

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Studi Kasus

Studi kasus dengan judul “Asuhan keperawatan pada Ny.”I” P3A0 *Postpartum* Maturus *Sectio Caesarea Transperitonealis Profunda* POD 1 Dengan Masalah Risiko Perdarahan Di Ruang Aster RSUD Kota Bandung Tahun 2023” ini sudah selesai dilaksanakan dari tanggal 10 April s/d 19 April 2023, dengan 1 orang pasien yang diberikan fokus intervensi asuhan keperawatan dan fokus intervensi pijat oksitosin untuk menurunkan risiko perdarahan pada ibu *postpartum*. Pelaksanaan studi kasus ini berlangsung 5 hari dengan 3 hari di rumah sakit dan 2 hari di rumah pasien (*home visit*). Hasil data yang didapatkan dan dikumpulkan akan digambarkan dalam bentuk asuhan keperawatan yang terdiri dari beberapa proses keperawatan yaitu, pengkajian keperawatan, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

4.1.1. Hasil pengkajian

Tabel 4. 1 Hasil Pengkajian

a. Pengkajian	
(1)	(2)
Identitas pasien	Pasien ber inisial Ny.”I” berumur 33 tahun, no register 071930, bertempat tinggal di Perum bukit permai, C3 No.9, Cimanggung, Kecamatan Cimanggung, Kabupaten Sumedang, Jawa Barat, tanggal masuk RS 10 April 2023 dan dioperasi <i>sectio caesarea</i> pada tanggal 11 April 2023. Ibu dikaji oleh perawat pada tanggal 11 April 2023 pada jam 14.30 WIB dengan diagnosa Ibu P3A0 partus maturus + PEB dengan gagal drip.
Riwayat kesehatan	b. Keluhan utama Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi

c. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien merasa mulas pada 1 hari SMRS, pasien pergi ke BPM dan hasil pemeriksaan tekanan darah ibu 200/100mmHg lalu pasien dirujuk ke RSUD Kota Bandung. 3 jam SMRS keluar lendir bercampur sedikit darah dari jalan lahir, setelah pasien sampai di IGD pasien diberi obat MgSO₄ 20% 4 gr, dopamet 500 mg, nifedipine 10mg, TD 170/100mmHg, pasien di *transfer* ke ruang tulip (VK) tekanan darah pasien 170/90 mmHg dan pasien disarankan untuk melakukan persalinan dengan buatan atau *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat + (gagal drip) lalu, Ibu dilakukan operasi SC dari jam 10.00 WIB dan Ibu dipindahkan keruang rawat inap di ruang aster bed E RSUD Kota Bandung pada jam 14.00 WIB

Pada jam 20.00 WIB dalam rentang \pm 8 jam *post operasi*. Ibu mengeluh nyeri di area bekas operasi, nyeri bertambah saat ibu mencoba bergerak dan berkurang saat istirahat, nyeri seperti ditekan / linu, nyeri dirasakan hanya di area bekas operasi, skala nyeri diangka 5 dari skala 1-10, nyeri dirasakan ibu secara kadang – kadang.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan belum pernah mengalami operasi *sectio caesarea* sebelumnya, pasien juga mengatakan mempunyai pengalaman tekanan darah tinggi pada kehamilan anak ke 2 dengan melahirkan spontan dan tekanan darah 150/90 mmHg

e. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien menyatakan tidak memiliki penyakit hipertensi tetapi ibu pasien memiliki riwayat hipertensi, pasien tidak memiliki riwayat diabetes melitus dan penyakit jantung, lalu pasien juga mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit menular seperti HIV, TBC, hepatitis

f. Riwayat ginekologi**Riwayat menstruasi**

Pasien mengatakan pertama kali mens pada saat umur 14 tahun dengan siklus haid 28 hari.

Riwayat pernikahan

Pasien mengatakan berstatus menikah dan merupakan pernikahan yang pertama saat berumur 27 tahun, lama pernikahan sudah 6 tahun.

Riwayat keluarga berencana (KB)

Pasien mengatakan belum pernah menggunakan KB sebelumnya dan sudah berencana memasang KB IUD sesudah melahirkan.

g. Riwayat obsetri**Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu**

Pasien mengatakan hamil anak ke 1 saat berumur 28thn pada tahun 2018 ANC \pm 10 kali di BPM dan tidak ada penyulit saat kehamilan, pada saat persalinan anak pertama secara spontan bertempat di BPM tidak ada penyulit, anak pertama berjenis kelamin perempuan dengan berat badan 3300gr dengan laktasi formula karena ASI tidak keluar, selanjutnya ibu hamil anak ke 2 saat berumur 30 tahun pada tahun 2020 ANC \pm 10kali di BPM dan ada penyulit saat trimester ke III ibu mengalami preeklampsia dengan TD : 150/90mmHg, ibu bersalin secara spontan di BPM dan tidak ada penyulit, berjenis kelamin laki – laki dengan berat badan 3800gr laktasi selama 2 tahun dan tidak ada penyulit pada masa nifas.

Riwayat kehamilan sekarang

Berdasarkan data dari rekam medis pasien dan, surat rujukan pasien, riwayat G3P2A0 dengan HPHT 8juli 2022 TP : 15 April 2023, ibu bersalin 11 April 2023, ANC 10 x di BPM, tanda bahaya atau penyulit pasien yaitu 1 hari SMRS tekanan darah di BPM mencapai 200/100mmHg, 3 jam SMRS keluaran lendir bercampur darah dari jalan lahir, saat di ruang tulip tekanan darah 170/90mmHg, obat yang dikonsumsi suplemen tablet tambah darah, Vitamin K. ibu telah di imunisasi TT1 dan TT2, ibu mengalami preeklampisa berat pada trimester ke III dengan TD :200/100mmHg

Riwayat persalinan sekarang

Berdasarkan data dari rekam medis pasien, jenis persalinan buatan *sectio caesarea* dengan insisi *transperitoneal profunda* dengan masa gestasi 41 minggu dengan perdarahan saat bersalin 500 cc, keadaan plasenta dengan berat 500gr berdiameter 17cm.

Pola aktivitas sehari - hari

Pola makan pasien saat dirumah sakit yaitu ibu belum boleh makan karena masih diharuskan dilakukan pemantauan bising usus

Pola minum pasien untuk dirumah sakit belum boleh minum karena masih diharuskan dilakukan pemantauan bising usus

Pola eliminasi pasien untuk dirumah sakit pada saat post SC belum BAB karena pasien hanya boleh berbaring atau miring kanan/kiri dan terpasang kateter dengan urin outputnya 600 cc.

Pola istirahat dan tidur ibu di rumah sakit belum tidur malam karena saat dikaji ibu baru selesai *post SC* pada jam 12.00WIB.

Pola personal hygiene pasien di rumah sakit yaitu, pasien sudah mandi sebelum melakukan operasi SC, ibu tidak memakai pakaian dalam pada saat setelah dioperasi, ibu merawat payudaranya sebelum operasi, dan ibu belum bisa melakukan vulva *hygiene* sendiri karena masih harus berbaring

Pemeriksaan fisik

Keadaan umum : Keadaan pasien compos mentis GCS : 15, TD : 150/90mmHg, N : 89 x/menit, RR : 20x/menit, S : 37,4°C. IMT 26 (kategori obesitas ringan)

Mata : Ibu tidak memakai kacamata, konjungtiva : pink kemerahan

Perut : Terdapat luka bekas operasi dengan insisi *transperitoneal profunda* dengan panjang ± 10 cm, keadaan luka tertutup oleh verban, TFU sepusar, kontraksi uterus keras, tidak berwarna kebiruan di sekitar luka, tidak ada pengeluaran cairan/serum dari luka.

Bibir : mukosa bibir lembab

Ekstremitas atas : Bentuk kanan dan kiri simetris, tidak ada edema pada tangan kanan dan kiri, kuku jari pendek dan bersih, terdapat infus dilengan kiri dengan cairan infus RL, CRT <3 detik.

Ekstremitas bawah : Bentuk kaki kanan dan kiri simetris, tidak ada edema, kuku jari pendek dan bersih, varices tidak ada, refleks patela positif, hommans sign negatif.

Genetalia : Lochea berjenis rubra berwarna merah segar, terpasang kateter, ibu belum mengganti *underpad* nya lochea jenis rubra, tidak bau busuk, tidak ada gumpalan, berwarna merah segar ± 100 cc menggunakan

underpad dalam pemakaian ± 30 menit, genitalia tampak kotor, perineum : tidak ada tanda – tanda infeksi, anus tidak ada hemeroid.

Data psikologis Status emosional

Emosi pasien stabil, pasien mengatakan merasa sangat senang dapat melahirkan lancar walaupun melahirkan secara SC, ibu masih dengan pada fase taking in dan masih beradaptasi dengan pengalaman baru operasi *sectio caesarea*

Pemeriksaan penunjang Laboratorium (Darah) :

Pemeriksaan	Hasil tanggal 10-04-2023	Hasil tanggal 11-04-2023	Satuan	Nilai normal
Hemoglobin	12,4	11,8	g/dL	11,7-15,5
Hematokrit	38,2	35,2	%	35,0-47,0
Eritrosit	2,62	4,29	$10^6/\mu\text{L}$	3,8-5,2
Leukosit	11,97	13,93	$10^3/\mu\text{L}$	3,6-11,0
Trombosit	212	193	$10^3/\mu\text{L}$	150-440
IPF	3,0	2,7	%	0,8-6,2
MCV	82,7	82,1	μm^3	80-100
MCH	26,8	27,5	$10^3/\mu\text{L}$	32-36
MCHC	32,5	33,5	pg/cell	26-34

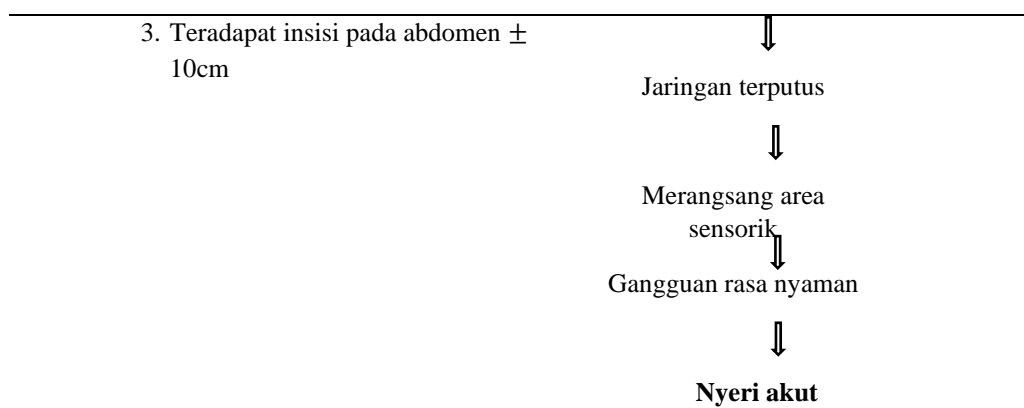
Data therapy

Tanggal 11 – 04- 2023			
Nama	Dosis	Rute	Kegunaan
Bactesyn	375 mg	Oral	Untuk mengatasi infeksi bakteri khususnya pada ginekologi
Oksitosin drip	2 ampule	iv	Untuk mencegah perdarahan, untuk menstimulasi kontraksi uterus
Sayuran dan buah buahan	1 porsi	oral	Untuk menghindari konstipasi, vitamin k berperan untuk mencegah perdarahan (pembekuan darah)
Ibu menyusui	5 tetes		Ibu menyusui akan membuat hormon oksitosin keluar, dan membuat rahim berkontraksi sehingga dapat mencegah perdarahan.

b. Analisa data

No.	Data	Kemungkinan penyebab	Masalah
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	DS : pasien mengatakan 3 jam SMRS keluar lendir bercampur sedikit darah dari jalan lahir, ibu mengatakan ini merupakan persalinan anak ke 3	Faktor ibu: CPD(gagal drip), Preeklampsia ↓	Risiko perdarahan

	<p>DO : 1. Riwayat preeklampsia anak ke 2 TD :150/90mmHg</p> <p>2. Diagnosis ibu PEB + gagal drip</p> <p>3. Ibu post SC, Insisi transperitoneal profunda</p> <p>4. Lochea jenis rubra, tidak bau busuk, warna merah segar \pm100 cc menggunakan underpad dalam pemakaian \pm30 menit</p> <p>5. TFU sepusar</p> <p>6. Kontraksi uterus keras</p> <p>7. TD : 150/90 mmHg</p> <p>8. S : 37,4°C, N : 89 x/menit</p> <p>9. R : 20x/menit, Spo% : 95%</p> <p>10. Ibu belum rawat gabung</p>	<p>Sectio caesarea</p> <p>⇓</p> <p>Postpartum / nifas</p> <p>⇓</p> <p>Penurunan progesterone dan estrogen</p> <p>⇓</p> <p>Kontraksi uterus</p> <p>⇓</p> <p>Involusi</p> <p>Pengeluaran lochea</p> <p>⇓</p> <p>Risiko perdarahan</p>	
2.	<p>DS : ibu mengatakan belum pernah menjalani operasi sectio caesarea sebelumnya</p> <p>DO : 1. Terdapat perlukaan insisi pada abdomen \pm 10 cm transperitoneal profunda</p> <p>2. Keadaan luka tertutup kasa</p> <p>3. Terpasang kateter</p> <p>4. genitalia tampak kotor, ibu belum bisa melakukan vulva hygiene karena masih harus berbaring.</p> <p>5. Ibu belum mengganti <i>underpad</i> nya</p> <p>6. Tidak terdapat bercak darah pada balutan luka <i>post</i> operasi.</p>	<p>Faktor ibu: CPD(gagal drip), Preeklampsia</p> <p>⇓</p> <p>Sectio caesarea</p> <p>⇓</p> <p>Luka <i>post</i> operasi</p> <p>⇓</p> <p>Jaringan terbuka</p> <p>⇓</p> <p>Proteksi kurang</p> <p>⇓</p> <p>Invasi bakteri</p> <p>⇓</p> <p>Risiko infeksi</p>	Risiko infeksi
3.	<p>DS : Ibu mengeluh nyeri saat POD 1 pada luka bekas operasi, nyeri bertambah saat bergerak / berusaha miring</p> <p>DO : 1. Skala nyeri 5 dari 1-10</p> <p>2. Ibu terlihat meringis kesakitan</p>	<p>Faktor ibu: CPD(gagal drip), Preeklampsia</p> <p>⇓</p> <p>Sectio caesarea</p> <p>⇓</p> <p>Luka <i>post</i> operasi</p>	Nyeri akut



4.1.2. Diagnosa keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian selanjutnya dilakukan analisa data dan didapatkan kesimpulan sebagai diagnosa keperawatan yang diangkat sebagai berikut ini yaitu :

Tabel 4. 2 Hasil diagnosa keperawatan

No.	Diagnosa keperawatan
(1)	(2)
1.	Risiko perdarahan (D.0012) berhubungan dengan komplikasi pasca partum ditandai dengan riwayat kehamilan ibu 3 jam SMRS terdapat pengeluaran lendir dengan bercak darah, diagnosa medis ibu PEB dengan gagal drip, ibu melahirkan anak ke 3.
2.	Risiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer ditandai dengan terdapat luka operasi, terpasang kateter, belum mengganti pembalut selama \pm 11jam, genitalia tampak kotor, tidak terdapat bercak darah pada balutan luka <i>post</i> operasi.
3.	Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan pencedera fisik ditandai dengan ibu mengeluh nyeri, nyeri bertambah saat bergerak, skala nyeri 5 dari 0-10, ibu terlihat meringis kesakitan, terdapat insisi transperitoneal profunda \pm 10 cm

4.1.3. Perencanaan keperawatan

Tabel 4. 3 Hasil perencanaan keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Risiko perdarahan (D.0012) berhubungan dengan komplikasi pasca partum ditandai dengan ibu di diagnosa medis PEB+CPD(gagal drip)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 7jam diharapkan tingkat perdarahan menurun (L.02017) penyembuhan luka meningkat (L.14130), status pasca partum membaik (L.07062) dengan kriteria hasil: 1. Hematokrit membaik 2. Hemoglobin membaik 3. Tekanan darah membaik / kembali normal 4. Perdarahan vagina / <i>postpartum</i> menurun 5. Nyeri insisi menurun 6. Pemulihan insisi meningkat 7. Kenyamanan meningkat 8. Jumlah <i>lochea</i> menurun 9. Warna <i>lochea</i> sesuai dengan jenis <i>lochea</i> 10. <i>Mood</i> Ibu membaik	Pencegahan perdarahan (I.02067) Observasi 1. Monitor nilai hematokrit / hemoglobin sebelum dan setelah perdarahan 2. Monitor koagulasi (misal <i>prothrombin time</i> , <i>partial thromboplastin time</i> , fibrinogen, degradasi fibrin.) Edukasi 3. Anjurkan meningkatkan asupan cairan 4. Anjurkan meningkatkan asupan makan dan vitamin K Kolaborasi 5. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu Manajemen perdarahan pervaginam pasca persalinan (I.02045) Observasi 1. Periksa uterus 2. Identifikasi keluhan Ibu (misalnya keluar banyak darah, pusing, pandangan kabur) 3. Monitor risiko terjadinya perdarahan 4. Monitor jumlah kehilangan darah Terapeutik 5. Posisikan supine	1. untuk mengetahui apakah ada peningkatan/ penurunan HB dan HT 2. untuk mengetahui faktor pembekuan darah 3. untuk menghindari konstipasi 4. vitamin K untuk mensintesis protein sebagai proses pembekuan darah 5. untuk mencegah komplikasi post partum 1. Untuk memastikan TFU sudah sesuai hari melahirkan, membulat dan keras/ lembek) 2. Untuk mengetahui yang dirasakan ibu 3. Untuk mencegah perdarahan 4. Untuk mengetahui jumlah pengeluaran lochea 5. Untuk meningkatkan kenyamanan pasien

-
- | | |
|--|--|
| 6. Lakukan pijat oksitosin untuk merangsang kontraksi uterus | 6. Untuk merangsang kontraksi uterus dan penurunan TFU |
|--|--|

Pemantauan tanda tanda vital (I.02060)

Observasi

- | | |
|--|--|
| 1. Monitor tekanan darah | 1-5. untuk mengetahui |
| 2. Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) | tanda – tanda vital pasien agar dapat mengetahui kondisi |
| 3. Monitor pernafasan (frekuensi, kedalaman) | perkembangan kesehatan pasien |
| 4. Monitor suhu tubuh | |
| 5. Monitor oksimetri nadi | |

Perawatan pasca persalinan (I.07225)

- | | |
|---|--|
| 1. Fasilitasi ikatan tali kasih Ibu dan bayi secara optimal | 1. agar meningkatkan hormon oksitosin ibu |
| 2. Diskusikan kebutuhan aktivitas dan istirahat selama masa <i>postpartum</i> | 2. agar ibu tercukupi proporsi aktivitas dan istirahatnya |
| 3. Diskusikan penggunaan alat kontrasepsi | 3. agar ibu mendapatkan KB sesuai dengan kebutuhan tubuh (IUD) |
| Edukasi | 4. agar ibu dan keluarga bisa lebih peduli lagi |
| 4. Jelaskan tanda bahaya nifas pada Ibu dan keluarga | 5. agar ibu mengetahui bahwa penting untuk melakukan |
| 5. Jelaskan pemerikasaan Ibu dan bayi secara rutin | pemeriksaan ibu dan bayi secara rutin |

Perawatan pasca sectio caesarea (I.14567)

Observasi

- | | |
|--|--|
| 1. Identifikasi riwayat kehamilan dan persalinan | 1. untuk mengetahui riwayat kehamilan dan persalinan |
| 2. Monitor respon psikologis (misalnya nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan napas dan lokia) | 2. untuk mencegah komplikasi <i>postpartum</i> |
| 3. Monitor kondisi luka dan balutan | 3. untuk mencegah komplikasi <i>postpartum</i> |
| | 4. untuk mengetahui bagaimana respon |
-







			<p>Terapeutik</p> <p>4. Diskusikan perasaan, pertanyaan dan perhatian pasien terkait pembedahan</p> <p>5. Motivasi mobilisasi dini 6 jam</p> <p>6. Fasilitasi kontak kulit kekulit dengan bayi</p> <p>Edukasi</p> <p>7. Informasikan pada Ibu dan keluarga tentang kondisi Ibu dan bayi</p> <p>8. Ajarkan latihan ekstremitas, perubahan posisi, batuk dan napas dalam</p>	<p>terkait pengalaman pembedahan</p> <p>5. untuk mempercepat penyembuhan</p> <p>6. untuk terjalin tali kasih antara ibu dan anak</p> <p>7. agar ibu mengetahui kondisi ibu dan bayi</p> <p>8. agar terpenuhi kebutuhan aktivitas ibu</p>
2.	<p>Risiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer, ditandai dengan terdapat luka operasi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan Keperawatan 1 x 7 jam diharapkan tingkat infeksi menurun (L.14137) dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Kebersihan tangan, badan meningkat Nyeri menurun Kadar sel darah putih atau leukosit membaik 	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor tanda dan gejala lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Batasi jumlah pengunjung Berikan perawatan kulit pada area edema Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Pertahankan Teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tanda dan gejala infeksi Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi untuk mencegah risiko infeksi untuk menurunkan risiko infeksi untuk mencegah perpindahan bakteri untuk mencegah infeksi agar ibu mengetahui tanda dan gejala infeksi untuk membantu proses penyembuhan luka untuk menghentikan pertumbuhan bakteri

			Perawatan area insisi (I.14558)	
			Observasi	
			1. Periksa lokasi insisi adanya kemerahan, bengkak, atau tanda – tanda dehisen atau eviserasi	1. untuk mengetahui keadaan insisi 2. untuk mengetahui
			2. Monitor tanda dan gejala infeksi	dan memastikan tidak ada tanda dan gejala infeksi
			Terapeutik	
			3. Bersihkan area insisi dengan pembersih yang tepat	3. agar area insisi terhindar dari infeksi
			4. Ganti balutan luka sesuai jadwal	4. agar terhindari dari infeksi
			Edukasi	
			5. Ajarkan meminimalkan tekanan pada tempat insisi	5. agar luka dapat kembali sempurna
			6. Ajarkan cara merawat area insisinya	6. agar pasien dapat merawat area insisinya
3.	Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan pencedera fisik ditandai dengan ibu mengeluh nyeri, nyeri bertambah saat bergerak, skala nyeri 6 dari 0-10, ibu terlihat meringis kesakitan, terdapat insisi transperitoneal profunda ±10 cm	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan Kriteria Hasil :	Manajemen nyeri (I.08238)	nyeri
			Observasi	1. untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
			1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	2. untuk mengetahui skala nyeri
			2. Identifikasi skala nyeri	3. untuk mengetahui respon nyeri non verbal
			3. Identifikasi respon nyeri non verbal	4. untuk mengetahui faktor nyeri
			4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	
			Terapeutik	5. untuk mengatasi nyeri secara non farmakologi untuk mengurangi nyeri
			5. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri seperti tarik nafas dalam	6. agar ibu istirahat dan tidur
			6. Fasilitasi istirahat dan tidur	









Edukasi	7. agar pasien bisa mengurangi nyeri secara mandiri
7. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri. Seperti tarik nafas dalam	
Kolaborasi	8. untuk mengatasi nyeri secara farmakologi
8. Kolaborasi pemberian obat analgetik, bila perlu	









4.1.4 Pelaksanaan keperawatan

Tabel 4. 4 Hasil pelaksanaan keperawatan

No.	Tanggal/jam	Diagnosa Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Paraf
1.	11 -04 -2023 Jam 14.30 WIB	2	Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien dan lingkungan pasien E/ perawat mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	
2.	11 -04 -2023 Jam 14.30 WIB	1	Memposisikan supine E/ pasien masih harus berbaring terlentang ±6 jam	
3.	11 - 04 – 2023 Jam 14.30 WIB	1	Mengidentifikasi keluhan ibu E/ Ibu tidak mengeluh pusing ataupun pandangan kabur	
4.	11 -04 -2023 Jam 14.30 WIB	1	Memonitor tekanan darah, suhu tubuh, pernafasan, frekuensi nadi, irama nadi, kekuatan nadi, oksimetri E/ TD : 150/90mmHg, N : 89 x /menit nadi kuat, irama nadi reguler, RR : 20 x./menit, S : 37,4 °C, Spo%=95%	
5.	11 -04 -2023 Jam 14.30 WIB	1	Memeriksa tinggi uterus E/ tinggi fundus uterus sepusar	
6.	11 -04 -2023 Jam 14.30 WIB	1	Memonitor risiko terjadinya perdarahan E/ pengeluaran lochea ±30 menit pasca operasi pada <i>underpad</i>	


yaitu ± 100 ml, warna lochea merah segar

7.	11 -04 -2023 Jam 14.30 WIB	2	Memberikan obat anti bakteri + oksitosin drip iv E/ pasien memakan obat bacesyn 375mg dengan rute oral	
8.	11 -04 -2023 Jam 14.30 WIB	1	Mengidentifikasi riwayat kehamilan dan persalinan E/ pasien mengatakan bahwa ini kehamilan anak ke 3 dan saat 3jam SMRS ada keluaran lendir bercak darah lewat vagina pasien, pasien baru pertama kali melakukan persalinan secara <i>sectio caesarea</i>	
9.	11 -04 -2023 Jam 14.30 WIB	1	Memotivasi ibu mobilisasi dini setelah 6 jam E/ Ibu mengatakan akan melaksanakan mobilisasi dini	
10.	11 -04 -2023 Jam 14.30 WIB	1	Memfasilitasi istirahat dan tidur E/ Ibu istirahat	
12.	11 -04 -2023 Jam 14.30 WIB	2	Membatasi jumlah pengunjung/penunggu pasien E/ keluarga penunggu pasien hanya 1 orang	
13.	11 -04 -2023 Jam 14.30 WIB	2	Mencuci tangan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien E/ perawat mencuci tangan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	
15	11 - 04 - 2023 Jam 17.00 WIB	1	Monitor nilai hematokrit, hemoglobin, monitor koagulasi, leukosit e/ HB : 11,8 g/dL HT: 35,2%, leukosit $13.93 \times 10^3/\mu\text{L}$,	
16	11 - 04 - 2023 Jam 17.30 WIB	1	mengecek bising usus e/bising usus positif 5x/menit	

17	11 – 04 – 2023 Jam 18.30	2	<p>Berikan perawatan vulva hygiene</p> <p>E/ perineum sudah dibersihkan perawat membantu memasang pembalut</p>	
18	11-04-2023 Jam 20.00 WIB	1	<p>Mengidentifikasi keluhan ibu</p> <p>E/ Ibu mengeluh nyeri pada bagian luka operasi</p>	
19.	11 -04 -2023 Jam 20.00 WIB	3	<p>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>E/ Lokasi nyeri ada pada perut pasien, karakteristik luka operasi tertutup balutan dan panjang insisi 10cm, nyeri dirasakan hilang timbul sebanyak ibu jika bergerak, kualitas nyeri seperti tertusuk jarum.</p>	
20.	11 -04 -2023 Jam 20.00 WIB	3	<p>Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>E/ pasien mengatakan skalanya 5</p>	
21.	11 – 04 -2023 Jam 20.00 WIB	3	<p>Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>E/ pasien terlihat meringis kesakitan</p>	
22.	11 – 04 -2023 Jam 20.00 WIB	3	<p>Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>E/ faktor yang memperberat adalah saat berusaha bangun dari tidur ke duduk, dan yang memperingan adalah istirahat</p>	
23.	11 – 04 -2023 Jam 20.00 WIB	3	<p>Memberikan teknik nonfarmakologi, yaitu tarik nafas dalam</p> <p>E/ pasien telah diberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri</p>	
24	11 – 04 – 2023 Jam 21.00 WIB	3	<p>Berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat analgetik e/ paracetamol 500mg diberikan kepada pasien secara oral pada jam 23.00 WIB</p>	

4.1.5 Evaluasi Sumatif (catatan perkembangan)

Tabel 4. 5 Evaluasi Sumatif (catatan perkembangan)

Tanggal/jam	Diagnosa Keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
12-04-2023 08.00 WIB	1	<p>S : Ibu tidak mengeluh pusing, ibu mengeluh nyeri hingga sulit tidur, ibu mengatakan baru 1x mengganti underpadnya dengan pembalut tadi malam, <i>underpad</i> tidak bocor dan tidak tampak penuh selama pemakaian selama ± 11 jam, ibu tidak mengalami pandangan kabur.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nilai pemeriksaan laboratorium setelah operasi yaitu : Hb :11,89/dL, HT :34,2%, eritrosit: $4,29 \cdot 10^6/\mu\text{L}$, trombosit $193 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ 2. TFU : 1 jari dibawah pusar 3. TD : 150/80 mmHg 4. N : 85 x/menit 5. RR : 19 x/menit 6. Spo2% : 96% 7. Lochea ± 100 cc, berwarna merah segar dan tidak berbau busuk lochea rubra <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan tinggi protein dan vitamin k 2. Lakukan pijat oksitosin 3. Identifikasi keluhan ibu 4. Identifikasi riwayat perdarahan pada kehamilan 5. Fasilitasi ikatan tali kasih ibu dan bayi secara optimal 6. Kolaborasi untuk obat pengontrol perdarahan 7. Monitor tanda – tanda vital 8. Motivasi mobilisasi dini <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan meningkatkan asupan makanan dan tinggi protein dan vitamin k 	

2. Melakukan pijat oksitosin
3. Mengidentifikasi keluhan ibu
4. Mengidentifikasi riwayat perdarahan pada kehamilan
5. Memfasilitasi ikatan tali kasih ibu dan bayi secara optimal
6. Memberikan untuk obat pengontrol perdarahan
7. Memonitor tanda – tanda vital
8. Memotivasi mobilisasi dini

E :

1. Pasien mengatakan akan meningkatkan asupan makanan tinggi protein dan vitamin K
2. Ibu terasa nyaman hingga tidur saat diberikan pijat oksitosin
3. Ibu tidak mengeluh pusing, tidak mengeluh pening, tidak mengeluh darah yang keluar dari vagina banyak
4. Ibu mengatakan mengalami pengeluaran melalui vagina, lendir bercampur bercak darah
5. Ibu terfasilitasi untuk rawat gabung dengan bayi
6. Ibu mendapatkan obat tablet SF 1 x/hari, dan Dopamet 3x500mg diberikan pada jam. 14.00 dan 22.00 WIB
7. Observasi TTV jam 14.00 WIB TD : 140/90 mmHg, N : 80x/menit, RR : 20x/menit, Spo2% : 95%, S : 36,°C
8. Ibu mau meningkatkan mobilisasi dini agar membantu proses penyembuhan luka
R : lanjutkan intervensi

12- 04- 2023
08.00 WIB

2

S : pasien ada nyeri tekan pada area luka, pasien belum mengetahui tanda dan gejala infeksi



O :

1. Leukosit setelah operasi $13,93 \cdot 10^3/\mu\text{L}$
2. S : 36°C
3. Ada nyeri tekan pada luka
4. Masih terpasang kateter pada genitalia
5. Genitalia tampak kotor

A : masalah teratasi sebagian

P :

1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
2. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan asupan cairan
3. Kolaborasi pemberian obat anti bakteri
4. Monitor tanda & bahaya infeksi
5. Lepas kateter
6. Lakukan vulva *hygiene*

I :

1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
2. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan asupan cairan
3. Berkolaborasi pemberian obat anti
4. Memonitor tanda & bahaya infeksi
5. Melepas kateter
6. Melakukan vulva *hygiene*

E :

1. Perawat menjaga kebersihan tangan
 2. Pasien akan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan meningkat
 3. Pasien mendapatkan obat tablet eritromycin 4 x 500mg diberikan pada jam 12.00 dan 18.00 WIB
 4. Tidak terdapat tanda dan gejala infeksi, seperti demam, TD menurun, nadi melemah, bernanah dan kotor, tidak ada bercak darah yang keluar dari luka.
 5. Pasien sudah dilepas pemasangan kateternya.
-

6. Vulva/ vagina pasien tampak bersih

R : Lanjutkan intervensi

12 – 04 – 2023

3

S : pasien mengeluh nyeri hingga sulit tidur.

Jam 08.00 WIB

O : skala nyeri 4 dari (1-10), ibu terlihat meringis kesakitan, kelopak mata ibu hitam, ibu bisa tertidur jam 23.00 dan terbangun jam 02.30 WIB karena nyeri

A : berdasarkan analisa diatas ditemukannya diagnosa terbaru yaitu gangguan pola tidur

P :


1. Analisis faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
2. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri
3. Berikan obat analgetik sesuai resep dokter
4. Fasilitasi ibu istirahat dan tidur

I :

1. Menganalisis faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
2. Memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri
3. Memberikan obat analgetik sesuai resep dokter
4. Memfasilitasi ibu istirahat dan tidur

E :

1. Faktor yang memperberat adalah saat berusaha bergerak dari tidur ke bangun, yang memperingan adalah istirahat
 2. Pasien telah diberikan teknik relaksasi nafas dalam dan pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala 3 dari (1-10)
-

		<p>3. Pasien diberikan obat paracetamol 3x1 500mg pada jam 14.00WIB</p> <p>4. Ibu istirahat pada jam 10.00 - 11.00 WIB</p> <p>R : Lanjutkan intervensi</p>	
12 – 04 – 2023	4	<p>S : Ibu mengeluh sulit tidur, ibu mengatakan yang mempermudah bangun yaitu saat merasa nyeri pada luka operasi dan saat bayinya menangis di tengah malam</p> <p>O : Ibu tampak lesu, klopak mata bagian bawah tampak hitam</p> <p>A : masalah belum teratasi, setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x 8 jam diharapkan pola tidur membaik (L.05045) dengan kriteria hasil : keluhan sulit tidur menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun</p> <p>P : beri dukungan tidur (I.1.05174)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi pola aktivitas tidur 2. identifikasi faktor pengganggu tidur seperti fisik dan psikologis 3. identifikasi obat tidur yang dikonsumsi 4. lakukan prosedur peningkatan kenyamanan seperti pijat, pengaturan posisi <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi pola aktivitas tidur 2. mengidentifikasi faktor pengganggu tidur seperti fisik dan psikologis 3. mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi 4. melakukan prosedur peningkatan kenyamanan pijat oksitosin, dan pengaturan posisi <p>E :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ibu memiliki kebiasaan tidur sebelum masuk RS dari jam 21.00 WIB – 04.30 WIB, sekarang 	

di rumah sakit ibu hanya bisa tidur dari jam 23.00 WIB -02.30 WIB

2. faktor yang mengganggu tidur ibu adalah nyeri pada bekas operasi

3. ibu tidak mengkonsumsi obat tidur

4. ibu mengatakan nyaman saat diberikan pijatan, ibu tertidur sebentar saat diberikan pijatan, ibu nyaman dengan pengaturan posisi terlentang.

13 – 04 – 2023

1

Jam 10.00 WIB

S : pasien mengatakan tidak merasa pusing atau pun pening, lochea tidak berbau busuk, pengeluaran lochea tidak terlalu banyak seperti kemarin, pembalut diganti ± 5 jam sekali.

O : tampak pengeluaran lochea rubra, berwarna merah segar, ± 50 cc setelah pemakaian ± 1 jam

A : masalah teratasi sebagian

P :

1. Memonitor kondisi luka balutan
2. Berikan dukungan menyusui yang memadai
3. Lakukan pijat oksitosin
4. Memonitor tanda tanda vital
5. Periksa uterus

I :

1. Memonitor kondisi luka balutan
2. Memberikan dukungan menyusui yang memadai
3. Melakukan pijat oksitosin
4. Memonitor tanda tanda vital
5. Memeriksa uterus

E :

1. Kondisi luka balutan bersih tidak ada bercak darah
 2. Ibu menyusui bayi air susu sudah keluar walaupun sedikit
-

-
3. Ibu nyaman saat diberikan pijat oksitosin, ada air susu yang keluar saat diberikan pijat oksitosin
 4. TD : 140/90mmHg, N : 88x/menit, RR : 18x/menit, Spo2% : 97%
 5. TFU : 2 jari dibawah pusar, kontraksi uterus keras

R : lanjutkan intervensi

13 - 04 - 2023

2

Jam 10.00 WIB

S : pasien mengatakan tidak ada nyeri tekan pada area luka, pasien mengatakan sudah mulai meningkatkan asupan nutrisi dengan protein yang tinggi, pasien mengatakan sudah meningkatkan kebersihan tangan.

O : tidak ada tanda dan gejala infeksi seperti demam, kemerahan pada area luka, pembengkakan pada area luka, ataupun bercak darah atau cairan yang keluar dari luka, verban bersih.

A : masalah teratasi sebagian

P :

1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
2. Ganti balutan sesuai jadwal
3. Bersihkan area insisi dengan pembersih yang tepat
4. Berikan obat anti bakteri

I :

1. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi
2. Mengganti balutan sesuai jadwal
3. Membersihkan area insisi dengan pembersih yang tepat
4. Memberikan obat anti bakteri

E :

-
1. Pasien memahami mengenai tanda dan gejala infeksi
 2. Pasien diganti balutan nya, keadaan luka bersih tidak ada cairan yang keluar, penyembuhan luka merata
 3. Pasien dibersihkan menggunakan kassa bersih dan NaCl
 4. Pasien meminum obat paracetamol 500g yang telah diberikan oleh perawat

R : lanjutkan intervensi

13 – 04 -2023 3

Jam 10.00 WIB

S : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah hilang timbul dan kadang dirasakan, masih dirasakan saat pasien ingin duduk dari posisi tidur terlentang atau saat ingin jalan ke kamar mandi, ibu mengatakan kualitas tidur baik dan nyenyak.

O : skala nyeri pasien 2 (1-10), ibu terlihat meringis kesakitan saat bangun dari tidurnya

A : masalah teratasi sebagian

P :

5. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri dengan terapi pijat oksitosin
6. Ajarkan pasien dan keluarga pasien untuk mengurangi nyeri : tarik nafas dalam, terapi pijat oksitosin
7. Berikan obat analgetik (paracetamol)

I :

1. Memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri dengan terapi pijat oksitosin
 2. Mengajarkan pasien dan keluarga pasien untuk mengurangi nyeri : tarik nafas dalam, terapi pijat oksitosin
-

3. Memberikan obat analgetik (paracetamol)

4. Identifikasi skala nyeri

E :

1. Ibu nyaman dengan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri
2. Pasien dan keluarga pasien sudah mengetahui cara non farmakologis yang telah diajarkan untuk mengurangi nyeri
3. Pasien diberikan obat paracetamol 500mg pada jam 14.00 WIB
4. Skala nyeri 1 dari (1-10)

R : Intervensi dihentikan

14 – 04 - 2023

1

(Home visit)

Jam 17.00 WIB

S : Ibu tidak ada keluhan apapun, ibu mengatakan hanya mengganti pembalut sesuai jadwal ± 4 jam sekali dalam sehari dengan keadaan pembalut ukuran 20cm dan tidak penuh

O : warna lochea merah kecoklatan (lochea *saguinolenta*), lochea tidak berbau busuk, TD : 140/90 mmHg N : 70 x/menit S : 36°C RR : 20x/menit, SpO₂: 96%, ± 50 cc (baru mengganti pembalut 3 jam yang lalu)

A : masalah teratasi sebagian

P :

1. Berikan pijat oksitosin
2. Jelaskan tanda bahaya nifas
3. Monitor jumlah kehilangan darah
4. Periksa uterus

I :

1. Memberikan pijat oksitosin
 2. Menjelaskan tanda bahaya nifas
-

3. Memeriksa uterus

E :

1. Ibu nyaman saat diberikan pijat oksitosin
2. Ibu memahami terhadap penjelasan tanda bahaya nifas
3. TFU 3 jari dibawah pusar, kontraksi uterus keras

R : Lanjutkan intervensi

14 – 05 - 2023

2

(Home visit)

Jam 17.00 WIB

S : ibu mengatakan tidak ada tanda dan gejala infeksi seperti demam, pembengkakan pada area luka, dan bercak darah pada area luka, ibu mengatakan bisa menjaga kebersihan tangan

O : balutan bersih, S: 36°C

A : masalah teratasi sebagian

P :

1. Ajarkan meminimalkan tekanan pada tempat insisi
2. Ajarkan cara merawat area insisi


I

1. Mengajarkan meminimalkan tekanan pada tempat insisi
2. Mengajarkan cara merawat area insisi

E

1. Ibu mengatakan akan memulai meminimalkan tekanan pada tempat insisi
2. Ibu mengatakan akan merawat area insisi dengan baik

R : Lanjutkan intervensi




15 – 04 -2023	1	S : ibu tidak mengeluh pusing, mood ibu membaik, ibu mengatakan tidak banyak keluar darah dari vagina, ibu belum mengetahui tanda dan bahaya masa nifas	
(home visit)			
Jam 18.30 WIB		O : TD : 130/90mmHg, N : 80x/menit, RR : 20x/menit, S: 36°C, TFU : 3 jari dibawah pusar, kontraksi uterus keras, lochea <i>saguinolenta</i> , berwarna merah kecoklatan	
		A : masalah teratasi sebagian	
		P :	
		1. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi	
		2. Anjurkan meningkatkan asupan makan dan vitamin K	
		3. Lakukan pijat oksitosin oleh keluarga	
		4. Jelaskan tanda bahaya nifas pada ibu dan keluarga	
		I :	
		1. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi	
		2. Menganjurkan meningkatkan asupan makan dan vitamin K	
		3. Melakukan pijat oksitosin oleh keluarga	
		4. Menjelaskan tanda bahaya nifas pada ibu dan keluarga	
		E	
		1. Ibu mengatakan akan meningkatkan asupan cairan	
		2. Ibu mengatakan akan meningkatkan asupan makan dan vitamin K	

-
3. Ibu diberi pijat oksitosin sekaligus suami pasien juga mempraktikkan pijat oksitosin
 4. Ibu mengerti dan dapat menyebutkan ulang mengenai tanda bahaya nifas

R : intervensi dihentikan

4.1.6 Evaluasi Formatif

Tabel 4. 6 Hasil evaluasi formatif

Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
12 – 04 – 2023 Jam 12.00 WIB	4	S : pasien dapat tidur dengan nyenyak O : ibu terlihat tidur dengan nyenyak A : masalah teratasi P : intervensi di hentikan	
13 – 04 – 2023 Jam 10.00 WIB	3	S : Pasien tidak mengeluh nyeri, nyeri sudah menurun dan jarang dirasakan O : Skala nyeri 1 A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	
15 – 04 -2023 Jam 18.30 WIB	1	S : pasien tidak mengeluh pusing, keadaan umum pasien baik, pasien mengatakan tidak banyak keluaran darah dari vaginanya malah semakin hari semakin sedikit darah yang keluaranya, ibu mengatakan mengganti pembalut ± 4 jam sekali dengan keadaan pembalut tidak penuh O : warna lochea merah kecoklatan (lochea <i>saguinolenta</i>) dengan pengeluaran darah ± 25 cc dengan pemakaian pembalut 4 jam, lochea tidak berbau busuk. TFU = 4 jari dibawah pusar A : masalah teratasi P : anjurkan pasien untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan vitamin k, anjurkan untuk	

		melakukan kontrol rutin sesuai anjurkan untuk mendeteksi gejala tanda bahaya nifas, anjurkan untuk selalu memonitor risiko perdarahan, anjurkan untuk diet rendah garam, anjurkan untuk diberikan pijat oksitosin oleh keluarga
15 – 04 – 2023 Jam 18.30 WIB	2	<p>S : ibu mengatakan akan mempertahankan teknik aseptik, ibu mengatakan sudah mengetahui tanda dan gejala infeksi.</p> <p>O : ibu dapat mempraktikan cuci tangan 6 langkah dengan baik dan benar</p> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : anjurkan pasien untuk melakukan kontrol rutin sesuai jadwal, anjurkan untuk meningkatkan asupan makanan tinggi protein dan selalu menjaga kebersihan diri</p>

4.2 Pembahasan

Pembahasan studi kasus ini akan membahas mengenai asuhan keperawatan pada Ny."I" P3A0 *postpartum* maturus *sectio caesarea* transperitoneal profunda POD 1 dengan masalah risiko perdarahan di ruang aster RSUD Kota Bandung dengan data atau ketentuan yang disesuaikan dengan tinjauan pustaka. Hasil dari studi kasus mengenai asuhan keperawatan *postpartum sectio caesarea* dengan masalah risiko perdarahan diperoleh bahwa tidak adanya tanda atau pun gejala perdarahan baik pada periode *immediate* ataupun *early postpartum*, setelah diberikan asuhan keperawatan secara rutin sebanyak 5 hari berturut – turut.

Postpartum merupakan masa pemulihan alat reproduksi atau masa kembalinya organ tubuh Ibu seperti sebelum hamil dalam waktu setelah persalinan hingga 6 minggu atau selama 40 hari. *Postpartum* menurut Wahyuningsih pada tahun 2018 mengatakan bahwa *postpartum* merupakan proses setelah persalinan dan *postpartum* terbagi menjadi 3 bagian yaitu, periode *immediate postpartum*, periode *early postpartum*, dan ada periode *late postpartum* (Kuswanto, et al., 2022).

Sectio caesarea adalah suatu tindakan pembedahan untuk melahirkan janin dengan cara membuat sayatan atau insisi pada dinding uterus dan dinding perut. *Sectio caesarea* (SC) menurut Amru Sofian adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut dengan berbagai jenis operasi SC yaitu *sectio caesarea* abdomen, *sectio caesarea* vaginalis, *sectio caesarea* klasik atau disebut corporal, dan *sectio caesarea* ismika atau disebut profunda (Nurarif & Kusuma, 2015).

Perdarahan *postpartum* merupakan suatu keadaan komplikasi yang terjadi kepada Ibu *postpartum*, untuk persalinan spontan hilangnya sebanyak 500 ml dan untuk persalinan SC hilangnya darah sebanyak 1000 ml atau lebih. Perdarahan *postpartum* adalah keadaan kehilangan darah lebih dari 500 ml dalam 24 jam yang dialami seseorang sehabis melahirkan, untuk kuantitas kehilangan darah pada persalinan spontan sebanyak 500 ml dan untuk kuantitas kehilangan darah pada persalinan SC yaitu 1000 ml (Bina, 2021).

4.2.1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian dari Ny."I" didapatkan hasil bahwa ibu memiliki riwayat 3 jam SMRS keluar lendir bercampur sedikit darah dari jalan lahir yang

menandakan bahwa persalinan dengan diawali perdarahan ringan akan segera dimulai tetapi, ibu dilakukan operasi *sectio caesarea* dikarenakan faktor ibu yaitu preeklampsia berat dan CPD (gagal drip) hal ini, menandakan bahwa bisa menjadi faktor pemicu ibu untuk berisiko perdarahan *postpartum* dikarenakan pasien dengan preeklampsia berat harus diberikan penanganan memberikan antikonsulvan (magnesium sulfat/MgSO₄) untuk mencegah dan mengatasi terjadinya kejang, tetapi dapat menyebabkan abnormalitas kontraksi uterus atau tonus otot dan PEB kondisi dimana terjadinya peningkatan tekanan darah yang dapat menyebabkan abnormalitas koagulasi yang dan mengakibatkan vasokonstriksi pembuluh darah sehingga sel atau jaringan kekurangan darah berakibat sel atau jaringan menjadi nekrosis dan jaringan nekrosis terlepas masih ke dalam pembuluh darah sehingga dapat menyebabkan pembekuan darah dan mengakibatkan perdarahan *postpartum* karena tidak bisa menghentikan perdarahan (Handayani & Wahyu, 2016).

Ibu juga mengatakan bahwa ini merupakan persalinan anak ke 3 yang dapat menjadi pemicu untuk risiko perdarahan *postpartum* hal ini sejalan dengan teori (Hayati, Maidartati, & Amelia, 2019) menurut hasil penelitian jika semakin sering Ibu mengalami kehamilan dan melahirkan paritas lebih dari 3 maka uterus semakin lemah sehingga berisiko perdarahan.

Pemeriksaan fisik yang dilakukan di ruang rawat inap didapatkan hasil keluhan yang dirasakan oleh ibu yaitu nyeri dengan skala nyeri 5 dari 1-10, saat diukur tanda – tanda vital didapatkan hasil N :89x/menit, R:20x/menit, S: 37,4°C, tekanan darah ibu 150/90mmHg, konjungtiva ibu pink kemerahan, tampak sedikit hitam pada klopak mata bagian bawah, terdapat luka bekas operasi dengan insisi

transperitoneal profunda dengan panjang ± 10 cm, dengan keadaan luka tertutup oleh verban keadaan diarea sekitar luka tidak berwarna kebiruan, penurunan TFU saat masih 12 jam *postpartum* yaitu sepusar dan kontraksi uterus keras, tidak ada pengeluaran cairan/serum dari luka. Lochea pada waktu 4 jam *postpartum* berjenis rubra berwarna merah segar, dan pengeluaran lochea ± 150 cc. hasil laboratotium yang dilakukan pada Ny."I" saat setelah melahirkan didapatkan data bahwa masih dalam rentang nilai normal dengan HB : 11,8 g/dL. HT: 35,2 %, eritrosit $4,29 \times 10^6/\mu\text{L}$, tetapi terjadi peningkatan hasil leukosit yaitu $13.93 \times 10^3/\mu\text{L}$ hal ini sejalan dengan teori (Leniwita & Anggraini, 2019) yang menyebutkan bahwa pada *early postpartum* jumlah leukosit meningkat dari 15.000/mm³ bisa mencapai hingga nilai 25.000/mm³ atau hingga nilai 30.000/mm³ dan tidak adanya kondisi patologis yang dapat disimpulkan bahwa peningkatan jumlah leukosit dalam ibu *postpartum* itu normal.

4.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa yang diangkat oleh penulis itu sudah sesuai dengan yang telah dikemukakan oleh Tim Pokja DPP PPNI, berdasarkan hasil analisa data yang telah diperoleh didapatkan masalah diagnosa keperawatan yaitu risiko perdarahan (D.0012) berhubungan dengan komplikasi pasca partum ditandai dengan TFU sepusar pada hari pertama *postpartum*, ibu keluaran bercak darah saat 3 jam SMRS waktu sebelum melahirkan, ibu di diagnosa medis PEB + gagal drip, risiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer, ditandai dengan terdapat luka operasi, nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan pencedera fisik ditandai dengan ibu mengeluh nyeri, nyeri bertambah saat bergerak, skala

nyeri 5 dari 1-10, ibu terlihat meringis kesakitan, terdapat insisi transperitoneal profunda ± 10 cm, gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur ditandai dengan ibu mengeluh sulit tidur.

Adapun diagnosa lain yang seharusnya muncul yaitu gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan nyeri tidak diangkat sebagai diagnosa keperawatan karena mobilitas fisik ibu baik, walaupun memang merasakan nyeri, defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi tidak diangkat sebagai diagnosa keperawatan karena ini merupakan kelahiran anak ke 3(multi para), deficit perawatan diri (D.0109) berhubungan dengan kelemahan Ibu tidak diangkat sebagai diagnosa keperawatan karena kondisi umum ibu atau kondisi fisik ibu tidak mengganggu untuk tidak bisa merawat diri sendiri, risiko syok (D.0039) berhubungan kekurangan volume cairan tidak diangkat sebagai diagnosa keperawatan karena tidak terjadinya perdarahan.

4.2.3 Perencanaan tindakan keperawatan

Perencanaan tindakan keperawatan yang telah diberikan sudah sesuai dengan sumber pustaka penulis yaitu, standar intervensi keperawatan indonesia dan standar luaran keperawatan indonesia yang disusun oleh tim pokja PPNI adapun rencana tindakan keperawatan untuk mencegah terjadinya risiko perdarahan dengan dilakukannya tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan tingkat perdarahan menurun (L.02017), penyembuhan luka meningkat (L.14130), status pasca partum membaik (L.07062) dengan kriteria hasil: hematokrit membaik, hemoglobin membaik, tekanan darah membaik / kembali normal, perdarahan vagina / *postpartum* menurun (Jumlah lochea menurun), pemulihan insisi

meningkat, irkulasi perifer meningkat, kenyamanan meningkat, warna lochea sesuai dengan jenis lochea dengan intervensi yang diberikan yaitu pencegahan perdarahan (I.02067), manajemen perdarahan pervaginam pasca persalinan (I.02045), pemantauan tanda tanda vital (I.02060), perawatan pasca persalinan (I.07225), perawatan pasca sectio caesarea (I.14567).

Rencana intervensi yang diberikan untuk diagnosa keperawatan risiko infeksi diharapkan tingkat infeksi menurun (L.14137) dengan kriteria hasil : kebersihan tangan, badan meningkat, demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun, kadar sel darah putih atau leukosit membaik dengan memberikan pencegahan infeksi (I.14539) dan, perawatan area insisi (I.14558).

Rencana intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah dengan kriteria hasil tingkat nyeri menurun (L.08066) : keluhan nyeri menurun, tidak meringis, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik, mampu tidur atau istirahat, kesulitan tidur menurun yaitu dengan memberikan manajemen nyeri (I.08238).

Rencana intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi gangguan pola tidur yaitu diharapkan pola tidur membaik (L.05045) dengan kriteria hasil : keluhan sulit tidur menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun dengan memberikan dukungan tidur (I. 1.05174).

4.2.4 Pelaksanaan keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dilakukan kepada pasien dimulai dari tanggal 11-04-2023 sampai dengan 14 – 04 – 2023 untuk menurunkan risiko perdarahan pada pasien *postpartum sectio caesarea* dengan kriteria hasil tingkat perdarahan menurun (L.02017) dan juga status *pasca partum* membaik (L.07062). Pada

pelaksanaan yang telah dilakukan meliputi tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Perawat juga memberikan terapi pijat oksitosin sebagai tindakan terapeutik untuk menurunkan risiko perdarahan menggunakan SPO RSUD Kota Bandung pada pasien dengan hasil evaluasi uterus kontraksinya kuat, penurunan TFU sesuai dengan jumlah hari *postpartum*, jumlah lochea yang keluar dari jalan lahir telah diawasi menggunakan SPO pengawasan perdarahan *postpartum* RSUD Kota Bandung yang semakin hari semakin menurun kuantitasnya dan juga lochea berubah warna sesuai dengan jumlah hari *postpartum*. RSUD menggunakan pengukuran *modified early obstetric warning scoring* untuk pengawasan perdarahan dan tindak lanjut jika terjadi penurunan keadaan pada ibu.

Masalah diagnosa keperawatan selanjutnya yaitu untuk menurunkan risiko infeksi dengan kriteria hasil tingkat infeksi menurun (L.14137) dan terbukti dengan kebersihan tangan dan badan meningkat, nyeri menurun, kadar leukosit membaik, masalah nyeri akut pada ibu dengan kriteria hasil tingkat nyeri menurun (L.08066) dan terbukti dengan keluhan nyeri menurun, tidak meringis kesakitan, mampu tidur/istirahat dan, masalah diagnosa keperawatan dengan kriteria hasil pola tidur membaik (L.05045) terbukti dengan keluhan sulit tidur menurun, keluhan tidak puas tidur menurun.

4.2.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan akhir dan merupakan kesimpulan dari seluruh rangkaian proses keperawatan yang terbagi menjadi dua tahapan yaitu evaluasi formatif atau yang biasa disebut catatan perkembangan untuk setiap harinya yang berisi SOAPIER, dan juga evaluasi sumatif yang terdiri dari SOAP.

Evaluasi hasil yang dilakukan pada tanggal 12 – 04 -2023 pada jam 12.00 WIB dengan masalah keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri dapat teratasi karena pasien sudah dapat tidur dengan nyenyak dan klopak mata pasien sudah tidak terlihat hitam, lalu untuk evaluasi hasil yang dilakukan pada tanggal 13-04-2023 pada jam 10.00 WIB dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dapat teratasi karena pasien sudah tidak mengeluh nyeri, nyeri dirasakan menurun dan skala nyeri pasien 1 dari nilai 1-10.

Evaluasi hasil yang dilakukan pada tanggal 15-04-2023 dengan masalah risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi *pasca partum* dapat teratasi karena pasien mengatakan tidak mengeluh nyeri kepala, pusing, keadaan umum pasien baik dan pasien mengatakan tidak banyak keluaran darah dari vagina yang keluar bahkan semakin hari semakin sedikit, pasien juga mengatakan saat setelah diberi pijat oksitosin pasien jadi terasa nyaman dan pengeluaran asi semakin meningkat kontraksi uterus keras dan TFU ± 4 jari dibawah pusar untuk, masalah risiko infeksi dapat teratasi karena pasien mengatakan akan mempertahankan teknik aseptik, ibu mengatakan sudah mengetahui tanda dan gejala infeksi, ibu dapat mempraktikan cuci tangan 6 langkah dengan baik dan benar.

4.3 Keterbatasan Studi Kasus

Studi kasus terkait asuhan keperawatan pada ibu *postpartum* sectio caesarea di ruang nifas RSUD Kota Bandung yang dilakukan selama 3 hari di rumah sakit dan hari berikutnya dilakukan dengan kunjungan rumah (home visit) selama 2 hari, penulis mengalami beberapa keterbatasan selama melakukan studi kasus, yaitu sebagai berikut :

- a. Lokasi tempat tinggal pasien jauh di cicalengka dan harus menyesuaikan dengan jadwal dinas rumah sakit
- b. Keadaan di RSUD Kota Bandung dan dirumah pasien kurang mendukung, tidak tersedianya meja untuk meletakkan bantal, tangan dan kepala membuat posisi ibu hanya dengan posisi duduk biasa ketika diberikan tindakan pijat oksitosin.