

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY.N  
DENGAN POST OPERASI SECTIO CAESAREA ATAS  
INDIKASI SOLUSIO PLASENTA DAN NY.U DENGAN  
POST OPERASI SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI  
PLASENTA PREVIA  
DI RUANG RAWAT INAP RAMBUTAN  
RSUD CENGKARENG TAHUN 2022**



**DISUSUN OLEH :  
SITI AMINAH, S.KEP  
22.156.03.11.090**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA  
INDONESIA  
BEKASI  
2022/2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY.N  
DENGAN POST OPERASI SECTIO CAESAREA ATAS  
INDIKASI SOLUSIO PLASENTA DAN NY.U DENGAN POST  
OPERASI SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI PLASENTA  
PREVIADI RUANG RAWAT INAP RAMBUTAN RSUD  
CENGKARENG TAHUN 2022**

**KARYA ILMIAH AKHIR Ners**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk**

**Memperoleh Gelar Ners**



**DISUSUN OLEH :**

**SITI AMINAH, S.KEP**

**22.156.01.11.090**

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

**2022/2023**

## LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Mahasiswa : Siti Aminah, S.Kep

NPM : 22.156.03.11.090

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini Menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir dengan Judul Asuhan Keperawatan Pada Ny.N Dengan Post Operasi Section Caesarea Atas Indikasi Solusio Plasenta Dan Ny.U Dengan Post Operasi Sectio Caesarea Atas Indikasi Plasenta Previa Di Ruang Rawat Inap 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 03 Januari 2023.

Bekasi, 03 Januari 2023



Siti Aminah, S.Kep

## LEMBAR PERSETUJUAN

**Karya Ilmiah Akhir ini Telah Diperiksa Oleh Preseptor satu dan Preseptor dua**

**Dan Disetujui Untuk Melaksanakan Seminar Hasil**

**Bekasi, 17 Januari 2023**

Menyetujui,

Penguji I



Dinda Nur Fajri H.B, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0301109302

Penguji II



Nurti YK Gea,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.A  
NIDN. 0326067902

Mengetahui :

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan

(S1) dan Pendidikan Profesi Ners



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

## LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Siti Aminah S.Kep  
NPM : 22.156.03.11.090  
Program Studi : Profesi Ners  
Judul Karya Ilmiah Akhir : Asuhan Keperawatan Pada Ny.N Dengan Post Operasi Section Caesarea Atas Indikasi Solusio Plasenta Dan Ny.U Dengan Post Operasi Sectio Caesarea Atas Indikasi Plasenta Previa Di Ruang Rawat Inap Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022

Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada Tanggal 17 Januari 2023.

Bekasi, 17 januari 2023

**Penguji I**



Dinda Nur Fajri H.B. S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0301109302

**Wakil Ketua I Bidang Akademik**

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

**Penguji II**



Nurti YK Gea,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.A  
NIDN. 0326067902

**Kepala Program Studi Ilmu (S1) dan Pendidikan Profesi Ners**

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

**Disahkan,  
Ketua STIKes Medistra Indonesia**

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

## KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkah dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.N Dengan Post Operasi Section Caesarea Atas Indikasi Solusio Plasenta Dan Ny.U Dengan Post Operasi Sectio Caesarea Atas Indikasi Plasenta Previa Di Ruang Rawat Inap Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022..” sesuai dengan harapan. Penulisan Tugas Akhir yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar profesi keperawatan (Ners) pada Program Studi Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia. Penulis menyadari bahwa Tugas Akhir ini masih jauh dari kata kesempurnaan, oleh sebab itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak. Selesaiannya Tugas Akhir ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini penulis dengan segala kerendahan hati dan penuh rasa hormat mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan moril maupun materil secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis dalam penyusunan Tugas Akhir ini hingga selesai, terutama kepada yang saya hormati:

1. Tuhan Yang Maha Esa dengan Rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Penelitian ini.
2. Kedua orang tua yang senantiasa selalu mendukung dan memberikan semangat dalam proses penyusunan karya ilmiah akhir ners.
3. Usman Ompusunggu, S.E., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
4. Saver Mangadar Ompusunggu SE selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
5. Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes., selaku Ketua STIKes Medistra Indonesia
6. Puri Kresnawati, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik
7. Farida Banjarnahor, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Keuangan
8. Hainun Nisa, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan

dan Alumni

9. Kiki Deniati, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Kepala Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKes Medistra Indonesia
10. Nurti Y.K.Gea S.Kep.,Ns.,M.Kep SP.A, selaku Koordinator Profesi Ners sekaligus Dosen Pembimbing Karya Ilmiah Akhir Ners
11. Dinda Nurfajri H.B, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Dosen Penguji Karya Ilmiah Akhir Ners
12. Seluruh dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang tidak bisa disebutkan satupersatu
13. Ns. Andayani Ginting, S.Kep, selaku CI RSUD Cengkareng, Jakarta Barat
14. Rekan-rekan seperjuangan kelas Profesi Ners Angkatan XI STIKes Medistra Indonesia yang telah banyak memberikan kenangan, pengalaman dan dukungan yang luar biasa serta motivasi untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners.

Dalam hal ini penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Ilmiah Akhir Nes ini masih jauh dari kesempurnaan. Maka kepada para pembaca khususnya mahasiswa Program Studi Profesi Ners dan umumnya kepada seluruh mahasiswa STIKes Medistra Indonesia. Jika ada kesalahan dan kekeliruan dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis mohon kesediaannya untuk memberikan kritik dan saran yang konstruktif serta motivasi-motivasi yang membangun

## DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN .....	2
LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR.....	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	v
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan.....	3
C. Manfaat.....	3
BAB II TINJAUAN TEORI.....	5
A. ANATOMI SISTEM REPRODUKSI.....	5
B. KONSEP DASAR SECTIO CAESAREA .....	7
C. KONSEP DASAR SOLUSIO PLASENTA .....	17
D. KONSEP DASAR PLASENTA PREVIA .....	28
E. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN POST SECTIO CAESAREA	34
BAB III ASUHAN KEPERAWATAN.....	38
BAB IV PEMBAHASAN.....	88
A. Pengkajian.....	88
B. Diagnosa Keperawatan .....	91
C. Intervensi Keperawatan.....	93
D. Intervensi Keperawatan.....	95
E. Evaluasi Keperawatan .....	99
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....	102
A. Kesimpulan.....	102
B. Saran .....	103
DAFTAR PUSTAKA .....	104
LAMPIRAN.....	106



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Persalinan dapat dilakukan dengan dua cara yaitu persalinan secara normal atau spontan (lahir melalui vagina) dan persalinan abnormal atau persalinan dengan bantuan suatu prosedur seperti Seksio sesarea. Seksio sesarea adalah proses dilakukan tindakan pembedahan, berupa irisan di perut ibu (laparotomi) dan Rahim (histerektomi) untuk mengeluarkan bayi (Utami 2016) dalam (Aulia, 2020).

Negara berkembang seperti di Indonesia kejadian operasi kejadian sectio caesaria yang semakin banyak sudah issue lagi, tapi ada suatu indikator yang dijadikan patokan masyarakat. Dari data tahun 1975, di jaman operasi sectio caesarea masih jarang di lakukan, angka kematian ibu yang melahirkan sekitar 30 orang dari setiap 1000 orang ibu yang melahirkan. Lewat keseriusan pemerintah untuk menekan angka kematian ibu terus diupayakan sehingga pada tahun 1996 mencanangkan “Gerakan Sayang Ibu” (GSI) dan mematok angka 2,25 % dari semua persalinan sebagai target nasional untuk menurunkan angka kematian ibu pada akhir 1999 (Megawati, 2018).

Tindakan yang dapat dilakukan untuk menekan angka kematain ibu dan janin salah satunya adalah bisa dilakukan dengan tindakan operasi pada persalinan. Tindakan operasi pada persalinan yang biasa dilakukan adalah bedah caesarea. Tindakan sectio caesarea (SC) merupakan salah satu alternatif bagi seorang wanita dalam memilih proses persalinan di samping adanya indikasi medis dan indikasi non medis, tindakan SC akan memutuskan kontinuitas atau persambungan jaringan karena insisi yang akan mengeluarkan reseptor nyeri sehingga pasien akan merasakan nyeri terutama setelah efek anastesi habis (Heri Desmeta, 2018).

Indonesia sebagai negara berkembang pada tahun 2009 dilaporkan oleh beberapa peneliti berkisar antara 2,4 - 3,56 % dari seluruh kehamilan sekitar 5 dari 500 kelahiran setiap tahunnya. Angka kejadian dari plasenta previa di Jawa Tengah adalah 0,5% atau 1 diantara 200 persalinan. Sedangkan di RS. Pandan Arang terjadi 42 kasus plasenta previa di antara 3587 persalinan yang terdaftar, atau kira-kira di antara 150 persalinan terdaftar (Megawati, 2018).

Menurut World Health Organisation (WHO) memperkirakan pada tahun 2008 dilaporkan bahwa wanita melahirkan dengan SC sebanyak 35% dari seluruh persalinan, sedangkan di Indonesia berdasarkan hasil Riskesdas 2010 menyatakan terdapat 15,3% persalinan dilakukan melalui operasi. Provinsi tertinggi dengan persalinan melalui SC adalah DKI Jakarta (27,2%), Kepulauan Riau (24,7%), dan Sumatera Barat (23,1%) (Depkes RI, 2011) dalam (Megawati, 2018).

Indikasi pada operasi sectio caesarea antara lain : Ibu/Janin : Distosia (Ketidakseimbangan sepelopelvik, kegagalan induksi persalinan, kerja rahim yang abnormal). Ibu : Penyakit pada ibu (Eklampsia, DM, Penyakit Jantung, Caservik) , pembedahan sebelumnya, sumbatan padajalan lahir. Janin : Gangguan pada janin, Prolaps tali, Mal presentasi. Plasenta : Plasenta previa, Abrupsion plasenta, Solusio plasenta (Megawati, 2018).

Plasenta previa dan solusio plasenta juga merupakan indikasi dilakukan operasi sectio caesarea. Karena bila dipaksakan pervaginam dapat beresiko pendarahan dan membahayakan ibu, dan janin. Sebagian besar plasenta akan berimplantasi pada tempat yang baik untuk memberikan nutrisi yang cukup bagi janin, yaitu di fundus uteri. (Roni et al., 2018).

Berdasarkan latar belakang yang dikemukakan diatas maka penulis tertarik untuk menyusun Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.N dan Ny.U Dengan Post Operasi Sectio Caesarea Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng.

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui Dan Mengaplikasikan Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.N Dengan Post Operasi Sectio Caesarea Dengan Indikasi Solusio Plasenta Dan Ny.U Dengan Post Operasi Sectio Caesarea Dengan Indikasi Plasenta Previa Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng.

### **2. Tujuan Khusus**

- 1) Mengetahui teori tentang Sectio Caesarea
- 2) Mengetahui teori tentang Solusio Plasenta
- 3) Mengetahui teori tentang Plasenta Previa
- 4) Melakukan pengkajian pada pasien dengan post operasi Sectio Caesarea
- 5) Melakukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan post operasi Sectio Caesarea
- 6) Melakukan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan post operasi Sectio Caesarea
- 7) Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan post operasi Sectio Caesarea
- 8) Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan kasus pada pasien-pasien dengan post operasi Sectio Caesarea Di RSUD Cengkareng

## **C. Manfaat**

### **1. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan**

Sebagai bahan masukan atau pertimbangan bagi rekan-rekan mahasiswa keperawatan STIKes Medistra Indonesia dalam pelaksanaan asuhan keperawatan maternitas dengan post operasi section caesarea khususnya untuk perawatan stase maternitas

## **2. Manfaat Bagi Keluarga/Pasien**

Dapat menjadi sumber pengetahuan serta dapat memahami dan mengerti tentang perawatan post operasi section caesarea

## **3. Manfaat Bagi Penulis**

Penulisan ini merupakan pengalaman ilmiah yang sangat berharga bagi penulis karena meningkatkan pengetahuan dan menambah wawasan baru tentang perawatan pada pasien post operasi section caesarea dengan indikasi solusio plasenta dan plasenta previa

## **4. Manfaat Bagi Pembaca**

Sebagai sumber informasi dan menambah pengetahuan bagi para pembaca tentang perawatan pada pasien post operasi section caesarea dengan indikasi solusio plasenta dan plasenta previa

## BAB II

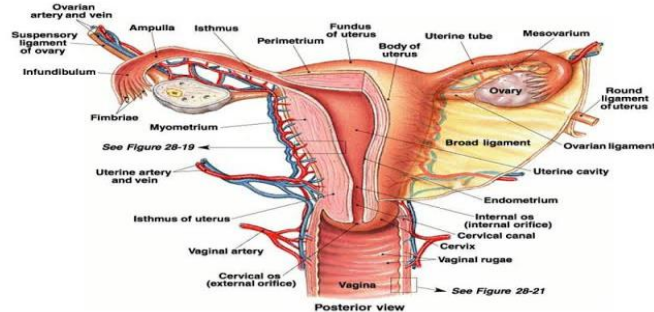
### TINJAUAN TEORI

#### A. ANATOMI SISTEM REPRODUKSI

##### 1. Genetalia Internal

Menurut (Aulia, 2020) anatomi system reproduksi adalah sebagai berikut :

Gambar 1.1



Anatomi System Reproduksi

##### a) Vagina

Adalah liang yang menghubungkan vulva dengan rahim, ukuran panjang dinding depan 8cm dan dinding belakang 10cm, bentuk dinding dalamnya berlipat-lipat disebut rugae, fungsi dari vagina menurut (Aulia, 2020) adalah :

- Saliran keluar untuk mengalirkan darah haid dan secret lain dari rahim
- Alat untuk bersenggama
- Jalan lahir pada waktu persalinan

##### b) Rahim (uterus)

Adalah suatu struktur otot yang terlalu kuat, bagian luarnya ditutupi oleh peritoneum sedangkan rongga dalamnya dilapisi oleh mukosa rahim. Bentuk rahim seperti bola lampu pijar, mempunyai rongga yang terdiri dari tiga bagian besar

menurut (Aulia, 2020) yaitu:

- Badan rahim (korpus uteri) berbentuk segitiga
- Leher rahim (serviks uteri) berbentuk silinder
- Rongga rahim (kavum uteri). Bagian rahim antara kedua pangkal tuba disebut fundus uteri.

Besarnya rahim berbeda-beda, tergantung pada usia dan pernah melahirkan anak atau belum.

1) Pada palipurna: Ukurannya 5,5-8 cm x 2-2,5 cm dengan berat 40- 50 gram.

2) Pada multipara: Ukurannya 9 – 9,5 cm x 5 – 5,6 cm x 3 – 3,5 cm dan beratnya 60 – 70 gram.

Serviks uteri terbagi 2 bagian :

- Pars supra vaginal
- Pars vaginal (portio)

Terdapat juga saluran yang menghubungkan orifisium uteri interna (oui) dan orifisium uteri eksterna (oue) disebut kanali servikalis. Dinding rahim secara histologic terdiri dari 3 lapisan :

- Lapisan serosa (lapisan peritoneum), lapisan luar yang peritoneum visceral
  - Lapisan otot (lapisan myometrium), lapisan tengah lapisan ini berbentuk sirkuler dan dan disebelah luar berbentuk longitudinal, diantara kedua lapisan ini terdapat lapisan otot oblik, berbentuk anyaman yang berperan penting dalam persalinan
  - Lapisan mukosa (endometrium), lapisan dalam endometrium terdiri dari lapisan epitel kubik, kelenjar-kelenjar dengan jaringan banyak pembuluh-pembuluh darah yang berkulek-kulek.
- c) Saluran telur (tuba falopi)

Adalah saluran yang keluar dari korum lahir kanan dan kiri, panjang 12- 13 cm dengan diameter 3-8 mm. Bagian luar

meliputi oleh peritoneum viserale, yang merupakan bagian dari ligamentum latum, bagian dalam saluran dilapisi salia, yang berfungsi untuk menyalurkan telur dan hasil konsepsi.

d) Indung telur (ovarium)

Terdapat dua indung telur, masing-masing dikanan dan dikiri rahim, dilapisi mesovarium dan tergantung dibelakang lig latum, bentuknya seperti almond, sebesar ibu jari, indung telur posisinya ditunjang oleh mesovarium, lig ovarik dan lig infundibulopelvikum. Menurut strukturnya ovarium terdiri dari :

- Kulit (korteks)
- Inti (medulla)

## **B. KONSEP DASAR SECTIO CAESAREA**

### **1. Pengertian Sectio Caesarea**

Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut atau sectio caesarea adalah suatu histrektomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim. Sectio caesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus (Oxorn, 2010) dalam (Megawati, 2018).

Seksio Cesarea adalah proses persalinan melalui pembedahan dimana irisandilakukan di perut ibu (laparatomy) dan Rahim (histerektomi) untuk mengeluarkan bayi. Suatu persalinan buatan, di mana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram. (Maryunani, 2014) dalam (Aprina dan Anita, 2018).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa sectio cesarea adalah suatu proses persalinan melalui pembedahan pada bagian perut dan rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram.

## **2. Etiologi Sectio Caesarea**

### a) Etiologi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin / panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul. Plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklampsia-eklampsia, atas permintaan kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM) gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya) (Aulia, 2020).

### b) Etiologi yang berasal dari janin

Fetal distress / gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan yang vakum atau forceps ekstraksi, plasenta previa dan solusio plasenta (Aulia, 2020).

## **3. Patofisiologi Sectio Caesarea**

Seksio cesarea adalah suatu proses persalinan melalui pembedahan pada bagian perut dan rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. Selain berasal dari faktor ibu seperti panggul sempit absolut, kegagalan melahirkan secara normal karena kurang adekuatnya stimulasi, tumor- tumor jalan lahir yang menimbulkan obstruksi, stenosis serviks/vagina, plasenta previa, disproporsi sefalopelvik, ruptura uteri membakat, indikasi dilakukannya sectio caesarea dapat berasal dari janin seperti kelainan letak, gawat janin, prolapsus plasenta, perkembangan bayi yang terlambat, mencegah hipoksia janin, misalnya karena preeklamsia.

Setiap operasi sectio caesarea anastesi spinal lebih

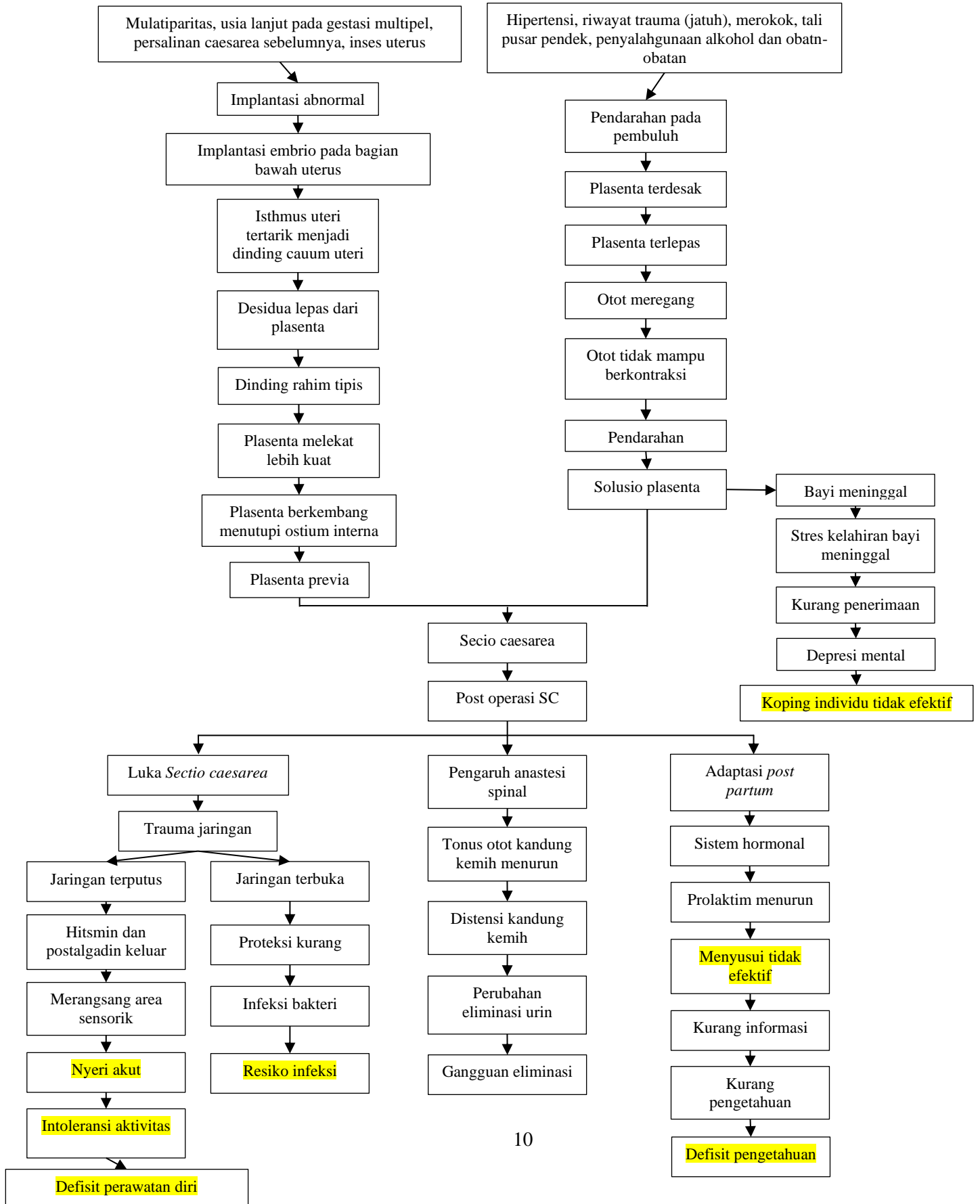


banyak dipakai dikarenakan lebih aman untuk janin. Tindakan anestesi yang diberikan dapat mempengaruhi tonus otot pada kandung kemih sehingga mengalami penurunan yang menyebabkan gangguan eliminasi urin. Sayatan pada perut dan rahim akan menimbulkan trauma jaringan dan terputusnya inkontinensia jaringan, pembuluh darah, dan saraf disekitar daerah insisi.

Setelah proses pembedahan berakhir, pada daerah insisi akan menimbulkan luka post operasi, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi. Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif akibat sekret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup. Anestesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus. Seperti yang telah diketahui setelah makanan masuk lambung akan terjadi proses penghancuran dengan bantuan peristaltik usus (Aulia, 2020).

#### 4. Pathway Sectio Caesarea

Menurut (Aulia, 2020) pathway post operasi section caesarea adalah :



## 5. Manifestasi Klinis Sectio Caesarea

Doenges (2010) dalam (Aulia, 2020) mengemukakan, manifestasi klinis section caesarea meliputi :

- Nyeri yang disebabkan luka hasil bedah
- Adanya luka insisi dibagian abdomen
- Di umbilicus, fundus uterus kontraksi kuat
- Aliran lokea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lokhea tidak banyak)
- Rata-rata terpasang kateter urinarius

## 6. Klasifikasi Sectio Caesarea

Klasifikasi dari seksio sesarea menurut Maryuni, 2014 dalam (Aulia, 2020) adalah :

- 1) Insisi abdomen antara lain dilakukan secara vertikal dan transversal / lintang yang masing-masing diuraikan sebagai berikut :

### a. Insisi Vertikal

Insisi vertikal garis tengah infraumbilikus adalah insisi yang paling cepat dibuat, insisi ini harus cukup panjang agar janin dapat lahir tanpa kesulitan.

### b. Insisi transversal / Lintang

Dengan insisi kulit, dan jaringan subkutan disayat dengan menggunakan insisi transversal rendah sedikit melengkung, insisi dibuat setinggi garis rambut pubis dan diperluas sedikit melebihi batas lateral otot rektus. Insisi uterus terdiri dari insisi seksio sesarea klasik dan insisi seksio sesarea transversal yang masing-masing dijelaskan dibawah ini :

#### 1. Insisi Sesarea klasik

Suatu insisi vertikal kedalam korpus uterus diatas segmen bawah uterus dan mencapai fundus uterus sudah jarang digunakan saat ini. Insisi melintang disegmen

bawah. Apabila insisi diperluas ke arah lateral, dapat terjadi laserasi salah satu atau kedua pembuluh darah. Insisi vertikal rendah padat diperluas keatas sehingga dalam keadaan yang memerlukan ruang lebih lapang, insisi dapat dilanjutkan ke korpus uterus.

## 2. Insisi Sesarea Transversal

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkraf pada segmen bawah Rahim (low cervical transversal) kira-kira 10cm.

## 7. Indikasi Sectio Caesarea

Indikasi medis seksio sesarea menurut Maryuni 2014 dalam (Aulia, 2020), ada dua faktor yaitu faktor ibu dan faktor bayi yang diuraikan sebagai berikut :

### a. Faktor ibu sebagai indikasi seksio sesarea

#### 1. Cephalo pelvic disproporsional (CPD)

Keadaan dimana tidak sesuai ukuran kepala janin dengan panggul ibu sehingga janin tidak dapat keluar melalu vagina

#### 2. Tumor jalan lahir yang menimbulkan obstruksi Tumor (neoplasma) pada jalan lahir terbagi menjadi neoplasma yang berada pada vagina, serviks, uteri, uterus dan ovarium

#### 3. HAP (hemorage ante partum)

Merupakan perdarahan sebelum melahirkan yang biasanya terdiri dari plasenta previa dan solusio plasenta.

- Plasenta previa adalah dimana posisi plasenta jatuh dibawah rahim dan menutupi sebagian atau seluruhnya jalan lahir, hal ini menyebabkan janin kekurangan oksigen dan nutrisi yang biasanya diperoleh lewat plasenta.
- Solusio plasenta adalah keadaan dimana plasenta lepas lebih cepat dari korpus uteri sebelum jalan lahir, seksio

sesarea dilakukan untuk mencegah kekurangan oksigen atau keracunan air ketuban pada janin.

4. Ketuban pecah dini, kantung ketuban adalah kantung yang ber dinding tipis yang berisi cairan dan janin selama kehamilan. Ketuban pecah dini adalah ketuban yang pecah sebelum proses persalinan berlangsung

5. Pre-eklamsia atau eklamsia

- Pre-eklamsia adalah penyakit dengan tanda hipertensi, edema dan kadar proteinuria yang timbul karena kehamilan
- Eklamsia adalah memburuknya keadaan pre-eklamsia dan terjadi gejala-gejala nyeri kepala di daerah frontal, gangguan penglihatan, mual, nyeri di epigastrium dan hiperefleksia

6. Usia

Ibu yang melahirkan untuk pertama kali berusia lebih dari 35 tahun memiliki resiko melahirkan dengan seksio sesarea karena pada usia tersebut ibu memiliki penyakit berisiko seperti hipertensi, jantung, diabetes mellitus dan pre-eklamsia.

7. Kelainan tali pusat

- Pelepasan tali pusat (tali pusat menumbung) keadaan dimana tali pusat berada didepan atau disamping bagian terbawah janin atau tali pusat berada di jalan lahir sebelum bayi, dan keadaan bertambah buruk bila tali pusat tertekan
- Terlilit tali pusat Lilitan tali pusat ketubuh janin akan berbahaya jika kondisi tali pusat terjepit atau terpelintir sehingga aliran oksigen dan nutrisi ketubuh janin tidak lancar, lilitan tali pusat mengganggu turunnya kepala janin yang sudah waktunya dilahirkan

b. Faktor bayi sebagai berikut :

1. Janin besar Berat bayi 4000 gram atau lebih (giant baby) menyebabkan bayi sulit keluar dari jalan lahir
2. Gawat janin dikarenakan keadaan janin kekurangan oksigen (hipoksia) yang diketahui dari denyut jantung janin yang abnormal dan adanya ekonium dari air ketuban
3. Letak sungsang Resiko bayi lahir sungsang dengan presentasi bokong pada persalinan alami diperkirakan empat kali lebih besar dibanding keadaan normal. Persalinan sungsang adalah persalinan untuk melahirkan janin yang membujur dalam uterus dengan bokong atau kaki pada bagian bawah dimana bokong atau kaki akan dilahirkan terlebih dahulu dari pada anggota badan lainnya

## **8. Komplikasi Sectio Caesarea**

Adapun komplikasi seksio sesarea menurut Maryunani 2014 dalam (Aulia, 2020) sebagai berikut :

A. Komplikasi pada ibu sebagai berikut :

- 1) Infeksi puerperal atau sepsis sesudah pembedahan
  - Infeksi puerperalis, dapat bersipat ringan seperti kenaikan suhu beberapa hari dalam masa nifas atau dapat bersipat berat seperti peritonitis dan sepsis
  - Infeksi post operatif terjadi apabila sebelum pembedahan sudah ada gejala infeksi intra partum atau faktor yang merupakan predisposisi terhadap kelainan itu
  - Bahaya infeksi sangat diperkecil dengan pemberian antibiotika
- 2) Pendarahan yang jumlahnya banyak dapat timbul pada waktu pembedahan jika cabang arteri uterine ikut terbuka, atau karena atonia uteri. Dalam hal ini pendarahan primer terjadi akibat kegagalan pencapai hemostasis dan ditempat insisi lain rahim atau akibat

atonia uteri yang dapat terjadi setelah pemanjangan masa persalinan.

**B. Komplikasi pada bayi**

- 1) Seperti halnya dengan ibunya, nasib anak yang dilahirkan dengan seksio sesarea banyak tergantung dari keadaan yang menjadi alasan untuk dilakukan seksio sesarea
- 2) Menurut statistic di Negara dengan pengawasan antenatal dan intranatal yang baik kematian perinatal pasca seksio seasrea berkisar 4-7 %.

**9. Pemeriksaan penunjang Sectio Caesarea**

Jitowiyono & kristiyanasari, 2010 dalam (Aulia, 2020) :

- a) Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- b) Pemantauan EKG
- c) Elektrolit
- d) Hemoglobin / hematocrit
- e) Golongan darah
- f) Urinalis
- g) Amniosentensis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- h) Ultrasound sesuai pesanan

**10. Penatalaksanaan Sectio Caesarea**

Ibu yang mengalami komplikasi obstetric atau medis memerlukan observasi ketat setelah resiko Setiocaesarea. Bangsal persalinan adalah tempat untuk memulihkan dan perawatan. Perawatan umum untuk semua ibu meliputi :

- 1) Kaji tanda-tanda vital dengan interval diats (15 menit).  
Pastikan kondisinyastabil
- 2) Lihat tinggi fundus uteri (TFU), adanya perdarahan dari luka dan jumlahloeka
- 3) Pertahankan keseimbangan cairan

- 4) Pastikan analgesa yang adekuat
- 5) Penggunaan analgesa epidural secara kontinu sangat berguna
- 6) Tangani kebutuhan khusus dengan indikasi langsung untuk SectioCaesarea, misalnya kondisi medis seperti diabetes
- 7) Anjurkan fisioterapi dada dan ambulasi dini jika tidak ada kontraindikasi
- 8) Sebelum pemulangan harus diberikan kesempatan yang sesuai dengan keadaan dan jawab pertanyaan-pertanyaan pasien
- 9) Jadwalkan kesempatan untuk melakukan pengkajian ulang pasca melahirkan guna memastikan penyembuhan total, mendiskusikan kehamilan berikutnya dan memastikan tindak lanjut perawatan untuk kondisimedisnya.

#### **11. Terapi Komplementer Post Operasi Sectio Caesarea**

Tindakan Sectio caesarea (SC) merupakan salah satu alternatif bagi seorang wanita dalam memilih proses persalinan di samping adanya indikasi medis dan indikasi non medis, tindakan SC akan memutuskan kontinuitas atau persambungan jaringan karena insisi yang akan mengeluarkan reseptor nyeri sehingga pasien akan merasakan nyeri terutama setelah efek anestesi habis (Heri Desmeta, 2018).

Rasa nyeri dapat menimbulkan stressor dimana individu berespon secara biologis dan hal ini dapat menimbulkan respon perilaku fisik dan psikologis. Mobilisasi dini adalah upaya untuk memandirikan pasien secara bertahap mengingat besarnya tanggung jawab yang harus dilakukan oleh ibu untuk pemulihannya dan merawat bayinya, namun banyak ibu takut melakukan pergerakan karena takut merasa nyeri padahal pergerakan itu dapat mengurangi nyeri selain itu mobilisasi dini



dapat melatih kemandirian ibu, teknik non farmakologis lainnya yang bias dilakukan oleh ibu postpartum yaitu melakukan teknik relaksasi secara teratur dan benar, teknik relaksasi akan mengurangi intensitas nyeri ibu post SC dan membantu relaksasi otot serta membantu pernafasan menjadi lebih baik (Heri Desmeta, 2018).

Penanganan yang sering digunakan untuk menurunkan nyeri post seksio sesaria biasanya menggunakan analgetik. Namun demikian pemberian farmakologi tidak bertujuan untuk meningkatkan kemampuan klien sendiri untuk mengontrol nyerinya. Macam-macam tekhnik non farmakologi antaranya : akupuntur, aromaterapi dan relaksasi nafas dalam. Aromaterapi minyak essensial pada tanaman tidak mengubah tekanan darah ataupun denyut jantung, namun dapat memperbaiki alam perasaan dan tingkat ansietas. Dengan menghirup aroma lavender maka akan meningkatkan gelombang-gelombang alpa di dalam otak dan gelombang inilah yang membantu kita untuk merasa rileks, teknik relaksasi nafas dalam juga membantu untuk menurunkan rasa nyeri dan pasien menjadi lebih rileks. (Simkin, 2008 dalam Swandari, 2014) dalam (Aulia, 2020).

## **C. KONSEP DASAR SOLUSIO PLASENTA**

### **1. Pengertian Solusio Plasenta**

Solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta yang letaknya normal pada korpus uteri sebelum janin lahir. Biasanya terjadi dalam triwulan ketiga atau triwulan kedua. Namun, apabila terjadi sebelum kehamilan 20 minggu akan didiagnosa sebagai abortus imminens. Nama lain dari solusio plasenta adalah abruption plasentae, ablation plasentae, premature separation of the normally implanted placenta. Sedangkan Abdul Bari Saifuddin dalam bukunya mendefinisikan solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta dari tempat implantasi normalnya sebelum janin lahir, dan definisi ini hanya berlaku apabila

terjadi pada kehamilan di atas 22 minggu atau berat janin di atas 500 gram (Dr. Muara P. Lubis, 2019).

Plasenta menurut (Dr. Muara P. Lubis, 2019) dari tingkat gejala klinisnya, yaitu :

- Ringan

Perdarahan kurang 100-200 cc, uterus tidak tegang, belum ada tanda renjatan, janin hidup, pelepasan plasenta kurang 1/6 bagian permukaan, kadar fibrinogen plasma lebih 150 mg%.

- Sedang

Perdarahan lebih 200 cc, uterus tegang, terdapat tanda pre renjatan, gawat janin atau janin telah mati, pelepasan plasenta 1/4-2/3 bagian permukaan, kadar fibrinogen plasma 120-150 mg%.

- Berat

Uterus tegang dan berkontraksi tetanik, terdapat tanda renjatan, janin mati, pelepasan plasenta dapat terjadi lebih 2/3 bagian atau keseluruhan.

## 2. Etiologi Solusio Plasenta

Penyebab primer solusio plasenta belum diketahui secara pasti, walaupun beberapa keadaan tertentu dapat menyertainya, seperti umur ibu yang tua, multiparitas, Di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo 16,3 % solusio plasenta disertai penyakit hipertensi menahun, 15,5 % pre-eklamsia, 1,2 %, trauma, tali pusat yang pendek, tekanan pada vena kava inferior, dan defisiensi asam folik, ketuban pecah sebelum waktunya, kebiasaan merokok, penyalahgunaan kokain. Faktor predisposisi terjadinya solusio plasenta antara lain :

### 1) Faktor kardio-reno-vaskuler

Glomerulonefritis kronik, hipertensi essensial, sindroma preeklamsia dan eklamsia. Pada penelitian di Parkland dalam (Dr. Muara P. Lubis, 2019), ditemukan bahwa terdapat hipertensi pada separuh kasus solusio plasenta berat, dan separuh dari wanita yang hipertensi tersebut mempunyai penyakit hipertensi kronik, sisanya

hipertensi yang disebabkan oleh kehamilan. Dapat terlihat solusio plasenta cenderung berhubungan dengan adanya hipertensi pada ibu bahwa wanita hipertensi cenderung mengalami solusio yang lebih berat. Peningkatan insiden solusio tiga kali lipat pada hipertensi kronik dan empat kali lipat pada preeklamsi berat.

## 2) Faktor trauma

Trauma yang dapat terjadi antara lain :

- Dekompresi uterus pada hidroamnion dan gemeli.
- Tarikan pada tali pusat yang pendek akibat pergerakan janin yang banyak/bebas, versi luar atau tindakan pertolongan persalinan.
- Trauma langsung, seperti jatuh, kena tendang, dan lain-lain.
- Trauma eksternal diperkirakan berperan hanya pada 3 diantara 207 kasus solusio plasenta yang menyebabkan kematian janin di parkland Hospital. Dari penelitian yang dilakukan Slava di Amerika Serikat diketahui bahwa trauma yang terjadi pada ibu (kecelakaan, pukulan, jatuh, dan lain-lain) merupakan penyebab 1,5-9,4% dari seluruh kasus solusio plasenta (Dr. Muara P. Lubis, 2019).

## 1) Faktor paritas ibu

Lebih banyak dijumpai pada multipara dari pada primipara. Pritchard dkk (1991) juga memperlihatkan bahwa insiden lebih tinggi pada wanita dengan paritas tinggi. Holmer mencatat bahwa dari 83 kasus solusio plasenta yang diteliti dijumpai 45 kasus terjadi pada wanita multipara dan 18 pada primipara. Pengalaman di RSUPNCM menunjukkan peningkatan kejadian solusio plasenta pada ibu-ibu dengan paritas tinggi. Hal ini dapat diterangkan karena makin tinggi paritas ibu makin kurang baik keadaan endometrium.

## 2) Faktor usia ibu

Penelitian Prawirohardjo di RSUPNCM dalam (Dr.

Muara P. Lubis, 2019) dilaporkan bahwa terjadinya peningkatan kejadian solusio plasenta sejalan dengan meningkatnya umur ibu. Hal ini dapat diterangkan karena makin tua umur ibu, makin tinggi frekuensi hipertensi menahun.

3) Faktor kebiasaan merokok

Ibu yang perokok juga merupakan penyebab peningkatan kasus solusio plasenta sampai dengan 25% pada ibu yang merokok  $\leq 1$  (satu) bungkus per hari. Ini dapat diterangkan pada ibu yang perokok plasenta menjadi tipis, diameter lebih luas dan beberapa abnormalitas pada mikrosirkulasinya.

4) Riwayat solusio plasenta sebelumnya

Hal yang sangat penting dan menentukan prognosis ibu dengan riwayat solusio plasenta adalah bahwa resiko berulangnya kejadian ini pada kehamilan berikutnya jauh lebih tinggi dibandingkan dengan ibu hamil lainnya yang tidak memiliki riwayat solusio plasenta sebelumnya.

### **3. Patofisiologi Solusio Plasenta**

Solusio plasenta diawali oleh perdarahan ke dalam desidua basalis. Desidua kemudian terpisah, meninggalkan satu lapisan tipis yang melekat ke miometrium. Akibatnya, proses ini pada tahap yang awal memperlihatkan pembentukan hematoma desidua yang menyebabkan pemisahan, penekanan, dan akhirnya destruksi plasenta yang berada didekatnya (Dr. Muara P. Lubis, 2019).

Apabila perdarahan sedikit, hematoma yang kecil hanya akan sedikit mendesak jaringan plasenta dan peredaran darah utero-plasenta belum terganggu, serta gejala dan tandanya pun belum jelas. Kejadian baru diketahui setelah plasenta lahir, yang pada pemeriksaan plasenta didapatkan cekungan pada permukaan maternalnya dengan bekuan darah lama yang berwarna kehitaman. Biasanya perdarahan akan berlangsung terus-menerus/tidak

terkontrol karena otot uterus yang meregang oleh kehamilan tidak mampu berkontraksi untuk membantu dalam menghentikan perdarahan yang terjadi. Akibatnya hematoma subkhorionik akan menjadi bertambah besar, kemudian akan memedesak plasenta sehingga sebagian dan akhirnya seluruh plasenta akan terlepas dari implantasinya di dinding uterus.

Sebagian darah akan masuk ke bawah selaput ketuban, dapat juga keluar melalui vagina, darah juga dapat menembus masuk ke dalam kantong amnion, atau mengadakan ekstrasvasasi di antara otot-otot miometri. Apabila ekstrasvasasinya berlangsung hebat akan terjadi suatu kondisi uterus yang biasanya disebut dengan istilah Uterus Couvelaire, dimana pada kondisi ini dapat dilihat secara makroskopis seluruh permukaan uterus terdapat bercak-bercak berwarna biru atau ungu. Uterus pada kondisi seperti ini (Uterus Couvelaire) akan terasa sangat tegang, nyeri dan juga akan mengganggu kontraktilitas (kemampuan berkontraksi) uterus yang sangat diperlukan pada saat setelah bayi dilahirkan sebagai akibatnya akan terjadi perdarahan post partum yang hebat (Dr. Muara P. Lubis, 2019).

#### 4. Tanda Dan Gejala Solusio Plasenta

Keluhan dan gejala pada solusio plasenta dapat bervariasi cukup luas. Menurut (Dr. Muara P. Lubis, 2019) tanda dan gejala solusio plasenta adalah sebagai berikut :

No	Tanda Dan Gejala	Frekuensi (%)
1	Perdarahan pervaginam	78
2	Nyeri tekan uterus atau nyeri pinggang	66
3	Gawat janin	60
4	Persalinan premature idiopatik	22
5	Kontraksi berfrekuensi tinggi	17
6	Uterus hipertonic	17
7	Kematian janin	15

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa perdarahan pervaginam merupakan gejala atau tanda dengan frekuensi tertinggi pada kasus-

kasus solusio plasenta. Berdasarkan kepada gejala dan tanda yang terdapat pada solusio plasenta klasik umumnya tidak sulit menegakkan diagnosis, tapi tidak demikian halnya pada bentuk solusio plasenta sedang dan ringan. Solusio plasenta klasik mempunyai ciri-ciri nyeri yang hebat pada perut yang datangnya cepat disertai uterus yang tegang terus menerus seperti papan, penderita menjadi anemia dan syok, denyut jantung janin tidak terdengar dan pada pemeriksaan palpasi perut ditemui kesulitan dalam meraba bagian-bagian janin (Dr. Muara P. Lubis, 2019).

#### **5. Gambaran Klinis Solusio Plasenta**

Gambaran klinis dari kasus-kasus solusio plasenta diterangkan atas pengelompokannya menurut gejala klinis adalah :

- Solusio plasenta ringan

Solusio plasenta ringan ini disebut juga ruptura sinus marginalis, dimana terdapat pelepasan sebagian kecil plasenta yang tidak berdarah banyak. Perut terasa agak sakit, atau terasa agak tegang yang sifatnya terus menerus. Walaupun demikian, bagian-bagian janin masih mudah diraba. Uterus yang agak tegang ini harus selalu diawasi, karena dapat saja menjadi semakin tegang karena perdarahan yang berlangsung. Salah satu tanda yang menimbulkan kecurigaan adanya solusio plasenta ringan ini adalah perdarahan pervaginam yang berwarna kehitam-hitaman (Dr. Muara P. Lubis, 2019).

- Solusio plasenta sedang

Dalam hal ini plasenta telah terlepas lebih dari satu per empat bagian, tetapi belum dua per tiga luas permukaan. Tanda dan gejala dapat timbul perlahan-lahan seperti solusio plasenta ringan, tetapi dapat juga secara mendadak dengan gejala sakit perut terus menerus, yang tidak lama kemudian disusul dengan perdarahan pervaginam. Walaupun perdarahan pervaginam dapat sedikit, tetapi perdarahan sebenarnya mungkin telah

mencapai 1000 ml. Ibu mungkin telah jatuh ke dalam syok, demikian pula janinnya yang jika masih hidup mungkin telah berada dalam keadaan gawat. Dinding uterus teraba tegang terus-menerus dan nyeri tekan sehingga bagian-bagian janin sukar untuk diraba (Dr. Muara P. Lubis, 2019).

- Solusio plasenta berat

Plasenta telah terlepas lebih dari dua per tiga permukaannya. Terjadi sangat tiba-tiba. Biasanya ibu telah jatuh dalam keadaan syok dan janinnya telah meninggal. Uterusnya sangat tegang seperti papan (*defance musculaire*) dan sangat nyeri disertai perdarahan yang berwarna hitam. Oleh karena itu palpasi bagian-bagian janin tidak mungkin lagi dilakukan. Perdarahan pervaginam tampak tidak sesuai dengan keadaan syok ibu, terkadang perdarahan pervaginam mungkin saja belum sempat terjadi. Pada keadaan-keadaan di atas besar kemungkinan telah terjadi kelainan pada pembekuan darah dan kelainan/gangguan fungsi ginjal (Dr. Muara P. Lubis, 2019).

## **6. Komplikasi Solusio Plasenta**

- Syok Hemoragik

Syok hemoragik disebabkan oleh pengurangan volume sirkulasi darah perifer yang absolut dan berlama-lama dan disertai dengan hipoperfusi jaringan. Telah dinyatakan bahwa syok yang terjadi pada pasien dengan solusio plasenta biasanya dikarenakan kehilangan darah yang menyebabkan hipovolemia yang berkepanjangan. .

- Koagulopati Generalisata

Koagulopati generalisata merupakan kelainan pembekuan darah yang terjadi pada solusio plasenta. Secara klinis menunjukkan gambaran perdarahan dari membrane mukosa, perdarahan dari vena punksi atau jaringan subkutan, uterus hemoragik, atau ketidakmampuan menghentikan

perdarahan pada waktu pembedahan. Kelainan pembekuan ini biasanya disebabkan oleh hipofibrinogenemia yang terjadi kira-kira 10%. Lama-kelamaan pasien akan jatuh kedalam DIC. DIC ditemukan pada beberapa kasus solusio plasenta yang berasosiasi dengan kematian janin atau perdarahan massif. Fenomena yang sering terjadi dapat berupa consumption coagulopathy yang menyebabkan fibrinolisis sekunder.

- Nekrosis Iskemik Pada Organ Jauh

Kerusakan pada ginjal merupakan komplikasi dari solusio plasenta berat yang paling sering didokumentasikan, biasanya berupa nekrosis tubular akut, nekrosis korteks bilateral, atau keduanya. Hal ini dikarenakan suplai darah yang tidak adekuat dan hipoksia yang disebabkan perdarahan hipovolemik atau obstruksi sekunder dikarenakan deposit di arteriole yang berasal dari DIC. Dapat juga berkembang menjadi oliguria bahkan anuria. Kunci utama pencegahan iskemik pada renal adalah mengurangi kekentalan darah yang hipovolemia dengan terapi cairan untuk melawan syok hipovolemik. Selain ginjal, organ yang sering terkena nekrosis adalah hati, kelenjar renal, kelenjar hipofisis

- Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini dikarenakan efek dari thrombin (yang diproduksi karena kerusakan pembuluh darah yang dikarenakan perdarahan desidua dan/atau inflamasi) dan juga disebabkan enzim proteolitik (matrix metalloproteinase-1). Peningkatan jumlah thrombin akan memacu penghancuran membrane fetus. Peningkatan aktivitas enzim matrix metalloproteinase-1 di korioamnion sebelum matur akan mengganggu integritas membrane dan kemudian memicu terjadinya ketuban pecah dini (Dr. Muara P. Lubis, 2019).



Komplikasi yang dapat terjadi pada janin :

- Fetal distress
- Gangguan pertumbuhan/perkembangan
- Hipoksia dan anemia
- Kematian

## **7. Terapi Pada Solusio Plasenta**

Penanganan kasus-kasus solusio plasenta didasarkan kepada berat atau ringannya gejala klinis, yaitu :

- Solusio plasenta ringan

Ekspektatif, bila usia kehamilan kurang dari 36 minggu dan bila ada perbaikan (perdarahan berhenti, perut tidak sakit, uterus tidak tegang, janin hidup) dengan tirah baring dan observasi ketat, kemudian tunggu persalinan spontan. Bila ada perburukan (perdarahan berlangsung terus, gejala solusio plasenta makin jelas, pada pemantauan dengan USG daerah solusio plasenta bertambah luas), maka kehamilan harus segera diakhiri. Bila janin hidup, lakukan seksio sesaria, bila janin mati lakukan amniotomi disusul infus oksitosin untuk mempercepat persalinan.

- Solusio plasenta sedang dan berat

Apabila tanda dan gejala klinis solusio plasenta jelas ditemukan, penanganan di rumah sakit meliputi transfusi darah, amniotomi, infus oksitosin dan jika perlu seksio sesaria. Apabila diagnosis solusio plasenta dapat ditegakkan berarti perdarahan telah terjadi sekurang-kurangnya 1000 ml. Maka transfusi darah harus segera diberikan . Amniotomi akan merangsang persalinan dan mengurangi tekanan intrauterin. Keluarnya cairan amnion juga dapat mengurangi perdarahan dari tempat implantasi dan mengurangi masuknya tromboplastin ke dalam sirkulasi ibu yang mungkin akan mengaktifkan faktor-faktor pembekuan dari hematoma subkhorionik dan terjadinya pembekuan intravaskuler dimana-mana.

Persalinan juga dapat dipercepat dengan memberikan infus oksitosin yang bertujuan untuk memperbaiki kontraksi uterus yang mungkin saja telah mengalami gangguan. Gagal ginjal sering merupakan komplikasi solusio plasenta. Biasanya yang terjadi adalah nekrosis tubuli ginjal mendadak yang umumnya masih dapat tertolong dengan penanganan yang baik. Tetapi bila telah terjadi nekrosis korteks ginjal, prognosinya buruk sekali. Pada tahap oliguria, keadaan umum penderita umumnya masih baik.

#### **8. Pemeriksaan Penunjang Solusio Plasenta**

Prosedur pemeriksaan untuk dapat menegakkan diagnosis solusio plasenta antara lain :

a) Anamnesis

- Perasaan sakit yang tiba-tiba di perut, kadang-kadang pasien dapat menunjukkan tempat yang dirasa paling sakit
- Perdarahan pervaginam yang sifatnya dapat hebat dan sekonyong-konyong (non-recurrent) terdiri dari darah segar dan bekuan-bekuan darah yang berwarna kehitaman
- Pergerakan anak mulai hebat kemudian terasa pelan dan akhirnya berhenti (anak tidak bergerak lagi)
- Kepala terasa pusing, lemas, muntah, pucat, mata berkunang-kunang. Ibu terlihat anemis yang tidak sesuai dengan jumlah darah yang keluar pervaginam
- Kadang ibu dapat menceritakan trauma dan faktor kausal yang lain

b) Inspeksi

- Pasien gelisah, sering mengerang karena kesakitan
- Pucat, sianosis dan berkeringat dingin
- Terlihat darah keluar pervaginam (tidak selalu)

c) Palpasi

- Tinggi fundus uteri (TFU) tidak sesuai dengan tuanya kehamilan
- Uterus tegang dan keras seperti papan yang disebut uterus in

bois (wooden uterus) baik waktu his maupun di luar his

- Nyeri tekan di tempat plasenta terlepas
- Bagian-bagian janin sulit dikenali, karena perut (uterus) tegang

d) Auskultasi

Sulit dilakukan karena uterus tegang, bila denyut jantung terdengar biasanya di atas 140.

e) Pemeriksaan dalam

- Serviks dapat telah terbuka atau masih tertutup
- Kalau sudah terbuka maka plasenta dapat teraba menonjol dan tegang, baik sewaktu his maupun di luar his
- Apabila plasenta sudah pecah dan sudah terlepas seluruhnya, plasenta ini akan turun ke bawah dan teraba pada pemeriksaan, disebut prolapsus placenta, ini sering meragukan dengan plasenta previa

f) Pemeriksaan umum

Tekanan darah semula mungkin tinggi karena pasien sebelumnya menderita penyakit vaskuler, tetapi lambat laun turun dan pasien jatuh dalam keadaan syok, nadi cepat, kecil dan filiformis

g) Pemeriksaan laboratorium

- Urin : Albumin (+), pada pemeriksaan sedimen dapat ditemukan silinder dan leukosit
- Darah : Hb menurun, periksa golongan darah, lakukan cross-match test. Karena pada solusio plasenta sering terjadi kelainan pembekuan darah hipofibrinogenemia, maka diperiksakan pula COT (Clot Observation test) tiap 1 jam, tes kualitatif fibrinogen (fiberindex), dan tes kuantitatif fibrinogen (kadar normalnya 150 mg%)

h) Pemeriksaan plasenta

Plasenta dapat diperiksa setelah dilahirkan. Biasanya tampak tipis dan cekung di bagian plasenta yang terlepas (kreator)

dan terdapat koagulum atau darah beku yang biasanya menempel di belakang plasenta, yang disebut hematoma retroplacenter

i) Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Pada pemeriksaan USG yang dapat ditemukan antara lain:

- Terlihat daerah terlepasnya plasenta
- Janin dan kandung kemih ibu
- Darah
- Tepian plasenta

## **D. KONSEP DASAR PLASENTA PREVIA**

### **1. Definisi Plasenta Previa**

Istilah plasenta previa mengacu pada plasenta yang menutupi atau dekat dengan ostium uteri internum. Plasenta biasanya berimplantasi di segmen atas rahim. Pada plasenta previa, plasenta baik seluruhnya atau sebagian terletak di dalam segmen bawah rahim. (Ramadhan, 2022).

Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim yaitu di atas dan dekat tulang cerviks dalam dan menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum. Angka kejadian plasenta previa adalah 0,4 – 0,6 % dari keseluruhan persalinan. Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal yaitu pada segmen bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir (Roni et al., 2018).

Plasenta previa adalah plasenta yang terletak di segmen bawah rahim sedemikian rupa sehingga berdekatan atau sebagian atau seluruhnya menutupi ostium uteri interna (Roni et al., 2018).

### **2. Etiologi Plasenta Previa**

Penyebab pasti dari placenta previa belum diketahui sampai saat ini. Tetapi berkurangnya vaskularisasi pada segmen bawah rahim karena bekas luka operasi uterus, kehamilan molar, atau tumor yang menyebabkan implantasi placenta jadi lebih rendah merupakan

sebuah teori tentang penyebab plasenta previa yang masuk akal (Roni et al., 2018).

Etiologi plasenta previa belum diketahui secara pasti, namun beberapa faktor risiko telah ditetapkan sebagai kondisi yang berhubungan dengan terjadinya plasenta previa. Faktor risiko ini termasuk kehamilan usia tua, multiparitas, kehamilan ganda, merokok selama kehamilan, janin laki-laki, riwayat aborsi kehamilan, riwayat operasi rahim, riwayat plasenta previa pada kehamilan sebelumnya dan IVF (Roni et al., 2018).

### **3. Patofisiologi Plasenta Previa**

Menurut Chalik (2002) dalam (Ramadhan, 2022) pada usia kehamilan yang lanjut, umumnya pada trisemester ketiga dan mungkin juga lebih awal, oleh karena telah mulai terbentuknya segmen bawah rahim, tapak plasenta akan mengalami pelepasan. Dengan melebarnya isthmus uteri menjadi segmen bawah rahim, maka plasenta yang berimplantasi disitu sedikit banyak akan mengalami laserasi akibat pelepasan pada tapaknya. Demikian pula pada waktu servik mendatar dan membuka ada bagian tapak plasenta yang lepas. Pada tempat laserasi itu akan terjadi perdarahan yang berasal dari sirkulasi maternal yaitu ruang intervillus dari plasenta. Oleh sebab itu, perdarahan pada plasenta previa betapapun pasti akan terjadi oleh karena segmen bawah rahim senantiasa terbentuk.

Perdarahan antepartum akibat plasenta previa terjadi sejak kehamilan 20 minggu saat segmen bawah uterus lebih banyak mengalami perubahan. Pelebaran segmen bawah uterus dan servik menyebabkan sinus uterus robek karena lepasnya plasenta dari dinding uterus atau karena robekan sinus marginalis dari plasenta. Perdarahan tidak dapat dihindarkan karena ketidakmampuan serabut otot segmen bawah uterus untuk berkontraksi seperti pada plasenta letak normal. Patofisiologi plasenta previa pada multiparitas mirip dengan usia yang diduga akibat perubahan aterosklerotik pada uterus

dan infark yang menyebabkan perfusi plasenta yang kurang. Penelitian yang dilakukan oleh Kuribayashi et al pada tahun 2021 dalam (Ramadhan, 2022). untuk mengetahui faktor risiko perdarahan antepartum (APH) pada wanita dengan plasenta previa (Ramadhan, 2022).

#### **4. Manifestasi Klinis Plasenta Previa**

Pendarahan vagina tanpa rasa sakit selama trimester kedua atau ketiga kehamilan adalah muncul sebagai manifestasi klinis yang sering ditemui. Pendarahan dapat dipicu dari hubungan seksual, pemeriksaan vagina, persalinan, dan kadang-kadang mungkin tidak ada penyebab yang dapat diidentifikasi. Pada pemeriksaan spekulum, terdapat perdarahan minimal hingga perdarahan aktif. Plasenta dapat divisualisasikan pada pemeriksaan spekulum jika serviks melebar. Pemeriksaan digital harus dihindari untuk mencegah perdarahan masif (Lockwood, Russo-Stieglitz and Berghella, 2019) dalam (Ramadhan, 2022). Kemudian manifestasi klinis lainnya adalah :

- Rasa tak sakit, perdarahan uteri, terutama pada trimester ketiga.
- Jarang terjadi pada episode pertama kejadian yang mengancam kehidupan atau menyebabkan syok hipovolemik.
- Kira-kira 7% dari placenta previa tanpa gejala dan merupakan suatu temuan yang kebetulan pada scan ultrasonik.
- Beberapa adalah jelmaan untuk pertama kali, saat uteri bawah merentang dan tipis, saat sobek dan perdarahan terjadi di lokasi implantasi bawah.
- Placenta previa mungkin tidak menyebabkan perdarahan hingga kelahiran mulai atau hingga terjadi dilatasi lengkap. Perdarahan awal terjadi dan berlebih-lebih pada total previa. Perdarahan yang merah terang mungkin terjadi secara intermitten, saat pancaran, atau lebih jarang, mungkin jugaberlanjut. Ini mungkin berawal saat wanita sedang istirahat atau di tengah-tengah aktifitas. Kebetulan kejadian ini tidak pernah terjadi kecuali jika dilakukan

pengkajian vaginal atau rektal memulai perdarahan dengan kasar sebelum atau selama awal kehamilan.

- Sikap yang tak terpengaruh oleh placenta previa adalah rasa sakit. Bagaimanapun jika perdarahan yang pertama bersamaan dengan serangan kelahiran, wanita mungkin mengalami rasa tak nyaman karena kontraksi uterus.
- Pada pengkajian perut, jika fetus terletak longitudinal, ketinggian fundus biasanya lebih besar dari yang diharapkan untuk umur kehamilannya karena placenta previa menghalangi turunnya bagian-bagian janin.
- Manuver leopard mungkin menampakkan fetus pada posisi miring atau melintang karena abnormalitas lokasi implantasi placenta.
- Seperti kaidah, fetal distress atau kemayian janin terjadi hanya jika bagian penting placenta previa terlepas dari desidua basalis atau jika ibu menderita syok hipovolemik (Ramadhan, 2022).

## **5. Terapi Pada Plasenta Previa**

### **a) Terapi ekspektatif**

Tujuan terapi ekspektatif menurut (Mursalim et al., 2019) adalah supaya janin tidak terlahir prematur, pasien dirawat tanpa melakukan pemeriksaan dalam melalui kanalis servisis. Upaya diagnosis dilakukan secara non invasif. Pemantauan klinis dilaksanakan secara ketat dan baik. Syarat pemberian terapi ekspektatif :

- Kehamilan preterm dengan perdarahan sedikit yang kemudian berhenti
- Belum ada tanda-tanda in partu
- Keadaan umum ibu cukup baik (kadar hemoglobin dalam batas normal)
- Janin masih hidup
- Rawat inap, tirah baring, dan berikan antibiotik profilaksis
- Lakukan pemeriksaan USG untuk mengetahui implantasi

placenta, usia kehamilan, profil biofisik, letak, dan presentasi janin

- Berikan tokolitik bila ada kontriksi : MgSO<sub>4</sub> 4 gr IV dosis awal dilanjutkan 4 gr tiap 6 jam, Nifedipin 3 x 20 mg/hari, Betamethason 24 mg IV dosis tunggal untuk pematangan paru janin
- Uji pematangan paru janin dengan Tes Kocok (Bubble Test) dari test amniosentesis
- Bila setelah usia kehamilan di atas 34 minggu placenta masih berada di sekitar ostium uteri internum, maka dugaan plasenta previa menjadi jelas sehingga perlu dilakukan observasi dan konseling untuk menghadapi kemungkinan keadaan gawat darurat.
- Bila perdarahan berhenti dan waktu untuk mencapai 37 minggu masih lama, pasien dapat dipulangkan untuk rawat jalan (kecuali apabila rumah pasien di luar kota dan jarak untuk mencapai RS lebih dari 2 jam) dengan pesan segera kembali ke RS apabila terjadi perdarahan ulang

b) Terapi aktif (tindakan segera)

- Wanita hamil di atas 22 minggu dengan perdarahan pervaginam yang aktif dan banyak harus segera ditatalaksana secara aktif tanpa memandang maturitas janin
- Untuk diagnosis placenta previa dan menentukan cara menyelesaikan persalinan, setelah semua persyaratan dipenuhi, lakukan PDOM jika : Infus / tranfusi telah terpasang, kamar dan tim operasi telah siap, Kehamilan ? 37 minggu (BB ? 2500 gram) dan in partu, Janin telah meninggal atau terdapat anomali kongenital mayor (misal : anensefali), Perdarahan dengan bagian terbawah jsnin telah jauh melewati PAP (2/5 atau 3/5 pada palpasi luar).
- Cara menyelesaikan persalinan dengan placenta previa adalah :



a) Seksio Cesaria (SC)

- Prinsip utama dalam melakukan SC adalah untuk menyelamatkan ibu, sehingga walaupun janin meninggal atau tak punya harapan hidup tindakan ini tetap dilakukan
- Tempat implantasi plasenta previa terdapat banyak vaskularisasi sehingga cervik uteri dan segmen bawah rahim menjadi tipis dan mudah robek. Selain itu, bekas tempat implantasi placenta sering menjadi sumber perdarahan karena adanya perbedaan vaskularisasi dan susunan serabut otot dengan korpus uteri
- Siapkan darah pengganti untuk stabilisasi dan pemulihan kondisi ibu
- Lakukan perawatan lanjut pascabedah termasuk pemantauan perdarahan, infeksi, dan keseimbangan cairan dan elektrolit.

**6. Komplikasi Plasenta Previa**

Plasenta previa dapat menyebabkan resiko pada ibu dan janin. Menurut Manuaba (2001) dalam (Guslatipa et al., 2019), adapun komplikasi – komplikasi yang terjadi yaitu:

- Komplikasi pada ibu, antara lain: perdarahan tambahan saat operasi menembus plasenta dengan insersio di depan, infeksi karena anemia, robekan implantasi plasenta di bagian belakang segmen bawah rahim, terjadinya ruptura uteri karena susunan jaringan rapuh dan sulit diketahui.
- Komplikasi pada janin, antara lain: prematuritas dengan morbiditas dan mortalitas tinggi, mudah infeksi karena anemia disertai daya tahan rendah, asfiksia intrauterine sampai dengan kematian.

**7. Pemeriksaan Penunjang Plasenta Previa**

Menurut (Guslatipa et al., 2019) Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk pemeriksaan plasenta previa adalah :

- **USG (Ultrasonographi)**

Dapat mengungkapkan posisi rendah berbaring placenta tapi apakah placenta melapisi cervik tidak biasa diungkapkan

- **Sinar X**

Menampakkan kepadatan jaringan lembut untuk menampakkan bagian-bagian tubuh janin.

- **Pemeriksaan laboratorium**

Hemoglobin dan hematokrit menurun. Faktor pembekuan pada umumnya di dalam batas normal.

- **Pengkajian vaginal**

Pengkajian ini akan mendiagnosa placenta previa tapi seharusnya ditunda jika memungkinkan hingga kelangsungan hidup tercapai (lebih baik sesudah 34 minggu). Pemeriksaan ini disebut pula prosedur susunan ganda (double setup procedure). Double setup adalah pemeriksaan steril pada vagina yang dilakukan di ruang operasi dengan kesiapan staf dan alat untuk efek kelahiran secara cesar.

- **Isotop Scanning Atau lokasi penempatan placenta.**

- **Amniocentesis**

Jika 35 – 36 minggu kehamilan tercapai, panduan ultrasound pada amniocentesis untuk menaksir kematangan paru-paru (rasio lecithin / spingomyelin [LS] atau kehadiran phosphatidygliserol) yang dijamin. Kelahiran segera dengan operasi direkomendasikan jika paru-paru fetal sudah mature.

## **E. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN POST SECTIO CAESAREA**

### **1. Pengkajian**

Menurut (Dermawan, 2012) dalam (Ramadhan, 2022) untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien baik secara bio,psiko, sosial dan spiritual

adalah dengan dilakukannya pengkajian karena pengkajian merupakan konsep dasar dari proses keperawatan.

Tahap ini adalah tahap penentuan untuk tahap berikutnya, pengkajian juga merupakan tahap dasar dan awal dalam proses keperawatan. Diagnosis keperawatan akan ditentukan ditahap ini dengan kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi, maka dari itu pengkajian harus dilaksanakan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat diidentifikasi. Dalam pengkajian keperawatan post SC itu sendiri meliputi, identitas klien, keluhan utama, riwayat kesehatan, riwayat perkawinan, riwayat obstet, riwayat persalinan sekarang, riwayat KB, pola-pola fungsi kesehatan pemeriksaan.

## **2. Analisa Data**

Menurut (Budiono, 2016) dalam (Dewi Maylasari, Siva Raharja, 2017) proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/pasien sebagai tatanan pelayanan kesehatan merupakan asuhan keperawatan. Proses keperawatan itu sendiri ada lima tahap, yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi evaluasi, dan dokumentasi.

Dan semua proses keperawatan itu akan saling terkait satu sama lain dalam setiap harinya proses mengklasifikasi data adalah analisa data, data subjektif dan data objektif merupakan klasifikasi data dalam analisa, data yang didapat dari pasien langsung disebut dengan data subjektif atau data primer sedangkan data yang diperoleh dari selain pasien seperti keluarga yang tau tentang keadaan pasien, rekam medic, tes dan lain sebagainya disebut dengan data objektif atau data sekunder.

## **3. Diagnosa Keperawatan**

Sebelum dilakukan diagnosa keperawatan maka haruslah mendiagnosa atau menganalisis data subjektif dan objektif yang sebelumnya diperoleh pada tahap pengkajian. Dengan data yang

dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medis, dan pemberi pelayanan kesehatan yang lain maka diagnosa akan melibatkan berfikir yang kompleks (Potter & Perry, 2011) dalam (Dewi Maylasari, Siva Raharja, 2017) mengatakan, ada 3 jenis diagnosa keperawatan yaitu diagnosis aktual, adalah kondisi kesehatan atau proses kehidupan klien ketika mengalami masalah kesehatan yang digambarkan melalui respon klien.

Pada kasus post sectio caesarea biasanya terdapat diagnosa yang sering muncul adalah :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)
- 2) Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)
- 3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas (D.0056)
- 4) Deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109)
- 5) Deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)
- 6) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)

#### **4. Intervensi Keperawatan**

Intervensi harus dilakukan oleh perawat. Untuk membantu klien mencapai hasil yang diharapkan maka dilakukanlah intervensi. Ada tiga komponen utama yang harus ada dalam sebuah rencana asuhan keperawatan, yaitu masalah yang diprioritaskan atau diagnosa keperawatan, tujuan dan kriteria hasil yaitu menuliskan tujuan yang akan dicapai dan hal-hal yang menjadi kriteria dalam keberhasilan pemberian asuhan keperawatan.

#### **5. Implementasi Keperawatan**

Menurut (Potter & Perry, 2011) dalam (Dewi Maylasari, Siva Raharja, 2017) implementasi keperawatan ialah serangkaian kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan..

#### **6. Evaluasi Keperawatan**

Pada tahap ini kita membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan serta menilai apakah masalah yang terjadi sudah teratasi seluruhnya, hanya sebagian, atau bahkan belum teratasi semuanya. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan pada SOAP, yaitu S untuk data subjektif ialah data yang diutarakan klien dan pandangannya terhadap data tersebut, O untuk data objektif ialah data yang didapat dari hasil observasi perawat, termasuk tanda-tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan penyakit klien, A untuk analisis ialah analisa ataupun kesimpulan dari data subjektif dan objektif, P untuk perencanaan ialah pengembangan rencana segera atau yang akan datang untuk mencapai status kesehatan klien yang optimal (Dewi Maylasari, Siva Raharja, 2017).

## **BAB III**

### **ASUHAN KEPERAWATAN**

#### **LAPORAN KASUS I**

#### **PENGAJIAN DATA DASAR**

Nama Mahasiswa : Siti Aminah  
NPM : 22.156.03.11.090  
Tempat : Ruang Rambutan  
Tanggal Pengkajian : 22 November 2022

---

#### **I. Identitas Klien**

Nama : Ny.N  
Tempat/Tanggal Lahir : Jakarta, 27-08-1997  
Umur : 25 Tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Kapuk Metro, RT/TW 006/001, Cengkareng,  
Cengkareng, DKI Jakarta  
Agama : Islam  
Suku : Betawi  
Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga (IRT)  
Tanggal Masuk RS : 21 November 2022  
Tanggal Operasi : 22 November 2022  
Diagnosa Medis : Post operasi SC dengan indikasi Solusio  
Plasenta

#### **- Penanggung jawab**

Nama : Tn. T  
Umur : 28 Tahun  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : Karyawan Swasta

Alamat : Kapuk Metro, RT/TW 006/001, Cengkareng,  
Cengkareng, DKI Jakarta

Agama : Islam

Hubungan Dengan Klien : Suami

## **II. Status Kesehatan Saat Ini**

### 1. Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit yang diderita dan tidak ada penyakit menular, tidak menderita penyakit hipertensi

### 2. Riwayat penyakit sekarang

Pasien datang ke RSUD Cengkareng di IGD Ponek. Pasien mengatakan hamil 34 minggu, G2P1A0. Pasien mengeluh nyeri pada bagian perut bawah sejak siang, BAK sedikit-sedikit sejak kemarin, pasien mengeluh pusing, pasien mengeluh perutnya merasa kencang, pasien mengeluh keluar flek darah pada jalan lahir setelah mencuci baju

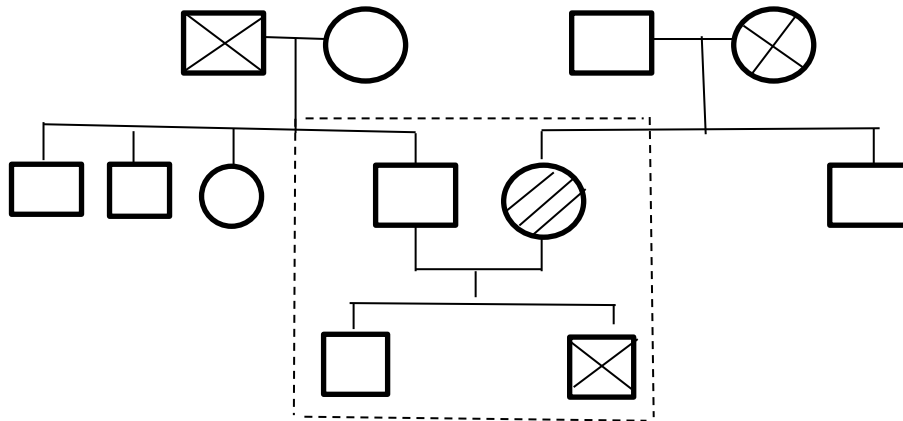
### 3. Keluhan utama

Setelah dilakukan pemeriksaan oleh dokter, DJJ pasien tidak ditemukan, pasien di anjurkan untuk melakukan persalinan secara sesar (operasi sc) dikarenakan terdapat pelepasan plasenta dari tempat implantasi normalnya di rahim sebelum kelahiran.

Kemudian setelah dilakukan operasi sectio caesarea pasien dipindahkan ke ruangan rawat inap rambutan, setelah operasi pasien mengeluh nyeri pada bekas operasi, pasien mengatakan skala nyeri 6, pasien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak, pasien mengatakan terdapat luka di bagian perut. Pasien mengatakan masih belum bisa duduk. Pasien mengeluh sering batuk berdahak, batuk hilang timbul, jika batuk luka bekas operasinya nyeri nya bertambah. Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga terutama suaminya, pasien mengatakan masih belum bisa berjalan sendiri, pasien mengatakan masih belum bisa beraktivitas seperti biasanya. Pasien mengatakan anaknya sudah meninggal, pasien mengatakan payudaranya sakit dan bengkak, ASI nya tidak keluar, pasien selalu mengatakan coba kalau ada bayinya ASI nya pasti keluar. Pasien tampak sedih. Pasien tampak

sedih jika ditanya kondisinya saat ini, pasien hanya berdiam diri saja di tempat tidur. Ketika ditanya soal bayinya pasien selalu merasa bersalah karena bayinya meninggal.

4. Riwayat kesehatan keluarga (genogram)



Keterangan :



: Laki-laki



: Laki-laki meninggal



: Perempuan



: Perempuan meninggal



: Klien

----- : Tinggal dalam satu rumah

Pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada riwayat yang memiliki bayi kembar, dan tidak ada yang pernah mengalami keguguran

5. Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki alergi baik alergi debu, makanan ataupun cuaca dan tidak ditemukan alergi obat.

6. Kebiasaan yang mengganggu kesehatan

Pasien mengatakan tidak memiliki kebiasaan yang dapat mengganggu kesehatan.

7. Riwayat sosial

Pasien mengatakan hubungan dengan masyarakat baik, tidak ada



masalah dengan masyarakat tempat tinggalnya.

8. Personal hygiene

- a. Mandi : sebelum melahirkan 2x sehari, setelah melahirkan belum pernah
- b. Gosok gigi : sebelum melahirkan 2x sehari, setelah melahirkan belum pernah
- c. Cuci rambut : sebelum melahirkan 3 hari sekali, setelah melahirkan belum pernah
- d. Potong kuku : sebelum melahirkan 2x seminggu, setelah melahirkan belum pernah
- e. Ganti pakaian : sebelum melahirkan 2x sehari, setelah melahirkan baru 2x

9. Pola nutrisi

- Saat Hamil

Pasien mengatakan sebelum melahirkan makan 3x sehari dengan porsi sedang, dengan nasi, lauk pauk sayur dan minum 8-9 /hari.

- Setelah Melahirkan

Pasien mengatakan belum memiliki nafsu makan, makan hanya beberapa sendok dan makannya tidak habis dan minum 3-4 gelas /hari.

10. Pola eliminasi

- BAB : Pasien mengatakan sebelum melahirkan BAB lancar dengan konsistensi lunak. Setelah melahirkan klien mengatakan belum BAB
- BAK : Pasien mengatakan sebelum melahirkan BAK lancar 4-6x/hari, berwarna kuning jernih. Setelah melahirkan BAK lancar tidak ada masalah atau keluhan nyeri.

11. Pola aktivitas

- Saat hamil

Pasien mengatakan pada saat hamil aktivitas masih normal, melakukan pekerjaan rumah tangga, seperti menyapu, mengepel, mencuci pakaian, memasak dan lain-lain.

- Setelah melahirkan

Pasien mengatakan setelah melahirkan belum bisa beraktivitas seperti biasanya, karena jika bergerak nyeri bertambah pada luka bekas operasi sc. Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh suaminya

#### 12. Pola istirahat dan tidur

- Saat hamil

Pasien mengatakan tidur siang kadang-kadang, sedangkan tidur malam kurang lebih 8 jam, tidur mulai pukul 21.00-05.00 WIB.

- Serelah melahirkan

Pasien mengatakan tidak tidur siang dan tidur malam sering terbangun karena rasa nyeri bekas operasi yang dirasakannya.

#### 13. Adaptasi psikologis terhadap kehamilan bayi

Pasien mengeluh nyeri pada bagian bekas operasi dibagian perut, pasien masih fokus dengan yang dirasakannya sendiri. Pasien mengeluh sedih jika teringat pada bayinya. Pasien merasa bersalah atas meninggal bayi yang dikandungnya.

#### 14. Nilai dan kepercayaan

Pasien mengatakan beragama islam dan selalu mengerjakan sholat 5 waktu. Ketika masih sehat pasien selalu berdoa dan meminta kepada Yang Maha Kuasa agar diberi kelancaran dalam persalinannya, ia dan bayinya dalam keadaan sehat. Namun Allah berkehendak lain dan sekarang bayi pasien meninggal. Pasien mengatakan tidak dapat melakukan ibadah sholat 5 waktu seperti biasanya dikarenakan masih dalam masa nifas

### **III. Data Umum Kesehatan**

Status obstetrik : G2P1A0

#### 1. Riwayat menstruasi

- Menarche : 13 tahun
- Siklus : 28 hari teratur
- Lama : 7 hari
- Keluhan : Pasien mengatakan tidak ada keluhan saat menstruasi

2. Riwayat pernikahan

Status : Menikah

Umur waktu menikah yang pertama kali: 18 tahun

Berapa kali menikah : 1x

Lama menikah dengan suami : 7 tahun

3. Riwayat kehamilan/persalinan yang lalu

Tahun persalinan	Tempat	Umur hamil	Jenis persalinan	Penolong persalinan	BBL	Jenis kelamin
2016	RSUDC	Aterm	SC	Dokter	3500 gr	L
2022	RSUDC	34min ggu	SC	Dokter	2391 gr	L

4. Riwayat KB (keluarga berencana)

Pasien mengatakan sebelumnya menggunakan KB suntik jangka waktu 1 bulan. Dan rencana kedepannya pasien mengatakan akan menggunakan KB suntik jangka waktu 1 bulan lagi.

5. Riwayat kehamilan sekarang

Pasien mengatakan HPHT nya lupa

6. Riwayat persalinan sekarang

➤ Jenis persalinan : Operasi Sc dengan indikasi solusio plasenta

➤ Penolong : Dokter

➤ Tempat : RSUD Cengkareng

➤ Proses dan lama persalinan

Klien mengatakan operasi pada jam 17.00 dan selesai pada jam 17.30

➤ Masalah persalinan

Plasenta terlepas dari tempat implantas normalnya

➤ Kondisi bayi

Bayi laki-laki, Meninggal dengan BB 2319gr, PB 47cm

#### IV. Pemeriksaan Fisik

1. Parameter umum

Kesadaran : Composmentis

Keadaan umum : Baik

TD	: 124/87 mmHg
N	: 115x/menit
RR	: 20x/menit
S	: 36,5°c
BB	: 70 kg
TB	: 155 cm

## 2. Pemeriksaan fisik

### a. Kepala

#### - Inspeksi

Rambut berwarna hitam, tidak tampak benjolan atau luka dikepala

#### - Palpasi

Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan ataupun bengkak

### b. Wajah

#### - Inspeksi

Tidak tampak edema gravidarum, tidak ada luka

#### - Palpasi

Tidak ada nyeri tekan atau bengkak

### c. Mata

#### - Inspeksi

Mata kanan dan kiri simetris, konjungtiva anemis, sklera putih

#### - Palpasi

Tidak ada nyeri tekan

### d. Hidung

#### - Inspeksi

Tampak 2 lubang hidung sama besar dan simetris, lubang hidung bersih

#### - Palpasi

Tidak ada nyeri tekan

### e. Telinga

#### - Inspeksi

Lubang telinga bersih tidak ada serumen, simetris kanan dan kiri

#### - Palpasi

Tidak ada nyeri tekan

f. Mulut

- Inspeksi

Tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi

g. Leher

- Inspeksi

Tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran tiroid

- Palpasi

Tidak ada nyeri tekan

h. Dada

- Inspeksi

Simetris kanan dan kiri, pengembangan dada sama antara kanan dan kiri

- Palpasi

Getaran dinding dada sama

- Perkusi

Terdengar sonor pada paru-paru dan pekak pada area jantung

- Auskultasi

Vesikuler pada paru-paru, dan bunyi jantung I, II terdengar reguler

i. Payudara

- Inspeksi

Bentuk simetris, terdapat hiperpigmentasi areola, puting payudara menonjol

- Palpasi

Terdapat nyeri tekan, payudara bengkak, ASI belum keluar pada hari pertama

j. Abdomen

- Inspeksi

Terdapat luka bekas operasi sc yang dibaluti kassa dengan rapih

- Palpasi

TFU 2 jari di bawah pusat, uterus teraba keras

- Perkusi

Suara terdengar timpani

- Auskultasi

Terdengar bising usus kuadran kanan bawah 5x/menit, kanan atas 3x/menit, kiri atas 2x/menit, kiri bawah 1x/menit

k. Genetalia

- Inspeksi

Tidak ada edema, tidak ada pengeluaran pervaginam, tidak ada bekas luka atau jaitan perineum, perineum utuh, keadaan baik, perineum juga bersih

- Anus : tidak hemoroid

l. Ekstremitas

- Atas

Terpasang infus RL 20tpm ditangan kiri, teraba hangat, tidak ada edema, tidak ada keterlambatan gerak. Simetris kiri dan kanan, tidak ada edema, tidak ada varises dan tidak ada nyeri tekan

- Bawah

Tidak tampak edema, tidak ada varises, tidak ada nyeri tekan

m. Kulit

- Inspeksi

Tidak sianosis, tidak kering, kulit berwarna sawo matang

- Palpasi

Teraba hangat, turgor kulit <3 detik

## V. Pemeriksaan Penunjang

### 1. Laboratorium

Tanggal Pemeriksaan : 22-11-2022

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Hematologi		
Hema lengkap		
Hemoglobin	7,1	11.7-15.5
Hematokrit	22	35-47
Eritrosit	4.37	3.8-5.2
Leukosit	10,5	3.6-11.0
Trombosit	439	150-440

2. Terapi pengobatan

Cefazoline	2 x 1 gram	IV
Tramadol	3 x 100 mg	PO
Paracetamol	3 x 1 amp	IV
Ondancentron	3 X 4 mg	PO
Ketorolac	3 x 30 gram	IV

**DATA FOKUS**

Nama Klien : Ny. N

Dx. Medis : Post Operasi SC dengan Indikasi Solusio Plasenta

Ruangan : Ruang Rambutan

DATA SUBJEKTIF	DATA OBJEKTIF
<ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengeluh nyeri pada bekas operasi</li> <li>Pasien mengatakan skala nyeri nya 6 P = luka bekas operasi sc dibagian perut Q = nyeri seperti teriris-iris R = nyeri luka bekas operasi sc dibagian perut nyeri bertambah jika bergerak dan batuk S = skala nyeri 6 T = nyeri hilang timbul dan bertambah jika banyak bergerak dan batuk-batuk</li> <li>Pasien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak</li> <li>Pasien mengatakan terdapat luka di bagian perut bekas operasi SC</li> <li>Pasien mengatakan masih belum bisa duduk</li> <li>Pasien mengeluh sering batuk berdahak, batuk hilang timbul, jika batuk luka bekas operasinya nyeri nya bertambah</li> <li>Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga terutama suaminya</li> <li>Pasien mengatakan masih belum bisa berjalan sendiri</li> <li>Pasien mengatakan masih belum bisa beraktivitas seperti biasanya</li> <li>Pasien mengatakan anaknya sudah meninggal</li> <li>Pasien mengatakan payudaranya sakit dan bengkak, ASI nya tidak keluar, pasien selalu mengatakan coba kalau ada bayinya ASI nya pasti keluar</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak meringis</li> <li>Pasien tampak menahan rasa sakit</li> <li>Pasien tampak memegang perut bagian bawah</li> <li>Pasien tampak berbaring di tempat tidur</li> <li>Pasien tampak lemah</li> <li>Pasien tampak membatasi pergerakannya</li> <li>Aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarganya terutama suaminya</li> <li>Bayi pasien meninggal</li> <li>Pasien tampak sedih</li> <li>Pasien tampak sedih jika ditanya kondisinya saat ini</li> <li>Pasien hanya berdiam diri saja di tempat tidur</li> <li>Ketika ditanya soal bayinya pasien selalu merasa bersalah karena bayinya meninggal</li> <li>TTV TD : 124/87 mmHg N : 115x/menit RR : 20x/menit S : 36,5°c</li> </ol>

## ANALISA DATA

Nama Klien : Ny. N

Dx. Medis : Post Operasi SC dengan Indikasi Solusio Plasenta

Ruangan : Ruang Rambutan

No	Data Fokus	Masalah	Etiologi
1	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengeluh nyeri pada bekas operasi</li> <li>2. Pasien mengatakan terdapat luka di bagian perut bekas operasi SC</li> <li>3. Pasien mengatakan skala nyeri 6 P = luka bekas operasi sc dibagian perut Q = nyeri seperti teriris-iris R = nyeri luka bekas operasi sc dibagian perut nyeri bertambah jika bergerak dan batuk S = skala nyeri 6 T = nyeri hilang timbul dan bertambah jika banyak bergerak dan batuk-batuk</li> <li>4. Pasien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak meringis</li> <li>2. Pasien tampak menahan rasa sakit</li> <li>3. Pasien tampak memegang perut bagian bawah</li> <li>4. Pasien tampak berbaring di tempat tidur</li> <li>5. TTV TD : 124/87 mmHg N : 115x/menit</li> </ol>	Nyeri Akut	Agen Pencedera Fisik (prosedur operasi SC)
2	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak</li> <li>2. Pasien mengatakan terdapat luka di bagian perut bekas operasi SC</li> <li>3. Pasien mengatakan masih belum bisa duduk</li> <li>4. Pasien mengeluh sering batuk berdahak, batuk hilang timbul, jika batuk luka bekas operasinya nyeri nya bertambah</li> <li>5. Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga terutama suaminya</li> <li>6. Pasien mengatakan masih belum</li> </ol>	Intoleransi Aktivitas	Imobilitas



	<p>bisa berjalan sendiri</p> <p>7. Pasien mengatakan masih belum bisa beraktivitas seperti biasanya</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak berbaring di tempat tidur</li> <li>2. Pasien tampak lemah</li> <li>3. Pasien tampak membatasi pergerakannya</li> <li>4. Aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarganya terutama suaminya</li> <li>5. TTV  TD : 124/87 mmHg  N : 115x/menit  RR : 20x/menit  S : 36,5°c</li> </ol>		
3	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan anaknya sudah meninggal</li> <li>2. Pasien mengatakan payudaranya sakit dan bengkak, ASI nya tidak keluar, pasien selalu mengatakan coba kalau ada bayinya ASI nya pasti keluar</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Bayi pasien meninggal</li> <li>4. Pasien tampak sedih</li> <li>5. Pasien tampak sedih jika ditanya kondisinya saat ini</li> <li>6. Pasien hanya berdiam diri saja di tempat tidur</li> <li>7. Ketika ditanya soal bayinya pasien selalu merasa bersalah karena bayinya meninggal</li> <li>8. TTV  TD : 124/87 mmHg  N : 115x/menit  RR : 20x/menit  S : 36,5°c</li> </ol>	Berduka	Kematian Anggota Keluarga (Bayi Pasien)

## DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. N

Dx. Medis : Post Operasi SC dengan Indikasi Solusio Plasenta

Ruangan : Ruang Rambutan


No	Diagnosa Keperawatan
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) (D. 0077)
2	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas (D.0056)
3	Berduka berhubungan dengan kematian anggota keluarga (Bayi Pasien) (D. 0081)



## NURSING CARE PLANE (NCP)

Nama Klien : Ny. N

Dx. Medis : Post Operasi SC dengan Indikasi Solusio Plasenta

Ruangan : Ruang Rambutan

Diagnosa Keperawatan	Waktu	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Paraf
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) (D. 0077)	Selasa, 22-11-2022	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Tingkat nyeri menurun dengan Kriteria Hasil : Tingkat nyeri(L.08066) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluhan nyeri 3 (sedang) menjadi 5 (menurun)</li> <li>• Meringis 3 (sedang) menjadi 5 (menurun)</li> <li>• Frekuensi nadi 3 (sedang) menjadi 5 (membaik)</li> </ul>	<p><b>Manajemen nyeri (I.08238)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitasnyeri</li> <li>➤ Identifikasi skalanyeri</li> <li>➤ Identifikasi faktor penyebab nyeri</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Berikan teknik nonfarmakologis (tarik nafas dalam)</li> <li>➤ Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeriteknik relaksasinafas dalam</li> </ul>	


			<b>Kolaborasi :</b> ➤ Kolaborasi pemberian analgetic (jika perlu)	
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas (D.0056)	Selasa, 22-11-2022	Setelah dikakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat. dengan Kriteria Hasil : Tingkat keletihan (L.05046) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbalisasi kepuhian energi 3(sedang) menjadi 5(meningkat)</li> <li>• Kemampuan melakukan aktivitas 3 (sedang) menjadi 5(meningkat)</li> <li>• Perasaan lemah 3 (sedang) menjadi 5 (meningkat)</li> </ul>	<b>Manajemen energi (I.05178)</b>  <b>Observasi :</b> ➤ Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama bergerak atau beraktivitas <b>Teraeutik :</b> ➤ Sediakan lingkungan yangnyaman <b>Edukasi :</b> ➤ Anjurkan ti ➤ Anjurkan melakukan aktivitassecara bertahap ➤ Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahantidak berkurang	
Berduka berhubungan dengan kematian anggota keluarga (Bayi Pasien) (D. 0081)	Selasa, 22-11-2022	Setelah dikakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat berduka membaik dengan Kriteria Hasil : Tingkat Berduka (L.09094) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbalisasi menerima kehilangan 3 (sedang) menjadi 5 (menurun)</li> <li>• Verbalisasi perasaan sedih 3 (sedang) menjadi 5 (menurun)</li> <li>• Verbalisasi merasa bersalah 3 (sedang) menjadi 5 (menurun)</li> </ul>	<b>Dukungan Proses Berduka (I.09274)</b>  <b>Observasi :</b> ➤ Identifikasi kehilangan yang dihadapi ➤ Identifikasi reaksi awal terhadap kehilangan <b>Teraeutik :</b> ➤ Tunjukan sikap menerima dan empati ➤ Motivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orang terdekat ➤ Fasilitasi mengekspresikan perasaan dengan cara yang nyaman <b>Edukasi</b> ➤ Anjurkan mengekspresikan perasaan tentang kehilangan	

## CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN HARI PERTAMA

Nama Klien : Ny. N

Dx. Medis : Post Operasi SC dengan Indikasi Solusio Plasenta

Ruangan : Ruang Rambutan

Dx.Kep	Hari/Tgl	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) (D. 0077)</p>	<p>Rabu, 23-11-2022</p>	<p><b>Manajemen nyeri (I.08238)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri</p> <p>S :</p> <p>- Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi SC</p> <p>O :</p> <p>- Pasien tampak menahan rasa sakit</p> <p>2. Mengidentifikasi skalanyeri</p> <p>S :</p> <p>- Pasien mengatakan skala nyeri nya 6</p> <p>O :</p> <p>- Skala nyeri pasien 6</p> <p>3. Mengidentifikasi faktor penyebab nyeri</p> <p>S :</p> <p>- Pasien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak dan jika batuk</p> <p>O :</p> <p>Pasien tampak berbaring di tempat tidur</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>4. Memberikan teknik nonfarmakologis (tarik nafas dalam)</p> <p>S :-</p> <p>O :</p> <p>- Pasien diajarkan Teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri</p>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi SC</li> <li>• Pasien mengatakan skala nyeri nya 6</li> <li>• Pasien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak dan jika batuk</li> <li>• Pasien mengatakan mengerti tentang Teknik relaksasi nafas dalam</li> </ul> <p>•</p> <p><b>Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak menahan rasa sakit</li> <li>• Skala nyeri pasien 6</li> <li>• Pasien tampak berbaring ditempat tidur</li> <li>• Pasien diajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri</li> <li>• Pasien tampak mengerti tentang Teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>• Diberikan Ketorolac 3 x 30 gram (iv)</li> </ul> <p><b>Assessment :</b></p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p><b>Planning :</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	

		<p>5. Memfasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak berbaring di tempat tidur</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>6. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mengerti tentang Teknik relaksasi nafas dalam</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak mengerti tentang Teknik relaksasi nafas dalam</li> </ul> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>7. Mengkolaborasikan pemberian analgetic (jika perlu)</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diberikan ketorolac 3 x 30 gram (iv)</li> </ul>		
--	--	--	--	--

<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas (D.0056)</p>	<p>Rabu, 23-11-2022</p>	<p><b>Manajemen energi (I.05178)</b>  <b>Observasi :</b>  1. Memonitoring lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama bergerak atau beraktivitas  S :  - Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi, nyeri bertambah jika banyak bergerak dan jika batuk-batuk namun batuk hilang timbul dan batuk berdahak  O :  - Pasien tampak menahan rasa nyeri dibagian perut bekas operasi SC  <b>Teraeutik :</b>  2. Menyediakan lingkungan yang nyaman  S :  - Pasien mengatakan merasa nyaman dengan suhu ruangnya  O :  - Mengatur suhu ruangan pasien agar pasien nyaman  <b>Edukasi :</b>  3. Menganjurkan tirahbaring  S : -  O :  - Menganjurkan pasien untuk banyak beristirahat  4. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap  S :  - Pasien mengatakan aktivitasnya sering dibantu oleh suaminya  O :  - Menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap saja  5. Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang  S : -  O :  - Menganjurkan pasien memencet bel jika perlu bantuan perawat</p>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi, nyeri bertambah jika banyak bergerak dan jika batuk-batuk namun batuk hilang timbul dan batuk berdahak</li> <li>• Pasien mengatakan merasa nyaman dengan suhu ruangnya</li> <li>• Pasien mengatakan aktivitasnya sering dibantu oleh suaminya</li> </ul> <p><b>Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak menahan rasa nyeri dibagian perut bekas operasi SC</li> <li>• Mengatur suhu ruangan pasien agar pasien nyaman</li> <li>• Menganjurkan pasien mendengarkan sholat agar lebih nyaman dan menenangkan</li> <li>• Menganjurkan pasien untuk banyak beristirahat</li> <li>• Menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap saja</li> <li>• Menganjurkan pasien memencet bel jika perlu bantuan perawat</li> </ul> <p><b>Assessment :</b>  Masalah belum teratasi</p> <p><b>Planning :</b>  Intervensi dilanjutkan</p>	<p><i>Smp</i></p>
---	-------------------------	--	---	-------------------


<p>Berduka berhubungan dengan kematian anggota keluarga (Bayi Pasien) (D. 0081)</p>	<p>Rabu, 23-11-2022</p>	<p><b>Dukungan Proses Berduka (I.09274)</b>  <b>Observasi :</b>  1. Mengidentifikasi kehilangan yang dihadapi  S :  - Pasien mengatakan bayi nya meninggal  O :  - Pasien tampak sedih  2. Mengidentifikasi reaksi awal terhadap kehilangan  S :  - Pasien mengatakan sangat sedih dan merasa itu adalah kesalahannya  O :  - Pasien tampak menahan nangis  <b>Terapeutik :</b>  3. menunjukkan sikap menerima dan empati  S :  - Pasien bercerita alasan awal masuk ke RSUDC sampai dengan bayi nya meninggal  O :  - Mendengarkan semua cerita pasien  4. Memotivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orang terdekat  S : -  O :  - Memotivasi pasien dan keluarga agar bisa ikhlas atas meninggal anaknya  5. Memfasilitasi mengekspresikan perasaan dengan cara yang nyaman  S : -  O :  - Mengajak pasien dan keluarga mendengarkan ayat-ayat Al Qur'an agar lebih tenang  <b>Edukasi</b>  6. Mengajak pasien mengekspresikan perasaan tentang kehilangan  S : -  O :  - Mengajak pasien untuk bercerita jika diam atau bercerita dan tidak memaksa pasien jika pasien tidak mau</p>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan bayi nya meninggal</li> <li>• Pasien mengatakan sangat sedih dan merasa itu adalah kesalahannya</li> <li>• Pasien bercerita alasan awal masuk ke RSUDC sampai dengan bayi nya meninggal</li> </ul> <p><b>Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak sedih</li> <li>• Pasien tampak menahan nangis</li> <li>• Mendengarkan semua cerita pasien</li> <li>• Memotivasi pasien dan keluarga agar bisa ikhlas atas meninggal anaknya</li> <li>• Mengajak pasien dan keluarga mendengarkan ayat-ayat Al Qur'an agar lebih tenang</li> <li>• Mengajak pasien untuk bercerita jika diam atau bercerita dan tidak memaksa pasien jika pasien tidak mau</li> </ul> <p><b>Assessment :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah belum teratasi</li> </ul> <p><b>Planning :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervensi dilanjutkan</li> </ul>	<p><i>Sinau</i></p>
---	-------------------------	--	--	---------------------

## CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN HARI KEDUA

Nama Klien : Ny. N

Dx. Medis : Post Operasi SC dengan Indikasi Solusio Plasenta

Ruangan : Ruang Rambutan

DX.Kep	Hari/Tgl	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) (D. 0077)</p>	<p>Kamis, 24-11-2022</p>	<p><b>Manajemen nyeri (I.08238)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitasnyeri</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyerinya sedikit berkurang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak sedikit lebih rileks</li> </ul> <p>2. Mengidentifikasi skalanyeri</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan skala nyerinya 5</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri pasien 5</li> </ul> <p>3. Mengidentifikasi faktorpenyebab nyeri</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan jika bergerak nyerinya masih bertambah dan jika batuk nyerinya bertambah namun batuk sudah berkurang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih tampak membatasi pergerakannya namun pasien sudah bisa duduk</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>4. Memberikan teknik nonfarmakologis (tarik nafas dalam)</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan jika nyeri sering tarik nafas dalam</li> </ul> <p>O :</p>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan nyerinya sedikit berkurang</li> <li>• Pasien mengatakan skala nyerinya 5</li> <li>• Pasien mengatakan jika bergerak nyerinya masih bertambah dan jika batuk nyerinya bertambah namun batuk sudah berkurang</li> <li>• Pasien mengatakan jika nyeri sering tarik nafas dalam</li> <li>• Pasien mengatakan lebih tenang dari kemarin</li> </ul> <p><b>Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak sedikit lebih rileks</li> <li>• Skala nyeri pasien 5</li> <li>• Pasien masih tampak membatasi pergerakannya namun pasien sudah bisa duduk</li> <li>• Pasien tampak mengerti tentang Teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>• Pasien tampak tenang</li> <li>• Pasien mengerti tentang Teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>• Diberikan Ketorolac 3 x 30 gram (iv)</li> </ul> <p><b>Assessment :</b></p>	



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak mengerti tentang Teknik relaksasi nafas dalam</li> </ul> <p>5. Memfasilitasi istirahat dan tidur :</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak tenang</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>6. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengerti tentang Teknik relaksasi nafas dalam</li> </ul> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>7. Kolaborasi pemberian analgetik (jika perlu)</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diberikan Ketorolac 3 x 30 gram (iv)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah teratasi sebagian</li> </ul> <p><b>Planning :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervensi dilanjutkan</li> </ul>	
--	--	--	---	--

<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas (D.0056)</p>	<p>Kamis, 24-11-2022</p>	<p><b>Manajemen energi (I.05178)</b>  <b>Observasi :</b>  1. Memonitoring lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama bergerak atau beraktivitas  S :  - Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi sudah berkurang  O :  - Pasien tampak lebih rileks  <b>Teraeutik :</b>  2. Menyediakan lingkungan yang nyaman  S :  - Pasien mengatakan sudah nyaman dengan lingkungan dan suhu ruangnya  O :  - Pasien tampak lebih nyaman  <b>Edukasi :</b>  3. Mengajarkan tirah baring  S :  - Pasien mengatakan aktivitasnya masih dibantu oleh suaminya namun sudah bisa duduk  O :  - Aktivitas pasien tampak dibantu oleh suaminya  4. Mengajarkan melakukan aktivitas secara bertahap  S :  - Pasien mengatakan sudah bisa duduk  O :  - Pasien tampak sudah bisa duduk  5. Mengajarkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang  S : -  O :  - Mengajarkan pasien memencet bel jika perlu bantuan perawat</p>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi sudah berkurang</li> <li>• Pasien mengatakan sudah nyaman dengan lingkungan dan suhu ruangnya</li> <li>• Pasien mengatakan aktivitasnya masih dibantu oleh suaminya namun sudah bisa duduk</li> <li>• Pasien mengatakan sudah bisa duduk</li> </ul> <p><b>Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak lebih rileks</li> <li>• Pasien tampak lebih nyaman</li> <li>• Pasien tampak tenang</li> <li>• Aktivitas pasien tampak dibantu oleh suaminya</li> <li>• Pasien tampak sudah bisa duduk</li> <li>• Mengajarkan pasien memencet bel jika perlu bantuan perawat</li> </ul> <p><b>Assessment :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah teratasi sebagian</li> </ul> <p><b>Planning :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervensi dilanjutkan</li> </ul>	<p><i>Smp</i></p>
---	--------------------------	--	---	-------------------


<p>Berduka berhubungan dengan kematian anggota keluarga (Bayi Pasien) (D. 0081)</p>	<p>Kamis, 24-11-2022</p>	<p><b>Dukungan Proses Berduka (I.09274)</b>  <b>Observasi :</b>  1. Mengidentifikasi kehilangan yang dihadapi  S :  - Pasien mengatakan sudah merasa ikhlas namun masih merasa sedih  O :  - Pasien tampak masih sedih  2. Mengidentifikasi reaksi awal terhadap kehilangan  S :  - Pasien mengatakan sudah bisa menerima namun tetap merasa bersalah  O :  - Pasien tampak diam saja di tempat tidur dan pasien tampak masih murung  <b>Terapeutik :</b>  3. Menunjukkan sikap menerima dan empati  S : -  O :  - Menunjukkan sikap empati pada pasien  4. Memotivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orang terdekat  S : -  O :  - Memberikan semangat kepada pasien dan keluarga pasien  5. Memfasilitasi mengekspresikan perasaan dengan cara yang nyaman  S : -  O :  - Memberikan fasilitas mengekspresikan perasaan pasien, jika pasien ingin bercerita maka di dengarkan, jika tidak ingin bercerita tidak memaksa kepada pasien memberikan pasien agar lebih tenang terlebih dahulu  <b>Edukasi</b>  6. Menganjurkan mengekspresikan perasaan tentang kehilangan  S :  - Pasien mengatakan sering mendengar ayat-ayat Al-Qur'an agar merasa lebih tenang  O :  - Menganjurkan pasien mendengar ayat-ayat Al-Qur'an agar merasa lebih tenang</p>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan sudah merasa ikhlas namun masih merasa sedih</li> <li>• Pasien mengatakan sudah bisa menerima namun tetap merasa bersalah</li> <li>• Pasien mengatakan sering mendengar ayat-ayat Al-Qur'an agar merasa lebih tenang</li> </ul> <p><b>Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak masih sedih</li> <li>• Pasien tampak diam saja di tempat tidur dan pasien tampak masih murung</li> <li>• Menunjukkan sikap empati pada pasien</li> <li>• Memberikan semangat kepada pasien dan keluarga pasien</li> <li>• Memberikan fasilitas mengekspresikan perasaan pasien, jika pasien ingin bercerita maka di dengarkan, jika tidak ingin bercerita tidak memaksa kepada pasien memberikan pasien agar lebih tenang terlebih dahulu</li> <li>• Menganjurkan kepada pasien untuk sering mendengar ayat-ayat Al-Qur'an agar merasa lebih tenang</li> </ul> <p><b>Assessment :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah teratasi sebagian</li> </ul> <p><b>Planning :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervensi dilanjutkan</li> </ul>	<p><i>Smp</i></p>
---	--------------------------	--	--	-------------------

### CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN HARI KETIGA

Nama Klien : Ny. N

Dx. Medis : Post Operasi SC dengan Indikasi Solusio Plasenta

Ruangan : Ruang Rambutan

DX.Kep	Hari/Tgl	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) (D. 0077)</p>	<p>Jumat, 25-11-2022</p>	<p><b>Manajemen nyeri (I.08238)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitasnyeri</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyerinya sudah sangat berkurang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak lebih semangat dan rileks</li> </ul> <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan skala nyeri nya 3</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri pasien 3</li> </ul> <p>3. Mengidentifikasi faktorpenyebab nyeri</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa berjalan perlahan-lahan batuk juga sudah tidak ada batuk</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak sudah bisa berjalan secara perlahan-lahan</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>4. Memberikan teknik nonfarmakologis (tarik nafas dalam)</p> <p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengerti tentang Teknik relaksasi nafas dalam</li> </ul> <p>5. Memfasilitasi istirahatdan tidur</p>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan nyerinya sudah sangat berkurang</li> <li>• Pasien mengatakan skala nyeri nya 3</li> <li>• Pasien mengatakan sudah bisa berjalan perlahan-lahan batuk juga sudah tidak ada batuk</li> <li>• Pasien mengatakan sudah nyaman dan tidur nyenyak</li> </ul> <p><b>Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak lebih semangat dan rileks</li> <li>• Skala nyeri pasien 3</li> <li>• Pasien tampak sudah bisa berjalan secara perlahan-lahan</li> <li>• Pasien mengerti tentang Teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>• Pasien tampak nyaman</li> <li>• Diberikan Ketorolac 3 x 30 gram (iv)</li> </ul> <p><b>Assessment :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah teratasi</li> </ul> <p><b>Planning :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervensi dihentikan (pasien direncanakan pulang)</li> </ul>	

		<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah nyaman dan tidur nyenyak</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak nyaman</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>6. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengerti tentang Teknik relaksasi nafas dalam</li> </ul> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>7. Kolaborasi pemberian analgetic (jika perlu)</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diberikan Ketorolac 3 x 30 gram (iv)</li> </ul>		
--	--	--	--	--

<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas (D.0056)</p>	<p>Jumat, 25-11-2022</p>	<p><b>Manajemen energi(I.05178)</b>  <b>Observasi :</b>  1. Memonitoring lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama bergerak atau beraktivitas  S :  - Pasien mengatakan nyeri bekas operasi berkurang dan pasien mengatakan sudah bisa berjalan  O :  - Pasien tampak sudah bisa berjalan  <b>Teraeutik :</b>  2. Menyediakan lingkungan yang nyaman  S : -  O :  - Pasien tampak nyaman  3. Memberikan aktivitas distraksi yang menyenangkan  S : -  O :  - Pasien tampak tenang  <b>Edukasi :</b>  4. Menganjurkan tirahbaring  S :  - Pasien mengatakan sudah bisa beraktivitas tanpa dibantu suaminya  O :  - Pasien tampak bisa berjalan tanpa bantuan suaminya  5. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap  S :  - Pasien mengatakan sudah bisa beraktivitas tanpa dibantu suaminya  O :  - Pasien tampak bisa beraktivitas tanpa dibantu suaminya  6. Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang  S : -  O :  - Pasien dianjurkan memencet bel jika perlu bantuan perawat</p>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan nyeri bekas operasi berkurang dan pasien mengatakan sudah bisa berjalan</li> <li>• Pasien mengatakan sudah bisa beraktivitas tanpa dibantu suaminya namun secara perlahan</li> </ul> <p><b>Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak sudah bisa berjalan</li> <li>• Pasien tampak nyaman</li> <li>• Pasien tampak tenang</li> <li>• Pasien tampak bisa berjalan tanpa bantuan suaminya</li> <li>• Pasien tampak bisa beraktivitas tanpa dibantu suaminya</li> <li>• Pasien dianjurkan memencet bel jika perlu bantuan perawat</li> </ul> <p><b>Assesment :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah teratasi</li> </ul> <p><b>Planning :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervensi dihentikan (pasien direncanakan pulang)</li> </ul>	<p><i>Smp</i></p>
---	--------------------------	---	--	-------------------

<p>Berduka berhubu ngan kematian anggota keluarga (Bayi Pasien) (D. 0081)</p>	<p>Jumat, 25-11-2022</p>	<p><b>Dukungan Proses Berduka (I.09274)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi kehilangan yang dihadapi S : - Pasien mengatakan sudah ikhlas dan sudah menerima kenyataan walaupun masih merasa bersedih jika teringat bayinya O : - Pasien tampak sudah mampu menerima dan ikhlas</li> <li>Mengidentifikasi reaksi awal terhadap kehilangan S : - Pasien mengatkan merasa sedih hanya jika teringat bayinya saja O : - Pasien tampak lebih ceria</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menunjukkan sikap menerima dan empati S : - Pasien mengatakan sudah mampu menerima jika anaknya meninggal dan pasien berterima kasih karena sudah mendengarkan ceritanya O : - Pasien berterima kasih karena sudah mendengarkan ceritanya</li> <li>Memotivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orang terdekat S : - Pasien dan keluarga sudah bisa menerima dan sudah bersemangat O : - Pasien dan keluarga tampak sudah bersemangat</li> <li>Memfasilitasi mengekspresikan perasaan dengan cara yang nyaman S : - Pasien mengatakan sudah tidak merasa bersedih seperti kemarin, pasien bersedih jika teringat bayinya O : - Pasien tampak tidak bersedih dan lebih bersemangat</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menganjurkan mengekspresikan perasaan tentang kehilangan S : - O : - Pasien tampak ikhlas dan lebih bersemangat</li> </ol>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan sudah ikhlas dan sudah menerima kenyataan walaupun masih merasa bersedih jika teringat bayinya</li> <li>Pasien mengatkan merasa sedih hanya jika teringat bayinya saja</li> <li>Pasien mengatakan sudah mampu menerima jika anaknya meninggal dan pasien berterima kasih karena sudah mendengarkan ceritanya</li> <li>Pasien dan keluarga sudah bisa menerima dan sudah bersemangat</li> <li>Pasien mengatakan sudah tidak merasa bersedih seperti kemarin, pasien bersedih jika teringat bayinya</li> </ul> <p><b>Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak sudah mampu menerima dan ikhlas</li> <li>Pasien tampak lebih ceria</li> <li>Pasien berterima kasih karena sudah mendengarkan ceritanya</li> <li>Pasien dan keluarga tampak sudah bersemangat</li> <li>Pasien dan keluarga tampak sudah bersemangat</li> <li>Pasien tampak ikhlas dan lebih bersemangat</li> </ul> <p><b>Assessment :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Masalah teratasi</li> </ul> <p><b>Planning :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervensi dihentikan (pasien direncanakan pulang)</li> </ul>	<p><i>Smp</i></p>
---	--------------------------	--	---	-------------------

## LAPORAN KASUS 2

### PENGAJIAN DATA DASAR

Nama Mahasiswa : Siti Aminah  
NPM : 22.156.03.11.090  
Tempat : Ruang Rambutan  
Tanggal Pengkajian : 25 November 2022

---

#### I. Identitas Klien

Nama : Ny.U  
Tempat/Tanggal Lahir : Pekalongan, 03 September 1986  
Umur : 36 Tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Jl. Tanjung Pura RT/RW 005/005, Kalideres,  
Pegadungan, Jakarta Barat, DKI Jakarta  
Agama : Islam  
Suku : Jawa  
Pendidikan : SLTA  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga (IRT)  
Tanggal Masuk RS : 24 November 2022  
Tanggal Operasi : 25 November 2022  
Diagnosa Medis : Post operasi SC dengan indikasi Plasenta  
Previa

- **Penanggung jawab**

Nama : Tn. B  
Umur : 38 Tahun  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : Driver Online  
Alamat : Jl. Tanjung Pura RT/RW 005/005, Kalideres,



Pegadungan, Jakarta Barat, DKI Jakarta

Agama : Islam

Hubungan Dengan Klien : Suami

## **II. Status Kesehatan Saat Ini**

### 1. Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit yang diderita dan tidak ada penyakit menular

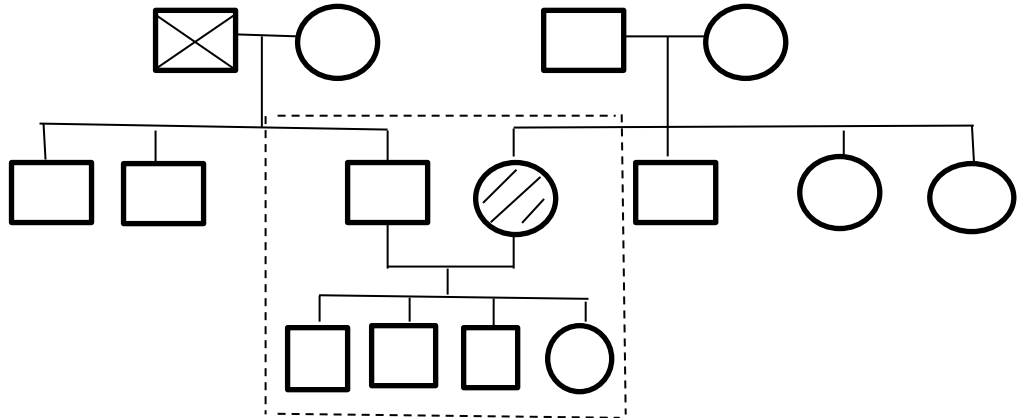
### 2. Riwayat penyakit sekarang

Pasien datang ke RSUD Cengkareng di IGD Ponek diantar oleh suaminya. Pasien hamil 37 minggu G4P3A0. Pasien mengatakan perutnya mules sejak pagi hari dan mengeluarkan darah dari jalan lahir.

### 3. Keluhan utama

Setelah dilakukan pemeriksaan oleh dokter, pasien di anjurkan untuk melakukan persalinan secara sesar (operasi sc) dikarenakan terdapat plasenta yang menutupi jalan lahir. Kemudian setelah dilakukan operasi sectio caesarea pasien dipindahkan ke ruangan rawat inap rambutan, setelah operasi pasien mengeluh nyeri pada bekas operasi, pasien mengatakan skala nyeri di 5, pasien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak, pasien mengatakan terdapat luka di bagian perut. Pasien mengatakan baru pertama kali operasi sc karena anak-anak sebelumnya lahir normal. Pasien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak, Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga, pasien mengatakan masih belum bisa berjalan sendiri, pasien mengatakan masih belum bisa beraktivitas seperti biasanya.

4. Riwayat kesehatan keluarga (genogram)



Keterangan :



: Laki-laki



: Laki-laki meninggal



: Perempuan



: Tinggal dalam satu rumah



: Klien

Pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada riwayat yang memiliki bayi kembar

5. Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki alergi baik alergi debu, makanan ataupun cuaca dan tidak ditemukan alergi obat.

6. Kebiasaan yang mengganggu kesehatan

Pasien mengatakan tidak memiliki kebiasaan yang dapat mengganggu kesehatan.

7. Riwayat sosial

Pasien mengatakan hubungan dengan masyarakat baik, tidak ada masalah dengan masyarakat tempat tinggalnya.

8. Personal hygiene

a. Mandi : sebelum melahirkan 2x sehari, setelah melahirkan belum pernah

b. Gosok gigi : sebelum melahirkan 2x sehari, setelah melahirkan belum

pernah

- c. Cuci rambut : sebelum melahirkan 3 hari sekali, setelah melahirkan belum pernah
- d. Potong kuku : sebelum melahirkan 2x seminggu, setelah melahirkan belum pernah
- e. Ganti pakaian : sebelum melahirkan 2x sehari, setelah melahirkan baru 1x

#### 9. Pola nutrisi

- Saat Hamil

Pasien mengatakan sebelum melahirkan makan 3x sehari dengan porsi sedang, dengan nasi, lauk pauk sayur dan minum 8-9 /hari.

- Setelah Melahirkan

Pasien mengatakan belum memiliki nafsu makan, makan hanya beberapa sendok dan makannya tidak habis dan minum 3-4 gelas /hari.

#### 10. Pola eliminasi

- BAB : Pasien mengatakan sebelum melahirkan BAB lancar dengan konsistensi lunak. Setelah melahirkan klien mengatakan belum BAB
- BAK : Pasien mengatakan sebelum melahirkan BAK lancar 4-6x/hari, berwarna kuning jernih. Setelah melahirkan BAK lancar tidak ada masalah atau keluhan nyeri.

#### 11. Pola aktivitas

- Saat hamil

Pasien mengatakan pada saat hamil aktivitas masih normal, melakukan pekerjaan rumah tangga, seperti menyapu, mengepel, memasak dan lain-lain. Namun memasuki usia kehamilan 7 bulan klien sudah mengurangi aktivitasnya dan aktivitas dibantu suami dalam mengerjakan pekerjaan rumah karena kehamilannya semakin membesar.

- Setelah melahirkan

Pasien mengatakan setelah melahirkan belum bisa beraktivitas seperti biasanya, karena merasa nyeri pada luka bekas operasi. Pasien

mengatakan aktivitasnya dibantu oleh suaminya

12. Pola istirahat dan tidur

- Saat hamil

Pasien mengatakan tidur siang kadang-kadang, sedangkan tidur malam kurang lebih 8 jam, tidur mulai pukul 21.00-05.00 WIB.

- Serelah melahirkan

Pasien mengatakan tidak tidur siang dan tidur malam sering terbangun karena rasa nyeri bekas operasi.

13. Adapasi psikologis terhadap kehamilan bayi

Pasien mengeluh nyeri pada bagian bekas operasi dibagian perut, pasien masih fokus dengan yang dirasakannya sendiri. Suami dan keluarga mendukung dan mendampingi pasien selama pasien dalam fase penyembuhan

14. Nilai dan kepercayaan

Pasien mengatakan tidak dapat melakukan ibadah sholat 5 waktu seperti biasanya dikarenakan masih dalam masa nifas

**III. Data Umum Kesehatan**

Status obstetrik : G4P3A0

1. Riwayat menstruasi

- Menarche : 14 tahun
- Siklus : 28 hari teratur
- Lama : 7 hari
- Keluhan : Pasien mengatakan tidak ada keluhan saat menstruasi

2. Riwayat pernikahan

Status : Menikah

Umur waktu menikah yang pertama kali : 23 tahun

Berapa kali menikah : 1x

Lama menikah dengan suami : 13 tahun

### 3. Riwayat kehamilan/persalinan yang lalu

Tahun persalinan	Tempat	Umur hami	Jenis persalinan	Penolong persalinan	BBL	Jenis kelamin
2010	RS	Aterm	PPN	Bidan	2700gr	L
2019	RSUDC	Aterm	PPN	Bidan	2900gr	L
2021	KLINIK	Aterm	PPN	Bidan	3000gr	L
2022	RSUDC	Aterm	OP SC	DOKTER	3300gr	P

### 4. Riwayat KB (keluarga berencana)

Pasien mengatakan sebelumnya menggunakan KB suntik jangka waktu 1 bulan. Dan rencana kedepannya pasien mengatakan akan menggunakan KB suntik jangka waktu 1 bulan lagi.

### 5. Riwayat kehamilan sekarang

Pasien mengatakan HPHT nya adalah 03 Maret 2022

### 6. Riwayat persalinan sekarang

Jenis persalinan : Operasi SC dengan indikasi plasenta previa  
Penolong : Dokter  
Tempat : RSUD Cengkareng  
Proses dan lama persalinan : Klien menjalani persalinan selama  $\pm$  45 menit  
Masalah persalinan : Plasenta menutupi jalan lahir  
Kondisi bayi : Bayi perempuan hidup dengan BB 3300gr,  
PB : 49 cm

## IV. Pemeriksaan Fisik

### 1. Parameter umum

Kesadaran : Composmentis  
Keadaan umum : Baik  
TD : 121/101 mmHg  
N : 113x/menit  
RR : 20x/menit  
S : 36,0°c  
BB : 77 kg  
TB : 162 cm

## 2. Pemeriksaan fisik

### a. Kepala

- Inspeksi : rambut berwarna hitam, tidak tampak benjolan atau luka dikepala
- Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan ataupun bengkak

### b. Wajah

- Inspeksi : tidak tampak edema gravidarum, tidak ada luka
- Palpasi : tidak ada nyeri tekan atau bengkak

### c. Mata

- Inspeksi : mata kanan dan kiri simetris, konjungtiva anemis, sklera putih
- Palpasi : tidak ada nyeri tekan

### d. Hidung

- Inspeksi : tampak 2 lubang hidung sama besar dan simetris, lubang hidung bersih
- Palpasi : tidak ada nyeri tekan

### e. Telinga

- Inspeksi : lubang telinga bersih tidak ada serumen, simetris kanan dan kiri
- Palpasi : tidak ada nyeri tekan

### f. Mulut

- Inspeksi : tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi

### g. Leher

- Inspeksi : tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran tiroid
- Palpasi : tidak ada nyeri tekan

### h. Dada

- Inspeksi : simetris kanan dan kiri, pengembangan dada sama antara kanan dan kiri
- Palpasi : getaran dinding dada sama
- Perkusi : terdengar sonor pada paru-paru dan pekak pada area jantung
- Auskultasi : vesikuler pada paru-paru, dan bunyi jantung I, II terdengar reguler

### i. Payudara

- Inspeksi : bentuk simetris, terdapat hiperpigmentasi areola, puting

payudara menonjol

- Palpasi : tidak ada nyeri tekan, ASI belum keluar pada hari pertama
- j. Abdomen
- Inspeksi : terdapat luka bekas operasi sc yang dibaluti kassa dengan rapih
  - Palpasi : TFU 2 jari di bawah pusat, uterus teraba keras
  - Perkusi : timpani
  - Auskultasi : terdengar bising usus kuadran kanan bawah 5x/menit, kanan atas 3x/menit, kiri atas 2x/menit, kiri bawah 1x/menit
- k. Genetalia
- Inspeksi : tidak ada edema, tidak ada pengeluaran pervaginam, tidak ada bekas luka atau jaiyan perineum, perineum utuh, keadaan baik, perineum juga bersih
  - Anus : tidak hemoroid
- l. Ekstremitas
- Atas : terpasang infus RL 20tpm ditangan kiri, teraba hangat, tidak ada edema, tidak ada keterlambatan gerak. Simetris kiri dan kanan, tidak ada edema, tidak ada varises dan tidak ada nyeri tekan
  - Bawah : tidak tampak edema, tidak ada varises, tidak ada nyeri tekan
- m. Kulit
- Inspeksi : tidak sianosis, tidak kering, kulit berwarna kuning langsung
  - Palpasi : teraba hangat, turgor kulit <3 detik

## V. Pemeriksaan Penunjang

### 1. Laboratorium

Tanggal Pemeriksaan : 25- 11-2022

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Hematologi		
Hema lengkap		
LED (westerngreen)	10	0-20
Hemoglobin	10,9	11.7-15.5
Hematokrit	32	35-47
Eritrosit	4.37	3.8-5.2
Leukosit	14,0	3.6-11.0
Trombosit	191	150-440

2. Terapi pengobatan

Cefixime	2 x 200 mg	P.O
Asam Mefenamat	3 x 500 mg	P.O
Ketoprofen	4 x 1gr	P.O
Cefotaxime	3 x 1 amp	IV

**DATA FOKUS**

Nama Klien : Ny. U

Dx. Medis : Post Operasi SC dengan Indikasi Plasenta Previa

Ruangan : Ruang Rambutan

DATA SUBJEKTIF	DATA OBJEKTIF
<ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi sc dibagian perut</li> <li>Pasien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak</li> <li>Pasien mengatakan takut jika bergerak</li> <li>Pasien mengatakan skala nyeri 5 P = luka bekas operasi SC dibagian perut Q = nyeri seperti teriris-iris R = nyeri luka bekas operasi SC dibagian perut nyeri bertambah jika bergerak S = skala nyeri 5 T = nyeri hilang timbul dan bertambah jika banyak bergerak</li> <li>Pasien mengatakan baru pertama kali operasi sc</li> <li>Pasien mengatakan terdapat luka dibagian perut</li> <li>Pasien mengatakan jika bergerak nyerinya bertambah</li> <li>Pasien mengatakan takut jika bergerak</li> <li>Pasien mengatakan merasa lemah</li> <li>Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga</li> <li>Pasien mengatakan masih belum bisa berjalan sendiri</li> <li>Pasien mengatakan masih belum bisa beraktivitas seperti biasa</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak meringis</li> <li>Pasien tampak menahan rasa sakit</li> <li>Pasien tampak berbaring di tempat tidur</li> <li>Klien sesekali merintih</li> <li>Terdapat luka bekas operasi sc dibagian perut</li> <li>Luka di baluti kassa dengan rapih</li> <li>Terdapat nyeri pada luka bekas operasi sc</li> <li>Pasien tampak berbaring di tempat tidur</li> <li>Pasien tampak berhati-hati jika bergerak</li> <li>Tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarganya</li> <li>Leukosit 14,0 ribu/mm<sup>3</sup></li> <li>TTV TD : 121/101 mmHg N : 113x/menit RR : 20x/menit S : 36,0°c</li> </ol>



## ANALISA DATA

Nama Klien : Ny. U

Dx. Medis : Post Operasi SC dengan Indikasi Plasenta Previa

Ruangan : Ruang Rambutan

No	Data Fokus	Masalah	Etiologi
1	<p><b>DS :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi sc dibagian perut</li> <li>2. Pasien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak</li> <li>3. Pasien mengatakan takut jika bergerak</li> <li>4. Pasien mengatakan skala nyeri 5.</li> </ol> <p>P = luka bekas operasi SC dibagian perut            Q = nyeri seperti teriris-iris            R = nyeri luka bekas operasi SC dibagian perut nyeri bertambah jika bergerak            S = skala nyeri 5            T = nyeri hilang timbul dan bertambah jika banyak bergerak</p> <p><b>DO :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak meringis</li> <li>2. Pasien tampak menahan rasa sakit</li> <li>3. Pasien tampak berbaring di tempat tidur</li> <li>4. Klien sesekali merintih</li> <li>5. TTV, TD : 121/101 mmHg, N : 113x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,0°C</li> </ol>	Nyeri Akut	Agen Pencedera Fisik (prosedur operasi SC)
2	<p><b>DS :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan merasa lemah</li> <li>2. Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga</li> <li>3. Pasien mengatakan masih belum bisa berjalan sendiri</li> <li>4. Pasien mengatakan masih belum bisa beraktivitas seperti biasa</li> </ol> <p><b>DO :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak berbaring di tempat tidur</li> <li>2. Pasien tampak berhati-hati jika bergerak</li> <li>3. Tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarganya</li> <li>4. TTV, TD : 121/101 mmHg, N : 113x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,0°C</li> </ol>	Intoleransi Aktivitas	Imobilitas
3	<p><b>DS :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan baru pertama kali operasi SC</li> <li>2. Pasien mengatakan terdapat luka dibagian perut</li> <li>3. Pasien mengatakan jika bergerak nyerinya bertambah</li> <li>4. Pasien mengatakan takut jika bergerak</li> </ol> <p><b>DO :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat luka bekas operasi SC dibagian perut</li> <li>2. Luka di baluti kassa dengan rapih</li> <li>3. Terdapat nyeri pada luka bekas operasi sc</li> <li>4. Luka tampak masih basah karena baru hari pertama</li> <li>5. Leukosit 14,0 ribu/mm<sup>3</sup></li> <li>6. TTV, TD : 121/101 mmHg, N: 113x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,0°C</li> </ol>	Resiko Infeksi	Efek Prosedur Invasif (prosedur operasi SC)

## DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. U

Dx. Medis : Post Operasi SC dengan Indikasi Plasenta Previa

Ruangan : Ruang Rambutan



No	Diagnosa Keperawatan
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) (D. 0077)
2	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas (D.0056)
3	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (prosedur operasi SC) (D. 0142)

## NURSING CARE PLANE (NCP)

Nama Klien : Ny. U

Dx. Medis : Post Operasi SC dengan Indikasi Plasenta Previa

Ruangan : Ruang Rambutan

DX.Kep	Waktu	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Paraf
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) (D. 0077)	25-11-2022	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Tingkat nyeri menurun dengan Kriteria Hasil :</p> <p>Tingkat nyeri (L.08066)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Keluhan nyeri 3 (sedang) menjadi 5 (menurun)</li> <li>➤ Meringis 3 (sedang) menjadi 5 (menurun)</li> <li>➤ Frekuensi nadi 3 (sedang) menjadi 5 (membaik)</li> </ul>	<p><b>Manajemen nyeri (I.08238)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitasnyeri</li> <li>➤ Identifikasi skalanyeri</li> <li>➤ Identifikasi faktorpenyebab nyeri</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Berikan teknik nonfarmakologis (tarik nafas dalam)</li> <li>➤ Fasilitasi istirahatdan tidur</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ajarkan teknik non farkamkologis untuk mengurangi nyeri teknik relaksasinafas dalam</li> </ul> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kolaborasi pemberian analgetic (jika perlu)</li> </ul>	
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas (D.0056)	25-11-2022	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat. dengan Kriteria Hasil :</p>	<p><b>Manajemen energi(I.05178)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan ataurasa sakit selama bergerak atau beraktivitas</li> </ul> <p><b>Teraeutik :</b></p>	


		<p>Tingkat keletihan (L.05046)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Verbalisasi keputihan energi 3 (sedang) menjadi 5 (meningkat)</li> <li>➤ Kemampuan melakukan aktivitas 3 (sedang) menjadi 5 (meningkat)</li> <li>➤ Perasaan lemah 3 (sedang) menjadi 5 (meningkat)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sediakan lingkungan yang nyaman</li> <li>➤ Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anjurkan tirah baring</li> <li>➤ Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>➤ Anjurkan menghubungi perawat jika tandatan gejala kelelahan tidak berkurang</li> </ul>	
<p>Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (prosedur operasi SC) <b>(D. 0142)</b></p>	<p>25-11-2022</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan resiko infeksi menurun dengan KH :</p> <p>Tingkat Infeksi (L.14137)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nyeri 3 (sedang) menjadi 5 (menurun)</li> <li>➤ Kemerahan 3 (sedang) menjadi 5 (menurun)</li> </ul>	<p><b>Pencegahan Infeksi (I.14529)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>➤ Anjurkan meningkatkan nutrisi</li> <li>➤ Anjurkan meningkatkan cairan</li> </ul>	<p><i>Smp</i></p>

## CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN HARI PERTAMA


Nama Klien : Ny. U


Dx. Medis : Post Operasi SC dengan Indikasi Plasenta Previa

Ruangan : Ruang Rambutan

DX.Kep	Hari/Tgl	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) (D. 0077)	Jumat, 25-11-2022	<p style="text-align: center;"><b>Manajemen nyeri (I.08238)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri           <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi SC</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak menahan rasa sakit</li> </ul> </li> <li>Mengidentifikasi skalanyeri           <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan skala nyeri nya 5</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Skala nyeri pasien 5</li> </ul> </li> <li>Mengidentifikasi faktorpenyebab nyeri           <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak berbaring di tempat tidur</li> </ul> </li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memberikan teknik nonfarmakologis (tarik nafas dalam)           <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien diajarkan Teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri</li> </ul> </li> <li>Memfasilitasi istirahat dan tidur           <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak berbaring di tempat tidur</li> </ul> </li> </ol>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi SC</li> <li>Pasien mengatakan skala nyeri nya</li> <li>Pasien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak</li> <li>Pasien mengatakan mengerti tentang Teknik relaksasi nafas dalam</li> </ul> <p><b>Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak menahan rasa sakit</li> <li>Skala nyeri pasien 5</li> <li>Pasien tampak berbaring ditempat tidur</li> <li>Pasien diajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri</li> <li>Pasien tampak mengerti tentang Teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>Diberikan Asam Mefenamat 3 x 500 mg (P.O)</li> </ul> <p><b>Assesment :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Masalah belum teratasi</li> </ul> <p><b>Planning :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervensi dilanjutkan</li> </ul>	

		<p><b>Edukasi :</b></p> <p>6. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mengerti tentang Teknik relaksasi nafas dalam</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak mengerti tentang Teknik relaksasi nafas dalam</li> </ul> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>7. Mengkolaborasikan pemberian analgetic (jika perlu)</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diberikan Asam Mefenamat 3 x 500 mg (P.O)</li> </ul>		
--	--	--	--	--

<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas (D.0056)</p>	<p>Jumat, 25-11-2022</p>	<p><b>Manajemen energi (I.05178)</b>  <b>Observasi :</b>  1. Memonitoring lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama bergerak atau beraktivitas  S :  - Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi, nyeri bertambah jika banyak bergerak  O :  - Pasien tampak menahan rasa nyeri dibagian perut bekas operasi SC  <b>Terapeutik :</b>  2. Menyediakan lingkungan yang nyaman  S :  - Pasien mengatakan merasa kedinginan karena AC  O :  - Mengatur suhu untuk pasien agar pasien nyaman  3. Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan  S : -  O :  - Menganjurkan pasien mendengarkan sholawat agar lebih nyaman dan menenangkan  <b>Edukasi :</b>  4. Menganjurkan tirahbaring  S : -  O :  - Menganjurkan pasien untuk banyak beristirahat  5. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap  S :  - Pasien mengatakan aktivitasnya sering dibantu oleh suaminya  O :  - Menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap saja  6. Menganjurkan menghubungi perawat jika tandadan gejala kelelahantidak berkurang  S : -  O :  - Menganjurkan pasien memencet bel jika perlu bantuan perawat</p>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi, nyeri bertambah jika banyak bergerak</li> <li>• Pasien mengatakan merasa kedinginan karena AC</li> <li>• Pasien mengatakan aktivitasnya sering dibantu oleh suaminya</li> </ul> <p><b>Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak menahan rasa nyeri dibagian perut bekas operasi SC</li> <li>• Mengatur suhu untuk pasien agar pasien nyaman</li> <li>• Menganjurkan pasien mendengarkan sholawat agar lebih nyaman dan menenangkan</li> <li>• Menganjurkan pasien untuk banyak beristirahat</li> <li>• Menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap saja</li> <li>• Menganjurkan pasien memencet bel jika perlu bantuan perawat</li> </ul> <p><b>Assessment :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah belum teratasi</li> </ul> <p><b>Planning :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervensi dilanjutkan</li> </ul>	
---	--------------------------	---	--	---


<p>Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (prosedur operasi SC) (D. 0142)</p>	<p>Jumat, 25-11-2022</p>	<p><b>Pencegahan Infeksi (I.14529)</b>  <b>Observasi :</b>  1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik  S :  - Pasien mengatakan nyeri jika bergerak pada bekas operasi  O :  - Pasien tampak menahan rasa sakit  <b>Terapeutik :</b>  2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien  S :  - Pasien mengatakan jarang mencuci tangan karena jika bergerak nyeri pada bekas operasi  O :  - Perawat sering mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien  <b>Edukasi :</b>  3. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar  S :  - Pasien mengatakan tidak tahu cara mencuci tangan dengan benar  O :  - Pasien tampak tidak mengetahui cara mencuci tangan dengan benar  4. Mengajarkan meningkatkan nutrisi  S :  - Pasien mengatakan makannya tidak habis  O :  - Makanan pasien tampak tidak habis  5. Mengajarkan meningkatkan cairan  S :  - Pasien mengatakan jarang minum  O :  - Pasien tampak minum hanya sedikit</p>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan nyeri jika bergerak pada bekas operasi</li> <li>• Pasien mengatakan jarang mencuci tangan karena jika bergerak nyeri pada bekas operasi</li> <li>• Pasien mengatakan tidak tahu cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>• Pasien mengatakan makannya tidak habis</li> <li>• Pasien mengatakan jarang minum</li> </ul> <p><b>Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak menahan rasa sakit</li> <li>• Perawat sering mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> <li>• Pasien tampak tidak mengetahui cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>• Makanan pasien tampak tidak habis</li> <li>• Pasien tampak minum hanya sedikit</li> </ul> <p><b>Assessment :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah belum teratasi</li> </ul> <p><b>Planning :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervensi dilanjutkan</li> </ul>	
---	--------------------------	--	---	---

## CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN HARI KEDUA

Nama Klien : Ny. U

Dx. Medis : Post Operasi SC dengan Indikasi Plasenta Previa


Ruangan : Ruang Rambutan

DX.Kep	Hari/Tgl	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) (D. 0077)</p>	<p>Sabtu, 26-11-2022</p>	<p><b>Manajemen nyeri (I.08238)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitasnyeri</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyerinya sedikit berkurang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak sedikit lebih rileks</li> </ul> <p>2. Mengidentifikasi skalanyeri</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan skala nyerinya 4</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri pasien 4</li> </ul> <p>3. Mengidentifikasi faktorpenyebab nyeri</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan jika bergerak nyerinya masih bertambah</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih tampak membatasi pergerakannya namun pasien sudah bisa duduk</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>4. Memberikan teknik nonfarmakologis (tarik nafas dalam)</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan jika nyeri sering tarik nafas dalam</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak mengerti tentang</li> </ul>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan nyerinya sedikit berkurang</li> <li>• Pasien mengatakan skala nyerinya 4</li> <li>• Pasien mengatakan jika bergerak nyerinya masih bertambah</li> <li>• Pasien mengatakan jika nyeri sering tarik nafas dalam</li> <li>• Pasien mengatakan lebih tenang dari kemarin</li> </ul> <p><b>Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak sedikit lebih rileks</li> <li>• Skala nyeri pasien 4</li> <li>• Pasien masih tampak membatasi pergerakannya namun pasien sudah bisa duduk</li> <li>• Pasien tampak mengerti tentang Teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>• Pasien tampak tenang</li> <li>• Pasien mengerti tentang Teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>• Diberikan Asam Mefenammat 3 x 500 mg (P.O)</li> </ul> <p><b>Assessment :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah teratasi sebagian</li> </ul> <p><b>Planning :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervensi dilanjutkan</li> </ul>	



		<p>Teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>5. Memfasilitasi istirahat dan tidur :</p> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak tenang</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>6. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengerti tentang Teknik relaksasi nafas dalam</li> </ul> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>7. Kolaborasi pemberian analgetik (jika perlu)</p> <p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diberikan Asam Mefenamat 3 x 500 mg (P.O)</li> </ul>		
--	--	---	--	--

<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas (D.0056)</p>	<p>Sabtu, 26-11-2022</p>	<p><b>Manajemen energi(I.05178)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitoring lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama bergerak atau beraktivitas  S :  - Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi sudah berkurang  O :  - Pasien tampak lebih rileks</li> </ol> <p><b>Teraeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Menyediakan lingkungan yang nyaman  S :  - Pasien mengatakan sudah nyaman dengan lingkungan dan suhu ruangnya  O :  - Pasien tampak lebih nyaman</li> <li>3. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan  S :  - Pasien mengatakan sering mendengarkan sholawat dan ayat-ayat al-qu'ran  O :  - Pasien tampak tenang</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Mengajarkan tirah baring  S :  - Pasien mengatakan aktivitasnya masih dibantu oleh suaminya  O :  - Aktivitas pasien tampak dibantu oleh suaminya</li> <li>5. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap  S :  - Pasien mengatakan sudah bisa duduk  O :  - Pasien tampak sudah bisa duduk</li> <li>6. Menganjurkan menghubungi perawat jika tandatan gejala kelelahan tidak berkurang  S : -  O :  - Menganjurkan pasien memencet bel jika perlu bantuan perawat</li> </ol>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi sudah berkurang</li> <li>• Pasien mengatakan sudah nyaman dengan lingkungan dan suhu ruangnya</li> <li>• Pasien mengatakan sering mendengarkan sholawat dan ayat-ayat al-qu'ran</li> <li>• Pasien mengatakan aktivitasnya masih dibantu oleh suaminya</li> <li>• Pasien mengatakan sudah bisa duduk</li> </ul> <p><b>Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak lebih rileks</li> <li>• Pasien tampak lebih nyaman</li> <li>• Pasien tampak tenang</li> <li>• Aktivitas pasien tampak dibantu oleh suaminya</li> <li>• Pasien tampak sudah bisa duduk</li> <li>• Menganjurkan pasien memencet bel jika perlu bantuan perawat</li> </ul> <p><b>Assessment :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah teratasi sebagian</li> </ul> <p><b>Planning :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervensi dilanjutkan</li> </ul>	<p><i>Smp</i></p>
---	--------------------------	---	---	-------------------


<p>Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (prosedur operasi SC) (D. 0142)</p>	<p>Sabtu, 26-11-2022</p>	<p><b>Pencegahan Infeksi (I.14529)</b>  <b>Observasi :</b>  1. Memonitoring tanda dan gejala infeksi local dan sistemik  S :  - Pasien mengatakan nyerinya sudah sedikit berkurang  O :  - Pasien sudah bisa duduk  <b>Terapeutik :</b>  2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien  S : -  O :  - Perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien  <b>Edukasi :</b>  3. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar  S : -  O :  - Mengajarkan pasien cara mencuci tangan dengan benar  4. Menganjurkan meningkatkan nutrisi  S :  - Pasien mengatakan makanya sisa sedikit  O :  - Makanan pasien tampak sisa sedikit  5. Menganjurkan meningkatkan cairan  S :  - Pasien mengatakan minumnya hanya sedikit  O :  - Menganjurkan pasien untuk minum yang banyak</p>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan nyerinya sudah sedikit berkurang</li> <li>• Pasien mengatakan makanya sisa sedikit</li> <li>• Pasien mengatakan minumnya hanya sedikit</li> </ul> <p><b>Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien sudah bisa duduk</li> <li>• Perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> <li>• Mengajarkan pasien cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>• Makanan pasien tampak sisa sedikit</li> <li>• Menganjurkan pasien untuk minum yang banyak</li> </ul> <p><b>Assessment :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah teratasi sebagian</li> </ul> <p><b>Planning :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervensi dilanjutkan</li> </ul>	
---	--------------------------	---	--	---

## CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN HARI KETIGA

Nama Klien : Ny. U

Dx. Medis : Post Operasi SC dengan Indikasi Plasenta Previa

Ruangan : Ruang Rambutan

DX.Kep	Hari/Tgl	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) (D.0077)</p>	<p>Minggu 27-11-2022</p>	<p><b>Manajemen nyeri (I.08238)</b>  <b>Observasi :</b>                      1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri                      S :                      - Pasien mengatakan nyerinya sudah sangat berkurang                      O :                      - Pasien tampak lebih semangat dan rileks                      2. Mengidentifikasi skala nyeri                      S :                      - Pasien mengatakan skala nyeri nya 2                      O :                      - Skala nyeri pasien 2                      3. Mengidentifikasi faktor penyebab nyeri                      S :                      - Pasien mengatakan sudah bisa berjalan perlahan-lahan                      O :                      - Pasien tampak sudah bisa berjalan secara perlahan-lahan  <b>Terapeutik :</b>                      4. Memberikan teknik nonfarmakologis (tarik nafas dalam)                      S : -                      O :                      - Pasien mengerti tentang Teknik relaksasi nafas dalam                      5. Memfasilitasi istirahat dan tidur                      S :                      - Pasien mengatakan sudah nyaman dan tidur nyenyak                      O :                      - Pasien tampak nyaman  <b>Edukasi :</b>                      6. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri teknik relaksasi nafas dalam                      S : -                      O :                      - Pasien mengerti tentang Teknik relaksasi nafas dalam</p>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan nyerinya sudah sangat berkurang</li> <li>• Pasien mengatakan skala nyerinya 2</li> <li>• Pasien mengatakan sudah bisa berjalan perlahan-lahan</li> <li>• Pasien mengatakan sudah nyaman dan tidur nyenyak</li> </ul> <p><b>Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak lebih semangat dan rileks</li> <li>• Skala nyeri pasien 2</li> <li>• Pasien tampak sudah bisa berjalan secara perlahan-lahan</li> <li>• Pasien mengerti tentang Teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>• Pasien tampak nyaman</li> <li>• Diberikan Asam Mefenamat 3 x 500 mg (P.O)</li> </ul> <p><b>Assesment :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah teratasi</li> </ul> <p><b>Planning :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervensi dihentikan (pasien di rencanakan pulang)</li> </ul>	

**Kolaborasi :**

7. Kolaborasi pemberian analgetic (jika perlu)

S : -

O :

- Diberikan Asam Mefenamat 3 x 500 mg (P.O)

<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas (D.0056)</p>	<p>Minggu, 27-11-2022</p>	<p><b>Manajemen energi(L.05178)</b>  <b>Observasi :</b>  1. Memonitoring lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama bergerak atau beraktivitas  S :  - Pasien mengatakan nyeri bekas operasi berkurang dan pasien mengatakan sudah bisa berjalan  O :  - Pasien tampak sudah bisa berjalan  <b>Teraeutik :</b>  2. Menyediakan lingkungan yang nyaman  S : -  O :  - Pasien tampak nyaman  3. Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan  S : -  O :  - Pasien tampak tenang  <b>Edukasi :</b>  4. Mengajarkan tirahbaring  S :  - Pasien mengatakan sudah bisa beraktivitas tanpa dibantu suaminya  O :  - Pasien tampak bisa berjalan tanpa bantuan suaminya  5. Mengajarkan melakukan aktivitas secara bertahap  S :  - Pasien mengatakan sudah bisa beraktivitas tanpa dibantu suaminya  O :  • Pasien tampak bisa beraktivitas tanpa dibantu suaminya  6. Mengajarkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang  S : -  O :  - Pasien dianjurkan memencet bel jika perlu bantuan perawat</p>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan nyeri bekas operasi berkurang dan pasien mengatakan sudah bisa berjalan</li> <li>• Pasien mengatakan sudah bisa beraktivitas tanpa dibantu suaminya</li> </ul> <p><b>Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak sudah bisa berjalan</li> <li>• Pasien tampak nyaman</li> <li>• Pasien tampak tenang</li> <li>• Pasien tampak bisa berjalan tanpa bantuan suaminya</li> <li>• Pasien tampak bisa beraktivitas tanpa dibantu suaminya</li> <li>• Pasien dianjurkan memencet bel jika perlu bantuan perawat</li> </ul> <p><b>Assessment :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah teratasi</li> </ul> <p><b>Planning :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervensi dihentikan (pasien direncanakan pulang)</li> </ul>	<p><i>Smp</i></p>
---	---------------------------	---	---	-------------------

<p>Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasi (prosedur operasi SC) (D.0142)</p>	<p>Minggu, 27-11-2022</p>	<p><b>Pencegahan Infeksi (I.14529)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Memonitoring tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri sudah sangat berkurang pada bekas operasi</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak lebih ceria dan bersemangat</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>3. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengajarkan pasien dan keluarga cara mencuci tangan dengan benar</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak paham cara mencuci tangan dengan benar</li> </ul> <p>4. Menganjurkan meningkatkan nutrisi</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan makannya habis</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Makanan pasien tampak habis</li> </ul> <p>5. Menganjurkan meningkatkan cairan</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan minumnya sudah banyak</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak botol-botol bekas minum pasien</li> </ul>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan nyeri sudah sangat berkurang pada bekas operasi</li> <li>• Mengajarkan pasien dan keluarga cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>• Pasien mengatakan makannya habis</li> <li>• Pasien mengatakan minumnya sudah banyak</li> </ul> <p><b>Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak lebih ceria dan bersemangat</li> <li>• Perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> <li>• Perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> <li>• Pasien tampak paham cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>• Makanan pasien tampak habis</li> <li>• Tampak botol-botol bekas minum pasien</li> </ul> <p><b>Assessment :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah teratasi</li> </ul> <p><b>Planning :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervensi dihentikan (pasien direncanakan pulang)</li> </ul>	<p><i>Smp</i></p>
--	---------------------------	--	---	-------------------

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini, penulis membandingkan antara teori dari bab II dengan III kasus 1 dan 2 yang dilaksanakan selama 3 hari implementasi. Asuhan keperawatan tersebut meliputi: pengkajian, perumusan diagnosa, rencana asuhan keperawatan, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi keperawatan.

#### **A. Pengkajian**

##### **1. Menurut Teori**

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data hingga evaluasi keperawatan.

##### **2. Menurut Kasus**

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. N pada tanggal 22 November 2022 dengan hasil pengkajian yang didapatkan adalah setelah dilakukan operasi sectio caesarea pasien dipindahkan ke ruangan rawat inap rambutan, setelah operasi pasien mengeluh nyeri pada bekas operasi, pasien mengatakan skala nyeri 6, pasien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak, pasien mengatakan terdapat luka di bagian perut. Pasien mengatakan masih belum bisa duduk. Pasien mengeluh sering batuk berdahak, batuk hilang timbul, jika batuk luka bekas operasinya nyeri nya bertambah. Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga terutama suaminya, pasien mengatakan masih belum bisa berjalan sendiri, pasien mengatakan masih belum bisa beraktivitas seperti biasanya.

Pasien mengatakan anaknya sudah meninggal, pasien mengatakan payudaranya sakit dan bengkak, ASI nya tidak keluar, pasien selalu mengatakan coba kalau ada bayinya ASI nya pasti keluar. Pasien tampak sedih. Pasien tampak sedih jika ditanya kondisinya saat ini,



pasien hanya berdiam diri saja di tempat tidur. Ketika ditanya soal bayinya pasien selalu merasa bersalah karena bayinya meninggal. Tanda-tanda vital pada pasien didapatkan TD : 124/87 mmHg, N : 88x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,5°C, BB : 70 kg, TB : 155 cm. Dari pengkajian fisik didapatkan luka bekas operasi dibagian abdomen pasien. Luka tampak di baluti kassa dengan rapih. Pasien mengatakan jika bergerak dan batuk-batuk nyeri pada luka bekas operasi bertambah.

Hasil pengkajian selanjutnya pada Ny.U pada tanggal 25 November 2022 dengan hasil pengkajian yang didapatkan adalah setelah dilakukan operasi sectio caesarea pasien dipindahkan ke ruangan rawat inap rambutan, setelah operasi pasien mengeluh nyeri pada bekas operasi, pasien mengatakan skala nyeri di 5, pasien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak, pasien mengatakan terdapat luka di bagian perut. Pasien mengatakan baru pertama kali operasi sc karena anak-anak sebelumnya lahir normal. Pasien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak, Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga, pasien mengatakan masih belum bisa berjalan sendiri, pasien mengatakan masih belum bisa beraktivitas seperti biasanya. Tanda-tanda vital pada pasien didapatkan TD : 121/101 mmHg, N : 85x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,0°C, BB : 77 kg, TB : 162 cm. Dari pengkajian fisik didapatkan luka bekas operasi dibagian abdomen pasien. Luka tampak di baluti kassa. Pasien mengatakan jika bergerak nyeri pada luka bekas operasi bertambah.

Pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu pasien terdapat luka bekas operasi SC dibagian abdomen namun pada pasien Ny.N pasien mengatakan skala nyerinya adalah 6 dan jika bergerak dan batuk-batuk pasien mengatakan nyerinya bertambah karena pasien mengatakan sering batuk-batuk dan batuk pasien berdahak. Kemudian pada Ny.U pasien mengatakan skala nyerinya adalah 5, pasien Ny.U mengatakan nyeri bertambah jika pasien banyak

bergerak dan pasien mengatakan baru pertama kali operasi SC. Nyeri yang dirasakan pasien dapat berlangsung beberapa jam setelah SC terjadi pada saat efek anestesi epidural habis. Keluhan nyeri akut disebabkan oleh luka post op SC sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan pasien mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi sectio caesarea tepatnya dibagian perut karena insisi ringan.

### 3. Menurut Analisa Peneliti

Menurut opini penulis, tidak ada perbedaan pada tinjauan pustaka dan kasus karena keduanya mengeluh nyeri pada luka pembedahan operasi sectio caesarea pada daerah abdomen bawah.

Pada riwayat penyakit sekarang menurut Nurbaeti (2015) dalam (HIDAYATI, 2019) sesuai dengan tinjauan pustaka meliputi adanya operasi sectio caesarea dengan indikasi solusio plasenta dan plasenta previa, menyebabkan pasien dilakukan operasi sectio caesarea akibatnya terjadi trauma pembedahan diskontinuitas jaringan menimbulkan nyeri, nyeri dirasakan pasien setelah efek anestesi secara perlahan hilang, nyeri akan timbul jika efek pemberian analgesik berakhir (4 jam setelah pemberian ) dan akan hilang saat analgetik diberikan. Nyeri bersifat subyektif tergantung bagaimana klien mempersiapkan nyeri tersebut. Daerah yang mengalami nyeri adalah luka insisi yang terdapat pada abdomen. Insisi pada sectio caesarea klasik di midline abdomen antara pusat dan simpisis pubis. Area penyebaran nyeri dirasakan sampai bokong dan terkadang adanya after pain (nyeri alihan) yang dirasakan klien sampai ke pinggang. Keparahan atau intensitas nyeri berkisar antara dari nyeri ringan (1-3), nyeri sedang (4-6), sampai nyeri berat (7-10).

Nyeri dirasakan setelah 6-12 jam post sectio caesarea, dan pada tinjauan kasus ditemukan hal yang sama pada pasien Ny.N yaitu pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi SC, nyeri yang dirasakan pada luka bekas operasi SC, skala nyeri 6, nyeri yang

dirasakan bertambah jika pasien bergerak dan batuk-batuk, kemudian pada pasien Ny. U yaitu pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi SC, skala nyeri 5, nyeri bertambah saat pasien bergerak.

Menurut penulis hal ini sudah sesuai karena pasien yang setelah operasi section caesarea mengalami nyeri dibagian abdomen bawahnya dengan skala yang berbeda beda pada setiap orang yang merasakannya dan tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

### **1. Menurut Teori**

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan objektif yangtelah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan melibatkan proses berfikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik dan pemberian pelayanan kesehatan yanglain. Komponen-komponen dalam pernyataan diagnosis keperawatan meliputi masalah (problem), penyebab (etiologi), tanda dan gejala (sign and symptom).

### **2. Menurut Kasus**

Diagnosa utama yang diangkat oleh penulis pada kedua kasus, diagnosa yang sama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Efek Prosedur Operasi SC), karena pasien 1 dan pasien 2 mengeluh nyeri pada luka bekas operasi SC, pasien 1 mengeluh nyeri bertambah jika pasien bergerak atau mobilisasi dan ketika pasien batuk-batuk. Kemudian pada pasien 2 pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi SC dan nyeri bertambah jika bergerak atau mobilisasi.

Diagnosa yang kedua yang diangkat oleh penulis pada kedua kasus sama yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas karena pada kedua pasien mengeluh nyeri bertambah jika bergerak, pasien mengatakan masih belum bisa duduk, pada pasien pertama mengeluh sering batuk berdahak, batuk hilang timbul, jika batuk luka bekas operasinya nyeri nya bertambah, pasien mengatakan aktivitasnya dibantu

keluarga terutama suaminya, pasien mengatakan masih belum bisa berjalan sendiri, pasien mengatakan masih belum bisa beraktivitas seperti biasanya. Kemudian pada pasien ke dua pasien mengeluh nyeri bertambah jika bergerak, pasien mengatakan masih belum bisa duduk, pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh suaminya dan pasien mengatakan masih belum bisa berjalan sendiri, pasien mengatakan masih belum bisa beraktivitas seperti biasanya.

Diagnose yang ketiga yang diangkat oleh penulis pada kedua kasus yaitu berbeda yaitu pada kasus pertama penulis mengangkat diagnose berduka berhubungan dengan kematian anggota keluarga (Bayi Pasien) karena pasien mengatakan anaknya sudah meninggal kemudian pasien mengatakan payudaranya sakit dan bengkak, ASI nya tidak keluar, pasien selalu mengatakan coba kalau ada bayinya ASInya pasti keluar. Pasien tampak sedih jika ditanya kondisinya saat ini, pasien hanya berdiam diri saja di tempat tidur, ketika ditanya soal bayinya pasien selalu merasa bersalah karena bayinya meninggal.

Kemudian pada kasus yang kedua pasien mengatakan baru pertama kali operasi SC, pasien mengatakan terdapat luka dibagian perut, pasien mengatakan jika bergerak nyerinya bertambah, pasien mengatakan takut jika bergerak. Terdapat luka bekas operasi SC dibagian perut , luka di baluti kassa dengan rapih, terdapat nyeri pada luka bekas operasi SC dan luka masih tampak basah karena baru hari pertama, leukosit pasien pada hasil pemeriksaan lab adalah  $14,1 \text{ ribu/mm}^3$ . Sehingga penulis mengangkat diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (prosedur operasi SC).

### 3. Analisa Peneliti

Diagnosa keperawatan yang ditemukan penulis yang tidak sesuai dengan tinjauan teori dan terdapat kesenjangan pada tinjauan kasus didapatkan hasil berduka berhubungan dengan kematian anggota keluarga (Bayi Pasien) karena pasien karena pasien mengatakan anaknya sudah meninggal. Pasien tampak sedih jika ditanya kondisinya saat ini,

pasien hanya berdiam diri saja di tempat tidur, ketika ditanya soal bayinya pasien selalu merasa bersalah karena bayinya meninggal.

### **C. Intervensi Keperawatan**

#### **1. Menurut Teori**

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan.

Pembuatan rencana keperawatan yang akan dilakukan melibatkan keluarga pasien dan perawat ruangan sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi sesuai teori perencanaan keperawatan dituliskan dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Intervensi pada tinjauan teori memuat target waktu yang dibutuhkan untuk melakukan perawatan pada klien, tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai, rencana tindakan yang akan dilakukan, dan rasional dari rencana tindakan tersebut. Perencanaan atau intervensi dirancang oleh penulis berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dimana tindakan yang akan dilakukan terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Target waktu pencapaian kriteria hasil pada semua diagnosis ditentukan dengan rentang waktu yang sama, yaitu 3x 24 jam.

#### **2. Menurut Kasus**

Pada kasus post operasi SC dengan indikasi solusio plasenta pada pasien Ny.N melakukan Tindakan keperawatan 3x24jam. Diagnosa yang diatasi adalah masalah nyeri akut pada pasien Ny.N dengan tujuan tingkat nyeri menurun dengan tujuan yang diharapkan keluhan nyeri menurun, kemudian pada diagnose yang diatasi selanjutnya adalah masalah intoleransi aktivitas pada pasien Ny.N dengan tujuan toleransi aktivitas meningkat dengan tujuan yang diharapkan kemampuan melakukan aktivitas meningkat. Kemudian pada diagnose yang diatasi

selanjutnya adalah masalah berduka pada pasien Ny.N dengan tujuan tingkat berduka membaik, dengan tujuan yang diharapkan verbalisasi perasaan sedih menurun.

Intervensi yang dilakukan pada pasien Ny.N untuk diagnose nyeri akut yaitu manajemen nyeri (I.08238), dengan melakukan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rassa nyeri dan pemberian analgetic (diberikan ketorolac 3 x 30 gram, IV). Intervensi yang dilakukan untuk diagnose intoleransi aktivitas yaitu manajemen energi (I.05178), dengan melakukan yaitu menganjurkan pasien untuk banyak beristirahat dan menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap saja, kemudian mengatur suhu ruangan pasien agar pasien nyaman. Intervensi yang dilakukan untuk diagnose berduka yaitu dukungan proses berduka (I.09274), dengan melakukan yaitu mendengarkan semua cerita pasien, kemudian memotivasi pasien dan keluarga agar bisa ikhlas atas meninggal anaknya, dan menganjurkan pasien dan keluarga mendengarkan ayat-ayat Al Qur'an agar lebih tenang.

Pada kasus post operasi SC dengan indikasi plasenta previa pada pasien Ny.U melakukan Tindakan keperawatan 3x24jam. Diagnose yang diatasi yaitu nyeri akut pada pasien Ny.U dengan tujuan tingkat nyeri menurun dengan tujuan yang diharapkan keluhan nyeri menurun, kemudian pada diagnose yang diatasi selanjutnya adalah masalah intoleransi aktivitas pada pasien Ny. U dengan tujuan toleransi aktivitas meningkat dengan tujuan yang diharapkan kemampuan melakukan aktivitas meningkat. Kemudian pada diagnose yang diatasi selanjutnya adalah masalah resiko infeksi dengan tujuan resiko infeksi menurun, dengan tujuan yang diharapkan nyeri menurun. aktivitas meningkat dengan tujuan yang diharapkan kemampuan melakukan aktivitas meningkat.

Intervensi yang dilakukan pada pasien Ny.U untuk diagnose nyeri akut yaitu manajemen nyeri (I.08238), dengan melakukan teknik

relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri dan pemberian analgetic (diberikan asam mefenamat 3 x 500 mg, PO). Intervensi yang dilakukan untuk diagnose intoleransi aktivitas yaitu manajemen energi (I.05178), dengan melakukan yaitu menganjurkan pasien untuk banyak beristirahat dan menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap saja, kemudian mengatur suhu ruangan pasien agar pasien nyaman. Intervensi yang dilakukan untuk diagnose resiko infeksi yaitu pencegahan infeksi (I.14529), dengan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien karena mencuci tangan adalah salah satu unsur untuk pencegahan infeksi, kemudian mengajrkan pasien dan keluarga tentang teknik mencuci tangan dengan benar. Menganjurkan meningkatkan nutrisi seperti konsumsi putih telur sebagai asupan protein pada masa pemulihan post Sectio Caesaria dapat meningkatkan proses penyembuhan luka dan meningkatkan cairan pada pasien.

### 3. Menurut Analisa Peneliti

Perbandingan antara intervensi teori dengan intervensi yang ditentukan di kasus memiliki kesamaan intervensi akan tetapi dalam intervensi yang di terapkan masing- masing sama pada 2 pasien memprioritas untuk menangani masalah nyeri akut terlebih dahulu terapi non-farmakologis yang digunakan adalah Teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri.

## **D. Implementasi Keperawatan**

### 1. Menurut Teori

Berdasarkan tahap implementasi keperawatan, upaya untuk merealisasikan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya adalah hal yang sangat penting dalam tahap pelaksanaan ini, sehingga upaya pelaksanaan atau tindakan yang dilaksanakan dapat diterima sebagai upaya untuk memecahkan masalah.

### 2. Menurut Kasus

Implementasi dilakukan penulis selama 3 hari pada kedua kasus. Implementasi pada Ny.N di mulai 23 November 2022 sampai dengan 25

November 2022 dan pada pasien Ny.U dimulai pada 25 November 2022 sampai 27 November 2022. Penulis melakukan implemenasi klien setiap hari sesuai dengan rencana keperawatan.

Pada kedua pasien diberikan Teknik non-farmakologis yaitu pada diagnosa nyeri akut diberikan Teknik non-farmakologis terknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri.

Terapi non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri adalah terapi relaksasi nafas dalam. Menurut (Luckyva et al., 2022) terapi non-farmakologis untuk mengurangi nyeri adalah salah satu nya teknik relaksasi nafas dalam. Saat dilakukan teknik relaksasi nafas dalam, terjadi relaksasi otor pada bagian dada yang mengalami penyempitan akibat peningkatan hormone prostaglandin sehingga aliran darah di tubuh akan meningkat akibat perluasan pembuluh darah. Setelah itu akan terjadi pelepasan hormone endorphin dan enkefalin yang bertugas memutuskan rantai reseptor nyeri.

Salah satu penanganan nyeri nonfarmakologis terutama pada pasien pasca operasi adalah teknik relaksasi. Relaksasi merupakan cara kognitif yang mampu memberikan penyembuhan fisik dan mental atau mengurangi rasa sakit hingga ambang rasa sakit (Benson & Proctor 2013) dalam (Wati & Aizah, 2021). Relaksasi nafas dalam yaitu salah satu terapi nonfarmakologi yang bisa digunakan untuk merelaksasi ketegangan otot sehingga dapat mempengaruhi skala nyeri pada ibu pasca operasi caesar.

Kemudian pada diagnosa yang kedua yaitu intoleransi aktivitas diberikan Teknik non-farmakologis yaitu mobilisasi dini dengan cara ambulasi dini. Pada proses persalinan SC dilakukan tindakan pembedahan dengan membuat sayatan di dinding perut dan dinding rahim, sehingga menyebabkan adanya luka bekas operasi yang cukup besar, yang membuat ibu merasa khawatir dan takut untuk melakukan pergerakan. Adanya luka bekas operasi juga menimbulkan nyeri pada ibu, sehingga ibu cenderung lebih memilih berbaring saja dan enggan



menggerakkan tubuhnya sehingga menimbulkan kaku persendian, postur yang buruk, kontraktur otot, dan nyeri tekan apabila tidak melakukan mobilisasi dini (Yanti et. al., 2019) dalam (Lestari, Utami, et al., 2021).

Menurut penelitian (Lestari, Utami, et al., 2021) Mobilisasi dini memberikan beberapa manfaat, antara lain pasien akan merasa lebih kuat dan sehat, faal usus dan kandung kencing menjadi lebih baik, memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat penyembuhan luka, otot menjadi lebih kuat sehingga pasien mampu merawat diri dan bayinya secara mandiri. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sumaryati et al (2018) selama 3 hari kepada 2 pasien kelolaan diperoleh kesimpulan mobilisasi dini penting dilakukan untuk mempercepat kesembuhan ibu sehingga dapat kembali melakukan aktivitas sehari-hari secara normal.

Tindakan yang dilakukan berfokus pada terapi latihan aktivitas yaitu ambulasi dini. Ambulasi dini merupakan upaya memandu kemandirian pasien sedini mungkin (sekitar 8-24 jam setelah persalinan) untuk mempertahankan fungsi fisiologis. Ambulasi dini dilakukan secara bertahap, dimulai dari gerakan miring kanan dan kiri, kemudian ibu dapat duduk pada hari kedua, menggerakkan kaki dan berjalan pada hari ketiga. Ambulasi berguna untuk menormalkan sirkulasi dalam tubuh (Mitayani, 2013) dalam (Lestari, Utami, et al., 2021).

Selain itu, manfaat ambulasi dini adalah mencegah komplikasi seperti emboli paru dan tromboflebitis pada pasien post operasi sectio caesarea dianjurkan untuk melakukan ambulasi dini. Manfaat dari melakukan latihan ambulasi dini dapat meningkatkan sirkulasi darah yang akan menyebabkan rasa nyeri pada luka operasi menurun dan proses penyembuhan luka jauh lebih cepat dibandingkan dengan yang tidak melakukan ambulasi dini. Dengan melakukan mobilisasi dini pengeluaran lochea menjadi lancar, menurunkan infeksi postpartum, mempercepat involusio alat kandungan, fungsi alat gastrointestinal dan perkemihan menjadi lancar, dengan begitu pasien akan merasa lebih baik

dan kuat. Tahap dalam mobilisasi yaitu rentang gerak pasif, rentang gerak aktif, rentang gerak fungsional Sedangkan akibat dari tidak melakukan ambulasi dini yaitu dapat menyebabkan timbulnya gangguan dari fungsi tubuh, aliran darah menjadi terhambat dan nyeri pada luka operasi semakin meningkat. Sehingga luka operasi akan sulit membaik dan berpotensi menambah lama hari rawat (Nurjanah & Maemunah, 2013) dalam (Lestari, Utami, et al., 2021).

Pada diagnosa yang ke tiga yaitu berduka diberikan implementasi atau terapi non-farmakologis pada pasien 1 adalah dengan menganjurkan pasien mendengarkan ayat-ayat Al-Qur'an agar pikiran dan perasaannya menjadi tenang sehingga tidak merasa sedih atas kehilangan anaknya.

Menurut penelitian (Nurhakiky, 2019) menjelaskan bahwa dengan mendengarkan ayat-ayat Al-Qur'an banyak sekali manfaatnya selain agar pikiran dan perasaan menjadi tenang tetapi juga terapi murottal membantu otak dalam memproduksi zat kimia, yakni neuropeptide yang dapat menguatkan reseptor tubuh dan memberikan umpan balik berupa kenikmatan dan kenyamanan (Sholikah, 2014) dalam (Nurhakiky, 2019). Terapi dengan mendengarkan bacaan Al Qur'an murottal dengan tempo yang lambat serta harmonisasi dapat menurunkan hormon-hormon stres penyebab depresi, mengaktifkan hormone endorphin alami, meningkatkan relaksasi, dan dapat mengalihkan perhatian dari rasa takut, kecemasan dan ketegangan (Syafei & Suryadi, 2018) dalam (Nurhakiky, 2019).

Pada diagnosa yang ketiga yaitu resiko infeksi diberikan implementasi atau terapi non-farmakologis pada pasien 2 adalah dengan cara menganjurkan meningkatkan asupan makanan pada pasien dan memakan makanan yang sudah disediakan oleh pihak RSUDC agar dapat mempercepat proses penyembuhan luka bekas operasi section caesarea.

Menurut penelitian (Lestari, Haniah, et al., 2021) Untuk mempercepat proses penyembuhan luka post SC, dilanjutkan untuk segera

bangkit dari pasca operasi dan memperhatikan juga tentang makanan tinggi kalori dan protein yang harus dikonsumsi untuk mempercepat proses penyembuhan luka post sectio caesarea, tetapi tidak semua pasien mengonsumsi makanan yang telah diberikan rumah sakit. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhinya diantaranya kesenangan dan ketidakseimbangan (Foodlike and dislike), kebiasaan (Foodhabit), daya beli serta ketersediaan (Purchasing power and food availability), kepercayaan serta ketakhayulan (Food believe and food fadisme), aktualisasi diri (self actualization), faktor agama serta psikologis (Sumarningsih, 2020) dalam (Lestari, Haniah, et al., 2021).

### 3. Analisa Peneliti

Tindakan keperawatan yang ada di teori dengan yang dilakukan di kasus sama pelaksanaannya, dengan berkolaborasi tenaga kesehatan yang ada dirumah sakit dan keluarga yang selalu mendampingi selama proses pengobatan dan perawatan dan selalu percaya kepada perawat yang menanganinya.

## **E. Evaluasi Keperawatan**

### 1. Menurut Teori

Pada tahap evaluasi semua diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan dan dilakukan intervensi serta implementasi selama 3x24 jam. Kemudian penulis membandingkan antara pasien 1 dengan pasien 2 apakah masalah tersebut teratasi atau tidak. Hasil evaluasinya yaitu semua masalah teratasi dari semua tujuan pencapaian yang telah dibuat. Maka dari itu pasien 1 dan pasien 2 pada hari ketiga direncanakan pulang.

### 2. Menurut Kasus

Pada evaluasi hari pertama pada diagnosa pertama yaitu nyeri akut, pasien 1 dan 2 masih mengeluh nyeri, pada pasien 1 pasien mengatakan skala nyerinya 6 dan pada pasien ke 2 skala nyerinya 5. Kemudian pada hari kedua pasien 1 dan pasien 2 mengatakan skala nyerinya berkurang pada pasien 1 skala nyerinya 5 pada pasien 2 skala nyerinya 4.

Kemudian pada hari ketiga pada pasien 1 dan 2, pasien mengatakan skala nyerinya sudah semakin berkurang, ketika bergerak pun sakitnya tidak bertambah, pada pasien 1 skala nyeri nya 3 dan pada pasien 2 skala nyerinya 2 dan pasien direncanakan pulang.

Pada evaluasi hari ke pertama pada diagnosa intoleransi aktivitas, pasien 1 dan pasien 2 masih mengeluh nyeri pada bekas operasi, nyeri bertambah jika banyak bergerak, dan aktivitasnya masih di bantu oleh keluarganya terutama suaminya. Kemudian pada kedua pasien 1 dan pasien 2, pasien sudah bisa duduk, sudah bisa miring kanan dan kiri, kemudian jika bergerakpun nyeri nya sudah berkurang. Kemudian pada hari ketiga pada pasien 1 dan 2, pasien sudah bisa berjalan namun secara perlahan dan aktivitasnyapun sudah tidak dibantu oleh suaminya. Kemudian pasien direncanakan pulang.

Pada evaluasi hari pertama pada pasien 1 dengan diagnosa berduka , pasien masih tampak sedih, pasien tampak menahan menahan menangis, dan pasien masih merasa bersalah. Pada hari kedua pasien tampak masih bersedih dan pasien tampak berdiam saja di tempat tidur dan pasien masih tampak murung. Kemudian pada hari ketiga pasien tampak sudah mampu menerima dan ikhlas pasien sudah tampak lebih ceria. Kemudian pasien direncanakan pulang.

Pada evaluasi hari pertama pada pasien 2 dengan diagnosa resiko infeksi, pasien masih tampak menahan rasa sakit, makanan pasien tampak tidak habis dan pasien mengatakan minumannya hanya sedikit. Pada hari kedua pasien pasien sudah bisa duduk, nyeri pasien berkurang, tidak ada kemerahan di area luka bekas operasi pasien. Kemudian pada hari ketiga pasien pasien tampak lebih ceria, luka pada bekas operasi berkurang, makanan pasien tampak habis dan pasien tampak minum banyak. Kemudian pasien di rencanakan pulang.

### 3. Analisa Peneliti

Pada Analisa peneliti dalam penerapan implementasi menentukan pencapaian sesuai dengan kriteria hasil dan tidak ada intervensi yang tidak sesuai dengan kriteria hasil. Hasil interpretasi dari dua pasien juga sama sesuai implementasi yang di terapkan pada pasien di berikan Teknik relaksasi nafas dalam untuk diagnosa nyeri kemudian Teknik ambulasi dini pada diagnosa intoleransi aktivitas.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

1. Hasil pengkajian pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi SC, pasien 1 mengeluh nyeri bertambah jika pasien bergerak atau mobilisasi dan ketika pasien batuk-batuk. Kemudian pada pasien 2 pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi SC dan nyeri bertambah jika bergerak atau mobilisasi.
2. Diagnose yang diangkat pada kedua pasien berbeda, tetapi ada 2 diagnosa yang sama yaitu nyeri akut dan intoleransi aktivitas. Hal ini juga karena pasien 1 bayi nya meninggal dan pada pasien 2 bayi dalam kondisi baik-baik saja, hal ini yang menyebabkan adanya perbedaan dalam menentukan diagnosa dalam kedua kasus.
3. Intervensi keperawatan yang dibuat sesuai dengan teori yang ada untuk masing-masing diagnosa. Rencana keperawatan pada kasus ini yaitu terapi non farmakologis seperti teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri pada kedua pasien. Teknik ambulasi dini yang berguna untuk menormalkan sirkulasi dalam tubuh pada kedua pasien.
4. Implementasi keperawatan yang diberikan kepada klien sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia). Pada kasus ini dilakukan terapi non farmakologis seperti teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri pada kedua pasien. Teknik ambulasi dini yang berguna untuk menormalkan sirkulasi dalam tubuh pada kedua pasien.
5. Hasil evaluasi semua masalah pada pasien teratasi dari tujuan pencapain yang telah dibuat pada tahap perencanaan. Maka dari

itu pasien pada perawatan hari ketiga di rencanakan pulang oleh dokter kemudian kontrol sesuai jadwal yang telah ditentukan.

#### **B. Saran**

1. Penulis berharap tugas akhir ini dapat memberikan pengetahuan terutama dalam bidang ilmu keperawatan khususnya ilmu keperawatan maternitas.
2. Pasien dan keluarga diharapkan menambah wawasan dan pengetahuan tentang perawatan post operasi section caesarea serta mengetahui cara perawatan luka mandiri pada pasien post operasi section caesarea. Hal ini agar dapat mempercepat proses penyembuhan pada luka post operasi section caesarea agar pasien tidak mengeluh nyeri pada luka bekas operasinya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aulia, R. (2020). *Asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea atas indikasi plasenta previa dengan nyeri akut diruang kalimaya bawah rsu dr. slamet garut 2020*.
- Dewi Maylasari, Siva Raharja, S. D. L. (2017). *Asuhan Keperawatan pada pasien post operasi sectio caesarea*. 5–14.
- Dr. Muara P. Lubis, S. O. (2019). *Solusio plasenta*. *SOLUSIO PLASENTA OLEH*.
- Guslatipa, D., Sari, E. P., Riwayat, H., Sesarea, O., Dan, R. A., Guslatipa, D., Sari, E. P., Studi, P., Kebidanan, D. I. V, Kader, U., & Palembang, B. (2019). Hubungan Riwayat Operasi Sesarea, Riwayat Abortus Dan Kehamilan Kembar Dengan Kejadian Plasenta Previa. *Asiyiyah Medika*, 4, 210–221.
- Heri Desmeta, B. K. (2018). *accidental sampling* . 6(1), 1–7.
- HIDAYATI, F. (2019). *Program diiii keperawatan akademi keperawatan kerta cendekia sidoarjo 2019*.
- Lailatul Fadliyah, A. M. (2021). *Jurnal surya*. 13(02), 202–205.
- Lestari, P., Haniah, S., & Utami, T. (2021). Asuhan Keperawatan pada Ny . S dengan Masalah Risiko Infeksi Post- Operasi Sectio Caesarea di Ruang Bougenvile RSUD Dr . R . Goeteng. *Asuhan Keperawatan Pada Ny . S Dengan Masalah Risiko Infeksi Post- Operasi Sectio Caesarea Di Ruang Bougenvile RSUD Dr . R . Goeteng*, 462–470.
- Lestari, P., Utami, T., & Haniyah, S. (2021). Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Masalah Risiko Infeksi Post Operasi Sectio Caesarea di Ruang Bougenvile RSUD Dr.R.Goeteng Taroenadibrata Purbalingga. *Seminar Nasional Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat (SNPPKM)*, 1055–1060.
- Luckyva, T., Ardhia, D., & Fitri, A. (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN IBU POST PARTUM SECTIO CAESAREA DENGAN BSC : SUATU STUDI KASUS*



*Nursing Care For Postpartum Sectio Caesarea Mothers With BSC : A Case Study. 1, 103–109.*

Megawati, D. (2018). *Progni diii keperawatan fakultas ilmu kesehatan universitas muhammadiyah surakarta 2012.*

Mursalim, N., Nurdin, A., & Sari, J. I. (2019). *Jurnal Kedokteran Jurnal Kedokteran Vol . 06 No . 02 Juni 2021. 06(02), 100–109.*

Nurhakiky, S. M. (2019). *KONSEP PSIKOTERAPI DALAM AL-QURAN.*

Ramadhan, B. R. (2022). *Ilmiah, Jurnal Sandi, Kesehatan Plasenta Previa : Mekanisme dan Faktor Risiko Pendahuluan. 11, 208–219.*  
<https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i1.735>

Roni, R. W., Waluyo, F., & Pujojati, W. (2018). *Plasenta Previa Totalis dengan Komplikasi Perdarahan Post Partum Pada Multipara di Usia Kehamilan 39 Minggu at 39 Weeks Gestation on Multiparous. 144–149.*

Wati, S. E., & Aizah, S. (2021). Penerapan Terapi Relaksasi Nafas Dalam Pada Klien Post Sectio Caesarea Dengan Masalah Keperawatan Nyeri. *Sinkesjar, 638–645.*

# **LAMPIRAN**

## LEAFLET TARIK NAFAS DALAM DAN CUCI TANGAN

LATIHAN TEKNIK  
RELAKSASI NAFAS DALAM



DI SUSUN OLEH:  
SITI AMINAH  
221560311097

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

### APA ITU TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM?

Teknik relaksasi 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 menghembuskan nafas secara perlahan.

### TUJUAN DAN MANFAAT

Tujuan dari teknik relaksasi nafas dalam adalah untuk mengurangi nyeri dan meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional

### LANGKAH-LANGKAH

- CIPTAKAN LINGKUNGAN YANG TENANG
- USAHAKAN TETAP RILEKS DAN TENANG
- POSISI DUDUK, SETENGAH DUDUK ATAU BERBARING
- 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.
- AMBIL NAFAS DALAM SECARA LAMBAT, MENGHIRUP MELALUI HIDUNG. RASAKAN BAHWA KEDUA JARI TENGAH TANGAN TERPISAH SELAMA MENARIK NAFAS (INSPIRASI). TAHAN NAFAS SAMPAI HITUNGAN KETIGA (1, 2, 3).
- PERLAHAN-LAHAN MENGHEMBUSKAN NAFAS MELALUI MULUT (SEPERTI MENIUP).
- KEDUA UJUNG JARI TENGAH AKAN BERSENTUHAN KEMBALI.
- MEMBIARKAN TELAPAK TANGAN DAN KAKI RILEKS
- USAHAKAN AGAR TETAP KONSENTRASI/ MATA SAMBIL TERPEJAM
- PADA SAAT KONSENTRASI PUSATKAN PADA DAERAH NYERI
- ANJURKAN UNTUK MENGULANGI PROSEDUR HINGGA NYERI TERASA BERKURANG
- ULANGI SAMPAI 15 KALI, DENGAN SELINGI ISTIRAHAT SINGKAT SETIAP 5 KALI.



**4**

Posisi kunci tangan



**5**

Buka jempol kedalam secara bergantian



**6**

Gosok ujung jari bergantian



**1**

Gosok kedua telapak tangan



**2**

Gosok punggung tangan secara bergantian



**3**

Gosok sela-sela tangan








### CUCI TANGAN
















Di Susun Oleh :  
Siti Aminah  
221560311090

Program Studi Profesi Ners  
STIKes Medistra Indonesia

## KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Tanggal Bimbingan	Waktu	Kegiatan bimbingan	Keterangan	Paraf
24/11/2022	14.00	Konsul Via Chat WhatsApp	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsul kasus yang ada diruang rambutan</li> </ul> Feedback <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjut mencari kasus</li> </ul>	
25/11/2022	10.00	Konsul Via Chat WhatsApp	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengajuan judul KIAN</li> </ul> Feedback <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACC judul KIAN</li> </ul>	
26/11/2022	15.00	Konsul Via Chat WhatsApp	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengajuan judul KIAN Kembali Karena pasien pulang</li> </ul> Feedback <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acc judul dan lanjut</li> </ul>	
27/10/2022	14.00	Konsul Via Chat WhatsApp	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsul materi yang ada di BAB 1</li> </ul> Feedback <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan materi yang ada di BAB 1</li> <li>- Membahas materi apa saja di BAB 1</li> </ul>	
10/12/2022	10.00	Konsul Via Chat WhatsApp	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsul BAB 1 dan 2</li> </ul> Feedback <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisi latar belakang dan lanjut bab 2</li> <li>- Mengubah kalimat pada paragraf ke dua di latar belakang menjadi kalimat Bahasa Indonesia yang baku</li> <li>- Pada paragraf ke 4 tidak ada kata sambung</li> </ul>	
11/12/2022	11.00		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsul BAB 2</li> </ul> Feedback <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisi pathway</li> <li>- Revisi pada pathway harus sesuai dengan indikasi sc pada pasien</li> </ul>	

06 /01/2023	15.00		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsul BAB 3 dan BAB 4</li> </ul> <p>Feedback</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisi bab 1-4</li> <li>- Di surat pernyataan di tambah TTD mahasiswa</li> <li>- Penulisan nama dan gelar serta NIDN yang benar pada penguji 1 dan 2</li> <li>- ujian tidak usah menggunakan kata dapat</li> <li>- Pada bab 3 asuhan keperawatan harus sesuai dengan SDKI dalam pengambilan diagnosa</li> <li>- Pada bab 4 pembahasan harus di ceritakan dari pengkajian sampai evaluasi</li> </ul>	
09/01/2023	15.00	Konsul Via Chat WhatsApp	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjut konsul BAB 5</li> </ul> <p>Feedback</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisi kesimpulan di tambahkan ebp pada intervensi dan implementasi</li> </ul>	
12/01/2023	19.00	Konsul Via Chat WhatsApp	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsul BAB V</li> </ul> <p>Feedback</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACC Sidang</li> </ul>	
13/01/2023	16.00	Konsul Via Chat WhatsApp	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsul PPT</li> </ul> <p>Feedback</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PPT di ACC</li> </ul>	

17/01/2023	10.00		Sidang KIAN	<p><b><u>PENGUJI I</u></b></p>  Dinda Nur Fajri HB, S.Kep.,Ns.,M.Kep  <p><b><u>PENGUJI 2</u></b></p>  Nurti Y.K. Gea, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp. Kep.A
16/06/2023	11.00	Konsul Via Chat WhatsApp	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsul setelah sidang KIAN</li> </ul> Feedback <b>Penguji I</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memperbaiki typo</li> <li>- Menambahkan nomor pada gambar</li> </ul> <b>Penguji II</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menambahkan pathway gangguan psikologis</li> </ul>	<p><b><u>PENGUJI I</u></b></p>  Dinda Nur Fajri HB, S.Kep.,Ns.,M.Kep  <p><b><u>PENGUJI 2</u></b></p>  Nurti Y.K. Gea, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp. Kep.A
19/06/2023	10.00	Konsul Via Chat WhatsApp	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ACC HC KIAN</li> </ul>	<p><b><u>PENGUJI I</u></b></p>  Dinda Nur Fajri HB, S.Kep.,Ns.,M.Kep  <p><b><u>PENGUJI 2</u></b></p>  Nurti Y.K. Gea, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp. Kep.A

## BIODATA PENULIS



### I. DATA PRIBADI

Nama Lengkap : Siti Aminah  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Tempat, Tanggal Lahir : Bekasi, 29 November 1999  
Agama : Islam  
E-Mail : [siti81418@gmail.com](mailto:siti81418@gmail.com)  
Alamat : Kp. Jegang RT 03 RW 01 Desa  
Bojongmangu Kec. Bojongmangu Kab.  
Bekasi

### II. PENDIDIKAN FORMAL

2006-2012 : SDN Bojongmangu 02  
2012-2015 : MTs Jamiatul Huda  
2015-2018 : SMA Darul Muttaqin  
2018-2022 : STIKes Medistra Indonesia (S1 Ilmu Keperawatan)  
2022-2023 : Profesi Ners