

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SC (SECTIO CAESAREA) DENGAN LETAK SUNGSANG Di Ruang Drupadi RSUD Jombang

by Siti Syaifulina

Submission date: 11-Dec-2023 09:30AM (UTC+0700)

Submission ID: 2254918971

File name: aesarea_Dengan_Letak_Sungsang_Di_Ruang_Drupadi_RSUD_Jombang.docx (353.19K)

Word count: 9773

Character count: 61550

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SC (*SECTIO*
CAESAREA) DENGAN LETAK SUNGSANG**

Di Ruang Drupadi RSUD Jombang



Oleh :
SITI SYAIFULINA
22.641.0031

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Setiap wanita membutuhkan persalinan yang lancar serta melahirkan bayi yang sempurna. Sebagaimana diketahui, ada dua cara melahirkan, yakni dengan cara melahirkan melalui vagina atau persalinan normal, ada pula persalinan yang lebih unggul dikenal dengan istilah operasi sesar atau kelahiran sesar dengan melakukan pembedahan dengan menggunakan alat bantu steril, yang lebih dikenal dengan istilah seksio sesarea atau *Sectio Caesaria* (SC), adalah pengeluaran embrio atau janin melalui insisi yang dibuat di dalam dinding abdomen serta rahim (Abdul & Sjahranie, 2019). Persalinan sungsang hampir selalu membuat orang penasaran untuk dibicarakan. Semwntara itu, tebakan ibu tidak jauh berbeda jika dibandingkan dengan pengenalan *cephalic*. Dahulu masyarakat menganggap bahwa janin sungsang dapat ditangani dengan cara memijat perut ibu sehingga kepala bayi terjatuh. Kalau bukan kedukun, ibu biasanya melaksanakan kegiatan seperti membersihkan, mengelap, serta sebagainya. Namun saat ini ibu tidak dianjurkan melaksanakan pemijatan perut dengan tujuan merubah letak janin sebab bisa mengakibatkan tali pusar terlilit. Apabila terdapat bayi sungsang, dokter spesialis akan menyarankan dilakukannya operasi SC demi keselamatan ibu dan anak (Rukiyah dan Yulianti, 2019).

Menurut *World Health Organization* (WHO) di tahun 2020, jumlah kelahiran menggunakan strategi *Sectio Caesarea* (SC) diseluruh global meningkat, melampaui kisaran yang ditentukan sebesar 10%-15%. Amerika Latin serta wilayah Carbia menyumbang jumlah persalinan dengan area operasi sesar tertinggi yaitu 40,5%, disusul Eropa 25%, Asia 19,2, dan Afrika 7,3. Setuju dengan pengukuran

dan 3.509 kasus SC, gejala SC saja meliputi luasnya organ janin 21%, gangguan janin 14%, plasenta previa 11%, pernah SC 11%, posisi janin tidak teratur 10%, preeklampsia dan hipertensi 7%. Jumlah persalinan dengan menggunakan strategi *Sectio Caesarea* (SC) di Indonesia sebesar 17,6% % (Kemenkes RI, 2020). Sementara angka kejadian operasi sesar di Wilayah Jawa Timur pada tahun 2020 berjumlah 78,6% dengan penambahan sebanyak 124.580 dari 622.930 atau sekitar 20% dari seluruh persalinan (Kemenkes RI, 2021). Jumlah persalinan *Sectio Caesarea* (SC) pada tahun 2020 di Kabupaten Jombang 1078 dari 4.184 atau sebesar 27,8%, dan jumlah persalinan SC pada tahun 2022 di ruang Drupadi Rumah Sakit Umum Daerah Jombang 917 dari 2.421, dan persalinan *Sectio Caesarea* (SC) dengan Letak Sungsang sendiri sejumlah 54 klien (Dinkes Jombang, 2020).

Penyebab posisi sungsang antara lain ruam karena bentuk rahim agak kurang lonjong, masih ada sebagian cairan ketuban dan kepala cukup besar, *hidramnion* sebab bayi sering bergerak, plasenta previa sebab mencegah kepala tergelincir kedalam rahim, pintu keluar pinggul, bentuk rahim yang tidak normal, kelainan bentuk kepala seperti ansepalus serta hidrocefalus. Melihat tingginya angka kasus posisi sungsang, tentu menjadi suatu hal yang krusial mengingat bahaya dalam persalinan sangat besar dan dapat membahayakan nyawa ibu serta anak, seperti menyebabkan asfiksia pada janin dan kontaminasi. Sehingga sangat penting untuk dilakukan operasi *sectio caesarea*. Meski begitu, operasi sesar tidak berarti tidak memiliki akibat serta efek, efek dari operasi caesar terbilang lama jika dibanding persalinan normal, yaitu sekitar 3 bulan. Wanita yang sering menjalani operasi caesar bisa saja mengalami pecah Rahim, hal itu dapat terjadi sebab bekas luka di rahim yang rentan robek/rusak (Lestari, 2019).

Ibu hamil yang melakukan operasi SC karena posisi sungsang harus mendapat perawatan dan pengawasan yang serius. Oleh karena itu peran perawat sangatlah penting. Petugas medis harus mampu memberikan perawatan yang komprehensif, nonstop, menyeluruh serta tenang/sabar. Menangani pasien dengan memberikan instruksi kesejahteraan terhadap klien terkait mobilisasi pasca *Sectio Caesarea* seperti melaksanakan hal pertama menginstruksikan ibu miring kekanan serta membersihkan diri lebih dulu, lalu menginstruksikan duduk kemudian belajar berjalan sesudah operasi serta melakukan mobilisasi secara perlahan serta sering dan dilanjutkan dengan istirahat supaya bisa membantu penyembuhan ibu, merawat luka pasca *Sectio Caesarea* supaya tidak terjadi infeksi (Rukiyah dan Yulianti, 2019).

1.2 Rumusan masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Klien Post SC (*Sectio Caesarea*) Dengan Letak Sungsang Di Ruang Drupadi RSUD Jombang?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa dapat mengidentifikasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis Post SC (*Sectio Caesarea*) Dengan Letak Sungsang Di Ruang Drupadi RSUD Jombang

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pengkajian klien Post SC (*Sectio Caesarea*) Dengan Letak Sungsang Di Ruang Drupadi RSUD Jombang
2. Mengidentifikasi diagnosa keperawatan pada klien Post SC (*Sectio Caesarea*) Letak Sungsang Di Ruang Drupadi RSUD Jombang

3. Mengidentifikasi intervensi keperawatan pada klien dengan Post SC (*Sectio Caesarea*) Dengan Letak Sungsang Di Ruang Drupadi RSUD Jombang
4. Mengidentifikasi implementasi keperawatan pada klien Post SC (*Sectio Caesarea*) Dengan Letak Sungsang Di Ruang Drupadi RSUD Jombang
5. Mengidentifikasi evaluasi pada klien dengan Post SC (*Sectio Caesarea*) Dengan Letak Sungsang Di Ruang Drupadi RSUD Jombang

1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

Dari segi teori adalah kontribusinya terhadap ilmu pengetahuan terutama pada hal asuhan keperawatan dengan diagnosis medis Post SC (*Sectio Caesarea*) Dengan Letak Sungsang yang baik.

1.4.2 Praktis

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini bisa menjadi masukkan Ibu layanan kesehatan untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien Post SC (*Sectio Caesarea*).

2. Bagi Peneliti

Hasil karya tulis ilmiah ini bisa menjadi satu rujukan bagi peneliti selanjutnya yang hendak melaksanakan studi kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis Post SC (*Sectio Caesarea*) Dengan Letak Sungsang.

3. Bagi Profesi

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan menjadi informasi tambahan bagi profesi keperawatan serta memberikan pengertian yang lebih kuat tentang asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Post SC (*Sectio Caesarea*).

BAB 2

TINJUAN PUSTAKA

2.1 Konsep dasar *sectio caesarea*

2.1.1 Definisi

Sectio Caesarea merupakan salah satu strategi melahirkan bayi dengan cara membuat jalan masuk pada dinding rahim melewati dinding abdomen (Nanda, 2015). *Sectio caesarea* yaitu persalinan buatan, di mana embrio di lahirkan melalui pintu masuk di dalam perut serta dinding abdomen dengan syarat rahim dalam kondisi intaglio/utuh serta berat embrio lebih dari 500 gram. *Sectio caesarea* adalah suatu metode pembedahan yang bertujuan untuk memungkinkan lahirnya janin dengan cara membuka dinding abdomen serta uterus ibu. (Welan, 2019).

1. Jenis-jenis *sectio caesarea* berdasarkan teknik penyayatan

1) *Sectio caesarea* klasik atau corporal

Dilaksanakan dengan membuat sayatan memanjang didalam korpus uteri sekitar 10 cm. Fokusnya meliputi: mengeluarkan bayi dengancepat, tidak menyebabkan komplikasi kandung kemih tertarik, serta sayatan dapat diperbesar di bagian proksimal dan distal. Sedangkan kelemahannya yaitu penyakit ini dapat dengan mudah menyebar ke intraabdomen sebab tidak terdapat peritoneum yang besar, sedangkan untuk persalinan lainnya, retakan uterus yang tidak terkendali lebih sering terjadi.

2) *Sectio caesarea* ismika atau profunda.

Hal ini dilaksanakan dengan membuat sayatan melintang konstriktif di bagian bawah rahim (*low servikal transversal*) sekitar 10 cm. Keunggulan dari segmen *caesar ismika* yaitu penjahitan luka yang lebih sederhana, penutupan luka yang baik dengan *reperitonealization* penutup yang besar pada lipatan peritoneum

untuk menghindari penyebaran substansi uterus ke dalam rongga peritoneum, serta kemungkinan pecahnya uterus tanpa batas berkurang atau lebih kecil. Sementara itu, kelemahannya yaitu lukanya melebar sehingga mengakibatkan rahim retak, perdarahan serta menimbulkan keluhan kandung kemih pasca operasi yang parah dan berat.

3) *Sectio caesarea* ekstra peritonealis

Yaitu tidak membuka peritoneum parietal serta tanpa membuka kedalaman perut.

1. Klasifikasi

Beberapa klasifikasi *sectio caesarea* (Ratnasari, 2020)

- 1) *Sectio Caesarea Klasik* lebih spesifiknya dengan membuat sayatan vertikal untuk memberikan ruang lebih besar bagi bayi untuk keluar. Namun, jenis ini sangat jarang dilakukan sebab sangat tidak aman serta beresiko terjadinya komplikasi.
- 2) *Sectio Caesarea Transperitoneal Profunda* yaitu ayatan lurus pada atas kandung kemih yang merupakan hal yang sangat umum saat ini. Strategi ini meminimalkan kemungkinan kematian serta pemulihan yang cepat.
- 3) *Histerektomi Caesarea* yaitu operasi caesar yang dilakukan setelah evakuasi rahim. Biasanya merupakan kasus dimana perdarahan sulit dikendalikan atau saat plasenta tak bisa di pisahkan dari uterus.
- 4) *Sectio Caesarea extraperitoneal* adalah operasi caesar diulangi oleh orang yang sudah melakukan operasi caesar sebelumnya. Lebih sering dilakukan di sayatan lama. Cara ini dilakukan dengan cara masuknya sekat serta dinding

abdomen, sedangkan peritoneum di potong kearah kepala buat mengungkap bagian bawah rahim sehingga rahim bisa di buka secara ekstrapertoneal.

2.1.2 Etiologi

1. Etiologi berasal dari ibu

Khusus pada primigravida dengan area, lansia *primi* menderita kelainan area, disproporsi janin/panggul, serta riwayat kehamilan juga persalinan yang burruk, adanya keterbatasan panggul, plasenta previa, khususnya pada primigravida, solusio plasenta. Komplikasi pada kehamilan, khususnya preeklamsia, permintaan, kehamilan di sertai infeksi (penyakit jantung, DM), gangguan proses persalinan (luka ovarium, mioma uteri, serta lain-lain).

2. Etiologi berasal dari janin

Fetal distress/gawat janin, malposisi introduksi serta malposisi embrio, prolaps garis pusar dengan bukaan yang sedikit, kegagalan alat angkut vakum atau ekstraksi *forceps* (Nanda, 2015).

2.1.3 Manifestasi Klinis

1. Disproporsi *chepalopelvik* atau kelainan pinggul (pinggul sempit)
2. Plasenta previa
3. Gawat janin
4. Pernah *sectio caesarea* sebelumnya
5. Letak janin abnormal
6. Hipertensi pada kehamilan (Pre eklamsia)
7. Ruptur rahim beresiko
8. Persalinan lama (*prolonged labor*)
9. Persalinan tidak maju (*obstructed labor*)

10. Distosia serviks

11. Ketidakberdayaan ibu mengejan

12. Mal presentasi embrio

1) Letak lintang

- a. Jika terjadi penyempitan pinggul, tindakan *sectio caesarea* merupakan cara yang sempurna di semua cakupan dengan embrio hidup dan perkiraan yang khas.
- b. Semua primigravida dengan posisi melintang harus di tolong dengan operasi caesar meskipun tak ada persalinan panggul yang berkontraksi.
- c. Multipara letak lintang bisa ditolong dengan cara lain

2) Letak bokong

Sectio Caesarea dianjurkan pada letak bokong apabila ada :

- a. Pinggul sempit
- b. Primigravida
- c. Janin sangat besar

3) Presentasi dahi serta muka (posisi defleksi) jika reposisi dan cara lainnya gagal.

4) Presentasi rangkap, jika reposisi tidak berhasil.

5) Gemeli, dianjurkan SC apabila :

- a. Bayi dalam posisi melintang atau presentasi bahu
- b. Ketika interlock terjadi
- c. Distosia akibat tumor
- d. Gawat janin

2.1.4 Patofisiologis

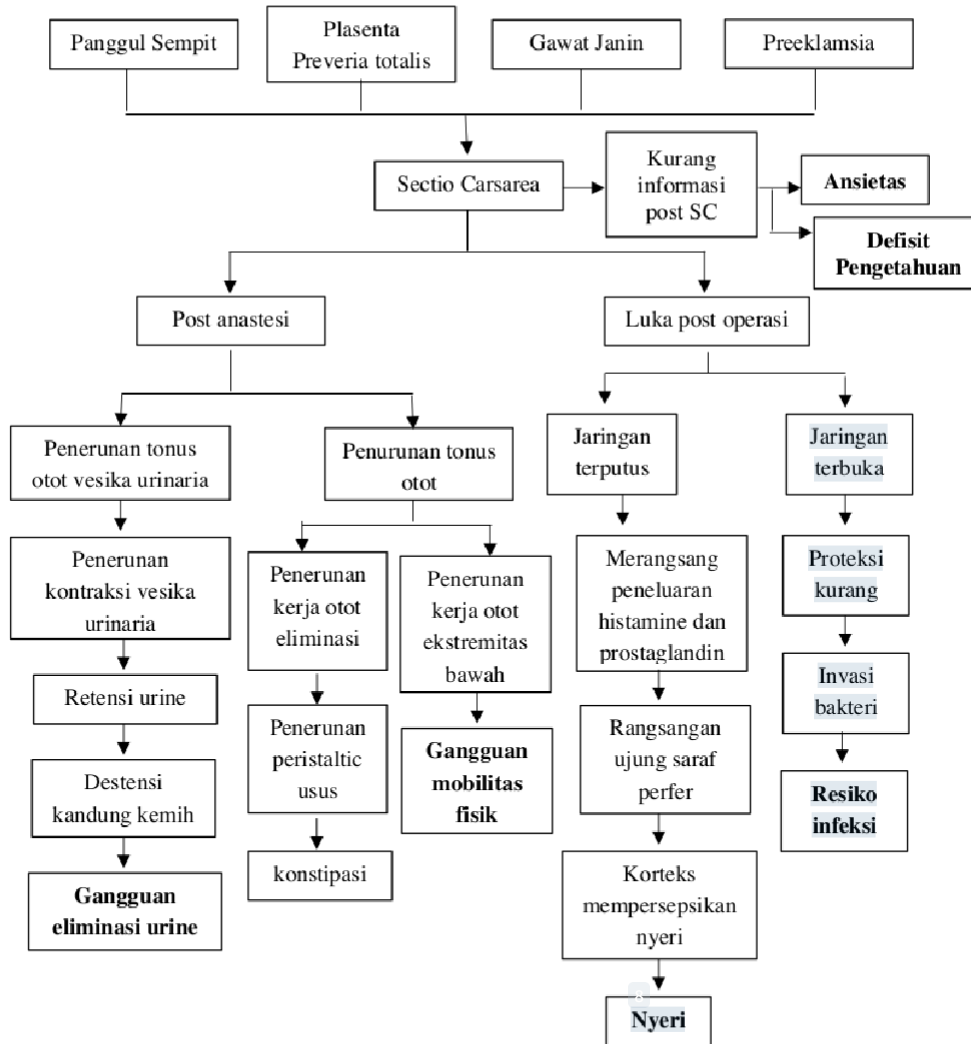
SC yaitu tindakan melahirkan bayi dengan berat badan di atas 500 gram dengan jalan masuk di dalam dinding uteri yang masih intaglio. Tanda gejala tindakan ini yaitu distorsi kepala panggul, pecahnya uteri, terpuntirnya jaringan halus, plasenta previa, serta lainnya, pada ibu. Sedangkan bagi bayi, bisa jadi krisis janin. Janin besar serta posisi melintang sesudah dilaksanakan.

SC ibu akan mengalami penyesuaian pasca bersalin baik dari sudut pandang kognitif dalam bentuk kebutuhan informasi. Karena kebutuhan akan data dan dari segi fisiologis, khususnya kekurangan produk *oxytocin* akan mengakibatkan seolah-olah keluarnya ASI sedikit, luka akibat sayatan akan menjadi *post de entris* bagi bakteri serta kuman.

Oleh sebab itu cara ini penting untuk memberikan antibiotik serta merawat luka dengan standar steril. Nyeri sebab sayatan yang menimbulkan ketidaknyamanan. Sebelum pembedahan, ketenangan harus dibius, yang bisa bersifat teritorial atau umum. Bagaimana pun anestesi umum lebih berdampak pada bayi dan ibu, anestesi umum mengakibatkan anak terlahir dalam keadaan apnea yang tak bisa diatasi dengan gampang. Sehingga embrio bisa keluar, padahal dampak anestesi pada ibu sendiri adalah pada tonus uterus berupa atonia uteri sehingga keluar sebagian darah. Untuk dampaknya terhadap pernapasan, tepatnya tidak efektifnya jalur pernafasan akibat emisi berlebihan sebab kerja otot silia pernapasan yang menutup. Anestesi ini juga berpengaruh pada saluran pencernaan dengan mengurangi fleksibilitas usus. Seperti di ketahui, sesudah makanan masuk kelambung, akan terjadi proses menghancurkan dengan bantuan gerak peristaltik usus. Pada saat itulah dicerna untuk sistem pencernaan sehingga tubuh mendapat

energi. Akibat penurunan angka kematian, peristaltik pun ikut berkurang. Makanan yang ada di dalam perut akan terkumpul sehingga refleks untuk mengunyah pun berkurang. Pada saat itu pemahamannya sangat berisiko terhadap aspirasi sehingga sangat penting untuk memasang tabung endotrakeal. Selain itu, berkurangnya motilitas juga terjadi pada perubahan pola eliminasi khususnya penyumbatan (Supratti & Ashriady, 2018).

2.1.5 Pathway



Gambar 2.1 Patway Sectio Carsarea

17 2.1.6 Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan pada kesehatan bayi
2. Pengamatan EKG
3. Elektrolit
4. Hemaglobin/hematocrit, Untuk mengevaluasi perubahan tingkat pra operasi dan menilai dampak berkurangnya darah pada pembedahan.
5. Golongan darah
6. Urinalisis (Nanda, 2015)

2.1.7 Penatalaksanaan medis

1. Perdarahan dari vagina harus diobservasi dengan seksama
2. Perdarahan akibat vagina harus diperiksa dengan cermat
3. Fundus uterus harus sesering mungkin dipalpasi dengan tujuan menjamin rahim tetap mampu berkontraksi kuat
4. Pemberian analgesic serta anti mikroba
5. Periksa aliran darah rahim minimal 30 ml/jam
6. Pemberian cairan intravaskuler sebanyak 3 liter cairan biasanya memuaskan selama 24 jam pertama sesudah operasi
7. Ambulasi satu hari sesudah operasi pasien bisa bangun dari tempat tidur sebentar dengan dibantu oranglain (Prawiroardjo, 2017).

2.1.8 Komplikasi

1. Infeksi post partum (nifas)
 - 1) Ringan: Selama beberapa hari klien akan mengalami kenaikan suhu
 - 2) Sedang: Kenaikan suhu yang lebih tinggi, di sertai rasa kering atau dehidrasi serta perut agak kembung

3) Berat: Dengan sepsis serta ileus cacat, dan peritonitis. Demikian sering kita temui pada persalinan di mana penyakit intrapartum sudah terjadi sejak infeksi ketuban tersebut retak **terlalu lama**.

2. Perdarahan, diakibatkan karena :

- 1) Banyak pembuluh darah yang terpotong serta **terbuka**
 - 2) **Atonia** uterus
 - 3) Plasenta mengalami perdarahan
3. Luka kandungkemih, emboil pneumonik serta keeluhan kandung kemih saat reperitonealisasi terlalu tinggi
4. Kemungkinan terjadinya retakan uterus yang tidak dibatasi pada kehamilan selanjutnya

2.2 Konsep dasar letak sungsang

2.2.1 Definisi

Posisi **sungsang** yaitu posisi embrio pada posisi memanjang didalam rahim, kepala berada difundus, bokong berada dibawah (Reny, 2017). Posisi sungsang adalah suatu kondisi dimana bayi ditemukan jauh dengan kepala berada difundus rahim serta bokong ada di bawah cekungan rahim (Prawirohardjo, 2018).

Klasifikasi presentsi **bokong** menurut (Liu, 2008) adalah:

1) Ekstensi (*frank brech*)

Letak ini paling sering ditemukan, yaitu 75% dari letak sungsang pada primigravida serta 50% pada multigravida. Sambungan serviks yang hebat dimungkinkan tetapi pelengkap yang melebar dapat mengikat tukik yang menekan fleksi tubuh ke samping, **kelahiran tungkai** membutuhkan **bantuan**.

2) Presentasi bokong sempurna (*complete breech*)

Terjadi khususnya pada wanita multigravid dengan lebar panggul yang besar atau pada kehamilan yang berbeda, ada kemungkinan prolaps tali pusat. Cara melahirkan dengan cara normal atau melewati batas bawah yang mudah dilaksanakan.

3) Presentasi bokong tak sempurna (*incomplete breech*)

Persentasi ini tidak sering terjadi, koneksi ke leher rahim buruk sehingga memiliki kemungkinan lebih tinggi terjadinya prolaps talipusat. Presentasi ini mungkin menunjukkan kesukaran pada penurunan hingga disarankan untuk melakukan operasi caesar.

2.2.2 Etiologi

Berat badan janin yang rendah menyebabkan tukik dapat bergerak terbuka, rahim yang sangat serbaguna membuat tukik mempunyai peluang yang luar biasa untuk berbalik sampai minggu ke-37 hingga seterusnya, kehamilan kembar, hidroamnion, hidrosefalus, plasenta previa, panggul sempit.

2.2.3 Manifestasi Klinis

Menurut (Bratakoesoema, 2015) tanda-tanda perlu diperhatikan adalah :

1. Ibu merasakan tumbuh kembang anak pada bagian ulu hati bagian bawah, bagian tengah bawah serta ibu sering mengeeluh merasakan adanya benda keras (kepala) yang mendesak pada tulang rusuk.
2. Merasakan sakit (menendang) di daerah leher rahim atau dubur.
3. Primigravida tidak merasakan janinnya tergelincir beberapa saat baru lahir.
4. Pada palpasi anda akan merasakan bagian fundus uteri yang keras, melingkar dan melenting. Punggung bayi bisa diraba pada satu sisi abdomen serta sebagian

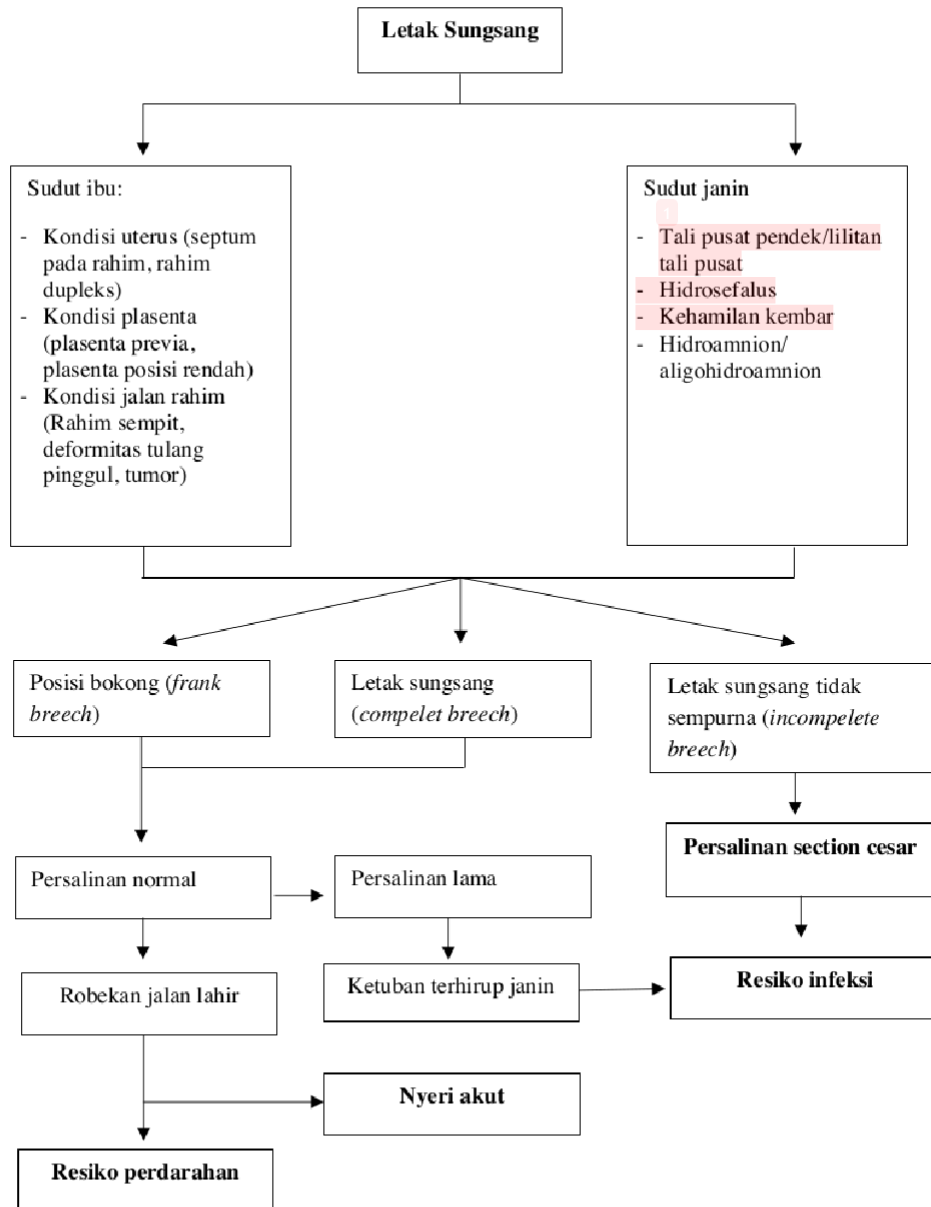
kecil di sisi sebaliknya. Diatas simfisis, dapat dirasakan bagian yang tidak terlalu melingkar serta lunak.

5. Pada punggung bayi setinggi pusat terdengar suara jantung.
6. Pada pemerikasaan vagina biasanya terlihat bagian paling kecil tidak enena serta terasa halus tanpagaris jahitan atau ubun-ubun

2.2.4 Patofisiologi

Posisi bayi didalam rahim bergantung padaproses penyesuaian janin terhadap ruang didalam rahim. Pada kehamilan hingga sekitar 32 minggu, jumlah cairan ketuban lebih banyak, sehingga embrio dapat gerak bebas. Dengan cara ini, embrio dapat memposisikan dirinya dalam posisi kepala, posisi sungsang, atau posisi melintang. Pada trimester akhir kehamilan, embrio berkembang dengan cepaat serta jumlah cairan kteuban berkurang sedikit-sedikit. Sebab bokong dengan kaki yang terlipat lebih besar dari kepala, bokong dibatasi untuk memiliki ruang yang lebih kecil di bagian bawah uterus. Dengan cara ini bisa diketahui kenapa dikehamilan prematur, kekambuhan posisi sungsang lebih tinggi, sedangkna kehamilan cukup bulan sebagian besar janin di temukan dalam posisi kepala (Winkjosastro, 2017).

2.2.5 Pathway



Gambar 2.2 patway letak sungsang

2.2.6 Pemeriksaan penunjang

- 1) Anamnesis, Perkembangan bayi dapat dirasakan ibu pada bagian pelepah bawah, ibu akan sering merasakan ada benda keras yang menekan tulang rusuk serta nyeri pada tulang rusuk akibat kepala janin.
- 2) Palpasi, rasakan bagian fundus yang keras, melingkar serta melenting. Punggung bisa dirasakan pada satu sisi hulu hati, sebagian kecil pada sisi sebaliknya diatas simfisis, sebagian dirasakan kurang melingkar serta lunak.
- 3) Auskultasi, denyut jantung janin (DJJ) berada di sentral atau diketemukan palingjelas di letak yang lebih baik (sejajar atau lebih tinggi dari pusat).
- 4) Vagina *toucher*, dibagi menjadi 3 tonjolan keras adalah *ischi tuberos* serta ujung sakrum, alat kelamin pantat anak bila odem tak terlalubesar serta bisa dirasakan.
- 5) Perbedaan posisi sungsang serta kepala saat pemeriksaan. Apabila bokong berada pada posisi paling bawah, anda akan merasakan sedikit celah, tidak ada tulang, tidak ada isapan. Apabila kaki berada di posisi bawah, anda mungkin merasakan patela serta poplitea. Dalam presentasi mulut, isapan akan terasa pada jari, rahang serta lidah akan terasa. Presentasi tangan serta siku: jari panjang dan tak rata, patela (-) (Rukiyah dan Yulianti, 2019)

2.2.7 Penatalaksanaan Medis

Mengingat ancaman yang ada, sebaiknya jaga jarak strategis agar tidak melahirkan dalam posisi sungsang. Oleh karena itu, apabila pada pemeriksaan antenatal ditemukan posisi sungsang, khususnya pada primigravida, maka perlu dilakukan upaya untuk merubah posisi sungsang menjadi posisi kepala, menurut (Mufdillah, 2009) meliputi :

1) Posisi *knee chest*

Membiarkan posisi bayi sungsang keposisi presentse kepala secara eksperimental, dengan pemikiran bahwa kepala lebih beart dibandingkan bokong hingga menurut hukum normal akan bergerak kearah pintu masuk pinggul.

2) Persiapan alat

- a. Matras
- b. Satu bantalan tipis

3) Pelaksanaan

1. Posisi badan tengkurap, bertumpu dengan lutut serta lengan, berbaring rapat dengan dada hingga menyentuh lantai, kepala dimiringkan pada bantalan.
2. Anjuran
 - a. Diusia kehamilan sekitar 7-8 bulan
 - b. Laksanakan 3-4X sehari dengan durasi 10 menit,seminggu setelahnya periksa sekali lagi
 - c. Apabila posisi bayi tidak berubah, posisi lutut dada diulangi, bila berubah, perutnya didudukkan (di ikat) dengan gurita atau stagen supaya posisi bayi tidak berubah lagi.

2.2.8 Komplikasi

Dampak yang terjadi pada posisi sungsang yaitu adanya pengaruh yang mengganggu pada peredaran darah plasenta setelah bokong serta bagian tengah tubuh lahir, karena terjepitnya garis pusar, bisa terjadi infeksi pada ibu (Rukiyah dan Yulianti, 2019).

2.3 Konsep dasar asuhan keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Sependapat dengan Prawirohardjo (2018) pengkajian adalah suatu tahap awal pada penanganan keperawatan, oleh sebab itu di perlukan ketelitian serta ketelatenan terhadap kasus pasien sehingga bisa memberi arah pada kegiatan keperawatan. Proses keperawatan berhasil sangat subordinat. Pada pengaturan ini dibagi menjadi:

1. Pengumpulan data

- 1) Identitas, sependapat dengan Prawirohardjo (2018) identitas pada bahaya tinggi meliputi usia, khususnya ibu yang mengalaminya dimulai dari kehamilan dengan tanda posisi (primigravida), nama, tanggal lahir, alamat, nomor RM, tanggal mengkaji.
- 2) Keluhan utama: klien pasca operasi lebih sering mengeluhkan nyeri pada luka pasca SC.
- 3) Riwayat kesehatan saat ini, menghitung keluhan atau gangguan serta penyakit terkait yang dialami sesudah klien operasi SC.
- 4) Riwayat kesehatan dahulu, apakah klien pernah menjalani operasi caesar beberapa waktu lalu?
- 5) Riwayat kesehatan keluarga, bila ada riwayat penyakit dalam keluarga seperti kencing manis, asma, penyakit jantung maka komplikasi itu memerlukan tindakan operasi caesar sebab apabila terjadi kencing manis, penyakit jantung serta asma yang diderita pasien akan menderita.
- 6) Riwayat perkawinan, berapa umur anda saat menikah serta berapa lama perkawinan tersebut dilangsungkan, namun hal ini tak ada kaitannya dengan pasca operasi caesar yang dilaksanakan terhadap pasangan tersebut.

7) Riwayat kehamilan saat ini, khususnya berapa kali pemeriksaan kehamilan, menghitung usiakehamilan serta tanggal perkiraan persalinan (HPHT), mengetahui tafsiran kelahiran bayi, apakah anak dilahirkan prematur, sebab anak prematur adalah faktor prediposisii pada posisi sungsang.

8) Riwayat persalinan, menghitung macam persalinan yang di alami (*Sectio Caesrea/normal*), pernah pendarahan atautidak.

9) Riwayat ginologi

a. Riwayat menstruasi, penghitungan menarchee, berapa siclus, berapalama, siklus awal bulanan serta siklus akhir haid (HPHT)

b. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas. Berapa jumlah kehamilan, berapa usia kehamilan, apakah ada komplikasi atau tidak, penolong persalinan, macam SC persalinan atau tipikalnya, ada komplikasi nifas atau tidak.

c. Riwayat KB, apa anda pernah menggunakan alat kontrasepsi beberapa waktu terakhir, jenis kontrasepsi apa, sejak kapan anda menggunakan alat kontrasepsi, apakah anda mengalami kendala selama menggunakan alat kontrasepsi?

2. Pemeriksaan fisik

Sejalan dengan Prawirohardjo (2018) pemeriksaan fsiik merupakan salah satu komponen penilaian kesejahteraan objektif yang dilakukan dengan menganalisis tubuh pasien dariujung kepala hingga ujung kaki dengan mengamati kondisi pasien (inspeksi). Menyentuh kerangka atauorgan yang akan di periksa (Palpasi), mengetuk kerangka atauorgan (Perkusi), serta mendengar kerangka atauorgan (Auskultasi).

- 1) Keadaan umum, biasanya pada klien pasca operasi kondisi umumnya tidak berdaya
- 2) Tanda-tanda vital antara lain pemeriksaan tensi, pernafasan, suhu, nadi
- 3) Kepala : Bagaimana bentuk kepala, kebersihan kepala, kadang ada kloasma gravidarum, serta ada tonjolannya
- 4) Leher: Terkadang ditemukan pembesaran organ tiroid, sebab adanya pencahayaan yang salah.
- 5) Mata: Kadang-kadang terjadi pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva, serta terkadang kondisi lapisan mata menjadi pucat (anemis) akibat proses melahirkan yang mengalami perdarahan, sklera berwarna kuning.
- 6) Telinga: bentuk telinganya simetris atau tidak, kebersihnya, apakah telinganya mengeluarkan cairan atau tidak
- 7) Hidung: Ada atau tidaknya polip, bila pada masa post partum pernafasan kadang ditemukan cuping hidung
- 8) Dada: Terdapat payudara membesar, terdapat hyperpigmentasi pada areolla payudara serta papila payudara.
- 9) Abdomen: Pada pasien nifas, bagian tengah tubuh kendur, kadang striae masih nyeri. Fundus uterus 3 jari di bawa pusar.
- 10) Genetalia: Darah bercampur dengan cairan lendir, keluarnya cairan ketuban, apabila terjadi keluarnya meconium, merupakan feces yang di bentuk oleh bayi didalam rahim, maka menunjukkan adanya kelainan pada posisi anak.
- 11) Anus: Kadang pada pasien nifas terdapat luka di anus akibat ruptur.
- 12) Ekstremitas: Pemeriksaan edema untuk mencari kelainan akibat pelebaran

rahim, akibat preeklampsia, atau penyakit jantung atau ginjal.

- 13) Muskuloskeletal: Pada pasien post partum, biasanya terdapat keterbatasan perkembangan akibat luka episiotomi.

2.3.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yaitu cara menguraikan informasi subjektif serta objektif yang didapat setelah melakukan pengkajian. Diagnosa keperawatan mencakup pemikiran mendalam seputar informasi yang dikumpulkan dari klien, keluarga, serta penyedia layanan kesehatan lainnya (Jaya et al., 2019).

1. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan
2. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post op SC
4. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan tonus otot vesika urinaria
5. Ansietas berhubungan dengan Kurang informasi post SC
6. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan post op SC

Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda & Gejala
Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan	Pengalaman sensorik atau emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan nyata atau berguna, dengan serangan tiba-tiba atau terlambat serta meningkat ringan hingga parah, berlangsung kurang dari 3 bulan	Mayor DS : - Mengeluh nyeri DO : - Tampak meringis - Bersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sukar beristirahat

Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda & Gejala
		<p>Minor DS : -</p> <p>DO : - Tekanan darah naik - Pola napas berubah - Proses berfikir terganggu - Perubahan nafsu makan - Menarik diri - Berfokus pada diri sendiri</p>
Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan	Memperpanjang jumlah hari sesudah operasi untuk memulai serta melaksanakan aktivitas setiap hari	<p>Mayor DS : - Mengeluhkan rasa tidak nyaman</p> <p>DO : - Area luka operasi terbuka - Waktu penyembuhan yang cukup lama</p> <p>Minor DS : - Selera makan hilang</p> <p>DO : - Gangguan pergerakan - Tidak bisa melakukan pekerjaan - Pekerjaan tertunda - Membutuhkan bantuan merawat diri</p>
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post op SC	Pembatasan pembangunan fisik pada satu ataulebih anggota gerak secara mandiri	<p>Mayor DS : - Mengeluh sulit menggerakkan anggota gerak</p> <p>DO : - Kekuatan otot turun - Rentang gerak (ROM) menurun</p> <p>Minor DS : - Nyeri saat bergerak - Tidak mau bergerak - Merasa takut saat ergerak</p> <p>DO : - Sendi kaku - Gerakan tidak teratur - Gerakan terbatas</p>

Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda & Gejala
Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan tonus otot vesika urinaria	Keadaan di mana seseorang mengalami atau terancam gagal buang air kecil	- Lemahnya fisik Mayor DS : - Rasa ingin buang air kecil (urgensi) - Urine menetes (dribbling) - Sering buang air kecil - Nokturia - Mengompol - Enuresis DO : - Distensi kandung kemih - Berkemih tidak tuntas - Volume residu urin meningkat Minor DS : - DS : -
Ansietas berhubungan dengan kurang informasi post SC	Kondisi emosi serta perjumpaan subyektif orang-orang terhadap obyek-obyek yang samar-samar dan khusus karena ekspektasi akan adanya ancaman yang memungkinkan orang memerlukan aktivitas untuk menghadapi bahaya.	Mayor DS : - Merasa khawatir sebab kondisi yang dialami - Susah berkonsentrasi DO : - Tampak gelisah - Tampak tegang - Susah beristirahat Minor DS : - Mengeluh pusing - Anoreksia - Palpitasi - Merasa tidak berdaya DO : - Frekuensi tekanan darah, nafas, dan nadi meningkat - Muka terlihat pucat - Suara bergetar - Tremor - Kontak mata buruk - Sering berkemih
Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan post op SC	Tidak adanya atau perlunya data kognitif yang berkaitan dengan suatu hal tertentu	Mayor DS : - Menanyakan masalah yang dihadapi

Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda & Gejala
		DO : - Menunjukkan sikap tidak sesuai anjuran - Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah Minor DS : - DO : - Menjalani pemeriksaan yang tak sesuai - Memerlihatkan sikap berlebihan (apati, hysteria, bermusuhan, agitasi)

2.3.3 Perencanaan

Intervensi/perencanaan yaitu penyusunan rencana kegiatan keperawatan yang hendak dilaksanakan buat mengulangi kasus tepat dengan diagnosa keperawatan yang sudah ditetapkan sebelumnya yang bertujuan memuaskan kebutuhan pasien (Hasibuan, 2017).

Sejalan dengan Prawirohardjo (2018) intervensi yang dilaksanakan pada khusus *section caesarea* dengan posisi sungsang antara lain :

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa	NOC	NIC
1.	Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan	NOC : - tingkat nyeri - kontrol nyeri Setelah dilaksanakan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nyeri bisa berkurang atau hilang dengan Indikator : 1. K/u baik (1-5) 2. Ekspresi wajah tidak menyeringai (1-5) 3. Keadaan luka membaik (1-5)	Manajemen Nyeri 1. Kaji nyeri komprehensif termasuk karakteristik, lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Beri penjelasan pada pasien tentang nyeri 3. Observasi pemeriksaan TTV 4. Ajarkan teknik non farmakologis (distraksi dan relaksasi) 5. Kolaborasi pemberian analgesik

No.	Diagnosa	NOC	NIC
		4. Melaporkan nyeri berkurang (1-5) 5. Skala nyeri dapat berkurang 1-3 (1-5) 6. Mampu menjelaskan kembali tentang nyeri (1-5) 7. Mampu mengontrol nyeri (1-5) 8. Tanda vital dalam batas normal (1-5)	
		Skor : 1. Tidak pernah menunjukkan 2. Jarang menunjukkan 3. Kadang menunjukkan 4. Sering menunjukkan 5. Secara konsisten menunjukkan	
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post op SC	NOC : - <i>Self care</i> : ADLs Setelah dilaksanakan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan bisa melakukan mobilisasi dengan Indikator : 1. K/u baik (1-5) 2. Klien bisa beraktifitas sendiri (1-5) 3. Mengerti tujuan dan peningkatan mobilitas (1-5) 4. Kekuatan otot 5,5,5,5 (1-5)	<i>Exercise therapy</i> : ambulation 1. Observasi kemampuan klien tentang mobilisasi 2. Anjurkan untuk melaksanakan gerakan kaki saat tidur 3. Bantu pasien untuk memenuhi kebutuhan kegiatan sehari-hari 4. Evaluasi perkembangan kemampuan klien melaksanakan kegiatan 5. Observasi kekuatan otot
		Skor : 1. Tidak pernah menunjukkan 2. Jarang menunjukkan 3. Kadang-kadang menunjukkan 4. Sering menunjukkan 5. Secara konsisten menunjukkan	
3	Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan	NOC : - <i>Knowledge</i> : <i>infection control</i> - <i>Risk control</i> Setelah dilakukan tindakan selama 1x24 jam di harapkan tak terjadi infeksi selama perawatan dengan Indikator :	<i>Risk Control</i> (Pengendalian Infeksi) 1. Bersihkan lingkungan setela dipakai klien lain 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 3. Monitor tanda gejala infeksi sistemik serta lokal 4. Ajarkan cara

No.	Diagnosa	NOC	NIC
		1. Tidak ada dari tanda-tanda infeksi (1-5) 2. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi (1-5) 3. TD, Suhu, Nadi dalam batas normal (1-5) Skor : 1. Tidak pernah menunjukkan 2. Jarang menunjukkan 3. Kadang-kadang menunjukkan 4. Sering menunjukkan 5. Secara konsisten menunjukkan	perawatan luka 5. Kolaborasi dalam pemberian antibiotic 6. Observasi TTV
4	Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan tonus otot vesika urinaria	NOC : - <i>Urinary Elimination</i> - Kontinensi Urin Setelah dilaksanakan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharap nyeri bisa berkurang atau hilang dengan Kriteria hasil : 1. Kandung kemih kosong secara penuh (1-5) 2. Tidak ada residu urine >100-200cc (1-5) 3. Intake cairan dalam rentang normal (1-5) 4. Tidak ada spasme kandung kemih (1-5) 5. Balance cairan seimbang (1-5) Skor : 1. Tidak pernah menunjukkan 2. Jarang menunjukkan 3. Kadang-kadang menunjukkan 4. Sering menunjukkan 5. Secara konsisten menunjukkan	<i>Urinary Retention Care</i> 1. Lakukan penilaian urine komprehensif berfokus pada inkontinensia (misal, pola berkemih, output urine, masalah kencing praeksisten, dan fungsi kognitif) 2. Monitor efek dari obat-obatan yang diresepkan 3. Masukkan kateter kemih, sesuai kebutuhan klien 4. Pantau asupan dan keluaran 5. Pantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi 6. Bantu klien untuk melakukan toileting secara berkala
5	Ansietas berhubungan dengan kurang informasi post SC	NOC : - Tingkat kecemasan Setelah dilaksanakan tindakan selama 1x24 jam di harapkan	Reduksi Kecemasan 1. Gunakan pendekatan yang menyenangkan 2. Jelaskan semua langkah serta apa yang

No.	Diagnosa	NOC	NIC
		lainnya (1-5)	
		Skor :	
		1. Tidak pernah menunjukkan	
		2. Jarang menunjukkan	
		3. Kadang-kadang menunjukkan	
		4. Sering menunjukkan	
		5. Secara konsisten menunjukkan	

2.3.4 Implementasi

Implementasi adalah pengoordinasian aktivitas, penggunaan rencana serta menggabungkan pengumpulan informasi. Dalam mewujudkan kegiatan keperawatan atau kegiatan keperawatan sesuai dengan rencana kegiatan keperawatan yang telah di buat (Purba & Susyanti, 2016).

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi adalah penanganan berkelanjutan dalam mengevaluasi dampak aktivitas keperawatan pada klien. Evaluasi dilaksanakan tiada henti terhadap reaksi pasien terhadap aktivitas keperawatan yang dilakukan dengan cara membandingkan reaksi klien terhadap tujuan tertentu dan tujuan bersama yang telah diputuskan serta dilaksanakan dengan strategi SOAP yang terdiri dari subjektif, objektif analisa serta *planning* (Supratti & Ashriady, 2018).

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain penelitian

Desain penelitian yang dipakai yaitu studi kasus. Studi kasus yang menjadi pokok bahasan penelitian ini dipakai untuk mempelajari kasus keperawatan pada pasien Post SC (*Sectio Caesarea*) Dengan Letak Sungsang

3.2 Batasan istilah

Untuk terlepas dari kesalahan dalam menginterpretasikan judul penelitian, para peneliti harus benar-benar memahami istilah-istilah yang dipakai pada penelitian ini sebagai berikut :

1. Asuhan keperawatan yaitu strategi pemberian asuhan keperawatan yang tepat serta terorganisir, yang berpusat pada tanggapan dan reaksi individu dalam suatu kelompok atau individu pada masalah kesejahteraan yang dialami, baik yang nyata maupun yang mungkin terjadi.
2. *Sectio Caesarea* merupakan suatu proses melahirkan bayi dengan cara membuat sayatan pada dinding rahim melalui dinding abdomen, posisi sungsang yaitu bayi yang posisinya membujur dalam uterus kepala ada difundus serta bokong ada dibawah
3. Masalah : Dicitrakan sebagai penyimpangan antara apa yang harusnya terjadi serta apa yang sebetulnya terjadi, antara hipotesa serta asas, antara aturan serta penggunaan, antara rencana serta pelaksana.
4. Nyeri merupakan pertemuan sensori serta emosional yang menjengkelkan yang timbul dari kerusakan jaringan yang asli atau potensial dan digambarkan dalam bentuk kerusakantersebut.

3.3 Partisipan

Subjek yang dipakai pada penelitian ini yaitu pasien dewasa yang mana pasien terdiagnosa Post SC (*Sectio Caesarea*) dengan Letak Sungsang yang menjalani pengobatan medis, Operasi SC pertama, hari ke 1 pada bulan desember 2022

3.4 Waktu dan tempat penelitian

Waktu penelitian dalam pengambilan data dilakukan di bulan Desember tahun 2022. Studi kasus ini dilakukan di Ruang Drupadi RSUD Jombang.

3.5 Jenis dan teknik pengumpulan data

Dalam hal ini, strategi pengumpulan informasi dalam penyelidikan grafis digunakan, yaitu :

1. Wawancara

Wawancara adalah strategi pengumpulan informasi yang dilaksanakan dengan cara mengkoordinasikan sapaan dan jawaban (dialog) antara penanya dan responden. Beberapa hal yang harus dicermati oleh seorang peneliti ketika bertemu ialah nada suara, kecepatan bicara, kemampuan untuk berbicara, kontak mata, serta kemampuan untuk mempengaruhi secara nonverbal. Dalam mencari data, peneliti melaksanakan 2 macam wawancara yaitu auto anamnesa (wawancara yang dilaksanakan dengan subjek (pasien) serta alo anamnesa (wawancara dengan keluarga klien).

2. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi ini menggunakan persepsi anggota, suatu strategi pengumpulan data yang dipakai buat menggabungkan data pertimbangan kasus melalui persepsi. Pemeriksaan fisik dalam hal ini dilakukan dengan pendekatan IPPA: pemeriksaan inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi pada kerangka tubuh pasien.

3. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi adalah kegiatan mencari informasi atau faktor dari sumber berupa catatan, transkrip, catatan, buku, majalah, surat kabar harian, prasasti, agenda, notulensi rapat, serta lainnya. Yang dilihat dalam dokumentasi tersebut yaitu bendamati (Saryono, 2013). Dalam hal ini pertimbangkan untuk memakai pemikiran naratif dalam kerangka catatan terjadinya tes demonstratif dan informasi penting lainnya.

3.6 Uji keabsahan data

Uji keabsahan data diharapkan bisa menciptakan legitimasi yang tinggi terhadap informasi pertimbangan kasus. Terlepas dari penilaian peneliti (sebab peneliti merupakan instrumen yang paling banyak), uji keabsahan data dilaksanakan dengan cara:

1. Perbanyak waktu observasi/tindakan sampai kasus pemikiran tentang tindakan selesai dan mendapatkan legitimasi yang tinggi. Dalam pertimbangan perkara ini, waktu yang diperlukan adalah 3 hari, tetapi bila legitimasi informasi yang diperlukan belum tercapai, maka waktu untuk memperoleh informasi pertimbangan perkara diperbanyak satu hari, sehingga waktu yang dibutuhkan pada pertimbangan perkara ialah 4 hari.

2. Triangulasi adalah strategi yang dipakai peneliti dalam menggabungkan serta menganalisa informasi adalah dengan memanfaatkan pihak lain untuk mengakuratkan informasi atau data yang didapat dari responden. Pihak lain yang dalam hal ini direnungkan adalah keluarga pasien yang mengalami penyakit serupa dengan pasien serta tenaga medis yang telah menangani permasalahan yang sama dengan pasien.

3.7 Analisa data

Analisa data dilaksanakan sejak peneliti berada di lapangan, pada saat pengumpulan informasi hingga seluruh informasi terkumpul. Penyelidikan informasi dilakukan dengan cara menampilkan kenyataan-kenyataan, kemudian membandingkannya dengan dugaan-dugaan yang ada, kemudian mengkomunikasikannya dalam suatu tanggapan wawancara. Metode investigasi yang dipakai adalah dengan mendeskripsikan jawaban yang didapat dari hasil penjelasan wawancara mendalam yang dilaksanakan untuk menjawab definisi permasalahan. Metode investigasi digunakan melalui persepsi para analis dan pertimbangan dokumentasi yang memberikan informasi yang kemudian dapat diterjemahkan serta dibandingkan dengan spekulasi yang ada sebagai bahan untuk memberikan saran bagi perantara.

Tahap-tahap analisis data pada studi kasus, meliputi :

1. Pengumpulan data dari hasil wawancara, observasi (pengamatan), dokumentasi yang terjadi ditempat dimana kasus tersebut diambil. Hasil-hasilnya disusun dalam bingkai catatan, kemudian direplikasi dalam bentuk transkrip (catatan terorganisir).

2. Mereduksi data

Data hasil wawancara, semua informasi yang didapatkan dari lapangan disurvei, di catat lagi dalam bingkai penggambaran atau laporan yang lebih riinci serta efisien serta disatukan dalam bentuk transkrip kemudian dikumpulkan menjadi informasi subjektif serta objektif, dianalisa berdasar asal usulnya, pemeriksaan gejala setelah itu dibanding²⁰ dengan nilai tipikal.

3. Penyajian data

Penyajian data bisa dilaksanakan dengan menggunakan gambar, tabel, bagan atau teks narative. Privasi pasien dilindungi dengan mengaburkan identitas pasien.

4. Kesimpulan

Dari data Dari yang ditampilkan, lalu data tersebut diperiksa serta dibandingkan dengan hasil pemikiran masa lalu serta dihipotesiskan dengan perilaku kesehatan. Kesimpulan diambil dengan menggunakan strategi penerimaan. Informasi yang dikumpulkan berkaitan dengan data pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, serta evaluasi.

3.8 Etika penelitian

Etika yang mendasari susunan studi kasus yang dipertimbangkan antara lain meliputi :

1. *Informed Consent* (persetujuan menjadi klien)

Memberikan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden studi kasus, pertimbangan dengan memberikan bentuk persetujuan. Persetujuan terdidik diberikan beberapa waktu yang lalu, pemikiran kasus dilakukan dengan memberikan bentuk persetujuan untuk menjadi tergugat. Alasan

persetujuan yaitu supaya subjek memperoleh alasan serta tujuan studi kasus tersebut.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Persoalan etika keperawatan dapat berupa persoalan yang memberikan kepastian dalam pemanfaatan khusus dengan tidak memberi atau menghitung nama responden serta seolah-olah ⁵¹menuliskan kode di lembar pengumpulan informasi atau hasil penyelidikan yang akan ditampilkan.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Semua data yang sudah dikumpulkan dijamin akan dirahasiakan oleh peneliti studi kasus.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Pengumpulan data pada studi kasus ini dilaksanakan di ruang Drupadi RSUD Jombang yang beralamatkan di Jl. KH. Wahid Hasyim No.52. Ruang Drupadi memiliki 41 tempat tidur pasien yang terdiri dari kelas 1 ada 3 tempat tidur pasien, HCU terdapat 5 tempat tidur pasien, kelas A1 terdapat 4 tempat tidur, kelas A terdapat 6 bed, kelas B terdapat 4 bed, kelas C terdapat 6 bed, kelas D terdapat 6 bed, kelas E terdapat 3 bed, kelas F terdapat 1 bed, kelas G terdapat 1 bed, dan ruang isolasi covid terdapat 2 tempat tidur pasien.

2. Pengkajian

a. Data umum klien

Tabel 4.1 data umum klien

Identitas Klien	Klien
Nama	Ny. N
Umur	30 Tahun
Status perkawinan	Menikah
Lama kawin	7 Tahun
Jumlah perkawinan	1 kali
Agama	Islam
Pendidikan	SMA
Pekerjaan	IRT
Tanggal MRS	26 Desember 2022
Tanggal Pengkajian	26 Desember 2022
Jam Masuk	08.00 WIB
No. RM	5332xxx
Alamat	Jombok, Pulorejo, Ngoro, Jombang
Diagnosa Medis	P1A0P0H1 UK 38/39 mg THIU + Post SC + Letsu

b. Keluhan utama

Klien mengatakannya **nyeri pada luka bekas operasi**,

P : Luka Post SC **Q** : nyeri seperti tertusuk-tusuk jarum

R : Perut bagian bawah **S** : Skala 6 dari 1-10

T : Nyeri timbul saat gerak

c. Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

Tabel 4.2 riwayat kehamilan dan persalinan

No	Tahun	Tipe Persalinan	Penolong	Jenis kelamin	BB Lahir	Kedadaan bayi waktu lahir	Masalah Kehamilan
1	2016	Spontan	Bidan	Laki-laki	3500gr	Menangis keras	Tidak ada
2	Hamil	Ini					

d. Pengalaman Menyusui

Tabel 4.3 pengalaman menyusui

Ya	Tidak	Berapa Lama
√		2 Tahun

e. Riwayat kehamilan saat ini

Tabel 4.4 riwayat kehamilan

Data	Klien
Berapa kali periksa kehamilan	13x periksa kehamilan, di bidan 7x, di puskesmas 3x, di RSUD 3x
Masalah kehamilan	Letak bayi sungsang

f. Riwayat Persalinan Saat ini

Tabel 4.5 riwayat persalinan

No	Data	Klien
1	Jenis Persalinan	Persalinan <i>Sectio Caesarea</i> (SC) dengan letak sungsang, tanggal 26 desember 2022, pukul 08.31
2	Jenis Kelamin Bayi	Laki-laki, BB 3500 gr, PB 51 cm
3	Perdarahan	250 cc

g. Riwayat ginekologi

Tabel 4.6 riwayat ginekologi

No	Data	Klien
1	Masalah ginekologi	Tidak ada
2	Riwayat KB	
	1. Jenis	Suntik 3 Bulan
	2. Lama pemakaian	4 Tahun (Stop 2021)
	3. Efek samping	Tidak ada

h. Data umum kesehatan saat ini

Tabel 4.7 data umum kesehatan saat ini

No	Data	Klien
1	Status Obstetri	P2A0P0I0A0H2
2	Rooming	Ibu dan bayi berada pada satu ruang rawat
3	Kedadaan umum	Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, BB 52, TB 150, TTV : TD : 120/70 mmHg Suhu : 37.4 C Nadi : 87 x/menit RR : 20 x/menit

4. Pemeriksaan Fisik

1. Kepala

Tabel 4.8 pemeriksaan fisik

	Klien
Bentuk Kepala	Simetris (Normal)
Rambut	Hitam
Kulit kepala	Bersih
Masalah khusus	Tidak Ada

2. Mata

	Klien
Kelopak mata	Simetris
Refleks Pupil	Isokor
Konjungtiva	Tidak anemis
Sklera	Tampak putih
Masalah khusus	Tidak ada

3. Hidung

	Klien
Kebersihan	Tampak bersih
Reaksi alergi	Tidak ada alergi
Sinus	Tidak ada
Masalah khusus	Tidak ada cuping hidung

4. Telinga

	Klien
Kebersihan	Bersih
Fungsi Pendengaran	Baik (dapat mendengar dengan jelas)
Masalah khusus	Tidak Ada

5. Mulut dan tenggorokan

	Klien
Rongga mulut	Tidak ada kelainan
Gigi	Bersih
Lidah	Bersih
Tonsil	Tidak ada
Kesulitan menelan	Tidak ada
Masalah khusus	Tidak ada

6. Pemeriksaan fisik thorax

	Klien
Inspeksi	Simetris
Bentuk dada	Simetris
Retraksi	Tidak ada

1) Jantung

	Klien
Ictus cordis	Tidak tampak
Bunyi jantung	Lup dup
Batas-batas jantung	S1 S2 tunggal
Bunyi jantung tambahan	Tidak ada
Data lain	Tidak ada nyeri tekan

2) Paru- paru

	Klien
Frekuensi nafas	20x/menit
Suara nafas	Vasikuler
Suara nafas tambahan	Tidak ada, Rh -/-, Wh -/-
Nyeri dada	Tidak ada
Data lain	Tidak ada

3) Payudara

	Klien
Putting susu	Menonjol keluar
Bentuk puting	Bulat melebar
Areola	Melebar berwarna gelap
Pengeluaran colostrum	Terdapat colostrum pada payudara kanan dan kiri
Data lain	Tidak ada

7. Abdomen

	Klien
Involusio uteri	
4. Fundus uteri	2 jari dibawah pusat
5. Kandung kemih	Kosong
6. Diastasis rekti abdominalis	
Fungsi pencernaan	
7. Bising usus	15x/menit
8. Skibala	Tidak ada
9. Konstipasi	Tidak ada
10. Meteorismus	Tidak ada
Data Lain	Nyeri pada luka post op SC

8. Perineum dan genetalia

	Klien
Vagina	Tidak ada masalah
Perineum	Utuh
Tanda REEDA	
R : Kemerahan	Tidak
E : Bengkak	Tidak
E : Echimosis	Tidak
D : Discharge	Darah
A : Approximate	Tidak
Kebersihan	Terdapat pengeluaran darah pada vagina
Lochea	
Jumlah	250cc
Jenis/warna	Darah segar
Konsistensi	Cair bergumpal
Bau	Anyir
Hemorrhoid	Tidak ada
Nyeri	Tidak ada
Masalah khusus	Tidak ada

9. Ekstremitas

	Klien	
Ekstremitas atas	Tidak ada edema	5 5
Ekstremitas bawah	Tidak ada edema	5 5
Varises	Tidak Ada	
Tanda homan	Tidak ada	
Masalah khusus	Tidak ada	

10. Pemeriksaan dasar

No	Data	Klien
1	Nutrisi	Dirumah klien makan 3x sehari (Nasi,sayur,lauk) Dirumah sakit klien makan 3x sehari porsisedikit (Nasi,sayur,lauk,serta buah), ditambah buah anggur yang dibawakan dari rumah.

2	Eliminasi	Sebelum MRS klien BAK 7-8x/hari. Kebiasaan BAB klien sebelum MRS 1x/hari berwarna kuning kecoklatan konsistensi lunak. Selama MRS klien memakai kateter dengan produksi urin kurang lebih 600cc/8 jam, warna urine kuning pekat, dan selama MRS klien belum BAB
3	Istirahat Tidur	Pola tidur klien kebiasaan tidur 8 jam, dengan frekuensi 1-2x/hari, Pola tidur saat ini, setelah klien melahirkan klien tampak kurang istirahat karena klien berusaha untuk menyusui anaknya
4	Mobilisasi dan latihan	Tingkat mobilisasi klien saat ini dibantu, karena saat klien bergerak nyeri bertambah Latihan/Senam saat ini klien tidak mengikuti (saat hamil klien pernah mengikuti senam 2x)
5	Keadaan mental	Adaptasi psikologi klien saat ini mengalami kecemasan karena klien belum mengetahui cara perawatan luka post SC serta klien juga menanyakan kapan luka post SC akan sembuh, dan klien menerima dengan baik kehamilan putra ke-2nya
6	Kemampuan menyusui	Klien mampu menyusui, tampak pengeluaran colostrum pada payudara klien
7	Obat-obatan	Selama Hamil klien jarang mengkonsumsi obat-obatan

i. Keadaan umum Ibu

Tabel 4.9 keadaan umum

Data	Klien
TTV	TD : 120/70, N : 87x/m, S : 37,4, RR : 20x/m
Jenis persalinan	SC (<i> Sectio Cesarea</i>)
Kondisi ketuban	Jernih
Komplikasi persalinan	Tidak ada

j. Kondisi bayi saat lahir

Tabel 4.10 kondisi bayi

Data	Klien
Lahir tanggal/jam	26 desember 2022, pukul 08.31 WIB
Jenis kelamin	Laki-laki
Kelahiran	Tunggal
Nilai APGAR Score	Penilaian menit ke-1 didapatkan skor 8, dan pada menit ke-5 didapatkan skor 9
Tindakan resusitasi	Tidak ada
Jumlah pembuluh darah	2 Arteri 1 Vena
Plasenta	Tidak terkaji
Kelainan	Tidak ada

k. Hasil pemeriksaan penunjang

LABORATORIUM

Tabel 4.11 pemeriksaan penunjang

Jenis Pemeriksaan	Klien (Pemeriksaan)	Nilai Normal
HEMATOLOGI		
Darah Lengkap		
Hemoglobin	L 9.7	13 - 17 gram/dL
Leukosit	9.31	3.5 - 10.5
Hematokrit	L 29.9	34.9 - 44.5
Eritrosit	3.82	4.2 - 5.4
Trombosit	334	150 - 450
Ureum	L 20.0	22 mg/dL
Kreatinin	0.6	0.5 - 1.1 mg/dL
KIMIA DARAH		
GDA	60	
Antigen	Negative	

USG

TBJ 3.168gram

Kondisi sungsang, janin tunggal

NST: 150x/menit

1. Terapi

Table 4.12 terapi

Klien	Cairan/Rute pemberian
Infus RL 500cc/24 jam	Iv
Injeksi ceftriaxone 2x1 gr	Iv
Paracetamol 3x500mg	Oral
Sulfat ferrous 2x1 tab	Oral
Amoxicillin 3x500mg	Oral

ANALISA DATA

Tabel 4.13 analisa data

Analisa Data	Etiologi	Masalah
<p>DS : Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, nyeri terasa saat klien bergerak P : Luka post SC Q : Nyeri seperti tertusuk jarum R : Perut bagian bawah S : Skala 6 dari 1-10 T : Nyeri terasa saat dibuat bergerak</p> <p>DO : Keadaan Umum : Lemah Kesadaran : Composmentis GCS4-5-6</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak menyeringis menahan nyeri 2. Klien tampak memegang perut bagian bawah 3. Klien tampak lemas 4. Saat bergerak klien tampak kesakitan 5. Wajah klien tampak pucat <p>TTV : TD : 120/70 mmHg N : 87x/menit S : 37,4 °C RR : 20x/menit</p>	<p>Post SC</p> <p>↓</p> <p>Luka Post SC</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya Inkontinuitas Jaringan</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	<p>Nyeri Akut</p>
<p>DS : Klien mengatakan panas nyeri pada luka bekas operasi SC</p> <p>DO : Keadaan Umum : Lemah Kesadaran : Composmentis GCS4-5-6</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat insisi pada dinding perut - Klien tampak pucat - Klien tampak lemas 	<p><i>Sectio Caesarea</i></p> <p>↓</p> <p>Tindakan Pembedahan</p> <p>↓</p> <p>Luka Insisi Post SC</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan Integritas Jaringan</p>	<p>Kerusakan Integritas Jaringan</p>
<p>DS : Klien mengatakan lemas dan aktivitasnya dibantu suami serta keluarganya</p> <p>DO : - Tampak aktivitas klien dibantu suaminya - Klien tampak membatasi aktivitasnya akibat nyeri pada luka post SC - Klien tampak kesulitan</p>	<p>Post SC</p> <p>↓</p> <p>Penurunan kekuatan otot</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Akut</p> <p>↓</p> <p>Gangguan mobilitas fisik</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>

Analisa Data	Etiologi	Masalah
<p>merubah posisi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak terpasang DK <p>DS :</p> <p>Klien mengatakan belum tau cara merawat luka bekas operasi sesar</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak berfikir - Klien bertanya kapan luka post op SC dapat sembuh - Klien tampak cemas - Klien tampak membatasi aktivitasnya <p>TTV :</p> <p>TD : 110/80</p> <p>N : 106x/menit</p> <p>S : 37,4 °C</p> <p>RR : 20x/menit</p>	<p>Post SC</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya inkontinuitas jaringan</p> <p>↓</p> <p>Kurang informasi</p> <p>↓</p> <p>Ansietas</p>	<p>Ansietas</p>
<p>DS :</p> <p>Klien mengatakan ingin bertemu dan menyusui anaknya</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat Pengeluaran colostrum pada payudara kanan dan kiri klien - Klien post SC dan melahirkan bayi laki-laki BB 3500 gr, PB 51 cm 	<p>Pasca melahirkan</p> <p>↓</p> <p>Perawatan terpisah dengan bayi</p> <p>↓</p> <p>Keinginan menyusui anaknya</p> <p>↓</p> <p>Kesiapan meningkatkan pemberian ASI</p>	<p>Kesiapan meningkatkan pemberian ASI</p>

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan
2. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan luka insisi post SC
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post SC
4. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
5. Kesiapan meningkatkan pemberian ASI berhubungan dengan keinginan menyusui anaknya

INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 4.15 intervensi keperawatan

No	DIAGNOSA	NOC (NURSING OUTCOME CLASSIFICATION)	NIC (NURSING INTERVENTION CLASSIFICATION)																																										
1.	Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan	<p>Tujuan : Setelah dilaksanakan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nyeri pasien bisa berkurang atau hilang</p> <p>Label NOC : - tingkat nyeri - kontrol nyeri</p> <p>INDIKATOR</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">No</th> <th style="text-align: center;">Indikator</th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th style="text-align: center;">3</th> <th style="text-align: center;">4</th> <th style="text-align: center;">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Skala nyeri berkurang</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">√</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Melaporkan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">√</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Mampu mengontrol nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">√</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Ekspresi wajah tidak menunjukkan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">√</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>Tanda vital dalam batas normal</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">√</td> </tr> </tbody> </table>	No	Indikator	1	2	3	4	5	1	Skala nyeri berkurang				√		2	Melaporkan nyeri					√	3	Mampu mengontrol nyeri				√		4	Ekspresi wajah tidak menunjukkan nyeri					√	5	Tanda vital dalam batas normal					√	<p>Label NIC : Manajemen Nyeri</p> <p>Aktivitas : 1. Kaji keluhan nyeri secara komprehensif termasuk karakteristik, lokasi, frekuensi, durasi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Beri penjelasan pada pasien tentang nyeri 3. Observasi pemeriksaan TTV 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis (distraksi serta relaksasi) 5. Kolaborasi pemberian analgesik</p>
No	Indikator	1	2	3	4	5																																							
1	Skala nyeri berkurang				√																																								
2	Melaporkan nyeri					√																																							
3	Mampu mengontrol nyeri				√																																								
4	Ekspresi wajah tidak menunjukkan nyeri					√																																							
5	Tanda vital dalam batas normal					√																																							

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tabel 4.16 implementasi keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Hari 1		Hari 2		Hari 3	
Klien	Implementasi	Implementasi	Implementasi	Implementasi	Implementasi	Implementasi
Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan	10.25	Memonitor tanda-tanda vital klien TD : 120/70 N : 87x/mnt S : 37,4 RR : 20x/mnt	15.35	Memberikan terapi paracetamol 500 mg, Sf 1 tab, amoxicillin 500 mg	08.21	Mengkaji nyeri klien P : luka post SC Q : nyeri seperti tertusuk jarum R : perut bagian bawah S : Skala 5 dari 1-10 T : nyeri hilang timbul
	10.40	Memberikan terapi Infus RL 500cc/24 jam	18.20	Memonitor Tanda-tanda vital TD : 110/80 N : 88x/mnt S : 36,5 RR : 20x/mnt	09.15	Memberikan terapi paracetamol 500 mg
	10.42	Mengkaji nyeri klien P : luka post SC Q : nyeri seperti tertusuk jarum R : perut bagian bawah S : Skala 6 dari 1-10 T : nyeri timbul saat di pakai bergerak	18.25	Mengkaji nyeri klien P : luka post SC Q : nyeri seperti tertusuk jarum R : perut bagian bawah S : Skala 6 dari 1-10 T : nyeri hilang timbul	09.30	Melakukan perawatan luka pada luka post sc klien, luka tampak baik, melekat, dan tidak ada pus
	10.45	Memberi informasi terkait nyeri, penyebab, dan berapa lama nyeri akan berkurang	18.28	Melihat perkembangan kondisi klien, klien tampak dapat melakukan teknik relaksasi untuk mengontrol nyeri	09.45	Menganjurkan klien untuk tidak membatasi makanan (tarak)
	10.46	Mengajarkan klien untuk mengontrol nyeri dengan melakukan	18.30	Menganjurkan ibu untuk menyusui bayi pada satu ruang perawatan	10.00	Memberikan terapi infus RL 500cc/24 jam

Diagnosa Keperawatan	Hari 1	Hari 2	Hari 3
	<p>teknik non farmakologi (relaksasi)</p> <p>10.50 Menganjurkan klien untuk meningkatkan istirahatnya</p>	<p>19.35 Menganjurkan klien untuk meningkatkan istirahatnya</p>	<p>11.27 Memonitor tanda-tanda vital : TD : 110/80 N : 92x/mnt S : 36.8 RR : 20x/mnt</p>

EVALUASI KEPERAWATAN

Tabel 4.17 evaluasi keperawatan

Diagnosa	Hari 1	Hari 2	Hari 3
<p>Dx: Nyeri akut b.d terputusnya inkontinuitas jaringan</p>	<p>S : 5 Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi SC P : luka post SC Q : nyeri seperti tertusuk jarum R : perut bagian bawah S : skala 6 dari 1-10 T : nyeri terasa saat dibuat bergerak O : 1. Keadaan umum : lemah 2. Klien tampak meringis menahan sakit 3. Klien tampak memegang perut bagian bawah 4. Klien tampak pucat 5. Kesadaran composmentis 6. Tanda-Tanda Vital: TD : 120/70 N : 89x/menit S : 37.1 °C RR: 20x/menit A : Masalah nyeri belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan</p>	<p>S : Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi SC, namun klien berusaha untuk beraktifitas ringan, dan sudah dapat mengontrol nyeri P : luka post SC Q : nyeri seperti tertusuk jarum R : perut bagian bawah S : skala 5 dari 1-10 T : nyeri hilang timbul O : 1. Keadaan umum : Cukup 2. Klien tampak melakukan aktifitas ringan seperti miring kanan, miring kiri, duduk, dan klien juga mencoba untuk berdiri 3. Klien tampak dapat mengontrol nyeri saat nyeri timbul 4. Tanda-Tanda Vital: TD : 110/80 N : 106x/menit S : 36.9 °C RR: 21x/menit A : Masalah nyeri teratasi sebagian P : Intervensi di lanjutkan</p>	<p>S : Klien mengatakan nyeri pada luka post SC hilang timbul P : luka post SC Q : nyeri seperti tertusuk jarum R : perut bagian bawah S : skala 5 dari 1-10 T : nyeri hilang timbul O : 1. Keadaan umum : cukup 2. Klien tampak dapat duduk dan menyusui anaknya 3. Klien tampak dapat mengontrol nyeri saat nyeri timbul 4. Tanda-Tanda Vital: TD : 110/80 N : 90x/ menit S : 36.6 °C RR : 20x/menit A : Masalah nyeri teratasi sebagian P : Intervensi di lanjutkan</p>

4.2 Pembahasan

Pada bab ini peneliti akan membahas terkait laporan khusus asuhan keperawatan maternitas terhadap Ny.N dengan masalah keperawatan nyeri akut pada khusus post SC (*Sectio Caesarea*) dengan letak sungsang di ruang Drupadi RSUD Jombang. Disini peneliti akan membahas diagnosis prioritas utama yaitu nyeri akut berhubungan dengan tepusnya inkontinuitas jaringan. Post SC (*Sectio Caesarea*) dengan masalah nyeri akut bisa menjadi masalah besar yang harus segera ditangani. Ruang lingkup dialog ini mencakup: pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, serta evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

a. Data Subjektif

Pada pengkajian yang telah dilakukan peneliti di ruang drupadi RSUD Jombang didapatkan keluhan nyeri di luka pasca operasi, nyeri dirasakan klien saat klien bergerak. P : Luka post SC, Q : Nyeri seperti tertusuk jarum, R : Perut bagian bawah, S :Skala 6 dari 1-10, T : Nyeri terasa saat dipakai bergerak, penyebab dari nyeri tersebut dikarenakan adanya luka post op, yang mana klien melakukan persalinan *sectio caesarea* dengan melakukan tindakan pembedahan pada dinding uterus melalui abdomen.

Berdasarkan teori, menurut Herdman (2018) nyeri merupakan reaksi subjektif terhadap stres fisik dan mental. Nyeri yang intens adalah pengalaman sensori nyata dan emosional yang menjengkelkan karena kerusakan jaringan yang nyata atau potensial atau digambarkan sebagai kerusakan, dan *sectio caesaria* (SC), merupakan persalinan melalui insisi yang dibuat pada dinding rahim melalui dinding abdomen (Abdul & Sjahranie, 2019).

Menurut peneliti, tidak ada kesenjangan informasi antara teori dan praktek antar penelitian yang dilaksanakan, sebab peneliti tidak menemukan adanya perbedaan antara keluhan utama yang dirasakan klien dan indikasi yang muncul akibat reaksi terhadap nyeri luka pasca operasi yang ditunjukkan klien. Sejalan dengan penelitian yang dilaksanakan Rizaki (2016) yang mana data yang didapatkan atau ditemui pada ibu post op *sectio caesarea* memiliki kesamaan pada penelitian ini dimana data tersebut adalah klien mengeluhkan nyeri di perut pasca operasi, skala nyeri sedang serta nyeri terasa saat bergerak.

b. Data Objektif

Pemeriksaan fisik pada data obyektif klien didapati pemeriksaan fisik dengan tanda gejala pada klien ditemukan keadaan umum lemah, kesadaran Composmentis, GCS 4-5-6, TD : 120/70 mmHg, N : 87x/menit, S : 37.4 °C, RR : 20x/menit, klien tampak meringis menahan nyeri pada luka post op *sectio caesarea*, klien terlihat memegang perut bagian bawah, tampak lemas, klien tampak kesakitan saat bergerak, wajah klien tampak pucat karena merasa tidak nyaman pada luka post op *sectio caesarea*.

Sectio caesarea yaitu kelahiran palsu, dimana bayi dilahirkan melalui sayatan pada dinding rahim melalui abdomen, mengingat rahim dalam keadaan intaglio serta berat janin lebih dari 500 gram. *Sectio caesarea* ialah suatu metode pembedahan yang bertujuan untuk menyumbangkan kelahiran seorang anak dengan cara membuka dinding perut serta rahim ibu. SC mengakibatkan Ibu akan terlibat dalam penyesuaian post partum baik dari sudut pandang kognitif dalam rangka kebutuhan informasi. Karena kebutuhan informasi dan dari sudut pandang fisiologis, lebih spesifiknya item oksitosin yang tidak mencukupi akan

menyebabkan keluarnya ASI sedikit, luka akibat sayatan akan menjadi *post de entreis* bagi kuman, serta timbulnya nyeri sebab insisi yang menyebabkan gangguan rasa nyaman (Welan, 2019).

Menurut peneliti ditemukan data klien mengalami nyeri post op sc (*Sectio caesarea*) Klien terlihat meringis menahan nyeri, tampak memegang perut bagian bawah karena nyeri terasa hilang timbul, klien tampak lemas, serta klien tampak kesakitan saat bergerak.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan pada pasien berdasarkan hasil pengkajian, hasil pemeriksaan fisik serta hasil pemeriksaan diagnostik yang diperoleh menunjukkan masalah yang dirasakan klien yaitu Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan. Penyebab dari masalah yang dialami Ny.N dikarenakan pasca operasi *section caesarea* sehingga didapatkan pengkajian dengan skala nyeri 6 serta nyeri seperti tertusuk-tusuk, penurunan kekuatan otot, tubuh terasa lemas, tidak dapat beraktivitas secara mandiri, aktivitasnya dibantu oleh suami dan keluarga, tidak nyaman saat bergerak, serta klien tampak kesulitan merubah posisi.

Diagnosa keperawatan ialah metode menganalisis informasi subjektif serta objektif yang didapatkan sesudah melaksanakan pengkajian. Diagnosa keperawatan mencakup pemikiran yang cermat terhadap informasi yang dikumpulkan dari klien, keluarga, serta penyedia layanan kesehatan lainnya (Jaya et al., 2019).

Menurut peneliti klien dengan riwayat post SC (*Sectio Caesarea*) dengan kasus nyeri akut ini terjadi karena jaringan perut pengganti jaringan luka yang

sifatnya kurang elastis sehingga terasa nyeri saat teregang berlebihan. Hal ini memiliki kesamaan pada penelitian yang dilaksanakan oleh Ratnasari (2020) yang menunjukkan bahwa diagnosa keperawatan nyeri akut dapat ditegakkan pada klien *sectio caesarea* dengan masalah nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan dapat ditegakkan pada klien post SC (*sectio caesarea*).

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien yaitu NIC status Manajemen Nyeri. Pada klien diberikan terapi infus RL 500cc/24 jam, paracetamol 3x500 mg, Sf 2x1 tab, amoxicillin 3x500 mg.

Intervensi atau perencanaan merupakan persiapan rencana kegiatan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mengulangi permasalahan sesuai pemahaman dengan diagnosa keperawatan yang sudah ditetapkan sebelumnya dengan tujuan untuk memuaskan kebutuhan klien (Hasibuan, 2017).

Menurut peneliti intervensi keperawatan digunakan sesuai dengan keluhan utama serta tanda dan gejala yang dirasakan klien. Intervensi keperawatan menurut NIC-NOC (2017) dengan masalah nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan menggunakan label NOC : tingkat nyeri dan kontrol nyeri dengan label NIC : manajemen nyeri : Kaji keluhan nyeri komprehensif termasuk karakteristik, frekuensi, lokasi, durasi, intensitas, kualitas nyeri. Beri penjelasan pada klien terkait nyeri. Observasi tanda-tanda vital, Ajarkan tehnik non farmakologis (relaksasi serta distraksi). Berkolaborasi dalam pemberian analgesic.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang diberikan kepada klien sesuai dengan apa yang ada dalam intervensi keperawatan, tetapi untuk pengobatan kolaboratif klien diberikan infus RL 500cc/24 jam, paracetamol 3x500 mg, Sf 2x1 tab, amoxicillin 3x500 mg, serta melakukan perawatan luka post SC.

Implementasi adalah mengkoordinasikan kegiatan dan pelaksanaan tindakan keperawatan serta penggabungan pengumpulan informasi. Dalam melaksanakan implementasi keperawatan atau kegiatan keperawatan diimbangi dengan rencana kegiatan keperawatan yang sudah dibuat (Purba, 2016). Implementasi yang diberikan terhadap klien post SC menurut Prawiroardjo (2017) yaitu dengan memantau dengan cermat perdarahan pada vagina, fundus uterus harus dipalpsi sesering mungkin untuk menjamin uterus tetap berkontraksi dengan baik, memberikan antibiotik dan analgesik untuk mengurangi nyeri yang mengakibatkan rasa tidak nyaman, perawatan luka dengan prinsip steril, pemeriksaan aliran darah uterus minimal 30 ml/jam, pemberian cairan intravaskuler 3 liter cairan biasanya adekuat selama 24 jam pertama sesudah pembedahan, dan melakukan ambulasi satu hari sesudah pembedahan pasien bisa turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan keluarga atau oranglain.

Menurut peneliti implementasi yang dilaksanakan untuk berjaga-jaga pada klien dengan kasus nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan cocok untuk perantara. Apabila terdapat penambahan eksekusi untuk kerjasama dengan sekelompok spesialis, hal ini dapat dilaksanakan untuk mempercepat pemulihan pemenuhan pasien dalam pemenuhan nyeri akut.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada klien yang dilaksanakan selama 3 hari, dihari pertama serta kedua kriteria hasil belum terpenuhi sebab keluhan dan tanda serta indikasi klien belum teratasi dan masih sama seperti saat dilakukan pengkajian yaitu klien masih dalam keadaan nyeri akut. Pada hari ketiga klien merasakan perubahan kondisi serta perubahan evaluasi keperawatan yang tampak berkurangnya rasa nyeri, keadaan umum pada klien membaik. Bahkan menurut visite dokter klien sudah diperbolehkan pulang besok harinya.

Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan dalam mensurvei dampak kegiatan keperawatan pada klien. Evaluasi dilaksanakan secara persisten terhadap reaksi klien terhadap aktivitas keperawatan yang dilakukan dengan membandingkan reaksi klien terhadap tujuan tertentu dan tujuan bersama yang telah diputuskan (Supratti & Ashriady, 2018).

Menurut peneliti evaluasi keperawatan yang dilakukan terhadap Ny. N dengan menggunakan strategi SOAP yang terdiri dari Subjektif, Objektif, Analisis serta Planning. Dimana strategi ini dipakai untuk menentukan kelangsungan kegiatan keperawatan yang dilaksanakan sesuai dengan target dan kriteria hasil. Adapun hasil akhir dari evaluasi Ny. N yaitu : klien menampakkan hasil yang berbeda sebab masih mengeluhkan nyeri namun klien sudah tampak skala nyerinya berkurang, klien mampu mengontrol nyeri, serta tanda-tanda vital klien menunjukkan normal.

BAB 5

PENUTUP

Pada bab ini akan disajikan kesimpulan serta saran dari hasil penelitian terkait asuhan keperawatan terhadap klien yang mengalami Post Sc (*Sectio Caesarea*) Dengan Letak Sungsang dengan Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan.

a. Kesimpulan

1. Berdasarkan pengkajian yang dilaksanakan pada Ny. N dengan masalah Post SC (*Sectio Caesarea*), pihak keluarga serta klien memerlukan perawatan yang lebih serius di Rumah Sakit serta memerlukan penyembuhan yang cepat.
2. Diagnosa keperawatan nyata yang tampak pada klien, khususnya Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan.
3. Intervensi Keperawatan yang diberikan terhadap klien sesuai dengan NIC 2015 sehubungan dengan Nyeri akut. Biasanya diseimbangkan dengan kondisi klien, sehingga diyakini pencapaian ideal akan tercapai.
4. Implementasi keperawatan yang dilaksanakan secara observasional, mandiri, edukasi, serta kolaboratif, disesuaikan dengan intervensi yang sudah diambil dari NIC 2015 dalam rangka mewujudkan tujuan yang diinginkan. Peneliti melaksanakan implementasi menyesuaikan keadaan klien selama 3 hari.
5. Evaluasi keperawatan yang dilaksanakan pada klien dengan kasus nyeri akut terlihat bahwa keluarga serta klien bisa menerapkan aturan-aturan dokter spesialis atau mengasuh sesuai kewajiban.

b. **Saran**

Berdasarkan kesimpulan tersebut, penulis menyampaikan usulan atau saran antara lain:

1. Bagi klien serta keluarga

Dengan arahan yang dilaksanakan oleh para perawat serta peneliti dalam proses pemberian asuhan keperawatan diharap klien serta keluarganya dapat mandiri dalam mengantisipasi, bergerak maju serta menjaga kesehatan yang baik bagi dirinya, keluarga dan lingkungannya, sehingga tercipta kesehatan yang ideal, serta optimal.

2. Bagi institusi pendidikan

Institusi pendidikan sebagai tempat untuk mencerna ilmu keperawatan diharapkan dapat memanfaatkan hasil penelitian ini sebagai kepedulian untuk mendorong penelitian yang berkaitan dengan isu-isu seperti Post SC (*Sectio Caesarea*) Dengan Letak Sungsang dengan Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya mampu memanfaatkan atau menggunakan waktu sespesifik mungkin, sehingga bisa memberikan asuhan keperawatan yang optimal kepada klien, memberikan edukasi kepada klien dan keluarga supaya tidak terjadi masalah kehamilan dengan letak sungsang sehingga dilakukan persalinan SC (*Sectio Caesarea*), serta dapat melakukan kegiatan penelitian dengan diagnosa kerusakan integritas jaringan atau gangguan mobilitas fisik.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul, R., & Sjahranie, W. (2019). *Caesarea Di Ruang Perawatan Mawar Nifas*.
Anggraeni, D., Saryono. 2013. *Metodelogi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dalam Bidang kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Aspiani, Reni Yuli. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Trans Info Medika
- Bratakoesoema, D. S. (2015). *Tinggi angka kematian ibu (AKI) di indonesia*.
<http://www.unpad.ac.id/2013/04/prof-dinan-s-bratakoesoema-tinggi-angka-kematian-ibu-aki-di-indonesia/>
- Dinkes Jombang. (2020). *Jumlah persalinan Sectio Caesarea*.
<https://dinkes.jombangkab.go.id>
- Hasibuan, A. M. B. (2017). *Faktor yang mempengaruhi penegakan diagnosa keperawatan*.
- Jaya, K., Mien, Rasmianti, K., & Suramadhan. (2019). *Gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap rsud buton utara*. 02, 27–36.
- Kemendes RI. (2021). *Angka persalinan section caesarea di Provinsi Jawa Timur*.
Lestari, N. D. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Diagnosa Medis Post Sectio Caesaria Dengan Indikasi Letak Sungsang Di Rsud Bangil Pasuruan*.
- Liu dan David (2008). *Manual Persalinan*. Jakarta: EGC.
- Mufdillah (2009). *Pada asuhan kebidanan ibu hamil*. Yogyakarta: nuha medika.
- Nanda. (2015). *Nursing Diagnoses Definitions and Classification* (T. Heather).
- Prawirohardjo (2017). *Dalam Ilmu Kandungan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prawirohardjo. (2018). *Asuhan Keperawatan berdasarkan diagnosa medis Nanda NIC NOC*. Yogyakarta
- Purba, L., & Susyanti, D. (2016). *Teknik Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien Congestive Heart Failure Di Rumah Sakit Tk Ii Putri Hijau Medan Tahun 2016*. 1(2), 118–127.
- Ratnasari, L. E. (2020). *Studi Dokumentasi Gangguan Rasa Aman Nyaman : Nyeri Pada Pasien Dengan Post Sectio Caesarea*.
- Rukiyah dan Yulianti (2019). *Asuhan Kebidanan IV (Patologi Kebidanan)*. Jakarta.
- Supratti, & Ashriady. (2018). *Pendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan*. 2.
- Welan, M. G. (2019). *Studi Kasus Asuhan Keperawatan Post Partum Sectio Caesarea Atas Indikasi Gagal Induksi Pada Ny.E. Y. B Di Ruang*

Flamboyan RSUD Prof. W. Z. Yohanes Kupang.

Wiknjosastro H. (2015). Dalam *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohrdjo.

Wiknjosastro H. (2017). Dalam *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohrdjo.

World Health Organization. (n.d.). *Metode Sectio Caesarea*. 2020. <http://www.who.int/>

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SC (SECTIO CAESAREA) DENGAN LETAK SUNGSANG Di Ruang Drupadi RSUD Jombang

ORIGINALITY REPORT

23%
SIMILARITY INDEX

22%
INTERNET SOURCES

3%
PUBLICATIONS

9%
STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	eprints.kertacendekia.ac.id Internet Source	4%
2	repository.stikeshangtuah-sby.ac.id Internet Source	1%
3	id.123dok.com Internet Source	1%
4	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	1%
5	repository.poltekkes-tjk.ac.id Internet Source	1%
6	repository.poltekkes-kdi.ac.id Internet Source	1%
7	qdoc.tips Internet Source	1%
8	repository.bku.ac.id Internet Source	1%

9	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur Student Paper	1%
10	text-id.123dok.com Internet Source	1%
11	repo.stikesperintis.ac.id Internet Source	1%
12	repository.unimugo.ac.id Internet Source	<1%
13	hes-gotappointment-newspaper.icu Internet Source	<1%
14	perawat-kita.blogspot.com Internet Source	<1%
15	dspace.umkt.ac.id Internet Source	<1%
16	dwidollymp.wordpress.com Internet Source	<1%
17	eprints.umpo.ac.id Internet Source	<1%
18	repository.stikesmukla.ac.id Internet Source	<1%
19	pt.slideshare.net Internet Source	<1%
20	digilib.ukh.ac.id	

Internet Source

<1 %

21

Submitted to Universitas Jember

Student Paper

<1 %

22

bundafatur.blogspot.com

Internet Source

<1 %

23

cupdf.com

Internet Source

<1 %

24

eprintslib.ummgl.ac.id

Internet Source

<1 %

25

id.scribd.com

Internet Source

<1 %

26

etd.repository.ugm.ac.id

Internet Source

<1 %

27

repository.stikespantiwaluya.ac.id

Internet Source

<1 %

28

adoc.pub

Internet Source

<1 %

29

eprints.stikes-aisyiahbandung.ac.id

Internet Source

<1 %

30

repository.poltekeskupang.ac.id

Internet Source

<1 %

31

repository.stikstellamarismks.ac.id

Internet Source

<1 %

32	Submitted to Ateneo de Manila University Student Paper	<1 %
33	repo.stikesalifah.ac.id Internet Source	<1 %
34	Submitted to State Islamic University of Alauddin Makassar Student Paper	<1 %
35	repository.unjaya.ac.id Internet Source	<1 %
36	Submitted to Lyndhurst High School Student Paper	<1 %
37	docplayer.info Internet Source	<1 %
38	repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet Source	<1 %
39	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	<1 %
40	dewiariyant.blogspot.com Internet Source	<1 %
41	jurnal.politeknikyakpermas.ac.id Internet Source	<1 %
42	www.scribd.com Internet Source	<1 %
43	www.slideshare.net	

Internet Source

<1 %

44 Submitted to Universitas Muhammadiyah
Surakarta
Student Paper

<1 %

45 arieswibowosastrowidjojo.blogspot.com
Internet Source

<1 %

46 repository.um-surabaya.ac.id
Internet Source

<1 %

47 sagitarious96desy.blogspot.com
Internet Source

<1 %

48 repo.stikmuhptk.ac.id
Internet Source

<1 %

49 dedikvery.blogspot.com
Internet Source

<1 %

50 repositori.stikes-ppni.ac.id
Internet Source

<1 %

51 repository.upi.edu
Internet Source

<1 %

52 titikangraeni.wordpress.com
Internet Source

<1 %

53 Indah Fratiwi, Ridha Hidayat. "ASUHAN
KEPERAWATAN PADA NY. N DENGAN
DIABETES MELITUS TIPE I DI DESA SAWAH
WILAYAH KERJA PUSKESMAS KAMPAR UTARA

<1 %

KABUPATEN KAMPAR TAHUN 2020", Jurnal
Kesehatan Tambusai, 2021

Publication

-
- 54** Kusuma Wijaya Ridi Putra. "STUDI TINGKAT PENGETAHUAN ANAK USIA SEKOLAH TENTANG MAKANAN SIAP SAJI DI MI AL-ASRIYAH BANJAR PANJI, SIDOARJO", Nurse and Health: Jurnal Keperawatan, 2017
Publication <1 %
-
- 55** Submitted to Universitas Nasional
Student Paper <1 %
-
- 56** core.ac.uk
Internet Source <1 %
-
- 57** mutiasariecg.blogspot.com
Internet Source <1 %
-
- 58** gladysbeatrice.blogspot.com
Internet Source <1 %
-
- 59** praktik-rsud-saras-husada-purworejo.blogspot.com
Internet Source <1 %
-
- 60** sunuwirawan.blogspot.com
Internet Source <1 %
-
- 61** Submitted to Morgan Park High School
Student Paper <1 %
-
- 62** Neny Yuli Susanti, Nurul Khalifah Putri. "PENGEMBANGAN SENAM HAMIL DAN <1 %

PENGARUHNYA TERHADAP PENGURANGAN
KELUHAN NYERI PINGGANG PADA IBU HAMIL
TRIMESTER III", OKSITOSIN : Jurnal Ilmiah
Kebidanan, 2019

Publication

63 repository.poltekkesbengkulu.ac.id <1 %
Internet Source

64 mediatum.ub.tum.de <1 %
Internet Source

65 repository.unair.ac.id <1 %
Internet Source

66 repository.unhas.ac.id <1 %
Internet Source

67 www.neliti.com <1 %
Internet Source

68 Iranti Widyani Hilal, Tetik Nurhayati, Dewi
Aryanti. "Asuhan Keperawatan pada Pasien
Post Sectio Caesarea dalam Peningkatan ASI
dengan Perawatan Metode Kangguru (PMK)
di Ruang Melati 2A Rumah Sakit dr. Soekardjo
Tasikmalaya", Tasikmalaya Nursing Journal,
2023
Publication

69 es.scribd.com <1 %
Internet Source

70 iamnursingstudent.wordpress.com

Internet Source

<1 %

71

repository.akperkyjogja.ac.id

Internet Source

<1 %

72

repository.unmuhpnk.ac.id

Internet Source

<1 %

73

rizqidyan.wordpress.com

Internet Source

<1 %

Exclude quotes Off

Exclude matches Off

Exclude bibliography Off

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SC (SECTIO CAESAREA) DENGAN LETAK SUNGSANG Di Ruang Drupadi RSUD Jombang

GRADEMARK REPORT

FINAL GRADE

GENERAL COMMENTS

/0

PAGE 1

PAGE 2

PAGE 3

PAGE 4

PAGE 5

PAGE 6

PAGE 7

PAGE 8

PAGE 9

PAGE 10

PAGE 11

PAGE 12

PAGE 13

PAGE 14

PAGE 15

PAGE 16

PAGE 17

PAGE 18

PAGE 19

PAGE 20

PAGE 21

PAGE 22

PAGE 23

PAGE 24

PAGE 25

PAGE 26

PAGE 27

PAGE 28

PAGE 29

PAGE 30

PAGE 31

PAGE 32

PAGE 33

PAGE 34

PAGE 35

PAGE 36

PAGE 37

PAGE 38

PAGE 39

PAGE 40

PAGE 41

PAGE 42

PAGE 43

PAGE 44

PAGE 45

PAGE 46

PAGE 47

PAGE 48

PAGE 49

PAGE 50

PAGE 51

PAGE 52

PAGE 53

PAGE 54

PAGE 55

PAGE 56

PAGE 57

PAGE 58

PAGE 59
