



Studi Kasus Deskriptif Asuhan Keperawatan *Post Partum Sectio Caesarea* Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD)

Agustini Liviana Dwi Rahmawati¹, Nada Nailah²

^{1,2} Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Karya Husada

Correspondensi Author

Agustini Liviana Dwi Rahmawati

Program Studi D-III Keperawatan, Politeknik Karya Husada

Jl. Margonda No.28 Kel, Pondok Cina, Kecamatan Beji, Kota Depok, Jawa Barat 16424

Email: alivianadr@gmail.com

Keywords : Post Partum;Sectio Caesarea;KPD

Keywords : *Post Partum;Sectio Caesarea;KPD*

Abstrak

Ibu yang melahirkan dengan operasi caesar mengalami ketuban pecah dini (PROM). Dampak yang ditimbulkan pada ibu dan janin adalah beratnya infeksi. Jika penanganan infeksi buruk, maka dapat menyebabkan proses penyembuhan terhambat dan timbul rasa sakit. Tujuan penelitian ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan pada post partum section caesar atas indikasi PROM yang menjalani perawatan di RSUD Depok. Desain penelitian ini adalah deskriptif analitik. Subyek penelitian ini adalah 2 orang pasien Post Partum Sectio Caesarea dengan indikasi PROM. Pengumpulan data melalui diskusi, observasi, laporan dokumentasi dan instrumen yang digunakan adalah format asuhan keperawatan maternitas. Analisis data deskriptif. Hasil penelitian adalah diagnosa keperawatan pada kasus Ny. P yaitu pemberian ASI tidak efektif, nyeri, resiko infeksi, sedangkan pada Ny. D terdapat diagnosa yaitu resiko infeksi, nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik. Perencanaan diagnosis selama 3x24 jam berdasarkan kondisi klien saat ini. Pelaksanaan kegiatan sesuai tindakan yang telah disusun berdasarkan teori dan kebutuhan pasien. Evaluasi sesuai tujuan dan permasalahan saya selesaikan dengan baik. Kesimpulan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, permasalahan keperawatan pada Ny. P dan Ny. D telah teratasi.

Abstract

Mother who labor delivery with section caesarean experience premature rupture of membranes (PROM). The impact of the occurrence mother and fetus are severity of infection. If bad handling of the infection, it can cause the healing process to be hampered and pain that arises. The Objective of this study was to provide nursing care to post partum section caesarean on indications of PROM who underwent treatment at Depok Hospital. The design of this research is descriptive analytic. Subject this study were 2 Post Partum Section Caesarean patients with PROM indications. Data collection are discussion, observation, documentation report and instrument used maternity nursing care format. Descriptive data analysis. The results of the study were nursing diagnoses in Ms. P case, namely ineffective breastfeeding, pain, risk of infection, while in Ms. D there were diagnoses namely risk of infection, acute pain and impaired physical mobility. Planning for diagnosis for 3x24 hours based on the client's current condition. Implementation of activities according to the action that has been prepared based on theory and patient needs. Evaluation according to objectives and problems my resolved properly. Conclusion after nursing care for 3x24 hours, the nursing problems for Ms. P and Ms. D have been resolved.

Pendahuluan

Terjadinya proses pengeluaran hasil dari konsepsi yaitu janin, selaput ketuban dan plasenta, dari uterus dapat dilakukan secara spontan ataupun dengan bantuan (Sulistiyawati, 2013). Secara fisiologis persalinan dilakukan dengan pervaginam namun pada beberapa kondisi persalinan harus dilakukan dengan tindakan bedah, yaitu operasi *Sectio Caesarea* (SC). Indikasi dilakukan tindakan SC dapat dipengaruhi oleh faktor ibu, janin maupun plasenta. Pada kasus persalinan yang lama sampai terjadinya persalinan macet, janin yang gawat, *rupture uteri iminens*, serta kondisi ketuban pecah dini perlu dilakukan operasi *Sectio Caesarea* (Rahman, 2018).

World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa proses seluruh persalinan dengan tindakan SC prevalensi yang tertinggi di dunia yaitu Brazil (2015) sebanyak 56,5% dan terendah di Sudan Selatan (2010) <1,0% sedangkan di Indonesia (2012) berjumlah 12,3% (WHO, 2022). Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) pada tahun 2018 melaporkan prevalensi yang tertinggi di Indonesia yaitu DKI Jakarta sebanyak 31,1% dan terendah di Papua sebanyak 6,7% sedangkan di Jawa Barat berjumlah 15,5%. Indikasi SC tertinggi sampai terendah di Jawa Barat yaitu Ketuban Pecah Dini (KPD) sebanyak 6,3%, posisi letak bayi sungsang atau melintang sebanyak 3,6%, pre-eklamsia sebanyak 3,1%, plasenta previa sebanyak 0,8%, dan eklamsia sebanyak 0,2% (Laporan Nasional Riskesdas, 2018).

KPD merupakan salah satu permasalahan obstetrik yang dapat menyebabkan komplikasi pada ibu seperti infeksi intrauteri yang bisa menjadi korioamnionitis, plasenta abrupsi dan juga sepsis. Infeksi pada ibu dapat terjadi pada kejadian KPD diakibatkan karena pecahnya selaput ketuban akan membuat bakteri mudah untuk memasuki uterus dan akan berkembang biak. Kemungkinan untuk terjadi infeksi akan meningkat pada keadaan KPD yang lama, karena bakteri akan memiliki waktu yang lebih lama untuk bermultiplikasi. Tidak hanya membahayakan ibu, KPD juga dapat menimbulkan komplikasi pada bayi yang

berujung kematian seperti asfiksia, prematuritas, dan sepsis. (Vishwakarma et al, 2015).

Insiden KPD pada saat umur kehamilan ≤ 37 minggu hanya sebesar 2% dan pada saat umur kehamilan ≥ 37 minggu hanya sebesar 6-19%. Hasil penelitian Yudin (2015) salah satu faktor KPD diakibatkan oleh infeksi sebesar 65%. Hasil penelitian Tahir (2016) didapatkan data 70% infeksi genitalia dapat memengaruhi ketuban pecah dini, 57 kasus 30% kelahiran dengan ketuban pecah dini diakibatkan karena infeksi bakterial pada vagina yang dilakukan pemeriksaan sekret vagina (Hartono et al, 2016).

Infeksi *post partum* yang menyebabkan KPD baik preterm ataupun aterm hal ini diakibatkan adanya perkembangbiakan proses infeksi yang terjadi bekas tindakan SC atau pengeluaran *lochea*, hal ini menjadi faktor resiko dari perkembangan infeksi, sehingga perawatan *post partum* sangat perlu diperhatikan. Perawatan perineum yang kurang baik juga terjadinya timbul infeksi, kondisi perineum yang terkena *lochea* menjadi lembab dan akan sangat menunjang perkembangbiakan bakteri yang menyebabkan timbulnya infeksi yang terjadi di organ reproduksi sehingga menyebabkan gangguan kesehatan (Kasdu, 2017).

Selain itu, dampak persalinan yang dilakukan tindakan SC ini dapat menimbulkan masalah pada ibu, secara fisik ataupun psikologis ibu. Dampak fisik yang sering muncul dirasakan oleh pasien *Post partum* SC indikasi KPD ini adalah rasa nyeri akibat dari efek pembedahan. Nyeri yang dirasakan dapat mengganggu istirahat dan tidur ibu juga mengganggu aktifitas sehari-hari sehingga pasien membutuhkan bantuan, kesulitan untuk memberikan ASI pada bayinya, dan dapat menyulitkan ibu untuk merawat segera bayinya dengan mandiri (Rahman, 2018).

Kondisi tersebut membutuhkan perhatian dari tenaga kesehatan khususnya perawat dalam memberikan perawatan kepada pasien untuk meningkatkan kondisi ibu *post partum Sectio Caesarea* atas indikasi Ketuban Pecah Dini. Berdasarkan dari uraian tersebut, maka penulis dalam penelitian ini tertarik untuk melihat dan melakukan pembahasan

mengenai studi kasus bagaimana bentuk asuhan keperawatan yang dilakukan terhadap pasien *post partum sectio caesarea* atas indikasi terjadinya KPD. Tindakan persalinan dengan SC dilakukan sesuai dengan indikasi penyulit yang terjadi, dalam hal ini faktor ibu yang mengalami KPD.

Dampak yang diakibatkan dari terjadinya KPD baik ibu ataupun janin adalah keparahan infeksi. Apabila penanganan infeksi tidak baik dapat mengakibatkan proses penyembuhan luka menjadi terhambat, serta rasa nyeri yang timbul juga menjadi permasalahan ibu untuk segera merawat bayinya dengan mandiri. Berdasarkan masalah tersebut maka perlu dirumuskan masalah “Bagaimana Pelaksanaan Asuhan Keperawatan *Post Partum Sectio Caesarea* pada ibu P dan ibu D atas indikasi KPD di ruang perawatan Rumah Sakit Wilayah Jakarta”

Metode

Desain penulisan dari penelitian ini adalah deskriptif analitik. Sasaran penelitian ini sebanyak 2 pasien dengan kriteria yaitu: *post partum sectio caesarea* dengan indikasi KPD, menjalani perawatan ruang rawat inap minimal 3x24 jam, bersedia menjadi responden. Lokasi penelitian ini dilakukan di ruang perawatan Rumah Sakit Wilayah Jakarta. Instrument yang digunakan adalah format asuhan keperawatan maternitas, lembar pemeriksaan fisik, dan anamnesis.

Pengumpulan data penelitian ini dilakukan berdasarkan hasil dari wawancara, observasi, laporan dokumentasi. Prosedur penelitian ini dilakukan melalui beberapa tahapan yaitu: menentukan permasalahan yang akan dijadikan topik pembahasan kemudian dilanjutkan dengan membuat latar belakang masalah serta landasan teori yang digunakan hingga metode yang akan digunakan, persiapan dalam pengambilan data, kemudian setelah pengambilan data, melakukan pembuatan pemaparan, pembahasan hasil, kesimpulan, dan saran.

Uji keabsahan data penelitian ini diantaranya memperpanjang waktu pengamatan atau waktu tindakan, menggunakan sumber informasi tambahan yaitu triangulasi dari 3 sumber data utama

yaitu pasien, perawat, dan keluarga pasien yang berkaitan dengan masalah yang akan diteliti. Analisa data dengan deskriptif

Hasil Dan Pembahasan

Pengkajian Keperawatan

Hasil diagnosa medis KPD dengan letak sungsang pada Ibu D mengalami KPD dan harus segera dilakukan persalinan *sectio caesarea* karena mempunyai riwayat KPD dan paritas ibu yang saat ini melahirkan anak ketiga nya dengan riwayat bekas operasi satu kali pada anak kedua ditahun 2008 dan tidak ada komplikasi. Sedangkan pada kasus Ibu P yaitu terjadinya oligohidroamnion dan peningkatan kejadian persalinan melalui bedah Sesar dan tidak ada komplikasi. Menurut teori Manuaba (2012), KPD adalah ketuban yang pecah sebelum ada tanda-tanda inpartu. Penyebab KPD dapat berasal dari ibu dan janinnya. Faktor risiko KPD adalah dari kondisi ibu seperti aktivitas (pekerjaan), umur, paritas, trauma, anemia dalam kehamilan, IMS (bakteri vaginosis, kanker serviks) sedangkan dari kondisi janin seperti kehamilan kembar (gemeli), janin besar (makrosomia), dan kelainan letak sungsang.

Menurut Prawirohardjo (2012), letak sungsang merupakan keadaan janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. Menurut Wiknjastro (2012), letak sungsang adalah salah satu faktor risiko terjadinya KPD. Pada janin yang mengalami kelainan letak sungsang atau lintang ada kalanya berputar sendiri menjadi letak memanjang (*versio spontanea*) yang dapat menyebabkan KPD.

Menurut penelitian Adisti, et.al., (2021) bahwa pada letak sungsang, bokong menempati serviks uteri, maka pergerakan janin terjadi di bagian terendah karena keberadaan kaki janin yang menempati daerah serviks uteri sedangkan kepala janin akan mendesak fundus uteri yang dapat menekan diafragma yang menyebabkan timbulnya rasa sesak pada ibu hamil yang dapat meningkatkan ketegangan intra uterin sehingga menyebabkan terjadinya KPD.

Menurut Rukiyah dan Yulianti (2019), komplikasi yang biasa terjadi pada KPD meliputi infeksi intrapartum, persalinan

preterm, peningkatan kejadian persalinan melalui bedah sesar, infeksi intramion, gawat janin, kematian janin, partus kering, dan oligohidramnion. Menurut teori Prawirohardjo (2012), KPD akan mengakibatkan terjadinya oligohidramnion, kondisi ini akan memengaruhi janin karena sedikitnya volume air ketuban akan menyebabkan tali pusat tertekan oleh bagian tubuh janin akibatnya aliran darah dari ibu ke janin berkurang sehingga bayi mengalami hipoksia atau gangguan pertukaran oksigen (O₂), fetal distress dan berlanjut menjadi asfiksia pada bayi baru lahir.

Menurut penelitian Wisudawati (2018), oligohidramnion yaitu cairan amnion yang semakin berkurang karena adanya pengeluaran sebelum terjadinya persalinan. Kehamilan *postterm* terjadi penurunan jumlah cairan amnion (oligohidramnion). Adanya oligohidramnion akan meningkatkan kemungkinan terjadinya kompresi tali pusat, sehingga sirkulasi dan oksigenasi ke janin terganggu dan akhirnya dapat terjadi kegawatan pada janin akibat hipoksia janin intrauterin. Menurut penelitian Rohmawati dan Fibriana (2018) faktor risiko ketuban pecah dini adalah malposisi atau malpresentasi janin, umur ibu, paritas ibu, riwayat KPD, status pekerjaan ibu, status anemia, paparan asap dan perilaku merokok ibu. Dalam hal ini, penulis tidak menemukan adanya kesenjangan karena sesuai dengan teori dan fakta.

Hasil riwayat kesehatan sekarang pada Ibu P mengeluh gatal pada area vagina dan ingin mengganti pempers karena sudah terasa penuh dan tidak nyaman, sedangkan Ibu D mengeluh sedikit nyeri di daerah bekas operasi apabila bergerak dan terasa gatal di daerah vagina, sedikit terasa ngilu pada bagian luka post SC saat bergerak, aktifitas dibantu oleh suami atau disebut imobilitas. Hal ini sesuai dengan teori Nugroho (2010) bahwa nyeri yang dirasakan pasien merupakan gejala sisa yang diakibatkan oleh operasi *sectio caesarea* yang dilakukan. Pada umumnya pasien post *sectio caesarea* mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi. Sekitar 60% pasien menderita nyeri hebat, 25% nyeri sedang dan 15% nyeri ringan.

Menurut penelitian Santoso, dkk (2022), pasien pasca operasi *sectio caesarea* seringkali adanya proses peradangan akut dan nyeri yang

mengakibatkan keterbatasan gerak. Akibat nyeri pasca operasi, pasien menjadi immobil atau membatasi gerak yang berdampak buruk seperti penurunan suplai darah, hipoksia sel, dan merangsang sekresi mediator kimia nyeri sehingga skala nyeri meningkat. Dampak paling banyak yang dialami oleh ibu pasca operasi SC adalah impaired. Impaired merupakan suatu kondisi terjadi nyeri akut pada lokasi operasi mengakibatkan adanya ketakutan untuk segera mobilisasi, LGS (Lingkup Gerak Sendi), dan functional limitation (tidak mampu untuk duduk, berdiri, berjalan). Untuk mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut pasca operasi SC, maka diperlukan suatu intervensi keperawatan. Hal ini penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dengan kasus.

Hasil Riwayat Psikososial dan Spiritual pada pasien Ibu P mengatakan rencana kehamilan sampai punya anak 4. Perasaan pasien dan keluarga tentang kehamilan dan persalinan sangat senang karena ianaka pertama yang sudah ditunggu-tunggu tetapi pasien tampak cemas karena ASInya hanya keluar sedikit. Pasien siap menjadi ibu dan menurutnya pertama kali melahirkan anak pertamanya ini akan dibantu juga oleh ibu dan mertua nya untuk merawat bayinya. Pasien berharap cepat sembuh dan cepat pulang. Sedangkan pada kasus Ibu D mengatakan perasaan selama kehamilan sangat senang. Kondisi bayi sehat dan sudah dirawat gabung bersama pasien. ASI pasien tampak sudah keluar. Pasien sangat siap menjadi ibu. Pasien berharap cepat sembuh dan pulang.

Sesuai dengan teori Dewi, dkk., (2011), produksi ASI dapat meningkat atau menurun tergantung dari stimulasi pada kelenjar payudara dan faktor yang memengaruhi yakni makanan ibu, hisapan bayi, psikologis dan perawatan payudara. Seringkali ibu setelah tindakan *sectio caesarea* merasakan kesulitan menyusui bayinya segera setelah lahir dengan relatif jam pertama setelah bayi lahir. Kondisi luka operasi di bagian perut membuat proses menyusui sedikit terhambat (Prawirohardjo 2012).

Menurut penelitian Treistiana (2018) bahwa menyusui merupakan pengalaman baru bagi ibu yang baru menyusui sehingga dapat menjadi tekanan yang akhirnya menimbulkan krisis. Keunggulan ASI perlu ditunjang oleh

cara pemberian yang benar, misalnya pengetahuan ibu tentang teknik menyusui yang benar, dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain adat atau kepercayaan, pengalaman menyusui sebelumnya atau pengalaman menyusui dalam keluarga atau kerabat, dan kurang informasi dan pengetahuan. Hal ini penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dengan kasus.

Hasil yang ditemukan pada kasus Ibu P dan Ibu D sama-sama dirawat di Rumah Sakit dengan memantau tanda-tanda persalinan dan tanda-tanda infeksi, memberikan antibiotik, mengkaji suhu dan denyut nadi, memantau DJJ, dan menghindari pemeriksaan dalam yang tidak perlu Menurut Setiyaningrum dan Sugiarti (2017) penatalaksanaan ketuban pecah dini meliputi konservatif (mempertahankan kehamilan) yaitu dirawat di Rumah Sakit dengan memantau tanda-tanda persalinan dan infeksi, aktif yaitu kehamilan lebih dari 37 minggu belum inpartu diberikan dexamethason, induksi dengan oksitosin, berikan antibiotik, dan penatalaksanaan Lanjutan yaitu kaji suhu dan denyut nadi setiap 2 jam, lakukan pemantauan DJJ, hindari pemeriksaan dalam yang tidak perlu.

Pada pemeriksaan penunjang ketuban pecah dini menurut Rahmawati (2017) adalah pemeriksaan leukosit darah $>15.000/\mu\text{L}$ bila terjadi infeksi, tes lakmus merah berubah menjadi biru, amniosentesis dan USG untuk menentukan usia kehamilan, indeks cairan amnion berkurang. Dalam penatalaksanaan ini tidak terjadi kesenjangan karena kedua pasien dilakukan penatalaksanaan sesuai dengan teori.

Diagnosa Keperawatan

a. ASI tidak efektif

Hasil yang ditemukan hanya pada Ibu P mengatakan ASI hanya keluar sedikit, merasa cemas karena ASI hanya keluar sedikit, bayi yang menolak saat didekatkan ke payudara, bayi tidak menghisap payudara secara terus menerus, bayi tampak nangis saat didekatkan ke payudara, pasien tampak kesulitan dalam mengambil posisi menyusui, dan payudara tampak bengkak. Menurut teori Bobak (2005), penurunan produksi dan pengeluaran ASI pada hari-hari pertama setelah melahirkan dapat disebabkan oleh kurangnya

rangsangan hormon prolaktin dan oksitosin yang sangat berperan dalam kelancaran produksi dan pengeluaran ASI. Faktor yang dapat memengaruhi kelancaran produksi dan pengeluaran ASI yaitu perawatan payudara frekuensi penyusuan, paritas, stress, penyakit atau kesehatan ibu, konsumsi rokok atau alkohol, pil kontrasepsi, asupan nutrisi.

Menurut penelitian Septiana (2017) diagnosa ASI tidak efektif ditegakkan karena pasien mengeluh ASI keluar sedikit, payudara bengkak, bayi rewel, dan tidak mau menyusui. Hal ini penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dengan kasus.

b. Nyeri akut

Hasil yang ditemukan pada Ibu P yaitu nyeri akut. Alasannya karena Ibu P mengatakan nyeri dibagian *sectio caesarea* bertambah apabila bergerak saja, skala nyeri 4 (nyeri sedang), nyeri dirasakan seperti disayat benda tajam, nyeri hilang timbul selama 5 menit, dan Ibu P tampak meringis apabila bergerak. Pada Ibu D yaitu nyeri akut yang berkurang saat istirahat dan bertambah saat beraktivitas, Nyeri dirasakan di tempat luka operasi *sectio caesarea* seperti benda tajam dengan waktu 5 menit, nyeri hilang timbul, skala nyeri 4 (nyeri sedang).

Nyeri yang dirasakan ibu *pasca Sectio Caesarea* berasal dari luka yang terdapat dari perut. Seperti pernyataan Maryunani (2010) bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme bagi tubuh, timbul ketika ringan sedang rusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri. Nyeri biasanya terjadi pada 12 sampai 36 jam setelah pembedahan, dan menurun pada hari ketiga (Kozier, 2004). Menurut penelitian Musdalifah (2019) diagnosa nyeri akut ditegakkan karena pasien mengatakan merasa nyeri di bagian abdomen, skala nyeri 4 (nyeri sedang), pasien tampak meringis kesakitan.

Penelitian Andriyani (2016) diagnosa nyeri akut ditegakkan karena pasien mengatakan nyeri pada perut, skala nyeri 4 (nyeri sedang), nyeri terjadi setiap 15 menit sekali dan lamanya 5 detik, nyeri seperti ditusuk jarum. Skala nyeri antara kasus Ibu

P dengan jurnal berbeda karena data tersebut didapatkan dari hasil keluhan pasien yang bersifat subjektif dimana karakteristik nyeri tersebut bisa berbeda-beda setiap individu tergantung dari mekanisme koping individu dalam mengungkapkan nyeri nya. Hal ini, disimpulkan kedua kasus tidak terdapat adanya kesenjangan antara kasus dengan teori yang telah ada

c. Risiko Infeksi

Hasil yang ditemukan pada kasus Ibu P yaitu risiko infeksi *post sectio caesarea* hari pertama dengan jumlah *lochea rubra* ± 250cc di dalam pempers dan berbau amis, adanya luka insisi, pasien merasakan sedikit gatal di bagian vagina dan luka operasi, pasien terpasang kateter, Leukosit $11.9 \times 10^3 / \mu\text{L}$, pemasangan infus yang mengalami pembengkakan dan nyeri. Pada pemeriksaan penunjang ketuban pecah dini menurut Rahmawati (2017) adalah pemeriksaan leukosit darah $>15.000 / \mu\text{L}$ bila terjadi infeksi, tes lakmus merah berubah menjadi biru, amniosentesis dan USG untuk menentukan usia kehamilan, indeks cairan amnion berkurang.

Infeksi merupakan kondisi saat mikroorganisme masuk dan berkembang dalam tubuh pejamu, sehingga dapat menyebabkan sakit yang disertai gejala klinis lokal atau sistemik (Tietjen, 2004). Luka di tubuh berpeluang sebagai tempat masuknya bakteri dan meningkatkan risiko terjadinya infeksi (Potter dan Perry, 2006). Menurut penelitian Vivi (2018) diagnosa risiko infeksi ditegakkan karena pada pemeriksaan *vulva hygiene* terdapat kebersihan vulva kotor, terdapat kemerahan di sekitar vagina, adanya luka insisi, dan banyaknya pengeluaran darah pada vagina. Hal ini dapat disimpulkan sudah sesuai antara teori dengan kasus. Penelitian Diyan (2015) diagnosa tersebut diangkat karena terdapat luka *post operasi sectio caesarea*, pasien terpasang DC (*dower cateter*), warna *lochea* merah, dan pasien terpasang infus. Hal ini, disimpulkan kedua kasus tidak terdapat adanya kesenjangan antara kasus dengan teori yang telah ada.

Pada tahapan ini tidak ditemukan adanya hambatan, dikarenakan tersedianya literatur yang menunjang untuk

diangkatnya diagnosa keperawatan yang sesuai dengan data yang ditemukan. Kemudian data tersebut dikelompokkan sesuai masalah keperawatan.

d. Gangguan Mobilitas Fisik

Hasil ditemukan Ibu D mengatakan belum bisa melakukan *mika miki* karena masih terasa nyeri dan takut luka jahitan robek, belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri, aktivitas dibantu oleh suami dan mertuanya, merasa lemas pada anggota tubuhnya, belum bisa berpindah-pindah tempat, tampak berbaring di tempat tidur, terdapat luka insisi di perut bagian bawah dan bengkak dibagian tangan, kebutuhan pasien tampak dibantu oleh keluarganya, pasien *post sectio caesarea* hari pertama, pasien terpasang kateter.

Berdasarkan teori Potter dan Perry (2006) bahwa hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam pergerakan fisik pada bagian tubuh tertentu atau pada satu atau lebih ekstremitas. Suatu kondisi individu tidak saja kehilangan kemampuan Bergeraknya secara total, tetapi juga mengalami penurunan aktivitas. Menurut penelitian Sari (2019) diagnosa hambatan mobilitas fisik ditegakkan karena memiliki keluhan nyeri dibekas luka operasi sehingga menyebabkan tidak bisa beraktivitas seperti sebelumnya, luka nyeri diperut mengakibatkan pasien kesulitan untuk miring kiri miring kanan, duduk dan berdiri. Hal ini, disimpulkan kedua kasus tidak terdapat adanya kesenjangan antara kasus dengan teori yang telah ada.

Perencanaan Keperawatan

a. Produksi ASI tidak efektif

Perencanaan asuhan keperawatan mengenai masalah Ibu D dengan ASI efektif dan Ibu P yaitu ASI tidak efektif. Kasus Ibu P berhubungan dengan masalah keperawatan defisit pengetahuan tentang cara menyusui yang benar berhubungan dengan kurang terpapar informasi berdasarkan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mampu memahami teknik menyusui yang benar dengan kriteria hasil pasien dan keluarga memahami teknik menyusui sesuai dengan prosedur yang diijelaskan secara benar,

pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan oleh perawat.

Menurut teori SDKI (2017) menyatakan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan ketidak efektifan pemberian ASI dapat teratasi dengan kriteria hasil pasien mengungkapkan puas untuk menyusui, bengkak pada payudara berkurang, pasien dapat melakukan teknik menyusui dengan benar dengan intervensi observasi keadaan payudara, kaji pengetahuan pasien mengenai laktasi, kaji kemampuan bayi menyusui (reflex hisap), ajarkan teknik menyusui yang benar, ajarkan cara perawatan payudara. Menurut penelitian Septiana (2017), setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pemberian ASI menjadi efektif dengan kriteria hasil ASI dapat keluar dengan lancar, payudara tidak bengkak, bayi tidak rewel, dan bayi mau menyusui, teknik menyusui benar. Dengan intervensi kaji pengetahuan tentang menyusui sebelumnya, ajarkan tentang perawatan payudara, ajarkan teknik menyusui yang benar. Hal ini menunjukkan terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus

b. Nyeri akut

Perencanaan asuhan keperawatan yaitu nyeri akut. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan pasien tidak mengalami nyeri dengan kriteria hasil tanda vital dalam rentang normal, mampu menggunakan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri, dan melaporkan rasa nyaman karena nyeri berkurang. Dengan intervensi kaji tanda-tanda vital, kaji skala nyeri (1-10), ajarkan teknik relaksasi napas dalam, atur posisi pasien, dan kolaborasi pemberian analgesik.

Menurut teori SDKI (2017) menyatakan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien tidak mengalami nyeri dengan kriteria hasil tanda vital dalam rentang normal. Tekanan darah: 120/80 mmHg, N: 60-100 x/menit, S: 36 - 37,5, RR : 20 x/menit, mampu mengenali nyeri (skala intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri), menyatakan rasa nyaman karena nyeri berkurang dengan intervensi yaitu lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, kontrol lingkungan yang

dapat memengaruhi nyeri, ajarkan teknik non farmakologis relaksasi napas dalam, berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri.

Menurut penelitian Ramandaty (2019) bahwa perencanaan asuhan keperawatan dengan masalah keperawatan nyeri berdasarkan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pasien meningkat dengan kriteria hasil : vital sign dalam batas normal. Menurut penelitian Andriyani (2016) intervensi yang disusun yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil tanda-tanda vital dalam rentang normal tekanan darah (110-140)/(70-90) mmHg, RR (16-24) x/menit, Nadi (60-100) x/menit, skala nyeri 0-1, dengan intervensi kaji tingkat nyeri dengan PQRST, kaji tanda-tanda vital, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus..

c. Gangguan mobilitas fisik

Perencanaan asuhan keperawatan ke empat pada Ibu D dan Ibu P yaitu gangguan mobilitas fisik. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan diharapkan gangguan mobilisasi fisik pasien teratasi. Adapun kriteria hasil yang diharapkan adalah pasien dapat melakukan aktivitas secara mandiri, Nadi 60-100 x/menit, pasien mampu melakukan mobilisasi bertahap. Dengan intervensi monitor intake nutrisi, kaji kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi, bantu pasien dalam aktivitas sehari-hari sesuai kebutuhan tubuh, kaji nadi setelah melakukan mobilisasi.

Menurut teori SDKI (2017) menyatakan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil pasien meningkat dalam aktivitas fisik, mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas, memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan berpindah dengan intervensi yaitu monitor vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan, ajarkan pasien tentang teknik ambulasi, latih pasien dalam

pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan, ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.

Menurut penelitian Sarcinawati (2017) intervensi yang disusun yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan hambatan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil dapat melakukan aktivitas secara mandiri tanpa bantuan, mampu melakukan mobilisasi dengan intervensi mengatur posisi pasien terlentang, kedua lutut ditekuk, mengajarkan teknik mobilisasi, dan bantu memenuhi kebutuhan ADL nya. Menurut penelitian Ramandaty (2019) bahwa perencanaan asuhan keperawatan dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik berdasarkan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pasien meningkat dalam aktivitas fisik dengan kriteria hasil : mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas, memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah. Hal ini menunjukkan bahwa dalam perencanaan keperawatan yang disusun tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus.

d. Risiko Infeksi

Perencanaan keperawatan yang dilakukan pada Ibu D dan ibu P dengan masalah keperawatan berdasarkan risiko infeksi. Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien tidak mengalami infeksi dengan kriteria hasil, pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi, menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal. Dengan intervensi yaitu kaji tanda-tanda vital, monitor tanda dan gejala infeksi, monitor adanya luka, lakukan perawatan luka dan infus, lakukan perawatan perineal hygiene, dan berikan antibiotik sesuai program.

Menurut teori SDKI (2017) menyatakan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi, menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal. Perencanaan yaitu ganti letak IV perifer dan *dressing* sesuai dengan petunjuk

umum, tingkatkan *intake* nutrisi, monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal, bantu perawatan *perineal hygiene*, kolaborasi pemberian obat antibiotik. Menurut penelitian Kristiyana (2014) intervensi yang disusun yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil tidak terdapat tanda-tanda infeksi, dengan intervensi lakukan penggantian pembalut dan perawatan perineal dengan sering, pantau tanda-tanda vital khususnya nadi dan suhu, pantau warna dan bau *lochea pasca partum*. Hal ini menunjukkan bahwa dalam perencanaan berdasarkan risiko infeksi tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus.

Selama penyusunan perencanaan keperawatan, terdapat faktor pendukung seperti tersedianya literatur yang mendukung untuk mencari sumber informasi yang akurat dalam menyusun perencanaan sehingga penulis tidak menemukan adanya faktor penghambat dalam menyusun perencanaan keperawatan.

Pelaksanaan Keperawatan

a. Produksi ASI tidak efektif

Diagnosa keperawatan berdasarkan ASI tidak efektif dengan intervensi observasi keadaan payudara, observasi pengetahuan pasien mengenai laktasi dan perawatan payudara, kaji kemampuan bayi menyusui (reflex hisap), kaji seberapa banyak pengeluaran ASI, ajarkan teknik menyusui yang benar, ajarkan cara perawatan payudara. Intervensi yang direncanakan dapat dilaksanakan semua berdasarkan teori dan disesuaikan dengan kondisi Ibu P. Hasil pelaksanaan keperawatan yang didapat pada kasus Ibu P adalah pasien mengatakan ASI sudah keluar banyak, sudah tidak cemas karena ASI sudah keluar dengan lancar, bayi sudah menghisap payudara secara terus-menerus, posisi menyusui sudah benar, perlekatan antara aerola mammae dengan mulut bayi sudah tepat, dan payudara sudah tidak bengkak.

Menurut Prawirohardjo (2012), produksi ASI dapat meningkat atau menurun tergantung dari stimulasi pada kelenjar payudara. Menyusui tidak efektif

merupakan suatu kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesulitan pada saat menyusui (PPNI, 2016). Menurut penelitian Hasanah, et.al., (2017), masalah yang biasanya terjadi selama masa nifas antara lain puting lecet, payudara bengkak, sumbatan saluran payudara, mastitis, dan abses pada payudara. Menurut penelitian Septiana (2017), intervensi keperawatan yaitu perawatan payudara pasien mengatakan senang sekali karena ASI nya keluar, ASI sudah keluar banyak, bayi tidak tampak rewel, bayi sudah mau menyusui secara terus menerus, teknik menyusui sudah benar. Hasil yang didapat pada kasus Ibu P adalah pasien mengatakan ASI sudah keluar banyak, sudah tidak cemas karena ASI sudah keluar dengan lancar, bayi sudah menghisap payudara secara terus-menerus, posisi menyusui sudah benar, perlekatan antara aerola mammae dengan mulut bayi sudah tepat, dan payudara sudah tidak bengkak. Tidak ditemukan kesenjangan dari tindakan dan fakta.

b. Nyeri akut

Diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut dengan intervensi keperawatan, kaji tanda-tanda vital pasien, kaji skala nyeri (1-10), ajarkan teknik relaksasi napas dalam, berikan lingkungan yang nyaman, batasi kunjungan dan kolaborasi dengan dokter dalam memberikan analgesik untuk mengurangi nyeri. Intervensi yang direncanakan dapat dilaksanakan semua berdasarkan teori dan disesuaikan dengan kondisi Ibu D dan Ibu P. Hasil pelaksanaan keperawatan yang didapatkan pada Ibu D dan Ibu P adalah pasien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri mengalami penurunan dari skala 4 menjadi skala 1, wajah tidak tampak meringis, tanda-tanda vital dalam rentan normal yaitu tekanan darah 115/80 mmHg, Nadi 75 x/menit, Suhu 36°C, RR 20 x/menit.

Menurut Potter dan Perry (2006), nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan bagian abdomen terasa nyeri. *International Association Study of Pain (IASP)* mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subyektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan

berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian terjadi kerusakan. Intervensi keperawatan ini dengan pemberian terapi tehnik relaksasi nafas dalam untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut. Terapi relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, maka perawat perlu mengajarkan pasien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat dan menghembuskan nafas secara perlahan, selain dapat mengurangi ketegangan otot dan meningkatkan ventilasi paru dan oksigenasi darah (Smelzert, 2002).

Didukung oleh penelitian Ningsih (2013); Patasik (2013); Manzahri (2017) menjelaskan adanya pengaruh teknik relaksasi napas dalam nyeri post operasi *sectio caesarea*. Menurut penelitian Amita,dkk (2018) rata-rata intensitas nyeri sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam didapat skala 5 dan rata-rata intensitas nyeri setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam didapat skala 3. Pada intensitas nyeri antara kasus dengan jurnal mengalami perbedaan karena data pada kasus didapatkan dari hasil pelaksanaan pengkajian skala nyeri yang berdasarkan keluhan pasien yang dirasakan pada saat proses pengkajian, dimana intensitas nyeri tersebut bisa berkurang atau bertambah tergantung dari mekanisme koping individu dalam merasakan rasa nyerinya. Hal ini tidak memengaruhi pelaksanaan keperawatan sudah dilaksanakan dan tidak ditemukan kesenjangan dari tindakan dan kasus.

c. Gangguan mobilitas fisik

Diagnosa keperawatan yaitu gangguan mobilitas fisik. Hasil pelaksanaan keperawatan yang didapat penulis pada kasus Ibu D adalah pasien mengatakan saat beraktivitas sudah tidak nyeri, sudah tidak tampak lemas, nadi dalam rentan normal 85 x/menit, mampu miring kanan dan miring kiri secara bertahap, mampu duduk dan berjalan secara mandiri. Sesuai dengan teori SDKI (2017) bahwa ada enam intervensi, yaitu: Kaji kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi, Bantu pasien dalam aktivitas sehari-hari sesuai kebutuhan tubuh, Ajarkan pasien cara

merubah posisi, kaji perubahan denyut nadi setelah melakukan mobilisasi, kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat. Intervensi yang direncanakan dapat dilaksanakan semua berdasarkan teori dan disesuaikan dengan kondisi Ibu D. Menurut penelitian Sarcinawati (2017) yaitu semua ibu *post partum*. melakukan mobilisasi dini dengan baik dari mulai miring kanan miring kiri, lalu duduk dan berjalan tanpa bantuan. Hal ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus karena sudah sesuai dengan teori yang ada.

d. Risiko Infeksi

Diagnosa keperawatan berdasarkan risiko infeksi dengan intervensi keperawatan yaitu perineal hygiene. Hasil yang ditemukan penulis yaitu pada kasus Ibu D tanda dan gejala infeksi tidak terjadi, area genitalia tampak lebih bersih, pasien tampak nyaman dan jumlah *lochea rubra* yang mulai berkurang pada hari pertama ± 250 cc dan hari ketiga ± 20 cc. Pada kasus Ibu P setelah dilakukan perineal hygiene adalah tanda dan gejala infeksi tidak terjadi, pasien tampak nyaman area genitalia tampak sedikit lebih bersih, dan jumlah *lochea rubra* yang pada hari pertama ± 250 cc berkurang menjadi ± 50 cc pada hari ketiga.

Menurut Potter dan Perry (2005), infeksi adalah invasi tubuh pathogen atau mikroorganisme yang mampu menyebabkan sakit. Risiko infeksi merupakan keadaan seorang individu beresiko terserang oleh agen patogenik dan oportunistik (virus, jamur, bakteri, protozoa, atau parasit lain) dari sumber-sumber eksternal, sumber-sumber eksogen dan endogen Menurut penelitian Sari (2019) yaitu tidak adanya tanda-tanda infeksi. Menurut penelitian Aprilian (2016) yaitu jumlah *lochea* perlahan-lahan berkurang dengan perubahan warna yang khas dan rata-rata volume *lochea rubra* pada ibu *post partum sectio caesarea* minimum 166 cc dan maksimum 380 cc. Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus karena implementasi keperawatan dilakukan sudah sesuai.

Selama dilakukannya implementasi didapatkan beberapa faktor pendukung diantaranya pasien yang cukup kooperatif

sehingga dapat diimplementasikan pada pasien dan tidak ada yang dibedakan selama melakukan pelaksanaan keperawatan. Sehingga penulis tidak menemukan faktor penghambat selama dilakukannya implementasi.

Evaluasi Keperawatan

a. Produksi ASI tidak efektif

Hasil evaluasi keperawatan pada kasus Ibu P mengatakan ASI sudah keluar banyak, sudah tidak cemas karena ASI sudah keluar dengan lancar, bayi sudah mau menghisap payudara secara terus-menerus, posisi menyusui sudah tampak baik dan benar, perlekatan antara aerola mammae dengan mulut bayi sudah tepat, dan payudara sudah tidak bengkak. Menurut Proverawati (2010), pengeluaran ASI setelah proses persalinan merupakan suatu proses yang kompleks dan dipengaruhi oleh berbagai sistem saraf dan hormon serta rangsangan mekanik dari hisapan bayi itu sendiri.

Menurut penelitian Nurhayati dan Suratni (2017), pembesaran payudara ini tidak lain disebabkan karena penuhnya kelenjar payudara dengan ASI. Jika kondisi pembesaran payudara ini dibiarkan payudara akan terasa bengkak, nyeri keras dan berdenyut denyut. Pembesaran ASI, pembengkakan dan nyeri payudara mencapai puncaknya 3 sampai 5 hari *post partum*. Menurut penelitian Septiana (2017) evaluasi yang didapat yaitu pasien mengatakan senang sekali karena ASI nya keluar, ASI sudah keluar banyak, bayi tidak tampak rewel, bayi sudah mau menyusui secara terus menerus, teknik menyusui sudah benar. Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan pada evaluasi keperawatan antara kasus dengan teori, tujuan tercapai dan masalah teratasi.

b. Nyeri akut

Hasil evaluasi keperawatan pada kasus Ibu D mengatakan nyeri berkurang, tanda-tanda vital Tekanan darah 115/80 mmHg, Nadi 75 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36 °C, skala nyeri 1 (nyeri ringan), cahaya cukup terang, suhu ruangan tidak terlalu panas dan dingin, wajah tidak tampak meringis. Sedangkan kasus Ibu P mengatakan menggunakan teknik relaksasi

napas dalam saat mau duduk, nyeri sudah sangat berkurang, hasil tanda - tanda vital tekanan darah: 100/70mmHg, Nadi 85 x/menit, Suhu 36,5oC, RR 20 x/menit, Skala 1 (nyeri ringan), pasien sudah tidak tampak meringis.

Menurut SDKI (2016), banyak pasien *sectio caesarea* yang mengeluh rasa nyeri akut pada bekas jahitan *sectio caesarea*. Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan. Menurut penelitian Andriani (2016) yaitu pasien mengatakan nyeri perut berkurang, nyeri seperti digigit semut, skala nyeri 1, nyeri jarang terjadi lamanya 5 detik, ekspresi wajah pasien rileks, masalah teratasi dan tujuan sudah tercapai. Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan pada evaluasi keperawatan yang dilakukan selama tiga hari antara kasus dengan teori, tujuan tercapai dan masalah teratasi

c. Gangguan mobilitas fisik

Hasil evaluasi keperawatan pada kasus Ibu D mengatakan saat beraktivitas nyeri sudah tidak ada, sudah tidak merasa lemas, sudah dapat duduk dan berjalan, secara mandiri dan sudah dapat melakukan aktivitas secara mandiri. Menurut Keliat, dkk (2018), Mobilitas fisik adalah suatu keadaan keterbatasan kemampuan pergerakan fisik secara mandiri maupun terarah yang dialami seseorang. Kerugian bila tidak melakukan mobilitas fisik dapat terjadinya peningkatan suhu tubuh, perdarahan yang abnormal, involusi uterus yang tidak baik (Johnson, 2014).

Menurut penelitian Yanti, dkk (2019), Pasien yang telah menjalani tindakan *sectio caesarea* memiliki luka bekas operasi yang cukup besar, yang membuat ibu merasa khawatir dan takut untuk melakukan pergerakan. Adanya luka bekas operasi menimbulkan nyeri pada ibu, sehingga ibu cenderung lebih memilih berbaring saja dan enggan menggerakkan tubuhnya sehingga menimbulkan kaku persendian, postur yang buruk, kontraktur otot, dan nyeri tekan apabila tidak melakukan mobilisasi dini. Menurut penelitian Sarcinawati (2017)

evaluasi yang didapat yaitu pasien mengatakan sudah mampu duduk, mandiri dalam melakukan aktivitas, pasien tampak mampu berjalan dan melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri tanpa pertolongan orang lain, masalah teratasi dan tujuan tercapai. Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan pada evaluasi yang dilakukan selama tiga hari antara kasus dengan teori, tujuan tercapai dan masalah teratasi.

d. Risiko infeksi

Hasil evaluasi keperawatan pada kasus Ibu D mengatakan tidak ada gatal di bagian luka insisi dan vagina, terdapat *lochea rubra* berwarna merah dalam pempers dengan jumlah ± 20 cc berbau amis, vagina tampak bersih, pasien merasa lebih nyaman, saat dilakukan perawatan luka insisi tampak bersih, tidak ada rembasan dan tidak ada kemerahan. Sedangkan risiko infeksi pada kasus Ibu P mengatakan tidak merasa gatal di bagian luka dan vagina, terdapat *Lochea rubra* berwarna merah dalam pampers dengan jumlah ± 50 cc dan berbau amis, kemerahan pada daerah vagina tidak ada, vagina tampak bersih, pasien merasa lebih nyaman.

Menurut Sukowati (2010), infeksi luka post operasi *sectio caesarea* adalah masuknya organisme ke daerah luka operasi atau sering disebut juga *surgical site infection*. Menurut penelitian Vivi (2018), evaluasi keperawatan pasien mengatakan darah yang keluar sudah tidak terlalu banyak, ekspresi wajah tampak rileks, tanda-tanda infeksi berkurang seperti luka insisi tidak ada kemerahan/nanah, kemerahan disekitar vagina berkurang, badan tidak lemas, kebersihan vulva sedikit bersih dan *lochea rubra* (merah segar). Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan pada evaluasi yang dilakukan selama tiga hari antara kasus dengan teori, tujuan tercapai dan masalah teratasi. Berdasarkan evaluasi keperawatan yang dilakukan pada pasien tidak terdapat kesenjangan.

Pada tahapan ini dapat disimpulkan bahwa semua tujuan dapat tercapai dan masalah keperawatan yang muncul dapat teratasi.

Simpulan Dan Saran

Hasil diagnosa medis KPD dengan letak sungsang pada kasus Ibu D mengalami KPD, paritas anak ketiga, riwayat bekas operasi satu kali pada anak kedua tahun 2008 dan tidak ada komplikasi. Sedangkan pada kasus Ibu P yaitu terjadinya oligohidroamnion dan peningkatan kejadian persalinan melalui bedah Sesar dan tidak ada komplikasi.

Hasil riwayat kesehatan sekarang pada Ibu P mengeluh gatal pada area vagina dan ingin mengganti pempers karena sudah terasa penuh dan tidak nyaman, sedangkan Ibu D mengeluh sedikit nyeri di daerah bekas operasi apabila bergerak dan terasa gatal di daerah vagina, sedikit terasa ngilu pada bagian luka post SC saat bergerak, aktifitas dibantu suami.

Hasil Riwayat Psikososial dan Spiritual pada pasien Ibu P mengatakan rencana kehamilan sampai punya anak 4, sangat senang tetapi pasien tampak cemas karena ASInya hanya keluar sedikit, dan pasien berharap cepat sembuh dan cepat pulang. Sedangkan kasus Ibu D mengatakan perasaan selama kehamilan sangat senang, ASI pasien tampak sudah keluar, pasien berharap cepat sembuh dan pulang.

Hasil kedua kasus sama-sama dirawat di Rumah Sakit dengan memantau tanda-tanda persalinan dan tanda-tanda infeksi, memberikan antibiotik, mengkaji suhu dan denyut nadi, memantau DJJ, dan menghindari pemeriksaan dalam yang tidak perlu.

Diagnosa keperawatan; Hasil diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada kasus Ibu P ditemukan diagnosa ASI tidak efektif, nyeri akut, dan risiko infeksi. Pada kasus ibu D diagnosa yang ditemukan yaitu Risiko Infeksi, Nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik.

Perencanaan keperawatan yang digunakan dalam kasus pada kedua pasien disesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditegakkan selama 3x24 jam berdasarkan kondisi pasien saat ini yaitu Produksi ASI tidak efektif dengan memberi informasi teknik dan cara menyusui yang benar; Nyeri akut dengan intervensi kaji tanda-tanda vital, kaji skala nyeri (1-10), ajarkan teknik relaksasi napas dalam, atur posisi pasien, dan kolaborasi pemberian analgesik; Hambatan mobilitas fisik dengan

intervensi monitor intake nutrisi, kaji kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi, bantu pasien dalam aktivitas sehari-hari sesuai kebutuhan tubuh, kaji nadi setelah melakukan mobilisasi; Risiko Infeksi dengan intervensi yaitu kaji tanda vital, monitor tanda dan gejala infeksi, monitor adanya luka, lakukan perawatan luka dan infus, lakukan perawatan perineal hygiene, dan berikan antibiotik sesuai program.

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah peneliti susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kasus Ibu P dan Ibu D sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada dan sesuai dengan kebutuhan pasien post sectio caesarea dengan riwayat KPD.

Evaluasi keperawatan yang telah dilaksanakan berjalan sesuai semua tujuan dapat tercapai dan masalah keperawatan yang muncul dapat teratasi dengan baik

Daftar Rujukan

1. Adista, N. F., Apriyanti, I., & Muhida, V. (2021). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini di IGD Maternal RSUD. dr. Dradjat Prawiranegara Serang*. Jurnal Riset Kebidanan Indonesia, 5(2), 137-146.
2. Amin & Hardani (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda NIC-NOC Edisi Revisi Jilid 2*. Yogyakarta: MediAction.
3. Bobak. (2005). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta: EGC.
4. Dewi, Lia, V. N. Sunarsih, Tri. (2011). *Asuhan Kebidanan Ibu Nifas*. Jakarta: Salemba Medika.
5. Doenges, Marilyn, E., & Moorhouse, Frances, M. (2001). *Rencana Perawatan Maternal/Bayi: Pedoman Untuk Perencanaan dan Dokumentasi Perawatan pasien*. Jakarta : EGC.
6. Handayani, Esti. (2016). *Asuhan Holistik Masa Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Trans Medika

7. Hartati, S., & Maryunani, A. (2015). *Asuhan Keperawatan Ibu Post partum Sectio Caesarea*. Jakarta: CV Trans Info Media.
8. Hasanah, A. I., Hardiani, R. S., & Susumaningrum, L. A. (2017). *Hubungan Teknik Menyusui dengan Risiko Terjadinya Mastitis pada Ibu Menyusui di Desa Kemuning Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember*. E-Jurnal Pustaka Kesehatan, 5(2), 260–267. <https://jurnal.unej.ac.id/index.php/JPK/article/download/5782/4292>.
9. Johnson, Y. J. (2014). *Keperawatan Maternitas Demystified*. Yogyakarta: Rapha Publishing
10. Karyati, S. (2018). Efektivitas Mobilisasi Dini Terhadap Penurunan Skala Nyeri Post Operasi Sectio Cesarea di RSUD Kudus (pp. 866–871). pp. 866–871.
11. Keliat, P. D., Mediani, H. S., & Tahlil, T. B. (2018). *NANDA-I Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2018-2019 (11th ed.)*. Jakarta: EGC.
12. Kozier, Barbara, dkk. (2004). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 7 volume 1* Jakarta: EGC.
13. Manuaba, dkk. (2010). *Ilmu Kebidanan, penyakit Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC
14. Manzahri. (2017). *Teknik Relaksasi Nafas Dalam Dapat Menurunkan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Op Section Caesarea*. Jurnal Ilmiah Kesehatan, Volume 6 No 2 Januari 2017.
15. Maryunani Anik. (2010). *Nyeri dalam Persalinan “Teknik dan Cara Penanganannya”*. Jakarta: Trans Info Media.
16. Ningsih, D. A. et.al., (2013). *Relaksasi Pernapasan Menurunkan Nyeri Pada Ibu Seksio Sesarea*. Jurnal Media Kesehatan, vol.1. No. 3.
17. Nugroho T. (2010). *Buku Ajar Obstetri*. Yogyakarta: Nuha Medika.
18. Nurhayati & Suratni. (2017). *Hubungan Pengetahuan Ibu Post partum Tentang Tehnik Menyusui dengan Terjadinya Bendungan ASI di Wilayah Kerja PKM Melong Asih Kota Cimahi Periode Juni-Agustus 2016*. Jurnal Ilmiah Bidan, Vol.II, No.1.
19. Nur Maretta (2017). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Nifas Dengan Bendungan ASI*. Indonesian Journal On Medical Science – Volume 4 No 2 – 2017, 4, (183–188).
20. Nurliawati Enok. (2010). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Produksi ASI pada Ibu Pasca *Sectio Sesarea* di Wilayah Kota dan Kabupaten Tasikmalaya. Tesis.
21. Patasik, K. C. (2013). *Efektifitas Teknik Relaksasi Nafas Dalam dan Guided Imagery Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea di Iriana D Blu RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado*. Ejournal keperawatan, Manado.
22. Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2016). *Standar Diagnosis keperawatan Indonesia: Defenisi dan Indikasi Diagnostik*. Jakarta: DPP PPNI.
23. Potter & Perry. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktek Edisi 4. Vol. 2*. Jakarta: EGC.
24. Prahesti, T. (2018). *Tingkat pengetahuan ibu primipara tentang teknik menyusui yang benar di PKD Amanda Desa Banyurip Kecamatan Jenar*. Jurnal Kebidanan Indonesia vol 7, no 2 tahun 2018.
25. Prawirohardjo, Sarwono. (2012). *Ilmu Kandungan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
26. Purwaningsih Wahyu dan Fatmawati Siti. 2010. *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta. Nuha Medika
27. Rahmawati Ana. 2017. *Buku Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta. Pustaka Baru.

28. Rohmawati Nur dan Fibriana Arulita. 2018. *Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran Semarang Higeia*
29. Rukiyah, A, Y., dan Yulianti, L. (2010). *Asuhan Kebidanan Patologi Kebidanan 4. Cetakan 13*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
30. Rukiyah Ai Yeyeh & Yulianti, Lia. 2019. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta. TIM.
31. Santoso, A, I., Firdaus, A, D., Mumpuni, R, Y. (2022). *Penurunan Skala Nyeri Pasien Post Operasi Sectio Caesarea Dengan Teknik Mobilisasi Dini*. Jurnal Ilmiah Media Husada. 11(1), 97-104.
32. Saraswati, V.S., Utami, T., & Haniyah, S. (2021). *Asuhan Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik pada Pasien Post Sectio Caesarea di Ruang Bougenville RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga*. 2021 Seminar Nasional Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat (SNPPKM) ISSN 2809-2767 Purwokerto, Indonesia, 06 Oktober 2021.
33. Sarcinawati. 2017. *Survei Mobilisasi Dini Pada Ibu Post Partum Di Ruang Flamboyan Dan Sasando Rsud. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang*. Kupang. Rsud. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
34. Sari. (2018). *Pengaruh Ambulasi Dini Terhadap Intensitas Nyeri Post Sectio Caesarea Insan Cendikia Jombang*. International Journal of Education and Research, 4(1),323–332.
35. SDKI, DPP & PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik. Edisi 1*. Jakarta: DPPPNI.
36. Smeltzer & Bare. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8 Vol.1. Alih bahasa: Agung Waluyo*. Jakarta : EGC.
37. Sukowati, Dewi, Ermiami, Wahyuni, Widiasih, & Nasution. (2010). *Model Konsep dan Teori Keperawatan Aplikasi pada Kasus Obstetri Ginekologi*. Bandung: PT Refika Aditama
38. Tietjen. (2004). *Panduan Pencegahan Infeksi Untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan Sumber Daya Terbatas*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
39. Vivi, S., M, & Frisca M., (2017). *Pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri post operasi sectio caesarea di ruangan maria Rs pancaran kasih GMIM kota Manado*.
40. Vivi. (2018). *Jurnal Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Partum Normal di Ruang Bersalin Upt Puskesmas Blooto Kecamatan Prajurit Kulon Mojokerto*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit.
41. Wiknjastro, H. (2010). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
42. Wisudawati, W. (2018). *Hubungan Antara Kehamilan Postterm dan Ketuban Pecah Dini dengan Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir di RSUD '45' Kabupaten Kuningan Tahun 2016*. Jurnal JKFT: Universitas Muhammadiyah Tangerang, Vol. 3, Januari-Juni, Tahun 2018 : 28-37. ISSN : 2502-0552
43. Yanti, E., Harmawati, & Fridalni, N. (2019). *Mobilisasi Dini Pada Ibu Post Sectio Caesaria*. Jurnal Abdimas Saintika, 1(1), 1-8.