



Asuhan Keperawatan Klien yang Mengalami Risiko Infeksi pada Luka Operasi Sectio Caesarea atas Indikasi Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Budi Lestari Bekasi

Dewi Oktamia¹, Agustina²

Nursing Care of Clients who Have Risk of Infection at Wound of Sectio Caesarea Surgery for Indication of Premature Rupture of Bone Fertilization at Budi Lestari Hospital in Bekasi

Abstrak

Asuhan keperawatan pada post partum sectio caesarea diperlukan dalam usaha untuk membantu pasien pulih dalam keadaan semula. Masa nifas adalah dimulai sejak satu jam setelah lahirnya plasenta sampai 6 minggu (42 hari). Berdasarkan data yang diperoleh dari *medical record* Rumah Sakit Budi Lestari Bekasi didapatkan data keseluruhan jumlah ibu-ibu yang melahirkan 9 bulan terakhir dari Januari 2017 hingga September 2017 yaitu sebanyak 176 jiwa, terdiri dari section caesarea sebanyak 144 jiwa, pervaginam sebanyak 32 jiwa, dan abortus sebanyak 6 jiwa. Berdasarkan data tersebut menunjukkan tingginya angka kejadian kasus infeksi ibu bersalin sectio caesarea sehingga masalah kesehatan ini dapat menjadi kejadian luar biasa di Indonesia. Tujuan penelitian ini untuk menambah ilmu pengetahuan dalam tingkat risiko infeksi pada post sectio caesarea. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif deskriptif dengan proses keperawatan yang meliputi pengkajian sampai evaluasi serta dokumentasi dengan pengumpulan data pemeriksaan fisik, wawancara, observasi status pasien. Dari asuhan keperawatan yang dilakukan terdapat tiga diagnosis yang sama ditemukan pada kedua klien, yaitu: risiko infeksi berhubungan dengan episiotomi, gangguan rasa nyaman nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan.

Kata kunci: Post Partum Sectio Caesarea, Risiko Infeksi, Ketuban Pecah Dini

Abstrack

Nursing care in post partum sectio caesarea is needed in an effort to help patients recover to their original state. The postpartum period starts one hour after the birth of the placenta until 6 weeks (42 days). Based on data obtained from the medical records of Budi Lestari Hospital Bekasi, the overall data on the number of mothers who gave birth in the last 9 months from January 2017 to September 2017 was 176 people, consisting of 144 caesarea sections, 32 vaginal deliveries, and 14,000 abortions. 6 souls. Based on these data, it shows the high number of cases of infection for mothers giving birth to sectio caesarea so that this health problem can become an extraordinary event in Indonesia. The purpose of this study is to increase knowledge about the level of risk of infection in post sectio caesarea. This study uses a descriptive qualitative method with the nursing process which includes assessment to evaluation and documentation by collecting physical examination data, interviews, and observing patient status. From the nursing care carried out, there were three similar diagnoses found in both clients, namely: risk of infection related to episiotomy, impaired feeling of comfort, acute pain related to tissue trauma and impaired physical mobility related to weakness.

Keywords: Post Partum Sectio Caesarea, Infection Risk, Premature Rupture of Membranes

¹ Mahasiswa Prodi Keperawatan STIKES Persada Husada Indonesia

² Dosen Prodi Kesehatan Masyarakat STIKES Persada Husada Indonesia

Pendahuluan

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus. Indikasi SC bisa indikasi absolut atau relatif. Setiap keadaan yang membuat kelahiran lewat jalan lahir tidak mungkin terlaksana merupakan indikasi absolut untuk *sectio abdominal* pada indikasi relatif, kelahiran lewat vagina bisa terlaksana tetapi keadaan adalah sedemikian rupa sehingga kelahiran lewat *sectio caesarea* akan lebih aman bagi ibu, anak ataupun keduanya (Oxorn, 2010). Indikasi dilakukannya *sectio caesarea* pada ibu yaitu panggul sempit absolut, kegagalan melahirkan secara normal, tumor-tumor jalan lahir, stenosis serviks, plasenta previa, disproporsi sefalopelvik, dan ruptur uteri. Sedangkan indikasi pada janin yaitu kelainan letak, gawat janin, prolapsus plasenta, perkembangan bayi yang terhambat, dan mencegah hipoksia janin. Komplikasi yang bisa terjadi post SC adalah kerusakan organorgan seperti vesika urinaria dan uterus saat dilangsungkan operasi, tromboemboli, perdarahan, dan infeksi. Oleh karena itu peran perawat penting dalam penatalaksanaan untuk mencapai kualitas hidup ibu (Rasjidi, 2009).

World Health Organization (WHO) menetapkan standar rata-rata *sectio caesarea* di sebuah negara adalah sekitar 5-15 % per 1000 kelahiran di dunia. Rumah sakit pemerintah kira-kira 11 % sementara rumah sakit swasta lebih dari 30% (Gibbons, 2010). Angka kematian ibu yang disebabkan oleh infeksi post *sectio caesarea* (SC) di Indonesia pada tahun 2013 mencapai 7,3% (Kemenkes RI, 2015), sedangkan angka kejadian infeksi post SC di Jawa Tengah adalah 3,54% (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2014). Angka pada ibu besalin di Rumah Sakit Budi Lestari Bekasi yaitu

berjumlah data yang diperoleh dari *medical record* Rumah Sakit Budi Lestari Bekasi, didapatkan data keseluruhan jumlah ibu-ibu yang melahirkan 9 bulan terakhir pada bulan Januari 2017 hingga bulan September 2017 adalah sebanyak 176 jiwa, terdiri dari *sectio caesarea* banyak 144 jiwa, pervaginam sebanyak 32 jiwa, dan abortus sebanyak 6 jiwa.

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan kepada klien yang mengalami risiko infeksi pada luka operasi *sectio caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini di Rumah Sakit Budi Lestari Bekasi.

Metode

Desain penelitian yang digunakan adalah kualitatif deskriptif. Subyek yang digunakan adalah 2 klien (2 kasus) dengan masalah keperawatan dan diagnosis medis yang sama. Asuhan keperawatan klien yang mengalami risiko infeksi pada luka operasi *sectio caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini di RS Budi Lestari Bekasi. Waktu penyelenggaraan kegiatan penyelenggaraan asuhan keperawatan. Studi kasus penelitian dilakukan selama 3 hari dari tanggal 18 April sampai 20 April 2018 di RS Budi Lestari Bekasi, sejak pertama kali masuk RS sampai dengan klien pulang atau minimal klien dirawat selama 3 hari. Metode pengumpulan data yaitu wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik, serta studi dokumentasi dan angket. Uji keabsahan data dilakukan dengan memperpanjang waktu pengamatan/tindakan dan menggunakan triangulasi.

Hasil dan Pembahasan

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Matriks 1. Identitas Klien

Identitas Klien	Klien 1 Ny. A	Klien 2 Ny. I
Nama Pasien	Ny. A	Ny. I
Umur	37 tahun	22 tahun
Suku/Bangsa	Betawi/Indonesia	Jawa/Indonesia
Agama	Islam	Islam

Pendidikan	SMA	SMA
Pekerjaan	IRT	IRT
Alamat/Telp	Kp. Buaran RT.001/001	Swadaya RT.001/014, Jatibening
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Lama Perkawinan	15 tahun	1 tahun
Kawin	1 kali	1 kali
Dx Medis	SC (KPD)	SC (KPD & Letsu)

b. Riwayat Penyakit**Matriks 2. Riwayat Penyakit**

Riwayat	Klien 1 Ny. A	Klien 2 Ny. I
Keluhan Utama	Klien mengatakan nyeri pada daerah operasi, nyeri sedang, nyeri berada di skala angka 5, nyeri seperti ditusuk-tusuk, lamanya nyeri kurang lebih 1 menit, nyeri timbul pada saat bergerak dan beraktivitas. Klien mengatakan masih susah bergerak, dan masih dibantu suami dan keluarganya. Klien mengatakan perban belum pernah diganti sejak 2 hari selesai operasi (pengkajian di hari ke-1)	Klien mengatakan nyeri pada daerah luka post SC nyeri seperti ditusuk tusuk, nyeri sedang, skala nyeri 6 nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri kadang-kadang hilang datang. Klien mengatakan masih tidak bisa bergerak seperti miring kanan & kiri karena masih takut. Klien mengatakan luka terasa panas dan perban belum pernah diganti sejak 1 hari selesai operasi. (pengkajian di hari ke-1)
Riwayat Persalinan Sekarang	Ny.A melahirkan pada tanggal 17 April 2018 pada jam 11.25 WIB dengan tipe persalinan sectio caesarea atas indikasi ketuban pecah dini. Jenis kelamin bayi yaitu laki-laki dengan berat badan 3800 gram, lingkaran kepala 36 cm dan panjang badan 47 cm. APGAR skor pada menit 1 (8) dan menit ke 5 (9).	Ny.I melahirkan pada tanggal 19 April 2018 pada jam 20.30 WIB dengan tipe persalinan sectio caesarea atas indikasi ketuban pecah dini dan bayi letak sungsang. Jenis kelamin bayi laki-laki dengan berat badan 2900 gram, lingkaran kepala 38 cm dan panjang badan 44 cm. APGAR skor pada menit 1 (8) dan menit ke 5 (10).
Riwayat Obsetri	P ₃ A ₁ anak hidup 3 orang anak pertama lahir dengan usia kehamilan 38 minggu tidak ada penyulit pada masa kehamilan jenis persalinan normal dan ditolong oleh bidan, dengan jenis kelamin perempuan dengan berat badan lahir 2800 gram, panjang badan 47 cm, kondisi sekarang sehat dan sekarang berusia 14 tahun. Anak ke-2 lahir dengan usia kehamilan 39 minggu jenis persalinan sectio caesarea atas indikasi janin letak sungsang, kondisi sekarang sehat dan berusia 13 tahun. Anak ke-3 abortus pada usia kehamilan 4 bulan, abortus terjadi karena ibu	klien mengatakan melahirkan anak pertama, lahir dengan usia kandungan 38 minggu jenis persalinan sectio caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini + janin letak sungsang ditolong oleh dokter, Jenis kelamin bayi laki-laki dengan berat badan 2900 gram, lingkaran kepala 38 cm dan panjang badan 44 cm. APGAR skor pada menit 1 (8) dan menit ke 5 (10).

	sering bekerja rumah tangga terlalu cape dan terjadi pendarahan dan dibawa kerumah sakit oleh kakaknya. Sekarang anak ke-4 (terakhir) lahir dengan usia kehamilan 38 minggu dengan tipe persalinan sectio caesarea atas indikasi ketuban pecah dini. Jenis kelamin bayi yaitu laki-laki dengan berat badan 3800 gram, lingkar kepala 36 cm dan panjang badan 47 cm. APGAR skor pada menit 1 (8) dan menit ke 5 (9).	
Riwayat Keluarga Berencana	Klien Ny. A mengatakan sebelum nya menggunakan alat kontrasepsi jenis pil KB, klien menggunakan alat kontrasepsi sejak selesai masa nifas anak pertama dan kedua. Tidak ada keluhan selama pemakaian alat kontrasepsinya. Setelah dilakukan sectio caesarea pada anak keempat klien langsung dilakukan steril.	Klien Ny. I tidak menggunakan jenis alat kontrasepsi apapun.
Riwayat Imunisasi TT	Klien Ny. A mengatakan selama hamil tidak pernah melakukan imunisasi TT.	Klien Ny. I mengatakan selama hamil tidak pernah melakukan imunisasi TT.
Riwayat Penyakit Keluarga	Klien Ny. A mengatakan ibunya mengalami DM.	Klien Ny. I mengatakan keluarga tidak mempunyai riwayat penyakit.

c. Pola Kesehatan

Matriks 3. Pola Kesehatan

Pola Kesehatan	Klien 1 Ny. A	Klien 2 Ny. I
Pola Nutrisi/ Cairan	Frekuensi makan 3x/hari, jenis makanan nasi, sayur, daging, buah-buahan, roti, nafsu makan baik, tidak ada mual muntah, tidak ada keluhan di bagian abdomen, klien tidak memiliki alergi terhadap makanan apapun, BB sebelum hamil 78 kg, BB sekarang / setelah melahirkan tidak terkaji. Tidak ada masalah pada pola nutrisi/cairan.	Frekuensi makan 3x/hari, jenis makanan nasi, sayur, daging, buah-buahan, nafsu makan baik, tidak ada mual muntah, tidak ada keluhan di bagian abdomen, klien tidak memiliki alergi terhadap makanan apapun, BB sebelum hamil 70 kg, BB selama hamil 80 kg. Dan BB setelah melahirkan tidak terkaji. Tidak ada masalah pada pola nutrisi/cairan
Pola Eliminasi	Frekuensi BAB klien 2-3x/ minggu dengan karakteristik feses lunak, warna kuning kecoklatan, tidak ada hemoroid, tidak ada konstipasi, tidak diare dan tidak menggunakan laksatif dan tidak ada keluhan. Frekuensi BAK 4-5x/hari, karakteristik urin kuning jernih, tidak ada keluhan, tidak ada	Frekuensi BAB klien 4x/ minggu dengan karakteristik feses lunak, warna kuning kecoklatan, tidak ada konstipasi, tidak ada hemoroid, tidak diare, tidak menggunakan laksatif dan tidak ada keluhan. Frekuensi BAK 5x/hari. Karakteristik urin kuning jernih, tidak ada keluhan, tidak ada

	riwayat penyakit ginjal/ kandung kemih, dan tidak menggunakan diuretic. Tidak ada masalah pada pola eliminasi.	riwayat penyakit ginjal/kandung kemih, dan tidak menggunakan diuretic. Tidak ada masalah pada pola eliminasi.
<i>Personal Hygiene</i>	Mandi dengan frekuensi 2 x/hari dan menggunakan sabun, <i>oral hygiene</i> dengan frekuensi 2x/hari pada waktu pagi dan sore hari, cuci rambut dengan frekuensi 3 kali/minggu.	Mandi dengan frekuensi 2 x/hari dan menggunakan sabun, <i>oral hygiene</i> dengan frekuensi 2 x/hari pada waktu pagi dan sore hari, cuci rambut dengan frekuensi 3 kali/minggu
Pola aktivitas / Istirahat dan tidur	Klien Ny. A mengatakan aktivitas sehari-hari sebagai ibu rumah tangga, hobi memasak dan melakukan pekerjaan rumah, klien mengatakan sampai usia kehamilannya memasuki tri semester ke-3, klien tidak mengalami keterbatasan dalam beraktivitas, lama waktu dalam beraktivitas atau melakukan pekerjaan rumah sekitar 4-6 jam, kegiatan waktu luang berkumpul-kumpul bersama keluarganya, tidak ada keluhan dalam beraktivitas, dalam aktivitas kehidupan sehari-harinya mandiri. Tidur siang tidak tentu, pada malam hari 6-7 jam, tidak ada masalah pada pola tidur, dan tidak ada kebiasaan khusus sebelum tidur.	Klien Ny. I mengatakan aktivitas sehari-hari sebagai ibu rumah tangga dengan hobi memasak selain itu ia juga melakukan aktivitas pekerjaan rumah, lama waktu dalam beraktivitas sekitar 5-6 jam, kegiatan untuk mengisi waktu luang yaitu jalan-jalan dan nonton TV, klien tidak mengalami keterbatasan karena kehamilan, tidak ada keluhan dalam beraktivitas, karena aktivitas kehidupan sehari-hari klien dilakukan secara mandiri, pola istirahat tidur siang klien tidak menentu, pada malam hari sekitar 7 jam dan tidak ada masalah pada pola tidur tidak ada kebiasaan khusus sebelum tidur.
Pola Kebiasaan	Tidak ada kebiasaan buruk yang dapat mempengaruhi kesehatan seperti merokok, minuman keras, maupun ketergantungan obat.	Tidak ada kebiasaan buruk yang dapat mempengaruhi kesehatan seperti merokok, minuman keras, maupun ketergantungan obat.
Pola Seksualitas	Tidak ada masalah dalam seksualitas.	Tidak ada masalah dalam seksualitas.
Riwayat Psikososial	Tidak ada riwayat masalah dalam psikososial.	Tidak ada riwayat masalah dalam psikososial.

d. Pemeriksaan Fisik

Matriks 4. Pemeriksaan Fisik

Observasi	Klien 1 Ny. A	Klien 2 Ny. I
Sistem Kardiovaskuler/ sirkulasi	N: 84 x/mnt, irama teratur, denyut lemah, TD: 110/80 mmHg, S: 36,4°C, tidak ada distensi vena jugularis, temperatur kulit pucat, pengisian kapiler kurang dari 3 detik, tidak ada edema, tidak terjadi kelainan bunyi jantung dan sakit dada, konjungtiva anemis, sklera ikterik, klien tidak	N: 85 x/mnt, irama teratur, denyut lemah, TD: 130/80 mmHg, S: 36,5°C, tidak ada distensi vena jugularis, temperatur kulit putih pucat, pengisian kapiler kurang dari 3 detik, tidak ada edema, tidak terjadi kelainan bunyi jantung dan sakit dada, konjungtiva anemis, sklera ikterik, klien tidak

	mempunyai riwayat peningkatan tekanan darah.	mempunyai riwayat peningkatan tekanan darah.
Sistem Pernapasan	Jalan napas klien bersih, tidak ada sesak baik pada beraktivitas maupun tidak beraktivitas, tidak ada menggunakan otot-otot bantu pernapasan dengan frekuensi 20x/menit, kedalaman pernapasan normal, irama teratur, tidak ada batuk baik produktif maupun non produktif, suara napas klien vesikuler/ normal, klien tidak mempunyai riwayat penyakit pernapasan apapun.	Jalan napas klien bersih, tidak ada sesak baik pada beraktivitas maupun tidak beraktivitas, tidak ada menggunakan otot-otot bantu pernapasan dengan frekuensi 18x/menit, kedalaman pernapasan normal, irama teratur, tidak ada batuk baik produktif maupun non produktif, suara napas klien vesikuler/ normal, klien tidak mempunyai riwayat penyakit pernapasan apapun.
Sistem Pencernaan	Tidak ada karies, tidak ada stomatitis, dan lidah tidak kotor, tidak memakai gigi palsu, tidak ada bau mulut, tidak ada muntah, tidak ada kesulitan menelan, tidak ada mual, nafsu makan baik, tidak ada rasa penuh di perut, adanya nyeri abdomen dengan karakteristik seperti ditusuk-tusuk. Berat badan klien sekarang tidak terkaji, tinggi badan 154 cm, bentuk tubuh normal, membran mukosa lembab, lingkaran lengan atas tidak terkaji, klien belum BAB, hepar tidak teraba, kelainan abdomen baik dan tidak ada hemoroid.	Tidak ada karies, tidak ada stomatitis, dan lidah tidak kotor, tidak memakai gigi palsu, tidak ada bau mulut, tidak ada muntah, tidak ada kesulitan menelan, tidak ada mual, nafsu makan baik, tidak ada rasa penuh di perut, adanya nyeri abdomen dengan karakteristik seperti ditusuk-tusuk. Berat badan klien sekarang tidak terkaji, tinggi badan 150 cm, bentuk tubuh normal, membran mukosa lembab, lingkaran lengan atas tidak terkaji, klien belum BAB, hepar tidak teraba, kelainan abdomen baik dan tidak ada hemoroid
Sistem Neurosensori	kekuatan otot klien kuat, tidak ada gangguan bicara, tidak menggunakan kacamata, tidak menggunakan alat bantu dengar tidak, tidak ada serangan pusing/pingsan, tidak ada sakit kepala, tidak ada terjadi kesemutan/kebas/kelemahan, dan tidak ada riwayat kejang-kejang, dan tidak ada kelainan pada persyarafan.	kekuatan otot klien kuat, tidak ada gangguan bicara, tidak menggunakan kacamata, tidak menggunakan alat bantu dengar tidak, tidak ada serangan pusing/pingsan, tidak ada sakit kepala, tidak ada terjadi kesemutan/kebas/kelemahan, dan tidak ada riwayat kejang-kejang, dan tidak ada kelainan pada persyarafan.
Sistem Endokrin	Sistem endokrin klien tidak dilakukan cek gula darah, klien Ny. A mengatakan tidak mempunyai riwayat gula. Tidak ada masalah keperawatan.	Sistem endokrin klien tidak dilakukan cek gula darah, klien Ny. I mengatakan tidak mempunyai riwayat gula. tidak ada masalah keperawatan.
Sistem Urogenital	Frekuensi BAK 4-5x/24 jam, tidak ada restensi, tidak ada nyeri di daerah abdomen bawah, tidak ada masalah keperawatan pada sistem ekskresi, klien terpasang kateter.	Frekuensi BAK 5x/24 jam, tidak ada restensi, tidak ada nyeri di daerah abdomen bawah, tidak ada masalah keperawatan pada sistem ekskresi, klien terpasang kateter.

Sistem Integumen	Kulit klien teraba hangat, warna kulit pucat, kulit elastis, keadaan kulit baik dan terdapat insisi luka SC pada bagian abdomen, keadaan kepala bersih, kulit kepala tidak ada ketombe, mukosa bibir lembab, turgor kulit baik dan tidak ada masalah pada sistem integumen.	Kulit klien teraba dingin, warna kulit pucat, kulit elastis, keadaan kulit baik, dan terdapat insisi luka SC pada bagian abdomen, keadaan kepala bersih, kulit kepala tidak ada ketombe, mukosa bibir lembab, turgor kulit baik, dan tidak ada masalah pada sistem integumen.
Sistem Muskuloskeletal	Tidak ada kontraktur pada persendian ekstremitas, klien mengalami kesulitan dalam pergerakan, ekstremitas simetris, tidak ada oedema, refleks patella baik, masa tonus otot baik, tremor tidak ada, rentang gerak tidak terbatas, kekuatan otot sedang, deformitas tidak ada.	Tidak ada kontraktur pada persendian ekstremitas, klien mengalami kesulitan dalam pergerakan, klien masih takut dalam menggerakkan tubuhnya, ekstremitas simetris, refleks patella baik, masa tonus otot baik, tremor tidak ada, rentang gerak terbatas, kekuatan otot sedang, deformitas tidak ada.
Dada dan Axila	Mammae membesar, axila dan aerola mammae hiperpigmentasi dan bersih papilla mammae exverted kanan dan kiri, kolosterum ASI sudah keluar, klien sudah melakukan pemberian ASI sejak kelahiran anak pertamanya, dari anak pertama dan kedua sudah diberikan ASI dan klien sudah memberikan ASI sejak bayi (anak ke-4) lahir pertama kali, tidak ada sumbatan pada payudara, ASI memproduksi, tidak terjadi pembengkakan dan tidak ada pembesaran kelenjar limfa.	Mammae membesar, axila dan mammae terjadi hiperpigmentasi dan kotor, papilla mammae exverted kiri dan kanan, kolostrum ASI sudah keluar tetapi hanya sedikit, ASI sudah keluar, tetapi ASI belum diberikan karena bayi masih di Ruang Perina, tidak ada sumbatan sehingga ASI tidak terjadi masalah dan mudah untuk keluar, tidak ada pembengkakan payudara, tidak terjadi pembesaran kelenjar limfa.
Perut / Abdomen	Luka bekas operasi di bagian bawah abdomen dengan tipe horizontal, tidak ada tanda-tanda infeksi, tetapi luka teraba hangat, kondisi jahitan tertutup perban ≤ 10 cm, luka kering, tidak ada rembesan. Tidak terdapat darah ataupun nanah.	Luka bekas operasi di bagian bawah abdomen dengan tipe horizontal, tidak ada tanda-tanda infeksi, tetapi luka teraba hangat, kondisi jahitan tertutup perban ≤ 10 cm, luka kering, tidak ada rembesan. Tidak terdapat darah ataupun nanah.
Anogenital	Lochea rubra, warna merah, banyaknya 1 pembalut tidak penuh, baunya khas, perineum utuh dan tidak ada episiotomi.	Lochea rubra, warna merah, banyaknya 1 pembalut tidak penuh, baunya khas, perineum utuh dan tidak ada episiotomi.
Data Psiko – Sosial – Spiritual	Kehamilan tidak terencana, perasaan klien dan keluarga tentang kehamilan dan persalinan sekarang ini merasa sangat senang dan bahagia, klien sudah siap mental menjadi ibu, biasanya jika klien mengalami stres	Kehamilan sekarang sangat direncanakan, perasaan klien dan keluarga tentang kehamilan dan persalinan sekarang ini merasa sangat senang dan bahagia, klien sudah siap mental menjadi ibu, biasanya jika

klien menyelesaikan sendiri, kadang-kadang ia menyelesaikannya dengan cara melakukan aktivitas seperti memasak dan menceritakan kepada suaminya, klien tinggal bersama suami dan kedua anaknya, peran klien dalam struktur keluarga sebagai istri, klien mengatakan sudah sanggup melakukan perawatan bayi karena sudah berpengalaman, harapan klien setelah menjalani perawatan klien ingin cepat pulih dan pulang kerumah, klien mengatakan tidak ada faktor kebudayaan yang mempengaruhi kesehatan.

klien mengalami stres klien selalu menceritakan kepada suaminya dan meminta saran kepada kakaknya, jalan-jalan juga sebagai salah satu cara klien mengatasi stresnya. klien tinggal dengan suami dan kedua orang tuanya, peran klien dalam struktur keluarga sebagai istri, klien mengatakan sudah sanggup melakukan perawatan bayi, namun belum mengetahui lebih dalam tentang memandikan bayi, membedong, merawat tali pusat karena belum punya pengalaman, harapan klien setelah menjalani perawatan klien ingin cepat pulih dan pulang kerumah, klien mengatakan tidak ada faktor kebudayaan yang mempengaruhi kesehatan.

e. Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Matriks 5. Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan	Klien 1 Ny. A	Klien 2 Ny. I
Laboratorium	Hb: 12,60 g/dL, Ht: 37%, Lekosit: 16,00 $10^3/\mu\text{L}$, Trombosit: 324 $10^3/\mu\text{L}$, MCV: 81 fl, MCH: 27 pg, MCHC: 35%. Masa pendarahan 11,00 menit, masa pembekuan 1,30 menit.	Hb: 12,80 g/dL, Ht: 37%, Lekosit: 16,80 $10^3/\mu\text{L}$, Trombosit: 329 $10^3/\mu\text{L}$, MCV: 78 fl, MCH: 27 pg, MCHC: 35%. Masa perdarahan 2,00 menit, masa pembekuan 10,00 menit.

2. Analisis Data

Pengkajian adalah suatu proses keperawatan yang dilakukan melalui wawancara dengan klien, catatan medis dan catatan perawat. Sectio caesarea suatu persalinan buatan di mana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syaraf rahim dalam keadaan utuh serta berat di atas 500 gram (Mitayani, 2010).

Indikasi pada ibu yang dilakukan sectio caesarea adalah dengan cephalopelvic disproportion (CPD), pre-eklamsi berat (PEB), bayi kembar, faktor hambatan jalan lahir, kelainan letak janin, letak sungsang, KPD (Ketuban Pecah Dini) juga merupakan indikasi dilakukannya sectio caesarea karena apabila dipaksakan dilakukan melahirkan normal maka akan membahayakan ibu dan janinnya, serta dapat berakibat kematian pada bayinya.

Dalam pengumpulan data penulis menggunakan 3 metode yaitu dengan wawancara, observasi, dan dokumentasi. Selama mengkaji penulis mendapatkan data subjektif dan data objektif, data subjektif adalah data yang didapatkan langsung dari keluhan pasien yang disampaikannya, sedangkan data objektif yaitu data yang didapatkan dengan cara pengamatan dan dokumentasi, gambar dan tulisan dari pribadi klien yang diteliti. Pada pengkajian ini penulis berfokus pada masalah kesehatan yaitu risiko infeksi berhubungan dengan luka insisi post SC yang didapatkan melalui pengkajian langsung kepada kedua klien yaitu: Klien 1 Ny. A dan Klien 2 Ny.I.

Dalam memberikan asuhan keperawatan, pengkajian merupakan dasar utama dan hal yang paling penting dilakukan perawat, baik pada saat penderita pertama kali masuk maupun selama

perawatan. Pada pengkajian kasus Ny. A dan Ny. I tidak ditemukan pembengkakan, tidak keluar nanah ataupun darah, tetapi terasa nyeri dan teraba hangat, hal tersebut berbeda dengan tinjauan teori, yang menyatakan bahwa pada pasien yang mengalami risiko infeksi ditemukan keluhan tanda-tanda infeksi seperti pembengkakan, keluar nanah ataupun darah, nyeri dan teraba panas. Menurut penulis tanda-tanda infeksi tidak terjadi pada kedua klien dikarenakan pada saat pengkajian kondisi luka operasi SC kedua klien dalam tertutup perban, tidak ada rembesan, keadaan luka kering dan tidak terjadi pembengkakan. Pengkajian pada kasus Ny. A ditemukan nyeri (skala 5), sulit bergerak dan perban belum diganti selama 2 hari (luka teraba hangat), sedangkan Ny. I sama halnya ditemukannya ditemukan nyeri (skala 6), sulit bergerak dan perban belum diganti selama 2 hari (luka teraba hangat), hal tersebut sama dengan tinjauan teori, yang menyatakan bahwa pada klien yang mengalami risiko infeksi ditemukan keluhan nyeri dan luka teraba hangat dan didukung dengan data pengkajian klien belum ganti perban selama 2 hari.

3. Diagnosis Keperawatan

Menurut Nanda Nic-Noc 2015, pada teori terdapat 8 diagnosis keperawatan klien sectio caesarae yaitu gangguan rasa nyaman nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan, Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan produksi ASI yang belum adekuat, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi postpartum, risiko infeksi berhubungan dengan faktor risiko: luka insisi post SC, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan, perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan perdarahan, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, penurunan sirkulasi, gangguan integritas kulit berhubungan dengan tindakan pembedahan. Namun pada kasus klien 1 dan klien 2 penulis mengangkat 3 diagnosis keperawatan.

Diagnosis pertama keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan luka insisi post SC, meskipun belum terjadi infeksi diagnosis ini ditegaskan oleh penulis sebagai diagnosis utama karena diagnosis kedua dan ketiga merupakan faktor pendukung terjadinya infeksi.

Diagnosis kedua gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan trauma jaringan. Dalam kondisi tidak nyaman yang disebabkan oleh nyeri, nyeri harus segera ditangani karena merupakan tanda dan gejala infeksi memicu terjadinya risiko infeksi, meskipun belum terjadi infeksi diagnosis ini ditegaskan oleh penulis sebagai diagnosis utama karena diagnosis kedua dan ketiga merupakan faktor pendukung terjadinya infeksi.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan diagnosis ini perlu ditangani karena akan menghambat penyembuhan luka operasi dan meningkatkan risiko infeksi dan gangguan rasa nyaman nyeri.

Sedangkan diagnosis yang tidak diangkat penulis terdiri dari 5 diagnosis keperawatan di antaranya yaitu: Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan produksi ASI yang belum adekuat, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi postpartum, Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan perdarahan, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, penurunan sirkulasi, Gangguan integritas kulit berhubungan dengan tindakan pembedahan. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena tidak menemukan data yang mendukung pada kedua klien.

Pada tahap penegakan diagnosis keperawatan ini penulis tidak menemukan perbedaan diagnosis antara kedua klien.

4. Perencanaan

Tahap perencanaan merupakan tahap lanjutan dari diagnosis keperawatan di mana dalam perencanaan ini akan ditetapkan prioritas masalah, tujuan dan kriteria hasil, serta penyusunan rencana tindakan sesuai dengan kebutuhan klien dengan diagnosis utama risiko infeksi berhubungan dengan luka insisi post SC.

Tujuan yang dibuat penulis adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi, dengan kriteria hasil yang diharapkan yaitu: klien bebas dari tanda dan gejala infeksi, menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal, menunjukkan perilaku hidup sehat. Intervensi kaji tanda dan gejala infeksi, pantau hasil laboratorium, bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain, amati faktor-faktor yg memicu terjadinya infeksi, batasi pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kemih, tingkatkan intake nutrisi, inspeksi kondisi luka atau insisi bedah, ganti perban setelah tiga hari atau jika terjadi pendarahan dan basah, gunakan tehnik aseptik dan kassa steril, ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi.

Setelah menetapkan prioritas masalah keperawatan, langkah selanjutnya menentukan tujuan, kriteria hasil, dan intervensi yang berpedoman pada SMART (*specific, measurable* (dapat diukur), *achievable* (dapat dicapai), *realistic* (nyata), dan *time* (batasan waktu)).

Sedangkan kriteria hasil dibuat sebagai indikator atau acuan untuk menentukan tercapainya tujuan atau tidak sehingga tindakan yang diberikan benar-benar rasional dan berefektif sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien. Intervensi yang dilakukan pada kasus Ny. A dan Ny. I merupakan tindakan mandiri serta kolaborasi yang dideglasikan atau diserahkan oleh penulis pada perawat ruangan untuk menindak lanjuti intervensi atau rencana tindakan yang telah dibuat oleh penulis berdasarkan kasus yang dialami oleh klien.

Penulis menggunakan intervensi sesuai dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Nic-Noc 2015.

5. Pelaksanaan

Implementasi merupakan komponen dari proses keperawatan selama melakukan tindakan keperawatan selama 3 hari. Tindakan keperawatan yang dilakukan dari tanggal 18-20

April 2018, Pada tahap pelaksanaan, penulis melaksanakannya sesuai dengan rencana tindakan yang telah disusun, semua rencana yang telah didokumentasikan dalam catatan keperawatan, dalam pelaksanaannya penulis bekerja sama dengan perawat ruangan Dahlia. Intervensi pada klien 1 Ny. A di antaranya: Mengkaji adanya tanda - tanda infeksi. Hasil: Luka masih dalam keadaan tertutup perban. Memantau *personal hygiene*. Hasil: Klien tampak bersih, rambut tampak rapi. Mamantau hasil laboratorium. Hasil: Hb: 12,80 g/dL, Ht: 37%, lekosit: 17,00 $10^3/\mu\text{l}$, trombosit: 329 $10^3/\mu\text{l}$, MCV: 78 fl, MCH: 27 pg, MCHC: 35%. Masa perdarahan 2,00 menit, masa pembekuan 10,00 menit. Menganjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang tinggi protein. Hasil: Klien telah mengkonsumsi makanan seperti daging yang telah disediakan oleh RS. Mengajarkan kepada pengunjung untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah masuk kedalam ruangan klien. Hasil: Telah menyarankan kepada keluarga untuk selalu mencuci sebelum dan sesudah masuk ruangan. Memberikan obat antibiotik. Hasil: Ceftriaxon 2x1gr. Mengamati faktor-faktor yang bisa memicu terjadinya infeksi. Hasil: Klien hanya dalam ruangan dan keadaan ruangan bersih, daerah bed klien rapi. Menggunakan tehnik aseptik dengan kassa steril pada saat mengganti perban. Hasil: Keadaan luka kering, luka tertutup rapat, tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, pembengkakan, tidak teraba panas, tidak ada pendarah atau pun nanah yang keluar dari luka saat ditekan. Nyeri berkurang. Memberikan penkes tentang tanda dan gejala infeksi. Hasil: Klien mampu mengungkapkan pemahaman tanda dan gejala infeksi seperti terjadi kemerahan, pembengkakan, terasa panas dan nyeri yang berlebihan.

Sedangkan hasil dari intervensi klien 2 Ny. I di antaranya: Kaji adanya tanda-tanda infeksi. Hasil: Luka masih dalam keadaan tertutup perban. Pantau *personal hygiene*. Hasil: Klien tampak bersih dan wajah tidak tampak kusam. Menganjurkan klien untuk mengkonsumsi makanan yang tinggi protein. Hasil: Klien mengkonsumsi daging yang telah

disediakan oleh RS. Memantau hasil laboratorium. Hasil: Hb:12,80 g/dL, Ht: 37%, Lekosit: 17,00 $10^3/\mu\text{L}$, Trombosit: 329 $10^3/\mu\text{L}$, MCV: 78 fl, MCH: 27 pg, MCHC: 35%. Masa perdarahan 2,00 menit, masa pembekuan 10,00 menit. Menganjurkan kepada pengunjung untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah masuk kedalam ruangan klien. Hasil: Telah menyarankan kepada keluarga untuk selalu mencuci sebelum dan sesudah masuk ruangan. Memberikan obat antibiotik. Hasil: Ceftriaxon 2x1 gr. Mengamati faktor-faktor yang bisa memicu terjadinya infeksi. Hasil: Klien hanya sendiri dalam ruangan dan tidak ada pasien lain, keadaan ruangan bersih, daerah *bed* klien rapi. Menggunakan teknik aseptik dengan kasa steril pada saat mengganti perban. Hasil: keadaan luka kering, luka tertutup rapat, tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, pembengkakan, tidak teraba panas, tidak ada pendarahan atau pun nanah yang keluar dari luka saat ditekan. Nyeri berkurang. Memberikan Penkes tentang tanda dan gejala infeksi. Hasil: Klien mampu mengungkapkan pemahaman dengan mengenali tanda dan gejala infeksi seperti terjadi kemerahan, pembengkakan, terasa panas dan nyeri yang berlebihan.

Penulis tidak menemukan perbedaan antara klien 1 dan klien 2 karna tindakan utama yang dilakukan sama yaitu mengganti perban dan penulis tidak menemukan tanda dan gejala infeksi terhadap klien 1 dan klien 2.

Pada tahap pelaksanaan, penulis tidak menemukan faktor penghambat, namun memiliki faktor pendukung seperti penulis dibantu perawat ruangan dan teman-teman sejawat dan juga sifat klien dan keluarga yang kooperatif dalam mengikuti perintah, sedangkan solusi yang dilakukan penulis adalah bekerjasama dengan perawat ruangan dan teman-teman sejawat yang lainnya dalam proses pelaksanaan.

6. Evaluasi

Evaluasi yaitu tahap akhir dari proses keperawatan, evaluasi menyediakan nilai informasi mengenai pengaruh intervensi yang telah direncanakan terhadap status klien dan

merupakan perbandingan dari hasil yang diamati dengan kriteria hasil yang telah dibuat pada tahap perencanaan, pada tahap evaluasi ini penulis melakukan penilaian terhadap asuhan keperawatan yang dilakukan dari tanggal 18 April sampai 20 April 2018, untuk mengetahui keberhasilan tindakan keperawatan, evaluasi yang digunakan yaitu evaluasi proses (formatif) dan evaluasi hasil (sumatif) baik secara subyektif maupun obyektif, pada evaluasi proses penulis melakukan evaluasi terhadap respon klien pada saat setelah dilakukan tindakan keperawatan sedangkan evaluasi akhir/hasil digunakan untuk menilai keberhasilan tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien selama klien dirawat.

Evaluasi yang diperoleh dalam asuhan keperawatan pada Ny. A dan Ny. I dari ketiga diagnosis keperawatan yang timbul yaitu 3 (tiga) diagnosis keperawatan sudah teratasi. Pada kasus Ny. A dan Ny. I diagnosis keperawatan Risiko Infeksi dapat teratasi pada kurun waktu 3x24 jam, dengan hasil klien mengatakan luka tidak teraba panas dan ingin cepat pulang, dokter menganjurkan untuk kontrol kembali 3 hari kemudian.

Diagnosis Keperawatan kedua teratasi pada kasus Ny. A dan Ny. I adalah gangguan rasa nyaman: nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan teratasi pada kurun waktu 3x24 jam, dengan hasil nyeri sudah hilang, Klien tampak bisa merubah posisi, klien tampak duduk *semifowler*, klien tampak tidak meringis. TTV: TD: 120/80 mmHg.

Diagnosis keperawatan ketiga pada Ny. A dan Ny. I adalah berhubungan dengan kurang informasi teratasi pada kurun waktu 3x24 jam, dengan hasil klien mengatakan sudah bisa beraktivitas secara mandiri, klien tampak mandiri pergi ke toilet dan tampak merubah posisinya secara mandiri.

Pada tahap evaluasi ini penulis tidak menemukan faktor penghambat, dikarenakan klien dan keluarga cukup kooperatif saat penulis melakukan observasi terhadap perkembangan kesehatan klien. Adapun faktor pendukungnya adalah sudah ada kriteria yang

telah ditemukan di dalam evaluasi ini untuk mencapai tujuan.

Kesimpulan

Pada tahap pengkajian sebagian besar data pengkajian kedua klien hampir sesuai dengan tinjauan teori. Pada pengkajian kasus Ny. A dan Ny. I tidak ditemukan pembengkakan, tidak keluar nanah ataupun darah, tetapi terasa nyeri dan teraba hangat.

Pada tahap diagnosis pada kasus klien 1 dan klien 2 penulis mengangkat 3 diagnosis keperawatan yaitu: Diagnosis pertama keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan luka insisi post SC, meskipun belum terjadi infeksi diagnosis ini ditegakkan oleh penulis sebagai diagnosis utama karena diagnosis kedua dan ketiga merupakan faktor pendukung terjadinya infeksi. Diagnosis kedua gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan trauma jaringan. Dalam kondisi tidak nyaman yang disebabkan oleh nyeri, nyeri harus segera ditangani karena merupakan tanda dan gejala infeksi memicu terjadinya risiko infeksi, meskipun belum terjadi infeksi diagnosis ini ditegakkan oleh penulis sebagai diagnosis utama karena diagnosis kedua dan ketiga merupakan faktor pendukung terjadinya infeksi. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan diagnosis ini perlu ditangani karena akan menghambat penyembuhan luka operasi dan meningkatkan risiko infeksi dan gangguan rasa nyaman nyeri.

Pada tahap perencanaan, prioritas masalah keperawatan yang ditemukan pada kedua kasus adalah risiko infeksi. Prioritas masalah ini memiliki kriteria waktu 3 x 24 jam. Rencana tindakan yang disusun berdasarkan kepada referensi yang tersedia dan disesuaikan dengan kebutuhan klien.

Pada tahap pelaksanaan sebagian besar pelaksanaan rencana tindakan dapat dituliskan sesuai dengan diagnosisnya masing-masing, tindakan prioritas pada kasus ini adalah melakukan tindakan ganti perban dengan tujuan untuk mencegah terjadinya infeksi. Setelah dilakukan tindakan ganti perban pada Ny. A dan Ny. I tidak ditemukan tanda dan gejala infeksi, luka

jahitan kedua klien sama-sama sudah mulai mengering.

Pada tahap ini evaluasi dari ketiga diagnosis keperawatan yang dimiliki oleh kedua klien sudah dilakukan sesuai perencanaan dan evaluasi akhir yang didapatkan teratasi sesuai dengan kriteria waktu 3 x 24 jam.

Saran

Agar tenaga kesehatan yang bertugas di ruangan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada klien misalnya (mengenal tanda dan gejala infeksi, cara pencegahan infeksi, cara perawatan luka post operasi).

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Yuni, S.Kep, selaku Kepala Ruangan Dahlia RS Budi Lestari Bekasi dan Ns. Emilia, S.Kep, selaku pembimbing lapangan.

Daftar Pustaka

- Aspiani, Reny Yuli. 2017. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas, Aplikasi NANDA, NIC dan NOC*. Jakarta: TIM.
- Budiono & Sumirah. (2015). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : Bumi Medika.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah (2014) 'Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah', in. Dinkes Jateng.
- Gibbons, L. e. al (2010). 'The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage', *World Health Report*.
- <https://3lox.wordpress.com/triangularisasi/>. Diakses pada tgl 20 April 2018.
- <http://www.blogspot.com/Angka Kematian Ibu di Dunia>. Diakses pada tanggal 20 April 2018.
- <https://id.wikipedia.org/wiki/Infeksi>. Pengertian Risiko Infeksi Menurut Para Ahli. Diakses pada tanggal 20 April 2018.

- Kemenkes RI (2015) *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Lia et.al, dkk. (2008). *Asuhan Persalinan . Sectio Caesarea*. Jakarta: Trans Info Medika.
- Lowdermik, Dkk. (2009). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Maritalia, Dewi (2017). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Yogyakarta: Goysen Publishing.
- Maryunani, Anik. (2016). *Manajemen Kebidanan Terlengkap*. Jakarta: Trans Info Media.
- Mitayani. (2009). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nanda. (2015). *Definisi Risiko Infeksi*. Nanda: 2015.
- Oxorn, H. W. R. F. (2010) *Ilmu Kebidanan Patologi dan Persalinan*. Yogyakarta: Yayasan Esentia Medika.
- Prawirohardjo, Sarwono.(2010). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta, Yayasan Bina Pustaka.
- Rasjidi, I. (2009) *Manual Seksio Sesarea & Laparotomi Kelainan Adneksa*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Suherni. (2009). *Perawatan Masa Nifas*. Edisi 3. Yogyakarta: Fitramaya.
- Amin H.N & Hardhi. K (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosis Medis dan Nanda Nic-Noc*. Edisi Revisi Jilid 3. Yogyakarta: Mediaction Publishing Yogyakarta.
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC