

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY.E POST
SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI KPD DAN NY.T POST
SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI PRE EKLAMPSIA DI
RUANG DAHLIA DAN MELATI DI RSUD CHASBULLAH
ABDUL MAJID KOTA BEKASI TAHUN 2022**



Disusun Oleh :

Siva Fauziah, S.Kep

NPM. 221560311094

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) MEDISTRA INDONESIA
BEKASI 2022**

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY.E POST
SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI KPD DAN NY.T POST
SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI PRE EKLAMPSIA DI
RUANG DAHLIA DAN MELATI DI RSUD CHASBULLAH
ABDUL MAJID KOTA BEKASI TAHUN 2022**

KARYA ILMIAH AKHIR Ners

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners



Disusun Oleh :

Siva Fauziah, S.Kep

NPM. 221560311094

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) MEDISTRA INDONESIA
BEKASI 2022**

LEMBAR PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : SIVA FAUZIAH

NPM : 221560311094

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa Tugas Akhir dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY.E POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKAS KPD DAN NY.T POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI PRE EKLAMSIA DI RUANG DAHLIA DAN MELATI DI RSUD CHASBULLAH ABDUL MAJID KOTA BEKASI TAHUN 2022 ” adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya

Bekasi, 26 Januari 2023

Siva Fauziah

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat yang telah diberikan kepada penulis, baik berupa kesehatan fisik dan mental sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dengan judul: “Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.E Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Kpd Dan Ny.T Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklamsia Di Ruang Dahlia Dan Melati Di Rsud Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi Tahun 2022 ” yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ners Program Studi Profesi pada STIKes Medistra Indonesia, Bekasi.

Penulis mengucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan sehingga memungkinkan Karya Ilmiah Akhir Ners ini terwujud. Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada :

1. Bapak Usman Ompusunggu, SE., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Bapak Saver Mangandar Ompusunggu, SE., selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
3. Ibu Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes selaku ketua dari STIKes Medistra Indonesia
4. Ibu Puri Kresna Wati, SST., M.KM., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIKes Medistra Indonesia.
5. Ibu Sinda Ompusunggu, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Kepegawaian STIKes Medistra Indonesia

6. Ibu Hainun Nisa, SST., M. Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni STIKes Medistra Indonesia
7. Ibu Kiki Deniati, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku ketua program studi S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia
8. Ibu Nurti YK Gea, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.A Selaku Koordinator Profesi Ners
9. Ibu Dinda Nur Fajri, S.kep.,Ns.,M.kep selaku dosen pembimbing karya ilmiah akhir Ners
10. Ibu Ernauli Meliana, S.Kep., Ns., M.Kep., Selaku Dosen Penguji I Karya Ilmiah Akhir Ners
11. Ibu Roulita S.Kep., Ns., M.Kep., Selaku Dosen Pembimbing Akademik
12. Seluruh Dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang turut membantu memberikan banyak ilmu, masukan dan arahan selama proses pendidikan
13. Teruntuk ibu dan bapak saya beserta keluarga terimakasih atas segala doa dan motivasi yang tiada henti telah kalian berikan. Tanpa doa dan dukungan dari kalian mungkin penulis tidak akan sampai pada titik sekarang ini.
14. Serta teman-teman semua yang tidak bisa disebutkan satu-persatu. Terimakasih yang sebesar-besarnya atas motivasi dan dukungan selama pembuatan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang membangun dari berbagai pihak.

Akhir kata, penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat diterima dan bermanfaat dengan baik.

Bekasi, 26 Januari 2023

Siva Fauziah

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iv
BAB I LATAR BELAKANG.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	2
1. Tujuan Umum	2
2. Tujuan Khusus	3
C. Manfaat Penulisan	3
D. Sistematika Penulisan	4
BAB II KONSEP TEORI.....	5
A. Konsep Post Partum.....	5
1. Definisi Post partum.....	5
2. Anatomi dan fisiologi.....	5
3. Etiologi post-partum.....	5
4. Manifestasi klinik post-partum	6
5. Patofisiologi post-partum	6
6. Komplikasi post-partum.....	7
7. Pemeriksaan post-partum	8
8. Penatalaksanaan post-partum	8
9. Adaptasi psikologis post-partum	9
B. Konsep Sectio Cesarea	10
1. Pengertian SC.....	10
2. Etiologi.....	10
3. Manifestasi klinis	11
4. Patofisiologi	12
5. Pathway	13
6. Pemeriksaan penunjang	14
7. Komplikasi	15
8. Penatalaksanaan	16
BAB III LAPORAN KASUS.....	35
A. Pengkajian	35
B. Analisis Data	47

C. Diagnosa Keperawatan.....	49
D. Intervensi Keperawatan.....	50
E. Implementasi Keperawatan.....	54
F. Evaluasi Keperawatan.....	61
BAB VI PEMBAHASAN.....	64
A. Pengkajian.....	64
B. Diagnosa Keperawatan.....	64
C. Intervensi / Perencanaan.....	66
D. Implementasi Keperawatan.....	67
E. Evaluasi Keperawatan.....	69
BAB IV KESIMPULAN.....	146
A. Kesimpulan.....	146
B. Saran.....	147
DAFTAR PUSTAKA.....	149

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Setiap wanita menginginkan persalinannya berjalan lancar dan melahirkan bayi yang sempurna. Seperti yang telah diketahui ada dua cara kelahiran yaitu persalinan pervaginam yang lebih dikenal persalinan normal dan persalinan dengan operasi cesar dapat juga disebut kelahiran sesarea juga dikenal dengan istilah seksio sesaria atau seksio C, adalah kelahiran janin melalui insisi yang dibuat pada dinding abdomen dan uterus. Pertolongan Operasi Caesarea merupakan tindakan dengan tujuan menyelamatkan ibu maupun bayi (Manuaba,2013). Setiap pembedahan harus didasarkan atas indikasi, yaitu pertimbangan-pertimbangan yang menentukan bahwa tindakan perlu dilakukan demi kepentingan ibu dan janin.

World Health Organization (WHO) angka kejadian Sectio Caesarea meningkat di negara-negara berkembang. WHO menetapkan indikator persalinan Sectio Caesarea 10-15 % untuk setiap Negara, jika tidak sesuai indikasi operasi Sectio Caesarea dapat meningkatkan resiko morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi (World Health Organization,2015)

Berdasarkan hasil Riskesdas 2018 menyatakan terdapat 15,3% persalinan dilakukan melalui operasi. Provinsi tertinggi dengan persalinan melalui Sectio Caesarea adalah DKI Jakarta (27,2%), Kepulauan Riau (24,7%), dan Sumatera Barat (23,1%) (Depkes RI, 2018).

Jumlah kematian ibu per kabupaten/ kota provinsi jawa barat periode bulan januari – juli tahun 2020 sebesar 416 kasus, jumlah kasus kematian ini hampir sama dengan tahun 2019 (417), namun pada tahun 2020 ini masih cenderung ada kenaikan karena belum semua kab/kota melaporkan kematian ibu. Tahun 2019- 2020, kasus kematian ibu tertinggi di kabupaten bogor. Penyebab kematian ibu masih didominasi oleh perdarahan 28% dan hipertensi 29%, meskipun penyebab lain-lain juga masih tinggi yaitu 24% (Dinas kesehatan Provinsi Jawa Barat,2020) Dari hasil laporan rekam medik RSUD. CASBULLAH ABDUL MAJID tercatat bahwa angka persalinan dengan sectio caesarea pada tahun 2017 sebanyak 34,28% (Rekam medik RSUD. CAM, 2017).

Angka kematian Ibu (AKI) di kota Bekasi pada tahun 2020 yakni 17 kasus dengan Rasio 32,95. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat memaparkan Jumlah kematian ibu per kabupaten/ kota provinsi jawa barat periode bulan januari – juli tahun 2020 sebanyak 1.649 kasus, meningkat dibandingkan tahun 2019 pada periode yang sama yaitu sebesar 1.575 kasus. Lima penyebab kematian ibu terbesar di Indonesia diantaranya adalah karena hipertensi dalam kehamilan (Kementrian Kesehatan RI, 2018) (Seluruh et al., n.d.).

Guna untuk menurunkan AKI di kota RSUD dr. Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi menjadi lokasi khusus (lokus) Rumah Sakit Kab/Kota dalam rangka percepatan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) yang dipilih oleh Kementerian Kesehatan

sesuai dengan surat dari Direktur Kesehatan Keluarga Kementerian Kesehatan nomor KG.01.01/218/2020 perihal Revisi Daftar RSUD Pendampingan Tahun 2020. Salah satu upaya terobosan dan terbukti mampu meningkatkan indikator proksi (persalinaan oleh tenaga kesehatan) dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi adalah program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) dan juga dapat menurunkan angka kematian ibu dan memantau keadaan janin.

Persalinan Sectio Caesarea memiliki resiko lima kali lebih besar terjadi komplikasi dibanding persalinan normal. Penyebab atau masalah yang paling banyak mempengaruhi adalah pengeluaran darah atau perdarahan dan infeksi yang dialami ibu. Adapun penyebab dari perdarahan karena dilakukannya tindakan pembedahan jika cabang Arteria Uterine ikut terbuka dan dapat terjadi karena Atonia Uteri. Infeksi pada ibu Post Op Sectio Caesarea dapat dilihat dengan tanda lochea yang keluar banyak seperti nanah dan berbau busuk, uterus lebih besar dan lembek dari seharusnya dan fundus masih tinggi.

Sehingga dilakukan pendekatan Asuhan Keperawatan yang sistematis dan komprehensif dengan melakukan pengkajian, menetapkan diagnosa, menentukan perencanaan, melakukan tindakan keperawatan dan mengevaluasi hasil tindakan. Perawatan utama yang dapat dilakukan Pada pasien Post Sectio Caesarea adalah balance cairan dan pemenuhan kebutuhan dasar. Balance cairan harus selalu dimonitor karena pada pasien Post Sectio Caesarea banyak kehilangan cairan darah sehingga intake dan

outputnya diharapkan tetap seimbang untuk menghindari dehidrasi dan mengurangi resiko terjadinya infeksi pada pasien. Sedangkan pemenuhan kebutuhan dasar dan Activity Dially Living(ADL) juga sangat perlu diperhatikan oleh perawat karena pada pasien Post Sectio Caesarea masih dalam kondisi immobilisasi.

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik menulis tentang “Asuhan Keperawatan Pasien dengan Post Op Sectio Caesaria di ruang perawatan Melati Pada Ny. E dengan kehamilan 38mgg post partum dengan indikasi KPD dan Ny. T dengan kehamilan 37mgg post partum dengan indikasi Hipertensi di R. Dahlia Nifas RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi tahun 2022”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memberikan pengalaman dan pemahaman secara ilmiah dalam melakukan Asuhan Keperawatan Maternitas pada pasien Ny. E dengan post partum SC atas indikasi KPD di R. Dahlia, Ny. T post partum SC atas indikasi Hipertensi di R.Melati RSUD CAM Kota Bekasi.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien Ny. E post partum SC atas indikasi KPD di R. Dahlia, Ny. T post partum

SC atas indikasi preeklamsi di R.Melati RSUD CAM Kota Bekasi.

- b. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada Ny. E post partum SC atas indikasi KPD di R. Dahlia, Ny. T post partum SC atas indikasi preeklamsi di R.Melati RSUD CAM Kota Bekasi.
- c. Mampu menentukan diagnosa keperawatan pada Ny. E post partum SC atas indikasi KPD di R. Dahlia, Ny. T post partum SC atas indikasi preeklamsi di R.Melati RSUD CAM Kota Bekasi
- d. Mampu merencanakan Intervensi Keperawatan pada Ny. E post partum SC atas indikasi KPD di R. Dahlia, Ny. T post partum SC atas indikasi preeklamsi di R.Melati RSUD CAM Kota Bekasi
- e. Mampu Melaksanakan Intervensi Keperawatan pada Ny. E post partum SC atas indikasi KPD di R. Dahlia, Ny. T post partum SC atas indikasi preeklamsi di R.Melati RSUD CAM Kota Bekasi
- f. Mampu Mengaplikasikan Implementasi pada Ny. E post partum SC atas indikasi KPD di R. Dahlia, Ny. T post partum SC atas indikasi preeklamsi di R.Melati RSUD CAM Kota Bekasi

g. Mampu Melakukan Evaluasi Keperawatan pada Ny. E post partum SC atas indikasi KPD di R. Dahlia, Ny. T post partum SC atas indikasi preeklamsi di R.Melati RSUD CAM Kota Bekasi

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Post Partum

1. Definisi Post Partum



Gambar 2.1 Reproduksi Eksterna pada Wanita

Sumber : Wiknjosastro, 2015

Post partum adalah masa di mulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidak nyamanan pada awal postpartum, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bilan tidak diikuti dengan perawatan yang baik (Yuliana & Hakim, 2020).

2. Tahapan Post Partum

Menurut Wulandari (2020) ada beberapa tahapan yang dialami oleh wanita selama masa nifas yaitu sebagai berikut :

a. Puerperium dini

Merupakan masa pemulihan awal dimana ibu yang melahirkan spontan tanpa komplikasi dalam 6 jam pertama setelah kala IV dianjurkan untuk mobilisasi dini atau segera. Ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.

b. Puerperium intermedial

Merupakan masa pemulihan yang berlangsung selama kurang lebih 6 minggu atau 42 hari, dimana organ-organ reproduksi secara berangsur-angsur akan kembali ke keadaan saat sebelum hamil.

c. Remote puerperium

Merupakan waktu yang diperlukan ibu untuk dapat pulih kembali terutama saat hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. Pada tahap ini rentang waktu yang dialami setiap ibu akan berbeda tergantung dari berat ringannya komplikasi yang dialami selama hamil ataupun persalinan.

3. Perubahan Fisiologi Post Partum

Pada masa nifas, organ reproduksi interna dan eksterna akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil secara berangsur-angsur. Selain organ reproduksi, beberapa perubahan fisiologi yang terjadi selama masa nifas adalah sebagai berikut :

a. Uterus

Proses kembalinya uterus kekeadaan sebelum hamil setelah melahirkan disebut involusi. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus

Tabel 2.1

Tinggi fundus uterus menurut masa involusi

Sumber : (Wulandari, 2020)

Waktu sejak melahirkan	Posisi fundus uteri	Berat uterus	Lochea
12 jam	1 cm dibawah pusat	100 gr	Rubra
24 jam	3 cm dibawah pusat terus turun 1cm / hari	100 gr	Rubra
9 hari	Tidak teraba dibawah simpisis	500 gr	Serosa
5-6 minggu	Kembali mendekati keadaan sebelum hamil	50 gr	Alba

b. Serviks

Serviks merupakan bagian dasar dari uterus yang bentuknya menyempit sehingga disebut juga sebagai leher Rahim. Serviks menghubungkan uterus dengan saluran vagina pada saat persalinan. Selama kehamilan, serviks mengalami perubahan karena pengaruh hormone estrogen. Meningkatnya hormone estrogen pada saat hamil dan disertai dengan hipervaskularisasi mengakibatkan konsistensi serviks menjadi lunak (Maritalia, 2017).

Saat setelah persalinan bentuk serviks akan menganga seperti corong. Hal ini disebabkan oleh korpus uteri yang berkontraksi

sedangkan serviks tidak berkontraksi. Warna serviks berubah menjadi merah kehitaman karena mengandung banyak pembuluh darah dengan konsistensi lunak. Setelah janin dilahirkan, serviks masih dapat dilewati oleh tangan pemeriksa. Setelah 2 jam persalinan serviks hanya dapat dilewati oleh 2-3 jari dan setelah 1 minggu persalinan hanya dapat dilewati oleh 1 jari saja (Maritalia, 2017).

c. Vagina

Vagina merupakan saluran yang menghubungkan rongga uterus dengan tubuh bagian luar. Selama proses persalinan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar, terutama pada saat melahirkan bayi. Beberapa hari pertama setelah proses tersebut, vagina tetap berada pada keadaan kendur. Setelah 3 minggu vagina kembali pada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali (Maritalia, 2017).

d. Lochea

Lochea adalah cairan yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

Macam-macam lochea fisiologi

1) Lochea rubra

Timbul pada hari ke 1-2 post partum. Terdiri dari darah segar bercampur sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, sisa-sisa verniks kaseosa, lanugo dan meconium.

2) Lochea sanguinolenta

Timbul pada hari ke 3-7 post partum. Karakteristik lochea sanguinolenta berupa darah bercampur lendir.

3) Lochea serosa

Merupakan cairan berwarna agak kuning, timbul setelah 1 minggu post partum.

4) Lochea alba

Timbul setelah 2 minggu post partum dan hanya merupakan cairan putih.

e. Vulva

Vulva merupakan organ reproduksi eksterna, berbentuk lonjong, bagian depan dibatasi oleh klitoris, bagian belakang oleh perineum, bagian kiri dan kanan oleh labia minora. Pada vulva, dibawah clitoris terdapat orifisium uretra eksterna yang berfungsi sebagai tempat keluarnya urin. Vula mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Beberapa hari pertama setelah proses melahirkan vulva tetap berada dalam keadaan kendur. setelah 3 minggu vulva akan kembali kepada keadaan tidak hamil dan labia menjadi lebih menonjol (Maritalia, 2017).

f. Payudara (mamae) dan Laktasi

Payudara atau mamae adalah kelenjar yang terletak di bawah kulit, diatas otot dada. Secara makroskopis, struktur payudara terdiri dari korpus (badan), areola dan papilla atau puting. Fungsi dari

payudara adalah memproduksi susu (Air Susu Ibu) sebagai nutrisi bagi bayi.

Sejak kehamilan trimester pertama kelenjar mammae sudah dipersiapkan untuk menghadapi masa laktasi. Perubahan yang terjadi pada kelenjar mammae selama kehamilan adalah :

- 1) Proliferasi jaringan atau pembesaran payudara. Terjadi karena pengaruh hormone estrogen dan progesterone yang meningkat selama hamil, merangsang ductus dan elveoli kelenjar mammae untuk persiapan produksi ASI.
- 2) Terdapat cairan yang berwarna kuning (kolostrum) pada ductus laktiferus. Cairan ini kadang-kadang dapat dikeluarkan atau kelaur sendiri melalui puting susu saat usia kehamilan memasuki trimester ketiga.
- 3) Terdapat hipervaskularisasi pada bagian permukaan maupun bagian dalam kelenjar mammae.

Pada proses laktasi terdapat dua reflek yang berperan, yaitu refleks prolaktin dan reflex aliran yang timbul akibat perangsangan puting susu dikarenakan isapan bayi (Maritalia, 2017).

1) Refleks prolaktin

Akhir kehamilan hormone prolaktin memegang peranan untuk membuat kolostrum, tetapi jumlah kolostrum terbatas dikarenakan aktivitas prolaktin dihambat oleh estrogen dan progesterone yang masih tinggi. Pasca persalinan yaitu saat lepasnya plasenta dan

berkurangnya fungsi korpus luteum maka estrogen dan progesterone juga berkurang. Hisapan bayi akan merangsang puting susu dan kalang payudara karena ujung-ujung saraf sensoris yang berfungsi sebagai reseptor mekanik (Maritalia, 2017).

2) Refleks aliran (*let down reflek*)

Pembentukan prolaktin oleh hipofise anterior, rangsangan yang berasal dari isapan bayi dilanjutkan ke hipofise posterior (neurohipofise) yang kemudian mengeluarkan oksitosin melalui aliran darah, hormone ini menuju uterus sehingga menimbulkan kontraksi. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah terbuat, keluar dari alveoli dan masuk ke system ductus dan selanjutnya mengalir melalui ductus lactiferous masuk ke mulut bayi (Maritalia, 2017).

g. Tanda – tanda vital

Tanda-tanda vital merupakan tanda-tanda penting pada tubuh yang dapat berubah bila tubuh mengalami gangguan atau masalah. Tanda-tanda vital yang sering digunakan sebagai indicator bagi tubuh yang mengalami gangguan atau masalah kesehatan. Tanda-tanda vital yang berubah selama masa nifas adalah :

1) Suhu tubuh

Setelah proses persalinan, suhu tubuh dapat meningkat sekitar 0,5 °C dari keadaan normal (36°C – 37°C), namun tidak lebih dari pada

38°C. Hal ini disebabkan karena meningkatnya metabolisme tubuh pada saat proses persalinan.

2) Nadi

Denyut nadi normal berkisar antara 60-80 kali permenit. Pada saat proses persalinan denyut nadi akan mengalami peningkatan. Setelah proses persalinan selesai frekuensi denyut nadi dapat sedikit lebih lambat.

3) Tekanan darah

Tekanan darah normal untuk systole berkisar antara 110-140 mmHg. Setelah partus, tekanan darah dapat sedikit lebih rendah dibandingkan pada saat hamil karena terjadinya perdarahan pada proses persalinan. Bila tekanan darah mengalami peningkatan lebih dari 30 mmHg pada systole atau lebih dari 15 mmHg pada diastole perlu dicurigai timbulnya hipertensi atau pre eklamsia post partum.

4) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal berkisar antara 18-24 kali per menit. Pada saat partus frekuensi pernafasan akan meningkat karena kebutuhan oksigen yang tinggi untuk tenaga ibu meneran atau mengejan dan mempertahankan agar persediaan oksigen ke janin tetap terpenuhi.

h. Hormon

Selama kehamilan terjadi peningkatan kadar hormone estrogen dan progesterone. Hormone tersebut berfungsi untuk

mempertahankan agar dinding uterus tetap tumbuh dan berproliferasi sebagai media tempat tumbuh dan berkembangnya hasil konsepsi. Sekitar 1-2 minggu sebelum partus dimulai, kadar hormone estrogen dan progesterone akan menurun. Memasuki trimester kedua kehamilan, mulai terjadi peningkatan kadar hormone prolaktin dan prostaglandin. Hormone prolaktin akan merangsang pembentukan air susu pada kelenjar mammae dan prostaglandin memicu sekresi oksitosin yang menyebabkan timbulnya kontraksi uterus.

i. System peredaran darah (cardio vascular)

Perubahan hormone selama hamil dapat menyebabkan terjadinya hemodilusi sehingga kadar hemoglobin (Hb) wanita hamil biasanya sedikit lebih rendah dibandingkan dengan wanita tidak hamil. Selain itu, terdapat hubungan antara sirkulasi darah ibu dengan sirkulasi janin melalui plasenta.

j. System pencernaan

Ibu yang melahirkan dengan cara operasi (*section caesarea*) membutuhkan waktu sekitar 1-3 hari agar fungsi saluran cerna dan nafsu makan dapat kembali normal. Ibu yang melahirkan secara spontan biasanya lebih cepat lapar karena telah mengeluarkan energy yang begitu banyak pada saat proses melahirkan. Buang air besar (BAB) biasanya mengalami perubahan pada 1-3 hari pertama post partum. Hal ini karena penurunan tonus otot selama proses persalinan (Maritalia, 2017).

k. System perkemihan

Peningkatan kapasitas kandung kemih setelah bayi lahir, dan efek konduksi anastesi menyebabkan keinginan untuk berkemih menurun. Selain itu rasa nyeri pada panggul yang timbul akibat dorongan saat melahirkan, laserasi vagina, atau episiotomy menurunkan atau mengubah reflex berkemih. Penurunan berkemih, seiring diresis postpartum, bisa menyebabkan distensi kandung kemih. Distensi kandung kemih yang muncul segera setelah wanita melahirkan dapat menyebabkan perdarahan berlebih karena keadaan ini bisa menghambat uterus berkontraksi dengan baik (Maritalia, 2017).

l. System integument

Perubahan kulit selama kehamilan berupa hiperpigmentasi pada wajah (*cloasma gravidarum*), leher, mamae, dinding perut dan beberapa lipatan sendi karena pengaruh hormone akan menghilang selama masa nifas (Maritalia, 2017).

m. System musculoskeletal

Proses persalinan selesai dinding perut akan menjadi longgar, kendur dan melebar selama beberapa minggu atau bahkan sampai beberapa bulan akibat peregangan yang begitu lama selama hamil. Ambulasi dini, mobilisasi dan senam nifas sangat dianjurkan untuk mengatasi hal tersebut.

4. Adaptasi psikologis ibu postpartum

Fase-fase yang dialami oleh ibu pada masa nifas adalah sebagai berikut :

a. *Fase Taking In*

Fase ini merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu berfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Pada fase ini, kebutuhan istirahat, asupan nutrisi dan komunikasi yang baik harus dapat terpenuhi. Jika kebutuhan tersebut tidak terpenuhi, ibu dapat mengalami gangguan psikologis berupa kekecewaan pada bayinya dan ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami.

b. *Fase Taking Hold*

Merupakan fase yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitive sehingga mudah tersinggung.

c. *Fase Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai seorang ibu. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan bayinya dan siap menjadi pelindung bagi bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu ibu untuk lebih meningkatkan rasa percaya

diri dalam merawat bayinya. Kebutuhan akan istirahat dan nutrisi yang cukup masih sangat diperlukan untuk ibu menjaga kondisi fisiknya.

B. Konsep Dasar Sectio Caesarea

1. Definisi



Gambar 2.2 Sectio Caesarea (Sumber : Sarwono, 2009)

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Tindakan Sectio Caesarea dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu yang dikarenakan bahaya atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervaginam. Persalinan pervaginam dianggap sebagai proses persalinan yang sulit dan cenderung berbahaya bagi calon ibu dan bayinya, sehingga operasi sesar meskipun merupakan metode persalinan dengan melakukan pembedahan besar pada perut cenderung disukai daripada persalinan melalui jalan lahir (pervaginam) (Juliathi et al., 2021).

Meskipun pada masa lalu Sectio Caesarea (SC) masih menjadi hal yang menakutkan namun dengan berkembangnya kecanggihan bidang

ilmu kedokteran kebidanan pandangan tersebut mulai bergeser. Kini persalinan melalui operasi sesar kerap menjadi alternatif pilihan persalinan (Sihombing et al., 2017).

Indikasi Sectio Caesarea secara garis besar dibagi menjadi dua : dari faktor ibu dan faktor janin. Faktor ibu yaitu ada riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat III, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit jantung, Diabetes Melitus, gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya), Cephalo Pelvik Disproportion (CPD), Pre-Eklamsia Berat (PEB), Ketuban Pecah Dini (KPD), bekas Sectio Caesarea sebelumnya, dan faktor hambatan jalan lahir. Penyebab dari faktor janin berupa gawat janin, malpresentasi, malposisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Juliathi et al., 2021).

2. Etiologi

Menurut Nurarif dan Kusuma (2016), menyatakan etiologi operasi sectio

caesarea ada dua, yaitu sebagai berikut :

a. Etiologi yang berasal dari Ibu

Etiologi yang berasal dari Ibu yaitu pada primigravida dengan kelainan

letak, primipara tua disertai kelainan letak, ada disporpori sefalo pelvik

(disproporsi janin/panggul), terdapat sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, placenta previa terutama pada primigravida, solutio placenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklampsi-eklampsia, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya).

a. Etiologi yang berasal dari janin

Etiologi yang berasal dari janin yaitu fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan

pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi (Ansori, 2022).

3. Klasifikasi

Menurut Manuaba (2012), menyatakan bentuk pembedahan sectio caesarea dapat diklasifikasikan menjadi, yaitu :

a. Sectio caesarea klasik

Sectio caesarea klasik dibuat vertikal pada bagian atas rahim.

Pembedahan dilakukan dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. Tidak dianjurkan untuk kehamilan berikutnya melahirkan melalui vagina apabila sebelumnya telah dilakukan tindakan pembedahan ini.

b. Sectio caesarea trabsperitonel

Sectio caesarea transperitonel profunda disebut juga low cervical yaitu

sayatan vertikal pada segmen lebih bawah rahim. Sayatan jenis ini dilakukan jika bagian bawah rahim tidak berkembang atau tidak cukup tipis untuk

memungkinkan dibuatnya sayatan transversal. Sebagian sayatan vertikal

dilakukan sampai ke otot-otot bawah rahim.

c. Sectio caesarea histerektomi

Sectio caesarea histerektomi adalah suatu pembedahan dimana setelah

janin dilahirkan dengan sectio caesarea, dilanjutkan dengan pegangkatan rahim.

d. Sectio caesarea ekstraperioneal

Sectio caesarea ekstraperitoneal, yaitu sectio caesarea berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan sectio caesarea.

Biasanya dilakukan di atas bekas sayatan yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan 11 insisi dinding dan fasia abdomen sementara

peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstraperitoneum

(Ansori, 2022).

4. Patofisiologi

Sectio caesarea merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gram dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan sc yaitu distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsia jaringan lunak, placenta previa dll, untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin. Janin besar dan janin lintang setelah dilakukan SC ibu akan mengalami adaptasi post partum baik aspek kognitif berupa kurang pengetahuan. Akibat kurang informasi dari aspek fisiologis yaitu produk oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit, luka dari insisi akan menjadi post de entris bagi kuman. Oleh karena itu perlu diberikan antibiotik dan perawatan luka dengan prinsip steril.

Nyeri adalah salah satu utama karena insisi yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman. Sebelum dilakukan operasi pasien perlu dilakukan anestesi bisa bersifat regional dan umum. Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas yang tidak efektif akibat sekret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup. Anastesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus.

Seperti yang telah diketahui setelah makanan masuk lambung akan terjadi proses penghancur dengan bantuan peristaltik usus. Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Akibat dari mortilitas yang menurun maka peristaltik juga menurun. Makanan yang ada di lambung akan menumpung dan karena reflek untuk batuk

juga menurun. Maka pasien sangat motilitas yang menurun juga berakibat pada perubahan pola eliminasi yaitu konstipasi.

5. Indikasi sectio sesarea

a. Indikasi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primiparatus disertai ada kelainan letak, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan pannggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsia-eklamsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung-DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

b. Indikasi yang berasal dari janin

Fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Jitowiyono,2010).

6. Kontraindikasi sectio sesarea

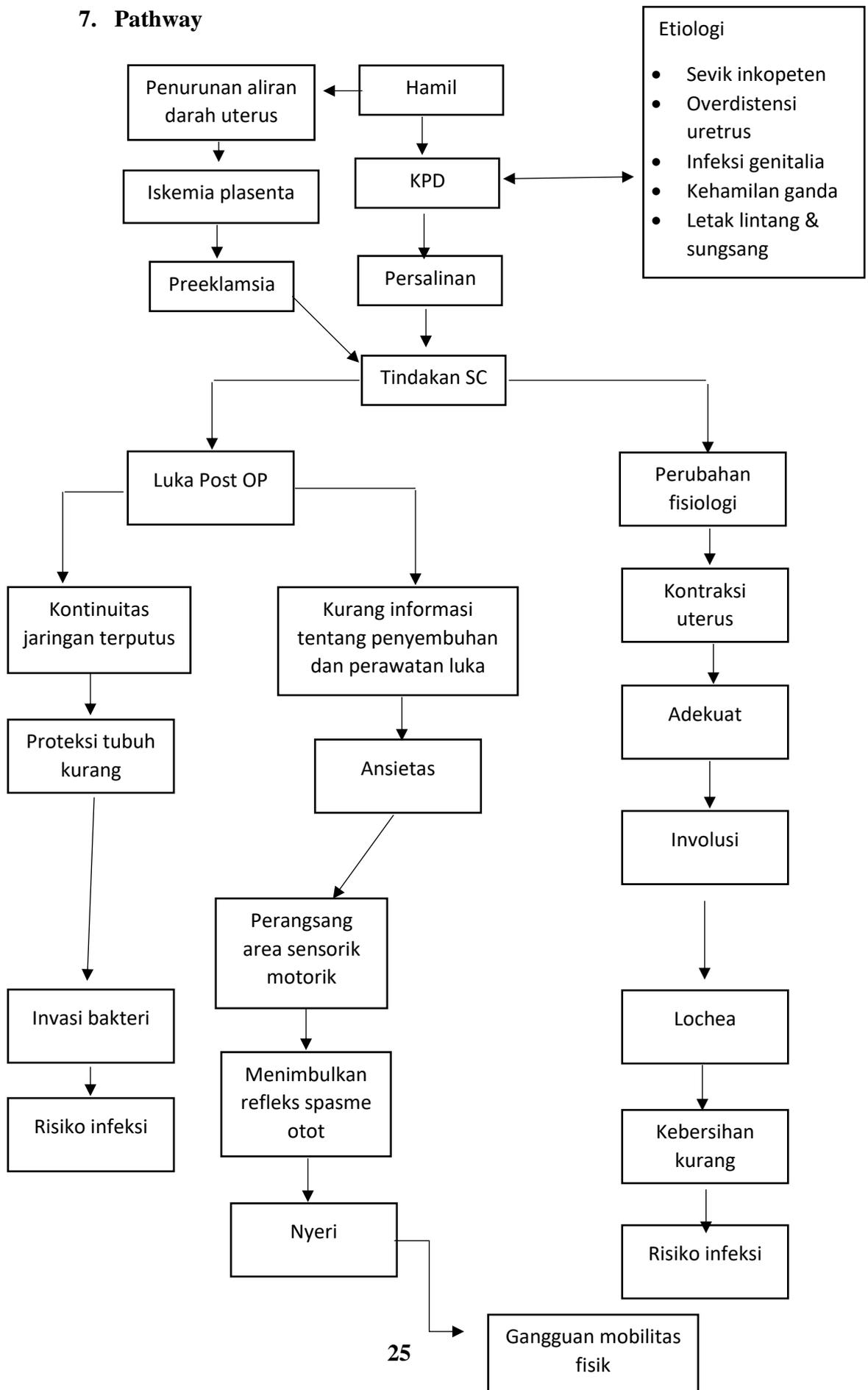
Sectio sesarea tidak boleh dikerjakan kalau ada keadaan berikut ini :

- a. Kalau janin sudah mati atau berada dalam keadaan jelek sehingga kemungkinan hidup kecil. Dalam keadaan ini tidak ada

alasan untuk melakukan operasi berbahaya yang tidak diperlukan.

- b. Kalau jalan lahir ibu mengalami infeksi yang luas dan fasilitas untuk caesarea extraperitoneal tidak tersedia.
- c. Kalau dokter bedahnya tidak berpengalaman. Kalau keadaannya tidak menguntungkan bagi pembedahan, atau kalau tidak tersedia tenaga asisten yang memadai.

7. Pathway



8. Pemeriksaan penunjang

- a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- b. Pemantauan EKG
- c. JDL dengan diferensial
- d. Elektrolit
- e. Hemoglobin/Hematokrit
- f. Golongan Darah
- g. Urinalis
- h. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- i. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi.
- j. Ultrasound sesuai pesanan. (Tucker,Susan martin,1998. Dalam buku Aplikasi Nanda 2015).

9. Penatalaksanaan section caesarea

- a. Pemberian cairan

Karena 6 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan perintavena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 10%, garam fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

b. Diet

Pemberian cairan perinfus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 - 8 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi :

- 1) Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 - 8 jam setelah operasi
- 2) Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar
- 3) Hari pertama post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya.
- 4) Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler)
- 5) Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri dan pada hari ke-3 pasca operasi pasien bisa dipulangkan
- 6) Katerisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan

menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24 - 48 jam / lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.

C. Konsep Ketuban Pecah Dini (KPD)

1. Pengertian

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum tanda-tanda persalinan (Mansjoer, et al, 2002). Pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan < 4 cm (masa laten). Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan.

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya/ rupturnya selaput amnion sebelum dimulainya persalinan yang sebenarnya atau pecahnya selaput amnion sebelum usia kehamilannya mencapai 37 minggu dengan atau tanpa kontraksi (Mitayani, 2011).

Ketuban pecah dini didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan, hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan (Sujiyati, 2009).

Ketuban pecah dini (KPD) merupakan pecahnya selaput janin sebelum proses persalinan dimulai, pada usia kurang dari 37 minggu (Errol Norwiz & John).

2. Etiologi

Ketuban pecah dini biasanya menyebabkan persalinan premature alias bayi terpaksa dilahirkan sebelum waktunya. Air ketuban pecah lebih awal bisa disebabkan oleh beberapa hal, seperti yang disampaikan oleh Geri Morgan (2009) yaitu:

- 1) Infeksi rahim, leher rahim, atau vagina,
- 2) Pemicu umum ketuban pecah dini adalah:
 - a. Persalinan premature
 - b. Korioamnionitis terjadi dua kali sebanyak KPD
 - c. Malposisi atau malpresentasi janin
- 3) Faktor yang mengakibatkan kerusakan serviks
 - a. Pemakaian alat-alat pada serviks sebelumnya (misalnya aborsi terapeutik, LEEP, dan sebagainya)
 - b. Peningkatan paritas yang memungkinkan kerusakan serviks selama kelahiran sebelumnya
 - c. Inkompetensi serviks
- 4) Riwayat KPD sebelumnya sebanyak dua kali atau lebih
- 5) Faktor-faktor yang berhubungan dengan berat badan ibu:
 - a. Kelebihan berat badan sebelum kehamilan
 - b. Penambahan berat badan sebelum kehamilan
- 6) Merokok selama kehamilan
- 7) Usia ibu yang lebih tua mungkin menyebabkan ketuban kurang kuat daripada ibu muda

8) Riwayat hubungan seksual baru-baru ini.

3. Patofisiologi

Infeksi dan inflamasi dapat menyebabkan ketuban pecah dini dengan menginduksi kontraksi uterus dan atau kelemahan fokal kulit ketuban. Banyak mikroorganisme servikovaginal, menghasilkan fosfolipid C yang dapat meningkatkan konsentrasi secara lokal asam arakidonat, dan lebih lanjut menyebabkan pelepasan PGE2 dan PGF2 alfa dan selanjutnya menyebabkan kontraksi miometrium. Pada infeksi juga dihasilkan produk sekresi akibat aktivitas monosit/makrofag, yaitu sitokrin, interleukin 1, faktor nekrosis tumor dan interleukin 6. Platelet *activating factor* yang diproduksi oleh paru-paru janin dan ginjal janin yang ditemukan dalam cairan amnion, secara sinergis juga mengaktifasi pembentukan sitokin. Endotoksin yang masuk ke dalam cairan amnion juga akan merangsang sel-sel desidua untuk memproduksi sitokin dan kemudian prostaglandin yang menyebabkan dimulainya persalinan.

Adanya kelemahan lokal atau perubahan kulit ketuban adalah mekanisme lain terjadinya ketuban pecah dini akibat infeksi dan inflamasi. Enzim bakterial dan atau produk host yang disekresikan sebagai respon untuk infeksi dapat menyebabkan kelemahan dan rupture kulit ketuban. Banyak flora servikoginal komensal dan patogenik mempunyai kemampuan memproduksi protease dan kolagenase yang menurunkan kekuatan tenaga kulit

ketuban. Elastase leukosit polimorfonuklear secara spesifik dapat memecah kolagen tipe III pada manusia, membuktikan bahwa infiltrasi leukosit pada kulit ketuban yang terjadi karena kolonisasi bakteri atau infeksi dapat menyebabkan pengurangan kolagen tipe III dan menyebabkan ketuban pecah dini.

Enzim hidrolitik lain, termasuk katepsin B, katepsin N, kolagenase yang dihasilkan netrofil dan makrofag, nampaknya melemahkan kulit ketuban . Sel inflamasi manusia juga menguraikan aktifator plasminogen yang mengubah plasminogen menjadi plasmin potensial, potensial menjadi penyebab ketuban pecah dini.

4. Tanda Dan Gejala

Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes dengan ciri pucat dan bergaris warna darah, cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya “menganjal “atau menyambut kebocoran untuk sementara.

Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Sujiyatini, 2009).

5. Penatalaksanaan

a. Pencegahan

- 1) Obati infeksi gonokokus, klamidi, dan vaginosis bacterial
- 2) Diskusikan pengaruh merokok selama kehamilan dan dukung untuk mengurangi atau berhenti.
- 3) Motivasi untuk menambah berat badan yang cukup selama hamil
- 4) Anjurkan pasangan agar menghentikan koitus pada trisemester akhir bila ada faktor predisposisi.

b. Panduan mengantisipasi: jelaskan pasien yang memiliki riwayat berikut ini saat prenatal bahwa mereka harus segera melapor bila ketuban pecah.

c. Kondisi yang menyebabkan ketuban pecah dapat mengakibatkan prolaps tali pusat:

- 1) Letak kepala selain vertex
- 2) Polihidramnion
- 3) Herpes aktif
- 4) Riwayat infeksi streptokus beta hemolitiukus sebelumnya.

d. Bila ketuban telah pecah

- 1) Anjurkan pengkajian secara saksama. Upayakan mengetahui waktu terjadinya pecahnya ketuban
- 2) Bila robekan ketuban tampak kasar:

- Saat pasien berbaring terlentang, tekan fundus untuk melihat adanya semburan cairan dari vagina.
 - Basahai kapas asupan dengan cairan dan lakukan pulasan pada slide untuk mengkaji ferning di bawah mikroskop.
 - Sebagian cairan diusapkan ke kertas Nitrazene. Bila positif, pertimbangkan uji diagnostik bila pasien sebelumnya tidak melakukan hubungan seksual tidak ada perdarahan dan tidak dilakukan pemeriksaan pervagina menggunakan jeli K-Y.
- 3) Bila pecah ketuban dan/ atau tanda kemungkinan infeksi tidak jelas, lakukan pemeriksaan pekulum steril.
- Kaji nilai bishop serviks (lihat Nilai Bishop).
 - Lakukan kultur serviks hanya bila ada tanda infeksi.
 - Dapatkan spesimen cairan lain dengan lidi kapas steril yang dipulaskan pada slide untuk mengkaji ferning di bawah mikroskop.
- 4) Bila usia gestasi kurang dari 37 minggu atau pasien terjangkit Herpes Tipe 2, rujuk ke dokter.
- e. Penatalaksanaan konservatif
- 1) Kebanyakan persalinan dimulai dalam 24 -72 jam setelah ketuban pecah.

2) Kemungkinan infeksi berkurang bila tidak ada alat yang dimasukkan ke vagina, kecuali spekulum steril, jangan melakukan pemeriksaan vagina.

3) Saat menunggu, tetap pantau pasien dengan ketat.

- Ukur suhu tubuh empat kali sehari; bila suhu meningkat secara signifikan, dan/ atau mencapai 38⁰ C, berikan macam antibiotik dan kelahiran harus diselesaikan.
- Observasi rabas vagina: bau menyengat, purulen atau tampak kekuningan menunjukkan adanya infeksi.
- Catat bila ada nyeri tekan dan iritabilitas uterus serta laporkan perubahan apa pun

f. Penatalaksanaan agresif

1) Jel prostaglandin atau misoprostol (meskipun tidak disetujui penggunaannya) dapat diberikan setelah konsultasi dengan dokter

2) Mungkin dibutuhkan rangkaian induksi pitocin bila serviks tidak berespons

3) Beberapa ahli menunggu 12 jam untuk terjadinya persalinan. Bila tidak ada tanda, mulai pemberian pitocin

4) Berikan cairan per IV, pantau janin

5) Peningkatan resiko seksio sesaria bila induksi tidak efektif.

- 6) Bila pengambilan keputusan bergantung pada kelayakan serviks untuk diindikasikan, kaji nilai bishop setelah pemeriksaan spekulum. Bila diputuskan untuk menunggu persalinan, tidak ada lagi pemeriksaan yang dilakukan, baik manipulasi dengan tangan maupun spekulum, sampai persalinan dimulai atau induksi dimulai
- 7) Periksa hitung darah lengkap bila ketuban pecah. Ulangi pemeriksaan pada hari berikutnya sampai kelahiran atau lebih sering bila ada tanda infeksi
- 8) Lakukan NST setelah ketuban pecah; waspada adanya takikardia janin yang merupakan salah satu tanda infeksi
- 9) Mulai induksi setelah konsultasi dengan dokter bila :
 - Suhu tubuh ibu meningkat signifikan
 - Terjadi takikardia janin
 - Lokia tampak keruh
 - Iritabilitas atau nyeri tekan uterus yang signifikan
 - Kultur vagina menunjukkan streptokokus beta hemolitikus
 - Hitung darah lengkap menunjukkan kenaikan sel darah putih

g. Penatalaksanaan persalinan lebih dari 24 jam setelah ketuban pecah

- 1) Persalinan spontan

- Ukur suhu tubuh pasien setiap 2 jam, berikan antibiotik bila ada demam
- Anjurkan pemantauan janin internal
- Beritahu dokter spesialis obstetri dan spesialis anak atau praktisi perawat neonatus
- Lakukan kultur sesuai panduan

2) Indikasi persalinan

- Lakukan secara rutin setelah konsultasi dengan dokter
- Ukur suhu tubuh setiap 2 jam
- Antibiotik: pemberian antibiotik memiliki beragam panduan, banyak yang memberikan 1-2 g ampisilin per IV atau 1-2 g Mefoxin per IV setiap 6 jam sebagai profilaksis. Beberapa panduan lainnya menyarankan untuk mengukur suhu tubuh ibu dan DJJ untuk menentukan kapan antibiotik mungkin diperlukan.

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa warna, konsentrasi, bau dan PHnya. Cairan yang keluar dari vagina kecuali air ketuban mungkin juga urine atau secret vagina, secret vagina ibu hamil pH: 4,5 dengan kertas nitrazin tidak berubah warna, tetap kuning. 1.a tes lakmus (tes nitrazin), jika kertas

lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (alkalis). Ph air ketuban 7-7,5 darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu. 1b. mikroskop (tes pakis), dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun psikis.

b. Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidramion. Walaupun pendekatan diagnosis KPD cukup banyak macam dan caranya, namun pada umumnya KPD sudah bisa terdiagnosis dengan anamnesa dan pemeriksaan sederhana (Sujiyatini, 2009).

7. Komplikasi

Komplikasi paling sering terjadi pada KPD sebelum usia 37 minggu adalah sindrom distress pernapasan, yang terjadi pada 10-40% bayi baru lahir. Risiko infeksi meningkat pada kejadian KPD. Semua ibu hamil dengan KPD premature sebaiknya dievaluasi untuk kemungkinan terjadinya korioamnionitis (radang pada korion dan amnion). Selain itu kejadian prolaps atau keluarnya tali pusar dapat terjadi pada KPD.

Risiko kecacatan dan kematian janin meningkat pada KPD Praterm. Hipoplasia paru merupakan komplikasi fatal terjadi pada KPD praterm. Kejadiannya mencapai hampir 100% apabila KPD praterm ini terjadi pada usia kehamilan kurang dari 23 minggu.

- Infeksi intrauterine
- Tali pusat menumbung
- Prematuritas
- Distosia.

8. Kolaborasi

- a. Lakukan persiapan kulit praoperatif, scrub sesuai protocol.

Rasional: menurunkan kontaminan kulit memasuki insisi, menurunkan resiko infeksi pasca-operatif

- b. Dapatkan kultur darah vagina dan plasenta sesuai indikasi.

Rasional: mengidentifikasi organisme yang menginfeksi dan tingkat keterlibatan.

- c. Catat Hb dan Ht catat perkiraan kehilangan darah selama prosedur pembedahaan.

Rasional: resiko infeksi pasca melahirkan serta penyembuhan lebih lama bila kadar Hb rendah dan kehilangan darah berlebihan.

- d. Berikan antibiotic spectrum luas parental pada pra-operasi

Rasional: Antibiotik profilaktik dapat dipesankan untuk mencegah terjadinya proses infeksi sebagai pengobatan pada infeksi sebagai pengobatan pada infeksi yang teridentifikasi.

9. Diagnosa Prioritas

- a. Nyeri akut Berhubungan Dengan agen pencedera fisik.
- b. Resiko Infeksi Dibuktikan Dengan efek prosedur invasif
- c. Gangguan mobilitas fisik Berhubungan Dengan post SC
- d. Defisit nutrisi Berhubungan Dengan gangguan persepsi makan.
- e. Ansietas Berhubungan Dengan hubungan orang tua-anak tidak Memuaskan
- f. Defisit perawatan diri Berhubungan Dengan tidak mampu berhias secara mandiri
- g. Defisit pengetahuan Berhubungan Dengan kurang terpaparnya informasi.

D. Konsep Dasar Preeklamsi

1. Definisi

Preeklamsia atau biasa disebut Kehamilan Induced Hypertension (PIH) kehamilan atau toksemia kehamilan, ditandai dengan Tekanan darah meningkat, oedema, bahkan adanya proteinuria. Biasanya preeklamsia terjadi pada ibu yang usia kehamilannya 20 minggu keatas atau tiap triwulan dari kehamilan, pada kehamilan 37 minggu tersebut umumnya preeklamsia biasa terjadi hingga minggu pertama setelah persalinan (Lalenoh, 2018).

Preeklamsia adalah sekumpulan gejala yang timbul pada Wanita hamil, bersalin dan nifas yang terdiri dari hipertensi, edema dan proteinuria yang muncul pada kehamilan 20 minggu sampai akhir minggu pertama setelah persalinan (Muzalfah et al, 2018).

2. Faktor Preeklamsi

Preeklamsia adalah penyakit spesifik selama kehamilan tanpa etiologi yang jelas Wang. et al (2020), Menurut Norma & Mustika (2013) terdapat beberapa faktor resiko terjadinya preeklamsia :

1) Primigravida atau kehamilan pertama

Ibu yang pertama kali hamil sering mengalami stress dalam menghadapi persalinan. Stress emosi yang terjadi pada primigravida menyebabkan peningkatan pelepasan corticotropic-releasing hormone (CRH) oleh hipotalamus,

yang kemudian menyebabkan peningkatan kortisol (Nur & Arifuddin, 2017).

Berdasarkan teori imunologik, preeklamsia pada primigravida terjadi. karena di primigravida pembentukan blocking antibody terjadi mengenai antigen yang belum sempurna, primigravida juga mengalami pembentukan Human Leucoyte Antigen (HLA-G) memainkan peran dalam memodulasi respons imun sehingga hasil konsepsi ditolak pada klien atau intoleransi ibu terhadap plasenta yang dapat menyebabkan preeklamsia.

2) Morbid obesitas atau biasa disebut kegemukan

Penyakit ini menyertai kehamilan seperti diabetes mellitus, Obesitas dapat mengakibatkan kolesterol meningkat, bahkan mengakibatkan jantung lebih cepat dan bekerja berat. Klien dengan obesitas dalam tubuhnya semakin banyak jumlah darah yang terkandung yang berarti semakin parah jantung dalam memompa darah sehingga dapat menyebabkan preeklamsia. Preeklamsia lebih menjurus terjadi pada klien yang memiliki Riwayat Diabetes mellitus dikarenakan saat klien kebutuhan janin yaitu plasenta lebih berperan aktif dalam memenuhi semua kebutuhannya.

3) Usia Kehamilan

Preeklamsia muncul setelah klien dengan usia kehamilan 20 minggu dengan Gejala kenaikan tekanan darah. Jika terjadi preeklamsia di bawah 20 minggu, masih dikategorikan hipertensi kronik. Sebagian besar preeklamsia terjadi pada minggu >37 minggu dan semakin tua kehamilan maka semakin berisiko untuk terjadinya preeklamsia.

4) Riwayat Hipertensi

Orang dengan hipertensi sebelum kehamilan (hipertensi kronis) memiliki risiko 4-5 kali terjadi preeklamsia pada kehamilannya. Angka kejadian hipertensi kronis pada kehamilan yang disertai preeklamsia sebesar 25%. Sedangkan bila tanpa hipertensi kronis angka kejadian preeklamsia hanya 5% (Malha et al., 2018).

5) Usia

Klien pada usia >35 tahun rentan mengalami masalah kesehatan salah satunya adalah preeklamsia. Karena adanya perubahan jaringan rahim dan saluran lahir yang tidak fleksibel seperti halnya pembuluh darah, disebabkan oleh peningkatan tekanan darah. Seiring bertambahnya umur semakin mudah terjadinya vasokonstriksi pada pembuluh darah ibu, proteinuria dan edema. Sebenarnya pada umur 35 tahun belum dianggap rentan, tetapi kapasitas reproduksi

semakin menurun sehingga dianggap sebagai fase untuk berhenti hamil.

3. Klasifikasi Preeklamsi

Menurut (Lalenoh, 2018) klasifikasi preeklamsia atau hipertensi

dalam kehamilan terbagi 3, yaitu :

1) Preeklamsia Ringan

- Kenaikan TD 140/90mmHg
- Adanya pembengkakan kaki, muka, jari tangan serta berat badan naik 1kg lebih tiap minggunya
- Adanya Proteinuria
- Tidak ada nyeri kepala

2) Preeklamsia Sedang

Tekanan darah Sistolik 150-159 mmHg, tekanan diastolic 100-109 mmHg

3) Preeklamsia Berat

- Tekanan darah senilai >160/100 mmHg
- Adanya proteinuria >5 gram/L
- Jumlah urine kurang (Oliguria) dari 500 cc/24Jam
- Serebral terganggu, visus terganggu dan timbul nyeri pada epigastium.
- Terjadi pembengkakan/edema paru atau sianosi

- Ada kejang (Eklampsia).
- Timbul keluhan subjektif, seperti : nyeri, gangguan penglihatan
- sakit kepala, gangguan kesadaran ataupun odema paru

4. Manifestasi Klinis Preeklamsi

Menurut Bothamley & Boyle (2013) ada beberapa manifestasi

preeklamsia, yaitu :

- Bertambahnya Berat Badan, terjadi kenaikan berat badan yaitu ± 1 kg beberapa kali seminggu
- Timbul pembengkakan akibat BB meningkat, pembekakan pada kaki, muka dan pergelangan pada tangan
- Hipertensi / tekanan darah tinggi (yang di ukur selama 30 menit setelah pasien beristirahat) dengan tekanan darah $>140/90$ mmHg
- Proteinuria
- adanya protein dalam urine sebesar 0,3 gram/L/hari atau pemeriksaan kualitatif senilai +1/+2
- kadar proteinuria 1 g/l yang dikeluarkan melalui kateter yang di ambil sebanyak 2 kali setiap 6 jam.
- Tanda dan gejala lainnya yaitu : gangguan penglihatan, nyeri epigastric, sakit kepala, mual dan muntah, penurunan

Gerakan janin dan ukuran janin lebih kecil tidak sesuai dengan usia kehamilan ibu.

5. Patofisiologi Preeklamsi

Pada preeklampsia terdapat penurunan aliran darah. Perubahan ini menyebabkan prostaglandin plasenta menurun dan mengakibatkan iskemia uterus. Keadaan iskemia pada uterus merangsang pelepasan bahan tropoblastik yaitu akibat hiperoksidase lemak dan pelepasan renin uterus. Bahan tropoblastik menyebabkan terjadinya endotheliosis menyebabkan pelepasan tromboplastin. Tromboplastin yang dilepaskan mengakibatkan pelepasan tromboksan dan aktivasi/agregasi trombosit deposisi fibrin. Pelepasan tromboksan akan menyebabkan terjadinya vasospasme sedangkan aktivasi/agregasi trombosit deposisi fibrin akan menyebabkan koagulasi intravaskuler yang mengakibatkan perfusi darah menurun dan konsumtif koagulasi (Sukarni dan Wahyu, 2013).

Konsumsi koagulasi mengakibatkan trombosit dan faktor pembekuan darah menurun dan menyebabkan gangguan faal hemostasis. Renin uterus yang dikeluarkan akan mengalir bersama darah sampai organ hati dan bersama-sama angiotensinogen menjadi angiotensin I dan selanjutnya menjadi angiotensin II.

Angiotensin II bersama tromboksan akan menyebabkan terjadinya vasospasme. Vasospasme menyebabkan lumen arteriol

menyempit. Lumen arteriol yang menyempit menyebabkan lumen hanya dapat dilewati oleh satu sel darah merah. Tekanan perifer akan meningkat agar oksigen mencukupi kebutuhan sehingga menyebabkan terjadinya hipertensi. Selain menyebabkan vasospasme, angiotensin II akan merangsang glandula suprarenal untuk mengeluarkan aldosteron (Sukarni dan Wahyu, 2013).

Vasospasme bersama dengan koagulasi intravaskular akan menyebabkan gangguan perfusi darah dan gangguan multi organ. Gangguan multiorgan terjadi pada organ-organ tubuh diantaranya otak, darah, paru-paru, hati/liver, renal dan plasenta. Pada otak akan dapat menyebabkan terjadinya edema serebri dan selanjutnya terjadi peningkatan tekanan intrakranial. Tekanan intrakranial yang meningkat menyebabkan terjadinya gangguan perfusi serebral, nyeri dan terjadinya kejang singa menimbulkan diagnosa risiko cedera. Pada darah akan terjadi endoteliosis menyebabkan sel darah merah yang pecah akan menyebabkan terjadinya anemia hemolitik (Sukarni dan Wahyu, 2013).

Pada paru-paru, akan terjadi perpindahan cairan sehingga akan mengakibatkan terjadinya edema paru. Edema paru akan menyebabkan terjadinya kerusakan pertukaran gas. Pada hati, vasokonstriksi pembuluh darah menyebabkan gangguan kontraktilitas miokard sehingga menyebabkan gangguan kontraktilitas miokard sehingga menyebabkan payah jantung dan

memunculkan diagnose penurunan curah jantung (Sukarni dan Wahyu, 2013).

Pada ginjal, akibat pengaruh aldosteron, terjadi peningkatan reabsorpsi natrium dan menyebabkan retensi cairan dan dapat menyebabkan terjadinya edema sehingga dapat memunculkan diagnosa keperawatan kelebihan volume cairan. Selain itu vasospasme arterioli pada ginjal akan menyebabkan penurunan GFR dan permeabilitas terhadap protein akan meningkat. Penurunan GFR tidak diimbangi dengan peningkatan reabsorpsi oleh tubulus sehingga menyebabkan diuresis menurun sehingga menyebabkan terjadinya oliguri dan anuri. Oliguri atau anuri akan memunculkan diagnosa keperawatan gangguan eliminasi urin. Permeabilitas terhadap protein yang meningkat akan menyebabkan banyak protein akan lolos dari filtrasi glomerulus dan menyebabkan proteinuria (Sukarni dan Wahyu, 2013).

Pada mata, akan terjadi spasmus arteriola selanjutnya menyebabkan edema diskus optikus dan retina. Keadaan ini dapat menyebabkan terjadinya diplopia dan memunculkan diagnosa keperawatan resiko cedera. Pada plasenta penurunan perfusi akan menyebabkan hipoksia/anoksia sebagai pemicu timbulnya gangguan pertumbuhan plasenta sehingga dapat berakibat terjadinya Intra Uterin Growth Retardation serta memunculkan diagnosa keperawatan risiko gawat janin.

Hipertensi akan merangsang medula oblongata dan sistem saraf parasimpatis akan meningkat. Peningkatan saraf simpatis akan mempengaruhi tractus gastroenteral dan ekstremitas (Sukarni dan Wahyu, 2013).

Pada traktus gastrointestinal dapat menyebabkan terjadinya hipoksia duodenal dan penumpukan ion H⁺ menyebabkan HCl meningkat sehingga dapat menyebabkan nyeri epigastrik. Selanjutnya akan terjadi akumulasi gas yang meningkat, merangsang mual dan timbulnya muntah sehingga muncul diagnose keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

6. Komplikasi

Menurut (Lyall & Belfort, 2007) bila preeklamsia tidak cepat ditangani dapat menimbulkan komplikasi yang akan menyebabkan kematian pada ibu dan janinnya, yaitu :

- Kurangnya aliran darah menuju ke plasenta

Preeklamsia dapat mempengaruhi arteri yang membawa darah menuju plasenta. Jika sampai di plasenta namun darah yang sampai tidak cukup, maka terjadi kekurangan oksigen dan pertumbuhan pada melambat atau lahir dengan berat bayi yang lebih rendah akibat kekurangan nutrisi.

- Terlepasnya Plasenta

Resiko terlepasnya plasenta dari dinding rahim sebelum ibu melahirkan salah satunya yaitu akibat dari Preeklamsia yang meningkatkan terjadinya resiko yang mengakibatkan pendarahan sehingga dapat mengancam ibu dan bayinya.

- Sindrom HELLP

Hemolyssi (enzim sel darah merah) atau yang biasa disingkat dengan (HELLP), adalah tingginya enzim hati dan rendahnya trombosit. Gejala, yang timbul biasanya pusing, muntah, sakit kepala dan sakit perut pada bagian atas.

- Eklampsia

Preeklamsia jika tidak dikontrol, maka akan terjadi eklampsia. Eklampsia menyebabkan terjadinya kerusakan yang permanen pada organ klien, seperti hati, dan ginjal. Eklampsia yang parah menimbulkan ibu mengatasi koma, kerusakan pada otak dan menyebabkan kematian yang gagal.

7. Penatalaksanaan

Menurut Adriani & Wirjatmadi (2016), Penatalaksanaan Preeklamsia memiliki beberapa prinsip dan beberapa penatalaksanaan sesuai dengan tingkat klasifikasinya, yaitu :

Prinsip penatalaksanaan Preeklamsia

- a. Melindungi klien dari penyebab tekanan darah meningkat
- b. Mencegah progresivitas penyakit menjadi eklampsia

- c. Menurunkan atau mengatasi risiko janin (pertumbuhan janin yang terlambat, solusio plasenta, hipoksia sampai terjadi kematian pada janin)
- d. Melahirkan dengan cara yang aman dan cepat sesegera mungkin
- e. setelah matur, atau imatur jika diketahui adanya resiko pada janin dan
- f. klien juga lebih berat jika persalinan ditunda lebih lama.
- g. Penatalaksanaan preeklamsia ringan:
 - Dapat dikatakan tidak mempunyai resiko bagi ibu maupun janin
 - Lakukan istirahat yang cukup
 - Bila klien tidak bisa tidur berikan luminal 1-2 x 30 mg/hari
 - Pemberian asam asetilsalisilat (aspirin) 80 mg/hari
- Jika tekanan darah tidak menurun, anjurkan beri obat antihipertensi
- Diet rendah garam dan diuretik
- Jika maturitas janin masih lama, lanjutkan kehamilan, periksa tiap satu
- kali dalam seminggu
- Indikasi rawat: jika terjadi perburukan, tekanan darah tidak menurun setelah dua minggu rawat jalan, peningkatan berat

badan melebihi 1kg/minggunya dua kali secara berurutan, atau jika klien menunjukkan tanda-tanda preeklamsia berat. Silahkan berikan obat antihipertensi.

- Jika selama perawatan tidak ada perubahan, tata laksana sebagai preeklamsia berat. Jika ada perubahan maka lanjutkan rawat jalan.
- Pengakhiran kehamilan: ditunggu sampai usia kehamilan 40 minggu, kecuali ditemukan pertumbuhan janin terhambat, gawat janin, solusio plasenta, eclampsia, atau indikasi terminasi lainnya. Minimal usia 38 minggu, janin sudah dinyatakan matur.
- Persalinan pada preeklamsia ringan dapat dilakukan spontan atau dengan bantuan ekstraksi untuk mempercepat kala II. Penatalaksanaan preeklamsia berat, Dapat ditangani secara aktif.

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. E DENGAN POST OPERASI

SECTIO CESARIA DI RUANG RAWAT INAP DAHLIA RSUD CAM

TAHUN 2022

A. Pengkajian

I. Identitas Pasien

Nama : Ny. E
Umur : 39 Tahun 4 bulan
Jenis Kelamin : Perempuan
Status Pernikahan : Menikah
Agama : Islam
Pekerjaan : IRT
Pendidikan : SMP
Alamat : Pondok ungu rt/rw 003/006,
kota bekasi
No Medrek : 18327855
Dx Medis : Ketuban Pecan Dini
Ruang Rawat : Dahlia
Tanggal Masuk : 15 Desember 2022
Tanggal Pengkajian : 15 Desember 2022

II. Penanggung Jawab

Nama : Tn.M
Umur : 36 Tahun
Hub. Keluarga : Suami
Pekerjaan : Wiraswasta

III. Alasan Masuk RS

Pada tanggal 15/12/2022 jam 06.30 WIB pasien datang ke IGD dengan keluhan keluar air-air sedikit-sedikit dari jalan lahir merembet sejak pagi, cairan ketuban agak keruh, tidak ada lendir darah, gerakan janin aktif pasien mengatakan dari USG PKM pejuang bayi Sungsang, Usg terakhir tgl 12/12/2022 di PKM pejuang dengan dr hendi, Usia kehamilan 38mgg, posisi sungsang, kepala diatas, pantat dibawah, TBJ 3600gr. Setelah dilakukan pemeriksaan oleh dokter kandungan klien dianjurkan untuk SC. TTV : k/u : sedang, Kes : CM, TD : 132/82mmhg, N : 84x/mnt, S : 36,C, RR : 20x/mnt, Spo2 : 98%, His : - , Djj : 140x/mnt, Vt : Icm, portio tebal lunak, kepala hodge I, G3P2A0.

IV. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat melakukan pengkajian pada hari kamis 15 desember 2022, di ruang dahlia pasien post operasi sectio cesaria pukul 21:00, mengeluh nyeri pada luka bekas oprasi SC, skala nyeri 5, pasien mengeluh perutnya terasa kembung, pasien mengatakan nyeri dirasakan saat bergerak, nyeri seperti tersayat pisau, pasien tampak meringis, terdapat luka jahitan abdomen <10 cm, intensitas nyeri sedang (5), pasien tampak sesekali memegang perutnya jika nyeri terasa, klien mengatakan keluar darah dari kemaluan namun tidak terlalu banyak, klien mengatakan masih sulit untuk bergerak, klien mengatakan bayi klien dirawat di ruang perinatologi jenis kelamin laki-laki, BB 3100 gram, panjang badan 48 cm, klien terpasang infus IV tangan sebelah kiri dan kateterisasi urine. Hasil pengkajian tanda-tanda vital : k/u : baik, kontraksi : baik, Tekanan darah : 125/85 mmHg, Suhu : 36,5°C, Pernafasan : 19x/menit, Nadi : 84x/menit, Spo2 : 97%. Lochea : Rubra, P3A0

Pengkajian denga PQRST :

P : Nyeri dirasakan saat bergerak

Q : Nyeri seperti tersayat pisau

R : Nyeri dirasakan di perut bawah luka post-op

S : skala nyeri 5 (1-10) sedang

T : Nyeri berlangsung ±10 menit lalu berhenti sekitar 5 menit, lalu

muncul kembali, nyeri bertambah saat digerakan dan di sentuh

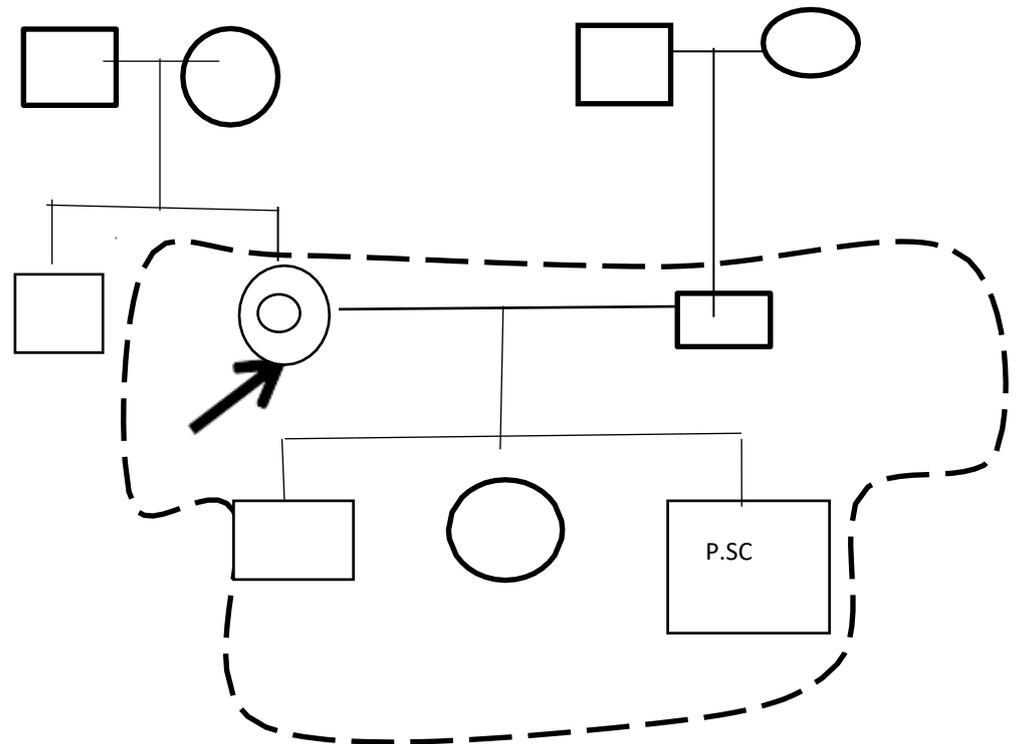
b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan sebelumnya tidak ada riwayat penyakit apapun

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga klien mengatakan tidak ada yang menderita penyakit menular ataupun penyakit turunan seperti : DM, Jantung, Asma, Ginjal, penyakit kejiwaan atau penyakit lainnya.

Genogram



Keterangan:

- = Laki-laki
- = Perempuan
- ┌──┴──┐ = Tinggal serumah
- ⊙ (with arrow) = Klien
- = Garis menikah
- | = Garis keturunan

d. Riwayat Kehamilan

Status Obsterikus : P3 A0
UK : 38 Minggu
HPHT : 12/04/2022
Taksiran Persalinan : 17/01/2023
Kehamilan : Ke 3

e. Riwayat menstruasi

Menarche : 14 Tahun
Siklus Haid : 1x30hari (Teratur)
Lama Haid : 6-7 Hari
Ganti Duk : 4-5x sehari
Masalah Haid : tidak ada keluhan.

f. Riwayat Persalinan

No	Tgl/tahun Persalinan	Penolong Persalinan	Jenis Persalinan	Jenis Kelamin	BB/PB	Keadaan anak sekarang
1.	10/08/2001	Dokter Spesialis Kandungan	normal	Laki-laki	2880 Gram/49 cm	Hidup
2.	22/03/2003	Bidan	Normal	perempuan	3000/47cm	Hidup
3.	15/12/2022	Dokter spesialis kandungan	SC	Laki-laki	3100/48cm	Hidup

Anak ke 3

BB/PB : 3100 Gram/48 cm
Perdarahan : ± 50cc saat persalinan
Ketuban : ± 40cc sebelum persalinan

g. Riwayat kelahiran bayi

1) Riwayat persalinan bayi

Jenis persalinan : SC
Penyulit dalam persalinan :
KPD+Sungsang
Tanggal/jam lahir : 15 Desember 2022, jam 18:20 WIB
Lama persalinan : 1,5 Jam

2). Pengkajian Bayi Apgar Score

Appearance	: Seluruh tubuh bayi berwarna merah jambu
Pulse	: >100x/m
Grimace	: Meringis, tangisan lemah
Activity	: Bergerak aktif dan spontan
Respiration	: Menangis kuat, pernafasan baik dan teratur
Score 9	: Normal
Suhu	: 36,9°C
Nadi	: 182x/m
Pernafasan	: 35x/m
Jenis Kelamin	: laki-laki
BB	: 3100 Gram
Panjang Badan	: 48 cm
Lingkar kepala	: 33 cm
Lingkar dada	: 31 cm
Lingkar perut	: 262 mm
Simpisis kaki	: Normal

5. Rencana Kontrasepsi

Klien mengatakan sudah tahu alat kontrasepsi, sebelumnya klien memakai alat kontrasepsi implant dan setelah melahirkan klien dan suami merencanakan kontrasepsi yang digunakan adalah steril.

6. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum :

GCS	: E: 4, V: 5, M: 6 (15)		
Tingkat Kesadaran	: Composmetis		
Tanda-tanda Vital	:		
TD	: 125/85 mmHg	BB	: 65 kG
S	: 36°C	TB	: 155 cm
N	: 87x/Menit	LILA	: 20 Cm
R	: 20x/Menit	IMT	: 27

b. Head to toe

1) Kepala

Rambut :

Berwarna coklat pirang, lurus
tampak bersih, ada sedikit ketombe
dan uban, ada sedikit rambut rontok
Tidak ada nyeri tekan

2) Mata

Simetris kiri dan kanan
Konjungvita tidak anemis

Tidak ada nyeri tekan
Tampak bersih

3) Telinga

Simetris kiri dan kanan
Pendengarah baik
Tampak bersih
terdapat sedikit
serumen
Tidak ada nyeri tekan

4) Hidung

Simetris kiri dan kanan
Tampak bersih
Tidak ada nyeri tekan

5) Mulut dan gigi

Tidak ada karies
Tidak ada gigi berlubang
Tidak ada perdarahan pada gusi
Mukos bibir kering
Lidah terlihat bersih
Gigi berwarna kekuningan

2) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
Tidak ada nyeri tekan
Tidak ada luka

Tidak ada nyeri nelan

3) Thorak

a) Payudara

Simetris kiri dan kanan

Tampak bersih

Areola hiperpigmentasi

Tidak ada nyeri tekan

Puting susu menonjol

terdapat sedikit

colestrum

b) Paru-paru

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, ictus cordis tidak teraba

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Sonor dikedua lapang paru

Auskultasi : Suara nafas vesikuler

c) Jantung

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, tidak ada pembesaran
jantung

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Redup

Auskultasi : Suara irama jantung teratur

4) Abdomen

Inspeksi : Ada luka bekas SC kurang lebih 10 cm, luka
tidak basah tidak adanya triaie

Palpasi : Terdapat nyeri tekan pada luka post-op SC
TFU 2 jari dibawah Pusat kositensi keras

Perkusi : Tympani

Auskultasi : Bising usus normal, peristaltik 13x/menit

5) Ekstremitas

Atas : terpasang infus ditangan kiri, simetris kiri dan kanan

Bawah : simetris kiri dan kanan, tidak ada kelainan pada kedua kaki, kaki suli digerakan

5		5
3		3

6) Genetalia

a) Darah nifas

Jumlah : ±30 cc dalam 2 kali ganti pembalut

Warna : Merah segar berisi selaput lendir

Bau : Amis

b) Perineum

Perineum klien tampak bersih, utuh, tidak ada robek, tidak ada luka episiotomi dan tidak ada varices

Reeda Signs :

Redness (kemerahan) : Tidak ada

Edema (bengkak) : Tidak ada

Eechymosis (bercak darah) : Ada

Discharge (pengeluaran darah luka) : Tidak ada

Approximatio (perekatan/jahitan) : Tidak ada

Terpasang kateter

7) Intregument

Kulit berwarna coklat, ada closma gravidarum, turgor kulit bagus, Tidak ada edema, terdapat luka jahitan SC >10 cm dan nyeri tekan pada kulit bagian abdomen bawah, Terpasang infus disebelah kiri dan kateter urine

NO	AKTIVITAS	SEHAT	SAKIT
1.	Nutrisi Makan - Menu - Porsi Makanan	- Nasi+Lauk+ Sayur - 2 porsi - Cemilan ringan	- Bubur ayam - ½ porsi - Tidak ada - Tidak ada
	kesukaan - pantangan	- Tidak Ada	
2.	Minum - Jumlah - Minuman kesukaan - Pantangan	- 6-8 Gelas - Jus - Tidak ada	- 5-6 Gelas - Tidak ada - Tidak ada
3.	Eliminasi BAB - Frekuensi - Warna - Bau - Konsistensi - Kesulitan BAK - Frekuensi - Warna - Bau - Konsistensi - Kesulitan	- 1 kali sehari - Khas - Khas - Lembek - Tidak ada - 3-6 kali sehari - Kuning keruh - Pesing - Cair - Tidak ada	- 1 kali sehari - Khas - Khas - Lembek - Tidak ada - 3-6 kali sehari - Kuning keruh - Pesing - Cair - Tidak ada
4.	Istirahat Tidur - Waktu tidur - Lama tidur - Kesulitan tidur	- 22:00 WIB - 6-7 Jam - Tidak ada	- 23:00 WIB - 5-6 Jam - Tidak ada
5.	Personal hygiene - Mandi - Cuci rambut - Gosok gigi - Potong kuku	- 2 kali sehari - 1 kali 3 hari - 2 kali sehari - 1 kali seminggu	- 1 kali sehari - Belum dilakukan - 1 kali sehari - Belum dilakukan

7. Pemenuhan kebutuhan seksual

Klien mengatakan sebelum hamil kebutuhan seksual terpenuhi.

8. Riwayat alergi

Klien tidak ada riwayat alergi

9. Data psikososial

a) Konsep diri

1. Peran

Pasien mengakui dirinya adalah sebagai istri dan sekarang sudah menjadi orang tua yang lebih baik lagi sebagai seorang ibu untuk anak-anak nya dan seorang istri untuk suaminya.

2. Identitas diri

Pasien mengenali siapa dirinya

3. Harga diri

Ibu dan suami pasien mengatakan pasien menghargai dirinya sendiri dan selalu mempunyai harapan terhadap hidupnya

3. Body image

Pasien menggambarkan dirinya sebagai orang yang ceria dan penyayang

b) Status pasien

Pasien mengatakan merasa bangga dengan statusnya sebagai seorang ibu dan istri.

c) Kecemasan

Pasien mengatakan tidak merasa cemas karena ada suami dan ibu kandung serta mertua disekelilingnya

d) Pola koping

Pasien sangat senang dan gembira saat ini sudah mempunyai bayi yang sudah dirncakan

Persepsi pasien terhadap keadaan saat ini : Pasien mengatakan pasrah dengan keadaan persalinan SC, walaupun sebenarnya pasien ingin sekali melahirkan secara normal

10. Data sosial ekonomi

Klien merupakan seorang ibu rumah tangga, Mempunyai 3 orang anak yang sekarang baru lahir dan suaminya bekerja sebagai wiraswasta. Sumber kebutuhan sehari-hari hanya didapat dari hasil kerja suaminya dengan pendapatan perbulan < Rp.3.800.000. Keluarga klien dapat digolongkan dalam kelompok sosial menengah. Klien menggunakan BPJS selama perawatan di RS.

11. Data spiritual

Klien mengatakan beragama islam dan selalu mengerjakan sholat 5 waktu. Ketika masih sehat klien selalu berdoa dan meminta kepada yang maha kuasa agar diberi kelancaran dalam proses setelah persalinannya, ia dan bayinya dalam keadaan sehat.

12. Pengetahuan tentang

a. Perawatan bayi

Klien mengatakan bahwa ini adalah kelahiran anak ke 3 nya. Klien sudah tahu dan memahami bagaimana cara merawat, memandikan, membedong dan menggendong bayinya tersebut klien mengatakan sudah berpengalaman soal mengurus bayi karena ini kelahiran anak ke 3 nya. Namun sekarang klien dibantu mengurus bayi oleh bidan Rs karena masih belum bisa melakukannya dikarenakan kondisi fisiknya yang masih belum pulih.

b. ASI eksklusif dan teknik menyusui

Perawatan payudara

Klien mengataka sudah paham bagaimana cara membersihkan puting susu sebelum dan sesudah menyusui bayinya.

Seperti :

- 1) Lakukan kompres hangat pada payudara
- 2) Lakukan pemijatan pada payudara
- 3) Susui si kecil tanpa menggunakan formula
- 4) Bersihkan ujung payudara secara teratur

c. Teknik menyusui

Klien mengatakan sudah paham tentang teknik menyusui bayi, karena sebelumnya anak pertama dan keduanya mengASIhi juga.

Pemeriksaan penunjang

Tindakan : Swab antigen

Tanggal : 15/12/2022

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Metode	Nilai Normal
Swab Antigen	Negatif	Kali	Rapid	Negatif

Tindakan : Darah rutin

Tanggal : 15/12/2022

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Metode	Nilai Normal
Hemoglobin	12.3	gr/dL	-	P (>13th): 12,0-15,0
Leukosit	8.4	rb/mm3	-	D (>13th): 3,6-10,6
Hematokrit	36.5	%	-	P (>13th): 35.0-49.0
Trombosit	274	x1000/uL	-	150-450

Tindakan : Darah rutin setelah
operasi
Tanggal : 16/12/2022

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Metode	Nilai Normal
Hemoglobin	12,6	gr/dL	-	P (>13th): 12,0-15,0
Leukosit	13,4	rb/mm ³	-	D (>13th): 3,6-10,6
Hematokrit	36.9	%	-	P (>13th): 35.0-49.0
Trombosit	274	x1000/uL	-	150-450

13. Terapi Obat

- a. RL 500 cc 2:1 20 t pm
- b. Keterolac 30mg injek 2 ampul/hari
- c. Omreprozole 1x40 Mg
- d. Ceftriaxone 40mg/5cc 1x2
- e. Sagestam 1ml injek 2x1
- f. Mefenamic Acid 500mg 3x1
- g. Bled stop 125 mcg 3x1
- h. Cefadroxil 500 mg 3x1
- i. hypobhac 100mg

B. Analisis Data

Nama : Ny.E

Umur : 39 Th

Ruangan : Dahlia

No	Hari/ Tanggal	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	Kamis, 15/12/22	DS : <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan nyeripada luka post OP SC- P : luka post operasi SC- Q : seperti di sayat-sayat- R : pada daerah perut bawah- S : Skala Nyeri 5- T : saat bergerak DO : <ul style="list-style-type: none">- Pasien sesekali tampak meringis- Tampak luka pos-op dibagian bawahabdomen kurang lebih 10 cm yang masih tertutup dengan verban- TTV- K/u : baik- Kes : CMTD : 125/85mmHgSuhu : 36°CN : 87x/mRR : 19x/mSpo2 : 100%	Nyeri Akut	Agen pencedera fisik

2.	Kamis, 15/12/22	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan dibagian infusnya terasa sakit - Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka post op terasa sakit pasien takut lukanya infeksi <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak tangan klien bengkak karena infusan - Tampak luka post-op dibagian awah abdomen yang tertutup dengan verban - Leukosit 13,4 ribu/ul - TTV - K/u : baik - Kes : CM TD : 125/85mmHg Suhu : 36°C N : 87x/m RR : 19x/m SpO2 : 100% 	Risiko Infeksi	Efek prosedur invasif
3.	Kamis 15/12/22	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa nyeri saat bergerak - Pasien takut untuk melakukan pergerakan - Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga atau perawat di RS <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasiendilakukan anestesi spinal - Terpasang Kateter urine - Terpasang infus disebelah kiri - Aktivitas pasien tampak dibantu suaminya - TTV - K/u : baik - Kes : CM TD : 125/85mmHg Suhu : 36°C N : 87x/m RR : 19x/m SpO2 : 100% 	Gangguan mobilitas fisik	Nyeri

C. INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama : Ny. E

Dx Kep : KPD+Sungsang

no	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
1.	<p>Nyeri akut b/d agen cedera fisik ditandai dengan DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri padaluka post OP SC - Pasien mengatakan nyeri muncul ketika bergerak - Pasien mengeluh perut terasakembung - Pasien sesekali memegang luka post OP SC dengan tanganya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sesekali tampak meringis - Skala nyeri 5 (1-10) - Tampak luka pos-op dibagian bawah abdomen kurang lebih 10 cm yang masih tertutup dengan verban - TTV - K/u : baik - Kes : CM TD : 125/85mmHgSuhu : 36°C N : 87x/m RR : 19x/m Spo2 : 100% 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan Tingkat nyeri menurun.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun (5) - Tampak meringis menurun (5) - Sikap protektif menurun (5) 	<p>Manajemen nyeri (1.082 38)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitas istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan strategi pereda nyeri - Anjurkan teknik nonfarmakolo gisuntuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik(jika perlu)
2.	<p>Resiko infeksi b/d Agen Pencedera fisik ditandai dengan terdapat luka post SC ditandai dengan</p> <p>DS :</p>	<p>Setelah melakukan tindakan keperawatan 3x 8 jam diharapkan Tingkat infeksi</p>	<p>Pencegahan infeksi (1.1 4539)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan

	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut - Pasien mengatakan sesekali memegang luka post op menggunakan tangan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak luka post-op dibagian bawah abdomen yang tertutup dengan verban ±10cm - TTV - K/u : baik - Kes : CM TD : 125/85mmHg Suhu : 36°C N : 87x/m - RR : 19x/m Spo2 : 100% 	<p>menurun.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kebersihan tangan meningkat (5) - Kebersihan badan meningkat (5) - Nyeri menurun (5) 	<p>gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Teurapetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batasi jumlah - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Pertahankan teknik aseptik pada pasein beresiko tinggi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian antibiotok <p>ataupun imusisasi (jika perlu)</p>
3.	<p>Gangguan mobilitas fisik b/dimobilitas ditandai dengan</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa nyeri saat bergerak - Pasien mengatakan segala aktivitasnya dibantu oleh keluarga dan perawat <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dilakukan anastesi spinal - Terpasang Kateter urine - Terpasang infus - Aktivitas pasien tampak dibantu suaminya - TTV - K/u : baik - Kes : CM TD : 125/85mmHg Suhu : 36°C N : 87x/m - RR : 19x/m Spo2 : 100% 	<p>Setelah melakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan gangguan mobilitas menurun.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri menurun (1) - Gerakan terbatas menurun (1) - Kelemahan fisik menurun (1) 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi indikasi dan kontraindikasi mobilisasi - Monitor kemajuan pasien/keluarga dalam melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif atau pasif <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan prosedur

			<p>tujuan indikasi dan kontraindikasi mobilisasi serta dampak imobilisasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Demonstrasi cara mobilisasi secara bertahap (miring kanan dan kiri, duduk semi fowler, berdiri dan berjalan)
--	--	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN PERAWATAN HARI KE 1

Nama : Ny. E

tanggal Masuk : 15/12/2022

Ruangan : Dahlia

tanggal pengkajian : 15/12/2022

Diagnosa : Post Sc+KPD

Diagnose keperawatan	Hari	Tindakan	Evaluasi	paraf
Nyeri akut b/d agen pencedera fisik	kamis, 15/12/22	<p>Observasi</p> <p>a. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</p> <p>DS : Pasien mengatakan nyeri post op sc dibagian perut bawah seperti tersayat dengan skala nyeri 5 (0-10) dan nyeri hilang timbul</p> <p>Do : Pasien tampak meringis</p> <p>b. mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>Ds : Pasien mengatakan nyeri</p> <p>Do : Skala nyeri 5 (0-10)</p> <p>c. mengidentifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>DS: - DO : pasien terlihat meringgis saat nyerinya timbul</p> <p>d. mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>DS : Pasien mengatakan nyeri muncul saat bergerak, dan hilang saat berbaring</p> <p>DO : Tampak terbaring lemah</p> <p>e. memfasilitasi istirahat dan tidur.</p> <p>Ds : Pasien mengatakan tidak bisa tidur karena nyeri yang</p>	<p>S :</p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri bagian post op sc dibagian perut bawah</p> <p>b. Pasien mengatakan nyerinya seperti tersayat pisau</p> <p>c. Pasien mengatakan nyerinya makin terasa bila bergerak</p> <p>d. pasien mengatakan nyerinya hilang timbul</p> <p>O :</p> <p>P: nyeri dirasakan saat bergerak</p> <p>Q : Nyeri seperti tersayat pisau</p> <p>R: Nyeri dirasakan di perut bagian bawah luka post op sc</p> <p>S : Skala nyeri 5</p> <p>T : nyeri dirasakan terus</p> <p>Pasien diajarkan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri</p> <p>TTV</p> <p>K/u : baik</p> <p>Kes : CM</p> <p>TD : 125/85mmHg</p> <p>Suhu : 36°C</p> <p>N : 87x/m</p> <p>RR : 19x/m Spo2 : 100%</p> <p>a. Pasien tampak meringgis kesakitan</p> <p>b. Pasien tampak lemah</p>	

		<p>dirasakan</p> <p>DO :</p> <p>Pasien sedang berbaring</p> <p>f. mengajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>DS :</p> <p>pasien mengatakan mulai mengerti mengenai tehnik releksasi nafas dalam yang dianjurkan untuk mengurangi nyeri</p> <p>DO :</p> <p>Pasien diajarkan menggunakan tehnik nonfarmakologis tehnik relaksasi nafas dalam</p> <p>1.6 Kolaborasi dalam pemberian analgetik.</p> <p>Ds : -</p> <p>Do :</p> <p>Klien diberikan terapi katerolac drip, pct drip 1000mg</p> <p>Ketoprofen 100mg</p>	<p>c. Skla nyeri 5</p> <p>d. Katerolac drip 30mg</p> <p>e. pct 1000mg drip</p> <p>f. hypobhac 100mg</p> <p>Ketoprofen 100mg</p> <p>A :</p> <p>Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p>	
Resiko infeksi b/d agen pencedera fisik		<p>a. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>DS :</p> <p>Klien mengatakan nyeri pada bagian tangan yang di infus</p> <p>DO :</p> <p>Tampak Terlihat bengkak dibagian tangan sebelah kiri klien</p> <p>Ds :</p> <p>Klien mengatakan nyeri pada bagian luka post sc klien takut atas lukanya</p> <p>Do :</p> <p>terdapat luka post sc dibagian bawah abdomen tertutup perban ±10cm, tidak ada kemerahan, tidak ada pendarahan. S: 36,2°C</p> <p>3.2 Berikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>DS :</p> <p>Klien mengatakan mengerti apa yang dijelaskan perawat (menjelaskan kompres hangat dibagian pembengkakan infus)</p> <p>DO :</p>	<p>S :</p> <p>a. klien mengatakan nyeri pada bagian tangan yang di infus</p> <p>b. Klien mengatakan nyeri pada luka post SC.</p> <p>c. Klien mengatakan takut untuk bergerak karena ada bekas luka post SC di bagian abdomen.</p> <p>c. klien mengatakan baru pertama kali operasi sc dan tidak tahu perawatan luka</p> <p>Post operasi sc</p> <p>O :</p> <p>TTV</p> <p>K/u : lemah</p> <p>Kes : CM</p> <p>TD :</p> <p>125/85mmHg</p> <p>Suhu : 36,2°C</p> <p>N :</p> <p>87x/m</p> <p>RR : 19x/m Spo2 : 100%</p> <p>a. Tampak luka post-op dibagianawah abdomen yang tertutp dengan verban ± 10cm</p> <p>b. TTV</p>	

		<p>Aff infus klien</p> <p>c. membatasi jumlah pengunjung Ds : - DO: membatasi jumlah pengunjung (tidak ada jam besuk, dan hanya 1 yang menjaga)</p> <p>d. mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien DS : pasien mengatakan mengerti apa yang dijelaskan perawat tentang cuci tangan DO : pasien terlihat mengerti</p> <p>e. menjelaskan tanda dan gejala infeksi DS : - DO : dijelaskan tanda dan gejala infeksi pada luka (terdapat kemerahan, nyeri, pendarahan dan pus pada luka)</p> <p>f. menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi Ds : Pasien mengatakan mengerti apa yang dijelaskan perawat mengenai asupan nutrisi DO : menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>	<p>A :</p> <p>Risiko infeksi b/d Efek prosedur invasive (post op sc)</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
<p>Gangguan Mobilitas Fisik b/d imobilitas</p>		<p>a. memonitor kemajuan pasien/keluarga dalam melakukan mobilisasi DS : -pasien mengatakan badan masih terasa lemah, belum bisa bergerak, dan sakit saat bergerak DO : Pasien tampak lemah</p> <p>b. memfasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif atau pasif DS : - DO : -pasien dianjurkan setelah 6 jam post op dianjurkan menggerakkan kaki dan miring kanan kiri, posisi semi fowler dan duduk, agar cepat pulih.</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan lemas dan nyeri saat menggerakkan anggota tubuhnya 2. pasien aktivitas dibantu oleh keluarga 3. pasien mengatakan masi belum bisa bergerak badannya masih kaku dan sangat nyeri <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien tampak lemas 2. pasien masih merasakan nyeri post op 3. terdapat edema di kaki pasien 	

			A : gangguan mobilitas fisik P : lanjutkan Intervensi	
--	--	--	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN PERAWATAN HARI KE 2

Nama : Ny. E

tanggal Masuk : 15/12/2022

Ruangan : Dahlia

tanggal pengkajian : 15/12/2022

Diagnosa : Post Sc+KPD

Diagnose keperawatan	hari	Tindakan	Evaluasi	paraf
Nyeri akut b/d agen pencedera fisik	jumat, 16/12/22	<p>Observasi</p> <p>a. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</p> <p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri post op sc masi terasa dibagian perut bawah seperti tersayat dengan skala nyeri 3-4 (0-10) dan nyeri hilang timbul</p> <p>Do :</p> <p>Pasien tampak meringis</p> <p>b. mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>Ds :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri</p> <p>Do :</p> <p>Skala nyeri 3-4 (0-10)</p> <p>c. mengidentifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>DS: -</p> <p>DO : pasien terlihat meringgis saat nyerinya timbul</p> <p>d. mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan masih terasa saat bergerak namun sudah agak membaik</p> <p>DO :</p> <p>Pasien sedang duduk</p> <p>e. memfasilitasi istirahat dan tidur.</p> <p>Ds :</p> <p>Pasien mengatakan sudah bisa tidur sebentar</p> <p>DO :</p> <p>Pasien sedang berbaring</p>	<p>S :</p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri bagian post op sc dibagian perut bawah masi terasa</p> <p>b. Pasien mengatakan nyerinya seperti tersayat</p> <p>c. Pasien mengatakan nyerinya makin terasa bila bergerak</p> <p>O :</p> <p>TTV :</p> <p>k/u : baik</p> <p>kes : cm</p> <p>TD : 122/76mmhg</p> <p>N : 84x/mnt</p> <p>S : 36C</p> <p>Spo2 : 98%</p> <p>RR : 18x/mnt</p> <p>Tfu : 2 jari dibawah pusat</p> <p>Luka op +</p> <p>Skala nyeri 4</p> <p>Hb : 12,6g/dl</p> <p>P3A0</p> <p>Aff Dc +</p> <p>Aff Infus +</p> <p>A. Pasien tampak meringgis kesakitan</p> <p>b. Pasien tampak lemah</p> <p>c. Skla nyeri 3-4</p>	

		<p>f. mengajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>DS : pasien mengatakan sudah melakukan tehnik releksasi nafas dalam</p> <p>DO : Pasien tampak mengerti</p> <p>1.6 Kolaborasi dalam pemberian analgetik.</p> <p>Ds : -</p> <p>Do : Klien diberikan terapi katerolac drip, pct drip 1000mg Ketoprofen 100mg, hypobach 100mg</p>	<p>d. Katerolac drip 3x30mg</p> <p>e. pct 1000mg drip</p> <p>f. hypobach 100mg</p> <p>A : Nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	
Resiko infeksi b/d agen pencedera fisik		<p>a. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>DS : Klien mengatakan nyeri pada bagian tangan yang di infus sudah berkurang karena infusnya telah dilepas</p> <p>DO : Terlihat sedikit bengkak dibagian tangan sebelah kiri</p> <p>kien</p> <p>Ds : Klien mengatakan nyeri pada bagian luka post sc klien takut atas lukanya</p> <p>Do : terdapat luka post sc dibagian bawah abdomen tertutup perban ±10cm, tidak ada kemerahan, tidak ada pendarahan. S: 36,2°C</p> <p>3.2 Berikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>DS : Klien mengatakan mengerti apa yang dijelaskan perawat (menjelaskan kompres hangat dibagian pembengkakan infus)</p> <p>DO : Aff infus klien</p> <p>c. membatasi jumlah pengujung</p> <p>Ds : -</p> <p>DO: membatasi jumlah pengujung (tidak ada jam besuk, dan hanya 1 yang</p>	<p>S : a. Klien mengatakan takut infeksi pada luka post SC. b. Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi. b. Klien mengatakan takut untuk bergerak karena ada bekas luka post SC di bagian abdomen. c. klien mengatakan baru pertama kali operasi sc dan tidak tahu perawatan luka Post operasi sc</p> <p>O : a. Tampak luka post-op dibagianawah abdomen yang tertutup dengan verban ± 10cm b. TTV k/u : baik kes : cm TD : 122/76mmhg N : 84x/mnt S : 36C Spo2 : 98% RR : 18x/mnt Tfu : 2 jari dibawah pusat Luka op +</p>	

		<p>menjaga) d. mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien DS : pasien mengatakan mengerti apa yang dijelaskan perawat tentang cuci tangan DO : pasien terlihat mengerti</p> <p>e. menjelaskan tanda dan gejala infeksi DS : - DO : dijelaskan tanda dan gejala infeksi pada luka (terdapat kemerahan, nyeri, pendarahan dan pus pada luka) f. menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi Ds : Pasien mengatakan DO : menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>	<p>Skala nyeri 4 Hb : 12,6g/dl P3A0 Ketorolac 3x30mg Hypobach 100mg Aff infus+ Aff chateter + A : Risiko infeksi b/d Efek prosedur invasive (post op sc) teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi</p>	
<p>Gangguan Mobilitas Fisik b/d imobilitas</p>		<p>a. memonitor kemajuan pasien/keluarga dalam melakukan mobilisasi DS: -pasien mengatakan badan masih terasa lemah,pasien sudah bisa miring kanan, kiri dan sudah bisa duduk posisi semifowler DO : Pasien aktivitasnya dibantu sebagian b. memfasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif atau pasif DS : - DO : -pasien sudah bisa menggerakkan kaki kanan kiri dan miring kanan kiri, posisi semi fowler dan duduk, agar cepat pulih.</p>	<p>S : 1. Pasien mengatakan lemas dan sedikit nyeri saat menggerakkan anggota tubuhnya 2. pasien aktivitas masih dibantu oleh keluarga O : 1. pasien tampak lemas 2. pasien masih merasakan nyeri post op 3. terdapat edema di kaki pasien Aff Dc + A : gangguan mobilitas fisik P : lanjutkan Intervensi</p>	

CATATAN PERKEMBANGAN PERAWATAN HARI KE 3

Nama : Ny. E tanggal Masuk : 15/12/2022

Ruangan : Dahlia tanggal pengkajian : 15/12/2022

Diagnosa : Post Sc+KPD

Diagnose keperawatan	hari	Tindakan	Evaluasi	paraf
Nyeri akut b/d agen pencedera fisik	sabtu, 17/12/22	<p>Observasi</p> <p>a. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</p> <p>DS : Pasien mengatakan nyeri post op sc masi terasa dibagian perut bawah dan nyeri hilang timbul</p> <p>Do : Pasien tampak meringis</p> <p>b. mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>Ds : Pasien mengatakan nyeri</p> <p>Do : Skala nyeri 3 (0-10)</p> <p>c. mengidentifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>DS: - DO : pasien terlihat meringgis saat nyerinya timbul</p> <p>d. mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>DS : Pasien mengatakan masih terasa saat bergerak namun sudah agak membaik</p> <p>DO : Pasien sedang duduk</p> <p>e. memfasilitasi istirahat dan tidur.</p> <p>Ds : Pasien mengatakan sudah bisa tidur sebentar</p> <p>DO :</p>	<p>S :</p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri berkurang (luka operasi sc)</p> <p>b. Pasien mengatakan nyerinya agak membaik</p> <p>c. Pasien mengatakan nyerinya makin terasa bila bergerak</p> <p>O :</p> <p>TTV :</p> <p>k/u : baik</p> <p>kes : cm</p> <p>TD : 120/83mmhg</p> <p>N : 87x/mnt</p> <p>S : 36C</p> <p>Spo2 : 99%</p> <p>RR : 20x/mnt</p> <p>Tfu : 2 jari dibawah pusat</p> <p>Luka op + Skala nyeri 4 Hb : 12,6g/dl P3A0</p> <p>A. Pasien tampak meringgis kesakitan</p> <p>b. Pasien tampak lemah</p> <p>c. Skla nyeri 3</p> <p>d. Katerolac drip 3x30mg</p>	

		<p>Pasien sedang berbaring</p> <p>f. mengajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>DS :</p> <p>pasien mengatakan sudah melakukan tehnik releksasi nafas dalam</p> <p>DO :</p> <p>Pasien tampak mengerti</p> <p>g. Kolaborasi dalam pemberian analgetik.</p> <p>Ds : -</p> <p>Do :</p> <p>Klien diberikan terapi katerolac drip, pct drip 1000mg</p> <p>Ketoprofen 100mg, hypobach 100mg</p>	<p>e. pct 1000mg drip</p> <p>f. hypobach 100mg</p> <p>g. inj. Omz 40mg 2x1</p> <p>A :</p> <p>Nyeri teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p> <p>pasien direncanakan pulang dan dianjurkan melakukan rawat jalan</p>	
Resiko infeksi b/d agen pencedera fisik		<p>a. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Ds :</p> <p>Klien mengatakan nyeri pada bagian luka post sc</p> <p>klien takut atas lukanya</p> <p>Do :</p> <p>terdapat luka post sc dibagian bawah abdomen tertutup perban ±10cm, tidak ada kemerahan, tidak ada pendarahan. S: 36,2°C</p> <p>c. membatasi jumlah pengunjung</p> <p>Ds : -</p> <p>DO: membatasi jumlah pengunjung (tidak ada jam besuk, dan hanya 1 yang menjaga)</p> <p>d. mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>DS : pasien mengatakan mengerti apa yang dijelaskan perawat tentang cuci tangan</p> <p>DO : pasien terlihat mengerti</p> <p>e. menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>DS : -</p> <p>DO : dijelaskan tanda dan gejala infeksi pada luka (terdapat kemerahan, nyeri, pendarahan dan pus pada luka)</p>	<p>S :</p> <p>a. Klien mengatakan nyeri berkurang pada luka bekas operasi.</p> <p>b. klien mengatakan lukanya sudah dibersihkan, tidak ada pendarahan, luka nya bagus, tidak ada alergi pada perban, dan tidak ada iritasi dan pasien tidak khawatir lagi soal luka post sc</p> <p>O :</p> <p>a. Tampak luka post-op dibagianawah abdomen yang tertutp dengan verban ± 10cm</p> <p>b. tampak sudah dibersihkan luka dan mengganti perban</p> <p>c. klien melakukan perawatan kulit dengan selalu kompre hangat</p> <p>d. klien selalu mencuci tangan apabila memegang bagian luka dan saat berganti pembalut</p> <p>b. TTV</p> <p>k/u : baik</p> <p>kes : cm</p> <p>TD : 120/83mmhg</p> <p>N : 87x/mnt</p>	

		<p>f. menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>Ds :</p> <p>Pasien mengatakan</p> <p>DO :</p> <p>menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>	<p>S : 36C</p> <p>Spo2 : 99%</p> <p>RR : 20x/mnt</p> <p>Tfu : 2 jari dibawah pusat</p> <p>Luka op +</p> <p>Skala nyeri 4</p> <p>Hb : 12,6g/dl</p> <p>P3A0</p> <p>Ketorolac 3x30mg</p> <p>Hypobach 100mg</p> <p>A :</p> <p>Risiko infeksi b/d Efek prosedur invasive (post op sc)</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p> <p>Pasien direncanakan pulang dan dianjurkan melakukan rawat jalan</p>	
<p>Gangguan Mobilitas Fisik b/d imobilitas</p>		<p>3. 1 memonitor kemajuan pasien/keluarga dalam melakukan mobilisasi</p> <p>R/P</p> <p>-pasien mengatakan sudah bisa ke kamar mandi sendiri</p> <p>3.2 memfasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif atau pasif</p> <p>R/p</p> <p>-pasien sudah bisa menggerakkan kaki kanan kiri dan miring kanan kiri, posisi semi fowler dan duduk, agar cepat pulih.</p>	<p>S :</p> <p>1. Pasien mengatakan lemas dan sedikit nyeri saat menggerakkan anggota tubuhnya</p> <p>2. pasien mengatakan sudah bisa aktivitas sendiri tanpa dibantu.</p> <p>O :</p> <p>TTV :</p> <p>k/u : baik</p> <p>kes : cm</p> <p>TD : 120/83mmhg</p> <p>N : 87x/mnt</p> <p>S : 36C</p> <p>Spo2 : 99%</p> <p>RR : 20x/mnt</p> <p>Tfu : 2 jari dibawah pusat</p> <p>Luka op +</p>	

			<p>Skala nyeri 4</p> <p>Hb : 12,6g/dl</p> <p>P3A0</p> <ul style="list-style-type: none"> - inj. ketorolac 30mg - inj hypobach 100mg - inj. Omz 40mg <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien tampak ceria 2. pasien masih merasakan nyeri post op sedikit <p>A : gangguan mobilitas fisik</p> <p>P : Intervensi dihentikan pasien direncanakan pulang dan dianjurkan rawat jalan</p>	
--	--	--	---	--

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T DENGAN KPD+PREEKLAMSI

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Nama : Ny. T
Umur : 33 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Status Pernikahan : Menikah
Agama : Islam
Pekerjaan : IRT
Pendidikan : SMA
Alamat : Harapan Mulya
No Medrek : 18328275
Dx Medis : preeklamsi
Ruang Rawat : Dahlia
Tanggal Masuk : 20 Desember 2022
Tanggal Pengkajian : 21 Desember 2022

Penanggung Jawab

Nama : Tn. I
Umur : 39 Tahun
Hub.Keluarga : Suami
Pekerjaan : Wiraswasta

Alasan Masuk RS

Pada tanggal 20/12/2022 jam 08.00 WIB pasien mengatakan di rawat di ruang ponok post operasi SC dengan indikasi PEB, Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, kakinya terasa berat dan sakit saat diangkat sehingga semua aktifitas pasien dibantu keluarga dan perawat. Pasien mengatakan kepalanya pusing terasa mual dan kakinya bengkak semenjak pasien hamil. Pasien mengatakan sebelum hamil tidak pernah dirawat dengan penyakit hipertensi. Pasien mengatakan pernah memeriksakan kehamilannya di Puskesmas dengan Tekanan Darah mencapai 180/120 MmHg.

Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat melakukan pengkajian pada 21 Desember 2022, pasien post operasi sectio cesaria pukul 15.00, mengeluh nyeri pada luka bekas operasi SC, skala nyeri 5, pasien mengeluh perutnya terasa kembung, pasien mengeluh demam, kepalanya terasa pusing dan mual badannya menggigil, pasien mengatakan nyeri dirasakan saat bergerak, nyeri seperti tersayat pisau, pasien tampak meringis, terdapat luka jahitan abdomen <10 cm, intensitas nyeri sedang (5), pasien tampak sesekali memegang perutnya jika nyeri terasa, klien mengatakan keluar darah dari kemaluan namun tidak terlalu banyak, klien mengatakan masih sulit untuk bergerak, dan kaki klien bengkak, bayi klien dirawat di ruang perinatologi jenis kelamin perempuan, BB 3000 gram, panjang badan 48 cm, klien terpasang infus iv di tangan sebelah kiri, dan kateterisasi urine. Hasil pengkajian tanda-tanda vital : Tekanan darah : 163/113 mmHg, Suhu : 36,2°C, Pernafasan : 22x/menit, Nadi : 96x/menit, SpO2 : 100%, TFU 2 jari di bawah pusat, konsistensi keras. Pengkajian dengan PQRST :

P : Nyeri dirasakan saat bergerak

Q : Nyeri seperti tersayat pisau

R : Nyeri dirasakan di perut bawah luka

post-opS : skala nyeri 5 (1-10) sedang

T : Nyeri berlangsung ±10 menit lalu berhenti sekitar 5 menit, lalu muncul kembali, nyeri bertambah saat digerakan dan di sentuh.

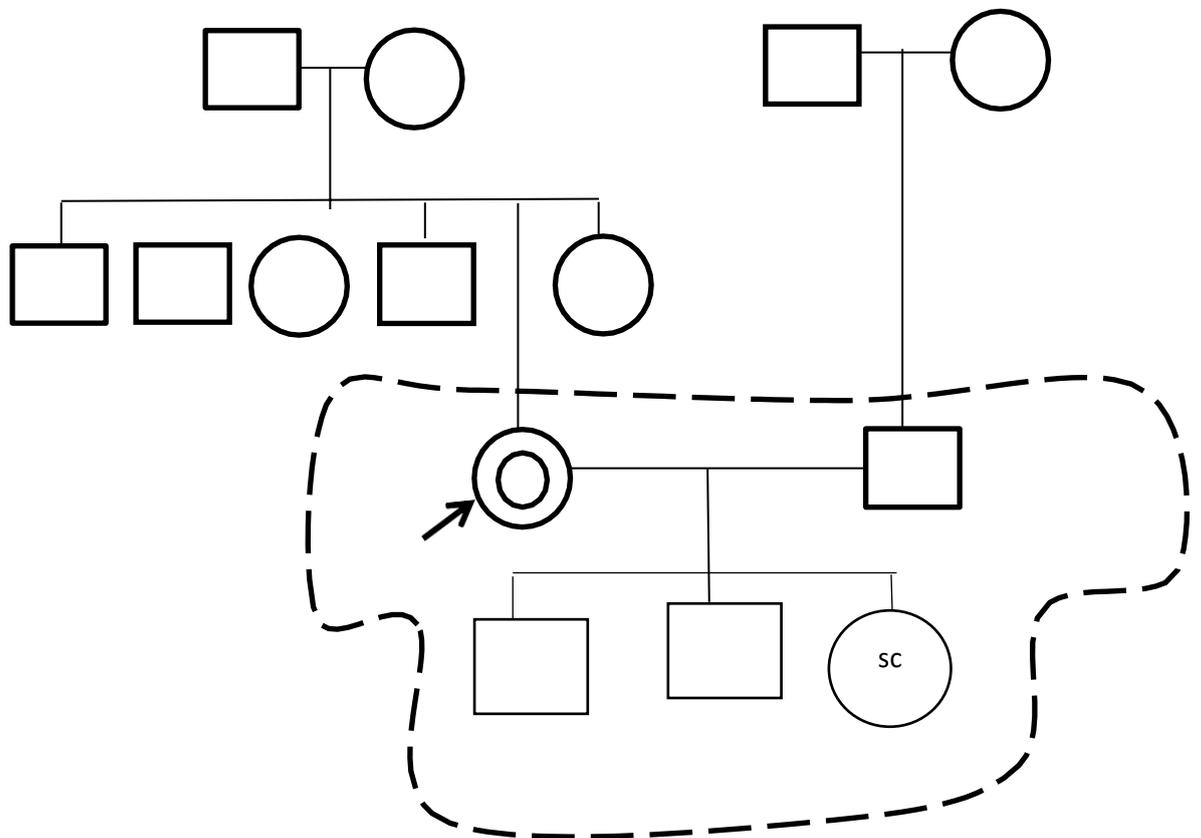
B. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan sebelumnya tidak ada riwayat penyakit apapun

C. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga klien mengatakan tidak ada yang menderita penyakit menular ataupun penyakit turunan seperti : DM, Jantung, Asma, Ginjal, penyakit kejiwaan atau penyakit lainnya. Klien ada Riwayat Hipertensi.

Genogram



Keterangan:

- = Laki-laki
- = Perempuan
- ┌──┴──┐ = Tinggal serumah

- ◎ = Klien
- = Garis menikah
- = Garis keturunan

Riwayat Kehamilan

Status Obsterikus : P3 A0
UK : 37 Minggu
HPHT : 18/02/2022
Taksiran Persalinan 25/12/2023
Kehamilan : Ke 3

Riwayat menstruasi

Menarche : 12 Tahun
Siklus Haid : 1x28 (Teratur)
Lama Haid : 6-7 Hari
Ganti Duk : 3-5x sehari
Masalah Haid : nyeri soal haid

Riwayat Persalinan

No	Tgl/tahun Persalinan	Penolong Persalinan	Jenis Persalinan	Jenis Kelamin	BB/PB	Keadaan anak sekarang
1.	10/03/2015	Bidan	Normal	Laki-laki	3900gr/49 cm	Hidup
2.	17/07/2020	Bidan	Normal	Laki-laki	3200 Gr/48cm	Hidup
3.	20/12/2022	Dokter Spesialis Kandungan	SC	Perempuan	3000gr/48 cm	Hidup

Anak ke 3

BB/PB : 3000 Gram/48 cm
Perdarahan : ± 50cc saat persalinan
Ketuban : ± 40cc sebelum persalinan

1) Riwayat persalinan bayi

Jensi persalinan : SC
Penyulit dalam persalinan :
preeklamsia+letak lintang
Tanggal/jam lahir : 20 Desember 2022, jam 15:30 WIB
Lama persalinan : 1,5 Jam

Pengkajian Apgar Score

Appearance : Seluruh tubuh bayi berwarna merah jambu
Pulse : >100x/m
Grimace : Meringis, tangisan lemah
Activity : Bergerak aktif dan spontan
Respiration : Menangis kuat, pernafasan baik dan teratur
Suhu : 36,9°C
Nadi : 190x/m
Pernafasan : 35x/m
Jenis Kelamin : perempuan
BB : 3000 Gram
Panjang Badan : 48 cm
Lingkar kepala : 33 cm
Lingkar dada : 30 cm
Lingkar perut : 262 mm
Simpisis kaki : Normal

5. Rencana Kontrasepsi

Klien mengatakan akan merencanakan KB steril sesuai dengan anjuran dokter karena keadaan klien yang sekarang ini.

Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum :

GCS : E: 4, V: 5, M: 6 (15)
Tingkat Kesadaran : Composmetis

Tanda-tanda Vital :

TD : 163/113 mmHg BB : 65 kG
S : 36,5°C TB : 155 cm
N : 89x/Menit LILA : 20 Cm
R : 21x/Menit IMT : 27

b. head to toe

1) Kepala

a) Rambut :

Berwarna coklat , lurus, tampak bersih, ada sedikit ketombe dan uban, ada sedikit rambut rontok
Tidak ada nyeri tekan

2) Mata

Simetris kiri dan kanan
Konjungvita tidak anemis
Tidak ada nyeri tekan
Tampak bersih

3) Telinga

Simetris kiri dan kanan
Pendengarah baik
Tampak bersih terdapat sedikit serumen
Tidak ada nyeri tekan

4) Hidung

Simetris kiri dan kanan
Tampak bersih
Tidak ada nyeri tekan

5) Mulut dan gigi

Tidak ada karies
Tidak ada gigi berlubang

Tidak ada perdarahan pada gusi

Mukos bibir kering

Lidah terlihat bersih

Gigi berwarna kekuningan

1) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

Tidak ada nyeri tekan

Tidak ada luka

Tidak ada nyeri nelan

2) Thorak

a) Payudara

Simetris kiri dan kanan

Tampak bersih

Areola hiperpigmentasi

Tidak ada nyeri tekan

Puting susu menonjol

terdapat sedikit

colestrum

b) Paru-paru

Inpeksi : Simetris kiri dan kanan, ictus cordis tidak teraba

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Sonor dikedua lapang paru

Auskultasi : Suara nafas vesikuler

c) Jantung

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, tidak ada pembesaran
jantung

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Redup

Auskultasi : Suara irama jantung teratur

3) Abdomen

- Inspeksi : Ada luka bekas SC kurang lebih 10 cm, luka tidak basah tidak adanya triaie
- Palpasi : Terdapat nyeri tekan pada luka post-op SC
TFU teraba keras 2 jari dibawah pusat
- Perkusi : Tympani
- Auskultasi : Bising usus normal, peristaltik 13x/menit

4) Ekstremitas

Atas : terpasang infus ditangan kiri, simetris kiri dan kanan

Bawah : simetris kiri dan kanan, tidak ada kelainan pada kedua kaki, kaki sulit digerakan karena ada pembengkakan

5		5
3		3

5) Genetalia

a) Darah nifas

- Jumlah : ±30 cc dalam 2 kali ganti pembalut
- Warna : Merah segar berisi selaput lendir
- Bau : Amis
- Konsistensi : Cair

b) Perineum

Perineum klien tampak bersih, utuh, tidak ada robek, tidak ada luka episiotomi dan tidak ada varices

Reeda Signs :

- Redness (kemerahan) : Tidak ada
- Edema (bengkak) : Tidak ada
- Eechymosis (bercak darah) : Ada
- Discharge (pengeluaran darah luka) : Tidak ada
- Approximatio (perekatan/jahitan) : Tidak ada
- Terpasang kateter

6) Intregument

Kulit berwarna putih bersih, tidak ada closma gravidarum, turgor kulit bagus, ada edema dikedua kaki,tidak ada parises, terdapat luka jahitan SC >10 cm dan nyeri tekan pada kulit bagian abdomen bawah, Terpasang infus disebelah kiri dan kateter urine

9. Pola aktivitas sehari-hari

NO	AKTIVITAS	SEHAT	SAKIT
1.	Nutrisi Makan - Menu - Porsi - Makanan	- Nasi+Lauk+Sayur - 2 Porsi - Buah-buahan	- Nasi+Lauk+Sayur - 1/2 Porsi - Tidak Ada - Tidak Ada
	kesukaan - pantangan	- Tidak Ada	
2.	Minum - Jumlah - Minuman kesukaan - pantangan	- 6-8 Gelas - Jus - Tidak ada	- 5-6 Gelas - Tidak ada - Tidak ada
3.	Eliminasi BAB - Frekuensi - Warna - Bau - Konsistensi - Kesulitan BAK - Frekuensi - Warna - Bau - Konsistensi - Kesulitan	- 1 kali sehari - Khas - Khas - Lembek - Tidak ada	- 1 kali sehari - Khas - Khas - Lembek - Tidak ada
		- 3-6 kali sehari - Kuning keruh - Pesing - Cair - Tidak ada	- 3-6 kali sehari - Kuning keruh - Pesing - Cair - Tidak ada

4.	Istirahat Tidur - Waktu tidur - Lama tidur - Kesulitan tidur	- 22:00 WIB - 6-7 Jam - Tidak ada	- 23:00 WIB - 5-6 Jam - Tidak ada
5.	Personal hygiene - Mandi - Cuci rambut - Gosok gigi - Potong kuku	- 2 kali sehari - 1 kali 3 hari - 2 kali sehari - 1 kali seminggu	- 1 kali sehari - Belum dilakukan - 1 kali sehari - Belum dilakukan

10. Pemenuhan kebutuhan seksual

Klien mengatakan kebutuhan seksual tak menentu dengan sang suami sebelum hamil

11. Riwayat alergi

Klien tidak ada riwayat alergi

Pasien mengakui dirinya adalah sebagai istri dan sekarang sudah menjadi orang tua yang lebih baik lagi sebagai seorang ibu untuk anak-anak nya dan seorang istri untuk suaminya.

Identitas diri

Pasien mengenali siapa dirinya

10. Data psikososial

a. Konsep diri

1) Harga diri

Ibu dan suami pasien mengatakan pasien menghargai dirinya sendiri dan selalu mempunyai harapan terhadap hidupnya

2) Body image

Pasien menggambarkan dirinya sebagai orang yang ceria dan penyayang

b) Status pasien

Pasien mengatakan merasa bangga dengan statusnya sebagai seorang ibu dan istri.

c) Kecemasan

Pasien mengatakan tidak merasa cemas karena ada suami dan ibu kandung serta mertua disekelilingnya

d) Pola koping

Pasien sangat senang dan gembira saat ini sudah mempunyai bayi yang sudah dirncanakan

Persepsi pasien terhadap keadaan saat ini : Pasien mengatakan pasrah dengan keadaan persalinan SC, walaupun sebenarnya pasien ingin sekali melahirkan secara normal

12. Data sosial ekonomi

Klien merupakan seorang ibu rumah tangga 3 anak yang sekarang baru lahir dan suaminya bekerja sebagai wiraswasta. Sumber kebutuhan sehari-hari hanya didapat dari hasil kerja suaminya dengan pendapatan perbulan < Rp.5000.000. Keluarga klien dapat digolongkan dalam kelompok sosial menengah. Klien menggunakan BPJS selama perawatandi RS.

13. Data spiritual

Klien mengatakan beragama islam dan selalu mengerjakan sholat 5 waktu. Ketika masih sehat klien selalu berdoa dan meminta kepada yang maha kuasa agar diberi kelancaran dalam proses setelah persalinannya, ia dan bayinya dalam keadaan sehat.

14. Pengetahuan tentang

a. Perawatan bayi

Klien mengatakan bahwa ini adalah kelahiran anak ke 3 nya. Klien sudah tahu dan memahami bagaimana cara merawat, memandikan, membedong dan menggendong bayinya tersebut klien mengatakan sudah berpengalaman soal mengurus bayi karena sudah terbiasa mengurus bayi kakaknya. Namun sekarang klien dibantu mengurus bayi oleh bidan Rs dan keluarganya karena masih belum bisa melakukannya dikarenakan kondisi fisiknya yang masih belum pulih.

b. ASI eksklusif dan teknik menyusui

Perawatan payudara

Klien mengataka belum paham bagaimana cara membersihkan putting susu sebelum dan sesudah menyusui bayinya.

Seperti :

- 1) Lakukan kompres hangat pada payudara
- 2) Lakukan pemijatan pada payudara
- 3) Susui si kecil tanpa menggunakan formula
- 4) Bersihkan ujung payudara secara teratur

c. Teknik menyusui

Klien mengatakan belum paham bagaimana cara mengeluarkan ASI nya, karena sebelumnya tidak seperti itu.

Pemeriksaan penunjang

Tindakan : swab antigen Tanggal : 20/12/2022

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Metode	Nilai Normal
Swab Antigen	Negatif	Kali	Rapid	Negatif

Tindakan : Darah Rutin DHF Hematologi

(Tanggal : 20/12/2022

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Metode	Nilai Normal
Hemoglobin	12.0	gr/dL	-	P (>13th): 12,0-15,0
Leukosit	16.2	rb/mm ³	-	D (>13th): 3,6-10,6
Hematokrit	37.1	%	-	P (>13th): 35.0-49.0
Trombosit	346	x1000/uL	-	150-450
Natrium	135	Mmol/L	-	135-145
Kalium	4.7	Mmol/L	-	3.5-5.0
Clorida	104	Mmol/L	-	94-111

Tindakan Glukosa (Gula Darah) Sewaktu Tanggal : 20/12/2022

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Metode	Nilai Normal
GDS	73	mg/dl	-	60-110

Tindakan :Hemostasis

Tanggal : 20/12/2022

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Metode	Nilai Normal
PT	12.6	Detik	-	11.5-15.5
PT control	16.1	Detik	-	12-16.5
APTT			-	
PTT Control	30.7	Detik	-	20-40
HBsAg	32.9	Detik	-	27.1-40.6

Terapi Obat

- a. RL 500 cc 2:1 20 t pm
- b. meropenem 2x1
- c. pct drip 3x1
- d. Nifedipin 4x10mg
- e. ketorolac 1 ml injek 2 ampul/hari
- f. Kalnex 3x50mg
- g. hypobach 2x100mg
- h. pct drip 3x1 1000mg
- i. nifedipine 4x10mg

B. Analisis Data

Nama : Ny.T

Ruangan : Dahlia

Umur : 33 Thn

No Medrek : 18328275

No	Hari/ Tanggal	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	Rabu, 21/12/22	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi. - Klien mengatakan nyeri seperti terbakar dan terasa hilang timbul. - Klien mengatakan makin terasa nyeri pada saat melakukan pergerakan atau aktivitas. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis. - Terdapat luka post SC horizontal dengan panjang 10 cm, lebar 1-2 cm pada abdomen klien. - TD : 163/113 mmHg S : 36,20C, N : 96 kali / menit, RR : 22 kali / menit 	Nyeri Akut	Agen Pencedara Fisik
2.	Rabu, 21/12/2022	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pada luka verban berdarah sedikit - Pasien mengatakan nyeri pada bekas luka operasi <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak luka post-op 	Risiko Infeksi	Efek prosedur invasive

		<p>dibagian awah abdomen yang tertutp dengan verban</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV <p>TD:163/113mmH gSuhu : 36,2°C N : 96x/m R : 22x/m Spo2 : 99%</p>		
3.	Rabu, 21/12/2022	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakanmerasa nyeri saat bergerak - Pasien takut untuk melakukan pergerakan - Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga atau perawat di RS <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dilakukananastesi spinal - Terpasang Kateter urine - Aktivitas pasien tampak dibantu suaminya <p>TTV : TD:163/113mmH gSuhu : 36,2°C N : 96x/m R : 22x/m Spo2 : 99%</p>	Gangguan Mobilitas fisik	Nyeri
4.	selasa, 20/12/2022	<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan belum menyusui anaknya 2. pasien mengatakan ASI nya 	Menyusui tidak efektif	Ketidakadekuatan suplai asi

		sedikit Do: 1. asi tidak menetes/memancar 2. pemeriksaan TTV : TD : 163/113mmHg Suhu : 36,2°C N : 96x/m R : 22x/m Spo2 : 99%		
--	--	--	--	--

C. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut b/d Agen Pencedera Fisik
2. Resiko infeksi b/d efek prosedur invasif
3. Gangguan mobilitas fisik b/d Nyeri
4. Menyusui tidak efektif b/d ketidakadekuatan suplai asi

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama : Ny. T

tanggal Masuk : 20/12/2022

Ruangan : Dahlia

tanggal pengkajian : 20/12/2022

Diagnosa : Post Sc+ Preeklamsi

no	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
1.	<p>Nyeri b.d agen cidera fisik.</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi. - Klien mengatakan nyeri seperti di sayat- sayat. - Klien mengatakan nyeri terasa hilang timbul. - Klien mengatakan nyeri pada saat melakukan pergerakan atau aktivitas. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis. - Terdapat luka post SC 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil:</p> <p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri berkurang g. (5) - Meringis - s - menurun (5) - Kesulitan tidur 	<p>Management Nyeri:</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal terapeutik - Fasilitasi istirahat dan tidur. - edukasi - Ajarkan tehnik

	<p>horizontal dengan panjang 10 cm pada abdomen klien</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 163/113 mmHg, S : 36,20C, N: 96 x/menit, RR:22 x/menit, Skala nyeri 4-5 	<p>menuru (5)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gelisah menurun (5) 	<p>nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dalam pemberian analgetik.
2	<p>Resiko infeksi b/d efek prosedur invasif</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan takut infeksi pada luka post SC. - Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi. - Klien mengatakan takut untuk bergerak karena ada bekas luka post SC di bagian abdomen. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak luka post-op dibagianawah abdomen yang tertutup dengan verban - TTV 	<p>Setelah melakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan Tingkat infeksi menurun.</p> <p>(L.14137)</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kebersihan tangan meningkat (5) - Kebersihan badan meningkat (5) - Nafsu makan meningkat - Nyeri menurun (5) 	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Teurapetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan kulit pada area edema - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan

	<p>TD : 163/113mmHg</p> <p>Suhu : 36,2°C</p> <p>N : 96x/m</p> <p>R : 22x/m</p> <p>Spo2 : 99%</p>		<p>pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan teknik aseptik pada pasein beresiko tinggi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaska tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cuci tangan dengan benar - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupancairan <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian antibiotok ataupun imusisasi (jika perlu)
3.	<p>Gangguan mobilitas fisik b/d imobilitas ditandai dengan :</p>	<p>Setelah melakukan tindakan</p>	<p>Dukungan mobilisasi (L.05173)</p> <p>Observasi :</p>

	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa nyeri saat bergerak - Pasien takut untuk melakukan pergerakan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dilakukan anestesi spinal - Terpasang Kateter urine - Aktivitas pasien tampak dibantu suaminya <p>TD :</p> <p>163/113mmHg Suhu :36,2°C N : 96x/m R : 22x/m</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spo2 : 99% 	<p>keperawatan 3x8 jam diharapkan gangguan mobilitas menurun.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri menurun (1) - Gerakan terbatas menurun (1) - Kelemahan fisik menurun (1) 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan TD sebelum melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi melakukan pergerakan - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan
--	--	--	--

			<p>melakukan mobilisasi dini</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan mobilisasi sederhana secara bertahap (miring kanan dan kiri, duduk semi fowler, berdiri dan berjalan)
4.	<p>Menyusui tidak efektif b/d ketidakadekuatan suplai ASI</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan belum menyusui anaknya - pasien mengatakan ASInya sedikit <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bayi pasien dirawat di perinatology - Payudara terasa lembek - ASI yang dikeluarkan 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam, diharapkan status menyusui membaik. Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat (5) - Tetesan pancaran ASI (5) - Suplai ASI adekuat 	<p>Edukasi Menyusui (I.12393)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan

	<p>tampak sedikit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Payudara saat di tekan colostrum + - ASI tidak menetes/meman car - TTV : TD : 163/113mm Hg Suhu : 36,2°C N : 96x/m R : 22x/m Spo2 : 99% 	<p>meningkat</p> <p>(5)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kepercayaan diri ibu meningkat <p>(5)</p>	<p>sesuai</p> <p>kesepakatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Libatkan system pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat Edukasi - Berikan konseling menyusui - Ajarkan posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar - Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)
--	--	---	---

E. CATATAN PERKEMBANGAN PERAWATAN HARI KE 1

Nama : Ny. T tanggal Masuk 20/12/2022

Ruangan : Dahlia tanggal pengkajian : 20/12/2022

Diagnosa : Post Sc+ Preeklamsi

Diagnose keperawatan	hari	Tindakan	Evaluasi	para f
Nyeri akut b/d agen pencedera fisik	Senin, 20/12/22	1.1 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. DS : Pasien mengatakan nyeri pada bagian post op sc di bagian perut bawah DO : 1) pasien tampak meringgis kesakitan 2) mengidentifikasi skala nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri	S : a. Pasien mengatakan nyeri bagian post op sc di bagian perut bawah b. Pasien mengatakan nyerinya seperti terbakar c. Pasien mengatakan nyerinya makin terasa bila bergerak O :	

	<p>DS :</p> <p>1) pasien mengatakan nyeri seperti terbakar pada bagian perut bawah</p> <p>DO : skala nyeri 6</p> <p>1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>DS : -</p> <p>DO : pasien tampak meringgis kesakitan</p> <p>1.4 memberikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>DS :</p> <p>1) pasien mengatakan mulai mengerti mengenai tehnik relaksasi nafas dalam yang dianjurkan untuk mengurangi nyeri</p> <p>DO :</p> <p>1) pasien tampak mengikuti apa yang diajarkan perawat</p> <p>1.6 Kolaborasi dalam pemberian analgetik.</p>	<p>a. pasien tampak meringgis kesakitan</p> <p>P: nyeri dirasakan saat bergerak</p> <p>Q : Nyeri seperti terbakar</p> <p>R: Nyeri dirasakan di perut bagian bawah luka post op sc</p> <p>S : Skala nyeri 6</p> <p>T : nyeri dirasakan hilang timbul</p> <p>A. Pasien tampak meringgis kesakitan</p> <p>b. Pasien tampak lemah</p> <p>c. Skla nyeri 6</p> <p>d. Katerolac drip 1ml</p> <p>e. pct 1000mg drip</p> <p>f. Ketofropen 100mg</p> <p>A :</p>	
--	---	---	--

		<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <p>pemberian katerolac drip</p> <p>pct 1000mg</p> <p>ketoprofen 100mg</p>	<p>Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p>	
<p>Risiko infeksi b/d Efek prosedur invasif</p>	<p>Senin, 20/12/2022</p>	<p>2.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>DS: pasien mengatakan takut infeksi pada luka post SC</p> <p>DO : ada luka post sc dibagian bawah abdomen tertutup perban ±10cm, tidak ada pendarahan.</p> <p>2.2 Berikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>DS: klien mengatakan nyeri pada luka post sc</p> <p>DO : menganjurkan memberikan kompres air hangat</p> <p>2.3 mengajarkan cuci tangan dengan benar</p> <p>DS:</p> <p>DO : mengajarkan</p>	<p>S :</p> <p>a. Klien mengatakan takut infeksi pada luka post SC.</p> <p>b. Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi.</p> <p>O :</p> <p>a. Tampak luka post-op dibagian awah abdomen yang tertutp dengan verban</p> <p>b. TTV</p> <p>TD :</p> <p>163/113mmHg</p> <p>Suhu : 36,2°C</p> <p>N : 96x/m</p> <p>R : 23x/m</p> <p>Spo2 : 99%</p> <p>A :</p>	

		<p>cuci tangan 6 langkah</p> <p>2.4 menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>DS : pasien mengatakan alergi putih telur</p> <p>DO : menganjurkan makan putih telur sedikit tapi sering mempercepat penyembuhan luka</p> <p>Menganjurkan makan buah dan sayur kacang-kacangan</p> <p>2.5 menganjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>DS :</p> <p>DO : menganjurkan minum air putih 2L/hari</p>	<p>Risiko infeksi b/d</p> <p>Efek prosedur invasive</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
<p>Gangguan Mobilitas Fisik b/d imobilitas</p>	<p>Senin, 20/12/2022</p>	<p>[Dukungan Mobilisasi)</p> <p>Observasi</p> <p>1.Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>DS :</p> <p>•pasien mengatakan</p>	<p>DS :</p> <p>1.pasien mengatakan takut untuk bergerak karena nyeri</p> <p>2.pasien tampak kesulitan bergerak karena nyeri</p>	

	<p>takut untuk bergerak karena nyeri</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> •pasien tampak takut mengerakan kakinya <p>2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> •pasien tampak kesulitan bergerak karena nyeri dan kaki pasien terasa bengkak <p>DO : Klien tampak kesulitan bergerak</p> <p>3.Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi</p> <p>DO : tekanan darah 163/113mmHg</p> <p>4.Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>DO : pasien tampak masih takut mengerakan kaki dan tampak lemas</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.Memfasilitasi melakukan pergerakan</p>	<p>bagian luka post op dan kaki</p> <p>2. Pasien mengatakan aktivitasnya di bantu oleh keluarga</p> <p>3.pasien tampak mengerti apa yang di jelaskan perawat</p> <p>4.pasien mengatakan masih merasa lemas untuk bergerak</p> <p>DO :</p> <p>1.pasien tampak takut mengerakan kakinya</p> <p>2.Klien tampak kesulitan bergerak</p> <p>3.tekanan darah 163/113mmHg</p> <p>4.pasien tampak masih takut mengerakan kaki dan tampak lemas</p> <p>5.keluarga tampak antusias</p> <p>6.pasien tampak memperhatikan</p>	
--	---	---	--

		<p>DO: masih tampak takut untuk menggerakkan kaki</p> <p>6.Melibatkan keluarga untuk membantu pasei dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan aktivitasnya di bantu oleh keluarga</p> <p>DO : keluarga tampak antusias</p> <p>Edukasi</p> <p>7.Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>DS :</p> <p>•pasien tampak mengerti apa yang di jelaskan perawat</p> <p>DO : pasien tampak memperhatikan penjelasan perawat</p> <p>8.Menganjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>DS :</p> <p>•pasien mengatakan masih merasa lemas untuk bergerak</p>	<p>penjelasan perawat</p> <p>7.pasien tampak enggan bergerak</p> <p>8.pasien tampak belum bisa melakukan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur karena merasa lemas</p> <p>A :</p> <p>Gangguan mobilitas belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p>	
--	--	---	--	--

		<p>DO : pasien tampak enggan bergerak</p> <p>9.Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur)</p> <p>DO : pasien tampak belum bisa melakukan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur karena merasa lemas</p>		
Menyusui tidak efektif b/d	Senin, 20/12/202 2	<p>5.1 mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>R/P</p> <p>-menjelaskan pentingnya asi bagi imunitas bayi</p> <p>5.2 menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>5.3 menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>5.4 melibatkan system pendukung : suami, keluarga, tenaga</p>	<p>S :</p> <p>1. Pasien mengatakan belum menyusui anaknya</p> <p>2. pasien mengatakan ASI yang keluar sedikit</p> <p>O:</p> <p>1.bayi pasien dirawat di perinatology</p> <p>2.Payudara terasa lembek</p> <p>2.ASI yang dikeluarkan tampak sedikit</p>	

		<p>kesehatan dan masyarakat</p> <p>5.5 memberikan konseling menyusui</p> <p>5.6 menajarkan posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar</p> <p>R/P</p> <p>Pasien mengatakan sudah mengetahuinya</p> <p>5.7 mengajarkan perawatan payudara postpartum (mis. memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)</p>	<p>3.Payudara saat di tekan colostrum +</p> <p>4.ASI tidak menetes/memanca r</p> <p>A :</p> <p>Menyusui tidak efektif</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
--	--	--	---	--

		<p>1) pasien mengatakan nyeri seperti tersayat di bagian perut bawah</p> <p>DO : skala nyeri 4</p> <p>1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>DS : -</p> <p>DO : pasien tampak meringgis kesakitan</p> <p>1.4 memberikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>DS :</p> <p>1) pasien mengatakan mulai mengerti mengenai tehnik releksasi nafas dalam yang dianjurkan untuk mengurangi nyeri</p> <p>DO :</p> <p>1) pasien tampak mengikuti apa yang diajarkan perawat</p>	<p>b. Pasien tampak lemah</p> <p>c. Skla nyeri 4</p> <p>d. Katerolac drip 1ml</p> <p>e. pct 1000mg drip</p> <p>f. ketoprofen 100mg suppository</p> <p>A : Nyeri belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	
--	--	--	--	--

		<p>1.6 Kolaborasi dalam pemberian analgetik.</p> <p>DS : -</p> <p>DO : pemberian katerolac drip pct 1000mg ketoprofen 100mg</p>		
<p>Risiko infeksi b/d Efek prosedur invasif</p>	<p>Selasa, 21/12/2022</p>	<p>3.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>DS : klien mengatakan nyeri pada luka post sc berkurang</p> <p>DO : ada luka post sc dibagian bawah abdomen tertutup perban ±10cm, tidak ada pendarahan.</p> <p>3.2 Berikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>DS : klien mengatakan sudah mengompres bagian perut dan kaki dengan air</p>	<p>S :</p> <p>a. Klien mengatakan nyeri pada luka post op berkurang dan rutin memakan putih telur 8 butir/hari</p> <p>b. Klien mengatakan tidak cemas lagi karena nyeri luka post sc berkurang</p> <p>O :</p> <p>a. Tampak luka post-op dibagianawah abdomen yang tertutup dengan verban ± 10cm</p>	

		<p>hangat</p> <p>DO : nyeri berkurang</p> <p>3.3 mengajarkan cuci tangan dengan benar</p> <p>DS: klien mengatakan sudah paham dengan cuci tangan 6 langkah</p> <p>DO : pasien tampak sudah melakukannya</p> <p>c. mengajarkan cuci tangan 6 langkah</p> <p>3.4 menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>DS : pasien mengatakan sudah makan putih telur dan ikan</p> <p>DO : pasien sudah memakannya</p> <p>3.5 menganjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>DS : -</p> <p>DO : minum air putih 2L/hari</p>	<p>b. TTV</p> <p>TD : 170/100 Mmhg</p> <p>N : 112x/mnt</p> <p>RR : 20Xmnt</p> <p>S : 36</p> <p>Spo2 : 100%</p> <p>A :</p> <p>Risiko infeksi b/d Efek prosedur invasive</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
--	--	---	---	--

Gangguan Mobilitas Fisik b/d imobilitas	Selasa, 21/12/2022	[Dukungan Mobilisasi) Observasi 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya DS : •pasien mengatakan sudah bisa untuk menggerakkan Sebagian tubuhnya DO : •pasien tampak bisa mengerakan kakinya 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan DS : pasien tampak bergerak tapi masi sedikit nyeri DO : Klien sudah bergerak 3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah	S : 1. Pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan sebagian tubuhnya 2. pasien tampak bergerak tapi masi sedikit nyeri 3. pasien mengatakan sudah sudah mulai bisa miring kanan dan kiri O : TD : 170/100mmhg 1. pasien tampak lemas 2. pasien masih merasakan nyeri post op ketika menggerakkan Sebagian tubuhnya	

		<p>sebelum mobilisasi DO : tekanan darah 170/100mmHg 4.Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi DO : pasien tampak menggerakan kaki nya Terapeutik 5.Memfasilitasi melakukan pergerakan DO: sudah bisa bergerak setelah post op 6 jam masi nyeri 6.Melibatkan keluarga untuk membantu pasei dalam meningkatkan pergerakan DS : Pasien mengatakan aktivitasnya di bantu oleh keluarga DO : keluarga tampak antusias Edukasi</p>	<p>3. terdapat edema di kaki pasien 4. pasien sudah bisa miring kanan kiri dan posisi duduk semi fowler 4. Aff kateter A : gangguan mobilitas fisik P : lanjutkan Intervensi</p>	
--	--	--	--	--

		<p>7.Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> •pasien tampak mengerti apa yang di jelaskan perawat <p>DO : pasien tampak memperhatikan penjelasan perawat</p> <p>8.Menganjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>DS :</p> <p>Pasien sudah bisa miring kanan kiri dan posisi semi fowler</p> <p>DO : pasien tampak bergerak</p> <p>9.Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur)</p> <p>DO : pasien tampak b bisa melakukan mobilisasi sederhana seperti</p>		
--	--	---	--	--

		duduk di tempat tidur		
Menyusui tidak efektif b/d	Selasa, 21/12/2022	<p>5.1 mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>DS : - DO : pasien tampak paham menjelaskan pentingnya asi bagi imunitas bayi</p> <p>5.2 menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>DS : DO:</p> <p>5.3 menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>DS: DO:</p> <p>5.4 melibatkan system pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat</p>	<p>S :</p> <p>1. Pasien mengatakan sudah mencoba menyusui anaknya tapi asi nya keluar sedikit</p> <p>2. pasien mengatakan bayinya tidak merasa puas karena ASI nya yang keluar hanya sedikit</p> <p>O:</p> <p>1. pasien dibantu perawat tehnik dalam menyusui anaknya</p> <p>2. melakukan rangsangan terhadap puting dan ASI</p>	

		<p>5.5 memberikan konseling menyusui</p> <p>5.6 menajarkan posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar</p> <p>R/P</p> <p>Pasien mengatakan sudah mengetahuinya</p> <p>5.7 mengajarkan perawatan payudara postpartum (mis. memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)</p>	<p>2. Payudara terasa lembek</p> <p>2. ASI yang dikeluarkan tampak sedikit</p> <p>3. Payudara saat di tekan colostrum +</p> <p>4. melakukan kompres air hangat pada payudara</p> <p>5. melakukan breast care dan pijat oksitosin agar memperlancar asi</p> <p>A :</p> <p>Menyusui tidak efektif</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
--	--	--	---	--

CATATAN PERKEMBANGAN PERAWATAN HARI KE 3

Nama : Ny. T tanggal Masuk : 20/12/2022

Ruangan : Dahlia tanggal pengkajian : 20/12/2022

Diagnosa : Post Sc+ Preeklamsi

Diagnose keperawatan	hari	Tindakan	Evaluasi	paraf
Nyeri akut b/d agen pencedera fisik	Rabu, 22/12/2022	<p>1.1 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</p> <p>DS : Pasien mengatakan nyeri berkurang pada bagian post op sc di bagian perut bawah</p> <p>DO : 1) pasien tampak sudah tidak terlalu merasakan nyeri</p> <p>1.2 Identifikasi skala nyeri</p> <p>DS : 1) pasien mengatakan nyeri seperti tersayat di</p>	<p>S :</p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri bagian post op sudah berkurang</p> <p>b. Pasien mengatakan pada saat bergerak sudah tidak terlalu nyeri</p> <p>O :</p> <p>a. Pasien tampak sudah tidak terlalu merasakan nyeri</p> <p>b. Pasien tampak ceria</p> <p>c. Skla nyeri 3</p> <p>d. Katerolac drip 1ml</p>	

		<p>bagian perut bawah</p> <p>DO : skala nyeri 3</p> <p>1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>DS : -</p> <p>DO : pasien masih merasakan nyerinya</p> <p>1.4 memberikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>DS :</p> <p>1) pasien mengatakan mulai mengerti mengenai tehnik relaksasi nafas dalam yang dianjurkan untuk mengurangi nyeri</p> <p>DO :</p> <p>1) pasien tampak mengikuti apa yang diajarkan perawat</p> <p>1.6 Kolaborasi dalam pemberian analgetik.</p>	<p>e. pct 1000mg drip</p> <p>f. ketoprofen 100mg suppository</p> <p>g. hypobach 100mg</p> <p>A : Nyeri teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
--	--	--	--	--

		<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <p>Pemberian inj katerolac 30mg drip pct 1000mg ketoprofen 100mg hypobach 100mg</p>		
<p>Risiko infeksi b/d Efek prosedur invasif</p>	<p>Rabu, 22/12/2022</p>	<p>3.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>DS : klien mengatakan nyeri berkurang tidak khawatir akan luka post sc</p> <p>DO : ada luka post sc dibagian bawah abdomen tertutup perban ±10cm, tidak ada pendarahan.</p> <p>3.2 Berikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>DS : _</p> <p>DO : memberikan kompres air hangat</p> <p>3.3 mengajarkan cuci tangan dengan</p>	<p>S :</p> <p>a. Klien mengatakan sudah tidak takut lagi luka post op infeksi karena nyerinya berkurang</p> <p>b. Klien mengatakan nyerinya berkurang</p> <p>O :</p> <p>a. Tampak luka post-op dibagianawah abdomen yang tertutp dengan verban ± 10cm</p> <p>b. mengganti balut luka post op sc</p> <p>c. tidak ada infeksi</p>	

		<p>benar</p> <p>DS : -</p> <p>DO : sudah bisa melakukan cuci tangan 6 langkah</p> <p>3.4 menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>DS : klien mengatakan sudah makan makanan nya</p> <p>DO : sudah makan</p> <p>3.5 menganjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>e. minum air putih 2L/hari</p> <p>3.6 perawatan luka post sc</p> <p>DS: klien mengatakan lukanya sudah dibersihkan setelah 3 hari perawatan kondisi luka bagus tidak ada pendarahan dan infeksi kemerahan.</p>	<p>d. jahitan luka bagus</p> <p>e. TTV</p> <p>TD : 145/89</p> <p>Mmhg</p> <p>N : 90x/mnt</p> <p>RR : 20Xmnt</p> <p>S : 36</p> <p>Spo2 : 100%</p> <p>A :</p> <p>Risiko infeksi b/d Efek prosedur invasive</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	
--	--	---	--	--

<p>Gangguan Mobilitas Fisik b/d imobilitas</p>	<p>Rabu, 22/12/2022</p>	<p>[Dukungan Mobilisasi) Observasi 1.Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya DS : •pasien mengatakan sudah bisa untuk menggerakkan tubuhnya DO : •pasien tampak sudah bisa jalan ke kamar mandi sendiri 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan DS : pasien tampak bergerak tapi masih sedikit nyeri DO : Klien sudah bergerak 3.Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi</p>	<p>S : 1. klien mengatakan sudah tidak merasa lemas lagi 2. klien a mengatakan sudah bisa melakukan aktivitasnya sendiri 3. pasien mengatakan sudah sudah bisa ke kamar mandi sendiri O : 1. klien tampak ceria dan tidak lemas lagi 3. kaki klien sudah tidak edema lagi 4. pasien sudah bisa miring kanan kiri dan posisi duduk semi fowler</p>	
--	-------------------------	---	---	--

		<p>DO : tekanan darah 145/89mmHg</p> <p>4.Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>DO : pasien tampak menggerakkan kakinya dan anggota tubuhnya</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.Memfasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>DO: sudah bisa bergerak setelah post op 6 jam masi nyeri</p> <p>6.Melibatkan keluarga untuk membantu pasei dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan aktivitasnya di bantu oleh keluarga</p> <p>DO : keluarga tampak antusias</p> <p>Edukasi</p>	<p>dan berjalan-jalan tanpa dibantu</p> <p>A : gangguan mobilitas fisik</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
--	--	---	--	--

		<p>7.Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> •pasien tampak mengerti apa yang di jelaskan perawat <p>DO : pasien tampak memperhatikan penjelasan perawat</p> <p>8.Menganjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>DS :</p> <p>Pasien sudah bisa miring kanan kiri dan posisi semi fowler</p> <p>DO : pasien tampak bergerak</p> <p>9.Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur)</p> <p>DO : pasien tampak b bisa melakukan mobilisasi sederhana seperti</p>		
--	--	---	--	--

		duduk di tempat tidur		
Menyusui tidak efektif b/d	Rabu, 22/12/2022	<p>5.1 mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi R/P -menjelaskan pentingnya asi bagi imunitas bayi</p> <p>5.2 menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>5.3 menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>5.4 melibatkan system pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat</p> <p>5.5 memberikan konseling menyusui</p> <p>5.6 menajarkan posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar</p>	<p>S :</p> <p>1. klien mengatakan ASI nya keluar sudah mulai banyak</p> <p>2. klien mengatakan bayinya sudah bisa menghisap putting dengan kuat dan merasa puas karena asi nya sudah keluar</p> <p>O:</p> <p>1. klien tampak senang asi nya sudah keluar banyak</p> <p>2. melakukan rangsangan terhadap putting dan ASI</p>	

		<p>R/P</p> <p>Pasien mengatakan sudah mengetahuinya</p> <p>5.7 mengajarkan perawatan payudara postpartum (mis. memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)</p>	<p>2.ASI yang dikeluarkan tampak banyak</p> <p>3.Payudara saat di tekan colostrum +</p> <p>4. melakukan kompres air hangat pada payudara</p> <p>5. melakukan breast care dan pijat oksitosin agar memperlancar asi</p> <p>A : Menyusui tidak efektif</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>	
--	--	--	---	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada Ny. E dengan post partum sc indikasi kpd, Ny. T dengan post partum sc indikasi preeklamsi di ruang Dahlia dan Melati RSUD Chasbullah Abdul Madjid Kota Bekasi sesuai tiap fase dalam proses keperawatan yang meliputi : pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

A. Pengkajian

Menurut teori :

Post partum adalah masa di mulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidak nyamanan pada awal postpartum, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik (Yuliana & Hakim, 2020).

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Tindakan Sectio Caesarea dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu yang dikarenakan bahaya atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervaginam. Persalinan pervaginam dianggap sebagai proses persalinan yang sulit

dan cenderung berbahaya bagi calon ibu dan bayinya, sehingga operasi sesar meskipun merupakan metode persalinan dengan melakukan pembedahan besar pada perut cenderung disukai daripada persalinan melalui jalan lahir (pervaginam) (Juliathi et al., 2021).

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya/ rupturnya selaput amnion sebelum dimulainya persalinan yang sebenarnya atau pecahnya selaput amnion sebelum usia kehamilannya mencapai 37 minggu dengan atau tanpa kontraksi (Mitayani, 2011). Ketuban pecah dini biasanya menyebabkan persalinan premature alias bayi terpaksa dilahirkan sebelum waktunya. Air ketuban pecah lebih awal bisa disebabkan oleh beberapa hal, seperti yang disampaikan oleh Geri Morgan (2009) yaitu: Infeksi rahim, leher rahim, atau vagina, Pemicu umum ketuban pecah dini adalah: Persalinan premature, Korioamnionitis terjadi dua kali sebanyak KPD, Malposisi atau malpresentasi janin. Preeklamsia atau biasa disebut Kehamilan Induced Hypertension (PIH) kehamilan atau toksemia kehamilan, ditandai dengan Tekanan darah meningkat, oedema, bahkan adanya proteinuria. Biasanya preeklamsia terjadi pada ibu yang usia kehamilannya 20 minggu keatas atau tiap triwulan dari kehamilan, pada kehamilan 37 minggu tersebut umumnya preeklamsia biasa terjadi hingga minggu pertama setelah persalinan (Lalenoh, 2018). salah satu faktor preeklamsi adalah Riwayat Hipertensi Orang dengan hipertensi sebelum kehamilan (hipertensi kronis) memiliki risiko 4-5 kali terjadi preeklamsia pada kehamilannya. Angka kejadian hipertensi kronis pada kehamilan yang disertai preeklamsia sebesar 25%. Sedangkan bila tanpa hipertensi kronis angka kejadian preeklamsia hanya 5% (Malha et al., 2018).

Indikasi sectio sesarea, Indikasi yang berasal dari ibu : Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primiparatus disertai ada kelainan letak, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsia-eklamsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung-DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

indikasi berasal dari janin: Fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Jitowiyono,2010).

Menurut kasus :

Kasus pertama dari pengkajian pada Ny. E didapatkan dengan nyeri akut post sc dengan indikasi KPD + Sungsang, pasien meringis, keadaan umum lemah , kesadaran : Composmentis, GCS 15 E: 4, M: 6, V: 5, Tekanan Darah : 120/85 mmHg, Nadi : 95 x/menit, S 36,3⁰C, Spo2 : 98 % capillary refiling >3 detik. pada pemeriksaan laboratorium terdapat hasil leukosit 8.4 ribu/Ul, Hemoglobin 12.3 g/dl, hemotokrit 36.5 %, ureum 274 mg/dl. GDS : 82 mg/dl.

Kasus kedua dari pengkajian Ny. T pasien post SC dengan indikasi Preeklamsi + KPD didapatkan dengan nyeri akut, tampak meringgis, sakit kepala, keadaan umum,; Lemah, kesadaran :composmentis, GCS :15 pola napas 22 x/menit, Tekanan Darah : 163/113 mmHg, Nadi : 96 x/menit, S

36,4⁰C, Spo2 : 99 % capillary refiling >3 detik. Pada pemeriksaan laboratorium GDS : 73 mg/dL, Hematokrit: 37,1, HB: 12.0. dengan post SC disertai nyeri akut dibagian bawah abdomen, keadaan luka ± 10cm Panjang Horizontal.

Analisa Penulis : menurut analisa penulis gejala-gejala yang ada pada pasien Ny.E dan Ny. T merupakan pasien dengan post partum section caesari yang memiliki kesamaan indikasi ada pada umum nya, Pada pasien 1 dan 2 memiliki kesamaan yakni KPD dengan sungsang, namun terdapat perbedaan pada pasien kasus 2 yang memiliki Riwayat hipertensi sehingga timbulah preeklamsi.

B. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu gambaran mengenai permasalahan yang terjadi pada klien atau status kesehatan klien yang aktual dan potensial, dimana untuk melakukan pemecahan masalah tersebut harus dalam batas wewenang perawat. Diagnosa keperawatan dilakukan untuk menentukan hasil yang diharapkan dari perawatan terhadap klien dan merencanakan untuk tindakan selanjutnya yang akan dilakukan secara berurutan.(Novieastari, 2018)

Menurut teori :

- 1) Nyeri akut Berhubungan Dengan agen pencedera fisik (D.0077)

Diagnosa nyeri ditegakkan pada kedua klien sesuai dengan hasil pengkajian yang ditemukan pada klien 1 terdapat data subyektif klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi, nyeri seperti disayat-sayat dan hilang timbul serta makin bertambah nyeri saat melakukan pergerakan atau

aktifitas, pada klien 2 ditemukan data subyektif klien mengeluh nyeri abdomenn bagian bawah karena luka bekas operasi, nyeri dirasakan seperti terbakar dan hilang timbul, nyeri makin bertambah saat klien bergerak. Dalam hasil pengkajian data obyektif klien 1 didapatkan hasil klien tampak meringis, skala nyeri 5 serta sulit tidur sedangkan pada klien 2 didapatkan data obyektif klien tampak meringis, skala nyeri 6. Pada klien preeklampsi dengan post sectio caesarian nyeri yang ditimbulkan terjadi karena insisi prosedur operasi pada daerah abdomen sehingga menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan menimbulkan trauma pada jaringan, Marlina & Hani, 2018.

Perumusan penulisan diagnosa keperawatan nyeri yang terdapat pada klien 1 dan klien 2 menurut teori penulisan diagnosa maka menjadi Nyeri Akut D.0077 berhubungan dengan agen pencedera fisik prosedur operasi. Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosioanl yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Penegakkan diagnosa memenuhi validasi penegakkan diagnosa keperawatan sesuai teori yaitu sekitar 80 % - 100 % dari tanda mayor dan tanda minor sebagai pendukung. Kriteria mayor yang dapat ditemukan berupa data subyektif mengeluh nyeri dan data obyektif berupa tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat serta sulit tidur. Sedangkan kriteria minor yang dapat ditemukan berupa data obyektif

tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri serta berfokus pada diri sendiri, Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017.

2) Resiko Infeksi Dibuktikan Dengan efek prosedur invasive (D.0142)

Risiko infeksi yang dibuktikan dengan efek prosedur invasif (D.0142)

Risiko infeksi adalah risiko mengalami peningkatan serangan organisme patogen (Tim Pokja PPNI DPP SDKI, 2017). Tanggal 15 Desember 2022

dan 20 Desember 2022 penulis mengangkat diagnosa karena pada saat penulis melakukan penelitian didapatkan data faktor resiko pendukung

yaitu data pertama dari data subyektif klien mengatakan luka post sc terasa

perih, terdapat insisi tipe horizontal luka, luka ditutup perban dengan

panjang luka kurang lebih 10cm. Data obyektif adalah pasien terlihat

lemah. Dari hasil vital sign Tekanan Darah : 120/85 mmHg, Nadi : 95

x/menit, S 36,3⁰C, Spo2 : 98 % RR: 20x/m, Leukosit 8,4 ribu/ μ L. pasien

terpasang infus RL Batasan karakteristik pada Standar Diagnostik

Keperawatan (SDKI) Indonesia adalah adanya rasa perih pada luka post sc

dan tampak lemas . Risiko infeksi menjadi prioritas utama diagnosis

karena selama penelitian penulis menemukan data luka pada luka post sc,

terdapat luka insisi sc tipe horizontal, luka ditutup perban dengan panjang

luka kurang lebih 12cm. Data objektif pasien tampak lemah dari hasil tanda

vital Didapatkan Tekanan Darah : 120/85 mmHg, Nadi : 95 x/menit, S

36,3⁰C, Spo2 : 98 % RR: 20x/m, Leukosit 8,4 ribu/ μ L. pasien terpasang

infus RL Oleh karena itu, bila risiko infeksi tidak diatasi, klien tidak akan

dapat mencegah terjadinya infeksi dan tidak dapat merawat luka dengan baik. Dengan mengatasi masalah ini diharapkan klien mampu menerapkan apa yang sudah disampaikan dalam keseharian agar tidak terjadi infeksi pada luka insisi.

Intervensi dengan pemberian edukasi dan kriteria hasil luka membaik, kebersihan badan meningkat, dan nyeri menurun. Diharapkan setidaknya klien mampu mengenal tanda dan gejala infeksi, memberikan perawatan kulit pada area edema, melakukan mencuci tangan dengan benar.

Disini penulis akan memberikan rasional mengapa dilakukan intervensi tersebut. Indikator seorang pasien selamat berkaitan dengan tindakan medis yaitu infeksi pada luka yang menjadi komplikasi utamanya pasien rawat inap (Rivai et al., 2013).

Untuk implementasinya berhalan sekitar 2 hari, terhitung pada 15 desember 2022 – 16 desember 2022 pada pasien I dan pada tanggal 20 desember 2022-21 desember 2022 pada pasien II. dengan memberikan edukasi gejala dan tanda-tanda infeksi, mengajarkan bagaimana mencuci tangan yang benar, mengajarkan bagaimana memeriksakan keadaan luka dan pemberian obat. Pasien merasa senang sekali karena memahami gejala dan tanda-tanda infeksi serta bagaimana sesuatu hal terhindar dari infeksi. Ketika pemberian edukasi klien dengan posisi berbaring diatas tempat tidur karena telah selesai melakukan operasi sectio caesarea dengan tekanan darah 120/85mmHg pada pasien I dan tekanan darah: 163/113mmHg pada pasien ke II, Namun klien menyanggupi untuk dilakukan edukasi. Akhirnya

penulis memaparkan dan menjelaskan edukasi tentang resiko infeksi dengan rileks dan nyaman mungkin. Dalam pemberian edukasi klien terlihat memperhatikan dan memahami yang telah disampaikan dibuktikan ketika ditanya tanda dan gejala infeksi klien mampu menjawab dengan benar. Tujuan diberikan edukasi ini karena agar klien terhindari dari resiko infeksi dan selalu menjaga selalu kebersihan dalam merawat luka insisi. Pendidikan kesehatan adalah langkah untuk mendukung berbagai program kesehatan yang mampu memberikan peningkatan dan perubahan pada pengetahuan secara cepat, dari seseorang yang sebelumnya tidak mengetahui nilai kesehatan menjadi tahu, dari tidak bisa menyelesaikan masalah hingga mampu menyelesaikan masalah (Utari et al., 2014).

Evaluasi dilakukan selama satu hari pada tanggal 18 desember 2022 pada pasien I, dan 23 desember 2022 pada pasien ke II. Setelah pemberian edukasi selesai. Hasil dari evaluasi selama satu hari masalah pasien dapat teratasi. Karena pasien mampu menjawab pertanyaan pertanyaan yang diajukan penulis dengan benar walaupun masih terbelit- belit, mampu mempraktekan cara mencuci tangan dengan benar dan masih terlihat mengingat kembali apa yang sudah disampaikan penulis.

3) Gangguan mobilitas fisik Berhubungan Dengan Nyeri post SC (D.0054)

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) pada tanggal 20 desember 2022 pada pasien I dan 15 desember 2022 pada pasien II penulis mengangkat diagnosa ini dikarenakan waktu melakukan pengkajian penulis menemukan data subjektif dari pasien yang menyatakan gerakan terbatas karena ketika bergerak terasa nyeri di abdomen, terpasang kateter, aktivitas di bantu oleh perawat/ keluarga dan melakukan aktivitasnya hanya di atas tempat tidur. Data objektif terdapat pasien tampak lemah, lesu, menahan rasa nyeri dan susah melakukan aktivitas dengan mandiri.

Batasan karakteristik dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu tampak lemah, menahan nyeri dan susah melakukan aktivitas dengan mandiri.

Penulis mengangkat diagnosa ini karena memang pasien diminta untuk bedrest guna menstabilkan kondisi pasca operasi sectio caesarea, pasien selalu mengeluh nyeri dibagian abdomen jika melakukan pergerakan dan pasien terpasang kateter, maka dari itu penulis mengangkat diagnosa gangguan mobilitas fisik yang bertujuan mampu melakukan aktivitas yang dibuktikan nyeri menurun, kelemahan fisik menurun, pergerakan ekstremitas meningkat dan kekuatan otot meningkat.

Intervensi untuk diagnosa yang kedua Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan nyeri saat bergerak dengan

tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pasien mampu melakukan aktivitas yang dibuktikan nyeri menurun, kelemahan fisik menurun, pergerakan ekstremitas meningkat dan kekuatan otot meningkat. Dan didapatkan intervensi yaitu identifikasi adanya nyeri, mengidentifikasi toleransi pada fisik dengan bergerak, memonitoring keadaan secara umum pada saat mobilisasi berlangsung, memfasilitasi kegiatan menggunakan alat bantu, melibatkan keluarga untuk membantu pasien, mengajarkan mobilisasi sedini mungkin, dan mengajarkan mobilisasi dengan sederhana untuk dilakukan seperti berubah posisi miring kanan miring kiri dan duduk, mengavaluasi dukungan, serta harapan peningkatan kegiatan, dan mengkolaborasi bersama tenaga kesehatan misalnya dengan memberikan terapi sesuai dengan indikasi.

Implementasi dilakukan selama 3x8 jam setelah pengkajian yaitu pada tanggal 20-21 desember 2022 pada pasien I dan 15-16 desember 2022 pada pasien II. Karena pasien tidak diperbolehkan turun dari bed maka penulis memberikan implementasi untuk melakukan gerak miring kanan kiri dan juga duduk untuk meningkatkan aktivitas. Posisi pada saat tidur yang dimiringkan kiri mampu menurunkan tekanan pembuluh darah yang mampu mengembalikan kembali darah menuju jantung. Pada saat jantung bekerja darah mengalir ke semua anggota badan, darah beredar ke semua bagian tubuh dan kembali lagi menuju jantung, apabila ada orang yang miring kanan, tekanan tubuh akan menekan pembuluh darah yang nantinya kembali pada jantung. Begitu sebaliknya pada posisi tidur yang miring kiri

dengan tidak menjepit tubuh pada bagian kanan mampu meningkatkan aliran darah yang akan kembali pada jantung, sehingga kinerja jantung menjadi lebih ringan dan tekanan darah tidak melonjak. Posisi saat istirahat literal kanan menjadi intervensi keperawatan yang berguna untuk mempertahankan status hemodinamik, (laju pernafasan, tekanan darah sistolik, denyut jantung, tekanan darah diastolic, tekanan darah arteri rata-rata, dan saturasi oksigen) (Yesni, 2019). Waktu di berikan implementasi pasien kooperatif dan memperhatikan penjelasan dari penulis. Implementasi mengidentifikasi adanya nyeri dengan metode PQRST, membantu pasien melakukan mobilisasi dini dengan melakukan miring kekanan kekiri dan duduk, berkolaborasi dengan pemberian obat obat cefozoline untuk antibiotic dan nipedipine untuk mengatasi darah tinggi. Kepatuhan dalam mengonsumsi obat adalah salah faktor menunjang agar pasien cepat sembuh dan pulih (Evadewi & Suarya, 2013)

Evaluasi dalam pemberian implementasi masalah dapat teratasi terlihat dari pasien tampak bisa melakukan mobilisasi dini dengan gerakan miring kekanan, kekiri, duduk dan klien mampu patuh dalam minum obat yang telah di berikan untuk kesembuhan klien.

- 4) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidak adekuatan suplai ASI (D.0029)

Diagnosa menyusui tidak efektif yang ditegakkan pada klien II ditemukan data subyektif klien mengatakan merasa sedih terpisah dengan bayinya dan tidak bisa menyusui bayi secara langsung, ASInya hanya sedikit dan

diberikan dengan cara dipompa, bayinya dirawat diruang perinatologi sedangkan dalam data obyektif ditemukan bayi dirawat diruang perinatologi, ASI diberikan dengan cara dipompa dan ASI yang keluar tampak sedikit. Menyusui tidak efektif merupakan kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui, perubahan fisiologis yang dialami pada klien yaitu proses involusi akan mempengaruhi peningkatan ocytocin dan prolaktin untuk merangsang ASI jika proses menyusui tidak efektif akan terjadi pembendungan ASI, Marliana & Hani, 2018.

C. Intervensi

Intervensi keperawatan yang disusun pada klien 1 dengan diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik prosedur operasi yaitu ; Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil klien mengatakan nyeri berkurang, klien tampak rileks, klien mampu melakukan nafas dalam. Intervensi yang dilakukan Management nyeri yaitu ; Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi dan frekuensi, observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan, tingkatkan istirahat, monitor tanda-tanda vital, anjurkan tehnik relaksasi, kolaborasi dalam pemberian analgetik.

Intervensi keperawatan yang disusun pada klien 2 dengan diagnose Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik prosedur operasi yaitu ; Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 8 jam nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil melaporkan bahwa nyeri berkurang, mampu mengenali skala nyeri;

skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri, wajah rileks. Intervensi yang dilakukan ; Bina hubungan saling percaya, lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi karakteristik, durasi frekuensi dan faktor penyebab, observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, mengajarkan tehnik distraksi dan relaksasi, gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui nyeri yang dirasakan klien, perhatikan lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri; suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan dll, kolaborasi pemberian analgetik. Penerapan penulisan intervensi keperawatan yang tercantum pada klien 1 dan klien 2 menurut standar luaran dan standar intervensi keperawatan maka intervensi nyeri akut b.d agen pencedera fisik menjadi ; Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan tingkat nyeri E.08066 berkurang dengan kriteria hasil ; pasien melaporkan keluhan nyeri berkurang, keluhan nyeri meringis menurun, pasien menunjukkan sikap protektif menurun, pasien tidak tampak gelisah. Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu Management Nyeri I.08238, Observasi; identifikasi; lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik; berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri; hipnosis, akupressur, kompres hangat. dingin, terapi imajinasi terbimbing, fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi; Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan

menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri. Kolaborasi; pemberian analgetik jika perlu.

Intervensi keperawatan yang disusun pada klien 1 dengan diagnosa keperawatan Resiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif yaitu ; . Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan pasien tidak mengalami infeksi dengan kriteria hasil klien bebas dari tanda dan gejala infeksi, menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal. Intervensi yang dilakukan ; Pertahankan tehnik aseptik, cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, berikan terapi antibiotik, tingkatna intake nutrisi, monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal, dorong pasien istirahat, dorong masukan cairan oral dan diet tinggi protein, vitamin c dan zat besi, anjurkan klien untuk melakukan perawatan luka dan ganti verban, anjurkan klien untuk menjaga luka agar tetap kering dan bersih. Penerapan penulisan intervensi keperawatan yang tercantum pada klien 1 menurut standar luaran dan standar intervensi keperawatan maka intervensi keperawatan Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif menjadi ; Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan tingkat infeksi L.141137 menurun dengan kriteri hasil tanda-tanda infeksi menurun; demam, nyeri, kemerahan dan bengkak), kadar sel darah putih membaik. Intervensi yang dilakukan Pencegahan Infeksi I.14539, Observasi; Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, Terapeutik ; Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan tehnik aseptik pada pada pasien beresiko tinggi, Edukasi ; Jelaskan tanda dan gejala

infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka post operasi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

Intervensi keperawatan pada pasien dengan pre-eklampsia berat difokuskan pada tekanan darah, Memonitor peningkatan tekanan darah, Memonitor status pernafasan Monitor, Memonitor penurunan tingkat kesadaran, Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, memberikan posisi semi fowler dan memfasilitasi lingkungan yang nyaman dan tenang, Kolaborasi Pemberian obat penurun TD, serta libatkan peran keluarga untuk membantu menurunkan tekanan darah pada ibu yang mungkin diakibatkan tekanan atau rasa setres yang ada pada ibu.

Intervensi untuk diagnosa yang kedua Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan nyeri saat bergerak dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pasien mampu melakukan aktivitas yang dibuktikan nyeri menurun, kelemahan fisik menurun, pergerakan ekstremitas meningkat dan kekuatan otot meningkat. Dan didapatkan intervensi yaitu identifikasi adanya nyeri, mengidentifikasi toleransi pada fisik dengan bergerak, memonitoring keadaan secara umum pada saat mobilisasi berlangsung, memfasilitasi kegiatan menggunakan alat bantu, melibatkan keluarga untuk membantu pasien, mengajarkan mobilisasi sedini mungkin, dan mengajarkan mobilisasi dengan sederhana untuk dilakukan seperti berubah posisi miring kanan miring kiri dan duduk, mengavaluasi dukungan, serta harapan peningkatan kegiatan, dan mengkolaborasikan

bersama tenaga kesehatan misalnya dengan memberikan terapi sesuai dengan indikasi.

Intervensi keperawatan yang disusun pada klien 2 dengan diagnosa keperawatan Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kondisi situasional yaitu ; . Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan ibu menyusui bayi secara efektif dengan kriteria

hasil kemantapan pemberian ASI pada bayi, kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat, pemeliharaan pemberian ASI, penyapihan pemberian ASI . Intervensi yang dilakukan ; Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui, berikan informasi tentang laktasi dan tehnik memompa ASI, berikan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI, pantau integritas kulit puting ibu, ajarkan pasien tentang prosedur dan tehnik menyusui yang benar cara perawatan payudara. Penerapan penulisan intervensi keperawatan yang tercantum pada klien 1 menurut standar luaran dan standar intervensi keperawatan maka intervensi keperwatan Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kondisi situasional menjadi ; Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan status menyusui L.03029 meningkat dengan kriteri hasil perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat, kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat, tetesan/pancaran ASI meningkat, suplai ASI adekuat meningkat serta kepercayaan diri ibu ibu meningkat. Intervensi yang dilakukan Konseling laktasi I.03093, Pijat laktasi I.03134 dan Promosi ASI eksklusif I.03135, Observasi; Identifikasi keadaan emosional dan ibu saat akan dilakukan konseling menyusui, identifikasi

permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui, identifikasi pengetahuan ibu tentang menyusui, monitor kondisi mammae dan puting, identifikasi kebutuhan laktasi bagi ibu pada antenatal, intranatal dan postnatal, Terapeutik ; Gunakan tehnik mendengarkan aktif , berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar, posisikan ibu dengan nyaman, pijat mulai dari kepala, leher, bahu punggung dan payudara, pijat dengan kembang dan secara melingkar, libatkan suami dan keluarga, gunakan sendok dan cangkir jika bayi belum bisa menyusu, diskusikan dengan keluarga tentang ASI Eksklusif, Edukasi ; Jelaskan program gizi dan persepsi pasien terhadap diet yang diprogramkan, jelaskan tujuan,

manfaat tindakan pijat laktasi, jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi, jelaskan tanda-tanda bayi cukup ASI, anjurkan ibu memberikan nutrisi kepada bayi hanya dengan ASI, anjurkan ibu menjaga produksi ASI dengan memerah, walaupun kondisi ibu dan bayi terpisah.

Kesimpulan pembahasan intervensi dibuat belum sesuai dengan standar penulisan intervensi keperawatan SLKI dan SIKI.

D. Implementasi

Implementasi pada klien 1 dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedara yang telah dilakukan yaitu ; melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan, meningkatkan istirahat, memonitor tanda-tanda vital, menganjurkan tehnik relaksasi serta kolaborasi dalam pemberian analgetik. Untuk implementasi dengan diagnosa resiko infeksi dibuktikan dengan efek

prosedur invasif yang telah dilakukan yaitu ; memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, mempertahankan tehnik aseptik, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, memberikan terapi antibiotik, meningkatkan intake nutrisi, , mendorong klien istirahat yang cukup, dorong masukan cairan oral dan diet tinggi protein, vitamin c dan zat besi, anjurkan klien untuk melakukan perawatan luka dan ganti verban, anjurkan klien untuk menjaga luka agar tetap kering dan bersih.

Untuk implementasi gangguan mobilitas fisik b/d immobilitas telah dilakukan yaitu : mengidentifikasi indikasi dan kontraindikasi mobilisasi, memonitor kemajuan pasien/keluarga dalam melakukan mobilisasi, memfasilitasi Menyusun jadwal rentan gerak aktif atau pasif, menjelaskan prosedur tujuan indikasi dan kontraindikasi mobilisasi serta dampak imobilisasi.

Implementasi pada klien 2 dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedara fisik yang telah dilakukan adalah ; melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan, meningkatkan istirahat, memonitor tanda-tanda vital, menganjurkan tehnik relaksasi serta kolaborasi dalam pemberian analgetik.

Implementasi pada klien ke 2 risiko infeksi b/d berjalan sekitar 3 hari dengan memberikan edukasi gejala dan tanda-tanda infeksi, mengajarkan bagaimana mencuci tangan yang benar, mengajarkan bagaimana memeriksakan keadaan

luka dan pemberian obat. Pasien merasa senang sekali karena memahami gejala dan tanda-tanda infeksi serta bagaimana sesuatu hal terhindar dari infeksi. Ketika pemberian edukasi klien dengan posisi berbaring diatas tempat tidur karena telah selesai melakukan operasi sectio caesarea dengan tekanan pasien ke 2 dengan TD 163/113 mmHg, klien menyanggupi untuk dilakukan edukasi. Akhirnya penulis memaparkan dan menjelaskan edukasi tentang resiko infeksi dengan rileks dan nyaman mungkin. Dalam pemberian edukasi klien terlihat memperhatikan dan memahami yang telah disampaikan dibuktikan ketika ditanya tanda dan gejala infeksi klien mampu menjawab dengan benar. Tujuan diberikan edukasi ini karena agar klien terhindari dari resiko infeksi dan selalu menjaga selalu kebersihan dalam merawat luka insisi. Pendidikan kesehatan adalah langkah untuk mendukung berbagai program kesehatan yang mampu memberikan peningkatan dan perubahan pada pengetahuan secara cepat, dari seseorang yang sebelumnya tidak mengetahui nilai kesehatan menjadi tahu, dari tidak bis menyelesaikan masalah hingga mampu menyelesaikan masalah (Utari et al., 2014).

Implementasi keperawatan pada pasien 2 dengan pre-eklampsia. Memonitor TTV 163/113 mmHg, serta kolaborasi dalam pemberian obat antihipertensi Nipediphine 10 mg untuk menurunkan tekanan darah tinggi.

Implementasi pada gangguan mobilitas fisik dilakukan pada pasien 1 2 selama 3x8 jam setelah dilakukan pengkajian. Karena pasien tidak diperbolehkan turun dari bed maka penulis memberikan implementasi untuk melakukan gerak miring kanan kiri dan juga duduk untuk meningkatkan aktivitas. Posisi

pada saat tidur yang dimiringkan kiri mampu menurunkan tekanan pembuluh darah yang mampu mengembalikan kembali darah menuju jantung. Pada saat jantung bekerja darah mengalir ke semua anggota badan, darah beredar ke semua bagian tubuh dan kembali lagi menuju jantung, apabila ada orang yang miring kanan, tekanan tubuh akan menekan pembuluh darah yang nantinya kembali pada jantung. Begitu sebaliknya pada posisi tidur yang miring kiri dengan tidak menjepit tubuh pada bagian kanan mampu meningkatkan aliran darah yang akan kembali pada jantung, sehingga kinerja jantung menjadi lebih ringan dan tekanan darah tidak melonjak. Posisi saat istirahat literal kanan menjadi intervensi keperawatan yang berguna untuk mempertahankan status hemodinamik, (laju pernafasan, tekanan darah sistolik, denyut jantung, tekanan darah diastolic, tekanan darah arteri rata-rata dan saturasi oksigen) (Yesni, 2019). Waktu di berikan implementasi pasien kooperatif dan memperhatikan penjelasan dari penulis. Implementasi mengidentifikasi adanya nyeri dengan metode PQRST, membantu pasien melakukan mobilisasi dini dengan melakukan miring kekanan kekiri dan duduk, berkolaborasi dengan pemberian obat-obat hypobach untuk antibiotic dan nifedipine untuk mengatasi darah tinggi. Kepatuhan dalam mengonsumsi obat adalah salah faktor menunjang agar pasien cepat sembuh dan pulih (Evadewi & Suarya, 2013) rata, dan saturasi oksigen) (Yesni, 2019). Waktu di berikan implementasi pasien kooperatif dan memperhatikan penjelasan dari penulis. Implementasi mengidentifikasi adanya nyeri dengan metode PQRST, membantu pasien melakukan mobilisasi dini dengan melakukan miring

kekanan kekiri dan duduk, berkolaborasi dengan pemberian obat-obat cefozoline untuk antibiotik dan dopamet untuk mengatasi darah tinggi. Kepatuhan dalam mengonsumsi obat adalah salah satu faktor menunjang agar pasien cepat sembuh dan pulih (Evadewi & Suarya, 2013)

Sedangkan implementasi dengan diagnosa menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI pada pasien ke 2 yang telah dilakukan adalah : tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui, memberikan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI, memberikan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI, memantau integritas kulit puting ibu, mengajarkan klien tentang prosedur dan teknik menyusui yang benar, cara perawatan payudara

E. Evaluasi

Evaluasi pada pasien 1 dan pasien 2 dibuat berdasarkan catatan perkembangan pasien yang ada dalam pelaksanaan tindakan, dari hasil evaluasi tersebut dapat terlihat apakah masalah keperawatan pasien yang dialami teratasi atau tidak. Hasil evaluasi yang dilakukan pada klien 1 terdapat diagnosa keperawatan teratasi setelah 3 hari dilakukan asuhan keperawatan yaitu diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif serta diagnosa gangguan mobilitas fisik b/d imobilitas. Sedangkan pada klien 2 terdapat diagnosa yang teratasi sebagian setelah 3 hari dilakukan asuhan keperawatan yaitu diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, risiko infeksi b/d

prosedur invasive, Resiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan
mobilitas fisik b/d imobilitas, menyusui tidak efektif b/d
ketidakadekuatan suplai ASI

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1) Pengkajian

Hasil pengkajian yang ditemukan dari studi Ny.E yang dilakukan pengkajian tanggal 15 desember 2022 ditemukan data adanya Nyeri akut Post sc atas indikasi KPD

Pengkajian pada Ny.T dilakukan pada tanggal 20 desember 2022 ditemukan nyeri akut post sc indikasi preeklamsia dengan KPD.

2) Diagnose Keperawatan

Hasil studi kasus didapatkan 3 diagnosa dari kedua pasien dan terdapat 3 diagnosa yang sesuai dengan teori yaitu nyeri akut, risiko infeksi,Resiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, Menyusui tidak efektif.

3) Intervensi Keperawatan

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada Ny E dan Ny T dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dengan teori yang ada, intervensi di setiap diagnose dapat sesuai dengan kebutuhan pasien dan memperhatikan kondisi pasien serta kesanggupan keluarga dalam kerja sama. Intervensi yang dilakukan oleh peneliti dengan intervensi yang didasarkan atas empat komponen yaitu observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

4) Implementasi atau Catatan Keperawatan

Pelaksanaan tindakan kasus ini di laksanakan sesuai dengan intervensi yang sudah dibuat, sesuai dengan kebutuhan kedua pasien dengan post partum sc. Pelaksanaan tindakan keperawatan tersebut dapat dilakukan dan berjalan dengan

baik berkat kerja sama dari pasien, keluarga, perawat ruangan dan pembimbing lapangan.

5) Evaluasi atau catatan perkembangan

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan Pada pasien Ny. E dan Ny. T selama 3 hari perawatan oleh peneliti dan di buat dalam bentuk SOAP. Pada pasien Ny. E hasil evaluasi didapatkan semua masalah keperawatan pasien belum teratasi. Pada pasien Ny. T pun semua diagnosa belum teratasi dan masi harus melakukan control rawat jalan untuk penyembuhan luka post SC.

B. SARAN

1) Bagi Rumah Sakit

Saran kepada perawat Ruang Dahlia dan Melati RSUD CAM Kota Bekasi untuk dapat menjadi edukator untuk memberi informasi dan pendidikan kesehatan mengenai post partum SC pada pasien dan keluarga pasien. Serta dapat mengoptimalkan kinerja dalam menerapkan asuhan keperawatan, selalu memberikan pelayanan yang profesional dan bermutu kepada pasien. Mengikuti pelatihan-pelatihan agar dapat memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien rawat inap yang membutuhkan keperawatan.

2) Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil tugas akhir ini dapat memberikan tambahan pengetahuan dan masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan serta meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan khususnya Keperawatan Maternitas.

3) Bagi Pasien dan Keluarga Pasien

Diharapkan pasien dan keluarga dapat memahami dan mengenal lebih dalam lagi mengenai dan bagaimana pencegahan, watan serta pengobatan pada penyakit tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Ansori. (2022). Asuhan keperawatan ansietas pada pasien pre operasi sectio caesarea diruang belimbing RSUD Klungkung. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 3(April), 49–58.
- Dharma, K. K. (2017). *Metodologi Penelitian Keperawatan* (4th ed.). CV Trans Info Media.
- Juliathi, N. L. P., Marhaeni, G. A., & Dwi Mahayati, N. M. (2021). Gambaran Persalinan dengan Sectio Caesarea di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Tahun 2020. *Jurnal Ilmiah Kebidanan (The Journal Of Midwifery)*, 9(1), 19–27.
- Novieastari, E. (2018). Diagnosa Keperawatan Sejahtera. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 7(2), 77–80. <https://doi.org/10.7454/jki.v7i2.137>
- Purnamasari, E., & Laily, D. (2020). *Komunikasi Keperawatan*. IN MEDIA.
- Seluruh, L. B., Coverage, U. H., Ibu, A. K., Berkelanjutan, T. P., Goals, S. D., Berkelanjutan, T. P., Goals, S. D., Neonatal, A. K., Hidup, K., Balita, A. K., & Ibu, A. K. (n.d.). *BAB I PENDAHULUAN*. 3–6.
- Sihombing, N., Saptarini, I., Sisca Kumala Putri, D., Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat, P., & Litbang Kesehatan, B. (2017). Determinan Persalinan Sectio Caesarea Di Indonesia (Analisis Lanjut Data Riskesdas 2013). *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 8(1), 63–75. <https://doi.org/10.22435/kespro.v8i1.6641.63-75>
- Manuaba, Ida Bagus Gde, (2010), Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana, EGC. Jakarta
- Novita, Regina VT. 2011. Keperawatan Maternitas. Bandung : Kapita Selekt Sarwono, Prawiroharjo(2010) Ilmu Kebidanan Edisi 2 Revisi II. Jakarta:Yayasan Bina Pustaka
- Winkjosastro, Hanifa, 2010, Ilmu Kebidanan, Jakarta : Yayasan Bina Pustaka
- Ambarawati, E, & Wulandari, D (2008). Asuhan Kebidanan Nifas, Yogyakarta Cendekia Press
- Bobak, L. (2005). Keperawatan Maternitas, Edisi 4, Jakarta : EGC. Bobak, L. (2004). Keperawatan Maternitas, Edisi 4, Jakarta : EGC. Bobak, L. (2010). Keperawatan Maternitas, Edisi 4, Jakarta : EGC.

- Manjoer. K. Dkk. (2001). Kapita Selekta Kedokteran Jilid 1 Edisi ke 3. Jakarta : Media Aescu Lapius.Falkutas Kedokteran Universitas Indonesia
- Manuaba, I.B.G, (2004). Penuntun Kepaniteraan Klinik Obstetri dan Ginekologi. Jakarta, EGC
- Manuaba, (2009). Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita. Edisi 2. Jakarta, EGC. Manuaba, I.B.G, (2010). Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB, EGC. Jakarta.
- Mochtar, Rustam, (1998). Sinopsis Obstetri, Jakarta, EGC.
- Nuratif Huda Amin, Kusuma Hardhi. (2015). Nanda Nic Noc Jilid 3. Yogyakarta : Mediacion Jogja.
- Nursalam. (2008). Konsep Penerapan Metodologi Penelitian Dan Ilmu Keperawatan. Jakarta : Salemba Medika.
- Oswari, E. (2004). Perawatan Ibu Hamil dan Bayi. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan. Prawiroharjo, (2005). Ilmu Kebidanan. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Prawirohardjo, (2007). Ilmu Kebidanan. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono. PPNI DPP SDKI Pokja Tim, (2018). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Edisi 1 : Jakarta : DPP PPNI.
- \PPNI DPP SLKI Pokja Tim, 2018. Standar Luaran Keperawatan Indonesia Edisi 1 : Jakarta : DPP PPNI.
- PPNI DPP SIKI Pokja Tim, (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Edisi 1 : Jakarta : DPP PPNI.
- Saifuddin, (2009). Buku Maternitas Dasar, Jakarta, EGC.
- Saleha, (2009). Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas. Jakarta : Salemba Medika (hlm : 71-76) Saryono dan Pramitasari (2008). Perawatan Payudara Dilengkapi dengan DeteksiDini Terhadap Penyakit Payudara. Jogjakarta : Mitra Candikia Press.
- Suririnah. (2007). Kehamilan dan Persalinan. Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama Varney, H. (2008). Buku Ajar Asuhan Kebidanan. Edisi 4. Jakarta : EGC.
- Wiknjosastro. 2005. Ilmu Kebidanan. Jakarta : Edisi ke 3. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Winkjosastro H. (2007). Ilmu Kebidanan. Jakarta : Yayasan Buku Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.

Winkjosastro. 2010. Asuhan Persalinan Normal & Inisiasi Menyusu Dini. JNPK-KR/ POGI : Jakarta.