

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY. N  
DENGAN POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI PRE  
EKLAMPSIA DAN NY. M DENGAN POST SECTIO  
CAESAREA ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH DINI  
DI RUANG RAMBUTAN RSUD CENKARENG  
TAHUN 2022**



**Disusun Oleh**

**SITI NURLATIFAH, S.KEP**

**NPM 22.156.03.11.093**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA  
BEKASI  
2022**

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY. N  
DENGAN POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI PRE  
EKLAMPSIA DAN NY. M DENGAN POST SECTIO  
CAESAREA ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH DINI  
DI RUANG RAMBUTAN RSUD CENKARENG  
TAHUN 2022**

**KARYA ILMIAH AKHIR Ners  
DIAJUKAN SEBAGAI SALAH SATU SYARAT UNTUK  
MEMPEROLEH GELAR PROFESI NERS**



**Disusun Oleh**

**SITI NURLATIFAH, S.KEP**

**NPM 22.156.03.11.093**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA  
BEKASI  
2022**

## LEMBAR PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Siti Nurlatifah, S.Kep

NPM : 221560311093

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir dengan judul Asuhan Keperawatan pada Ny. N Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklampsi Dan Ny. M Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng 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 di Bekasi pada tanggal

16 Januari 2023

Yang menyatakan,



Siti Nurlatifah, S.Kep

## LEMBAR PERSETUJUAN

**Karya Ilmiah Akhir ini Telah Diperiksa Oleh Preseptor satu dan Preseptor  
dua Dan Disetujui Untuk Melaksanakan Seminar Hasil**

**Bekasi, 16 Januari 2023**

Menyetujui,

Penguji I



Ernauli Meliyana, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0020057201

Penguji II



Dinda Nur Fajri HB, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0301109302

Mengetahui,

Kepala Program Studi Keperawatan  
(S1 & Profesi Ners)



Kiki Deniati, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0316028302

## LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Siti Nurlatifah, S.Kep

NPM : 221560311093

Program Studi : Profesi Ners

Judul Karya Ilmiah Akhir : **ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS  
PADA NY. N DENGAN POST SECTIO CAESAREA  
ATAS INDIKASI PRE EKLAMPSIA DAN NY. M  
DENGAN POST SECTIO CAESAREA ATAS  
INDIKASI KETUBAN PECAH DINI DI RUANG  
RAMBUTAN RSUD CENGKARENG TAHUN 2022**

Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada tanggal

16 Januari 2023

PENGUJI I  

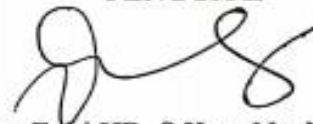

Ernauli Meliyana, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0020057201

**WK I Bidang Akademik**

Puri Kresna Wati, SST,M.KM  
NIDN. 0309049001

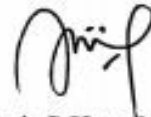
Bekasi, 16 Januari 2023

PENGUJI II



Dinda Nur Fajri HB, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0301109302

**Kepala Program Studi  
Keperawatan (SI & Profesi Ners)**



Kiki Deniati, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0316028302

**Ketua STIKes Medistra Indonesia**

Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST.,M.Kes  
NIDN. 0319017902

## KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat yang telah diberikan kepada penulis, baik berupa kesehatan fisik dan mental sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini, yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ners Program Studi Profesi pada STIKes Medistra Indonesia, Bekasi.

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

1. Usman Ompusunggu, SE., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Saver Mangandar Ompusunggu, SE., selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
3. Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M. Kes., selaku Ketua STIKes Medistra Indonesia
4. Puri Kresna Wati, SST., M.KM., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIKes Medistra Indonesia
5. Sinda Ompusunggu, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Kepegawaian STIKes Medistra Indonesia
6. Hainun Nisa, SST., M. Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni STIKes Medistra Indonesia
7. Kiki Deniati, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan S1 dan Pendidikan Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia

8. Nurti Y.K. Gea, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.A., selaku Koordinator Profesi Ners
9. Ernauli Meliyana. S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Dosen Penguji I Karya Ilmiah Akhir Ners
10. Dinda Nur Fajri HB, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Dosen Pembimbing sekaligus Dosen Penguji II Karya Ilmiah Akhir Ners
11. 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. Kedua Orang Tua tercinta yang telah memberikan banyak support baik moril maupun materi serta doa sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini
14. Rekan-rekan Pendidikan Profesi Ners yang telah memberikan banyak bantuan dan dorongan dalam bentuk apapun serta doa dan memberi support yang sama-sama berjuang menyelesaikan studi 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, 16 Januari 2023



Siti Nurlatifah, S.Kep

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	i
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR TABEL.....	v
DAFTAR BAGAN .....	vi
DAFTAR LAMPIRAN.....	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan .....	5
BAB II TINJAUAN TEORI .....	7
A. Konsep Dasar Sectio Caesarea.....	7
B. Konsep Dasar Pre Eklamsi.....	25
C. Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini .....	34
BAB III LAPORAN KASUS.....	40
A. Pengkajian .....	40
B. Diagnosa Keperawatan.....	51
C. Intervensi Keperawatan.....	52
D. Catatan Keperawatan dan Catatan Perkembangan.....	61
BAB IV HASIL PEMBAHASAN .....	98
A. Pengkajian .....	98
B. Diagnosa Keperawatan.....	101
C. Intervensi Keperawatan.....	105
D. Implementasi Keperawatan .....	108



E. Evaluasi.....	110
BAB V PENUTUP.....	114
A. Kesimpulan .....	114
B. Saran.....	117
DAFTAR PUSTAKA .....	119

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan.....	21
Tabel 3. 1 Hasil Anamnesis .....	40
Tabel 3. 2 Hasil Pemeriksaan Fisik.....	44
Tabel 3. 3 Hasil Pemeriksaan Penunjang.....	45
Tabel 3. 4 Hasil Penatalaksanaan Terapi .....	46
Tabel 3. 5 Hasil Data Fokus.....	47
Tabel 3. 6 Hasil Analisa Data .....	48
Tabel 3. 7 Diagnosa Keperawatan .....	51
Tabel 3. 8 Intervensi Keperawatan.....	52
Tabel 3. 9 Catatan Keperawatan dan Catatan Perkembangan.....	61

## **DAFTAR BAGAN**

Bagan 2. 1 Pathway.....	14
-------------------------	----

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Lembar Bimbingan Karya Ilmiah Akhir .....	123
Lampiran 2 Satuan Acara Penyuluhan dan Leaflet.....	123
Lampiran 3 Dokumentasi Sidang Karya Ilmiah Akhir Ners.....	147
Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup.....	147

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Persalinan sectio caesarea (SC) di Negara-negara berkembang salah satunya di Indonesia mengalami peningkatan. Persalinan Sectio Caesarea dilakukan tidak hanya dengan indikasi medis tetapi juga non medis. Indikasi non medis tersebut dipengaruhi oleh umur, pendidikan, pengetahuan, sosial budaya dan sosial ekonomi (Lubis, 2018). Persalinan sectio caesarea (SC) juga berdampak bagi ibu maupun janin. Resiko persalinan dengan sectio caesarea ini tiga kali risiko kematian lebih besar daripada persalinan normal (Lubis, 2018). Sectio Caesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Setiana, Herawati and Sutriyati, 2019).

Menurut RISKESDAS dalam jurnal (Ramdhanie and Yusnia, 2020) tingkat persalinan sectio caesarea di Indonesia sudah melewati batas maksimal standar WHO 5-15%. Tingkat persalinan sectio caesarea di Indonesia 15,3% sampel dari 20.591 ibu yang melahirkan dalam kurun waktu 5 tahun terakhir yang di survey dari 33 provinsi. Gambaran adanya faktor resiko ibu saat melahirkan atau di operasi caesarea adalah 13,4 % karena ketuban pecah dini, 5,49% karena Preeklampsia, 5,14% karena

Perdarahan, 4,40% Kelainan letak Janin, 4,25% karena jalan lahir tertutup, 2,3% karena rahim sobek.

Tiga penyebab utama kematian ibu dalam bidang obstetrik adalah pendarahan 45%, infeksi 15%, dan preeklampsia. Penanganan yang tidak sesuai dengan standar, sering menjadi penyebab utama yang menyebabkan peningkatan morbiditas dan mortalitas pada ibu hamil. Preeklampsia adalah kelainan pada kehamilan yang berhubungan dengan hipertensi onset baru, yang muncul pada usia 20 minggu kehamilan hingga mendekati persalinan. Namun, preeklampsia dapat terjadi pada beberapa wanita tanpa adanya proteinuria. Kriteria diagnosis untuk preeklampsia yaitu tekanan darah sistemik  $\geq 140$  mmhg atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmhg dalam dua kali pemeriksaan dengan jarak 4 jam pada ibu yang memiliki tekanan darah normal sebelumnya disertai proteinuria ( $\geq 300$  mg/24 jam atau 2+ dengan dipstik) (Wahyuni and Octiara, 2021). Preeklampsia adalah salah satu penyakit dalam kehamilan. Sebanyak 2-8% dari keseluruhan penyebab morbiditas dan mortalitas maternal dan perinatal (Andini and Novantri, 2022). Dalam penelitian yang dilakukan oleh (Wahyuni and Octiara, 2021) sebanyak 46 kasus kematian ibu disebabkan oleh preeklampsia. Keterlambatan penanganan pada pasien dapat menyebabkan perburukan kondisi ibu dan janin sehingga banyak kondisi darurat yang memaksa persalinan harus dilakukan dengan cara sectio caesarea (SC).

World Health Organization (WHO) memperkirakan setiap tahun terjadi 210 juta kehamilan di seluruh dunia. Dari jumlah ini 20 juta perempuan mengalami kesakitan sebagai akibat kehamilan, sekitar 8 juta mengalami komplikasi yang mengancam jiwa dan lebih dari 50% terjadi di negara-negara Asia Selatan dan Tenggara, termasuk Indonesia. Insidensi ketuban pecah dini berkisar antara 8 % sampai 10 % dari semua kehamilan. Pada kehamilan aterm insidensinya bervariasi antara 6% sampai 19 %, sedangkan pada kehamilan preterm insidensinya 2 % dari semua kehamilan. Insiden ketuban pecah dini adalah 2,7%-17%, bergantung pada lama periode fase laten yang digunakan untuk menegakkan diagnosis KPD (Adwia Trysna Meunasah, Elsie Anggreni, Monifa Putri, 2022).

Ketuban Pecah Dini (KPD) berhubungan dengan penyebab kejadian prematuritas dengan kejadian 30-40%, prematuritas penyebab morbiditas dan mortalitas prenatal sekitar 85%. Ketuban pecah dini (KPD) atau Premature Rupture of the Membranes (PROM) adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum terjadinya proses persalinan pada kehamilan aterm. Sedangkan Preterm Premature Rupture of the Membranes (PPROM) adalah pecahnya ketuban pada pasien dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu. Pada kehamilan aterm insidensinya bervariasi antara 6-19%, sedangkan pada kehamilan preterm insidensinya 2% dari semua kehamilan. Sekitar 85% morbiditas dan mortalitas perinatal disebabkan oleh prematuritas. Ketuban pecah dini merupakan salah satu

penyebab prematuritas dengan insidensi 30-40%. Kejadian KPD di Amerika Serikat terjadi pada 120.000 kehamilan per tahun dan berkaitan dengan risiko tinggi terhadap kesehatan dan keselamatan ibu, janin, dan neonatal. Penelitian di Indonesia mengungkapkan bahwa ibu yang mengalami KPD selama kehamilan berisiko 2.58 kali lebih tinggi untuk melahirkan prematur dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami KPD (Ida Bagus Gede Putera Brahmansa, Agus Rushdy Hariawan Hamid, 2022).

Peran perawat sebagai pelaksana adalah memberikan asuhan keperawatan untuk menjaga kesehatan ibu dan bayi serta mencegah terjadinya komplikasi pasca persalinan. Oleh sebab itu asuhan keperawatan ibu post partum dengan sectio caesare atas indikasi pre eklampsi dan ketuban pecah dini dilakukan dengan tujuan dengan keyakinan bahwa setiap orang mempunyai kemampuan untuk merawat diri sendiri sehingga membantu individu memenuhi kebutuhan hidup, memelihara kesehatan dan kesejahteraannya.

Berdasarkan permasalahan diatas maka penulis tertarik untuk mengaplikasikan Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny. N Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklampsia Dan Ny. M Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.



## **B. Tujuan**

### 1. Tujuan Umum

Mengaplikasikan Asuhan Keperawatan Maternitas Post Partum yang Komprehensif Pada Ny. N Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklampsia Dan Ny. M Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Dapat melakukan pengkajian pada Ny. N Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklampsia Dan Ny. M Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.
- b. Dapat menentukan diagnosa keperawatan maternitas pada Ny. N Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklampsia Dan Ny. M Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.
- c. Dapat membuat rencana tindakan keperawatan maternitas pada Ny. N Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklampsia Dan Ny. M Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.
- d. Dapat melakukan implementasi keperawatan maternitas pada Ny. N Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklampsia Dan

Ny. M Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.

- e. Dapat melakukan evaluasi keperawatan maternitas pada Ny. N Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklampsia Dan Ny. M Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Dasar Sectio Caesarea**

##### 1. Pengertian

Sectio caesarea merupakan tindakan mengeluarkan bayi melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus untuk menyelamatkan ibu dan bayi atas beberapa indikasi medis seperti gawat janin, persalinan lama, plasenta previa, mal presentase janin atau letak litang, panggul sempit, prolaps tali pusat dan preeklamsi (Purba *et al.*, 2021). Sectio caesarea adalah salah satu bentuk pengeluaran fetus melalui sebuah irisan pembedahan yang menembus abdomen seorang ibu (laparotomy) dan uterus (hiskotomy) untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih. Sectio caesarea adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat diatas 5000 gram, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh (Arda and Hartaty, 2021).

Sectio Caesarea (SC) merupakan tindakan pembedahan untuk melahirkan janin dengan cara membuat sayatan untuk membuka dinding perut dan dinding uterus atau suatu histerotomi untuk mengeluarkan janin yang berada di dalam rahim ibu (Juliathi, Marhaeni and Dwi Mahayati, 2021). Sectio caesarea dapat dikatakan sebagai operasi yang sederhana, dan saat bersamaan disebut juga sebagai operasi yang paling dramatis di antara operasi besar. Dinding perut diiris, secara vertikal atau horisontal, selebar lima belas

sentimeter, dinding uterus diiris, sekali lagi secara vertikal atau horisontal, dengan lebar yang hampir sama, sang bayi dan placentanya dikeluarkan, kemudian irisan itu dijahit kembali (Ratnasari *et al.*, 2019).

## 2. Etiologi

Menurut Martowirjo (2018) dalam (Agustina, 2020), etiologi dari pasien Sectio Caesarea adalah sebagai berikut :

### a. Etiologi yang berasal dari ibu

- 1) Plasenta Previa Sentralis dan Lateralis (posterior) dan totalis
- 2) Panggul sempit
- 3) Disporsi sefalo-pelvik : ketidakseimbangan antara ukuran kepala dengan panggul
- 4) Partus lama (prolonged labor)
- 5) Ruptur uteri mengancam
- 6) Partus tak maju (obstructed labor)
- 7) Distosia serviks
- 8) Pre-eklamsia dan hipertensi
- 9) Disfungsi uterus
- 10) Distosia jaringan lunak

### b. Etiologi yang berasal dari janin

- 1) Letak lintang
- 2) Letak bokong

- 3) Presentasi rangkap bila reposisi tidak berhasil
- 4) Presentasi dahi dan muka (letak defleksi) bila reposisi dengan cara-cara lain tidak berhasil
- 5) Gemeli menurut Eastma, sectio caesarea di anjurkan :
  - a) Bila janin pertama letak lintang atau presentasi bahu (Shoulder Presentation)
  - b) Bila terjadi interlok (locking of the twins)
  - c) Distosia oleh karena tumor
  - d) Gawat janin
- 6) Kelainan uterus :
  - a) Uterus arkuatus
  - b) Uterus septus
  - c) Uterus duplekus
  - d) Terdapat tumor di pelvis minor yang mengganggu masuk kepala janin ke pintu atas panggul

Sedangkan menurut Sagita (2019) dalam (Agustina, 2020), indikasi ibu dilakukan Sectio Caesarea adalah ruptur uteri iminen, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini. Sedangkan indikasi dari janin adalah fetal distress dan janin besar melebihi 4.000 gram. Dari beberapa faktor Sectio Caesarea diatas dapat diuraikan beberapa penyebab sectio sebagai berikut :

- a. CPD (Cepalo Pelvik Dispropotion) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara normal. Tulang-tulang panggul

merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara normal. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan normal sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal.

- b. PEB (Pre-Eklamsi Berat) adalah kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, preeklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting dalam ilmu kebidanan. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.
- c. KDP (Ketuban Pecah Dini) adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartus. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu.
- d. Bayi kembar, tak selamanya bayi kembar dilahirkan secara Sectio Caesarea. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

- e. Faktor hambatan jalan lahir, adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernafas.
- f. Kelainan Letak Janin
  - 1) Kelainan pada letak kepala
    - a) Letak kepala tengadah, bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB yang paling rendah. Etiologinya kelainan panggul, kepala bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati, kerusakan dasar panggul.
    - b) Presentasi muka, letak kepala tengadah (defleksi), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah ialah muka. Hal ini jarang terjadi, kira-kira 0,27-0,5 %. Presentasi dahi, posisi kepala antara fleksi dan defleksi, dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Pada penempatan dagu, biasanya dengan sendirinya akan berubah menjadi letak muka atau letak belakang kepala.
  - 2) Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala difundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. Dikenal beberapa jenis letak sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki sempurna, presentasi bokong tidak sempurna dan presentasi kaki.

### 3. Patofisiologi

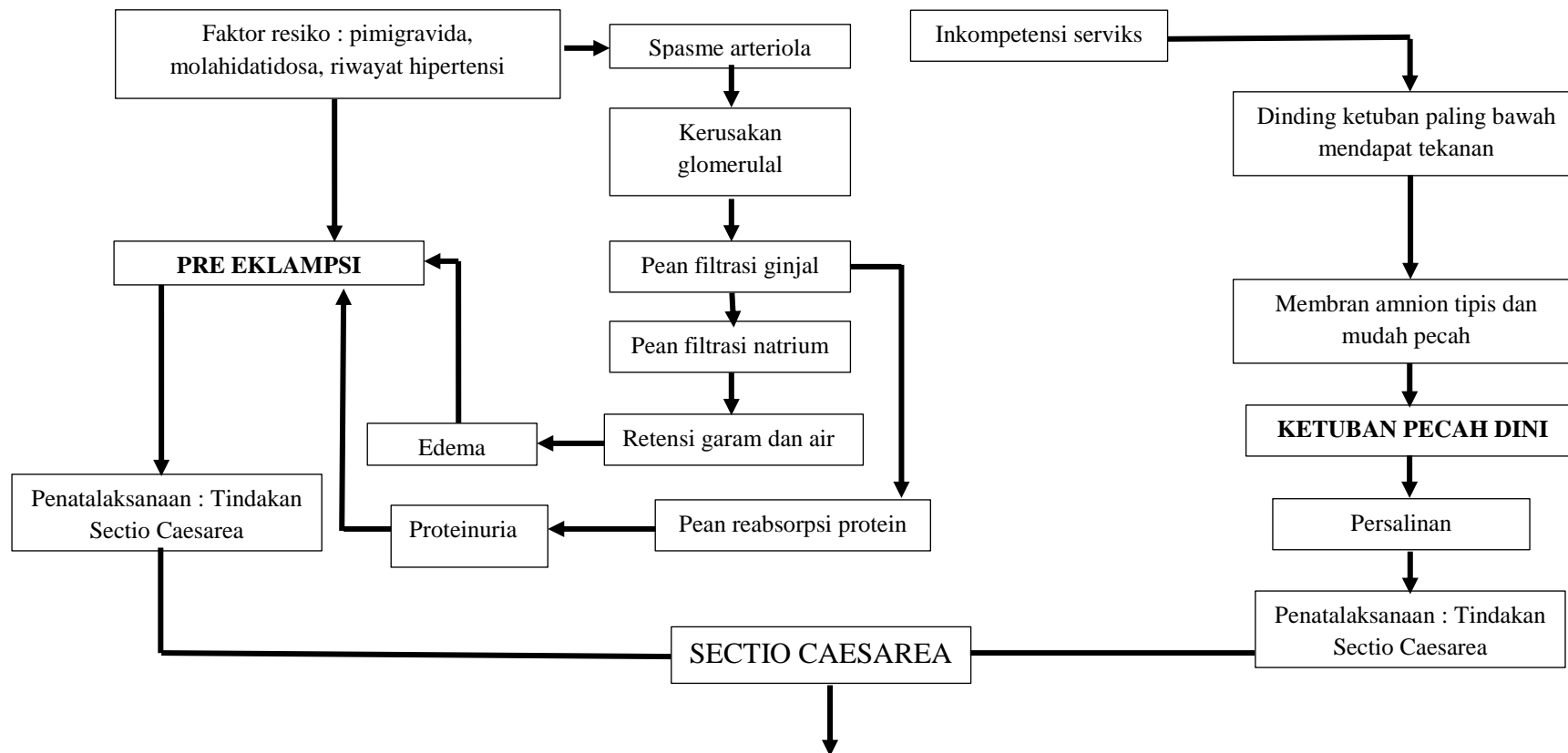
Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan, misalnya karena ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang 15 parah, pre eklampsia dan eklampsia berat, kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kemudian sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta yang lebih dikenal dengan plasenta previa, bayi kembar, kehamilan pada ibu yang berusia lanjut, persalinan yang berkepanjangan, plasenta keluar dini, ketuban pecah dan bayi belum keluar dalam 24 jam, kontraksi lemah dan sebagainya. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu Sectio Caesarea.

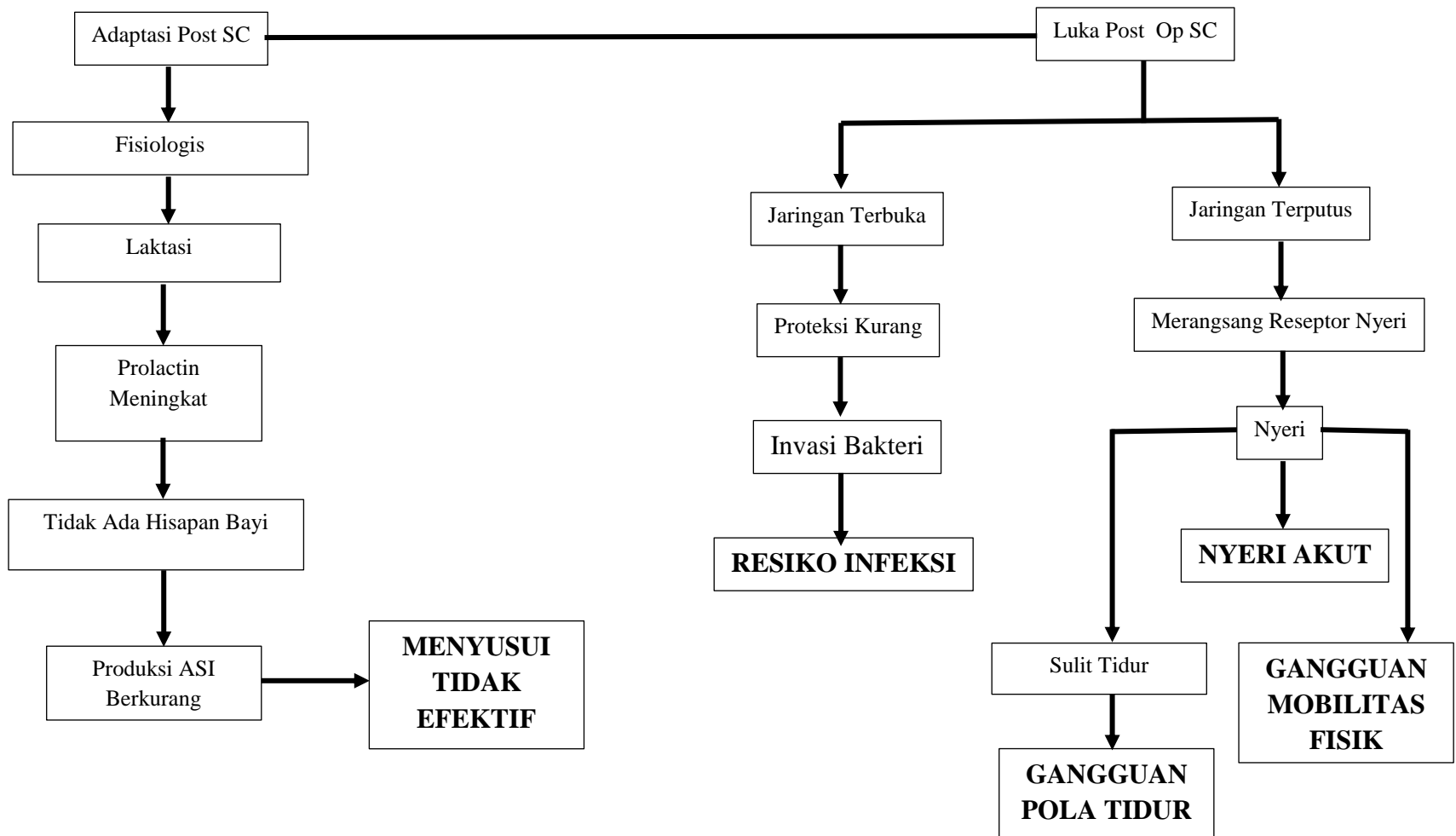
Sectio Caesarea merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gram dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Dalam proses operasi, dilakukan tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien mengalami imobilisasi. Efek anestesi juga dapat menimbulkan otot relaksasi dan menyebabkan konstipasi. Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien. Selain itu dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin



dan prostaglandin yang akan menimbulkan rangsangan pada area sensorik sehingga menyebabkan adanya rasa nyeri sehingga timbulah masalah keperawatan nyeri akut.

## 4. Pathways

Bagan 2. 1  
Pathway



## 5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada klien dengan post Sectio Caesarea antara lain :

- a. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml
- b. Terpasang kateter, urin jernih dan pucat
- c. Abdomen lunak dan tidak ada distensi
- d. Bising usus tidak ada
- e. Ketidaknyamanan untuk menghadapi situasi baru
- f. Balutan abdomen tampak sedikit noda
- g. Aliran lochia sedang dan bebas bekuan, berlebihan dan banyak

## 6. Pemeriksaan Penunjang

### a. Darah Lengkap

Kadar HB ibu nifas normal adalah 11gr%. Ibu nifas yang mengalami anemia memiliki kadar HB kurang dari 11gr%. Pada saat kelahiran dan masa nifas, jumlah leukosit mencapai puncak, yaitu antara 14.000-16.000/  $\mu$ l.

### b. Pelvi Metri

Pemeriksaan dalam dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Melalui pemeriksaan ini akan mendapatkan konjugata diagonal (jarak antara promontorium dengan simfisi bawah), untuk mendapatkan konjugata vera, maka konjugata diagonal 1,5 cm. Jika kurang, maka dikategorikan sebagai panggul sempit.

### c. USG

Salah satu manfaat USG adalah prediksi usia kehamilan dengan USG adalah yang paling akurat jika dilakukan sebelum usia kehamilan 24 minggu. Usia kehamilan tidak akurat setelah umur kehamilan > 28 minggu.

## 7. Therapi

### a. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis dan perawatan setelah dilakukan sectio caesarea yaitu :

- 1) Perdarahan dari vagina harus dipantau dengan cermat
- 2) Fundus uteri harus sering dipalpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap berkontraksi dengan kuat
- 3) Pemberian analgetik dan antibiotik
- 4) Periksa aliran darah uterus paling sedikit 30 ml/jam
- 5) Pemberian cairan intra vaskuler, 3 liter cairan biasanya memadai untuk 24 jam pertama setelah pembedahan
- 6) Ambulasi satu hari setelah pembedahan pasien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan orang lain
- 7) Perawatan luka : insisi diperiksa setiap hari, jahitan kulit (klip) diangkat pada hari ke empat setelah pembedahan.

### b. Perawatan post operasi

- 1) Perawatan awal
- 2) Letakan pasien dalam posisi pemulihan

- 3) Periksa kondisi pasien, cek tanda vital 15 menit selama 1 jam pertama, kemudian tiap 30 menit jam berikutnya. Periksa tingkat kesadaran tiap 15 menit sampai sadar
- 4) Yakinkan jalan nafas bersih dan cukup ventilasi
- 5) Tranfusi jika diperlukan
- 6) Jika tanda vital dan hematokrit turun walau diberikan transfusi, segera kembalikan ke kamar bedah kemungkinan terjadi perdarahan pasca bedah.

## 8. Komplikasi

### a. Perdarahan

Sectio caesarea merupakan pembedahan vascular dan perdarahan biasanya berkisar antara 500-1000 ml. Darah yang sudah direaksi silang harus tersedia dan infus sudah terpasang. Antisipasi perdarahan banyak dilakukan pada kasus plasenta previa atau kehamilan kembar karena mungkin terjadi gangguan retraksi uterus pada tempat insersi plasenta. Jika terjadi robekan pada insisi segmen bawah saat mengeluarkan bayi, pembuluh darah uterus yang besar mungkin ikut robek dan akan terjadi perdarahan hebat. Pasien dapat cepat masuk dalam keadaan syok. Kehilangan darah biasanya dikendalikan dengan jahitan, tetapi jika mungkin tidak dilakukan, operator mungkin perlu melakukan tindakan penyelamatan berupa pengangkatan rahim. Identifikasi serviks

tidak selalu mudah dilakukan dan karena itu histerektomi subtotal dapat dilakukan.

b. Distensi pasca operasi

Distensi gas usus umum terjadi setelah sectio caesarea, tetapi kondisi otot-otot abdomen yang longgar mengurangi rasa sakit karena distensi tersebut. Meskipun demikian, pembengkakan menjadi terlihat menjadi nyata. Bising usus mungkin menurun dan tidak ada flatus pada 24-48 jam pertama. Jika ileus yang mengancam (incipient ileus) tidak diatasi dengan cepat, penghisapan lambung dan pemberian cairan parenteral harus dimulai.

c. Infeksi peuperal (nifas)

- 1) Ringan : dengan kenaikan suhu beberapa hari saja
- 2) Sedang : dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung.
- 3) Berat : dengan peritonitis, sepsis dan ileusparalitik. Infeksi berat sering kita jumpai pada partus terlantar, sebelum timbul infeksi nifas, telah terjadi infeksi intrapartum karena ketuban yang telah pecah terlalu lama. Penanganannya adalah dengan cara pemberian cairan, elektrolit dan antibiotik yang adekuat dan tepat.

d. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung bila reperitonialisasi terlalu tinggi.

- e. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang.
- f. Komplikasi pada proses persalinan juga merupakan salah satu penyebab kematian ibu dan kematian bayi. Dampak dari masalah komplikasi pada ibu bersalin yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), infeksi, partus lama/macet, dan abortus.

#### 9. Diagnosa Keperawatan Yang Mungkin Muncul

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI, 2017), Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada kasus post sectio caesarea, yaitu :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ( prosedur operasi SC ) ( D. 0077)
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ( D. 0054)
- c. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks menghisap bayi ( D. 0029)
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ( D. 0055)
- e. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif ( D. 0142)



## 10. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dapat dilakukan dengan tujuan berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (PPNI, 2019) dan Intervensi yang dapat dilakukan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018), ialah :

Tabel 2. 1  
Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ( prosedur operasi SC ) ( D. 0077)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... Diharapkan tingkat nyeri menurun (L. 08066), dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun	<p><b>Intervensi Utama</b> <b>Manajemen Nyeri (I. 08238)</b> <b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>5. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>7. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ol> <p><b>Intervensi Pendukung</b> <b>Edukasi Teknik Napas (I.12452)</b> <b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>11. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>12. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Jelaskan tujuan dan manfaat teknik napas</li> <li>14. Jelaskan prosedur teknik napas</li> <li>15. Anjurkan memposisikan tubuh nyaman mungkin (mis. duduk, berbaring)</li> <li>16. Anjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh</li> <li>17. Ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara</li> </ol>

		<p>perlahan</p> <p>18. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan</p> <p>19. Demonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik</p>
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ( D. 0054)	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... Diharapkan mobilitas fisik meningkat (L. 05042), dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Gerakan terbatas menurun</li> </ol>	<p><b>Intervensi Utama</b>  <b>Dukungan Mobilisasi (I. 05173)</b>  <b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)</li> <li>3. Fasilitasi melakukan pergerakan</li> <li>4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>6. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>7. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol> <p><b>Intervensi Pendukung</b>  <b>Edukasi Teknik Ambulasi (I. 12450)</b>  <b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>9. Monitor kemajuan pasien dalam ambulasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Sediakan materi, media dan alat bantu jalan</li> <li>11. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>12. Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Jelaskan prosedur dan tujuan ambulasi dengan atau tanpa alat bantu</li> <li>14. Anjurkan menggunakan alas kaki yang memudahkan berjalan dan mencegah cedera</li> <li>15. Ajarkan duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur (menjuntai), atau dikursi sesuai toleransi</li> <li>16. Demonstrasikan cara ambulasi tanpa alat bantu jalan</li> </ol>
Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks menghisap bayi ( D. 0029)	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... Diharapkan status menyusui membaik (L. 03029), dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat</li> <li>6. Kemampuan ibu</li> </ol>	<p><b>Intervensi Utama</b>  <b>Edukasi Menyusui (I.12393)</b>  <b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> </ol>

	<p>memposisikan bayi dengan benar meningkat</p> <p>7. Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam meningkat</p> <p>8. Tetesan/pancaran ASI meningkat</p> <p>9. Suplai ASI adekuat meningkat</p>	<p>3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>4. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>5. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>6. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</p> <p>7. Ajarkan posisi menyusui dan perlekatan dengan benar</p> <p>8. Ajarkan perawatan payudara post partum (mis. memerah ASI, pijat payudara)</p> <p><b>Intervensi Pendukung</b> <b>Pendampingan Proses Menyusui (I.03130)</b> <b>Observasi :</b></p> <p>9. Monitor kemampuan ibu untuk menyusui</p> <p>10. Monitor kemampuan bayi menyusui</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>11. Dampingi ibu selama kegiatan menyusui berlangsung</p> <p>12. Dampingi ibu memposisikan bayi dengan benar untuk menyusui pertama kali</p> <p>13. Berikan ibu pujian, informasi dan saran terhadap perilaku positif dalam menyusui</p> <p>14. Diskusikan masalah selama menyusui (mis. nyeri, bengkak pada payudara, lecet pada puting dan mencari solusinya)</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>15. Ajarkan ibu mengenali tanda-tanda bayi siap menyusui (mis. bayi mencari puting, keluar saliva, memasukkan jari ke dalam mulutnya dan bayi menangis)</p> <p>16. Ajarkan ibu mengarahkan mulut bayi dari arah bawah ke arah puting ibu</p> <p>17. Ajarkan posisi menyusui (mis. cross cradle, cradle, foot ball dan posisi berbaring yang diikuti dengan perlekatan yang benar)</p> <p>18. Ajarkan perlekatan yang benar : perut ibu dan bayi berhadapan, tangan kaki bayi satu garis lurus, mulut bayi terbuka lebar dan dagu bayi menempel pada payudara ibu untuk menghindari lecet pada puting payudara</p> <p>19. Informasikan untuk menyusui pada satu payudara sampai bayi melepas sendiri puting ibu</p> <p>20. Informasikan ibu untuk mengosongkan payudara pada payudara yang belum disusui dengan memerah ASI</p>
<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D. 0055)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... Diharapkan pola tidur membaik (L. 05045), dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Keluhan sulit tidur menurun</p>	<p><b>Intervensi Utama</b> <b>Dukungan Tidur (I.09265)</b> <b>Observasi :</b></p> <p>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p><b>Terapeutik :</b></p>

	<p>2. Keluhan sering terjaga menurun</p> <p>3. Keluhan pola tidur berubah menurun</p> <p>4. Keluhan istirahat tidak cukup menurun</p>	<p>3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pengaturan posisi)</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>4. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur</p>
<p>Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif ( D. 0142)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... Diharapkan kontrol resiko meningkat (L. 14128), dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mengidentifikasi faktor resiko meningkat</li> <li>2. Kemampuan melakukan strategi kontrol resiko meningkat</li> <li>3. Kemampuan menghindari faktor resiko meningkat</li> </ol>	<p><b>Intervensi Utama</b>  <b>Pencegahan Infeksi (I.14539)</b>  <b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Batasi jumlah pengunjung</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> </ol> <p><b>Intervensi pendukung</b>  <b>Perawatan Luka (I. 14564)</b>  <b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Monitor karakteristik luka</li> <li>6. Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>8. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>9. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi</li> <li>10. Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>11. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>12. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> <li>13. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>14. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>15. Anjurka mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>16. Ajarka prosedur perawatan luka secara mandiri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>17. Kolaborasi pemberian antibiotik</li> </ol>

## **B. Konsep Dasar Pre Eklampsi**

### **1. Pengertian**

Preeklampsia merupakan gangguan hipertensi yang terjadi pada ibu hamil dengan usia kehamilan lebih dari 20 minggu yang ditandai dengan meningkatnya tekanan darah  $\geq 140/90$  MmHg disertai dengan edema dan proteinuria (Indrieni, 2020).

Preeklampsia merupakan kondisi spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan tingginya tekanan darah, tingginya kadar protein dalam urine serta edema. Diagnosis preeklampsia ditegakkan berdasarkan adanya hipertensi spesifik yang disebabkan kehamilan disertai dengan gangguan sistem organ lainnya pada usia kehamilan diatas 20 minggu. Preeklampsia, sebelumnya selalu didefinisikan dengan adanya hipertensi dan proteinuri yang baru terjadi pada kehamilan (new onset hypertension with proteinuria).

Meskipun kedua kriteria ini masih menjadi definisi klasik preeklampsia, beberapa wanita lain menunjukkan adanya hipertensi disertai gangguan multisistem lain yang menunjukkan adanya kondisi berat dari preeklampsia meskipun pasien tersebut tidak mengalami proteinuri. Sedangkan, untuk edema tidak lagi dipakai sebagai kriteria diagnostik karena sangat banyak ditemukan pada wanita dengan kehamilan normal (Indrieni, 2020).

## 2. Klasifikasi

Menurut (Sukarni, 2017) dalam bukunya menjelaskan hipertensi dalam kehamilan dibagi menjadi 2 golongan yaitu :

### a. Preeklampsia Ringan

Kondisi dimana terjadi peningkatan tekanan darah 140/90 MmHg atau lebih dengan posisi pengukuran tekanan darah pada ibu baik duduk maupun telentang. Protein Uria 0,3 gr/lit atau +1/+2. Edema pada ekstermitas dan muka serta diikuti kenaikan berat badan > 1 Kg/per minggu.

### b. Preeklampsia Berat

Kondisi dimana terjadi peningkatan tekanan darah 160/110 MmHg atau lebih. Protein Uria 5 gr/lit atau lebih, terdapat oliguria ( Jumlah urine kurang dari 500 cc per 2 jam) serta adanya edema pada paru serta cyanosis. Adanya gangguan serebral, gangguan visus dan rasa nyeri pada epigastrium.

## 3. Etiologi

Sampai dengan saat ini penyebab utama preeklamsia masih belum diketahui secara pasti. Beberapa ahli percaya bahwa preeklamsia diawali dengan adanya kelainan pada plasenta, yaitu organ yang berfungsi menerima suplai darah dan nutrisi bagi bayi selama masih di dalam kandungan.

Teori lain menjelaskan preeklampsia sering terjadi pada Primigravida, Kehamilan Post Matur /Post Term serta Kehamilan Ganda. Berdasarkan teori-teori tersebut preeklampsia sering juga disebut “Diseases Of Theory”. Beberapa landasan teori yang dapat dikemukakan diantaranya adalah :

a. Teori Genetik

Berdasarkan pada teori ini preeklampsia merupakan penyakit yang dapat diturunkan atau bersifat hereditas, faktor genetik menunjukkan kecenderungan meningkatnya frekuensi preeklampsia pada anak-anak dari ibu yang menderita preeklampsia, serta peran Renin-Angiotensin-Aldosterone-System (RAAS) dimana enzim renin merupakan enzim yang dihasilkan oleh ginjal dan berfungsi untuk meningkatkan tekanan darah bekerja sama dengan hormon aldosteron dan angiotensin lalu membentuk sistem.

b. Teori Immunologis

Preeklampsia sering terjadi pada kehamilan pertama dan jarang timbul pada kehamilan berikutnya. Hal ini dapat diterangkan bahwa pada kehamilan pertama pembentukan blocking antibodies terhadap antigen plasenta tidak sempurna.

c. Teori Prostaglandin & Tromboksan

Pada preeklampsia didapatkan kerusakan pada endotel vaskuler, sehingga terjadi penurunan produksi prostaglandin yang pada kehamilan normal meningkat, aktifitas penggumpalan dan

fibrinolisis, yang kemudian akan diganti trombin dan plasmin. Trombin akan mengkonsumsi antitrombin menyebabkan pelepasan tromboksan dan serotonin, sehingga terjadi vasospasme dan kerusakan endotel.

Selain Primigravida, Kehamilan Ganda serta Riwayat Preeklampsia, beberapa faktor lainnya yang bisa meningkatkan resiko preeklampsia antara lain adalah :

- 1) Malnutrisi Berat
- 2) Riwayat penyakit seperti : Diabetes Mellitus, Lupus, Hypertensi dan Penyakit Ginjal
- 3) Jarak kehamilan yang cukup jauh dari kehamilan pertama
- 4) Usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun
- 5) Obesitas
- 6) Riwayat keluarga dengan preeklampsia.

#### 4. Manifestasi Klinis

Tanda klinis utama dari preeklampsia adalah tekanan darah yang terus meningkat, peningkatan tekanan darah mencapai 140/90 mm Hg atau lebih atau sering ditemukan nilai tekanan darah yang tinggi dalam 2 kali pemeriksaan rutin yang terpisah. Selain hipertensi, tanda klinis dan gejala lainnya dari preeklampsia adalah :



- a. Tekanan darah sekurang-kurangnya 160 mmHg sistolik atau 110 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit menggunakan lengan yang sama
- b. Trombositopenia : trombosit < 100.000 / mikroliter
- c. Nyeri di daerah epigastrik / regio kanan atas abdomen
- d. Edema Paru
- e. Didapatkan gejala neurologis : stroke, nyeri kepala, gangguan visus
- f. Oligohidramnion

#### 5. Patofisiologi

Pada preeklampsia terjadi spasme pembuluh darah yang disertai dengan retensi air dan garam. Pada biopsi ginjal ditemukan spasme hebat arteriola glomerulus. Pada beberapa kasus, lumen arteriola sedemikian sempitnya sehingga nyata dilalui oleh satu sel darah merah. Jadi jika semua arteriola di dalam tubuh mengalami spasme maka tekanan darah akan naik, sebagai usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigen jaringan dapat dicukupi. Sedangkan kenaikan berat badan dan edema yang disebabkan oleh penimbunan air yang berlebihan dalam ruangan interstisial belum diketahui sebabnya, mungkin karena retensi air dan garam.

Proteinuria dapat disebabkan oleh spasme arteriola sehingga terjadi perubahan pada glomerulus. Vasookonstriksi merupakan dasar patogenesis preeklampsia yang dapat menimbulkan peningkatan total

perifer resisten dan menimbulkan hipertensi. Adanya vasokonstriksi juga akan menimbulkan hipoksia pada endotel setempat, sehingga terjadi kerusakan endotel, kebocoran arteriola disertai perdarahan mikro tempat endotel. Pada preeklampsia serum antioksidan kadarnya menurun dan plasenta menjadi sumber terjadinya peroksidase lemak. Sedangkan pada wanita hamil normal, serumnya mengandung transferin, ion tembaga dan sulfhidril yang berperan sebagai antioksidan yang cukup kuat.

Peroksidase lemak beredar dalam aliran darah melalui ikatan lipoprotein. Peroksidase lemak ini akan sampai ke semua komponen sel yang dilewati termasuk sel-sel endotel tersebut. Rusaknya sel-sel endotel tersebut akan mengakibatkan antara lain ; adhesi dan agregasi trombosit, gangguan permeabilitas lapisan endotel terhadap plasma, terlepasnya enzim lisosom, tromboksan dan serotonin sebagai akibat rusaknya trombosit. Produksi tetrasiklin terhenti, terganggunya keseimbangan prostasiklin dan tromboksan, terjadi hipoksia plasenta akibat konsumsi oksigen dan peroksidase lemak.

## 6. Komplikasi

Komplikasi yang terberat dari preeklampsia adalah kematian ibu dan janin, namun beberapa komplikasi yang dapat terjadi baik pada ibu maupun janin adalah sebagai berikut (Indrieni, 2020) :

### a. Bagi Ibu

- 1) Sindrom HELLP (Haemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count), adalah sindrom rusaknya sel darah merah, meningkatnya enzim liver, dan rendahnya jumlah trombosit.
- 2) Eklamsia, preeklamsia bisa berkembang menjadi eklamsia yang ditandai dengan kejang-kejang.
- 3) Penyakit kardiovaskular, risiko terkena penyakit yang berhubungan dengan fungsi jantung dan pembuluh darah akan meningkat jika mempunyai riwayat preeklamsia.
- 4) Kegagalan organ, preeklamsia bisa menyebabkan disfungsi beberapa organ seperti, paru, ginjal, dan hati.
- 5) Gangguan pembekuan darah, komplikasi yang timbul dapat berupa perdarahan karena kurangnya protein yang diperlukan untuk pembekuan darah, atau sebaliknya, terjadi penggumpalan darah yang menyebar karena protein tersebut terlalu aktif.
- 6) Solusio plasenta, lepasnya plasenta dari dinding rahim sebelum kelahiran dapat mengakibatkan perdarahan serius dan kerusakan plasenta, yang akan membahayakan keselamatan wanita hamil dan janin.
- 7) Stroke hemoragik, kondisi ini ditandai dengan pecahnya pembuluh darah otak akibat tingginya tekanan di dalam pembuluh tersebut. Ketika seseorang mengalami perdarahan di otak, sel-sel otak akan mengalami kerusakan karena adanya penekanan dari gumpalan darah, dan juga karena tidak

mendapatkan pasokan oksigen akibat terputusnya aliran darah, kondisi inilah yang menyebabkan kerusakan otak atau bahkan kematian.

b. Bagi Janin

- 1) Prematuritas
- 2) Kematian Janin
- 3) Terhambatnya pertumbuhan janin
- 4) Asfiksia Neonatorum.

7. Pemeriksaan Penunjang

Beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada preeklampsia adalah sebagai berikut :

a. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Pemeriksaan darah lengkap dengan hapusan darah :
  - a) Penurunan hemoglobin (nilai rujukan atau kadar normal hemoglobin untuk wanita hamil adalah 12-14 gr %)
  - b) Hematokrit meningkat ( nilai rujukan 37 – 43 vol %).
  - c) Trombosit menurun ( nilai rujukan 150 – 450 ribu/mm<sup>3</sup> )
- 2) Urinalisis  
Ditemukan protein dalam urine
- 3) Pemeriksaan Fungsi hati
  - 1) Bilirubin meningkat ( N= < 1 mg/dl )
  - 2) LDH ( laktat dehidrogenase ) meningkat

- 3) Aspartat aminomtransferase ( AST ) > 60 ul
- 4) Serum Glutamat piruvat transaminase (SGPT ) meningkat (N= 15-45 u/ml)
- 5) Serum glutamat oxaloacetic trasaminase (SGOT) meningkat (N=15-45 u/ml)
- 6) Total protein serum menurun (N= 6,7-8,7 g/dl) d. Tes kimia darah Asam urat meningkat (N= 2,4-2,7 mg/dl)

b. Radiologi

1) Ultrasonografi

Ditemukan retardasi pertumbuhan janin intra uterus. Pernafasan intrauterus lambat, aktivitas janin lambat, dan volume cairan ketuban sedikit.

2) Kardiotografi

Diketahui denyut jantung janin lemah.

8. Penatalaksanaan

Menurut (Pratiwi, 2017) penatalaksanaan pada preeklamsi adalah sebagai berikut :

- 1) Tirah Baring miring ke satu posisi
- 2) Monitor tanda-tanda vital, refleks dan DJJ
- 3) Diet tinggi kalori, tinggi protein, rendah karbohidrat lemak dan garam

- 4) Pemenuhan kebutuhan cairan : Jika jumlah urine < 30 ml/jam pemberian cairan infus Ringer Laktat 60-125 ml/jam
- 5) Pemberian obat-obatan sedative, anti hipertensi dan diuretik
- 6) Monitor keadaan janin ( Aminoscopi, Ultrasografi). Monitor tanda-tanda kelahiran persiapan kelahiran dengan induksi partus pada usia kehamilan diatas 37 minggu.

### **C. Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini**

#### **1. Pengertian**

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum ada tanda-tanda persalinan (Legawati and Riyanti, 2018). Ketuban pecah dini (KPD) atau ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. KPD bisa terjadi pada kehamilan aterm maupun preterm (Liberty Barokah, 2021). Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban secara spontan 1 jam atau lebih sebelum terjadinya persalinan (Adwia Trysna Meunasah, Elsie Anggreni, Monifa Putri, 2022).

Ketuban pecah dini atau spontaneous/early premature of the membrane (PROM) adalah pecahnya ketuban sebelum inpartu atau sebelum terdapat tanda persalinan yaitu bila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm. Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban secara spontan sebelum pembukaan 5 cm.

## 2. Etiologi

Penyebabnya masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan faktor-faktor yang berhubungan erat dengan KPD, namun faktor-faktor mana yang lebih berperan sulit diketahui. Kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi adalah:

- a. Infeksi, yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya KPD.
- b. Servik yang inkompetensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada servik uteri (akibat persalinan, curetage).
- c. Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus) misalnya trauma. Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amnosintesis menyebabkan terjadinya KPD karena biasanya disertai infeksi.
- d. Kelainan letak, misalnya sungsang, sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah.

### 3. Patofisiologi

Mekanisme terjadinya KPD dimulai dengan terjadi pembukaan premature serviks, lalu kulit ketuban mengalami devaskularisasi. Setelah kulit ketuban mengalami devaskularisasi selanjutnya kulit ketuban mengalami nekrosis sehingga jaringan ikat yang menyangga ketuban makin berkurang. Melemahnya daya tahan ketuban dipercepat dengan adanya infeksi yang mengeluarkan enzim yaitu enzim proteolitik dan kolagenase yang diikuti oleh ketuban pecah spontan.

### 4. Tanda dan Gejala

Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma air ketuban berbau, berwarna pucat, cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena uterus diproduksi sampai kelahiran mendatang. Tetapi, bila duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya “mengganjal” atau “menyumbat” kebocoran untuk sementara. Sementara itu, demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Lazuarti, 2020).

### 5. Penatalaksanaan

Menurut (Lazuarti, 2020), penatalaksanaan ketuban pecah dini, yaitu :

- a. Ketuban pecah dini pada kehamilan aterm atau preterm dengan atau tanpa komplikasi harus dirujuk ke rumah sakit.



- b. Bila janin hidup dan terdapat prolaps di tali pusat, ibu dirujuk dengan posisi panggul lebih tinggi dari badannya, bila mungkin dengan posisi bersujud.
- c. Jika perlu kepala janin didorong ke atas dengan dua jari agar tali pusat tidak tertekan kepala janin.
- d. Jika Tali pusat di vulva maka di bungkus kain hangat yang dilapisi plastik
- e. Jika ada demam atau di khawatirkan terjadi infeksi saat rujukan atau KPD lebih dari 6 jam, berikan antibiotik.
- f. Bila keluarga ibu menolak dirujuk, ibu diharuskan beristirahat dengan posisi berbaring miring, berikan antibiotik.
- g. Pada kehamilan kurang dari 32 minggu dilakukan tindakan konservatif, yaitu tirah baring dan berikan sedatif, antibiotik dan tokolisis.
- h. Pada kehamilan 33-35 minggu dilakukan terapi konservatif selama 24 jam lalu induksi persalinan.
- i. Pada kehamilan lebih 36 minggu, bila ada his, pimpin meneran dan akselerasi bila ada inersia uteri.
- j. Bila tidak ada his, lakukan tindakan induksi persalinan bila ketuban pecah kurang dari 6 jam dan skor pelvik kurang dari 5 atau ketuban pecah dini lebih dari 6 jam dan skor pelvik lebih dari 5.
- k. Bila terjadi infeksi, akhiri kehamilan. Mengakhiri kehamilan dapat dilakukan dengan 3 cara, yaitu:

### 1) Induksi

Induksi adalah proses stimulasi untuk merangsang kontraksi rahim sebelum kontraksi alami terjadi, dengan tujuan untuk mempercepat proses persalinan.

### 2) Persalinan secara normal/pervaginam

Persalinan normal adalah proses persalinan melalui kejadian secara alami dengan adanya kontraksi rahim ibu dan dilalui dengan pembukaan untuk mengeluarkan bayi.

### 3) Sectio caesarea.

Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut untuk melahirkan janin dari dalam rahim.

## 6. Komplikasi

Menurut (Ida Bagus Gede Putera Brahmansa, Agus Rushdy Hariawan Hamid, 2022) Komplikasi KPD yang kemungkinan dapat terjadi antara lain, infeksi intrauterin, tali pusat menubung, persalinan prematur, dan distosia (oleh partus kering). Adapun pengaruh ketuban pecah dini terhadap ibu dan Janin adalah :

### a. Bagi ibu

Infeksi dalam persalinan, partus lama, perdarahan pasca persalinan, meningkatkan tindakan operatif obstetri (khususnya seksio sesarea), morbiditas dan mortalitas maternal.

b. Bagi janin

Persalinan Prematur. Masalah yang dapat terjadi pada persalinan prematur diantaranya adalah sindrom gawat napas, hipotermia, masalah asupan makanan neonatus, prematuritas retinopati, perdarahan intraventrikular, necrotizing enterocolitis, gangguan otak (resiko untuk cerebral palsy), hiperbilirubinemia, anemia, dan sepsis.

## BAB III

### LAPORAN KASUS

#### A. Pengkajian

Nama Mahasiswa : Siti Nurlatifah

Ruang/RS : Ruang Rambutan, RSUD Cengkareng

Tabel 3. 1

Hasil Anamnesis Klien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklampsia Dan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022

Pengkajian	Klien 1	Klien 2
<b>Identitas Klien</b>		
Nama	Ny. N	Ny. M
Tempat/Tanggal Lahir	Jakarta, 03-10-1979	Tangerang, 17-02-2003
Umur	43 Tahun	19 Tahun
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan
Alamat	Kp. Belakang, RT/RW 002/003, Kamal Kalideres, Jakarta Barat	Jl. Taman Kota, RT/RT 16/005, Kembangan, Jakarta Barat
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Agama	Islam	Islam
Suku	Betawi	Jawa
Pendidikan	SMP	SMP
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Ibu Rumah Tangga
Tanggal Masuk RS	23-11-2022 ( 10.26 WIB )	23-11-2022 ( 13.18 WIB )
Tanggal Pengkajian	24-11-2022 ( 08.00 WIB )	24-11-2022 ( 10.00 WIB )
Diagnosa Medis	G4P3A0 hamil 38 minggu, Pre Eklamsi	G1P0A0 hamil 36 minggu, KPD >12 jam
<b>Penanggung Jawab</b>		
Nama	Tn. S	Tn. A
Umur	48 Tahun	23 Tahun
Alamat	Kp. Belakang, RT/RW 002/003, Kamal Kalideres, Jakarta Barat	Jl. Taman Kota, RT/RT 16/005, Kembangan, Jakarta Barat
Pendidikan	SMA	SMA
Pekerjaan	Buruh	Karyawan
Hubungan Dengan Klien	Suami	Suami
<b>Status Kesehatan</b>		
Alasan Kunjungan	Klien mengeluh sakit perut sejak tanggal 22 November 2022 pukul 23.00 WIB. Klien mengatakan sakit perut yang dirasakan berlanjut hingga tanggal 23	Klien mengeluh keluar air-air sejak jam 07.00 pagi pada tanggal 23 November 2022 dan keluar darah sejak hari minggu tanggal 20 November 2022.

	November 2022 dan pada tanggal yang sama pukul 04.30 WIB klien mengatakan keluar cairan bening dari vaginanya dan dibawa ke IGD ponok RSUD Cengkareng pada pukul 05.15 WIB.	
Keluhan Utama	Klien datang dari ruang OK ke ruang rambutan RSUD Cengkareng dengan post sectio caesarea atas indikasi pre eklamsi. Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan nyeri pada bagian luka bekas operasi SC, nyeri seperti disayat-sayat dan hilang timbul serta makin bertambah saat bergerak. Klien mengatakan kepalanya terasa pusing dan kakinya bengkak semenjak klien hamil.	Klien datang dari ruang Ok ke ruang rambutan RSUD Cengkareng dengan post sectio caesarea atas indikasi ketuban pecah dini lebih dari 12 jam. Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan nyeri pada bagian bekas operasi SC, klien mengatakan nyeri hilang timbul seperti disayat dan nyeri saat bergerak.
Riwayat Kesehatan Sekarang	Klien mengatakan pernah memeriksakan kehamilannya ke Puskesmas dengan tekanan darah mencapai 168/110 MmHg.	Klien mengatakan rutin memeriksakan kehamilannya setiap bulan dan klien mengatakan tidak ada masalah dalam kehamilannya
Riwayat Kesehatan Dahulu	Klien mengatakan bahwa sebelumnya mempunyai riwayat hipertensi.	Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit kronik dan akut
Genogram	<p>Keterangan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ : Laki-laki</li> <li>○ : Perempuan</li> <li>┌─┐ : Keturunan</li> <li>└─┘ : Menikah</li> <li>⊗ : Meninggal</li> <li>--- : Tinggal satu rumah</li> <li>➔ : Klien</li> </ul>	<p>Keterangan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ : Laki-laki</li> <li>○ : Perempuan</li> <li>┌─┐ : Keturunan</li> <li>└─┘ : Menikah</li> <li>⊗ : Meninggal</li> <li>--- : Tinggal satu rumah</li> <li>➔ : Klien</li> </ul>
Riwayat Kesehatan Keluarga	Klien mengatakan keluarga klien tidak ada yang menderita	Klien mengatakan keluarga klien tidak ada yang menderita penyakit

	penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes mellitus dan penyakit menular.	keturunan seperti hipertensi, diabetes mellitus dan penyakit menular.
Riwayat Obstetrik	Klien mengatakan menarche usia 12 tahun dengan siklus haid 28 hari dan lama hari haid selama 4 hari, klien mengganti pembalut dalam 24 jam sebanyak 2 kali dan tidak ada keluhan selama haid.	Klien mengatakan menarche usia 15 tahun dengan siklus haid 28 hari dan lama haid selama 7 hari, klien mengganti pembalut dalam 24 jam sebanyak 3 kali dan tidak ada keluhan selama haid.
Riwayat Perkawinan	Klien mengatakan sudah menikah dan menikah pada umur 18 tahun. Klien mengatakan 1 kali menikah dan lama pernikahannya 25 tahun.	Klien mengatakan sudah menikah dan menikah pada umur 18 tahun. Klien mengatakan 1 kali menikah dan lama pernikahannya 1,5 tahun.
Riwayat KB	Klien mengatakan pernah menggunakan KB suntik sejak anak pertama usia 1 tahun, dan tidak ada masalah yang terjadi selama menggunakan KB.	Klien mengatakan tidak memiliki riwayat KB
Riwayat Kehamilan Sekarang	Klien mengatakan HPHT tanggal 2 Maret 2022 dan HPL tanggal 9 Desember 2022. Usia kehamilan saat ini 38 minggu.	Klien mengatakan HPHT tanggal 16 Maret 2022 dan HPL tanggal 23 Desember 2022. Usia kehamilan saat ini 36 minggu
Riwayat Persalinan Lalu	Klien mengatakan anak yang pertama lahir pada tahun 1998 dengan jenis kelamin laki-laki berat 3200 gr dan jenis persalinan normal, sedangkan untuk anak yang ke dua lahir pada tahun 2002 dengan jenis kelamin perempuan berat 3300 gr dan jenis persalinan normal, dan untuk anak yang ke tiga lahir pada tahun 2004 dengan jenis kelamin laki-laki berat 3100 gr dan jenis persalinan normal.	Klien mengatakan ini adalah kehamilan/persalinan pertamanya
Riwayat Persalinan Sekarang	Klien mengatakan persalinan sekarang dilakukan secara sectio caesarea (SC) dengan bayi berjenis kelamin perempuan berat 2894 gr	Klien mengatakan persalinannya dilakukan secara sectio caesarea (SC) dengan bayi berjenis kelamin perempuan berat 2544 gr
<b>Pola Fungsi Kesehatan</b>		
Pola Aktivitas	Klien mengatakan setelah operasi susah beraktivitas, karena sakit pada daerah abdomen bekas operasi SC. Klien mengatakan nyeri terasa saat bergerak dan melakukan aktivitas	Klien mengatakan setelah operasi susah beraktivitas, karena sakit pada daerah abdomen bekas operasi SC. Klien mengatakan nyeri terasa saat bergerak dan melakukan aktivitas
Pola Eliminasi	Klien mengatakan selama dirumah BAK 5 kali/hari, warna kuning, bau pesing. Klien mengatakan selama di RS BAK 4 kali sehari. Klien mengatakan BAB 1 kali sehari, konsistensi lembek, warna kuning. Klien	Klien mengatakan selama dirumah BAK 5 kali/hari, warna kuning, bau pesing. Klien mengatakan selama di RS BAK 6 kali sehari. Klien mengatakan BAB 1 kali sehari, konsistensi lembek, warna kuning tidak mengalami

	mengatakan di RS sudah BAB 1 kali setelah operasi	konstipasi (sembelit). Klien mengatakan di RS sudah BAB 1 kali setelah operasi
Pola Istirahat dan Tidur	Klien mengatakan pekerjaannya sebagai ibu rumah tangga, klien mengatakan selama di rumah sakit waktu tidur tidak menentu dan lama tidur 4-5 jam. Klien mengatakan kesulitan tidur saat ini, sering terbangun karena nyeri operasi. Klien mengatakan sering terjaga untuk menyusui bayi. Klien mengeluh pola tidur berubah	Klien mengatakan Tidur siang 1 jam, tidur malam 4-6 jam. Klien mengatakan nyeri bekas operasi SC. Klien mengatakan kesulitan tidur saat ini, sering terbangun karena menyusui bayi
Pola Nutrisi	Klien mengatakan saat dirumah makan 3 kali dengan porsi sedang, dengan nasi lauk pauk, dan sayur. Klien mengatakan saat di RS makan dengan makanan yang disediakan di RS dengan porsi setengah piring	Klien mengatakan saat dirumah makan 3 kali dengan porsi sedang, dengan nasi lauk pauk, dan sayur. Klien mengatakan saat di RS makan dengan makanan yang disediakan di RS dengan porsi setengah piring
Pola Persepsi – Kognitif	Klien mengatakan sudah tahu bagaimana cara perawatan bayi dan cara menyusui yang baik dan benar.	Klien mengatakan belum tahu bagaimana cara perawatan bayi. Klien mengatakan tidak tahu bagaimana cara menyusui yang baik dan benar. Klien menanyakan bagaimana cara melakukan perawatan bayi dan cara menyusui yang baik dan benar. Klien masih bingung untuk menggunakan KB apa untuk kedepannya.
Pola Persepsi Diri	Klien mengatakan senang atas kelahiran bayinya, walaupun dengan proses melahirkan melalui Sectio Caesarea, klien percaya bahwa semua itu demi kebaikan dirinya dan bayinya.	Klien mengatakan senang atas kelahiran bayinya, walaupun dengan proses melahirkan melalui Sectio Caesarea, klien percaya bahwa semua itu demi kebaikan dirinya dan bayinya.
Pola Hubungan – Peran	Klien mengatakan hubungan dengan suami dan keluarganya baik-baik saja tidak ada masalah	Klien mengatakan hubungan dengan suami dan keluarganya baik-baik saja tidak ada masalah
Pola Stress – Koping	Klien mengatakan, “bila ada masalah selalu didiskusikan dan dibicarakan dengan suami”.	Klien mengatakan, “bila ada masalah selalu didiskusikan dan dibicarakan dengan suami dan kadang juga dibantu oleh orang tua untuk mencari jalan keluarnya”.
Pola Keyakinan dan Spiritual	Klien beragama islam, klien mengatakan tidak dapat melakukan ibadah sholat lima waktu seperti biasanya dikarenakan masih dalam masa nifas	Klien beragama islam, klien mengatakan tidak dapat melakukan ibadah sholat lima waktu seperti biasanya dikarenakan masih dalam masa nifas

Tabel 3. 2  
 Hasil Pemeriksaan Fisik Klien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklampsia  
 Dan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Rambutan  
 RSUD Cengkareng Tahun 2022

<b>Pemeriksaan Fisik Umum</b>		
<b>Keadaan Umum</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
Tingkat Kesadaran	Composmentis GCS : E4M6V5 = 15	Composmentis GCS : E4M6V5 = 15
Tekanan Darah	153/91 mmHg	137/80 mmHg
Nadi	80 x/menit	80 x/menit
Suhu	36°C	36°C
Pernafasan	20 x/menit	20 x/menit
<b>Pemeriksaan Fisik Head To Toe</b>		
Kepala dan rambut	Kepala Normocephal, rambut pasien panjang berwarna hitam tampak ada sedikit uban, sedikit berminyak dan berbau lepek, tampak sedikit berketombe, tidak teraba adanya benjolan, lesi dan luka.	Kepala Normocephal, rambut pasien panjang berwarna hitam tampak sedikit berminyak dan berbau lepek, tidak ada ketombe, tidak teraba adanya benjolan, lesi dan luka.
Mata	Mata tampak simetris kiri dan kanan, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, mata bersih, pasien tampak tidak menggunakan alat bantu penglihatan.	Mata tampak simetris kiri dan kanan, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, ketajaman penglihatan normal, pasien tampak tidak menggunakan alat bantu penglihatan.
Hidung	Hidung tampak simetris, tidak tampak adanya secret, sinus dan polip. Fungsi penciuman baik dan tidak terpasang oksigen.	Hidung tampak simetris, tidak tampak adanya secret, sinus dan polip. Fungsi penciuman baik dan tidak terpasang oksigen.
Telinga	Telinga simetris kiri dan kanan, tidak ada serumen, tidak ditemukan peradangan, fungsi pendengaran.	Telinga simetris kiri dan kanan, tidak ada serumen, tidak ditemukan peradangan, fungsi pendengaran.
Mulut dan gigi	Bibir dan mukosa mulut tampak kering, tidak ada peradangan pada mulut, pasien tidak memakai gigi palsu, gigi utuh tidak ada yang berlubang, gigi pasien tampak kurang bersih dan berbau, tidak ada stomatitis, tidak ada carries gigi, fungsi pengecap normal.	Bibir dan mukosa mulut tampak kering, tidak ada peradangan pada mulut, pasien tidak memakai gigi palsu, gigi utuh tidak ada yang berlubang, gigi pasien tampak kurang bersih dan berbau, tidak ada stomatitis, tidak ada carries gigi, fungsi pengecap normal.
Leher	Tidak teraba pembesaran kelenjar getah bening dan kelenjar thyroid, fungsi menelan baik	Tidak teraba pembesaran kelenjar getah bening dan kelenjar thyroid, fungsi menelan baik
Payudara dan ketiak	Bentuk payudara simetris kiri dan kanan, warna sekitar areola hitam kecoklatan (Hyperpigmentasi), puting susu tampak menonjol, payudara terasa keras, produksi ASI yang dihasilkan banyak dan	Bentuk payudara simetris kiri dan kanan, warna sekitar areola hitam kecoklatan (Hyperpigmentasi), puting susu tampak menonjol, payudara terasa lembek, produksi ASI yang dihasilkan sedikit dan



	saat ditekan ada keluar colostrum.	saat ditekan ada keluar colostrum.
Abdomen	Bentuk abdomen simteris, warna kulit disekitar pusat berwarna coklat, terdapat striae gravidarum, terdapat luka operasi Sectio Caesaria dengan jenis memanjang horizontal tertutup perban dengan ukuran panjang sekitar 10 cm, lebar 1-2 cm. TFU 2 jari dibawah pusat	Bentuk abdomen simteris, warna kulit disekitar pusat berwarna coklat, terdapat striae gravidarum, terdapat luka operasi Sectio Caesaria dengan jenis memanjang horizontal tertutup perban dengan ukuran panjang sekitar 10 cm, lebar 1-2 cm. TFU 2 jari dibawah pusat
Genetalia dan anus	Terpasang Dower Catheter dengan produksi urine 1025 cc dan klien memakai pembalut. Lochea Rubra produksi 50 cc, warna merah kehitaman, bau amis, konsistensi encer. Perineumn utuh tidak ada jahitan/robekan.	Terpasang Dower Catheter dengan produksi urine 1500 cc dan klien memakai pembalut. Lochea Rubra produksi 150 cc, warna merah kehitaman, bau amis, konsistensi encer. Perineumn utuh tidak ada jahitan/robekan.
Integument	Keadaan turgor kulit baik, tidak ada lesi, kulit tampak berkering, kaki tampak edema, tidak ada nyeri tekan, warna kulit sawo matang.	Keadaan turgor kulit baik, tidak ada lesi, kaki tidak tampak edema, tidak ada nyeri tekan, warna kulit sawo matang.
Ektremitas	Ektremitas atas terpasang terpasang infus RL 20 tpm ditangan kanan sejak dipindahkan di ruang OK, teraba hangat tidak ada edema, capillary refill <2 detik. Ektremitas bawah teraba hangat, tidak ada edema.	Ektremitas atas terpasang terpasang infus RL 20 tpm ditangan kiri sejak dipindahkan di ruang OK, teraba hangat tidak ada edema, capillary refill <2 detik. Ektremitas bawah teraba hangat, tidak ada edema.

Tabel 3. 3

Hasil Pemeriksaan Penunjang Klien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklampsia Dan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022

Pemeriksaan Penunjang	Klien 1	Klien 2
Laboratorium	<p><b>Pemeriksaan Hema 1 (Hb + Ht + Leko + Trombosit) tanggal 23-11-2022</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Hemoglobin</b> : 11.6 g/dl dari nilai normal 11.7 – 15.5 g/dl</li> <li>- <b>Hematokrit</b> : 33 % dari nilai normal 35 – 47 %</li> <li>- <b>Leukosit</b> : 16.6 10<sup>3</sup>/uL dari nilai normal 3.6 – 11.0 10<sup>3</sup>/uL</li> <li>- <b>Trombosit</b> : 249 10<sup>3</sup>/uL dari nilai normal 154 – 386 10<sup>3</sup>/uL</li> </ul> <p><b>Pemeriksaan Urine Lengkap tanggal 23-11-2022</b></p>	<p><b>Pemeriksaan Hema 1 (Hb + Ht + Leko + Trombosit) tanggal 23-11-2022</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Hemoglobin</b> : 11.9 g/dl dari nilai normal 11.7 – 15.5 g/dl</li> <li>- <b>Hematokrit</b> : 34 % dari nilai normal 35 – 47 %</li> <li>- <b>Leukosit</b> : 11.5 10<sup>3</sup>/uL dari nilai normal 3.6 – 11.0 10<sup>3</sup>/uL</li> <li>- <b>Trombosit</b> : 160 10<sup>3</sup>/uL dari nilai normal 154 – 386 10<sup>3</sup>/uL</li> </ul> <p><b>Pemeriksaan Hema 1 (Hb + Ht + Leko + Trombosit) tanggal 24-</b></p>

	<p><b>Makroskopik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Warna</b> : kuning tua</li> <li>- <b>Kejernihan</b> : agak keruh</li> <li>- <b>Berat jenis</b> : 1.025 dari nilai normal 1.005-1.030</li> <li>- <b>PH</b> : 0.0 dari nilai normal 5.0 – 8.0</li> </ul> <p><b>Kimia Urine</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Glukosa</b> : Negatif</li> <li>2. <b>Bilirubin</b> : +</li> <li>3. <b>Keton</b> : Negatif</li> <li>4. <b>Darah</b> : +</li> <li>5. <b>Protein</b> : +</li> <li>6. <b>Urobilinogen</b> : 2.0 dari nilai normal 0.1 – 1.0</li> <li>7. <b>Nitrit</b> : Negatif</li> <li>8. <b>Leukosit esterase</b> : ++</li> </ol>	<p><b>11-2022</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Hemoglobin</b> : 12.5 g/dl dari nilai normal 11.7 – 15.5 g/dl</li> <li>- <b>Hematokrit</b> : 36 % dari nilai normal 35 – 47 %</li> <li>- <b>Leukosit</b> : 19.7 10<sup>3</sup>/uL dari nilai normal 3.6 – 11.0 10<sup>3</sup>/uL</li> <li>- <b>Trombosit</b> : 180 10<sup>3</sup>/uL dari nilai normal 154 – 386 10<sup>3</sup>/uL</li> </ul>
--	--	---

Tabel 3. 4  
 Hasil Penatalaksanaan Terapi Klien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklampsia Dan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022

Klien 1	Klien 2
<p><b>Obat yang diperoleh klien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cefadroxil 3 x 500 mg</li> <li>2. Asamefenamat 3 x 500 mg</li> <li>3. Injeksi cefotaxime 3 x 500 mg</li> <li>4. Amlodipin 5 mg</li> <li>5. Remopain 3 x 1mg</li> <li>6. Infus RL 500 ml 20 tetes/menit dalam 24 jam</li> </ol>	<p><b>Obat yang pasien peroleh :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asamefenamat 3 x 500 mg</li> <li>2. Injeksi cefotaxime 3 x 500 mg</li> <li>3. Kalnex 3 x1mg</li> <li>4. Remopain 3 x 1 mg</li> <li>5. Infus RL 500 ml 20 tetes/menit dalam 24 jam</li> </ol>

Tabel 3. 5  
 Hasil Data Fokus Klien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklampsia Dan  
 Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Rambutan  
 RSUD Cengkareng Tahun 2022

<b>Data Fokus</b>	
<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
<p><b>Data Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi.</li> <li>2. PQRST               <ul style="list-style-type: none"> <li>- P = Operasi SC</li> <li>- Q = Seperti disayat-sayat</li> <li>- R = Abdomen bagian bawah</li> <li>- S = Skala 6</li> <li>- T = Saat bergerak</li> </ul> </li> <li>3. Klien mengatakan setelah operasi susah beraktivitas, karena sakit pada daerah abdomen bekas operasi SC.</li> <li>4. Klien mengatakan khawatir luka bekas operasinya infeksi</li> <li>5. Klien mengatakan nyeri terasa saat bergerak dan melakukan aktivitas</li> <li>6. Klien mengatakan aktivitas di bantu oleh perawat dan keluarga.</li> <li>7. klien mengatakan selama di rumah sakit waktu tidur tidak menentu dan lama tidur 4-5 jam.</li> <li>8. Klien mengatakan sulit tidur</li> <li>9. Klien mengatakan kesulitan tidur saat ini, sering terbangun karena nyeri operasi.</li> <li>10. Klien mengatakan sering terjaga untuk menyusui bayi.</li> <li>11. Klien mengeluh pola tidur berubah.</li> </ol> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak meringis</li> <li>2. Terdapat luka bekas post operasi SC dibagian abdomen</li> <li>3. Tampak luka tertutup kassa dan tidak ada rembesan</li> <li>4. Ketika kassa dibuka tampak luka bekas operasi SC masih basah</li> <li>5. Terdapat lochea rubra, bau amis</li> <li>6. Tidak ada tanda REEDA</li> <li>7. Klien tampak berhati-hati ketika bergerak</li> <li>8. Klien tampak gelisah</li> <li>9. Klien tampak lemah</li> <li>10. Klien tampak susah mengangkat ekstremitasnya</li> <li>11. Klien tampak terpasang infus</li> <li>12. Klien tampak terpsang dower chateter</li> <li>13. Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat</li> <li>14. Klien tampak mengantuk</li> </ol>	<p><b>Data Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi.</li> <li>2. PQRST               <ul style="list-style-type: none"> <li>- P = Operasi SC</li> <li>- Q = Seperti disayat-sayat</li> <li>- R = Abdomen bagian bawah</li> <li>- S = Skala 5</li> <li>- T = Saat bergerak</li> </ul> </li> <li>3. Klien mengatakan setelah operasi susah beraktivitas, karena nyeri pada daerah abdomen bekas operasi SC.</li> <li>4. Klien mengatakan takut infeksi pada bagain bekasi operasinya</li> <li>5. Klien mengatakan nyeri terasa saat bergerak dan melakukan aktivitas</li> <li>6. Klien mengatakan aktivitas di bantu oleh perawat dan keluarga.</li> <li>7. Klien mengatakan ASInya sedikit.</li> <li>8. Klien mengatakan ASI di berikan dengan cara di pompa.</li> <li>9. Klien mengatakan tidur siang 1 jam, tidur malam 4-6 jam.</li> <li>10. Klien mengatakan sulit tidur</li> <li>11. Klien mengatakan kesulitan tidur saat ini, sering terbangun karena nyeri operasi.</li> <li>12. Klien mengatakan sering terjaga untuk menyusui bayi.</li> <li>13. Klien mengeluh pola tidur berubah.</li> </ol> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak meringis</li> <li>2. Terdapat luka bekas post operasi SC dibagian abdomen</li> <li>3. Tampak luka tertutup kassa dan tidak ada rembesan</li> <li>4. Tampak luka bekas operasi SC masih basah</li> <li>5. Terdapat lochea rubra, bau amis</li> <li>6. Tidak ada tanda REEDA</li> <li>7. Klien tampak berhati-hati ketika bergerak</li> <li>8. Klien tampak gelisah</li> <li>9. Klien tampak lemah</li> <li>10. Klien tampak susah mengangkat ekstremitasnya</li> <li>11. Klien tampak terpasang infus</li> <li>12. Klien tampak terpsang dower chateter</li> <li>13. Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat</li> </ol>

15. Klien terlihat kurang tidur 16. Pemeriksaan TTV : - TD 153/91 mmHg - N 80 x/menit - RR 20 x/menit - S 36°C 17. Hasil Laboratorium - Leukosit 16.6 10 <sup>3</sup> /U1	14. ASI di berikan dengan cara di pompa 15. ASI yang di keluarkan tampak sedikit 16. Payudara saat di tekan keluar colostrum 17. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu 18. Bayi menghisap tidak terus menerus 19. Klien tampak mengantuk 20. Klien terlihat kurang tidur 21. Pemeriksaan TTV : - TD 137/80 mmHg - N 80 x/menit - RR 20 x/menit - S 36°C 22. Hasil Laboratorium - Leukosit 19.7 10 <sup>3</sup> /uL
--	--

Tabel 3. 6  
Hasil Analisa Data Klien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklampsia Dan  
Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Rambutan  
RSUD Cengkareng Tahun 2022

No	Data Fokus	Masalah	Etiologi
<b>Klien 1</b>			
1	<b>Data Subjektif</b> 1. Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi. 2. PQRST - P = Operasi SC - Q = Seperti disayat-sayat - R = Abdomen bagian bawah - S = Skala 6 - T = Saat bergerak 3. Klien mengatakan sulit tidur  <b>Data Objektif</b> 1. Klien tampak meringis 2. Klien tampak berhati-hati ketika bergerak 3. Klien tampak gelisah 4. Pemeriksaan TTV - TD 153/91 mmHg - N 80 x/menit - RR 20 x/menit - S 36°C 5. Klien terlihat kurang tidur	Nyeri Akut (D. 0077)	Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi Sectio Caesarea)
2	<b>Data Subjektif</b> 1. Klien mengatakan setelah operasi susah beraktivitas, karena sakit pada daerah abdomen bekas operasi SC. 2. Klien mengatakan nyeri terasa saat bergerak dan melakukan aktivitas 3. Klien mengatakan aktivitas di bantu	Gangguan Mobilitas Fisik (D. 0054)	Nyeri

	<p>oleh perawat dan keluarga</p> <p><b>Data Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak susah mengangkat ekstremitasnya</li> <li>2. Klien tampak terpasang infus</li> <li>3. Klien tampak terpasang dower chateter</li> <li>4. Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat</li> </ol>		
3	<p><b>Data Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan selama di rumah sakit waktu tidur tidak menentu dan lama tidur 4-5 jam.</li> <li>2. Klien mengatakan kesulitan tidur saat ini, sering terbangun karena nyeri operasi.</li> <li>3. Klien mengatakan sering terjaga untuk menyusui bayi</li> <li>4. Klien mengatakan pola tidur berubah</li> </ol> <p><b>Data Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. klien tampak mengantuk</li> <li>2. klien terlihat kurang tidur</li> </ol>	Gangguan Pola Tidur (D. 0055)	Kurang Kontrol Tidur
4	<p><b>Data Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan khawatir luka bekas operasinya infeksi</li> <li>2. Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi</li> </ol> <p><b>Data Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat luka bekas post operasi SC dibagian abdomen</li> <li>2. Tampak luka tertutup kassa dan tidak ada rembesan</li> <li>3. Ketika kassa dibuka tampak luka bekas operasi SC masih basah</li> <li>4. Terdapat lochea rubra, bau amis</li> <li>5. Tidak ada tanda REEDA</li> <li>6. Hasil Lab Leukosit <math>16.6 \cdot 10^3/uL</math></li> </ol>	Resiko Infeksi (D. 0142)	Efek Prosedur Invasif
<b>Klien 2</b>			
1	<p><b>Data Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi.</li> <li>2. PQRST <ul style="list-style-type: none"> <li>- P = Operasi SC</li> <li>- Q = Seperti disayat-sayat</li> <li>- R = Abdomen bagian bawah</li> <li>- S = Skala 5</li> <li>- T = Saat bergerak</li> </ul> </li> <li>3. Klien mengatakan sulit tidur</li> </ol> <p><b>Data Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak meringis</li> </ol>	Nyeri Akut (D. 0077)	Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi Sectio Caesarea)

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Klien tampak berhati-hati ketika bergerak</li> <li>3. Klien tampak gelisah</li> <li>4. Pemeriksaan TTV <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD 137/80 mmHg</li> <li>- N 80 x/menit</li> <li>- RR 20 x/menit</li> <li>- S 36°C</li> </ul> </li> <li>5. Klien terlihat kurang tidur</li> </ol>		
2	<p><b>Data Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan setelah operasi susah beraktivitas, karena sakit pada daerah abdomen bekas operasi SC.</li> <li>2. Klien mengatakan nyeri terasa saat bergerak dan melakukan aktivitas</li> <li>3. Klien mengatakan aktivitas di bantu oleh perawat dan keluarga</li> </ol> <p><b>Data Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak susah mengangkat ekstremitasnya</li> <li>2. Klien tampak terpasang infus</li> <li>3. Klien tampak terpasang dower chateter</li> <li>4. Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat</li> </ol>	Gangguan Mobilitas Fisik (D. 0054)	Nyeri
3	<p><b>Data Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan ASInya sedikit.</li> <li>2. Klien mengatakan ASI di berikan dengan cara di pompa.</li> </ol> <p><b>Data Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ASI diberikan dengan cara di pompa</li> <li>2. ASI yang dikeluarkan tampak sedikit</li> <li>3. Payudara saat ditekan keluar colostrum</li> <li>4. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu</li> <li>5. Bayi menghisap tidak terus menerus</li> </ol>	Menyusui Tidak Efektif (D. 0029)	Ketidakadekuatan Suplai ASI
4	<p><b>Data Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan selama di rumah sakit waktu tidur tidak menentu dan lama tidur 4-6 jam.</li> <li>2. Klien mengatakan kesulitan tidur saat ini, sering terbangun karena nyeri operasi.</li> <li>3. Klien mengatakan sering terjaga untuk menyusui bayi</li> <li>4. Klien mengatakan pola tidur berubah</li> </ol> <p><b>Data Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak mengantuk</li> <li>2. Klien terlihat kurang tidur</li> </ol>	Gangguan Pola Tidur (D. 0055)	Kurang Kontrol Tidur

5	<p><b>Data Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan takut infeksi pada bagian bekas operasinya</li> <li>2. Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi</li> </ol> <p><b>Data Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat luka bekas post operasi SC dibagian abdomen</li> <li>2. Tampak luka tertutup kassa dan tidak ada rembesan</li> <li>3. Tampak luka bekas operasi SC masih basah</li> <li>4. Terdapat lochea rubra, bau amis</li> <li>5. Tidak ada tanda REEDA</li> <li>6. Hasil Lab Leukosit <math>19.7 \times 10^3/\mu\text{L}</math></li> </ol>	Resiko Infeksi (D. 0142)	Efek Prosedur Invasif
---	--	-----------------------------	-----------------------

## B. Diagnosa Keperawatan

Tabel 3. 7

Diagnosa Keperawatan Klien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklampsia Dan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022

<b>Diagnosa Keperawatan</b>			
No	Klien 1	No	Klien 2
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur Operasi Sectio Caesarea) (D. 0077)	1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur Operasi Sectio Caesarea) (D. 0077)
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D. 0054)	2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D. 0054)
3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D. 0055)	3	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan Ketidakadekuatan Suplai ASI (D. 0029)
4	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D. 0142)	4	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D. 0055)
		5	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D. 0142)

### C. Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 8  
Intervensi Keperawatan Klien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklampsia Dan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022

Diagnosa Keperawatan			
No	Diagnosa keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
<b>Klien 1</b>			
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur Operasi Sectio Caesarea) (D. 0077)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan <b>tingkat nyeri menurun (L. 08066)</b> , dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun	<p><b>Intervensi Utama</b> <b>Manajemen Nyeri (L. 08238)</b> <b>Observasi :</b> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri <b>Terapeutik :</b> 4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 5. Fasilitasi istirahat dan tidur <b>Edukasi :</b> 6. Jelaskan strategi meredakan nyeri 7. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <b>Kolaborasi :</b> 8. Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p><b>Intervensi Pendukung</b> <b>Edukasi Teknik Napas (L.12452)</b> <b>Observasi :</b> 9. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <b>Terapeutik :</b> 10.Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 11.Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p>



			<p>12. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>13. Jelaskan tujuan dan manfaat teknik napas</p> <p>14. Jelaskan prosedur teknik napas</p> <p>15. Anjurkan memposisikan tubuh nyaman mungkin (mis. duduk, berbaring)</p> <p>16. Anjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh</p> <p>17. Ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan</p> <p>18. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan</p> <p>19. Demonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik</p>
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D. 0054)	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x24 jam, diharapkan <b>mobilitas fisik meningkat (L. 05042)</b>, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Gerakan terbatas menurun</li> </ol>	<p><b>Intervensi Utama</b></p> <p><b>Dukungan Mobilisasi (I. 05173)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)</li> <li>3. Fasilitasi melakukan pergerakan</li> <li>4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>6. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>7. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol> <p><b>Intervensi Pendukung</b></p> <p><b>Edukasi Teknik Ambulasi (I. 12450)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ol>

			<p>9. Monitor kemajuan pasien dalam ambulasi</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>10.Sediakan materi, media dan alat bantu jalan</p> <p>11.Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>12.Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>13.Jelaskan prosedur dan tujuan ambulasi dengan atau tanpa alat bantu</p> <p>14.Anjurkan menggunakan alas kaki yang memudahkan berjalan dan mencegah cedera</p> <p>15.Ajarkan duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur (menjuntai), atau dikursi sesuai toleransi</p> <p>16.Demonstrasikan cara ambulasi tanpa alat bantu jalan</p>
3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D. 0055)	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan <b>pola tidur membaik (L. 05045)</b>, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>2. Keluhan sering terjaga menurun</li> <li>3. Keluhan pola tidur berubah menurun</li> <li>4. Keluhan istirahat tidak cukup menurun</li> </ol>	<p><b>Intervensi Utama</b></p> <p><b>Dukungan Tidur (I.09265)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pengaturan posisi)</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur</li> </ol>
4	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D. 0142)	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan <b>kontrol resiko meningkat (L. 14128)</b>, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mengidentifikasi faktor resiko meningkat</li> <li>2. Kemampuan melakukan strategi kontrol resiko meningkat</li> <li>3. Kemampuan menghindari faktor resiko meningkat</li> </ol>	<p><b>Intervensi Utama</b></p> <p><b>Pencegahan Infeksi (I.14539)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Batasi jumlah pengunjung</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> </ol>

			<p><b>Intervensi pendukung</b>  <b>Perawatan Luka (I. 14564)</b>  <b>Observasi :</b>  5. Monitor karakteristik luka  6. Monitor tanda-tanda infeksi  <b>Terapeutik :</b>  7. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan  8. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan  9. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi  10. Pasang balutan sesuai jenis luka  11. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka  12. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase  13. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien  <b>Edukasi :</b>  14. Jelaskan tanda dan gejala infeksi  15. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein  16. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri  <b>Kolaborasi :</b>  17. Kolaborasi pemberian antibiotik</p>
<b>Klien 2</b>			
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur Operasi Sectio Caesarea) (D. 0077)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan <b>tingkat nyeri menurun (L. 08066)</b> , dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun	<p><b>Intervensi Utama</b>  <b>Manajemen Nyeri (I. 08238)</b>  <b>Observasi :</b>  1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri  2. Identifikasi skala nyeri  3. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri  <b>Terapeutik :</b>  4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri  5. Fasilitasi istirahat dan tidur  <b>Edukasi :</b></p>

			<p>6. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>7. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>8. Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p><b>Intervensi Pendukung</b></p> <p><b>Edukasi Teknik Napas (I.12452)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>9. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>10. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>11. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>12. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>13. Jelaskan tujuan dan manfaat teknik napas</p> <p>14. Jelaskan prosedur teknik napas</p> <p>15. Anjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin (mis. duduk, berbaring)</p> <p>16. Anjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh</p> <p>17. Ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan</p> <p>18. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan</p> <p>19. Demonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik</p>
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D. 0054)	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x24 jam, diharapkan <b>mobilitas fisik meningkat (L. 05042)</b>, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Gerakan terbatas menurun</li> </ol>	<p><b>Intervensi Utama</b></p> <p><b>Dukungan Mobilisasi (I. 05173)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)</li> <li>3. Fasilitasi melakukan pergerakan</li> <li>4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam</li> </ol>

			<p>meningkatkan pergerakan</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>6. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>7. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol> <p><b>Intervensi Pendukung</b>  <b>Edukasi Teknik Ambulasi (I. 12450)</b>  <b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>9. Monitor kemajuan pasien dalam ambulasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Sediakan materi, media dan alat bantu jalan</li> <li>11. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>12. Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Jelaskan prosedur dan tujuan ambulasi dengan atau tanpa alat bantu</li> <li>14. Anjurkan menggunakan alas kaki yang memudahkan berjalan dan mencegah cedera</li> <li>15. Ajarkan duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur (menjuntai), atau dikursi sesuai toleransi</li> <li>16. Demonstrasikan cara ambulasi tanpa alat bantu jalan</li> </ol>
3	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan Ketidakadekuatan Suplai ASI (D. 0029)	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan <b>status menyusui membaik (L. 03029)</b>, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat</li> <li>2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat</li> <li>3. Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam</li> </ol>	<p><b>Intervensi Utama</b>  <b>Edukasi Menyusui (I.12393)</b>  <b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>4. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>5. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</li> </ol>

		<p>meningkat</p> <p>4. Tetesan/pancaran ASI meningkat</p> <p>5. Suplai ASI adekuat meningkat</p>	<p><b>Edukasi :</b></p> <p>6. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</p> <p>7. Ajarkan posisi menyusui dan perlekatan dengan benar</p> <p>8. Ajarkan perawatan payudara post partum (mis. memerah ASI, pijat payudara)</p> <p><b>Intervensi Pendukung</b></p> <p><b>Pendampingan Proses Menyusui (I.03130)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>9. Monitor kemampuan ibu untuk menyusui</p> <p>10. Monitor kemampuan bayi menyusu</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>11. Dampingi ibu selama kegiatan menyusui berlangsung</p> <p>12. Dampingi ibu memposisikan bayi dengan benar untuk menyusu pertama kali</p> <p>13. Berikan ibu pujian, informasi dan saran terhadap perilaku positif dalam menyusui</p> <p>14. Diskusikan masalah selama menyusui (mis. nyeri, bengkak pada payudara, lecet pada puting dan mencari solusinya)</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>15. Ajarkan ibu mengenali tanda-tanda bayi siap menyusu (mis. bayi mencari puting, keluar saliva, memasukan jari ke dalam mulutnya dan bayi menangis)</p> <p>16. Ajarkan ibu mengarahkan mulut bayi dari arah bawah ke arah puting ibu</p> <p>17. Ajarkan posisi menyusui (mis. cross cradle, cradle, foot ball dan posisi berbaring yang diikuti dengan perlekatan yang benar)</p> <p>18. Ajarkan perlekatan yang benar : perut ibu dan bayii berhadapan, tangan kaki bayi satu garis lurus, mulut bayi terbuka lebar dan dagu bayi menempel pada payudara ibu untuk menghindari lecet pada puting payudara</p> <p>19. Informasikan untuk menyusui pada satu payudara sampai bayi melepaskan sendiri puting ibu</p>
--	--	--	---

			20. Informasikan ibu untuk mengosongkan payudara pada payudara yang belum disusui dengan memerah ASI
4	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D. 0055)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan <b>pola tidur membaik (L. 05045)</b> , dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>2. Keluhan sering terjaga menurun</li> <li>3. Keluhan pola tidur berubah menurun</li> <li>4. Keluhan istirahat tidak cukup menurun</li> </ol>	<b>Intervensi Utama</b> <b>Dukungan Tidur (I.09265)</b> <b>Observasi :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur</li> </ol> <b>Terapeutik :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pengaturan posisi)</li> </ol> <b>Edukasi :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur</li> </ol>
5	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D. 0142)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan <b>kontrol resiko meningkat (L. 14128)</b> , dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mengidentifikasi faktor resiko meningkat</li> <li>2. Kemampuan melakukan strategi kontrol resiko meningkat</li> <li>3. Kemampuan menghindari faktor resiko meningkat</li> </ol>	<b>Intervensi Utama</b> <b>Pencegahan Infeksi (I.14539)</b> <b>Observasi :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol> <b>Terapeutik :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Batasi jumlah pengunjung</li> </ol> <b>Edukasi :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> </ol> <b>Intervensi pendukung</b> <b>Perawatan Luka (I. 14564)</b> <b>Observasi :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Monitor karakteristik luka</li> <li>6. Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> <b>Terapeutik :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>8. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>9. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi</li> </ol>


			<p>10.Pasang balutan sesuai jenis luka 11.Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 12.Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 13.Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p><b>Edukasi :</b> 14.Jelaskan tanda dan gejala infeksi 15.Anjurka mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 16.Ajarka prosedur perawatan luka secara mandiri</p> <p><b>Kolaborasi :</b> 17.Kolaborasi pemberian antibiotik</p>
--	--	--	---




### D. Catatan Keperawatan dan Catatan Perkembangan


Tabel 3. 9


Catatan Keperawatan dan Catatan Perkembangan Klien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklampsia Dan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022

Klien 1				
Catatan Keperawatan dan Catatan Perkembangan Hari 1				
Waktu Pelaksanaan	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
24 November 2022	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur Operasi Sectio Caesarea) (D. 0077)	<p><b>Manajemen Nyeri (I. 08238)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri S : Klien mengatakan nyeri pada bagian bekas operasi SC O : Klien tampak meringis</li> <li>Mengidentifikasi skala nyeri S : Klien mengatakan skala nyeri 6</li> <li>Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri S : Klien mengatakan nyeri terasa saat bergerak O : Klien tampak berhati-hati ketika bergerak</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri O : Memberikan teknik relaksasi napas dalam</li> <li>Memfasilitasi istirahat dan tidur S : Klien mengatakan sulit tidur O : Klien Terlihat kurang tidur</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menjelaskan strategi meredakan nyeri</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi SC, nyeri seperti disayat-sayat, nyeri saat bergerak, skala nyeri 6</li> <li>Klien mengatakan sulit tidur karena nyeri</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak meringis</li> <li>Klien tampak berhati-hati ketika bergerak</li> <li>Klien tampak gelisah</li> <li>Klien terlihat kurang tidur</li> <li>Klien diajarkan teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>Pemberian analgetik asamefenamat 3 x 500 mg</li> <li>TTV TD 153/91 mmHg N 80 x/menit RR 20 x/menit S 36°C</li> </ul> <p><b>Assesment</b> Nyeri akut belum teratasi</p>	


		<p>O : Menjelaskan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>7. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>O : Klien diajarkan teknik relaksasi napas dalam</p> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>8. Berkolaborasi pemberian analgetik</p> <p>O : Pemberian analgetik asamefenamat 3 x 500 mg</p> <p><b>Edukasi Teknik Napas (I.12452)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>9. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>S : Klien mengatakan belum siap menerima informasi</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>10. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>O : Menyediakan leaflet</p> <p>11. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>S : Klien mengatakan siap menerima penkes dihari berikutnya</p> <p>12. Memberikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>O : Diberikan kesempatan untuk bertanya</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>13. Menjelaskan tujuan dan manfaat teknik napas</p> <p>O : Dijelaskan tujuan dan manfaat teknik napas</p> <p>14. Menganjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin (mis. duduk, berbaring)</p> <p>O : Klien dianjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin</p>	<p><b>Planning</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	--	--

24 November 2022	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D. 0054)	<p><b>Dukungan Mobilisasi (I. 05173)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya S : Klien mengatakan setelah operasi susah beraktivitas, karena sakit pada daerah abdomen bekas operasi SC O : Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) O : Difasilitasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)</li> <li>Memfasilitasi melakukan pergerakan O : Klien tampak berbaring ditempat tidur</li> <li>Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan O : Aktivitas tampak dibantu keluarga dan perawat</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi O : Dijelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>Menganjurkan melakukan mobilisasi dini O : Klien tampak belum bisa melakukan mobilisasi dini</li> <li>Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) O : Klien tampak belum bisa melakukan mobilisasi</li> </ol> <p><b>Edukasi Teknik Ambulasi (I. 12450)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan setelah operasi susah beraktivitas, karena sakit pada daerah abdomen bekas operasi SC</li> <li>Klien mengatakan nyeri saat bergerak dan melakukan aktivitas</li> <li>Klien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak susah mengangkat ekstremitasnya</li> <li>Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat</li> <li>Klien diajarkan teknik ambulasi</li> </ul> <p><b>Assesment</b> Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p><b>Planning</b> Intervensi dilanjutkan</p>	

		<p>8. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi S : Klien mengatakan belum siap menerima informasi</p> <p>9. Memonitor kemajaman pasien dalam ambulasi O : klien tampak masih berbaring ditempat tidur</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>10.Menyediakan materi, media dan alat bantu jalan O : Menyediakan leaflet</p> <p>11.Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan S : Klien mengatakan siap menerima informasi dihari berikutnya</p> <p>12.Memberi kesempatan pada keluarga untuk bertanya O : klien diberi kesempatan untuk bertanya</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>13.Menjelaskan prosedur dan tujuan ambulasi dengan atau tanpa alat bantu O : Dijelaskan prosedur dan tujuan ambulasi</p>		
24 November 2022	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D. 0055)	<p><b>Dukungan Tidur (I.09265)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur S : Klien mengatakan sulit tidur saat ini, sering terbangun karena nyeri operasi dan sering terjaga untuk menyusui bayi O : Klien terlihat kurang tidur</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur S : Klien mengatakan nyeri pada bagian abdomen bekas operasi SC</p> <p><b>Terapeutik :</b></p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan selama dirumah sakit waktu tidur tidak menentu dan lama tidur 4-5 jam</li> <li>- Klien mengatakan kesulitan tidur saat ini, sering terbangun karena nyeri operasi</li> <li>- Klien mengatakan sering terjaga untuk menyusui bayi</li> <li>- Klien mengatakan pola tidur berubah</li> </ul>	
			<p><b>Objektif</b></p>	


		<p>3. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pengaturan posisi) O : Klien dianjurkan memposisikan tubuh nyaman mungkin</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>4. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit O : Dijelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>5. Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur O : Klien tampak belum bisa menerima Informasi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien dianjurkan memposisikan tubuh nyaman mungkin</li> <li>- Dijelaskan pentingnya tidur yang cukup</li> <li>- Klien terlihat kurang tidur</li> <li>- Klien tampak belum bisa menerima informasi</li> </ul> <p><b>Assesment</b> Gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p><b>Planning</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
24 November 2022	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D. 0142)	<p><b>Pencegahan Infeksi (I.14539)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik S : Klien mengatakan khawatir luka bekas operasinya infeksi O : Terdapat luka bekas post operasi SC</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>2. Membatasi jumlah pengunjung O : Jumlah pengunjung dibatasi</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi O : Dijelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi O : Diajarkan cara memeriksa kondisi luka bekas operasi</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan khawatir luka bekas operasinya infeksi</li> <li>- Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi</li> </ul> <p><b>Obejktif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka bekas post operasi SC dibagian abdomen</li> <li>- Tampak luka tertutup kassa dan tidak ada rembesan</li> <li>- Ketika kassa dibuka tampak luka bekas operasi SC masih basah</li> <li>- Terdapat lochea rubra, bau amis</li> <li>- Tidak ada tanda REEDA</li> <li>- Klien dijelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Klien dianjurkan makan makanan tinggi kalori dan protein</li> </ul>	

	<p><b>Perawatan Luka (I. 14564)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>5. Memonitor karakteristik luka  S : Klien mengatakan nyeri pada bagian bekas Operasi  O : Tampak luka tertutup kassa dan tidak ada rembesan</p> <p>6. Memonitor tanda-tanda infeksi  S : Klien mengatakan nyeri pada bagian abdomen bekas operasi SC  O : Tidan ada tanda-tanda REEDA</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>7. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan  O : Balutan dan plester dilepaskan secara perlahan</p> <p>8. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan  O : Luka dibersihkan dengan cairan NaCl</p> <p>9. Memberikan salep yang sesuai ke kulit/lesi  O : Diberikan salep</p> <p>10. Memasang balutan sesuai jenis luka  O : Balutan dipasang sesuai jenis luka</p> <p>11. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka  O : Gunakan prinsip steril saat membersihkan luka</p> <p>12. Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase  O : Balutan diganti sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <p>13. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien  O : Dianjukan mengubah posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi klien</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>14. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p>	<p>- Diberikan antibiotik cefadroxil 3 x 500 mg</p> <p><b>Assesment</b>  Resiko infeksi belum teratasi</p> <p><b>Planning</b>  Intervensi dilanjutkan</p>	
--	---	---	--


		<p>O : Dijelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>15.Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>O : Dianjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>16.Berkolaborasi pemberian antibiotik</p> <p>O : Diberikan antibiotik cefadroxil 3 x 500 mg</p>		
<b>Catatan Keperawatan dan Catatan Perkembangan Hari 2</b>				
25 November 2022	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur Operasi Sectio Caesarea) (D. 0077)	<p><b>Manajemen Nyeri (I. 08238)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>S : Klien mengatakan nyeri berkurang pada bagian bekas operasi SC</p> <p>O : Klien masih tampak meringis</p> <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>S : Klien mengatakan skala nyeri 4</p> <p>3. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>S : Klien mengatakan nyeri terasa saat bergerak</p> <p>O : Klien tampak berhati-hati ketika bergerak</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>O : Klien tampak sudah bisa melakukan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>5. Memfasilitasi istirahat dan tidur</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri berkurang pada luka bekas operasi SC, nyeri saat bergerak, skala nyeri 4</li> <li>- Klien mengatakan masih sulit tidur karena nyeri</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien masih tampak meringis</li> <li>- Klien masih terlihat kurang tidur</li> <li>- Klien tampak berhati-hati ketika bergerak</li> <li>- Klien masih tampak gelisah</li> <li>- Klien diajarkan teknik relaksasi napas dalam</li> <li>- Pemberian analgetik asamefenamat 3 x 500 mg</li> <li>- TTV</li> <li>TD 150/70 mmHg</li> <li>N 82 x/menit</li> <li>RR 20 x/menit</li> <li>S 36°C</li> </ul>	


	<p>S : Klien mengatakan masih sulit tidur</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>6. Menjelaskan strategi meredakan nyeri O : Klien tampak bisa melakukan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>7. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri O : Klien tampak bisa melakukan teknik relaksasi napas dalam</p> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>8. Berkolaborasi pemberian analgetik O : Pemberian analgetik asamefenamat 3 x 500 mg</p> <p><b>Edukasi Teknik Napas (I.12452)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>9. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi S : Klien mengatakan siap menerima informasi</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>10. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan O : Klien diberikan leaflet</p> <p>11. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan S : Klien mengatakan siap menerima penkes</p> <p>12. Memberikan kesempatan untuk bertanya O : Diberikan kesempatan untuk bertanya</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>13. Menjelaskan tujuan dan manfaat teknik napas O : Dijelaskan tujuan dan manfaat teknik napas</p> <p>14. Menjelaskan prosedur teknik napas O : Dijelaskan prosedur teknik napas</p> <p>15. Menganjurkan memposisikan tubuh nyaman mungkin (mis. duduk, berbaring)</p>	<p><b>Assesment</b> Nyeri akut belum teratasi</p> <p><b>Planning</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
--	---	---	--




		<p>O : Klien dianjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin</p> <p>16.Menganjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh O : Klien dianjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh</p> <p>17.Mengajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan O : Klien tampak melakukan inspirasi</p> <p>18.Mengajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan O : Klien tampak melakukan ekspirasi</p> <p>19.Mendemonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik O : Klien mendemonstrasikan tarik napas dalam</p>		
25 November 2022	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D. 0054)	<p><b>Dukungan Mobilisasi (I. 05173)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya S : Klien mengatakan sudah bisa beraktivitas meskipun masih dibantu oleh keluarga O : Aktivitas klien tampak masih dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>2. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) O : Difasilitasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)</p> <p>3. Memfasilitasi melakukan pergerakan O : Klien tampak sudah bisa duduk ditempat tidur</p> <p>4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah bisa beraktivitas meskipun masih dibantu oleh keluarga</li> <li>- Klien mengatakan nyeri berkurang saat bergerak dan melakukan aktivitas</li> <li>- Klien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak sudah bisa mengangkat ekstremitasnya</li> <li>- Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat</li> <li>- Klien diajarkan teknik ambulasi</li> </ul> <p><b>Assesment</b></p>	


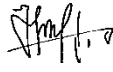
		<p>meningkatkan pergerakan O : Aktivitas tampak dibantu keluarga dan perawat</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>5. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi O : Dijelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>6. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini O : Dianjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>7. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) O : Klien tampak sudah bisa duduk ditempat tidur</p> <p><b>Edukasi Teknik Ambulasi (I. 12450)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>8. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi S : Klien mengatakan siap menerima informasi</p> <p>9. Memonitor kemajuan pasien dalam ambulasi O : klien tampak sudah bisa duduk ditempat tidur</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>10. Menyediakan materi, media dan alat bantu jalan O : Klien diberikan leaflet</p> <p>11. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan S : Klien mengatakan siap menerima penkes</p> <p>12. Memberi kesempatan pada keluarga untuk bertanya O : klien diberi kesempatan untuk bertanya</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>13. Menjelaskan prosedur dan tujuan ambulasi dengan atau tanpa alat bantu O : Dijelaskan prosedur dan tujuan ambulasi</p> <p>14. Menganjurkan menggunakan alas kaki yang memudahkan berjalan dan mencegah cedera</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p><b>Planning</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	---	--	--

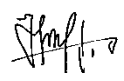
		<p>O : Klien tampak memakai alas kaki</p> <p>15.Mengajarkan duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur (menjantai), atau dikursi sesuai toleransi</p> <p>O : Klien tampak sudah bisa duduk ditempat tidur</p> <p>16.Mendemonstrasikan cara ambulasi tanpa alat bantu jalan</p> <p>O : Klien tampak bisa mendemonstrasikan cara ambulasi tanpa alat bantu jalan meskipun hanya sebentar</p>		
25 November 2022	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D. 0055)	<p><b>Dukungan Tidur (I.09265)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>S : Klien mengatakan sulit tidur sering terbangun karena nyeri operasi dan sering terjaga untuk menyusui bayi</p> <p>O : Klien masih terlihat kurang tidur</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>S : Klien mengatakan nyeri berkurang pada bagian Abdomen bekas operasi SC</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>3. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pengaturan posisi)</p> <p>O : Klien dianjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>4. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>O : Dijelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>5. Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur</p> <p>O : Klien tampak bisa menerima Informasi</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan selama dirumah sakit waktu tidur tidak menentu dan lama tidur 4-5 jam</li> <li>- Klien mengatakan kesulitan tidur saat ini, sering terbangun karena nyeri operasi</li> <li>- Klien mengatakan sering terjaga untuk menyusui bayi</li> <li>- Klien mengatakan pola tidur berubah</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien masih terlihat kurang tidur</li> <li>- Klien dianjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin</li> <li>- Dijelaskan pentingnya tidur yang cukup</li> <li>- Klien tampak bisa menerima informasi</li> </ul> <p><b>Assesment</b></p> <p>Gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p><b>Planning</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	

25 November 2022	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D. 0142)	<p><b>Pencegahan Infeksi (I.14539)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik S : Klien mengatakan khawatir luka bekas operasinya infeksi O : terdapat luka bekas operasi SC</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Membatasi jumlah pengunjung O : Jumlah pengunjung dibatasi</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi O : Dijelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>4. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi O : Diajarkan cara memeriksa kondisi luka bekas operasi</li> </ol> <p><b>Perawatan Luka (I. 14564)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Memonitor karakteristik luka S : Klien mengatakan nyeri berkurang pada bagian bekas operasi</li> <li>6. Memonitor tanda-tanda infeksi S : Klien mengatakan nyeri berkurang pada bagian Abdomen bekas operasi SC O : Tidak ada tanda kemerahan pada luka operasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan O : Balutan dan plester dilepaskan secara perlahan</li> <li>8. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan khawatir luka bekas operasinya infeksi</li> <li>- Klien mengatakan nyeri berkurang pada luka bekas operasi</li> </ul> <p><b>Obejktif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka bekas post ooperasi SC dibagian abdomen</li> <li>- Tampak luka tertutup kassa dan tidak ada rembesan</li> <li>- Ketika kassa dibuka tampak luka bekas operasi masih basah</li> <li>- Tidak ada tanda-tanda REEDA</li> <li>- Klien dianjurkan makan makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>- Diberikan antibiotik cefadroxil 3 x 500 mg</li> </ul> <p><b>Assesment</b> Resiko infeksi belum teratasi</p> <p><b>Planning</b> Intervensi dilanjutkan</p>	

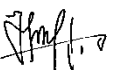
		<p>O : Luka dibersihkan dengan cairan NaCl</p> <p>9. Memberikan salep yang sesuai ke kulit/lesi O : Diberikan salep</p> <p>10. Memasang balutan sesuai jenis luka O : Balutan dipasang sesuai jenis luka</p> <p>11. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka O : Gunakan prinsip steril saat membersihkan luka</p> <p>12. Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase O : Balutan diganti sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <p>13. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien O : Dianjurkan mengubah posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi klien</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>14. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi O : Dijelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>15. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein O : Klien tampak mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein yang sudah disediakan RS</p> <p>16. Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri O : Dianjurkan cara merawat luka secara mandiri</p> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>17. Berkolaborasi pemberian antibiotik O : Diberikan antibiotik cefadroxil 3 x 500 mg</p>		
--	--	---	--	--

Catatan Keperawatan dan Catatan Perkembangan Hari 3				
26 November 2022	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur Operasi Sectio Caesarea) (D. 0077)	<p><b>Manajemen Nyeri (I. 08238)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri S : Klien mengatakan masih ada keluhan nyeri O : Klien masih tampak meringis</li> <li>Mengidentifikasi skala nyeri S : Klien mengatakan skala nyeri 3</li> <li>Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri S : Klien mengatakan saat bergerak masih terasa nyeri O : Klien masih tampak berhati-hati ketika bergerak</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memfasilitasi istirahat dan tidur S : Klien mengetakan pola tidur mulai terkontrol O : Klien terlihat tidak mengantuk</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Berkolaborasi pemberian analgetik O : Pemberian analgetik asamefenamat 3 x 500 mg</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih ada keluhan nyeri</li> <li>- Klien mengatakan tidur mulai terkontrol</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien masih tampak meringis</li> <li>- Klien terlihat tidak mengantuk</li> <li>- Klien tampak berhati-hati ketika bergerak</li> <li>- Klien masih tampak gelisah</li> <li>- Pemberian analgetik asamefenamat 3 x 500 mg</li> <li>- TTV TD 120/86 mmHg N 79 x/menit RR 20 x/menit S 36°C</li> </ul> <p><b>Assesment</b> Nyeri akut belum teratasi</p> <p><b>Planning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh klien</li> <li>- Klien direncanakan pulang dan kontrol ke RS sesuai dengan yang telah ditentukan</li> </ul>	
26 November 2022	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.	<p><b>Dukungan Mobilisasi (I. 05173)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas</li> <li>- Klien mengatakan ke kamar mandi sendiri</li> </ul>	


	0054)	<p>S : Klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas, ke kamar mandi sendiri dan berjalan tanpa dibantu keluarga</p> <p>O : Aktivitas klien tampak sudah tidak dibantu keluarga</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>2. Memfasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>O : Klien tampak sudah bisa ke kamar mandi sendiri, duduk di tempat tidur dan pindah ke kursi</p>	<p>dan berjalan tanpa dibantu keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah bisa duduk ditempat tidur dan pindah ke kursi</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivitas klien tampak sudah tidak dibantu oleh keluarga</li> </ul> <p><b>Assesment</b></p> <p>Gangguan mobilitas fisik teratasi</p> <p><b>Planning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi dihentikan</li> <li>- Klien direncanakan pulang dan kontrol ke RS sesuai dengan yang telah ditentukan</li> </ul>	
26 November 2022	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D. 0055)	<p><b>Dukungan Tidur (I.09265)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>S : Klien mengatakan pola tidur mulai terkontrol dan terbangun jika menyusui bayi</p> <p>O : Klien terlihat tidak mengantuk</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>S : Klien mengatakan masih ada keluhan nyeri</p> <p>O : Klien masih tampak meringis</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>3. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pengaturan posisi)</p> <p>O : Klien dianjurkan memposisikan tubuh nyaman mungkin</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan pola tidur mulai terkontrol</li> <li>- Klien mengatakan sering terbangun jika menyusui bayi</li> <li>- Klien mengatakan masih ada keluhan nyeri</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih ada keluhan nyeri</li> <li>- Klien terlihat tidak mengantuk</li> <li>- Klien dianjurkan memposisikan tubuh nyaman mungkin</li> </ul> <p><b>Assesment</b></p> <p>Gangguan pola tidur belum teratasi</p>	


			<p><b>Planning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh klien</li> <li>- Klien direncanakan pulang dan kontrol ke RS sesuai dengan yang telah ditentukan</li> </ul>	
26 November 2022	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D. 0142)	<p><b>Pencegahan Infeksi (I.14539)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik S : Klien mengatakan khawatir luka bekas operasinya infeksi O : Tidak ada tanda kemerahan pada luka bekas operasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Membatasi jumlah pengunjung O : Jumlah pengunjung dibatasi</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi O : klien sudah bisa memeriksa kondisi luka bekas operasi</li> </ol> <p><b>Perawatan Luka (I. 14564)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Memonitor karakteristik luka O : Tampak luka tertutup kassa dan tidak ada rembesan</li> <li>5. Memonitor tanda-tanda infeksi S : Klien mengatakan tidak gatal pada daerah bekas Operasi O : Tidak ada kemerahan pada luka operasi</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan khawatir luka bekas operasinya infeksi</li> <li>- Klien mengatakan tidak gatal pada daerah bekas operasi</li> </ul> <p><b>Obejktif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka bekas post operasi SC dibagian abdomen</li> <li>- Tampak luka tertutup kassa dan tidak ada rembesan</li> <li>- Ketika kassa dibuka tampak luka bekas operasi SC masih basah</li> <li>- Tidak ada tanda-tanda REEDA</li> <li>- Klien dianjurkan makan makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>- Diberikan antibiotik cefadroxil 3 x 500 mg</li> </ul> <p><b>Assesment</b></p> <p>Resiko infeksi belum teratasi</p> <p><b>Planning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh klien</li> <li>- Klien direncanakan pulang dan kontrol ke</li> </ul>	



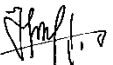
		<p><b>Edukasi :</b></p> <p>6. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein S : Klien mengatakan mengonsumsi makanan yang disediakan RS selama dirawat</p> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>7. Berkolaborasi pemberian antibiotik O : Diberikan antibiotik cefadroxil 3 x 500 mg</p>	RS sesuai dengan yang telah ditentukan	
<b>Klien 2</b>				
<b>Catatan Keperawatan dan Catatan Perkembangan Hari 1</b>				
24 November 2022	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur Operasi Sectio Caesarea) (D. 0077)	<p><b>Manajemen Nyeri (I. 08238)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri S : Klien mengatakan nyeri pada bagian bekas operasi SC O : Klien tampak meringis</p> <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri S : Klien mengatakan skala nyeri 5</p> <p>3. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri S : Klien mengatakan nyeri terasa saat bergerak O : Klien tampak berhati-hati ketika bergerak</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri O : Memberikan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>5. Memfasilitasi istirahat dan tidur S : Klien mengatakan sulit tidur O : Klien Terlihat kurang tidur</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>6. Menjelaskan strategi meredakan nyeri</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi SC, nyeri seperti disayat-sayat, nyeri saat bergerak, skala nyeri 5</li> <li>- Klien mengatakan sulit tidur karena nyeri bekas operasi SC</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak meringis</li> <li>- Klien tampak berhati-hati ketika bergerak</li> <li>- Klien tampak gelisah</li> <li>- Klien terlihat kurang tidur</li> <li>- Klien diajarkan teknik relaksasi napas dalam</li> <li>- Pemberian analgetik asamefenamat 3 x 500 mg</li> <li>- TTV TD 137/80 mmHg N 80 x/menit RR 20 x/menit S 36°C</li> </ul> <p><b>Assesment</b></p> <p>Nyeri akut belum teratasi</p>	


		<p>O : Menjelaskan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>7. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>O : Klien diajarkan teknik relaksasi napas dalam</p> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>8. Berkolaborasi pemberian analgetik</p> <p>O : Pemberian analgetik asamefenamat 3 x 500 mg</p> <p><b>Edukasi Teknik Napas (I.12452)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>9. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>S : Klien mengatakan belum siap menerima informasi</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>10. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>O : Menyediakan leaflet</p> <p>11. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>S : Klien mengatakan siap menerima penkes dihari berikutnya</p> <p>12. Memberikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>O : Diberikan kesempatan untuk bertanya</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>13. Menjelaskan tujuan dan manfaat teknik napas</p> <p>O : Dijelaskan tujuan dan manfaat teknik napas</p> <p>14. Menganjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin (mis. duduk, berbaring)</p> <p>O : Klien dianjurkan memposisikan tubuh senyaman Mungkin</p>	<p><b>Planning</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	--	--

<p>24 November 2022</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D. 0054)</p>	<p><b>Dukungan Mobilisasi (I. 05173)</b>  <b>Observasi :</b>  1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya  S : Klien mengatakan setelah operasi susah beraktivitas, karena sakit pada daerah abdomen bekas operasi SC  O : Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat  <b>Terapeutik :</b>  2. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)  O : Difasilitasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)  3. Memfasilitasi melakukan pergerakan  O : Klien tampak berbaring ditempat tidur  4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan  O : Aktivitas tampak dibantu keluarga dan perawat  <b>Edukasi :</b>  5. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi  O : Dijelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi  6. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini  O : Klien tampak belum bisa melakukan mobilisasi dini  7. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)  O : Klien tampak belum bisa melakukan mobilisasi  <b>Edukasi Teknik Ambulasi (I. 12450)</b>  <b>Observasi :</b>  8. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p>	<p><b>Subjektif</b>  - Klien mengatakan setelah operasi susah beraktivitas, karena sakit pada daerah abdomen bekas operasi SC  - Klien mengatakan nyeri saat bergerak dan melakukan aktivitas  - Klien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat  <b>Objektif</b>  - Klien tampak susah mengangkat ekstremitasnya  - Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat  - Klien diajarkan teknik ambulasi  <b>Assesment</b>  Gangguan mobilitas fisik belum teratasi  <b>Planning</b>  Intervensi dilanjutkan</p>	
---------------------------------	--	---	---	---

		<p>S : Klien mengatakan belum siap menerima informasi</p> <p>9. Memonitor kemajasan pasien dalam ambulasi O : klien tampak masih berbaring ditempat tidur</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>10.Menyediakan materi, media dan alat bantu jalan O : Menyediakan leaflet</p> <p>11.Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan S : Klien mengatakan siap menerima penkes dihari berikutnya</p> <p>12.Memberi kesempatan pada keluarga untuk bertanya O : klien diberi kesempatan untuk bertanya</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>13.Menjelaskan prosedur dan tujuan ambulasi dengan atau tanpa alat bantu O : Dijelaskan prosedur dan tujuan ambulasi</p>		
24 November 2022	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan Ketidakadekuatan Refleks menghisap bayi (D. 0029)	<p><b>Edukasi Menyusui (I.12393)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi S : Klien mengatakan belum siap menerima informasi</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>2. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan O : Menyediakan leaflet</p> <p>3. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan S : Klien mengatakan siap menerima penkes pada hari berikutnya</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan ASInya sedikit</li> <li>- Klien mengatakan ASI di berikan dengan cara di pompa.</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ASI diberikan dengan cara di pompa</li> <li>- ASI yang dikeluarkan tampak sedikit</li> <li>- Payudara saat ditekan keluar colostrum</li> <li>- Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu</li> <li>- Bayi menghisap tidak terus menerus</li> </ul> <p><b>Assesment</b> Menyusui tidak efektif belum teratasi</p>	

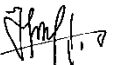
		<p>4. Memberikan kesempatan untuk bertanya O : Klien diberikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>5. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui O : Ibu diberi dukungan untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</p> <p><b>Pendampingan Proses Menyusui (I.03130)</b> <b>Observasi :</b></p> <p>6. Memonitor kemampuan ibu untuk menyusui S : Klien mengatakan ASI nya keluar sedikit O : ASI yang dikeluarkan tampak sedikit</p> <p>7. Memonitor kemampuan bayi menyusui O : Bayi menghisap tidak terus menerus</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>8. Mendampingi ibu selama kegiatan menyusui berlangsung O : Suami tampak mendampingi klien</p> <p>9. Mendampingi ibu memposisikan bayi dengan benar untuk menyusui pertama kali O : Klien didampingi untuk memposisikan bayi dengan benar pada saat menyusui</p> <p>10. Memberikan ibu pujian, informasi dan saran terhadap perilaku positif dalam menyusui O : Klien diberikan pujian, informasi dan saran dalam menyusui</p> <p>11. Mendiskusikan masalah selama menyusui (mis. nyeri, bengkak pada payudara, lecet pada puting dan mencari solusinya) S : Klien mengatakan ASI nya keluar sedikit O : Payudara saat ditekan keluar colostrum</p>	<p><b>Planning</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	---	--

<p>24 November 2022</p>	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D. 0055)</p>	<p><b>Dukungan Tidur (I.09265)</b>  <b>Observasi :</b>  1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur  S : Klien mengatakan sulit tidur saat ini, sering terbangun karena nyeri operasi dan sering terjaga untuk menyusui bayi  O : Klien terlihat kurang tidur  2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur  S : Klien mengatakan nyeri pada bagian abdomen bekas operasi SC  <b>Terapeutik :</b>  3. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pengaturan posisi)  O : Klien dianjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin  <b>Edukasi :</b>  4. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit  O : Dijelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit  5. Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur  O : Klien tampak belum bisa menerima Informasi</p>	<p><b>Subjektif</b>  - Klien mengatakan selama dirumah sakit waktu tidur tidak menentu dan lama tidur 4-6 jam  - Klien mengatakan kesulitan tidur saat ini, sering terbangun karena nyeri operasi  - Klien mengatakan sering terjaga untuk menyusui bayi  - Klien mengatakan pola tidur berubah    <b>Objektif</b>  - Klien dianjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin  - Dijelaskan pentingnya tidur yang cukup  - Klien terlihat kurang tidur  - Klien tampak belum bisa menerima informasi    <b>Assesment</b>  Gangguan pola tidur belum teratasi    <b>Planning</b>  Intervensi dilanjutkan</p>	
---------------------------------	--	---	--	---


<p>24 November 2022</p>	<p>Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D. 0142)</p>	<p><b>Pencegahan Infeksi (I.14539)</b>  <b>Observasi :</b>  1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik  S : Klien mengatakan khawatir luka bekas operasinya infeksi  O : Terdapat luka bekas post operasi SC  <b>Terapeutik :</b>  2. Membatasi jumlah pengunjung  O : Jumlah pengunjung dibatasi  <b>Edukasi :</b>  3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi  O : Dijelaskan tanda dan gejala infeksi  4. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi  O : Diajarkan cara memeriksa kondisi luka bekas operasi    <b>Perawatan Luka (I. 14564)</b>  <b>Observasi :</b>  5. Memonitor karakteristik luka  S : Klien mengatakan nyeri pada bagian bekas Operasi  O : Tampak luka tertutup kassa dan tidak ada rembesan  6. Memonitor tanda-tanda infeksi  S : Klien mengatakan nyeri pada bagian abdomen bekas operasi SC  O : Tidan ada tanda-tanda REEDA  <b>Terapeutik :</b>  7. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan  O : Balutan dan plester dilepaskan secara perlahan  8. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p>	<p><b>Subjektif</b>  - Klien mengatakan khawatir luka bekas operasinya infeksi  - Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi    <b>Obejktif</b>  - Terdapat luka bekas post ooperasi SC dibagian abdomen  - Tampak luka tertutup kassa dan tidak ada rembesan  - Tampak luka bekas operasi SC masih basah  - Terdapat lochea rubra, bau amis  - Tidak ada tanda REEDA  - Klien dijelaskan tanda dan gejala infeksi  - Klien dianjurkan makan makanan tinggi kalori dan protein  - Diberikan antibiotik cefadroxil 3 x 500 mg    <b>Assesment</b>  Resiko infeksi belum teratasi    <b>Planning</b>  Intervensi dilanjutkan</p>	
---------------------------------	--	---	--	---

		<p>O : Luka dibersihkan dengan cairan NaCl</p> <p>9. Memberikan salep yang sesuai ke kulit/lesi O : Diberikan salep</p> <p>10. Memasang balutan sesuai jenis luka O : Balutan dipasang sesuai jenis luka</p> <p>11. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka O : Gunakan prinsip steril saat membersihkan luka</p> <p>12. Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase O : Balutan diganti sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <p>13. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien O : Dianjurkan mengubah posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi klien</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>14. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi O : Dijelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>15. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein O : Dianjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>16. Berkolaborasi pemberian antibiotik O : Diberikan antibiotik cefadroxil 3 x 500 mg</p>		
--	--	--	--	--




Catatan Keperawatan dan Catatan Perkembangan Hari 2				
25 November 2022	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur Operasi Sectio Caesarea) (D. 0077)	<p><b>Manajemen Nyeri (I. 08238)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri S : Klien mengatakan nyeri berkurang pada bagian bekas operasi SC O : Klien masih tampak meringis</li> <li>Mengidentifikasi skala nyeri S : Klien mengatakan skala nyeri 4</li> <li>Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri S : Klien mengatakan nyeri terasa saat bergerak O : Klien tampak berhati-hati ketika bergerak</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri O : Klien tampak sudah bisa melakukan teknik relaksasi napas dalam</li> <li>Memfasilitasi istirahat dan tidur S : Klien mengatakan masih sulit tidur</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menjelaskan strategi meredakan nyeri O : Klien tampak bisa melakukan teknik relaksasi napas dalam</li> <li>Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri O : Klien tampak bisa melakukan teknik relaksasi napas dalam</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Berkolaborasi pemberian analgetik O : Pemberian analgetik asamefenamat 3 x 500 mg</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan nyeri berkurang pada luka bekas operasi SC, nyeri saat bergerak, skala nyeri 4</li> <li>Klien mengatakan masih sulit tidur karena nyeri</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien masih tampak meringis</li> <li>Klien masih terlihat kurang tidur</li> <li>Klien tampak berhati-hati ketika bergerak</li> <li>Klien masih tampak gelisah</li> <li>Klien diajarkan teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>Pemberian analgetik asamefenamat 3 x 500 mg</li> <li>TTV TD 120/70 mmHg N 85 x/menit RR 20 x/menit S 36°C</li> </ul> <p><b>Assesment</b> Nyeri akut belum teratasi</p> <p><b>Planning</b> Intervensi dilanjutkan</p>	


		<p><b>Edukasi Teknik Napas (I.12452)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>9. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi S : Klien mengatakan siap menerima informasi</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>10.Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan O : Klien diberikan leaflet</p> <p>11.Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan S : Klien mengatakan siap menerima penkes</p> <p>12.Memberikan kesempatan untuk bertanya O : Diberikan kesempatan untuk bertanya</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>13.Menjelaskan tujuan dan manfaat teknik napas O : Dijelaskan tujuan dan manfaat teknik napas</p> <p>14.Menjelaskan prosedur teknik napas O : Dijelaskan prosedur teknik napas</p> <p>15.Menganjurkan memposisikan tubuh nyaman mungkin (mis. duduk, berbaring) O : Klien dianjurkan memposisikan tubuh nyaman mungkin</p> <p>16.Menganjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh O : Klien dianjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh</p> <p>17.Mengajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan O : Klien tampak melakukan inspirasi</p> <p>18.Mengajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan O : Klien tampak melakukan ekspirasi</p>		
--	--	--	--	--


		19.Mendemonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik O : Klien mendemonstrasikan tarik napas dalam		
25 November 2022	mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D. 0054)	<p><b>Dukungan Mobilisasi (I. 05173)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya S : Klien mengatakan sudah bisa beraktivitas meskipun masih dibantu oleh keluarga O : Aktivitas klien tampak masih dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>2. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) O : Difasilitasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)</p> <p>3. Memfasilitasi melakukan pergerakan O : Klien tampak sudah bisa duduk ditempat tidur</p> <p>4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan O : Aktivitas tampak dibantu keluarga dan perawat</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>5. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi O : Dijelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>6. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini O : Dianjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>7. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) O : Klien tampak sudah bisa duduk ditempat tidur</p> <p><b>Edukasi Teknik Ambulasi (I. 12450)</b></p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah bisa beraktivitas meskipun masih dibantu oleh keluarga</li> <li>- Klien mengatakan nyeri berkurang saat bergerak dan melakukan aktivitas</li> <li>- Klien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak sudah bisa mengangkat ekstremitasnya</li> <li>- Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat</li> <li>- Klien diajarkan teknik ambulasi</li> </ul> <p><b>Assesment</b> Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p><b>Planning</b> Intervensi dilanjutkan</p>	

		<p><b>Observasi :</b></p> <p>8. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi S : Klien mengatakan siap menerima informasi</p> <p>9. Memonitor kemajuan pasien dalam ambulasi O : klien tampak sudah bisa duduk ditempat tidur</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>10.Menyediakan materi, media dan alat bantu jalan O : Klien diberikan leaflet</p> <p>11.Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan S : Klien mengatakan siap menerima penkes</p> <p>12.Memberi kesempatan pada keluarga untuk bertanya O : klien diberi kesempatan untuk bertanya</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>13.Menjelaskan prosedur dan tujuan ambulasi dengan atau tanpa alat bantu O : Dijelaskan prosedur dan tujuan ambulasi</p> <p>14.Menganjurkan menggunakan alas kaki yang memudahkan berjalan dan mencegah cedera O : Klien tampak memakai alas kaki</p> <p>15.Mengajarkan duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur (menjantai), atau dikursi sesuai toleransi O : Klien tampak sudah bisa duduk ditempat tidur</p> <p>16.Mendemonstrasikan cara ambulasi tanpa alat bantu jalan O : Klien tampak bisa mendemonstrasikan cara ambulasi tanpa alat bantu jalan meskipun hanya sebentar</p>		
--	--	--	--	--

<p>25 November 2022</p>	<p>Menyusui tidak efektif berhubungan dengan Ketidakadekuatan Refleks menghisap bayi (D. 0029)</p>	<p><b>Edukasi Menyusui (I.12393)</b>  <b>Observasi :</b>  12. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi  S : Klien mengatakan belum siap menerima informasi  <b>Terapeutik :</b>  13. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan  O : Menyediakan leaflet  14. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan  S : Klien mengatakan siap menerima penkes pada hari berikutnya  15. Memberikan kesempatan untuk bertanya  O : Klien diberikan kesempatan untuk bertanya  16. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui  O : Ibu diberi dukungan untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui  <b>Edukasi :</b>  17. Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi  O : Dijelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi  18. Mengajarkan posisi menyusui dan perlekatan dengan benar  O : klien diajarkan posisi menyusui dan perlekatan dengan benar  19. Mengajarkan perawatan payudara post partum (mis. memerah ASI, pijat payudara)  O : Klien diajarkan melakukan perawatan payudara  <b>Pendampingan Proses Menyusui (I.03130)</b>  <b>Observasi :</b>  20. Memonitor kemampuan ibu untuk menyusui</p>	<p><b>Subjektif</b>  - Klien mengatakan ASInya sedikit  - Klien mengatakan ASI di berikan dengan cara di pompa.  <b>Objektif</b>  - ASI diberikan dengan cara di pompa  - ASI yang dikeluarkan tampak sedikit  - Payudara saat ditekan keluar colostrum  - Klien diberikan edukasi tentang teknik menyusui yang baik dan benar  - Bayi mulai melekat pada payudara ibu  - Bayi menghisap mulai terus menerus  <b>Assesment</b>  Menyusui tidak efektif belum teratasi  <b>Planning</b>  Intervensi dilanjutkan</p>	
---------------------------------	--	---	--	---


		<p>S : Klien mengatakan ASI nya keluar sedikit  O : ASI tampak keluar sedikit</p> <p>21.Memonitor kemampuan bayi menyusui  O : Bayi menghisap tidak terus menerus</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>22.Mendampingi ibu selama kegiatan menyusui berlangsung  O : Klien tampak didampingi suami</p> <p>23.Mendampingi ibu memposisikan bayi dengan benar untuk menyusui pertama kali  O : Klien didampingi dalam memposisikan bayi dengan benar untuk menyusui</p> <p>24.Memberikan ibu pujian, informasi dan saran terhadap perilaku positif dalam menyusui  O : Klien diberikan pujian, informasi dan saran dalam menyusui</p> <p>25.Mendiskusikan masalah selama menyusui (mis. nyeri, bengkak pada payudara, lecet pada puting dan mencari solusinya)  S : Klien mengatakan ASI nya keluar sedikit</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>26.Mengajarkan ibu mengenali tanda-tanda bayi siap menyusui (mis. bayi mencari puting, keluar saliva, memasukan jari ke dalam mulutnya dan bayi menangis)  O : Klien diajarkan mengenali tanda-tanda bayi siap menyusui (mis. bayi mencari puting, keluar saliva, memasukan jari ke dalam mulutnya dan bayi menangis)</p> <p>27.Mengajarkan ibu mengarahkan mulut bayi dari arah bawah ke arah puting ibu  O : Klien diajarkan mengarahkan mulut bayi dari arah bawah ke arah puting</p> <p>28.Mengajarkan posisi menyusui (mis. cross cradle,</p>		
--	--	---	--	--

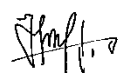
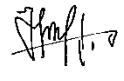
		<p>cradle, foot ball dan posisi berbaring yang diikuti dengan perlekatan yang benar)  O : Klien diajarkan posisi cara menyusui</p> <p>29.Mengajarkan perlekatan yang benar : perut ibu dan bayi berhadapan, tangan kaki bayi satu garis lurus, mulut bayi terbuka lebar dan dagu bayi menempel pada payudara ibu untuk menghindari lecet pada puting payudara  O : Klien diajarkan cara perlekatan yang benar</p> <p>30.Menginformasikan untuk menyusui pada satu payudara sampai bayi melepas sendiri puting ibu  O : Klien diberikan informasi</p> <p>31.Menginformasikan ibu untuk mengosongkan payudara pada payudara yang belum disusui dengan memerah ASI  O : Klien diberikan informasi</p>		
25 November 2022	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D. 0055)	<p><b>Dukungan Tidur (I.09265)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur  S : Klien mengatakan sulit tidur sering terbangun karena nyeri operasi dan sering terjaga untuk menyusui bayi  O : Klien masih terlihat kurang tidur</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur  S : Klien mengatakan nyeri berkurang pada bagian Abdomen bekas operasi SC</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>3. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pengaturan posisi)  O : Klien dianjurkan memposisikan tubuh nyaman mungkin</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>4. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan selama dirumah sakit waktu tidur tidak menentu dan lama tidur 4-6 jam</li> <li>- Klien mengatakan kesulitan tidur saat ini, sering terbangun karena nyeri operasi</li> <li>- Klien mengatakan sering terjaga untuk menyusui bayi</li> <li>- Klien mengatakan pola tidur berubah</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien masih terlihat kurang tidur</li> <li>- Klien dianjurkan memposisikan tubuh nyaman mungkin</li> <li>- Dijelaskan pentingnya tidur yang cukup</li> <li>- Klien tampak bisa menerima informasi</li> </ul>	


		<p>O : Dijelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>5. Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur</p> <p>O : Klien tampak bisa menerima Informasi</p>	<p><b>Assesment</b> Gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p><b>Planning</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
25 November 2022	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D. 0142)	<p><b>Pencegahan Infeksi (I.14539)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>S : Klien mengatakan khawatir luka bekas operasinya infeksi</p> <p>O : terdapat luka bekas operasi SC</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>2. Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>O : Jumlah pengunjung dibatasi</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>O : Dijelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>O : Diajarkan cara memeriksa kondisi luka bekas operasi</p> <p><b>Perawatan Luka (I. 14564)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>5. Memonitor karakteristik luka</p> <p>S : Klien mengatakan nyeri berkurang pada bagian bekas operasi</p> <p>6. Memonitor tanda-tanda infeksi</p> <p>S : Klien mengatakan nyeri berkurang pada bagian Abdomen bekas operasi SC</p> <p>O : Tidak ada tanda kemerahan pada luka operasi</p> <p><b>Terapeutik :</b></p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan khawatir luka bekas operasinya infeksi</li> <li>- Klien mengatakan nyeri berkurang pada luka bekas operasi</li> </ul> <p><b>Obejktif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka bekas post ooperasi SC dibagian abdomen</li> <li>- Tampak luka tertutup kassa dan tidak ada rembesan</li> <li>- Tampak luka bekas operasi SC masih basah</li> <li>- Tidak ada tanda-tanda REEDA</li> <li>- Klien dianjurkan makan makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>- Diberikan antibiotik cefadroxil 3 x 500 mg</li> </ul> <p><b>Assesment</b> Resiko infeksi belum teratasi</p> <p><b>Planning</b> Intervensi dilanjutkan</p>	




		<p>7. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan O : Balutan dan plester dilepaskan secara perlahan</p> <p>8. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan O : Luka dibersihkan dengan cairan NaCl</p> <p>9. Memberikan salep yang sesuai ke kulit/lesi O : Diberikan salep</p> <p>10. Memasang balutan sesuai jenis luka O : Balutan dipasang sesuai jenis luka</p> <p>11. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka O : Gunakan prinsip steril saat membersihkan luka</p> <p>12. Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase O : Balutan diganti sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <p>13. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien O : Dianjurkan mengubah posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi klien</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>14. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi O : Dijelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>15. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein O : Klien tampak mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein yang sudah disediakan RS</p> <p>16. Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri O : Dianjurkan cara merawat luka secara mandiri</p> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>17. Berkolaborasi pemberian antibiotik O : Diberikan antibiotik cefadroxil 3 x 500 mg</p>		
--	--	---	--	--

<b>Catatan Keperawatan dan Catatan Perkembangan Hari 3</b>				
26 November 2022	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur Operasi Sectio Caesarea) (D. 0077)	<p><b>Manajemen Nyeri (I. 08238)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri S : Klien mengatakan masih ada keluhan nyeri O : Klien masih tampak meringis</li> <li>Mengidentifikasi skala nyeri S : Klien mengatakan skala nyeri 3</li> <li>Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri S : Klien mengatakan saat bergerak nyeri masih terasa O : Klien masih tampak berhati-hati ketika bergerak</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memfasilitasi istirahat dan tidur S : Klien mengatakan pola tidur mulai terkontrol O : Klien terlihat tidak mengantuk</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Berkolaborasi pemberian analgetik O : Pemberian analgetik asamefenamat 3 x 500 mg</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan masih ada keluhan nyeri</li> <li>Klien mengatakan tidur mulai terkontrol</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien masih tampak meringis</li> <li>Klien terlihat tidak mengantuk</li> <li>Klien tampak berhati-hati ketika bergerak</li> <li>Klien tidak gelisah</li> <li>Pemberian analgetik asamefenamat 3 x 500 mg</li> <li>TTV TD 127/89 mmHg N 53 x/menit RR 20 x/menit S 36°C</li> </ul> <p><b>Assesment</b> Nyeri akut belum teratasi</p> <p><b>Planning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh klien</li> <li>Klien direncanakan pulang dan kontrol ke RS sesuai dengan yang telah ditentukan</li> </ul>	
26 November 2022	mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.	<p><b>Dukungan Mobilisasi (I. 05173)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas</li> </ul>	

	0054)	<p>lainnya</p> <p>S : Klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas, ke kamar mandi sendiri dan berjalan tanpa dibantu keluarga</p> <p>O : Aktivitas klien tampak sudah tidak dibantu keluarga</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>2. Memfasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>O : Klien tampak sudah bisa ke kamar mandi sendiri, duduk di tempat tidur dan pindah ke kursi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan ke kamar mandi sendiri dan berjalan tanpa dibantu keluarga</li> <li>- Klien mengatakan sudah bisa duduk ditempat tidur dan pindah ke kursi</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivitas klien tampak sudah tidak dibantu oleh keluarga</li> </ul> <p><b>Assesment</b></p> <p>Gangguan mobilitas fisik teratasi</p> <p><b>Planning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi dihentikan</li> <li>- Klien direncanakan pulang dan kontrol ke RS sesuai dengan yang telah ditentukan</li> </ul>	
26 November 2022	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan Ketidakadekuatan Refleks menghisap bayi (D. 0029)	<p><b>Pendampingan Proses Menyusui (I.03130)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Memonitor kemampuan ibu untuk menyusui</p> <p>S : Klien mengatakan ASI nya mulai keluar meskipun tidak terlalu banyak</p> <p>O : ASI tampak keluar</p> <p>2. Memonitor kemampuan bayi menyusu</p> <p>O : Bayi menghisap terus menerus</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>3. Mendampingi ibu selama kegiatan menyusui berlangsung</p> <p>O : Klien tampak didampingi suami</p> <p>4. Mendampingi ibu memposisikan bayi dengan benar untuk menyusu pertama kali</p> <p>O : Klien didampingi dalam memposisikan bayi dengan benar untuk menyusui</p> <p>5. Memberikan ibu pujian, informasi dan saran</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan ASI nya mulai keluar meskipun tidak terlalu banyak</li> <li>- Klien mengatakan ASI tidak berikan dengan cara di pompa lagi</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ASI diberikan tidak dengan di pompa</li> <li>- ASI tampak keluar</li> <li>- Payudara saat ditekan keluar colostrum</li> <li>- Bayi sudah melekat pada payudara ibu</li> <li>- Bayi menghisap secara terus menerus</li> </ul> <p><b>Assesment</b></p> <p>Menyusui tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>Planning</b></p>	

		<p>terhadap perilaku positif dalam menyusui</p> <p>O : Klien diberikan pujian, informasi dan saran dalam menyusui</p> <p>6. Mendiskusikan masalah selama menyusui (mis. nyeri, bengkak pada payudara, lecet pada puting dan mencari solusinya)</p> <p>S : Klien mengatakan ASI nya mulai keluar meskipun tidak terlalu banyak</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh klien</li> <li>- Klien direncanakan pulang dan kontrol ke RS sesuai dengan yang telah ditentukan</li> </ul>	
26 November 2022	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D. 0055)	<p><b>Dukungan Tidur (I.09265)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>S : Klien mengatakan pola tidur mulai terkontrol dan terbangun jika menyusui bayi</p> <p>O : Klien terlihat tidak mengantuk</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>S : Klien mengatakan masih ada keluhan nyeri</p> <p>O : Klien masih tampak meringis</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>3. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pengaturan posisi)</p> <p>O : Klien dianjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan pola tidur mulai terkontrol dan terbangun jika menyusui bayi</li> <li>- Klien mengatakan masih ada keluhan nyeri</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien masih tampak meringis</li> <li>- Klien terlihat tidak mengantuk</li> <li>- Klien dianjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin</li> </ul> <p><b>Assesment</b></p> <p>Gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p><b>Planning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh klien</li> <li>- Klien direncanakan pulang dan kontrol ke RS sesuai dengan yang telah ditentukan</li> </ul>	
26 November 2022	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D. 0142)	<p><b>Pencegahan Infeksi (I.14539)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>S : Klien mengatakan khawatir luka bekas</p>	<p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan khawatir luka bekas operasinya infeksi</li> <li>- Klien mengatakan tidak gatal pada daerah bekas operasi</li> </ul>	

		<p>operasinya infeksi O : Tidak ada tanda kemerahan pada luka bekas operasi</p> <p><b>Terapeutik :</b> 2. Membatasi jumlah pengunjung O : Jumlah pengunjung dibatasi</p> <p><b>Edukasi :</b> 3. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi O : klien sudah bisa memeriksa kondisi luka bekas operasi</p> <p><b>Perawatan Luka (I. 14564)</b> <b>Observasi :</b> 4. Memonitor karakteristik luka O : Tampak luka tertutup kassa dan tidak ada rembesan 5. Memonitor tanda-tanda infeksi S : Klien mengatakan tidak gatal pada daerah bekas Operasi O : Tidak ada kemerahan pada luka operasi</p> <p><b>Edukasi :</b> 6. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein S : Klien mengatakan mengonsumsi makanan yang disediakan RS selama dirawat</p> <p><b>Kolaborasi :</b> 7. Berkolaborasi pemberian antibiotik O : Diberikan antibiotik cefadroxil 3 x 500 mg</p>	<p><b>Obejktif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka bekas post operasi SC dibagian abdomen</li> <li>- Tampak luka tertutup kassa dan tidak ada rembesan</li> <li>- Tampak luka bekas operasi SC masih basah</li> <li>- Tidak ada tanda-tanda REEDA</li> <li>- Klien dianjurkan makan makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>- Diberikan antibiotik cefadroxil 3 x 500 mg</li> </ul> <p><b>Assesment</b> Resiko infeksi belum teratasi</p> <p><b>Planning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh klien</li> <li>- Klien direncanakan pulang dan kontrol ke RS sesuai dengan yang telah ditentukan</li> </ul>	
--	--	--	--	---

## **BAB IV**

### **HASIL PEMBAHASAN**

pada bab ini, penulis membandingkan antara teori dari BAB II dengan kasus 1 dan kasus 2 di BAB III Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny. N dengan post sectio caesarea atas indikasi pre eklampsia dan Ny. M dengan post sectio caesarea atas indikasi ketuban pecah dini dilaksanakan selama 3 hari implementasi mulai dari tanggal 24 November 2022 sampai 26 November 2022 Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng. Tahapan pembahasan sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi.

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, social dan spiritual. Kemampuan perawat yang diharapkan dalam melakukan pengkajian adalah mempunyai kesadaran/tilik diri, kemampuan mengobservasi dengan akurat, kemampuan berkomunikasi terapeutik dan senantiasa mampu berespon secara efektif. Pengkajian adalah pengumpulan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan (Purba, 2019).

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. N dengan post sectio caesarea atas indikasi pre eklampsia dan Ny. M dengan post sectio caesarea atas

indikasi ketuban pecah dini Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022. Metode pengumpulan data penulis menggunakan wawancara dan observasi untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi pasien dapat ditentukan baik secara fisik, mental, sosial maupun spiritual.

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada klien 1 Ny. N berusia 43 Tahun G4P3A0 usia kehamilan 38 minggu dengan post sectio caesarea atas indikasi pre eklampsi. Sedangkan klien 2 Ny. M berusia 19 Tahun G1P0A0 usia kehamilan 36 minggu dengan post sectio caesarea atas indikasi ketuban pecah dini. Berdasarkan usia pada kedua klien ini sama-sama termasuk faktor sectio caesarea (SC), klien 1 berusia lebih dari 40 tahun dan klien 2 kurang dari 20 tahun. Pengkajian ditemukan Ny. N memiliki riwayat persalinan normal 18 Tahun yang lalu dan ini merupakan kehamilan yang ke empat bagi klien. Sedangkan pada Ny. M tidak memiliki riwayat persalinan sebelumnya sehingga kehamilan ini merupakan yang pertama bagi klien.

Berdasarkan hasil pengkajian wawancara yang dilakukan pada Ny. N dan Ny. M terdapat beberapa kesamaan, yaitu kedua klien memiliki keluhan yang sama nyeri pada bekas operasi SC. Prosedur tindakan yang dilakukan pada klien 1 dan 2 sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Indrieni, 2020) tindakan sectio caesarea dilakukan apabila tidak memungkinkan dilakukan persalinan pervaginam disebabkan adanya resiko terhadap ibu atau janin dan beberapa faktor yang mempengaruhi yang salah satunya adalah pre eklampsi dan ketuban pecah dini. Namun terdapat perbedaan pada klien 1 dan 2 dimana

klien 1 mengatakan ASInya keluar banyak dan tahu bagaimana posisi menyusui dan cara menyusui yang baik dan benar. Sedangkan klien 2 mengatakan ASInya keluar sedikit dan ini merupakan kelahiran anak pertamanya sehingga tidak tahu bagaimana posisi dan cara menyusui yang baik dan benar.

Dari hasil pemeriksaan fisik klien 1 TTV : TD 153/91 mmHg, N 80 x/menit, RR 20 x/menit, S 36°C. Terdapat luka bekas post operasi SC pada bagian abdomen bawah tertutup kassa dan tidak ada rembesan. Klien tampak meringis dan berhati-hati ketika bergerak. Pemeriksaan abdomen TFU 2 jari dibawah pusat serta pengeluaran pervagina lochea rubra produksi 50 cc, warna merah kehitaman, bau amis, dan konsistensi encer. Sedangkan pada klien 2 TTV : TD 137/80 mmHg, N 80 x/menit, RR 20 x/menit, S 36°C. Terdapat luka bekas post operasi SC pada bagian abdomen bawah tertutup kassa dan tidak ada rembesan. Klien tampak meringis dan berhati-hati ketika bergerak. pemeriksaan abdomen TFU 2 jari dibawah pusat serta pengeluaran pervagina lochea rubra produksi 150 cc, warna merah kehitaman, bau amis, konsistensi encer. Sesuai teori (Indrieni, 2020) menjelaskan perubahan sistem reproduksi pasca persalinan terhadap uterus yang mengalami proses involusi akibat peningkatan kontraksi otot-otot polos uterus sehingga dua belas jam pasca persalinan, tinggi fundus uteri mencapai kurang lebih 1 cm diatas umbilikus diikuti pengeluaran lokia rubra kuenta, cairan yang keluar bewarna merah.

Kesimpulan mengenai pembahasan diatas menurut asumsi penulis klien dengan post sectio caesarea atas indikasi pre eklampsi dan ketuban pecah dini



memiliki masalah kesehatan yang sama dapat dilihat sebagai suatu sistem adaptasi terhadap perubahan kebutuhan fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan hubungan interdependensi selama sehat dan sakit. Perawat dalam melakukan pengkajian harus menggali lebih dalam mengenai masalah atau keluhan yang sedang dialami oleh klien dalam rentang sehat dan sakitnya sehingga mengetahui proses adaptasi terhadap masalah yang terjadi pada klien dan melakukan tindakan yang harus diberikan pada klien (Indrieni, 2020).

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Masalah Keperawatan atau Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan mengidentifikasi respon individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Indrieni, 2020).

Menurut analisa penulis setelah dilakukan pengkajian pada klien 1 dan 2 sesuai dengan data fokus serta analisa data yang dikaji dari kedua klien tersebut didapatkan pada klien 1 ditemukan 4 diagnosa keperawatan yang ditegakkan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ( prosedur operasi sectio caesarea ), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, dan resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Sedangkan pada klien 2 ditemukan 5 diagnosa keperawatan yang ditegakkan yaitu nyeri akut

berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi sectio caesarea), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, dan resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI, 2017), Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada kasus post sectio caesarea, yaitu : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ( prosedur operasi sectio caesarea ), Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks menghisap bayi, Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ( prosedur operasi sectio caesarea ) ditegakkan pada kedua klien sesuai dengan hasil pengkajian yang ditemukan pada klien 1 terdapat data subjektif klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi, nyeri seperti disayat-sayat dan hilang timbul serta makin bertambah nyeri saat melakukan pergerakan atau aktivitas, pada klien 2 ditemukan data subjektif klien mengeluh nyeri abdomen bagian bawah karena luka bekas operasi, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat dan hilang timbul, nyeri makin bertambah saat klien bergerak. Dalam hasil pengkajian data objektif klien 1 didapatkan hasil klien tampak meringis, skala nyeri 6 serta sulit tidur sedangkan pada klien 2 didapatkan data objektif klien tampak meringis, skala nyeri 5. Pada klien post sectio caesarea nyeri yang

ditimbulkan terjadi karena insisi prosedur operasi pada daerah abdomen sehingga menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan menimbulkan trauma pada jaringan (Marliana and Hani, 2018).

Diagnosa gangguan mobilitas fisik yang ditegakkan pada klien 1 dan 2 ditemukan data subjektif klien mengatakan Nyeri pada bagian bekas operasi SC dan nyeri terasa ketika bergerak dan melakukan aktivitas, klien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitasnya, sedangkan dalam data objektif ditemukan terdapat luka bekas operasi SC dibagian abdomen, aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat, klien tampak berhati-hati ketika bergerak, klien tampak tirah baring. Mobilitas fisik merupakan keterbatas dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (SDKI) (PPNI, 2017).

Diagnosa menyusui tidak efektif yang ditegakkan pada klien 2 ditemukan data subjektif klien mengatakan ASInya hanya sedikit dan diberikan dengan cara dipompa, sedangkan dalam data objektif ditemukan 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 and Hani, 2018).

Perumusan penulisan diagnosa keperawatan menyusui tidak efektif yang terdapat pada klien 2 menurut teori penulisan diagnosa maka menjadi

menyusui tidak efektif dibuktikan dengan ketidakadekuatan suplai ASI. Penegakan diagnosa sudah memenuhi validasi penegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan teori dari tanda mayor dan tanda minor sebagai pendukung. Kriteria mayor dapat berupa data subjektif ASInya keluarnya sedikit dan data objektif bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu. Sedangkan kriteria minor berupa data objektif intake bayi tidak adekuat, bayi menghisap tidak terus menerus (SDKI) (PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur yang ditegakkan pada klien 1 dan 2, menurut hasil pengkajian ditemukan data subjektif klien mengatakan selama di RS waktu tidur tidak menentu, kesulitan tidur saat ini karena nyeri pada bagian bekas operasi SC dan sering terjaga untuk menyusui bayi, klien mengatakan pola tidur berubah, sedangkan untuk data objektif ditemukan klien terlihat mengantuk, klien tampak mengantuk, klien terlihat kurang tidur. Gangguan pola tidur merupakan gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal (SDKI) (PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif yang ditegakkan pada klien1 dan 2, menurut hasil pengkajian ditemukan data subjektif klien mengatakan takut infeksi pada luka post operasi, nyeri pada luka bekas operasi serta takut untuk bergerak karena ada bekas luka post operasi sedangkan dalam data objektif ditemukan klien tampak berhati-hati ketika bergerak, tampak meringis, luka tampak dibalut kassa, ketika kassa dibuka tampak luka bekas operasi masih basah. Klien

dengan post operasi sectio caesarea akan mengalami insisi prosedur operasi yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan pada luka bekas operasi dengan kondisi lingkungan, perilaku personal hygiene serta daya tahan yang menurun membuat invasi bakteri pada tubuh klien sehingga klien beresiko mengalami infeksi pada luka bekas operasi (Marliana and Hani, 2018).

Perumusan penulisan diagnosa keperawatan resiko infeksi yang terdapat pada klien 1 dan 2 menurut teori penulisan diagnosa maka menjadi Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Resiko infeksi merupakan suatu kondisi beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Penegakkan diagnosa sudah memenuhi validasi penegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan teori dimana pada diagnosa resiko tidak memiliki penyebab dan tanda/gejala namun memiliki faktor resiko berupa efek prosedur invasif.

### **C. Intervensi Keperawatan**

Intervensi Perencanaan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut. Perencanaan merupakan langkah awal dalam menentukan apa yang dilakukan untuk membantu klien dalam memenuhi serta mengatasi masalah keperawatan yang telah ditentukan. Tahap perencanaan keperawatan adalah menentukan prioritas diagnosa keperawatan, penetapan kriteria evaluasi dan merumuskan intervensi keperawatan (Purba, 2019).

Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien 1 dan 2 dengan diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, tujuan dari diagnosa ini setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis mmenurun, gelisah menurun, dan kesulitan tidur menurun. Intervensi yang dilakukan manajemen 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 teknik relaksasi, kolaborasi dalam pemberian analgetik.

Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien 1 dan 2 dengan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, tujuan dari diagnosa ini setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, dan gerakan terbatas menurun. Intervensi yang dilakukan dukungan mobilisasi dan edukasi teknik ambulasi yaitu identifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur), fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien 2 dengan menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, tujuan dari diagnosa ini setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam

diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat, kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat, miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam meningkat, tetesa/pancaran ASI meningkat, suplai ASI adekuat meningkat. Intervensi yang dilakukan edukasi menyusui dan pendampingan proses menyusui yaitu monitor kemampuan ibu untuk menyusui, monitor kemampuan bayi menyusu, dampingi ibu selama kegiatan menyusui berlangsung, dampingi ibu memposisikan bayi dengan benar untuk menyusu pertama kali, berikan ibu pujian, informasi dan saran terhadap perilaku positif dalam menyusui, diskusikan masalah selama menyusui (mis. nyeri, bengkak pada payudara, lecet pada puting dan mencari solusinya).

Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien 1 dan 2 dengan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, tujuan dari diagnosa ini setelah dilakukan tindakan keperawatan selam 3 x 24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun. Intervensi yang dilakukan yaitu dukungan tidur, identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pengaturan posisi), jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur.

Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien 1 dan 2 dengan resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, tujuan dari diagnosa ini

setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil kontrol resiko meningkat, dengan kriteria hasil yaitu kemampuan mengidentifikasi faktor resiko meningkat, kemampuan melakukan strategi kontrol resiko meningkat, kemampuan menghindari faktor resiko meningkat. Intervensi yang dilakukan yaitu pencegahan infeksi dan perawatan luka yaitu monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, monitor karakteristik luka, monitor tanda-tanda infeksi, anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri, kolaborasi pemberian antibiotik.

#### **D. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengamati respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Indrieni, 2020).

Implementasi keperawatan pada klien 1 dan 2 dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi sectio caesarea) dalam melakukan sesuai intervensi yang telah dibuat berdasarkan kondisi dan kebutuhan klien. Implementasi yang sudah dilakukan sesuai dengan intervensi



mandiri adalah dengan melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan intervensi kolaborasi yaitu dengan pemberian analgetik asamefenamat 3 x 500 mg.

Implementasi keperawatan pada klien 1 dan 2 dengan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dalam melakukan sesuai intervensi yang telah dibuat berdasarkan kondisi dan kebutuhan klien. Implementasi yang sudah dilakukan sesuai dengan intervensi yaitu dengan melakukan dukungan mobilisasi dan edukasi teknik ambulasi yang kemudian didemonstrasikan.

Implementasi keperawatan pada klien 2 dengan diagnosa menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI dalam melakukan sesuai intervensi yang telah dibuat berdasarkan kondisi dan kebutuhan klien. Implementasi yang sudah dilakukan sesuai dengan intervensi yaitu dengan melakukan edukasi menyusui dan pendampingan proses menyusui yang kemudian didemonstrasikan.

Implementasi keperawatan pada klien 1 dan 2 dengan diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dalam melakukan sesuai intervensi yang telah dibuat berdasarkan kondisi dan kebutuhan klien. Implementasi yang sudah dilakukan sesuai dengan intervensi yaitu dengan dukungan tidur agar pola tidur terjaga yang teratur.

Implementasi keperawatan pada klien 1 dan 2 dengan diagnosa resiko infeksi berhubungan efek prosedur invasif dalam melakukan sesuai intervensi yang telah dibuat berdasarkan kondisi dan kebutuhan klien. Implementasi yang sudah dilakukan sesuai dengan intervensi intervensi yaitu dengan

dianjurkan makan makanan tinggi kalori dan protein dan berkolaborasi yaitu dengan pemberian antibiotik cefadroxil 3 x 500 mg.

Berdasarkan uraian diatas dari intervensi yang sudah disusun telah dilakukan semua implementasi sesuai dengan intervensi pada klien 1 dan klien 2 dengan pelaksanaan tindakan selama 3 x 24 jam.

#### **E. Evaluasi**

Evaluasi, yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri (Purba, 2019). Pada tahap ini, hal yang dilakukan adalah membandingkan tingkah laku klien sebelum dan sesudah implementasi. Hal ini terkait kemampuan klien dengan preeklampsia primigravida dalam beradaptasi dan mencegah timbulnya kembali masalah yang pernah dialami. Pada klien preeklampsia multigravida dapat mengevaluasi kemampuan masalah adaptasi yang pernah dialami, kemampuan adaptasi ini meliputi seluruh aspek baik psiko maupun social.

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. Pada evaluasi semua diagnosa yang telah ditetapkan dan dilakukan intervensi serta implementasi selama 3 x 24 jam.

Penulis membandingkan apakah masalah teratasi sesuai tujuan yang telah dibuat atau tidak, serta telah mencapai kriteria hasil yang telah diharapkan atau tidak.

Pada klien 1 evaluasi yang dilakukan hari pertama yaitu klien mengatakan nyeri pada daerah luka bekas operasi SC, skala nyeri 6, klien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga, klien mengatakan nyeri saat bergerak dan melakukan aktivitas, klien mengatakan sulit tidur karena nyeri bekas operasi dan klien mengatakan sering terjaga untuk menyusui bayi, klien tampak meringis, klien tampak berhati-hati ketika bergerak, klien tampak gelisah, klien terlihat mengantuk, klien diajarkan teknik relaksasi napas dalam, dari pemeriksaan TTV didapatkan TD 153/91 mmHg, N 80 x/menit, RR 20 x/menit, S 36°C.

Pada evaluasi hari kedua klien mengatakan nyeri berkurang pada daerah luka bekas operasi SC, skala nyeri 4, klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas meskipun masih dibantu oleh keluarga, klien mengatakan nyeri berkurang saat bergerak dan melakukan aktivitas, klien mengatakan sulit tidur karena nyeri bekas operasi dan klien sering terjaga untuk menyusui bayi, klien masih tampak meringis klien masih tampak gelisah, klien masih tampak mengantuk, klien sudah bisa melakukan relaksasi napas dalam, dari pemeriksaan TTV didapatkan TD 150/70 mmHg, N 82 x/menit, RR 20 x/menit, S 36°C.

Pada evaluasi hari ketiga klien mengatakan masih ada keluhan nyeri, skala nyeri 3, klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas ke kamar

mandi, berjalan, duduk dari tempat tidur ke kursi sendiri tanpa dibantu keluarga, klien mengatakan pola tidur mulai terkontrol, klien masih tampak meringis, klien masih tampak gelisah, klien tampak tidak mengantuk, klien sudah bisa melakukan relaksasi napas dalam, dari pemeriksaan TTV didapatkan TD 120/86 mmHg, N 79 x/menit, RR 20 x/menit, S 36°C.

Pada klien 2 evaluasi yang dilakukan hari pertama yaitu klien mengatakan nyeri pada daerah luka bekas operasi SC, skala nyeri 5, klien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga, klien mengatakan nyeri saat bergerak dan melakukan aktivitas, klien mengatakan sulit tidur karena nyeri bekas operasi dan klien mengatakan sering terjaga untuk menyusui bayi, klien mengatakan ASInya keluar sedikit, klien tampak meringis, klien tampak berhati-hati ketika bergerak, klien tampak gelisah, klien terlihat mengantuk, klien diajarkan teknik relaksasi napas dalam, dari pemeriksaan TTV didapatkan TD 137/80 mmHg, N 80 x/menit, RR 20 x/menit, S 36°C.

Pada evaluasi hari kedua klien mengatakan nyeri berkurang pada daerah luka bekas operasi SC, skala nyeri 4, klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas meskipun masih dibantu oleh keluarga, klien mengatakan nyeri berkurang saat bergerak dan melakukan aktivitas, klien mengatakan sulit tidur karena nyeri bekas operasi dan klien sering terjaga untuk menyusui bayi, klien mengatakan ASInya masih keluar sedikit, klien masih tampak meringis, klien tampak masih berhati-hati ketika bergerak dan melakukan aktivitas, klien masih tampak gelisah, klien masih tampak mengantuk, klien sudah bisa

melakukan relaksasi napas dalam, dari pemeriksaan TTV didapatkan TD 120/70 mmHg, N 85 x/menit, RR 20 x/menit, S 36°C.

Pada evaluasi hari ketiga klien mengatakan masih ada keluhan nyeri, skala nyeri 3, klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas ke kamar mandi, berjalan, duduk dari tempat tidur ke kursi sendiri tanpa dibantu keluarga, klien mengatakan pola tidur mulai terkontrol, klien mengatakan ASInya mulai keluar meskipun tidak terlalu banyak, klien masih tampak meringis, klien masih tampak gelisah, klien tampak tidak mengantuk, klien sudah bisa melakukan relaksasi napas dalam, dari pemeriksaan TTV didapatkan TD 127/89 mmHg, N 53 x/menit, RR 20 x/menit, S 36°C.

Dari pembahasan evaluasi diatas dapat disimpulkan pada klien 1 dari 4 masalah keperawatan dalam kasus, 1 masalah teratasi yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dan 3 masalah belum teratasi yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur tindakan operasi sectio caesarea), gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, dan resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

Pada evaluasi klien 2 dari 5 masalah keperawatan dalam kasus, 1 masalah teratasi yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dan 4 masalah belum teratasi yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur tindakan operasi sectio caesarea), menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, dan resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan pembahasan yang telah diuraikan pada bab sebelumnya, bahwa hasil asuhan keperawatan maternitas tentang “Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny. N Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklampsia Dan Ny. M Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022”. Maka diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis melakukan pengkajian kasus asuhan keperawatan pada klien Ny. N dengan pre eklampsi dan klien Ny. M dengan ketuban pecah dini. Kedua klien menunjukkan gejala yang sama pada saat dilakukan pengkajian dengan keluhan nyeri pada bagian bekas operasi sectio caesarea. Klien 1 merupakan multigravida dengan jarak kehamilan yang cukup jauh merupakan faktor resiko terhadap preklampsi, sedangkan klien 2 primigravida dengan ketuban pecah dini.
2. Diagnosa keperawatan yang ditetapkan dengan melihat hasil pengkajian yang sudah dilakukan pada klien 1 yaitu Ny. N adalah diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi sectio casarea), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Hal ini didapatkan karena adanya hasil pengkajian bahwa Ny.

N dilakukan tindakan operasi sectio caesarea (SC) atas indikasi pre eklampsi sedangkan klien 2 Ny. M dilakukan tindakan operasi sectio caesarea (SC) atas indikasi ketuban pecah dini juga memiliki keluhan yang sama yaitu nyeri pada bagian bekas operasi SC sehingga diagnosa yang diangkat tidak jauh berbeda hanya saja perbedaan terlihat bahwa Ny. M mengatakan ASInya keluar sedikit dan ASI diberikan dengan cara dipompa, terlihat bayi pada saat diberikan ASI menghisap tidak terus menerus sehingga diangkat diagnosa menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI.

3. Rencana keperawatan disusun sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) pada masing-masing diagnosa. Intervensi keperawatan diantaranya adalah penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang teknik relaksasi napas dalam dan teknik ROM pada klien 1 Ny. N, penanganan nonfarmakologi saat nyeri yang dirasa Ny. N kambuh, dorong keluarga untuk tetap mendampingi klien pada saat proses pemulihan. Sedangkan untuk klien 2 Ny. M Intervensi keperawatan diantaranya adalah penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang teknik relaksasi napas dalam, teknik ROM, dan teknik menyusui yang baik dan benar, serta penanganan nonfarmakologis saat nyeri yang dirasa Ny. M kambuh dan dorong keluarga untuk tetap mendampingi pada saat proses pemulihan.
4. Implementasi keperawatan adalah tindakan dari rencana keperawatan yang sebelumnya sudah disusun pada masing-masing diagnosa.

Memberikan penyuluhan kesehatan terkait teknik relaksasi napas dalam untuk meredakan nyeri, teknik ROM untuk membantu klien dalam melakukan pergerakan pada keluarga Tn. N dan Ny. M, sedangkan untuk Ny. M memberikan penyuluhan tambahan terkait teknik menyusui yang baik dan benar untuk membantu klien agar ASI keluar pada saat diberikan kepada bayi sehingga proses pelekatan bayi baik dan proses menghisap bayi pun baik. Menjelaskan dan mempraktekkan cara melakukan relaksasi napas dalam untuk mengatasi nyeri bekas operasi SC yang dirasakan Nn. N dan Ny. M saat kambuh, mempraktekkan teknik ROM untuk membantu dalam proses pergerakan Ny N dan Ny. M dan mempraktekkan teknik menyusui yang baik dan benar pada Ny. M untuk membantu dalam proses menyusui baik posisi menyusui maupun teknik menyusui yang baik dan benar, serta melibatkan keluarga serta klien agar dapat melakukan secara mandiri.

5. Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada klien 1 Ny.N selama tiga hari diperoleh bahwa dari 4 masalah keperawatan 1 teratasi yaitu gangguan mobilitas fisik dengan hasil evaluasi klien mampu melakukan aktivitas, klien mampu berjalan ke kamar mandi sendiri tanpa dibantu keluarga, klien mampu duduk ditempat tidur dan berpindah ke kursi, sedang 3 masalah keperawatan belum teratasi yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi sectio caesarea), gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang



kontrol tidur, resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif dengan hasil evaluasi klien mengatakan masih ada keluhan nyeri, klien mengatakan pola tidur mulai terkontrol, klien mengatakan terbangun jika menyusui bayi, klien khawatir luka bekas operasinya infeksi. Sedangkan klien 2 Ny. M diperoleh hasil evaluasi yang sama hanya saja pada Ny. M memiliki perbedaan masalah keperawatan yaitu menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI yang belum teratasi dengan hasil evaluasi klien mengatakan ASInya mulai keluar meskipun tidak terlalu banyak, klien mengatakan ASI tidak diberikan dengan tidak di pompa lagi. Ny. N dan Ny. M mengetahui dan dapat mempraktekkan cara mengatasi nyeri saat kambuh dengan teknik relaksasi napas dalam, dan mempraktekkan posisi menyusui dan menyusui yang baik dan benar. Keluarga Ny. N dan Ny. M merasa terbantu dengan adanya asuhan keperawatan dan tenaga kesehatan yang berkunjung dan memberikan intervensi serta implementasi kepada keluarga khususnya Ny. N dan Ny. M dengan permasalahan kesehatan yang ada.

## **B. Saran**

### **1. Bagi penulis**

Hasil penulisan ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan, keterampilan, dan pengalaman, serta wawasan penulis sendiri dalam melakukan penulisan ilmiah khususnya dalam pemberian asuhan

keperawatan pada klien preeklamsi dan ketuban pecah dini. Diharapkan bagi penulis selanjutnya dapat melakukan pengkajian secara holistik terkait dengan yang dialami oleh klien agar asuhan keperawatan dapat tercapai tepat sesuai dengan masalah yang ditemukan pada klien preeklamsi dan ketuban pecah dini.

## 2. Bagi Klien

Penulis berharap dengan adanya penulisan ini dapat dijadikan sebagai dasar acuan bagi klien untuk terus meningkatkan derajat kesehatan.

## 3. Bagi Institusi Pendidikan

Laporan kasus ini diharapkan dapat dijadikan sumber pengetahuan dan menambah masukan serta memberikan informasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan maternitas dengan post sectio caesarea atas indikasi pre eklamsi dan ketuban pecah dini. Sehingga dapat dijadikan sumber pembelajaran pada mahasiswa mengenai asuhan keperawatan maternitas dengan post sectio caesarea atas indikasi pre eklamsi dan ketuban pecah dini.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adwia Trysna Meunasah, Elsie Anggreni, Monifa Putri, F. B. (2022) ‘Faktor-Faktor Penyebab Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin’, pp. 21–39.
- Agustina, S. (2020) ‘Literature Review :Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Operasi Sectio Caesarea Yang Mengalami Nyeri Dengan penerapan Biologic Nurturing Baby Led Feeding Di Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Kabupaten Tapanuli Tengah’, *Politeknik Kesehatan Medan*, pp. 1–67. Available at: <http://ecampus.poltekkes-medan.ac.id/jspui/bitstream/123456789/2973/1/SriAgustina.pdf>.
- Andini, S. P. and Novantri, A. (2022) ‘Preeklampsia berat dengan oedema pulmo’, pp. 122–127.
- Arda, D. and Hartaty, H. (2021) ‘Penerapan Asuhan Keperawatan Post Op Section Caesarea dalam Indikasi Preeklampsia Berat’, *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(2), pp. 447–451. doi: 10.35816/jiskh.v10i2.631.
- Ida Bagus Gede Putera Brahmansa, Agus Rushdy Hariawan Hamid, I. B. G. P. P. W. (2022) ‘Karakteristik Pasien Ketuban Pecah Dini di RSUD Kabupaten Lombok Utara Tahun 2021’, 4, pp. 1707–1715.
- Indrieni, S. (2020) *Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Klien Dengan Preeklampsi Yang Di Rawat Di Rumah Sakit*.
- Juliathi, N. L. P., Marhaeni, G. A. and 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), pp. 19–27.

Lazuarti, S. (2020) 'Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum Dengan Ketuban Pecah Dini Yang Di Rawat Di Rumah Sakit'.

Legawati and Riyanti (2018) 'Determinan Kejadian Ketuban Pecah Dini (Kpd) Di Ruang Cempaka Rsud Dr Doris Sylvanus Palangkaraya', 06(1), pp. 68–72.

Liberty Barokah, S. A. A. (2021) 'Faktor Internal Kejadian Ketuban pecah Dini di Kabupaten Kulonprogo', 04(02), pp. 108–115.

Lubis, D. S. (2018) 'Hubungan Pengetahuan Ibu Dengan Riwayat Persalinan Sectio Caesarea (SC) Di RSIA Norfa Husada Bangkinang Tahun 2018', *Jurnal Doppler Pahlawan Tuanku Tambusi*, 2(2), pp. 62–69. Available at: <https://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/doppler/article/view/198>.

Marliana and Hani (2018) 'WOC Pre Eklamsi', *Retrieved from* <https://www.scribd.com/document/381045484/130854856-PathwayPreeklamsi-do>.

PPNI (2017) *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1 st ed.). DPP PPNI.

PPNI (2018) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1 st ed.). DPP PPNI.

PPNI (2019) *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1 st ed.). DPP PPNI.

Pratiwi,W. (2017) 'Asuhan Keperawatan Pre Eklamsi', [https://www.academia.edu/36262522/PRE\\_EKLAMSI](https://www.academia.edu/36262522/PRE_EKLAMSI).

Purba (2019) 'Konsep Dasar Asuhan Keperawatan'. <https://doi.org/https://doi.org/10.31227/osf.io/pz42x>

- Purba, A. *et al.* (2021) 'Penurunan Nyeri Post Sectio Caesarea Melalui Teknik Relaksasi Benson dan Natural Sounds Berbasis Audio Visual', *Jurnal Keperawatan Silampari*, 4(2), pp. 425–432. doi: 10.31539/jks.v4i2.1808.
- Ramdhania, A. D. A. and Yusnia, N. (2020) 'Kejadian Preeklamsi Berat dan Kaitannya dengan Tindakan Sectio Caesarea', *Jurnal Ilmiah Kebidanan Indonesia*, 10(01), pp. 5–8. doi: 10.33221/jiki.v10i01.422.
- Ratnasari, D. *et al.* (2019) 'Faktor Yang Memengaruhi Keputusan Sectio Caesarea (Sc) Pada Ibu Bersalin Di Rsu Mitra Medika Tanjung Mulia Medan Tahun 2019 (Factors Contributing To Sectio Caesarea Decision (sc) To Birth Mother In General Hospital. Mitra Medika Tanjung Mulia Medan in 201', *Keperawatan Indonesia*, 2(2), pp. 1–7.
- Setiana, P., Herawati and Sutriyati (2019) 'Hubungan Kelainan Letak Janin , Preeklamsia, Ketuban Pecah Dini Dengan Persalinan Sectio Caesarea', *Jurnal Kesehatan dan Pembangunan*, 9(18), pp. 69–75. doi: 10.52047/jkp.v9i18.45.
- Sukarni, I. (2017) *Patologi Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Neonatus Resiko Tinggi*.
- Wahyuni, A. and Octiara, D. L. (2021) 'Anestesi Spinal pada Sectio Caesarea dengan Indikasi Preeklamsia Berat : Sebuah Laporan Kasus', *Medula*, 11(1), pp. 106–114.

## **LAMPIRAN**






## Lampiran 1

## KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR


 <p><b>SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) MEDISTRA INDONESIA</b>  <b>PROGRAM STUDI PROFES NERS-PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1)</b>  <b>PROGRAM STUDI PROFESI BIDAN - PROGRAM STUDI KEBIDANAN (S1)</b>  <b>PROGRAM STUDI FARMASI (S1)-PROGRAM STUDI KEBIDANAN (D3)</b>  <small>Jl. Cut Meutia Raya No. 88A-Rol, Sepanjang Jaya - Bekasi Telp. (021) 82431375-77 Fax (021) 82431374</small>  <b>Web: stikesmedistra-indonesia.ac.id Email: stikes_mi@stikesmedistra-indonesia.ac.id</b></p>			
<b>FORMULIR KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR</b>			
Nomor Dokumen	: FM.058/A.004/PROF.NERS/STIKESMI-UPM/2022	Tanggal Pembuatan	: 18 November 2022
Revisi	: 0	Tgl efektif	: 28 November 2022

## KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

TANGGAL BIMBINGAN	WAKTU BIMBINGAN	KEGIATAN	PARAF PEMBIMBING	KETERANGAN
Senin, 28 November 2022	11.22 WIB	Pengajuan Judul Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN)		ACC Judul
Selasa, 13 Desember 2022	08.08 WIB	Konsul BAB I dan BAB II		Revisi BAB I dan BAB II (Tambahkan pada bagian pathway sesuai indikasi)
Kamis, 15 Desember 2022	12.00 WIB	Konsul revisi BAB I dan BAB II		ACC BAB I dan BAB II (Lanjut BAB III)
Kamis, 29 Desember 2022	14.00 WIB	Konsul BAB III, IV, V		Revisi BAB III, IV, V (Revisi pembahasan bagian pengkajian tambahkan faktor pemicu terjadinya tindakan SC (Sectio Caesarea))

Minggu, Januari 2023	1	21.00 WIB	Konsul Revisi BAB III, IV, V		ACC BAB III, IV, V (Konsulkan PPT Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN))
Sabtu, 7 Januari 2023		09.00 WIB	Konsul PPT Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN)		Revisi PPT KIAN (Revisi persingkat pada bagian pembahasannya)
Selasa, Januari 2023	10	15.00 WIB	Konsul Revisi PPT Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN)		ACC PPT Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) (ACC Sidang)
Senin, Januari 2023	16	10.00 WIB	Sidang KIAN		Revisi pada bagian latar belakang tambahkan apa saja indikasi SC secara non medis dan ubah pada bagian Assessment dari teratasi sebagian menjadi belum teratasi
Kamis, Maret 2023	02	11.00 WIB	Konsul Revisi Sidang Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) Oleh Penguji I		ACC Hard Cover (HC) Oleh Penguji I



Kamis, 02 Maret 2023	13.00 WIB	Konsul Revisi Sidang Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) Oleh Penguji II		ACC Hard Cover (HC) Oleh Penguji II
-------------------------	-----------	--	--	--

**Mengetahui,**

**Kepala Program Studi Keperawatan (S1 & Profesi Ners)**



**Kiki Deniati, S.Kep.,Ners.,M.Kep**  
**NIDN.0316028302**

*Lampiran 2***SATUAN ACARA PENYULUHAN**

Pokok Bahasan : Teknik Relaksasi Nafas Dalam Pada Ibu Post Operasi SC

Sub Pokok Bahasan : 1. Pengertian relaksasi nafas dalam  
 2. Menjelaskan tujuan dan manfaat relaksasi nafas dalam  
 3. Menjelaskan faktor yang mempengaruhi teknik relaksasi napas dalam  
 4. Menjelaskan langkah-langkah teknik relaksasi nafas Dalam  
 5. Mendemonstrasikan teknik relaksasi nafas dalam

Sasaran : Ny. N dan Ny. M

Hari/Tanggal : Jumat, 25 November 2022

Waktu : 15 menit

Tempat : Ruang Rambutan RSUD Cengkareng

**A. Tujuan Intruksional Umum**

Setelah mengikuti penyuluhan selama 15 menit pasien mampu mendemonstrasikan cara relaksasi napas dalam.

**B. Tujuan Intruksional Khusus**

Setelah dilakukan penyuluhan teknik nafas dalam sasaran mampu :

1. Menjelaskan pengertian relaksasi nafas dalam
2. Menjelaskan tujuan dan manfaat relaksasi nafas dalam
3. Menjelaskan faktor yang mempengaruhi teknik relaksasi napas dalam
4. Menjelaskan langkah-langkah teknik relaksasi nafas dalam

## 5. Mendemonstrasikan teknik relaksasi nafas dalam

C. Metode : Ceramah dan tanya jawab

D. Media : Leaflet

E. Kegiatan Penyuluhan

No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Respon Sasaran
1	5 menit	<p>Fase Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membahas kegiatan dengan mengucapkan salam</li> <li>2. Memperkenalkan diri</li> <li>3. Menjelaskan maksud dan tujuan dari penyuluhan</li> <li>4. Menyebutkan materi yang akan diberikan</li> <li>5. Menyampaikan kontrak waktu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjawab salam</li> <li>2. Klien mengetahui nama penyuluh</li> <li>3. Klien memahami maksud dan tujuan penyuluh</li> <li>4. Klien mengetahui materi yang akan diberikan</li> <li>5. Peserta mengetahui waktu penyuluhan</li> </ol>
2	5 menit	<p>Fase Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan Pengertian Relaksasi Nafas Dalam</li> <li>2. Menjelaskan Tujuan Dan Manfaat Relaksasi Nafas Dalam</li> <li>3. Menjelaskan Faktor Yang Mempengaruhi Teknik Relaksasi Nafas Dalam</li> <li>4. Menjelaskan Langkah-Langkah Teknik</li> </ol>	<p>Klien mendengarkan dan memahami materi yang disampaikan</p>

		Relaksasi Nafas Dalam	
3	5 menit	<p>Fase Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyimpulkan materi penyuluhan yang telah disampaikan kepada sasaran</li> <li>2. Memberikan pertanyaan kepada sasaran tentang materi yang sudah disampaikan penyuluh</li> <li>3. Menutup acara dan mengucapkan salam serta terima kasih kepada sasaran</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendengarkan</li> <li>2. Menjawab pertanyaan</li> <li>3. Mendengarkan penyuluh menutup acara dan menjawab salam</li> </ol>

#### F. Evaluasi Hasil

1. Klien dapat menjelaskan pengertian relaksasi nafas dalam
2. Klien dapat menjelaskan tujuan dan manfaat relaksasi nafas dalam
3. Klien dapat menjelaskan faktor yang mempengaruhi teknik relaksasi napas dalam
4. Klien dapat menjelaskan langkah-langkah teknik relaksasi nafas dalam
5. Klien dapat mendemonstrasikan teknik relaksasi nafas dalam

## MATERI PENYULUHAN

### A. Pengertian Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana cara menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah. Latihan nafas dalam adalah cara bernafas yang efektif melalui menarik dan menghembuskan napas untuk memperoleh nafas yang lambat, dalam dan rileks.

### B. Tujuan Dan Manfaat Teknik Relaksasi

Tujuan dari teknik relaksasi nafas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan. Sedangkan manfaat yang dapat dirasakan oleh klien setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam adalah dapat menghilangkan nyeri, ketentraman hati, dan berkurangnya rasa cemas.

Manfaat teknik relaksasi nafas dalam :

1. Ketentraman hati
2. Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah
3. Tekanan dan ketegangan jiwa masih rendah

4. Detak jantung lebih rendah
5. Mengurangi tekanan darah
6. Ketahanan yang lebih besar terhadap penyakit
7. Tidur lelap
8. Kesehatan mental menjadi baik

#### C. Faktor Yang Mempengaruhi Relaksasi

Relaksasi ini menimbulkan respon emosi dan efek menenangkan, sehingga fisiologi dominan simpatis berubah menjadi dominan sistem parasimpatis. Sensasi tenang, ringan dan hangat yang menyebar keseluruh tubuh merupakan efek yang bisa dirasakan dari relaksasi autogenik. Sensasi ringan yang muncul adalah merupakan efek dari ketegangan otot tubuh yang menurun. Perasaan hangat diekstermitas dapat dijelaskan secara fisiologis sebagai vasodilatasi pembuluh darah karena aktivasi sistem parasimpatis.

#### D. Langkah-Langkah Teknik Relaksasi Nafas Dalam

1. Ciptakan lingkungan yang tenang
2. Usahakan tetap rileks dan tenang
3. Posisi duduk, setengah duduk atau berbaring
4. Letakkan kedua telapak tangan berhadapan satu sama lain, dibawah dan sepanjang batas bawah tulang rusuk depan. Letakkan ujung jari tengah kedua telapak tangan saling bersentuhan.
5. Ambil nafas dalam secara lambat, menghirup melalui hidung. Rasakan bahwa kedua jari tengah tangan terpisah selama menarik nafas

(inspirasi). Tahan napas sampai hitungan ketiga (1, 2, 3).

6. Perlahan-lahan menghembuskan nafas melalui mulut (seperti meniup).
7. Kedua ujung jari tengah akan bersentuhan kembali.
8. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
9. Usahakan agar tetap konsentrasi/ mata sambil terpejam
10. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah nyeri
11. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
12. Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali.

## LEAFLET



**TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM PADA IBU POST OPERASI SC**



DISUSUN OLEH :  
SITI NURLATIFAH  
221560311093

PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA  
INDONESIA  
2022

**FAKTOR YANG MEMPENGARUHI RELAKSASI**

RELAKSASI INI MENIMBULKAN RESPON EMOSI DAN EFEK MENENANGKAN, SEHINGGA FSIOLOGI DOMINAN SIMPATIS BERUBAH MENJADI DOMINAN SISTEM PARASIMPATIS. SENSASI TENANG, RINGAN DAN HANGAT YANG MENYEBAR KESELURUH TUBUH MERUPAKAN EFEK YANG BISA DIRASAKAN DARI RELAKSASI AUTOGENIK. SENSASI RINGAN YANG MUNCUL ADALAH MERUPAKAN EFEK DARI KETEGANGAN OTOT TUBUH YANG MENURUN. PERASAAN HANGAT DEKSTERMITAS DAPAT DIJELASKAN SECARA FSIOLOGIS SEBAGAI VASODILATASI PEMBULUH DARAH KARENA AKTIVASI SISTEM PARASIMPATIS.

**DEFINISI RELAKSASI NAFAS DALAM**

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana cara menghembuskan nafas secara perlahan.



**KELOMPOK MANIFESTASI TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM**

1. CIPTAKAN LINGKUNGAN YANG TENANG
2. USAHAKAN TETAP RILEKS DAN TENANG
3. POSISI DUDUK, SETENGAH DUDUK ATAU BERBARING
4. LETAKKAN KEDUA TELAPAK TANGAN BERHADAPAN SATU SAMA LAIN, DIBAWAH DAN SEPANJANG BATAS BAWAH TULANG RUSUK DEPAN
5. LETAKKAN UJUNG JARI TENGAH KEDUA TELAPAK TANGAN SALING BERSENTUHAN
6. AMBIL NAFAS DALAM SECARA LAMBAT, MENGHIRUP MELALUI HIDUNG
7. RASAKAN BAHWA KEDUA JARI TENGAH TANGAN TERPISAH SELAMA MENARIK NAFAS (INSPIRASI)
8. TAHAN NAPAS SAMPAI HITUNGAN KETIGA (1, 2, 3)
9. PERLAHAN-LAHAN MENGHEMBUSKAN NAFAS MELALUI MULUT (SEPERTI MENIUP)
10. KEDUA UJUNG JARI TENGAH AKAN BERSENTUHAN KEMBALI
11. MEMBIARKAN TELAPAK TANGAN DAN KAKI RILEKS
12. USAHAKAN AGAR TETAP KONSENTRASI/ MATA SAMBIL TERPEJAM
13. PADASAAAT KONSENTRASI PUSATKAN PADA DAERAH NYERI
14. ANJURKAN UNTUK MENGULANGI PROSEDUR HINGGA NYERI TERASA BERKURANG
15. ULANGI SAMPAI 15 KALI, DENGAN SELINGI ISTIRAHAT SINGKAT SETIAP 5 KALI.

**TUJUAN DAN MANFAAT RELAKSASI NAFAS DALAM**

TUJUAN DARI TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM ADALAH UNTUK MENINGKATKAN VENTILASI ALVEOLI, MEMELIHARA PERTUKARAN GAS, MENEGIKAN ATELEKTASI PARU, MENINGKATKAN EFISIENSI BATUK, MENGURANGI STRESS BAIK STRESS FISIK MAUPUN EMOSIONAL YAITU MENURUNKAN INTENSITAS NYERI DAN MENURUNKAN KECEMASAN. SEDANGKAN MANFAAT YANG DAPAT DIRASAKAN OLEH KLIEN SETELAH MELAKUKAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM ADALAH DAPAT MENGHILANGKAN NYERI, KETENTRAMAN HATI, DAN BERKURANGNYA RASA CEMAS.

MANFAAT TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM :

1. KETENTRAMAN HATI
2. BERKURANGNYA RASA CEMAS, KHAWATIR DAN GELISAH
3. TEKAMAN DAN KETEGANGAN JIWA PAKSI BERHAJI
4. DETAK JANTUNG LEBIH RENDAH
5. MENGURANGI TEKAMAN DARAH
6. KETAHANAN YANG LEBIH BESAR TERHADAP PENYAKIT
7. TIDUR LELAH
8. KESEHATAN MENTAL MEMJADI BAIK





### **SATUAN ACARA PENYULUHAN**

Pokok Bahasan : Teknik ROM (Range Of Motion) Pada Ibu Post Operasi  
SC

Sub Pokok Bahasan : 1. Pengertian ROM (Range Of Montion)  
2. Tujuan ROM (Range Of Montion)  
3. Manfaat ROM (Range Of Montion)  
4. Indikasi ROM (Range Of Montion)  
5. Komplikasi ROM (Range Of Montion)  
6. Kontraindikasi ROM (Range Of Montion)

Sasaran : Ny. N dan Ny. M

Hari/Tanggal : Jumat, 25 November 2022

Waktu : 15 menit

Tempat : Ruang Rambutan RSUD Cengkareng

#### **A. Tujuan Intruksional Umum**

Setelah mengikuti penyuluhan selama 15 menit pasien mampu mendemonstrasikan cara melakukan mobilisasi miring kiri dan kanan.

#### **B. Tujuan Intruksional Khusus**

Setelah dilakukan penyuluhan teknik nafas dalam sasaran mampu :

1. Menjelaskan pengertian ROM (Range Of Montion)
2. Menjelaskan tujuan ROM (Range Of Montion)
3. Menjelaskan manfaat ROM (Range Of Montion)
4. Menjelaskan indikasi ROM (Range Of Montion)
5. Menjelaskan komplikasi ROM (Range Of Montion)

## 6. Menjelaskan kontraindikasi ROM (Range Of Montion)

C. Metode : Ceramah

D. Media : Leaflet

E. Proses Pelaksanaan

No.	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Respon Sasaran
1.	5 menit	Fase Orientasi 1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkandiri 3. Menjelaskan tujuan 4. Melakukan kontrak waktu dengan peserta	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan dan memperhatikan 3. Menyepakati kontrak 4. Memperhatikan dan mendengarkan
2	5 menit	Fase Kerja 1. Menjelaskan pengertian ROM (Range Of Montion) 2. Menjelaskan tujuan ROM (Range Of Montion) 3. Menjelaskan manfaat ROM (Range Of Montion) 4. Menjelaskan indikasi ROM (Range Of Montion) 5. Menjelaskan komplikasi ROM (Range Of Montion) 6. Menjelaskan kontraindikasi ROM (Range Of Montion)	1. Menanggapi dan menjelaskan 2. Memperhatikan dan menjelaskan 3. Memperhatikan dan mendengarkan

3	5 menit	Fase Terminasi 1. Evaluasi validasi 2. Menyimpulkanbersama-sama 3. Mengucapkan terimakasih 4. Mengucapkan salampenutup	1. Menyimak 2. Memperhatikan dan mendengarkan 3. Memperhatikan dan mendengarkan Menjawab salam
---	---------	--	---

#### F. Evaluasi Hasil

1. Klien mampu menjelaskan pengertian ROM (Range Of Montion)
2. Klien mampu menjelaskan tujuan ROM (Range Of Montion)
3. Klien mampu menjelaskan manfaat ROM (Range Of Montion)
4. Klien mampu menjelaskan indikasi ROM (Range Of Montion)
5. Klien mampu menjelaskan komplikasi ROM (Range Of Montion)
6. Klien mampu menjelaskan kontraindikasi ROM (Range Of Montion)

## MATERI PENYULUHAN

### A. Pengertian Range of Motion

Range of Motion adalah, latihan yang menggerakkan persendiaan seoptimal dan seluas mungkin sesuai dan seluas mungkin sesuai kemampuan seseorang yang tidak menimbulkan rasa nyeri pada sendi yang digerakan membuat sendi bergerak dalam rentang pergerakan normal nya hal ini dapat di lakukan secara aktif atau pasif.

Gerakan dapat dilihat sebagai tulang yang digerakkan oleh otot ataupun gaya eksternal lain dalam ruang geraknya melalui persendian. Bila terjadi gerakan, maka seluruh struktur yang terdapat pada persendian tersebut akan terpengaruh, yaitu : otot, permukaan sendi, kapsul sendi, fasia, pembuluh darah dan saraf. Untuk mempertahankan ROM normal, setiap ruas harus digerakkan pada ruang gerak yang dimilikinya secara periodik.

### B. Tujuan dari rentang gerak

Melakukan rentang gerak bertujuan untuk melatih aktivitas seluruh sendi tubuh sehingga sendi-sendi tersebut tidak kaku, dan tidak terjadi kecelakaan saat tubuh di gerakan. Menjamin keadekuatan mobilisasi sendi.

### C. Manfaat pemberian latihan ROM

1. Mencegah keterbatasan gerak
2. Mencegah timbulnya kekakuan
3. Memperlancar sirkulasi darah

4. Mempertahankan fungsi gerak dan mencegah timbulnya penurunan gerakan sendi
5. Mengetahui sejauh mana tingkat pergerakan tulang sendiri

#### D. Indikasi

Indikasi pemeriksaan Range of Motion (ROM) adalah untuk memeriksa lingkup gerak sendi, utamanya dalam mendiagnosis masalah neuromuskuloskeletal. Selain itu, pemeriksaan ini digunakan juga untuk tujuan pengobatan, mengevaluasi gerakan sendi secara rutin, dan membuat orthosis. Range of Motion ditentukan oleh faktor muskular dan osteoartikular. Gerak yang terbatas menandakan adanya gangguan dalam sistem ini. Pemeriksaan ROM, dikombinasikan dengan pemeriksaan muskuloskeletal lain, akan membantu dalam mendiagnosis dan menentukan derajat fungsi atau gangguan sendi pasien. Goniometri memperlihatkan keterbatasan sendi pada busur gerak, tetapi tidak mengidentifikasi disfungsi.

#### E. Komplikasi

Komplikasi pemeriksaan Range of Motion (ROM) umumnya terjadi karena pengukuran dengan teknik yang salah. Hal ini bisa menyebabkan hasil pengukuran tidak akurat yang dapat berdampak pada perawatan pasien, ataupun menyebabkan cedera iatrogenik. Kesalahan pada pengukuran menyebabkan perubahan dalam kesejajaran goniometer. Goniometer dapat membantu dalam pengambilan keputusan klinis mengenai manajemen, pemantauan pasca intervensi, dan membandingkan

efikasi perawatan yang berbeda. Kesalahan pengukuran karena teknik yang salah dapat membuat kesalahan terkait pengobatan pasien pula. Selain dari itu, kesalahan teknik juga bisa menyebabkan cedera iatrogenik, seperti fraktur pada pasien dengan osteoporosis, ataupun menyebabkan cedera otot dan neurovaskular.

#### F. Kontraindikasi

Kontraindikasi pemeriksaan Range of Motion (ROM) adalah pada pasien yang diketahui mengalami dislokasi sendi, fraktur yang tidak sembuh, pasca tindakan bedah jika gerakan diketahui akan mengganggu penyembuhan, dan osteoporosis berat dimana gerakan dapat menyebabkan cedera iatrogenik. Selain dari itu, pemeriksaan ROM dapat dilakukan namun perlu berhati-hati pada kondisi di mana terdapat infeksi atau inflamasi di sekitar sendi, nyeri derajat berat yang diperparah dengan gerakan, dan hipermobilitas atau instabilitas sendi.

## LEAFLET



## TEKNIK ROM (RANGE OF MONTION)



Disusun Oleh :  
**Siti Nurlatifah**  
221560311093

PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA  
INDONESIA  
BEKASI  
2022

### Apa Itu ROM (Range Of Motion)

Range of Motion adalah, latihan yang menggerakkan persediaan seoptimal dan seluas mungkin sesuai dan seluas mungkin sesuai kemampuan seseorang yang tidak menimbulkan rasa nyeri pada sendi yang digerakan membuat sendi bergerak dalam rentang pergerakan normal nya hal ini dapat di lakukan secara aktif atau pasif.



### Tujuan ROM (Range Of Motion)

Melakukan rentang gerak bertujuan untuk melatih aktivitas seluruh sendi tubuh sehingga sendi-sendi tersebut tidak kaku, dan tidak terjadi kecelakan saat tubuh di gerakan. Menjamin keadekuatan mobilisasi sendi.

### Manfaat ROM (Range Of Motion)



1. Mencegah keterbatasan gerak
2. Mencegah timbulnya kekakuan
3. Memperlancar sirkulasi darah
4. Mempertahankan fungsi gerak dan mencegah timbulnya penurunan gerakan sendi
5. Mengetahui sejauh mana tingkat pergerakan tulang sendiri



### Indikasi ROM (Range Of Montion)



Indikasi pemeriksaan Range of Motion (ROM) adalah untuk memeriksa lingkup gerak sendi, utamanya dalam mendiagnosis masalah neuromuskuloskeletal. Selain itu, pemeriksaan ini digunakan juga untuk tujuan pengobatan, mengevaluasi gerakan sendi secara rutin, dan membuat orthosis. Range of Motion ditentukan oleh faktor muskular dan osteoartikular. Gerak yang terbatas menandakan adanya gangguan dalam sistem ini.

### Komplikasi ROM (Range Of Montion)



Komplikasi pemeriksaan Range of Motion (ROM) umumnya terjadi karena pengukuran dengan teknik yang salah. Hal ini bisa menyebabkan hasil pengukuran tidak akurat yang dapat berdampak pada perawatan pasien, ataupun menyebabkan cedera iatrogenik. Kesalahan pada pengukuran menyebabkan perubahan dalam kesejajaran goniometer

### Kontraindikasi ROM (Range Of Montion)



Kontraindikasi pemeriksaan Range of Motion (ROM) adalah pada pasien yang diketahui mengalami dislokasi sendi, fraktur yang tidak sembuh, pasca tindakan bedah jika gerakan diketahui akan mengganggu penyembuhan, dan osteoporosis berat dimana gerakan dapat menyebabkan cedera iatrogenik.



### **SATUAN ACARA PENYULUHAN**

Pokok Bahasan : Cara Menyusui Yang Baik Dan Benar Pada Ibu Menyusui

Sub Pokok Bahasan : 1. Berbagai cara/posisi menyusui bayi  
2. Cara melakukan pelekatan menyusui dengan benar  
3. Tanda bayi sudah melekat dengan baik  
4. Kenapa bayi perlu disendawakan setelah menyusui  
5. Cara sendawakan bayi setelah menyusu

Sasaran : Ny. M

Hari/Tanggal : Jumat, 25 November 2022

Waktu : 15 menit

Tempat : Ruang Rambutan RSUD Cengkareng

#### **A. Tujuan Intruksional Umum**

Setelah mengikuti penyuluhan selama 15 menit pasien mampu mengetahui teknik cara menyusui dengan benar.

#### **B. Tujuan Intruksional Khusus**

Setelah dilakukan persiapan persalinan dan kelahiran dalam sasaran mampu :

1. Menjelaskan berbagai cara menyusui bayi
2. Menjelaskan cara melakukan pelekatan menyusui dengan benar
3. Menjelaskan tanda bayi sudah melekat dengan baik
4. Menjelaskan bayi disendawakan setelah menyusui
5. Mengetahui cara sendawakan bayi setelah menyusui

C. Metode : Ceramah

D. Media : Leaflet



## E. Kegiatan Penyuluhan

No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Respon Sasaran
1	5 menit	<p>Fase Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membahas kegiatan dengan mengucapkan salam</li> <li>2. Memperkenalkan diri</li> <li>3. Menjelaskan maksud dan tujuan dari penyuluhan</li> <li>4. Menyebutkan materi yang akan diberikan</li> <li>5. Menyampaikan kontrak waktu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjawab salam</li> <li>2. Klien mengetahui nama penyuluh</li> <li>3. Klien memahami maksud dan tujuan penyuluh</li> <li>4. Klien mengetahui materi yang akan diberikan</li> <li>5. Peserta mengetahui waktu penyuluhan</li> </ol>
2	5 menit	<p>Fase Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan Bagaimana Menyusui Bayi</li> <li>2. Menjelaskan Cara Melakukan Pelekatan Menyusui Dengan Benar</li> <li>3. Menjelaskan Tanda Bayi Sudah Melekat Dengan Baik</li> <li>4. Menjelaskan Kenapa Bayi Perlu Disendawakan Setelah Menyusu</li> <li>5. Menjelaskan Cara Sendawakan Bayi Setelah Menyusu</li> </ol>	<p>Klien mendengarkan dan memahami materi yang disampaikan</p>
3	5 menit	<p>Fase Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyimpulkan materi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendengarkan</li> <li>2. Menjawab pertanyaan</li> </ol>

		penyuluhan yang telah disampaikan kepada sasaran 2. Memberikan pertanyaan kepada sasaran tentang materi yang sudah disampaikan penyuluh 3. Menutup acara dan mengucapkan salam serta terima kasih kepada sasaran	3. Mendengarkan penyuluh menutup acara dan menjawab salam
--	--	--	---

#### F. Evaluasi Hasil

1. Klien mampu menjelaskan berbagai cara menyusui bayi
2. Klien mampu menjelaskan cara melakukan pelekatan menyusui dengan benar
3. Klien mampu menjelaskan tanda bayi sudah melekat dengan baik
4. Klien mampu menjelaskan bayi disendawakan setelah menyusui
5. Klien mampu mengetahui cara sendawakan bayi setelah menyusui

## MATERI PENYULUHAN

### A. Bagaimana Cara Menyusui Bayi

#### 1. Football Hold

Posisi football hold merupakan posisi menyusui yang diberikan setelah persalinan dengan sectio caesarea dan persalinan normal episiotomi, sehingga bayi tidak kontak dengan bekas luka.

#### 2. Cross Cradle Hold

Pegangan ini menggunakan lengan yang berlawanan untuk menopang bayi dengan bagian belakang kepala (dibawah tengkuk) dan leher dipegang ditangan ibu. Tangan ibu yang paling dekat dengan payudara dapat menopang dan memposisikan payudara sesuai kebutuhan.

#### 3. Cradle Hold

Cradle hold dilakukan dengan cara memangku bayi dengan tangan kanan untuk membuatnya menyusui dipayudara sebelah kanan dan perut bayi menempel dengan perut ibu.

#### 4. Side Lying

Posisikan bayi berbaring disamping ibu, dengan perut ibu dan bayi saling berhadapan. Pastikan bayi berada dibagian bawah payudara ibu dan putting ibu dapat menyuntuh hidung bayi.

#### 5. Laid Back

Posisinya ini memungkinkan ibu berbaring setengah duduk dan meletakkan si kecil di dada sehingga banyak terjadi skin to skin contact.

## B. Cara Melakukan Pelekatan Yang Baik Dan Benar

1. Setelah bayi berada diposisi yang benar, pegang payudara mama dengan tangan yang bebas
2. Letakkan jempol diatas puting dan areola (diarea hidung bayi akan menempel dipayudara), jari telunjuk dibagian bawah (duarea dagu bayi akan menempel dipayudara)
3. Tekan payudara sehingga bentuknya menyerupai huruf C sesuai mulut bayi
4. Dekatkan bayi ke payudara kemudian beri sentuhan agar mulutnya terbuka lebar (seperti menguap)
5. Segera tempelkan multnya ke puting dan areola mama

## C. Cara Bayi Sudah Melekat Dengan Baik

1. Daerah areola yang terlihat diatas mulut bayi lebih luas daripada dibawah mulut
2. Mulut bayi terbuka lebar
3. Bibir bayi berputar keluar (dower)
4. Dagu bayi menempel ke payudara

## D. Kenapa Bayi Perlu Disendawakan Setelah Menyusu

Ada banyak hal yang perlu dicermati orang tua setelah memberi bayi susu, baik air susu ibu (ASI) ataupun susu formul. Setelah menyusu, bayi perlu dibantu untuk bisa bersendawa atau disendawakan. Jika tidak dikeluarkan dengan cara bersendawa, udara yang tertahan dilambungnya dapat menimbulkan beberapa gejala sehingga bayi bisa merasa tidak nyama lantas

rewel.

E. Cara Sendawakan Bayi Setelah Menyusu

1. Tepuk belakang badan bayi
2. Tiarapkan bayi dipangkuan
3. Dudukan bayi dengan tegak dipangkuan
4. Rapihan bahu anda dengan kain
5. Sandarkan bayi pada bahu
6. Fokuskan tepukan pada bagian kiri belakang bayi

## LEAFLET



## CARA MENYUSUI YANG BAIK DAN BENAR



DISUSUN OLEH :  
SITI NURLATIFAH  
221560311093

PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA  
INDONESIA  
2022

### BERBAGAI CARA MENYUSUI BAYI

**Football Hold**  
Posisi football hold merupakan posisi menyusui yang diberikan setelah persalinan dengan sectio caesarea dan persalinan normal dengan episiotomi, sehingga bayi tidak kontak dengan bekas luka.

**Cross Cradle Hold**  
Pegangan ini menggunakan lengan yang berlawanan untuk menopang bayi dengan bagian belakang kepala (di bawah tengkuk) dan leher dipegang di tangan ibu. Tangan ibu yang paling dekat dengan payudara dapat menopang dan memposisikan payudara sesuai kebutuhan.

**Cradle Hold**  
Cradle hold dilakukan dengan cara memangku bayi dengan tangan kanan untuk membuatnya menyusui di payudara sebelah kanan dan perut bayi menempel dengan perut ibu.

**Side Lying**  
Posisikan bayi berbaring di samping ibu, dengan perut ibu dan bayi saling berhadapan. Pastikan bayi berada di bagian bawah payudara ibu dan puting ibu dapat menyentuh hidung bayi.

### Laid Back

Posisi ini memungkinkan ibu berbaring setengah duduk dan melatuhkan si kecil di dada sehingga banyak terjadi skin to skin contact.

### Cara Melakukan Pelekatan Menyusui yang Benar



Setelah bayi berada di posisi yang benar, pegang payudara Mama dengan tangan yang bebas



Letakkan jempol di atas puting dan areola (di area hidung bayi akan menempel di payudara), jari telunjuk di bagian bawah (di area dagu bayi akan menempel di payudara)



Tekan payudara sehingga bentuknya menyerupai huruf C sesuai mulut bayi



Deletkan bayi ke payudara. Kemudian beri sentuhan agar mulutnya terbuka lebar (seperti menguap)



Segera tempelkan mulutnya ke puting dan areola Mama

## TANDA BAYI SUDAH MELEKAT DENGAN BAIK



Pelakatan yang baik      Pelakatan yang tidak tepat

Tanda pelekatan sudah baik:

- Daerah areola yang terlihat di atas mulut bayi lebih luas daripada di bawah mulutnya
- Mulut bayi terbuka lebar
- Bibir bayi terputar keluar (dower)
- Dagu bayi nempel ke payudara

### Kenapa Bayi Perlu Disendawakan setelah Menyusu?

Ada banyak hal yang perlu dicermati orang tua setelah memberi bayi susu, baik Air Susu Ibu (ASI) atau pun susu formula.

Setelah menyusui, bayi perlu dibantu untuk bisa bersendawa atau disendawakan.

Jika tidak dikeluarkan dengan cara bersendawa, udara yang tertahan di lambungnya dapat menimbulkan beberapa gejala sehingga bayi bisa merasa tidak nyaman lantas rewel.

### Cara Sendawakan Bayi Setelah Menyusu

 Tepuk belakang badan bayi dengan lembut

 Tiarapkan bayi dipangkuan

 Dudukan bayi dengan tegak dipangkuan

 Rapihan bahu anda dengan kain

 Sandarkan bayi pada bahu

 Fokuskan tepukan pada bagian Kiri belakang bayi



**INGAT !!!**

**BERIKAN ASI PADA BAYI DENGAN  
KEDUA PAYUDARA secara  
bergantian**

Lampiran 3

**DOKUMENTASI SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR NERS**



*Lampiran 4***DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

Nama : Siti Nurlatifah

Usia : 23 Tahun

Tempat/Tanggal Lahir : Karawang, 10 Februari 2000

Agama : Islam

Status : Mahasiswa

Alamat : Dusun Rawabambu II, RT/RW 008/003,  
Desa Sindangmulya, Kec. Kutawaluya, Kab.  
Karawang

Riwayat Pendidikan :

2006 – 2012 : SDN Sindangmulya 1

2012 – 2015 : SMPN 2 Kutawaluya

2015 – 2018 : SMAN 1 Rawamerta

2018 – 2022 : STIKes Medistra Indonesia (S1 Keperawatan)

2022 – 2023 : STIKes Medistra Indonesia (Profesi Ners)

Email : [sitinurlatifah752@gmail.com](mailto:sitinurlatifah752@gmail.com)