

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN DIAGNOSA
MEDIS POST SECTIO CAESARIA DENGAN INDIKASI
LETAK SUNGSANG DI RUANG NIFAS
RSUD BANGIL**



Oleh:

AISYAH DWI ANGGRAINI

NIM. 1601036

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2019**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN DIAGNOSA
MEDIS POST SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI
LETAK SUNGSANG DI RUANG NIFAS
RSUD BANGIL**

**Sebagai Prasyarat untuk Memperoleh Gelar
Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)
Di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo**



Oleh:

AISYAH DWI ANGGRAINI

NIM. 1601036

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO**

2019

SURAT PERNYATAAN

YANG BERTANDA TANGAN DI BAWAH INI :

Nama : Aisyah Dwi Anggraini
NIM : 1601036
Tempat, Tanggal, Lahir : Sidoarjo, 23 Juni 1998
Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN DIAGNOSA MEDIS POST SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI LETAK SUNGSANG DI RUANG NIFAS RSUD BANGIL**” adalah bukan Karya Tulis Ilmiah yang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan in tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Sidoarjo, 27 Mei 2019

Yang menyatakan,

Aisyah Dwi Anggraini

NIM 1601036

Mengetahui,

Pembimbing I

Pembimbing II

Ns. MarlitaDewi Lestari, S.Kep.,M.Kes

NIDN. 0709038372

Ns. KusumaWijayaRidi Putra, S.Kep.,MNS

NIDN. 0731108603

LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Aisyah Dwi Anggraini

Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN DIAGNOSA
MEDIS POST SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI LETAK
SUNGSANG DI RUANG NIFAS RSUD BANGIL

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada
tanggal 20 Juni 2019

Oleh :

Pembimbing I

Pembimbing II

Ns. MarlitaDewi Lestari, S.Kep.,M.Kes

NIDN. 0709038372

Ns. KusumaWijayaRidi Putra, S.Kep.,MNS

NIDN. 0731108603

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Agus Sulistyowati, S.Kep.,M.Kes

NIDN. 0703087801

HALAMAN PENGESAHAN

Setelah diuji dan disetujui oleh Tim penguji Karya Tulis Ilmiah pada sidang di program D3 Keperawatan Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Tanggal : 20 Juni 2019

TIM PENGUJI

Tanda Tangan

Ketua : Ns. Faida Annisa ,S.Kep.,MNS ()

Anggota : 1. Ns. Marlita Dewi Lestari, M.Kes ()

2. Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.Kep.,MNS ()

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

Agus Sulistyowati, S.Kep, M.Kes
NIDN. 0703087801

MOTTO

^^Tugas kita bukanlah untuk berhasil. Tugas kita adalah untuk mencoba, Karena di dalam mencoba itulah kita dapat Membangun kesempatan untuk berhasil dan meraih apa yang belum kita capai agar kelak bisa kita kenang untuk kehidupan yang lebih baik lagi ^^

-aisyah,d.a

PERSEMBAHAN

Tiada yang maha pengasih dan maha penyayang selain engkau ya Allah Syukur Alhamdulillah berkat rahmat dan ridhamu ya Allah, saya bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Dan Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan untuk :

1. Kedua orang tua ku yang tercinta, Alm. Ayah Sugeng dan Ibunda Endang Siswati. Terimakasih yang tak terhingga atas semua doa dan dukungan baik semangat maupun dukungan material selama ini yang tak akan bisa ku balas. Terimakasih atas kesabaran dalam menghadapi segala keluhanku dan perjuangan ku selama ini sampai saya bisa menyelesaikan Diploma tiga keperawatan. Dan maaf belum bisa membahagiakan dan membanggakan Ibunda dan terlebih lagi Ayah yang sudah lebih dulu dipanggil berada di surganya.
2. Untuk kedua dosen pembimbing ibu Ns. Marlita Dewi Lestari S.Kep., M.Kes dan bapak Ns. KusumaWijayaRidi Putra, S.Kep.,MNS terimakasih atas kesabarannya dalam membimbing saya menyelesaikan tugas akhir saya ini dengan lancar tanpa ada halangan apapun. Terimakasih untuk para dosen dan staf Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo yang telah memberi saya banyak ilmu dan pengalam untuk kedepannya nanti dan memberi banyak kenangan yang tak akan saya lupakan.
3. Terimakasih yang ketiga saya ungkapkan untuk orang-orang terdekat saya selama ini yaitu teman-teman saya SMA yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu namanya. Terimakasih sudah ikut serta membantu dalam

proses tugas akhir saya baik berupa dukungan, motivasi dan pinjaman laptopnya (hehe). Dan untuk caca (motor saya) yang sudah menemani saya kemanapun selama ini baik itu waktu praktek konsul dan waktu revisi.

4. Terimakasih yang terakhir untuk teman-teman yang mulai menemani saya dari awal ospek hingga sekarang di akhir tugas ini meskipun dari awal teman yang silih berganti dan sebagaimana namanya tidak bisa saya sebutkan satu persatu. Terimakasih atas kenangan suka maupun duka selama ini. Tetap semangat semuanya karna gerbang kehidupan yang sesungguhnya baru akan dimulai. SEE YOU ON TOP ALL. GOOD LUCK FOR EVERYTHING. <3

KATA PENGANTAR

Syukur Puji Tuhan Penulis panjatkan Kehadirat Tuhan YME yang telah melimpahkan rahmat, anugerah serta berkatnya sehingga dapat menyelesaikan Proposal dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN DIAGNOSA MEDIS POST SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI LETAK SUNGSANG DI RUANG NIFAS RSUD BANGIL”** ini dengan tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam menyelesaikan Program D3 Keperawatan diAkademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu saya mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Tuhan YME yang telah memberikan kesehatan sehingga bias menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Orang Tua yang telah memberikan dukungan baik moril maupun materil selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Agus Sulistyowati, S.Kep.,M.Kes, selaku Direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia.
4. Ns. Marlita Dewi Lestari, S.Kep.,M.Kes selaku Pembimbing 1 dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
5. Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.Kep.,MNS selaku Pembimbing 2 dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah.
6. Responden
7. Pihak-pihak yang turut berjasa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis sadar bahwa Karya Tulis Ilmiah ini belum mencapai kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan, penulis akan berterima kasih apabila para pembaca berkenan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritikan maupun saran demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Sidoarjo, 27 Mei 2019

Aisyah Dwi Anggraini
NIM 1601036

DAFTAR ISI

Sampul Depan	
Sampul Dalam fan Persyaratan Gelar	i
Surat Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Halaman Pengesahan	iv
Motto	v
Persembahan	vi
Kata Pengantar	vii
Daftar Isi	ix
Daftar tabel.....	xi
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Lampiran	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Umum dan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.5 Metode Penulisan	7
1.6 Sistematika Penulisan	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar	10
2.1.1 Defenisi	10
2.1.2 Etiologi	10
2.1.3 Manifestasi Klinis	11
2.1.4 Komplikasi	12
2.1.5 Pemeriksaan penunjang.....	13
2.1.6 Pencegahan.....	13
2.1.7 Penatalaksanaan	13
2.1.8 Dampak masalah	14
2.2 Konsep Dasar Letak Sungsang.....	14
2.2.1 Definisi	14
2.2.2 Klasifikasi	14
2.2.3 Etiologi.....	15
2.2.4 Manifestasi Klinis	16
2.2.5 Patofisiologi	17
2.2.6 Diagnosa Banding	17

2.2.7 Komplikasi	17
2.2.8 Pemeriksaan penunjang.....	18
2.2.9 Pencegahan.....	19
2.2.10 Penatalaksanaan	19
2.3 Asuhan Keperawatan	21
2.3.1 Pengkajian	21
2.3.2 Diagnosa keperawatan	25
2.3.3 Perencanaan.....	26
2.3.4 Pelaksanaan.....	30
2.3.5 Evaluasi	31
2.4 Kerangka Masalah.....	32
 BAB 3 TINJAUAN KASUS	
3.1 Pengkajian	39
3.2 Analisa data.....	54
3.3 Diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah.....	58
3.4 Rencana tindakan keperawatan	59
3.5 Implementasi keperawatan.....	63
3.6 Catatan perkembangan	68
3.7 Evaluasi keperawatan.....	74
 BAB 4 PEMBAHASAN	
4.1 Pengkajian	77
4.2 Diagnosa keperawatan	80
4.3 Intervensi	81
4.4 Implementasi	86
4.5 Evaluasi	88
 BAB 5 PENUTUP	
5.1 Simpulan	90
5.2 Saran.....	91
 DAFTAR PUSTAKA	93
 LAMPIRAN.....	94

DAFTAR TABEL

<u>No.Tabel</u>	<u>Judul Tabel</u>	<u>Halaman</u>
Tabel 2.1	Perencanaanpada post operasi caesaria	26
Tabel 3.1	Data penunjang pada klien dengan diagnosa medis post sectio caesarea atas indkasi letak sungsang.....	52
Tabel 3.2	Analisa data pada klien dengan diagnosa medis post sectio caesarea atas indkasi letak sungsang.....	54
Tabel 3.3	Rencana tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis post sectio caesarea atas indkasi letak sungsang.....	59
Tabel 3.4	Implementasi keperawatan pada klien dengan diagnosa medis post sectio caesarea atas indkasi letak sungsang.....	63
Tabel 3.5	Catatan perkembangan pada klien dengan diagnosa medis post sectio caesarea atas indkasi letak sungsang.....	68
Tabel 3.6	Evaluasi keperawatan pada klien dengan diagnosa medis post sectio caesarea atas indkasi letak sungsang.....	74

DAFTAR GAMBAR

<u>No.Gambar</u>	<u>Judul Gambar</u>	<u>Halaman</u>
Gambar 2.1	Kerangka Masalah	32
Gambar 3.1	Genogram keluarga Ny.S.....	41

DAFTAR LAMPIRAN

<u>No.Lampiran</u>	<u>Judul Lampiran</u>	<u>Halaman</u>
Lampiran 1 Surat Ijin Pengambilan Studi Pendahuluan.....		95
Lampiran 2 Surat Balasan Studi Pendahuluan.....		96
Lampiran 3 Informed Consent.....		97
Lampiran 4 SAP Penyuluhan.....		98
Lampiran 5 leaflet Penyuluhan.....		110
Lampiran 6 Lembar Konsultasi.....		

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sectio caesaria adalah suatu 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 (Wiknjosastro, 2005). Letak sungsang merupakan letak membujur dengan kepala janin difundus uteri (Manuaba, 2008). Pada ibu hamil dengan letak sungsang di tambah lagi dengan indikasi SC, kehamilan dengan cukup bulan dan taksiran berat janin besar maka untuk ibu dianjurkan agar melakukan operasi *sectio caesaria*. Namun dewasa ini *section caesaria* jauh lebih aman dari pada dulu berkat kemajuan dalam antibiotika, anestesi dan teknik yang lebih sempurna. Di tambah lagi dengan perkembangan ilmu pengetahuan kedokteran makin berkembang terutama bidang kandungan. Banyak penanganan yang dapat dilakukan pada ibu yang mengalami kelainan letak anak salah satunya yaitu melakukan *sectio caesaria*. Kehamilan bagi seorang wanita merupakan hal yang paling dinantikan oleh pasangan suami istri. Kebanyakan ibu hamil yang mengalami kehamilan letak sungsang bahwa kehamilannya terasa lain yaitu perut terasa penuh di bagian atas dan gerakan bayi terasa di bagian bawah. Hal ini membuat ibu hamil tidak nyaman. Ibu hamil dengan posisi bayi sungsang umumnya juga disarankan untuk melakukan pijat perut untuk memutar posisi bayi. Padahal memijat perut saat hamil justru akan membuat ibu beresiko besar mengalami perdarahan. Sedangkan si bayi beresiko mengalami masalah lain seperti terlilit tali pusar, pecah ketuban, dan lain-lainnya (Ardiansyah,

2015). Yang dilakukan masyarakat ketika mengalami hamil sungsang adalah melakukan sujud atau secara tidak langsung melakukan sujud ketika sholat hal ini bertujuan agar posisi bayi yang semula kepala berada di atas sedangkan kaki berada dibawah dengan dilakukannya sujud diharapkan posisi bayi dapat berubah yaitu posisi kepala berada di bawah sedangkan kaki berada di atas. Kehamilan letak sungsang menurut mereka sudah biasa dan tidak dianggap membahayakan, padahal jika tidak dilakukannya penanganan yang baik pada kehamilan letak sungsang bisa membahayakan nyawa ibu dan bayinya (Mufdlilah, 2009).

Menurut data WHO angka persalinan *sectio caesaria* di dunia terus meningkat. Berdasarkan hasil survey WHO di tiga benua yaitu Amerika latin, Afrika, dan Asia diketahui angka kejadian *sectio caesaria* terendah diangka yaitu 2,3% dan tertinggi di Cina angka persalinan *sectio caesaria* sebesar 46,2% demikian juga angka persalinan di Asia meningkat tajam. Di Cina angka persalinan *sectio caesaria* pada tahun 2011 meningkat tajam menjadi 36,3%. Di Indonesia angka persalinan *sectio caesaria* meningkat sangat tajam terutama di kota-kota besar. Berdasarkan data riskesda tahun 2010 menunjukkan angka kejadian *sectio caesaria* sebesar 15,3%. Terendah di Sulawesi Tenggara 5,5% dan tertinggi di DKI Jakarta 27,2%. Persalinan caesari yang dilakukan berdasarkan indikasi bayi , indikasi ibu dan adanya penyakit penyerta. Berdasarkan indikasi bayi diketahui lebih dari separuh (52,3%) persalinan caesaria elektif dilakukan karena letak sungsang/ malposisi (Riskesda, 2010). Di RSUD Bangil Pasuruan jumlah klien yang mengalami post SC dengan indikasi letak sungsang pada bulan juli 2018 sebanyak 16

kasus, agustus 2018 16 kasus, September 2018 12 kasus. Dari bulan juli sampai September 2018 mencapai 16,7%.

Menurut Wiknjosastro (2007) penyebab terjadinya persentase bokong adalah dari factor ibu yaitu persentasi bokong disebabkan oleh multiparitas, plasenta previa, dan panggul sempit dari factor janin yaitu hidrosefalus atau anensefalus, gemeli, hidrarnion atau oligohidramnion, prematuritas. Melihat tingginya kasus letak sungsang tersebut merupakan salah satu masalah yang cukup penting mrngingat resikonya pada saat persalinan cukup besar dan dapat mengakibatkan nyawa ibu dan bayinya dalam bahaya seperti akan mengakibatkan asfiksia janin, dapat menjadi infeksi. Sehingga perlu dilakukan operasi sesar. Namun operasi sesar bukan berarti tidak punya dampak. Dampak operasi sesar adalah rentan terkena infeksi, pemulihan pasca operasi *caesaria relative* lama dibandingkan persalinan normal yaitu sekitar 3 bulan, dapat mengalami rahim pecah (*uterine rupture*) perempuan yang sering melakukan operasi sesar memiliki resiko lebih besar terkena kondisi pecahnya rahim. Hal ini disebabkan karena bekas luka di rahim rentan untuk robek/hancur (Manuaba, 2008).

Konsep solusi yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ini adalah ibu hamil yang mengalami bedah caesaria akibat letak sungsang harus diberikan perawatan dan pengawasan yang intensive. Dari sinilah peran perawat sangat diperlukan. Perawat harus mampu memberikan perawatan yang komprehensif, berkesinambungan, teliti dan penuh kesabaran. Perawat juga dapat memberikan penyuluhan pada ibu post SC dengan indikasi letak sungsang yaitu memberikan *health education* tentang perawatan luka post SC

dengan cara menggunakan obside (plester anti air) untuk mandi agar tidak basah, memperbanyak konsumsi yang mengandung protein tinggi seperti mengonsumsi ikan kutuk, mengonsumsi putih telur hal ini bertujuan untuk mempercepat proses penyembuhan luka post operasi (Wiknjosastro, 2005).

1. 2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan post SC dengan indikasi letak sungsang dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa post SC dengan indikasi letak sungsang di ruang nifas RSUD Bangil.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa post SC dengan indikasi letak sungsang di ruang nifas RSUD Bangil.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengkaji asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa post SC dengan indikasi letak sungsang di ruang nifas RSUD Bangil.

1.3.2.2 Merumuskan diagnose keperawatan pada klien dengan diagnosa post SC dengan indikasi letak sungsang di ruang nifas RSUD Bangil.

1.3.2.3 Merencanakan tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosa post SC dengan indikasi letak sungsang di ruang nifas RSUD Bangil.

1.3.2.4 Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosa post SC dengan indikasi letak sungsang di ruang nifas RSUD Bangil.

1.3.2.5 Mengevaluasi tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosa post SC dengan indikasi letak sungsang di ruang nifas RSUD Bangil.

1.3.2.6 Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa post SC dengan indikasi letak sungsang di ruang nifas RSUD Bangil.

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat member manfaat :

1.4.1 Akademis, hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa post SC dengan indikasi letak sungsang di ruang nifas RSUD Bangil.

1.4.2 Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

1.4.2.1 Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan RS agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa post SC dengan indikasi letak sungsang dengan baik.

1.4.2.2 Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa post SC dengan indikasi letak sungsang.

1.4.2.3 Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa post SC dengan indikasi letak sungsang.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1.5.2.1 Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain

1.5.2.2 Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan dari klien

1.5.2.3 Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya

1.5.3 Sumber Data

1.5.3.1 Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien

1.5.3.2 Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medic perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi keoustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1.6.1 Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi

1.6.2 Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

Bab 1 : pendahuluan, berisi latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, sistematika penulisan studi kasus

Bab 2 : tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnose Hematemesis Melena serta kerangka masalah

Bab 3 : tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

Bab 4 : pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan

Bab 5 : penutup, berisi tentang simpulan dan saran

1.6.3 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep dan asuhan keperawatan post sc dengan indikasi letak sungsang. Konsep ini akan diuraikan definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada post sc dengan indikasi letak sungsang dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

2.1 Konsep Dasar Sectio Caesarea

2.1.1 Definisi

Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Nanda, 2015). *Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Wiknjastro, 2005).

2.1.2 Etiologi

2.1.2.1 Etiologi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan letak, primi para tua disertai letak kelainan letak ada, *dispropopsi sevalo pelvic* (dispropopsi janin / panggul), dan sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, *solusio plasenta*. Komplikasi

kehamilan yaitu preeklamsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovary, mioma uteri, dan sebagainya).

2.1.2.2 Etiologi yang berasal dari janin

Fetal distress / gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Nanda, 2015).

2.1.3 Manifestasi Klinis

2.1.3.1 Plasenta previa sentralis dan lateralis

2.1.3.2 Panggul sempit

2.1.3.3 Disporsi sefalopelvik : yaitu ketidakseimbangan antara ukuran kepala dan ukuran panggul

2.1.3.4 Rupture uteri mengancam

2.1.3.5 Partus lama (*prolonged labor*)

2.1.3.6 Partus tak maju (*obstruktec labor*)

2.1.3.7 Distosia serviks

2.1.3.8 Pre-eklamsia dan hipertensi

2.1.3.9 Mal presentasi janin

1) Letak lintang

- 2) Letak bokong
- 3) Presentasi dahi dan muka (letak defleksi)
- 4) Persentasi rankap jika posisi tidak berhasil
- 5) Gameli (Nanda, 2015).

2.1.4 Komplikasi

2.1.4.1 Infeksi puerperal (nifas)

Komplikasi ini bersifat ringan, seperti kenaikan suhu tubuh beberapa hari dalam masa nifas, atau bersifat berat, seperti teritonitis, sepsis, dan sebagainya. Infeksi poscooperatif terjadi apabila sebelum pembedahan sudah ada didalam gejala infeksi intrapartum, atau ada faktor-faktor yang merupakan predisposisi terhadap kelainan itu (partus lama khususnya setelah ketuban pecah, tindakan vaginal sebelumnya). Bahaya infeksi sangat diperkecil dengan pemberian antibiotika, akan tetapi tidak dapat dihilangkan sama sekali terutama *sectio caesarea* klasik dalam hal ini lebih berbahaya dari pada *sectio caesarea transperitonealis profunda*.

2.1.4.2 Perdarahan

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang *arteria uterine* ikut terbuka, atau karena atonia uteri.

2.1.4.3 Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kencing, embolisme pau-paru dan sebagainya sangat jarang terjadi.

2.1.4.4 Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak, ialah kurang kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi reapture uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah *sectio caesaria* klasik (Sarwono, 2005).

2.1.5 Pemeriksaan penunjang

2.1.5.1 Pemantauan janin terhadap kesehatan janin

2.1.5.2 Pemantauan EKG

2.1.5.3 Elektrolit

2.1.5.4 Hemaglobin / hematokrit

Untuk mengkaji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan.

2.1.5.6 Golongan darah

2.1.5.6 Urinalisis (Nanda, 2015).

2.1.6 Pencegahan

Cara pencegahan yang dilakukan adalah untuk mengatasimya agar tidak mengalami *sectio caesaria* adalah dengan latihan senam hamil yang teratur dapat dijaga kondisi otot-otot dan persendian yang berperan dalam proses mekanisme persalinan (Sarwono, 2005).

2.1.7 Penatalaksanaan

2.1.7.1 Perdarahan dari vagina harus dipantau dengan cermat

2.1.7.2 Fundus uteri harus sering dipalpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap berkontraksi dengan kuat

2.1.7.3 Pemberian analgesik dan antibiotik

2.1.7.4 Periksa aliran darah uterus paling sedikit 30ml/jam

2.1.7.5 Pemberian cairan intravaskuler 3liter cairan biasanya memadai untuk 24jam pertama setelah pembedahan

2.1.7.6 Ambulasi satu hari setelah pembedahan klien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan orang lain (Prawiroardjo, 2007).

2.1.8 Dampak masalah

Dampak masalah yang terjadi pada operasi sesar adala dapat mengakibatkan perdarahan, infksi puerperal (nifas), luka kandung kemih, emboli paru dan sebagainya sangat jarang terjadi (Sarwono, 2005).

2.2 Konsep Dasar Letak Sungsang

2.2.1 Definisi

Letak sungsang merupakan letak membujur dengan kepala janin difundus uteri (Manuaba, 2008). Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang (membujur) dengan kepala berada difundus dan bokong dibawah kavum uteri (Wiknjosastro, 2005).

2.2.2 Klasifikasi letak sungsang

Klasifikasi presentasi bokong menurut (Liu, 2008) adalah :

2.2.2.1 Ekstensi (*frank breech*)

Posisi ini paling sering ditemukan yang terjadi sebesar 75% kejadian persentasi bokong pada primigravida dan 50% pada multigravida. Penempelan yang baik pada serviks mungkin dilakukan tetapi tungkai yang ekstensi dapat membebat janin yang menghambat fleksi lateral tubuh, kelahiran tungkai memerlukan bantuan.

2.2.2.2 Presentasi bokong sempurna (*complete breech*)

Terjadi terutama pada ibu multigravida dengan diameter pelviks baik atau pada geltasi multipel terdapat resiko prolaps tali pusat. Proses persalinan secara spontan atau melalui ekstermitas bawah yang mudah mungkin dapat dilakukan.

2.2.2.3 Presentasi bokong tidak sempurna (*incomplete breech*)

Presentasi ini jarang terjadi, terdapat penempelan yang buruk pada serviks sehingga memiliki resiko yang lebih tinggi terjadinya prolaps tali pusat. Presentasi ini dapat mengindikasikan kesulitan dalam penurunan sehingga direkomendasikan kelahiran dengan *sectio caesaria*.

2.2.3 Etiologi

Menurut Wiknjastro (2007) penyebab terjadinya presentasi bokong adalah :

2.2.3.1 Dari faktor ibu

Presentasi bokong disebabkan oleh multiparitas, plasenta previa, dan panggul sempit.

2.2.3.2 Dari faktor janin

- 1) Hidrosefalus atau Anensefalus
- 2) Gameli
- 3) Hidramnion atau Oligrohidramnion
- 4) Prematuritas

2.2.4 Manifestasi klinis

Menurut Bratakoesoema (2005) tanda dan gejala yang harus diwaspadai adalah :

2.2.4.1 Pergerakan anak terasa oleh ibu dibagian perut bawah, dibawah pusat dan ibu seling mengeluh merasa benda keras (kepala) mendesak tulang iga.

2.2.4.2 Merasa kesakitan (*kicking*) diarea serviks atau rectal.

2.2.4.3 Pada primigravida tidak merasakan janin turun sebelum pemulaan kelahiran.

2.2.4.4 Pada palpasi akan teraba bagian keras, bundar dan melenting pada fundus uteri. Punggung anak dapat teraba salah satu sisi perut dan bagian-bagian kecil pada pihak berlawanan. Diatas simpisis teraba bagian yang kurang bundar dan lunak.

2.2.4.5 Bunyi jantung terdengar pada punggung anak setinggi pusat.

2.2.4.6 Pemeriksaan vagina biasanya akan menggambarkan bagian terendah tidak mengalami enaded dan terasa lembut tanpa garis sutura atau fontanel

2.2.5 Patofisiologi

Letak janin dalam uterus bergantung pada proses adaptasi janin terhadap ruangan dalam uterus. Pada kehamilan sampai kurang lebih 32 minggu, jumlah air ketuban relatif lebih banyak, sehingga memungkinkan janin bergerak dengan leluasa. Dengan demikian janin dapat menempatkan diri dalam presentasi kepala, letak sungsang atau letak lintang. Ada kehamilan triwulan terakhir janin tumbuh dengan cepat dan jumlah air ketuban relatif berkurang. Karena bokong dengan kedua tungkai terlipat lebih besar daripada kepala, maka bokong dipaksa untuk menempati ruang yang lebih kecil disegmen bawah uterus. Dengan demikian dapat dimenerti mengapa pada kehamilan belum cukup bulan, frekuensi letak sungsang lebih tinggi, sedangkan pada kehamilan cukup bulan janin sebagian besar ditemukan dalam presentasi kepala (Winkjosastro, 2007).

2.2.6 Diagnosa banding

Kehamilan dengan letak sungsang dapat didiagnosis dengan kehamilan dengan letak muka. Pada pemeriksaan fisik dengan palpasi leopard masih ditemukan kemiripan. Ini dibedakan dari pemeriksaan dalam yakni pada letak sungsang akan didapatkan jari yang dimasukkan kedalam anus mengalami rintangan otot dan anus dengan teberosis iski sesuai aris lurus. Pada letak muka, jari masuk mulut dan tulang pipi membentuk segitiga. Sedangkan dengan USG atau rontgen sangatlah dapat dibedakan.

2.2.7 Komplikasi

Menurut Rukiya dan Yulianti (2010), komplikasi presentasi bokong meliputi :

2.2.7.1 Bagi ibu

- 1) Robekan perileum lebih besar
- 2) Jika terjadi ketuban pecah dini dapat terjadi partus lama
- 3) Infeksi

2.2.7.2 Bagi janin

Ada gangguan peredaran darah plasenta setelah bokong dan perut lahir karena tali pusat terjepit.

2.2.8 Pemeriksaan penunjang

2.2.8.1 Anamnesa

Pergerakan anak terasa teraba ole ibu bagian perut bawah, ibu sering merasa ada benda keras yang mendesak tulang iga dan rasa nyeri pada tulang iga karena kepala janin.

2.2.8.2 Palpasi

Teraba bagian keras, bundar dan melenting pada fundus. Punggung dapat teraba pada salah satu sisi perut bagian kecil pada sisi yang berlawanan diatas simpisis teraba bagian yang kurang bundar dan lunak.

2.2.8.3 Auskultasi

Denyut jantung janin (DJJ) sepusat atau ditemukan paling jelas pada tempat yang lebih tinggi (sejajar atau lebih tinggi dari pusat).

2.2.8.4 Vagina toucher

Terbagi 3 tonjolan tulang yaitu tubera os ischii dan ujung os sacrum, anus genitalia anak jika edema tidak terlalu besar dan dapat diraba.

2.2.8.5 Perbedaan antara letak sungsang dan kepala pada pemeriksaan

Jika anus posisi terendah makan akan teraba lubang kecil, tidak ada tulang, tidak mengisap jika persentasi kaki maka akan teraba patella dan popliteal. Pada persentasi mulut maka akan teraba hisapan dijari, teraba rahang dan lidah. Persentasi tangan dan siku: tersa jari panjang, tidak rata, patella (-) (Rukiyah dan Yulianti, 2010)

2.2.9 Pencegahan

Pencegahan agar bayi tidak sungsang dengan cara melakukan posisi knee chest yaitu dengan cara melakukan sujud atau secara tidak sengaja melakukan sujud ketika sholat, dilakukan pada kehamilan sekitar 7-8 bulan kemudian dilakukan 3-4kali sehari selama 10 menit (Mufdillah, 2009).

2.2.10 Penatalaksanaan

Mengingat bahaya-bahayanya, sebaiknya persalinan dalam letak sungsang harus dihindarkan. Untuk itu bila pada pemeriksaan antenatal dijumpai letak sungsang, terutama pada primigravida, hendaknya diusahakan untuk mengubah letak sungsang menjadi letak kepala, upaya-upaya tersebut menurut (Mufdillah, 2009) adalah :

1) Posisi *knee chest*

Memberikan posisi sungsang janin ke posisi presentase kepala secara ilmiah, dengan pertimbangan kepala lebih berat dari bokong sehingga dengan hukum alam akan menvara ke pintu atau panggul.

2) Persiapan alat

- (1) Lantai beralas
- (2) Satu bantal tipis

3) Pelaksanaan

(1) Sikap

Posisi tubuh tengkurap dengan bertumpu pada lutut dan lengan, rebahkan dada sampai menyentu lantai, kepala dimiringkan diatas bantal.

(2) Anjuran

- (1) Pada kehamilan sekitar 7-8 bulan
- (2) Dilakukan 3-4 kali sehari selama 10 menit, seminggu kemudian periksa ulang
- (3) Bila letak janin tidak berubah, posisi *knee chest* diulang, bila berhasil perut difiksasi (diikat) dengan gurita atau stagen agar posisi janin tidak berubah kembali.

2.2.11 Dampak masalah

Dampak masalah yang terjadi pada letak sungsang adalah akan ada gangguan pada peredaran darah plasenta setelah bokong dan perut lahir karena tali pusat terjepit, dapat terjadi infeksi pada ibu (Rukiyah dan Yulianti, 2010)

2.2.12 Perawatan Post Operasi *Sectio caesaria*

2.2.12.1 Analgesia

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

- 1) Wanita dengan ukuran tubuh kecil, dosis Meperidin yang diberikan adalah 50mg.
- 2) Wanita dengan ukuran besar, dosis yang lebih tepat adalah 100 mg Meperidin.
- 3) Obat-obatan antiemetik, misalnya protasin 25 mg biasanya diberikan bersamaan dengan pemberian preparat narkotik.

2.2.12.2 Tanda-tanda Vital

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

2.2.12.3 Terapi cairan dan Diet

Untuk pedoman umum, pemberian 3 liter larutan RL, terbukti sudah cukup selama pembedahan dan dalam 24 jam pertama berikutnya, meskipun demikian, jika output urine jauh di bawah 30 ml / jam, pasien harus segera di evaluasi kembali paling lambat pada hari kedua.

2.2.2.4 Vesika Urinarius dan Usus

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

2.2.12.5 Ambulasi

Pada hari pertama setelah pembedahan, pasien dengan bantuan perawatan dapat bangun dari tempat tidur sebentar, sekurang-kurang 2 kali pada hari kedua pasien dapat berjalan dengan pertolongan.

2.2.12.6 Perawatan Luka

Luka insisi di inspeksi setiap hari, sehingga pembalut luka yang alternatif ringan tanpa banyak plester sangat menguntungkan, secara normal jahitan kulit dapat diangkat setelah hari ke empat setelah pembedahan. Paling lambat hari ke tiga post partum, pasien dapat mandi tanpa membahayakan luka insisi.

2.2.12.7 Perawatan Payudara.

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi rasa nyeri.

2.2.12.8 Memulangkan Pasien Dari Rumah Sakit.

Seorang pasien yang baru melahirkan mungkin lebih aman bila diperbolehkan pulang dari rumah sakit pada hari ke empat dan ke lima post

operasi, aktivitas ibu seminggunya harus dibatasi hanya untuk perawatan bayinya dengan bantuan orang lain (Yopamungilar, 2012)

2.3 Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Menurut Prawirohardjo (2018) Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan dalam proses keperawatan, untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian tentang masalah-masalah klien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan. Keberhasilan proses keperawatan sangat bergantung. Pada tahap ini terbagi atas :

2.3.1.1 Pengumpulan Data

1) Identitas

Menurut Prawirohardjo (2018) Didalam identitas yang beresiko tinggi meliputi umur yaitu ibu yang mengalami kehamilan pertama dengan indikasi letak (primigravida), nama, tanggal lahir, alamat, no.RM, tanggal pengkajian.

2) Keluhan utama

Pasien post operasi biasanya mengeluh nyeri pada luka post SC (*sectio caesaria*)

3) Riwayat kesehatan sekarang

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit yang dirasakan setelah pasien operasi

4) Riwayat kesehatan dahulu

Apakah pasien pernah mengalami operasi sesar sebelumnya

5) Riwayat kesehatan keluarga

Adanya riwayat penyakit keluarga seperti penyakit DM, jantung, asma dari komplikasi tersebut akan dilakukan operasi sesar karena jika terjadi DM, jantung dan asma pasien akan mengalami

6) Riwayat perkawinan

Meliputi menikah sejak umur berapa dan berlangsung sudah berapa tahun pernikahannya tetapi ini tidak ada hubungannya dengan post SC yang akan dilakukan pada pasien

7) Riwayat kehamilan saat ini

Yaitu menghitung usia kehamilan dan tanggal tafsiran persalinan (HPHT), mengetahui perkiraan lahir bayi, apakah bayi lahir premature karena bayi *premature* merupakan factor predisposisi dari letak sungsang

8) Riwayat persalinan

Meliputi jenis persalinan yang pernah dialami (SC/normal) adanya perdarahan atau tidak

9) Riwayat gineologi

(1) Riwayat menstruasi

Meliputi menarche berapa siklus, berapa lama, haid pertama dan haid terakhir (HPHT)

(2) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas

Meliputi kehamilan beberapa anak beberapa , umur kehamilan berapa, ada penyulit atau tidak, penolong dalam persalinan, jenis persalinan SC atau normal, terdapat komplikasi nifas atau tidak

(3) Riwayat keluarga berencana

Apakah pernah melakukan KB sebelumnya, jenis kontrasepsinya apa, sejak kapan menggunakan kontrasepsi, apakah ada masalah saat menggunakan kontrasepsi

2.3.1.2 Pemeriksaan fisik

Menurut Prawirohardjo (2018) Pemeriksaan fisik adalah komponen pengkajian kesehatan yang bersifat obyektif yang dilakukan dengan cara melakukan pemeriksaan pada tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki dengan melihat keadaan pasien (inspeksi). Peraba suatu sistem atau organ yang hendak diperiksa (Palpasi) mengetuk suatu sistem atau organ (Perkusi), dan mendengar suatu sistem atau organ (Auskultasi).

1) Keadaan umum

Biasanya pada pasien post operasi keadaan umumnya lemah

2) Tanda-tanda vital meliputi pemeriksaan tekanan darah, suhu, pernafasan, nadi

3) *Breathing* (B1)

Inspeksi : bentuk dada simetris, pola nafas teratur, tidak ada retraksi dada, otot bantu nafas, frekuensi nafas, penggunaan alat bantu nafas

Palpasi : pemeriksaan vocal fremitus

Perkusi : sonor

Auskultasi : tidak ada suara nafas tambahan

4) *Blood* (B2)

Inspeksi : tidak mengalami sianosis, CRT

Palpasi : irama jantung teratur, tekanan darah bisa meningkat atau menurun

Perkusi : pekak

Auskultasi : bunyi jantung S1, S2 tunggal

5) *Brain* (B3)

Inspeksi : kesadaran *composmentis*, orientasi baik, *conjunctiva* merah muda, pupil isokor

Palpasi, Perkusi, Auskultasi : tidak ada masalah

6) *Bladder* (B4)

Inspeksi : menggunakan kateter, warna urine kuning kemerahan, berbau amis terdapat *lochea rubra* berwarna merah segar, sedikit kotor

Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada perkemihan

Perkusi : tidak ada

Auskultasi : tidak ada

7) *Bowel* (B5)

Inspeksi : mukosa bibir lembab, bibir normal,

Palpasi : kontraksi uterus bisa baik/tidak, terdapat nyeri tekan pada TFU 2 di atas pusat

Perkusi : abdomen tympani

Auskultasi : terjadi penurunan pada bising usus

8) *Bone* (B6)

Inspeksi : turgor kulit elastis, warna kulit sawo matang atau kuning langsung, tidak ada edema, kelemahan otot, tampak sulit bergerak, kebutuhan klien masih dibantu keluarga, payudara menonjol, aerola hitam, puting menonjol, terdapat luka post operasi masih dibalut, terdapat striae

Palpasi : akral hangat

Perkusi : reflek patella (+)

Auskultasi : tidak ada

2.3.2 Diagnosa keperawatan

Menurut Prawirohardjo (2018) Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan actual atau potrsial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat.

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontuinitas jaringan
- 2) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post op SC
- 3) Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan
- 4) Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri
- 5) Cemas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post partum
- 6) Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan pasien kurang pengetahuan tentang perawatan post op SC

2.3.3 Perencanaan

Intervensi / perencanaan adalah rencana tindakan dan rasional yang sengaja dibuat untuk kepentingan pasien atas dasar keputusan dokter atau perawat atau intervensi kolaboratif antar keduanya (Yopangumilar, 2012)

Menurut Prawirohardjo (2018) perencanaan yang dilakukan pada kasus section caesaria dengan indikasi Letak Sungsang yaitu :

Tabel 2.1 Perencanaan Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontuinitas jaringan

No.	Tujuan/Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	<p>Setelah dilakukan tindakan selama 1x24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang dengan</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. K/u baik 2. Ekspresi wajah tidak menyeringai 3. Keadaan luka membaik 4. Tidak terdapat nyeri tekan pada luka bekas operasi 5. Skala nyeri dapat berkurang 1-3 6. Pasien mampu menjelaskan kembali tentang nyeri 7. Pasien dapat mendemonstrasikan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya 2. observasi keluhan nyeri secara komprehensif termasuk lokasi 3. Beri penjelasan pada pasien tentang nyeri 4. Observasi pemeriksaan TTV 5. Mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi 6. Kolaborasi pemberian analgesic 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pasien kooperatif dalam tindakan 2. Pengkajian yang spesifik membantu memilih intervensi yang tepat 3. Untuk memberi pemahaman kepada pasien tentang nyeri 4. Untuk mengetahui keadaan umum pasien 5. Untuk mengurangi nyeri 6. Agar nyeri dapat berkurang

kembali teknik penurunan nyeri		
8. TD normal : 120/80		
Nadi dalam batas normal		

Tabel 2.2 Perencanaan Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post op SC

No.	Tujuan/Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
2.	Setelah dilakukan tindakan selama 1x24 jam diharapkan dapat melakukan mobilisasi dengan Kriteria hasil : 1. K/u baik 2. Klien dapat beraktifitas secara mandiri 3. Kekuatan otot 5,5,5,5	1.observasi kemampuan klien tentang mobilisasi 2. Anjurkan untuk melakukan gerakankaki pada saat tidur 3. Bantu klien untuk memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari 4. Evaluasi perkembangan kemampuan klien melakukan aktivitas	1. Untuk mengetahui tingkat kemandirian klien 2. Pemberian bantuan selama pengobatan dengan mengurangi rasa sakit dan kekuawatiran 3. Status darah dalam pembuluh peripheral memungkinkan klien untuk tromboflebitis 4. Menistirahatkan klien secara optimal, menilai kondisi umumnya

		5. Observasi kekuatan otot	5. mengembalikan mobilisasi pada pasien
--	--	----------------------------	---

Tabel 2.3 Perencanaan Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan

No.	Tujuan/Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
3.	<p>Setelah dilakukan tindakan selama 1x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi selama perawatan dengan</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>1. Tidak ada dari tanda-tanda infeksi</p> <p>2. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</p> <p>3. TD, Nadi, Suhu dalam batas normal</p>	<p>1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai klien lain</p> <p>2. Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</p> <p>3. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local</p> <p>4. Ajarkan cara perawatan luka</p> <p>5. Kolaborasi dalam pemberian antibiotic</p> <p>6. Observasi TTV</p>	<p>1. Agar resiko terkena infeksi lebih kecil</p> <p>2. Agar tidak terkena infeksi setelah dilakukan perawatan</p> <p>3. Agar tidak terjadi infeksi post operasi</p> <p>4. Agar tidak mengalami infeksi</p> <p>5. Untuk menobati infeksi</p> <p>6. Untuk mengetahui keadaan umum pasien</p>

Tabel 2.4 Perencanaan Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri

No.	Tujuan/Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
4.	Setelah dilakukan tindakan selama 1x24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang dengan Kriteria hasil : 1. Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8jam/ari 2. Pola tidur, kualitas dalam batas normal 3. Perasaan segar sesudah tidur/istirahat	1. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat 2. Ciptakan lingkungan yang nyaman 3. Monitor atau catat kebutuhan tidur klien setiap hari dan jam 4. Ajarkan teknik distraksi pada saat nyeri timbul ketika sedang tidur	1. Agar kebutuhan tidur dapat tercukupi 2. Agar dapat membuat rileks 3. Agar kebutuhan tidur adekuat 4. Untuk mengurangi nyeri

Tabel 2.5 Perencanaan Cemas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post partum

No.	Tujuan/Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
5.	Setelah dilakukan tindakan selama 1x24 jam diharapkan cemas dapat berkurang dengan Kriteria hasil : 1. klien mampu	1. Gunakan pendekatan yang menyenangkan 2. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama	1. Agar cemas pasien berkurang 2. Menambah pengetahuan klien dan mengurangi rasa

	<p>mengidentifikasi dan mengungkapkan dalam menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas</p> <p>2. Postur tubuh, ekspresi wajah dan tingkat kecemasan menunjukkan berkurangnya kecemasan</p>	<p>prosedur pemulihan</p> <p>3. Temani klien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut</p> <p>4. Identifikasi tingkat kecemasan</p> <p>5. Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi</p>	<p>takut</p> <p>3. Cemas dapat berkurang</p> <p>4. Untuk mengetahui tingkat kecemasan klien</p> <p>5. Relaksasi dapat mengurangi kecemasan</p>
--	---	---	--

Tabel 2.6 Perencanaan Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan pasien kurang pengetahuan tentang perawatan post op SC

No.	Tujuan/Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
6.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pasien pengetahuan pasien tentang post op SCnya meningkat dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p>	<p>1. Jelaskan prosedur post op SC pada pasien dengan cara yang tepat</p> <p>2. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi yang sekarang</p> <p>3. Diskusikan</p>	<p>1. Agar pasien mengetahui prosedur post op yang dilakukannya</p> <p>2. Agar pasien lebih mendapat informasi pengetahuannya</p> <p>3. Agar pasien bisa</p>

	<p>1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan</p> <p>2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan dengan benar</p> <p>3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya</p>	<p>perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi yang kemungkinan terjadi</p> <p>4. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan dengan cara yang tepat</p>	<p>merubah gya hidupnya supaya tidak terjadi kompliasi</p> <p>4. Agar pasien lebih berhati-hati terhadap tanda dan gejalanya</p>
--	---	---	--

2.3.4 Pelaksanaan

Serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik dan mengarpakan kriteria hasil yang diharapkan (Perry dan Potter, 2005)

1) Implementasi diagnosa 1

(1) Membina hubungan saling percaya

(2) Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi

- (3) Memberi penjelasan pada pasien tentang nyeri
 - (4) Mengobservasi pemeriksaan TTV
 - (5) Mengajarkan teknik distraksi
 - (6) Mengkolaborasi pemberian analgesic
- 2) Implementasi diagnosa 2
 - (1) Mengkaji kemampuan klien tentang mobilisasi
 - (2) Menganjurkan untuk melakukan gerak kaki pada saat tidur
 - (3) Membantu klien untuk memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari
 - (4) Mengevaluasi perkembangan kemampuan klien melakukan aktivitas
- 3) Implementasi diagnosa 3
 - (1) Membersihkan lingkungan setelah dipakai klien lain
 - (2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan
 - (3) Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal
 - (4) Mengajarkan cara menghindari infeksi
 - (5) Mengkolaborasi dalam pemberian antibiotik
- 4) Implementasi diagnosa 4
 - (1) Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat
 - (2) Menciptakan lingkungan yang nyaman
 - (3) Memonitor atau catat kebutuhan tidur klien setiap hari dan jam
 - (4) Mengajarkan teknik distraksi pada saat nyeri timbul ketika sedang tidur
- 5) Implementasi diagnosa 5
 - (1) Menggunakan pendekatan yang menyenangkan

- (2) Menjelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur pemulihan
- (3) Mentemani klien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut
- (4) Mengidentifikasi tingkat kecemasan
- (5) Menginstruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi

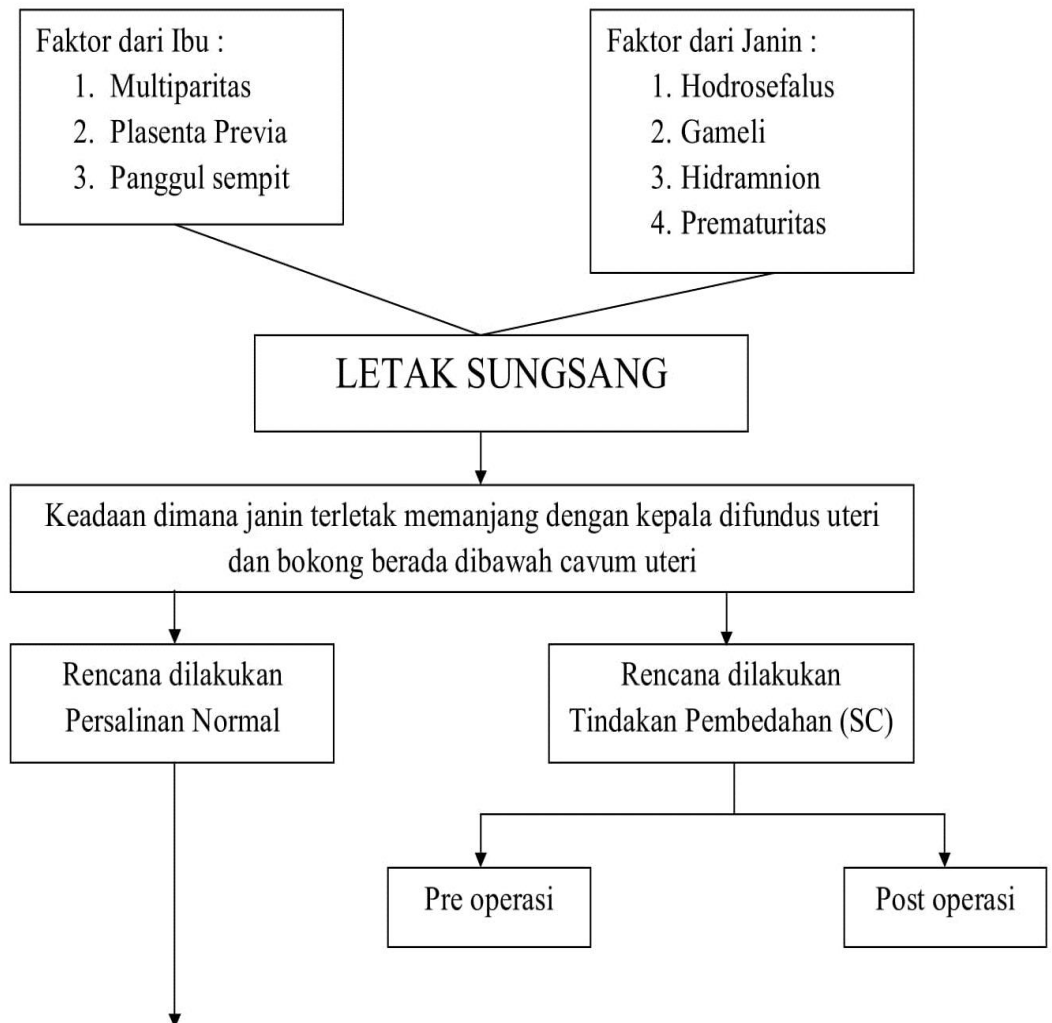
6) Implementasi diagnosa 6

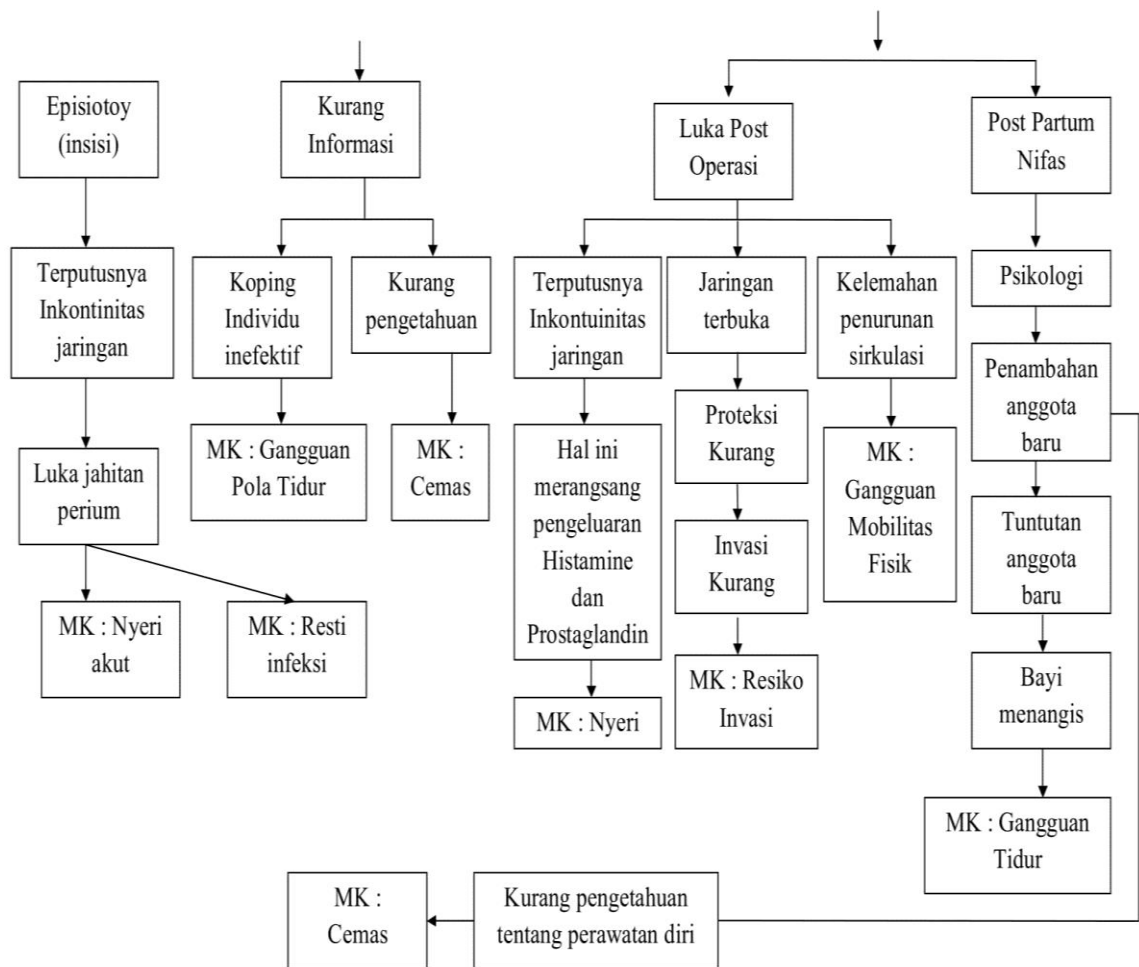
- (1) Menjelaskan prosedur post op SC pada pasien dengan cara yang tepat
- (2) Mensediakan informasi pada pasien tentang kondisi yang sekarang
- (3) Mendiskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi yang kemungkinan terjadi
- (4) Meninstruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan dengan cara yang tepat

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi atau penilaian adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya Prawirohardjo (2018).

2.1. Patway Pada Pasien dengan Kehamilan dengan Indikasi Letak Sungsang





2.1 Gambar pohon masalah Letak Sungsang menurut Linda (2015).

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan maternitas dengan diagnosa medis post operasi sectio caesarea atas indikasi letak sungsang post partum hari ke 1 maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 31 Desember 2018 – 02 Januari 2019 jam 09.00 WIB anamnesa diperoleh dari pasien dan file register sebagai berikut

3.1 PENGKAJIAN

Tanggal Masuk	: 30-12-2018	Jam Masuk	: 06.12 WIB
Ruang / kelas	: Mawar merah / II	Kamar No.	: 1
Pengkajian Tanggal	: 31-12-2018	Jam	: 09.00 WIB

3.1.1 IDENTITAS PASIEN

Nama	: Ny.S
Umur	: 30 tahun
Suku / bangsa	: Jawa
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Alamat	: Pajaran 002/002 Rembang , Pasuruan

Status perkawinan :Menikah

3.1.2 IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB

Nama : Tn.M

Umur : 38 tahun

Suku / bangsa : Jawa

Agama : Islam

Pendidikan : SD

Pekerjaan : Petani / pekebun

Alamat : Pajaran 002/002 Rembang , Pasuruan

Status perkawinan : Menikah

3.1.3 RIWAYAT KEPERAWATAN

3.1.3.1 Keluhan Utama :

Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di perut bagian bawah , nyeri terasa ketika pasien mencoba untuk miring kanan miring kiri post pembedahan sectio caesarea, nyeri seperti terbakar pada abdomen bagian bawah, skala nyeri 5, nyeri timbul sejak selesai dilakukan operasi caesarea

3.1.3.2 Riwayat Masuk Rumah Sakit

Pasien mengatakan merasa kencang-kencang mulai tanggal 30 Desember 2018 jam 01.30 WIB dini hari di bidan dekat rumah pasien kemudian pasien dirujuk ke RSUD Bangil dan di USG yang menunjukkan hasil letak kepala berada

diatas (fundus uteri) atau janin sungsang kemudian dilakukan tindakan lanjut yaitu proses SC pada tanggal 30 Desember 2018 pada jam 13.00 WIB.

3.1.4 RIWAYAT OBSETRI

3.1.4.1 Riwayat Menstruasi

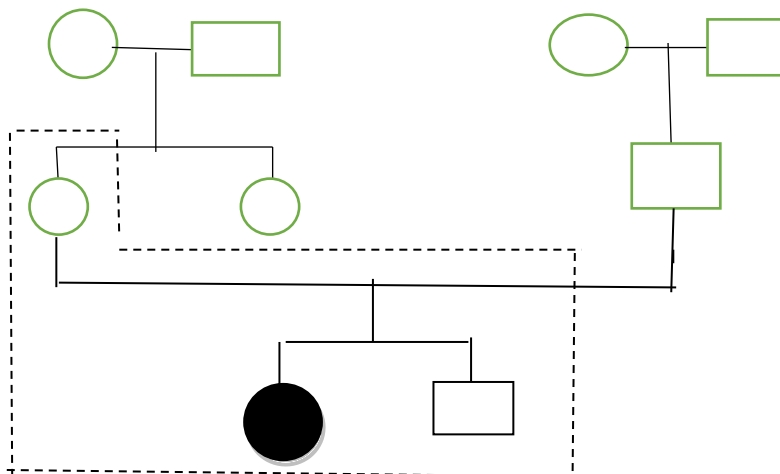
- | | |
|------------------------|------------------------|
| 1) Menarche : 11 tahun | 4) siklus : 28 hari |
| 2) Banyaknya : 10-15cc | 5) Lamanya : 7 hari |
| 3) HPHT : 03-04-2018 | 6) Keluhan : desminore |

3.1.4.2 Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu :

Daftar tabel 3.1 riwayat kehamilan persalinan nifas yang lalu pada klien dengan diagnosa medis post sectio caesarea dengan indikasi letak sungsang




Anak ke	Usia	Penolong persalinan	Usia kehamilan	Jenis persalinan	Penyakit	BBL
1.	8tahun	Bidan	36minggu	Normal	-	3000gr

3.1.4.3 Genogram



Gambar 3.1 Genogram keluarga Ny.S

Keterangan :

-  :Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Pasien
- : Tinggal serumah

3.1.4.4 Persalinan Sekarang

1) Kala persalinan

(1) Kala I : klien hanya mengalami kencang-kencang saja, tidak mengalami pembukaan lengkap karena klien dianjurkan untuk operasi sc.

(2) Kala II : dilakukan tindakan operasi sc

(3) Kala III : dilakukan tindakan operasi sc

(4) Kala IV :

((1) Lochea :

Jenis : () lochea rubra

() lochea sanguinolenta

() lochea serosa

() lochea alba

() lochea parulenta

() lochiotosis

Jumlah : +- 150cc perhari

((2) TFU : 2 jari di atas umbilikus

((3) Kontraksi uterus : () Baik () Tidak

((4) Pendarahan : () Ya () Tidak

Jumlah : -

((5) Perineum : () ruptur spontan () episiotomy

Lain – lain : tidak ada

(5) Keadaan Bayi

((1) BB : 3500 gram

((2) TB : 50 cm

((3) Pusat : () Normal () Abnormal

((4) Perawatan tali pusat

() Alkohol 70 %

() Betadine

() Lainnya : memakai kassa steril

((5) Anus : berlubang /normal

((6) Suhu : 36,7 °C

((7) Lingkar Kepala :

Lingkaran Sub Occipito Bregmatica : tidak terkaji

Lingkaran Fronto Occipitalis :tidak terkaji

Lingkaran Mento Occipitalis :tidak terkaji

((8) Kelainan Kepala :

Caput succedaneum

Hydrocephalus

Cephal Hematoma

Microcephalus

Lain- lain :bayi mendapatkan pengobatan : vit k, salep tetrasiklin

(6) Rencana Perawatan Bayi : (√) sendiri () Orang tua () lain-
lain

(7) Kesanggupan dan pengetahuan

((1) Merawat bayi :klien sudah mampu merawat bayinya
sendiri

((2) *Breast care* :klien belum mengetahui cara melakukan
perawatan payudara dengan benar

((3) *Perineal care* :klien mengatakan sudah mampu merawat
vaginanya atau personal hygiene

((4) Nutrisi :klien mengerti tentang nutrisi pada bayi

((5) Senam nifas :klien tidak melakukan senam nifas

((6) KB :klien mengatakan mengerti tentang KB
karena klien menggunakan KB suntik 3 bulan

((7) Menyusui : klien mengatakan ASI sudah keluar sedikit
dan akan menyusui ASI eksklusif selama 6 bulan

Masalah Keperawatan: Defisit pengetahuan tentang perawatan
payudara

3.1.5 Riwayat Keluarga Berencana

3.1.5.1 Melaksanakan KB : () ya () tidak

3.1.5.2 Bila ya jenis kontrasepsinya apa yang digunakan :KB suntik 3 bulan

3.1.5.3 Sejak kapan menggunakan kontrasepsi :sejak setelah mempunyai
anak pertama

3.1.5.4 Masalah yang terjadi : tidak ada

3.1.6 Riwayat Kesehatan

3.1.6.1 Penyakit yang pernah dialami ibu : tidak ada

3.1.6.2 Pengobatan yang didapat : tidak ada

3.1.6.3 Riwayat penyakit keluarga : tidak ada

() penyakit diabetes melitus

() Penyakit jantung

() Penyakit hipertensi

() penyakit lainnya

3.1.7 Riwayat Lingkungan

3.1.7.1 Kebersihan : klien mengatakan lingkungan rumahnya bersih

3.1.7.2 Bahaya : klien mengatakan lingkungan aman dan terjaga

3.1.7.3 Lainnya : tidak ada

3.1.8 Aspek Sosial

3.1.8.1 Persepsi setelah melahirkan : klien mengatakan bahagia dengan kelahiran anak ke 2

3.1.8.2 Apakah keadaan ini menimbulkan perubahan terhadap kehidupan sehari-hari : klien mengatakan semakin sibuk merawat dan mengurus anaknya

3.1.8.3 Harapan yang ibu inginkan setelah bersalin : klien mengatakan ingin kondisinya cepat pulih

3.1.8.4 Ibu tinggal dengan siapa : klien mengatakan tinggal bersama anak dan suaminya

3.1.8.5 Siapa anak yang terpenting bagi ibu : klien mengatakan anak pertama dan keduanya

3.1.8.6 Sikap anggota keluarga terhadap keadaan saat ini : klien mengatakan keluarga sangat mendukung dengan keadaan pasien saat ini

3.1.8.7 Keadaan mental menjadi ibu : klien mengatakan sudah siap menjadi ibu karena ini kelahiran anak ke 2

3.1.9 Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

3.1.9.1 Merokok :dikeluarga klien tidak ada yang merokok

3.1.9.2 Minuman keras :dikeluarga klien tidak mengonsumsi minuman keras

3.1.9.3 Keterangan obat :klien tidak ketergantungan obat apapun

3.1.10 Pemeriksaan Fisik

- 3.1.10.1 Keadaan umum : cukup
- 3.1.10.2 Tekanan Darah : 120/80 mmHg
- 3.1.10.3 Respirasi : 22 x/menit
- 3.1.10.4 Berat Badan : 58 kg
- Tinggi Badan : 150 cm
- Kesadaran : Composmentis
- Nadi : 88 x/menit
- Suhu : 36,5°C

3.1.10.5 BI (*Breath*)

- 1) Bentuk dada : simetris
- 2) Susunan ruas belakang : normal, terdapat 12 ruas tulang belakang
- 3) Pola nafas : reguler

Irama : () Teratur () tidak teratur

Jenis : vesikuler

- 4) Retraksi otot bantu nafas : tidak ada retraksi otot bantu nafas
- 5) Alat bantu nafas : tidak ada alat bantu nafas
- 6) Suara nafas : tidak ada suara nafas tambahan

Lain – lain : tidak ada

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3.1.10.6 B2 (*Blood*)

- 1) Nyeri dada : tidak nyeri dada
- 2) Irama jantung : teratur
- 3) Pulsasi : kuat

- 4) Bunyi jantung :S1 (LUP) S2 (DUP) tunggal
- 5) CRT :<3 detik
- 6) Cianosis :tidak cianosis
- 7) Cubbing finger :tidak ada
- 8) JVP :normal
- 9) Kecepatan denyut jantung :88 x/menit

Lain- lain :tidak ada

Masalah keperawatan :tidak ada masalah keperawatan

3.1.10.7 B3 (*Brain*)

- 1) Kesadaran:composmentis
 - 2) Orientasi :baik
 - 3) Kaku kuduk :klien tidak kaku kuduk
 - 4) Kejang :tidak kejang
 - 5) Brudsky :tidak ada
 - 6) Nyeri kepala :tidak nyeri kepala
 - 7) Istirahat / tidur :

Di Rumah Sakit	:siang 1jam/hari, malam 4jam/hari
Di Rumah	:siang 2jam/hari, malam 6jam/hari
 - 8) Kelainan nervous cranial :tidak ada
- (1) Mata :simetris
 - ((1) Pupil :isokor
 - ((2) Refleks cahaya :normal

((3) Konjungtiva :tidak anemis

((3) Sklera :putih , tidak ikterik

((4) Palpebra :normal

((5) Strabismus :tidak ada

((6) Ketajaman penglihatan :normal

((7) Alat bantu :tidak ada

(2) Hidung : () normal () epistaksis

((1) Mukosa Hidung :lembab

((2) Secret :tidak ada

((3) Ketajaman penciuman : () normal () tidak

((4) Kelainan lain :tidak ada

(3) Telinga :simetris

((1) Keluhan :tidak ada

((2) Ketajaman Pendengaran : normal

((3) Alat bantu pendengaran : tidak menggunakan alat bantu dengar

(4) Perasa : ()manis ()pahit ()asam ()asin

(5) Peraba : berfungsi dengan baik

Lain-lain : tidak ada

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3.1.10.8 B4 (*Bladder*)

- 1) Bentuk alat kelamin : normal
- 2) Libido:kemauan : normal () turun () meningkat ()
Kemampuan : normal () turun () meningkat ()
- 3) Kebersihan : bersih
- 4) Frekuensi berkemih :
Jumlah :1500cc / 12jam Warna: kuning pekat
- 5) Alat bantu yang digunakan : kateter
Lain-lain : tidak ada

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3.1.10.9 B5 (*Bowel*)

- 1) Mulut : bersih
- 2) Mukosa : lembab
- 3) Bibir : normal () labiokisis ()
palaktosis ()
- 4) Gigi : bersih ()kotor () ada carises ()
- 5) Kebiasaan gosok gigi : dirumah 3x/hari , dirumah sakit 2x/hari
- 6) Tenggorokan : tidak ada kesulitan menelan
- 7) Abdomen : terdapat luka post operasi sc
- 8) Peristaltik : 10x/menit
- 9) Kebiasaan BAB : saat di RS pasien belum BAB
saat di rumah 1x sehari

Tempat yang di gunakan :wc toilet

10) Pemakaian obat pencahar: tidak ada

Lain-lain : tidak ada

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3.1.10.10 B6 (*Bone*)

1) Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM) :

terbatas

2) Kekuatan otot : $\begin{array}{c|c} 5 & 5 \\ \hline 4 & 4 \end{array}$

3) Turgor kulit : elastis

4) Kulit : elastis

5) Fraktur : tidak ada

6) Warna kulit : sawo matang

7) Akral : hangat

8) Oedema : tidak ada

9) Mamme : (✓) ya () tidak

10) Aerolla mammae : normal berwarna coklat tua

11) Papilla mammae : menonjol

12) Colostrum : keluar sedikit

13) Kebersihan : bersih

Lain – lain: kaki klien tampak sulit bergerak karena takut terasa nyeri pada luka bekas operasi sc, pasien tampak kesulitan dalam miring kanan miring kiri 9jam post operasi sc, segala kebutuhan aktivitas klien dibantu keluarga dan perawat.

Masalah keperawatan :Hambatan mobilitas fisik

3.1.10.11 PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

Laboratories tanggal 31 desember 2018

Tabel. 3.1 data penunjang pada klien dengan diagnosa medis post op sectio caesarea atas indikasi letak sungsang tanggal 31 desember 2018

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Leukosit (WBC)	25,25		3,70-10,1
Neutrofil	21,9		
Limfosit	2,4		
Monosit	0,7		
Losinofil	0,2		
Basofil	0,0		
Neotrofil %	H <u>86,5</u>	%	39,3-73,7
Limfosit %	L <u>9,6</u>	%	18,0-48,3
Monosit %	L <u>3,0</u>	%	4,40-12,7
Eosinofil %	0,8	%	0,600-7,30
Basofil %	0,1	%	0,00-1,70
Eritrosit (RBC)	L <u>4,068</u>	10	4,2-11,0
Hemoglobin (HBG)	12,02	g/dl	12,0-16,0

Hematokrit (HBC)	L <u>33,86</u>	%	38-47
MCV	83,23		81,1-96,0
MCH	29,56	pg	27,0-31,2
MCHC	H <u>35,51</u>	g/dl	31,8-35,4
RDW	L <u>9,48</u>	%	11,5-14,5
PLT	H <u>516</u>		155-366
MPV	6,004	fL	6,90-10,6

USG : -

Rontgen : tidak dilaksanakan

3.1.10.12 TERAPI

Tetapi tanggal 30 desember 2018

- infus RL : 1000 ml / 24jam = 14 tpm

- Inj. Ceftriazone 2x1 gr/iv

- Inj. Neurosanbe 3x1 amp

- Inj. Santagesik 3x1 amp/iv

3.2 ANALISA DATA

Tanggal : 31 Desember 2018

Nama Pasien : Ny.S

Umur : 30 tahun

No. RM : 382xxx

Tabel 3.2 Analisa data pada Ny.S dengan diagnosa medis post operasi sectio caesarea atas indikasi letak sungsang

No.	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	<p>Ds: Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di perut bagian bawah , nyeri terasa ketika pasien mencoba untuk miring kanan miring kiri post pembedahan sectio caesarea, nyeri seperti terbakar pada abdomen bagian bawah, skala nyeri 5, nyeri timbul sejak selesai dilakukan operasi caesarea</p> <p>Do : - K/U lemah - Tanda-tanda vital</p>	<p>Post SC ↓ Luka post SC ↓ Terputusnya inkontuinitas jaringan</p>	Nyeri akut

	<p>TD: 120/80 mmHg</p> <p>N: 88 x/menit</p> <p>S : 36,5 °C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saat mencoba mika/miki pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi sc - Klien tampak memegang daerah perut - Raut wajah tampak menyeringai - Skala nyeri 5 		
2.	<p>Ds : Pasien mengatakan kedua kakinya sulit digerakkan atau miring kanan/miring kiri karena takut luka bekas operasi sc nyeri kembali</p> <p>Do : - K/U lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanda-tanda vital <p>TD: 120/80 mmHg</p>	<p>Post operasi SC</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kelemahan otot</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri post operasi SC</p>	<p>Hambatan mobilitas fisik</p>

	<p>N: 88 x/menit</p> <p>S: 36,5 °C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kesulitan untuk mika/miki - Segala kebutuhan aktivitas klien dibantu keluarga dan perawat - Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM) : terbatas - Kekuatan otot : <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> </tr> </table>	5	5	4	4		
5	5						
4	4						
3.	<p>Ds : Klien mengatakan belum bisa melakukan perawatan payudara sendiri karena tidak diberikan informasi tentang perawatan payudara dan belum pernah diajarkan</p>	<p>Post operasi SC</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Kurang nya informasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Defisit pengetahuan</p>	<p>Defisit pengetahuan</p>				

	<p>Do : - Klien bertanya tentang cara perawatan payudara yang benar</p> <p>- Klien tampak sedikit bingung</p>		
--	---	--	--

3.3 DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

1. Nyeri akut
2. Hambatan mobilitas fisik.
3. Defisit pengetahuan

3.3.1 DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS

1. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontuinitas jaringan
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post SC
3. Defisit pengetahuan tentang perawatan payudara berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan payudara post SC

3.4 RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Tanggal : 31 Desember 2018

Nama Pasien : Ny.S

Dx Medis : G II P 1-1 36/37 + letsu

No. RM : 382xxx

Tabel 3.3 Rencana tindakan keperawatan pada Ny.S dengan diagnosa medis post operasi sectio caesarea dengan indikasi letak sungsang di ruang nifas RSUD Bangil tanggal 31 Desember 2018

No. Dx	TUJUAN / KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
1.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nyeri pada pasien dapat berkurang dengan Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri 2. Mampu melakukan teknik relaksasi dan distraksi secara mandiri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi nyeri secara komprehensif, termasuk lokasi, karakteristik, frekuensi, durasi, dan kualitas nyeri 2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan akibat rasa nyeri 3. Observasi skala 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui lokasi nyeri, dan berapa lama nyeri berlangsung 2. Guna mengetahui pasien masih tampak menyeringai atau tidak

	<p>3. Wajah pasien sudah tampak tidak menyeringai</p> <p>4. Skala nyeri dapat berkurang 1-3</p> <p>5. Pasien mampu menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p> <p>6. TTV dalam batas normal :</p> <p>TD: 110/120 – 80/90 mmHg</p> <p>N:60-100x/menit</p> <p>RR:16-22x/menit</p> <p>S: 36-37 °C</p>	<p>nyeri yang dialami oleh pasien</p> <p>4. Observasi pemeriksaan TTV</p> <p>5. Ajarkan teknik ditraksi dan relaksasi</p> <p>6. Kolaborasi pemberian analgesik</p>	<p>3. Untuk mengetahui tingkat berat ringannya nyeri yang dialami oleh pasien</p> <p>4. Untuk mengetahui keadaan umum pasien</p> <p>5. Untuk mengurangi nyeri</p> <p>6. Agar nyeri dapat berkurang</p>
2.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan gangguan mobilisasi pasien sudah dalam batas normal dengan Kriteria hasil :</p> <p>1. Pasien sudah bisa</p>	<p>1. Ajarkan pada pasien untuk mulai menggerakkan ekstermitas bawah, mika miki setelah 9 jam post op,</p>	<p>1. Mencegah terjadinya kekakuan pada otot setelah post op</p>

	<p>mika/miki</p> <p>2. Pasien sudah dapat duduk</p> <p>3. Pasien sudah belajar berjalan dengan jarak 5-10 meter</p> <p>4. Kekuatan otot 5,5,5,5</p>	<p>duduk setelah 12 jam post op dan jalan dalam jarak dekat setelah 24 jam post op</p> <p>2. Motivasi pasien agar mau belajar bergerak</p> <p>3. Batasi aktivitas pasien yang terlalu berat</p> <p>4. Bantu klien untuk memenuhi kebutuhan aktivitasnya</p> <p>Evaluasi perkembangan kemampuan klien melakukan aktivitas</p>	<p>2. Membantu melenturkan otot ekstermitas bawah tubuh agar kembali seperti semula</p> <p>3. Mencegah terjadinya nyeri berat pada pasien</p> <p>4. Mencegah terjadinya resiko jatuh dan perdarahan post sc</p> <p>5. Mengistirahatkan klien secara optimal dan menilai kondisi</p>
--	---	--	---

			pasien
3.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pengetahuan tentang perawatan payudara post sc klien meningkat dengan</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien menyatakan pemahaman tentang perawatan payudara post sc 2. Pasien sudah mampu melakukan message lembut pada payudara 3. Pasien mampu melaksanakan perawatan payudara sendiri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan pada pasien tentang pengetahuan perawatan payudara 2. Berikan penyuluhan mengenai perawatan payudara dan mengajarkan cara perawatan payudara 3. Anjurkan pasien untuk melakukan perawatan payudara 1-2x sehari 4. Diskusikan kembali tentang prosedur pelaksanaan pada pasien 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai tingkat pengetahuan pasien tentang perawatan payudara 2. Membantu pasien agar lebih mengetahui tentang perawatan payudara 3. Membantu agar pasien melakukan perawatan payudara sendiri 4. Agar pasien bisa mempraktikan lagi saat dirumah





3.5 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN







Nama Pasien : Ny.S



No. Rm: 382xxx


Umur: 30 tahun





Tabel 3.4 Implementasi keperawatan pada Ny.S dengan diagnosa medis post sc dengan indikasi letak sungsang di ruang nifas RSUD Bangil





No. Dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Tanda tangan
1.	31 Desember 2018	09.05	1. Mengobservasi nyeri secara komprehensif, termasuk lokasi, karakteristik, frekuensi, durasi, dan kualitas nyeri	
		09.10	2. Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan akibat rasa nyeri	
		09.20	3. Mengobservasi skala nyeri yang dialami oleh pasien : - Skala nyeri 5 di perut bagian bawah	
		11.30	4. Mengobservasi pemeriksaan TTV - TD : 120/80 mmHg - N : 88 x/menit - S : 36,5 °C - RR : 22 x/menit	
		11.45		





		13.40	<p>4. Membantu klien untuk memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari</p> <p>- Dengan cara membantu klien untuk melakukan mobilisasi dini</p> <p>5. Mengevaluasi perkembangan kemampuan klien melakukan aktivitas</p>	 
3.	31 Desember 2018	13.45	1. Menanyakan pada pasien tentang pengetahuannya mengenai perawatan payudara	
		13.55	2. Memberikan penyuluhan mengenai perawatan payudara : yang berupa limflet mengenai perawatan payudara	
		14.10	3. Menganjurkan pasien untuk melakukan perawatan payudara	
		14.20	4. Mendiskusikan kembali tentang prosedur pelaksanaan pada klien	
1.	01 Januari 2019	09.05	1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi	
		09.10	- Skala nyeri 3 di perut bagian bawah	
			2. Mengajarkan teknik distraksi dan	




		11.30	relaxasi	
		12.00	<ul style="list-style-type: none"> - Dengan cara melakukan teknik nafas dalam melalui hidung secara teratur dan kemudian dikeluarkan secara perlahan-lahan - Mengalihkan perhatian dengan cara membaca buku atau menonton video di handphone <p>3. Mengobservasi pemeriksaan TTV</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 110/80 mmHg - N : 87 x/menit - S : 36,2 °C - RR : 22 x/menit <p>4. Mengkolaborasi pemberian analgesik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ceftriazone 2x1 gr/iv - Neurosanbe 3x1 amp - Santagesik 3x1 amp/iv 	
2.	01 Januari 2019	12.15	1. Mengajarkan pada pasien untuk mulai menggerakkan ekstermitas bawah, mika miki setelah 9 jam post op, duduk setelah 12 jam	

		12.25 12.35	<p>post op dan jalan dalam jarak dekat setelah 24 jam post op</p> <p>2. Membantu klien untuk memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari</p> <p>- Dengan cara membantu klien untuk melakukan mobilisasi dini</p> <p>3. Mengevaluasi perkembangan kemampuan klien melakukan aktivitas</p>	
3.	01 Januari 2019	12.50	1. Mendiskusikan kembali tentang prosedur pelaksanaan perawatan payudara pada pasien apakah sudah dilakukan atau belum	

		<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak memegangi daerah perut - Raut wajah tampak menyeringai - Skala 5 <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan nomor 2,3,4,5,6</p>	
31 Desember 2018	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post op sc	<p>S : Pasien mengatakan kedua kakinya sulit digerakkan atau miring kanan/miring kiri karena takut luka bekas operasi sc nyeri kembali</p> <p>O : - K/U lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanda-tanda vital TD : 120/80 mmHg N : 88 x/menit S : 36,5 °C RR : 22 x/menit <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kesulitan untuk mika/miki - Segala kebutuhan 	  

		<p>aktivitas klien dibantu keluarga dan perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan pergerakan sendir dan tungkai (ROM) : terbatas - Kekuatan otot : 5,5,4,4 <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no 1,4,5</p>	
31 Desember 2018	<p>Defisit pengetahuan tentang perawatan payudara berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan payudara post SC</p>	<p>S : Klien mengatakan belum bisa dan mampu dalam perawatan payudara sendiri setelah post operasi sc</p> <p>O : - Klien tampak bertanya-tanya tentang perawatan payudara post operasi sesar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sedikit bingung <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan no 4</p>	  




		<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak memegangi daerah perut - Raut wajah tampak menyeringai - Skala 3 <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan nomor 2,3,4,5,6</p>	
01 Januari 2019	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post op sc	<p>S : Pasien mengatakan kedua kakinya sulit digerakkan atau miring kanan/miring kiri karena takut luka bekas operasi sc nyeri kembali</p> <p>O : - K/U lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanda-tanda vital TD : 110/80 mmHg N : 87 x/menit S : 36,2 °C RR : 22 x/menit <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kesulitan untuk mika/miki - Segala kebutuhan 	  





		<p>aktivitas klien dibantu keluarga dan perawat</p> <p>- Kemampuan pergerakan sendir dan tungkai (ROM) : terbatas</p> <p>- Kekuatan otot : 5,5,4,4</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no 1,4,5</p>	
01 Januari 2019	<p>Defisit pengetahuan tentang perawatan payudara berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan payudara post SC</p>	<p>S : Klien mengatakan sudah sedikit bisa dan mampu dalam perawatan payudara sendiri setelah post operasi sc</p> <p>O : - Klien tampak bertanya-tanya kembali tentang perawatan payudara post operasi sesar</p> <p>- Klien sudah tampak tidak bingung</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no 4</p>	 



3.7 EVALUASI KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny.S No. Rm: 382xxx Umur: 30 tahun

Tabel 3.7 Catatan perkembangan pada Ny.S dengan diagnosa medis post sc dengan indikasi letak sungsang di ruang nifas RSUD Bangil

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
02 Januari 2019	Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontunitas jaringan	S : Klien mengatakan nyeri bagian bawah akibat pembedahan sectio caesarea sudah berkurang, nyeri sudah tidak seperti terbakar, skala 1 O :- K/U baik - Tanda-tanda vital TD : 120/90 mmHg N : 88 x/menit S : 36,1 °C RR : 22 x/menit - Raut wajah sudah tidak tampak menyeringai - Skala 2 A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan pasien pulang	  

<p>02 Januari 2019</p>	<p>Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post op sc</p>	<p>S : Klien mengatakan kedua kakinya sudah bisa untuk digerakkan dan miring kanan miring kiri</p> <p>O : - K/U baik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanda-tanda vital TD : 120/90 mmHg N : 88 x/menit S : 36,1 °C RR : 22 x/menit - Pasien tampak bisa duduk ditempat tidur dan berjalan - Segala kebutuhan aktivitas klien sudah tidak dibantu keluarga dan perawat - Kemampuan pergerakan sendir dan tungkai (ROM) : bebas - Kekuatan otot : 5,5,5,5 <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan pasien pulang</p>	   
----------------------------	---	--	--

02 Januari 2019	Defisit pengetahuan tentang perawatan payudara berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan payudara post SC	<p>S : Klien mengatakan sudah bisa dan mampu dalam perawatan payudara sendiri setelah post operasi sc</p> <p>O :- Klien sudah bisa mempraktikkan kembali tentang perawatan payudara post operasi sc saat dirumah</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan pasien pulang</p>	 
--------------------	--	---	---

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dijelaskan kesenjangan antara teori dan asuhan keperawatan secara langsung pada Ny.S dengan diagnosa media G II p1-1 36/37 + letsu hari ke 1 di ruang nifas mawar merah - 3 Rumah sakit umum daerah Bangil Pasuruan yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dan keluarga secara terbuka, mengerti dan kooperatif.

Pada pemeriksaan fisik menurut Prawirohardjo (2018) pada tinjauan pustaka didapatkan hasil Pengkajian B1 (*Breathing*) yaitu pada inspeksi : ditemukan yaitu bentuk dada simetris, pola nafas teratur, tidak ada retraksi dada, papilla mammae coklat, payudara menonjol, aerola hitam, puting menonjol, pada palpasi : tidak ditemukan nyeri tekan, pada perkusi : sonor, pada auskultasi ; tidak ditemukan suara nafas tambahan seperti *ronchi*, *wheezing*, *rales*, bunyi nafas vesikuler, sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan hasil yang sama karena hal ini dikarenakan pada saat pasien dipindahkan keruangan pemulihan klien tampak membaik serta tidak mengalami gangguan pada pernafasan.

Pada pemeriksaan fisik menurut Prawirohardjo (2018) pada tinjauan pustaka didapatkan hasil Pengkajian B2 (*Blood*) yaitu pada inspeksi ; ditemukan

tidak mengalami cianosis, pada palpasi ; Nadi 80-100 x/menit, irama jantung kuat regular, tekanan darah bisa meningkat atau menurun, CRT (*capillary refill time*) <3 detik, pada auskultasi : ditemukan bunyi jantung S1 (lub), S2 (dup). Pada tinjauan kasus juga ditemukan hasil yang sama karena kesadaran klien mulai membaik serta tekanan darah yang membaik.

Pada pemeriksaan fisik menurut Prawirohardjo (2018) pada tinjauan pustaka didapatkan hasil Pengkajian B3 (*Brain*) yaitu pada inspeksi : kesadaran composmentis, orientasi baik, tidak kejang, pada palpasi tidak ada masalah tidak ada nyeri kepala, pada perkusi tidak ada masalah, pada auskultasi tidak ada masalah. Pada tinjauan kasus juga tidak ditemukan masalah dalam pemenuhan kesadaran klien.

Pada pemeriksaan fisik menurut Nanda Prawirohardjo (2018) pada tinjauan pustaka didapatkan hasil Pengkajian B4 (*Bladder*) yaitu pada inspeksi : yaitu menggunakan kateter, warna urine kuning, berbau amis, terdapat lochea rubra berwarna merah, pada palpasi : tidak ada nyeri tekan pada daerah perkemihan, pada perkusi : tidak ada masalah, pada auskultasi : tidak ada masalah. Pada tinjauan kasus juga didapatkan hasil yang sama. Hal ini dikarenakan pada pasien post operasi sectio Caesarea dipasang kateter bertujuan untuk mengosongkan kandung kemih karena jika kandung kemih penuh maka akan mengalami nyeri dan akan dapat menghalangi involusi uterus dan akan dapat mengalami pendarahan.

Pada pemeriksaan fisik menurut Prawirohardjo (2018) pada tinjauan pustaka didapatkan hasil Pengkajian B5 (*Bowel*) yaitu pada inspeksi : mukosa

bibir lembab, bibir normal, pada palpasi : kontraksi uterus baik, TFU 2jari dibawah pusat, terdapat nyeri tekan pada abdomen, pada perkusi : abdomen tympani, pada auskultasi : bising usus normalnya 10-16 x/menit. Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan hasil yang sama yaitu tidak ada penurunan bising usus didapatkan hasil 10 x/menit, yang artinya bising usus pasien normal dan tidak terjadi penurunan.

Pada pemeriksaan fisik menurut Prawirohardjo (2018) pada tinjauan pustaka didapatkan hasil Pengkajian B6 (*Bone*) yaitu pada inspeksi : terdapat turgor kulit elastis, warna kulit sawo matang atau kuning langsung, tidak ada edema, kelemahan otot, kebutuhan klien masih dibantu keluarga, pada palpasi : tidak ada nyeri tekan, akral hangat, pada perkusi : reflek patella (+), pada auskultasi tidak ada masalah. Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan hasil yang sama mengalami kelemahan otot. Hal ini dikarenakan pasien post operasi mengalami kelemahan otot yang didapatkan hasil 5,5,4,4 disebabkan oleh pemulihan kemampuan otot dipengaruhi akibat nyeri *post operasi caesarea*.

4.2 Diagnosa Keperawatan

4.2.1 Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka ada enam menurut Prawirohardjo (2018) yaitu :

4.2.1.1 Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontuinitas jaringan

4.2.1.2 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post SC

4.2.1.3 Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan

4.2.1.4 Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri

4.2.1.5 Cemas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post partum

4.2.1.6 Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan pasien kurang pengetahuan tentang perawatan diri post op SC

4.2.2 Pada tinjauan kasus terdapat dua diagnosa keperawatan yang muncul yaitu :

4.2.2.1 Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontuinitas jaringan

4.2.2.2 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post SC

4.2.2.3 Defisit pengetahuan tentang perawatan payudara berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan payudara post SC

Pada tinjauan pustaka di dapatkan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontuinitas jaringan Prawirohardjo (2018). Hal ini disebabkan karena nyeri pada daerah abdomen karena terputusnya inkontuinitas

jaringan. Pada tinjauan kasus yaitu ditemukan hal yang sama yaitu nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan. Dengan data objektif saat mencoba mika/miki pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi sc, klien tampak memegang daerah perut, raut wajah tampak menyeringai, skala nyeri 5

Pada tinjauan pustaka didapatkan diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post SC Prawirohardjo (2018). Hal ini disebabkan karena klien mengalami nyeri bekas operasi dan tidak bisa bergerak secara aktif setelah mengalami operasi sesar. Pada tinjauan kasus didapatkan hasil yang sama yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post SC. Dengan data objektif Pasien tampak kesulitan untuk mika/miki, segala kebutuhan aktivitas klien dibantu keluarga dan perawat, kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM) : terbatas, kekuatan otot : 5,5,4,4

Pada tinjauan pustaka didapatkan diagnosa defisit pengetahuan tentang perawatan payudara berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan payudara post SC Prawirohardjo (2018). Hal ini disebabkan karena klien kurang memahami tentang perawatan yang benar dan tepat setelah mengalami operasi caesarea. Pada tinjauan kasus didapatkan hasil yang sama yaitu defisiensi pengetahuan berhubungan dengan pasien kurang pengetahuan tentang perawatan payudara post SC. Dengan data objektif klien tampak bertanya-tanya bagaimana prosedur perawatan payudara dengan tepat setelah operasi sesar, klien tampak sedikit kebingungan, klien bertanya-tanya tentang perawatan payudara post sc dengan benar dan tepat.

Pada tinjauan pustaka, menurut Prawirohardjo (2018) ditemukan enam diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan terputusnya

inkontinuitas jaringan, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post SC, resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan, gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri, cemas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post partum, defisiensi pengetahuan berhubungan dengan pasien kurang pengetahuan tentang perawatan post op SC. Tapi pada tinjauan kasus tidak ditemukan resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan. Karena pada pemeriksaan tidak ditemukan gejala-gejala infeksi seperti rubor, dolor, color, funtion laesa sehingga tidak mengalami resiko infeksi. Dan pada diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri. Karena pada pengkajian tidak ditemukan klien tampak kurang tidur karena kebutuhan tidur klien terpenuhi yaitu siang 2jam, malam 6jam kadang terbangun tetapi selanjutnya bisa tidur kembali.

Sedangkan pada diagnosa cemas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post partum. Karena pada pengkajian tidak ditemukan klien tampak cemas setelah selesai persalinan karena klien sebelumnya sudah mengalami persalinan. Tidak semua diagnosa dapat muncul pada tinjauan kasus karena diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnosa keperawatan pada pasien dengan post partum pathologist secara umum. Sedangkan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keadaan klien secara langsung.

4.3 Intervensi

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus ada kesenjangan. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan, sedangkan tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran dalam Intervensi ya dengan tujuan penulis ingin meningkatkan kemandirian klien dan keluarga dalam pelaksanaan asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), perubahan tingkah laku pasien (afektif), dan keterampilan penangan masalah (psikomotor).

4.3.1 Intervensi diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan pada intervensi tinjauan pustaka menurut Prawirohardjo (2018) dilakukan Intervensi yang sama pada tinjauan kasus alasannya karena data yang di dapat klien mengatakan nyeri pada bagian bawah akibat pembedahan sectio caesarea, nyeri seperti terbakar pada abdomen bagian bawah, skala 5, nyeri timbul sejak selesai melakukan operasi caesarea. Diagnosa ini dijadikan prioritas karena paling dirasakan oleh klien. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan dengan objekif yang mendukung yaitu tampak memegangi daerah perut, raut wajah tampak menyeringai, terdapat nyeri tekan bekas operasi, skala 5. Tujuan : dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan nyeri klien dapat berkurang. Dengan kriteria hasil : Mampu mengontrol nyeri, mampu melakukan teknik relaksasi dan distraksi secara mandiri, wajah pasien sudah tampak tidak menyeringai, skala nyeri dapat berkurang 1-3, pasien mampu menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang, TTV dalam batas normal :

TD: 110/120 – 80/90 mmHg, N:60-100x/menit, RR:16-22x/menit, S: 36-37 °C. Dilakukan intervensi Observasi nyeri secara komprehensif, termasuk lokasi, karakteristik, frekuensi, durasi, dan kualitas nyeri, observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan akibat rasa nyeri, Observasi skala nyeri yang dialami oleh pasien, observasi pemeriksaan TTV, ajarkan teknik distraksi dan relaksasi, kolaborasi pemberian analgesik. Memberikan rencana atau tindakan tidak hanya melakukan teknik distraksi dan relaksasi saja. Menurut opini penulis mengonsumsi ikan yang mengandung protein tinggi seperti ikan kutuk, dan mengonsumsi rebusan putih telur ayam, hal ini dapat mempercepat proses penyembuhan luka dan mengurangi nyeri.

- 4.3.2 Intervensi diagnosa keperawatan Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post SC pada intervensi tinjauan pustaka menurut (Prawirohardjo 2018) dilakukan Intervensi yang sama pada tinjauan kasus alasannya karena pasien mengatakan kedua kakinya sulit digerakkan atau miring kanan/miring kiri karena takut luka bekas operasi sc nyeri kembali. Dengan data objektif yaitu Pasien tampak kesulitan untuk mika/miki, segala kebutuhan aktivitas klien dibantu keluarga dan perawat, kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM) : terbatas, kekuatan otot : 5,5,4,4. Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan pasien dapat melakukan mobilisasi dengan normal. Dengan kriteria hasil : Pasien sudah bisa mika/miki, pasien sudah dapat duduk, pasien sudah belajar berjalan dengan jarak 5-10 meter, kekuatan otot 5,5,5,5. Dilakukan intervensi Ajarkan pada pasien untuk mulai

menggerakkan ekstermitas bawah, mika miki setelah 9 jam post op, duduk setelah 12 jam post op dan jalan dalam jarak dekat setelah 24 jam post op, motivasi pasien agar mau belajar bergerak, batasi aktivitas pasien yang terlalu berat, bantu klien untuk memenuhi kebutuhan aktivitasnya, evaluasi perkembangan kemampuan klien melakukan aktivitas. Klien juga dapat melakukan mobilisasi dini seperti dapat menggerakkan jari-jari kaki secara perlahan setiap 5-10 menit setelah pasien di pindah ke ruangan. Kemudian dihari ke dua pasien dapat didudukkan selama 5menit. Selanjutnya dihari ke 3 sampai ke 5 klien dapat berjalan secaa perlahan - lahan. Menurut opini penulis dengan dilakukannya mobilisasi secara dini dapat mencegah terjadinya thrombosis dan dekubitus pada punggung

- 4.3.3 Intervensi diagnosa keperawatan Defisit pengetahuan tentang perawatan payudara berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan payudara post SC pada intervensi tinjauan pustaka menurut (Prawirohardjo 2018) dilakukan Intervensi yang sama pada tinjauan kasus alasannya karena klien mengatakan belum bisa dan mampu tentang perawatan payudara post sc sendiri dengan data objektif yaitu klien tampak bertanya-tanya tentang perawatan payudara post sc, klien tampak sedikit kebingungan, keluarga klien juga bertanya-tanya tentang perawatan payudara post sc. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pengetahuan tentang perawatan payudara post sc klien meningkat. Dengan kriteria hasil: Pasien menyatakan pemahaman tentang perawatan payudara post sc, pasien sudah mampu melakukan message lembut pada payudara, pasien mampu melaksanakan perawatan

payudara sendiri. Dilakukan intervensi tanyakan pada pasien tentang pengetahuan perawatan payudara, berikan penyuluhan mengenai perawatan payudara dan mengajarkan cara perawatan payudara, anjurkan pasien untuk melakukan perawatan payudara 1-2x sehari, diskusikan kembali tentang prosedur pelaksanaan pada klien. Menurut opini penulis dengan dilakukannya satuan acara penyuluhan tentang perawatan payudara post sc dapat meningkatkan pengetahuan klien pada saat sudah pulang dirumah.

4.4 Implementasi

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membuat teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaannya telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian serta Intervensi keperawatan.

4.4.1 Implementasi nyeri berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan.

Pada implementasi tinjauan pustaka menurut (Prawirohardjo 2018) sama dengan tinjauan kasus yang dilakukan tindakan seperti mengobservasi nyeri secara komprehensif, termasuk lokasi, karakteristik, frekuensi, durasi, dan kualitas nyeri, mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan akibat rasa nyeri, mengobservasi skala nyeri yang dialami oleh pasien : skala nyeri 5 di perut bagian bawah, mengobservasi pemeriksaan TTV TD : 120/80 mmHg, N : 88 x/menit, S : 36,5 °C RR : 22 x/menit, mengobservasi pemeriksaan TTV (120/80 mmHg, N : 88 x/menit, S : 36,3°C

, RR : 20 x/menit), mengajarkan teknik distraksi dengan cara melakukan teknik nafas dalam melalui hidung secara teratur dan kemudian keluarkan secara perlahan-lahan mengalihkan perhatian dengan cara membahas buku atau menonton video Di handphone, kolaborasi pemberian analgesik, Ceftriazone 2x1 gr, Neurosanbe 3x1 amp, Santagesic 3x1 amp. Dapat dilakukan sesuai rencana karena pasien dapat bekerjasama dengan baik. Menurut opini penulis terdapat 2 penanganan secara farmakologis dan non farmakologis dengan mengajarkan teknik distraksi yaitu dengan menarik nafas lalu mengeluarkan pelan-pelan, mengalihkan dengan cara menonton video Di handphone, membaca buku hal ini untuk mengurangi nyeri yang dialami oleh pasien post operasi sesar. Sedangkan tindakan nonfarmakologis yaitu dengan cara pemberian obat analgesik hal ini dapat mengurangi nyeri.

4.4.2 Implementasi hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post SC

Pada implementasi tinjauan pustaka menurut (Prawirohardjo 2018) sama dengan tinjauan kasus dilakukan tindakan seperti mengajarkan pada pasien untuk menggerakkan ekstermitas bawah mika miki 9jam post op, duduk setelah 12 jam post op dan jalan dalam jarak dekat setelah 24 jam post op, memotivasi pasien agar mau belajar bergerak, membatasi aktivitas pasien yang terlalu berat, membantu klien untuk memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari, mengevaluasi perkembangan kemampuan klien melakukan aktivitas. Dapat dilakukan sesuai rencana karena klien dapat bekerjasama dengan baik. Menurut opini penulis dengan melakukan mobilisasi dini dapat memperlancar sirkulasi darah sehingga klien tidak mengalami thrombosis.

4.4.3 Implementasi Defisit pengetahuan tentang perawatan payudara berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan payudara post SC Pada implementasi tinjauan pustaka menurut (Prawirohardjo 2018) sama dengan tinjauan kasus dilakukan tindakan seperti Menanyakan pada pasien tentang pengetahuannya mengenai perawatan payudara, memberikan penyuluhan mengenai perawatan payudara : yang berupa leaflet mengenai perawatan payudara, menganjurkan pasien untuk melakukan perawatan payudara 1-2x sehari, mendiskusikan kembali tentang prosedur pelaksanaan pada klien dan keluarga. Menurut opini penulis dengan melakukan satuan acara penyuluhan tentang perawatan payudara post sc dapat meningkatkan pengetahuan klien pada saat sudah pulang dirumah.

4.5 Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena sudah diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

Pada tinjauan kasus pada waktu dilaksanakan evaluasi nyeri berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan berkurang dalam waktu 2x24 jam karena tindakan yang tepat, pasien juga melakukan apa yang tim media ajarkan untuk nyerinya dan telah berhasil dilaksanakan dan tujuan kriteria hasil tercapai.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post SC dalam waktu 2x24 jam karena tindakan yang tepat, pasien juga melakukan apa yang tim medis ajarkan untuk nyerinya dan telah berhasil dilaksanakan dan tujuan kriteria hasil tercapai.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi defisiensi pengetahuan berhubungan dengan pasien kurang pengetahuan tentang perawatan payudara post SC dalam waktu 1x24 jam karena pelaksanaan yang tepat, pasien juga melakukan apa yang tim medis ajarkan untuk perawatan payudaranya dan telah berhasil dilaksanakan dan tujuan kriteria hasil tercapai.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dan kriteria hasil dapat tercapai karena adanya kerja sama yang baik antara pasien, keluarga dan tim medis lain. Hasil evaluasi pada Ny.S sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien KRS pada tanggal 02 Januari 2019 jam 09.00 WIB

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus G II P1-1 36/37 + letsu hari ke 1 diruang nifas mawar merah - 3 Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien post sc dengan indikasi letak sungsang.

5.1 Simpulan

Dari hasil mengurangi tentang asuhan keperawatan pada pasien Ny.S dengan diagnosa medis G II P1-1 36/37 + letsu hari ke -1 diruang nifas mawar merah - 3 Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan, maka penulis dapat mengambil kesimpulan :

- 5.1.1 Pengkajian sangat penting pada pasien post sc yang perlu diperhatikan saat pengkajian adalah nyeri pada daerah abdomen agar tidak bertambah, selain itu memberi nutrisi yang baik dan harus dikonsumsi oleh klien selama pemulihan, klien juga harus bermobilisasi dengan baik. Pada pasien dengan post sc hal ini yang perlu diperhatikan saat pengkajian adalah pada pemeriksaan fisik pada ibu post sc akan mengalami perubahan payudara bertambah besar, kontraksi uterus baik/keras, terdapat lochea rubra.
- 5.1.2 Pada pasien dengan post sc akan mengalami beberapa masalah mulai dari masalah fisik, psikologi maupun social masalah keperawatan yang

ditemukan pada tinjauan kasus adalah nyeri akut, hambatan mobilitas fisik. Kedua diagnosa tersebut muncul karena didapatkan data-data dari keadaan pasien itu sendiri.

5.1.3 Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terjadinya kesamaan namun masing-masing Intervensi tetap mengacu pada tujuan dan kriteria hasil.

5.1.4 Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka.

5.1.5 Evaluasi dilakukan penulis dengan metode per 24 jam dengan harapan penulis dapat mengetahui perkembangan yang terjadi pada pasien setiap saat. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara keluarga dan tim kesehatan lainnya.

5.2 Saran

Berlatar belakang dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

5.2.1 Keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan yang terjalin dengan baik perlu ditingkatkan sehingga timbul rasa saling percaya, serta untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan.

5.2.2 Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya lebih berpotensi dengan memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup serta dapat

berkeja sama dengan tim kesehatan yang lainnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan post sc.

5.2.3 Untuk peningkatan mutu asuhan keperawatan sebaiknya diadakan suatu seminar atau penyuluhan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien tentang post sc, seperti penyuluhan tentang cara menyusui dengan benar.

5.2.4 Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal maupun informal khususnya pengetahuan bidang melakukan perawat pasien post sc.

5.2.5 Pemahaman dan pengetahuan mengenai konsep kesehatan perlu ditingkatkan secara komprehensif sehingga mampu untuk menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Ardiansyah, (2015). *Ketika sedang hamil apakah boleh pijat*. Diakses dari [Http://carahamilsehat-solusi.blogspot.com/2015/01/ketika-sedang-hamil-apakah-boleh-pijat.html?](http://carahamilsehat-solusi.blogspot.com/2015/01/ketika-sedang-hamil-apakah-boleh-pijat.html) pada tanggal 08 agustus 2018 pukul 18.35 WIB
- Dinan S. (2005). *Bratakoesoema. Obserti Patologi*, edisi II Jakarta : EGC.
- Liu dan David (2008). *Manual Persalinan*. Jakarta: EGC.
- Manuaba (2008). *Ilmu kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Mufdillah (2009). *Pada asuhan kebidanan ibu hamil*. Yogyakarta: nuha medika.
- Nanda. (2015). *Asuhan patologis kebidanan berdasarkan diagnosa medis*. Yogyakarta
- Potter dan Perry (2005). *Buku ajar Fundamental Keperawatan: konsep, proses, praktik*. Jakarta. EGC
- Prawirohardjo (2007). *Dalam Ilmu Kandungan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prawirohardjo. (2018). *Asuhan Keperawatan berdasarkan diagnosa medis Nanda NIC NOC*. Yogyakarta
- Riskesdas (2015). *Angka Kejadian Sectio Caesaria*. www.google.com. Diakses pada tanggal 09 agustus 2018 pukul 18.45 WIB
- Rukiyah dan Yulianti (2010). *Asuhan Kebidanan IV (Patologi Kebidanan)*. Jakarta.
- Sarwono (2005). *Dalam ilmu kandungan* Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Wiknjosastro H. (2005). *Dalam Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohrdjo.
- Wiknjosastro H. (2007). *Dalam Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohrdjo.
- Wilkinson. (2007). *Proses Keperawatan*. Jakarta: salemba medika.
- Yopangumilar. (2012) *makalah ilmu kebidanan post sectio caesarea*.
- Linda. (2015) *pohon masalah letak sungsang karya tulis ilmiah*

INFORMED CONSENT

Judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN DIAGNOSA MEDIS POST SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI LETAK SUNGSANG DI RSUD BANGIL”.

Tanggal pengambilan studi kasus 31 Desember 2018 sebelum tanda tangan di bawah ini saya telah mendapatkan informasi tentang tugas pengambilan studi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa yang bernama AISYAH DWI ANGGRAINI proses pengambilan studi kasus ini dan saya mengerti semua yang telah dijelaskan tersebut.

Saya setuju untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan studi kasus ini dan saya telah menerima salinan dari form ini.

Saya Pipit

Dengan ini saya memberikan ketersediaan setelah mengerti semua yang telah di jelaskan oleh peneliti terkait dengan proses pengambilan studi kasus ini dengan baik. Semua data dan informasi dari saya sebagai partisipan hanya akan digunakan untuk tujuan dari studi kasus ini.

Tanda tangan Partisipasi



(Pipit)

Tanda tangan Peneliti



(Aisyah Dwi Anggraini)

SATUAN ACARA PENYULUHAN

PERAWATAN PAYUDARA

Topik Bahasan	: Perawatan Payudara
Hari / tanggal	: Senin, 31 Desember 2018
Tempat	: Ruang Nifas Kamar Mawar Merah 3 RSUD Bangil
Waktu	: 20 Menit
Sasaran	: Ny. S diruang Nifas kamar Mawar Merah 3 RSUD Bangil

I. Tujuan Instruksional Umum

Diharapkan setelah mengikuti kegiatan penyuluhan selama 1 x 20 menit diharapkan Ny. S diruang Nifas kamar Mawar Merah 3 RSUD Bangil mengerti tentang perawatan payudara

II. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan selama 1 x 20 menit diharapkan Ny. S diruang Nifas kamar Mawar Merah 3 RSUD Bangil, paham tentang :

1. Menjelaskan kembali pengertian perawatan payudara
2. Menyebutkan tujuan perawatan payudara
3. Menyebutkan manfaat perawatan payudara
4. Menyebutkan masalah yang timbul jika tidak dilakukan perawatan payudara
5. Menyebutkan peralatan perawatan payudara
6. Memperagakan cara perawatan payudara

III. Materi

1. Pengertian perawatan payudara
2. Manfaat perawatan payudara
3. Tujuan perawatan payudara
4. Masalah yang timbul jika tidak dilakukan perawatan payudara
5. Peralatan untuk perawatan payudara
6. Cara perawatan payudara yang benar

IV. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab
3. Demonstrasi

V. Kegiatan Penyuluhan

No.	Waktu	Tahap Kegiatan	Kegiatan	
			Penyuluh	Sasaran
1	2 menit	Pembukaan	1. Memberi salam pembuka 2. Memperkenalkan diri 3. Kontrak waktu	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan 3. Memberi respon
2	13 menit	Kegiatan inti	Penjelasan : 1. Menjelaskan pengertian perawatan payudara 2. Menjelaskan tujuan perawatan payudara 3. Menjelaskan dampak tidak dilakukan perawatan payudara 4. Menjelaskan hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan perawatan payudara 5. Menjelaskan langkah-langkah perawatan payudara	1. Mendengarkan 2. Memperhatikan

			6. Menjelaskan teknik perawatan payudara	
3	5 menit	Penutup	1. Tanya jawab 2. Menyimpulkan hasil penyuluhan 3. Salam penutup	1. Mengajukan pertanyaan 2. Memahami 3. Membalas salam

VI. Evaluasi

1. Prosedur : Post Tes
2. Bentuk : Lisan
3. Jenis : Tanya Jawab

MATERI PENYULUHAN

PERAWATAN PAYUDARA (Breast Care)

A. Pengertian

Post natal breast care pada ibu nifas merupakan perawatan payudara yang dilakukan pada ibu pasca melahirkan/nifas untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran payudara sehingga memperlancar pengeluaran ASI. Pelaksanaan perawatan payudara dimulai sedini mungkin, yaitu 1-2 hari setelah bayi dilahirkan dan dilakukan 2 kali sehari. (Saleha, 2009)

B. Tujuan perawatan payudara

Perawatan payudara hendaknya dilakukan sedini mungkin selama kehamilan dalam upaya mempersiapkan bentuk dan fungsi payudara sebelum terjadi laktasi. Jika persiapan kurang dapat terjadi gangguan penghisapan pada bayi akibat ukuran puting yang kecil atau mendelep. Akibat lain bisa terjadi produksi ASI akan terlambat serta kondisi kebersihan payudara ibu tidak terjamin sehingga dapat membahayakan kesehatan bayi. Dipihak ibu, akibat perawatan yang kurang pada saat persalinan ibu belum siap menyusui sehingga jika bayi disusukan ibu akan merasakan geli atau perih pada payudaranya.

Tujuan perawatan payudara adalah :

1. Memelihara kebersihan payudara
2. Melenturkan dan menguatkan puting susu

3. Payudara yang terawat akan memproduksi ASI cukup untuk kebutuhan bayi
4. Dengan perawatan payudara yang baik ibu tidak perlu khawatir bentuk payudaranya akan cepat berubah sehingga kurang menarik.
5. Dengan perawatan payudara yang baik puting susu tidak akan lecet sewaktu dihisap oleh bayi.
6. Melancarkan aliran ASI
7. Mengatasi puting susu datar atau terbenam supaya dapat dikeluarkan sehingga siap untuk disusukan kepada bayinya

C. Dampak tidak dilakukan perawatan payudara

Berbagai dampak negatif dapat timbul jika tidak dilakukan perawatan payudara sedini mungkin. Dampak tersebut meliputi :

1. Puting susu tidak menonjol
2. Anak susah menyusui
3. ASI lama keluar
4. Produksi ASI terbatas
5. Pembengkakan pada payudara
6. Payudara meradang
7. Payudara kotor
8. Ibu belum siap menyusui
9. Kulit payudara terutama puting akan mudah lecet.

E. Hal-Hal Yang Perlu Diperhatikan Dalam Melakukan Perawatan Payudara

1. Potong kuku tangan sependek mungkin,serta kikir agar halus dan tidak melukai payudara.
2. Cuci bersih tangan dan terutama jari tangan.
3. Lakukan pada suasana santai,misalnya pada waktu mandi sore atau sebelum berangkat tidur.

F. Langkah-langkah perawatan payudara

1. Persiapan alat untuk perawatan payudara
 - a. Handuk 2 buah
 - b. Washlap 2 buah
 - c. Baskom berisi air dingin 1 buah
 - d. Baskom berisi air hangat 1 buah
 - e. Minyak kelapa/baby oil
 - f. Baskom kecil 1 buah berisi kapas/kasa secukupnya
 - g. Baki, alas dan penutup
2. Pelaksanaan
 - a. Memberikan prosedur yang akan dilaksanakan
 - b. Mengatur lingkungan yang aman dan nyaman
 - c. Mengatur posisi klien dan alat-alat peraga supaya mudah dijangkau
 - d. Cuci tangan sebelum dilaksanakan perawatan payudara
 - e. Pasang handuk di pinggang klien satu dan yang satu dipundak

G. Teknik Perawatan Payudara

1. Tempelkan kapas yang sudah diberi minyak kelapa atau baby oil selama \pm 5 menit, kemudian puting susu dibersihkan

2. Tempelkan kedua telapak tangan diantara kedua payudara.

a. Pengurutan dimulai kearah atas, kesamping, lalu kearah bawah. Dalam pengurutan posisi tangan kiri kearah sisi kiri, telapak tangan kanan kearah sisi kanan.

b. Pengurutan diteruskan kebawah, kesamping selanjutnya melintang, lalu telapak tangan mengurut kedepan kemudian kedua tangan dilepaskan dari payudara, ulangi gerakan 20-30 kali

c. Gerakan-gerakan pada perawatan payudara

1) Gerakan Pertama

Kedua tangan disimpan di bagian tengah atau antara payudara, gerakan tangan ke arah atas pusat ke samping, ke bawah kemudian payudara diangkat sedikit dan dilepaskan, lakukan 20-30 kali.

2) Gerakan Kedua

Satu tangan menahan payudara dari bawah, tangan yang lain mengurut payudara dengan pinggir tangan dari arah pangkal ke puting susu, dilakukan 20-30 kali dilakukan pada kedua payudara secara bergantian.

3) Gerakan Ketiga

Satu tangan menahan payudara di bagian bawah, tangan yang lain mengurut dengan bahu, jari tangan mengepal, lakukan pengurutan dari arah pangkal ke puting susu, 20-30 kali dilakukan pada kedua payudara secara bergantian.

- d. Selesai pengurutan, payudara disiram dengan air hangat dan dingin bergantian selama ± 5 menit, keringkan payudara dengan handuk bersih kemudian gunakan BH yang bersih dan menopang.
- e. Bersihkan payudara terutama bekas minyak
- f. Pakailah BH yang terbuka bagian depannya (untuk Ibu menyusui) dan yang menyangga buah dada atau langsung susui bayi. (Saryono, 2009)

PENUTUP

Post natal breast care pada ibu nifas merupakan perawatan payudara yang dilakukan pada ibu pasca melahirkan/nifas untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran susu sehingga memperlancar pengeluaran ASI. Pelaksanaan perawatan payudara dimulai sedini mungkin, yaitu 1-2 hari setelah bayi dilahirkan dan dilakukan 2 kali sehari. Perawatan payudara untuk ibu nifas yang menyusui merupakan salah satu upaya dukungan terhadap pemberian ASI bagi buah hati.

Perawatan payudara pasca persalinan merupakan kelanjutan perawatan payudara semasa hamil, yang mempunyai tujuan perawatan sebagai berikut :

1. Memelihara kebersihan payudara
2. Melenturkan dan menguatkan puting susu
3. Payudara yang terawat akan memproduksi ASI cukup untuk kebutuhan bayi
4. Dengan perawatan payudara yang baik ibu tidak perlu khawatir bentuk payudaranya akan cepat berubah sehingga kurang menarik.
5. Dengan perawatan payudara yang baik puting susu tidak akan lecet sewaktu dihisap oleh bayi.
6. Melancarkan aliran ASI

7. Mengatasi puting susu datar atau terbenam supaya dapat dikeluarkan sehingga siap untuk disusukan kepada bayinya
8. Diharapkan setelah melakukan penyuluhan ini ibu bisa menerapkan perawatan payudara dirumah sehingga pemberian ASI akan lancar.

DAFTAR PUSTAKA

- Bobak, dkk. 2008. Keperawatan Maternitas. Hal 460. Jakarta : EGC diakses pada tanggal 30 Desember 2018 pukul 19.00 WIB
- Mellyna, H. 2009. Perawatan Ibu Pasca Melahirkan. Hal 29. Jakarta : Puspa Swara. diakses pada tanggal 30 Desember 2018 pukul 19.10 WIB
- Saleha, sitti. 2009. Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas. Jakarta: Salemba Medika. diakses pada tanggal 30 Desember 2018 pukul 19.15 WIB
- Saryono dyah pramitasari poischa. (2009). Perawatan payudara. Jogjakarta: mitra cendikia. diakses pada tanggal 30 Desember 2018 pukul 19.20 WIB

PERAWATAN PAYUDARA (*BREAST CARE*)



Disusun Oleh :
AISYAH DWI ANGGRAINI
(1601036)

Akademi Keperawatan Kerta
Cendikia Sidoarjo
Tahun ajaran 2019

PENGERTIAN

Melakukan perawatan payudara pada Ibu sesudah melahirkan untuk melancarkan proses laktasi

MANFAAT

- Menjaga kebersihan Payudara
- Melancarkan sirkulasi di payudara
- Merangsang produksi ASI
- Mencegah pembengkakan payudara

PERSIAPAN ALAT

- Waskom berisi air hangat dan air dingin
- Handuk kecil
- Minyak kelapa / Baby Oil



CARA PERAWATAN

CARA PERTAMA

- Basahi kedua telapak tangan dengan Baby Oil atau minyak kelapa
- Tempatkan tangan pada Payudara kemudian lakukan gerakan memutar mengelilingi payudara ke arah luar
- Ketika tangan kiri berada dibawah payudara dan kemudian angkat payudara sebentar dan lepaskan secara perlahan



Lakukan gerakan 25 s/d 30 kali

CARA KEDUA

- Tangan kanan membentuk kepalan tangan dengan buku-buku jari
- Lakukan pengurutan dari pangkal ke ujung atau ke arah puting susu dan merata keseluruhan payudara

- Lakukan secara bergantian untuk payudara yang lain



Lakukan gerakan 25 s/d 30 kali

CARA KETIGA

- Lanjutkan dengan sisi tangan dan lakukan pengurutan dari pangkal ke ujung atau ke arah puting susu
- Lakukan secara bergantian untuk payudara yang lain



Lakukan gerakan 25 s/d 30 kali

CARA KEEMPAT

- Cara yang lain dapat dilakukan dengan kedua tangan ke arah puting susu

- Kedua Ibu jari di atas payudara dan jari-jari yang lain menopang payudara
- Lakukan massage/memijat berulang-ulang 25 s/d 30 kali

PERAWATAN TERAKHIR

- ❖ Terakhir lakukan gerakan memelintir puting susu sampai puting susu Elastis dan kenyal



- ❖ Kemudian cuci payudara dengan air hangat dan kompres payudara dengan handuk kecil yang sudah dibasahi dengan air hangat secara bergantian pada payudara yang lain selama 5 menit



- ❖ Kemudian lanjutkan dengan kompres dingin dan diakhiri dengan air dingin
- ❖ Ulangi secara bergantian sebanyak 3 kali pada setiap payudara
- ❖ Kemudian lakukan pengeluaran ASI dan keringkan

IBU SIAP UNTUK MENYUSUI

Lakukan perawatan payudara setiap hari terutama sebelum mandi



RAWATLAH PAYUDARA ANDA GUNA KESEHATAN BAYI ANDA

