

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.N DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS *POST OP SECTIO CAESAREA*  
DENGAN INDIKASI KETUBAN PECAH DINI DI  
RUANG NIFAS RSUD BANGIL**



**Oleh:**

**ANTIK MASRUOH**

**NIM. 1601001**

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

**2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.N DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS *POST OP SECTIO CAESAREA*  
DENGAN INDIKASI KETUBAN PECAH DINI DI  
RUANG NIFAS RSUD BANGIL**

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



**Oleh:**

**ANTIK MASRUOH**

**NIM. 16101001**

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

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Antik Masruroh

NIM : 1601001

Tempat, Tanggal Lahir : Sidoarjo, 24 Juli 1998

Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah berjudul: **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N DENGAN DIAGNOSA MEDIS POST OP SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI KETUBAN PECAH DINI RUANG NIFAS RSUD BANGIL”** adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang 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 ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Sidoarjo, 27 Juni 2019

Yang Menyatakan,

**Antik Masruroh**  
NIM. 1601001

Mengetahui,

Pembimbing 1

Pembimbing 2

**Marlita Dewi L,S.Kep.Ns.,M.Kes**  
NIDN. 0709038302

**Kusuma Wijaya Ridi.P ,S.Kep.Ns.,MNS**  
NIDN. 0731108603

## LEMBARAN PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Antik Masruroh

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny.N Dengan Diagnosa Medis Post Op Sectio  
Caersarea Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Nifas RSUD  
Bangil

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada  
tanggal : 27 Juni 2019

Oleh:

Pembimbing 1

Pembimbing 2

**Marlita Dewi L,S.Kep.Ns.,M.Kes**

NIDN. 0709038302

**Kusuma Wijaya Ridi.P ,S.Kep.Ns.,MNS**

NIDN. 0731108603

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

**Agus Sulistyowati,S.Kep.,M.Kes**

NIDN.0703087801

## HALAMAN PENGESAHAN

Telah diuji dan disetujui oleh Tim Penguji pada sidang di Program  
Keperawatan di Akademi Kerta Cendekia Sidoarjo.

D3

Tanggal : 27 Mei 2019

### TIM PENGUJI

Ketua : Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes ( )

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

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

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

**Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes**

NIDN.0703087801

## **MOTTO**

*Memulai dengan penuh keyakinan, menjalankan dengan penuh keikhlasan, menyelesaikan dengan penuh kebahagiaan*

*Kemenangan yang seindah-indahnya dan sesukar-sukarnya yang boleh direbut oleh manusia ialah menundukan diri sendiri.*

## PERSEMBAHAN

*Tiada yang maha pengasih dan maha penyayang selain engkau ya Allah..syukur Alhamdulillah berkat rahmat dan ridho Muya Allah, saya bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Karya Tulis Ilmiah kuini akan kupersembahkan untuk :*

- 1. Kedua orang tua kutercinta, ayah Makhfud dan ibu Machnunah terima kasih yang tak terhingga atas semua dukungan, doa, semangat dan dukungan materil selama ini.*
- 2. Untuk adekku Isfadia safida safitri terima kasih semangat dan do'anya.*
- 3. Untuk kedua Dosen Pembimbing Ibu Marlita Dewi Lestari S. Kep. Ns, M.Kes dan Bapak Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra S.Kep.,MNS terima kasih atas bimbingan, doa dan motivasinya sehingga saya dapat menyelesaikan tugasm akhir ini dengan lancar tanpa satu halangan apapun.*
- 4. Terima kasih untuk para Dosen dan Staf AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA SIDOARJO*

*yang telah memberi saya banyak ilmu yang bermanfaat untuk kedepannya nanti dan memberi banyak pengalaman yang tak terlupakan selama saya menempuh pendidikan dikampus kita tercinta ini.*

- 5. Untuk orang yang tersayang terima kasih semangat, doa dan bantuannya dalam mengerjakan tugas akhir ini, semoga kita terus bahagia sampai tua nanti, amiin.*
- 6. Sahabat terbaikku Eva nurul qomariyah dan mufida indah sudah ada saat mau pun duka, terima kasih sudah menjadi sahabat yang apa adanya bukan ada-ada*
- 7. Untuk teman-teman yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu tetap semangat karena kehidupan yang sesungguhnya baru kita mulai.*

*Almamater kutercinta terimakasih, akan kubawa nama baik Akper Kerta Cendekia !!!*



## KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan puji syukur syukur atas kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik serta hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada NY.N Dengan Diagnosa Medis *Post Op Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Nifas RSUD BANGIL”** ini dengan tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam menyelesaikan Program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

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

1. Tuhan Yang Maha Esa yang senantiasa memberikan rahmat-Nya sehingga Proposal ini selesai dengan baik.
2. Orang tua tercinta yang selalu mendukung sehingga semua bisa berjalan lancar.
3. Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes selaku Direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.
4. Marlita Dewi Lestari, S.Kep.Ns., M.Kes selaku pembimbing 1 dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
5. Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.Kep.Ns., MNS selaku pembimbing 2 dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
6. Hj. Muniroh Mursan, Lc selaku petugas perpustakaan yang telah membantu dalam kelengkapan literature yang dibutuhkan
7. Pihak-pihak yang turut berjasa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak bisa di sebutkan 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, 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

Sampul Depan .....	i
Lembar Judul .....	ii
Lembar Pernyataan.....	iii
Lembar Persetujuan .....	iv
Halaman pengesahan .....	v
Motto .....	vi
Lembar persembahan.....	vii
Kata Pengantar .....	ix
Daftar Isi.....	xi
Daftar Gambar .....	xiv
Daftar tabel .....	xv
Daftar Lampiran.....	xvi
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat.....	5
1.5 Metode Penulisan .....	6
1.5.1 Metode .....	6
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	6
1.5.3 Sumber Data.....	6
1.5.4 Studi Kepustakaan.....	7
1.6 Sistematika Penulisan Metode.....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>9</b>
2.1 Konsep Teori <i>Sectio Caesarea</i> .....	9
2.1.1 Pengertian .....	9
2.1.2 Etiologi .....	9
2.1.3 Manifestasi klinis.....	10
2.1.4 Pemeriksaan penunjang .....	10
2.1.5 Komplikasi.....	11
2.1.6 Penatalaksanaan .....	11
2.1.7 Pencegahan .....	13
2.1.8 Dampak masalah.....	13
2.2 Konsep Penyakit Ketuban Pecah Dini.....	13
2.2.1 Pengertian .....	13
2.2.2 Etiologi .....	14
2.2.3 Klasifikasi .....	15
2.2.4 Manifestasi Klinis.....	15
2.2.5 Patofisiologi .....	16
2.2.6 Diagnosa Banding .....	16
2.2.7 Komplikasi.....	16
2.2.8 Pemeriksaan Penunjang .....	18
2.2.9 Pencegahan .....	18

2.2.10 Penatalaksanaan.....	19
2.2.11 Dampak Masalah.....	20
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan.....	22
2.3.1 Pengkajian.....	22
2.3.2 Pemeriksaan Fisik.....	26
2.3.3 Diagnosa Keperawatan .....	28
2.3.4 Perencanaan.....	29
2.3.5 Pelaksanaan .....	34
2.3.6 Evaluasi .....	35
2.4 Kerangka Masalah.....	37

### **BAB 3 TINJAUAN KASUS**

3.1 Pengkajian .....	38
3.1.1 Identitas.....	38
3.1.3 Riwayat keperawatan.....	39
3.1.3.1 Keluhan utama .....	39
3.1.3.2 Riwayat penyakit sekarang.....	39
3.1.4 Riwayat obstetri.....	40
3.1.3.1 Riwayat menstruasi .....	40
3.1.3.2 Riwayat kehamilan, persalinan,nifas yang lalu.....	40
3.1.3.3 Genogram.....	41
3.1.3.4 Persalinan sekarang .....	41
3.1.3.5 Keadaan bayi.....	42
3.1.3.6 Rencana perawatan bayi.....	43
3.1.3.7 Kesanggupan dan pengetahuan.....	43
3.1.5 Riwayat keluarga berencana.....	44
3.1.6 Riwayat kesehatan .....	44
3.1.7 Riwayat lingkungan.....	45
3.1.8 Aspek sosial.....	45
3.1.9 Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan .....	45
3.1.10 Pemeriksaan fisik.....	46
3.1.10.1 Keadaan umum.....	46
3.1.10.2 Breathing (B1).....	46
3.1.9.3 Blood (B2).....	47
3.1.9.4 Brain (B3).....	47
3.1.9.5 Bladder (B4).....	49
3.1.9.6 Bowel (B5).....	50
3.1.9.7 Bone (B6).....	51
3.1.10 Data penunjang.....	52
3.1.10.1 Laboratorium.....	52
3.1.10.2 Terapi .....	53
3.2 Diagnosa keperawatan .....	54
3.2.1 Daftar masalah keperawatan.....	56
3.2.2 Daftar diagnose keperawatan berdasarkan prioritas .....	56
3.3 Intervensi keperawatan .....	57
3.4 Implementasi keperawatan .....	59
3.5 Catatan perkembangan.....	61
3.6 Evaluasi keperawatan.....	64

<b>BAB 4 PEMBAHASAN</b> .....	<b>66</b>
4.1 Pengkajian .....	66
4.2 Diagnosa keperawatan .....	70
4.3 Perencanaan .....	72
4.4 Pelaksanaan .....	73
4.5 Evaluasi .....	75
<b>BAB 5 PENUTUP</b> .....	<b>76</b>
5.1 Simpulan .....	76
5.2 Saran.....	78
DAFTAR PUSTAKA .....	79

## DAFTAR GAMBAR

No Gambar	Judul Gambar	Hal
	Gambar 2.1 kerangka masalah pada klien dengan diagnose medis <i>Post Op Sectio Caesarea</i> atas indikasi ketuban pecah dini.....	37

## DAFTAR TABEL

<b>No Tabel</b>	<b>Judul Lampiran</b>	<b>Hal</b>
Tabel 3.1	Hasil laboratorium.....	52
Tabel 3.2	Diagnosa keperawatan .....	54
Tabel 3.3	Intervensi keperawatan .....	57
Tabel 3.4	Implementasi keperawatan .....	59
Tabel 3.5	Catatan perkembangan.....	61
Tabel 3.5	Evaluasi keperawatan.....	62

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>No Lampiran</b>	<b>Judul Lampiran</b>	<b>Hal</b>
Lampiran 1	Surat Ijin Pengambilan Studi Kasus .....	80
Lampiran 2	Surat Ijin Pengambilan Studi Kasus .....	81
Lampiran 3	Informed Consent.....	82
Lampiran 4	Lembar Konsultasi .....	83
Lampiran 5	SAP.....	84
Lampiran 6	Leaflet.....	91

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

*Sectio caesarea* adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus. Wanita melahirkan dengan cara *sectio caesarea* sering kita jumpai di negara berkembang seperti Indonesia (Sarwono, 2010). Indikasi dalam *sectio caesarea* salah satunya adalah ketuban pecah dini, ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Sebagian besar ketuban pecah dini yang terjadi pada umur kehamilan diatas 37 minggu, sedangkan pada umur kehamilan kurang 36 minggu tidak terlalu banyak. Ketuban pecah dini merupakan masalah *kontroversial obstetric* dalam kaitannya dengan penyebabnya. Pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya menyebabkan kemungkinan infeksi dalam rahim, persalinan prematuritas yang akan meningkatkan kesakitan dan kematian ibu maupun janinnya (Manuaba, 2010). Saat ini kebanyakan ibu sudah mengetahui apa saja macam-macam penyakit persalinan, salah satunya adalah ketuban pecah dini. Namun banyak juga ibu terutama pada ibu dengan primigravida atau ibu muda yang tidak bisa membedakan antara air ketuban dengan air seni (Wikjosastro, 2008). Karena ketuban yang pecah sebelum waktunya tidak disertai dengan kontraksi maupun lendir atau darah, biasanya ibu tidak terlalu khawatir dengan keadaan tersebut. Oleh sebab itu saat datang ke rumah sakit ibu dengan ketuban pecah dini datang dengan keluhan gerakan bayi melemah tidak seperti biasanya, kondisi seperti itu harus segera dilakukan penanganan secepatnya, jika tidak hal itu dapat menyebabkan permasalahan bagi janin dan juga ibu. Penanganan ketuban pecah



dini dapat dilakukan dengan dua cara yaitu persalinan normal dan dengan operasi *Sectio Caesarea* (Sarwono, 2009).

Melahirkan melalui operasi *Sectio Caesarea* baik atas indikasi medis maupun atas permintaan pihak pasien kini meningkat dari tahun ke tahun. Bahkan dari observasi peneliti didapatkan kenyataan angka operasi *Sectio Caesarea* dengan indikasi ketuban pecah dini di rumah sakit swasta setiap tahunnya meningkat. Menurut organisasi kesehatan (WHO) angka kejadian Ketuban Pecah Dini pada tahun 2013 sebanyak 50-60%. Sedangkan di Indonesia pada tahun 2013 sebanyak 35 % (Depkes RI, 2013). Di Jawa Timur pada tahun 2013 sebanyak 18 % (Profil kesehatan Jawa Timur tahun, 2013). Di RSUD Bangil insiden ketuban pecah dini cukup banyak, dari survey awal yang telah dilaksanakan pada bulan Januari sampai Desember 2017 di RSUD Bangil sebanyak 14,5% yaitu 166 kasus ibu dengan persalinan dengan *Sectio Caesarea* dengan indikasi ketuban pecah dini (Rekam Medis RSUD Bangil, 2017).

Penyebab yang disebutkan memiliki kaitan dengan ketuban pecah dini yaitu riwayat kehamilan premature, merokok, dan perdarahan selama kehamilan. Hubungan yang signifikan juga telah di temukan antara kelelahan karena bekerja dan peningkatan risiko Ketuban Pecah dini sebelum cukup bulan di antara multipara (Sarwono, 2009). Pada trimester ketiga atau terakhir selaput ketuban mudah pecah. Melemahnya kekuatan selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin. Pada trimester terakhir terjadi perubahan biokimia pada selaput ketuban. Pecahnya ketuban pada kehamilan aterm merupakan hal yang fisiologis. Ketuban pecah dini pada kehamilan prematur di sebabkan oleh adanya faktor-faktor eksternal, misalnya

infeksi yang menjalar dari vagina, deformitas janin dan hipoksia karena kompresi tali pusat. (Sarwono, 2009). Komplikasi yang timbul akibat Ketuban Pecah Dini bergantung pada usia kehamilan dapat terjadi infeksi maternal ataupun neonatal, persalinan prematur, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden *Sectio Caesarea*, atau gagalnya persalinan normal (Saifuddin, 2008). Masalah keperawatan yang kemungkinan timbul jika Ketuban Pecah Dini tidak segera di tangani maka kemungkinan risiko infeksi bagi ibu dan anak meningkat. Pada ibu terjadi korioamnionitis sedangkan pada bayi dapat terjadi septikemia, pneumonia, omfalitis dan masalah keperawatan yang mungkin muncul pada *sectio caesarea* nyeri pada luka post op, resiko tinggi infeksi pada luka post op, perdarahan (Sarwono, 2009).

Berbagai masalah yang timbul akibat post partum dengan *Sectio Caesarea* indikasi Ketuban Pecah Dini membutuhkan keterampilan dan pengetahuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien. Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini dalam kehamilan beresiko tinggi, kesalahan dalam mengelola akan membawa akibat meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas ibu maupun bayinya (Rahmawati, N.,2016). Penatalaksanaan tersebut memerlukan perawatan yang komperhensif. Pendidikan kesehatan yang dapat diberikan kepada pasien maupun keluarga untuk mencegah terjadinya ketuban pecah dini yaitu melakukan pemeriksaan kehamilan yang teratur, kebiasaan hidup sehat, mengonsumsi makanan yang sehat, minum cukup, olahraga teratur dan berhenti merokok, membiasakan diri membersihkan daerah kemaluan dengan benar, memberitahukan tanda dan gejala ketuban pecah dini, keluar air ketuban warna putih keruh hijau atau kecoklatan sedikit-sedikit atau sekaligus banyak,

dapat disertai bila sudah ada infeksi, janin mudah diraba. (Sarwono, 2009). Sedangkan solusi yang ditawarkan oleh peneliti pada pasien *Post Op Sectio Caesarea* dengan indikasi Ketuban Pecah Dini dengan memberikan *health education* dengan menganjurkan perawatan luka, pengelolaan nyeri dan mobilisasi miring kanan kiri. Dalam mencermati masalah tersebut berdasarkan latar belakang ini penulis tertarik untuk mengetahui tentang ibu dengan *Post Op Sectio Caesarea* dengan indikasi Ketuban Pecah Dini.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan *Post Op Sectio Caesarea* dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Ibu dengan diagnosa *Post Op Sectio Caesarea* dengan indikasi Ketuban pecah dini di Ruang Nifas ?”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada Ibu dengan diagnosa *Post Op Sectio Caesarea* dengan indikasi Ketuban pecah dini di Ruang Nifas.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1.3.2.1 Mengkaji pasien dengan diagnosa *Post Op Sectio Caesarea* dengan indikasi Ketuban pecah dini di Ruang Nifas.

1.3.2.2 Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa *Post Op Sectio Caesarea* dengan indikasi Ketuban pecah dini di Ruang Nifas.

1.3.2.3 Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa *Post Op Sectio Caesarea* dengan indikasi Ketuban pecah dini di Ruang Nifas.

1.3.2.4 Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa *Post Op Sectio Caesarea* dengan indikasi Ketuban pecah dini di Ruang Nifas.

1.3.2.5 Mengevaluasi pasien dengan diagnosa *Post Op Sectio Caesarea* dengan indikasi Ketuban pecah dini di Ruang Nifas.

1.3.2.6 Mendokumentasikan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa *Post Op Sectio Caesarea* dengan indikasi Ketuban pecah dini di Ruang Nifas.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

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

1.4.1 Akademis, hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan diagnosa *Post Op Sectio Caesarea* dengan indikasi Ketuban pecah dini.

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 di RS agar dapat melakukan asuhan keperawatan diagnosa *Post Op Sectio Caesarea* dengan indikasi Ketuban pecah dini.

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 diagnosa *Post Op Sectio Caesarea* dengan indikasi Ketuban pecah dini.

#### 1.4.2.3 Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang baik tentang asuhan keperawatan diagnosa *Post Op Sectio Caesarea* dengan indikasi Ketuban pecah dini.

### **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 pada klien.

##### 1.5.2.3 Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa 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 medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

### 1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan 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 diagnosa Struma serta kerangka masalah

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

Bab 4 : Pembahasan teori 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 penyakit dan asuhan keperawatan klien *Post Op sectio caesarea* dengan indikasi ketuban pecah dini. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada post section caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi

#### **2.1 Konsep Teori *Sectio Caesarea***

##### **2.1.1 Pengertian**

Dibawah ini adalah beberapa pengertian *sectio caesarea*.

*Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding Rahim dengan syarat Rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Sarwono, 2009).

*Sectio Caesarea* ialah tindakan untuk melahirkan janin dengan berat badan diatas 500 gram melalui sayatan pada dinding uterus yang utuh (Wiknjosastro, 2008).

##### **2.1.2 Etiologi**

Indikasi ibu dilakukan *Sectio Caesarea* adalah rupture uteri iminen perdarahan antepartum, ketuban pecah dini. Sedangkan indikasi dari janin

adalah fetal distres dan janin besar melebihi 4.000 gram. Dari faktor *Sectio Caesarea* diatas dapat diuraikan beberapa penyebab *Sectio Caesarea* sebagai berikut : CPD (*Chepalo Pelvik Disproportion*), PEB, bayi kembar, kelainan letak, ketuban pecah dini (Manuaba, 2010).

### 2.1.3 Menifestasi klinis

Menurut Indriyani (2013) manifestasi klinis yang terdapat pada *Sectio Caesarea* yaitu :

#### 2.1.3.1 Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior)

#### 2.1.3.2 Panggul sempit

#### 2.1.3.3 Ketuban pecah dini

#### 2.1.3.4 *Rupture uteri*

#### 2.1.3.5 Partus lama

#### 2.1.3.6 Letak lintang

#### 2.1.3.7 Letak bokong

#### 2.1.3.8 Pre eklampsia

#### 2.1.3.9 Gemeli

### 2.1.4 Pemeriksaan penunjang

Menurut Sarwono (2009) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan kepada pasien *Sectio Caesarea* adalah :

#### 2.1.4.1 Elektroensefalogram (EEG)

Untuk membantu menetapkan jenis dan focus dari kejang

#### 2.1.4.2 Pemindaian CT

Untuk mendeteksi perbedaan kerapatan jaringan

#### 2.1.4.3 *Magneti resonance imagim (MRI)*

Menghasilkan bayangan dengan menggunakan magnetic dan gelombang radio, berguna untuk memperlihatkan daerah-daerah otak yang tidak jelas terlihat bila menggunakan pemindaian CT.

#### 2.1.4.4 Pemindaian *positron emission tomography (PET)*

Untuk mengevaluasi kejang yang membandel dan membantu menetapkan lokasi lesi, perubahan metabolic atau aliran darah dalam otak.

#### 2.1.5 Komplikasi

Menurut Sarwono (2009) komplikasi yang sering terjadi pada ibu

*Post Op Sectio Caesarea* adalah :

2.1.5.1 Infeksi puerperial : kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas.

2.1.5.2 Perdarahan : perdarahan banyak bisa terjadi jika pada saat pembedahan cabang-cabang arteri uterine ikut terbuka atau karena atonia uteri.

2.1.5.3 Komplikasi-komplikasi lainnya antara lain luka kandung kemih, embolisme paru yang sangat jarang terjadi.

2.1.5.4 Kurang kuatnya parut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi *rupture* uteri.

#### 2.1.6 Penatalaksanaan

Menurut Sarwono (2009) penatalaksanaan yang dilakukan kepada pasien *Post Op Sectio Caesarea* yaitu :

##### 2.1.6.1 Perawatan awal

1) Letakkan pasien dalam posisi pemulihan

- 2) Periksa kondisi pasien, cek tanda vital tiap 15 menit selama 1 jam pertama, kemudian tiap 30 menit jam berikutnya. Periksa tingkat kesadaran tiap 15 menit sampai sadar
- 3) Yakinkan jalan nafas bersih dan cukup ventilasi
- 4) Transfusi jika diperlukan

#### 2.1.6.2 Diet

Pemberian cairan perinfus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 – 10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air the.

#### 2.1.6.3 Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi :

- 1) Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 – 10 jam setelah operasi.
- 2) Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar.
- 3) Hari kedua *post* operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya.
- 4) Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semi fowler).
- 5) Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca operasi.

### 2.1.7 Pencegahan

Menurut Winknjosastro (2008) pencegahan yang dapat dilakukan agar tidak terjadi *Sectio Caesarea* yaitu :

#### 2.1.7.1 Pencegahan dapat dilakukan dengan senam hamil

#### 2.1.7.2 Olahraga teratur

#### 2.1.7.3 Rajin kontrol

### 2.1.8 Dampak masalah

Dampak jika tidak dilakukan *section caesarea* adalah dapat menimbulkan infeksi, dapat menimbulkan perdarahan, kurang kuatnya uterus (Winknjosastro , 2008).

## 2.2 Konsep Penyakit Ketuban Pecah Dini

### 2.2.1 Pengertian

Ketuban pecah dini adalah ketuban yang pecah sebelum awitan persalinan (Hamilton, 2009).

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan, dan setelah ditunggu satu jam belum ada tanda persalinan. Waktu sejak pecah ketuban sampai terjadi kontraksi rahim disebut “kejadian ketuban pecah dini” (periode laten). Kondisi ini merupakan penyebab terbesar persalinan premature dengan segala akibatnya (Mitayani, 2012).

Dari beberapa pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud *dengan post section caesarea* dengan indikasi ketuban pecah dini adalah tindakan pembedahan yang telah dilakukan aibat pecahnya

selaput ketuban atau keluarnya cairan dari jalan lahir/vagina sebelum inpartu.

## 2.2.2 Etiologi

Menurut Mitayani (2012) penyebab dari Ketuban pecah dini masih belum di ketahui dan tidak dapat di tentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan faktor-faktor yang berhubungan erat dengan Ketuban Pecah Dini, namun faktor-faktor mana yang lebih berperan sulit di ketahui. Kemungkinan yang menjadi faktor resiko adalah :

2.2.2.1 Infeksi : Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini.

2.2.2.2 Keadaan abnormal dari fetus seperti malpresentasi.

2.2.2.3 Kelainan pada serviks atau alat genetalia seperti ukuram serviks yang pendek (<25cm).

2.2.2.4 Multipra dan peningkatan usia ibu.

2.2.2.5 Peningkatan tekanan yang mempunyai struktur yang lemah/selaput terlalu tipis

2.2.2.6 Serviks yang inkompetensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada servik uteri (akibat persalinan atau curetage)

2.2.2.7 Trauma yang di dapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amniosintesis menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini karena biasanya disertai infeksi.

2.2.2.8 Keadaan sosial ekonomi.

2.2.2.9 Defisiensi nutrisi.

### 2.2.3 Klasifikasi

Menurut Manuaba (2010) klasifikasi dari ketuban pecah dini antara lain sebagai berikut :

2.2.3.1 Ketuban pecah sebelum waktunya atau ketuban pecah dini atau ketuban pecah premature adalah keluarnya cairan dari jalan lahir atau vagina sebelum proses persalinan.

2.2.3.2 Ketuban pecah premature yaitu pecahnya membran choiro-amniotik sebelum onset persalinan atau disebut juga *Premature of Membrane atau Prelabour Rupture of membrane* (PROM).

### 2.2.4 Manifestasi Klinis

Menurut Nugroho (2011) tanda dan gejala yang harus diwaspadai selama kehamilan adalah :

2.2.4.1 Keluarnya cairan merembes melalui vagina (kemaluan).

2.2.4.2 Timbul sebelum rasa mulas – mulas tanda dari awal persalinan.

2.2.4.3 Cairan ketuban menjadi berwarna putih keruh mirip air kelapa, mungkinjuga sudah berwarna kehijauan.

2.2.4.4 Kontraksi  $\geq 4x/jam$  (dapat dirasa sebagai nyeri abdomen, rasa kencang, nyeri, kram menstruasi, atau rekaan pada vagina) (Sinclair, 2009)

2.2.4.5 Aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah.

2.2.4.6 Jika duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya “menganjal” atau “menyumbat” kebocoran untuk sementara.

2.2.4.7 Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda – tanda infeksi yang terjadi.

2.2.4.8 Keluar air ketuban warna putih keruh, jernih, kuning, hijau, atau kecoklatan sedikit – sedikit atau sekaligus banyak.

2.2.4.9 Dapat disertai demam bila sudah ada infeksi.

## 2.2.5 Patofisiologi

Ketuban pecah dini biasanya sering terjadi karena berkurangnya kekuatan membran atau penambahan tekanan intrauteri ataupun oleh sebab kedua-duanya. Kemungkinan tekanan intrauteri yang kuat adalah penyebab independen dari Ketuban Pecah Dini dan selaput ketuban yang tidak kuat akibat kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi akan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban (Manuaba, 2010).

## 2.2.6 Diagnosa banding

2.2.6.1 Test lakmus (Test netrazin) jika kertas lakmus warna merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya cairan ketuban (alkalis). Darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan test yang positif palsu.

2.2.6.2 Test pakis, dengan meneteskan cairan ketuban pada gelas objek dan biarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan Kristal cairan amnion dan gambaran daun pakis.

## 2.2.7 Komplikasi

Menurut Sarwono (2009) komplikasi yang terjadi akibat Ketuban Pecah Dini pada ibu dan janin adalah :



### 2.2.7.1 Komplikasi ibu

- 1) Infeksi intrapartal/ dalam persalinan. Jika terjadi infeksi dan kontraksi ketuban pecah maka bisa menyebabkan sepsis yang selanjutnya dapat mengakibatkan angka morbiditas dan mortalitas.
  - 2) Infeksi puerperalis atau masa nifas
  - 3) *Dry labour* atau partus lama
  - 4) Perdarahan post partum
  - 5) Meningkatkan tindakan operatif obstetri (khususnya SC)
  - 6) Morbiditas dan mortalitas maternal.
- 
- 1) Prematuritas, masalah yang dapat terjadi pada persalinan prematur diantaranya adalah respiratory distress syndrome, hypotermia, neonatal feeding problem.
  - 2) Prolaps funiculi/ penurunan tali pusat
  - 3) Hipoksia dan afiksia sekunder (kekurangan oksigen pada bayi )
  - 4) Sindrom deformitas janin
  - 5) Morbiditas dan mortalitas perinatal.

Komplikasi paling sering terjadi pada ketuban pecah dini (KPD) sebelum usia kehamilan 37 minggu adalah sindrom distress pernafasan, yang terjadi pada 10-40% bayi baru lahir. Risiko infeksi meningkat pada kejadian Ketuban pecah dini (KPD) .semua ibu hamil dengan ketuban pecah dini (KPD) *prematum* sebaiknya dievaluasi untuk kemungkinan terjadinya korioamnionitis (radang pada korion dan

amnion). Selain itu kejadian prolaps atau keluarnya tali pusat dapat terjadi pada ketuban pecah dini (KPD).

Risiko kecacatan dan kematian janin meningkat pada Ketuban Pecah Dini (KPD) pretrem. Hipoplasia paru merupakan komplikasi fatal yang terjadi pada ketuban pecah dini (KPD) kejadiannya mencapai hampir 100% apabila ketuban pecah ini terjadi pada usia kehamilan kurang dari 23 minggu. Infeksi intrauterin, tali pusat menumbang, prematuritas, distosia.

#### 2.2.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Nugroho (2011) pemeriksaan penunjang untuk pasien dengan indikasi ketuban pecah dini adalah :

2.2.8.1 Pemeriksaan leukosit darah : > 15.000/PL bila terjadi infeksi

2.2.8.2 Test lakmus berubah menjadi biru

2.2.8.3 Amniosintesis

2.2.8.4 USG menentukan usia kehamilan, indeks cairan amnion berkurang.

#### 2.2.9 Pencegahan

Menurut Sarwono (2009) pencegahan ketuban pecah dini dapat dengan 5 cara yaitu :

2.2.9.1 Pemeriksaan kehamilan yang teratur.

2.2.9.2 Kebiasaan hidup sehat, seperti mengkonsumsi makanan yang sehat, minum cukup, olahraga yang teratur dan berhenti merokok.

2.2.9.3 Membiasakan diri membersihkan daerah kemaluan dengan benar, yakni dari depan ke belakang, terutama setelah berkemih atau buang air besar.

2.2.9.4 Memeriksa diri ke dokter apabila ada sesuatu yang tidak normal di daerah kemaluan, misalnya keputihan yang berbau atau warna tidak seperti biasanya.

2.2.9.5 Untuk sementara waktu, berhenti melakukan hubungan seksual bila ada indikasi yang menyebabkan ketuban pecah dini, seperti mulut rahim yang lemah.

#### 2.2.10 Penatalaksanaan

Menurut Sarwono (2009) penanganan ketuban pecah dini memerlukan pertimbangan usia gestasi, adanya infeksi pada komplikasi ibu dan janin dan adanya tanda-tanda persalinan.

2.2.10.1 Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini pada kehamilan preterm berupa penanganan konservatif, antara lain :

- 1) Rawat di Rumah Sakit, ditidurkan dalam posisi trendelenburg, tidak perlu dilakukan pemeriksaan dalam untuk mencegah terjadinya infeksi dan kehamilan diusahakan bisa mencapai 37 minggu.
- 2) Berikan antibiotik (ampisilin 4x500 mg atau eritromisin bila tidak tahan ampisilin) dan metronidaazol 2x500 mg selama 7 hari.
- 3) Jika umur kehamilan < 32-34 minggu dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- 4) Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid, untuk memacu kematangan paru janin, dan kalau memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomeilin tiap minggu. Sediaan terdiri atas betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari atau deksametason IM 5 mg 6 jam sebanyak 4 kali.

- 5) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, belum ipartu, tidak ada infeksi, tes busa (-) : beri deksametason, observasi tanda-tanda infeksi, dan kesejahteraan janin. Terminasi pada kehamilan 37 minggu.
- 6) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol), deksametson dan induksi sesudah 24 jam.
- 7) Jika usia kehamilan 32-27 minggu, ada infeksi, beri antibiotic dan lakukan induksi.
- 8) Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intrauterine).

2.2.10.2 Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini pada kehamilan aterm berupa penanganan aktif, antara lain :

- 1) Kehamilan > 37 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal *section caesarea*. Dapat pula diberikan misoprotosol 50 µg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.
- 2) Bila ada tanda-tanda infeksi, berikan antibiotika dosis tinggi, dan persalinan diakhiri :
  - (1) Bila skor pelvik < 5 lakukan pematangan serviks kemudian induksi. Jika tidak berhasil akhiri persalinan dengan *sectio caesarea*.
  - (2) Bila skor pelvik > 5 induksi persalinan, partus pervagina.

#### 2.2.11 Dampak Masalah

Ditinjau dari patofisiologi diatas, masalah klien yang mungkin timbul terjadi merupakan respon terhadap klien terhadap penyakitnya.

Akibat ketuban pecah dini akan menimbulkan dampak baik terhadap klien sendiri maupun keadaan keluarganya.

#### 2.2.11.1 Terhadap Klien

##### 1) Bio

Pada klien ketuban pecah dini ini terjadi perubahan pada tubuhnya biasanya ibu dapat beraktifitas seperti biasa, namun saat ketuban pecah sebelum waktunya ibu diharuskan banyak istirahat dan itu menyebabkan ibu lelah karena harus memperbanyak istirahatnya dan membatasi aktifitasnya.

2) Klien akan merasakan cemas yang diakibatkan oleh keluarnya ketuban sebelum waktu persalinan, perubahan gaya hidup, kehilangan peran baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat, dampak dari hospitalisasi rawat inap dan harus beradaptasi dengan lingkungan yang baru serta takutnya terjadi hal-hal yang tidak diinginkan pada janin dan dirinya.

##### 3) Sosio

Klien akan kehilangan perannya dalam keluarga dan dalam masyarakat karena harus menjalani perawatan yang waktunya tidak sebentar dan juga perasaan akan ketidakmampuan dalam melakukan kegiatan seperti kebutuhannya sendiri seperti biasanya.

##### 4) Spiritual

Klien akan mengalami gangguan kebutuhan spiritual sesuai dengan keyakinannya baik dalam jumlah ataupun dalam beribadah yang diakibatkan karena rasa nyeri dan ketidakmampuannya.

#### 5) Terhadap keluarga

Masalah yang timbul pada keluarga dengan salah satu anggota keluarganya mengalami ketuban pecah dini adalah timbulnya kecemasan akan keadaan klien dan janinnya, apakah nanti akan selamat dan dapat hidup normal. Koping yang tidak efektif bisa ditempuh keluarga, untuk itu peran perawat disini sangat vital dalam memberikan penjelasan terhadap keluarga. Selain itu, keluarga harus bisa menanggung semua biaya perawatan dan operasi klien. Hal ini tentunya menambah beban bagi keluarga. Masalah-masalah diatas timbul saat klien masuk rumah sakit, sedangkan masalah juga bisa timbul saat klien pulang dan tentunya keluarga harus bisa merawat, memenuhi kebutuhan klien. Hal ini tentunya menambah beban bagi keluarga dan bisa menimbulkan konflik dalam keluarga.

### **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan**

#### 2.3.1 Pengkajian

Menurut Mitayani (2009) 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. Tahap ini terbagi atas :

### 2.3.1.1 Pengumpulan Data

#### 1) Identitas

- (1) Nama : dikaji untuk mengenal dan mengetahui nama pasien agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.
- (2) Umur : untuk mengetahui umur pasien, pada ibu yang sangat rentang terjadi malpresentasi janin yaitu usia 35 tahun keatas.
- (3) Agama : sebagai keyakinan individu untuk proses kesembuhannya.
- (4) Suku/bangsa : mengetahui kebiasaan-kebiasaan atau adat istiadat yang mempengaruhi kesehatan.
- (5) Pendidikan : dikaji untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien, semakin tinggi tingkat pendidikan pasien semakin mudah pasien menerima informasi dari petugas kesehatan.
- (6) Pekerjaan : semakin berat pekerjaannya, resiko terjadinya Ketuban Pecah Dini semakin besar.

#### 2) Keluhan Utama

Pada umumnya keluhan utama *Post Op Sectio Caesarea* adalah ditemukan nyeri pada luka post operasi, dengan karakteristik :

P : Provokatif / Paliatif, apa kira-kira penyebab timbulnya nyeri

Q : *Quality* / *Quantitas*, seberapa berat keluhan nyeri terasa

R : *Region* / *Radiasi*, lokasi dimana keluhan nyeri tersebut dirasakan

S : *Scule*, skala 0 = tidak ada nyeri, skala 1-3 = nyeri ringan, skala 4-6 = nyeri sedang, skala 7-9 = nyeri berat, skala 10 = Sangat nyeri

T : *Timing*, kapan keluhan nyeri tersebut mulai ditemukan

3) Riwayat kesehatan sekarang

Hal yang perlu dikaji adalah kehilangan darah selama prosedur pembedahan antara 600-800 cc, integritas ego yaitu mengenaikan emosional dari kegembiraan sampai ketakutan, marah atau menarik diri, eliminasi alvi, perlu dikaji adanya bising usus, terdengar ada/samar atau tidak ada juga perlu dikaji mengenai nyeri atau ketidaknyamanan dari sumber, misalnya trauma bedah atau insisi nyeri.

4) Riwayat kesehatan lalu

Riwayat kesehatan yang lalu perlu ditanyakan mengenai kondisi setelah melahirkan. Misalnya : perdarahan, hipertensi, preterm, partus dan tindakan kelainan letak, infeksi uterus, infeksi saluran kencing, *Post Op Sectio Caesarea*, dan lain-lain. Jumlah kehamilan dan persalinan seta jarak kelahirannya, tempat melahirkan, dan cara melahirkan.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga yang perlu ditanyakan adalah penyakit yang sifatnya menurun (DNA, Jantung) dan penyakit menahun (Hipertensi, Ginjal) serta penyakit menular (TBC, Hepatitis).

6) Riwayat Haid

Untuk mengetahui tentang pertama kali pasien mendapatkan menstruasi (*menarce*), siklus, lama menstruasi, banyak menstruasi,



bentuk darah apakah cair atau menggumpal hari pertama menstruasi serta tanggal kelahiran dari persalinan.

7) Riwayat perkawinan

Untuk mengetahui status perkawinan, jika menikah apakah ini pernikahan yang pertama sah atau tidak, lamanya pernikahan, umur saat menikah, dan jumlah anak.

8) Riwayat obstetri

Berapa kali dilakukan pemeriksaan ANC, hasil USG, hasil laboratorium : darah, urine, keluhan selama kehamilann termasuk situasi emosional dan impresi, upaya mengatasi keluhan, tindakan dan pengobatan yang diperoleh.

9) Kebiasaan sehari-hari

(1) Pola nutrisi

Pola nutrisi yang perlu dikaji sesuai dengan kasus *Sectio Caesarea* adalah tentang mutu dari diet yang memberikan meliputi kecukupan kalori. Kecukupan protein cairan serta buah-buahan. Metabolisme perlu dikaji yaitu suhu.

(2) Pola istirahat tidur

*Post Op Sectio Caesarea* hari Opasien dengan kasus ini memerlukan istirahat yang cukup sedikitnya 8 jam dengan posisi pasien terlentang. Karena pada pasien *Post Op Sectio Caesarea* H-0 sering susah tidur di karenakan nyeri luka *Post Op Sectio Caesarea*.

2.3.2 Pemeriksaan Fisik pada post op sectio caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini menurut Mitayani (2009), antara lain :

2.3.2.1 *Breathing* (B1)

Inspeksi : Bentuk dada simetris, pola nafas reguler atau irregular biasanya terjadi perubahan akibat anestesi, frekuensi nafas normal 16-24x/menit.

Palpasi : Apakah ada nyeri tekan pada dada, vocal fremitus normal

Perkusi : Resonan atau tidak

Auskultasi : Normal suara nafas vesikuler, bagaimana suaranya apakah terdapat suara tambahan, tidak ada ronchi atau wheezing.

2.3.2.2 *Blood* (B2)

Inspeksi : Pasien terlihat pucat, konjungtiva anemis. Anemia mungkin terjadi karena perdarahan selama proses persalinan sehingga ibu kehilangan darah selama prosedur pembedahan.

Palpasi : Pulsasi kuat dibagian ictus cordis, CRT < 2 detik, takikardi (jika terjadi syok akibat perdarahan post partum)

Perkusi : Batas jantung normal tidak ada pembesaran jantung.

Auskultasi :S1 dan S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan. Tekanan darah systole 110-140 diastole 60-90 mmHg.

#### 2.3.2.3 Brain (B3)

Inspeksi : Kesadaran compos mentis (*eyes* = 4, verbal = 5, motorik = 6), wajah tampak menyeringai karena adanya luka bekas operasi, nyeri pada luka post operasi, istirahat tidur terganggu karena adanya nyeri pada luka bekas operasinya.

#### 2.3.2.4 Bladder (B4)

Inspeksi : Terpasang *dower cateter*, urine jernih, bau khas amoniak. Pemeriksaan pengeluaran *lochea*, warna bau dan jumlahnya.

Palpasi : Nyeri tekan uterus yang mungkin ada, penggunaan alat bantu kateter untuk membatasi aktifitas pasien ke toilet berhubungan untuk mengurangi rasa nyeri post operasi sc.

#### 2.3.2.5 Bowel (B5)

Inspeksi : Mukosa bibir lembab atau kering, bentuk simetris, ada luka post op SC pada abdomen bagian bawah, bentuk luka vertikal panjang luka sekitar 15 cm ditutup dengan kasa steril.

- Auskultasi : Bising usus menurun 1-5 kali permenit akibat efek anastesi sehingga terjadi konstipasi.
- Palpasi : Ada nyeri tekan pada luka post op SC yaitu pada perut bagian bawah, fundus teraba 2 jari dibawah pusar.
- Perkusi : Normal, didapat timpani apabila terdapat cairan abdomen.

#### 2.3.2.6 Bone (B6)

- Inspeksi :Adanya pembesaran payudara, adanya hiperpigmentasi areola mammae dan papilla mammae, puting susu kanan dan kiri menonjol/keluar(vertid) :
- Palpasi Ada nyeri tekan pada luka post sc.
- Skala kekuatan otot :Adanya penurunan kekuatan otot ekstremitas bawah.

#### 2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menguraikan respon aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyai izin dan berkompeten dan mengatasinya (Indriyani, 2009).

Menurut (Tucker,Susan Martin,1998) diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada kasus *sectio caesarea* dengan indikasi Ketuban Pecah Dini antara lain :

2.3.3.1 Nyeri akut berhubungan dengan luka bekas operasi pada abdomen.

2.3.3.2 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada abdomen post SC.

2.3.3.3 Kurangnya perawatan diri berhubungan dengan penurunan kekuatan tubuh.

2.3.3.4 Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan pembedahan.

#### 2.3.4 Perencanaan

Perencanaan merupakan rencana tindakan yang akan diberikan pada klien sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan (Mitayani, 2012).

Menurut (Tucker,Susan Martin,1998) perencanaan yang dilakukan pada kasus *sectio caesarea* dengan indikasi Ketuban Pecah Dini yaitu :

2.3.4.1 Nyeri akut berhubungan dengan luka bekas operasi pada abdomen. Tujuan

: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang / nyeri hilang.

Kriteria hasil :

1) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.

Skala nyeri 1-3 berarti nyeri ringan

2) Tanda-tanda vital dalam batas normal.

TD : Sistole 100-140 mmHg.

Diastole 60-90 mmHg.

N : 60-100 x per menit.

S : 36,5-37,5°C.

RR: 16-24 x per menit

3) Pasien tampak tenang/rileks.

4) Melaporkan kebutuhan tidur dan istirahat cukup.

Intervensi :

- 1) Bina hubungan saling percaya.

R/ : dengan rasa saling percaya, klien dapat mengungkapkan perasaannya sehingga akan mempermudah melakukan tindakan keperawatan.

- 2) Jelaskan penyebab nyeri.

R/ : pasien dan keluarga mengerti penyebab nyeri.

- 3) Pantau PQRST nyeri pasien.

R/ : nyeri merupakan pengalaman subyektif dan harus dijelaskan oleh pasien untuk mengevaluasi keefektifan dan terapi yang di berikan.

- 4) Pantau tanda-tanda vital.

R/ : untuk mengetahui apakah ada tanda-tanda infrksi atau tidak.

- 5) Ajarkan teknik relaksasi dan nafas dalam.

R/ : teknik relaksasi dan nafas dalam mampu mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien.

- 6) Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetic. R/

: membantu pasien post operasi meringankan rasa nyeri.

#### 2.3.4.2 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada abdomen post op SC

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawwwatan selama 3 x 24 jam di harapkan pasien dapat menunjukkan tingkat mobilitas optimal.

- 1) Melakukan pergerakan dan perpindahan.

- 2) Pasien mengatakan sudah bisa bergerak.

3) Tonus otot             $\frac{5}{5}$

Intervensi :

1) Pantau tingkat mobilitas dari pasien.

R/ : agar dapat mengetahui perkembangan pada pasien post op SC.

2) Motivasi pasien untuk melakukan mobilisasi secara bertahap.

R/ : dengan mobilisasi optimal diharapkan aliran darah ke seluruh tubuh menjadi lancar, sehingga mempercepat proses penyembuhan luka post op.

3) Pertahankan posisi tubuh yang tepat

R/ : dapat meningkatkan posisi fungsional pada tubuh pasien

4) Berikan dukungan dan bantuan keluarga/orang terdekat pada latihan gerak pasien.

R/ : memampukan keluarga/orang terdekat untuk aktifitas dalam perawatan pasien.

#### 2.3.4.3 Kurangnya perawatan diri berhubungan dengan penurunan kekuatan tubuh

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah keperawatan diri teratasi

Kriteria hasil :

1) Pasien bisa menjaga personal hygiene nya.

2) Kekuatan tubuh pasien bisa kembali normal.

3) Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene mulut.

4) Mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi.

Intervensi :

- 1) Pantau tingkat kemampuan diri dalam perawatan diri.

R/ : untuk mengetahui kemampuan pasien dalam *personal hygiene*.

- 2) Motivasi pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap.

R/ : mengajarkan klien untuk memenuhi secara mandiri.

- 3) Libatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan pasien.

R/ : keluarga adalah orang yang paling tepat untuk masalah ini dan membuat pasien lebih diperhatikan.

- 4) Pantau karakter dan jumlah aliran lochea.

R/ : aliran lochea seharusnya tidak banyak.

- 5) Ajarkan pasien melakukan *personal hygiene*.

R/ : dapat meningkatkan kemampuan pasien.

#### 2.3.4.4 Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan luka post op SC pada abdomen

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan tidak ada tanda-tanda infeksi pada pasien.

Kriteria hasil :

- 1) Tidak terjadi tanda-tanda infeksi.
- 2) Tidak ada peningkatan suhu pada pasien.
- 3) Tidak ada pus pada luka bekas operasi.
- 4) Tidak ada kemerahan dan tidak ada pembengkakan pada luka bekas operasi.
- 5) Tanda-tanda vital dalam batas normal.

TD : Sistole 100-140 mmHg.

Diastole 60-90 mmHg.



N : 60-100 x per menit.

S : 36,5-37,5°C.

RR : 16-24 x per menit.

Intervensi :

1) Pantau tanda-tanda infeksi.

Tidak ada peningkatan suhu pada pasien, tidak ada pus pada luka bekas operasi, tidak ada kemerahan dan tidak ada pembengkakan pada luka bekas operasi. Tanda-tanda vital dalam batas normal :

TD : Sistole 100-140 mmHg.

Diastole 60-90 mmHg.

N : 60-100 x per menit.

S : 36,5-37,5°C.

RR : 16-24 x per menit

2) Anjurkan dan gunakan teknik mencuci tangan dengan benar dan cermat, buang pengalasan kotor, pembalut perineal dan linen yang terkontaminasi dengan cepat.

R/ : membantu mencegah dan membatasi penyebaran infeksi

3) Tinjau ulang hemoglobin, perhatikan adanya kondisi yang memredisposisikan pasien pada infeksi pasca operasi.

R/ : anemia, diabetes dan persalinan lama sebelum kelahiran caesarea meningkat resiko infeksi dan memperlambat penyembuhan

4) Kolaborasi dengan dokter untuk memberikan obat antiseptic sesuai terapi.

R/ : untuk mencegah infeksi pada pasien post op.

### 2.3.5 Implementasi pada post op section caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini Mitayani (2012).

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat. Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain.

Pelaksanaan yang dilakukan menurut perencanaan adalah :

#### 2.3.5.1 Diagnosa 1 :

Implementasi :

- 1) Memantau tanda-tanda vital pasien.
- 2) Menjelaskan kepada pasien dan keluarga penyebab nyeri.
- 3) Mengkaji PQRST nyeri pada pasien.
- 4) Mengajarkan pasien teknik relaksasi dan nafas dalam.
- 5) Mengatur posisi pasien.
- 6) Memberikan lingkungan yang nyaman dan batasi pengunjung.

#### 2.3.5.2 Diagnosa 2 :

Implementasi :

- 1) Memantau tingkat mobilitas dari pasien.
- 2) Memotivasi pasien untuk melakukan mobilisasi secara bertahap.
- 3) Mempertahankan posisi tubuh yang tepat.
- 4) Memberikan dukungan dan bantuan keluarga/orang terdekat pada latihan gerak pasien.

5) Memberi dorongan partisipasi pasien selama dalam semua aktivitas sesuai kemampuan individual.

- 1) Memantau tingkat kemampuan diri dalam perawatan diri.
- 2) Memotivasi pasien untuk melakukan perawatan diri secara bertahap.
- 3) Melibatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan klien.
- 4) Memantau karakter dan jumlah aliran loochea.
- 5) Mengajarkan pasien perawatan diri secara bertahap.

- 1) Memantau tanda-tanda infeksi.
- 2) Memantau keadaan umum pasien.
- 3) Membina hubungan saling percaya melalui komunikasi terapeutik.
- 4) Memberikan lingkungan yang nyaman.
- 5) Berkolaborasi dengan dokter untuk memberikan obat antiseptic sesuai terapi.

#### 2.3.6 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Mitayani, 2012)

Evaluasi yang didapatkan pada pasien *Post Op Sectio Caesarea*

adalah :

2.3.6.1 Nyeri berkurang atau hilang.

2.3.6.2 Tidak ada gangguan mobilitas.

2.3.6.3 Pasien tidak mengalami deficit perawatan diri.

2.3.6.4 Tidak ada tanda-tanda infeksi.

## BAB 3

### TINJAUAN KASUS

Pada bab ini disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pada tanggal 15-17 Desember 2018 diruang Nifas.

Tanggal masuk : 15 Desember 2018                      Jam : 11.53

Ruang / Kelas : Nifas    Kamar No : 05

Pengkajian tanggal : 15 Desember 2018                      Jam : 13.00

#### 3.1 Pengkajian

##### 3.1.1 IDENTITAS PASIEN

Nama : Ny. N  
 Umur : 23 Tahun  
 Suku/ bangsa : Jawa  
 Agama : Islam  
 Pendidikan : SD  
 Pekerjaan : Ibu rumah tangga  
 Alamat : Klojen 02/03 Kejayan, pasuruan  
 Status perkawinan : Kawin

##### 3.1.2 IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB

Nama : Tn.K  
 Umur : 20 Tahun  
 Suku/ bangsa : Jawa

Agama : Islam

Pendidikan : SD

Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Klojen 02/03 Kejayan,pasuruan

Status perkawinan : Kawin

### 3.1.3 RIWAYAT KEPERAWATAN

3.1.3.1 Keluhan utama : pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi

3.1.3.2 Riwayat Masuk Rumah Sakit : Pasien mengatakan hamil 38 minggu mengeluh perutnya kencang- kencang dan keluar cairan jernih agak kekuningan bau khas pukul 07.00 1x dibawah kedukun / tempat bersalin dipijet / dan pasien tidak dapat melahirkan secara normal, dan setelah itu oleh keluarga pasien pukul 10.00 dibawah ke RSUD bangil dan tiba di IGD pukul 11.53 dikarenakan air ketuban sudah habis dan agar bayi dan ibunya terselamatkan maka disarankan oleh dokter untuk dilakukan SC pada pukul 13.00 setelah itu pasien dipindah keruang nifas, pada saat pengkajian jam 15.00 tanggal 15/12/2018 didapatkan keluhan nyeri dengan P : Luka SC, Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk R : Abdomen daerah bekas SC S : Skala 6 T : Saat bergerak

### 3.1.4 RIWAYAT OBSETRI

#### 3.1.4.1 Riwayat Menstruasi

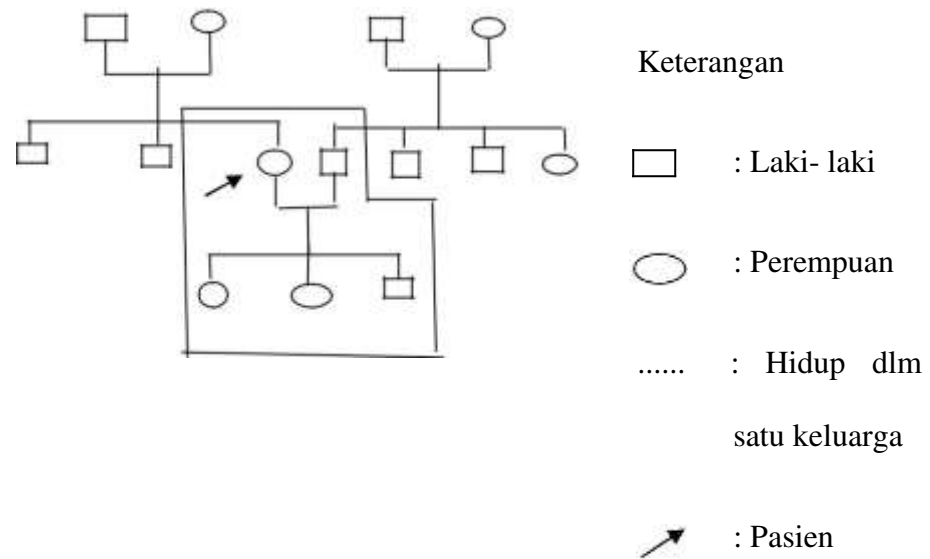
- |  |                           |
|--|---------------------------|
| 1) Menarche : Usia 13 Tahun                          | 4) Siklus : Teratur dalam |
| 2) Banyaknya : Dalam 1 hari 4 kali<br>ganti pembalut | dalam 1 bulan             |
| 3) HPTP : 9 - 3 - 18 / 15- 3- 18                     | 5) Lamanya : 7 hari       |
|  | 6) Keluhan : Nyeri haid   |

#### 3.1.4.2 Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu

Daftar tabel 3.1 Riwayat kehamilan persalinan nifas yang lalu pada pasien dengan diagnosa medis *post sectio caesarea* dengan indikasi **ketuba pecah dini**

Anak Ke		Kehamilan		Persalinan			Komplikasi Nifas			Anak		
No	Usia	Umur kehamilan	Penyakit	Jenis	Penolong	Penyulit	Laserasi	Infeksi	Pendarahan	Jenis	BB	PJ
1.	4 Th	9 bulan		Spontan	Bidan	Normal		-		p		
2.	2 Th	9 bulan		Spontan	Bidan	Normal		-		p		
3.	1 Hari	9 bulan		SC	Dokter	SC				L		

## 3.1.4.3 Genogram



Gambar 3.1 Genogram pada pasien Ny.N dengan diagnosa medis *Post Op Sectio Caesarea* dengan indikasi ketuban pecah dini.

## 3.1.4.4 Persalinan Sekarang

- (1) Kala I : Pasien tidak mengalami pembukaan dan dibawah keruang bedah
- (2) Kala II : Pasien tidak dapat melahirkan secara normal dibawah keruang bedah
- (3) Kala III : Pasien tidak dapat melahirkan secara normal dibawah keruang bedah
- (4) Kala IV : Keadaan umum cukup, TD : 120/80 mmhg, nadi 81x/menit, suhu 37,2 C, RR : 20/menit. TFUx 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, *lochea rubra* ada perdarahan 50 cc.

1) Lochea :

Jenis : (✓) *Lochea rubra*



*Lochea sanguinolenta*

*Lochea serosa*

*Lochea alba*

*Lochea parulenta*

*Lochiotosis*

Jumlah : 50 cc

2) TFU : 2 Jari dibawah pusat

3) Kontraksi uterus :  Baik  Tidak

4) Perdarahan :  Ya  Tidak

Jumlah : 50 cc

5) Perineum :  *rupture spontan*  *episiotomy*

1) BB : 3,6 Kg

2) TB : 54 cm

3) Pusat :  Normal  Abnormal

4) Perawatan tali pusat

Alkohol 70%

Betadine

Lainnya : Hanya diganti kassa steril

5) Anus : Adanya anus pada bayi

6) Suhu : 36,8

7) Lingkar Kepala : 32,5

Lingkaran *Sub Occipito Bregmatica* : 13 cm

Lingkaran *Fronto Occipitalis* : 12 cm

Lingkaran *Mentro Occipitalis* : 13 cm

8) Kelainan Kepala :

*Caput succedanum*

*Hydrocephalus*

*Cephal Hematoma*

*Microcephalus*

Lain- lain : Tidak ada kelainan

3.1.4.6 Rencana Perawatan Bayi : () sendiri ( ) Orang tua ( ) Lain-lain

3.1.4.7 Kesanggupan dan Pengetahuan

1) Merawat bayi :Pasien mengatakan rencana merawat bayinya sendiri

2) *Breast care*:Pasien mengatakan tidak tahu cara merawat payudara

3) *Perineal*:Pasien mengatakan tahu bagaimana merawat vagina

4)Nutrisi :Pasien mengatakan nutrisi yang baik bagi diri dan bayinya

5)Senam nifas :Pasien mengatakan selama ini tidak pernah mengikuti senam nifas

6) KB : Pasien selama ini tidak menggunakan KB

7) Menyusui : Pasien mengetahui cara pemberian ASI secara eksklusif

Masalah Keperawatan : 1. Defisit pengetahuan berhubungan dengan pasien tidak mengetahui cara perawatan payudara dan senam nifas

### 3.1.5 Riwayat Keluarga Berencana

3.1.5.1 Melaksanakan KB : ( ) ya (  ) tidak

3.1.5.2 Bila ya jenis kotrasepsinya apa yang digunakan : Tidak ada

3.1.5.3 Sejak kapan menggunakan kontrasepsi : Tidak ada

3.1.5.4 Masalah yang terjadi : Tidak ada

3.1.6.1 Penyakit yang pernah dialami ibu : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.6.2 Pengobatan yang didapat : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.6.3 Riwayat peyakit keluarga : Tidak ada masalah keperawatan

( - ) Penyakit diabetes melitus

( - ) Penyakit jantung

( - ) Penyakit hipertensi

( - ) Penyakit lainnya

### 3.1.7 Riwayat Lingkungan

3.1.7.1 Kebersihan : Lingkungan rumah bersih, terdapat ventilasi rumah

3.1.7.2 Bahaya : Tidak ada bahaya yang mempengaruhi kehamilan

3.1.7.3 Lainnya : Tidak ada

### 3.1.8 Aspek Sosial

3.1.8.1 Persepsi setelah melahirkan : Senang, Lega, bahagia

3.1.8.2 Apakah keadaan ini menimbulkan perubahan terhadap kehidupan sehari-hari : Tidak ada

3.1.8.3 Harapan yang ibu inginkan setelah bersalin : Ingin merawat banyinya

3.1.8.4 Ibu tinggal dengan siapa : Dengan keluarga ( Suami )

3.1.8.5 Sikap anak yang terpenting bagi ibu : semua anggota keluarga

3.1.8.6 Sikap anggota keluarga terhadap keadaan saat ini : Suami dan ibunya

3.1.8.7 Keadaan mental menjadi ibu : Senang, bahagia

### 3.1.9 Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

3.1.9.1 Merokok : Suaminya merokok

3.1.9.2 Minuman Keras : Pasien mengatakan anggota keluarganya tidak minum-minuman keras

3.1.9.3 Keterangan Obat : Pasien mengatakan anggota keluarganya tidak ketergantungan obat

### 3.1.10 Pemeriksaan Fisik

3.1.10.1 Keadaan umum : Px terlihat baik, bisa berjalan nyeri mulai menurun Kesadaran : Composmentis  
Nadi : 81x/mnt

1) Tekanan darah : 120/80 MmHg Suhu : 37,2 C

2) Respirasi : 20x/mnt

3) Berat badan : 80 Kg

Tinggi badan : 150 cm

### 3.1.10.2 B1 (*Breath*)

1) Bentuk dada : Simetris

2) Susunan ruas belakang : Tidak ada

3) Pola nafas :

Irama (  ) Teratur ( ) tidak teratur

Jenis: Bradipnea

4) Retraksi otot bantu nafas : Tidak ada otot bantu nafas

5) Alat bantu nafas : Tidak menggunakan alat bantu nafas

6) Suara nafas : Vesikuler

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.10.3 B2 (*Blood*)

1)Nyeri dada : Pasien tidak mengalami nyeri dada

2)Irama jantung : Reguler

3)Pulsasi : Kuat di radialis

4)Bunyi jantung : S1 S2 Tunggal

5)CRT : < 3 detik

6)Cianosis : Tidak ada sianosis

7)Clubbing finger : Tidak ada clubbing finger

8)JVP : Tidak ada pembesaran JVP

9)Kecepatan denyut jantung : Kecepatan normal

Sistole : 90- 120 Mmhg

Lain- lain.....

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.10.4 B3 (*Brain*)

1)Kesadaran : Composmentis

2)Orientasi : Pasien kooperatif

3)Kaku kuduk : Pasien tidak ada kaku kuduk

4)Kejang : Pasien tidak kejang

5) Brudsky : Tidak ada

6) Nyeri kepala : Pasien tidak mengalami nyeri kepala

7) Istirahat / tidur :

Dirumah sakit : 3-4 jam

Dirumah : 4-6 jam

8) kelainan nervous cranial : Tidak ada kelainan nervus

Kranialis

(1) Mata :

(1)) Pupil : Isokor

(2)) Refleks cahaya : Mengecil

(3)) Kunjungtiva : Tidak anemis

(4)) sclera : putih

(5)) Palpebra : Simetris

(6)) Strabismus : Mata tidak juling

(7)) Ketajaman pengelihatan : Normal

(8)) Alat bantu : Tidak ada alat bantu

(2) Hidung : (  ) normal (  ) epitaksis

(1)) Mukosa Hidung : lembab

(2) Secret : Tidak ada secret

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

(4) Kelainan lain : Tidak ada kelainan

(3) Telinga :

(1) Keluhan : Tidak ada keluhan

(2) Ketajaman Pendengaran : Ketajaman pendengaran  
baik

(3) Alat bantu pendengaran : Tidak ada alat bantu

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

(5) Peraba : Tidak ada masalah keperawatan

1) Bentuk alat kelamin

2) Libido : Kemauan : normal () turun ( ) meningkat ( )

Kemampuan : normal (  ) turun ( ) Meningkatkan ( )

3) Kebersihan : Bersih

4) Frekuensi berkemih :

Jumlah : 1500 mL/24 jam      Warna : Kuning



5. Alat bantu yang digunakan : *Dower cateter*

Lain- lain : tidak ada

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

### 3.1.10.6 B5 ( *Bowel* )

- 1) Mulut : Bersih
- 2) Mukosa : Lembab
- 3) Bibir : Normal (  ) labiokisis ( )  
Palaktosis ( )
- 4) Gigi : Bersih ( ) kotor (  ) ada carises ( )
- 5) Kebiasaan gosok gigi : 2x sehari pagi sore
- 6) Tenggorokan : Tidak ada masalah keperawatan
- 7) Abdomen : Ada nyeri tekan pada luka *post op sectio caesarea*
- 8) Peristaltik : 8 x/menit
- 9) Kebiasaan BAB : 1x sehari setelah op belum bisa BAB  
Konsisten : Padat Warna : kuning Bau :Khas  
Tempat yang digunakan : WC
- 10) Pemakaian obat pencahar : Tidak ada

Lain-lain.....

Masalah keperawatan : Nyeri akut

### 3.1.10.7 B6 (*Bone*)

1) Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai ( ROM)

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

3) Turgor kulit : < 2 detik

4) Kulit : Lembab tidak ada lesi

5) Fraktur : Tidak ada fraktur

6) Warna kulit : Sawo matang

7) Akral : hangat

8) Oedema : Tidak ada oedema pada tangan dan kaki

9) Mamme : () ya () tidak

10) *Aerolla mammae* : Normal, tidak ada masalah keperawatan

11) *Papilla mammae* : Menonjol terdapat kerak

12) *Colostrum* : kuning kental keluar sedikit 10 cc

13) kebersihan : bersih

Lain – lain : Pasien mengatakan tidak tahu cara merawat payudaranya agar bersih.

Masalah keperawatan : Defisit Pengetahuan

### 3.1.11 Data penunjang

#### 3.1.11.1 Laboratorium

Tabel 3.1 Hasil laboratorium tanggal 16 desember 2018 pada Ny.N dengan diagnosa medis Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Nifas RSUD Bangil.

Darah Lengkap	Hasil	Satuan	Nilai rujukan	Ket
Leukosit (WBC)	40,65		3,70-10,1	
Neutrofil %	H 94,7	%	39,3-73,7	
Limfosit	L 2,5	%	180-48,3	
Monosit %	L 2,6	%	4,40- 12,7	
Eosinofil %	L 0,1	%	0,600- 7,30	
Basofil %	01	%	4,2 11,0	
Entrosit ( RBC)	4,287	104/uI	12,0- 16,0	
Hemoglobin ( HGB)	R,41	g/dl	38-4/	
MCV	36,26	%	81,1-96,6	
MCH	84,58	Pm2	31,8-3,4	
MCHC	34,30	g/dl	155-366	

### 3.1.11.2 Terapi yang di dapat

Terapi tanggal 15 Desember 2018

IVD RL 1500 mL : Manfaat cairan Ringer Laktat (RL) Kandungan kalium bermanfaat untuk konduksi saraf dan otak, mengganti cairan hilang karena dehidrasi, syok hipovolemik, dan kandungan natriumnya menentukan tekanan osmotik pada pasien.

Inj Cefazolin 2x1 gr IV : Antibiotik yang digunakan untuk menangani beragam kondisi akibat infeksi bakteri, selain itu obat ini digunakan kepada orang yang akan melakukan operasi.

Inj ketorolac 3x30 mg : Jenis obat antiinflamasi nonsteroid (NSAIDS) Anti nyeri yang bekerja dengan memblokir produksi substansi alami tubuh yang menyebabkan inflamasi. Efek ini membantu mengurangi bengkak, nyeri atau demam

Po : Asam mefenamat 3x1: Asam mefenamat atau mefenamic acid dikenal sebagai nonsteroidal anti- inflammatory drug (NSAID) obat ini digunakan untuk mengobati sakit ringan seperti obat sakit kepala menghilangkan rasa nyeri.

Metesin 3x1 : Golongan antibiotik sefalos untuk mengatasi perdarahan setelah melahirkan

### 3.2 Diagnosa keperawatan

Tanggal : 15 - 12 – 2018

Nama Pasien : Ny. N

Umur : 23 Tahun

Tabel 3.2 Diagnosa keperawatan pada Ny.N dengan diagnosa medis Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Nifas RSUD Bangil.

No	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi SC</p> <p>P : Luka SC</p> <p>Q : Ditusuk-tusuk</p> <p>R : Di Abdomen</p> <p>S : Skala 6</p> <p>T : Saat bergerak</p> <p>DO : K/u Composmentis</p> <p>TTV : TD : 120/ 80</p> <p>N : 80x/ Mnt</p> <p>RR : 20x/ Mnt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wajah tampak menyeringai</li> <li>- Terdapat luka balutan diabdomen</li> <li>- Adamemardi daerah</li> </ul>	<p>Ketuban pecah dini</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">SC</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Luka post SC</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Terputusnya inkonuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf- saraf di sekitar insisi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Merangsang pengeluaran histamin</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p><b>Nyeri Akut</b></p> </div>	Nyeri Akut

2.	<p>DS : Pasien mengatakan Cemas saat payudara tidak mengerti cara merawat payudaranya dengan benar dan melakukan senam nifas</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wajah tampak kebingungan dan cemas saat payudara pasien membesar dan ASI keluar sedikit</li> <li>- Ibu sering bertanya</li> <li>- Terdapat kerak pada putting susus ibu</li> <li>- ASI keluar sedikit</li> </ul>	<p>Cemas saat payudara pasien membesar</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Tingkat pengetahuan kurang tentang perawatan payudara</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Defisit pengetahuan</p>	Defisit pengetahuan
----	--	--	---------------------

### **3.2.1 DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN**

3.2.1.1 Nyeri Akut

3.2.1.2 Defisit Pengetahuan

### **3.2.2 DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS**

3.2.2.1 Nyeri Akut berhubungan dengan luka post op *sectio caesarea*

3.2.2.2 Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang perawatan payudara yang benar dan melakukan senam nifas

### 3.3 Intervensi keperawatan

Tanggal : 15- 12 – 2018

Nama Pasien : Ny. N

Umur: 23 Tahun

Tabel 3.3 Intervensi keperawatan Diagnosa keperawatan pada Ny.N dengan diagnosa medis Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Nifas RSUD Bangil.

No Dx	TUJUAN / KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
1.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan KH : - Skalanyeri0-3 (Ringan) - Wajah tampak rileks - Mampu mengenali nyeri - TTV dalam batas normal	1.Lakukan pengkajian nyeri 2. Observasi skala nyeri 3. Posisikan pasien senyaman Mungkin semi fowler 4. Ajarkan pasien teknik Relaksasi & distraksi 5. Observasi TTV 6. Kolaborasi pemberian analgesic dengan tim medis	1.U/ Mengetahui nyeri yang dirasakan pasien 2.U/Menentukan tindakan selanjutnya 3. Mengurangi rasa nyeri 4.Meminimalkan rasa nyeri 5.Mengetahuikeadaan umum pasien 6. Mengurangi rasa nyeri



2.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan kurang pengetahuan tentang perawatan payudara teratasi dengan</p> <p>KH :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien paham, dan mau merawat payudaranya agar asi lancar</li> <li>- Pasien dapat menjawab pertanyaan perawat mengenai perawatan payudaranya yang benar</li> <li>- Pasien bisa melakukan perawatan payudaranya sendiri</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan yang kondusif untuk pelaksanaan pendkes</li> <li>2. Kaji motivasi pasien untuk mengikuti pendkes</li> <li>3. Beri bimbingan dan demostrasikan perawatan payudara</li> <li>4. Anjurkan pasien untuk meninjau ulang teknik-teknik dalam perawatan payudara</li> <li>5. Jelaskan kepada ibu pentingnya menjaga kondisi tubuh dengan mempertahankan nutrisi dan kebersihan ibu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. U/ Agar px tetap nyaman dan kondusif</li> <li>2. U/ Untuk mengubah gaya hidup lebih sehat dan pemahaman tentang kesehatan lebih banyak</li> <li>3. Dengan belajar dan latihan ibu akan mengetahui cara perawatan payudara</li> <li>4. Untuk mengetahui sejauh mana pemahaman pasien terhadap perawatan payudara yang di peragakan oleh perawat</li> <li>5. Untuk mempercepat proses penyembuhan dan mencegah terjadinya komplikasi</li> </ol>
----	---	---	---



### 3.4 Implementasi keperawatan


Nama Pasien : Ny.N

No Rm : 00382xxx


Umur : 23 tahun


Tabel 3.4 Implementasi keperawatan Diagnosa keperawatan pada Ny.N dengan diagnosa medis Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Nifas RSUD Bangil.

No Dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama/Tanda Tangan
1.	15- 12- 18	17.00	1. Melakukan pengkajian nyeri pada pasien	
		17.15	2. Mengobservasi skala nyer	
		17.30	3. Memposisikan pasien senyaman mungkin ( Semi fowler)	
		17.45	4. Mengajarkan teknik distraksi & relaksasi	
		18.00	5. Mengobservasi : TTV TD : 110/80 mmHg N : 88x/Menit RR: 20x/Menit	
		18.45	6. Memberikan terapi analgesik kolaborasi dengan tim medis Injeksi Cefazoline 2x1 Injeksi Ketorolac 30 mg	
				

2.	16-12-2018	08.00	1. Menyiapkan lingkungan yang kondusif untuk memberikan kenyamanan pasien	
		08.15	2. Mengkaji motivasi pasien untuk mengikuti pendkes	
		08.30	3. Memberi bimbingan dan mendemostrasi kan cara perawatan payudara yang benar - Memberikan penyuluhan tentang cara perawatan payudara dan mengikutsertakan pasien untuk melakukan perawatan payudara dan cara pelekatan yang benar.	
		09.15	4. Menjelaskan kepada ibu tentang penting menjaga kondisi tubuh dengan mempertahankan nutrisi dan kebersihan ibu	



16 -12-18	Kuranganya pengetahuan berhubungan dengan perawatan payudara yang benar	<p>bagian bawah kurang lebih 15 cm</p> <p>- Luka tertutup kassa steril</p> <p>A : Masalah nyeri teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan No 1</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah mengerti cara merawat payudaranya dan bisa mempraktekkan.</p> <p>O : K/u Cukup</p> <p>GCS 4-5-6</p> <p>Composmentis</p> <p>TTV</p> <p>TD : 110/80 mmHg</p> <p>N : 88x/Menit</p> <p>S : 36,2 C</p> <p>RR : 20x/Menit</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
-----------	---	---	--

<p>17- 12- 18 08.00-WIB</p>	<p>Nyeri akut berhubungan dengan tindakan pembedahan SC</p>	<p>S : Pasien mengatakan nyeri berkurang pada bekas operasi SC nya</p> <p>P : Nyeri akibat operasi</p> <p>Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : Perut luka SC</p> <p>S : Skala 3</p> <p>T : Nyeri bertambah ketika dibuat bergerak</p> <p>O : K/u Cukup</p> <p>TTV</p> <p>TD : 120/80 mmHg</p> <p>N : 90x/Menit</p> <p>RR: 20x/Menit</p> <p>- Luka tertutup steril</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
---------------------------------	---	---	---


### 3.6 Evaluasi keperawatan


Nama Pasien : Ny. N

No Rm : 00382xx

Umur : 23 Th

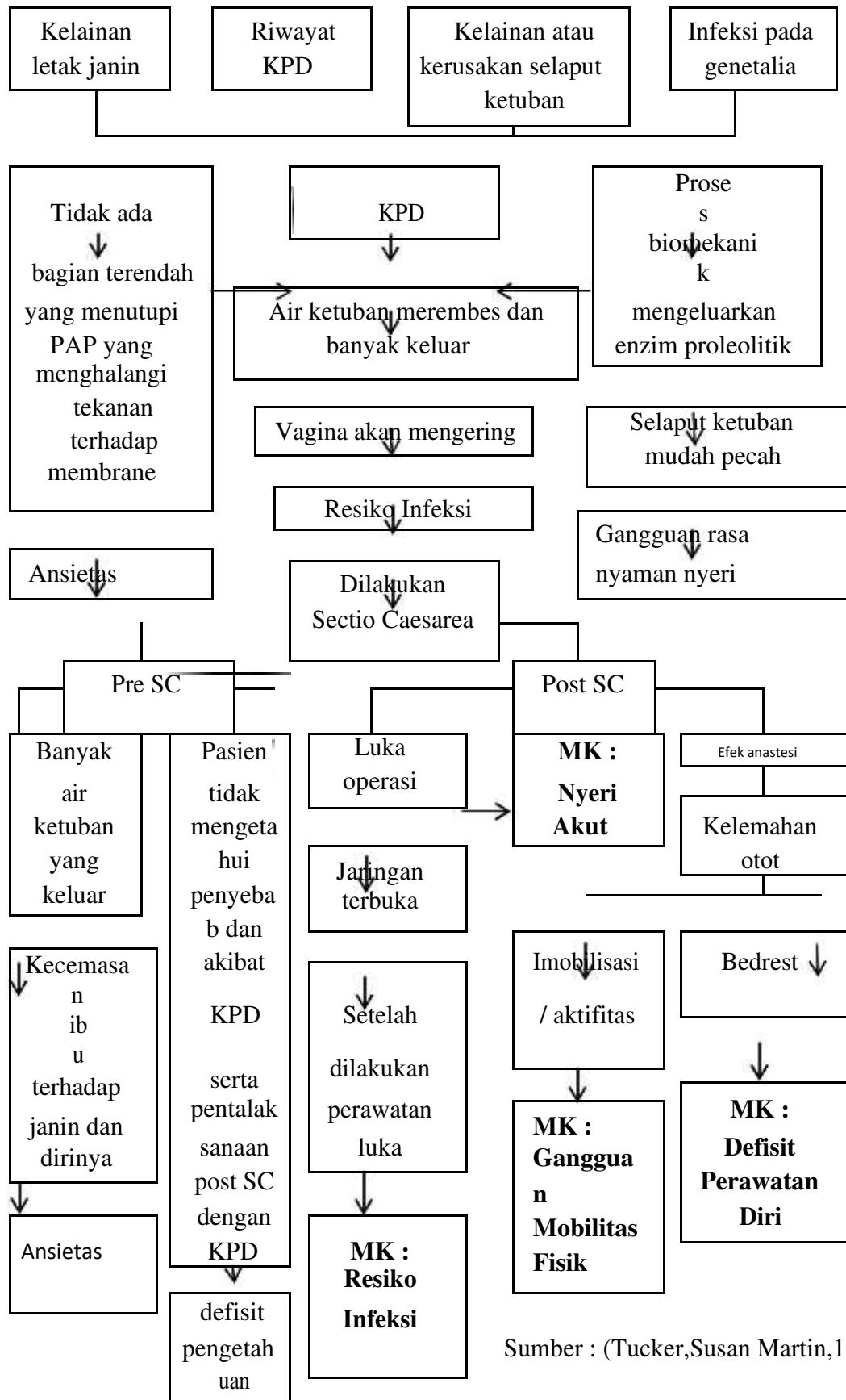
Tabel 3.6 Evaluasi keperawatan Diagnosa keperawatan pada Ny.N dengan diagnosa medis Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Nifas RSUD Bangil.

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
17 - 12 - 18 15.00- WIB	Nyeri akut berhubungan dengan tindakan pembedahan SC	S : Pasien mengatakan nyeri Berkurang P : Nyeri akibat operasi Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk R : Perut luka Sc S : Skala 2 T : Nyeri bertambah saat dibuat aktivitas O : K/u Baik Composmentis GCS 4-5-6 TTV TD : 120/80 mmHg N : 90x/Menit RR : 20x/Menit - Pasien sudah tidak nyeri	

17 – 12 - 18	Kurang nya pengetahuan berhubungan dengan perawatan payudara yang benar	<p>- Wajah sudah tidak nyeri</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan pasien KRS</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah mengerti cara merawat payudaranya</p> <p>O : K/u Baik</p> <p>Composmentis</p> <p>GCS 4-5-6</p> <p>TTV</p> <p>TD : 120/80 mmHg</p> <p>N : 90x/Menit</p> <p>S : 36,2 C</p> <p>RR : 20x/Menit</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan Pasien KRS</p>	
--------------	---	--	---



2.4 Kerangka Masalah



Sumber : (Tucker,Susan Martin,1998)

Gambar 2.1 kerangka masalah pada klien dengan diagnosa medis *Post Op Sectio Caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini

## BAB 4

### PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dijelaskan kesenjangan antara teori dan asuhan keperawatan secara langsung pada Ny.N dengan diagnosa GIII P1-1 uk 38 minggu TH + ketuban pecah dini >24 jam + BSC hari ke 0 diruang Nifas RSUD Bangil yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### 4.1 Pengkajian

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

Menurut opini peneliti pengkajian antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak banyak kesenjangan pada keluhan utama hal ini terjadi karena terdapat keluhan nyeri pada semua pasien apabila efek anestesi telah hilang pada pasca operasi *section caesarea*, yaitu pada tinjauan kasus Ny.N mengeluh nyeri daerah perut *post section caesarea* seperti yang dikeluhkan oleh pasien *post section caesarea* pada umumnya di dapatkan keluhan nyeri pada daerah perut karena insisi pasca operasi *section caesarea*.

Pada pengkajian *Breathing* (B1) dari tinjauan pustaka menurut Mitayani (2009) didapatkan data, bentuk dada simetris, pola nafas regular atau irregular biasanya terjadi perubahan akibat anestesi, frekuensi nafas normal 16-24x/menit, apakah ada nyeri tekan pada dada, vocal *fremitus normal*, resonan atau tidak,

normal suara nafas vesikuler, bagaimana suaranya apakah terdapat suara tambahan, tidak ada *ronchi* atau *wheezing*. Pada tinjauan kasus Ny. N didapatkan data, bentuk dada normal simetris, susunan ruas tulang belakang normal, *respiratory rate* 20x/menit, tidak ada retaksi otot bantu nafas, tidak terjadi sesak nafas, pola nafas teratur, tidak menggunakan alat bantu nafas, pergerakan dinding dada sama, suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan seperti *wheezing* dan *ronchi* hal yang sama seperti tinjauan pustaka. Menurut opini peneliti pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ditemukan adanya kesenjangan hal ini terjadi karena pada saat di *recovery room* pasien sudah diobservasi terlebih dahulu, tidak ada suara nafas tambahan karena efek anestesi sudah tidak ada.

Pada pengkajian *Blood* (B2) dari tinjauan pustaka menurut Mitayani (2009) didapatkan data, anemia mungkin terjadi karena perdarahan selama proses persalinan sehingga ibu kehilangan darah selama prosedur pembedahan, pulsasi kuat dibagian *ictus cordis*, CRT < 2 detik, takikardi (jika terjadi syok akibat perdarahan post partum), S1 dan S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan, tekanan darah systole 110-140 diastole 60-90 mmHg. Pada tinjauan kasus Ny. N didapatkan data, tidak ada sianosis, tidak ada *clubbing finger*, tidak ada pembesaran JVP, CRT < 3 detik, hangat, tidak ada nyeri dada, pulsasi kuat di radialis, nadi 81x/menit, TD :120/80 mmHg, bunyi S1 dan S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung abnormal seperti murmur dan *gallop*, irama jantung reguler. Menurut opini peneliti pada pengkajian tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ditemukan sedikit perbedaan yaitu tidak ditemukannya anemis apalagi syok akibat perdarahan hal ini dikarenakan kontraksi uterus yang kuat dan normal yang tidak menyebabkan perdarahan *post op sectio caesarea*.

Pada pengkajian *Brain* (B3) dari tinjauan pustaka menurut Mitayani (2009) didapatkan data, kesadaran compos mentis (eyes = 4, verbal = 5, motorik = 6). Pada tinjauan kasus Ny.N didapatkan data, kesadaran compos mentis, GCS 4-5-6, orientasi baik (orang/waktu/tempat), tidak ada nyeri kepala, tidak ada kaku kuduk, tidak kejang, istirahat/tidur : dirumah sakit belum terlewat dirumah siang 3 jam/hari malam 6 jam/hari. Tidak ada kelainan nervus kranialis. Mata : pupil isokor, reflek cahaya baik, konjungtiva tidak anemis, sclera putih , ketajaman penglihatan normal tidak ada alat bantu. Hidung : bentuk normal dan simetris, mukosa hidung tidak ada, tidak ada *secret*, ketajaman penciuman normal. Telinga : bentuk kanan dan kiri simetris, ketajaman pendengaran baik tidak ada alat bantu. Perasa : dapat merasakan manis pahit asam asin. Peraba : normal . Menurut opini peneliti tidak ditemukan kesenjangan karena tinjauan pustaka dan tinjauan kasus didapatkan data yang sama.

Pada pengkajian *Bladder* (B4) dari tinjauan pustaka menurut Mitayani (2009) didapatkan data, terpasang *dower kateter*, urine jernih, bau khas amoniak. Pemeriksaan pengeluaran *lochea*, warna bau dan jumlahnya, nyeri tekan uterus yang mungkin ada, penggunaan alat bantu kateter untuk membatasi aktifitas pasien ke toilet berhubungan untuk mengurangi rasa nyeri *post op sectio caesarea*. Pada tinjauan kasus Ny.N didapatkan data, bentuk alat kelamin normal dan bersih, jumlah urine 1500cc/24 jam warna kuning, terpasang *dower cateter*. *Lochea rubra* perdarahan 50cc, terdapat nyeri tekan karena ada luka *post op sectio caesarea*, TFU 2 jari dibawah pusat. Menurut opini peneliti tidak ada kesenjangan karena tinjauan pustaka dan tinjauan kasus didapatkan data yang sama.

Pada pengkajian *Bowel* (B5) dari tinjauan pustaka menurut Mitayani (2009) didapatkan data, mukosa bibir lembab atau kering, bentuk simetris, ada luka *post op sectio caesarea* pada abdomen bagian bawah, bentuk luka vertical panjang luka sekitar 15 cm ditutup dengan kasa steril, bising usus menurun 1-5 kali permenit akibat efek anastesi sehingga terjadi konstipasi, ada nyeri tekan pada luka post op SC yaitu pada perut bagian bawah, fundus teraba 2 jari dibawah pusar, normal, didapat timpani apabila terdapat cairan abdomen. Pada tinjauan kasus Ny.N didapatkan data, terdapat luka jahitan *post op sectio caesarea* bentuk vertical kurang lebih 15 cm, luka tertutup kasa steril, kasa terlihat kering, terdapat striae dan linea, mulut bersih, mukosa lembab, TFU 2 jari dibawah pusar, kontraksi uterus kuat dan baik, teraba keras, ada nyeri tekan pada luka post op *section caesarea* H-0, bising usus 10x/menit, pada saat pengkajian pasien belum bisa BAB karena *post op Sectio Caesarea* H-0. Tidak ditemukan kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka karena keduanya didapatkan data yang sama, terdapat konstipasi hal itu sangat wajar bagi pasien *post op sectio caesarea* H-0.

Pada pengkajian *Bone* (B6) dari tinjauan pustaka menurut Mitayani (2009) didapatkan data, adanya pembesaran payudara, adanya *hiperpigmentasi areola mammae* dan *papilla mammae*, puting susu kanan dan kiri menonjol/keluar(vertid), ada nyeri tekan pada luka *post sc*, skala kekuatan otot : adanya penurunan kekuatan otot ekstremitas bawah. Pada tinjauan kasus Ny.N didapatkan data, terdapat adanya *hiperpigmentasi areola mammae* dan *papilla mammae*, puting susu sebelah kiri belum menonjol sempurna, terdapat kerak, colostrum keluar sedikit 10cc. Kulit lembab tidak ada lesi, tidak ada fraktur tidak ada oedema pada tangan

dan kaki, ADL dibantu oleh keluarga, pasien sudah bisa makan, aktivitas ditempat tidur, diseka dan *vulva hygiene* oleh perawat. Pasien terlihat menyeringai jika bergerak kekanan dan kekiri. Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri, turgor kulit < 2 detik, kekuatan otot 5,5,5,5. Lain lain : pasien mengatakan tidak tahu cara merawat payudaranya dengan benar dan bersih, pasien sering bertanya dan tampak bingung cara merawat payudaranya. Terdapat perbedaan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus karena pasien belum mengerti cara merawat payudaranya dengan benar dan bersih. Menurut opini peneliti antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesenjangan hal ini karena Ny.N belum mengerti cara merawat payudaranya dengan benar dan pasien mengatakan tidak mengetahui cara perawatan payudara yang benar sejak kelahiran anak pertama.

#### **4.2 Diagnosa keperawatan**

Pada pasien dengan *post op sectio caesarea* diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka menurut Nanda Nic Noc yaitu :

- 4.2.1 Nyeri akut berhubungan dengan luka *post op sectio caesarea*
- 4.2.2 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada abdomen *post op sectio caesarea*
- 4.2.3 Kurangnya perawatan diri berhubungan dengan penurunan kekuatan tubuh
- 4.2.4 Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan pembedahan

Pada tinjauan kasus terdapat 3 diagnosa keperawatan yang muncul yaitu :

- 4.2.5 Nyeri akut berhubungan dengan luka *post op sectio caesarea*

#### 4.2.6 Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan payudara yang benar

Tidak semua diagnosa dapat muncul pada tinjauan kasus karena diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *post op sectio caesarea* patologis secara umum. Sedangkan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keadaan pasien secara langsung. Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan luka *post op sectio caesarea*, pada tinjauan kasus Ny.N mengeluh nyeri pada daerah luka bekas *post op sectio caesarea* karena adanya insisi. Hal ini hanya terjadi sedikit kesenjangan karena pada tinjauan pustaka tidak terdapat diagnosa keperawatan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan payudara sedangkan pada tinjauan kasus terdapat diagnosa keperawatan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan payudara karena pasien mengatakan tidak mengetahui cara perawatan payudara sejak kelahiran anak pertama.

Seperti diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan tindakan pembedahan pada pasien Ny.N tidak mengalami resiko infeksi atau sampai ke infeksi karena pada luka *post op sectio caesarea* Ny.N masih steril dan pada kasa terlihat kering, tidak ada kemerahan yang menandakan terjadinya infeksi. Ny.N tidak mengalami kurangnya perawatan diri dengan data objektif yang mendukung Ny.N diseka 2 kali sehari oleh perawat dan keluarga dan dilakukan *vulva hygiene* oleh perawat selama di rumah sakit.



### 4.3 Perencanaan

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

Pada intervensi tinjauan pustaka menurut Nanda Nic Noc, diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan luka *post op sectio caesarea* dilakukan intervensi yang sama pada tinjauan kasus, alasannya karena data yang didapat pada Ny.N mengatakan nyeri pada luka bekas operasi *sectio caesarea*, nyeri luka operasi pada daerah bawah perut, terasa seperti disayat-sayat dengan skala nyeri 6, nyeri dirasakan terutama pada saat dibuat bergerak. Dengan data obyektif yang mendukung Ny.N tampak menyeringai, adanya nyeri tekan pada perut bekas operasi section caesarea. Diagnosa ini dijadikan prioritas karena yang paling dirasakan pasien dengan skala nyeri 6 (nyeri berat). Memberikan intervensi atau rencana keperawatan tidak berpedoman dengan teknik distraksi dan relaksasi saja tetapi dengan pemberian obat-obat analgesic dan memberikan asupan nutrisi tinggi kalori dan protein ( Sulistyawati, 2009). Teknik distraksi merupakan metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian klien seperti membaca, menonton tv dll. Teknik relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan stress dimana individu mengontrol ketidaknyamanan nyeri dengan cara nafas dalam. Sedangkan pada tinjauan kasus melakukan teknik

distaksi dan relaksasi serta pemberian analgesic. Pemberian informasi mengenai pentingnya kebutuhan nutrisi pasca operasi *sectio caesarea* disamping memberikan kebutuhan dasar bagi tubuh juga bermanfaat untuk mempercepat proses penyembuhan luka.

Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan payudara yang benar, alasannya Ny.N tidak mengetahui bagaimana cara perawatan payudara, Ny.N sering bertanya dan terlihat bingung, areola hiperpigmentasi teraba keras, air susu sudah keluar tetapi sedikit sekitar 10cc dan terdapat kerak pada puting susu, puting sebelah kiri belum menonjol sempurna. Menurut opini penulis selain menganjurkan pasien Ny.N untuk mengompres payudara dengan air hangat, Ny.N dan keluarga diberikan Healt Education tentang cara perawatan payudara yang benar dan tepat.

#### **4.4 Pelaksanaan**

Pelaksanaan adalah tindakan atau perwujudan yang sesuai dengan rencana yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membuat teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan pendokumentasian setelah intervensi keperawatan.

Nyeri akut berhubungan dengan luka *post op sectio caesarea* dilakukan tindakan seperti membina hubungan saling percaya antar perawat dan pasien dengan menyapa, bertanya keadaan, dan memperkenalkan diri, menjelaskan tentang nyeri agar pasien paham bila nyeri itu timbul dengan menjelaskan kepada Ny.N nyeri terjadi karena tindakan pasca operasi (potter,2007), mengkaji skala

karakteristik dan frekuensi nyeri dengan menanyakan kepada Ny.N berapakah skala nyeri yang dirasakan sekarang mulai dari angka nol sampai sepuluh dan Ny.N mengatakan nyeri yang dirasakan diangka enam, nyeri seperti ditusuk-tusuk dan nyeri hilang timbul terutama saat dibuat bergerak, mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi seperti tarik nafas dalam melalui hidung dan dihembuskan melalui mulut ketika nyeri datang, dan mengalihkan rasa nyeri ke sesuatu yang disukai misalkan menonton televisi dan mengobrol dengan orang lain, memberi posisi yang nyaman, dan mengobservasi tanda-tanda vital. Implementasi yang terakhir yaitu berkolaborasi dalam pemberian terapi analgesic berupa injeksi ketorolac 3x30mg. pada diagnosa Nyeri akut berhungan dengan luka *post op sectio caesarea* dapat dilakukan sesuai rencana karena Ny.N dapat bekerja sama dengan baik, pada tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan karena pasien sangat kooperatif dengan perawat sehingga dapat dilakukan secara maksimal. Menurut opini penulis untuk mengatasi nyeri yang dialami Ny.N dapat dilakukan dengan dua cara yaitu farmakologi dan non farmakologi yaitu dengan cara teknik relaksasi nafas dalam dan distraksi dengan cara peralihan seperti mengobrol, melihat TV sehingga pasien tampak rileks. Dan terapi secara farmakologi yaitu dengan injeksi ketorolac untuk mengurangi nyeri.

Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan payudara yang benar, pada diagnosa ini dilakukan tindakan mengkaji pengetahuan ibu tentang cara perawatan payudara dengan menayakan kepada Ny.N bagaimana pentingnya tentang perawatan payudara, memberi bimbingan dan mendemonstrasikan cara perawatan payudara yang benar dengan melakukan penyuluhan tentang perawatan payudara yang benar yang dilakukan di ruang inap

Ny.N yang telah dilakukan pada tanggal 15 Desember 2018 pada pukul 08.00 WIB, menganjurkan pasien untuk meninjau ulang cara perawatan payudara yang benar, menjelaskan kepada ibu tentang pentingnya menjaga kondisi tubuh dengan mempertahankan nutrisi dan kebersihan ibu.

Pada tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan karena Ny.N dan keluarga sangat kooperatif dengan perawat, sehingga dapat dilakukan dengan maksimal.

#### **4.5 Evaluasi**

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilakukan karena merupakan teori, sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi nyeri akut berhubungan dengan luka *post op sectio caesarea* sudah dilakukan dalam waktu 2x24 jam karena tindakan yang tepat, Ny.N juga melakukan apa yang tim medis ajarkan untuk nyerinya dan telah berhasil dilaksanakan dan tujuan kriteria hasil telah tercapai. Pada diagnosa defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan payudara yang benar penulis memerlukan waktu 50 menit untuk penyuluhan. Dari hasil penyuluhan dalam waktu 50 menit Ny.N sedikit mengerti tentang perawatan payudara yang baik dan benar dan mampu mempraktekkan cara perawatan payudara yang benar. Pada akhir evaluasi semua tujuan dan kriteria hasil dapat dicapai karena adanya kerja sama yang baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Ny.N sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien KRS pada tanggal 17 Desember 2018 pukul 13.00 WIB



## BAB 5

### PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melakukan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan kasus GIII P1-1 uk 38 minggu TH + ketuban pecah dini >24jam + BSC hari ke 0 diruang Nifas RSUD Bangil, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada klien post op section caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini.

#### 5.1 Simpulan

Dari hasil yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada klien Ny.N dengan diagnose medis GIII P1-1 uk 38 minggu TH + ketuban pecah dini >24jam + BSC hari ke 0 diruang Nifas RSUD Bangil, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

- 5.1.1 Pengkajian sangat penting pada pasien *post op section caesarea*, yang perlu diperhatikan saat pengkajian adalah perawatan pada luka bekas post op insisi pada abdomen harus tetap terjaga kebersihannya supaya tidak menimbulkan infeksi serta pengetahuan klien tentang pentingnya nutrisi post operasi. Pada pasien dengan *post op section caesarea* dengan indikasi ketuban pecah dini hal yang perlu diperhatikan adalah pengkajian pada pemeriksaan fisik yaitu klien akan mengalami perubahan fisik seperti adanya luka *post op section caesarea*, payudara bertambah besar, kontaksi uterus baik/keras, terdapat lochea rubra.
- 5.1.2 Pada pasien Ny.N dengan *post op section caesarea* dengan indikasi ketuban pecah dini diagnose yang utama adalah nyeri akut. Masalah

- 5.1.2 Pada pasien Ny.N dengan *post op section caesarea* dengan indikasi ketuban pecah dini diagnose yang utama adalah nyeri akut. Masalah keperawatan yang ditemukan pada tinjauan kasus adalah nyeri akut,dan deficit pengetahuan. Ketiga masalah keperawatan ini muncul karena didapatkan data-data dari keadaan pasien itu sendiri.
- 5.1.3 Intervensi diagnose keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terjadi kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, kriteria hasil, dan kriteria waktu.
- 5.1.4 Pelaksanaan rencana keperawatan nyeri akut, hambatan mobilitas fisik, dan deficit pengetahuan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegritas untuk pelaksanaan diagnose pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka.
- 5.1.5 Evaluasi akhir nyeri akut, dan deficit pengetahuan yang dilakukan penulis dengan metode per 24 jam dengan harapan penulis dapat mengetahui perkembangan yang terjadi pada pasien setiap saat. Pada akhir evaluasi nyeri akut pasien Ny.N mengatakan nyerinya sudah berkurang dengan skala 2 dan wajah tampak rileks, pada masalah keperawatan deficit pengetahuan pasien Ny.N mengatakan sudah tahu cara perawatan payudara yang benar dan pasien sudah bisa melakukan secara mandiri , hal ini karena adanya kerja sama yang baik antara pasien Ny.N, keluarga dan tim kesehatan.

## 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 bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien *post section caesarea* dengan indikasi ketuban pecah dini.
- 5.2.3 Untuk peningkatan mutu asuhan keperawatan sebaiknya di adakan suatu seminar atau penyuluhan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien tentang *post op section caesarea* seperti penyuluhan tentang melakukan perawatan luka *post op section caesarea*, perawatan payudara, cara pelekatan dan posisi menyusui yang benar, dan lain sebagainya.
- 5.2.4 Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal maupun informal khususnya pada bidang pengetahuan melakukan perawatan pasien dengan *post op section caesarea*.
- 5.2.5 Pemahaman dan pengembangan mengenai konsep kesehatan perlu ditingkatkan secara komprehensif sehingga mampu untuk menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.



## DAFTAR PUSTAKA

- Bobak, L. J. 2007. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta : EGC
- Depkes RI , ( 2013). *Angka Kejadian Sectio Caesarea atas indikasi*
- Farrer, H. (2011). *Perawatan Maternitas*. Jakarta : Balai Pustaka
- Hamilton. (2009). *Dasar-dasar Keperawatan Maternitas*. Jakarta : EGC
- Indriyani, Diyan. (2013). *Keperawatan Maternitas Pada Area Perawatan Antenatal*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Manuaba. (2010). *Pengantar Kuliah Obsetetri*. Jakarta : EGC
- Mitayani. (2012). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta : Salemba Medika
- Mochtar, Rustam. (2009). *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : EGC
- Nugroho, Taufan.. (2011). *Buku Ajar Obstetri*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Nurjannah Intansari. (2015). *Proses Keperawatan NANDA, NOC & NIC*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Prawiroharjo, Sarwono. (2009). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Bina Pustaka
- Riska, Shintia. (2013). *Askep SC atas indikasi KPSW*.  
<http://riskashintiars.blogspot.co.id/2013/12/askep-SC-atas-indikasi-kpsw.html>. Diakses pada 1 Juli pada pukul 15.00 WIB
- Rekam Medis RSUD Bangil, (2017). *Angka Kejadian Sectio Caesarea Di Bangil Pasuruan*. Bangil : Rekam Medis RSUD Bangil
- Rahmawati, N., (2016). *Hubungan Ketuban Pecah Dini Pada Bayi Baru lahir Di Sulawesi Tenggara*
- Saifuddin, Abdul Bari. (2008). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: YBP-SP
- Sarwono ,(2010) *Buku Keperawatan Ilmu pembedahan sectio caesarea*
- Sarwono , (2009) *Buku Keperawatan Maternitas*
- Sulistyowati, A. (2009) *Buku Ajaran Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*, ANDI . Yogyakarta. Arikunto, (2006)
- Tucker, Susan Martin, (1998), *Standart Perawatan Pasien, Edisi 5, Volume 4*. Jakarta : EGC

- Wahyuni, Irma. (2012). *Angka Kejadian Sectio Caesarea Di Indonesia*. [http://simtakp.uui.ac.id/dockti/IRMA\\_WAHYUNI-kti.pdf](http://simtakp.uui.ac.id/dockti/IRMA_WAHYUNI-kti.pdf). Diakses pada 1 Juli 2017 pada pukul 13.45 WIB
- Wiknjosastro. (2008). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal*. Jakarta : Bina Pustaka
- Wilkinson, M. Judith. (2009). *Diagnosis Keperawatan Dengan Intervensi NIC dan Kriteria Hasil Noc. Edisi 7*. Alih Bahasa : Widyawati,et.al. Jakarta : EGC

***INFORMED CONSENT***

Judul: “**Asuhan Keperawatan Dengan Diagnosa *Medis* DIABETES MELLITUS  
Indikasi Ketuban pecah dini Di Ruang Nifas RSUD Bangil Pasuruan**”.

Tanggal pengambilan studi kasus pada tanggal 15 Desember 2018

Sebelum tanda tangan dibawah, saya telah mendapatkan informasi tentang tugas pengambilan studi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa yang bernama **Antik Masruroh** 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. Ny. N

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

Partisipan

(.....)

Saksi

(.....)

Peneliti

(.....)



## **SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)**

### **PERAWATAN PAYUDARA**

#### **YANG BENAR**

Topik : Perawatan payudara yang benar

Hari/tanggal : 16 Desember 2018

Waktu : 50 menit

Tempat : di RSUD Bangil

#### **1. LATAR BELAKANG**

Pentingnya pemberian ASI pada usia 0-6 bulan pertama tak dapat disangkal lagi, banyak ibu-ibu muda maupun ibu-ibu yang belum berpengalaman mengalami kesulitan dalam pemberian ASI kepada bayinya. (Yuliani, 2013)

Breast Care atau perawatan payudara setelah melahirkan dapat membantu ibu-ibu dalam memberikan ASI eksklusif pada bayinya, karena dengan Breast Care payudara menjadi terangsang dalam memproduksi air susu dan juga putting ibu dapat terkelola dengan tepat pula.

#### **2. TUJUAN**

##### **2.1 Tujuan Umum**

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan tentang cara perawatan payudara, diharapkan ibu mampu memahami dan selanjutnya melaksanakan perawatan payudara yang benar

## 2.2 Tujuan Khusus

Setelah mengikuti pendidikan kesehatan tentang perawatan payudara selama 1x24jam ibu mampu :

- 2.2.1 Menjelaskan tujuan perawatan payudara
- 2.2.2 Menjelaskan cara perawatan payudara
- 2.2.3 Melakukan perawatan payudara

## **3) PLAN OF ACTION**

### 3.1 Rencana Strategi

- 3.1.1 Menetapkan ibu dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan / penyuluhan cara perawatan payudara yang benar di RSUD BANGIL
- 3.1.2 Kontrak waktu dengan ibu yaitu ibu nifas di RSUD Bangil
- 3.1.3 Memberikan penyuluhan cara perawatan payudara yang benar
- 3.1.4 Menyelingi dengan demonstrasi setelah pemberian materi
- 3.1.5 Berkoordinasi dengan kepala ruangan Nifas RSUD Bangil untuk memohon izin melaksanakan pendidikan kesehatan / penyuluhan cara perawatan payudara yang benar

### 3.2 Tindakan

- 3.2.1 Menghubungi kepala ruangan Nifas RSUD Bangil
- 3.2.2 Menyiapkan tempat dan media
- 3.2.3 Ibu menerima materi penyuluhan dan demonstrasi

### 3.3 Pengorganisasian

3.3.1 Penyaji : Antik Masruroh

3.3.2 Moderator : Antik Masruroh

3.3.3 Notulen dan observer : Antik Masruroh

3.3.4 Fasilitator : Antik Masruroh

## 4) SASARAN

Ibu nifas di ruang Nifas RSUD Bangil

## 5) MEDIA

Leaflet

## 6) METODE

6.1 Ceramah

6.2 Demonstrasi

6.3 Tanya jawab

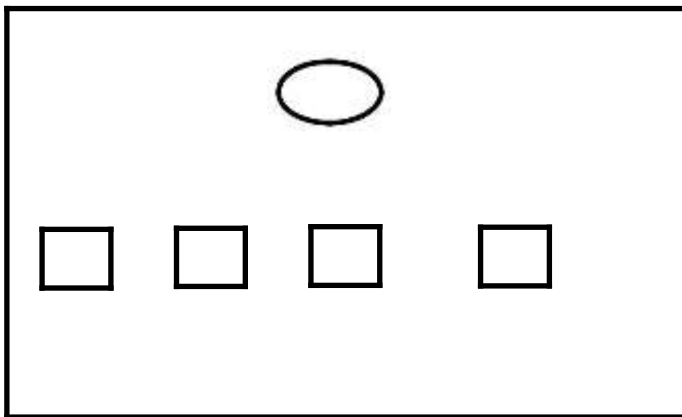
## 7) SUSUNAN ACARA

7.1 Setting waktu


NO	Waktu	Kegiatan	Penanggung jawab
1.	2 menit	Pembukaan	Moderator
2.	30 menit	Pelaksanaan : 1.Penyampaian maksud dan tujuan dilaksanakan penyuluhan 2.Penyampaian materi	Penyaji


		3.Penyampaian demonstrasi 4.Tanya jawab	Demonstrasi
3.	10 menit	1.Kesimpulan dan hasil penyuluhan 2.Penutup	Notulen Moderator

## 7.2 Setting tempat



Keterangan :

 : moderator, fasilitator, penyaji, demonstrator, notulen

 : peserta

## 8) EVALUASI

### 8.1 Evaluasi struktur

#### 8.1.1 Kesiapan media

#### 8.1.2 Kesiapan tempat

#### 8.1.3 Peserta

### 8.2 Evaluasi proses

#### 8.2.1 Kegiatan dilaksanakan sesuai dengan waktu



- 8.2.2 Peserta antusias terhadap penjelasan tentang perawatan payudara yang benar
- 8.2.3 Peserta tidak meninggalkan tempat sebelum kegiatan selesai
- 8.3 Evaluasi hasil
  - 8.3.1 Pengertian cara menyusui yang benar
  - 8.3.2 Persiapan untuk melakukan perawatan payudara yang benar
  - 8.3.3 Langkah-langkah perawatan payudara yang benar

## **MATERI BREAST CARE**

### **PERAWATAN PAYUDARA YANG BENAR**

#### **1. PENGERTIAN**

Perawatan payudara adalah suatu cara yang dilakukan untuk merawat payudara agar setelah melahirkan, ASI dapat keluar dengan lancar.

#### **2. TUJUAN PERAWATAN PAYUDARA**

- 2.1 Memelihara kebersihan payudara
- 2.2 Melenturkan dan menguatkan puting susu
- 2.3 Mengeluarkan puting susu yang masuk kedalam atau datar
- 2.4 Mempersiapkan produksi ASI

#### **3. PRINSIP PERAWATAN PAYUDARA**

- 3.1 Dikerjakan secara sistemis
- 3.2 Menjaga kebersihan sehari-hari
- 3.3 Memakai BH yang memompang payudara

#### **4. ALAT DAN BAHAN YANG HARUS DISIAPKAN**

4.1 Baby oil / minyak kelapa pada tempatnya

4.2 Kapas

4.3 Dua handuk besar, bersih dan kering serta waslap

## 5. CARA PERAWATAN PAYUDARA YANG

### BENAR 5.1 Langkah pertama

1. Oleskan baby oil pada kapas sebanyak 2 lembar
2. Pasang kapas pada putting susu ibu selama 5 menit, lalu lepas

### 5.2 Langkah kedua

1. Pengurutan pertama

Licinkan telapak tangan dengan sedikit minyak/baby oil, kedua tangan diletakkan diantara kedua payudara ke arah atas, samping, bawah, dan melintang sehingga tangan menyangga payudara, lakukan 30 kali selama 5 menit

2. Pengurutan kedua

Licinkan telapak tangan dengan minyak/baby oil, telapak tangan kiri menompang payudara kiri dan jari-jari tangan kanan saling dirapatkan, sisi kelingking tangan kanan memegang payudara kiri dari pangkal payudara kearah putting, demikian pula payudara kanan, lakukan 30 kali selama 5 menit

3. Pengurutan ketiga

Licinkan telapak tangan dengan minyak/ baby oil, telapak tangan kiri menompang payudara kiri, jari-jari tangan kanan dikepalkan, kemudian tulang kepalan tangan kanan mengurut payudara dari pangkal ke arah putting susu, lakukan 30 kali selama 5 menit

#### 4. Langkah ketiga

Kompres payudara dengan air hangat, kemudian dilanjut dengan kompres air dingin, keringkan payudara dengan handuk

#### 6. CARA MENGELUARKAN ASI

Pijat atau urut dari pangkal ke arah puting susu untuk mengeluarkan ASI, bukan hanya memencet puting susunya saja karena dapat menyebabkan iritasi dan ASI tidak dapat keluar dengan lancar.

#### 7. CARA PERAWATAN PUTTING SUSU DATAR ATAU MASUK KE DALAM

Putting susu diberi minyak, letakkan kedua ibu jari diatas dan dibawah puting, pegangkan daerah areola dengan menggerakkan kedua ibu jari ke arah atas dan ke bawah kurang lebih 20 kali (gerakannya ke arah luar), letakkan kedua ibu jari disamping kiri dan kanan puting susu ibu, pegang daerah areola dengan menggerakkan kedua ibu jari ke arah kiri dan kekanan kurang lebih 20 kali (gerakannya ke arah luar)

#### 8. HAL YANG HARUS DIPERHATIKAN IBU

Ibu harus percaya diri akan kemampuan menyusui bayinya, hindari pemakaian sabun pada payudara, usahakan menyusui dengan kedua payudara secara bergantian kanan dan kiri, hindari gerakan yang kasar, hindari stress, dan gizi ibu harus diperhatikan untuk meningkatkan produksi ASI

## Cara perawatan putting susu datar atau masuk ke dalam

- Putting susu diberi minyak
- Letakkan kedua ibu jari diatas dan dibawah putting
- Pegangkan daerah areola dengan menggerakkan kedua ibu jari kearah atas dan ke bawah kurang lebih 20 kali (gerakannya ke arah luar)
- Letakkan kedua ibu jari disamping kiri dan kanan putting susu ibu
- Pegang daerah areola dengan menggerakkan kedua ibu jari kearah kiri dan kekanan kurang lebih 20 kali (gerakannya ke arah luar)

### Tujuan :

- Memelihara kebersihan payudara
- Melenyurkan dan menguatkan putting susu
- Mengeluarkan putting susu yang masuk kedalam atau datar
- Mempersiapkan produksi ASI

### Langkah pertama

- Oleskan baby oil pada kapas sebanyak 2 lembar
- Pasang kapas pada putting susu ibu selama 5 menit, lalu lepas



## Cara perawatan payudara pada Ibu menyusui



Akper Kerta Cendekia Sidoarjo  
Antik Masruroh (1601001)



## Langkah kedua

### TEKNIK PERAWATAN PAYUDARA

#### *Pengurutan pertama*

- Licinkan telapak tangan dengan sedikit minyak/baby oil
- Kedua tangan diletakkan diantara kedua payudara ke arah atas, samping, bawah, dan melintang sehingga tangan menyangga payudara
- Lakukan 30 kali selama 5 menit



#### *Pengurutan kedua*

- Licinkan telapak tangan dengan minyak/ baby oil
- Telapak tangan kiri menompang payudara kiri dan jari-jari tangan kanan saling dirapatkan
- Sisi kelingking tangan kanan memegang payudara kiri dari pangkal payudara ke arah putting, demikian pula payudara kanan
- Lakukan 30 kali selama 5 menit



#### *Pengurutan ketiga*

- Licinkan telapak tangan dengan minyak/ baby oil
- Telapak tangan kiri menompang payudara kiri
- Jari-jari tangan kanan dikepalkan, kemudian tulang kepalan tangan kanan mengurut payudara dari pangkal ke arah putting susu
- Lakukan 30 kali selama 5 menit

#### Langkah ketiga

- Kompres payudara dengan air hangat
- Kemudian dilanjut dengan kompres air dingin
- Keringkan payudara dengan handuk

