

Asuhan Keperawatan Pasien Post Partum Sectio Caesarea Atas Indikasi Letak Sungsang

Tri Nida Amaliyah¹ . Merida Simanjuntak²

Akademi Keperawatan Pasar Rebo. Departemen Keperawatan Maternitas

Email : triamelian@yahoo.com

Jl. Tanah Merdeka No 16, 17, 18 Jakarta Timur

Abstrak

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain. Pengertian dari sectio caesarea adalah kelahiran janin melalui insisi yang dibuat pada dinding abdomen dan uterus. Adapun indikasi yang menambah tingginya angka persalinan dengan sectio caesarea adalah tindakan sectio caesarea pada letak sungsang, sectio caesarea berulang, kehamilan prematuritas, kehamilan dengan resiko tinggi, pada kehamilan kembar, kehamilan dengan pre eklamsia, kegagalan induksi dan lain-lain. Salah satu indikasi persalinan sectio caesarea yaitu pada letak sungsang. Letak sungsang adalah janin yang letaknya memanjang membujur dalam rahim kepala berada di fundus dan bokong berada di bawah. WHO tahun 2013 memperkirakan persalinan dengan sectio caesarea sekitar 10% di negara berkembang, di negara-negara maju seperti Amerika Serikat 23%. Indonesia di Rumah Sakit Pemerintah sebanyak 11% dan di Rumah Sakit Swasta sebanyak 30%. Di Jakarta khususnya di RSUD Pasar Rebo dari hasil data pada bulan Desember-Maret, persalinan dengan indikasi letak sungsang sebanyak 25 orang (2,9%). Post persalinan, ibu memasuki masa nifas yaitu, masa pemulihan pada ibu post partum. Pada kondisi-kondisi tersebut yang perlu diperhatikan atau kemungkinan terjadinya komplikasi pada masa nifas seperti, infeksi dan terjadinya perdarahan. Untuk mencegah terjadinya komplikasi diperlukan penanganan secara komprehensif, dengan memberikan perawatan dengan dilakukannya beberapa peran perawat yaitu peran promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Kata Kunci : Persalinan, Sectio Caesarea, Letak Sungsang

Abstract

Childbirth is the process of delivering a conception results (fetus and placenta that was enough for months or can live outside of the womb through the birth canal or another way. The definition of caesarean section is the delivery of a newborn through a surgical incision in the abdomen and front (anterior) wall of the uterus. As for the indications that an increasing number of Caesarean section are fetal malpresentation, repeat Caesarean section, premature birth, high risk prrgnancy, twin pregnancy, pregnancy with pre-eclampsia and failed induction of labor, etc. One indication of sectio caesarea delivery is fetal malpresentation. Fetal malpresentations are abnormal positions of the vertex of the fetal head (with the occiput as the reference point) relative to the maternal pelvis. Malpresentations are all presentations of the fetus other than vertex. WHO in 2013 estimates that labor with caesarean section is around 10% in developing countries, in developed countries such as the United States 23%. In government Hospitals as much as 11% and at home Private illness as much as 30%. In Jakarta, especially in Pasar Rebo Hospital from the results of data in December-

March, labor with an indication of breech location was 25 people (2.9%). Post delivery, the mother enters the postpartum period, namely, the recovery period in the post partum mother. In these conditions that need to be considered or the possibility of complications during the puerperium such as infection and bleeding. To prevent complications, comprehensive treatment is needed, by providing care by doing a number of nurse roles, namely promotive, preventive, curative and rehabilitative roles.

Key words : childbirth, caesarean section, malposition

Pendahuluan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain (Manuaba 2010). Pengertian dari sectio caesarea adalah kelahiran janin melalui insisi yang dibuat pada dinding abdomen dan uterus (Reeder, dkk, 2011).

Adapun indikasi yang menambah tingginya angka persalinan dengan sectio caesarea adalah tindakan sectio caesarea pada letak sungsang, sectio caesarea berulang, kehamilan prematuritas, kehamilan dengan resiko tinggi, pada kehamilan kembar, kehamilan dengan pre eklamsia, kegagalan induksi dan lain-lain (Manuaba 2010). WHO memperkirakan bahwa angka persalinan dengan sectio caesarea sekitar 10% dengan 15% dari semua persalinan di negara negara berkembang. Dibandingkan dengan

negara-negara maju seperti Amerika serikat 23%, sedangkan Indonesia pada Rumah Sakit Pemerintah rata-rata ada 11% dan di Rumah Sakit swasta ada 30% (Depkes RI Dalam Nurak, 2013), sedangkan wilayah Jakarta khususnya di RSUD Pasar Rebo dari hasil data yang didapatkan dari buku rawat inap di ruang delima dari bulan Desember-Maret secara keseluruhan sebanyak 834 orang, persalinan dengan indikasi letak sungsang sebanyak 25 orang (2,9%), persalinan dengan indikasi KPD sebanyak 49 orang (5,8%), persalinan dengan indikasi PEB sebanyak 55 orang (6,5%), gangguan reproduksi dengan mioma uteri sebanyak 20 orang (2,3%) dan gangguan reproduksi dengan kista endometrium sebanyak 10 orang (1,1%).

Paska persalinan, ibu memasuki masa nifas yaitu masa pemulihan yang disebut

juga masa post partum. Pada masa pemulihan ini perlu diperhatikan kemungkinan terjadinya komplikasi pada ibu seperti infeksi dan terjadinya perdarahan. Untuk itu diperlukan penanganan yang komprehensif berupa pemantauan yang maksimal terutama di 24 jam pertama post pembedahan untuk masalah resiko perdarahan. Untuk mencegah terjadinya komplikasi diperlukan penanganan secara komprehensif, dengan memberikan perawatan dengan dilakukannya beberapa peran perawat yaitu peran promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Konsep Dasar Post Partum

Masa post partum merupakan suatu masa antara kelahiran sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan sebelum masa hamil (Reeder, 2011). Selain itu, post partum adalah waktu penyembuhan dan perubahan, waktu kembali pada keadaan tidak hamil dan penyesuaian terhadap penambahan keluarga baru (Hamilton, 2011). Menurut Lowdermik, (2013) masa nifas dibagi menjadi 3 tahap yaitu, puerperium dini (immediate puerperium), puerperium intermedial (early puerperium) dan remote puerperium (late puerperium). Adaptasi

fisiologi menurut Lowdermik (2013) dan Reader (2011) yaitu, pada sistem reproduksi (uterus, servik, otot penyokong panggul, dinding abdomen, payudara), sistem kardiovaskuler, sistem neurologi, sistem endokrin, sistem perkemihan, sistem gastrointestinal, sistem musculoskeletal, sistem integumen dan komponen darah. Adaptasi psikologi menurut Lowdemik (2013) meliputi adaptasi maternal (*taking in, taking hold dan letting go*), adaptasi paternal dan penyesuaian bayi-orang tua.

Konsep Dasar Sectio Caesarea

Pengertian

Pengertian dari sectio caesarea adalah proses keluarnya janin melalui insisi yang dibuat pada dinding abdomen dan uterus (Reeder, dkk, 2011). Pngertian lain dari sectio caesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak melewati insisi pada dinding abdomen dan uterus (Oxorn & Wiliiam, 2010). Selain itu, pengertian dari sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan cara memberi sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan abdomen (Sofyan, 2012).

Klasifikasi

Menurut Reader (2011) terdapat dua jenis *sectio caesarea* yaitu, persalinan caesarea melintang (segmen-bawah) merupakan kelahiran caesarea yang pada umumnya dipilih karena berbagai alasan. Area ini lebih mudah mengalami pemulihan, dan mengurangi kemungkinan terjadinya ruptur jaringan parut pada kehamilan berikutnya. Selain itu juga insidensi peritonitis, ileus paralisis, dan perlekatan usus lebih rendah. Caesarea klasik merupakan sebuah insisi tegak lurus dibuat langsung pada dinding korpus uterus. Janin dan plasenta dikeluarkan, dan insisi ditutup dengan tiga lapisan jahitan menggunakan benang yang dapat diserap. metode ini merupakan metode pilihan ketika terjadi perdarahan akut atau pada situasi darurat atau lainnya pada saat waktu sangat penting dan kehidupan wanita serta janin terancam.

Indikasi

Menurut Rasjidi (2009) yaitu, indikasi ibu meliputi: panggul sempit kegagalan melahirkan normal karena kurangnya adekuatnya stimulasi, adanya tumor pada jalan lahir yang menyebabkan obstruksi, stenosis serviks atau vagina, plasenta previa, *Cephalopelvic disproportion*

(CPD). Menurut Prawirohardjo (2009) yaitu, indikasi janin meliputi: kelainan letak, gawat janin, prolaps tali pusat, mencegah hipoksia janin. Indikasi relatif meliputi: riwayat *sectio caesarea* sebelumnya, presentasi bokong, distosia (persalinan yang sulit), preeklamsia berat, DM, ibu dengan HIV positif sebelum inpartu, kehamilan gemeli (kembar).

Komplikasi

Komplikasi pada post partum dengan *section caesarea* menurut, Rahmawati (2012) adalah : perdarahan dan infeksi. Penyebab perdarahan pada tindakan operasi *sectio caesarea* yaitu, Antonia uteri, robekan jalan lahir, Retensio plasenta atau plasenta rest.

Konsep Dasar Letak Sungsang

Pengertian

Letak sungsang adalah janin yang letaknya memanjang membujur dalam rahim kepala berada di fundus dan bokong berada di bawah (Reny, 2017). Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri (Prawirohardjo, 2009).

Etiologi

Bobot janin yang relative rendah hal ini menyebabkan janin bergerak bebas, rahim yang sangat elastis membuat janin berpeluang besar untuk berputar hingga minggu ke-37 dan seterusnya, hamil kembar, hidroamnion, hidrosefalus, plasenta previa, panggul sempit.

Klasifikasi

Letak bokong murni (*frank breech*) adalah letak bokong dengan kedua tungkai terangkat keatas, letak sungsang sempurna (*complete breech*) adalah letak bokong dimana kaki ada di samping bokong, letak sungsang tidak sempurna (*incomplete breech*) adalah dimana selain bokong bagian yang terendah juga kaki atau lutut, terdiri dari: kedua kaki: letak kaki sempurna (24%), satu kaki: letak kaki tidak sempurna, kedua lutut: letak lutut sempurna (1%) satu lutut tidak sempurna.

Manifestasi Klinik

Pergerakan anak teraba oleh ibu dibagian perut bawah, dibawah pusat dan ibu sering merasa benda keras (kepala) mendesak tulang iga. Pada saat dipalpasi

akan teraba bagian keras, bundar dan melenting pada fundus uteri, punggung anak dapat diraba pada salah satu sisi perut dan bagian-bagian kecil pada pihak yang berlawanan. Di atas simfisis, teraba bagian yang kurang bundar dan lunak. Bunyi jantung terdengar pada punggung anak setinggi pusat.

Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mendiagnosa letak sungsang menurut Maryunani (2013) yaitu: USG (Ultrasonografi) untuk mengetahui keadaan letak janin.

Penatalaksanaan Persalinan dengan Presentasi Bokong

Persalinan Per Vaginam mempunyai syarat yang harus dipenuhi yaitu tidak ada suspek panggul sempit, tidak ada kelainan jalan lahir, pembukaan harus benar-benar lengkap, kulit ketuban sudah pecah, his adekuat dan tafsiran berat janin <3600 gram (Saifuddin, 2011). Terdapat tiga metode umum persalinan presentasi bokong yaitu, metode *bracht*, manual aid (*partial breech extraction*), ekstrasi sungsang (*total breech extraction*). Persalinan Per Abdominal (sectio caesarea), sebelum dilakukan tindakan

sectio caesarea lakukan pemeriksaan USG untuk memastikan bahwa presentasi masih bokong. Menurut Oxorn (2010) sectio caesarea lebih aman dan direkomendasikan pada : presentasi kaki ganda, panggul sempit, bekas sectio caesarea, kepala hiperekstensi , janin yang sangat besar, plasenta previa, keterlambatan penurunan bokong setelah pembukaan lengkap, primigravida

Konsep Asuhan Keperawatan Post Partum dengan Sectio Caesarea

1. Pengkajian

Pengkajian pada klien dengan post partum sectio caesarea berdasarkan rencana keperawatan berdasarkan Wilkinson (2017) dan TIM POKJA SIKI (2018) antara lain :

- a. Pengkajian Dasar Data Klien
Tinjau ulang catatan pranatal dan intraoperatif dan adanya indikasi untuk kelahiran sectio caesarea
- b. Sirkulasi
Kehilangan darah selama prosedur pembedahan kira-kira 600-800 ml
- c. Integritas Ego
Dapat menunjukkan labilitas emosional dari kegembiraan sampai ketakutan, marah atau

menarik diri. Klien/pasangan dapat memiliki pertanyaan atau salah terima peran dalam pengalaman kelahiran. Mungkin mengekspresikan ketidakmampuan untuk menghadapi situasi baru.

- d. Eliminasi
Kateter urinarius mungkin terpasang, urine jernih pucat dan bising usus tidak ada, samar atau jelas.
- e. Makan atau Cairan
Abdomen lunak dengan tidak ada distensi pada awal.
- f. Neorosensori
Kerusakan gerakan dan sensasi di bawah tingkat anestesi spinal epidural.
- g. Nyeri/Ketidnyamanan
Mungkin mengeluh ketidaknyamanan dari berbagai sumber misalnya trauma bedah, insisi dan nyeri penyerta, distensi kandung kemih-abdomen, efek-efek anestesi. Mulut mungkin kering.
- h. Pernapasan
Bunyi paru jelas dan vesikular.
- i. Keamanan

Balutan abdomen dapat tampak sedikit noda atau kering dan utuh. Jalur parenteral, bila digunakan paten dan sisi bebas eritema, bengkak dan nyeri tekan.

j. Seksualitas

Fundus kontraksi kuat dan terletak di umbilikus. Aliran lochia sedang dan bebas bekuan berlebihan/banyak.

k. Pemeriksaan Diagnostik

Jumlah darah lengkap, hemoglobin/hematocrit (Hb/Ht): mengkaji perubahan dari kadar praoperasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan. Urinalisis : kultur urin, darah, vaginal, dan lochea.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada klien dengan tindakan Sectio Caesarea menurut Reader (2011) adalah :

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi sekret akibat penurunan reflek batuk
- b. Nyeri akut berhubungan dengan kontraksi uterus (afterpain), insisi bedah

c. Hipovolemia berhubungan dengan penurunan asupan oral/ kehilangan darah

d. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang teknik menyusui, suplai ASI tidak cukup

e. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka bekas operasi

f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik/ kebutuhan menyusui bayi baru lahir

g. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi dan pengalaman (merawat bayi)

h. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit dan trauma jaringan akibat kelahiran anak, prosedur invasif

3. Intervensi

Menurut Wilkinson (2017) dan TIM POKJA SIKI (2018), sebagai berikut :

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi sekret, akibat penurunan reflek batuk

Intervensi :

- 1) Pantau TTV

- 2) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan usaha napas)
 - 3) Monitor bunyi napas tambahan (gurgling, mengi, wheezing dan ronkhi)
 - 4) Monitor sputum (jumlah, warna dan aroma)
 - 5) Observasi status respirasi dan oksigenasi sesuai kebutuhan
 - 6) Monitor pemberian oksigen
 - 7) Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi
 - 8) Auskultasi bunyi napas, area penurunan ventilasi atau tidak adanya ventilasi dan adanya ventilasi dan adanya bunyi napas tambahan
 - 9) Keluarkan secret dengan batuk efektif atau suksion sesuai kebutuhan
 - 10) Anjarkan teknik batuk efektif
 - 11) Atur intake cairan untuk mengoptimalkan keseimbangan cairan
 - 12) Pertahankan kepatenan jalan napas
 - 13) Berikan oksigen, jika perlu
- b. Nyeri berhubungan dengan kontraksi uterus (afterpain), insisi bedah

Intervensi :

Mandiri :

- 1) Pantau TTV
- 2) Observasi isyarat non verbal ketidaknyamanan, khususnya jika klien tidak mampu berkomunikasi efektif
- 3) Kaji nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas atau keparahan nyeri
- 4) Tingkatkan istirahat yang cukup
- 5) Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama dan antisipasi ketidaknyamanan akibat prosedur
- 6) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi, terapi musik, distraksi, kompres hangat atau dingin dan mesase)
- 7) Ubah posisi klien, kurangi rangsangan yang berbahaya, dan beri gosokan punggung

Kolaborasi :

- 8) Kelola nyeri post pembedahan awal dengan pemberian opiate

yang terjadwal (misalnya setiap 4 jam selama 36 jam)

- 9) Berikan terapi analgetik sesuai intruksi dokter

4. Implementasi

Menurut Potter dan Perry (2010) pelaksanaan adalah tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan perencanaan langsung dan tidak langsung. Selama fase awal pelaksanaan, lakukan pengkajian ulang pada klien untuk menentukan apakah tindakan keperawatan yang diajukan masih sesuai dengan kondisi klien.

5. Evaluasi

Menurut Potter dan Perry (2010) evaluasi merupakan suatu proses yang terjadi saat perawat melakukan kontak dengan klien. Tujuan dan hasil yang diharapkan akan memberikan kriteria obyektif yang dibutuhkan untuk melihat respon klien terhadap pelayanan.

A. Pengkajian

Klien Ny.U masuk dirawat pada tanggal 05-03-2019 pada pukul 17.10 WIB di ruangan delima nomor kamar

303. Pengkajian dilakukan pada tanggal 06-03-2019 pada pukul 18.00 WIB

1. Identitas

Klien bernama Ny. U, umur 22 tahun, suku bangsa Indonesia Betawi, agama Islam, pendidikan SLTA, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat di Jalan. Pucung 1 RT.03 RW.02 Kelurahan Balekambang Kecamatan Kramat Jati, Kotamadya Jakarta Timur, status perkawinan menikah, Menikah 1 kali. Suami klien bernama Wahyudi umur 27 tahun, suku bangsa Indonesia Betawi, agama islam, pendidikan sarjana, pekerjaan karyawan Swasta, alamat di Jalan. Pucung 1 RT.03 RW.02 Kelurahan Balekambang Kecamatan Kramat Jati, Kotamadya Jakarta Timur, lama perkawinan 2 tahun.

2. Resume

Pada tanggal 05-03-19 klien bersama suaminya periksa kehamilannya di poli kebidanan RSUD Pasar Rebo. Setelah pemeriksaan kehamilan di poli kebidanan, klien datang ke ruang

delim pada pukul 17.10 WIB. Usia kehamilan 38 minggu atas indikasi letak sungsang, dengan G1P0A0, HPHT 05-06-2018, berdasarkan hasil USG pada tanggal 26-2-2019 dengan hasil janin letak sungsang kepala berada dibagian fundus, bokong berada di bagian bawah. Pada saat dilakukan pemeriksaan dengan bidan di ruang delima, gerak janin aktif, denyut jantung janiN: 140x/menit, Tidak ada pengeluaran dari vagina, tidak ada keluhan mules, mengobservasi tanda-tanda vital TD: 118/77 mmhg, N: 80x/menit, RR:16x/menit, S:36°C, tinggi fundus uteri: 3 jari dibawah px, tidak ada ketuban yang keluar, klien mengatakan cemas dengan tindakan operasi yang akan dilakukan. Pemeriksaan laboratorium yaitu, hematologi : hemoglobin 12.3 g/dL, hematokrit 39%, eritrosit 4.5 juta/ μ L, leukosit 18.10/ μ L, trombosit 214ribu/ μ L, kesadaran composmentis, keadaan umum baik. Masalah keperawat yang muncul adalah cemas

berhubungan dengan situasional, instruksi dokter tanggal 06-03-2019 harus dilakukan tindakan sectio caesarea. Klien melakukan persiapan operasi, mulai puasa tanggal 06-03-2019 pukul 09.00 WIB, klien mendapat terapi infus RA, mendapatkan injeksi ceftriaxone 1gr. Sebelum dilakukan tindakan operasi, klien dipersiapkan oleh perawat ruangan sebelum diantar ke ruang operasi diantaranya dengan pemasangan kateter, melepaskan perhiasan dan melakukan pemeriksaan pada klien menggunakan gigi palsu atau tidak, di antar ke ruang operasi sekitar pukul 14.00 WIB dengan pemberian anestesi spinal pubis, keluar dari ruang operasi pukul 16.00 WIB, mengobservasi klien setelah operasi dengan TD: 124/72 mmhg, N: 82x/menit, RR: 16x/menit, S:36,5 pendarahan \pm 200 cc, urine 200 ml melakukan pengkajian kepada bayi perempuan dengan BB: 2,55 kg, PB: 45 cm, mengukur Tinggi fundus uteri sepusat, kontraksi

kuat, dengan Apgar Score menit I 9, menit V 10.

3. Data fokus

Data Subyektif : Klien mengatakan nyeri di abdomen bagian bawah (luka oprasi), skala nyeri 6, nyeri timbul saat melakukan aktivitas atau mobilisasi, rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk, belum bisa beraktivitas, belum bisa miring kanan, miring kiri, duduk dan berjalan, belum bisa melakukan perawatan bayi dan masih takut, belum ada pengalaman untuk merawat bayi, ASI belum keluar.

Data Obyektif : Terdapat luka operasi di abdomen bagian bawah, aktivitas klien dibantu, belum mampu miring kanan miring kiri, duduk dan berjalan, saat ditanya mengenai perawatan bayi seperti memandikan klien bingung, ASI belum keluar, terpasang infus dan kateter, klien tampak meringis kesakitan saat bergerak, posisi saat memberikan ASI masih kurang tepat, bayi tidak mau

menghisap puting ibu, bedongan yang digunakan bayi tidak rapih.

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil analisa terhadap data yang ada pada klien maka dirumukan 6 diagnosa keperawatan, pertama :

risiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan; sectio caesarea ditandai adanya luka operasi dibagian bawah abdomen, kedua : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik; prosedur operasi ditandai dengan klien mengatakan nyeri di abdomen bagian bawah, skala nyeri 6 nyeri timbul saat melakukan aktivitas atau mobilisasi, rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk, terdapat luka operasi di abdomen bagian bawah, klien tampak meringis kesakitan, ketiga : gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka post operasi ditandai dengan klien mengatakan belum bisa beraktivitas mengatakan belum bisa miring kanan dan miring kiri, duduk dan berjalan aktivitas klien dapat dibantu klien belum mampu miring kanan miring

kiri, duduk dan berjalan, keempat: menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI ditandai dengan klien mengatakan ASI belum keluar, ASI belum keluar, posisi saat memberi ASI masih kurang tepat, bayi tidak mau menghisap puting ibu., kelima : defisit pengetahuan; perawatan bayi berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan klien mengatakan belum bisa melakukan perawatan bayi dan masih takut, klien mengatakan belum ada pengalaman untuk merawat bayi, saat ditanya mengenai perawatan bayi seperti memandikan klien bingung, bedongan yang digunakan bayi tidak rapih, keenam : risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif ditandai dengan terdapat luka bekas operasi di abdomen bagian bawah, terpasang infus dan kateter

C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi

Pada tahap ini penulis akan menjelaskan proses keperawatan pada Ny.U dari tanggal 06-03-2019 sampai 08-03-2019 yang

berkolaborasi dengan bidan ruangan delima RSUD Pasar Rebo.

1. Risiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan; sectio caesarea ditandai dengan adanya luka operasi dibagian bawah abdomen

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24jam diharapkan perdarahan tidak terjadi

Kriteria Hasil : Perdarahan abnormal tidak terjadi, dibuktikan oleh status sirkulasi normal dan tidak ada gejala keparahan perdarahan, tanda – tanda vital dalam batas normal TD: 120-130/80-90 mmHg, S: 36,5-37,5,°C, N: 60-100x/menit, RR: 12-20x/menit, hasil laboratorium hb normal 11.7 – 15.5 g/dL , hematokrit normal 32 – 47% , memiliki uterus yang tetap ditempatnya saat dipalpasi, tidak mengalami distensi abdomen

Tindakan Keperawatan :

Mandiri :

- 1) Observasi proses penyembuhan pada luka

- 2) Pantau TTV, terutama tekanan darah dan nadi, jika diindikasikan sesuai dengan tingkat risiko
- 3) Pantau insisi dan luka untuk perdarahan yang tampak
- 4) Pantau balutan untuk perdarahan yang tampak
- 5) Pantau tinggi dan keteguhan fundus secara teratur
- 6) Pantau lokhea untuk perdarahan dan bekuan darah yang berwarna merah terang
- 7) Beri informasi tentang tanda perdarahan dan saran untuk memberi tahu perawat ketika terjadi perdarahan

Kolaborasi :

- 8) Terapi obat syntosinon 3x10 unit (0,5cc)
- 9) Terapi obat Asam Traneksamat 3x50mg
- 10) Pantau hasil laboratorium Hb dan hematokrit
- 11) Pantau pemeriksaan koagulasi

Pelaksanaan Keperawatan

Rabu, 06 Maret 2019

Pukul 18.00 WIB memberikan obat synto RS:-, RO: obat synto dosis 10 unit telah diberikan melalui drip cairan RL 20tpm.

Pukul 18.10 WIB memberikan informasi tentang tanda perdarahan RS: klien mengatakan paham tentang tanda perdarahan, RO: klien mampu mengulang informasi yang telah diberikan.

Pukul 18.25 WIB mengukur tanda-tanda vital RS-, RO: TD: 130/90 mmhg, N:100x/menit, RR:18x/menit, S: 36,7°C.

Pukul 18.35 WIB mengukur tinggi fundus RS:-, RO: fundus uteri diatas umbilicus.

Pukul 19.00 WIB memberikan obat asam traneksamat RS:-, RO: obat asam traneksamat dosis 50mg telah diberikan melalui drip cairan RL 20tpm.

Pukul 19.15 WIB mengobservasi pengeluaran lokhea RS:-, RO: lokhea berwarna merah terang, aroma khas, ½ pempers terisi lokhea.

Pukul 24.00 WIB mengganti cairan infus RL dan memberikan obat synto RS:-, RO: cairan RL 500 cc 20tpm dan obat synto

dosis 10 unit telah diberikan melalui drip cairan RL 20tpm. **Pukul 03.00 WIB** memberikan obat asam traneksamat dosis 50mg telah diberikan melalui drip cairan RL 20tpm. **Pukul 06.00 WIB** mengganti cairan infus RL dan memberikan obat synto RS:-, RO: cairan RL 500 cc 20tpm dan obat synto dosis 10 unit telah diberikan melalui drip cairan RL 20tpm. **Pukul 06.15 WIB** mengukur tanda-tanda vital dengan RS:-, RO: TD: 110/70 mmhg, N:79x/menit, RR20 /menit S:36,5°C.

Evaluasi Kperawatan

Kamis, 07 Maret 2019

Pukul 21.00 WIB

S:-

O: Perdarahan tidak terjadi, tidak mengalami distensi abdomen, TD: 120/80 mmhg, N:80x/menit, RR:19x/menit S:36,6°C, sirkulasi normal seperti perifer teraba hangat, CRT <2 detik, warna kulit tidak pucat, uterus teraba keras

A: Tujuan tercapai, masalah teratasi

P: Tindakan keperawatan dihentikan

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik; prosedur operasi ditandai dengan klien mengatakan nyeri di abdomen bagian bawah, skala nyeri 6, nyeri timbul saat melakukan aktivitas atau mobilisasi, rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk, terdapat luka operasi di abdomen bagian bawah, klien tampak meringis kesakitan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang/teratasi

Kriteria Hasil : Klien dapat mengetahui penyebab nyeri, skala nyeri berkurang menjadi 0-3, klien mampu menggunakan teknik non farmakologi yaitu tarik napas dalam, teknik distraksi (pengalihan nyeri) untuk mengurangi nyeri, klien melaporkan nyeri berkurang, klien mampu mengungkapkan rasa nyeri yang dialami pada

penyedia layanan kesehatan,
TTV normal TD: 110-130/80-90
mmHg, N : 60-100x/menit, S:
36,5-375°C, RR: 12-20x/ menit.

Perencanaan Keperawatan :

Mandiri:

- a. Pantau TTV
- b. Kaji secara komperhensif tentang nyeri, meliputi: lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi
- c. Observasi isyarat non verbal ketidaknyamanan, khususnya jika klien tidak mampu berkomunikasi efektif
- d. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi, misalnya: tarik nafas dalam, teknik distraksi atau massage
- e. Berikan informasi tentang nyeri seperti: penyebab, berapa lama terjadi dan tindakan pencegahan
- f. Ubah posisi klien, kurangi rangsangan yang berbahaya, dan beri gosokan punggung

Kolaborasi :

- g. Berikan terapi obat ketorolac 3x1 gram dan lanjutkan

terapi obat asam mefenamat
3x500 mg

Pelaksanaan Keperawatan

Rabu, 06 Maret 2019

Pukul 18.00 WIB

mengobservasi keadaan umum RS: klien tampak meringis , RO: keadaan umum baik. **Pukul**

18.05 WIB mengukur tanda-tanda vital RS-, RO: TD: 130/90 mmhg, N:100x/menit, RR:18x/menit, S: 36,7°C. **Pukul**

18.10 WIB mengobservasi isyarat non verbal ketidaknyamanan RS:-, RO: klien meringis. **Pukul 18.20**

WIB mengkaji secara komperhensif tentang nyeri meliputi lokasi, karakteristik, durasi, dan frekuensi RS: klien

mengatakan nyeri dibagian luka post operasi, skala nyeri 6, klien mengatakan nyeri saat bergerak, klien mengatakan rasa nyeri seperti

ditusuk-tusuk, mengatakan nyeri selalu ada RO: klien meringis. **Pukul 18.30**

WIB menginformasikan penyebab nyeri pada ibu post partum RS: klien mengatakan

paham, RO: saat diberikan penjelasan klien memperhatikan dan saat ditanya kembali klien mampu menjelaskan. **Pukul 19.00** mengatur tetesan infus klien sesuai yang diprogramkan RS:-, RO: tetesan infus lancar, cairan infus RL 20 tpm. **Pukul 20.00 WIB** mengajarkan klien teknik tarik napas dalam RS: klien mengatakan saat tarik napas dalam nyeri berkurang RO: klien dapat melakukan tarik napas dalam. **Pukul 20.15 WIB** memposisikan klien untuk posisi yang nyaman RS:-, RO: klien berusaha mencari posisi yang nyaman supaya dapat beristirahat. **Pukul 00.00 WIB** mengganti cairan infus RS:-, RO: cairan infus RL 500cc 20 tpm telah diberikan (bidan ruangan). **Pukul 00.05 WIB** memberikan obat ketorolac RS:-, RO: obat ketorolac dosis 1 gram telah diberikan melalui drip cairan RL 20 tpm (bidan ruangan). **Pukul 06.00 WIB** mengukur tanda-tanda vital RS:-, RO: TD:120/60 mmhg,

N:80x/menit, RR:18x/menit, S:36,5°C.

Evaluasi Keperawatan

Jumat, 08 Maret 2019

Pukul 15.00 WIB

S: Klien mengatakan sudah mampu melakukan aktivitas sendiri, skala nyeri 2, nyeri hilang timbul, nyeri terasa seperti dicubit, klien mengatakan rasa nyerinya sudah tidak mengganggu aktivitasnya.

O: Klien tenang, tersenyum, sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri, TD: 110/90 mmhg, N:79x/menit, RR:19x/menit, S:36,8°C,

A: Tujuan tercapai, masalah teratasi

P: Tindakan keperawatan dihentikan

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan klien mengatakan belum bisa beraktivitas, belum bisa miring kiri, miring kanan, duduk dan berjalan, aktivitas klien dibantu.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien mampu melakukan aktivitas dengan mandiri.

Kriteria Hasil : Klien mampu melakukan aktivitas secara mandiri, aktivitas klien meningkat, melaporkan perasaan peningkatan kekuatan dan kemampuan dalam bergerak, klien tidak lagi merasa nyeri saat melakukan aktivitas atau mobilisasi, TTV normal TD: 110-130/80-90 mmHg, N : 60-100x/menit, RR: 12-20x/menit, S: 36,5-37,5°C.

Perencanaan Keperawatan :

Mandiri :

- a. Pantau TTV
- b. Kaji kemampuan klien dalam melakukan mobilitas
- c. Kaji mengenai nyeri yang dialami klien sebelum melakukan latihan
- d. Ajarkan dan dukung klien dalam latihan ROM pasif atau aktif untuk mempertahankan atau

meningkatkan kekuatan dan ketahanan otot.

- e. Ubah posisi klien yang imobilisasi minimal setiap dua jam, berdasarkan jadwal spesifik
- f. Ajarkan dan bantu klien untuk miring kanan dan miring kiri 6 jam sesudah selesai operasi .
- g. Latih dan bantu klien untuk duduk dan berjalan
- h. Beri reinforcement positif

Kolaborasi :

- i. Kolaborasi dengan fisioterapi jika perlu
- j. Berikan terapi obat ketorolac 3x1gram dan dilanjutkan terapi obat asam mefenamat 3x500mg

Pelaksanaan Keperawatan

Rabu 06 Maret 2019

Pukul 18.00 WIB mengkaji kemampuan klien dalam melakukan mobilitas dengan RS: klien mengatakan kakinya masih kaku dan masih mati rasa, RO: klien tampak lemah. **Pukul 18.05 WIB** mengukur tanda-tanda vital

dengan RS:-, RO: TD: 130/90 mmhg, N:100x/menit, RR:18x/menit, S: 36,7°C **Pukul 18.15 WIB** membantu klien menggerak-gerakan kedua kakinya RS: klien mengatakan kakinya masih sedikit sulit digerakan RO: kedua kaki klien masih dalam pengaruh obat bius. **Pukul 18.30 WIB** mengkaji kemampuan klien dalam melakukan mobilisasi, RS: klien mengatakan sudah bisa menggerakkan jari kaki dan kakinya secara perlahan, RO: jari-jari kaki dan kaki klien dapat digerakkan secara perlahan. **Pukul 19.00 WIB** mengobservasi gangguan mobilitas yang dialami klien, RS: klien mengatakan karena nyeri yang dirasakan sehingga sulit untuk bergerak, RO: klien meringis setiap kali menggerakkan badannya. **Pukul 22.00 WIB** membantu klien miring kanan dan miring kiri RS: klien mengatakan masih nyeri untuk miring kanan dan miring kiri, RO: klien tampak meringis

saat miring kanan dan kiri, mobilisasi klien masih dibantu (bidan ruangan). **Pukul 00.00 WIB** memberikan obat ketorolac RS:-, RO: obat ketorolac dosis 1 gram telah diberikan melalui drip (bidan ruangan). **Pukul 05.30 WIB** mengobservasi integritas kulit pada area yang tertekan, RS: klien mengatakan semenjak selesai operasi sc belum pernah bangun dari tempat tidur, RS: pada area integritas yang tertekan, tidak ada tanda gejala adanya decubitus. **Pukul 06.00 WIB** mengukur tanda-tanda vital dengan RS:-, RO: TD: 110/70 mmhg, N:79x/menit, RR20 /menit S:36,5°C.

Evaluasi Keperawatan.

Jumat, 08 Maret 2019

Pukul 15.00 WIB

S: Klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri, mengatakan sudah bisa jalan ke toilet sendiri, saat jalan nyeri masih terasa, rasa nyeri seperti dicubit.

O: Klien sudah bisa melakukan aktivitas sendiri seperti:

menggantikan pampers bayinya, ke toilet sendiri, klien sudah mampu berjalan walaupun kondisinya masih sedikit bungkuk dan berjalan secara pelan-pelan, : TD: 120/85 mmhg, N:79x/menit, RR:19x/menit, S:36,6°C

A: Tujuan tercapai, masalah teratasi

P: Tindakan keperawatan dihentikan

4. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI ditandai dengan klien mengatakan ASI belum keluar, ASI tampak belum keluar, posisi saat memberi ASI masih kurang tepat, bayi tidak mau menghisap puting ibu.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan menyusui menjadi efektif.

Kriteria Hasil : ASI keluar, klien mampu memberikan ASI kepada anaknya dengan posisi yang tepat setiap 2 jam sekali, bayi klien mau menghisap puting saat diberikan ASI, mampu

melakukan perawatan payudara secara mandiri.

Perencanaan Keperawatan

Mandiri :

- a. Kaji identifikasi payudara klien
- b. Kaji adanya pembengkakan di area payudara klien
- c. Kompres air hangat jika payudara nyeri dan kompres air dingin jika payudara bengkak
- d. Lakukan dan latih klien serta keluarga mengenai pijat oksitosin dan breastcare
- e. Berikan pendidikan kesehatan tentang asi eksklusif
- f. Latih cara menyusui yang baik dan benar

Pelaksanaan Keperawatan

Rabu, 06 Maret 2019

Pukul 19.00 WIB identifikasi payudara RS:-, RO: payudara bersih, aerola berwarna coklat tua, puting tidak lecet. **Pukul 19.10 WIB** mengobservasi pengeluaran ASI RS: klien mengatakan ASI belum keluar, RO: payudara terasa keras, puting exverted ASI belum

keluar. **Pukul 19.30 WIB** melakukan breastcare RS: klien mengatakan payudara tidak terlalu keras, RO: payudara klien tidak teraba keras lagi, ASI belum keluar. **Pukul 20.00 WIB** mengajarkan ibu teknik menyusui RS: klien mengatakan belum bisa menyusui dengan posisi yang nyaman, masih merasa nyeri, RO: menyusui masih dibantu, posisi menyusui belum tepat, hidung dan dagu bayi belum menempel dengan payudara.

Evaluasi keperawatan

Jumat, 08 Maret 2019

Pukul 15.00 WIB

S: Klien mengatakan ASI sudah banyak keluar, bayinya sudah tidak sulit dibangunin ketika ingin diberikan ASI, pemberian ASI 2 jam sekali.

O: ASI sudah keluar, payudara tidak bengkak, posisi menyusui sudah tepat, klien sudah mampu melakukan perawatan payudara secara mandiri

A: Tujuan tercapai, masalah teratasi

P: Tindakan keperawatan dihentikan.

5. Defisit pengetahuan; perawatan bayi berhubungan kurang terpapar informasi ditandai dengan klien mengatakan belum bisa melakukan perawatan bayi dan masih takut, klien mengatakan belum ada pengalaman untuk merawat bayi, saat ditanya mengenai perawatan bayi seperti memandikan klien bingung, bedongan yang digunakan bayi tidak rapih.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pengetahuan klien bertambah dan klien dapat melakukan perawatan pada bayinya.

Kriteria Hasil : Klien mampu melakukan perawatan bayi seperti: memandikan bayi secara mandiri, klien sudah paham cara memakaikan kain bedong supaya rapih, sesampainya di rumah klien mampu merawat bayinya secara mandiri

Pencanaan Keperawatan

- a. Pantau kemampuan klien dalam melakukan perawatan diri kepada bayinya.
- b. Bantu klien memandikan bayinya dan melakukan perawatan pada bayi
- c. Berikan penyuluhan tentang cara memandikan bayi yang benar
- d. Ajarkan klien teknik membedong bayi

Pelaksanaan Keperawatan

Rabu, 06 Maret 2019

Pukul 20.00 WIB

mengobservasi kemampuan klien dalam melakukan perawatan bayinyan RS: klien mengatakan belum mampu merawat bayinya karena nyeri sangat menyiksa, RO: klien meringis.

Evaluasi keperawatan

Jumat, 08 Maret 2019

Pukul 15.00 WIB

S: Klien mengatakan untuk memandikan bayinya masih takut dan masih takut karena masih merasa nyeri, mengatakan sudah paham cara memandikan bayi dan

memasang bedong pada bayinya.

O: Bedongan bayi rapi, klien belum mampu memandikan bayinya secara mandiri.

A: Tujuan tercapai sebagian, masalah belum teratasi

P :Tindakan keperawatan dilanjutkan (dengan melibatkan keluarga untuk memantau dan membantunya).

6. Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif ditandai dengan terdapat luka bekas operasi di abdomen bagian bawah, terpasang infus dan kateter

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi tanda-tanda infeksi

Kriteria Hasil : Suhu tubuh normal ($36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$), tidak ada tanda infeksi pada luka bekas operasi, pada area pemasangan infus, pada area pemasangan kateter seperti : kemerahan, bengkak, nyeri, panas dan gangguan fungsi), leukosit normal (3.60 - $11.00/\mu\text{L}$).

Perencanaan Keperawatan

Mandiri:

- a. Pantau TTV
- b. Pantau adanya tanda-tanda infeksi di tempat penusukan infus dan kateter
- c. Observasi tanda-tanda infeksi di area luka operasi
- d. Kaji faktor yang menyebabkan infeksi pada luka operasi
- e. Pertahankan teknik aseptik
- f. Lakukan perineal hygiene
- g. Ganti balutan luka operasi
- h. Melakukan perawatan pemasangan kateter

Kolaborasi :

- i. Pemberian obat Ceftriaxone 2x1gram

Pelaksanaan Keperawatan

Rabu, 06 Maret 2019

Pukul 18.05 WIB mengukur tanda-tanda vital RS-, RO: TD: 130/90 mmhg, N:100x/menit, RR:18x/menit, S: 36,7°C. **Pukul 19.00 WIB** memberikan obat ceftriaxone RS:-, RO: obat ceftriaxone dosis 1 gram telah diberikan melalui IV bolus.

Pukul 21.00 WIB observasi area

pemasangan infus dan kateter RS: klien mengatakan tidak nyaman karena dipasang selang pipis, RO: tidak ada tanda-tanda infeksi (kemerahan, bengkak, kemerahan, panas dan gangguan fungsi). **Pukul 05.30 WIB** melakukan perineal hygiene RS:-, RO: lokhea berwarna merah terang, ½ pampers terisi lokhea, tidak berbau (bidan ruangan). **Pukul 07.00 WIB** memberikan obat ceftriaxone RS:-, RO: obat ceftriaxone dosis 1 gram telah diberikan melalui IV bolus (bidan ruangan).

Evaluasi keperawatan

Jumat, 08 Maret 2019

Pukul 15.00 WIB

S : Klien mengatakan nyaman setelah selang pipis dilepas.

O: Tidak ada tanda-tanda infeksi (kemerahan, nyeri, panas, bengkak dan gangguan fungsi) pada area luka operasi, tidak ada rembesan pada luka operasi, S: 36,5°C, lokhea tidak bau.

A: Tujuan tercapai, masalah teratasi

P:Tindakan keperawatan dilanjutkan dirumah dibantu oleh keluarga seperti : mengobservasi tanda infeksi pada luka operasi, pengeluaran lochea (berbau atau tidak, warna, jumlah pengeluaran), mempertahankan teknik aseptik).

Operasi. Yogyakarta : Nuha Medika

Lowdermilk, dkk. (2013). *Keperawatan Maternitas Edisi 8*. Jakarta: Salemba Medika

Manuaba, IBG. (2009). *Buku Ajar Patologi Obstetri untuk mahasiswa Kebidanan*, Jakarta: EGC.

Mitayani. (2013). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Salemba Medika.

Nugroho, Taufan. (2010). *Patologi Kebidanan*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Oxorn dan Forte. (2010). *Ilmu Kebidana: Patologi & Fisiologi Persalina*. Yogyakarta: CV Andi Offset.

Oxom. (2010). *Ilmu Kebidanan dan Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta: Yayasan Essentia Medica.

Potte, Perry. (2010). *Fundamental Keperawatan*. Jakarta : EGC

Prawirohardjo, Sarwono. (2011). *Ilmu Kandungan*. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Prawirohardjo, Sarwono. (2009). *Ilmu Kandungan*. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Rasjidi, Imam. (2009). *Manual Sectio Caesarea & Laparatomi Kelainan Adneksa Berdasarkan Evidence Based*. Jakarta : Sagung Setio.

Reeder, Martin dkk. (2011). *Keperawatan maternitas kesehatan wanita, & keluarga Edisi 18* . Jakarta: EGC

DAFTAR PUSTAKA

Amru, Sofian. (2012). *Rustam Mochtar Sinopsis Obstetri: Obstetri Operatif Obstetri*

Social. Edisi 3 Jilid 1&2. Jakarta: EGC

Amru, Sofian. (2015). *Rustam Mochtar Sinopsis Obstetri: Obstetri Fisiologi Obstetri Patologi*. Edisi 3 Jilid 1. Jakarta: EGC

Depkes RI. (2013). Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

Hamilton, PM. (2011). *Dasar-dasar keperawatan maternitas*. Edisi 6. Jakarta: EGC

Hutahean, Serri. (2009). *Asuhan Keperawatan Maternitas dan Ginekologi*. Jakarta : TIM

Jitowiyono, S dan Kristiyanasari, W. (2010). *Asuhan keperawatan Post*

Reny, Yuli. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas. Aplikasi NANDA, NIC, dan NOC*, Jakarta: Trans Info Media

RSUD Pasar Rebo. (2018). *Data Prevalensi Persalinan Letak Sungsang*. Jakarta

TIM POKJA SDKI PPNI. (2017). *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI

TIM POKJA SIKI PPNI. (2018). *Sumber Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI

Wilkinson, Judith M. (2017). *Diagnosis Keperawatan*. Edisi 10. Jakarta : EGC