

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M.E.M POST SECTIO
CAESAREA (SC) DENGAN INDIKASI
KETUBAN PECAH DINI (KPD)
DI RUANGAN NIFAS RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH



OLEH :

PATRISIA PUTRI ORO

NIM:PO53032022067

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN ENDE
TA.2023/2024**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M.E.M POST SECTIO
CAESAREA (SC) DENGAN INDIKASI
KETUBAN PECAH DINI (KPD)
DI RUANGAN NIFAS RSUD ENDE**

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



OLEH:

**PATRISIA PUTRI ORO
NIM. PO.5303202210067**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE
2023/2024**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Patrisia Putri Oro
NIM : PO5303202210067
Program Studi : D-III Keperawatan Ende
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan pada Ny. M.E.M Post
Sectio Caesarea (SC) dengan Indikasi
Ketuban Pecah Dini (Kpd) Di Ruangan
Nifas RSUD Ende

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya susun ini benar-benar hasil karya tulis sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila di kemudian hari dapat di buktikan bahwa karya tulis ilmiah ini adalah hasil jiblanan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende, 28 mei 2025
Yang membuat pernyataan

Patrisia Putri Oro
NIM. PO.5303202210067

LEMBAR PERSETUJUAN

**KARYA TULIS ILMIAH ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M.E.M
POST SECTIO CAESAREA (SC) DENGAN INDIKASI KETUBAN
PECAH DINI (KPD) DI RUANGAN NIFAS RSUD ENDE**

OLEH :

Patrisia Putri Oro
NIM. PO5303202210067

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui
Oleh Pembimbing Untuk Diujikan
Ende, 28 mei 2025

Pembimbing



Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., Msc
NIP. 197401132002122001

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, M., Kep., Ns., Sp.Kep., Kom
NIP. 196601141991021001

LEMBAR PENGESAHAN

**KARYA TULIS ILMIAH ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M.E.M
POST SECTIO CAESAREA (SC) DENGAN INDIKASI KETUBAN
PECAH DINI (KPD) DI RUANGAN NIFAS RSUD ENDE**

OLEH:

PATRISIA PUTRI ORO
PO5303202210067

Penguji Ketua



Marthina Bedho, S.ST., M.Kes
NIP. 196006271985032001

Penguji Anggota



Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., Msc
NIP. 197401132002122001

Disahkan oleh:

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, M.Kep., Ns.Sp.Kep.Kom
NIP.196601141991021001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur Penulis haturkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, kerana atas berkat dan,kasih karunianya Penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Ny. M.E.M Post Sectio Caesarea (SC) dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di ruangan Nifas RSUD Ende". Penulis menyadari Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik diterima baik tidak lepas dari campur tangan dari berbagai pihak, maka dari itu pada itu sudah sepantasnya penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada pihak-pihak yang telah membantu penulis yaitu:

1. Bapak Irfan, SKM., M.Kes, Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan Diploma III Keperawatan di Politekes 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 menambah ilmu di lembaga ini.
3. Ibu Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., MSc selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ibu Martina Bedho, SST., M.Kes selaku ketua penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan kepada penulis.

5. Bapak Emanuel Nonga dan Mama Rosalia Pasi selaku orang tua saya tercinta terima kasih yang sebesar-besarnya atas segala do'a ,dukungan, kasih sayang ,dan pengorbanan yang tiada henti selama ini.
6. Bapak Roi dan Mama rince yang telah menjadi sosok orang tua bagi saya dalam segala hal.Terima kasih atas cinta,do'a,dukungan , dan pengorbanan yang tidak pernah putus sejak awal hingga akhir.
7. Kepada seluruh keluarga yang tercinta,atas segala doa, dukungan ,semangat serta kasih sayang yang tak ternilainya.
8. Kepada teman-teman saya ,yang telah menjadi bagian penting dalam perjalanan akademik ini.Terima kasih atas kebersamaan, dukungan,bantuan,dan semangat yang selalu diberikan, baik suka maupun duka.kehadiran kalian menjadi penyemangat tersendiri dalam proses penyusunan ini.
9. Untuk Bangtan Sonyeondan terima kasih atas musik,pesan dan energi positif yang tak pernah gagal memberi motivasi. Lagu-lagu kalian menjadi pengingat untuk terus bertahan dan bangkit meski dalam kondisi tersulit.Terima kasih telah menjadi bagian dari perjalan ini, meskipun dari kejauhan.
10. Saya juga ingin menyampaikan terima kasih yang tulus kepada diri saya sendiri.Terima kasih telah bertahan sejauh ini ,melewati berbagai tekanan,kelelahan, dan keraguan yang tidak sedikit.. Terima kasih karena tidak menyerah meskipun rasanya ingin berhenti berkali-kali semoga perjalanan ini menjadi pijakan untuk langkah-langkah besar selanjutnya.

Semoga Tuhan membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan dan dukungan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini Penulis mengharapkan kritik dan saran dalam penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini sehingga bermanfaat bagi penulis, mahasiswa keperawatan dan semua pihak. Akhir kata, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca pada umumnya dan mahasiswa keperawatan khususnya.

Ende, 28 mei 2025

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M.E.M POST SECTIO CAESAREA (SC) DENGAN INDIKASI KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RUANGAN NIFAS RSUD ENDE

Patrisia Putri Oro

Dr. Sisilia Leny Cahyani, S .Kep., Ns., Msc

Latar Belakang Ketuban Pecah Dini merupakan masalah penting dalam obstetri berkaitan dengan penyakit prematur dan terjadinya infeksi korioamnionitis (radang pada korion dan amnion) (Wulandari dan Octaviani, 2019).

Tujuan dari penulisan ini adalah untuk memberikan Asuhan Keperawatan Pada Ny. M.E.M Post Sectio Caesarea (Sc) dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini (Kpd) di Ruang Nifas RSUD Ende.

Metode yang dilakukan dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

Hasil pengkajian yang ditemukan pada Ny. M.E yaitu nyeri pada luka operasi dibagian abdomen, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 7, nyeri berat terkontrol, nyeri bertambah saat bergerak, pasien tampak meringis. Luka operasi tampak bersih, tertutup kasa TFU 2 jari dibawah pusat, kolostrum ASI belum ada, payudara terasa nyeri dan kencang, lokhea rubra atau tampak merah kehitaman dengan konsistensi lendir dan darah. ekstremitas pasien mengatakan tidak mampu duduk dan berjalan, pasien tampak lemah, terpasang kateter dengan jumlah urine 100cc. ekstremitas atas terpasang infus RL drip oxy 20 iu 28 tetes permenit ditangan kiri, kesadaran composmentis, tekanan darah : 117/70mmHg, nadi 68x/menit, suhu 36, 9°, SPO2 98%. Diagnosa keperawatan pada Ny. M.E yaitu adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedara fisik (prosedur operasi), resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidak adekuatan suplai ASI, dan ada tambahan diagnosa dari luar teori adalah diagnosa intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan. Intervensi keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditujukan untuk mengatasi masalah yang dialami pasien. Implementasi yang telah dilakukan penulis untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien sudah sesuai dengan intervensi yang direncanakan. Tindakan dilakukan dari tanggal 21, 22, 23 Oktober 2024 yaitu empat diagnosa keperawatan yang muncul masalah. Masalah yang teratasi yaitu nyeri akut, resiko infeksi, menyusui tidak efektif , intoleransi aktifitas.

Kesimpulan dari studi kasus ini adalah masalah pada Ny. M.E teratasi. Saran untuk pasien dan keluarga harus mengetahui cara perawatan Post Sc dengan indikasi ketuban pecah dini dan berperan aktif dalam proses penyembuhan pasien.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Post Sc dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini.

ABSTRACT

NURSING CARE FOR MRS. M.E.M POST SECTIO CAESAREA (SC) WITH INDICATION OF PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES (PROM) IN THE POSTPARTUM ROOM OF ENDE REGIONAL HOSPITAL

Patrisia Putri Oro

Dr. Sisilia Leny Cahyani, S .Kep., Ns., Msc

Background Premature rupture of membranes is an important problem in obstetrics related to premature disease and the occurrence of chorioamnionitis infection (inflammation of the chorion and amnion) (Wulandari and Octaviani, 2019).

The purpose of this writing is to provide nursing care for Mrs. M.E.M Post Sectio Caesarea (Sc) with indications of premature rupture of membranes (PROM) in the postpartum room of Ende Regional Hospital.

The method used in this Scientific Paper is a case study method with a nursing care approach that includes assessment, nursing diagnosis, planning, implementation and evaluation of nursing.

The results of the assessment found in Mrs. M.E were pain in the surgical wound in the abdomen, stabbing pain, pain scale 7, severe pain controlled, pain increases when moving, the patient appeared to be grimacing. The surgical wound looked clean, covered with TFU gauze 2 fingers below the center, there was no breast milk colostrum, the breasts felt sore and tight, lochia rubra or appeared blackish red with mucus and blood consistency. The patient's extremities said they were unable to sit and walk, the patient appeared weak, a catheter was installed with a urine volume of 100cc. The upper extremities were fitted with an infusion of RL drip oxy 20 iu 28 drops per minute in the left hand, composmentis consciousness, blood pressure: 117/70mmHg, pulse 68x/minute, temperature 36.9o, SPO2 98%. Nursing diagnosis in Mrs. M.E is acute pain related to physical injury agents (surgical procedures), risk of infection related to the effects of invasive procedures, ineffective breastfeeding related to inadequate breast milk supply, and there is an additional diagnosis from outside the theory is a diagnosis of activity intolerance related to weakness. Nursing interventions are in accordance with the nursing plan that has been intended to overcome the problems experienced by the patient. The implementation that has been carried out by the author to overcome the problems faced by the patient is in accordance with the planned interventions. Actions taken from October 21, 22, 23, 2024, namely four nursing diagnoses that arise problems. The problems that are resolved are acute pain, risk of infection, ineffective breastfeeding, activity intolerance.

The conclusion of this case study is that the problem of Mrs. M.E. is resolved. Suggestions for patients and families should know how to care for Post SC with indications of premature rupture of membranes and play an active role in the patient's healing process.

Keywords: Nursing Care, Post Sc with Indication of Premature Rupture of Membranes.

DAFTAR ISI

Halaman

SAMPUL LUAR

HALAMAN JUDUL i

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN ii

LEMBAR PERSETUJUAN iii

LEMBAR PENGESAHAN iv

KATA PENGANTAR..... v

ABSTRACT ix

DAFTAR ISI..... x

DAFTAR TABEL xii

DAFTAR GAMBAR..... xiii

BAB I PENDAHULUAN..... 1

A. Latar Belakang..... 1

B. Rumusan Masalah 5

C. Tujuan..... 5

D. Manfaat..... 6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA..... 7

A. Konsep Teori Nifas..... 7

B. Konsep Ketuban Pecah Dini (KPD) 12

C. Konsep Sectio Caesarea..... 17

D. Konsep Masalah Asuhan Keperawatan 37

E. Konsep Asuhan Keperawatan Post Operasi Sectio Caesarea..... 42

BAB III METODE STUDI KASUS 60

A. Desain Studi Kasus..... 60

B. Subyek Studi Kasus	60
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional).....	61
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus.....	61
E. Prosedur Studi Kasus.....	61
F. Teknik Pengumpulan Data	62
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	64
A. Hasil Studi Kasus	64
B. Pembahasan	92
BAB V PENUTUP.....	97
A. Kesimpulan.....	97
B. Saran	98
DAFTAR PUSTAKA.....	100

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Analisa Data	49
Tabel 3.1 Daftar Istilah	61
Tabel 4.1 Riwayat Obsestri	65
Tabel 4.2 Pemeriksaan Darah Lengkap	69
Tabel 4.3 Pemeriksaan Hematologi	70
Tabel 4.4 Terapi Obat	70
Tabel 4.5 Analisa Data	72
Tabel 4.6 Intervensi keperawatan	76
Tabel 4.7 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	79
Tabel 4.8 Catatan perkembangan	89

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kuadran Abdomen.	19
Gambar 2.2 Pathway Post Sc	25

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Ketuban Pecah Dini merupakan masalah penting dalam obstetri berkaitan dengan penyakit prematur dan terjadinya infeksi korioamnionitis (radang pada korion dan amnion) (Wulandari dan Octaviani, 2019). Kejadian ibu dengan ketuban pecah dini akan mengalami persalinan spontan namun ditakutkan akan mengancam jiwa janin dan ibu yang berhubungan dengan ketuban pecah dini yang meliputi infeksi, maka perlu dilahirkan dengan induksi dan dengan cara pembedahan (*sectio caesarea*).

Persalinan dapat diartikan sebagai proses alamiah yang dialami oleh setiap ibu hamil pada saat mengeluarkan bayi yang dimana adanya peregangan dan pelebaran pada mulut rahim sebagai akibat dari kontraksi otot-otot rahim untuk mendorong janin keluar (Assagaf N, et al., 2023). Didalam proses persalinan terdapat dua cara yaitu proses persalinan secara normal atau pervaginam dan persalinan secara operasi *sectio caesarea* (SC). Operasi *sectio Caesarea* adalah tindakan bedah untuk mengeluarkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding rahim (Susanto et al, 2019). Persalinan *Sectio Caesarea* (SC) juga dapat diartikan sebagai proses pembedahan untuk mengeluarkan janin melalui irisan pada dinding perut dan rahim (Hayati, N. et al., 2023). Persalinan dengan metode SC ini dilakukan atas dasar indikasi medis baik dari ibu maupun janinnya. *Sectio Caesarea* (SC) dapat terjadi karena adanya perdarahan, indikasi fetal, toxemia gravidarum,

pembedahan sebelumnya pada uterus, panggul sempit dan dystocia mekanis. Proses *sectio Caesarea* (SC) dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya hal-hal yang mengancam nyawa atau keselamatan ibu dan calon bayinya apabila ibu terpaksa melahirkan secara normal atau pervaginam.

Menurut *World Health Organization* (WHO), di negara berkembang kejadian *Sectio Caesarea* meningkat pesat. WHO telah menetapkan bahwa indikator persalinan *Sectio Caesarea* di setiap negara adalah antara 10 dan 15 persen. Jika angka indikator persalinan *Sectio Caesarea* melebihi batas standar operasi *Sectio Caesarea*, hal ini dapat meningkatkan risiko kematian dan kecacatan pada ibu dan anak. Data pada tahun 2019 menyatakan bahwa jumlah tindakan *Sectio Caesarea* sebanyak 85 juta tindakan, data pada tahun 2020 menyatakan bahwa jumlah tindakan *Sectio Caesarea* sebanyak 68 juta tindakan, serta data pada tahun 2021 menyatakan bahwa jumlah tindakan *Sectio Caesarea* sebanyak 373 juta tindakan. Jumlah persalinan *Sectio Caesarea* banyak terjadi di Amerika (39, 3%), Eropa (25, 7%), dan Asia (23, 1%), jumlah ini diprediksi mengalami peningkatan tiap tahunnya sampai 2030 (WHO, 2021). Persalinan di Indonesia melalui tindakan *Sectio Caesarea* juga meningkat setiap tahunnya melewati standar yang telah ditetapkan oleh WHO.

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Republik Indonesia, terjadi peningkatan tindakan *Sectio Caesarea* dari 15, 3% pada 7.440 persalinan di tahun 2013 menjadi 17, 6% dari 78.736 persalinan di tahun 2018 (Riskesdas, 2018). Paling banyak terjadi di Provinsi Jawa Barat,

Jawa Timur, dan Jawa Tengah. Provinsi Kepulauan Bangka Belitung menduduki posisi ke 29 secara Nasional tentang kelahiran dengan tindakan *Sectio Caesarea*, dimana jumlah tindakan *Sectio Caesarea* sebanyak 452 tindakan. Berdasarkan karakteristik ibu bersalin secara umum tindakan melahirkan melalui *Sectio Caesarea* paling banyak terjadi pada ibu dengan usia antara 20-24 tahun, pendidikan sekolah lanjutan tingkat atas (SLTA), status pekerjaan tidak bekerja, dan di daerah perkotaan (Riskesdas, 2018) dalam (Sudarsih, I. Et al., 2022).

Sesuai dengan riset kesehatan dasar, tindakan *sectio caesarea* di provinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2018 sebanyak (9, 97%) (Fiskesdas, 2018). Kasus *sectio caesarea* dengan indikasi ketuban pecah dini dikabupaten Ende dalam dua tahun terakhir terjadi peningkatan dimana pada tahun 2022 sebanyak 42, 76% atau 210 kasus dari 491 persalinan dan ditahun 2023 51, 40% atau 312 kasus dari 607 persalinan (RSUD Ende, 2024). Dengan presentasi ini dapat menunjukkan bahwa kasus operasi SC dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD) di Kabupaten Ende semakin banyak dilakukan, hal ini terjadi karena adanya kemungkinan yang menimbulkan efek atau dampak pada ibu yang melahirkan secara secio caesarea karena penyebab tertentu.

Persalinan dengan metode *sectio caesarea* bisa terjadi karena adanya permasalahan pada ibu maupun bayi. Setiap keadaan yang membuat kelahiran lewat jalan lahir yang tidak mungkin terlaksana merupakan indikasi absolut untuk *sectio abdominal*, diantaranya adalah kesempitan panggul yang sangat berat dan neoplasma yang menyumbat jalan lahir. Sedangkan menurut

(Mochtar, 2019), Pada indikasi relatif, kelahiran lewat vagina bisa dilakukan namun masih ada pilihan yang lebih aman bagi ibu dan bayinya yaitu kelahiran lewat *sectio caesarea*. Terjadinya *sectio caesarea* disebabkan karena keracunan kehamilan yang parah, preeklamsia dan eklampsia berat, kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kemudian sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta yang lebih dikenal dengan *plasenta previa*, bayi kembar, kehamilan pada ibu yang berlansia.

Dampak yang terjadi pada ibu Nifas dengan post *sectio caesarea* adalah nyeri akut dan resiko infeksi serta gangguan integritas kulit yang terjadi akibat luka bekas pembedahan pada abdomen. Upaya untuk mengatasi dampak yang timbul maka diperlukan peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif terhadap ibu nifas dengan *post sectio caesarea* yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Sehingga dapat mencegah terjadinya masalah pada ibu nifas post *sectio caesarea*.

Berdasarkan uraian latar belakang di atas. maka penulis tertarik dengan topik permasalahan tersebut dan penulis dapat meneliti serta mengkaji lebih dalam mengenai **“Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Sectio Caesarea (SC) dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) Di Ruang Nifas RSUD Ende ”**.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang di atas maka ditetapkan rumusan masalah sebagai berikut: Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post *sectio caesarea* (sc) dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di ruangan Nifas RSUD Ende.

C. Tujuan

Adapun tujuan dari studi kasus dibagi menjadi dua, yakni:

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dibuatnya karya tulis ilmiah ini agar mahasiswa mampu menerapkan Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post *sectio caesarea* (sc) dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di ruangan Nifas RSUD Ende.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam dibuatnya karya Tulis Ilmiah ini adalah :

- a. Mengetahui teori post *sectio caesarea*.
- b. Mampu melakukan pengkajian Pada Ibu Post *sectio caesarea* (sc) dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di ruangan Nifas RSUD Ende
- c. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan Pada Ibu Post *sectio caesarea* (sc) dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di ruangan Nifas RSUD Ende
- d. Mampu merumuskan rencana asuhan keperawatan Pada Ibu Post *sectio caesarea* (sc) dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di ruangan Nifas RSUD Ende

- e. Mampu melakukan tindakan keperawatan Pada Ibu Post *sectio caesarea* (sc) dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di ruangan Nifas RSUD Ende
- f. Mampu merumuskan evaluasi Pada Ibu Post *sectio caesarea* (sc) dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di ruangan Nifas RSUD Ende
- g. Menganalisis kesenjangan antara teori dan kenyataan yang ditemukan pada pasien ibu Post Sectio Caesarea (SC) dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD) di ruangan Nifas RSUD Ende

D. Manfaat

1. Bagi Mahasiswa

Diharapkan dapat menambah pengetahuan dan pengalaman bagi mahasiswa dalam melaksanakan asuhan keperawatan khususnya asuhan keperawatan mengenai studi kasus Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post *sectio caesarea* (sc) dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di ruangan Nifas RSUD Ende

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat menambah pengetahuan dan masukan dalam kegiatan proses belajar mengajar dalam bidang keperawatan khususnya mengenai Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post *sectio caesarea* (sc) dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di ruangan Nifas RSUD Ende

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep 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 Fisiologis 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 gram. Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari bawah pusat dengan berat uterus 750 gram. Satu minggu post partum tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat dengan simpisis, berat uterus 500 gram.

Dua minggu post partum tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simpisis dengan berat uterus 350 gram. Enam minggu post partum fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 50 gram. 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 terasa 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 plasenta dan sisa darah.

2) Lochea Sanguilenta

Lochea ini keluar pada hari ke 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 serfiks 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 tiga minggu vulva akan kembali kepada keadaan tidak hamil dan labia menjadi lebih menonjol.

e. Payudara (mamae)

Setelah kelahiran plasenta, konsentrasi ekstrogen dan progesterone menurun, prolactrin dilepaskan dan sintesis ASI dimulai.

Suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vascular sementara. Air susu saat 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:

1) Suhu tubuh

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

2) Nadi

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

3) 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 sensitive sehingga mudah tersinggung.

c. Fase Leting Go

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

4. Tahapan Masa Nifas

a. Perineum dini

Suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan.

b. Pueperium 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 Ketuban Pecah Dini (KPD)

1. Pengertian

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum ada tanda-tanda persalinan dan setelah satu jam tidak diikuti proses inpartu sebagaimana mestinya .Apabila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5cm.Hal ini dapat terjadi saat akhir kehamilan maupun sebelum waktunya melahirkan

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi air ketuban (Liquor Amnii) Tiris

Di dalam amnion yang diliputi oleh sebagian selaput janin yang terdiri dari lapisan selaput ketuban (amnion) dan selaput pembungkus (chorion) terdapat air ketuban (liquor amnii). Volume air ketuban pada

hamil cukup bulan 1000-1500 ml, warna agak keruh, serta mempunyai bau yang khas, agak manis.

Warna air ketuban ini menjadi kehijau hijauan karena bercampur mekonium (kotoran pertama yang dikeluarkan bayi dan mengeluarkan emprdu) untuk membuat diagnosis umumnya dipakai sel-sel yang terdapat di dalam air ketuban dengan melakukan fungsi kedalam ruang ketuban rahim melalui dinding dengan perut untuk memperoleh sampel cairan ketuban.umumnya pada kehamilan minggu ke -14 hingga 16 dengan ultrasonografi ditentukan sebelum letak plasenta, untuk menghindari plasenta ditembus.fungsi melalui plasenta dapat menimbulkan pendarahan dan pencernaan liquor amnii oleh darah, mengadakan anlisis kimiawi sitotrauma pada janin .plasenta percampuran darah antara janin dan ibu dengan kemungkinan sensitive (*sensitization*).

Fungsi air ketuban yaitu melindungi janin terhadap trauma luar, memungkinkan janin bergerak dengan bebas, melindungi suhu tubuh janin, meratakan tekanan didalam uterus pada saat partus, sehingga serviks membuka, membersihkan jalan lahir jika ketuban pecah dengan cairan steril dan akan mempengaruhi keadaan di dalam vagina, sehingga bayi tidak mengalami infeksi, dan untuk menambah suplai cairan janin dengan cara diminum kemudian dikeluarkan mealui kencing.

b. Fisiologi selaput ketuban

Amnion manusia dapat berkembang dari delaminasi sitotrofoblas. ketika amniom membesar, perlahan-lahan kantong ini meliputi embrio yang sedang berkembang .yang akan prolaps ke dalam rongganya. Distensi kantong tersebut menempel dengan bagan di dalam ketuban, amnion dan korion walaupun sedikit menempel tidak pernah berhubungan erat dan biasanya dapat dipisahkan dengan mudah, bahkan pada waktu aterm, amnion normal mempunyai tebal 0.02 sampai 0.05mm.

3. Etiologi

Etiologi ketuban pecah dini (KPD) menurut Aspani 2021 masih belum diketahui dan tdak dapat ditentukan secara pasti . Beberapa laporan menyebutkan faktor-faktor yang berhubungan erat dengan KPD, namun faktor-faktor yang lebih berperan sulit diketahui.

Kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi adalah :

- a. Infeksi genetalia
- b. Serviks yang inkompeten
- c. Tekanan intra urine yang meningkat
- d. Kelainan letak

4. Patofisiologis

Ketuban pecah dini (KPD) secara umum disebabkan oleh peningkatan kontraksi uterus dan peregangan berulang. Pada trimester ke tiga ketuban pecah karena pembesaran uterus, kontraksi rahim dan gerakan janin. Pecahnya selaput ketuban pada masa kehamilan merupakan hal yang fisiologis (Prawiroharjo, 2019) .

Serviks mulai membuka atau mendatar dan juga karena adanya tekanan pada saat ostium uteri internum. Ostium uteri internum akan membuka terlebih dahulu sehingga serviks akan mendatar dan menipis baru kemudian ostium eksternum serta penipisan dan mendatar serviks terjadi. Pada saat itulah ketuban pecah dengan sendirinya yang diakibatkan oleh tekanan dan pergeseran pembukaan serviks lengkap (sebelum pembukaan 5 cm) (Aspiani, 2021).

Hal ini dapat menyebabkan dinding rahim mengecil dan menekan pada bayi sehingga dapat menimbulkan asfiksia pada bayi. Sedangkan air ketuban yang berlebihan dapat menyebabkan kelainan pada ibu dan bayi yang dinamakan hidranion, juga kepala tertahan pada pintu atas panggul, seluruh tenaga dari atas diarahkan ke bagian membran yang menyentuh as internal, akibatnya ketuban pecah ini lebih mudah terjadi (Safudin, 2019 dalam Aspiani 2021).

5. Klasifikasi

Menurut Maryuni (2022) ada 2 klasifikasi ketuban pecah dini, yaitu:

- a. PPRM (*Preterm Premature Rupture of Membrane*) yang merupakan ketuban pecah pada saat usia kehamilan kurang dari 37 minggu.
- b. PROM (*Premature of Membrane*), yang merupakan ketuban pecah pada saat usia kehamilan lebih dari 37 minggu .

6. Manifestasi Klinis

Tanda yang terjadi pada ibu dengan ketuban pecah dini (KPD) adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak. Cairan ini berwarna pucat, cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena uterus memproduksi sampai kelahiran mendatang. Tetapi, bila duduk atau berdiri. Kepala janin yang telah terletak dibawah menggantal atau menyumbat kebocoran untuk sementara. Sementara itu demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Sunarti, 2019)

Manifestasi klinis ketuban pecah dini (KPD) menurut Sukarni dan Sudarti, 2020, yaitu :

- a. Keluar air ketuban warna putih keruh, jernih, kuning, hijau, atau kecoklatan sedikit- sedikit atau sekaligus banyak
- b. Dapat disertai demam bila terjadi infeksi
- c. Janin mudah diraba

- d. Pada pemeriksaan dalam selaput ketuban tidak ada air ketuban, dan air ketuban sudah kering
- e. Tampak air ketuban mengalir atau selaput ketuban tidak ada dan air ketuban sudah kering.

C. Konsep Sectio Caesarea

1. Pengertian

Sectio Caesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim tersebut dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Rezky Ilham Nurbudiman, 2020).

Dalam persiapan sectio caesarea ada persiapan pre dan post operasi

a. Pre Operasi Sc

- 1) Persiapan kamar operasi
- 2) Kamar operasi telah dibersihkan dan siap untuk dipakai
- 3) Peralatan dan obat-obatan telah siap semua termasuk kain operasi

b. Persiapan Operasi

- 1) Pasien telah dijelaskan tentang prosedur operasi
- 2) Informed consent telah ditanda tangani oleh pihak keluarga ibu.
- 3) Perawat memberi support kepada ibu
- 4) Daerah yang akan diinsisi telah dibersihkan (rambut pubis dicukur dan sekitar abdomen telah dibersihkan dengan antiseptic).
- 5) Pemeriksaan tanda tanda vital dan pengkajian untuk mengetahui penyakit yang pernah diderita oleh ibu.

- 6) Pemasangan IVFD
- 7) Skin test untuk memastikan apakah ibu mempunyai alergi dengan obat
- 8) Injeksi obat antibiotic apabila tidak ada alergi
- 9) Pemeriksaan laboratorium (darah, urine)
- 10) Ibu puasa selama 6 jam sebelum dilakukan operasi (Anggara Harry, 2019)

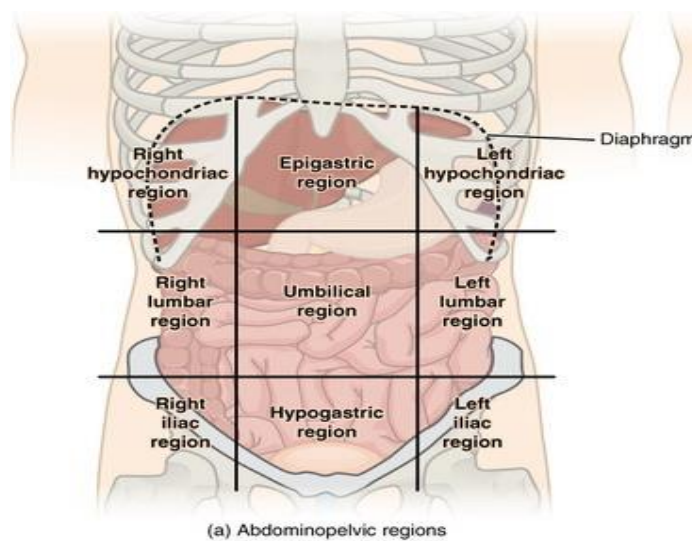
c. Post Operasi SC

Post operasi dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (*recovery*) atau ruang intensive dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut dan tatanan rawat inap, klinik, maupun di rumah. Lingkup aktifitas keperawatan mencakup rentang aktifitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital secara mencegah komplikasi. Aktifitas kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut, serta rujukan untuk penyembuhan, rehabilitas dan pemulangan

2. Anatomi Fisiologi

Abdomen adalah bagian tubuh berongga yang terletak di antara toraks dan pelvis. Rongga ini berisi viscera dan dibungkus oleh dinding abdomen, *columna vertebralis*, dan tulang ilium. Untuk membantu menetapkan suatu lokasi di abdomen, yang paling sering dipakai adalah pembagian abdomen oleh dua buah bidang bayangan horizontal dan dua

bidang bayangan vertikal. Bidang bayangan tersebut diantaranya membagi dinding interior abdomen menjadi sembilan daerah(*regiones*), dua bidang diantaranya berjalan horizontal melalui setinggi tulang rawan iga kesembilan, yang bawah setinggi bagian atas *crista iliaca* dan dua bidang lainnya vertikal dikiri dan kanan tubuh yaitu dari tulang rawan iga kedelapan hingga kepertengahan ligamen inguenale.



Gambar 2.1 Kuadran Abdomen.

Dinding abdomen tersusun dari beberapa lapisan yaitu:

- Kulit
- Jaringan Subkutan
- Otot dan fasia
- Jaringan Ekstraperitoneum dan peritoneum

3. Etiologi

Indikasi *Sectio Caesarea* pada ibu antara lain pre eklamsia berat, plasenta previa, ketuban pecah dini, uteri iminen. Sedangkan indikasi dari janin diantaranya fetal distress dan janin besar melebihi 4.000 gram. Dari

beberapa faktor diatas dapat diuraikan beberapa penyebab sectio caesarea sebagai berikut :

a. Pre Eklamsia Berat

Pre eklamsia adalah sindrom spesifik kehamilan, yang terjadi setelah minggu ke-20 kehamilan, berupa berkurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivasi endotel ditandai dengan peningkatan tekanan darah (TD), edema, dan proteinuria (Aprina, 2016). Pre eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, yang penyebab terjadinya masih belum diketahui secara jelas. Setelah pendarahan dan infeksi, pre eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal yang sangat penting, dengan demikian diagnosa dini sangat penting karena mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

b. Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu, sedangkan ketuban dinyatakan pecah dini bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam *obstetric* berkaitan dengan penyulit kelahiran premature dan terjadinya infeksi khorioikarsinoma sampai sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi ibu. Ketuban pecah dini disebabkan oleh berkurangnya kekuatan

membrane atau meningkatnya tekanan intrauterine. Berkurangnya kekuatan membrane disebabkan oleh adanya infeksi yang berasal dari vagina dan serviks.

Penanganan ketuban pecah dini memerlukan pertimbangan usia gestasi, adanya infeksi pada komplikasi ibu dan janin serta adanya tanda-tanda persalinan (Sarwono Prawirohardjo, 2019).

c. Plasenta Previa

Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh permukaan jalan lahir dan oleh karenanya bagian terendah sering kali terkendala memasuki pintu atas panggul (PAP) atau menimbulkan kelainan janin dalam rahim. Pada keadaan normal plasenta umumnya terletak di korpus uteri bagian depan atau belakang agak ke arah fundus uteri (Aprina, 2020).

d. Bayi Kembar

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

e. Partus Tak Maju

Partus tak maju adalah ketiadaan kemajuan dalam dilatasi serviks, atau penurunan dari bagian yang masuk selama persalinan aktif

(Mochtar, 2018). Partus tak maju merupakan fase dari suatu partus yang macet dan berlangsung terlalu lama sehingga menimbulkan gejala-gejala seperti dehidrasi, infeksi, kelelahan, serta asfeksia dan kematian dalam kandungan (Aprina, 2020).

f. Letak Sungsang

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada dibagian bawah kavum uteri dikenal beberapa jenis sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki, sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki (Saifuddin, 2019).

g. Kelainan letak lintang

Letak lintang adalah jika letak anak di dalam rahim sedemikian rupa hingga paksi tubuh anak melintang terhadap paksi Rahim. Sesungguhnya letak lintang sejati (paksi tubuh anak tegak lurus pada Rahim dan menjadikan sudut 90°) jarang terjadi (Eni NurRahmawati, 2018).

Pada letak lintang, bahu biasanya berada diatas pintu atas panggul sedangkan kepala terletak pada salah satu fosa iliaka dan bokong pada fosa iliaka yang lain. Pada keadaan ini, janin biasa berada pada presentase bahu atau acromion (Icesmi Sukarni, 2019).

4. Patofisiologi Post SC

Menurut Yani (2019), *Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan

dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat diatas 500 gram. Tindakan *Sectio Caesarea* menginsisi pada bagian abdomen dan dinding uterus. Setelah kavum uteri terbuka selaput ketuban dipecahkan. Setelah janin dan plasenta dilahirkan kemudian lapisan endometrium, miometrium, dan perimetrium di jahit kembali.

Penyebab dilakukannya tindakan indikasi dari ibu yaitu panggul sempit absolut, tumor jalan lahir, stenosis serviks, disproporsi sefalopelvis, ruptur uteri, riwayat observasi yang jelek, riwayat dasar klasik, infeksi herpes virus tipe II dan preeklamsi. Sedangkan indikasi dari janin yaitu kelainan letak janin dan gawat janin. Kelainan letak janin dan gawat janin menyebabkan janin tidak bisa lahir melalui jalan lahir sehingga harus dilakukan tindakan *Sectio Caesarea*. Setelah dilakukan *Sectio Caesarea* ibu akan mengalami adaptasi post partum baik secara psikologis maupun fisiologis.

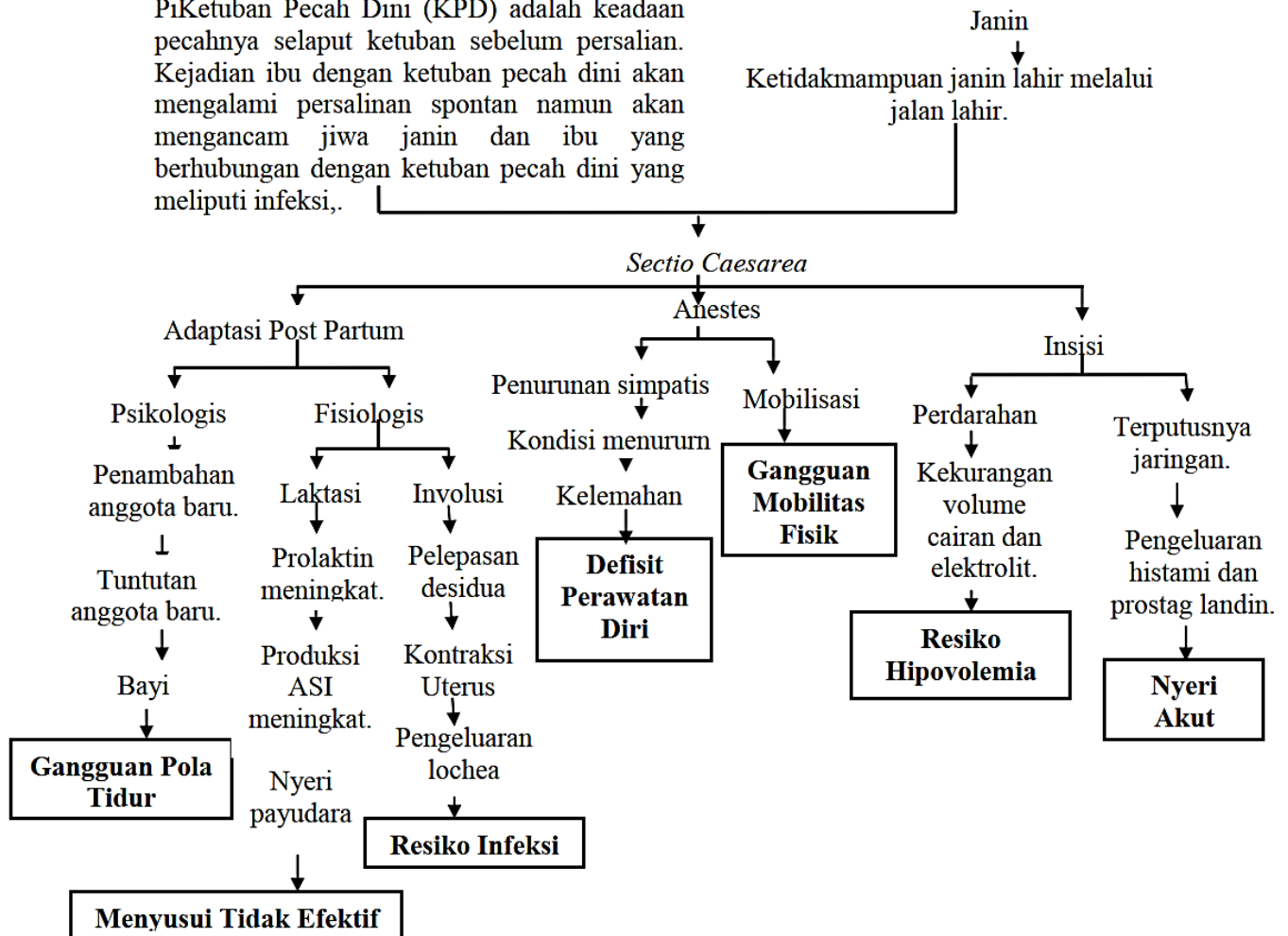
Adaptasi post partum secara psikologis akan terjadi penambahan anggota keluarga baru sehingga terdapat tuntutan anggota baru misalnya pada saat bayi menangis. Pada saat bayi menangis akan menimbulkan masalah gangguan pola tidur. Sedangkan adaptasi post partum secara fisiologis akan terdapat proses laktasi. Pada saat proses laktasi prolaktin akan meningkat sehingga produksi ASI juga meningkat. Meningkatnya produksi ASI dapat mengakibatkan nyeri payudara sehingga dapat menimbulkan masalah menyusui tidak efektif (Nurarif *et al* 2019). Pada tindakan *sectio caesarea* akan ada tindakan anestesi yang akan

menyebabkan pasien akan mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktifitas . Adanya kelumpuhan sementara dan kondisi tubuh yang menurun dapat mengakibatkan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah defisit perawatan diri(Nurarif *et al*2019).

Anestesi pada tindakan *Sectio Caesarea* juga dapat mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus. Seperti yang telah diketahui setelah makanan masuk ke lambung akan terjadi proses penghancuran dengan bantuan peristaltik usus. Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Akibat dari motilitas yang menurun maka peristaltik juga menurun sehingga makanan yang ada di lambung akan menumpuk. Karena motilitas yang menurun, akan mengakibatkan perubahan pada pola eliminasi yaitu konstipasi (Nurarif *et al*2019). Pada saat proses pembedahan akan dilakukan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan putusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf-saraf disekitar insisi dan akan menimbulkan masalah gangguan integritas kulit. Hal ini juga akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri(nyeri akut) yang mengakibatkan enggan melakukan pergerakan sehingga menimbulkan masalah gangguan mobilitas fisik. Setelah proses pembedahan berakhir daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post operasi yang dapat menimbulkan masalah resiko infeksi (Nurarif *et al*, 2019).

5. Pathway Post Sc

PiKetuban Pecah Dini (KPD) adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalian. Kejadian ibu dengan ketuban pecah dini akan mengalami persalinan spontan namun akan mengancam jiwa janin dan ibu yang berhubungan dengan ketuban pecah dini yang meliputi infeksi.



Gambar 2.2 Pathway Post Sc
Sumber : (Nurarif, dkk, 2019 & Mitayani, 2018)

6. Klasifikasi

a. Persalinan Secara Melintang

Persalinan *sectio caesarea* melintang atau segmen bawah merupakan kelahiran caesarea yang pada umumnya dipilih karena berbagai alasan. Karena insisi dibuat pada segmen bawah uterus, yang merupakan bagian paling tipis dengan aktivitas uterus yang paling sedikit, maka pada tipe insisi ini kehilangan darah minimal. Area ini lebih mudah mengalami pemulihan, dan mengurangi kemungkinan terjadinya ruptur jaringan perut pada kehamilan berikutnya. Selain itu jugainsidensi peritonitis, ileus paralisis, dan perlekatan usus lebih rendah. Insisiawal (membuka rongga abdomen) dibuat secara melintang melalui daerah peritoneum uterus, yang menempel dengan kendur tepat diatas kandung kemih.

Lipatan peritonium bawah dan kandung kemih dipisahkan dari uterus, dan otot-otot uterus diinsisi secara tegak lurus ataupun secara melintang. Selaput ketuban dipecahkan, dan janin di lahirkan. Plasenta dikeluarkan dan pemberian oksitosin melalui intavena dilakukan untuk membuat uterus berkontraksi. Insisi uterus dijahit dalam dua lapisan, dengan lapisan kedua bertumpang tindih dengan lapisan pertama. Susunan ini menutup rapat insisi uterus dan diyakini untuk mencegah loekia masuk ke dalam rongga peritoneum. Kemudian daerah peritoneum viseral dirapatkan kembali dengan satu lapis jahitan kontinu menggunakan benang jahit yang dapat diserap. Lavase dengan

menggunakan salin normal dilakukan untuk mengurangi infeksi pasca bedah dan kemudian abdomen ditutup dengan jahitan lapis demi lapisan kedua lipatan penutup menutup rapat insisi uterus dan di yakini untuk mencegah lokea masuk ke dalam rongga peritoneum. Kemudian daerah peritoneum viseral dirapatkan kembali dengan satu lapis jahitan kontinu menggunakan benang jahit yang dapat diserap. Lavase dengan menggunakan salin normal dilakukan untuk mengurangi infeksi pasca bedah dan kemudian abdomen ditutup dengan jahitan lapis demi lapis.

b. Secara Klasik

Sebuah insisi tegak lurus dibuat langsung pada dinding korpus uterus. Janin dan plasenta dikeluarkan, dan insisi ditutup dengan tiga lapisan jahitan menggunakan benang yang dapat diserap. Tindakan ini dilakukan dengan menembus lapisan uterus yang paling tebal pada korpus uterus. Hal ini terutama bermanfaat ketika kandung kemih dan segmen bawah mengalami perlekatan yang ekstensif akibat sectio sesarea sebelumnya. Kadang kala, tindakan ini dipilih saat janin dalam posisi melintang atau pada kasus plasenta previa anterior, karena sesarea klasik lebih ekstensif yang memberikan akses yang cepat pada janin. Metode ini merupakan metode pilihan ketika terjadi pendarahan akut atau pada situasi darurat lainnya pada saat waktu sangat penting dan kehidupan wanita dan janin terancam. Lima kondisi lainnya yang juga memerlukan insisi klasik yaitu ; (Sharon, 2018).

- 1) Janin preterm kurang dari 34 minggu dengan presentasi bokong, karena segmen bawah masih belum terbentuk secara adekuat dan insisi melintang mungkin terlalu sempit untuk melakukan kelahiran janin tanpa menimbulkan trauma.
- 2) Akses ke segmen bawah uterus terhambat karena adanya jaringan fibrosa.
- 3) Akan dilakukan tindakan histerektomi segera setelah *sectio caesarea*.
- 4) *Sectio caesarea postmortem* dalam usaha untuk menyelamatkan janin yang hidup dari seorang ibu yang meninggal.
- 5) Terdapatnya kanker serviks rahim.

7. Manifestasi Klinis Post SC

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 di bagian 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 di atas pusat.
- d. Kontraksi rahim erabakeras/tidak.
- e. Pada vagina keluarnya cairan darah segar bercampur sisa-sisa selaput ketuban (lochea rubra/kurenta).
- f. Kolostrum sudah keluar/belum.
- g. Payudara menjadi keras dan besar.

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada klien dengan tindakan sectio caesarea menurut mocthar, adalah:

- a. Hitung darah lengkap.
- b. Golongan darah (ABO), dan pencocokan silang, tes coombs.Nb.
- c. Urnalysis: menemukan kadar albmin/gluosa.
- d. Pelvimetri: menentukan CPD.
- e. Kultur: mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II.
- f. Ultrasonograi: melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan dan (resentasi janin).
- g. Amniosintesis: mengakaji maturitas paru janin.
- h. Penentuan elektronik selanjtnya: memastikan status janin/ aktifitas uterus.

9. Penatalaksanaan Pre dan Post Sc

a. Penatalaksanaan Medis

Pre Operasi *Sectio Caesare*

b. Anamnesis dan Pemeriksaan

Lakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik untuk mengetahui permasalahan yang ada dan yang diperkirakan dapat muncul selama operasi. Hal yang perlu ditanyakan kepada pasien yaitu : keluhan pasien. apakah pasien memiliki riwayat penyakit.

c. *Informed consent*

Persetujuan yang diberikan perawat atau tenaga kesehatan kepada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan. Setiap tindakan medis memerlukan persetujuan atas penjelasan (pap) baik secara lisan maupun tulisan

d. Puasa

Puasa termasuk salah satu persiapan operasi, pasien yang akan menjalani *sectio caesarea* selalu memiliki resiko untuk aspirasi cairan lambung. Hal ini disebabkan oleh perubahan anatomi yang muncul selama kehamilan oleh karena itu, semua pasien yang akan menjalani *sectio caesarea* dianggap memiliki lambung yang penuh tanpa memperdulikan kapan makan dan minum terakhir.

e. Pencegahan infeksi

Semua tindakan invasif memiliki resiko, besar ataupun kecil, kemasukan kuman kedalam jaringan tubuh pasien sehingga dapat menyebabkan terjadinya infeksi dengan segala komplikasinya. Sehingga upaya-upaya pencegahan infeksi harus dilakukan dengan lengkap dan teliti untuk menekan resiko terjadinya infeksi post operasi. Hal-hal yang dapat dilakukan yaitu, pemberian antibiotik profilaksis. suplementasi oksigen, menjaga suhu tubuh pasien, memperbaiki gizi.

f. Persiapan Kulit

Sebelum operasi dilakukan. beberapa persiapan kulit seperti; pencukuran rambut pada bagian yang akan dilakukan pembedahan 24 jam sebelum operasi

g. Persiapan kandung kemih dan ureter

Pasien yang akan menjalani operasi akan dipasang folley *catheter* ini bertujuan untuk mencegah overdistensi dari kandung kemih karena akan mempengaruhi fungsi kandung kemih

Penatalaksanaan Medis (Jitowiyono, 2019)

Post Operasi *Sectio Caesarea*

1) Analgetik

a) Wanita dengan ukuran tubuh rata-rata dapat disuntik 75mg meperidin (intra muskuler) setiap 3 jam sekali bila diperlukan untuk mengatasi rasa sakit atau dapat disuntikan dengan cara serupa 10 mg morfin.

- b) Wanita dengan ukuran tubuh kecil, dosis meperidin yang diberikan adalah 50 mg.
- c) Wanita dengan ukuran tubuh besar, dosis yang lebih tepat adalah 100 mg merepidin.
- d) Obat-obatan antiemetik, misalnya protasin 25 mg biasanya diberikan bersama-sama dengan pemberian preparat narkotik.

2) Terapi cairan dan diet

Untuk pedoman umum, pemberian cairan RL terbukti sudah cukup selama pembedahan dan dalam 24 jam pertama berikutnya, meskipun demikian jika output urine jauh dibawah 30 ml/jam, pasien harus segera di evaluasi kembali paling lambat pada hari kedua.

3) Laboratorium

Secara rutin hematokrit diukur pada pagi hari setelah operasi hematokrit tersebut harus di cek kembali bila terdapat kehilangan darah yang tidak biasa atau keadaan lain yang menunjukkan hipovolemia.

4) Vesika urinaris dan usus

Kateter dapat dilepaskan setelah 12 jam post operasi atau pada keesokan paginya setelah operasi. Biasanya bising usus belum terdengar pada hari pertama setelah operasi, pada hari kedua bising usus masih lemah, dan usus baru aktif kembali pada hari ketiga.

Saat pasien sadar dari anastesi umum atau saat efek anastesi regional mulai hilang palapasi abdomen kemungkinan besar menyebabkan rasa nyeri yang hebat, tindakan keperawatan yang dilakukan post operasi *sectio caesarea*. antara lain :

1) Tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital harus diperiksa 4 jam sekali, perhatikan tekanan darah, nadi, jumlah urine serta jumlah darah yang hilang dan keadaan fundus harus diperiksa.

2) Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan bertahap meliputi miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6-8 jam setelah operasi, latihan pernapasan dapat dilakukan sambil tidur terlentang dsedini 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.

3) Perawatan luka

Luka insisi di inspeksi setiap hari, kondisis balutan luka dilihat pada satu 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.

4) Menyusui

Menyusui dapat dimulai pada hari *pasca operasisectio caesarea*. Apabila pasien memutuskan untuk tidak menyusui, dapat diberikan bebat untuk menopang payudara tanpa terlalu menekan dan biasanya dapat mengurangi rasa nyeri.

Penatalaksanaan ibu nifas

Penatalaksanaan ibu nifas bertujuan untuk memastikan ibu pulih dengan baik

1) Pemantauan tanda – tanda vital dan involusi uterus

- a) Tanda vital : pantau suhu, tekanan darah, denyut nadi, dan respirasi secara rutin untuk mendeteksi tanda-tanda infeksi atau komplikasi lainnya.
- b) Involusi uterus : priksa kontraksi rahim untuk memastikan rahim kembali ke ukuran normal (involusi). Ini biasanya dilakukan dengan palpasi fundus uteri setiap hari selama beberapa hari pertama setelah melahirkan

2) Pemantauan lokea

- a) Lokia adalah cairan yang keluar dari rahim setelah melahirkan, terdiri dari darah, lendir, dan jaringan sisa kehamilan. Pantau, jumlah, dan lokia. Lokia terdiri dari : lukia rubra (merah, hari 1-3),

lochia serosa (cokelat atau merah muda, hari 4-10), lochia alba (keputihan, setelah hari ke 10)

3) Perawatan luka

- a) Perineum : jika ibu mengalami robekan perineum atau episiotomy, perawatan kebersihan luka sangat penting. Berikan edukasi tentang cara membersihkan luka dengan air bersih dan menjaga area tersebut tetap kering
- b) Section caesarea (SC) jika ibu melahirkan dengan SC pantau luka operasi untuk tanda tanda infeksi, seperti kemerahan, bengkak, atau cairan keluar

4) Manajemen laktasi

- a) Anjurkan ibu untuk segera mulai menyusui setelah melahirkan untuk membantu kontraksi rahim dan mempercepat pengeluaran ASI
- b) Berikan edukasi tentang posisi yang benar dan cara merawat payudara untuk mencegah masalah seperti mastitis

5) Kontrol nyeri

- a) Berikan obat penghilang rasa nyeri yang aman, seperti paracetamol atau ibuprofen, sesuai anjuran dokter
- b) Untuk ibu yang mengalami episiotomi atau SC berikan bantal duduk dan anjurkan posisi yang nyaman.

6) Nutrisi dan hidrasi

- a) Pastikan ibu mendapatkan nutrisi yang seimbang dengan asupan protein, vitamin, dan mineral yang cukup untuk mendukung penyembuhan tubuh dan produksi ASI
- b) Anjurkan untuk minum cukup air untuk menjaga hidrasi tubuh dan membantu produksi ASI.

7) Aktivitas dan mobilisasi dini

- a) Mobilisasi dini (berjalan) sangat dianjurkan untuk mempercepat pemulihan dan mencegah komplikasi seperti thrombosis vena dalam
- b) Aktivitas fisik harus dimulai secara bertahap sesuai dengan kondisi ibu, hindari angkat beban berat atau aktivitas fisik yang berat pada minggu-minggu awal

8) Pemantauan kesehatan mental

- a) Perhatikan kondisi psikologis ibu, terutama depresi postpartum. Berikan dukungan emosional dan saran untuk mendapatkan bantuan profesional jika diperlukan.
- b) Libatkan anggota keluarga dan memberikan dukungan untuk merawat bayi dan ibu.

D. Konsep Masalah Asuhan Keperawatan

1. Defenisi

Masalah keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon 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 atau gejala yaitu: yaitu kriteria mayor dan minor, kriteria mayor: tanda atau gejala ditemukan sekitar 80% sampai 100% untuk validasi diagnosa. Kriteria minor: tanda atau gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

4. Masalah Keperawatan Post SC

Berikut ini adalah uraian 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 aktual atau fungsional dengan Onset mendadak

atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2) Penyebab

- a) Agen pencedera fisiologi (mis, Inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis, terbakar, bahan kimia iritan).
- c) Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpoton, 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, dan diaforesis.

b. Gangguan mobilitas fisik

1) Definisi: keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas 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 muskuloskeletal.
- l) Gangguan neuromuskular.
- 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 dan fiik lemah.

c. Resiko infeksi

1) Definisi : berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

2) Penyebab :

- a) Penyakit kronis (mis, diabetes melitus)
- b) Efek prosedur infasif
- c) Malnutrisi
- d) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- e) Ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer
- f) Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder

d. Menyusui tidak efektif

1) Defenisi: 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) Abdomali payudara ibu (mis. Puting yang masuk kedalam).

- 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 melekt pada payudara ibu, ASI tidak menetas atau 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 menghisap.

e. Risiko hipovolemi

- 1) Defenisi: berisiko mengalami penurunan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau ntraseluler.
- 2) Penyebab:
 - a) Kehilangan cairan secara aktif.
 - b) Gangguan absorpsi cairan.
 - c) Usa lanjutan.
 - d) Kelebihan berat badan.
 - e) Satus hipermetabolik.
 - f) Kegagalan meansme regulasi.
 - g) Evaporasi.
 - h) Keurangan intake cairan.
 - i) Efek agen farmakologis.

E. Konsep Asuhan Keperawatan Post Operasi Sectio Caesarea

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada masa post operasi meliputi mengevaluasi parameter fisik klien dan kesiapan serta pemahaman terhadap prosedur dan mengidentifikasi kemungkinan faktor-faktor resiko yang ada (sharon, 2019)

a. Identitas atau biodata klien

Meliputi nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, tanggal masuk rumah sakit, nomor dan nomor registrasi.

b. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan dahulu

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

2) Riwayat kesehatan sekarang

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah pasien operasi seperti nyeri yang dirasakan, bagaimana pengeluaran lochea, bagaimana keadaan luka insisi abdomennya.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Adakah penyakit keturunan dalam keluarga seperti jantung, DM, Hipertensi, TBC, penyakit kelamin, abortus dan bayi kembar yang mungkin dapat diturunkan kepada pasien.

4) Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi (BB dan PB), dan penolong persalinan. Hal ini sangat diperlukan untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan.

c. Pengkajian Perpola

1) Pola Aktivitas

Mengalami gangguan mobilisasi akhirnya aktivitas klien terganggu karena adanya anestesi dan luka post OP *Seccio Caesarea*.

2) Pola Sirkulasi

Kehilangan banyak darah selama prosedur pembedahan. Hipertensi dan pendarahan vagina yang mungkin terjadi, kemungkinan kehilangan darah selama prosedur pembedahan kira-kira 600-800 ml.

3) Pola Integritas ego

Integritas ego dapat menimbulkan prosedur yang diantisipasi sebagai tanda kegagalan pada kemampuan sebagai wanita. Menunjukkan stabilitas emosional dari kegembiraan, ketakutan, menarik diri dan kecemasan.

4) Pola Neurosensori

Kerusakan gerakan dan sensasi di bawah tingkat anestesi spinal epidural.

5) Nyeri/ketidaknyamanan

Pasien mengeluh nyeri karena trauma bedah dan ketidaknyamanan akibat bedah (insisi), distensi kandungkemih, efek-efek anestesi dan nyeri tekan uterus serta mengkaji skala nyeri pada klien post SC.

6) Pola Seksualitas

Fundus kontraksi kuat dan terletak di umbilikus dan terdapat lochea. Aliran lochea sedang dan bebas bekuan berlebihan.

d. Pemeriksaan fisik

1) Pemeriksaan kesadaran klien, berat badan, tinggi badan.

2) Tanda-tanda vital

a) Suhu

Sekitar hari ke-4 setelah persalinan suhu ibu mungkin naik sedikit, antara 37, 2 C – 37, 5 C, kemungkinan disebabkan karena ikatan dari aktifitas payudara. Bila kenaikan mencapai 38 C pada hari ke-2 sampai hari-hari berikutnya perlu diwaspadai adanya infeksi atau sepsis masa nifas.

b) Nadi dan Pernafasan

Nadi biasanya meningkat > 80 x/menit, sedangkan pernapasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula.

c) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat >120/90 mmHg.

d) Rambut

Warna rambut, jenis rambut, kebersihan, rontok atau tidak, apakah ada lesi atau tidak.

e) Mata

Skleranya ikterik atau tidak, konjungtiva *an anemis* atau *anemis*, pada ibu yang mengalami persalinan konjungtivanya

anemis, palpebra edema atau tidak, menggunakan alat bantu penglihatan atau tidak.

f) Hidung

Bernapas dengan menggunakan cuping hidung atau tidak, terdapat serumen atau tidak dan penciumannya baik atau tidak.

g) Telinga

Kesimetrisan antara kiri dan kanan, menggunakan alat bantu pendengar atau tidak dan fungsi pendengaran klien.

h) Mulut

Mukosa bibir klilen, tekstur dan warna sianosis atau tidak.

i) Leher

Apakah klien mengalami pembengkakan kelenjar tyroid.

j) Abdomen

Keadaan abdomen, warna, ada lesi atau tidak, keadaan luka operasi, nyeri *abdomen post op Sectio Caesarea* dan bising usus klien.

k) Payudara

Puting susu menonjol atau tidak, warna areola mammae, kondisi mammae, colostrum sudah keluar atau belum.

l) Genitalia

Terdapat varises atau tidak, apakah ada edema atau tidak, dan pengeluaran lochea berwarna apa. Lochea rubra 1-3 hari

berwarna merah kehitaman, lochea sangunolenta 3-7 hari
berwarna merah kekuningan, lochea serosa 8-14 hari
berwarna kekuningan/kecoklatan dan lochea alba >14 hari
berwarna putih

e. Tabulasi Data

Pasien Mengalami gangguan mobilisasi akhirnya aktivitas klien terganggu karena adanya anestesi dan luka post OP *Seccio Caesarea*, Kehilangan banyak darah selama prosedur pembedahan. perdarahan vagina yang mungkin terjadi, kemungkinan kehilangan darah selama prosedur pembedahan kira-kira 600-800 ml. Integritas ego dapat menimbulkan prosedur yang diantisipasi sebagai tanda kegagalan pada kemampuan sebagai wanita. Menunjukkan stabilitas emosional dari kegembiraan, ketakutan, menarik diri dan kecemasan. Kerusakan gerakan dan sensasi di bawah tingkat anestesi spinal epidural. Pasien mengeluh nyeri karena trauma bedah dan ketidaknyamanan akibat bedah (insisi), distensi kandung kemih, efek-efek anestesi dan nyeri tekan uterus. Serta mengkaji skala nyeri pada klien post SC. Fundus kontraksi kuat dan terletak di umbilikus dan terdapat lochea. Aliran lochea sedang dan bebas bekuan berlebihan, adanya luka insisi di bagian abdomen puting susu menonjol atau tidak.

f. Klasifikasi Data

- 1) Data Subjektif :mengalami gangguan mobilisasi aktivitas klien terganggu karena adanya anstesi dan luka post OP *Section Caesarea* mengeluh nyeri karena trauma bedah dan ketidaknyaman akibat bedah (insisi).
- 2) Data Objektif: Kehilangan banyak darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml, aliran lokhea sedang dan bebas bekuan berlebih, adanya luka insisi di bagian abdomen, puting susu menonjol atau tidak, colostrum sudah keluar atau belum.

g. Analisa Data

Tabel 2.1 Analisa Data

Sign/symptom	Etiologi	Problem
DS: DO:Gerakan terbatas akibat nyeri	Program pembatasan gerak	Gangguan mobilitas fisik
DS : Nyeri yang disebabkan luka hasil bedah DO :	Agen pencedera fisik prosedur operasi	Nyeri akut
DS :- DO:terdapat luka post operasi sectio caesarea	Efek prosedur infasif	Resiko Infeksi
DS : DO:kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800ml	Kehilangan cairan secara aktif(perdarahan)	Resiko hipovolemia
DS : DO:	Ketidak adekuatan suplai ASI	Menyusui tidak efektif

h. Prioritas Masalah

- 1) Nyeri akut
- 2) Resiko infeksi
- 3) Resiko hipovolemi
- 4) Gangguan mobilitas fisik
- 5) Menyusui tidak efektif

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik atau prosedur operasi ditandai dengan :

DS : Nyeri yang disebabkan luka hasil bedah.

DO :

b. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasif ditandai dengan:

DS :

DO : Terdapat luka post operasi sectio caesarea.

c. Resiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif ditandai dengan :

DS :

DO : Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800ml.

d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program pembatasan gerak ditandai dengan :

DS :

DO : Gerakan terbatas akibat nyeri

e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI ditandai dengan :

DS :

DO :

3. Intervensi Keperawatan

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederah fisik prosedur operasi ditandai dengan :

DS : nyeri yang disebabkan luka hasil bedah.

DO :

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri pasien berkurang.

Kriteria hasil :

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

Intervensi: manajemen nyeri.

Observasi

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

Rasional: Nyeri merupakan pengalaman subjektif 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 menggunakan air hangat atau dingin).

Rasional: Stimulasi dan massae, yang merupakan stimulas kutaneus tubuh secara umum ang dipusatkan pada punggung dan ubuh. Massae dapat mengurangi nyeri karena membuat pasien lebih nyaman akibat relaksas otot. Kompres dingin menurunkan produksi prostaglandin sehingga reseptor nyeri lebih tahan terhadap rangsang nyeri dan menghambat proses inflamasi. Kompres hanga berdampak 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. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasif ditandai dengan:

DS :

DO : terdapat luka post operasi sectio caesarea.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah

Resiko infeksi menurun

Kriteria Hasil :

- 1) Demam menurun
- 2) Kemerahan menurun
- 3) Nyeri menurun
- 4) Bengkak menurun

Intervensi : Pencegahan Infeksi

Obsevasi

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistematis

Rasional: mengetahui adanya tanda dan gejala infeksi dan segera memberikan tindakan yang tepat

Terapeutik

- 2) Batasi jumlah pengunjung

Rasional: untuk menghindari penyebaran infeksi

- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Rasional: mencuci tangan adalah salah satu cara terbaik untuk mencegah penularan patogen

Edukasi

- 4) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Rasional: agar pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi

- 5) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

Rasional: supaya pasien dapat mengetahui cara mencuci tangan yang baik dan benar

- 6) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi

Rasional: agar pasien dapat mengetahui secara mandiri jika luka mengalami infeksi

- 7) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

Rasional: untuk menjaga kesehatan kulit tetap baik dan mempercepat penyembuhan luka

Kolaborasi

8) Kolaborasi pemberian analgetik

Rasional: membantu proses penyembuhan luka.

- c. Risiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif ditandai dengan:

DS:

DO : Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml, aliran lokea sedang bebas bekuan, berlebihan dan banyak, pengaruh anastesi memicu terjadinya mual dan muntah.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan 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 dan lemah).

Rasional: Untuk mengetahui tindakan apa yang dilakukan.

- 2) Monitor intake dan output cairan

Rasional: Intake atau asupan cairan untuk kondisi normal pada orang dewasa adalah kurang lebih 2500 cc perharinya. Output atau pengeluaran cairan dalam kondii 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 cc/ kgBB/ 24 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) Anjuran 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.

d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek anestesi ditandai dengan DS :

DO : Pergerakan terbatas akibat nyeri

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitasi secara mandiri

Kriteria hasil:

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

Intervensi: dukungan mobilitasi.

observasi

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

Rasional: Rasa nyeri dapat mengurangi pergerakan tubuh.

- 2) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilitasi

Rasional: Kondisi tubuh yang kurang baik dapat memperlambat mobilitasi

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 untuk melakukan mobilisasi dini

Rasional: muda 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.

e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI ditandai dengan

DS :

DO : Puting susu menonjol atau tidak, olostrum sudah keluar atau belum

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan menyusui tidak efektif membaik

Kriteria hasil : Puting susu menonjol, kolostrum keluar, nutrisi bayi terpenuhi.

Intervensi :

- a. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui

Rasional: Meningkatkan kepercayaan diri ibu agar ibu tetap tenang, rileks dan sabar dalam pemberian ASI eksklusif.

- b. 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.

- c. Ajarkan empat posisi menyusui dan pelekatan (latch on) dengan benar.

Rasional:

- d. Gunakan standar nutrisi sesuai program diet dalam mengevaluasi kecukupan asupan makanan.

Rasional: Menghindari dampak kekurangan gizi bagi ibu menyusui yang akan mempengaruhi ibu serta bayinya.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan keperawatan oleh perawat dan pasien. Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan yang berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dimana tindakan dilakukan dan diselesaikan sebagaimana di gambarkan dalam rencana yang sudah di buat.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi, perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan.

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Desain Studi Kasus

Penelitian Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan rancangan deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misalnya . Dalam penulisan deskriptif studi kasus ini untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada Ny.M.E.M Post SC dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dengan mengevaluasi asuhan keperawatan pada Ny. M.E.M Post SC dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

B. Subyek Studi Kasus

Subyek dalam penelitian ini adalah individu dengan masalah Post SC dengan kasus yang di kelolah secara rinci. Adapun subyek yang diteliti berjumlah satu kasus dengan masalah keperawatan yang komprehensif dan holistik pada Ny.M.E.M dengan Post SC Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSUD Ende

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Tabel 3.1 Daftar Istilah

No	Istilah	Defenisi
1.	Post SC	Post SC adalah proses pembedahan untu melahirkan janin melalui irisan pada dinding perut dan rahim, persalinan dengan metode SC dilakukan atas dasar indakasi medis baik dari ibu dan janin.
2.	Asuhan kepeawatan	Asuhan keperawatan adalah serangkaian tindakan untuk perawatan pada klien yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, interfensi, implementasi, dan evaluasi.

D. Lokasi dan Watu Studi Kasus

Studi kasus dilaksanakan pada Ny.M.E.M di Ruangan Nifas III RSUD Ende pada tanggal 21-23 Oktober 2024.

E. Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan usulan studi kasus dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh pembimbing studi kasus maka studi kasus dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Sebelum pengumpulan data, pertama melakukan pengurusan surat ijin di kantor Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Perlindungan Masyarakat (KESBANGPOL) Kabupaten Ende, kemudian ke ruangan Administrasi RSUD Ende untuk mendapat ijin penelitian di ruangan selanjutnya di arah ke ruangan untuk bertemu dengan kepala ruangan untuk membantu proses penelitian sehingga bisa dilakukan pengumpulan data. Data studi kasus berupa hasil pengukuran observasi, wawancara terhadap kasus yang dijadikan subyek studi kasus.

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk pengumpulan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai identitas klien, keluhan utama riwayat keluhan utama, status kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, diagnosa medis dan terapi yang didapatkan sebelumnya, pola persepsi dan manajemen kesehatan, pola nutrisi metabolik, pola eliminasi, pola aktivitas dan latihan, pola kognitif dan persepsi, pola persepsi dan konsep diri, pola tidur dan istirahat, pola hubungan dan peran, pola toleransi stress-koping, pola nilai-nali kepercayaan.

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Melakukan observasi atau pengamatan secara langsung pada Ny.M.E.M, pemeriksaan fisik yaitu metode pengumpulan data melalui pengukuran tekanan darah pasien menggunakan tensimeter.

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan mendapatkan data-data laporan dan informasi dari tenaga kesehatan rumah sakit umum Daerah Ende.

4. Instrument Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data yang digunakan adalah format Asuhan Keperawatan Maternitas mulai dari pengkajian sampai evaluasi.

5. Keabsahan Data

Untuk membuktikan kualitas data yang diperoleh dari penelitian sehingga data dengan validasi tinggi.

6. Analisa Data

Analisa data yang dikumpulkan 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 dianalisis untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada klien. Dari masalah-masalah keperawatan yang ditemukan tersebut dijadikan diagnosa keperawatan yang akan diatasi dengan perencanaan keperawatan yang tepat dan diimplementasikan kepada klien. Setelah dilakukan implementasi, dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan. Data-data dari hasil pengkajian sampai evaluasi ditampilkan dalam bentuk naratif, kemudian dianalisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata pada pasien Post sc.

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 ± 130 orang yang terdiri dari post SC sebanyak ± 32 orang dan post partum spontan sebanyak ± 98 orang.

2. Pengkajian

Pengkajian dilaksanakan Pada tanggal 21-23 oktober 2024

a. Identitas klien

Klien berinisial Ny. M.E.M usia 27 tahun, klien beragama Katolik, pendidikan terakhir klien SMA, pekerjaan IRT. Klien tinggal di Welamosa Kecamatan Wewaria Klien partus pada tanggal 21 oktober 2024, jenis partus SC dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD)

Penanggung jawab klien Tn. Y.G.M usia 44 tahun yang merupakan suami klien, agama katolik, pendidikan terakhir SD, pekerjaan petani, alamat welamosa

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

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

2) Riwayat kesehatan sekarang

Hari minggu pada tanggal 20 Oktober 2024 sekitar pukul 02:30 wita ketuban pecah, pasien langsung dibawa oleh keluarga ke puskesmas Welamosa, pukul 04:30 wita pagi pasien di rujuk ke RSUD Ende. Pasien tiba di RSUD Ende pukul 09:00 wita.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya belum pernah melahirkan karena ini anak yang pertama dan sebelumnya juga pasien belum pernah masuk rumah sakit dan sakit yang di alami hanya sakit batuk pilek biasa

4) Riwayat obstetri

Tabel 4.1 Riwayat Obsestri

No	Umur	L/P	H/M	BBL	Cara Lahir	Penolong	Nifas Lalu
1	21/10/2024	P	H	2.500	POST SC	BIDAN	-

5) Riwayat kehamilan sekarang

a) Gangguan pada hamil muda

Ny. M.E.M mengatakan tidak ada gangguan saat hamil muda

b) Tempat memeriksa kehamilan

Ny. M.E.M mengatakan memeriksa kehamilan di puskesmas

Welamosa setiap bulan secara teratur

c) Obat yang diberikan saat hamil

Ny. M.E.M mengatakan obat yang didapatkan saat diperiksa kehamilan itu adalah tablet tambah darah, vitamin, kalk

d) Nutrisi selama hamil

Ny. M.E.M mengatakan selama hamil selalu makan 3x sehari dengan menu sayur sawi, kangkung, daun singkong, tahu, tempe, telur, ikan, dan minum air Sehari minum 4-5 gelas air putih/ hari
 $\pm 1000-1500$ CC

e) Riwayat persalinan

Jenis persalinan SC, lama persalinan 1 jam

f) Riwayat kontrsepsi

Ny. M.E.M mengatakan belum pernah menggunakan KB

g) Data psikologis

Ny. M.E.M mengatakan merasa puas dengan persalinannya serta menerima perannya sebagai ibu dan istri, pasien juga mengatakan keluarga dan suaminya selalu mendukung dan menemaninya saat periksa kehamilan maupun setelah operasi.

h) Pemenuhan kebutuhan dasar

(1) Nutrisi

Ny. M.E.M mengatakan saat dirumah sakit klien makan 3x sehari dengan porsi di habiskan pasien makan nasi, sayur, lauk yang dibagikan oleh pihak rumah sakit dan mengkonsumsi telur 6 butir per hari dan minum air sekitar 5 - 6 gelas sekitar 1000-1800 cc

(2) Eliminasi

Ny. M.E.M menggunakan kateter dengan jumlah urin 100cc, klien mengatakan sudah BAB sebelum bersalin dan setelah bersalin pasien mengatakan belum BAB

(3) Aktivitas dan istirahat

Pasien mengatakan setelah persalinan belum bisa duduk, berpindah, berjalan, mandi, toilet, belum bisa mengantikan pakaian sendiri karena nyeri. pasien mengatakan untuk istirahat biasanya kurang dari 2 jam dan sering terbangun karena nyeri

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Kesadaran : composmentis

TTV : Tekanan darah : 171/70 mmHg, Nadi : 68x/menit, suhu : 36,

9°, SPO2 : 98%

2) Kepala

Inspeksi : Rambut tampak hitam, sedikit berminyak, dan tampak bersih

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

3) Wajah

Inspeksi : Tampak meringis

4) Mata

Inspeksi : Konjuktiva tidak anemis, sklera tidak ikterik

5) Hidung

Inspeksi : Tampak simetris, rongga hidung bersih

6) Telinga

Inspeksi : Tampak simetris, tidak ada serumen, pendengaran normal

7) Mulut

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

8) Leher

Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening

9) Dada/mamae

Inspeksi : Payudara tampak bersih, simetris, puting susu menonjol, kolostrum ASI belum keluar

Palpasi : payudara terasa nyeri dan kencang

10) Abdomen

Inspeksi : Bentuk bulat, bersih, ada luka post operasi, tertutup kasa, keadaan balutan kasa bersih

Auskultasi : bising usus 5x/ menit

Palpasi : TFU 2 jari dibawa pusat, adanya nyeri tekan. kontraksi teraba keras, luka operasi tertutup kasa

11) Genitalia

Jenis lochea rubra jumlah batas normal warna merah kehitaman konsistensi kental dan darah

12) Ekstermitas

Ekstermitas atas

Inspeksi : Tampak lemah tidak mampu duduk, tidak ada edema, terpasang infus RL drip oxy 20 iu 28 tetes permenit ditangan kiri.

Ekstermitas bawah

Inspeksi : Tidak ada edema, tidak ada varises

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

d. Pemeriksaan diagnostik

a) Pemeriksaan darah lengkap

Tanggal: 21 oktober 2024

Tabel 4.2 Pemeriksaan Darah Lengkap

Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
WBC	9.27	$10^3/\mu\text{L}$	3.60 - 11.00
LYMPH#	0.78	$10^3/\mu\text{L}$	1.00 - 3.70
MONO#	0.32	$10^3/\mu\text{L}$	0.00 - 0.70
EO	0.01	$10^3/\mu\text{L}$	0.00 - 0.40
BASO#	0.02	$10^3/\mu\text{L}$	0.00 - 0.10

Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
NEUT#	8.14	10 ³ /μL	1.50 - 7.00
LYMPH%	8.4	%	25.0 - 40.0
MONO%	3.5	%	2.0 - 8.0
EO%	0.1	%	2.0 - 4.0
BASO%	0.2	%	0.0 - 1.0
NEUT%	87.8	%	50.0 – 70.0
IG#	0.04	10 ³ /μL	0.00 – 7.00
IG%	0.4	%	0.00 – 72.0
RBC	4.63	10 ⁶ /μL	3.80 – 5.20
HGB	11.7	g/dL	11.7 – 15.5
HCT	35.8	%	35.0 – 47.0
MCV	77.3	fL	80.0 – 100.0
MCH	25.3	Pg	26.0 – 34.0
MCHC	32.7	g/dL	32.0 – 36.0
RDW-SD	40.0	fL	37.0 – 54.0
PLT	292	10 ³ /μL	150 – 440
MPV	11.1	fL	9.0 - 13.0
PCT	0.32	%	0.17 – 0.35
PDW	13.2	fL	9.0 – 17.0
P- LCR	32.6	%	13.0 – 43.0

b) Pemeriksaan Hematologi

Tabel 4.3 Pemeriksaan Hematologi

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
BLEEDING TIME/BT	2.30	2 – 7 menit
CLOTTING TIME/CT	3.30	3 – 6 menit

e. Terapi obat

Tabel 4.4 Terapi Obat

Nama Obat	Dosis	Indikasi
Ampicillin	1 gr/ iv	Mencegah dan mengobati infeksi yang disebabkan bakteri gram positif atau negative
Sankorbin	1ampul/ iv	Memenuhi kebutuhan vitamin C, penyembuhan luka, memelihara kesehatan jaringan, dan melindungi sel-sel tubuh.
Parasetamol	1 gr/ iv	Mengurangi nyeri dan menurunkan demam
Vitamin K	1ampul/ iv	Membantu mengobati atau mencegah pendarahan
Asam	500 mg/iv	Mengurangi atau mencegah pendarahan

Nama Obat	Dosis	Indikasi
tranexamat		
Ketorolac	30 mg/iv	Meredakan nyeri derajat sedang hingga berat

f. Tabulasi data

Ny. M.E.M mengatakan nyeri pada luka operasi dibagian abdomen, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 7, nyeri berat terkontrol, nyeri bertambah saat bergerak, pasien tampak meringis. Luka operasi tampak bersih, TFU 2 jari dibawah pusat, adanya nyeri tekan, kontraksi teraba keras, luka operasi tertutup kasa, kolostrum ASI belum ada, payudara terasa nyeri dan kencang, lochea rubra atau tampak merah kehitaman dengan konsistensi lendir dan darah ekstremitas pasien mengatakan tidak mampu duduk dan berjalan, pasien tampak lemah, terpasang kateter dengan jumlah urine 100 cc, ekstremitas atas terpasang infus RL drip oxy 20 iu 28 tetes per menit di tangan kiri, kesadaran composmentis, tekanan darah : 117/70mmHg, nadi 68x/ menit, suhu 36,9⁰, SPO2 98%

g. klasifikasi data

1) Data subjektif

Ny. M.E.M mengatakan nyeri di luka bekas operasi dibagian abdomen, nyeri seperti di tusuk-tusuk, skala nyeri 7 nyeri berat terkontrol, nyeri bertambah saat bergerak, pasien mengatakan tidak mampu duduk dan berjalan, pasien mengatakan ASI belum keluar, payudara terasa nyeri dan kencang

2) Data objektif

Ny. M.E.M tampak meringis, luka operasi tampak bersih dan tertutup kasa, TFU 2 jari dibawa pusat, kontraksi teraba keras, luka operasi tertutup kasa kolostrum ASI belum ada lokhea rubra /tampak merah kehitaman dengan konsistensi lendir dan darah. pasien tampak lemah, terpasang kateter dengan jumlah urine 100cc kesadaran composmentis, tekanan darah 117/70 mmHg, nadi 68x/ menit, suhu 36, 9°, SPO2 98%, RR 20X/ Menit, terpasang infus RL drip oxy 20 iu 28 tetes per menit ditangan kiri.

h. Analisa data

Tabel 4.5 Analisa Data

Sign/symptom	Etiologi	Problem
Data Subjektif : pasien mengatakan nyeri pada luka operasi di bagian abdomen, nyeri seperti ditusuk tusuk, skala nyeri 7 nyeri berat terkontrol, nyeri bertambah saat bergerak. Data Objektif : pasien tampak meringis, kesadaran composmentis, TTV ; tekanan darah 117/70 mmhg, Nadi 68x/m, suhu 36, 9°c. spo2 98%, RR 20x/m, terpasang infus RL drip oxy 20 iu 28 tetes permenit ditangan kiri,	Agen pencedera fisik (prosedur infasif)	Nyeri Akut
Data Subjektif : - Data Objektif : terdapat luka post operasi tampak bersih dan tertutup kasa, TTV ; tekanan darah 117/70 mmhg, Nadi 68x/m, suhu 36, 9°c0, spo2 98%, RR 20x/m. terpasang infus RL drip oxy 20 iu 28 tetes permenit ditangan kiri,	Efek prosedur infasif	Resiko Infeksi

Sign/symptom	Etiologi	Problem
Data Subjektif : pasien mengatakan asi belum keluar, payudara terasa nyeri dan kencang Data Objektif : kolostrum asi belum ada, asi tidak menetes TTV ; tekanan darah 117/70 mmhg, Nadi 68x/m, suhu 36, 9 ^o c. spo2 98%, RR 20x/m, terpasang infus RL drip oxy 20 iu 28 tetes permenit ditangan kiri,	Ketidak adekuatan suplai ASI	Menyusui tidak efektif
Data Subjektif : pasien mengatakan tidak mampu duduk dan berjalan Data Objektif : pasien tampak lemah, terpasang kateter sc hari pertama dengan jumlah urine 100cc, TTV ; tekanan darah 117/70 mmhg, Nadi 68x/m, suhu 36, 9 ^o c, spo2 98%, RR 20x/m, terpasang infus RL drip oxy 20 iu 28 tetes permenit ditangan kiri,	Efek anastesi	Intoleransi Aktifitas

i. Prioritas Masalah

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur invasif)
- 2) Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif
- 3) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidak adekuatan suplai ASI
- 4) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan efek anastesi

3. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur invasive) ditandai dengan :

Data Subjektif : Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi di bagian abdomen. nyeri seperti ditusuk tusuk. skala nyeri 7 nyeri berat terkontrol. nyeri bertambah saat bergerak.

Data Objektif : Pasien tampak meringis. kesadaran composmentis. TTV ; tekanan darah 117/70 mmhg, Nadi 68x/m, suhu 36, 9⁰c. spo2 98%, RR 20x/m. terpasang infus RL drip oxy 20 iu 28 tetes permenit ditangan kiri,

- b. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif ditandai dengan :

Data Subjektif : -

Data Objektif : terdapat luka post operasi tampak bersih dan tertutup kasa. TTV ; tekanan darah 117/7 VC0 mmhg, Nadi 68x/m, suhu 36, 9⁰c. spo2 98%, RR 20x/m, terpasang infus RL drip oxy 20 iu 28 tetes permenit ditangan kiri,

- c. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidak adekuatan suplai asi ditandai dengan :

Data Subjektif : pasien mengatakan asi belum keluar, payudara terasa nyeri dan kencang

Data Objektif : kolostrum asi belum ada, asi tidak menetes, TTV ; tekanan darah 117/70 mmhg, Nadi 68x/m, suhu 36, 9⁰c. spo2 98%, RR 20x/m, terpasang infus RL drip oxy 20 iu 28 tetes permenit ditangan kiri,

d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan efek anestesi ditandai dengan:

Data Subjektif : pasien mengatakan tidak mampu duduk dan berjalan

Data Objektif : pasien tampak lemah, terpasang kateter dengan jumlah urine 100cc, TTV ; tekanan darah 117/70 mmhg, Nadi 68x/m, suhu 36,9⁰c. spo2 98%, RR 20x/m, terpasang infus RL drip oxy 20 iu 28 tetes permenit ditangan kiri.

4. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.6 Intervensi keperawatan

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur invasive)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah nyeri berkurang dengan kriteria hasil : 1) Mampu mengontrol nyeri (5) 2) Keluhan nyeri menurun (5). 3) Meringis menurun (5).	Manajemen Nyeri Observasi 1) Identifikasi lokasi karakteristik intensitas nyeri 2) Identifikasi faktor yang memperburuk dan memperingan nyeri . Terapeutik 3) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 4) Fasilitas istirahat dan tidur. Kolaborasi 5) Pemberian injeksi analgetik	1) Mengetahui karakteristik nyeri 2) Mengetahui hal-hal yang dapat memperberat nyeri yang dirasakan. 3) Mengurangi tingkat nyeri dengan mengalihkan pasien dari rasa nyeri 4) Mengalihkan dan memenuhi kebutuhan istirahat pasien 5) mengurangi /menghilangkan rasa nyeri
Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasive	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1) Demam menurun (5).	Pencegahan infeksi Observasi 1) Monitor tanda dan gejala infeksi	1) Mengetahui adanya tanda dan gejala infeksi dan segera melakukan tindakan yang tepat 2) Menghindari penyebaran infeksi

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
	2) Kemerahan menurun (5). 3) Nyeri menurun (5)	Terapeutik 2) Batasi jumlah pengunjung 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	3) Mencuci tangan adalah salah satu cara terbaik untuk mencegah penularan pathogen
	4) Bengkak menurun	Edukasi 4) anjurkan meningkatkan asupan nutrisi mengonsumsi telur rebus 2 butir pagi dan siang Kolaborasi 5) Kolaborasi pemberian analgetik.	4) menjaga kesehatan kulit tetap baik dan mempercepat penyembuhan luka 5) Membantu proses penyembuhan luka
Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil : 1) Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar(5). 2) Tetesan atau pancaran ASI meningkat (5). 3) Suplai ASI adekuat	Edukasi menyusui Terapeutik. 1) Dukung ibu dalam meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui. Edukasi 2) Ajarkan cara perawatan payudara (misalnya memerah ASI. pijat payudara. pijat oksitosin) 3) Gunakan standar nutrisi	1.Meningkatkan kepercayaan diri ibu agar ibu tetap tenang, rileks dan sabar dalam pemberian ASI eksklusif 2. Dengan mengidentifikasi faktor pengganggu tidur dapat membantu perawat untuk mengatasi gangguan pola tidur 3. Menghindari dampak gizi bagi

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
	meningkat (5) 4) Kemampuan perawatan payudara meningkat	sesuai program diet dalam mengevaluasi kecukupan asuhan makanan	ibu menyusui yang akan mempengaruhi ibu serta bayinya
Intoleransi berhubungan dengan anastesi	aktifitas dengan efek Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan intoleransi aktifitas meningkat dengan kriteria hasil: 1) Kemudahan melakukan aktifitas sehari-hari meningkat (5) 2) Kecepatan jalan meningkat (5) 3) Kekuatan tubuh bagian atas meningkat (5) 4) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat (5)	Manajemen energy Observasi 1) Monitor pola jam tidur 2) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas Terapeutik 3) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (misalnya cahaya, suara, kunjungan) 4) Fasilitas duduk di sisi tempat tidur jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 5) anjurkan tirah baring	1. Mengetahui tanda adanya pola tidur tidak efektif 2. Mengetahui kemampuan dan batasan pasien terkait aktifitas yang akan dilakukan 3. Lingkungan yang nyaman akan membuat pasien merasakan rileks dan tenang 4. Melatih gerak mobilisasi pasien selamadirawat 5. Agar tidak memperberat kondisi pasien karena aktivitas

5. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.7 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

NO	HARI/TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1.	Senin, 21 oktober 2024	Nyeri akut	14:15	1) Mengidentifikasi lokasi karakteristik durasi, frekuensi kualitas nyeri dan tanda-tanda vital Hasil: nyeri pada luka operasi di bagian abdomen, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri bertambah saat bergerak, skala nyeri: 7 nyeri berat terkontrol. TTV hasil 120/60mmhg, N:67x/m, RR 20x/m, S:36, 9°C, SPO2:98%	Jam 19:00 S: Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada luka operasi, nyeri seperti ditusuk-tusuk skala nyeri 6 O: Pasien tampak meringis, belum bisa mengontrol nyerinya. TTV TD:120/70mmhg, N:65x/m, S:36°C, RR:21x/m, SPO2:98% A: Masalah nyeri akut belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan
			14:30	2) Memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (Latihan napas dalam) sambil mengajarkan pasien melakukan secara mandiri (hasil:	

NO	HARI/TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
				pasien mengikuti apa yang diajarkan).	
			15:30	3) Memberikan injeksi analgetik :paracetamol 1gr/iv, injeksi ketrolac 30mg/iv	
			15:42	4) Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil:mengontrol lingkungan pasien yaitu dengan memberitahu kepada keluarga pasien untuk tidak ribut agar pasien bisa istirahat dengan tenang dan mengurangi rasa nyeri pada pasien	
			15:44	5) Memfasilitasi istirahat dan tidur Hasil: Meminta pasien untuk istirahat dan meminta keluarga dan pengunjung untuk tenang.	

NO	HARI/TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
2.	Senin, 21 oktober 2024	Resiko infeksi	16:00	1) Monitor tanda dan gejala infeksi Hasil: tidak ada tanda-tanda infeksi. luka tertutup kasa)	Jam 19:00 S: Pasien mengatakan masih terasa nyeri luka operasi O:- wajah pasien tampak meringis - luka tertutup kasa, TTV
			16:30	2) Memberikan antibiotic injeksi ceftriaxone 1 gram/iv	TD:120/70mmhg, N:65x/m, S:36 ⁰ C, RR:21x/m, SPO2:98%
			16:40	3) Batasi jumlah pengunjung/keluarga Hasil: menyuruh keluarga hanya satu orang untuk menjaga pasien. dan yang menjaga hanya ibunya pasien)	A: Masalah resiko infeksi belum teratasi P: Intervensi keperawatan dilanjutkan
			16:47	4) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Hasil: menganjurkan kepada keluarga untuk memberi telur pada pasien satu hari 5 butir	

NO	HARI/TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
3.	Senin, 21 oktober 2024	Menyusui tidak efektif	16:50	1. Memantau pengeluaran ASI pasien Hasil: ASI pasien belum menetes	Jam 19:00 S: -Pasien mengatakan asinya belum keluar atau menetes, - payudara terasa nyeri, dan keras O:-ASI belum keluar. TTV
			16:55	2. Memberikan informasi mengenai manfaat menyusui Hasil: menjelaskan kepada ibunya kalau bayi tidak diberi asi nanti akan pucat atau kuning, jadi pasien harus memastikan bayi untuk menyusu	TD:120/70mmhg, N:65x/m, S:36°C, RR:21x/m, SPO2:98% A:Masalah menyusui tidak efektif belum teratasi P: Intervensi keperawatan dilanjutkan
			17:00	3. Menjadwalkan waktu untuk melakukan perawatan payudara Hasil: pasien mau untuk dilakukan perawatan payudara	
4.	Senin, 21 oktober 2024	Intoleransi aktifitas	17:10	1. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas Hasil: Pasien mengatakan saat mau	19:00 S:Pasien mengatakan belum bisa melakukan aktifitas O:Pasien tampak lemah, keadaan umum:

NO	HARI/TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
				bangun terasa sakit dibagian abdomen	lemah, kesadaran composmentis. terpasang kateter 100cc pasien sc hari pertama
			17:30	2.Sediakan lingkungan dan rendah stimulus misalnya cahaya, suara, kunjungan Hasil:menyuruh keluarga pasien untuk batasi pengunjung dan kurangi volume suara	TTV:TD:120/70mmhg, N:65x/m, S:36 ⁰ C, RR:21x/m, SPO2:98% A: Masalah intoleransi aktifitas belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan.
			18:06	3.Anjurkan tirah baring Hasil: menyuruh pasien untuk istirahat kalau terasa nyeri di bagian luka	
			18.10	4. Menganjurkan pasien untuk melakukan aktifitas secara bertahap yaitu dengan miring kanan dan miring kiri.	

Implementasi keperawatan hari kedua: Selasa, 22 oktober 2024 adalah sebagai berikut :

NO	HARI/TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1.	Selasa, 22 oktober 2024	Nyeri akut	08:00	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, skala nyeri dan tanda-tanda vital (hasil: pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang nyeri, seperti ditusuk-tusuk, nyeri saat bergerak, skala nyeri 6 nyeri sedang. TTV hasil : TD:118/70mmhg. N:69x/m, RR:20x/m, SPO2:98%, S:36°C	Jam 14:00 S:-pasien mengatakan nyerinya sedikit berkurang -skala nyeri 4, nyeri sedang O: -meringis berkurang -TTV :TD: 119/80mmhg, N:69x/m, S:36, 1°C, RR:19x/, Spo2 :98% A: Masalah nyeri akut sebagian teratasi P:Intervensi dilanjutkan
			08:30	Memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (latihan napas dalam) sambil mengajarkan pasien (hasil: menyuruh pasien untuk latihan napas dalam dan pasien mengikuti apa yang diajarkan dan melakukan secara mandiri)	

NO	HARI/TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
			09:00	Memberikan injeksi asam mefenamat 500mg	
2	Selasa, 22 oktober 2024	Resiko infeksi	09:10	Memberikan terapi obat antibiotic cepadroxil, 500mg/oral	Jam 14:00 S: pasien mengatakan luka sedikit mengering, nyeri sudah mulai berkurang
			09:25	Mencuci tangan dan mempersiapkan pasien untuk perawatan luka	O: -luka tampak bersih, tertutup kasa. Tidak ada resiko infeksi
			09:30	Membersihkan luka menggunakan NaCl (Hasil:luka tampak bersih dan tidak berdarah)	-wajah pasien tidak lagi meringis TTV :TD: 119/80mmhg, N:69x/m, S:36, 1 ⁰ C, RR:19x/, Spo2 :98%
			09:35	Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka(Hasil:menggunakan sarung tangan steril dan kassa steril)	A: masalah resiko infeksi sebagian teratasi P:intervensi dilanjutkan
			09:40	Menutup luka menggunakan kassa steril dan plester sesuai dengan ukuran luka (Hasil:luka tampak tertutup kassa dan plester)	

NO	HARI/TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
			09:50	Mengajarkan pasien untuk makan telur 5 butir/hari	
3	Selasa, 22 oktober 2024	Menyusui tidak efektif	10:40	Memantau pengeluaran ASI pasien (Hasil ASI sudah mulai keluar)	Jam 14:00 S: pasien mengatakan ASI sudah keluar, ASI tampak menetes O: ASI pasien sudah tampak keluar, pasien mampu melakukan perawatan payudara yang sudah diajarkan. TTV :TD: 119/80mmhg, N:69x/m, S:36, 1 ⁰ C, RR:19x/, Spo2 :98%
			11:00	Melakukan perawatan, payudara membersihkan area puting menggunakan kapas dan minyak baby oil.	A: Masalah menyusui tidak efektif, sebagian teratasi P:intervensi dilanjutkan
			11:10	Melakukan pijat oksitosin pada payudara pasien dengan cara pertama tangan kiri menopang payudara dan tangan kanan buat gerakan. gerakan kedua tangan kiri menopang dan tangan kanan kepal, gerakan ketiga kedua tangan berada diantara kedua payudara dan dihentikan. gerakan dilakukan selama 20-30 menit	
			11:25	- Memberikan laktamor 1 tablet	

NO	HARI/TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
			11:30	- Mengevaluasi kembali cara pasien melakukan perawatan payudara secara mandiri - Menyuruh pasien untuk makan daun katup yang dibening	
4	Selasa, 22 oktober 2024	Intoleransi aktifitas	12:30	Sediakan lingkungan dan rendah stimulus misalnya cahaya, suara, kunjungan. Hasil: menyuruh keluarga pasien untuk batasi pengunjung dan kurangi volume suara	S: pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktifitas O: pasien tampak berjalan dan berpindah-pindah tempat. kesadaran composmentis. tidak lagi terpasang kateter.
			12:40	Anjurkan tirah baring Hasil: menyuruh pasien untuk istirahat kalau masih terasa nyeri di bagian luka	TTV :TD: 119/80mmhg, N:69x/m, S:36, 1 ⁰ C, RR:19x/, Spo2 :98%
			14:00	Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur jika tidak dapat berpindah Hasil: menyuruh pasien untuk berjalan di sekeliling kamarnya	A: masalah intoleransi aktifitas sebagian teratasi P:interfensi dilanjutkan

NO	HARI/TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
				Menganjurkan pasien untuk melakukan aktifitas secara bertahap yaitu dengan miring kanan dan miring kiri.	

Catatan perkembangan

Tabel 4.8 Catatan perkembangan

NO	HARI/TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	CATATAN PERKEMBANGAN
1	Rabu, 23 oktober 2024	Nyeri akut	08:00	S : Pasien mengatakan nyeri pada area luka sudah mulai menghilang O : Ibu tampak tidak meringis, skala nyeri 1 nyeri ringan, TD :120/80mmHg, N:85x/m, S:36°C. RR:20x/m, SPO2 : 99% A: Masalah nyeri akut teratasi P:Interfensi dilanjutkan I:- Melatih teknik farmakologis napas dalam pada pasien - Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik non farmakologis saat merasakan nyeri dirumah mulai dari napas dalam hingga kompres pada area nyeri E: Pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 1, Pasien sudah mampu mengontrol nyerinya. Pasien tampak tidak meringis kesakitan lagi. TTV:TD:120/70mmHg, N:81x/m, spo2:98%, S:36, 6°C RR:20x/m. Masalah teratasi. intervensi dihentikan pasien pulang.
2	Rabu, 23 oktober 2024	Resiko infeksi	10:50	S: Pasien mengatakan luka bekas operasi sudah mulai kering O: Luka tampak bersih dan kering. tertutup kasa. Tidak ada resiko infeksi A: Masalah resiko infeksi teratasi P: Interfensi dilanjutkan

NO	HARI/TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	CATATAN PERKEMBANGAN
				I: Merawat luka bekas operasi - Menganjurkan pasien untuk Menutup luka menggunakan kassa steril dan plester sesuai dengan ukuran luka - Menganjurkan pasien untuk makan telur 5 butir/hari E: luka tampak tidak ada tanda- tanda infeksi TTV:TD:120/70mmHg, N:81×/m, spo2:98%, S:36, 6°C RR:20×/m. Masalah teratasi. intervensi dihentikan pasien pulang
3	Rabu, 23 oktober 2024	Menyusui tidak efektif	11:00	S: Ibu mengatakan ASI sudah mulai keluar O: kolostrum ASI sudah keluar : ASI pasien sudah tampak keluar, pasien mampu melakukan perawatan A: masalah menyusui tidak efektif teratasi P: intervensi dilanjutkan I:- melanjutkan edukasi kepada pasien untuk mengonsumsi daun katup dan kacang hijau Menganjurkan kepada pasien untuk tetap melakukan pijatan oksitosin dan perawatan payudara, membersihkan area puting menggunakan kapas dan minyak baby oil. E: kolostrum ASI sudah keluar bayi tampak sudah mulai menyusui TTV:TD:120/70mmHg, N:81×/m, spo2:98%, S:36, 6°C RR:20×/m. Masalah teratasi. intervensi dihentikan pasien pulang
4	Rabu, 23 oktober 2024	Intoleransi aktifitas	11:10	S: ibu mengatakan sudah bisa melakukan aktifitas O: pasien tampak bersemangat.

NO	HARI/TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	CATATAN PERKEMBANGAN
				pasien tampak berjalan dan berpindah-pindah tempat. kesadaran composmentis. tidak lagi terpasang kateter. A: masalah intoleransi aktifitas teratasi P: intervensi dilanjutkan I: menyuruh pasien untuk berpindah-pindah tempat, Menganjurkan pasien untuk tetap melakukan aktifitas secara bertahap E: pasien tampak tidak lemah lagi. TTV :TD: 119/80mmhg, N:69x/m, S:36, 1⁰C, RR:19x/ Spo2 :98% Masalah teratasi. intervensi dihentikan pasien pulang

B. Pembahasan

Penelitian studi kasus dilakukan mulai dari tanggal 21 Oktober samapi dengan tanggal 23 Oktober 2024. Pembahasan ini berisi tentang penjelasan rinci hasil studi kasus dikaitkan dengan konsep teori dan studi kasus sebelumnya. dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien post sc dengan indikasi ketuban pecah dini menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian

Dalam pengkajian pasien mengatakan nyeri pada luka operasi dibagian abdomen, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 7, nyeri berat terkontrol, nyeri bertambah saat bergerak, pasien tampak meringis. Luka operasi tampak bersih, tertutup kasa TFU 2 jari dibawah pusat, kolostrum ASI belum ada, payudara terasa nyeri dan kencang, lochea rubra atau tampak merah kehitaman dengan konsistensi lendir dan darah. ekstremitas pasien mengatakan tidak mampu duduk dan berjalan, pasien tampak lemah, terpasang kateter dengan jumlah urine 100cc. ekstremitas atas terpasang infus RL drip oxy 20 iu 28 tetes permenit ditangan kiri, kesadaran composmentis, tekanan darah : 117/70mmHg, nadi 68x/ menit, suhu 36, 9°, SPO2 98%.

Menurut Twistina Antonia (2019) tanda dan gejala dari post sc, Nyeri yang disebabkan luka hasil bedah,

Pergerakan terbatas akibat nyeri, Adanya luka insisi di bagian abdomen, Pengaruh anastesi dapat memicu mual dan muntah, Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml, Distensi kandung kemih, Inkontinensia urine akibat anastesi, Terpasang kateter, Bising usus tidak ada.

Menurut Zahroh Nuursafa, (2021) tanda dan gejala post sc, Aliran lochea sedang bebas bekuan, berlebihan dan banyak,

Puting susu menonjol/ tidak menonjol, Tinggi fundus uteri segera setelah melahirkan 2 jari di atas pusat, Kontraksi rahim terabakeras/ tidak, Pada vagina keluarnya cairan darah segar bercampur sisa-sisa selaput ketuban (lochea rubra/kurenta), Kolostrum sudah keluar/belum, Payudara menjadi keras dan besar.

Berdasarkan data tersebut bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana data yang tidak ditemukan pada kasus dengan Pasien Post Sc yaitu pengaruh anastesi dapat memicu mual muntah namun Nyeri yang disebabkan luka hasil bedah, Pergerakan terbatas akibat nyeri, Adanya luka insisi di bagian abdomen, Kehilangan darah selama prosedur pembedahan, Distensi kandung kemih, Inkontinensia urine akibat anastesi, Terpasang kateter, Bising usus tidak ada ditemukan dalam kasus nyata dan teori Twistina Antonia (2019). Hal ini menunjukkan bahwa adanya kesenjangan pada manifestasi klinis pada Ny.M.E.M.

Pengaruh anastesi dapat memicu mual muntah tidak terjadi pada Ny.M.E.M hal ini menunjukkan adanya kesejangan antara kasus dan teori. yang menunjukkan bahwa tidak ada keluhan mual muntah pada Ny.M.E.M

2. Diagnosa

Rumusan diagnosa keperawatan memiliki tiga komponen yaitu sign/symtom. etiologi. porblem ketiga komponen tersebut sudah dijelaskan pada teori dan juga sudah digambarkan pada kasus. Menurut Nurarif (2019), masalah keperawatan yang muncul pada persalinan sectio caesarea antara lain : nyeri akut, resiko hypovolemia, gangguan mobilitas fisik, resiko infeksi, menyusui tidak efektif. gangguan pola tidur .Pada kasus Ny.M. E. M diagnosa keperawatan yang muncul adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedara fisik (prosedur operasi), resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasiv, menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidak adekuatan suplai ASI, dan ada tambahan diagnosa dari luar teori adalah diagnosa intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan.

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 berjumlah intervensi yang diangkat pada Nyeri akut sebanyak 7 intervensi namun pada kasus yang diangkat hanya 5 karena menyesuaikan dengan kondisi klien dalam waktu perawatan selama 3 hari dan pada masalah resiko infeksi pada teori diangkat intervensi pencegahan infeksi sebanyak 7 namun pada kasus diangkat hanya 5 dan pada masalah menyusui tidak efektif pada teori diangkat intervensi edukasi menyusui sebanyak 5 namun pada kasus diangkat hanya 3 karena menyesuaikan dengan kondisi pasien. dan pada masalah intoleransi aktivitas pada teori diangkat 7 namun pada kasus diangkat hanya 5 karena menyesuaikan dengan kondisi pasien selama 3 hari.

4. Implementasi

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah direncanakan. Pelaksanaan pada Ny. M. E. M 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

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan keluarga. Apabila hasil evaluasi menunjukkan tercapainya hasil atau tujuan maka pasien bisa keluar dari proses keperawatan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan Pada Ny. M.E.M Post Sectio Caesarea (Sc) Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Nifas RSUD Ende pada tanggal 21, 22 dan 23 Oktober 2024, kemudian membandingkan antara teori dan tinjauan kasus dapat disimpulkan. Berdasarkan pengkajian pada tanggal 21 Oktober 2024 didapatkan hasil ibu mengatakan nyeri pada luka operasi dibagian abdomen, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 7, nyeri berat terkontrol, nyeri bertambah saat bergerak, pasien tampak meringis. Luka operasi tampak bersih, tertutup kasa TFU 2 jari dibawah pusat, kolostrum ASI belum ada, payudara terasa nyeri dan kencang, lochea rubra atau tampak merah kehitaman dengan konsistensi lendir dan darah. ekstremitas pasien mengatakan tidak mampu duduk dan berjalan, pasien tampak lemah, terpasang kateter dengan jumlah urine 100cc. ekstremitas atas terpasang infus RL drip oxy 20 iu 28 tetes permenit ditangan kiri, kesadaran composmentis, tekanan darah : 117/70mmHg, nadi 68x/ menit, suhu 36, 9°, SPO2 98%.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.M. E. M adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedara fisik (prosedur operasi), resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidak adekuatan suplai ASI, dan ada tambahan

diagnosa dari luar teori adalah diagnosa intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan.

Intervensi keperawatan dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dan kondisi pasien pada saat penulis melakukan pengkajian serta kemampuan keluarga bekerja sama dengan penulis dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien.

Implementasi yang telah dilakukan penulis untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien sesuai dengan intervensi yang sudah direncanakan.

Evaluasi yang didapat setelah penulis melakukan implementasi dari tanggal 21, 22, dan 23 Oktober 2024 yaitu adalah nyeri akut masalah teratasi, resiko infeksi masalah teratasi, menyusui tidak efektif masalah teratasi, dan ada tambahan diagnosa dari luar teori adalah diagnosa intoleransi aktifitas masalah teratasi.

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 Post Sc dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD).

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

- Fujiyanti. (2021). *Buku Praktis Kehamilan dan Persalinan Patologis (Resiko Tinggi dan Komplikasi) Dalam Kebidanan*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Hayati, N. e. (2023). Hubungan Antara Cephalopelvik Disproportion (Cpd), Gawat Janin Dan Partus Lama Dengan Kejadian Sectio Caesarea (Sc) Pada Ibu Primipara Di Rsiabot 2022. *SENTRI: jurnal Riset Ilmiah*.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. (E. 1, Ed.) Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. (E. 1, Ed.) Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. (E. 1, Ed.) Jakarta: DPP PPNI.
- Riskesdas. (2018). *Riset Kesehatan Dasar (Riskesda, 2018)*. Jakarta: Badan Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Wulandari. I. A., Z. M. (2019). Faktor-faktor Yang Berhubungan Terhadap Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD). *Journal Kesehatan Delima Pelamonia*, 52-61.
- Fujiyanti. (2021). *Buku Praktis Kehamilan dan Persalinan Patologis (Resiko Tinggi dan Komplikasi) Dalam Kebidanan*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Hayati, N. e. (2023). Hubungan Antara Cephalopelvik Disproportion (Cpd), Gawat Janin Dan Partus Lama Dengan Kejadian Sectio Caesarea (Sc) Pada Ibu Primipara Di Rsiabot 2022. *SENTRI: jurnal Riset Ilmiah*.
- Nursalam. (2019). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salembang Medika.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. (E. 1, Ed.) Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. (E. 1, Ed.) Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. (E. 1, Ed.) Jakarta: DPP PPNI.
- Riskesdas. (2018). *Riset Kesehatan Dasar (Riskesda, 2018)*. Jakarta: Badan Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

- Wulandari. I. A., Z. M. (2019). Faktor-faktor Yang Berhubungan Terhadap Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD). *Journal Kesehatan Delima Pelamonia*, 52-61.
- Fujiyanti. (2021). *Buku Praktis Kehamilan dan Persalinan Patologis (Resiko Tinggi dan Komplikasi) Dalam Kebidanan*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Hayati, N. e. (2023). Hubungan Antara Cephalopelvik Disproportion (Cpd), Gawat Janin Dan Partus Lama Dengan Kejadian Sectio Caesarea (Sc) Pada Ibu Primipara Di Rsiabot 2022. *SENTRI: jurnal Riset Ilmiah*.
- Kusuma, N. &. (2020). *Buku Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis*. Jakarta: Mediatstion Publishim.
- Nursalam. (2019). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis* . Jakarta: Salembang Medika.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. (E. 1, Ed.) Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. (E. 1, Ed.) Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. (E. 1, Ed.) Jakarta: DPP PPNI.
- Riskesdas. (2018). *Riset Kesehatan Dasar (Riskesda, 2018)*. Jakarta: Badan Dan Pengembangan Keseshatan Kementrian Kesehatan RI.
- Wulandari. I. A., Z. M. (2019). Faktor-faktor Yang Berhubungan Terhadap Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD). *Journal Kesehatan Delima Pelamonia*, 52-61.
- Fujiyanti. (2021). *Buku Praktis Kehamilan dan Persalinan Patologis (Resiko Tinggi dan Komplikasi) Dalam Kebidanan*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Hayati, N. e. (2023). Hubungan Antara Cephalopelvik Disproportion (Cpd), Gawat Janin Dan Partus Lama Dengan Kejadian Sectio Caesarea (Sc) Pada Ibu Primipara Di Rsiabot 2022. *SENTRI: jurnal Riset Ilmiah*.
- Hidayat. (2021). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. Jakarta: Salembang Medika.
- Kusuma, N. &. (2020). *Buku Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis*. Jakarta: Mediatstion Publishim.
- Nursalam. (2019). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis* . Jakarta: Salembang Medika.

- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. (E. 1, Ed.) Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. (E. 1, Ed.) Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. (E. 1, Ed.) Jakarta: DPP PPNI.
- Riskesdas. (2018). *Riset Kesehatan Dasar (Riskesda, 2018)*. Jakarta: Badan Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Wulandari. I. A., Z. M. (2019). Faktor-faktor Yang Berhubungan Terhadap Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD). *Journal Kesehatan Delima Pelamonia*, 52-61.

LAMPIRAN 1

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



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG**



Direktorat: Jln.Piet A. Tallo Liliba-Kupang, Telp,: (0380) 8800256
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.M.E.M POST
SECTIO CAESAREA (SC) DENGAN INDIKASI KETUBAN
PECAH DINI (KPD) DIRUANGAN NIFAS RSUD ENDE**

Format Pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 21 Oktober 2024

1. Pengumpulan Data

a. Identitas Pasien

Nama	: Ny. M.E.M
Umur	: 27 tahun
Agama	: Katolik
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status	: Menikah
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT
Suku Bangsa	: Indonesia
Alamat	: Welamosa
Tanggal Masuk	: 20 oktober 2024
Tanggal Pengkajian	: 21 oktober 2024
No. Register	: 020242
Diagnosa Medis	: Ketuban Pecah Dini

b. Identitas penanggung jawab

Nama	: Tn. Y.G.M
Umur	: 44Tahun
Hub. Dengan Pasien	: Istri
Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Welamosa

2. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

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

2) Riwayat kesehatan sekarang

Hari minggu pada tanggal 20 oktober 2024 sekitar pukul 02:30 wita ketuban pecah, pasien langsung dibawa oleh keluarga ke puskesmas Welamosa, pukul 04:30 wita pagi pasien di rujuk ke RSUD Ende. Pasien tiba di RSUD Ende pukul 09:00 wita.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya belum pernah melahirkan karena ini anak yang pertama dan sebelumnya juga pasien belum pernah masuk rumah sakit dan sakit yang di alami hanya sakit batuk pilek biasa

4) Riwayat obstetri

Tabel 4.1 Riwayat Obsestri

No	Umur	L/P	H/M	BBL	Cara Lahir	Penolong	Nifas Lalu
1	21/10/2024	P	H	2.500	POST SC	BIDAN	-

5) Riwayat kehamilan sekarang

a) Gangguan pada hamil muda

Ny. M.E.M mengatakan tidak ada gangguan saat hamil muda

b) Tempat memeriksa kehamilan

Ny. M.E.M mengatakan memeriksa kehamilan di puskesmas

Welamosa setiap bulan secara teratur

c) Obat yang diberikan saat hamil

Ny. M.E.M mengatakan obat yang didapatkan saat diperiksa kehamilan itu adalah tablet tambah darah, vitamin, kalk

d) Nutrisi selama hamil

Ny. M.E.M mengatakan selama hamil selalu makan 3x sehari dengan menu sayur sawi, kangkung, daun singkong, tahu, tempe, telur, ikan, dan minum air Sehari minum 4-5 gelas air putih/ hari $\pm$ 1000-1500 CC

e) Riwayat persalinan

Jenis persalinan SC, lama persalinan 1 jam

f) Riwayat kontrsepsi

Ny. M.E.M mengatakan belum pernah menggunakan KB

g) Data psikologis

Ny. M.E.M mengatakan merasa puas dengan persalinannya serta menerima perannya sebagai ibu dan istri, pasien juga mengatakan keluarga dan suaminya selalu mendukung dan menemaninya saat periksa kehamilan maupun setelah operasi.

h) Pemenuhan kebutuhan dasar

1) Nutrisi

Ny. M.E.M mengatakan saat dirumah sakit klien makan 3x sehari dengan porsi di habiskan pasien makan nasi, sayur, lauk

yang dibagikan oleh pihak rumah sakit dan mengonsumsi telur 6 butir per hari dan minum air sekitar 5 - 6 gelas sekitar 1000-1800 cc

2) Eliminasi

Ny. M.E.M menggunakan kateter dengan jumlah urin 100cc, klien mengatakan sudah BAB sebelum bersalin dan setelah bersalin pasien mengatakan belum BAB

3) Aktivitas dan istirahat

Pasien mengatakan setelah persalinan belum bisa duduk, berpindah, berjalan, mandi, toilet, belum bisa mengantikan pakaian sendiri karena nyeri. pasien mengatakan untuk istirahat biasanya kurang dari 2 jam dan sering terbangun karena nyeri

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Kesadaran : composmentis

TTV : Tekanan darah : 171/70 mmHg, Nadi : 68x/menit, suhu : 36, 9°,

SPO2 : 98%

2) Kepala

Inspeksi : rambut tampak hitam, sedikit berminyak, dan tampak bersih

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

3) Wajah

Inspeksi : tampak meringis

4) Mata

Inspeksi : konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik

5) Hidung

Inspeksi : tampak simetris, rongga hidung bersih

6) Teling

Inspeksi : tampak simetris, tidak ada serumen, pendengaran normal

7) Mulut

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

8) Leher

Palpasi : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening

9) Dada/mamae

Inspeksi : payudara tampak bersih, simetris, puting susu menonjol,
kolostrum ASI belum keluar

Palpasi : payudara terasa nyeri dan kencang

10) Abdomen

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

Auskultasi : bising usus 5x/ menit

Palpasi : TFU 2 jari dibawa pusat, adanya nyeri tekan. kontraksi teraba
keras, luka operasi tertutup kasa

11) Genitalia

Jenis lochea rubra jumlah batas normal warna merah kehitaman
konsistensi kental dan darah

12) Ekstermitas

Ekstermitas atas

Inspeksi : tampak lemah tidak mampu duduk, tidak ada edema,
terpasang infus RL drip oxy 20 iu 28 tetes permenit ditangan kiri.

Ekstermitas bawah

Inspeksi : tidak ada edema, tidak ada varises

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Saya adalah mahasiswa dari Poltekes Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Tujuan dari Studi Kasus ini adalah mahasiswa diharapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada NY. M.E.M dengan diagnosa medis Ketuban pecah Dini RSUD Ende. Studi Kasus ini berlangsung selama tiga hari.
2. Prosedur pelaksanaan berupa Asuhan Keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosa, penetapan rencana/intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebutkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena Studi Kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan atau memperburuk status kesehatan Bapak/Saudara.
3. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam Studi Kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan Asuhan yang diberikan.
4. Namun dari jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
5. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silahkan menghubungi saya pada nomor hp: 082144170713

Peneliti

PATRISIA PUTRI LORO

Nim: PO5303202210067

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 : PATRISIA PUTRI ORO dengan judul ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M.E. M POST SECTIO CAESAREA (SC) DENGAN INDIKASI KETUNAN PECAH DINI (KPD) 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, 231 oktober 2024

Saksi



Ny. S

Yang memberikan persetujuan



Ny.M.E.M

Peneliti



PATRISIA PUTRI ORO
PO5303202210067



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Kupang

Jalan Piet A. Tallo, Liliba, Oebobo,
Kupang, Nusa Tenggara Timur 85111
(0380) 8800256
<https://poltekkeskupang.ac.id>

PERPUSTAKAAN TERPADU

<https://perpus-terpadu.poltekkeskupang.ac.id/> ; e-mail: perpustakaanterpadu61@gmail.com

SURAT KETERANGAN HASIL CEK PLAGIASI

Dengan ini menerangkan bahwa

Nama : Patrisia putri oro
 Nomor Induk Mahasiswa : PO5303202210067
 Dosen Pembimbing : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep., Ns., MSc
 Dosen Penguji : Marthina Bedho, S.ST., M.Kep
 Jurusan : Program Studi DIII Keperawatan
 Judul Karya Ilmiah : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.M.E.M
 POST SECTIO CAESAREA (SC) DENGAN INDIKASI KETUBAN PECAH DINI
 (KPD) DI RUANGAN NIFAS RSUD ENDE**

Laporan Tugas Akhir yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Strike Plagiarism dengan hasil kemiripan (similarity) sebesar 25%. Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 26 September 2025

Admin Strike Plagiarism


 Murry Jermias Kale SST
 NIP. 19850704201012100



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE



LEMBAR KONSULPROPOSAL KTI

Nama : Patrisia Putri Oro
NIM : PO.5303202210067
Pembimbing Utama : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc

	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Rabu, 08 November 2023	Konsul BAB I	1) Lengkapi latar belakang, definisi data dampak 2) Lengkapi data tempat atau lokasi Yang akan diteliti 3) Perbaiki cara pengetikan 4) Lanjutkan bab II dan III serta daftar pustaka	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep., Ns., MSc

2.	Selasa, 28 November 2023	Konsul BAB I II III	1) Perbaiki latar belakang (data terbaru) tambahkan data RSUD Ende 2) Definisi sumber terbaru 3) Tambahkan komplikasi dilatar belakang 4) Tambahkan konsep pre post 5) Tambahkan daftar pustaka 6) Perbaiki cara penulisan	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep., Ns., MSc
3.	Selasa, 07 mei 2024	Konsul BAB I BAB II BAB III	1) Perbaikan latar belakang (data terbaru) 2) Definisi sumber terbaru 3) Tambahkan konsep pre post 4) Tambahkan komplikasi dilatar belakang 5) Tambahkan daftar pustaka 6) Perbaiki cara pengetikan	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep., Ns., MSc
4	Selasa 20 mei 2024	Konsul BAB I BAB II BAB III	1) Perbaikan cover depan 2) Perbaikan latar belakang , dilatar belakang bukan hanya perkumpulan definisi tetapi menceritakan tentang persalinan	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep., Ns., MSc

5	19 juni 2024	Konsul BAB I BAB II BAB III	1) Perbaikan penulisan 2) Dibagaian gambar pada anatomi harus disertakan dengan sumber 3) Lengkapi pathway dan disesuaikan dengan manifestasi kliis	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep., Ns., MSc
6	9 september 2024	Konsul BAB I BAB II BAB III	1) Perbaikan cara pengetikan harus sesuai dengan panduan	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep., Ns., MSc
7	23 september	Konsul BAB I BAB II BAB III	1) Rapikan pengetikan dan siap maju ujian	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep., Ns., MSc

8	30 september 2024		1) Perbaiki pengetikan dan edit lagi 2) Tambahkan data DS DO yang belum lengkap 3) Tambahkan konsep nifas	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep., Ns., MSc
9	08 oktober 2024		1) Tambahkan penatalaksanaan nifas dengan SC 2) Belajar untuk pertanggung jawaban makalah 3) Perbaiki pathway	 Marthina Bedho, S.ST.,M. Kes
9	16 oktober 2024		1) Belajar ulang tentang nifas lochea	 Marthina Bedho, S.ST.,M. Kes

10	17 oktober 2024		1) Acc turun ambil kasus	 Marthina Bedho, S.ST.,M. Kes
11	22 oktober 2024		1) Tambahkan diagnosa intoleransi aktivitas 2) Lampirkan hasil pemeriksaan lab 3) Tambahkan nama obat indikasi dan dosis 4) Masukkan ke diagnosa dengan hasil lab 5) Setela pengkajian masukan data lab dan daftar obat 6) Setela itu analisa data dan lainnya	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep., Ns., MSc
12	04 november 2024		1) Kesehatan masa lalu lengkapi 2) Lanjut ketik 3) Lanjutkan samapai pembahasan 4) Analisa data table terbuka	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep., Ns., MSc

13	23 desember 2024		1) Perbaiki cover depan 2) Pengetikan, spasi, huruf capial 3) Table harus terbuka	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep., Ns., MSc
14	Jumad 24 januari 2025		1) Acc naik ujian	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep., Ns., MSc
15	14 februari		1) Edit spasi dan lain-lain 2) Perbaiki pathway 3) Lengkapi tabulasi data 4) Intervensi nifas dilengkapi	 Marthina Bedho, S.ST.,M. Kes
16	22 mei 2025		1) Perbaiki pengetikan 2) Lengkapi dibagian intervensi nifas 3) Yang ada dalam pengajian dimasukan di tabulasi data 4) Intervensi harus sejajar	

				Marthina Bedho, S.ST.,M. Kes
17	28 mei 2025		1) Acc laporan kasus	 Marthina Bedho, S.ST.,M. Kes

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Aris Wawomeo, M., Kep., Ns., Sp.Kep., Kom
NIP. 196601141991021001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama	:	Patrisia Putri Oro
Tempat/Tanggal Lahir	:	Mondo, 25 Agustus 2002
Alamat	:	Mondo
Jenis Kelamin	:	Perempuan
Agama	:	Katholik
Nama Ayah	:	Emanuel Nonga
Nama Ibu	:	Rosalia Pasi

B. Riwayat Pendidikan

SDK MONDO	:	2009-2015
SMP Negeri 2 ENDE	:	2015-2018
SMA Negeri 1 ENDE	:	2018-2021
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang, Program Studi D-III Keperawatan Ende	:	2021-2024

Setiap orang memiliki cahaya dan bintangnya sendiri, keberadaan mu di dunia ini sangat berharga, jangan membandingkan dirimu dengan orang lain, karena kamu dapat bersinar

➤ MIKROKOSMOS BTS

