

BAB IV

HASIL ASUHAN DAN PEMBAHASAN

A. HASIL ASUHAN KEPERAWATAN

1. Identitas Pasien

Nama Ny.M
Umur : 45 Tahun
Jenis Kelamin :Perempuan
Suku/Bangsa : Jawa
Agama : Islam
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Pendidikan : SMA
Gol.Darah : O
Alamat :Way Mengaku
Tanggungans : BPJS
No.RM : 021004
Tgl Masuk Rs : 21 Juni 2021
Tgl Pengkajian: 22 Juni 2021
Diagnosa : G₄P₂A₁ Gravid 35 Minggu +Plasenta previa total

2. Riwayat Praoperatif

- a. Pasien mulai dirawat tanggal 21 Juni 2021 Diruang Bersalin, pasien pertama kali ditemui di ruang persiapan ruang operasi.
- b. Ringkasan hasil anamnesa preoperatif :

Pada saat pengkajian pada tanggal 22 Juni 2021 Pukul 10.00 WIB di persiapan, pasien mengatakan perut terasa kencang sejak tanggal 20 Juni 2021. Pasien juga mengatakan bahwa ini pertama kali pasien di lakukan tindakan operasi karena persalinan sebelumnya dilakukan secara normal, pasien mengatakan takut aka dilakukan operasi. pasien tampak gelisah, pasien mengatakan sulit untuk tidur. Pasien setelah dikonsulkan dengan dokter spesialis kandungan pasien

direncanakan untuk menjalani operasi sectio caesarea untuk keselamatan kelahiran anak dan ibu, dikarenakan pasien memiliki Resiko pada kehamilannya dan ditemukan hasil pemeriksaan USG menunjukkan penutupan ostium uteri internum dengan persentasi kepala, usia kehamilan 35 mgg, Tafsiran Persalinan 25 Juli 2021, TD 138/76 mmHg, N: 85 x/Menit, RR: 20 x/menit, DJJ: 136 x/Menit, EFW: 2502 serta usia ibu yang beresiko untuk hamil. Untuk keselamatan kelahiran anak dan ibu, dokter menyarankan untuk dilakukan tindakan operasi sectio caesarea.

c. Hasil Pemeriksaan Fisik

1) Tanda-tanda vital :

Tanggal 22 Juni 2021 Pukul : 10.00 WIB di ruang persiapan

Kesadaran : Composmentis

GCS : 15

Orientasi : Baik

TD : 138/76 mmHg

Nadi : 85 x/menit

Suhu : 36⁰C

Pernafasan : 20 x/menit

SpO₂ : 99%

2) Pemeriksaan Fisik

- Kepala Dan Leher :

Kepala simetris, tidak terdapat luka di area kepala, kulit kepala tampak bersih, tidak berketombe, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, mata simetris kanan dan kiri, konjungtiva ananemis, sclera anikterik, pupil isokor, telinga simetris, tidak ada pembesaran kelenjar

tyroid dan tidak ada pembesaran vena jugularis, letak trakea lurus, nadi karotis teraba.

- Thorax (Jantung Dan Paru) :

1) Inspeksi

Bentuk dada simetris, tidak ada lesi, tidak terdapat retraksi dinding dada, tidak terdapat pelebaran sela iga, tidak ada benjolan, tidak tampak ictus cordis, ekspansi dada simetris anatar kanan dan kiri, tidak terdapat jejas di area dada

2) Palpasi

Pada jantung letak ictus cordis sebelah medial linea midklavikularis sinistra tidak tampak. Dan saat dilakukan penekanan tidak ada nyeri tekan pada semua lapang dada baik kanan maupun kiri.

3) Perkusi

- Batas jantung jelas yaitu :
- Kanan atas : ICS II Linea Para Sternalis Dextra
- Kanan bawah : ICS IV Linea Para Sternalis Dextra
- Kiri atas : ICS II Linea Para Sternalis Sinistra
- Kiri bawah : ICS IV Linea Media Clavicularis Sinistra
- Suara paru saat diperkusi sonor

4) Auskultasi

Suara jantung S1 dan S2 reguler, tidak ada suara tambahan suara nafas vesikuler.

- Abdomen :

1) Inspeksi

Simetris kiri dan kanan, tidak ada lesi, terlihat
linea nigra

2) Auskultasi

Suara bising usus 15x/m

DJJ : 136x/menit

3) Palpasi

Leopod 1: tinggi fundus uteri 3 jari dibawah px pada
fundus teraba lunak(bokong), TFU 31
cm,

Leopod 2: Teraba bagian yang rata dan memanjang
(punggung) bagian puki

Leopod 3: pada segmen bawah rahim teraba ada 1
bantalan yang mengganjal peut ibu

Leopod 4: kepala belum masuk PAP (Konvergen)

4) Perkusi

Suara perkusi timpani

- Ekstremitas (atas dan bawah)

Tidak ada lesi pada ekstremitas atas dan bawah, ada
pembengkakan (edema), CRT 3 detik, tidak ada nyeri
tekan, akral teraba dingin. kekuatan otot

5555	5555
5555	5555

d. Pemeriksaan Penunjang

1) ECG, Tanggal 21 Juni 2021 jam 15.00

Hasil: ECG : Normal Sinus rhythm

2) X-Ray, Tanggal 21 Juni 2021 jam 16.20

Hasil : Kesan: COR dan Pulmo dalam batas
normal

3) Hasil Laboratorium

Tanggal : 21 Juni 2021 jam :14.30

Nama : 21 Juni 2021

Tabel 4.1 Hasil Laboratorium

PEMERIKSAAN HEMATOLOGI	HASIL	NORMAL	SATUAN
Hemoglobin	12,7	Lk 14-18, Wn 12-16	gr/dl
Leukosit	12.700	4.500-10.700	ul
Basofil	2	0-1	%
Eosinfil	0	0-3	%
Batang	3	2-6	%
Segmen	70	50-70	%
Limposit	20	20-40	%
Monosit	5	2-8	%
Eritrosit	4,1	Lk 4,6-6,2 Wn 4,2-6,4	10 ⁶ / ul
Hematokrit	35	Lk 50-54 Wn 38-47	%
Trombosit	372.000	159.000-400.000	
MCV	84	80-96	fl
MCH	30	27-31	pg
MCHC	36	32-26	g/dl
Masa Pendarahan	2	1-3	menit
Masa Pembekuan	4	2-6	menit
Albumin	2,5	1,3-3,5	gr/dl

Tabel 4.2 Prosedur Khusus Sebelum Pembedahan

No	Prosedur	Ya	Tdk	Wkt	Keterangan
1.	Tindakan persiapan psikologis pasien	✓		21/06/2021 17.10 Wib	Pasien diberikan dukungan oleh keluarga dan medis
2.	Lembar informed consent	✓		21/06/2021 17.40 Wib	Dilakukan inform concent dan ditanda tangani oleh keluarga
3.	Puasa	✓		21/06/2021 18.05 Wib	Pasien diminta untuk puasa mulai jam 00.00 wib dari ruang rawat
4.	Pembersihan kulit (pencukuran rambut)	✓		21/06/2021 18.30 Wib	Pasien diminta untuk mencukur rambut
5.	Pembersihan saluran pencernaan (lavement/obat pencahar)		✓		
6.	Pengosongan kandung kemih	✓	✓		
7.	Transfusi darah		✓		
8.	Terapi cairan infuse	✓	✓	21/06/2021 13.00 Wib	Pasien terpasang infuse RL pada tangan kanan 20 tpmmenit dilakukan pemasangan infuse di ruang rawat inap
9.	Penyimpanan perhiasan, aksesoris, kacamata, anggota tubuh		✓		
10.	Memakai baju khusus operasi	✓		22/06/2021 09.50 Wib	Pasien di pakai baju operasi diruang persiapan

5 Pemberian obat-obatan

Tabel 4.3 Obat pramedikasi (diberikan sebelum haripembedahan)

Tanggal	Nama Obat	Jenis Obat	Dosis	Rute
21-06-2021	Ceftriaxone	Antibiotik	1 gram/ 12	IV
21-06-2021	Inbumin	Suplemen penambah albumin	250 gram/18 jam	IV
21-06-2021	Keterolak	Meredakan nyeri	30mg/8jam	IV

6 Pasien dikirim keruang operasi

Pasien dikirim pada tanggal 22 Juni 2021 pukul 10.00 WIB. Pasien datang dengan kesadaran composmentis (GCS 15).

Keterangan : Saat tiba diruang operasi pasien mengeluh perut terasa mules dan pinggang terasa sakit. Pasien mengatakan takut akan dilakukan operasi untuk pertama kalinya dan tampak gelisah

3. Intraoperatif

a. Pengkajian intraoperatif

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 22 Juni 2021 Pukul : 11.05 WIB Posisi pasien di meja operasi adalah supinasi, pasien dilakukan pembiusan spinal anestesi dengan tindakan operasinya adalah Sectio Caesarea, kesadaran composmentis, GCS :15, Area bagian tubuh yang dibedah : Abdomen bawah bagian \pm 3 jari diatas sympisis, pasien operasi menggunakan couter, pembedahan berlangsung selama 1 jam, tanda-tanda vital TD:100/80 mmHg , Nadi :86 x/menit, Suhu:35,3⁰C, Pernafasan :20 x/menit, SpO₂ : 99% dengan jenis operasi mayor.

b. Tenaga medis dan perawat di ruang operasi :

Dokter anestesi : dr. D,Sp.An

Asisten dokter anestesi : A,Amd.Kep

Dokter bedah :dr.S, Sp.Og

Asisten bedah :Ns. T, S.Kep

Perawat instrument :D, S.Tr.Kep

Perawat sirkuler :Alri

Tabel 4.4 Surgical Pasien Safety Checklis

SUGN IN	TIME OUT	SIGN OUT
Pasien telah dikonfirmasi : ✓ Identitas pasien ✓ Prosedur Sisi operasi sudah benar ✓ Persetujuan untuk operasi telah diberikan ✓ Sisi yang akan dioperasi telah di tandai ✓ Ceklist keamanan anestesi telah dilengkapi ✓ Oksimeter pulse pada pasien berfungsi Apakah pasien memiliki alergi ? Ya ✓ Tidak Apakah risiko kesulitan jalan nafas / aspirasi ? ✓ Tidak Ya, telah disiapkan peralatan Risiko kehilangan darah > 500 ml pada orang dewasa tau > 7 ml/kg BB pada anak-anak ✓ Tidak ✓ Ya, peralatan akses cairan telah direncanakan	✓ Setiap anggota tim operasi memperkenalkan diri dan peran masing-masing. ✓ Tim operasi memastikan bahwa semua orang di ruang operasi saling kenal. Sebelum melakukan sayatan pertama pada kulit : Tim mengkonfirmasi dengan suara yang keras mereka melakukan : ✓ Operasi yang benar ✓ Pada pasien yang benar. ✓ Antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit sebelumnya.	Melakukan pengecekan: ✓ Prosedur sudah dicatat ✓ Kelengkapan spons ✓ Penghitungan instrument ✓ Pemberian lab PI pada specimen Kerusakan alat atau masalah lain yang perlu ditangani. ✓ Tim bedah membuat perencanaan post operasi sebelum memindahkan pasien dari kamar operasi

5) Pemberian obat anastesi

Tabel 4.5 Dilakukan anastesi Lokal/ Regional

Tgl/Jam	Nama Obat	Dosis	Rut
22-06-2021	Levobupivacane	15 mg	Intravena
22-06-2021	Ondansentron	4 mg	Intravena
22-06-2021	Asam Traneksamat	50 mg	Intravena
22-06-2021	Oxytocin	30 mg	Intravena
22-06-2021	Ranitidin	25 mg	Intravena
22-06-2021	Misoprostol	200 mg	Rektum

Tabel 4.6 Tahap- tahap / Kronologis Pembedahan:

Waktu / Tahap	Kegiatan
<p>11.40 WIB</p> <p>Persiapan Alat</p>	<p>Alat-alat</p> <p>Linen set :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▮ Duk besar (2) ▮ Duk sedang (2) ▮ Jas operasi (4) ▮ Duk meja mayo (2) <p>Instrumen :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sponge holder (8) ✓ Bengkok (1) ✓ bak instrument (1) ✓ Langen back sedang (2) ✓ Rekraktor lengkung besar(1) ✓ Rekraktor cangkul (1) ✓ Gunting benang (1) ✓ Elis (1) ✓ Babcock (1) ✓ pinset sirurgis panjang (1) ✓ pinset sirurgis sedang (1) ✓ Pinset anatomis panjang (1) ✓ Pinset anatomis sedang (1) ✓ Scapel besar (1) ✓ Duk klem (5) ✓ Klem lurus Kecil (4) ✓ Penjepit kassa desifektan (1) ✓ Klem bengkok sedang (4) ✓ Kocher (4) ✓ Klem tali pusat bengkok (1) ✓ Kom bulat besar (1) ✓ Kom bulat kecil (2) ✓ Needle holder panjang (2) ✓ Needle holder sedang (1) ✓ Gunting jaringan (1) <p>Bahan habis pakai :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Handscone steril (4) ✓ Side no 1 (1) ✓ Cromic catgut 2/0 (1) ✓ Catgut Plai 2/0 (1) ✓ PGA 1 (1) ✓ Kassa steril 30 ✓ Povidon iodin 1 ✓ Alkohol 70% 1 ✓ Nacl 0,9% 1 ✓ Hipafix ±15 cm

<p>11.45 WIB SIGN IN</p> <p>11.10 WIB (Anestesi melakukan pembiusan dan ansisen operator dan perawat instrumen melakukan cuci tangan)</p> <p>11.20 WIB (Melakukan skin preparation)</p>	<p>Tahapan operasi: Pasien datang diruang persiapan Dilakukan Sign in:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Memeriksa identitas pasien ✓ Mengidentifikasi area operasi ✓ Mengkonfirmasi kesediaan operasi ✓ Menanyakan riwayat alergi ✓ Melakukan pemeriksaan TTV ✓ Melakukan pemeriksaan leopod 1-4 ✓ Membantu Ny.M memakai baju operasi ✓ Mengantarkan pasien keruang operasi ✓ Mengatur posisi pasien di atas meja operasi “Supinasi position” <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dokter Anestesi melakukan pembiusan ✓ Perawat instrument dan ansisten operator melakukan cuci tangan bedah, setelah itu memakai gowning dan gloving ✓ Perawat instrument menyiapkan alat instrument section caesarea diatas meja operasi ✓ Melakukan skin preparation dengan povidon iodine+alcohol 70% kemudian melakukan drapping
<p>11.30 TIME OUT</p> <p>11.33 Dilakukan Insisi</p> <p>12.00 Dilakukan Heating</p>	<p>Dilakukan Time out</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Perawat Sirkuler membacakan Time Out, masing-masing petugas operasi memperkenalkan diri ✓ Perawat Sirkuler memimpin Doa ✓ Operator melakukan Insisi ✓ Perawat Instrumen memberikan bisturi sampai terlihat otot perut, kemudian otot perut dibuka dengan 4 tangan hingga sampai terbuka perineum lalu terlihat dinding rahim ✓ Perawat instrument memberikan Retraktor, dibuka dengan tangan hingga kepala atau rambut bayi terlihat. ✓ Operator menarik keluar bayi dan rahim ✓ Perawat instrument memberikan klem tali pusat kepada operator ✓ Operator mengklem bagian tali pusat bayi dengan 2 klem tali pusat kemudian menggantung tali pusat, untuk memisahkan bayi dengan plasenta ✓ Perawat instrument memberikan 4 kocher keada operator untuk menjepit rahim ✓ Operator mengeluarkan plasenta dari rahim kemudian membersihkan plasenta dengan dapper... ✓ Lalu operator memastikan tidak ada pendarahan ✓ Instrument memberikan benang PGA No 1 untuk menjepit endometrium dan myometrium ✓ Lalu memberikan benang cat gut plain no 2/0 untuk menjahit peritoneum ✓ Lalu operator menjahit otot perut, fascia, Subkutis dan kutis dengan PGA 1 atau chromic catgut no 2/0

4. Post Operasi

- 1) Pasien dipindahkan keruang PACU/RR pukul 12.30 WIB. Keluhan saat di RR/PACU yaitu Pasien mengeluh dingin dan menggigil, posisi pasien supinasi
- 2) Airway : Tidak ada masalah pada jalan nafas
- 3) Breathin : Spo2 98%, tidak ada otot bantu pernafasan
- 4) Sirkulasi: pasien terpasang infus RL 20 tt/menit, Nadi 104x/menit, TD 140/90mmHg, Akral dingin 35,5⁰C
- 5) Observasi Recovery Room :

Tabel 4.7 Bromage Score

NO	KRITERIA	SCORE	SCORE
1	Dapat mengangkat tungkai bawah	0	
2	Tidak dapat menekuk lutut tetapi dapat mengangkat kaki	1	✓
3	Tidak dapat mengangkat tungkai bawah tetapi masih dapat mengangkat lutut	2	
4	Tidak dapat mengangkat kaki sama sekali	3	
Jumlah			1

Keterangan : Pasien dapat dipindah ke bangsal, jika score < dari 2

- 6) Keadaan Umum : Sedang
- 7) Tanda-tanda vital
 - ‡ TD : 141/90 mmHg
 - ‡ Nadi : 78 x/m
 - ‡ Suhu : 36⁰C
 - ‡ Pernafasan : 19 x/m
 - ‡ Saturasi O₂ : 98 %
- 8) Kesadaran : composmentis

Tabel 4.8 Balance Cairan

Intake	Jml (cc)	Output	Jml (cc)
Oral	-	Urine	500
Enteral	-	Muntah	-
Parenteral	1530	Pendarahan	200
	1530 cc		700 cc

Balance Cairan = Intake – Output

$$= 1530 \text{ cc} - 700 \text{ cc} = 839 \text{ cc}$$

9) Catatan penting lain :

Telah lahir neonates : Hidup Pukul : 09.48 WIB JK :

Perempuan

LK : 30cm PB : 49cm BB : 2.900 gram LD : 32cm LP :

27cm

Tabel 4.9 Survey sekunder, lakukan secara head to toe secara prioritas :

	Normal		Jika tidak normal, jelaskan
	YA	TIDAK	
Kepala	✓		
Leher	✓		
Dada	✓		
Abdomen		✓	Tampak luka jahitan ±16cm
Genetalia	✓		
Integumen	✓		
Ekstremitas	✓		

Data Subjektif dan Objektif	Masalah Keperawatan	Etiologi
<p>Pre Operasi DS : ✓ Pasien mengatakan takut akan dilakukan operasi ✓ Pasien mengatakan pertama kali operasi ✓ Pasien mengatakan merasa tidak nyaman ✓ Pasien mengatakan sulit tidur</p> <p>DO: ✓ Pasien tampak gelisah ✓ TD : 138/76 mmHg ✓ Nadi : 85 x/menit</p>	<p>Gangguan Rasa Nyaman cemas</p>	<p>Gangguan adaptasi kehamilan</p>
<p>Intra Operasi DS:- DO: ✓ TD : 138/76 mmHg ✓ Nadi : 85 x/menit ✓ Suhu : 35,3⁰C ✓ Akral dingin ✓ CRT : 3 detik ✓ Pernafasan : 20 x/menit Pembedahan berlangsung selama 1 jam, jenis pembedahan sectio caesarea ✓ Jenis Pembedahan Mayor ✓ Posisi pasien dimeja operasi supine position ✓ Dilakukan spinal anestesi ✓ Perdarahan pada kassa 30 buah kassa ✓ Perdarahan pada tabung suction ± 450cc</p>	<p>Resiko Pendarahan</p>	<p>Komplikasi Kehamilan</p>

Post Operasi / di RR	Nyeri Melahirkan	Pengeluaran Janin
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan ekstremitas bawah pasca operasi sectio caesarea ✓ Pasien mengeluh nyeri pasca operasi sectio caesarea ✓ Pasien mengatakan nyeri seperti di sayat benda tajam (perih) ✓ Pasien mengatakan nyeri muncul ketika bergerak <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ tampak luka post operasi sectio caesarea di bagian bawah abdomen kurang lebih 10 cm ✓ sesekali pasien tampak meringis ✓ pasien sesekali memegang luka post operasi sectio caesarea menggunakan tangannya ✓ pasien tampak lesu ✓ TD : 138/76 ✓ Nadi: 85⁰C 		

Tabel 4.10 Analisa Data

6. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.11 Daftar Diagnosa Keperawatan

Tahapan	Masalah Keperawatan	Etiologi
Pre Operasi	Gangguan Rasa Nyaman cemas	Gangguan adaptasi kehamilan
Intra Operasi	Resiko Perdarahan	Komplikasi Kehamilan
Post Operasi	Nyeri Melahirkan	Pengeluaran Janin

7. Rencana Keperawatan

Tabel 4.12 Rencana Keperawatan SIKI,2018

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	Gangguan Rasa Nyaman cemas berhubungan dengan Gangguan adaptasi kehamilan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan keluhan rasa nyaman berkurang dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak rileks - Pasien menanyakan tetap siap untuk dioperasi - Keluhan tidak nyaman berkurang - Gelisah berkurang - Pola tidur membaik - TTV dalam batas normal (TD : 120/80 mmHg) 	Intervensi Utama: Terapi Relaksasi <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi nafas dalam • Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi nafas dalam • Anjurkan mengambil posisi yang nyaman • Anjurkan sering mengulangi teknik relaksasi nafas dalam • Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi nafas dalam Intervensi pendukung: Perawatan Pra Sectio Caesarea <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi riwayat kehamilan dan persalinan • Identifikasi riwayat alergi obat • Lakukan pemeriksaan laboratorium • Monitor tanda-tanda vital ibu • Monitor denyut jantung selama 1 menit • Diskusikan perasaan, pertanyaan dan perhatian terkait pembedahan • Siapkan tindakan pembedahan • Pasang IV line (termasuk persiapan tranfusi) • Pasang kateter urin • Jelaskan perlunya pembedahan • Jelaskan proses persalinan sectio caesarea
2	Resiko Perdarahan berhubungan dengan Komplikasi Kehamilan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan resiko perdarahan intra operatif tidak terjadi dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - TD Normal (120/80 mmHg) - Tidak ada tanda-tanda pendarahan - CRT <2 detik 	Intervensi Utama: Pencegahan perdarahan <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda & gejala perdarahan • Monitor TTV selama pembedahan berlangsung • Posisikan pasien dalam posisi yang aman sesuai dengan indikasi • Batasi tindakan invasive • Kolaborasi dengan dokter anestesi untuk pemberian obat pengontrol perdarahan <i>(jika terjadi)</i>

3	<p>Nyeri melahirkan berhubungan dengan Pengeluaran Janin</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri melahirkan teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan nyeri menurun • Gelisah menurun • Pola tidur membaik • Tekanan darah membaik (120/80 mmHg) • Frekuensi nadi (60-100 x/menit) • Pemulihan insisi membaik • Dapat beraktivitas fisik • Tidak terjadi perdarahan pervagina • Tidak terjadi infeksi 	<p>Intervensi Utama: Manajemen Nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri dan skala nyeri • Berikan teknik nonfarmakologis tarik nafas dalam • Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri • Jelaskan strategi pereda nyer • Anjurkan teknik nonfarmakologis (tarik nafas dalam) untuk mengurangi nyeri • Kolaborasi pemberian analgetik <p>Intervensi Pendukung: Perawatan pasca sectio caesarea</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda-tanda vital ibu pos sectio caesraea • Monitor nyeri • Monitor kondisi luka dan balutan • Diskusikan perasaan pasien terkait pasca pembedahan • Pindahkan pasien ke ruang rawat nifas • Motibasi monilisasi dini 6 jam • Informasikan kepada keluarga tentang kondisi ibu dan bayinya • Ajarkan latihan ekstremitas, perubahan posisi, batuk dan nafas dalam • Anjurkan ibu cara menyusui
---	---	--	---

8. Catatan Perkembangan

Tabel 4.13 Catatan Perkembangan

Waktu	Implementasi	Evaluasi
22/06/2021	<p>Pre operasi (perawatan pra sectio caesarea)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi riwayat kehamilan dan persalinan • Mengidentifikasi riwayat alergi obat • Melakukan pemeriksaan laboratorium • Memonitor tanda-tanda vital ibu • Mendiskusikan perasaan, pertanyaan dan perhatian terkait pembedahan • Menyiapkan tindakan pembedahan • Menjelaskan proses persalinan sectio caesarea • Menjelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan relaksasi nafas dalam • Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi nafas dalam • Berkolaborasi pemberian pramedikasi 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan lebih tenang dan rileks dengan melakukan tarik nafas dalam 2. Pasien mengatakan sudah mengerti tentang prosedur dan sensasi yang mungkin dialami 3. Pasien mengatakan selalu berdoa untuk dilancarkan dalam operasi supaya dilancarkan dalam operasi 4. Pasien mengatakan sudah siap untuk operasi <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan operasi pasien seperti pemeriksaan laboratorium, alergi dan pemeriksaan penunjang sudah dilakukan di ruang bersalin 2. Pasien sudah terpasang infuse dan kateter urin di ruang bersalin 3. Wajah tampak sedikit tegang 4. Perilaku gelisah berkurang 5. Pasien tampak memahami prosedur operasi 6. TD 130/75 mmHg Nadi : 80x/menit Suhu: 36⁰C SpO₂ : 99% <p>A: Gangguan Rasa Nyaman P : Perawatan Pre Sectio Caesarea</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor TTV - Tetap anjurkan relaksasi nafas dalam
22/06/2021	<p>Intra Operasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala pendarahan (jumlah cairan pada suction dan kassa) 2. Memonitor tanda- tanda vital dan CRT 3. Kolaborasi penggunaan alat ESU dalam tindakan pembedahan untuk proses koagulasi pada pembuluh darah 4. Berkolaborasi dalam pemberian asam Traneksamat 50 mg 	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pendarahan ±450 cc - TD : 100/80 mmHg - Nadi : 86 x/menit - Suhu : 35,3⁰C - Pernafasan: 20 x/menit - Dilakukan pengentian pendarahan (koagulasi) dengan ESU untuk pembuluh darah <p>A : Resiko perdarahan tidak terjadi P : Pemantauan cairan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor frekuensi dan kekuatan nadi - Monitor frekuensi nafas - Monitor tekanan darah - Monitor CRT - Identifikasi tanda-tanda hipovolemi

22/06/2021	<p>Post Operasi : : Perawatan pasca sectio caesarea</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri dan skala nyeri • Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri • Anjurkan teknik nonfarmakologis tarik nafas dalam untuk mengurangi nyeri yang telah di ajarkan • Berkolaborasi pemberian analgetik • Memonitor tanda-tanda vital ibu pos sectio caesraea • Memonitor nyeri • Memonitor kondisi luka dan balutan • Mendiskusikan perasaan pasien terkait pasca pembedahan • Memindahkan pasien ke ruang rawat nifas • Menginformasikan kepada keluarga tentang kondisi ibu dan bayinya 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti disayat pada bagian abdomen, intensitas nyeri sedang dengan skala nyeri 4 <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien masih pucat - Skala nyeri 4 - Wajah pasien tampak meringis menahan nyer - Pasien mampu melakukan tarik nafas dalam ketika merasakan nyeri - Tampak luka jahitan 10 cm di bagian abdomen - TD 110/90 mmHg, - Nadi 88 x/menit, - RR 20x/menit, <p>A : Nyeri Melahirkan</p> <p>P : perawatan pasca sectio caesarea</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor TTV ibu post sectio caesarea sampai pasien dilakukan transfer ruangan 2. Monitor kondisi luka pasien 3. Monitor skala nyeri pasien 4. Motivasi mobilisasi dini 6 jam 5. Mengajarkan ibu cara menyusui 6. Mengajarkan latihan ekstremitas, perubahan posisi, batuk dan nafas dalam
------------	---	---

B. PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil asuhan keperawatan perioperatif pada Ny. M dengan tindakan Operasi Sectio Caesarea atas indikasi Plasenta Previa di RSUD Alimuddin Umar Liwa Lampung Barat yang dilakukan pada tanggal 22 Juni 2021 dengan hasil analisa data didapatkan beberapa masalah keperawatan baik dalam fase pre, intra, dan post operatif. Penulis membandingkan anantara konsep teori dengan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. Pre operatif

Pada saat pengkajian perawat melakukan pengkajian ringkas mengenai kondisi fisik pasien dan kelengkapan yang berhubungan dengan pembedahan berupa validasi, kelengkapan administrasi, tingkat kecemasan, pengetahuan pembedahan, pemeriksaan fisik terutama tanda-tanda vital (Muttqin, 2009). Adapun persiapan yang perlu dilakukan sebelum menjalani tindakan pembedahan meliputi pengkajian fisik yang meliputi status kesehatan fisik secara umum, status nutrisi, keseimbangan cairan elektrolit, kesiapan lambung dan kolon, pencukuran daerah operasi, personal hygiene, dan pengosongan kandung kemih (Majid,2011)

Tindakan pembedahan operasi sectio caesarea (sc) merupakan tindakan yang dapat menyebabkan ketegangan (stres). sehingga muncul gejala ketakutan, khawatir, wajah tegang, peningkatan frekuensi pernafasan, peningkatan frekuensi nadi, peningkatan tekanan darah, gelisah mual dan ngantuk, pusing, rasa panas dan dingin. (Sani, 2012).

Pada data pengkajian yang telah didapatkan pasien merasa takut terhadap kondisi saat dilakukan pembedahan dan juga setelah pembedahan sectio caesarea. Dalam pengkajian juga didapatkan pasien mengatakan sulit untuk tidur dan TTV pasien yang mulai meningkat.

Kecemasan dapat dialami oleh ibu pre- sectio caesarea karena tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun actual pada integritas seseorang dapat membangkitkan reaksi stress fisiologis maupun psikologis. Menurut (Stuart and Sundeen, 2006: 1996) pandangan setiap orang dalam menghadapi pembedahan berbeda, sehingga respon pun berbeda. Setiap menghadapi pembedahan selalu menimbulkan ketakutan dan kecemasan pada pasien. Pada pasien pre operasi dapat mengalami berbagai ketakutan terhadap anestesi, nyeri atau kematian, takut tentang ketidaktahuan atau deformitas serta ancaman lain terhadap citra tubuh dapat menyebabkan ketidaktenangan atau ansietas (Smeltzer dan Bare, 2006: 245).

Berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) gejala dan tanda mayor untuk diagnose gangguan rasa nyaman secara subjektif adalah mengeluh takut dengan kondisi yang akan dihadapi dan sulit tidur sedangkan untuk data objektifnya adalah tampak gelisah, tampak merintih/menangis, dengan kondisi klinis terkait yaitu kehamilan. Berdasarkan penjelasan diatas maka terdapat beberapa kesamaan data antara data yang diperoleh dengan teori yang ada pada SDKI , sehingga dapat ditegakkan diagnose gangguan rasa nyaman cemas berhubungan dengan gangguan adaptasi kehamilan berdasarkan data-data tersebut.

Asuhan keperawatan pada klien yang akan dioperasi ditujukan untuk mempersiapkan klien semaksimal mungkin agar bisa dioperasi dengan baik pemulihan dengan cepat serta terbebas dari komplikasi

pasca bedah. Kesiapan yang paling utama adalah kesiapan fisik dan mental. Operasi bisa berjalan dengan baik bila didukung oleh persiapan yang baik termasuk persiapan fisik dan mental, terbebas dari gangguan konsep diri klien yang akan dioperasi (Brunner & Suddarth, 2017).

Sesuai dengan literatur bahwa jika perawat sudah menegakkan diagnosis maka rencana keperawatan dapat dirumuskan menggunakan SIKI dan SLKI untuk menyelesaikan masalah keperawatan, dimana di dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia ada standar intervensi yang perlu di lakukan yaitu berdasarkan intervensi utama dan intervensi pendukung. Berdasarkan intervensi yang ada pada standar intervensi keperawatan Indonesia 2018 jika intervensi utama tidak bisa dilakukan maka dapat melakukan intervensi pendukung karena melihat kondisi dan adanya keterbatasan waktu, sehingga intervensi pendukung dapat memungkinkan untuk dilakukan serta efektif untuk menyelesaikan masalah keperawatan yang ada.

Pada diagnosa keperawatan Ny. M pada fase Pre operatif yaitu gangguan rasa nyaman cemas berhubungan dengan gangguan adaptasi kehamilan tindakan keperawatan berfokus pada intervensi utama yaitu terapi relaksasi dan terapi pendukung yaitu perawatan pre sectio caesarea untuk mengurangi gangguan rasa nyaman cemas. Pada intervensi utama penulis melakukan terapi relaksasi nafas dalam sebagai tindakan terapi non farmakologi untuk mengurangi gangguan rasa nyaman cemas. Hal ini sesuai dengan teori (Perry & Potter, 2005) yang mengatakan bahwa Pada waktu seseorang mengalami kecemasan maka yang bekerja ialah saraf simpatis sehingga denyut jantung, tekanan darah, pernafasan semakin meningkat. Sementara ketika melakukan teknik relaksasi nafas dalam maka sistem saraf parasimpatis bekerja dan saraf simpatis menurun, sehingga denyut jantung, tekanan darah dan pernafasan semakin menurun dan dalam

batas normal. Terdapat perubahan akibat teknik relaksasi nafas dalam yaitu, menurunkan tekanan darah, menurunkan frekuensi kerja jantung, mengurangi ketegangan otot, meningkatkan kebugaran, meningkatkan konsentrasi dan mencari solusi untuk memperbaiki kemampuan untuk menghadapi stresor, selanjutnya tidak berfokus pada stresor dan menjadi rileks. Lalu pada intervensi pendukung yaitu perawatan pre sectio caesarea yang berupa mempersiapkan tindakan pembedahan (seperti perawatan persiapan fisik, persiapan psikologis), menjelaskan perlunya tindakan pembedahan, menjelaskan proses persalinan sectio caesarea. Perawatan persiapan fisik yang harus dilakukan sebelum menghadapi operasi terdiri dari pemeriksaan status kesehatan fisik secara umum, status nutrisi, keseimbangan cairan dan elektrolit, kebersihan lambung dan kolon, pencukuran daerah operasi, personal hygiene, pembersihan luka serta latihan pra operasi (Brunner & Suddarth, 2017). Perawatan persiapan fisik dan mental apabila tidak dilakukan dengan baik akan menyebabkan pasien mengalami berbagai komplikasi pasca bedah seperti infeksi pasca operasi, dehesiensi, demam, penyembuhan luka yang lama dan kondisi mental pasien yang tidak siap atau labil dapat menimbulkan kecemasan dan ketakutan yang akan berpengaruh terhadap kondisi fisiknya.

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa keperawatan gangguan rasa nyaman cemas berhubungan dengan gangguan adaptasi kehamilan yaitu dengan memonitor tanda-tanda vital, melakukan pemeriksaan fisik sebelum pembedahan, menjelaskan perlunya pembedahan, ,menjelaskan prosedur persalinan sectio caesarea. Sehingga menurut penulis hasil penerapan tindakan keperawatan berdasarkan prioritas masalah secara umum telah dilaksanakan dengan baik sesuai dengan rencana keperawatan, hanya saja terdapat beberapa rencana tindakan yang tidak dilaksanakan karena implementasi menyesuaikan dengan keadaan yang ada di lapangan.

Untuk mengurangi gangguan rasa nyaman cemas dapat dilakukan relaksasi nafas dan perawatan pre sectio caesarea.

Evaluasi diagnosa keperawatan gangguan rasa nyaman cemas berhubungan dengan gangguan adaptasi kehamilan yaitu: pasien mengatakan rasa takut sudah berkurang, pasien mengatakan sudah mengerti prosedur tindakan yang akan di lakukan dan sensasi yang mungkin akan dialami, TD 130/75 mmHg., Nadi : 80x/menit, RR: 22 x/menit, pasien tampak rileks. Rencana tindak lanjut yang akan dilakukan untuk masalah gangguan rasa nyaman cemas yaitu monitor tanda-tanda vital serta anjurkan pasien melakukan relaksasi nafas dalam jika rasa takut muncul.

2. Intra Operatif

Pasien yang dilakukan pembedahan akan melewati berbagai prosedur. Prosedur pemberian anastesi, pengaturan posisi bedah, manajemen aseptis dan prosedur bedah memberikan implikasi pada masalah keperawatan yang akan muncul. Pengkajian intra operasi secara ringkas mengkaji hal-hal yang berhubungan dengan pembedahan. Diantaranya adalah validasi identitas dan prosedur jenis pembedahan yang dilakukan, serta konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi. Tujuan utama keperawatan pada jenis pembedahan adalah menurunkan resiko cedera, mencegah kontaminasi intra operasi dan optimalisasi hasil pembedahan (Muttaqin, 2009).

Pada saat pengkajian intra operasi data-data yang didapatkan yaitu pasien dengan sectio caesarea indikasi plasenta previa dengan lama operasi 1 jam dengan total pendarahan 450cc serta posisi pasien supinasi selama operasi, dilakukan pemberian suction dengan jumlah cairan pada tabung suction dengan cairan Nacl kurang lebih 450 cc.

Perdarahan didefinisikan sebagai kehilangan akut dari volume sirkulasi darah, menyebabkan penurunan pada venous return ke jantung. Penurunan venous return akan menyebabkan penurunan pengisian jantung dari hasil penurunan pada volume akhir diastole. Volume akhir diastole menentukan pemanjangan serabut otot jantung saat akhir diastole, yang berkaitan dengan kontraktilitas otot jantung, hasil akhir penurunan dari daya kontraksi otot jantung yang menyebabkan volume sekuncup berkurang dan menurunkan curah jantung yang jika dibiarkan bisa menyebabkan kematian (Muttaqin, 2009). Dalam hal ini pengkajian yang diadaptasikan sesuai dengan teori yang ada.

Berdasarkan SDKI (2018) bahwa Diagnosa Resiko Perdarahan adalah berisiko mengalami kehilangan darah internal (dari dalam tubuh) atau eksternal (dari luar tubuh). Salah satu faktor resiko yang menimbulkan perdarahan yaitu komplikasi dari kehamilan. Lalu pada kondisi klinis yang sesuai pada diagnose resiko perdarahan yaitu plasenta previa/abruptio, retensi plasenta, atonia uterus dan tindakan pembedahan.

Sedangkan Plasenta previa adalah implantasi plasenta pada segmen bawah rahim sehingga menutupi kanalis servikalis dan mengganggu proses persalinan dengan terjadinya perdarahan. Sehingga persalinan tidak dapat dilakukan dengan cara normal. Plasenta previa dapat mengakibatkan terjadinya anemia bahkan syok, segmen bawah rahim yang rapuh, bahkan infeksi pada perdarahan yang banyak, (greiny, 2013)

Berdasarkan penjelasan diatas maka terdapat beberapa kesamaan antara data yang diperoleh dengan teori yang ada, bahwa plasenta previa merupakan salah satu kondisi klinis resiko perdarahan yang ada pada SDKI, maka pada asuhan keperawatan perioperatif pada Ny. M

dapat di tegakkan diagnosa resiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi kehamilan berdasarkan data-data tersebut.

Rencana keperawatan pada fase intra operasi ini dilakukan dengan mengacu pada teori yang ada pada SIKI 2018, dimana didalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia tersebut ada standar intervensi yang perlu di lakukan yaitu Intervensi utama dan Intervensi pendukung.

Berdasarkan intervensi yang ada pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia 2018 . Pada diagnosa keperawatan resiko perdarahan dilakukan tindakan pencegahan perdarahan yaitu dengan monitor tanda dan gejala perdarahan, monitor tanda-tanda vital dan CRT, gunakan ESU untuk proses koagulasi pada pembuluh darah kecil, lakukan pemasangan drainase, kolaborasi dalam pemberian terapi cairan, kolaborasi pemberian obat traneksamat 50 mg. tidak semua intervensi dilakukan dikarenakan melihat kondisi dan adanya keterbatasan waktu, sehingga hanya dilakukan intervensi yang memungkinkan untuk dilakukan serta efektif untuk menyelesaikan masalah keperawatan yang ada.

Hal ini sesuai dengan teori Wiknjastro 2008 dalam Suprijati 2014, mengatakan bahwa sangat penting untuk memantau keadaan umum dan menilai jumlah kehilangan darah ibu melalui tanda vital, jumlah darah yang keluar untuk menentukan penanganan. Bila terjadi perdarahan akan menyebabkan ibu menjadi lemas, pusing, dan kesadaran menurun serta tekanan darah sistolik turun lebih dari 10 mmHg dari kondisi sebelumnya.

Maka menurut penulis tindakan intervensi sudah sesuai dengan teori yang ada yaitu memantau jumlah darah dan TTV pada asuhan keperawatan intra operatif dengan diagnose resiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi kehamilan.

Setelah rencana tindakan keperawatan disusun, penulis melakukan implementasi sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang dibuat berdasarkan masalah keperawatan yang dialami pasien. Implementasi yang dilakukan pada diagnosa keperawatan resiko perdarahan b.d komplikasi kehamilan dilakukan tindakan monitor tanda dan gejala perdarahan, monitor tanda-tanda vital dan CRT, gunakan ESU untuk proses koagulasi pada pembuluh darah kecil, kolaborasi dalam pemberian terapi cairan, kolaborasi pemberian obat traneksamat 50 mg. Tindakan yang dilakukan sudah sesuai dengan yang direncanakan dan tidak ada kendala dalam melakukan tindakan.

Berdasarkan asuhan keperawatan fase intra operasi terhadap Ny. M dengan tindakan Sectio Caesarea telah dilakukan implementasi dan evaluasi. Kondisi pasien setelah dilakukan implementasi dan evaluasi pada diagnosa resiko perdarahan b.d tindakan pembedahan yaitu, perdarahan ± 450 cc, dilakukan penghentian pembedahan dengan ESU, CRT : 3 detik TD: 100/80 mmHg, Nadi: 86 x/menit. Hal ini sesuai pula dengan teori yang menyatakan bahwa perdarahan terjadi dengan tanda penurunan curah jantung. Pasien tidak mengalami perdarahan, ditandai dengan tanda vital dan perdarahan yang normal. Sehingga, keadaan pasien sesuai dengan teori dan penelitian sebelumnya.

3. Post Operasi

Pengkajian post operasi dilakukan secara sistematis mulai dari pengkajian awal saat menerima pasien, pengkajian status respirasi, status sirkulasi, status neurologis dan respon nyeri, status integritas kulit dan status genitourinarius (Muttaqin, 2009). Banyak ibu yang mengeluh rasa nyeri dibekas jahitan SC. Keluhan ini sebenarnya wajar karena tubuh mengalami luka dan proses penyembuhannya tidak sempurna. Dampak nyeri yang perlu ditanyakan adalah hal-hal yang spesifik seperti pengaruhnya terhadap pola tidur, pola makan, energi, aktifitas keseharian (Zakiyah, 2015 dalam Dita, 2018). Berdasarkan

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) pengertian dari nyeri melahirkan merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang bervariasi dari menyenangkan sampai tidak menyenangkan yang berhubungan dengan persalinan. Gejala dan tanda mayor secara subjektif yaitu pasien mengeluh nyeri sedangkan secara objektif ekspresi wajah meringis, berposisi meringankan nyeri. Selain gejala mayor terdapat juga gejala minor yang ditandai dengan pasien mengeluh mual dan nafsu makan menurun/meningkat lalu pada data minor dengan data objektif yaitu tekanan darah meningkat, frekuensi nadi meningkat, pola tidur berubah, muntah, fungsi berkemih berubah, pupil dilatasi, dan fokus pada diri sendiri, lalu pada kondisi klinis terkait nyeri melahirkan yaitu proses persalinan. Berdasarkan penjelasan diatas maka terdapat beberapa kesamaan data antara data yang diperoleh dengan teori yang ada pada SDKI, sehingga dapat ditegakkan diagnosa keperawatan nyeri melahirkan berhubungan dengan pengeluaran janin.

Hal ini sesuai dengan teori (Potter & Perry, 2010) Nyeri setelah pembedahan merupakan hal yang biasa terjadi, yang perlu diwaspadai jika nyeri disertai dengan komplikasi setelah pembedahan seperti luka jahitan yang tidak menutup, infeksi pada luka operasi, dan gejala lain yang berhubungan dengan jenis pembedahan. Nyeri berdampak sangat kompleks bagi perawatan ibu post partum, antara lain terhambatnya mobilisasi dini, terhambatnya laktasi, perasaan lelah, kecemasan, kecewa karena ketidaknyamanan, gangguan pola tidur dan bila nyeri berkepanjangan akan meningkatkan risiko post partum blues (Rohmah, 2010 dalam fatikha,2020).

Sesuai dengan penjelasan diatas, penulis merasa bahwa masalah keperawatan nyeri melahirkan berhubungan dengan pengeluaran janin pada pasien post sectio caesarea perlu diangkat supaya diberikan intervensi keperawatan guna mencegah terjadinya komplikasi post sectio caesarea. Rencana keperawatan pada fase post operatif ini mengacu pada

SIKI, 2018 dimana didalam standar intervensi keperawatan tersebut ada standar intervensi yang perlu dilakukan yaitu berdasarkan intervensi utama maupun intervensi pendukung, intervensi utama yang dilakukan perawat pada masalah nyeri melahirkan yaitu, manajemen nyeri, pengaturan posisi dan terapi relaksasi. Lalu pada masalah nyeri melahirkan jika intervensi utama tidak dapat dilakukan terdapat intervensi pendukung pada masalah nyeri melahirkan yaitu aromaterapi, pemantauan nyeri, penjahitan luka, pemberian obat, perawatan pasca sectio caesarea, dan terapi music/murrotal. Berdasarkan intervensi yang ada pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia 2018 tidak semua intervensi dilakukan dikarenakan melihat kondisi dan adanya keterbatasan waktu, Sehingga penulis hanya melakukan intervensi terapi relaksasi nafas dan perawatan pasca sectio caesarea guna menyelesaikan masalah yang ada.

Relaksasi nafas dalam merupakan salah satu terapi non farmakologi yang memberikan efek relaksasi yang dapat menurunkan skala nyeri dengan merangsang susunan saraf pusat yaitu otak dan sumsum tulang belakang guna untuk memproduksi pengeluaran hormone edorphine yang membantu untuk menurunkan skala nyeri yang dirasakan oleh individu (Sari, 2015). Lalu intervensi perawatan pasca sectio caesarea bersadarkan SIKI, 2018 yaitu pindahkan pasien ke ruang rawat nifas, motivasi mobilisasi dini 6 jam pasca operasi, informasikan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan bayi, ajarkan latihan ekstremitas, perubahan posisi, batuk dan nafas dalam, anjurkan ibu cara menyusui dan anjrkan mengkomsumsi nutrisi TKTP. Menurut penulis adanya kesesuaian antara intervensi yang dilakukan penulis terhadap asuhan keperawatan Ny, M dengan teori yang ada.

Berdasarkan asuhan keperawatan fase post operasi terhadap Ny.M dengan tindakan sectio caesarea telah dilakukan implementasi dan evaluasi. Hal tersebut dilakukan untuk mengetahui perkembangan pasien dan mengetahui apakah tindakan yang telah dilakukan efektif untuk

menyelesaikan masalah keperawatan yang ada pada pasien. Kondisi pasien setelah dilakukan implementasi dan evaluasi pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yaitu pasien mengatakan nyeri berkurang saat menarik nafas, Skala nyeri 4, Wajah pasien tampak meringis menahan nyeri, Tampak luka jahitan 10 cm di bagian abdomen, TD 110/90 mmHg, Nadi 88 x/menit, berdasarkan data tersebut masalah nyeri melahirkan belum teratasi, dikarenakan melihat kondisi yang dan adanya keterbatasan waktu maka penulis hanya melakukan intervensi post operasi di ruang pemulihan sehingga penulis melakukan operan dengan perawat ruang bersalin agar melakukan intervensi perawatan pasca sectio caesarea di ruang rawat, dengan rencana tindakan selanjutnya yaitu Monitor TTV ibu post sectio caesarea sampai pasien dilakukan transfer ruangan, Monitor kondisi luka pasien, Monitor skala nyeri pasien, Motivasi mobilisasi dini 6 jam, Mengajarkan ibu cara menyusui, Mengajarkan latihan ekstremitas, perubahan posisi, batuk dan nafas dalam.

C. KETERBATASAN

Penulis tidak melakukan semua intervensi pada fase intra operasi yang terdapat pada teori karena adanya prinsip steril di ruang intra operasi sehingga penulis melakukan intervensi yang memungkinkan untuk dilakukan. Penulis selama melakukan asuhan keperawatan tidak melakukan pengkajian maupun intervensi terhadap keluarga pasien sehingga data yang penulis dapatkan hanya dari pasien dan status rekam medik. Penulis mengalami keterbatasan dalam menentukan rencana keperawatan pada diagnosa risiko perdarahan karena pada literatur buku bacaan belum ada yang berfokus pada rencana keperawatan perioperatif sehingga penulis melakukan tindakan berdasarkan Tim Pokja DPP PPNI (2016).