) Plasenta Previa
- 2) Panggul sempit.
- 3) *Disporsi sefalo-pelvik* : ketidakseimbangan antara ukuran kepala dengan panggul.
- 4) Partus lama
- 5) Ruptur uteri mengancam
- 6) Partus tak maju
- 7) *Distosia serviks*
- 8) Pre-eklamsia
- 9) Disfungsi uterus
- 10) Distosia jaringan lunak.
- 11) Ketuban pecah dini

### b. Indikasi pada janin

- 1) Letak lintang, letak bokong.
- 2) Gemeli (kembar)
- 3) *Giant baby* ( bayi raksasa/ BB >4000gr)
- 4) Gawat janin.

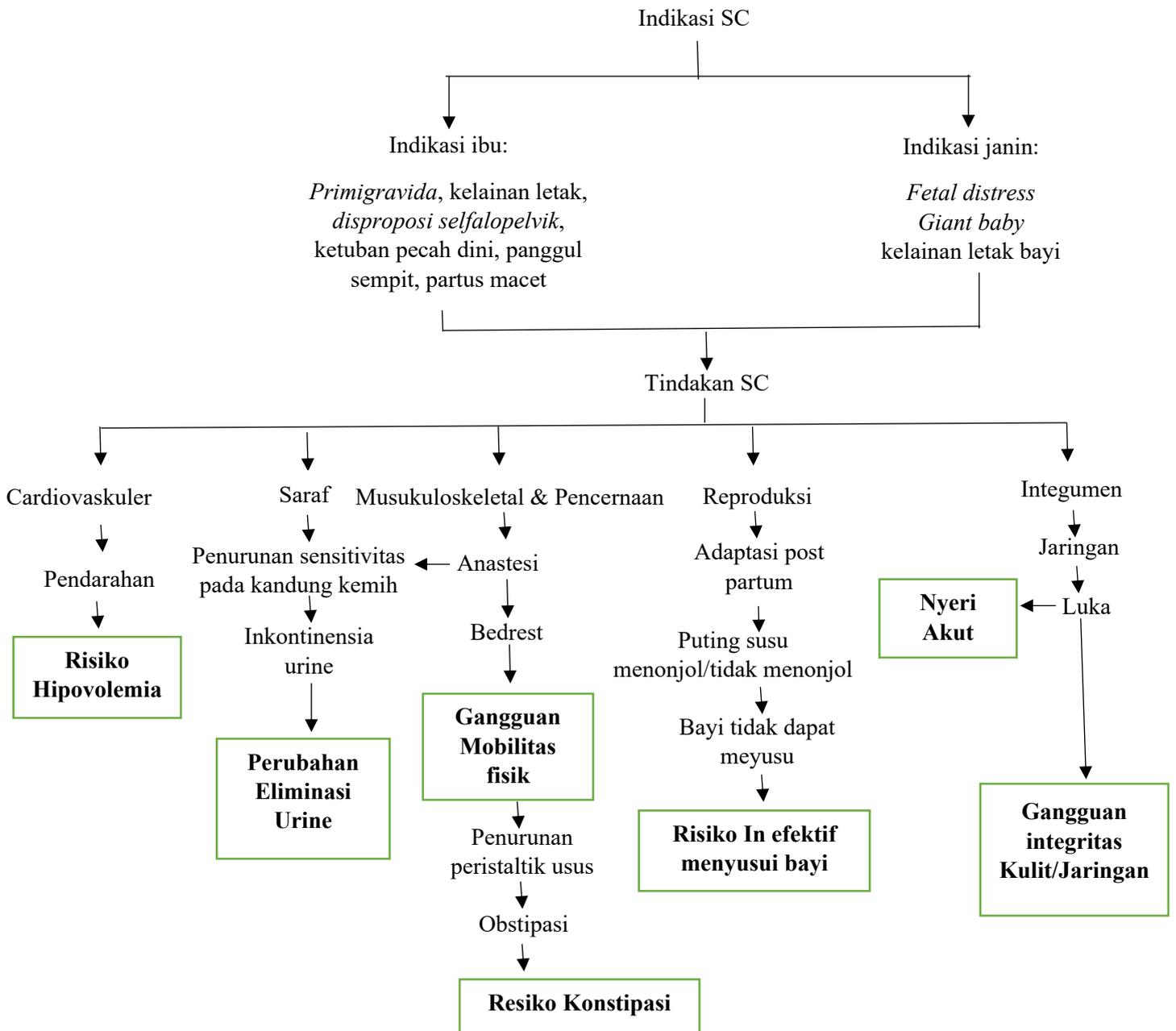
### **3. Patofisiologi**

Tindakan SC dilakukan apabila ada indikasi pada ibu ataupun bayi seperti panggul sempit, plasenta previa, dispoportion, ruptur uteri, partus lama dan preeklamsi yang menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan. Sebelum pembedahan dimulai klien dilakukan tindakan anestesi baik umum ataupun regional. Selama proses pembedahan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen, sehingga menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar daerah insisi. Setelah proses pembedahan berakhir daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka Post SC dan menimbulkan masalah gangguan integritas kulit/jaringan, dan setelah efek obat anestesinya habis akan menimbulkan rangsangan pada area sensorik memicu pengeluaran histamin dan prostaglandin sehingga klien merasa nyeri dan tidak nyaman. Selain itu luka Post SC dan area vagina yang mengalami pengeluaran lochea apabila tidak di rawat dengan baik akan menimbulkan masalah risiko infeksi.

Klien post SC akan mengalami perubahan pola eliminasi urine karena terjadi penurunan sensitivitas pada kandung kemih yang menyebabkan inkontinensia urine dan distensi kandung kemih dimana ibu nifas tidak dapat mengontrol pengeluaran urine. Pengaruh lainnya yaitu terjadi penurunan produksi progesteron dan esterogen yang menyebabkan terjadinya kontraksi uterus secara adekuat, ditandai dengan pengeluaran lochea, dan sebaliknya kontraksi yang tidak

adekuat menyebabkan perdarahan sehingga klien kekurangan volume cairan dan elektrolit yang akan menyebabkan adanya risiko syok hipovolemik. Selain itu akibat dari anastesi pasien mengalami kelemahan dimana pasien tidak mampu beraktivitas yang menimbulkan terjadinya gangguan mobilitas. Pasien post SC akan mengalami penurunan peristaltik usus akibat kurangnya aktivitas karena efek anastesi yang menimbulkan risiko konstipasi. Klien dengan Post SC akan mengalami masa adaptasi Post Partum dari aspek fisiologis puting susu tidak menonjol menyebabkan bayi tidak dapat menyusui sehingga nutrisi bayi tidak terpenuhi, dan timbul masalah risiko in efektif menyusui bayi (Ahmad yusrilla, 2020).

#### 4. Pathway



Gambar 2.1 Pathway Post SC (Ningrum Dian, 2021)

## 5. Manifestasi klinis

Menurut Twistina Antonia (2019), manifestasi klinis pada klien dengan post SC:

- a. Nyeri yang disebabkan luka hasil bedah
- b. Pergerakan terbatas akibat nyeri
- c. Adanya luka insisi dibagian abdomen
- d. Pengaruh anastesi dapat memicu mual dan muntah
- e. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml.
- f. Distensi kandung kemih
- g. Inkontinensia urine akibat anastesi
- h. Terpasang kateter.
- i. Bising usus tidak ada.

Manifestasi nifas menurut Zahroh Nuursafa, (2021) yaitu:

- a. Aliran lochea sedang bebas bekuan, berlebihan dan banyak.
- b. Puting susu menonjol/tidak menonjol
- c. Tinggi fundus uteri segera setelah melahirkan 2 jari diatas pusat
- d. Kontraksi rahim teraba keras/tidak
- e. Pada vagina keluaranya cairan darah segar bercampur sisa-sisa selaput ketuban (lochea rubra/kurenta)
- f. Kolostrum sudah keluar/belum
- g. Payudara menjadi besar dan keras

## 6. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang post SC menurut Anggria Vevi, (2022) :

- a. Hemoglobin atau hematocrit (Hb/Ht) untuk menguji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan. Pada pasien post SC mengalami penurunan kadar Hb dan Ht. Hb memiliki nilai normal 12,3-15,3 g/dL sedangkan Ht memiliki nilai normal 36,0-45,0%
- b. Leukosit (WBC) mengidentifikasi adanya infeksi, pada ibu dengan Post SC biasanya mengalami risiko peningkatan kadar leukosit dalam darah mencapai 9.000-25.000 uL. Kadar leukosit ini akan normal lagi dalam waktu 4 minggu, nilai normal leukosit yaitu 3.600-10.600 uL.
- c. Urinalisis : menentukan kadar albumin/glukosa, pada ibu post SC biasanya mengalami penurunan kadar albumin, nilai normal kadar albumin yaitu 3,2-4,6 g/Dl
- d. Kultur : mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II
- e. Pemeriksaan elektrolit : memastikan status uterus dan biasanya pada ibu post SC mengalami kekurangan elektrolit yang bisa menyebabkan hipovolemi.

## **7. Komplikasi**

- a. Infeksi Puerferral (nifas)
  - 1) Ringan, dengan kenaikan suhu hanya beberapa hari saja
  - 2) Sedang, dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung
  - 3) Berat, dengan peritonitis, sepsis dan illeus paralitik. Infeksi berat sering kita jumpai pada partus terlantar, sebelum timbul infeksi nifas, telah terjadi infeksi intra partum karena ketuban pecah terlalu lama.
- b. Pendarahan karena:
  - 1) Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka.
  - 2) Atonia uteri.
  - 3) Pendarahan pada placentar bed.
- c. Kandung kemih, emboli paru dan keluhan kadung kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi.
- d. Kemungkinan rupture uteri spontan pada kehamilan mendatang  
(Anggria Vevi, 2022)

## **8. Penatalaksanaan**

- a. Pre operasi SC
  - 1) Persiapan kamar operasi
    - a) Kamar operasi telah dibersihkan dan siap untuk dipakai.
    - b) Peralatan dan obat-obatan telah siap semua termasuk kain operasi.

## 2) Persiapan pasien

- a) Pasien telah dijelaskan tentang prosedur operasi.
- b) Informed consent telah ditanda tangani oleh pihak keluarga ibu.
- c) Perawat memberi support kepada ibu.
- d) Daerah yang akan diinsisi telah dibersihkan (rambut pubis dicukur dan sekitar abdomen telah dibersihkan dengan antiseptic).
- e) Pemeriksaan tanda-tanda vital dan pengkajian untuk mengetahui penyakit yang pernah diderita oleh ibu.
- f) Pemasangan IVFD.
- g) Skin test untuk memastikan apakah ibu mempunyai alergi dengan obat
- h) Injeksi obat antibiotic apabila tidak ada alergi.
- i) Pemeriksaan laboratorium (darah, urine).
- j) Pemeriksaan USG.
- k) Ibu puasa selama 6 jam sebelum dilakukan operasi (Anggara Harry, 2019).

## b. Post operasi SC

### 1) Medis

#### a) Analgesik

##### (1) Meperidin

Indikasi : Nyeri sedang hingga berat

Kontraindikasi: Gangguan paru, kor pulmonal, asma atau PPOK, depresi pernapasan, cedera kepala atau lesi intrakranial, gangguan kejang.

Efek samping: Ketergantungan, depresi SSP dan pernapasan, kejang, mual, muntah, ileus, hipotensi, bradikardia, retensi urin, reaksi alergi, mengantuk.

## (2) Morfin

Indikasi : Nyeri akut/pasca dan perioperatif, sedasi di ICU, sakit kronis, perawatan paliatif.

Kontraindikasi: Depresi pernapasan, asma bronkial akut/kronik, ileus paralitik.

Efek samping: Depresi pernapasan, apnea, muntah, mual, dehidrasi, dispnea, sepsis, depresi peredaran darah, syok, henti jantung, pruritus, retensi urin, sakit kepala, mengantuk.

## (3) Paracetamol

Indikasi : Nyeri, demam.

Kontraindikasi: Gagal hati dan ginjal

Efek samping: Edema, hipertensi, hipervolemia, hipotensi, kecemasan, kelelahan, diare, mual, muntah.

b) Antibiotik

(1) Amoxicillin

Indikasi : Infeksi pada (telinga, hidung, tenggorokan, saluran genitourinari, kulit dan struktur kulit, saluran pernapasan bagian bawah), gonore, akut atau komplikasi, antraks.

Kontraindikasi: Riwayat hipersensitivitas terhadap penisilin, pasien mononukleosis menular mengalami ruam, gangguan fungsi ginjal dan hati.

Efek samping: Mual, muntah, diare, ruam.

(2) Salep Bioplacenton

Indikasi : Luka bakar, luka dengan infeksi, luka kronik dan jenis luka lainnya.

Kontraindikasi: Hipersensitif terhadap ekstra placenta atau neomycin.

Efek samping: Reaksi kulit seperti kemerahan dan urtikaria

c) Antiemetik

(1) Metoclopramid

Indikasi : Penyakit refluks gastroesofagus, mual, muntah

Kontraindikasi: Obstruksi saluran cerna, perforasi atau perdarahan, kejang.

Efek samping: Diare, mengantuk, pusing dan gelisah

d) Antidiuretik

(1) Oxytocin

Indikasi : bagi ibu yang mengalami preeklamsia, diabetes ibu, ketuban pecah dini, bagi ibu dengan rahim inaktif memerlukan rangsangan untuk memulai persalinan, mengontrol pendarahan pasca persalinan, untuk ibu yang mengalami aborsi yang tidak dapat dihindari atau tidak tuntas pada trimester kedua.

Kontraindikasi: herpes genital aktif, vasa previa, plasenta previa lengkap, kanker serviks invasif, prolaps atau presentasi tali pusat.

Efek samping: eritema ditempat suntikan, kontraksi yang semakin intensif, kontraksi yang lebih sering, mual, muntah, sakit perut, dan kehilangan nafsu makan.

e) OAINS (Obat Anti Inflamasi Non Steroid)

(1) Ketorolac

Indikasi : Nyeri

Kontraindikasi: Asma, trias aspirin, gangguan koagulasi, gangguan ginjal, penyakit jantung, radang usus.

Efek samping: pencernaan terganggu, sakit kepala, mual, sakit perut, mengantuk, diare, ruam, edema, nyeri tempat suntikan, hipertensi, perut kembung.

## 2) Keperawatan

### a) Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan bertahap meliputi miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6-8 jam setelah operasi, latihan pernapasan dapat dilakukan sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah sadar. Hari pertama post operasi pasien dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya, kemudian posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi posisi semifowler dan selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri dan pada hari ke-3 pasca operasi pasien dapat dipulangkan.

### b) Perawatan luka

Luka insisi di inspeksi setiap hari, kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti. Bersihkan luka dengan menggunakan cairan NaCl dan ditutupi kasa steril serta plaster. Secara normal jahitan kulit dapat diangkat pada hari ke empat setelah pembedahan.

### c) Perawatan vulva hygiene

Selama masa nifas penting untuk menjaga kebersihan organ reproduksi dengan membersihkan daerah vulva dari depan ke belakang setelah buang air kecil atau besar, mengganti pembalut secara rutin 3-4 kali sehari, pastikan untuk mencuci

tangan menggunakan sabun dan air mengalir setiap sebelum maupun sesudah mengganti pembalut (Siloam hospital, 2023).

d) Menyusui

Menyusui dapat dimulai pada hari pasca operasi sectio caesarea. Apabila pasien memutuskan untuk tidak menyusui, dapat diberikan bebat untuk menopang payudara tanpa terlalu menekan dan biasanya dapat mengurangi rasa nyeri. Jika puting susu tenggelam lakukan perawatan payudara dengan memijat lembut dibagian areola dengan menjepit telunjuk dan ibu jari.

e) Nutrisi

Setelah operasi, ibu puasa selama 6-8 jam, kemudian minum sedikit-sedikit 1-2 sendok makan, kalau sudah flaktus makan secara bertahap, mulai dari bubur saring, bubur biasa sampai nasi. Ibu nifas harus mengkonsumsi makanan yang mengandung zat-zat yang berguna bagi tubuh ibu pasca melahirkan dan untuk persiapan produksi ASI, terpenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, zat besi, vitamin dan mineral untuk mengatasi anemia, cairan dan serat untuk memperlancar ekskresi. Asupan tablet tambah darah dan zat besi diberikan selama 40 hari post partum.

## **C. Konsep Masalah Asuhan Keperawatan**

### **1. Definisi**

Masalah Keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

### **2. Faktor yang berhubungan**

Kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan klien mengalami masalah kesehatan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

### **3. Kriteria Masalah**

Dalam kriteria masalah terdapat tanda/gejala yaitu: kriteria mayor dan minor. Kriteria Mayor: tanda/gejala ditemukan sekitar 80%-100% untuk validasi diagnosa. Kriteria Minor: tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakkan diagnosis. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

### **4. Masalah Keperawatan Post SC**

Berikut ini adalah uraian dari masalah keperawatan yang muncul pada pasien post SC berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan (PPNI, 2017):

a. Nyeri akut

1) Definisi: pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2) Penyebab

a) Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)

b) Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan)

c) Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan).

3) Gejala dan tanda mayor

Subjektif: Mengeluh nyeri

Objektif: Tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

4) Gejala dan tanda minor

Subjektif: -

Objektif: tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

b. Perubahan pola eliminasi urine

1) Definisi: disfungsi eliminasi urine

2) Penyebab:

- a) Penurunan kapasitas kandung kemih
- b) Iritasi kandung kemih
- c) Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih
- d) Efek tindakan medis dan diagnostik (mis. operasi ginjal, operasi saluran kemih, anestesi, dan obat-obatan)
- e) Kelemahan otot pelvis
- f) Ketidakmampuan mengakses toilet (mis. imobilitas)
- g) Hambatan lingkungan
- h) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi
- i) Outlet kandung kemih tidak lengkap (mis. anomali saluran kemih kongenital)
- j) Imaturitas (pada anak usia < 3 tahun)

3) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif: Desekan berkemih (Urgensi), urin menetas (dribbling), sering buang air kecil, nocturia, mengompol, enuresis.

Objektif: Distensi kandung kemih, berkemih tidak tuntas (Hesitancy), volume residu urin meingkat

#### 4) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif: -

Objektif: -

#### c. Gangguan mobilitas fisik

1) Definisi: keterbatasan dalam Gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara bertahap secara mandiri.

2) Penyebab:

a) Kerusakan integritas struktur tulang

b) Perubahan metabolisme

c) Ketidakbugaran fisik

d) Penurunan kendali otot

e) Penurunan massa otot

f) Penurunan kekuatan otot

g) Keterlambatan perkembangan

h) Kekakuan sendi

i) Kontraktur

j) Malnutrisi

k) Gangguan musculoskeletal

l) Gangguan neuromuscular

m) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia

n) Efek agen farmakologis

o) Program pembatasan gerak

p) Nyeri

q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik

r) Kecemasan

s) Gangguan kognitif

t) Keengganan melakukan pergerakan

u) Gangguan sensori persepsi

3) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif: Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif: Kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun.

4) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif: Nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak.

Objektif: Sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

d. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan

1) Definisi: Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan /atau ligamen).

2) Penyebab:

a) Perubahan sirkulasi

b) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)

c) Kelebihan/kekurangan volume cairan

d) Penurunan mobilitas

- e) Bahan kimia iritatif
  - f) Suhu lingkungan yang ekstrem
  - g) Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan)
  - h) Efek samping terapi radiasi
  - i) Kelembaban
  - j) Proses penuaan
  - k) Neuropati perifer
  - l) Perubahan pigmentasi
  - m) Perubahan hormonal
  - n) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan.
- 3) Gejala dan tanda mayor
- Subjektif: (tidak tersedia)
- Objektif: Kerusakan jaringan dan / atau lapisan kulit.
- 4) Gejala dan tanda minor
- Subjektif: (tidak tersedia)
- Objektif: Nyeri, perdarahan, kemerahan, hermatoma
- e. Risiko in efektif menyusui bayi
- 1) Definisi: kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui.

2) Penyebab:

Fisiologis:

- a) Ketidakadekuatan suplai ASI
- b) Hambatan pada neonatus (mis. prematuritas, sumbing)
- c) Anomali payudara ibu (mis. puting yang masuk ke dalam)
- d) Ketidakadekuatan refleks oksitosin
- e) Ketidakadekuatan refleks menghisap bayi
- f) Payudara bengkak
- g) Riwayat operasi payudara
- h) Kelahiran kembar

Situasional:

- a) Tidak rawat gabung
- b) Kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan/atau metode menyusui
- c) Kurangnya dukungan keluarga
- d) Faktor budaya

3) Gejala dan Tanda mayor

Subjektif: Kelelahan maternal, kecemasan maternal.

Objektif: Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu, ASI tidak menetas/memancar, BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam, nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua.

#### 4) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif:

Objektif: Intake bayi tidak adekuat, bayi menghisap tidak terus menerus, bayi menangis saat disusui, bayi rewel dan menangis terus dalam jam-jam pertama setelah menyusui, menolak untuk mengisap.

#### f. Risiko hipovolemi

1) Definisi: berisiko mengalami penurunan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau intraseluler.

2) Penyebab:

- a) Kehilangan cairan secara aktif
- b) Gangguan absorpsi cairan
- c) Usia lanjut
- d) Kelebihan berat badan
- e) Status hipermetabolik
- f) Kegagalan mekanisme regulasi
- g) Evaporasi
- h) Kekurangan intake cairan
- i) Efek agen farmakologis

#### g. Risiko konstipasi

1) Definisi: penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak.

2) Penyebab:

Fisiologis

- a) Penurunan motilitas gastrointestinal
- b) Pertumbuhan gigi tidak adekuat.
- c) Ketidackukupan diet.
- d) Ketidackukupan asupan serat.
- e) Ketidackukupan cairan.
- f) Aganglionik (mis. Penyakit Hirschsprung).
- g) Kelemahan otot abdomen.

Psikologis:

- a) Konfusi.
- b) Depresi.
- c) Gangguan emosional.

Situasional:

- a) Perubahan kebiasaan makan (mis: jenis makanan, jadwal makan).
- b) Ketidakefektifan toileting.
- c) Aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan.
- d) Penyalahgunaan laksatif.
- e) Efek agen farmakologis.
- f) Ketidakteraturan kebiasaan defekasi.
- g) Kebiasaan menahan dorongan defekasi.
- h) Perubahan lingkungan.

## **D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

#### a. Pengumpulan Data

- 1) Identitas pasien dan penanggung
- 2) Keluhan utama

Pada ibu dengan kasus post SC keluhan utama yang timbul yaitu nyeri pada luka operasi, kaki kesemutan, pusing dan tidak mau kentut, efek anastesi dan pendarahan.

#### 3) Riwayat Kesehatan Sekarang

Berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya Operasi SC seperti kelainan letak bayi (letak sungsang dan letak lintang), faktor plasenta (plasenta previa, solution plasenta, plasenta accrete, vasaprevia), kelainan tali pusat (prolapses tali pusat, telilit tali pusat), bayi kembar (multiple pregnancy), preeklampsia, dan ketuban pecah dini yang nantinya akan membantu membuat rencana tindakan terhadap pasien. Riwayat pada saat sebelum inpartus di dapatkan cairan yang keluar pervaginam secara spontan kemudian tidak di ikuti tanda-tanda persalinan.

#### 4) Riwayat Kesehatan Dahulu

Didapatkan data bahwa klien riwayat SC sebelumnya, panggul sempit, serta letak bayi sungsang/Lintang. Meliputi penyakit yang lain dapat juga mempengaruhi penyakit sekarang, seperti adanya

penyakit Diabetes Melitus, jantung, hipertensi, hepatitis, abortus dan penyakit kelamin.

5) Riwayat Obstetri

Pada pengkajian riwayat obstetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, berapa kali ibu hamil, penolong persalinan, dimana ibu bersalin, cara bersalin, jumlah anak, apakah pernah abortus, dan keadaan keadaan ibu pasca operasi SC yang lalu.

6) Riwayat Persalinan

Meliputi jenis persalinan, lama persalinan, jumlah perdarahan, keadaan umum, jenis kelamin anak, keadaan anak.

7) Riwayat KB

Pengkajian riwayat KB dilakukan untuk mengetahui apakah klien pernah mengikuti program KB, jenis kontrasepsi, apakah terdapat keluhan dan masalah dalam penggunaan kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas ini akan alat kontrasepsi apa yang mungkin akan digunakan.

8) Data psikologis

Mengkaji sensitifitas terhadap isyarat bayi, respon ibu ketika bayi menangis, kepuasan terhadap persalinan, penerimaan diri, apakah sering menarik diri atau menangis.

9) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan Umum

Kesadaran, TTV (cek tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan)

b) Kepala

Bentuk kepala, kebersihan kepala, warna rambut dan apakah ada benjolan di kepala.

c) Mata

Terkadang terdapat pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva, dan kadang-kadang keadaan selaput mata pucat (anemia) karena proses persalinan yang mengalami perdarahan, sclera kuning.

d) Telinga

Yang dikaji adalah bentuk telinga simetris atau tidak, bagaimana kebersihannya, adakah cairan yang keluar dari telinga.

e) Hidung

Yang dikaji adalah apakah adanya polip atau tidak dan apabila pada post partum terkadang ditemukan pernapasan cuping hidung.

f) Leher

Apakah ditemukan ada/tidak pembesaran kelenjar tiroid dan kelejar getah bening.

g) Payudara

Yang dikaji adalah apakah bentuk payudara simetris kiri dan kanan, ada/tidak kelainan pada payudara, warna aerola, puting susu menonjol atau tidak, air susu lancar atau tidak, apakah terdapat benjolan atau tidak, hiperpigmentasi, nyeri tekan/tidak.

h) Abdomen, pemeriksaan yang dilakukan adalah inspeksi terdapat luka jahitan pasca sectio caesarea ditutupi menggunakan perban, adanya striae gravidarum, auskultasi bising usus, palpasi nyeri tekan pada luka, konsistensi uterus lembek / keras.

i) Genitalia

Apakah ada hematoma, oedema, tanda-tanda infeksi, periksa lochea meliputi warna, jumlah, dan konsistensinya. Biasanya ibu post SC menggunakan kateter, periksa pengeluaran urin lancar/tidak, pada pemeriksaan anus diperiksa apakah ada hemoroid atau tidak.

j) Ekstremitas

Meliputi ada infus/tidak, keadaan lokasi infus, jenis cairan, jumlah tetes, ada atau tidaknya varises, oedema, reflek patella, reflek Babinski, nyeri tekan atau panas pada betis, pemeriksaan human sign.

## 10) Pengkajian perpola

### a) Pola sirkulasi

DS:

DO: kehilangan darah selama proses pembedahan 600-800 ml, Hb normal 12,3-15,3 g/dL , Ht normal 36,0-45%, leukosit (WBC) normal 3.600-10.600 uL,

### b) Pola nutrisi, metabolik, dan eliminasi fekal

DS:

DO: bising usus tidak ada, pengaruh anestesi dapat memicu mual muntah

### c) Pola eliminasi urine

DS:

DO: distensi kandung kemih, inkontinensia urin akibat anestesi, terpasang kateter

### d) Pola aktifitas

DS:

DO: pergerakan terbatas akibat nyeri luka operasi

### e) Pola seksual

DS:

DO: aliran lochea sedang bebas bekuan, berlebihan dan banyak, puting susu menonjol/tidak, colostrum sudah keluar atau belum,

f) Pola neurosensori

DS: nyeri yang disebabkan luka hasil bedah

DO:

b. Tabulasi data

Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml, Hb normal 12,3-15,3 g/dL, Ht normal 36,0-45%, leukosit (WBC) normal 3.600-10.600 uL, pengaruh anastesi dapat memicu mual muntah, bising usus tidak ada, distensi kandung kemih, inkontinensia urine akibat anastesi, terpasang kateter, pergerakan terbatas akibat nyeri, aliran lokea sedang, bebas bekuan, berlebihan dan banyak, nyeri yang disebabkan luka hasil bedah, adanya luka insisi dibagian abdomen, puting susu menonjol/tidak, colostrum sudah keluar atau belum.

c. Klasifikasi data

DS: Nyeri yang disebabkan luka hasil bedah.

DO: Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml, Hb normal 12,3-15,3 g/dL, Ht normal 36,0-45%, leukosit (WBC) normal 3.600-10.600 uL, pengaruh anastesi dapat memicu mual muntah, bising usus tidak ada, distensi kandung kemih, inkontinensia urine, terpasang kateter, aliran lokea sedang, bebas bekuan, berlebihan dan banyak, adanya luka insisi dibagian abdomen, puting susu menonjol/tidak, colostrum sudah keluar atau belum.

d. Analisa

Tabel 2.1 Analisa data

Sign/symptom	Etiologi	Problem
DS: DO: kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml, Hb normal 12,3-15,3 g/dL, Ht normal 36,0-45%, leukosit (WBC) normal 3.600-10.600 uL, aliran lokea sedang, bebas bekuan, berlebihan dan banyak, pengaruh anastesi memicu mual muntah	Kehilangan cairan secara aktif (perdarahan)	Resiko Hipovolemi
DS: DO: Pergerakan terbatas akibat nyeri, bising usus tidak ada	Efek anastesi	Resiko Konstipasi
DS: DO: Adanya luka insisi dibagian abdomen	Prosedur operasi	Gangguan integritas kulit/jaringan
DS: DO: distensi kandung kemih, inkontinensia urine, terpasang kateter	Efek tindakan medis (anastesi)	Perubahan eliminasi urine
DS: DO: Pergerakan terbatas akibat nyeri	Efek anastesi	Gangguan mobilitas fisik
DS: nyeri yang disebabkan luka hasil bedah DO:	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Nyeri akut
DS: DO: puting susu menonjol/tidak, colostrum sudah keluar/belum	Abnomali puting susu	Resiko In efektif menyusui bayi

e. Proritas masalah

- 1) Nyeri akut
- 2) Perubahan pola eliminasi urine
- 3) Gangguan mobilitas fisik
- 4) Gangguan integritas kulit/jaringan

- 5) Risiko In efektif menyusui bayi
- 6) Risiko hipovolemi
- 7) Risiko infeksi
- 8) Risiko konstipasi

## **2. Diagnosa keperawatan**

- a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan  
DS: nyeri yang disebabkan luka hasil bedah  
DO:
- b. Perubahan pola eliminasi urin berhubungan dengan efek tindakan medis (anestesi) ditandai dengan  
DS:  
DO: distensi kandung kemih, inkontinensia urine akibat anestesi, terpasang kateter
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek anestesi ditandai dengan  
DS:  
DO: Pergerakan terbatas akibat nyeri
- d. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan prosedur operasi ditandai dengan  
DS:  
DO: Adanya luka insisi pada bagian abdomen

- e. Risiko in efektif menyusui bayi berhubungan dengan abnomali puting susu ditandai dengan

DS:

DO: puting susu menonjol/tidak, colostrum sudah keluar/belum

- f. Risiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif (perdarahan) ditandai dengan

DS:

DO: kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml, Hb normal 12,3-15,3 g/dL, Ht normal 36,0-45%, leukosit (WBC) normal 3.600-10.600 uL, aliran lokea sedang bebas bekuan, berlebihan dan banyak, pengaruh anastesi memicu mual muntah

- g. Risiko konstipasi berhubungan dengan efek anastesi ditandai dengan

DS:

DO: Pergerakan terbatas akibat nyeri, bising usus tidak ada

### **3. Intervensi keperawatan**

- a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan

DS: nyeri yang disebabkan luka hasil bedah

DO:

Tujuan: nyeri pasien berkurang

kriteria hasil:

- 1) Mampu mengontrol nyeri
- 2) Mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

Intervensi: manajemen nyeri

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, skala nyeri

Rasional: Nyeri merupakan pengalaman subyektif dan harus dijelaskan oleh pasien. Identifikasi karakteristik nyeri dan faktor yang berhubungan merupakan suatu hal yang amat penting untuk memilih intervensi yang cocok dan untuk mengevaluasi keefektifan dari terapi yang diberikan

- 2) Identifikasi respon nyeri non verbal

Rasional: raut wajah seseorang dalam merespon nyeri merupakan hal yang penting dalam menentukan perencanaan dan tindakan yang akan dilakukan

- 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Rasional: dengan mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri dapat menentukan tindakan yang tepat yang akan dilakukan

Terapeutik:

- 4) Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. terapi pijat, kompres hangat/dingin)

Rasional: Stimulasi dan Masase Kutaneus Masase merupakan stimulasi kutaneus tubuh secara umum yang dipusatkan pada

punggung dan tubuh. Masase dapat mengurangi nyeri karena membuat pasien lebih nyaman akibat relaksasi otot.

Kompres dingin menurunkan produksi prostaglandin sehingga reseptor nyeri lebih tahan terhadap rangsang nyeri dan menghambat proses inflamasi. Kompres hangat berdampak pada peningkatan aliran darah sehingga menurunkan nyeri dan mempercepat penyembuhan.

Edukasi

5) Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Rasional: dapat mengurangi nyeri yang dirasakan.

b. Perubahan pola eliminasi urin berhubungan dengan inkontinensia urine oleh efek anestesi ditandai dengan

DS:

DO: terpasang kateter

Tujuan : tidak terjadi inkontinensia urine (mengompol)

Kriteria hasil: pasien dapat berkemih tanpa kateter, sfingter uretra dapat terkontrol

Intervensi: manajemen eliminasi urine

Observasi

1) Monitor eliminasi urine (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna)

Rasional: mengetahui pola eliminasi urine

## Terapeutik

### 2) Pantau haluaran berkemih

Rasional: mengetahui keseimbangan pengeluaran urine dan dapat mencegah adanya dehidrasi dan overhidrasi dan masalah pola eliminasi klien

### 3) Lakukan bladder training

Rasional: meningkatkan kemandirian dalam eliminasi urine

## Edukasi

### 4) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemih

Rasional: terapi modalitas dapat memperkuat otot sehingga berkemih dengan baik

### 5) Anjurkan minum yang cukup

Rasional: dengan minum air yang cukup dapat memperlancar proses perkemihan

## c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek anestesi ditandai dengan

DS:

DO: Pergerakan terbatas akibat nyeri

Tujuan: mobilisasi secara mandiri

Kriteria hasil:

- 1) Klien mampu meningkatkan dalam aktifitas fisik
- 2) Mampu mengerti tujuan dan peningkatan mobilitas.

Intervensi: Dukungan mobilisasi

Observasi

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

Rasional: rasa nyeri dapat mengurangi pergerakan tubuh

- 2) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Rasional: kondisi tubuh yang kurang baik dapat memperlambat mobilisasi

Terapeutik

- 3) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu

Rasional: alat bantu dapat memudahkan dalam melakukan mobilisasi

- 4) Bantu melakukan pergerakan

Rasional: memudahkan dalam melakukan pergerakan dan mencegah resiko jatuh

- 5) Libat keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Rasional: dengan bantuan keluarga membuat pasien dapat meningkatkan kemampuan mobilisasi dan mencegah resiko jatuh

Edukasi

- 6) Anjurkan melakukan mobilisasi dini

Rasional: memudahkan melakukan pergerakan

- 7) Ajarkan mobilisasi secara bertahap yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi, dan ke kamar mandi)
- Rasional: melatih kekuatan otot sehingga dapat melakukan mobilisasi secara mandiri
- d. Gangguan integritas kuli/jaringan berhubungan dengan prosedur operasi ditandai dengan
- DS:
- DO: adanya luka insisi pada bagian abdomen
- Tujuan: tingkat regenerasi sel dan jaringan pada proses penutupan luka meningkat
- Kriteria hasil:
- 1) Penyatuan kulit meningkat
  - 2) Pembentukan jaringan parut meningkat
- Intervensi: Perawatan luka
- Observasi
- 1) Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau)
- Rasional: mendeteksi kemungkinan adanya tanda-tanda infeksi dan dapat melakukan tindakan yang sesuai.
- Terapeutik
- 2) Lepas balutan dan plester secara perlahan
- Rasional: langkah awal untuk tindakan perawatan luka

3) Bersihkan dengan cairan NaCl

Rasional: menjaga kelembaban luka

4) Berikan salep yang sesuai dengan kulit/lesi

Rasional: meningkatkan pertumbuhan jaringan dan mempercepat penyembuhan

5) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka

Rasional: mencegah kontaminasi kuman

6) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase

Rasional: mencegah kontaminasi kuman

Edukasi

7) Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein

Rasional: meningkatkan metabolisme dan kesehatan kulit serta meningkatkan sistem imun

8) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

Rasional: memandirikan pasien dalam melakukan perawatan luka

Kolaborasi

9) Kolaborasi pemberian antibiotik

Rasional: mencegah terjadinya infeksi

e. Risiko In efektif menyusui bayi berhubungan dengan Abnomali puting susu ditandai dengan

DS:

DO: puting susu menonjol/tidak, kolostrum sudah keluar/belum

Tujuan: in efektif menyusui tidak terjadi

Kriteria hasil: puting susu menonjol, kolostrum keluar, nutrisi bayi terpenuhi

Intervensi:

- 1) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui  
Rasional: Meningkatkan kepercayaan diri ibu agar ibu tetap tenang, rileks dan sabar dalam pemberian ASI eksklusif.
- 2) Ajarkan perawatan payudara (mis. memerah ASI, pijat payudara, dan pijat oksitosin)  
Rasional: Dengan menganjurkan massage payudara, agar puting susu menonjol, mengurangi sakitnya pada payudara dan membantu produksi ASI.
- 3) Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan pelekatan (lacth on) dengan benar
- 4) Gunakan standar nutrisi sesuai program diet dalam mengevaluasi kecukupan asupan makanan.  
Rasional: Menghindari dampak kekurangan gizi bagi ibu menyusui yang akan memengaruhi ibu serta bayinya.

f. Risiko hipovolemi berhubungan dengan Kehilangan cairan secara aktif ditandai dengan

DS :

DO: kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml,  
Hb normal 12,3-15,3 g/dL, Ht normal 36,0-45%, leukosit (WBC)

normal 3.600-10.600 uL, aliran lokea sedang bebas bekuan, berlebihan dan banyak, pengaruh anastesi memicu mual muntah

Tujuan: risiko hipovolemia tidak terjadi

Kriteria hasil: Intake cairan membaik

Intervensi : manajemen hipovolemia

Observasi

1) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)

Rasional: diperlukan untuk mengetahui tindakan apa yang dilakukan

2) Monitor intake dan output cairan

Rasional: Intake/asupan cairan untuk kondisi normal pada orang dewasa adalah kurang lebih 2500 cc perhari.

Output/pengeluaran cairan dalam kondisi normal orang dewasa adalah kurang lebih 2300 cc. Jika jumlah cairan yang masuk dan keluar kurang atau lebih dari batas normal maka akan mengalami hipervolemia dan hipovolemia.

Terapeutik

3) Hitung kebutuhan cairan

Rasional: Tubuh manusia tersusun sebagian besar oleh cairan.

Jumlah cairan tubuh total pada masing-masing individu dapat bervariasi menurut umur, berat badan, jenis kelamin serta

jumlah lemak tubuh maka harus dihitung berdasarkan rumus.

Rumus kebutuhan cairan orang dewasa:  $30\text{cc/kgBB}/24\text{jam}$

4) Berikan asupan cairan oral

Rasional: Makanan dan minuman yang masuk ke dalam tubuh dengan cara oral dapat menjadi asupan cairan dan elektrolit dalam keadaan normal.

Edukasi

5) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral

Rasional: Makanan dan minuman yang masuk ke dalam tubuh dengan cara oral dapat memperbaiki cairan dan elektrolit yang hilang.

6) Anjurkan untuk konsumsi tablet tambah darah dan vitamin A

Rasional: tablet tambah darah dan vitamin A dapat mengembalikan pengeluaran darah saat perdarahan dan mencegah terjadinya anemia.

Kolaborasi

7) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL)

Rasional: Natrium klorida isotonik memiliki konsentrasi garam yang sama dengan cairan tubuh manusia. NaCl jenis ini biasanya digunakan untuk mengganti cairan tubuh yang hilang, RL adalah cairan isotonik yang mengandung air dan elektrolit, yang biasanya digunakan untuk menggantikan cairan ekstraseluler yang hilang.

g. Risiko konstipasi berhubungan dengan efek anastesi ditandai dengan

DS:

DO: Pergerakan terbatas akibat nyeri, bising usus tidak ada

Tujuan: Risiko konstipasi tidak terjadi

Kriteria hasil: Tidak terjadi konstipasi.

Intervensi: pencegahan konstipasi

Observasi

1) Identifikasi faktor risiko konstipasi (mis. Asupan serat tidak adekuat, kelemahan otot, aktivitas fisik kurang)

Rasional: mengetahui tindakan selanjutnya yang akan dilakukan

2) Monitor tanda dan gejala konstipasi ( mis. Peristaltik menurun)

Rasional: mengetahui tindakan selanjutnya yang akan dilakukan

Terapeutik

3) Batasi minuman yang mengandung kafein dan alkohol

Rasional: minuman yang berkafein dan beralkohol dapat mengganggu proses pencernaan makanan

Edukasi

4) Jelaskan penyebab dan faktor risiko konstipasi

Rasional: dengan mengetahui penyebab konstipasi pasien dapat menghindari resiko sehingga tidak terjadi konstipasi

5) Anjurkan minum air putih sesuai dengan kebutuhan (1500-2000 mL/hari)

Rasional: minum air putih membantu proses pencernaan makan dengan baik

6) Anjurkan mengkonsumsi makanan berserat (25-30 gram/hari)

Rasional: makan yang berserat memperlancar proses pencernaan

7) Anjurkan meningkatkan aktifitas fisik sesuai kebutuhan

Rasional: aktivitas fisik membuat gerakan peristaltik usus normal dan terhindar dari resiko konstipasi

Kolaborasi

8) Kolaborasi dengan ahli gizi, jika perlu

Rasional: memperbaiki nutrisi pasien sehingga tidak terjadi konstipasi.

#### **4. Implementasi**

Implementasi Keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Ahmad Yusrila, 2020).

## **5. Evaluasi**

Evaluasi keperawatan adalah hasil akhir yang diharapkan pada ibu Post SC mampu mempertahankan kebutuhan perawatan diri, mampu mengatasi defisit perawatan diri dan dapat meningkatkan kemandirian. Masalah ketidaknyamanan fisik akibat SC dapat teratasi (Ahmad Yusrila, 2020).

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis/Rancangan/Desain Studi Kasus**

Karya tulis ilmiah jenis penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus. Penelitian deskriptif bertujuan untuk menggambarkan objek yang diteliti. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi pada pasien Post SC di Rumah Sakit Umum Daerah Ende

#### **B. Subyek Studi Kasus**

Subjek studi kasus yang digunakan pada asuhan keperawatan ini adalah individu dengan kasus yang telah diteliti secara rinci dan mendalam. Adapun subjek studi kasus yang diteliti berjumlah satu kasus dengan masalah keperawatan yang komperhensif dan holistic pada Ny. M.A.L dengan Post SC Indikasi Letak lintang, letak kaki, dan ketuban pecah dini (KPD) di RSUD Ende.

#### **C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)**

SC merupakan tindakan mengeluarkan bayi melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus untuk menyelamatkan ibu dan bayi atas beberapa indikasi medis seperti gawat janin, persalinan lama, plasenta previa, mal presentasi janin atau letak lintang, panggul sempit, prolaps tali pusat dan preeklamsi.

Masa nifas adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu.

Asuhan keperawatan merupakan rangkaian tahapan dalam proses keperawatan dimulai dari pengkajian sampai evaluasi.

#### **D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus**

Studi kasus telah dilaksanakan pada Ny. M.A.L di Ruang Nifas III RSUD Ende pada tanggal 03-05 juli 2024.

#### **E. Prosedur Studi Kasus**

Studi kasus diawali dengan penyusunan proposal dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh pembimbing studi kasus maka studi kasus dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Proses pengumpulan data diawali dengan meminta ijin Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan ijin dari Direktur kemudian meminta ijin kepala Ruang Nifas III, kemudian menyerahkan surat permohonan pengambilan pasien untuk menentukan kasus yang dipilih. Setelah itu menentukan responden lalu menjelaskan tujuan dan meminta tanda tangan informed consent.

#### **F. Teknik Pengumpulan Data**

##### **1. Wawancara**

Wawancara dilakukan berkaitan dengan biodata, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, pola-pola kesehatan, riwayat obstetri, riwayat kehamilan, riwayat persalinan sekarang riwayat

kontrasepsi, pola-pola Kesehatan dan data psikologis selama penulis melakukan asuhan keperawatan. Wawancara juga dilakukan untuk menanyakan biodata penanggung jawab, riwayat penyakit keluarga. Selain itu, wawancara juga dilakukan pada perawat di ruangan untuk mengkonfirmasi hasil-hasil pemeriksaan yang tercantum pada status pasien yang kurang dipahami penulis.

## 2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi pada Ny. M.A.L bertujuan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh peneliti dalam mendukung penulisan tugas akhir, observasi dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik kepada pasien prinsip head to toe dan hal ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan IPPA yaitu inspeksi palpasi, perkusi, dan auskultasi, dengan menggunakan instrument seperti stetoskop, thermometer dan tensi meter.

## 3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan membaca serta mencatat hasil pemeriksaan laboratorium, catatan medis dan keperawatan medis yang termuat di dalam status pasien.

## **G. Instrumen Pengumpulan Data**

Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah format Asuhan Keperawatan Maternitas

## **H. Keabsahan Data**

Keabsahan data merupakan standar kebenaran suatu data berupa data yang valid dan aktual. Pada studi kasus ini data diperoleh dari :

## 1. Data Primer

Sumber data yang diperoleh langsung baik melalui wawancara, observasi maupun pemeriksaan fisik.

## 2. Data Sekunder

Sumber data yang diperoleh dari keluarga pasien, perawat di ruangan, serta studi dokumentasi.

### **I. Analisis Data**

Analisa data yang dilakukan dalam penelitian ini dimulai dengan mengumpulkan data-data berupa data Kesehatan dan data keperawatan yang kemudian diklasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif. Setelah diklasifikasikan, data-data tersebut kemudian dianalisa untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada pasien. Dari masalah-masalah keperawatan yang ditemukan tersebut dijadikan diagnosa keperawatan yang akan diatasi dengan perencanaan keperawatan yang tepat dan diimplementasikan kepada pasien. Setelah dilakukan implementasi, dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan. Data-data dari hasil pengkajian sampai evaluasi ditampilkan dalam bentuk naratif dalam pembahasan, kemudian dibandingkan dengan teori untuk menentukan ada tidaknya kesenjangan antara kasus nyata dan teori.

## BAB IV

### HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil Studi Kasus

##### 1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di RSUD Ende yang merupakan rumah sakit milik pemerintah yang berada di jalan Sam Ratulangi. RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan yang salah satunya adalah Ruangan Nifas III dimana ruangan ini merupakan ruangan yang merawat pasien yang baru selesai bersalin baik secara spontan maupun operasi. Ruangan Nifas III terdiri dari 2 ruangan dengan kapasitas 16 bed yang terdiri dari ruangan kamar A jumlah 8 bed dan ruangan kamar B jumlah 8 bed. Tenaga kerja Ruangan Nifas III sebanyak 22 orang yang terdiri dari 20 bidan, 1 orang administrasi, dan 1 orang *cleaning service*. Jumlah pasien nifas diruangan Nifas III dalam sebulan tidak menetap biasanya sebanyak  $\pm 130$  orang yang terdiri dari post SC sebanyak  $\pm 32$  orang dan post partum spontan sebanyak  $\pm 98$  orang.

##### 2. Pengkajian

Pada tanggal 3 Juli 2024

###### a. Identitas Klien

Klien berinisial Ny. M.A.L usia 42 tahun, klien beragama katolik, pendidikan terakhir klien SD, pekerjaan petani. Klien tinggal di Kobaleba Kecamatan Maukaro, klien partus pada tanggal 3 Juli 2024, jenis partus SC, dengan indikasi gemeli, letak lintang, letak kaki, dan

Ketuban Pecah Dini (KPD). Penanggung jawab klien Tn. K.R.M usia 51 tahun yang merupakan suami klien.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien post SC hari pertama, mengeluh nyeri pada luka operasi didaerah abdomen.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien mengatakan bersalin secara SC karena anak kembar, letak lintang, letak kaki dan ketuban pecah dini. Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi di daerah abdomen, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri bertambah saat bergerak, skala nyeri 2 (kualitas nyeri 6). Klien mengatakan setelah persalinan belum bisa duduk, berpindah, berjalan, mandi, ke toilet, berpakaian. Hasil laboratorium HBsAg (+).

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan sebelumnya melahirkan secara spontan dan ini pertama kali SC serta tidak ada riwayat penyakit seperti diabetes melitus, hipertensi, hepatitis sebelumnya.

4) Riwayat Obstetri

Table 4.1 Riwayat obstetri

No	Umur	L/P	H/M	BBL	Cara Lahir	Penolong	Nifas Lalu
1.	9 tahun	L	40	3.100 gr	Spontan	Bidan	ASI lancer, tidak infeksi
2.	2 tahun	P	39	3.440 gr	Spontan	Bidan	ASI lancer, tidak infeksi

5) Riwayat Kehamilan sekarang

a) Gangguan pada hamil muda

Klien mengatakan tidak ada gangguan saat hamil dan hanya mual, muntah, dan tidak ada nyeri.

b) Tempat memeriksa kehamilan

Klien mengatakan memeriksa kehamilan di Pustu Kobaleba setiap bulan.

c) Obat yang diberikan

Klien mengatakan diberikan tablet tambah darah (Fe) dan vitamin.

d) Nutrisi selama hamil

Klien mengatakan mengonsumsi sayur bayam, sawi, kangkung daun singkong, tahu, tempe, telur, ikan dan minum air putih 7 gelas. Klien tidak mengonsumsi minuman beralkohol dan bersoda.

e) Riwayat persalinan

Jenis persalinan SC, lama persalinan 1 jam

f) Riwayat kontrasepsi

Klien mengatakan menggunakan KB suntik dari anak ke dua sampai sekarang 3 bulan 2 kali dan tidak ada keluhan

g) Data psikologis

Klien mengatakan merasa puas dengan persalinannya ini serta menerima perannya sebagai ibu dan istri. Pasien juga mengatakan suaminya selalu mendukung dan menemani dia.

h) Pemenuhan kebutuhan dasar

1) Nutrisi:

Klien minum air sedikit-sedikit dan menghabiskan 1 gelas air  $\pm 100$  cc. pasien makan nasi, sayur, telur (5 butir sehari), ikan dan bubur kacang hijau sedikit-sedikit dan dihabiskan.

2) Eliminasi:

Urine: klien menggunakan kateter, jumlah urine 80 cc.

Fekal: klien mengatakan sudah BAB sebelum bersalin dan belum BAB setelah bersalin.

3) Aktivitas dan istirahat

Klien mengatakan setelah persalinan belum bisa duduk, berpindah, berjalan, mandi, ke toilet, berpakaian. Klien berkata istirahat  $\pm 2$  jam dan sering terbangun karena nyeri.

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Kesadaran komposmentis, TTV: tekanan darah 151/58 mmHg, N: 67 x/m, RR: 20x/m, S: 36,9°C, SPO<sub>2</sub>: 98%

2) Kepala

Inspeksi: rambut tampak hitam, bersih, sedikit berminyak, tidak ada benjolan.

Palpasi: tidak ada nyeri tekan

3) Wajah

Inspeksi: tampak meringis

4) Mata

Inspeksi: konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik

5) Hidung

Inspeksi: tampak simetris, tidak ada sumbatan, pernapasan cuping hidung

6) Telinga

Inspeksi: tampak simetris, tidak ada serumen

Pendengaran normal tidak ada nyeri

7) Mulut

Inspeksi: mukosa bibir sedikit kering, tidak pucat, mulut bersih

8) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening

9) Dada/mamae

Inspeksi: payudara tampak bersih, simetris, puting susu menonjol, kolostrum/Asi sudah keluar

Palpasi: tidak ada nyeri tekan, kolostrum/Asi sudah keluar.

10) Abdomen

Inspeksi: bentuk bulat, bersih, ada luka post operasi di abdomen tertutup kasa, keadaan luka bersih

Auskultasi: bising usus 5x/menit

Palpasi: TFU 2 jari diatas pusat, ada nyeri tekan, kontraksi teraba keras.

11) Genetalia

Jenis lokea rubra jumlahnya dalam batas normal  $\pm$  20cc, warna merah kehitaman, konsistensi kental lendir dan darah

12) Ekstermitas

Inspeksi: tampak lemah, tidak mampu duduk, berjalan.

Esktremitas atas: tidak ada edema, terpasang infus RL drip Oxy 20 iu 20 tetes permenit ditangan kiri.

Ekstremitas bawah: tidak ada edema, mampu mengangkat kaki, tidak ada varises.

Palpasi: tidak ada nyeri tekan

d. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan hasil laboratorium pada tanggal 3 Juli 2024, WBC: 15.14 uL (nilai normal 3.60-11.00) HGB: 12.7 g/dL (nilai normal 11.7-15.5), HBsAg (+)

e. Terapi/obat

Table 4.2 Terapi/obat

Nama Obat	Dosis	Indikasi
Ampicillin	4×1 gr	Mencegah dan mengobati infeksi yang disebabkan bakteri gram positif atau negative
Sankorbin	1×5 ml	Memenuhi kebutuhan vitamin C, penyembuhan luka, memelihara kesehatan jaringan, dan melindungi sel-sel tubuh.
Asam tranexamat	3×500 mg	Untuk mengurangi atau mencegah pendarahan
Vitamin K	2×1 ampul	Membantu mengobati atau mencegah pendarahan
Paracetamol	Parasetamol inj 3×1 gr	Mengurangi nyeri dan menurunkan demam
Ketorolac	3×30 mg	Meredakan nyeri derajat sedang hingga berat

f. Pengkajian perpola

1) Pola aktifitas

DS: klien mengatakan belum bisa duduk, berpindah, berjalan, mandi, ke toilet, dan berpakaian.

DO: ekstremitas bawah mampu diangkat, tidak ada edema,

2) Pola seksual

DS: -

DO: lokea rubra berwarna merah kehitaman, konsistensi lendir dan darah, jumlah dalam batas normal  $\pm 20$ cc.

3) Pola neurosensori

DS: Klien mengatakan nyeri pada luka operasi di perut, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri bertambah saat bergerak.

DO: Skala nyeri 2 (kualitas nyeri 6), pasien tampak meringis, lemah.

4) Pola personal hygiene

DS: -

DO: luka operasi tampak bersih tertutup kassa, luka keluar sedikit darah saat dipalpasi, TFU 2 jari diatas pusat

5) Pola sirkulasi

DS: -

DO: TD: 151/58mmHg, N: 67×/menit S: 36,9°C, WBC: 15.14 uL (nilai normal 3.60-11.00), HBsAg (+).

6) Pola napas

DS:

DO: RR: 20×/menit, SPO<sub>2</sub>:: 98%

g. Tabulasi Data

Klien mengatakan nyeri pada luka operasi di perut, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri bertambah saat bergerak. Skala nyeri 2 (kualitas nyeri 6), pasien tampak meringis, luka operasi tampak bersih tertutup kassa, TFU 2 jari diatas pusat, lokea rubra berwarna merah kehitaman, konsistensi lendir dan darah, jumlah dalam batas normal  $\pm 20$ cc, ekstremitas bawah mampu diangkat tidak ada edema, pasien

mengatakan belum bisa duduk, berpindah, berjalan, mandi, ke toilet, dan berpakaian. Kesadaran komposmentis, tekanan darah 151/58mmHg, nadi 67x/m, pernapasan 20x/m, suhu 36,9°C, SPO2 98%, HBsAg (+), WBC: 15.14 (nilai normal 3.60- 11.00).

h. Klasifikasi Data

1) Data subjektif:

Klien mengatakan nyeri pada luka operasi di perut, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri bertambah saat bergerak, belum bisa duduk, berpindah, berjalan, mandi, ke toilet, dan berpakaian.

2) Data objektif:

Skala nyeri 2 (kualitas nyeri 6), pasien tampak meringis, lemah, luka operasi tampak bersih tertutup kassa, TFU 2 jari diatas pusat, lokea rubra berwarna merah kehitaman, konsistensi kental lendir dan darah, jumlah dalam batas normal  $\pm 20$ cc, ekstremitas bawah tidak ada edema, mampu diangkat, kesadaran komposmentis, tekanan darah 151/58mmHg, nadi 67x/m, pernapasan 20x/m, suhu 36,9<sup>0</sup>, SPO<sub>2</sub>: 98%, HBsAg (+), WBC: 15.14 (nilai normal 3.60- 11.00).

i. Analisa Data

Table 4.3 Analisa data

No	Sign/Symptom	Etiologi	Problem
1.	DS: Klien mengatakan nyeri pada luka operasi di perut, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri bertambah saat bergerak DO: Skala nyeri 2 (kualitas nyeri 6), pasien tampak meringis. Kesadaran komposmentis, tekanan darah 151/58mmHg, nadi 67x/m, pernapasan 20x/m, suhu 36,9°C, SPO2 98%, HBsAg (+), WBC: 15.14 (nilai normal 3.60- 11.00).	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Nyeri
2.	DS: - DO: terdapat luka operasi pada abdomen, luka operasi tampak bersih tertutup kassa, TFU 2 jari diatas pusat, lokea rubra berwarna merah kehitaman, konsistensi kental yaitu lendir dan darah, jumlah dalam batas normal $\pm 20$ cc. Kesadaran komposmentis, tekanan darah 151/58mmHg, nadi 67x/m, pernapasan 20x/m, suhu 36,9°C, SPO2 98%, HBsAg (+), WBC: 15.14 (nilai normal 3.60- 11.00).	Prosedur operasi	Gangguan integritas jaringan/kulit
3.	DS: Klien mengatakan belum bisa duduk, berpindah, berjalan, mandi, ke toilet dan berpakaian. DO: klien tampak lemah, nyeri saat bergerak, pergerakan terbatas. Kesadaran komposmentis, tekanan darah 151/58mmHg, nadi 67x/m, pernapasan 20x/m, suhu 36,9°C, SPO2 98%, HBsAg (+), WBC: 15.14 (nilai normal 3.60- 11.00).	Proses pembedahan	Gangguan mobilitas fisik

---

*Lanjutan table 4.3 Analisa data*

---

4.	DS: - DO: HBsAg (+), WBC: 15.14 (nilai normal 3.60-11.00). Kesadaran komposmentis, tekanan darah 151/58mmHg, nadi 67x/m, pernapasan 20x/m, suhu 36,9°C, SPO2 98%.	Penyakit kronis (Virus HBsAg)	Risiko infeksi
----	---	-------------------------------	----------------

---

j. Prioritas masalah

- 1) Nyeri
- 2) Gangguan kerusakan integritas jaringan/kulit
- 3) Gangguan mobilitas fisik
- 4) Risiko infeksi

3. Diagnose Keperawatan

- a. Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan DS: Klien mengatakan nyeri pada luka operasi di perut, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri bertambah saat bergerak. DO: Skala nyeri 2 (kualitas nyeri 6), pasien tampak meringis. Kesadaran komposmentis, tekanan darah 151/58mmHg, nadi 67x/m, pernapasan 20x/m, suhu 36,9°C, SPO<sub>2</sub>: 98%, HBsAg (+), WBC: 15.14 (nilai normal 3.60- 11.00).
- b. Gangguan kerusakan integritas jaringan/kulit berhubungan dengan prosedur operasi ditandai dengan DS: -, DO: ada luka operasi pada abdomen, luka operasi tampak bersih tertutup kassa, TFU 2 jari diatas pusat, lokea rubra berwarna merah kehitaman, konsistensi kental yaitu lendir dan darah, jumlah dalam batas normal  $\pm 20$ cc. Kesadaran komposmentis, tekanan darah 151/58mmHg, nadi 67x/m, pernapasan

20x/m, suhu 36,9°C, SPO<sub>2</sub>:: 98%, HBsAg (+), WBC: 15.14 (nilai normal 3.60- 11.00).

- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan proses pembedahan ditandai dengan DS: Klien mengatakan belum bisa duduk, berpindah, berjalan, mandi, ke toilet dan berpakaian. DO: klien tampak lemah, nyeri saat bergerak, pergerakan terbatas. Kesadaran komposmentis, tekanan darah 151/58mmHg, nadi 67x/m, pernapasan 20x/m, suhu 36,9°C, SPO<sub>2</sub> 98%, HBsAg (+), WBC: 15.14 (nilai normal 3.60- 11.00).
- d. Risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (virus HBsAg) ditandai dengan DS: -, DO: HBsAg (+), WBC: 15.14 (nilai normal 3.60-11.00). Kesadaran komposmentis, tekanan darah 151/58mmHg, nadi 67x/m, pernapasan 20x/m, suhu 36,9°C, SPO<sub>2</sub>:: 98%.

#### 4. Intervensi keperawatan

- a. Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan DS: Klien mengatakan nyeri pada luka operasi di perut, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri bertambah saat bergerak. DO: Skala nyeri 2 (kualitas nyeri 6), pasien tampak meringis. Kesadaran komposmentis, tekanan darah 151/58mmHg, nadi 67x/m, pernapasan 20x/m, suhu 36,9°C, SPO<sub>2</sub>: 98%, HBsAg (+), WBC: 15.14 (nilai normal 3.60- 11.00). Tujuan dan kriteria hasil: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: 1) Mampu

mengontrol nyeri, 2) Keluhan nyeri menurun, 3) Meringis menurun. Intervensi: 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, skala nyeri, rasional: nyeri yang dirasakan, dimanifestasikan dan ditoleransi secara individual. Hal ini penting untuk diselidiki seberapa berat nyeri yang kemungkinan menimbulkan komplikasi. 2) Identifikasi respon nyeri non verbal, rasional: petunjuk non verbal ini dapat mengindikasikan adanya/derajat yang dialami. 3) Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Latihan napas dalam), rasional: lepaskan tegangan emosional dan otot, tingkatkan perasaan kontrol yang mungkin dapat meningkatkan kemampuan coping. 4) ajarkan klien teknik non farmakologi, rasional: meningkatkan kemampuan mengontrol nyeri secara mandiri. 5) Kolaborasi pemberian analgesik, rasional: analgesik merupakan golongan obat yang dapat mengurangi bahkan menghilangkan rasa nyeri.

- b. Gangguan kerusakan integritas jaringan/kulit berhubungan dengan prosedur operasi ditandai dengan DS: -, DO: ada luka operasi pada abdomen, luka operasi tampak bersih tertutup kassa, TFU 2 jari diatas pusat, lokea rubra berwarna merah kehitaman, konsistensi kental yaitu lendir dan darah, jumlah dalam batas normal  $\pm 20$ cc. Kesadaran komposmentis, tekanan darah 151/58mmHg, nadi 67x/m, pernapasan 20x/m, suhu 36,9°C, SPO<sub>2</sub>: 98%, HBsAg (+), WBC: 15.14 (nilai normal 3.60- 11.00). Tujuan dan kriteria hasil:

setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keutuhan jaringan/kulit meningkat dengan kriteria hasil: 1) Kerusakan jaringan menurun, 2) Kerusakan lapisan jaringan/kulit menurun, 3) Nyeri menurun, 4) Perdarahan menurun.

Intervensi: 1) Monitor karakteristik luka, rasional: pengenalan akan adanya kegagalan proses penyembuhan luka/berkembangnya komplikasi secara dini dapat mencegah terjadinya kondisi yang lebih serius. 2) Monitor keadaan lokea, rasional: pengenalan akan adanya komplikasi atau infeksi pada uterus akibat terlepasnya plasenta. 3) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan, rasional: mengurangi risiko trauma kulit dan gangguan pada luka. 4) Bersihkan dengan cairan NaCl, rasional: menurunkan kontaminasi kulit, membantu dalam membersihkan eksudat. 5) Pertahankanlah Teknik steril saat melakukan perawatan luka, rasional: mencegah kontaminasi luka dengan bahan-bahan non steril yang memungkinkan adanya mikroorganisme. 6) Ganti balutan luka sesuai jumlah eksudat dan drainase, rasional: menjaga luka dari mikroorganisme yang menyebabkan infeksi. 7) Ajarkan perawatan perineum, rasional: mencegah infeksi yang akan menyebar ke uterus. 8) Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, rasional: memudahkan proses regenerasi/penyembuhan jaringan. 9) Anjurkan ganti pembalut  $\pm$  3xsehari, rasional:

mencegah terjadinya iritasi pada genitalia. 10) Kolaborasi pemberian antibiotic, rasional: mencegah terjadinya infeksi.

- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan proses pembedahan ditandai dengan DS: Klien mengatakan belum bisa duduk, berpindah, berjalan, mandi, ke toilet berpakaian karena nyeri. DO: klien tampak lemah, nyeri saat bergerak, pergerakan terbatas. Kesadaran komposmentis, tekanan darah 151/58mmHg, nadi 67x/m, pernapasan 20x/m, suhu 36,9°C, SPO<sub>2</sub>: 98%, HBsAg (+), WBC: 15.14 (nilai normal 3.60- 11.00). Tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan tindakan selama 3x 24 jam diharapkan kemampuan dalam gerak fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1) pergerakan ekstremitas meningkat, 2) rentang gerak meningkat, 3) gerak terbatas menurun. Intervensi: 1) identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, rasional: rasa nyeri dapat memberikan ketebatasan pergerakan dan mengurangi aktivitas mobilisasi. 2) bantu melakukan pergerakan atau mobilisasi fisik pasien, rasional: sehingga penyembuhan terjadi aktifitas meningkat perlahan sesuai dengan toleransi individu. 3) libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, rasional: peran serta keluarga akan membantu meningkatkan kemampuan mobiltas pasien. 4) menganjurkan melakukan mobilisasi dini, rasional: mengurangi kekakuan pada dan kelemahan pada otot yang berkepanjangan. 5) mengajarkan mobilisasi secara sederhana yang

harus dilakukan (duduk ditempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi), rasional: menghindari terjadinya kelelahan dan mencegah resiko jatuh.

- d. Risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (virus HBsAg) ditandai dengan DS: -, DO: HBsAg (+), WBC: 15.14 (nilai normal 3.60- 11.00), kesadaran komposmentis, tekanan darah 151/58mmHg, nadi 67x/m, pernapasan 20x/m, suhu 36,9°C, SPO<sub>2</sub>: 98%. Tujuan dan kriteria hasil: setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan risiko infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil: 1) Batasi jumlah pengunjung, rasional: pasien yang terpajan terhadap proses infeksi potensial risiko menularkan ke orang lain. 2) pakai APD serta cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, rasional: Penyebaran infeksi dapat terjadi ketika kontak dengan pasien yang mengalami HBsAg (+), cuci tangan dapat mengurangi resiko infeksi. Penggunaan APD dapat menghindari penyebaran infeksi melalui cairan tubuh penderita. 3) anjurkan meningkatkan asupan nutrisi (tinggi kalori dan protein), rasional: meningkatkan sistem imun dalam pencegahan terjadinya infeksi pada hati.

## 5. Implementasi

Implementasi pada Ny. M. A. L dilakukan selama tiga hari yaitu dari tanggal 3-5 Juli 2024. Implementasi hari pertama dilakukan pada hari/tanggal Rabu 3 Juli 2024 dengan diagnose pertama yaitu nyeri

berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) tindakan yang dilakukan ialah jam 14.00 WITA mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, skala nyeri (hasil: nyeri pada luka operasi di abdomen, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri bertambah saat bergerak, skala nyeri 2 (kualitas 6). Jam 14.05 mengidentifikasi respon nyeri non verbal (hasil: pasien tampak meringis). Jam 14.06 mengukur TTV (hasil: TD: 151/58 mmHg, N: 67x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,9°C, SPO<sub>2</sub>: 98%). Jam 14.20 memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (Latihan napas dalam) sambil mengajarkan pasien melakukan secara mandiri (hasil: pasien mengikuti apa yang diajarkan). Jam 16.00 melayani injeksi paracetamol, ketorolac. Jam 18.50 mengukur TTV (hasil: TD: 132/60mmHg, N:64x/menit, RR: 21x/menit, S: 36,7°C, SPO<sub>2</sub>: 99%). Implementasi hari pertama diagnosa kedua yaitu gangguan kerusakan integritas jaringan/kulit berhubungan dengan prosedur operasi. Tindakan yang dilakukan ialah jam 14.00 memonitor karakteristik luka (hasil: luka post operasi tertutup kassa, tampak bersih.) Jam 14.03 memonitor karakteristik lokea (hasil: lokea rubra, warna hitam, konsistensi kental darah dan lendir). Jam 14.10 mengukur TTV (hasil: 151/58 mmHg, N: 67x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,9°C, SPO<sub>2</sub>: 98%). Jam 14.30 melayani terapi ampisilin injeksi 1gr. Jam 15.00 melakukan perawatan perineum sambil diajarkan kepada klien. Jam 15.20 mengganti pembalut sambil menganjurkan

klien untuk mengganti pembalut  $\pm 3 \times$  sehari. Jam 15.25 mencuci tangan. Jam 16.00 melayani injeksi sankorbin. Jam 18.00 memberikan klien minum sedikit-sedikit dan makan dalam memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi sehingga mempercepat penyembuhan (hasil: pasien makan nasi, sayur labu, ikan, telur dan bubur kacang hijau secara perlahan dihabiskan). Jam 18.05 menganjurkan klien untuk makan telur 1 hari  $\pm 5$  butir. Jam 18.50 mengukur TTV (hasil: TD: 132/60mmHg, N:64x/menit, RR: 21x/menit, S: 36,7<sup>0</sup>C, SPO<sub>2</sub>:: 99%). Implementasi hari pertama diagnosa ketiga yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan proses pembedahan. Tindakan yang dilakukan ialah jam 14.00 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (hasil: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi dan belum bisa melakukan aktivitas duduk, berpindah dan berjalan). 14.06 mengukur TTV (hasil: 151/58 mmHg, N: 67x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,9<sup>0</sup>C, SPO<sub>2</sub>:: 98%). Jam 16.05 menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi dini. Jam 16.20 membantu pasien melakukan mobilisasi secara bertahap sambil menjelaskan ke pasien dan keluarga (mis. Duduk diatas tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi) (hasil: pasien tampak meringis, mampu duduk diatas tempat tidur dan sulit berpindah dari ke kursi). 16.30 melibatkan keluarga dalam melakukan mobilisasi (hasil: suami klien tampak membantu pasien duduk dan berpindah posisi). Jam 18.00 memberikan klien minum sedikit-sedikit dan makan dalam memenuhi nutrisi sehingga

mendapatkan energi ketika melakukan mobilisasi. Jam 18.50 mengukur TTV (hasil: TD: 132/60mmHg, N:64x/menit, RR: 21x/menit, S: 36,7<sup>0</sup>C, SPO<sub>2</sub>: 99%). Implementasi hari pertama diagnosa keempat yaitu Risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (virus HBsAg). Tindakan yang dilakukan ialah jam 14.06 mengukur TTV (hasil: 151/58 mmHg, N: 67x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,9<sup>0</sup>C, SPO<sub>2</sub>: 98%). Jam 14.10 membatasi pengunjung (didalam ruangan hanya 1 orang yang menemani klien dan jam istirahat tidak boleh berkunjung). Jam 14.15 menganjurkan mengonsumsi telur 1 hari 5 butir. Jam 14.30 melayani terapi ampisilin injeksi 1gr. Jam 15.00 menggunakan APD sarung tangan steril saat membersihkan luka. Jam 16.00 melayani injeksi sankorbin. Jam 18.50 mengukur TTV (hasil: TD: 132/60mmHg, N:64x/menit, RR: 21x/menit, S: 36,7<sup>0</sup>C, SPO<sub>2</sub>: 99%).

Implementasi hari kedua pada tanggal 4 juli 2024 diagnosa pertama yaitu nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) Tindakan yang dilakukan ialah jam 07.05 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, skala nyeri (hasil: pasien mengatakan nyeri berkurang nyeri, seperti ditusuk-tusuk, nyeri saat bergerak, skala nyeri 2 (kualitas 4). Jam 07.10 mengidentifikasi respon nyeri non verbal (hasil: pasien tampak meringis). Jam 07.15 mengukur TTV (hasil: TD: 113/83mmHg, N: 73x/menit, RR: 18x/menit, S: 36,2<sup>0</sup>C, SPO<sub>2</sub>: 98%).

Jam 08.00 melayani injeksi paracetamol, ketorolac. Jam 09.00 memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (Latihan napas dalam) sambil mengajarkan klien melakukan secara mandiri (hasil: pasien mengikuti apa yang diajarkan) Jam 13.30 mengukur TTV (hasil: TD: 110/70mmHg, N:68x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,0°C, SPO<sub>2</sub>: 98%). Implementasi hari kedua diagnosa kedua yaitu gangguan kerusakan integritas jaringan/kulit berhubungan dengan prosedur operasi. Tindakan yang dilakukan ialah jam 07.05 memonitor karakteristik luka (hasil: luka post operasi tertutup kassa, tampak bersih, dan tidak keluar darah. Jam 07.10 memonitor karakteristik lokea (lokea rubra, berwarna merah kehitaman, konsistensi kental lendir dan darah). Jam 07.15 mengukur TTV (hasil: 113/73 mmHg, N: 73x/menit, RR: 18x/menit, S: 36,2°C, SPO<sub>2</sub>: 98%). Jam 08.00 melakukan perawatan perineum sambil diajarkan kepada klien. Jam 08.15 mengganti pembalut sambil menganjurkan klien untuk mengganti pembalut  $\pm$  3x/sehari. Jam 15.20 mencuci tangan dan menyiapkan pasien untuk perawatan luka. Jam 08.25 membersihkan luka menggunakan NaCl (luka tampak bersih dan tidak berdarah). Jam 08.30 mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka (hasil: menggunakan sarung tangan steril dan kassa steril). Jam 08.45 menutup luka menggunakan kassa steril dan plester sesuai dengan ukuran luka (luka tampak tertutup kassa dan plester). Jam 08.50 menganjurkan pasien mengonsumsi telur 1 hari  $\pm$  5 butir. Jam 13.30

mengukur TTV (hasil: TD: 110/70mmHg, N:68x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,0°C, SPO<sub>2</sub>: 98%). Implementasi hari kedua diagnosa ketiga yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan proses pembedahan. Tindakan yang dilakukan ialah jam 07.05 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (hasil: klien mengatakan nyeri pada luka operasi mulai berkurang). Jam 07.15 mengukur TTV (hasil: 113/83 mmHg, N: 73x/menit, RR: 18x/menit, S: 36,2°C, SPO<sub>2</sub>: 98%). Jam 09.00 membantu klien melakukan mobilisasi secara bertahap sambil menjelaskan ke klien dan keluarga (mis. Duduk diatas tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi) (hasil: klien mampu duduk diatas tempat tidur). Jam 09.05 membantu klien berpindah dari tempat tidur ke kursi (klien mampu berpindah). Jam 09.10 melibatkan keluarga dalam membantu pasien berjalan (hasil: suami klien tampak membantu klien berjalan, klien mampu berjalan beberapa langkah, klien tampak meringis). 09.30 menganjurkan pasien melakukan mobilisasi secara mandiri dan ditemani oleh keluarga. Jam 13.30 mengukur TTV (hasil: TD: 110/70mmHg, N: 68x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,0°C, SPO<sub>2</sub>: 98%). Implementasi hari kedua diagnosa keempat yaitu Risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (virus HBsAg). Tindakan yang dilakukan ialah jam 07.15 mengukur TTV (hasil: 113/83mmHg, N: 73x/menit, RR: 18x/menit, S: 36,2°C, SPO<sub>2</sub>: 98%). Jam 07.20 membatasi pengunjung (didalam ruangan hanya 1 orang yang

menemani klien dan jam istirahat tidak boleh berkunjung). 08.20 menggunakan APD sarung tangan steril saat membersihkan luka Jam 08.40 menganjurkan klien mengonsumsi telur 1 hari 5 butir. Jam 13.30 mengukur TTV (hasil: TD: 110/70mmHg, N:68x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,0°C, SPO<sub>2</sub>: 98%).

#### 6. Evaluasi

Evaluasi pada Ny. M. A. L dilakukan selama tiga hari dari tanggal 3-5 Juli 2024. Hari pertama evaluasi hari/tanggal rabu 07 juli 2024, evaluasi dilakukan pada pukul 19.00 malam dengan diagnose pertama nyeri, S: pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada bagian perutnya, O: pasien tampak meringis, belum bisa mngontrol nyerinya skala nyeri 2 (kualitas 6), TD: 132/60mmHg, N: 64x/menit, RR: 21x/menit, S: 36,7°C, SPO<sub>2</sub>: 99%, A: masalah Nyeri belum teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-5. Evaluasi hari pertama dengan diagnose kedua yaitu gangguan integritas jaringan/kulit. S: pasien mengatakan luka post operasinya tertutup kasa, O: luka tampak bersih, tertutup kasa, tidak berdarah, lokea normal, genitalia tidak iritasi, TD: 132/60mmHg, N: 64x/menit, RR: 21x/menit, S: 36,7°C, SPO<sub>2</sub>: 99%, A: masalah Gangguan integritas jaringan/kulit sebagian teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-10. Evaluasi hari pertama dengan diagnose ketiga yaitu Gangguan mobilitas fisik. S: pasien mengatakan masih kesulitan saat melakukan mobilisasi karena nyeri, O: pasien tampak meringis kesakitan saat melakukan mobilisasi, pasien mampu duduk

dias tempat tidur, TD: 132/60mmHg, N: 64x/menit, RR: 21x/menit, S: 36,7°C, SPO2: 99%, A: masalah Gangguan mobilitas fisik Sebagian teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-5. Evaluasi hari pertama dengan diagnose ke empat yaitu resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (virus HBsAg). S: -, O: HBsAG (+), WBC: 15.14 (nilai normal 3.60- 11.00). TD: 132/60mmHg, N: 64x/menit, RR: 21x/menit, S: 36,7°C, SPO2: 99%. A: masalah resiko infeksi tidak terjadi, P: lanjutkan intervensi 1-3.

Hari kedua evaluasi hari/tanggal Kamis 04 Juli 2024, evaluasi dilakukan pada pukul 14.00 siang dengan diagnose pertama yaitu nyeri, S: pasien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 2 (kualitas 4), O: pasien tampak sesekali meringis, TD: 110/70mmHg. N: 68x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,0°C, SPO<sub>2</sub>: 98% A: masalah Nyeri sebagian teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-5. Evaluasi hari pertama dengan diagnose kedua yaitu gangguan integritas jaringan/kulit. S: pasien mengatakan luka post operasinya tertutup kasa, O: luka post operasi tampak bersih, tertutup kasa, tidak berdarah, lokea normal, genitalia tidak iritasi, TD: 110/70mmHg. N: 68x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,0°C, SPO<sub>2</sub>: 98%, A: masalah Gangguan integritas jaringan/kulit sebagian teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-10. Evaluasi hari pertama dengan diagnose ketiga yaitu Gangguan mobilitas fisik. S: pasien mengatakan sudah mulai bisa mobilisasi bertahap secara mandiri walaupun masih terasa nyeri, O: pasien tampak melakukan mobilisasi

sendiri secara bertahap dan belum bisa berjalan ke toilet, TD: 110/70mmHg. N: 68x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,0°C, SPO<sub>2</sub>: 98%, A: masalah Gangguan mobilitas fisik sebagian teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-5. Evaluasi hari pertama dengan diagnose ke empat yaitu resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (virus HBsAg). S:, O: HBsAg (+), WBC: 15.14 (nilai normal 3.60-11.00). TD: 110/70mmHg. N: 68x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,0°C, SPO<sub>2</sub>: 98%. A: masalah risiko infeksi tidak terjadi, P: lanjutkan intervensi 1-3.

#### 7. Catatan perkembangan

Nama : Ny. M. A. L

Umur : 42 Tahun

Tabel 4.4 Catatan perkembangan

No	Dx Keperawatan	Hari/tanggal	Jam	Catatan perkembangan
1.	Nyeri	Jumat, 05 juli 2024	07.00	S: Klien mengatakan nyeri berkurang O: Skala nyeri 1 (kualitas 2), Klien tampak meringis sesekali, TD: 120/80mmHg, N: 85x/menit, S: 37,1°C, RR: 19x/menit, SPO <sub>2</sub> : 99% A: Masalah nyeri sebagian teratasi P: intervensi dilanjutkan no. 3 dan 4 I:
			07.20	Melatih teknik farmakologi napas dalam pada klien
			08.00	Menganjurkan klien untuk melakukan teknik non farmakologi saat merasakan nyeri dirumah mulai dari napas dalam hingga kompres pada area nyeri
			10.00	E : klien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 1 (kualitas 2) , pasien sudah mampu mengontrol nyerinya, TD: 125/70mmHg, N: 81x/menit, S: 36,8°C RR : 20x/menit, SPO <sub>2</sub> : 99% Masalah sebagian teratasi, intervensi dihentikan, klien pulang.

*Lanjutan tabel 4.4 Catatan perkembangan*

2.	Gangguan integritas jaringan/ kulit	Jumad, 05 Juli 2024	<p>07.00 S: klien mengatakan luka operasinya tertutup kasa  O: luka operasi tertutup kasa, tampak bersih, tidak berdarah, lokea normal, genitalia tidak iritasi, TD: 120/80mmHg, N: 85x/menit, S: 37,1°C, RR: 19x/menit, SPO<sub>2</sub> : 99%  A: masalah gangguan integritas jaringan/ kulit sebagian teratasi  P: intervensi no. 3-9 dilanjutkan  I :</p> <p>08.30 Melakukan perawatan perineum  08.40 Mengganti pembalut  08.45 Mencuci tangan  09.00 Membersihkan luka dengan cairan Nacl  09.05 Mempertahankan teknik steril dalam perawatan luka dengan menggunakan sarung tangan steril dan peralatan steril  09.10 Menutup luka dengan kasa dan plester sesuai ukuran luka  09.13 Menganjurkan pasien mengkonsumsi makanan tinggi protein seperti telur, ikan, tahu dan tempe  09.20 Menjelaskan obat pulang Cefadroxil kapsul 500Mg 2x sehari dan labumin kapsul 500 Mg 3x sehari  10.00 E: luka tampak bersih, tidak berdarah, lokea normal, tidak ada iritasi pada genitalia, TD: 125/70mmHg, N : 81x/menit, S: 36,8°C, RR : 20x/menit, SPO<sub>2</sub> : 99%  Masalah sebagian teratasi, intervensi no. 7, 8 dan 9 dilanjutkan di rumah, pasien pulang.</p>
----	-------------------------------------	---------------------	--

---

4.	Resiko infeksi	07.00	S: - O: HBsAG (+), TD: 120/80mmHg. N: 85x/menit, RR: 19x/menit, S: 37,1°C, SPO2: 99%. A: masalah resiko infeksi tidak terjadi, P: lanjutkan intervensi 1-3. I:
		09.13	Menganjurkan pasien makan telur 1 hari 5 butir
		09.20	Menjelaskan obat pulang cefadroxil kapsul 500mg 2x sehari dan curcuma sanbe 1x sehari.
		10.00	E: Risiko infeksi tidak terjadi, HBsAg (+), TD: 125/70mmHg, RR: 20x/menit, N: 81 x/menit, S: 36,8°C, SPO <sub>2</sub> : 99%. Risiko infeksi tidak terjadi. Intervensi no. 3 dilanjutkan dirumah, pasien pulang.

---

## B. Pembahasan

### 1. Pengkajian

Dalam pengkajian pada kasus Ny. M. A. L dengan SC ditemukan tanda dan gejala klien mengatakan nyeri pada luka operasi di abdomen, belum bisa duduk, berpindah, berjalan, mandi, ke toilet, dan berpakaian. Adanya luka post operasi di abdomen tertutup kassa, terpasang kateter, kolostrum/ASI sudah keluar, kontraksi uterus baik/keras, lochea rubra. Pada kasus tersebut menggambarkan bahwa tanda dan gejala yang ditemukan pada kasus sama dengan tanda dan gejala yang ada pada teori, hal ini sejalan dengan penelitian menurut Twistina Antonia (2019) dan Zahroh Nuursafa (2021) yang menyatakan bahwa tanda dan gejala yang muncul pada ibu nifas dengan SC yaitu nyeri yang disebabkan luka hasil bedah, pergerakan terbatas akibat nyeri, adanya luka insisi dibagian

abdomen, terpasang kateter, puting susu menonjol/tidak menonjol, kontraksi rahim teraba keras/tidak, pada vagina keluarnya cairan darah, kolostrum sudah keluar/belum. Berdasarkan data nifas dan sectio tidak ditemukan kesenjangan namun pada pemeriksaan laboratorium terdapat data HbsAg positif dimana menimbulkan peradangan pada yang disebabkan oleh virus HBsAg.

## 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus Ny. M.A.L namun tidak ditemukan pada teori ialah risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (virus HBsAg) ditandai dengan DS: -, DO: HBsAg (+). HBsAg positif adalah penyakit yang menimbulkan peradangan pada hati yang disebabkan oleh infeksi virus HBsAg. Hepatitis B dapat berkembang menjadi kronis dan menimbulkan komplikasi serius seperti sirosis atau gagal hati dan kanker hati bila tidak ditangani.

## 3. Intervensi

Intervensi disusun berdasarkan masalah-masalah keperawatan yang ditegakkan yaitu manajemen nyeri, perawatan luka, dukungan mobilisasi, dan pencegahan infeksi. Intervensi-intervensi dirancang melalui tindakan-tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

Dalam intervensi keperawatan terdapat kesenjangan yaitu pada teori jumlah intervensi yang diangkat pada dukungan mobilisasi sebanyak 7 intervensi namun pada kasus yang diangkat hanya 5 karena menyesuaikan dengan kondisi klien dalam waktu perawatan selama 3 hari dan pada

masalah gangguan integritas jaringan/kulit pada teori diangkat intervensi perawatan luka sebanyak 9 namun pada kasus yang diangkat hanya 7 dan ditambah intervensi perawatan perineum sebanyak 3 intervensi karena menyesuaikan dengan kondisi pasien selama 3 hari perawatan dan alasan menambah intervensi perawatan perineum karena kerusakan bukan hanya bagian kulit saja akan tetapi jaringan pada uterus juga mengalami kerusakan akibat terlepasnya plasenta. Dalam intervensi pada kasus diangkat intervensi pencegahan infeksi yaitu batasi jumlah pengunjung, pakai APD serta cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi (tinggi kalori dan protein) tidak ada pada teori karena pada teori tidak diangkat diagnose risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (virus HBsAg).

#### 4. Implementasi

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah direncanakan. Pelaksanaan pada Ny. M.A.L dapat dijalankan dengan baik karena didukung oleh sarana dan partisipasi dari keluarga dan petugas kesehatan. Akan tetapi pada implementasi terdapat kesenjangan dimana pada kasus tidak diangkat intervensi pemberian obat pulang namun pada kasus diimplementasi memberikan obat pulang curcuma sanbe, cefadroxil dan labumin karena membantu proses penyembuhan klien saat dirumah. Dengan demikian seluruh intervensi yang direncanakan dapat dilaksanakan dengan baik

## 5. Evaluasi

Setelah dilaksanakan keperawatan selama 3 (tiga) hari masalah nyeri sebagian teratasi, gangguan integritas jaringan dan kulit Sebagian teratasi, gangguan mobilitas fisik teratasi, dan risiko infeksi tidak terjadi.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil studi kasus terkait gambaran asuhan keperawatan pada Ny M.A.L dengan post SC di Ruang Nifas III Rumah Sakit Umum Daerah Ende tanggal 03-05 juli 2024 (3 hari).

Pengkajian yang dilakukan pada Ny M.A.L ditemukan klien mengatakan nyeri pada luka operasi diperut, belum bisa duduk, berpindah, berjalan, mandi, ke toilet, berpakaian. Adanya luka post operasi di abdomen tertutup kassa, terpasang kateter, kolostrum/ASI sudah keluar, kontraksi uterus baik/keras, lochea rubra, HBsAg (+)

Diagnose keperawatan yang di angkat pada kasus Ny M.A.L adalah nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), gangguan kerusakan integritas jaringan/kulit berhubungan dengan prosedur operasi, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan proses pembedahan dan risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (virus HBsAg).

Intervensi yang dilakukan pada kasus Ny M.A.L ialah manajemen nyeri, perawatan luka, dukungan mobilisasi dan pencegahan infeksi. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada kasus Ny M.A.L adalah mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, skala, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (latihan napas dalam), melayani injeksi paracetamol, ketorolac, memonitor karakteristik luka, melayani terapi

ampicilin injeksi 1gr, membersihkan luka menggunakan cairan NaCl, mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, menutup luka menggunakan kassa steril dan plester sesuai dengan ukuran, melayani injeksi sankorbin, memberikan klien minum sedikit-sedikit dan makan dalam memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi sehingga mempercepat penyembuhan, menganjurkan klien untuk makan telur 1 hari  $\pm$ 5 butir, menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi dini, membantu pasien melakukan mobilisasi secara bertahap sambil menjelaskan ke pasien dan keluarga seperti duduk diatas tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi, melibatkan keluarga dalam melakukan mobilisasi, membatasi pengunjung, menggunakan APD sarung tangan steril saat membersihkan luka, menjelaskan obat pulang curcuma sanbe 10mg.

Evaluasi pada kasus Ny M.A.L ialah pada hari ketiga setelah dilakukan perawatan didapatkan bahwa masalah nyeri sebagian teratasi, masalah gangguan integritas jaringan/kulit sebagian teratasi, masalah gangguan mobilitas fisik teratasi, dan masalah risiko infeksi tidak terjadi.

## **B. Saran**

### **1. Bagi peneliti**

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat menjadikan pengalaman belajar dilapangan dan dapat meningkatkan pengetahuan penulis tentang asuhan keperawatan pada Ibu Nifas dengan Post SC.

## 2. Bagi rumah sakit dan fasilitas kesehatan

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat menjadikan suatu tolak ukur serta upaya rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya dalam meningkatkan sarana dan prasarana serta pelayanan yang lebih efektif.

## 3. Bagi institusi pendidikan

Agar informasi hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan tambahan untuk memperkaya pengetahuan serta meningkatkan kapasitas dan kualitas pendidikan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad Yusrila, 2020. “*Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Sectio Caesarea Dengan Nyeri Akut*” <https://repository.bku.ac.id> diakses tanggal 20 september 2023, pukul 19.25 WITA .
- Anggria Vevi, 2022. “*Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. O Dengan Post Sectio Caesarea*”. <http://repository.poltekkesbengkulu.ac.id> diakses tanggal 20 september 2023, pukul 19.05 WITA .
- Eriyanti, et.al., 2018. “*Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Post Operasi Secti Caesarea*”. Jurnal: Buletin Media Informasi Kesehatan, 14(2).
- Hayati, N et.al., 2023. “*Hubungan Antara Cephalopelvik Disproportion (Cpd), Gawat Janin Dan Partus Lama Dengan Kejadian Sectio Caesarea (Sc) Pada Ibu Primipara Di Rsiabdt Tahun 2022*”. SENTRI:Jurnal Riset Imiah, 2(5).1406-1407
- Ningrum Dian, 2021. “*Asuhan Keperawatan Pada Ny. S dengan Post Sectio Caesrea Indikasi Patas Tak Maju*” <http://repository.unissula.ac.id> di akses pada tanggal 21 september 2023, pukul 18.45 WITA
- PPNI (2017), *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018), *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018), *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Putu Ekagy,2020. “*Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Sectio Caesarea*” <http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id> diakses tanggal 21 september 2023, pukul 15.00 WITA.
- Rantesigi Nirva, 2023. “*Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Partum Sectio Caesarea Di Ruang Kebidanan RSUD Poso*”. Madago Nursing Journal, 4(1). 89-90
- Riskesdas, 2018. “*Laporan Provinsi Nusa Tenggara Timur*” Lembaga Penerbit Balitbangkes. [RISET KESEHATAN DASAR \(kemkes.go.id\)](https://riset.kemkes.go.id)
- Sari erni, 2022. “*Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Diagnosa P 2002 + Post Sc Hari Ke 0 A.I Curiga Bayi Besar+Polihidramnion Di Ruang FI RS*

- pal Dr. Ramef”. <http://repository.stikeshangtuah-sby.ac.id> diakses tanggal 19 september 2023, pukul 19. 46 WITA .
- Siloam Hospital, 2023. “*Mengenal Darah Lochea (Darah Nifas) Beserta Tahapnya*”<https://www.siloamhospitals.com/informasiloam/artikel/mengenal-darah-lokia> diakses tanggal 30 april 2024, pukul 18.10 WITA.
- Siloam Hospital, 2023. “*Operasi Caesar: Persiapan, Prosedur, dan Efek Sampingnya.*”<https://www.siloamhospitals.com/informasiloam/artikel/operasi-caesar-adalah> diakses tanggal 12 Juni 2024, pukul 11.00 WITA.
- Smanmt, 2020. “*Arti Seorang Ibu*”. Artikel pendidikan SMT Bojonegoro. <https://smanmt.sch.id/arti-seorang-ibu/> diakses tanggal 21 september 2023, pukul 19.20 WITA
- Sudarsih, I. Et.al., 2022. “*Hubungan Antara Komplikasi Kehamilan Dan Riwayat Persalinan Terhadap Tindakan Sectio Caesarea*”. Jurnal penelitian perawat nasional, 5(4).1568
- Sumaryati et.al., 2018 dalam Rahmadati, N.A et.al., 2022. “*Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea Dengan Indikasi Partus Lama: Studi Kasus*”. Jurnal Keperawatan, 1(1), 101.
- Twistina Antonia, 2019. “*Asuhan Keperawatan Pada Ny. C.B Dengan Post Sectio Caesrea*” <http://repository.poltekkeskupang.ac.id> diakses pada tanggal 19 september 2023, pukul 20.46 WITA
- WHO, 2021 “*Angka Operasi Caesrea Terus Meningkat, Ditengah Meningkatnya Kesenjangan Akses*”. Human Production Programme. [https://www-who-int.translate.google/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=id&\\_x\\_tr\\_hl=id&\\_x\\_tr\\_pto=tc](https://www-who-int.translate.google/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=tc) diakses tanggal 30 April 2024, pukul 15.30 WITA.
- Zahroh Nuursafa, 2021. “*Asuhan Keperawatan Pada Ibu Nifas Ny.S Di Wilayah Kerja Puskesmas Playen IP*”. <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id> diakses tanggal 19 september 2023, pukul 19.15 WITA.

LAMPIRAN 1



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**  
**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE**  
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Tlpn: (0380) 8800256  
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



---

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M.A.L DENGAN POST SC INDIKASI  
GEMELI, LETAK LINTANG, LETAK KAKI DAN KETUBAN PECAH DINI  
(KPD) DIRUANGAN NIFAS III RSUD ENDE**

**I. PENGKAJIAN**

Hari/ tanggal : Rabu, 3 Juli 2024

Oleh : Mega Yonita

**A. Identitas**

**1. Identitas pasien**

Nama : Ny. M.A.L  
Umur : 42 tahun  
Agama : Katolik  
Pendidikan : SD  
Pekerjaan : Petani  
Alamat : Kobaleba  
Tanggal partus : 3 Juli 2024  
Jenis partus : SC

**2. Identitas penanggung jawab**

Nama : Tn. K.R.M  
Umur : 51 tahun  
Hub. dengan pasien : Suami

## **B. Riwayat**

### **Kesehatan**

#### 1. Keluhan Utama

Klien post SC hari pertama, mengeluh nyeri pada luka operasi didaerah abdomen.

#### 2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien mengatakan bersalin secara SC karena anak kembar, letak lintang, letak kaki dan ketuban pecah dini. Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi di daerah abdomen, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri bertambah saat bergerak, skala nyeri 2 (kualitas nyeri 6). Klien mengatakan setelah persalinan belum bisa duduk, berpindah, berjalan, mandi, ke toilet, berpakaian. Hasil laboratorium HBsAg (+).

#### 3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan sebelumnya melahirkan secara spontan dan ini pertama kali SC serta tidak ada riwayat penyakit seperti diabetes melitus, hipertensi, hepatitis sebelumnya.

## **C. Riwayat Obstetri**

No	Umur	L/P	H/M	BBL	Cara Lahir	Penolong	Nifas Lalu
1.	9 tahun	L	40	3.100 gr	Spontan	Bidan	ASI lancer, tidak infeksi
2.	2 tahun	P	39	3.440 gr	Spontan	Bidan	ASI lancer, tidak infeksi

#### **D. Riwayat Kehamilan sekarang**

1. Gangguan pada hamil muda

Klien mengatakan tidak ada gangguan saat hamil dan hanya mual, muntah, dan tidak ada nyeri.

2. Tempat memeriksa kehamilan

Klien mengatakan memeriksa kehamilan di Pustu Kobaleba setiap bulan.

3. Obat yang diberikan

Klien mengatakan diberikan tablet tambah darah (Fe) dan vitamin.

4. Nutrisi selama hamil

Klien mengatakan mengonsumsi sayur bayam, sawi, kangkung daun singkong, tahu, tempe, telur, ikan dan minum air putih 7 gelas. Klien tidak mengonsumsi minuman beralkohol dan bersoda.

#### **E. Riwayat Persalinan**

1. Jenis persalinan : SC

2. Lama persalinan: 1 Jam

3. Keadaan umum : Baik

#### **F. Riwayat Kontrasepsi**

1. Jadi akseptor / tidak : pernah

2. Jenis kontrasepsi : KB Suntik

3. Lama : 3 bulan

4. Keluhan selama menjadi akseptor : tidak ada

## **G. Data Psikologis**

Klien mengatakan merasa puas dengan persalinannya ini serta menerima perannya sebagai ibu dan istri. Pasien juga mengatakan suaminya selalu mendukung dan menemani dia.

## **H. Pemenuhan kebutuhan dasar**

### 1. Nutrisi:

Klien minum air sedikit-sedikit dan menghabiskan 1 gelas air  $\pm 100$  cc. pasien makan nasi, sayur, telur (5 butir sehari), ikan dan bubur kacang hijau sedikit-sedikit dan dihabiskan.

### 2. Eliminasi:

Urine: klien menggunakan kateter, jumlah urine 80 cc.

Fekal: klien mengatakan sudah BAB sebelum bersalin dan belum BAB setelah bersalin.

### 3. Aktivitas dan istirahat

Klien mengatakan setelah persalinan belum bisa duduk, berpindah, berjalan, mandi, ke toilet, berpakaian. Klien berkata istirahat  $\pm 2$  jam dan sering terbangun karena nyeri.

## **I. Pemeriksaan fisik**

### 1. Keadaan umum

Kesadaran komposmentis, TTV: tekanan darah 151/58 mmHg, N: 67 x/m, RR: 20x/m, S: 36,9°C, SPO<sub>2</sub>: 98%

2. Kepala

Inspeksi: rambut tampak hitam, bersih, sedikit berminyak, tidak ada benjolan.

Palpasi: tidak ada nyeri tekan

3. Wajah

Inspeksi: tampak meringis

4. Mata

Inspeksi: konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik

5. Hidung

Inspeksi: tampak simetris, tidak ada sumbatan, pernapasan cuping hidung

6. Telinga

Inspeksi: tampak simetris, tidak ada serumen

Pendengaran normal tidak ada nyeri

7. Mulut

Inspeksi: mukosa bibir sedikit kering, tidak pucat, mulut bersih

8. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening

9. Dada/mamae

Inspeksi: payudara tampak bersih, simetris, puting susu menonjol, kolostrum/Asi sudah keluar

Palpasi: tidak ada nyeri tekan, kolostrum/Asi sudah keluar

## 10. Abdomen

Inspeksi: bentuk bulat, bersih, ada luka post operasi di abdomen tertutup kasa, keadaan luka bersih

Auskultasi: bising usus 5x/menit

Palpasi: TFU 2 jari diatas pusat, ada nyeri tekan, kontraksi teraba keras.

## 11. Genetalia

Jenis lokea rubra jumlahnya dalam batas normal  $\pm$  20cc, warna merah kehitaman, konsistensi kental lendir dan darah

## 12. Ekstermitas

Inspeksi: tampak lemah, tidak mampu duduk, berjalan.

Esktremitas atas: tidak ada edema, terpasang infus RL drip Oxy 20 iu 20 tetes permenit ditangan kiri.

Ekstremitas bawah: tidak ada edema, mampu mengangkat kaki, tidak ada varises.

Palpasi: tidak ada nyeri tekan

## J. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan hasil laboratorium pada tanggal 3 Juli 2024, WBC: 15.14 uL (nilai normal 3.60-11.00) HGB: 12.7 g/dL (nilai normal 11.7-15.5), HBsAg (+)

## K. Terapi/obat

Nama Obat	Dosis	Indikasi
Ampicillin	4×1 gr	Mencegah dan mengobati infeksi yang disebabkan bakteri gram positif atau negative

Sankorbin	1×5 ml	Memenuhi kebutuhan vitamin C, penyembuhan luka, memelihara kesehatan jaringan, dan melindungi sel-sel tubuh.
Asam tranexamat	3×500 mg	Untuk mengurangi atau mencegah pendarahan
Vitamin K	2×1 ampul	Membantu mengobati atau mencegah pendarahan
Paracetamol	Parasetamol inj 3×1 gr	Mengurangi nyeri dan menurunkan demam
Ketorolac	3×30 mg	Meredakan nyeri derajat sedang hingga berat



LEMBAR KONSUL PROPOSAL DAN KTI

Nama : Mega Yonita  
 NIM : PO. 5303202210027  
 Nama Pembimbing : Martina Bedho, S.ST., M. Kes  
 Nama penguji : Dr. Sisilia Leny Cahyani S. Kep., Ns., MSc

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
1	31 Agustus 2023	Konsul judul proposal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambil judul Post Partum Section Caesarea</li> <li>Latar belakang harus introduction (kata pembuka)</li> <li>BAB II ambil dari sumber terbaru 5 tahun terakhir</li> <li>Pathway tulis sumbernya</li> <li>Cara penulisan titik, koma, huruf kapital harus sesuai</li> </ul>	
2	15 September 2023	BAB I	<ul style="list-style-type: none"> <li>Buat kata pembuka dan upaya penanganan</li> <li>Buat lanjut BAB II</li> </ul>	
3.	27 September 2023	BAB I dan II	<ul style="list-style-type: none"> <li>Latar belakang: Lengkapi sumber dan data diringkas</li> <li>Perbaiki pathway dan</li> </ul>	

			<p>manifestasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lengkapi pengkajian</li> <li>• Lanjut diagnosa sampai evaluasi</li> </ul>	
4.	22 November 2023	BAB I dan II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perbaiki aturan huruf</li> <li>• Pahami patofisiologi sesuai dengan pathway</li> <li>• Tambahkan manifestasi nifas</li> <li>• Tambahkan pemeriksaan fisik</li> <li>• Lengkapi pengkajian</li> <li>• Perbaiki rasional</li> </ul>	
5.	2 Februari 2024	BAB I dan II	<p>Perbaiki lagi sesuai koreksian lihat catatan ibu di proposal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perbaiki latar belakang</li> <li>• Tambahkan manifestasi</li> <li>• Perbaiki pathway</li> <li>• Perbaiki pengkajian dan diagnosa</li> </ul>	
6.	6 Mei 2024	BAB II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bekajar tentang perubahan fisiologi ibu nifas</li> <li>• Pathway: MK Resti infeksi digabung</li> <li>• Perbaiki yang dikoreksi dari pathway dst</li> <li>• Pastikan intervensi tidak boleh sama dari beberapa masalah keperawatan</li> <li>• Buat konsep dasar</li> </ul>	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Teori nifas</li> <li>2. Teori post partum</li> <li>3. Masalah keperawatan</li> </ul>	
7.	14 Mei 2024	BAB II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edit kata, kalimat, huruf, spasi dll</li> <li>• Baca dan pahami kasusmu untuk siap ujian proposal</li> </ul>	
8.	17 Mei 2024	BAB II dan III	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontraksi Rahim?</li> <li>• Tanda pre eklamsi?</li> <li>• Tanda plasenta previa?</li> <li>• Perdalam materimu untuk siap ujian proposal</li> </ul>	
9.	4 Juni 2024	BAB I-II-III	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelajari materi</li> <li>• ACC</li> <li>• Ujian proposal</li> <li>• Silahkan hubungi pengujimu</li> </ul>	
10.	11 Juli 2024	BAB IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tambahkan kecamatan</li> <li>• Pelajari tanda-tanda infeksi</li> <li>• Perbaiki penulisan skala nyeri</li> <li>• Perbaiki Analisa data</li> <li>• Tambahkan intervensi perawatan perineum pada diagnose gangguan kerusakan integritas jaringan/kulit</li> <li>• Perbaiki rasional</li> </ul>	

11.	15 Juli 2024	BAB IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tulis riwayat kontrasepsi dari anak ke berapa sampai kapan</li> <li>• Perbaiki pengkajian perpola</li> <li>• Cari WBC normal pada ibu nifas</li> <li>• Buat kesenjangan pada pengkajian HBsAg positif</li> <li>• Perbaiki penulisan</li> </ul>	
12.	16 Juli 2024	BAB I, II, III, IV dan V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sudah lengkap, ACC untuk lanjut ujian hasil</li> </ul>	

Mengetahui

**Plh. Ketua Program Studi Keperawatan Ende  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



**Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep., Ns., MSc.**  
NIP. 197401132002122001



**LEMBAR KONSULTASI REVISI PROPOSAL DAN KTI**

Nama : Mega Yonita  
NIM : PO. 5303202210027  
Nama Pembimbing : Martina Bedho, S.ST., M. Kes  
Nama Penguji : Dr. Sisilia Leny Cahyani S. Kep., Ns., MSc

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Penguji	Paraf Penguji
1.	25 Juni 2024	BAB I dan II	<ul style="list-style-type: none"><li>• Perbaiki penulisan judul</li><li>• Perbaiki penulisan spasi pada tabel</li><li>• Tambahkan kalimat dilatar belakang untuk menyatukan teori SC dan Nifas</li><li>• Perbaiki kata Sectio Caesarea disingkat SC</li><li>• Perbaiki penulisan pada bagian manfaat di latar belakang</li></ul>	
2.	27 Juni 2024	BAB I, II, dan III	<ul style="list-style-type: none"><li>• ACC, lanjut ambil pasien di RSUD</li></ul>	

3.	24 Juli 2024	Koreksi terakhir pasca ujian KTI	• ACC untuk dijilid	
----	--------------	-------------------------------------	---------------------	---

Mengetahui

**Plh. Ketua Program Studi Keperawatan Ende  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



**Dr. Sisilia Lery Cahyani, S. Kep.,Ns.,MSc.**  
NIP. 197401132002122001

JADWAL KEGIATAN

JENIS KEGIATAN	TAHUN 2023/2024														
	BULAN														
	Agustus	September	Oktober	November	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober
Pengajuan Judul Studi Kasus															
Penyusunan Bab I,II,III															
Studi Kasus															
Penyusunan Bab IV dan V															
Ujian Studi Kasus															
Revisi Studi Kasus															
Penyerahan Studi Kasus															

**PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS**

1. Saya adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Ibu untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada pasien post SC di Ruang Nifas III RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah mahasiswa diharapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan pasien post SC di Ruang Nifas III RSUD Ende. Studi kasus ini dapat memberi manfaat berupa peningkatan proses asuhan keperawatan pada pasien post SC di Ruang Nifas III RSUD Ende. Studi kasus ini akan berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan/memperburuk status kesehatan Ibu.
4. Keuntungan yang Ibu peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Ibu mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Ibu sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Ibu membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silakan menghubungi saya pada nomor HP: 087747240275

**Peneliti**



**Mega Yonita**

**NIM: PO5303202210027**

**INFORMED CONSET**  
(Persetujuan menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bahwa : saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh :

MEGA YONITA dengan judul ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST SC DI RUANGAN NIFAS III RSUD ENDE

Saya setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan dari siapapun. Apabila selama penelitian studi kasus ini saya mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri tanpa sanksi apapun.

Ende, 03 Juli 2024

Saksi

Karolus Rabee Manu

Yang memberikan Persetujuan

Megasia Arhen Landi

Peneliti,

MEGA YONITA

PO. 5303202210027

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**



**1. Data Diri**

Nama : Mega Yonita  
Tempat/Tanggal Lahir : Ende, 2 April 2003  
Alamat : Jl. I. H. Doko  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Kristen Protestan  
Nama Ayah : Rudy Djami  
Nama Ibu : Marselina Oktavia Raga Pau

**2. Riwayat Pendidikan**

SDN IPPI : 2009-2015  
SMP Swasta Kristen Ende : 2015-2018  
SMK Katolik Muktyaca Ende : 2018-2021  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang,  
Program Studi D III Keperawatan Ende : 2021-2024

**MOTTO**

“Dan apa saja yang kamu minta dalam doa dengan penuh kepercayaan, kamu akan menerimanya”

-Matius 21:22-