

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.S DENGAN
PRE DAN POST SECTIO CAESAREA INDIKASI
RIWAYAT SCDI RUANG RAWAT
INAP TERATAIRSUD CURUP
TAHUN 2022**



DISUSUN OLEH :

AZZRO NABILA

NIM. P00320119002

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2021-2022**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.S DENGAN
PRE DAN POST SECTIO CAESAREA INDIKASI
RIWAYAT SCDI RUANG RAWAT
INAP TERATAIRSUD CURUP
TAHUN 2022**

**Diajukan sebagai Syarat untuk memperoleh
Gelar Ahli Madya Keperawatan**



DISUSUN OLEH :

**AZZRO NABILA
NIM. P00320119002**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2021-2022**

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah atas :

Nama : Azzro Nabila
Tempat, Tanggal Lahir : Suban Ayam , 03-08-2001
N I M : P00320119002
Judul Proposal KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Pre*
Dan *Post Sectio Caesarea* Indikasi Di Ruang
Rawat Inap Teratai RSUD Curup Tahun 2022

Kami setuju untuk diseminarkan pada tanggal 08 Agustus 2022

Curup, 04 Agustus 2022

Pembimbing



Yanti Sutriyanti, SKM., M.Kep

NIP: 197004071989112002

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *PRE*
DAN POST SECTIO CAESAREA INDIKASI RIWAYAT SC
DI RUANG RAWAT INAP TERATAI
RSUD CURUP TAHUN 2022**

Disusun Oleh:

AZZRO NABILA
NIM. P00320119002

Telah diujikan di depan Penguji Karya Tulis Ilmiah
Program Studi Diploma III Keperawatan Curup Jurusan Keperawatan Poltekkes
Kemenkes Bengkulu

Pada Tanggal 08 Agustus 2022, dan dinyatakan

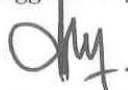
LULUS

Ketua Penguji



Ns. Misniarti S, Kep, M. Kep
NIP. 197703112001122001

Anggota Penguji I



Silvia Puspa, S. Kep Ners
NIP. 198805152019022001

Anggota Penguji II



Yanti Sutriyanti, SKM., M. Kep
NIP. 197004071989112002

Karya Tulis Ilmiah ini telah memenuhi salah satu persyaratan
Untuk mencapai derajat Ahli Madya Keperawatan

Mengetahui,

**Ketua Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu**



Ns. Derison Marsinova Bakara, S. Kep, M. Kep
NIP. 197112171991021001

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *PRE* DAN *POST SECTIO CAESAREA* INDIKASI RIWAYAT SC I RUANG RAWAT INAP
TERATAI RSUD CURUP TAHUN 2022**

ABSTRAK

Latar Belakang: Sectio Caesarea (SC) adalah proses persalinan yang dimana mengeluarkan bayi dari perut seorang ibu dengan cara menginsisi bagian perut (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi). Teknik Relaksasi yang digunakan adalah Relaksasi Tarik Nafas Dalam. **Tujuan:** Untuk mengetahui asuhan keperawatan pada klien dengan Sectio Caesarea meliputi pengkajian, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan *pre* 1 hari perawatan didapatkan hasil diagnosa dengan ansietas teratasi, dan diagnosa pada *post* oper perawatan dengan diagnosa pertama nyeri akut teratasi, Diagnosa kedua Gangguan mobilitas fisik teratasi dan diagnosa ketiga risiko infeksi teratasi. **Kesimpulan:** Teknik Relaksasi Tarik Nafas Dalam digunakan dalam mengurangi nyeri dan kecemasan pada klien.

Kata kunci: Asuhan keperawatan, Sectio Caesarea , Teknik Relaksasi Tarik Nafas Dalam

**NURSING CARE IN PATIENTS WITH PRE AND POST SECTIO
CAESAREA INDICATIONS HISTORY OF SC I IN PATIRNT ROOM LOTUS
HOSPITAL CURUP IN 2022**

ABSTRACT

Background: *Sectio Caesarea (SC) is a labor process in which the baby is removed from the mother's stomach by incising the abdomen (laparotomy) and the uterine wall (hysterotomy). Relaxation technique used is Inhale Relaxation.*
Objective: *To find out nursing care for clients with Sectio Caesarea including assessment, intervention, implementation, and evaluation of nursing.*
Results: *After 1 day of pre-treatment nursing care, the diagnosis with anxiety was resolved, and the post-operative diagnosis with the first diagnosis of acute pain was resolved, the second diagnosis of impaired physical mobility was resolved and the third diagnosis of infection risk was resolved.*
Conclusion: *Deep Breathing Relaxation Technique is used to reduce pain and anxiety in clients.*

Keywords: *Nursing care, Sectio Caesarea, Inhalation Relaxation Technique*

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, Sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Pre Dan Post Sectio Caesarea* Indikasi Riwayat SC 1x Di Ruang Rawat Inap Teratai RSUD Curup Tahun 2022”. Shalawat serta salam semoga senantiasa tercurahkan kepada nabi kita, Nabi Muhammad SAW, karena berkat suri tauladan beliau, mengantarkan kita semua dari jalan yang gelap gulita menuju ke jalan yang terang benderang seperti saat ini.

Tujuan dari pembuatan karya tulis ilmiah ini untuk memenuhi tugas akhir sebagai syarat memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada jurusan Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Bengkulu. Bersama ini perkenankan penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar- besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Ibu Eliana,SKM., MPH selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
2. Ibu Ns. Septiyanti, S.Kep., M.Pd selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
3. Bapak Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
4. Ibu Yanti Sutriyanti, SKM., M.Kep selaku Dosen Pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk melakukan konsultasi dan mengarahkan penulis dengan memberikan saran-saran yang membangun dalam penyusunan laporan tugas akhir ini.
5. Ibu Ns. Misniarti S,Kep,M.Kep selaku ketua penguji yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.
6. Ibu Silvia Puspa, S.Kep., Ners selaku penguji 1 yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.
7. Bapak Ns.Derison Marsinova Bakara,S.Kep.,M.selaku Dosen Pembimbing Akademik yang senantiasa memberi saran positif dan telah mengarahkan

penulis untuk segera menyelesaikan semua kewajiban sebagai mahasiswi, salah satunya menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

8. Seluruh Dosen dan Staf Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
9. Untuk Kedua Orang Tua saya Bapak Usman Effendi (Almarhum) dan Ibu Nurleli serta Keluarga besar saya yang memberikan dukungan, dan doa yang tiada henti sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
10. Untuk Sahabat dan Teman yang selalu memberi suport dan semangat untuk saya mudah-mudahan Karya Tulis Ilmiah ini dapat dilaksanakan sebaik mungkin.
11. Dan lain-lain yang tidak dapat disebut satu persatu.

Mudah-mudahan laporan tugas akhir ini dapat dilaksanakan sebaik mungkin.

Curup,2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR SKEMA	xii
DAFTAR TABEL.....	iii
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.4 Manfaat	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.2 Konsep <i>Sectio Caesarea</i>	7
2.2.1 Definisi	7
2.2.2 Etiologi	7
2.2.3 Klasifikasi.....	9
2.2.4 Anatomi Fisiologi Abdomen	10
2.2.5 Patofisiologi.....	14
2.2.6 WOC	16
2.2.7 Pemeriksaan Penunjang	18
2.3 Konsep Post <i>Sectio Caesarea</i>	19
2.3.1 Defenisi.....	19
2.3.2 Manifestasi Klinis.....	19
2.3.4 Penatalaksanaan Pre dan Post	20

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan.....	26
2.4.1 Pengkajian	27
2.4.2 Diagnosa Keperawatan	38
2.4.3 Rencana Keperawatan	39
2.4.4 Implementasi Keperawatan	54
2.4.5 Evaluasi Keperawatan	54
2.5 Konsep Teknik Relaksasi Relaksasi Nafas Dalam	56
2.5.1 Pengertian Teknik Relaksasi Tarik Nafas Dalam	56
2.5.2 Tujuan Teknik Relaksasi Tarik Nafas Dalam	57
2.5.3 Manfaat Teknik Relaksasi Tarik Nafas Dalam.....	58
2.5.4 Prosedur Terapi Relaksasi Tarik Nafas Dalam.....	58

BAB III TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian	60
3.1.1 Identitas Klien	60
3.1.2 Riwayat Keperawatan	61
3.1.3 Pemeriksaan Fisik	67
3.1.4 Penatalaksanaan	72
3.1.5 Analisa Data	73
3.2 Diagnosa Keperawatan	75
3.3 Perencanaan Keperawatan	77
3.4 Implementasi Keperawatan	83
3.5 Evaluasi Keperawatan	92
3.6 Ringkasan Keluar	106

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian Keperawatan	108
4.2 Diagnosa Keperawatan	110
4.3 Rencana Tindakan Keperawatan	111
4.4 Implementasi Keperawatan	112
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	113

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan 115
5.2 Saran 116

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

No Gambar	Judul	Halaman
2.1	Gambar Otot- Otot Abdomen	12

DAFTAR SKEMA

No Gambar	Judul	Halaman
Skema 2.1	WOC	16

DAFTAR TABEL

No Gambar	Judul	Halaman
Tabel 2.1	Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi	32
Tabel 2.2	Pemeriksaan Fisik	34
Tabel 2.3	Rencana Keperawatan Pre SC	39
Tabel 2.4	Rencana Keperawatan Post SC	47
Tabel 3.1	Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi	65
Tabel 3.2	Pola Aktivitas Dan Latihan	67
Tabel 3.3	Tanda-Tanda Vital	67
Tabel 3.4	Pemeriksaan Fisik	68
Tabel 3.5	Pemeriksaan Laboratorium Pre SC	71
Tabel 3.6	Pemeriksaan Laboratorium Post SC	72
Tabel 3.7	Penatalaksanaan Pre dan Post <i> Sectio Caesarea</i>	72
Tabel 3.10	Analisa Data Pre <i> Sectio Caesarea</i>	73
Tabel 3.11	Analisa Data Post <i> Sectio Caesarea</i>	73
Tabel 3.12	Diagnosa Keperawatan Pre <i> Sectio Caesarea</i>	75

Tabel 3.13	Diagnosa Keperawatan Post <i>Sectio Caesarea</i>	76
Tabel 3.14	Rencana Keperawatan Pre <i>Sectio Caesarea</i>	77
Tabel 3.15	Rencana Keperawatan Post <i>Sectio Caesarea</i>	79
Tabel 3.16	Implementasi Keperawatan Pre <i>Sectio Caesarea</i>	83
Tabel 3.17	Implementasi Keperawatan Post <i>Sectio Caesarea</i>	85
Tabel 3.18	Evaluasi Keperawatan Pre <i>Sectio Caesarea</i>	92
Tabel 3.19	Evaluasi keperawatan Post <i>Sectio Caesarea</i>	93

DAFTAR LAMPIRAN

No Gambar	Judul
Lampiran 1	Lembar Konsul
Lampiran 2	Pernyataan
Lampiran 3	Biodata
Lampiran 4	Surat Izin Dinas
Lampiran 5	Surat Selesai Dinas

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sectio Caesarea (SC) adalah proses persalinan yang dimana mengeluarkan bayi dari perut seorang ibu dengan cara menginsisi bagian perut (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi). Seiring perkembangan zaman, SC ini dapat dilakukan dibagian perut bawah. SC ini bisa dilakukan secara elektif apabila ada indikasi bayi tidak bisa dilahirkan secara normal ataupun bisa dilakukan secara mendadak (emergency) apabila ada kondisi dimana bayi harus dilahirkan segera (Ni et al., 2018).

Sectio Caesarea adalah persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. (winknyosastro, 2005 dalam Aspiani 2017).

Menurut *World Health Organization* (WHO) menegaskan setiap tahun sejumlah 358.000 ibu meninggal saat bersalin dimana 355.000 (99%) berasal dari negara berkembang. Angka Kematian Ibu (AKI) di negara berkembang merupakan peringkat tertinggi dengan 290 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup jika dibandingkan dengan Angka Kematian Ibu (AKI) di negara maju yaitu 14 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Ibu (AKI) dari 359 per100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 menjadi 306 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2019. Kemenkes (2020)

Berdasarkan profil kesehatan Indonesia tahun 2019, AKI (Angka

kematian ibu) di Indonesia yaitu . Penyebab kematian ibu adalah komplikasi obstetrik, menurut Depkes 2017 menjelaskan sekitar 23% kejadian ibu yang mengalami *Sectio Caesarea* di Indonesia . Hal ini menunjukkan bahwa 66,91% kematian perinatal dipengaruhi oleh ibu saat melahirkan (Profil Kesehatan Indonesia, 2018). Angka kejadian dengan persalinan section caesarea berdasarkan data survey demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI) mengalami peningkatan mulai 2012-2018 yaitu 1,3%-6,8% sementara itu berdasarkan reset kesehatan dasar (rikesda) angka kejadian persalinan section caesarea dari 33 provinsi sebesar 15,3% (Kemenkes 2020) . Dan berdasarkan data dari Riset Kesehatan Daerah Provinsi Bengkulu tahun 2019 ibu hamil dengan riwayat *Sectio Caesarea* atau gangguan persalinan yang mewngharuskan dialkuakn tindakan *Sectio Caesarea* di Provinsi Bengkulu sebesar 5,25% (Risksedas, 2019).

Persalinan dilakukan dengan operasi *Sectio Caesaria* diantaranya ibu akan mendapatkan luka operasi di perut dan kemungkinan timbulnya infeksi bila tidak dirawat dengan baik. Masalah keperawatan yang terjadi pada pasien post *Sectio caesarea* yaitu nyeri akut berhubungan dengan luka operasi pada abdomen, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI dan resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive . Luka operasi setelah beberapa jam pasca operasi sejalan dengan mulai pulihnya efek anestesi dari tubuh pasien, hal ini banyak dikeluhkan oleh pasien post *sectio caesarea*. Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan, bersifat

sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya (Hidayat, 2016).

Salah satu strategi yang dapat dilakukan perawat untuk mengatasi nyeri secara non farmakologis adalah terapi relaksasi tarik nafas dalam (Ika Melasari ,2018). Teknik relaksasi nafas dalam merupakan bentuk asuhan keperawatan untuk mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam ini juga dapat membuat ketentraman hati dan berkurangnya rasa cemas (Arfa, 2013).

Menurut Dita Amita dkk (2018) Sebelum intervensi relaksasi napas dalam nilai rata-rata nyeri yaitu 5 dengan kategori nyeri sedang, setelah dilakukan adalah 3. Lalu menurut Astriana, A (2019), hasil penelitian menunjukkan rata-rata nyeri sebelum diberikan adalah 6,47 , kemudian sesudah dilakukan abdominal breathing menjadi 4,33.

Hasil survey yang dilakukan di rumah sakit curup tindakan teknik relaksasi tarik nafas dalam untuk menurunkan tingkat nyeri pada pasien post operasi *sectio caesarea* belum pernah dilakukan. Perawat diharapkan dapat memberikan pendidikan kesehatan pada ibu post *sectio caesarea* dengan memperkenalkan teknik relaksasi tarik nafas dalam salah satunya untuk menurunkan tingkat nyeri, sehingga ibu dapat menerapkan secara mandiri di rumah.

Angka kejadian *sectio caesarea* di RSUD Curup pada tahun 2017 sebanyak 206 kasus, pada tahun 2018 sebanyak 141 kasus, pada tahun 2019

sebanyak 198 kasus. (Sub Rekam Medik RSUD Curup Tahun 2022).

Upaya yang dilakukan untuk menangani kasus tersebut salah satunya dengan melaksanakan Asuhan Keperawatan pada ibu Post SC diberikan secara komprehensif melalui proses pendekatan keperawatan berupa pengkajian, penentuan masalah, menentukan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi (Nurarif, 2015).

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk melakukan penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Pre dan Post *Section caesarea* melalui proses pengkajian, intervensi, implementasi terutama penerapan teknik relaksasi autogenik, dan evaluasi secara komprehensif di Ruang Rawat Inap Teratai RSUD Curup Tahun 2022.

1.2 Rumusan Masalah

Jumlah kasus *section caesarea* masih tergolong cukup tinggi. Dari data Ruang teratai RSUD Curup *section caesarea* Angka kejadian *section caesarea* di RSUD Curup pada tahun 2017 sebanyak 206 kasus, pada tahun 2018 sebanyak 141 kasus, pada tahun 2019 sebanyak 198 kasus. (Sub Rekam Medik RSUD Curup Tahun 2022). melalui proses keperawatan mulai dari proses pengkajian, penentuan diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi. Dan apakah terapi relaksasi autogenik dapat menurunkan nyeri pada ibu post operasi *section caesarea* di Rumah Sakit RSUD Curup tahun 2022??"

1.3 Tujuan Penulisan

a. Umum :

Mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biopsikososial dengan pendekatan proses keperawatan pada pasien Pre Post Sectio Caesarea diruangan Rawat Inap Teratai RSUD Curup Tahun 2022 .

b. Khusus :

1. Mampu melakukan pengkajian pada ibu dengan pre dan post *Sectio caesarea* di Ruang Teratai RSUD Curup.
2. Mampu Merumuskan diagnosa pada ibu dengan pre dan post *Sectio caesarea* di Ruang Teratai RSUD Curup.
3. Mampu menyusun intervensi keperawatan pada ibu dengan Pre Post Sectio Caesarea di Ruangan Teratai RSUD Curup .
4. Mampu melakukan implementasi keperawatan pada ibu dengan Pre Post Sectio Caesarea di Ruangan Teratai RSUD Curup .
5. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada ibu dengan Pre Post Setio Caesarea di Ruangan Teratai RSUD Curup .
6. Mampu melaksanakan dokumentasi Asuhan Keperawatan pada ibu dengan Pre Post Sectio Caesarea di Ruangan Teratai RSUD Curup .

1.4 Manfaat

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak antara lain :

a. Manfaat bagi klien

Klien dan keluarga mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan dapat memahami perawatan yang diajarkan perawat, sehingga dapat mengatasi dan mengaplikasikan perawatan ringan secara mandiri. Salah satunya yaitu penerapan terapi relaksasi autogenik untuk menurunkan skala nyeri.

b. Manfaat bagi perawat

Sebagai bahan informasi mengenai Asuhan Keperawatan pada pasien pre dan post *Sectio Caesarea*, sehingga dapat menambah wawasan dan meningkatkan mutu pelayanan perawat yang ada di Rumah Sakit.

c. Manfaat bagi institusi

1. Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi referensi bagi pemberi pelayanan asuhan keperawatan pada pasien pre dan post SC di RS, terutama dalam menurunkan tingkat nyeri post operasi *sectio caesarea*.

2. Pendidikan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien pre dan post SC di RS.

BAB II

PEMBAHASAN

2.1 Konsep Penyakit *Sectio Caesarea*

2.2.1 Definisi

Sectio Caesarea (SC) adalah proses persalinan yang dimana mengeluarkan bayi dari perut seorang ibu dengan cara menginsisi bagian perut (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi). Seiring perkembangan zaman, SC ini dapat dilakukan dibagian perut bawah. SC ini bisa dilakukan secara elektif apabila ada indikasi bayi tidak bisa dilahirkan secara normal ataupun bisa dilakukan secara mendadak (*emergency*) apabila ada kondisi dimana bayi harus dilahirkan segera (Ni et al., 2018).

Sectio Caesarea adalah persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. (winknyosastro, 2005 dalam Aspiani 2017).

2.2.2 Etiologi

Etiologi mutlak *Sectio Caesarea* menurut Mochta R, (2002) dalam Aspiani (2017), yaitu :

- a. Etiologi pada ibu yang dilakukan operasi *sectio caesarea*

Beberapa etiologi pada ibu yang dilakukan operasi *Sectio Caesarea* yaitu Plasenta previa sentralis lateralis (posterior) dan totalis, Panggul sempit, Disproporsi sefalopelvik, Partus lama

(*prolonged labor*), Partus tak maju (*obstructed labor*), Distosia serviks, Preeklamsia dan hipertensi, Disfungsi uterus, Distosia jaringan lunak, dan Pernah mengalami masalah pada penyembuhan perineum, distosia, *sectio caesarea* berulang.

b. Etiologi pada janin yang dilakukan operasi seksio sesaria

Etiologi pada janin yang dilakukan operasi seksio sesaria, yaitu Letak janin, Letak bokong, Presentasi dahi dan muka (letak defleksi) bila reposisi dengan cara lain tidak berhasil, Presentasi rangkap bila reposisi tidak berhasil, Gemeli menurut Eastman, *sectio caesarea* dianjurkan dan Kelainan Uterus (Uterus arkuatus, Uterus septus, Uterus dupleks dan Terdapat tumor pelvis minor yang mengganggu masuk kepala janin ke atas panggul).

Dari beberapa faktor *sectio caesarea* di atas dapat diuraikan beberapa indikasi *sectio caesarea* menurut Manuaba, (2002) dan Saifudin, (2002) dalam Aspiani (2017) adalah sebagai berikut :

a. CPD (*Cephalopelvic Disproportion*)

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

b. KPD (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu.

c. Bayi Kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara sesar. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi.

d. PEB (Pre-eklamsi Berat)

Preeklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas.

2.2.3 Klasifikasi

Menurut Sofia (2016), klasifikasi *Sectio Caesarea* terdiri dari :

a. *Sectio Caesarea* klasik atau corporal

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. Kelebihan pengeluaran janin lebih cepat, tidak mengakibatkan komplikasi tertariknya kandung kemih, sayatan dapat diperpanjang ke proksimal atau distal dan memiliki kekurangan yaitu infeksi mudah menyebar secara intra abdominal karena tidak ada reperitonealisasi yang baik, dan pada saat persalinan berikutnya lebih mudah terjadi secara uteri spontan.

b. *Sectio Caesarea* ismika atau profunda atau low cervical

Dilakukan untuk membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim (*low cervical transversal*) kira-kira sepanjang 10 cm. Kelebihan penjahitan luka lebih mudah, penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik, tumpang tindih peritoneal flap sangat baik untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum, pendarahan kurang dan dibandingkan dengan cara klasik kemungkinan uteri spontan lebih kecil. Kekurangan luka dapat melebar ke kiri, kanan dan bawah sehingga dapat menyebabkan putusnya uterine yang mengakibatkan perdarahan dalam jumlah banyak dan tingginya keluhan pada kandung kemih setelah pembedahan.

c. *Sectio Caesarea ekstraperehritonealis*,

Sectio Caesarea tanpa membuka peritoneum parietale, dengan demikian tidak membuka kavum abdominalis

d. Vagina (*Sectio Caesarea Vaginalis*)

Menurut arah sayatan pada rahim, *Sectio Caesarea* dapat dilakukan yaitu, sayatan memanjang (longitudinal) menurut kronig, sayatan melintang (transversal) menurut kerr dan sayatan hurup T (T-incision).

2.2.4 Anatomi Fisiologi Abdomen

Menurut Rasjidi (2009), anatomi fisiologi abdomen terdiri dari :

a. Kuadran Abdomen

Abdomen dibagi menjadi 9 regio oleh dua garis vertikal dan dua garis horizontal:

1. Garis vertikal

Melalui pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan simfisis pubis.

2. Garis horizontal

Bidang subkostalis, menghubungkan titik terbawah tepi kosta satu sama lain. Merupakan tepi inferior tulang rawan kosta X dan terletak berseberangan dengan vertebra lumbalis III. Dan bidang intertuberkularis, menghubungkan tuberkulum pada kista iliaca yang terletak setinggi korpus vertebra lumbalis V.

Dinding abdomen tersusun dari superfisial ke profunda yang da

3. Kulit

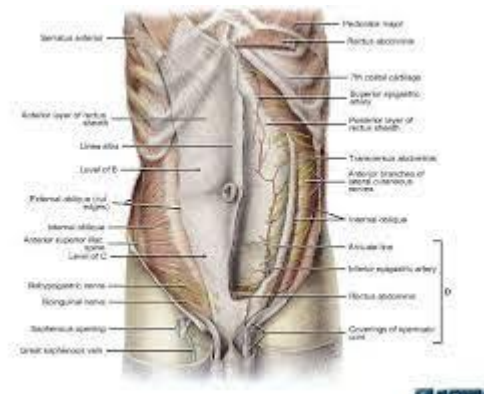
Langer lines menggambarkan arah serabut dermis pada kulit. Pada dinding ventral abdomen *langer lines* tersusun secara transversal. Hal inilah yang menyebabkan insisi kulit vertikal pada abdomen akan menopang lebih besar tegangan kulit dari lateral sehingga membentuk scar yang lebih lebar. Sebaliknya, insisi kulit transversal, misalnya insisi Pfannenstiel akan mengikuti arah serabut *langer lines* sehingga dari segi kosmetik, hasil penyembuhan kulitnya lebih baik.

4. Jaringan subkutan

Lapisan ini dibagi menjadi jaringan lemak superfisial (*fasia camper*) dan lapisan membranous di bawahnya (*fasia scarpa*)

5. Otot dan fascia

Otot-otot dinding abdomen pada bidang median membentuk suatu aponeurosis yang berjalan dari prosesus xiphoideus menuju simfisis pubis. Aponeurosis ini tampak sebagai suatu garis yang disebut sebagai linea alba.



Gambar 2.3 Otot-otot dinding abdomen

Sarung rektus dibentuk oleh kumpulan oponeurosis eksternus, m.obliquus abdominis internus, dan m.transversus abdominis. Sarung rektus m.rektus abdominis tetap padaposisinya (mencegah terjadinya *bow-string effect*) pada waktu berkontraksi.

Aponeurosis dari otot-otot abdomen ini tersusun sedemikian rupa sehingga ada perbedaan antara lapisan

aponeurosis yang terletak diatas dan dibawah umbilikus, yang dibatasi oleh linea arkuata.

Diatas linea arkuata, sarung rektus terdiri atas dua lamina, yaitu lamina anterior dan lamina posterior. Lamina anterior dibentuk oleh aponeurosis m. obliquus abdominis eksternus dan lamina anterior aponeurosis m. Transversus abdominis.

Di bawah linea arkuata, kedua aponeurosis berada di sebelah ventral m. rektus abdominis. Tempat peralihan lamina posterior ke sebelah ventral m. rektus abdominis inilah yang membentuk suatu garis lengkung yang disebut linea arkuata.

Susunan serabut oto dinding abdomen sejajar dengan arah serabut kulit. Oleh karenaitu, garis jahitan pada insisi vertikal lebih sering menyebabkan terjadinya dehisensi dan hernia.

6. Jaringan Ekstraperitoneum dan Peritoneum

Peritoneum merupakan suatu selaput tipis dan mengkilap yang melapisi dinding kavum abdomen dari sebelah dalam. Peritoneum dibagi menjadi dua yaitu, *peritoneum parietalis* dan *peritoneum visceralis*. Peritoneum parietalis dan visceralis merupakan suatu

kontinuitas yang membatasi suatu ruangan yang disebut kavum peritonei.

2.2.5 Patofisiologi

Sectio caesarea merupakan tindakan untuk melahirkan di atas 500 gram dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini yaitu distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distosia jaringan lunak, plasenta previa dll, untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin, janin besar dan letak lintang setelah dilakukan *sectio caesarea* ibu akan mengalami adaptasi post partum baik dari aspek kognitif berupa kurang pengetahuan. Akibat kurang pengetahuan informasi dan dari aspek fisiologis yaitu produk oksitosin yang tidak adekuat akan menjadi post de entris bagi kuman. Oleh karena itu perlu diberikan antibiotik dan perawatan luka dengan prinsip steril. Nyeri adalah salah satu utama karena insisi yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman.

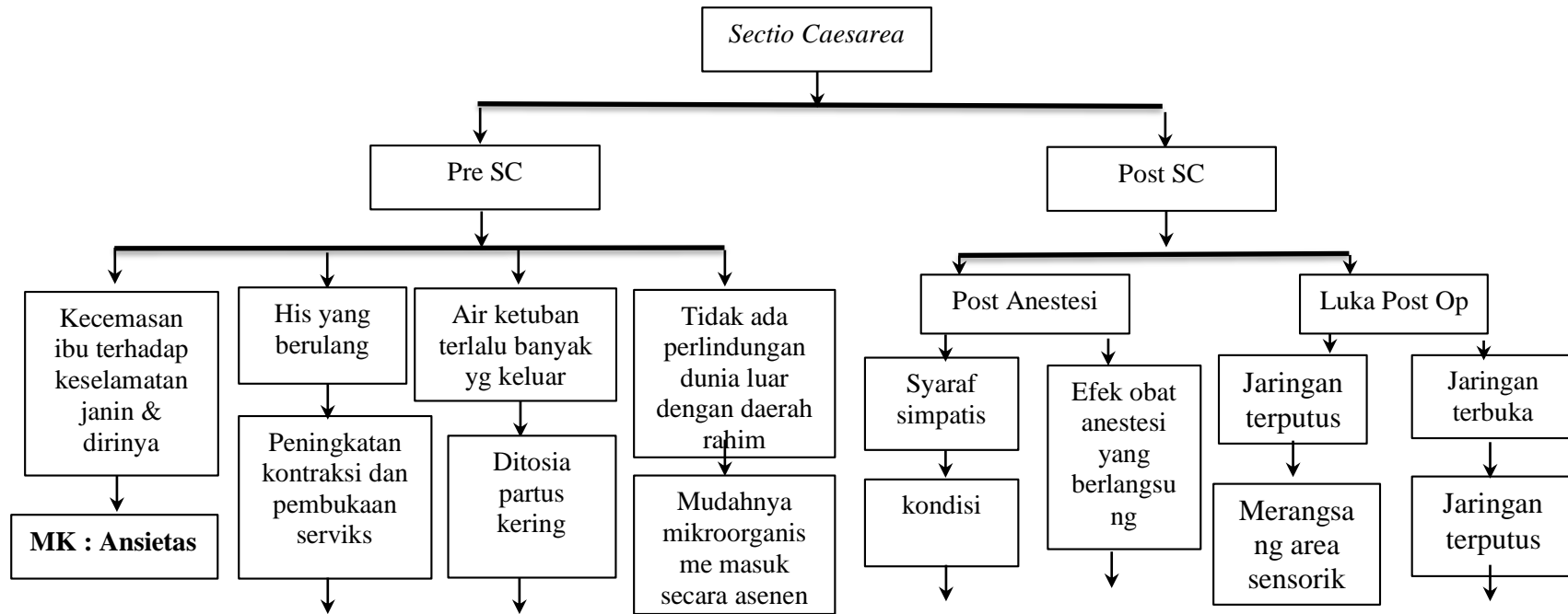
Sebelum dilakukan operasi pasien perlu dilakukan anestesi bisa bersifat regional dan umum. Namun anestesi umum lebih banyak pengaruhnya terhadap janin maupun ibu anestesi janin sehingga kadang-kadang bayi lahir dalam keadaan apnea yang tidak dapat diatasi dengan mudah. Akibatnya janin bisa mati, sedangkan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

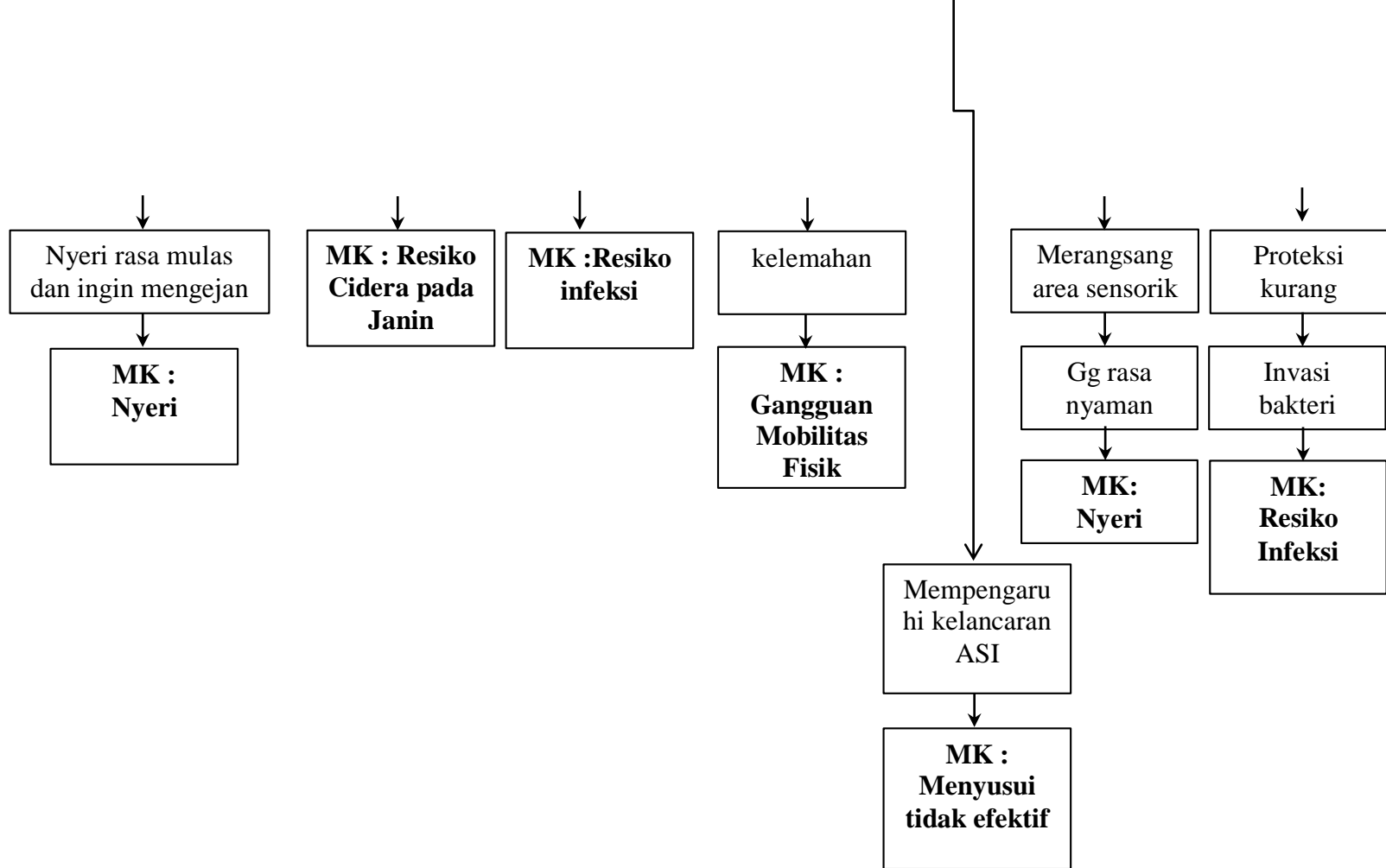
silia yang menutup. Anestesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus.

Seperti yang telah diketahui setelah makanan masuk ke lambung akan terjadi proses penghancuran dengan bantuan peristaltik usus. Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Akibat dari mtilitas yang menurun maka peristaltik juga menurun. Makanan yang ada di lambung akan menumpuk karena reflek untuk batuk juga menurun. Maka pasien sangat berisiko terhadap aspirasi sehingga perlu dipasang pipa endotrakeal. Selain mtilitas yang menurun juga berakibat pada perubahan pola eliminasi yaitu konstipasi. (saifuddin,Mansjoer dan Prawirohardjo, 2002 dalam Aspiani 2017)

2.2.6 WOC

2.2 Skema WOC Sectio Caesarea





(Nuratif dan kusuma, 2016 dan Aspiani 2017)

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada klien dengan tindakan *sectio caesarea* menurut, Mochtar, 2002 dalam Aspiani 2017 adalah :

- a. Hitung darah lengkap
- b. Urinalisis : menentukan kadar albumin/glukosa
- c. Kultur : mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II
- d. Ultrasonografi : melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin
- e. Amniosintesis : mengkaji maturitas paru janin
- f. Tes stres kontraksi atau tes non-stres : mengkaji respon janin terhadap gerakan stres dari pola kontraksi uterus/pola abnormal
- g. Penentuan elektrolit selanjutnya : memastikan status janin/aktivitas uterus.

Menurut Nurarif dan Kusuma (2016) pemeriksaan penunjang *sectio caesarea* yaitu : pemantauan janin terhadap kesehatan janin, pemantauan EKG, JDL, dengan diferensial, elektrolit, hemoglobin atau hematokrit, golongan darah, urinalisis, amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi, pemeriksaan sinar X sesuai indikasi dan ultrasound.

2.2.8 Tindakan medis

Penatalaksanaan medis post *sectio caesarea* diantaranya, yaitu kai ulang prinsip perawatan pasca bedah. Jika terdapat tanda infeksi, berikan antibiotik kombinasi sampai pasien bebas demam selama 48

jam, Ampisilin 2 gram IV setiap 6 jam dan Gentamicin 5 mg/Kg BB setiap 24 jam dan Metronidazole 500 mg IV setiap 8 jam dan berikan analgesik jika perlu.(Hartati dan Maryunani, 2015)

2.3 Konsep Post *Sectio Caesarea*

2.3.3 Defenisi

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. Aktiftas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut, serta rujukan untuk penyembuhan, rehabilitas dan pemulangan (Hipkabi, 2014).

2.3.4 Manifestasi Klinis

Perlu adanya perawatan yang lebih komprehensif pada ibu yang melahirkan melalui persalinan *Sectio Caesarea* yaitu dengan perawatan post partum serta perawatan post operatif. Doenges (2010) mengemukakan, manifestasi klinis post *Sectio Caesarea* meliputi :

- a. Nyeri disebabkan luka hasil bedah
- b. Adanya luka insisi dibagian abdomen

- c. Di umbilicus, fundus uterus kontraksi kuat
- d. Aliran lokea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lokhea tidak banyak)
- e. Ada kurang lebih 600-800ml darah yang hilang selama proses pembedahan
- f. Emosi yang labil atau ketidakmampuan menghadapi situasi baru pada perubahan emosional .

2.3.5 Penatalaksanaan

- a. Penatalaksanaan secara medis

Pre Operasi *Sectio caesarea*

Post Operasi *Sectio caesarea*

1. Analgesik diberikan setiap 3-4 jam atau bila diperlukan seperti Asam Mefenamat, Ketoralak, Tramadol.
2. Pemeberian transfusi darah bila terjadi perdarahan partum yang hebat
3. Pemberian antibiotik seperti *Cefotaxim*, *Ceftriaxon* dan lain-lain. Walaupun pemberian antibiotika sesudah *Sectio Caesarea* efektif dapat dipersoalkan, namun pemberiannya dianjurkan.

- b. Penatalaksanaan secara keperawatan

Pre Operasi *Sectio caesarea*

Pemeriksaan pra operasi merupakan hal yang mutlak dalam setiap operasi. Berikut ini hal-hal yang perlu diperiksa sebelum operasi dilaksanakan (Imam, 2009)

1. 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,

2. *Informed consent*

Informed consent berarti 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.

3. 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 hali yang akan menjalani *sectio caesarea* dianggap memiliki lambung yang penuh tanpa memperdulikan kapan makan dan minum terakhir.

4. Pencegahan infeksi

Semua tindakan invasif memiliki resiko, besar ataupun kecil, kemasukan kuman kedalam jaringan tubuh pasien sehingga dapat menyebabkan terjadinya infeksi dengan segala komplikasinya. Operasi ginekologi pun demikian. 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.

5. Persiapan kulit

Sebelum operasi dilakukan, beberapa persiapan kulit perlu dilakukan. Persiapan kulit berupa pencukuran rambut pada bagian yang akan dilakukan pembedahan dilakukan 24 jam sebelum operasi.

6. Persiapan kandung kencing dan ureter

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

Post Operasi *Sectio caesarea*

Saat pasien sadar dari anestesi umum atau saat efek anestesi regional mulai hilang palpasi abdomen kemungkinan besar

menyebabkan rasa nyeri yang hebat, tindakan keperawatan yang dilakukan post operasi *sectio caesarea*, antara lain:

1. Memonitor tanda-tanda vital

Setelah pulih dari anestesi, observasi harus dilanjutkan tiap setengah jam selama 2 jam pertama dan tiap jam selama minimal 4 jam setelah hasilnya stabil atau memuaskan. Tanda vital yang perlu dievaluasi adalah tekanan darah, nadi, jumlah urin, jumlah perdarahan, status fundus uteri, dan suhu tubuh.

2. Pemberian analgesic

Untuk wanita dengan berat badan rata-rata, dapat diberikan paling banyak setiap 3 jam untuk menghilangkan nyeri yaitu Meperidin 75-100 mg intramuskular atau Morfin sulfat 10-15 mg intramuskular. Pada pasien yang menggunakan opioid, harus dilakukan pemeriksaan rutin setiap jam untuk memantau respirasi, sedasi dan skor nyeri selama pemberian dan sekurangnya 2 jam setelah penghentian pengobatan.

Salah satu strategi yang dapat dilakukan perawat untuk mengatasi nyeri secara non farmakologis adalah terapi relaksasi tarik nafas dalam (Ika Melasari,2018). Teknik relaksasi nafas dalam merupakan bentuk asuhan keperawatan untuk mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat

menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam ini juga dapat membuat ketentraman hati dan berkurangnya rasa cemas (Arfa, 2013).

Masa nifas akan ditandai oleh ekskresi cairan yang tertahan selama kehamilan, umumnya 3 liter cairan menandai untuk 24 jam pertama setelah tindakan. Namun, apabila pengeluaran urin turun dibawah 30 ml/jam, maka nilai kembali apakah ada pengeluaran darah yang tidak diketahui, efek antidiuretik dari infus oksitosin, atau lainnya.

3. Pengawasan fungsi vesika urinaria dan usus

Kateter vesika urinaria umumnya dapat dilepas dalam waktu 12 jam setelah operasi atau keesokan pagi setelah pembedahan. Kemampuan pasien mengosongkan vesika urinaria sebelum terjadi distensi berlebihan harus dipantau seperti pada persalinan pervaginam.

Pada kasus nonkomplikata, makanan padat dapat diberikan 8 jam setelah pembedahan. Walaupun hampir semua operasi abdomen sedikit banyak timbul ileus paralitik, penyulit ibu jarang terjadi pada *sectio caesarea*.

4. Ambulasi

Pada sebagian besar kasus, satu hari setelah pembedahan pasien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan, paling sedikit dua kali. Waktu ambulasi diatur agar analgetik

yang baru diberikan dapat mengurangi rasa nyeri. Pada hari kedua pasien dapat berjalan dengan bantuan. Dengan ambulasi dini, trombosis vena dan emboli paru jarang terjadi.

5. Perawatan luka

Luka insisi diperiksa setiap hari dan jahitan kulit diangkat pada hari keempat setelah pembedahan. Pada hari ketiga pasca persalinan, mandi dengan pancuran tidak membahayakan luka insisi. Hal-hal yang perlu diperhatikan antara lain: jaringan subkutan yang tebal (>3 cm) merupakan faktor resiko untuk infeksi luka operasi. Oleh karena itu perlu pemantauan terhadap tanda-tanda infeksi dan demam. Perlu diberitahukan untuk tetap membersihkan luka dan menjaganya agar tetap kering setiap hari menggunakan pakaian yang longgar, nyaman dan berbahan katun.

6. Pemeriksaan laboratorium

Hematokrit secara rutin diukur pada pagi hari setelah pembedahan. Pemeriksaan ini dilakukan lebih dini apabila terdapat kehilangan darah yang banyak selama operasi atau terjadi oliguria atau tanda-tanda lain yang mengisyaratkan hipovolemia. Bila hematokrit rendah tapi stabil, pasien dapat diambulasi tanpa kesulitan. Dan apabila terdapat kemungkinan untuk terjadinya sedikit pengeluaran darah lanjutan, pasien lebih

baik diberi terapi suplemen besi untuk memperbaiki keadaan daripada diberi transfusi.

7. Menyusui

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

8. Pencegahan infeksi pasca operasi

Morbiditas demam cukup sering dijumpai setelah *sectio caesarea*. Sejumlah uji klinis acak telah membuktikan bahwa antibiotik dosis tunggal yang diberikan pada saat *sectio caesarea* bermakna menurunkan angka infeksi. Infeksi panggul pasca operasi merupakan penyebab tersering dari demam dan tetap terjadi sekitar 20% wanita walaupun mereka telah diberi antibiotik profilaksi .

2.4 Konsep Keperawatan Pre dan Post Operasi *Sectio caesarea*

Asuhan keperawatan adalah suatu pendekatan untuk pemecahan masalah yang memungkinkan perawat untuk mengatur dan memberikan asuhan keperawatan. Standar asuhan yang tercantum dalam Standar Praktik Klinis Keperawatan terdiri dari lima fase asuhan keperawatan: 1) Pengkajian; 2) Diagnosa; 3) Perencanaan; 4) Implementasi; dan 5) Evaluasi. Salah satu manfaat dari penerapan asuhan keperawatan yang

baik adalah meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan dalam bidang keperawatan (Kozier, 2010).

2.4.1 Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1. Biodata

1) Identitas Klien

Nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, suku bangsa, tanggal masuk, tanggal dikaji, tanggal operasi, diagnosa medis, dan alamat.

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, hubungan dengan klien, dan alamat.

2. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Saat Masuk Rumah Sakit

Keluhan yang diungkapkan saat pertama kali klien sebelum masuk rumah sakit sampai dibawa ke rumah sakit. Biasanya keluhan kehamilan klien sudah berapa bulan dan terdapat cairan keluar atau tidak.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan yang diungkapkan saat dilakukan pengkajian. Biasanya pada post SC biasanya klien mengeluh nyeri. klien mengeluh nyeri pada luka operasi seperti di iris-iris pisau pada daerah luka operasi bagian perut, dan

dapat menjalar ke daerah pinggang dan seberapa besar gangguannya yang di ukur dengan skala. Nyeri

dirasakan bertambah apabila klien banyak bergerak dan dirasakan berkurang apabila klien istirahat/berbaring.

Tabel 2.2 Skala Nyeri Menurut Hayward

Skala	Keterangan
0	Tidak nyeri
1-3	Nyeri ringan : Secara objektif klien bisa berkomunikasi dengan baik.
4-6	Nyeri sedang : Secara objektif klien mendesis, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.
7-9	Nyeri berat terkontrol : Secara objektif klien sering kali tidak dapat mengikuti perintah tetapi masih merespon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak bisa teratasi dengan atur posisi, nafas panjang dan distraksi
10	Nyeri berat tidak terkontrol: pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul-mukul

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Apakah klien mempunyai riwayat tindakan pembedahan sebelumnya, memungkinkan kehamilan sebelumnya biasanya *sectio caesarea* karena indikasi bekas SC, CPD, dan lain-lain.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Adalah anggota keluarga yang mempunyai penyakit keturunan seperti hipertensi, DM, jantung, atau riwayat penyakit menular seperti hepatitis atau TBC.

5) Riwayat Obstetri dan Ginekologi

1) Riwayat Obstetri

Kehamilan, dikaji berapa kali klien hamil, persalinan dan nafas yang lalu, tahun persalinan, tempat persalinan, umur kehamilan, jenis kehamilan anak, BB anak, keluhan saat hamil, dan keadaan anak sekarang, pernah SC sebelumnya.

a. Riwayat Kehamilan Dahulu

Perlu dikaji riwayat kehamilan, jumlah pemeriksaan kandungan, vitamin dan vaksin yang sudah dilakukan, serta apakah selama trimester memiliki permasalahan seperti hiperemesis berlebihan.

b. Riwayat Kehamilan Sekarang

Apakah ibu kontrol secara teratur, pemberian TT 1 pada trimester 1 dan TT 2 pada trimester 2, obat yang dikonsumsi setiap hari. Pada kasus letak sungsang disaat kehamilan biasanya ibu sudah mengetahui letak janinnya sungsang sebelum persalinan.

c. Riwayat Persalinan

- Riwayat persalinan dahulu

Menjelaskan tentang manajemen persalinan sebelumnya dan komplikasi post partum yang terjadi

- Riwayat Persalinan Sekarang

Yang perlu dikaji pada riwayat persalinan sekarang ialah indikasi dilakukan operasi seksio sesaria, jenis kelamin

bayi, berat badan bayi, panjang badan, lingkaran kepala, lingkaran dada, lingkaran perut, lingkaran lengan dan APGAR SCORE.

d. Riwayat Nifas

- Riwayat Nifas Dahulu

Menjelaskan tentang proses perawatan post partum klien dahulu, tempat perawatan, komplikasi post partum seperti perdarahan post partum, infeksi atau syok. Kaji lama waktu nifas klien, dan perawatan yang dijalani.

- Riwayat Nifas Sekarang

Jenis lochea yang keluar, warna lochea, bau lochea, jumlah darah pada pembalut.

2) Riwayat Ginekologi

(a) Riwayat Menstruasi

Usia pertama kali haid, siklus dan lamanya haid, warna dan jumlah, HPHT dan taksiran kehamilan.

(b) Riwayat Perkwaninan

Usia saat menikah dan usia pernikahan, pernikahan ke berapa bagi klien dan suami.

(c) Riwayat Keluarga Berencana

Jenis kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil, waktu

dan lamanya, apakah ada masalah, jenis kontrasepsi yang akan digunakan.

3. Pola Aktivitas Sehari-hari (selama hamil dan selama di rumah sakit)

1) Pola Nutrisi

Mencakup makan: frekuensi, jumlah, jenis makanan yang disukai, porsi makan, pantangan, riwayat alergi, terhadap makanan dan minuman: jumlah, jenis minuman dan frekuensi. Pada ibu post *sectio caesarea* akan terjadi penurunan dalam pola makan dan akan merasa mual karena efek dari anestesi yang masih ada dan bisa juga dari faktor nyeri akibat *sectio caesarea*.

2) Pola Eliminasi

Mencakup kebiasaan BAB : frekuensi, warna, konsistensi, dan keluhan BAB. BAK : frekuensi, jumlah, warna dan keluhan. Biasanya terjadi penurunan karena faktor psikologis dan ibu yang masih merasa trauma, dan otot-otot masih berelaksasi.

3) Pola Istirahat dan Tidur

Mencakup tidur malam : waktu dan lama, tidur siang : waktu, lama dan keluhan. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan pembedahan.

4) Personal Hygiene

Mencakup frekuensi mandi, gosok gigi, dan mencuci rambut. Pada ibu post *sectio caesarea* biasanya mengalami perubahan

karena keterbatasan aktivitas.

5) Aktivitas dan Latihan

Kegiatan dalam pekerjaan dan aktivitas klien sehari-hari serta kegiatan waktu luang saat sebelum melahirkan dan saat di rawat di

RS. Biasanya pada ibu post SC terjadi gangguan karena efek anestesi, penurunan kekuatan otot, penurunan progesteron dan estrogen serta kelelahan.

4. Pemeriksaan Fisik

1) Pemeriksaan Fisik dilakukan pada klien yang meliputi :

a. Kesadaran Umum

Kesadaran, tekanan darah, suhu, nadi, pernafasan, berat badan saat ini, tinggi badan. Biasanya TD, nadi, pernafasan.

b. Kepala

Amati bentuk dan kesimetrisan kepala, kebersihan kepala klien, warna rambut, ada pembesaran kepala, apakah ada lesi pada kepala, rambut tampak kotor dan lengket karena kurangnya perawatan diri.

c. Wajah

Bentuk dan kesimetrisan, ekspresi terhadap luka, apakah terdapat lesi pada wajah, warna kulit, cloasma gravidarum (kehitaman di sekitar kelopak mata), terdapat nyeri tekan atau tidak pada sinus maxilaris dan frontalis.

d. Mata

Perhatikan bentuk dan kesimetrisan mata, apakah jarak mata lebar atau lebih kecil, periksa warna konjungtiva,

warna kornea, sklera, reflek pupil, pergerakan bola mata.

Fungsi penglihatan, biasanya klien disuruh membaca pada jarak kurang lebih 30 cm, dan lapang pandang.

e. Telinga

Perhatikan bentuk dan kesimetrisan, kebersihan telinga, apakah ada lesi, masa, nyeri tekan pada tulang mastoid, benjolan pada daun telinga, apakah ada benjolan pada daun telinga serta fungsi pendengaran.

f. Hidung

Kaji bentuk hidung dan kebersihan hidung apakah terdapat lesi, masa, nyeri tekan dan sekret. cuping hidung, fungsi penciuman biasanya klien disuruh membedakan bau kayu putih.

g. Mulut

Keadaan bentuk mulut, mukosa bibir, warna bibir, lesi dan stomatitis. jumlah gigi, keadaan gusi, posisi uvula, nyeri menelan. Bau mulut serta fungsi pengecap.

h. Leher

Bentuk kesimetrisan leher klien, periksa leher terhadap pembengkakan, lakukan palpasi pada vena jugularis dan kelenjar tiroid serta reflek menelan.

i. Dada

Amati kesimetrisan dada terhadap retraksi atau tarikan dinding dada kedalam dan bergerak secara simetris atau tidak, amati apakah ada nyeri disekitar dada.

1) Paru

Amati pola nafas apakah ada wheezing atau ronchi dan kaji respirasi dalam semenit. Bunyi nafas saat di auskultasi dan diperkusi.

2) Payudara

Letak payudara, lesi atau benjolan, keadaan putting susu, warna areola, pengeluaran ASI, kolostrum, adanya pembengkakan, nyeri tekan.

3) Jantung

Bunyi jantung reguler S1 lebih terdengar pada ICS 5 dan ICS 2 lebih terdengar di ICS 2 dan 3, tidak ada buntir jantung tambahan seperti gallop dan murmur

j. Abdomen

Periksa tinggi fundus dan bentuk abdomen simetris atau tidak, nyeri abdomen, adanya luka bekas operasi, keadaan luka, striae, linea, nyeri tekan, pelebaran otot perut/diastasis rektus abdominus. Saat di auskultasi bruit sistol, aneurisma aorta dan bising usus. Pembesaran hepar, empedu dan ginjal. Ketika di perkusi dullnes atau timpani.

k. Punggung dan bokong

Perhatikan kelainan tulang belakang, nyeri tekan dan jejas. Luka tusukan spinal apabila pasien dilakukan

anestesi spinal.

l. Genetalia

Keadaan vulva, oedem, kebersihan vagina, jenis lochea, jumlahnya.

m. Anus

Apakah terdapat benjolan, lesi, apakah ada hemoroid.

n. Ekstremitas

1) Ekstremitas atas

Bentuk, pergerakan, jumlah jari, CRT, lesi atau oedem. Kebersihan kuku, pemasangan infus dan jenis cairan, reflek bicep, tricep, range of motion dan kekuatan otot. Biasanya terjadi penurunan kekuatan otot pada ibu post SC.

2) Ekstremitas bawah

Bentuk, pergerakan, lesi, reflek patella, reflek babinski, varises, oedema, range of motion dan kekuatan otot. Biasanya terjadi penurunan kekuatan otot menurun.

5. Pemeriksaan penunjang

Hasil pemeriksaan darah Hb akan turun 1-2 gram dari Hb awal. Sedangkan hematokrit akan turun 5% dari hematokrit awal. Apabila leukosit akan meningkat lebih dari 10.000/ul waspada infeksi.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada tahap Pra Operasi menurut Brunner (2014) mencakup :

1. Nyeri berhubungan dengan pencedera fisiologis
2. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan
3. Resiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya.
4. Resiko cedera pada janin berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya

Diagnosa keperawatan Post *Sectio caesarea* menurut Doenges dan Moorhouse (2001) dan Nuratif dan Kusuma (2016), yaitu

1. Nyeri akut berhubungan dengan luka operasi pada abdomen
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
3. Menyusui tidak efektif ditandai dengan ketidakadekuatan suplai ASI
4. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive

2.4.3 Rencana keperawatan

Tabel .2.3 Rencana keperawatan pre SC

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	Inervensi Keperawatan (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka nyeri berkurang dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 4. Kesulitan tidur menurun (5) 5. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun (5) 6. Uterus teraba membulat menurun (5) 7. Muntah menurun (5) 8. Mual menurun (5) 9. Frekuensi nadi membaik (5) 10. Pola nafas membaik (5) 	SIKI : Manajemen nyeri I.08238 Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri

		<p>11. Tekanan darah membaik (5)</p>	<p>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi Tarik Nafas Dalam) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitas istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik non farmakologis (teknik relaksasi autogenik) <p>Kolaborasi</p>
--	--	--------------------------------------	--

			1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam ansietas menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (5) 2. Perilaku gelisah menurun (5) 3. Perilaku tegang menurun (5) 4. Frekuensi nafas menurun (5) 5. Frekuensi nadi menurun (5) 6. Tekanan darah menurun (5) 	<p>Intervensi utama</p> <p>SIKI : Persiapan Pembedahan I.14573</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kondisi umum pasien (mis. Kesadaran, jenis operasi, jenis anestesi, penyakit penyerta seperti DM, hipertensi, jantung , PPOK, asma, pengetahuan tentang operasi, kesiapan psikologis) 2. Monitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh, BB, EKG 3. Monitor kadar gula darah <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan kimia darah (mis. Darah lengkap, fungsi ginjal, fungsi hati) 2. Fasilitasi pemeriksaan penunjang (mis. Foto toraks, pemeriksaan <i>x-ray</i>)

			<ol style="list-style-type: none"> 3. Puasakan minimal 6 jam sebelum pembedahan 4. Bebaskan area kulit yang akan dioperasi dari rambut atau bulu tubuh 5. Mandikan dengan cairan antiseptik minimal 1 jam dan maksimal hari sebelum pembedahan 6. Pastikan kelengkapan dokumen-dokumen pra operasi (mis. Surat persetujuan operasi, hasil radiologi, hasil laboratorium) 7. Transfer ke kamar operasi dengan alat transfer yang sesuai (mis.kursi roda, tempat tidur) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tentang prosedur, waktu dan lamanya operasi 2. Jelaskan waktu puasa dan pemberian obat premedikasi 3. Latih teknik batuk efektif 4. Anjurkan menghentikan obat antikoagulan 5. Ajarkan cara mandi dengan antiseptik <p>Kolaborasi</p>
--	--	--	---

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat sebelum pembedahan (mis. Antibiotik, antihipertensi, antidiabetik) 2. Koordinasi dengan petugas gizi tentang jadwal puasa dan diet pasien 3. Kolaborasi dengan dokter bedah jika mengalami peningkatan suhu tubuh, hiperglikemia, hipoglikemia atau perburukan kondisi 4. Koordinasi dengan perawat kamar bedah
3.	Resiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, integritas kulit dan jaringan nyeri berkurang. Dengan kriteria hasil :</p> <p>SLKI : Tingkat Infeksi L.14137</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mengikuti perintah meningkat (5) 2. Gelisah menurun (5) 3. Orientasi waktu, tempat dan orang membaik (5) 	<p>Intervensi utama</p> <p>SIKI : Perawatan Kehamilan Resiko Tinggi I.14560</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor resiko kehamilan (mis. Diabetes, hipertensi, luus eritmatosus, herpes, hepatitis, HIV, epilepsi) 2. Identifikasi riwayat obstetris (mis. Prematuritas, postmaturitas, preeclampsia, kehamilan

			<p>multifetal, retardasi pertumbuhan intrauterine, abrupsi, plasenta previa, ketuban pecah dini dan riwayat kelainan genetic keluarga)</p> <p>3. Identifikasi social dan demografi (mis. Usia ibu, ras, kemiskinan, teralambat atau tidak ada perawatan prenatal, penganiayaan fisik, dan penyalahgunaan zat)</p> <p>4. Monitor status fisik dan psikososial selama kehamilan</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Damping ibu saat merasa cemas</p> <p>2. Diskusikan ketidaknyamanan selama hamil</p> <p>3. Diskusikan persiapan persalinan dan kelahiran</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan resiko janin mengalami kelahiran premature</p> <p>2. Informasikan kemungkinan intervensi selama proses kelahiran (mis. Pemantauan janin elektronik intrapartum, induksi, perawatan SC)</p>
--	--	--	--

			<p>3. Ajarkan mengenali tanda bahaya (mis. Perubahan cairan ketuban, penurunan gerakan janin, kontraksi sebelum 37 minggu, sakit kepala, gangguan penglihatan, nyeri epigastrik, dan penambahan berat badan secara cepat dengan edema wajah)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi dengan spesialis jika ditemukan tanda dan bahaya kehamilan</p>
4	Resiko cedera janin berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>SLKI : Tingkat Cedera L.14136</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kejadian cedera menurun (5) 2. Luka/lecet menurun (5) 3. Tekanan darah membaik (5) 4. Frekuensi napas membaik (5) 	<p>Intervensi utama</p> <p>SIKI : Pemantauan Denyut Jantung Janin I.02055</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status obstetrik 2. Identifikasi riwayat obstetrik 3. Identifikasi adanya penggunaan obat, diet dan merokok 4. Identifikasi pemeriksaan kehamilan sebelumnya

			<p>5. Periksa denyut janin selama 1 menit</p> <p>6. Monitor denyut jantung janin</p> <p>7. Monitor tanda vital ibu</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Atur posisi pasien</p> <p>2. Lakukan <i>maneuver Leopold</i> untuk menentukan posisi janin</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>2. Informasikan hasil pemantauan.</p>
--	--	--	---

Tabel .2.4 Rencana keperawatan post SC

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	Inervensi Keperawatan (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1.	Nyeri melahirkan berhubungan dengan luka operasi pada abdomen	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka nyeri berkurang dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 4. Kesulitan tidur menurun (5) 5. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun (5) 6. Uterus teraba membulat menurun (5) 7. Muntah menurun (5) 8. Mual menurun (5) 9. Frekuensi nadi membaik (5) 10. Pola nafas membaik (5) 11. Tekanan darah membaik (5)	SIKI : Manajemen nyeri I.08238 Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas

			<p>hidup</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi Tarik Nafas Dalam) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitas istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik non farmakologis (teknik relaksasi autogenik)
--	--	--	--

			<p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka mobilitas fisik membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>SLKI : Mobilitas Fisik L.05042</p> <p>Dengan Kriteria Hasil ;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2. Nyeri menurun (5) 3. Kecemasan menurun (5) 4. Gerakan terbatas menurun (5) 5. Kelemahan fisik menurun (5) 	<p>Intervensi utama</p> <p>SIKI : Dukungan Ambulasi I.06171</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan ambulasi 4. Monitor keadaan umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Tongkat atau kruk) 2. Fasilitas melakukan mobilitas fisik

			<p>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan ambulasi dini 3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
3	Menyusui tidak efektif ditandai dengan ketidakadekuatan suplai ASI	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka status menyusui membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>SLKI : Status Menyusui L.03029</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat (5) 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat (5) 3. Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam meningkat (5) 	<p>Intervensi utama</p> <p>SIKI : Edukasi Menyusui I.12393</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan

		<p>4. Suplai ASI adekuat meningkat (5)</p>	<p>kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya 4. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 5. Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan konseling menyusui 2. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 3. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar 4. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak 5. Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. Memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)
--	--	--	---

4	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka status menyusui membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>SLKI : Integritas Kulit Dan Jaringan L.14125</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perfusi jaringan meningkat (5) 2. Kerusakan jaringan menurun (5) 3. Nyeri menurun (5) 	<p>Intervensi utama</p> <p>SIKI : Perawatan Pasca Seksio Sesaria I.14567</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital ibu 2. Monitor respon fisiologis (mis. Nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan napas dan lokia) 3. Monitor kondisi luka dan balutan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kosongkan kandung kemih sebelum pemeriksaan 2. Masase fundus sampai kontraksi kuat 3. Dukung ibu untuk melakukan ambulasi dini 4. Berikan kenyamanan pada ibu 5. Fasilitasi ibu berkemih secara normal 6. Diskusikan kebutuhan aktivitas dan istirahat selama masa postpartum
---	---	---	--

			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan tanda bahaya nifas pada ibu dan keluarga2. Jelaskan pemeriksaan pada ibu dan bayi secara rutin3. Ajarkan perawatan perenium atau kondisi luka secara tepat4. Ajarkan ibu mengatasi nyeri secara nonfarmakologis (terapi relaksasi autogenik)
--	--	--	--

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan (Nursalam, 2016).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2016), Evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu :

1. Evaluasi formatif

Evaluasi formatif disebut juga evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai. Pada evaluasi formatif penulis menilai klien mengenai perubahan yang terjadi sebelum dan sesudah dilakukan tindakan

2. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif disebut juga evaluasi aktif dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP (*Subjektif, objektif, assement, Perencanaan*).

Teknik pelaksanaan SOAP :

1. S (*Subjektif*) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan
2. O (*Objektif*) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilain, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan

3. A (*Assesment*) adalah membandingkan antar informasi *subjektif* dan *objektif* dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah belum teratasi, teratasi sebagian dan masalah teratasi.
4. P (*Planning*) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

2.5 Konsep Teknik Relaksasi Nafas Dalam

2.5.1 Pengertian Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan bentuk asuhan keperawatan untuk mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam ini juga dapat membuat ketentraman hati dan berkurangnya rasa cemas (Arfa, 2013).

Teknik relaksasi nafas dalam yaitu proses yang dapat melepaskan ketegangan dan mengembalikan keseimbangan tubuh. Teknik nafas dalam dapat meningkatkan konsentrasi pada diri, mempermudah untuk mengatur nafas, meningkatkan oksigen dalam darah dan memberikan rasa tenang sehingga membuat diri menjadi lebih rileks sehingga membantu untuk memasuki kondisi tidur, karena dengan cara meregangkan otot-otot akan membuat suasana hati menjadi lebih tenang dan juga lebih santai. Dengan suasana ini lebih tenang dapat membantu mencapai kondisi gelombang alpha yang merupakan suatu keadaan yang sangat diperlukan seseorang untuk dapat memasuki fase tidur lebih awal. Dengan keadaan rileks juga dapat memberikan kenyamanan sebelum tidur sehingga para lansia dapat memulai tidur dengan mudah (Likah, 2008).

2.5.2 Tujuan Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Tujuan dari teknik relaksasi napas dalam yaitu untuk meningkatkan Menurut Dita Amita dkk (2018) Sebelum intervensi relaksasi napas dalam nilai rata-rata nyeri yaitu 5 dengan kategori nyeri sedang, setelah dilakukan adalah 3. Lalu menurut Astriana, A (2019), hasil penelitian menunjukkan rata-rata nyeri sebelum diberikan adalah 6,47 , kemudian sesudah dilakukan abdominal breathing menjadi 4,33. Selanjutnya menurut Merlly Amalia dkk (2021) hasil penelitian yang telah dilakukan, rata-rata nilai nyeri sebelum penerapan abdominal breathing adalah 7,7500 dan nilai nyeri menurun setelah dilakukan abdominal breathing adalah 5,0833. Kemudian menurut Erina dkk (2016), hasil penelitian kelompok intervensi menunjukkan sebelumnya mengalami nyeri berat sebanyak 17 orang (56,7%), setelah dilakukan teknik pernapasan dalam skala nyeri berat berkurang menjadi 2 orang (6,7%). Menurut Tri, A, dkk (2019), menurut penelitiannya diketahui dari 5 responden sesudah dilakukan teknik relaksasi napas dalam yang mengalami nyeri ringan sebanyak 4 dan responden yang mengalami nyeri sedang sebanyak 1. Selanjutnya menurut Megawahyuni dkk (2018), hasil penelitian kelompok sebelum dilakukan intervensi adalah 7.03. Sedangkan setelah diberikan intervensi relaksasi napas dalam adalah 2.20. menurut megawahyuni factor pendukung relaksasi napas dalam yaitu dengan teknik meniup balon

ventilasi alveoli, meningkatkan efisiensi batuk, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, dan mengurangi tingkat stres baik itu stres fisik

maupun emosional sehingga dapat menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan oleh individu (Smeltzer & Bare, 2002).

Selain tujuan tersebut, terdapat beberapa tujuan dari teknik napas dalam menurut Lusianah, Indaryani and Suratun (2012), yaitu antara lain untuk mengatur frekuensi pola napas, memperbaiki fungsi diafragma, menurunkan kecemasan, meningkatkan relaksasi otot, mengurangi udara yang terperangkap, meningkatkan inflasi alveolar, memperbaiki kekuatan otot-otot pernapasan, dan memperbaiki mobilitas dada dan vertebra thorakalis

2.5.3 Manfaat Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Beberapa manfaat terapi relaksasi nafas dalam adalah sebagai berikut: (Wardani, 2015).

- a. Ketentraman hati
- b. Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah
- c. Tekanan darah dan ketegangan jiwa menjadi rendah
- d. Detak jantung lebih rendah
- e. Mengurangi tekanan darah
- f. Meningkatkan keyakinan
- g. Kesehatan mental menjadi lebih baik

2.5.4 Prosedur Terapi Relaksasi Nafas Dalam

1. Atur posisi pasien dengan posisi duduk ditempat tidur atau dikursi
2. Letakkan satu tangan pasien diatas abdomen (tepat bawah iga) dan tangan lainnya berada di tengah-tengah dada untuk merasakan gerakan dada dan abdomen saat bernafas

3. Keluarkan nafas dengan perlahan-lahan
4. Tarik nafas dalam melalui hidung secara perlahan-lahan selama 4 detik sampai dada dan abdomen terasa terangkat maksimal, jaga mulut tetap tertutup selama menarik nafas
5. Tahan nafas selama 3 detik
6. Hembuskan dan keluarkan nafas secara perlahan-lahan melalui mulut selama 4 detik
7. Lakukan secara berulang dalam 5 siklus selama 15 menit dengan periode istirahat 2 menit (1 siklus adalah 1 kali proses mulai dari tarik nafas, tahan dan hembuskan).

BAB III

TINAJUAN KASUS

3.1. Pengkajian

Tempat praktek : Ruangan Teratai
No. Reg : 233.927
Tanggal Pengkajian : 20 juli 2022 Pukul : 08.25 WIB
Tanggal Masuk : 19 juli 2022 Pukul : 20.15 WIB
Diagnosa Medis : G3P1A1 H 37mgg Jth Preskep dgn riw SC 1x

3.1.1 Identitas Klien

1. Identitas diri klien

Nama Klien : Ny.s
Umur : 31 Tahun
Pendidikan : SMA
Status Perkawinan : Kawin
Alamat : Air Meles Bawah
Agama : Islam
Suku Bangsa : Jawa
Pekerjaan : Ibu rumah tangga

2. Penanggung jawab

Nama Suami : Tn.A
Alamat : Air Meles Atas
Umur : 34 Tahun
Pekerjaan : Petani

3.1.2 Riwayat Keperawatan

1. Data Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Pre Sectio Caesarea

Klien mengatakan perutnya terasa kencang-kencang namun tidak terlalu sering, saat dilakukan pengkajian klien mengatakan cemas akan operasinya yang akan dilakukan nantinya, TD : 110/80mmhg, N : 84x/m, RR : 21x/m, T : 36,5, DJJ : 141x/m.

Post Sectio Caesarea

Klien mengatakan nyeri di perut bagian bawah karena terdapat luka post operasi *sectio caesarea*. setelah 3 jam post operasi klien tampak meringis dan berhati-hati untuk menggerakkan tubuhnya.

P : Nyeri timbul saat bergerak

Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk

R : Nyeri terdapat dibagian bawah abdomen di area luka bekas operasinya

S : nyeri yaitu nyeri hebat skala 8

T : Nyeri dirasakan saat bergerak

b. Riwayat penyakit sekarang

Pre Sectio Caesarea

Klien mengatakan cemas akan operasinya yang akan dilakukan 20 juli pukul 09.15 WIB.

Post Sectio Caesarea

Klien mengatakan nyeri di perut bagian bawah karena terdapat luka post operasi *sectio caesarea*.

c. Riwayat kehamilan sekarang

Klien mengatakan riwayat kehamilan sekarang G3P1A1 aterm 37 minggu klien mengatakan pernah ada riwayat sc 1x pada kehamilan pertamanya .

d. Riwayat kehamilan yang lalu

Pada kehamilan pertamanya tahun 2014 klien dilakukan tindakan section caesarea karena bayi terlilit tali pusar sebanyak 3x dileher bayi , dan klien punya riwayat abortus pada tahun 2019 dengan usia kehamilan 6 minggu terjadi abortus akibat klien kelelahan . kehamilan sekarang G3 P1 A1 usia kehamilan 37 minggu klien mengatakan pernah ada riwayat sc 1x pada kehamilan pertamanya , BB sebelum hamil 49 kg, BB saat hamil 54kg, selama kehamilan BB klien naik 5 Kg, tinggi badan 151 cm. Ibu mengatakan pernah mendapat tablet Fe dari bidan dan Asam Folat tapi tidak diminum secara teratur.

e. Riwayat persalinan dahulu

Pada kehamilan pertamanya tahun 2014 klien dilakukan tindakan section caesarea karena bayi terlilit tali pusar sebanyak 3x dileher bayi , dan klien punya riwayat abortus pada tahun 2019 dengan usia kehamilan 6 minggu terjadi abortus akibat

klien kelelahan . Persalinan anak pertama dilakukan di RSUD Curup .

f. Riwayat persalinan saat ini

Jenis persalinan ketiga ini yaitu operasi *Sectio Caesarea* yang dilakukan pada tanggal 20 Juli 2022 Jam 09.15 WIB dengan anestesi spinal, luka operasi di abdomen bagian bawah dengan bentuk insisi memanjang dgn panjang ± 10 cm dan tertutup obsite , selesai operasi jam 10.50 WIB. Klien mengalami pendararahan +- 30cc .

g. Riwayat kesehatan lalu

1. Riwayat Alergi

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi makanan. Klien mengatakan tidak ada alergi obat
Riwayat kecelakaan

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat trauma seperti jatuh atau tepleset.

2. Riwayat dirawat RS

Klien mengatakan pernah ada riwayat dirawat di RS

3. Riwayat Operasi

Klien mengatakan pernah ada riwayat operasi *section caesarea* pada kehamilan pertamanya .

h. Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang mengalami persalinan dengan operasi dan tidak memiliki riwayat penyakit menular.

i. Riwayat kontrasepsi

Klien mengatakan sekarang tidak menggunakan KB dan terakhir menggunakan KB satu tahun yang lalu dengan KB suntik.

Data Umum Maternitas :

a. Riwayat kehamilan

1. Menarche : Ny.s mengatakan umur 13 tahun mengalami menarche pertama kali
2. Siklus : Siklus haid Ny.s 30 hari
3. Lama : Ny.s mengatakan lamanya haid 7 hari
4. Banyaknya : Ny.s mengatakan haidnya teratur
5. Teratur/tidak : Ny.s mengatakan haidnya teratur
6. Disminore : Ny.s mengatakan pernah mengalami nyeri saat haid

b. Kehamilan sekarang : Direncanakan

c. Status Obstetrikus : G3P1A1 Usia Kehamilan : 37 Minggu

d. HPHT : 15 oktober 2021

e. Taksiran Persalinan : 22 juli 2022

f. Mengikuti kelas prenatal : Tidak

g. Rencana KB : Suntik per bulan

Tabel 3.1 Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi

No	Pemenuhan Kebutuhan	Sebelum di rawat	Pre Operasi Sectio Caesarea	Post Operasi Sectio Caesarea
1.	Nutrisi/cairan 1. MAKAN a. Frekuensi b. Banyaknya c. Jenis 2. MINUM a. Frekuensi b. Jenis	3x/hari 1 porsi Nasi + lauk pauk 9x/hari Air putih	Pasien masih dalam keadaan puasa Pasien masih dalam keadaan puasa	Pasien masih dalam keadaan puasa Pasien masih dalam keadaan puasa
2.	Eliminasi 1. BAK : a. Frekuensi b. Warna c. Keluhan 2. BAB a. Frekuensi b. Warna c. Keluhan	6x/hari Kuning jernih Tidak ada 2 x/hari Kuning kecoklatan Tidak ada	Urine dikosongkan terpasang cateter Kuning jernih Tidak ada Belum ada BAB Tidak ada Tidak ada	Terpasang kateter 500cc x 5 jam Kuning jernih Tidak ada Belum ada BAB Tidak ada Tidak ada
3.	Pola istirahat dan tidur 1. Lama tidur siang	2-3 jam	2-3 jam	Tidak bisa tidur

	<p>2. Lama tidur malam</p> <p>3. Kebiasaan sebelum tidur</p> <p>4. Keluhan</p>	<p>7-8 jam</p> <p>Tidak ada</p> <p>Posisi tidur</p>	<p>3-4 jam</p> <p>Tidak ada</p> <p>Posisi tidur</p>	<p>1-2 jam</p> <p>Tidak ada</p> <p>Lingkungan RS dan nyeri</p>
4.	<p>Personal Hygiene</p> <p>1. Mandi</p> <p>a. Frekuensi</p> <p>b. Waktu</p> <p>2. Oral hygiene</p> <p>a. Frekuensi</p> <p>b. Waktu</p> <p>3. Cuci rambut</p> <p>a. Frekuensi</p> <p>b. Waktu</p>	<p>2x/hari</p> <p>Pagi dan sore</p> <p>3x/hari</p> <p>Pagi, sore dan malam</p> <p>1x/hari</p> <p>pagi</p>	<p>Di lap dengan kain basah</p> <p>Pagi</p> <p>1x/hari</p> <p>Pagi</p> <p>Tidak ada</p>	<p>Tidak dilakukan personal hygiene</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>
5.	<p>Aktivitas/istirahat</p> <p>a. Jenis pekerjaan</p> <p>b. Lama bekerja</p> <p>c. Hobby</p> <p>d. Kegiatan waktu luang</p>	<p>IRT</p> <p>Tidak menentu</p> <p>Memasak</p> <p>Tidak menentu</p>	<p>Klien tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasa</p>	<p>Klien tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasa</p>
5.	<p>Kebiasaan lain</p> <p>a. Minuman keras</p> <p>b. Penggunaan obat-obatan</p> <p>c. Psikotropika/na</p>	<p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>	<p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>	<p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>

	rkotik			
--	--------	--	--	--

Tabel 3.2 Pola Aktivitas Dan Latihan

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan/minum			✓		
Mandi			✓		
Toileting			✓		
Berpakaian			✓		
Mobilitas di tempat tidur			✓		
Berpindah/berjalan			✓		

Keterangan :

0 : Mandiri

3 : Alat bantu dan dibantu orang lain

1 : Alat bantu

4 : Tergantung total

2 : Dibantu orang lain

3.1.3 Pemeriksaan Fisik

3.3 Tanda-Tanda Vital

	<i>Pre Sectio Caesaria</i>	<i>Post Sectio Caesarea</i>
Tekanan Darah	110/80 mmHg	110/70 mmHg
Pernapasan	20x/menit	22x/menit
Nadi	84x/menit	84x/menit
Suhu	36,0 °C	36,0 °C

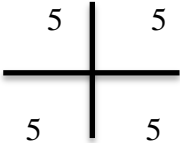
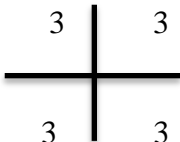
Urine	250 cc	250 cc
Involusi Uterus	-	Sepusat
Kontraksi Uterus	-	Kuat
Bising Usus	-	-
DJJ	141x/m	-

3.4 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	<i>Pre Sectio Caesarea</i>	<i>Post Sectio Caesarea</i>
Mata	Bentuk : Simetris Sclera : Anikterik Konjungtiva : Anemis Pupil : Isokor Kelainan : tidak ada oedema	Bentuk : Simetris Sclera : Anikterik Konjungtiva : Anemis Pupil : Isokor Kelainan : tidak ada oedema
Hidung	Bentuk : Simetris Kebersihan : Bersih Polip : Tidak ada Napas tambahan : Tidak ada Kelainan : Tidak ada	Bentuk : Simetris Kebersihan : Bersih Polip : Tidak ada ada Napas tambahan : Tidak ada ada Kelainan : tidak ada
Mulut	Gigi : Gigi lengkap, tidak terdapat caries/ karang gigi Mukosa bibi: Kering dan pucat Sianosis : Tidak ada sianosis	Gigi : Gigi lengkap, tidak terdapat caries/ karang gigi Mukosa bibi:Kering dan pucat Sianosis : Tidak ada sianosis

	Lidah : Sedikit kotor	Lidah : Sedikit kotor
Leher	JVP : Tidak ada peningkatan vena jugularis KGB : Tidak ada kelenjar getah bening Thyroid : Tidak ada pembesaran Thyroid	JVP : Tidak ada peningkatan vena jugularis KGB : Tidak ada kelenjar getah bening Thyroid : Tidak ada pembesaran Thyroid
Paru-paru	Inspeksi : Simetris, tidak ada pembengkakan Palpasi : Tidak ada kelainan Perkusi : Sonor Auskultasi : Irama teratur, tidak ada sumbatan bunyi paru vaskuler	Inspeksi : Simetris, tidak ada pembengkakan Palpasi : Tidak ada kelainan Perkusi : Sonor Auskultasi : Irama teratur, tidak ada sumbatan bunyi paru vaskuler
Cardiovaskuler	Inpeksi : Simetris antara kiri dan kanan, tidak ada bekas luka Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan Perkusi : Kanan atas ICS ke2 sinitra dan dekstra Bawah : apeks jantung di ICS ke 5 sejajar dengan midklavikula Auskultasi : Tidak ada bunyi tambahan dan	Inpeksi : Simetris antara kiri dan kanan, tidak ada bekas luka Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan Perkusi : Kanan atas ICS ke 2 sinitra dan dekstra Bawah : apeks jantung di ICS ke 5 sejajar dengan midklavikula Auskultasi : Tidak ada bunyi tambahan

	teratur	dan teratur
Payudara	<p>Bentuk : Simetris</p> <p>Aeorola : Bewarna gelap (Hyperpigmentasi)</p> <p>Benjolan/abnormal : Tidak ada pembengkakan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bentuk : Simetris antara kiri dan kanan, mamee membesar dan saat di palpasi 2. Aerola : Hyperpigmentasi 3. Putting susu : Menonjol 4. Kolostrum : Saat di palpasi terdapat keluarnya kolostrum
Abdomen	<p>Inspeksi : ada pembesaran abdomen, terdapat bekas luka operasi, terdapat linea nigra dan terdapat stretch mark</p> <p>Palpasi : teraba keras , terasa nyeri diperut bagian atas kiri bila ditekan, tinggi pundus uteri 38 cm, bagian teratas janin sebelah kanan teraba bulat, lunak, tidak melenting, bagian atas kiri teraba besar, bulat, keras, kesan kepala. bagian kanan dan kiri teraba keras, panjang dan datar, kesan punggung. Bagian kanan bawah teraba</p>	<p>Inspeksi : tidak ada pembesaran abdomen, terdapat bekas luka operasi dengan bentuk insisi memanjang (horizontal) panjang luka 10cm, terdapat linea nigra dan terdapat stretch mark</p> <p>Palpasi : terdapat nyeri tekat bekas luka post SC</p> <p>Aukultasi : bising usus 14 x/menit,</p> <p>Perkusi : tympani</p>

	<p>besar, bulat, keras dan melenting</p> <p>Auskultasi : bising usus 14 x/menit</p> <p>Perkusi : tympani</p>	
Genetalia	<p>Vulva/vagina : membuka pembukaan 2</p> <p>Kebersihan : kotor</p>	<p>Terdapat perdarahan sebanyak 30cc</p> <p>Tidak ada tanda-tanda infeksi</p>
Ektremitas	<p>Ektremitas tidak ada oedema, tidak ada lecet, tidak ada luka, kekuatan otot kuat ,</p> <p>Terpasang infus pada ektremitas atas bagian kanan</p> <p>Kekuatan otot</p> 	<p>Ektremitas tidak ada oedema, tidak ada lecet, tidak ada luka, kekuatan otot lemah , klien mengatakan belum bisa menggerakkan ektremitas bawahnya karena nyeri ,</p> <p>Terpasang infus pada ektremitas atas bagian kanan</p> <p>Kekuatan otot</p> 

Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium tanggal 20 Juli 2022

Table 3.5 Pemeriksaan Laboratorium Pre SC

Pemeriksaan	Nilai	Nilai Normal
Hemoglobin	13,1 g/dL	W : 11,7 -15,5
Leukosit	10.600 uL	W : 3.600-11.000
Trombosit	265.000 uL	150.000-440.000

Hematokrit	37%	W : 35-47
GDS	95 mg/dl	74-106

2. Pemeriksaan Laboratorium tanggal 20 Juli 2022

Table 3.6 Pemeriksaan Laboratorium Post SC

Pemeriksaan	Nilai	Nilai Normal
Hemoglobin	12,4 g/dL	W : 11,7 -15,5
Leukosit	14.300 uL	W : 3.600-11.000
Trombosit	276.000 uL	150.000-440.000
Hematokrit	35%	W : 35-47
Dff Count	0/0/0/90/6/4%	0-1/2-4/3-5/50-70/25-40/2-8

3.1.4 Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan medis

Table 3.8 Penatalaksanaan pre *Sectio Caesarea*

Hari , tanggal	Nama obat	Dosis	Pemberian
Rabu , 20-07-2022	RL Ceftriaxon	20 tpm 1x2gr	Iv Inj.iv

Table 3.9 penatalaksanaan post *Sectio Caesarea*

Hari , tanggal	Nama obat	Dosis	Pemberian
Rabu,20-07-2022	RL	20 tpm	Iv
	Ceftriaxon	1x2gr	Inj.iv
	Kalnex	3x1	Inj.iv
	Vit K	3x1	Iv
	Tramadol	3x1 (drip)	Iv
	Pronalgess sup	6 jam post sc 3x1	Supposituria

Kamis,21-07-2022	Cefotaxim	3x1	Oral
	Asamefenamat	3x1	Oral
	Antacid syr	2x1	Oral
Jumat,22-07-2022	Cefotaxim	3x1	Oral
	Asamefenamat	3x1	Oral
	Antacid syr	2x1	Oral

3.1.5 Analisa Data

Pre Sectio Caesarea

Tabel 3.10 Analisa Data *Pre Sectio Caesarea*

NO	ANALISA DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	DS : - Klien mengatakan khawatir akan operasinya - Klien sangat khawatir dengan keadaan janinnya DO : - Klien tampak cemas dan gelisah Klien banyak bertanya dengan kondisi janinnya saat ini	Kekhawatiran mengalami kegagalan	Ansietas

*Post Sectio Caesarea*Tabel 3.11 Analisa Data *Post Sectio Caesarea*

NO	ANALISA DATA	PENYEBAB	MASALAH
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi bagian abdomen bawah luka area operasi . <p>Pemantauan setelah 3 jam post operasi</p> <p>P :Nyeri saat bergerak</p> <p>Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : Nyeri pada luka operasi bagian abdomen bawah</p> <p>S : Skala nyeri hebat skala : 8</p> <p>T : Nyeri saat bergerak</p> <p>DO :</p> <p>Pemantauan setelah 3 jam post operasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis menahan nyeri - Gerakan tubuh pasien tampak berhati-hati dan terbatas - TD : 110/70 mmHg N : 84x/menit RR : 22x/menit T : 36,0 °C 	<p>Agen pencedera fisik</p> <p>(Luka operasi pada abdomen)</p>	<p>Nyeri</p>

3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sulit melakukan pergerakan - Klien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri - Klien mengatakan sulit untuk menggerakkan ekstremitas bawahnya karena nyeri <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah - Klien selalu dibantu oleh keluarga dalam aktivitas - Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> </table>	3	3	3	3	Program perbatasan gerak	Gangguan mobilitas fisik
3	3						
3	3						
4.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan takut luka bekas operasinya terbuka <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka bekas operasi dibagian bawah abdomen dengan panjang ±10 cm - Luka tertutup perban - Keadaan perban bersih 	Efek prosedur invasif	Resiko infeksi				

	dan kering tidak ada cairan yang keluar dari luka post operasi SC		
--	---	--	--

3.2. Diagnosa Keperawatan

Pre sectio caesarea

Tabel 3.12 Diagnosa Keperawatan *Pre Sectio Caesarea*

NO	DIAGNOSA	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi
1.	Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran menagalami kegagalan	20 April 2022	20 April 2022

Post Sectio Caesarea

Tabel 3.13 Diagnosa Keperawatan *Post Sectio Caesarea*

NO	DIAGNOSA	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi
2.	Nyeri berhubungan dengan Agen pencedera fisik (luka operasi pada abdomen)	20 juli 2022	22 juli 2022
3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Program perbatasan gerak	20 juli 2022	22 juli 2022
4.	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasaif	20 juli 2022	22 juli 2022

3.3. Perencanaan Keperawatan

3.14 Tabel Rencana keperawatan pre SC

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	Intervensi Keperawatan (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1.	Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24jam diharapkan tingkat kecemasan menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2. Gelisah menurun 3. Perilaku tenang menurun 	<p>Intervensi utama</p> <p>SIKI : Persiapan Pembedahan I.14573</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kondisi umum pasien (mis. Kesadaran, jenis operasi, jenis anestesi, penyakit penyerta seperti DM, hipertensi, jantung , PPOK, asma, pengetahuan tentang operasi, kesiapan psikologis) 2. Monitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh, BB, EKG 3. Monitor kadar gula darah <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan kimia darah (mis. Darah lengkap, fungsi ginjal, fungsi hati) 2. Puasakan minimal 6 jam sebelum pembedahan

			<p>3. Bebaskan area kulit yang akan dioperasi dari rambut atau bulu tubuh</p> <p>4. Mandikan dengan cairan antiseptik minimal 1 jam dan maksimal hari sebelum pembedahan</p> <p>5. Pastikan kelengkapan dokumen-dokumen pra operasi (mis. Surat persetujuan operasi, hasil radiologi, hasil laboratorium)</p> <p>6. Transfer ke kamar operasi dengan alat transfer yang sesuai (mis.kursi roda, tempat tidur)</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tentang prosedur, waktu dan lamanya operasi 2. Jelaskan waktu puasa dan pemberian obat premedikasi 3. Latih teknik batuk efektif 4. Anjurkan menghentikan obat antikoagulan 5. Ajarkan cara mandi dengan antiseptik <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat sebelum pembedahan (mis. Antibiotik, antihipertensi, antidiabetik) 2. Koordinasi dengan petugas gizi tentang jadwal puasa
--	--	--	--

			<p>dan diet pasien</p> <p>3. Kolaborasi dengan dokter bedah jika mengalami peningkatan suhu tubuh, hiperglikemia, hipoglikemia atau perburukan kondisi</p> <p>4. Koordinasi dengan perawat kamar bedah</p>
--	--	--	--

3.15 Tabel Rencana Keperawatan Post SC

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	Inervensi Keperawatan (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
2.	Nyeri melahirkan berhubungan dengan luka operasi pada abdomen	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, maka nyeri berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 	<p>SIKI : Manajemen nyeri</p> <p>I.08238</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal

			<ol style="list-style-type: none"> 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi tarik nafas dalam) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitas istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
--	--	--	--

			<p>3. Ajarkan teknik non farmakologis (teknik relaksasi autogenik)</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka mobilitas fisik membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>SLKI : Mobilitas Fisik L.05042</p> <p>Dengan Kriteria Hasil ;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Nyeri menurun 3. Kecemasan menurun 4. Kekuatan otot meningkat 5. Kelemahan fisik menurun 	<p>SIKI : Dukungan Ambulasi I.06171</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan ambulasi 4. Monitor keadaan umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Tongkat atau kruk) 2. Fasilitas melakukan mobilitas fisik 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi

			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan ambulasi dini 3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
4.	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan kontrol resiko meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mencari informasi tentang faktor resiko meningkat 2. Kemampuan mengidentifikasi faktor resiko meningkat 3. Kemampuan melakukan strategi kontrol resiko meningkat 	<p>Pencegahan infeksi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda gejala infeksi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batasi jumlah pengunjung - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda gejala infeksi - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka - Penkes resiko infeksi (tanda gejala infeksi) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian immunisasi , jika perlu

3.4. Implementasi Keperawatan

Nama Klien : Ny.S




Ruangan : Teratai



Umur : 31 Tahun

No.RM : 233.927





Pre Sectio Caesarea







3.16 Tabel Implementasi keperawatan pre section caesarea


Tanggal	No DP	Jam	Implementasi	Respon hasil	Paraf
Rabu , 20-07- 2022	1	07.45	1. Melakukan pengkajian pre sc pada klien	1. Klien mengatakan cemas akan operasi yang akan dilakukan	
	1	07.50	2. mengukur TTV klien	2. TD : 100/80 mmhg N : 84x/m RR : 21x/m T : 36,5 SPO2 : 98% DJJ :141x/m GDS : 95	
	1	07.55	3. Menganjurkan klien tarik nafas dalam untuk mengurangi rasa cemas	3. Klien mengatakan sedikit lega setelah melakukan tarik nafas dalam	

	1	11.00	4. Mengkaji kecemasan pada klien	4. Klien mengatakan sudah tidak cemas karena operasi berjalan lancar dan bayi selamat	
	1	08.45	5. Menganjurkan keluarga pasien untuk mendampingi pasien	5. Keluarga klien tampak mendampingi pasien	




Post Sectio Caesarea







Tabel Implementasi keperawatan post SC	1,2,3,4	11.10	1. Mengukur ttv klien post SC	1. TD : 100/70mmh RR : 20x/m N : 84x/m T : 36,5 Perdarahan : -+ 30 cc Urine : 500 cc	
	1,2,3	11.45	2. Meberikan terapi obat (ceftriaxone skintest)	2. Negative , tidak ada kemerahan , gatal dan panas	
	1,2,3	11.30	3. Terapi obat kalnex, tramadol, pronalgess, vit K , Monitor urine	3. Klien mengatakan saat pemberian obat melalui infus tidak ada keluhan , saat diberikan obat supposituria pronalgess klien mengatakan sedikit tidak nyaman	
	1	13.45	4. Mengkaji nyeri post sc	4. Klien mengatakan nyeri pada area luka post sc , klien tampak meringis , klien tampak gelisah P :Nyeri saat bergerak Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk R : Nyeri pada luka operasi bagian abdomen bawah S : Skala nyeri hebat skala : 8 T : Nyeri saat bergerak	

	1	13.50	5. Berikan terapi relaksasi tarik nafas dalam (dilakukan selama 5-10 menit diulang jika nyeri mulai timbul)	5. Klien mengatakan setelah melakukan tarik nafas dalam sedikit rileks	
	2	11.15	6. Menganjurkan klien ambulasi dini pada klien (2jam pertama miring kiri & kanan)	6. Klien menerapkan miring kiri dan kanan dan klien mengatakan sedikit lebih nyaman	
	3	11.20	7. Monitor resiko infeksi nyeri	7. Luka bekas operasi tertutup perban tampak kering dan bersih tidak ada tanda kemerahan , nyeri masih terasa	
	2	13.00	8. Anjurkan ambulasi dini 2jam kedua (duduk ditempat tidur)	8. Klien mengatakan takut untuk duduk karena nyeri pada area luka operasi	
	2	15.00	9. Anjurkan ambulasi dini 2jam terakhir (berpindah dari tempat tidur ke wc)	9. Klien belum berani untuk bergerak aktif	
	1	15.45	10. Mengkaji skala nyeri	10. Klien mengatakan setelah melakukan tarik nafas	







	1,2,3	19.45	pasien pasien 11. Mengukur ttv klien	dalam sedikit rileks. Skala : 5 11. TD : 120/80mmhg RR : 21x/m N : 84X/m	
--	-------	-------	---	--	---


IMPLEMENTASI HARI KE-2

Tanggal	No DP	Jam	Implementasi	Respon hasil	Paraf
21/07/22	1,2,3	08.00	1. Monitor TTV pasien	1. TD : 120/70mmhg N : 84x/m RR : 20x/m	
	1	08.15	2. Identifikasi skala nyeri	2. Klien mengatakan nyeri berkurang sudah dilakukan setiap nyeri timbul Skala : 5	
	1	14.15	3. Memberikan teknik non farmakologis (tarik nafas dalam)	3. Klien mengatakan sudah beberapa kali menerapkan terapi yang diajarkan dank lien mengatakan nyeri berkurang Skala : 4	

	2	08.30	4. Identifikasi keluhan fisik lainnya	4. Klien mengatakan perut terasa kembung	
	2	08.40	5. Anjurkan klien untuk ambulasi (12 jam setelah operasi)	5. Klien sudah menerapkan jalan dari tempat tidur ke wc	
	1,2,3	08.45	6. Melepas kateter urine pada pasien	6. Urine : 100cc	
	1,2,3	08.50	7. Memberikan obat pd pasien (diganti peroral)	7. Ciprofloxacin 3x1 Asamefenamat 3x1 Antacid syr 2x1	
	3	09.00	8. Monitor resiko infeksi	8. Tidak ada tanda tanda infeksi , tidak ada tanda kemerahan , luka tampak kering dengan bentuk insisi memanjang (horizontal) dengan panjang 10cm tertutup obsite	
			9. Mengukur ttv klien	9. TD : 110/80mmhg RR : 21x/m N : 84x/m T : 36,5	

IMPLEMENTASI HARI KE-3

Tanggal	No DP	Jam	Implementasi	Respon hasil	Paraf
21/07/22	1,2,3	08.15	1. Mengukur TTV klien	1. TD : 110/80 RR : 21x/m N : 84x/m T : 36,5	
	1	09.45	2. mengidentifikasi skala nyeri	2. Klien mengatakn nyeri berkurang , klien tampak tenang Skala : 2	
	1		3. memberikan terapi relaksasi nafas dalam	3. Klien mengatakan sudah menerapka teknik nafas dalam yang diajarkan , setelah klien merasa rileks dan nyeri berkurang Skala : 1	
	2	08.45	4. mengidentifikasi keluhan fisik lainnya	4. Klien mengatakan sudah tidak merasa kembung	
	3	09.00	5. Mengkaji resiko infeksi	5. Klien mengatakan nyeri berkurang, tampak keadaan luka post operasi tampak membaik , tidak ada tanda gejala infeksi	
	3	10.00	6. menganjurkan klien untuk memakan putih telur sehari 6 butir agar perekatan kulit pd area post operasi	6. Klien akan menrapkannya dirumah	

			cepat membaik		
			7. Menganjurkan klien untuk control kembali tanggal 27-07-2-22	7. memeriksa kondisi luka (jika luka terasa ada kemerahan, nyeri , bernanah ,)	

3.5. Evaluasi

Nama Klien : Ny. S

Ruangan : Teratai


Umur : 31 Tahun

No.RM : 233.927

Diagnosa : Pre dan Post SC

Pre Sectio Caesarea


3.17 Evaluasi Keperawatan Pre Sectio Caesarea

No	Tanggal	No.DP	Jam	Evaluasi	Paraf
1	20 juli 2022	Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan	15.00 WIB	S : - Klien mengatakan rasa cemasnya berkurang karena operasi sudah dilakukan dan bayinya selamat . O : - Klien tampak tenang - TTV - TD : 110/70 mmHg N : 84 x/menit RR : 20 x/menit A : Masalah teratasi	


				No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5			
				1.	Khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun					✓			
				2.	Gelisah menurun				✓				
				3.	Perilaku tegang menurun			✓					
				P : intervensi dihentikan									


Post Sectio Caesarea


3.18 Evaluasi Keperawatan Post Sectio Caesarea

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Evaluasi	Paraf
2	20 juli 2022	Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi pada abdomen)		S : - Klien mengatakan nyeri pada daerah luka operasi P : Nyeri saat bergerak Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk dan berdenyut R : Nyeri terdapat dibagian bawah abdomen tertutup	


				<p>perban keadaan perban kering dan bersih</p> <p>S : Skala nyeri sedang yaitu skala 5</p> <p>T : Nyeri hilang timbul saat bergerak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis menahan nyeri - Gerakkan tubuh pasien tampak berhati-hatidan terbatas - TTV - TD : 110/80 mmHg - N : 84 x/menit - RR : 22x/menit - T : 36,0°C <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Keluhan nyeri			✓			2.	Meringis			✓			3.	Gelisah				✓		
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Keluhan nyeri			✓																													
2.	Meringis			✓																													
3.	Gelisah				✓																												


3	20 juli 2022	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sulit melakukan pergerakan terutama dibagian kaki dan perut - Klien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak berhati-hati saat melakukan aktivitas - Klien selalu dibantu oleh keluarga dalam aktivitas - Klien sudah bisa miring kiri dan miring kanan - Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> </tr> </table> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pergerakan ekstremitas,</td> <td></td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kecemasan</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	4	4	3	3	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Pergerakan ekstremitas,		✓				2.	Nyeri		✓				3.	Kecemasan			✓			
4	4																																			
3	3																																			
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																														
1.	Pergerakan ekstremitas,		✓																																	
2.	Nyeri		✓																																	
3.	Kecemasan			✓																																


				4.	Kelemahan fisik		✓					
				5.	Gerakan terbatas		✓					
				P : Intervensi Dilanjutkan								
4	20 juli 2022	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive	14.00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan takut lukanya infeksi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka bekas operasi dibagian bawah abdomen dengan panjang ± 10 cm - Luka tertutup perban - Tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, panas, dan terasa nyeri dibagian luka post operasi - Suhu : 36,0 °C - Nadi : 84x/menit <p>A : Masalah belum teratasi</p>								
				No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5		
				1.	Kemampuan mencari			✓				

				informasi tentang faktor resiko meningkat							
				2. Kemampuan mengidentifikasi faktor resiko meningkat			✓				
				3. Kemampuan melakukan strategi kontrol resiko meningkat		✓					
P : Intervensi dilanjutkan											
EVALUASI HARI KE-2											
2	21 juli 2022	Nyeri berhubungan dengan Agen pencedera fisik (luka operasi pada abdomen)		S : - Klien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang pada daerah luka operasi P : Nyeri saat bergerak aktif Q : Nyeri berdenyut-denyut							


				<p>R : Nyeri terdapat dibagian bawah abdomen tertutup perban keadaan perban kering dan bersih</p> <p>S : Skala nyeri sedang yaitu skala 4</p> <p>T : Nyeri hilang timbul saat bergerak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lebih rileks dan bisa mengontrol nyeri - Gerakkan tubuh pasien tampak berhati-hatidan terbatas - TTV - TD : 120/80 mmHg - N : 82 x/menit - RR : 20x/menit - T : 36,6°C <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Keluhan nyeri				✓		2.	Meringis				✓		3.	Gelisah					✓	
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Keluhan nyeri				✓																												
2.	Meringis				✓																												
3.	Gelisah					✓																											


				P : intervensi dilanjutkan																																	
3	21 juli 2022	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri		<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah bisa miring kanan miring kiri, duduk secara mandiri - Klien mengatakan sedang belajar untuk berdiri untuk ke wc <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak berhati-hati saat melakukan aktivitas - Klien selalu dibantu oleh keluarga dalam aktivitas - Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> </tr> </table> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pergerakan ekstremitas,</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kecemasan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	5	5	4	4	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Pergerakan ekstremitas,				✓		2.	Nyeri				✓		3.	Kecemasan				✓		
5	5																																				
4	4																																				
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																															
1.	Pergerakan ekstremitas,				✓																																
2.	Nyeri				✓																																
3.	Kecemasan				✓																																

				4.	Kelemahan fisik					✓		
				5.	Gerakan terbatas				✓			
				P : Intervensi Dilanjutkan								
4	21 juli 2022	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive		<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan takut lukanya infeksi dan terbuka <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka bekas operasi dibagian bawah abdomen dengan panjang ± 10 cm - Luka tertutup perban - Tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, panas, dan terasa nyeri dibagian luka post operasi - Suhu : 36,6 °C - Nadi : 82x/menit <p>A : Masalah teratasi sebagian</p>								
				No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5		
				1.	Kemampuan mencari				✓			

				informasi tentang faktor resiko meningkat						
				2. Kemampuan mengidentifikasi faktor resiko meningkat				✓		
				3. Kemampuan melakukan strategi kontrol resiko meningkat			✓			
				P : Intervensi dilanjutkan						
EVALUASI HARI KE-3										
5	22 JULI 2022		10.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih merasakan nyeri saat bergerak terlalu aktif - Klien mengatakan nyeri sudah jarang dirasakan <p>P : Nyeri timbul pada saat bergerak aktif</p> <p>Q : Nyeri seperti nyilu</p> <p>R : Nyeri terdapat dibagian bawah abdomen tertutup</p>						

				<p>obsite keadaan obsite bersih dan kering</p> <p>S : Skala nyeri ringanyaitu 2</p> <p>T : Nyeri hilang timbul saat bergerak terlalu aktif</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lebih rileks dan bisa mengontrol nyeri - Gerakkan tubuh pasien tampak berhati-hatidan terbatas - TTV <p>TD : 120/80 mmHg</p> <p>N : 85x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>T : 36,5°C</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri, menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dihentikan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Keluhan nyeri, menurun					✓	2.	Meringis menurun					✓	3.	Gelisah menurun					✓	
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Keluhan nyeri, menurun					✓																											
2.	Meringis menurun					✓																											
3.	Gelisah menurun					✓																											

6	22 juli 2022	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program perbatasan gerak	09.20 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah bisa berjalan ke toilet secara mandiri - Klien mengatakan aktivitas yang berat masih dibantu oleh keluarga <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak berhati-hati saat melakukan aktivitas - Klien selalu dibantu oleh keluarga dalam aktivitas - Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> </tr> </table> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">No</th> <th style="width: 60%;">Kriteria Hasil</th> <th style="width: 5%;">1</th> <th style="width: 5%;">2</th> <th style="width: 5%;">3</th> <th style="width: 5%;">4</th> <th style="width: 5%;">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pergerakan ekstremitas,</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kecemasan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kelemahan fisik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table>	5	5	5	5	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Pergerakan ekstremitas,					✓	2.	Nyeri				✓		3.	Kecemasan					✓	4.	Kelemahan fisik					✓	
5	5																																											
5	5																																											
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																						
1.	Pergerakan ekstremitas,					✓																																						
2.	Nyeri				✓																																							
3.	Kecemasan					✓																																						
4.	Kelemahan fisik					✓																																						

				5.	Gerakan terbatas						✓																
				P : Intervensi Dihentikan																							
4	21 juli 2022	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive		<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan takut lukanya infeksi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka bekas operasi dibagian bawah abdomen dengan panjang ± 10 cm - Luka tertutup perban - Tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, panas, dan terasa nyeri dibagian luka post operasi - Suhu : 36,5 °C - Nadi : 82x/menit <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">No</th> <th style="width: 60%;">Kriteria Hasil</th> <th style="width: 5%;">1</th> <th style="width: 5%;">2</th> <th style="width: 5%;">3</th> <th style="width: 5%;">4</th> <th style="width: 5%;">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kemampuan mencari informasi tentang faktor</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table>									No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Kemampuan mencari informasi tentang faktor					✓	
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																					
1.	Kemampuan mencari informasi tentang faktor					✓																					

					resiko meningkat						
				2.	Kemampuan mengidentifikasi faktor resiko meningkat						✓
				3.	Kemampuan melakukan strategi kontrol resiko meningkat				✓		
P : Intervensi dihentikan pasien pulang											

Ringkasan Keluar (Klien Pulang)

Nama Pasien : Ny. S
Umur : 31 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat praktek : Ruang Teratai
No. RM : 233927
Tanggal Masuk : 20 Juli 2022 Pukul : 20.15 WIB
Tanggal Pulang : 22 Juli 2022 Pukul : 10.45 WIB
Diagnosa Medis : G3P1A1 + Post SC riw SC 1x
Keadaan pasien pulang : Keadaan sudah membaik

Tanda-Tanda Vital :

TD : 110/70 mmHg

RR : 20 x/menit

HR : 81x/menit

S : 36,5°C

Pendidikan kesehatan :

1. Mengajarkan klien melakukan teknik relaksasi nafas dalam secara mandiri jika nyeri timbul.
2. Mengajarkan minum obat Cefotaxime 3x1 dan asam mefenamat 500 gr 3x1 perhari.

3. Menganjurkan makan yang banyak mengandung protein seperti makan telur 6 butir perhari dan ikan gabus.
4. Menjelaskan pada pasien bagaimana cara merawat luka post operasi dirumah
5. Menjelaskan kepada pasien tanda tanda resiko infeksi (Keluarnya nanah dan darah dari area bekas luka operasi , Nyeri perut yang tak kunjung hilang atau bahkan memburuk , Demam , Nyeri atau perih saat buang air kecil .)
6. Klien mengontrol luka pada hari 27 juli 2022.

Obat yang dibawa pulang :

1. cefotaxime 500 gr 3x1 perhari
2. Asam mefenamat 500 gr 3x1 perhari

BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah dilakukan perawatan pada Ny.S dengan diagnosa medis Pre dan Post SC . Penerapan Asuhan Keperawatan pada ibu Pre dan Post SC diberikan secara komprehensif melalui proses pendekatan keperawatan berupa pengkajian keperawatan, analisa keperawatan, menentukan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan khususnya penerapan teknik relaksasi Nafas Dalam dan Evaluasi keperawatan pada Ny.S dengan *Sectio caesarea* yang dilaksanakan tanggal 20 juli 2022 – 22 juli 2022, sehingga dapat diambil kesimpulan dan pemecahan masalah. Maka penulis akan membandingkan antara teori dan praktik hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.S dengan pre dan post *Sectio Caesarea* diruang Teratasu RSUD sebagai berikut :

4.1 Pengkajian Keperawatan

Pada kasus Ny.S dengan Pre dan Post *Sectio Caesarea* dilakukan pengkajian pada hari selasa 20 Juli 2022 pukul 08.25 WIB dengan metode wawancara, saat pengkajian ditemukan beberapa data yang ada pada klien. G3P1A1 dengan keluhan perut terasa kencang-kencang namun tidak terlalu sering dan saat dilakukan pengkajian klien mengatakan cemas akan operasinya klien juga mengatakan ada riwayat SC 1x pada kehamilan pertamanya dan akan dilakukan proses persalinan dengan cara *Sectio Caesarea*.

Sesuai dengan teori Aspiani 2017 *Sectio caesarea* merupakan tindakan untuk melahirkan di atas 500 gram dengan sayatan pada dinding uterus yang

masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini yaitu distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distosia jaringan lunak, plasenta previa dll, untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin, janin besar dan letak lintang setelah dilakukan *sectio caesarea* ibu akan mengalami adaptasi post partum baik dari aspek kognitif berupa kurang pengetahuan .

Pre *Sectio Caesarea* kondisi Ny.S mengeluh perut terasa kencang-kencang tetapi tidak terlalu sering klien mengatakan cemas akan operasinya dan klien mengatakan ada riwayat SC 1x pada kehamilan pertamanya , dengan aterm 37 minggu, klien tampak gelisah dan cemas. Pada pemeriksaan hasil laboratorium seperti pemeriksaan hemoglobin, trombosit, diff count, LED, dan didapatkan hasil pemeriksaan leukosit klien normal yaitu 10.300 uL pada tanggal 20 juli 2022 dan pemeriksaan tanda-tanda vital ibu didapatkan TD: 110/70 mmHg, N: 84x/menit, RR: 20x/menit, T:36,0°C serta denyut jantung janin 141x/menit.

Post *sectio caesarea*, jam 10.45 klien dijemput dari ruang operasi akan dirawat diruangan teratai dan penulis langsung melakukan observasi keadaan umum klien. Klien tampak lemas masih dalam kondisi efek dari anestesi, terdapat luka post operasi *sectio caesarea* dengan panjang 10 cm berbentuk insisi memanjang dibagian abdomen bawah, klien terpasang kateter dengan jumlah 500 cc dan berwarna kuning pekat, pada bagian ekstremitas pergerakan terbatas dikarenakan adanya nyeri dari area luka post operasi . Penulis memberikan obat terapi Ny.S yaitu injeksi ceftriaxone, kalnex, tramadol dan obat oral yaitu cefixime, ciprofloxacin dan asamefenamat . Post *sectio*

caesarea setelah 3 jam diruang maternitas klien mengeluh nyeri pada luka post operasi dibagian abdomen bawah.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori yang diambil diagnose yang muncul pada pasien post *section caesarea* yaitu nyeri akut , gangguan mobilitas fisisk , resiko cidera , resiko infeksi , menyusui tidak efektif dan pada kasus disini hanya bisa diambil diagnose nyeri akut , gangguan mobilitas fisik , dan resiko infeksi karena diambilkan berdasarkan keluhan pasien yang dirasakan saat pengkajian .

Berdasarkan teori pada saat menegakkan diagnosa yang mungkin timbul pada pasien Pre Dan Post *Sectio Caesarea* yaitu (SDKI DPP PPN, 2017) :

Pada saat pre operasi *section caesarea* diagnosa yang mungkin muncul yaitu 1). Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan,. Sedangkan di post *sectio caesarea* indikasi ketuban pecah dini diagnosa yang mungkin muncul yaitu 2). Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi pada abdomen), 3). Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program perbatasan gerak, 4). Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

Hasil analisa data pengkajian diagnosa keperawatan yang didapatkan semuanya sesuai dengan teori. Pre *sectio caesarea* 4 diagnosa keperawatan,. 1). Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan 2). Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi pada abdomen), 3). Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program

perbatasan gerak, 4). Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

4.3 Rencana tindakan keperawatan

Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan, perencanaan tindakan keperawatan pada klien disusun setelah semua data terkumpul selesai dianalisis dan diprioritaskan. Langkah-langkah dalam perencanaan keperawatan terdiri dari : menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan sasaran dan tujuan, menentukan kriteria dan evaluasi, menyusun intervensi dan tindakan keperawatan.

Rencana keperawatan yang terdapat pada teori yang sudah disusun tidak semua yang bisa diterapkan pada rencana asuhan keperawatan dikarenakan penulis menyesuaikan dengan kondisi klien dan sarana yang ada di RSUD Curup. Pada diagnosa pre *sectio caesarea* ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan penulis melakukan tindakan keperawatan yaitu salah satunya membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga serta menganjurkan pasien untuk tarik nafas dalam jika merasa cemas ..

Post *sectio caesarea*, penulis akan memberikan pelaksanaan pada nyeri dengan memonitor nyeri dan skala nyeri, memberikan teknik relaksasi nafas dalam untuk meredakan nyeri. Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik memantau adanya keterbatasan dalam melakukan pergerakan dan mengajarkan mobilisasi. Pada diagnosa resiko infeksi mengidentifikasi

kondisi umum klien serta keadaan luka post operasi, menjelaskan kepada klien tanda-tanda infeksi .

4.4 Implementasi keperawatan

Pelaksanaan keperawatan merupakan perwujudan dari perencanaan keperawatan yang telah disusun. Proses pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan secara mandiri dan kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya. Sebelum melakukan tindakan perlu meninjau kembali keadaan dan kebutuhan klien dengan mengacu pada diagnosa keperawatan.

Pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah direncanakan tidak seluruhnya penulis dapat melakukan sendiri, penulis bekerja sama dengan perawat ruangan seperti pemeriksaan dalam, pemeriksaan lokhea, dan pemantauan perkembangan mobilisasi klien, dikarenakan penulis sedang tidak dinas 24 jam. Setelah itu penulis bekerja sama dengan keluarga seperti untuk mengurangi kecemasan Ny. S setiap tindakan keluarganya Ny.S selalu mendampingi.

Pada Implementasi utama untuk menurunkan skala nyeri *Post Sectio Caesarea* dengan cara terapi teknik relaksasi nafas dalam yang dimana dilakukan penulis secara mandiri dan dibantu oleh keluarga untuk selalu mengingatkan klien melakukan teknik relaksasi nafas dalam saat nyeri mulai timbul, teknik relaksai nafas dalam ini dapat dilakukan kurang lebih 5-10 menit dilakukan saat nyeri timbul . Implementasi mobilisasi klien kesulitan mengubah dan mengatur posisinya karena takut untuk bergerak dalam melakukan implementasi penulis didampingi oleh perawat ruangan dan

keluarga. Implementasi keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasi , penulis melakukan tindakan keperawatan salah satunya yaitu melakukan menjelaskan kepada klien tanda dan gejala infeksi yang perlu diketahui oleh pasien dan luka post *sectio caesarea terbalut perban* . Dan pada implementasi diagnosa

4.5 Evaluasi keperawatan

Menurut Nursalam (2016), evaluasi adalah suatu proses keperawatan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan. Evaluasi merupakan tahap akhirdari proses keperawatan yang digunakan sebagai alat untuk mengukur tingkat keberhasilan rencana keperawatan dalam memenuhi kebutuhan klien berdasarkan kriteria hasil yang ditentukan. Evaluasi keperawatan terbagi dibagi menjadi formatif dan sumatif.

Evaluasi yang dilaksanakan penulis telah sesuai dengan teori yaitu erdapat evaluasi dari seluruh tindakan dalam satu diagnosa yang penulis buat dalam bentuk SOAP (*Subjektif, Objektif, Analisa, Planning*). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari perawatan pada Ny. S dengan pre dan post SC dengan dengan 4 diagnosa keperawatan, yaitu 1 diagnosa pre SC dapat teratasi pada tanggal 20 Juli 2022 dan 3 diagnosa keperawatan post SC teratasi pada tanggal 22 juli 2022.

Pada diagnosa nyeri berhubungan dengan luka operasi pada abdomen dengan hasil subjektifnya klien mengatakan masih merasakan nyeri saat

bergerak terlalu aktif saja, klien mengatakan nyeri sudah jarang dirasakan dengan skala nyeri ringan yaitu 2. Diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dengan data subjektifnya klien mengatakan tubuhnya enakan, klien mengatakan sudah bisa berjalan, klien mengatakan dapat melakukan aktivitas secara mandiri. Pada diagnosa Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive dengan data subjektifnya klien mengatakan kondisi luka kering tidak basah pada bagian luka post SC yang tertutup obsite dan klien mengatakan tidak merasa menggigil, klien mengatakan tidak sakit kepala.

Setelah melihat perkembangan klien dokter memutuskan untuk klien dirawat jalan dan akhirnya klien pulang pada hari jumat , 22 juli 2022 pukul 10.00 WIB. Dan klien melakukan control ulang pada tanggal 27 juli .

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny.S dengan pre dan post *sectio caesarea* diruang inap teratai RSUD Curup kabupaten rejang lebong maka penulis menyimpulkan bahwa :

a. Pengkajian

Ny.S mengeluh perut terasa encang-kencang namun tidak terlalu sering , klien mengeluh cemas akan operasinya dan klien mengatakan ada riwayat *section caesarea* pada kehamilan pertamanya . Setelah 3 jam post SC klien mengeluh nyeri pada luka post operasi dibagian abdomen bawah, insisi memanjang dengan panjang 10 cm, dengan tertutup obsite luka tampak kering , makan dianjurkan kepada pasien untuk menerapkan teknik relaksasi nafas dalam, tirah baring .

b. Diagnosa Keperawatan

Pre dan post *sectio caesarea* 4 diagnosa keperawatan, 1). Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan 2). Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi pada abdomen)). Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri . 4) Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (luka post operasi dan proses involusi uterus).

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi bertujuan untuk menurunkan rasa nyeri serta agar klien bisa beradaptasi dengan nyeri dalam proses persalinan, menurunkan kecemasan pada klien, mencegah terjadinya infeksi,

d. Implementasi

Memberikan teknik relaksasi nafas dalam , memonitor nyeri dan skala nyeri, memberikan support menghadapi operasi, memonitor tanda-tanda vital ibu dan DJJ pada janin. Mengajarkan mobilisasi dan memantau perkembangan mobilisasi, pemantauan perubahan lochea dan tanda-tanda infeksi,.

e. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada klien selama 3 hari perawatan dirumah sakit, mulai dari tanggal 20 juli 2022 sampai tanggal 22 juli 2022 oleh peneliti dan dibuat dalam bentuk SOAP. Semua rencana tindakan telah dilakukan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan. Pre operasi diagnosa ansietas teratasi selama 3 jam 20 juli 2022. 3 diagnosa post operasi teratasi pada tanggal 22 juli 2022 dengan keluhan nyeri berkurang, aktivitas dan latihan klien sudah mandiri, dan tidak ada tanda dan gejala infeksi pada area luka operasi .

5.2 Saran

1. Bagi klien

Diharapkan klien dapat melakukan perawatan secara mandiri dirumah yaitu dapat melakukan perawatan luka post operasi dengan

benar untuk mencegah infeksi dan dapat menerapkan tarik nafas dalam ketika nyeri post operasi timbul kembali .

2. Bagi keluarga

Peran keluarga sangat penting sebagai pendamping klien saat melakukan persalinan dan peran keluarga juga sangat penting untuk membantu perawatan mandiri klien dirumah.

3. Bagi peneliti

Hasil penelitian yang peneliti lakukan diharapkan dapat menjadi acuan dan menaji bahan perbandingan antara teori dengan hasil praktik yang telah dilakukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Apriansyah, A., Romadoni, S., & Andrianovita, D. (2015). Hubungan antara Tingkat Kecemasan PreOperasi dengan Derajat Nyeri pada Pasien Post Sectio Caesarea di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Tahun 2014. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, 2 (1), 1-7.
- Aspiani, (2017). *Kegawatdaruratan Pada Persalinan*. Jakarta: NoerFikri.
- Brunner and Suddarth.(2014). *Text Book Of Medical Surgical Nursing 12thEdition*. China: LWW.
- Donnez, O., Donnez, J., Orellana, R., & Dolmans, M. M. (2017). Gynecological and obstetrical outcomes after laparoscopic repair of a cesarean scar defect in a series of 38 women. *Fertility and Sterility*, 107(1), 289–296.
- Embrey, M. P. (2018). Premature Rupture of the Membranes. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 60(1), 37–43. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1953.tb06409.x>
- Gambar 2.4. Risky Candra Swari. (2021). *Mengulik Fungsi dan Organ Penting Dalam Sistem Reproduksi Manusia*, di unduh tanggal 9 Februari 2022 dari <https://helohehat-com.cdn.ampproject.org>
- Hartati, M., & Maryunani, A. (2015). *Asuhan Keperawatan Ibu Post Partum Sectio Sesarea (Pendekatan Teori Model Selfcre Dan Comfort)*. Jakarta Timur: CV Trans Info Media.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. Musrifatul Uliyah. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. Jakarta: Salemba Medika
- Huque, S., Roberts, I., Fawole, B., Chaudhri, R., Arulkumaran, S., & Shakur-Still, H. (2018). Risk factors for peripartum hysterectomy among women with postpartum haemorrhage: Analysis of data from the WOMAN trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1–8.
- Kementrian Kesehatan RI. (2020). Profil Kesehatan Indonesia 2019.
- Kennedy, B. B., Ruth, D. J., & Martin, E. J. (2019). *Modul manajemen intrapartum*. Jakarta: EGC.
- Kozier, Barbara. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan; Konsep, Proses dan Praktik edisi 7 Volume*. Jakarta: EGC
- Manuaba, I. (2014). *Ilmu Kandungan, Penyakit kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta:EGC.

- Maryunani, A. (2016). *Buku praktis kehamilan dan persalinan patologis (resiko tinggi dan komplikasi) Dalam kebidanan*. Jakarta. CV TRANS INFO MEDIA.
- Motomura, K., Ganchimeg, T., Nagata, C., Ota, E., Vogel, J. P., Betran, A. P., ... Mori, R. (2017). Incidence and outcomes of uterine rupture among women with prior caesarean section: WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *Scientific Reports*, 7, 1–9
- Ni, L., Elsharty, A., & McConachie, I. (2018). Cesarean birth – *What's in a name?* *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 34, 5–9.
- Nugroho, T. (2010). *Kasus Emergency Kebidanan Untuk Kebidanan Dan Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nurarif, & Kusuma. (2016). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC NOC*. Jakarta: Mediacion Publishing.
- Nurarif, H. K. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-NOC*. (3, Ed.). Jogjakarta: Mediacion publishing
- Nursalam. (2016). *Metodelogi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis*. Ed 4. Jakarta: Salemba Medika
- PPNI (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Indikator Diagnostik*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Defenisi dan Tindakan keperawatan*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.
- PPNI (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- Prawirohardjo, S. (2016). *Ilmu Kebidanan Cetakan Kelima*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono.
- Prawiroharjo. (2011). *Asuhan Kebidanan Patologi*. Jakarta: Tiga Putera Begawan.
- Rekam Medik RSUD Curup. 2022. *Sectio Caesarea di Ruang Rawat Inap Teratai RSUD Curup*: Rekam Medik RSUD Curup.
- Riskesdas. (2018). *Riset Kesehatan Dasar: Riskesdas 2018*. Jakarta: Badan dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Rukiyah, A. Y. (2010). *Asuhan Kebidanan IV (Patologi Kebidanan)*. Trans Info Media.
- Saifuddin, Bari, A., Rachimhadhi, T., & Winkjosastro, G. H. (2014). *Sectio*

Caesarea (ed.); pp. 677 – 681). Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Santika, M., & Iskandar, S. (2021). Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea dengan Terapi Relaksasi Tarik Nafas Dalam . *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu*, 9(1), 17-22.

Sukarni, I., & Sudarti. (2014). *Patologi : Kehamilan, Persalinan, Nifas Dan Neonatus Resiko Tinggi*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Sunarti, S. (2017). *Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal pada Ny “W Gestasi 37-38 Minggu dengan SECTIO CAESAREA di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa Tahun 2019*. Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.

Syamsiah, N., & Muslihat, E. (2015). Pengaruh terapi relaksasi autogenik terhadap tingkat nyeri akut pada pasien abdominal pain Di IGD RSUD Karawang 2014. *Jurnal Keperawatan BSI*, 3(1).

Varvogli, L., & Parviri, C. (2011). Stress management techniques: evidence - based procedurs that reduce stress and promote health . *Health Science Journal* 5, Issue 2.

World Health Organization. 2015. *Bascommetro*. Diakses pada tanggal 03 juli 2018,dari <http://www.bascometro.com/2014/12/angkakematian-ibu-untuk-tahun2015.html>.

Wulandari, I. A., Z, M. F., & Octaviani, A. (2019). Faktor-Faktor yang Berhubungan Terhadap Sectio Caesarea di RSIA Sitti Khadijah I Makassar Tahun 2019. *Jurnal Kesehatan Delima Pelamonia*, 3(1), 52–61. <https://doi.org/10.37337/jkdp.v3i1.110>











**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK
INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP**

**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

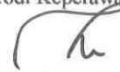
NAMA MAHASISWA : Azzro Nabila
NIM : P0032019002
NAMA PENGUJI : Yanti Sutriyanti, M. Kep
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Pre dan Post Sectio Caesarea Indikasi Riwayat SC 1 Ruang Rawat Inap Teratai RSUD Curup Tahun 2022

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	20-Desember-2021	<ul style="list-style-type: none">- Konsul judul- ACC judul- Fokus BAB 1- Cari referensi jurnal	
2	03-Februari-2022	<ul style="list-style-type: none">- Tambahkan judul, penyebab, dampak pada ibu dan bayi, masalah keperawatan yang muncul- Cari Implementasi terbaru,- Lengkapi angka kejadian dunia, kabupaten RSUD curup	
3	09-Februari-2022	<ul style="list-style-type: none">- Tambahkan angka kejadian di dunia- Tuliskan dalam 1 paragraf 7 baris- Paragraf satukan dalam satu topik- Lengkapi masalah keperawatan yang muncul- Latar belakang minimal 3 bahasan pokok	

4	11-Februari-2022	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan jurnal dan terapi untuk kasus - Angka kejadian letak di alinea ke 3 - Lengkapi data dunia dan provinsi - Masalah dan upaya pencegahan 	
5	15-Februari-2022	<ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan dijadikan paragraf - Publikasi ditambahkan - Konsul BAB II - Keluhan utama dijadikan paragraf 	
6	18-Februari-2022	<ul style="list-style-type: none"> - Lengkapi BAB 1 dan BAB II - Lengkapi judul, pengantar, cover, lembar persetujuan 	
7	24-Februari-2022	<ul style="list-style-type: none"> - ACC Proposal 	
8	27-Juli-2022	<ul style="list-style-type: none"> - Pengkajian cek pada keluhan utama - Implementasi lengkapi - Perbaiki dan lanjut ke pembahasan - Konsul berikutnya bawak BAB III, Perbaikan dan BAB IV 	
9	29-Juli-2022	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan kesenjangan antara teori dan asuhan keperawatan didiagnosa (pembahasan) 	
10	02-Agustus-2022	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan cara merawat luka post operasi di rumah - Lengkapi BAB I sampai BAB V 	
11	03-Agustus-2022	<ul style="list-style-type: none"> - Lengkapi BAB I sampai BAB V 	

12	04-Agustus-2022	- ACC KTI	
----	-----------------	-----------	---

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep, M.Kep
NIP.197112171991021001



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK
INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP**

**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA MAHASISWA : Azzro Nabila
NIM : P0032019002
NAMA PENGUJI : Ns. Misniarti,S.kep.,M.kep
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Pre dan
Post Sectio Caesarea Indikasi Riwayat SC 1 Ruang
Rawat Inap Teratai RSUD Curup Tahun 2022

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	25-April-2022	<ul style="list-style-type: none">- ACC Perbaikan- Lanjut ke lahan	

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns. Derison Marsinova Bakara,S.Kep.,M.Kep
NIP.197112171991021001



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK
INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP**

**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA MAHASISWA : Azzro Nabila
NIM : P0032019002
NAMA PENGUJI : Silvia Puspa, S.kep.Ners
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Pre dan
Post Sectio Caesarea Indikasi Riwayat SC 1
Ruang Rawat Inap Teratai RSUD Curup Tahun
2022

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	14-April-2022	<ul style="list-style-type: none">- Tambahkan etiologi diagnosa 1- Perbaiki daftar pustaka- Perbaiki tulisan jarak dan pengetikan	
2	21- April-2022	<ul style="list-style-type: none">- Acc lanjut ke lahan	

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep, M.Kep
NIP.197112171991021001

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Azzro Nabila

Nim : P00320119002

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Pre Dan Post *Section*
Caesarea Diruang Rawat Inap Teratai RSUD Curup Tahun 2022

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah betul-betul hasil karya saya dan bukan hasil penjiplak dari hasil karya orang lain.

Demikian pernyataan ini dan apabila kelak kemudian hari terbukti dalam Karya Tulis Ilmiah ada unsur penjiplakan, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Curup, 04 Agustus 2022
yang menyatakan



Azzro Nabila
NIM: P00320119002

BIODATA

Nama : Azzro Nabila

Tempat dan tanggal lahir : Suban Ayam . 03 Agustus 2001

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : Suban Ayam

Riwayat pendidikan : 1. SDN 09 Rejang Lebong

2. SMP 13 Rejang Lebong

3. SMAN 08 Rejang Lebong



PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CURUP

Jalan Jalur Dua Nomor 10. A Kelurahan Talang Rimbo Lama
Kecamatan Curup Tengah Kabupaten Rejang Lebong Kode Pos 39114



Nomor : 99 /RSUD – DIKLAT/2022 Curup, 20 Juli 2022
Sifat : Biasa Kepada Yth :
Lampiran : - **Karu Teratai**
Perihal : Pengambilan Kasus Tugas Akhir Di

RSUD Curup

Sehubungan dengan Surat dari Ketua Program Studi Keperawatan Poltekkes
Program Diploma Tiga Kemenkes Bengkulu Nomor :DM.01.04/088/6/IV/2022 Tanggal 28
April 2022, Perihal Permohonan Pengambilan Kasus Tugas Akhir Mahasiswa :

Nama : **AZZRO NABILA**
NIM : P00320119002
Prodi : D.III Keperawatan
Tanggal : 20 Juli s.d 22 Juli 2022
Judul : **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Sectio
Caesarea di ruang Teratai Di RSUD Curup
Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022.**

Maka kami sangat mengharapkan bantuan dari Saudara untuk membantu yang bersangkutan
selama melaksanakan Pengambilan Kasus Tugas Akhir dan memberikan informasi Atas
perhatian dan kerja samanya diucapkan terima kasih.

An. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Curup
Kepala Bagian Administrasi


BWP PRASETYO, SKM
NID. 197110071992031003



PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CURUP

Jalan Jalur Dua Nomor 10. A Kelurahan Talang Rimbo Lama
Kecamatan Curup Tengah Kabupaten Rejang Lebong Kode Pos 39114



Nomor : 103 /RSUD – DIKLAT/2022
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Surat Keterangan Selesai Melaksanakan Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir di RSUD Curup

Curup, 27 Juli 2022
Kepada Yth,
Direktur Prodi Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Di -

Bengkulu

Sehubungan dengan Surat dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor: DM.01.04/088/6/IV/2022 tanggal 28 April 2022, Perihal Surat Pengantar Pengambilan Kasus Tugas Akhir atas nama Mahasiswa :

Nama : **AZZRO NABILA**
NIM : P0 0320119 002
Jurusan : D.III Keperawatan
Waktu Penelitian : 20 Juli s/d 22 Juli 2022
Judul : ***Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Sectio Caesarea di ruang Teratai di RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong.***

Demikian Surat Keterangan ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan kerja samanya kami sampaikan terima kasih.

An. Direktur RSUD Curup
Kepala Bagian Administrasi



DOKUMENTASI

