

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY.S POST
SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI RIWAYAT KETUBAN
PECAH DINI DAN NY.R POST SECTIO CAESAREA ATAS
INDIKASI RIWAYAT PRE EKLAMPSIA DI RUANG
RAMBUTAN RSUD CENGKARENG TAHUN 2022**



Disusun Oleh :

Sinta Nuriyah, S.Kep

NPM : 22.156.03.11.087

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

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY.S POST
SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI RIWAYAT KETUBAN
PECAH DINI DAN NY.R POST SECTIO CAESAREA ATAS
INDIKASI RIWAYAT PRE EKLAMPSIA DI RUANG
RAMBUTAN RSUD CENGKARENG TAHUN 2022**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Profesi Ners
STIKes Medistra Indonesia**



Disusun Oleh :

Sinta Nuriyah, S.Kep

NPM : 22.156.03.11.087

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA

BEKASI

2023

LEMBAR PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sinta Nuriyah, S.Kep

NPM : 221560311087

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.S Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Riwayat Ketuban Pecah Dini Dan Ny.R Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Riwayat Pre Eklamsia Di Ruang Rambutan Rsud Cengkareng Tahun 2022” adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari hasil karya orang lain.

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya

Bekasi, 16 Januari 2023



Sinta Nuriyah, S.Kep

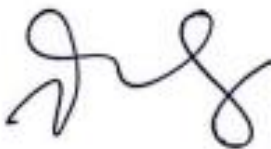
LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul "Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.S Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Riwayat Ketuban Pecah Dini Dan Ny.R Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Riwayat Pre Eklamsia Di Ruang Rambutan Rsud Cengkareng Tahun 2022" telah diperiksa oleh preseptor satu dan preseptor dua dan disetujui untuk melaksanakan seminar hasil.

Bekasi, 16 Januari 2023

Menyetujui

Penguji I



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

Penguji II



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

Mengetahui :

**Kepada Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan Pendidikan Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Medistra Indonesia**



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

LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sinta Nuriyah, S.Kep

NPM : 221560311087

Program Studi : Profesi Ners

Judul Karya Ilmiah Akhir : **ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY.S POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI RIWAYAT KETUBAN PECAH DINI DAN NY.R POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI RIWAYAT PRE EKLAMPSIA DI RUANG RAMBUTAN RSUD CENKARENG TAHUN 2022.**

Bekasi, 16 Januari 2023

Penguji I



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

WK 1 Bidang Akademik

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

Penguji II



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

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



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

Ketua STIKes Medistra Indonesia

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

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat yang telah diberikan kepada penulis, baik berupa kesehatan fisik dan mental sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dengan judul: “Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.S Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Riwayat Ketuban Pecah Dini Dan Ny.R Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Riwayat Pre Eklamsia Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022” yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ners Program Studi Profesi pada STIKes Medistra Indonesia, Bekasi.

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

1. Bapak Usman Ompusunggu, SE., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Bapak Saver Mangandar Ompusunggu, SE., selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
3. Ibu Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes selaku ketua dari STIKes Medistra Indonesia
4. Ibu Puri Kresna Wati, SST., M.KM., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIKes Medistra Indonesia.
5. Ibu Sinda Ompusunggu, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Kepegawaian STIKes Medistra Indonesia
6. Ibu Hainun Nisa, SST., M. Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni STIKes Medistra Indonesia
7. Ibu Kiki Deniati, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku ketua program studi S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia
8. Ibu Nurti YK Gea, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.A Selaku Koordinator Profesi Ners.

9. Ibu Ernauli Meliyana, S.Kep., Ns., M.Kep., Selaku Dosen Pembimbing II Karya Ilmiah Akhir Ners
10. Ibu Dinda Nur Fajri HB, S.Kep., Ns., M.Kep., Selaku Dosen Penguji I Karya Ilmiah Akhir Ners
11. Ibu Roulita S.Kep., Ns., M.Kep., Selaku Dosen Pembimbing Akademik
12. Seluruh Dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang turut membantu memberikan banyak ilmu, masukan dan arahan selama proses pendidikan
13. Teruntuk ibu saya beserta keluarga terimakasih atas segala doa dan motivasi yang tiada henti telah kalian berikan. Tanpa doa dan dukungan dari kalian mungkin penulis tidak akan sampai pada titik sekarang ini.
14. Serta teman-teman semua yang tidak bisa disebutkan satu-persatu. Terimakasih yang sebesar-besarnya atas motivasi dan dukungan selama pembuatan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

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

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

Bekasi, 16 Januari 2023



Sinta Nuriyah, S.Kep

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN PERNYATAAN	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv-v
DAFTAR ISI.....	vi-vii
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penelitian.....	2
C. Manfaat Penelitian.....	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
A. Konsep Dasar Post Partum.....	5
B. Konsep Dasar Sectio Caesarea	13
C. Konsep Dasar Preeklampsia	18
D. Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini..	26
E. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan..	31
BAB III LAPORAN KASUS	39
A. Pengkajian	39
B. Pemeriksaan Penunjang.....	45
C. Penatalaksanaan Terapi Keperawatan	45
D. Data Fokus Keperawatan	46
E. Analisa Data.....	48

F. Diagnosa Keperawatan	53
G. Intervensi Keperawatan.....	54
H. Catatan Keperawatan dan Catatan Perkembangan Keperawatan.....	63
BAB IV HASIL PEMBAHASAN	103
A. Pengkajian	103
B. Diagnosa Keperawatan.....	105
C. Intervensi Keperawatan	105
D. Implementasi Keperawatan	107
E. Evaluasi Keperawatan..	109
BAB V PENUTUP	110
A. Kesimpulan	110
B. Saran.....	112
DAFTAR PUSTAKA	114
LAMPIRAN	116

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tinggi Fundus Uterus Menurut Masa Involusi	6
Tabel 3.1 Hasil Anamnesa dan Pengkajian.....	39
Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Fisik	43
Tabel 3.3 Pemeriksaan Penunjang	45
Tabel 3.4 Hasil Penatalaksanaan Terapi	45
Tabel 3.5 Hasil Data Fokus Klien	46
Tabel 3.6 Hasil Analisa Data	48
Tabel 3.7 Diagnosa Keperawatan	53
Tabel 3.8 Perencanaan Keperawatan	54
Tabel 3.9 Catatan Keperawatan dan Catatan Perkembangan Keperawatan	63

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Kegiatan Bimbingan Karya Ilmiah Akhir Ners	116
Lampiran 2 SAP dan Leaflet Tehnik Relaksasi Nafas Dalam	117-122
Lampiran 3 SAP dan Leaflet Mobilisasi Dini Pasca Operasi	123-130
Lampiran 4 SAP dan Leaflet Tehnik Cara Menyusui Yang Baik dan Benar	131-135
Lampiran 5 SAP dan Leaflet Perawatan Payudara	136-140
Lampiran 6 Biografi Penulis	141

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan merupakan keluarnya hasil konsepsi yang telah cukup bulan berkisar (37-42 minggu) dan dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain (Rosyati, 2017). Seperti yang diketahui pada umumnya, terdapat dua jenis persalinan yaitu persalinan normal dan melalui pembedahan. Persalinan normal ialah keluarnya bayi melalui vagina dan berlangsung seluruhnya dengan kekuatan ibu sendiri. Keadaan tersebut biasanya tidak sesuai yang diinginkan karena janin tidak dapat dikeluarkan secara pervagina dikarenakan terdapat faktor seperti panggul sempit, bayi sungsang, dsb, sehingga diperlukan suatu tindakan medis berupa pembedahan yang disebut operasi *sectio caesarea*.

Salah satu masalah yang sering mengancam kehamilan yaitu adanya indikasi ketuban pecah dini. Ketuban pecah dini (KPD) atau sering disebut dengan premature reapture of the membrane (PROM) didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya melahirkan (Rohmawati, 2018). Ketuban pecah dini sering menyebabkan dampak yang sering pada morbiditas dan mortalitas ibu serta bayinya, terutama dalam kematian perinatal yang cukup tinggi (Legawati, 2018).

Menurut World Health Organization (2018), kejadian ketuban pecah dini (KPD) atau insiden PROM (prelabour rupture of membrane) berkisar antara 30% dari semua kelahiran dan 15-20% lainnya disebabkan oleh persalinan premature yang diindikasikan secara medis atau elektif. Di Indonesia sebanyak 35% penyebab kematian ibu pada tahun 2016 disebabkan oleh lain-lain, salah satunya KPD.

Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Sebagian besar ketuban pecah dini yang terjadi pada umur kehamilan diatas 37 minggu, sedangkan pada umur kehamilan kurang 36 minggu tidak terlalu banyak. Ketuban pecah dini merupakan masalah

kontroversional obstetric dalam kaitannya dengan penyebabnya. Pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya menyebabkan kemungkinan infeksi dalam rahim, persalinan premature yang akan meningkatkan kesakitan dan kematian ibu maupun janinnya (Legawati, 2018).

Ketuban pecah dini dapat menyebabkan berbagai macam komplikasi ada 2 komplikasi yang sering terjadi pada KPD yaitu : infeksi karena ketuban yang utuh merupakan penghalang terhadap masuknya penyebab infeksi dan kurang bulan atau premature karena KPD sering terjadi pada kehamilan kurang bulan. Masalah yang sering timbul pada bayi yang kurang bulan adalah gejala sesak nafas atau *respiratory distress syndrome* (RDS) yang disebabkan karena belum masuknya paru (Legawati, 2018).

Preeklampsia adalah gejala yang timbul pada ibu hamil, bersalin dan nifas yang hipertensi dengan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg, edema dan proteinuria yang terjadi pada kehamilan 20 minggu sampai akhir minggu pertama setelah persalinan (Sukarmi & Margaretha, 2018).

Berdasarkan data (WHO, 2016), angka kejadian *preeklampsia* diseluruh dunia berkisar 0,51% - 38,4%. Dinegara maju, angka kejadian *preeklampsia* berkisar 6% - 7%. Perempuan meninggal akibat komplikasi selama kehamilan dan setelah persalinan. Komplikasi lain mungkin ada sebelum kehamilan yang dapat memburuk selama kehamilan. Komplikasi secara langsung yang sering terjadi sekitar 80% dari semua kematian ibu adalah perdarahan hebat (sebagian besar perdarahan setelah melahirkan), infeksi (biasanya setelah melahirkan), tekanan darah tinggi selama kehamilan (*preeklampsia* dan *eclampsia*), dan aborsi yang tidak aman. Adapun penyebab secara tidak langsung terjadi 20% dengan penyakit seperti malaria, anemia dan AIDS selama kehamilan serta kesehatan ibu dan kesehatan bayi baru lahir sangat berhubungan erat.

World Health Organization (WHO, 2016), menyatakan bahwa ibu hamil yang dilakukan tindakan *operasi sectio caesarea* meningkat 5 kali lipat dibandingkan tahun-tahun sebelumnya. Selain itu menurut WHO

prevalensi *sectio caesarea* meningkat 46% di Cina dan 25% di Asia, Eropa dan Amerika Latin. Penelitian yang dilakukan oleh (Suryadi, 2017), bahwa angka persalinan *sectio caesarea* di Indonesia sudah melewati batas maksimal standar WHO sebesar 5-15 %. Standar *sectio caesarea* di rumah sakit pemerintah kira-kira 11%, sementara rumah sakit swasta bisa lebih dari 30% (WHO, 2018). Data dan informasi dari Kemenkes RI, (2017) estimasi jumlah ibu bersalin atau nifas menurut Provinsi Tahun 2017 sebanyak 5.082.537 ibu.

Hasil riset Riskesdas 2018 menyatakan terdapat 15,3 % persalinan dilakukan melalui operasi. Angka persalinan ibu di Indonesia tahun 2018 mencapai 79,3 % (RISKESDAS, 2018). Provinsi tertinggi dengan persalinan melalui *sectio caesarea* adalah DKI Jakarta (27,2%), Kepulauan Riau (24,7%), dan Sumatera Barat (23,1%) (Depkes RI, 2018).

Keberhasilan upaya kesehatan ibu, diantaranya dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI). AKI adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolannya tetapi bukan karena sebab-sebab lainnya seperti kecelakaan atau terjatuh di setiap 100.000 kelahiran hidup dalam (Kemenkes, Profil Kesehatan Indonesia, 2016).

Komplikasi pada masa kehamilan merupakan salah satu factor terbesar penyebab dari AKI karena hal tersebut dapat memperburuk kondisi ibu dan bayi sehingga berdampak pada terjadinya kematian ibu dan bayi (Winancy, 2019). Salah satu penyakit komplikasi pada kehamilan ialah preeklampsia yang presentase angka kejadiannya di negara berkembang sebesar 5-7% (Gustri, 2017).

Peran perawat sebagai pelaksana adalah memberikan asuhan keperawatan untuk menjaga kesehatan ibu dan bayi serta mencegah terjadinya komplikasi pasca persalinan. Oleh sebab itu asuhan keperawatan ibu post partum dengan ketuban pecah dini dan preeklampsia dilakukan dengan tujuan dengan keyakinan bahwa setiap orang mempunyai

kemampuan untuk merawat diri sendiri sehingga membantu individu memenuhi kebutuhan hidup, memelihara kesehatan dan kesejahteraannya.

Berdasarkan latar belakang yang dikemukakan diatas, maka penulis tertarik untuk menyusun Asuhan Keperawatan Maternitas pada Ny.S Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Riwayat Ketuban Pecah Dini Dan Ny.R Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Riwayat Pre Eklamsia Di Ruang Rambutan Rsud Cengkareng Tahun 2022.

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Memahami dan mengaplikasikan tentang pemberian asuhan keperawatan maternitas pada klien Ny.S Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Ketuban Pecah Dini Dan Ny.R Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Pre Eklamsia Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada klien Ny.S Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Ketuban Pecah Dini Dan Ny.R Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Pre Eklamsia Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.
- b. Mampu menetapkan diagnosa keperawatan pada klien Ny.S Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Ketuban Pecah Dini Dan Ny.R Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Pre Eklamsia Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.
- c. Mampu merencanakan intervensi keperawatan pada klien Ny.S Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Ketuban Pecah Dini Dan Ny.R Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Pre Eklamsia Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada klien Ny.S Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Ketuban Pecah Dini Dan Ny.R Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Pre Eklamsia Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.

- e. Mampu melaksanakan evaluasi keperawatan pada klien Ny.S Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Ketuban Pecah Dini Dan Ny.R Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Pre Eklamsia Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang dapat pada teori dan kasus pada klien Ny.S Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Ketuban Pecah Dini Dan Ny.R Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Pre Eklamsia Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.

C. Manfaat Penelitian

1. Bagi klien dan Keluarga

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan klien dan keluarga mengenai perawatan *post sectio caesarea*.

2. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi pengalaman belajar dilapangan dan dapat meningkatkan pengetahuan peneliti tentang Asuhan Keperawatan pada ibu post sectio caesarea atas indikasi ketuban pecah dini dan preeklampsia di RSUD Cengkareng Tahun 2022.

3. Bagi Tempat Penelitian

Penelitian karya ilmiah akhir ners ini diharapkan dapat memberi masukan atau saran serta menambah keluasan ilmu Asuhan Keperawatan pada ibu post sectio caesarea atas indikasi preeklampsia dan ketuban pecah dini di RSUD Cengkareng Tahun 2022.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penulisan ini diharapkan dapat menjadi masukan data untuk Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam asuhan keperawatan pada ibu post sectio caesarea atas indikasi preeklampsia dan ketuban pecah dini di RSUD Cengkareng Tahun 2022.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Post Partum

1. Definisi Post Partum

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

2. Tahapan Post Partum

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

a. Puerperium dini

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

b. Puerperium intermedial

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

c. Remote puerperium

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

3. Perubahan Fisiologi Post Partum

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

a. Uterus

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

Tabel 2.1

Tinggi fundus uterus menurut masa involusi

Sumber : (Wulandari, 2020)

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

b. Serviks

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

Saat setelah persalinan bentuk serviks akan menganga seperti corong. Hal ini disebabkan oleh korpus uteri yang berkontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi. Warna serviks berubah menjadi merah kehitaman karena mengandung banyak pembuluh darah dengan konsistensi lunak. Setelah janin dilahirkan, serviks masih dapat dilewati oleh tangan pemeriksa. Setelah 2 jam persalinan serviks

hanya dapat dilewati oleh 2-3 jari dan setelah 1 minggu persalinan hanya dapat dilewati oleh 1 jari saja (Maritalia, 2017).

c. Vagina

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

d. Lochea

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

Macam-macam lochea fisiologi

1) Lochea rubra

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

2) Lochea sanguinolenta

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

3) Lochea serosa

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

4) Lochea alba

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

e. Vulva

Vulva merupakan organ reproduksi eksterna, berbentuk lonjong, bagian depan dibatasi oleh klitoris, bagian belakang oleh perineum, bagian kiri dan kanan oleh labia minora. Pada vulva, dibawah clitoris

terdapat orifisium uretra eksterna yang berfungsi sebagai tempat keluarnya urin. Vulva mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Beberapa hari pertama setelah proses melahirkan vulva tetap berada dalam keadaan kendur. setelah 3 minggu vulva akan kembali kepada keadaan tidak hamil dan labia menjadi lebih menonjol (Maritalia, 2017).

f. Payudara (mamae) dan Laktasi

Payudara atau mamae adalah kelenjar yang terletak di bawah kulit, diatas otot dada. Secara makroskopis, struktur payudara terdiri dari korpus (badan), areola dan papilla atau puting. Fungsi dari payudara adalah memproduksi susu (Air Susu Ibu) sebagai nutrisi bagi bayi.

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

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

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

1) Refleks prolaktin

Akhir kehamilan hormone prolaktin memegang peranan untuk membuat kolostrum, tetapi jumlah kolostrum terbatas dikarenakan

aktivitas prolaktin dihambat oleh estrogen dan progesterone yang masih tinggi. Pasca persalinan yaitu saat lepasnya plasenta dan berkurangnya fungsi korpus luteum maka estrogen dan progesterone juga berkurang. Hisapan bayi akan merangsang puting susu dan kalang payudara karena ujung-ujung saraf sensoris yang berfungsi sebagai reseptor mekanik (Maritalia, 2017).

2) Refleks aliran (*let down reflek*)

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

g. Tanda – tanda vital

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

1) Suhu tubuh

Setelah proses persalinan, suhu tubuh dapat meningkat sekitar 0,5 °C dari keadaan normal (36°C – 37°C), namun tidak lebih dari pada 38°C. Hal ini disebabkan karena meningkatnya metabolisme tubuh pada saat proses persalinan.

2) Nadi

Denyut nadi normal berkisar antara 60-80 kali permenit. Pada saat proses persalinan denyut nadi akan mengalami peningkatan.

Setelah proses persalinan selesai frekuensi denyut nadi dapat sedikit lebih lambat.

3) Tekanan darah

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

4) Pernafasan

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

h. Hormon

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

i. System peredaran darah (cardio vascular)

Perubahan hormone selama hamil dapat menyebabkan terjadinya hemodilusi sehingga kadar hemoglobin (Hb) wanita hamil biasanya sedikit lebih rendah dibandingkan dengan wanita tidak

hamil. Selain itu, terdapat hubungan antara sirkulasi darah ibu dengan sirkulasi janin melalui plasenta.

j. System pencernaan

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

k. System perkemihan

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

l. System integument

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

m. System musculoskeletal

Proses persalinan selesai dinding perut akan menjadi longgar, kendur dan melebar selama beberapa minggu atau bahkan sampai beberapa bulan akibat peregangan yang begitu lama selama hamil.

Ambulasi dini, mobilisasi dan senam nifas sangat dianjurkan untuk mengatasi hal tersebut.

4. Adaptasi psikologis ibu postpartum

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

a. *Fase Taking In*

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

b. *Fase Taking Hold*

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

c. *Fase Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai seorang ibu. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan bayinya dan siap menjadi pelindung bagi bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu ibu untuk lebih meningkatkan rasa percaya diri dalam merawat bayinya. Kebutuhan akan istirahat dan nutrisi yang cukup masih sangat diperlukan untuk ibu menjaga kondisi fisiknya.

B. Konsep Dasar Sectio Caesarea

1. Definisi Sectio Caesarea

Sectio caesarea berasal dari perkataan latin “*Caedere*” yang artinya memotong. *Sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina (Maryunani, 2018).

Sectio caesarea atau kelahiran sesarea adalah melahirkan janin melalui irisan pada dinding perut (laparotomi) dan dinding uterus (histerektomi). Definisi ini tidak termasuk melahirkan janin dari rongga perut pada kasus rupture uteri atau kehamilan abdominal (Maryunani, 2018).

Sectio caesarea merupakan suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Prawirohardjo, 2019).

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

2. Klasifikasi

Menurut Ramadanty,(2019), klasifikasi bentuk pembedahan *section caesarea* adalah sebagai berikut :

a. *Sectio caesarea* klasik

Section caesarea klasik dibuat vertical pada bagian atas rahim. Pembedahan dilakukan dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. Tidak dianjurkan untuk kehamilan berikutnya melahirkan melalui vagina apabila sebelumnya telah dilakukan tindakan pembedahan ini.

b. *Sectio caesarea* transperitonel profunda

Sectio caesarea transperitonel profunda disebut juga low cervical yaitu sayatan vertical pada segmen lebih bawah rahim. Sayatan jenis

ini dilakukan jika bagian bawah rahim tidak berkembang atau tidak cukup tipis untuk memungkinkan dibuatnya sayatan transversal. Sebagian sayatan vertical dilakukan sampai ke otot-otot bawah rahim.

c. *Sectio caesarea* histerektomi

Sectio caesarea histerektomi adalah suatu pembedahan dimana setelah janin dilahirkan dengan *sectio caesarea*, dilanjutkan dengan pegangkatan rahim.

d. *Sectio caesarea* ekstrapéritoneal

Sectio caesarea ekstrapéritoneal, yaitu *sectio caesarea* berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan *sectio caesarea*. Biasanya dilakukan di atas bekas sayatan yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan insisi dinding dan fasia abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstrapéritoneum.

3. Etiologi

Menurut Martowirjo (2018), etiologi dari pasien *sectio caesarea* adalah sebagai berikut :

a. Etiologi yang berasal dari ibu

- 1) Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior) dan totalis
- 2) Panggul sempit
- 3) Disporasi sefalo-pelvik : ketidakseimbangan antara ukuran kepala dengan panggul
- 4) Partus lama (propped labor)
- 5) Rupture uteri mengancam
- 6) Partus tidak maju (obstructed labor)
- 7) Distosia serviks
- 8) Pre eklamsia dan hipertensi
- 9) Disfungsi uterus
- 10) Distosia jaringan lunak

b. Etiologi yang berasal dari janin

- 1) Letak lintang

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

Factor penyebab *sectio caesarea* sebagai berikut :

- a. CPD (Cephalo pelvik disproportion) merupakan ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara normal.
- b. PEB (Pre eklamsi berat) merupakan suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai *proteinuria* atau edema pada kehamilan 20 minggu atau lebih.
- c. KDP (ketuban pecah dini) merupakan pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartus. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu.
- d. Bayi kembar, tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara *sectio caesarea*. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi dari pada kelahiran satu bayi. Selain itu,

bayi kembarpun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

e. Factor hambatan jalan lahir, adanya gangguan pada jalan lahir misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernafas

f. Kelainan letak janin

1) Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala difundus uteri dan bokong berada dibagian bawah kavum uteri. Dikenal beberapa jenis letak sungsang, yaitu presentasi bokong, presentasi bokong kaki sempurna, presentasi bokong tidak sempurna dan presentasi kaki

4. Patofisiologi

Ada beberapa kelainan atau hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal atau spontan misalnya karena ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang parah, pre eclampsia dan eclampsia berat, kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kemudian sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta yang lebih dikenal dengan plasenta previa, bayi kembar, kehamilan pada ibu yang berusia lanjut, persalinan yang berkepanjangan, plasenta keluar dini, ketuban pecah dan bayi belum keluar dalam 24 jam, kontraksi lemah dan sebagainya. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu sectio caesarea (Ramadanty, 2018).

Sectio caesarea merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gram dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Dalam proses operasi, dilakukan tindakan anastesi yang akan menyebabkan pasien mengalami imobilisasi. Efek anastesi juga dapat menimbulkan otot relaksasi dan menyebabkan konstipasi. Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien. Selain itu

dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf-saraf disekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamine dan prostaglandin yang akan menimbulkan rangsangan pada area sensorik sehingga menyebabkan adanya rasa nyeri sehingga timbullah masalah keperawatan nyeri (Nanda Nic Noc, 2015).

5. Manifestasi Klinis

Menurut Martowirjo (2018), manifestasi klinis pada pasien dengan *post sectio caesarea* antara lain :

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

6. Pemeriksaan diagnostik

- a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- b. Pemantauan EKG
- c. JDL dengan diferensial
- d. Elektrolit
- e. Hemoglobin atau hematokrit
- f. Golongan darah
- g. Urinalis
- h. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- i. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi
- j. Ultrasound sesuai pesanan

7. Komplikasi

Beberapa komplikasi yang paling banyak terjadi dalam *sectio caesarea* adalah akibat tindakan anastesi, jumlah darah yang dikeluarkan

oleh ibu selama operasi berlangsung, komplikasi penyulit, *endometriosis* (radang endometrium), *tromboplebitis* (gangguan pembekuan darah pembuluh balik), *embolisme* (penyumbatan pembuluh darah paru), dan perubahan bentuk serta letak rahim menjadi tidak sempurna. Komplikasi serius pada tindakan *sectio caesarea* adalah perdarahan karena atonia uteri, pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeluarkan plasenta, *hematoma ligamentum latum (broad ligament)*, infeksi pada saluran genitalia, pada daerah insisi, dan pada saluran perkemihan .

C. Konsep Dasar Pre Eklampsia

1. Definisi Preeklampsia

Preeklampsia merupakan gangguan hipertensi yang terjadi pada ibu hamil dengan usia kehamilan lebih dari 20 minggu yang ditandai dengan meningkatnya tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg disertai dengan edema dan proteinuria (Faiqoh, 2017).

Menurut definisi Ramadanty, (1998), dalam (Sukarni, 2017), mendefinisikan bahwa preeklampsia (*toksemia gravidarum*) merupakan tekanan darah tinggi yang disertai dengan *proteinuria* (protein dalam air kemih) atau edema (penimbunan cairan), yang terjadi pada kehamilan 20 minggu sampai akhir minggu pertama setelah persalinan (Sofian, 2017).

2. Klasifikasi Preeklampsia

Menurut Sofian (2018), preeklampsia dibagi menjadi 2 golongan yaitu :

a. Preeklampsia ringan

Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih yang diukur pada posisi berbaring terlentang atau kenaikan diastolic 15 mmHg atau lebih, atau kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih. Cara pengukuran sekurang-kurangnya pada 2 kali pemeriksaan dengan jarak periksa 1 jam, sebaiknya dengan selang waktu 6 jam. Edema umum, kaki, jari tangan, serta wajah, atau kenaikan berat badan 1 kg atau lebih per minggu. Proteinuria kuantitatif 0,3 gr atau lebih per liter, kualitatif 1+ atau 2+ pada urin kateter atau *midstream*.

b. Preeklamsia berat

Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih, proteinuria 5 gr atau lebih per liter, oliguria adalah jumlah urin kurang dari 500 cc per 24 jam. Adanya gangguan serebral, gangguan virus, serta rasa nyeri di epigastrium. Dan terdapat edema paru dan sianosis.

3. Etiologi Preeklampsia

a. Usia ibu

Usia merupakan usia individu dihitung mulai saat individu dilahirkan sampai saat berulang tahun, semakin cukup usia, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam proses berfikir. Insiden tertinggi pada kasus preeklampsia pada usia remaja atau awal usia 20 tahun, namun prevalensinya meningkat pada wanita dengan usia diatas 35 tahun.

b. Usia kehamilan

Preeklampsia biasanya muncul setelah usia kehamilan minggu ke 20, gejalanya yaitu kenaikan tekanan darah. Jika terjadi dibawah usia kehamilan 20 minggu, masih dikategorikan dalam hipertensi kronik. Sebagian besar kasus preeklampsia terjadi pada minggu > 37 minggu dan semakin tua usia kehamilan maka semakin berisiko terjadinya preeklampsia.

c. Paritas

Paritas merupakan keadaan seorang ibu yang melahirkan janin lebih dari satu. Menurut Manuaba paritas merupakan wanita yang pernah melahirkan dan dibagi menjadi beberapa istilah :

- 1) Primigravida : seorang wanita yang telah melahirkan janin untuk pertama kalinya
- 2) Multipara : seorang wanita yang telah melahirkan janin lebih dari satu kali
- 3) Grande multipara : wanita yang telah melahirkan janin lebih dari lima kali

d. Riwayat hipertensi / preeklampsia

Riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya adalah factor utama. Kehamilan pada wanita yang memiliki riwayat preeklampsia sebelumnya berkaitan dengan tingginya kejadian preeklampsia berat, preeklampsia onset dini, dan dampak perinatal yang buruk (Lalenoh, 2018).

e. Genetik

Riwayat preeklampsia pada keluarga juga dapat meningkatkan risiko hamper tiga kali lipat adanya riwayat preeklampsia. Pada ibu dapat meningkatkan risiko sebanyak 3,6 kali lipat (Lalenoh, 2018).

f. Penyakit terdahulu (diabetes militus)

Jika sebelum hamil ibu sudah terdiagnosa diabetes, kemungkinan akan terkena preeklampsia meningkat 4 kali lipat. Sedangkan untuk kasus hipertensi, prevalensi preeklampsia pada ibu dengan hipertensi kronik lebih tinggi dari pada ibu yang tidak menderita hipertensi kronik.

g. Obesitas

Terjadinya peningkatan risiko munculnya preeklampsia pada setiap peningkatan indeks masa tubuh. Sebuah studi kohort mengemukakan bahwa ibu dengan indeks masa tubuh >35 akan memiliki risiko mengalami preeklampsia sebanyak 2 kali lipat.

h. *Bad Obstetrik History*

Ibu hamil yang pernah mempunyai riwayat preeklampsia, kehamilan molahidatidosa, dan kehamilan ganda kemungkinan akan mengalami preeklampsia pada kehamilan selanjutnya, terutama jika diluar kehamilan menderita tekanan darah tinggi menahun.

4. Patofisiologi

Pada preeklampsia terjadi spasme pembuluh darah disertai dengan ritensi garam serta air. Pada biopsy ginjal ditemukan spasme hebat arteriola glomelurus. Dalam beberapa kasus, lumen arteriola sedemikian sempitnya sehingga hanya dapat dilalui oleh satu darah merah. Jadi jika semua arteriola dalam tubuh mengalami spasme, maka

tekanan darah akan naik, sehingga usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigenasi jaringan dapat dicukupi (Sofian, 2017).

Sedangkan kenaikan berat badan serta edema yang disebabkan oleh penimbunan air yang berlebihan dalam ruangan interstisial belum diketahui penyebabnya, mungkin karena retensi air serta garam. Proteinuria dapat disebabkan oleh spasme arteliola sehingga terjadi perubahan pada glomerulus (Sofian, 2017).

5. Tanda dan Gejala Preeklampsia

a. Tekanan darah

Peningkatan tekanan darah merupakan tanda peningkatan awal yang penting pada preeklampsia. Tekanan diastolic adalah tanda prognostik yang lebih andal dibandingkan dengan tekanan sistolik. Pada tekanan diastolic sebesar 90 mmHg atau lebih yang terjadi terus-menerus menunjukkan keadaan abnormal.

b. Kenaikan berat badan

Peningkatan berat badan yang tiba-tiba mendahului serangan preeklampsia serta bahkan kenaikan berat badan (BB) yang berlebihan adalah tanda pertama preeklampsia pada sebagian wanita. Peningkatan berat badan normal ialah 0,5 kg per minggu. Apabila 1 kg dalam seminggu, maka kemungkinan terjadinya preeklampsia harus dicurigai. Peningkatan berat badan terutama disebabkan karena retensi cairan serta selalu dapat ditemukan sebelum timbulnya gejala edema yang tampak jelas seperti kelopak mata yang bengkak atau jaringan tangan yang membesar.

c. Proteinuria

Pada preeklampsia ringan, proteinuria hanya minimal positif satu, positif dua atau tidak sama sekali. Pada kasus berat proteinuria dapat ditemukan serta dapat mencapai 10 g/dl. Proteinuria hamper selalu timbul kemudian dibandingkan hipertensi serta kenaikan berat badan (BB) yang berlebihan.

Adapun gejala-gejala subjektif yang dirasakan pada preeklampsia yaitu sebagai berikut :

1) Nyeri kepala

Jarang ditemukan pada kasus ringan, namun akan sering terjadi pada kasus-kasus berat. Nyeri kepala sering terjadi pada daerah frontal dan oksipital dan tidak sembuh dengan pemberian analgesic biasa.

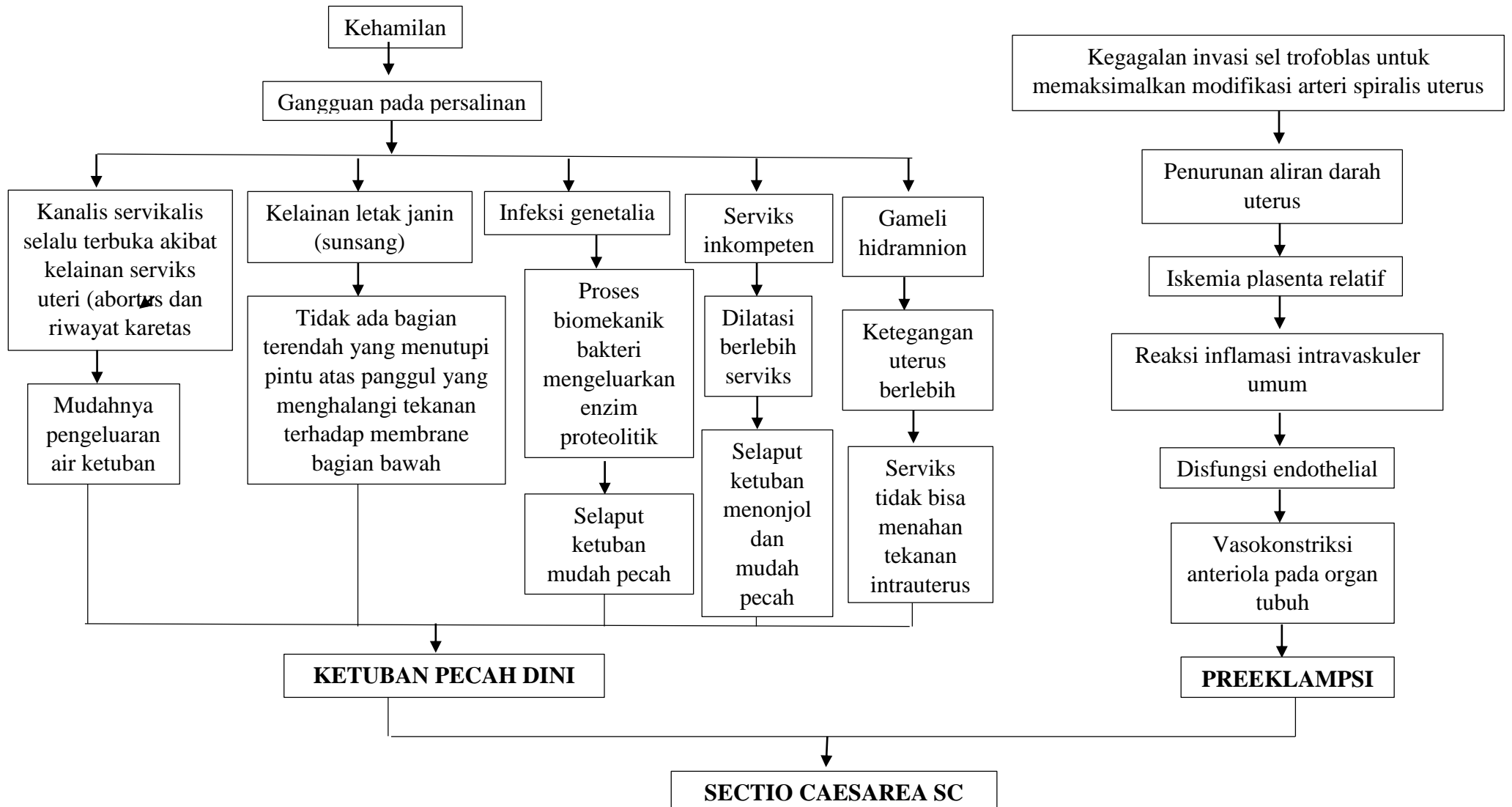
2) Nyeri epigastrium

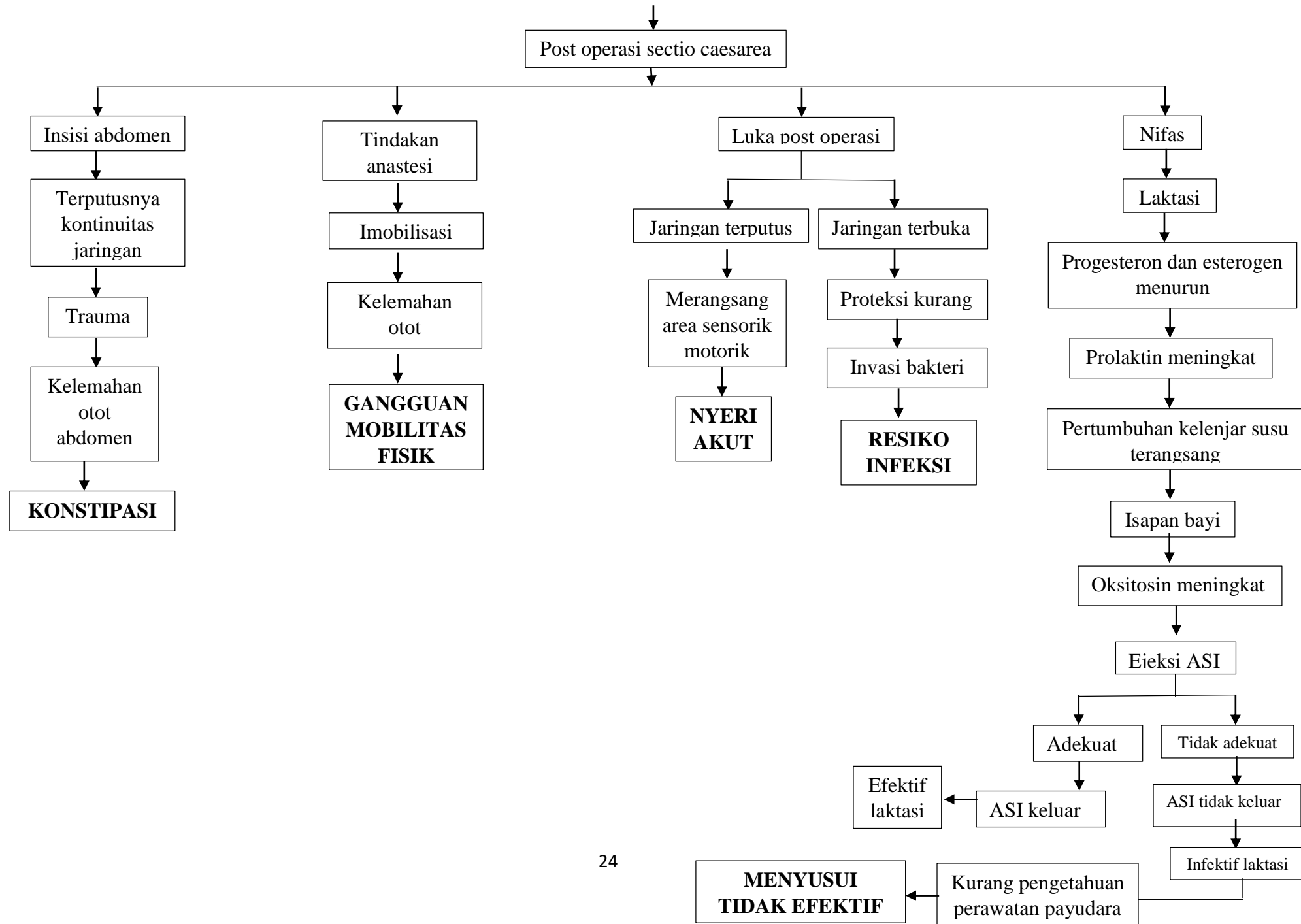
Keluhan yang sering ditemukan pada preeklampsia berat. Keluhan ini disebabkan oleh tekanan pada kapsula hepar akibat edema atau perdarahan.

3) Gangguan penglihatan

Keluhan penglihatan yang tertentu dapat disebabkan oleh spasme arterial, iskemia, serta edema retina serta pada kasus-kasus yang langka disebabkan oleh ablasio retina. Pada preeklampsia ringan tidak ditemukan tanda-tanda subjektif.

6. Pathways





7. Faktor Ibu Hamil Dengan Preeklampsia Dengan Risiko Cedera Pada Janin

Faktor terjadinya risiko cedera pada janin terkait dengan kejadian ibu hamil dengan preeklampsia berat menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017), yaitu sebagai berikut :

- a. Usia ibu (<15 tahun atau >35 tahun)
- b. Paritas banyak
- c. Riwayat persalinan sebelumnya
- d. Pola makan yang tidak sehat

7. Komplikasi

Menurut Mitayani, (2017), komplikasi yang dialami bergantung pada derajat preeklampsia yaitu antara lain :

- a. Komplikasi pada ibu
 - 1) Eklamsia
 - 2) Solusio plasenta
 - 3) Perdarahan *subkapsula hepar*
 - 4) Kelainan pembekuan darah *disseminated intravascular coagulation (DIC)*
 - 5) Sindrom HELLP (*hemolysis, elevated, liver, enzymes, dan low platelet count*)
 - 6) Ablasio retina
 - 7) Gagal jantung hingga syok dan kematian
- b. Komplikasi pada janin
 - 1) Terhambatnya pertumbuhan dalam uterus
 - 2) Premature
 - 3) Asfiksia neonatorum
 - 4) Kematian janin dalam uterus
 - 5) Peningkatan angka kematian dan kesakitan perinatal

8. Pencegahan

Pencegahan preeklampsia atau diagnosis dini dapat mengurangi kejadian dan menurunkan angka kesakitan serta kematian (Sofian, 2018)

:

- a. Pemeriksaan antenatal yang teratur dan bermutu serta teliti, mengenali tanda-tanda sedini mungkin (preeklampsia ringan), lalu diberikan pengobatan yang cukup agar penyakit tidak menjadi lebih berat.
- b. Selalu waspada terhadap kemungkinan terjadinya preeklampsia jika ada faktor-faktor predisposisi.
- c. Berikan penerangan tentang manfaat istirahat dan tidur, ketenangan, serta pentingnya mengatur diet rendah garam, lemak, serta karbohidrat dan tinggi protein, juga menjaga kenaikan berat badan yang berlebihan.

D. Konsep Ketuban Pecah Dini

1. Definisi Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini merupakan keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut ketuban pecah dini pada kehamilan premature. Dalam keadaan normal 8-10 % perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini (Saifuddin, 2018). Ketuban pecah dini (KPD) merupakan pecahnya selaput ketuban sebelum terjadi proses persalinan yang dapat terjadi pada usia kehamilan cukup waktu atau kurang waktu (Ida Ayu, 2019).

Ketuban pecah dinyatakan dini jika terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu. Suatu proses infeksi dan peradangan dimulai di ruangan yang berada diantara amnion korion (Joseph, 2020). Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD preterm adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan.

2. Klasifikasi Ketuban Pecah Dini

Menurut Ernawati, (2020), klasifikasi ketuban pecah dini dibagi atas usia kehamilan yaitu :

- a. Ketuban pecah dini atau disebut juga *premature rupture of membrane* atau *prelabour rupture of membrane* (PROM) merupakan pecahnya selaput ketuban pada saat usia kehamilan *aterm*
- b. Ketuban pecah *premature* yaitu pecahnya membrane koriomniosk sebelum usia kehamilan yaitu kurang dari 37 minggu atau disebut juga *preterm premature rupture of membrane* atau *preterm prelabour rupture of membrane* (PPROM)

3. Etiologi Ketuban Pecah Dini

Menurut Manuaba, (2018), penyebab ketuban pecah dini antara lain :

- a. Servik inkompeten (penipisan serviks) yaitu kelainan pada servik uteri dimana kanalis servikalis selalu terbuka.
- b. Ketegangan uterus yang berlebihan, misalnya pada kehamilan ganda dan hidroamnion karena adanya peningkatan tekanan pada kulit ketuban di atas ostium uteri internum pada servik atau peningkatan intra uterin secara mendadak.
- c. Faktor keturunan (ion Cu serum rendah, vitamin C rendah, kelainan genetic).
- d. Masa interval sejak ketuban pecah sampai terjadi kontraksi disebut fase laten.
 - 1) Makin panjang fase laten, makin tinggi kemungkinan infeksi
 - 2) Makin muda kehamilan, makin sulit upaya pemecahannya tanpa menimbulkan morbiditas janin
 - 3) Komplikasi ketuban pecah dini makin meningkat
- e. Kelainan letak janin dalam rahim, misalnya pada letak sungsang dan letak lintang, karena tidak ada bagan terendah yang menutupi pintu atas panggul yang dapat menghalangi tekanan terhadap membrane

bagian bawah. Kemungkinan kesempitan panggul, perut gantung, sepalopelvik, disproporsi

- f. Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun ascenden dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini

4. Patofisiologi Ketuban Pecah Dini

Mekanisme terjadinya ketuban pecah dini (KPD) dimulai dengan terjadi pembukaan *premature servik*, lalu kulit ketuban mengalami devaskularisasi. Setelah kulit ketuban mengalami devaskularisasi selanjutnya kulit ketuban mengalami nekrosis sehingga jaringan ikat yang menyangga ketuban makin berkurang, melemahnya daya tahan ketuban dipercepat dengan adanya infeksi yang mengeluarkan enzim yaitu enzim proteolitik dan kolagenase yang diikuti oleh ketuban pecah spontan (Manuaba, 2018).

5. Manifestasi Klinik Ketuban Pecah Dini

Manifestasi klinik KPD menurut Mansjoer (2018) antara lain :

- a. Keluar air ketuban berwarna putih keruh, jernih, kuning, hijau atau kecoklatan, sedikit-sedikit atau sekaligus banyak
- b. Dapat disertai demam bila sudah ada infeksi
- c. Janin mudah diraba
- d. Pada periksa dalam selaput ketuban tidak ada, air ketuban sudah kering
- e. Inspekulo, tampak air ketuban mengalir atau selaput ketuban tidak ada dan air ketuban sudah kering

Menurut Manuaba, (2019), manifestasi klinis ketuban pecah dini, antara lain :

- a. Terjadi pembukaan premature servik
- b. Membrane terkait dengan pembukaan terjadi :
 - 1) Devaskularisasi
 - 2) Nekrosis dan dapat diikuti pecah spontan

3) Jaringan ikat yang menyangga membrane ketuban, makin berkurang

4) Melemahnya daya tahan ketuban dipercepat dengan infeksi yang mengeluarkan enzim preteolitik dan kolagenase

6. Komplikasi Ketuban Pecah Dini

Menurut Sunarti, (2018), Komplikasi ketuban pecah dini terhadap ibu dan janin yaitu :

a. Prognosis ibu

Komplikasi yang dapat disebabkan ketuban pecah dini pada ibu yaitu infeksi saat persalinan, infeksi masa nifas, cairan ketuban sedikit atau kering, persalinan lama, perdarahan post partum, meningkatnya tindakan *operatif obstetric* (khususnya *sectio caesarea*), meningkatnya angka kematian pada ibu

b. Prognosis janin

Komplikasi yang dapat disebabkan ketuban pecah dini pada janin itu yaitu *prematuritas* (sindrom distes pernapasan, hipotermia, masalah pemberian makanan neonatal), retinopati *premature*, perdarahan intraventricular, enterocolitis necroticing, gangguan otak dan risiko *cerebral palsy*, *hyperbilirubinemia*, anemia, sepsis, *prolapse funiculi* atau penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia sekunder pusat, *prolaps* uteri, persalinan lama, skor APGAR rendah, *ensefalopati* perdarahan intracranial, gagal ginjal, distress pernapasan, oligohidromnion (sindrom deformitas janin, hypoplasia paru, deformitas ekstremitas dan pertumbuhan janin terhambat), dan meningkat angka kematian janin

7. Penatalaksanaan Medis Ketuban Pecah Dini

Menurut Ratnawati, (2018), penatalaksanaan medis ketuban pecah dini yaitu :

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

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

1) Induksi

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

2) Persalinan secara normal atau pervaginaan

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

3) *Sectio caesarea*

Section caesarea merupakan suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut untuk melahirkan janin dari dalam rahim

E. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan dalam proses keperawatan, untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian tentang masalah-masalah klien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan. Keberhasilan proses keperawatan sangat bergantung pada tahap ini. Tahap ini terbagi atas :

a. Pengumpulan data

1) Identitas

Didalam identitas meliputi nama, umur, alamat, pendidikan, nomer registrasi, status perkawinan, agama, pekerjaan untuk mengetahui kemungkinan pengaruh pekerjaan terhadap permasalahan kesehatan.

2) Keluhan utama

Keluhan utama adalah keluhan yang harus ditanyakan dengan singkat dengan menggunakan Bahasa yang dipakai pemberi keterangan. Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan klien datang. Menggunakan keterangan PQRS untuk pendekatan perawat, biasanya pada kasus post sc klien merasakan beberapa keluhan seperti nyeri bekas luka post sc.

3) Riwayat penyakit sekarang

Didapatkan adanya keluhan lain yaitu nafas setelah operasi yang berupa gangguan kerja otot nafas yang tertutup dan gangguan nyeri pada perut bagian bawah nyeri seperti diiris-iris dan nyeri terasa saat digerakkan.

4) Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian untuk menurunkan resiko pembedahan seperti pengkajian adanya penyakit DM, tuberculosis, kelainan

hematologi. Ibu yang menderita hipertensi sebelum kehamilan, mempunyai riwayat preeklampsia pada riwayat kehamilan terdahulu, ibu dengan obesitas, dan pernah menderita penyakit ginjal kronis kemungkinan akan meningkatkan resiko terjadinya preeklampsia.

2. Pemeriksaan fisik

a. B1 (*Breath*)

Inspeksi : Bentuk dada simetris, pola nafas teratur, tidak ada retraksi dada, tidak ada alat bantu pernafasan, tidak ada edema

Auskultasi : Suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan seperti *wheezing* atau *ronchi*

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan *vocal fremitus* terdapat getaran

Perkusi : Resonan atau tidak

b. B2 (*Blood*)

Inspeksi : Anemia mungkin terjadi karena perdarahan selama proses persalinan sehingga ibu kehilangan darah selama prosedur pembedahan, wajah pucat, kongjungtiva anemis. Trombosit klien biasanya akan turun, tekanan darah di atas 160/110 mmHg

Auskultasi : S1 S2 tunggal, irama jantung regular

Perkusi : Dullnes (bunyi terdengar padat)

Palpasi : Nadi lemah (bradikardi)

c. B3 (*Brain*)

Inspeksi : Kesadaran, orientasi, kenyamanan pada pola tidur klien *post* operasi, nyeri adekuat karena bekas operasi yang mungkin mengganggu pola istirahat

d. B4 (*Bladder*)

Inspeksi : Pada klien setelah *section caesarea* akan mengalami distensi kandung kemih menyebabkan

urine tidak teratur, ada penggunaan alat bantu kateter untuk memudahkan pasien untuk membatasi aktivitas klien ke toilet berhubungan untuk mengurangi rasa nyeri setelah operasi *sectio caesarea*

- Palpasi : Efek anestesi nyeri tekan uterus yang mungkin ada
- e. B5 (*Bowel*)
 - Inspeksi : Bentuk abdomen simetris atau tidak, tampak ada bekas luka *post operasi sectio caesarea*
 - Auskultasi : Bising usus menurun akibat efek anestesi
 - Palpasi : Abdomen nyeri *post operasi sectio caesarea*
 - Perkusi : Tympani
- f. B6 (*Bone*)
 - Inspeksi : Terdapat luka bekas *post op sectio caesarea*. Kerusakan gerakan dan tingkat anestesi spinal epidural karena adanya rasa nyeri, integritas kulit baik, gangguan citra tubuh yang mungkin ada. Terlihat mobilisasi miring kanan miring kiri. Kekuatan pada ekstermitas bawah terbatas

3. Analisa data

Analisa data adalah data yang telah dikumpulkan dikelompokkan dan di analisis untuk menentukan masalah kesehatan klien. Untuk mengelompokkan dibagi menjadi dua data yaitu data objektif dan subjektif dan kemudian ditentukan masalah keperawatan yang timbul

4. Diagnosis keperawatan

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)
- b. Risiko infeksi b.d efek prosedur invasive (D.0142)
- c. Risiko perdarahan b.d komplikasi pasca partum (D.0012)
- d. Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)
- e. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (D.0054)

5. Intervensi keperawatan

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077) (PPNI, 2018).

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah nyeri berkurang dengan kriteria hasil :

Tingkat nyeri (L.08066)

- 1) Keluhan nyeri menurun (5)
- 2) Meringis menurun (5)
- 3) Sikap protektif menurun (5)

Intervensi

Manajemen nyeri (1.08238)

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi factor yang memperingan dan memperberat nyeri

Terapeutik

- 1) Jelaskan periode, penyebab dan pemicu nyeri
- 2) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetic

- b. Risiko infeksi b.d efek prosedur invasive (D.0142) (PPNI, 2018).

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi dengan kriteria hasil :

Tingkat infeksi (L.14137)

- 1) Gejala infeksi menghilang
- 2) Kadar leukosit dalam batas normal
- 3) Menunjukkan pola hidup bersih

Intervensi

Pencegahan infeksi (1.14539)

Observasi

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi

Terapeutik

- 1) Batasi jumlah pengunjung
- 2) Berikan perawatan kulit pada area edema
- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi

Edukasi

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
 - 2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
 - 3) Ajarkan cara memeriksakan kondisi luka atau luka operasi
 - 4) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
 - 5) Anjurkan meningkatkan asupan cairan
- c. Risiko perdarahan b.d komplikasi pasca partum (D.0012) (PPNI, 2018).

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan terhindar perdarahan dengan kriteria hasil :

Tingkat perdarahan (L.02017)

- 1) Tidak terdapat perdarahan pervagina
- 2) Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal

Intervensi

Pencegahan pendarahan (1.02067)

Observasi

- 1) Monitor tanda dan gejala perdarahan
- 2) Monitor nilai hemtokrit / hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah

Terapeutik

- 1) Pertahankan bedrest selama perdarahan
- 2) Batasi tindakan invasif *jika perlu*

Edukasi

- 1) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- 2) Anjurkan meningkatkan asupan vitamin K
- 3) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan
 - 2) Kolaborasi pemberian produk darah *jika perlu*
- d. Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029) (PPNI, 2018).

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan menyusui jadi efektif dengan kriteria hasil :

Status menyusui (L.03029)

- 1) Berat badan bayi meningkat
- 2) Tetesan pancaran ASI lancer
- 3) Bayi tidak rewel lagi

Edukasi menyusui (1.12393)

Observasi

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui

Terapeutik

- 1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- 2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- 3) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui
- 4) Libatkan system pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat

Edukasi

- 1) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi
- 2) Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan dengan benar

Kolaborasi

- 1) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi
 - 2) Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan dengan benar
 - 3) Ajarkan perawatan payudara post partum (misal, memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitoksin)
- e. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (D.0054) (PPNI, 2018).

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kemampuan dalam gerakan fisik meningkat dengan kriteria hasil :

Mobilitas fisik (L.05042)

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Rentang gerak meningkat

Intervensi

Dukungan ambulasi (1.06171)

Observasi

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
- 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi
- 4) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi

Terapeutik

- 1) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik *jika perlu*
- 2) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi

Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
- 2) Anjurkan melakukan ambulasi dini
- 3) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (misal, berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)

6. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran intervensi yang diberikan klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi,

pendidikan untuk klien-keluarga atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari.

7. Evaluasi

Evaluasi merupakan suatu proses untuk menjelaskan secara sistematis untuk mencapai objektif, efisien, dan efektif serta untuk mengetahui dampak dari suatu kegiatan dan juga membantu pengambilan keputusan untuk perbaikan satu atau beberapa aspek program perencanaan yang akan datang (Putri, 2018).

BAB III
LAPORAN KASUS

A. Pengkajian

PENGAJIAN DATA DASAR

Nama Mahasiswa : Sinta Nuriyah

Tempat : Ruang Rambutan RSUD Cengkareng

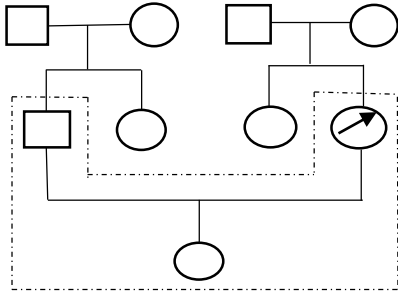
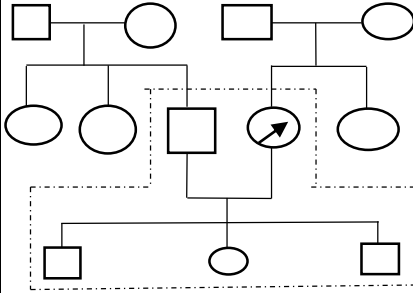
Tanggal Pengkajian : 21 November 2022

Table 3.1

Hasil anamnesa dan pengkajian klien Ny.S Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Ketuban Pecah Dini Dan Ny.R Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Pre Eklamsia Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.

Pengkajian	Klien 1	Klien 2
Identitas klien		
Nama	Ny.S	Ny.R
Usia	24 Tahun	31 Tahun
Pendidikan	SMA	SMP
Status Pernikahan	Menikah	Menikah
Pernikahan Ke	1	1
Lama Pernikahan	2 Tahun	9 Tahun
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Ibu Rumah Tangga
Agama	Islam	Islam
Suku	Jawa	Bugis
Tanggal Masuk RS	20-11-2022	21-11-2022
Tanggal Pengkajian	21-11-2022	21-11-2022
Diagnose Medis	G1P0A0 hamil 36 minggu dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD)	G3P2A0 hamil 41 minggu dengan indikasi preeklampsia
Penanggung Jawab		
Nama	Tn.W	Tn.A
Umur	26 Tahun	37 Tahun
Alamat	Jl. Kapuk Rawa Gabus RT 006/003 kapuk Cengkareng, Jakarta Barat	Jl. Nurul Amar X No. 26 RT 004 RW 005 Cengkareng Timur
Pendidikan	SMA	SMA
Pekerjaan	Wiraswasta	Karyawan
Hubungan Dengan Klien	Suami	Suami
Status Kehatan		

Alasan Kunjungan	Klien mengatakan sakit perut sejak tanggal 19 November 2022 pukul 06.00 wib. Pada tanggal 20 November 2022 jam 17.40 wib klien datang ke IGD Ponok Rsud cengkareng dengan keluhan keluar cairan ketuban dari jalan lahir sejak pukul 12.00 wib, cairan ketuban agak keruh, tidak ada lendir darah dan gerakan janin aktif.	Klien datang ke Rusd Cengkareng dengan keluhan perut terasa kencang sejak sehari sebelumnya dan keluar lendir darah pervagina.
Keluhan Utama	Pada saat melakukan pengkajian pada tanggal 21 November 2022, Ny.S usia 24 tahun dengan riwayat obstetric G1P010 usia kandungan 36 minggu klien mengatakan post operasi sectio caesarea pukul 11.30, pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi sectio caesarea dengan skala nyeri 6, klien mengatakan nyeri dirasakan saat bergerak, nyeri seperti tersayat pisau, klien tampak meringis, terdapat luka jahitan abdomen <10 cm, intensitas nyeri 6, klien tampak sesekali memegang perutnya jika nyeri terasa, dan ketika peneliti mendekatkan tangan pada perban post SC klien tampak waspada, klien mengatakan masih sulit untuk bergerak. Saat dikaji TD 130/90 mmHg Nadi 108x/menit, dan klien tampak gelisah. Klien mengatakan khawatir tidak dapat menyusui anaknya karena hanya keluar sedikit. Saat ditanya klien menjawab tidak mengetahui cara menyusui yang benar.	Pada saat melakukan pengkajian pada tanggal 21 November 2022, Ny.R usia 31 tahun dengan riwayat obstetric G3P2A0 usia kandungan 41 minggu, klien mengatakan selalu memeriksa kandungannya pada bidan dipuskesmas. Pada pemeriksaan ANC didapati hasil BB 65 kg, TB 157 cm, DJJ 135x/menit, pada usia kandungan ke 28 minggu didiagnosa mengalami preeklampsia pada kehamilan karena TD 165/95 mmHg dan diberi obat antihipertensi dan rutin mengkonsumsi obatnya. klien mengatakan nyeri pada bagian perut dan merasa takut untuk bergerak karena baru dioperasi. Luka post operasi sectio caesarea tampak dibalut perban dengan keadaan perban bersih dan tidak basah, klien mengatakan sejak kemarin ingin BAB tapi tidak bisa keluar karena takut nyeri pada luka post sectio caesareanya, klien mengatakan ASInya lancar. Saat dikaji TD 170/95 mmHg, Nadi 80x/menit.
Riwayat Penyakit Dahulu	Klien mengatakan tidak pernah dirawat dengan penyakit akut seperti jantung, paru-paru, hipertensi dan diabetes mellitus	Klien mengatakan bahwa sebelumnya mempunyai riwayat hipertensi
Riwayat Penyakit Keluarga	Klien mengatakan keluarga ada yang menderita penyakit keturunan yaitu asma tetapi klien tidak menderita penyakit turunan tersebut.	Klien mengatakan dari keluarga ada yang menderita penyakit hipertensi dan menurun ke klien.
Riwayat Obstetri dan Gynecology	Klien mengatakan menarch di usia 14 tahun dengan siklus haid 28 hari. Lama haid biasanya 5 sampai 6 hari	Klien mengatakan menarch di usia 15 tahun, siklus haid 30 hari. Lama haid biasanya 7 hari, dan merasa nyeri di hari

	dan selalu merasakan nyeri haid di hari pertama, klien mengatakan selalu mengganti pembalutnya 3 kali dalam sehari.	pertama sampai kedua haid. Klien mengganti pembalut selama 4 kali dalam sehari dari hari pertama sampai kedua karena darah yang keluar banyak sedangkan seterusnya hanya 3 kali sehari.
Riwayat Ginekologi	Klien mengatakan jika waktu dekat haid, selalu keluar keputihan dengan warna jernih dan tidak berbau. Klien mengatakan setiap haid selalu merasakan nyeri di hari pertama, tetapi tidak berangsur lama.	Klien mengatakan jarang mengalami keputihan.
Riwayat ANC	Ny.S mengatakan pada saat hamil, pernah sekali memeriksakan kehamilannya dipuskesmas dan TD 135/88 mmHg, BB 75 kg, TB 160 cm, DJJ 130x/menit	Ny.R mengatakan pernah memeriksakan kehamilannya ke puskesmas dengan TD 170/100 mmHg, BB 65 kg, TB 157 cm, DJJ 135x/menit. Kemudian sejak saat itu klien selalu mengontrol kandungannya ke bidan dan dokter spesialis kandungan
Genogram	 <p>Keterangan :</p> <ul style="list-style-type: none"> □ : Laki-laki ○ : Perempuan ➤ : Pasien ----- : Tinggal satu rumah ┌──┐ : Keturunan └──┘ : Menikah 	 <p>Keterangan :</p> <ul style="list-style-type: none"> □ : Laki-laki ○ : Perempuan ➤ : Pasien ----- : Tinggal satu rumah ┌──┐ : Keturunan └──┘ : Menikah
Riwayat Kehamilan Sekarang	Klien mengatakan HPHT tanggal 05 April 2022 dan HPL tanggal 12 Januari 2023. Usia kehamilan 36 minggu	Klien mengatakan HPHT tanggal 14 Desember 2022 dan HPL tanggal 7 Maret 2022. Usia kehamilan 41 minggu
Riwayat Persalinan Yang Lalu	Tidak ada riwayat persalinan yang lalu	Klien melahirkan anak pertama 5 tahun lalu dengan jenis kelamin laki-laki, berat lahir 3600 gram persalinan normal / spontan dan ditolong oleh bidan. 3 tahun lalu klien melahirkan anak keduanya dengan jenis kelamin perempuan berat lahir 2800 gram

		persalinan normal / spontan dan ditolong oleh bidan.
Riwayat Persalinan Sekarang	Klien mengatakan persalinan sekarang dilakukan secara sectio caesarea (SC) dengan bayi berjenis kelamin perempuan dengan berat badan 2750 gram.	Klien mengatakan persalinan sekarang dilakukan secara sectio caesarea (SC) dengan bayi berjenis kelamin laki-laki dengan berat badan 2900 gram.
Riwayat Perkawinan	Klien mengatakan sudah menikah dan menikah pada umur 22 tahun. Klien mengatakan 1 kali menikah dan lama pernikahannya 2 tahun.	Klien mengatakan sudah menikah dan menikah pada umur 22 tahun. Klien mengatakan 1 kali menikah dan lama pernikahannya 9 tahun.
Riwayat KB	Klien belum pernah KB dan mengatakan akan KB setelah melahirkan anak pertama ini.	Klien mengatakan pernah menggunakan KB pil semenjak setahun setelah lahir anak pertama dan tidak pernah ada masalah.
Pola Fungsi Kesehatan		
Pola Aktivitas	Klien mengatakan setelah operasi susah beraktivitas, karena sakit pada daerah abdomen bekas operasi sectio caesarea. Klien mengatakan nyeri terasa saat bergerak dan melakukan aktivitas.	Klien mengatakan setelah operasi susah beraktivitas, karena sakit pada daerah abdomen bekas operasi sectio caesarea. Klien mengatakan nyeri terasa saat bergerak dan melakukan aktivitas.
Pola Eliminasi	Klien mengatakan selama dirumah BAK 4x/sehari, warna pekat, bau pesing, BAB 1x/sehari, konsistensi lembek, warna kuning. Klien selama di RS BAK melalui cateter dengan produksi 500cc/hari, BAB belum ada semenjak habis melahirkan	Klien mengatakan selama dirumah BAK 3x/sehari, warna kuning, bau pesing, BAB 2x/sehari, konsistensi padat, warna kuning. Klien selama di RS BAK melalui cateter dengan produksi 750 cc/hari, klien mengatakan belum ada BAB selama 4 hari karena belum berani mengejan.
Pola Nutrisi	Klien mengatakan saat dirumah makan 3x/hari dengan porsi sedang dengan nasi lauk pauk dan sayur. Klien mengatakan saat di RS makan dengan makanan yang disediakan di RS dengan porsi setengah piring dan ditambah rutin mengonsumsi telur rebus.	Klien mengatakan saat dirumah makan 4x/hari dengan porsi sedang dengan nasi lauk pauk dan sayur. Klien mengatakan saat di RS makan dengan makanan yang disediakan di RS dengan porsi setengah piring.
Aktivitas dan Istirahat	Klien mengatakan pekerjaannya ibu rumah tangga. Selama di RS klien mengatakan sering terbangun karena nyeri post operasi. Klien juga mengatakan pertama kali merasakan menjadi seorang ibu. Klien mengatakan pola tidurnya sedikit berubah, karena sering terbangun memantau keadaan bayinya dan bayinya rewel saat malam hari.	Klien mengatakan tidur siang 1 jam, tidur malam 4-5 jam. Klien mengatakan nyeri bekas operasi sectio caesarea. Klien mengatakan ada kesulitan tidur.

Konsep diri		
Pola Keyakinan dan Spiritual	Sebelum sakit klien mengatakan beragama islam dan selalu beribadah 5x/sehari. Klien mengatakan selalu berdoa dan berdzikir agar bayinya dalam keadaan sehat selalu. Dan saat sakit klien mengatakan sholatnya dibantu oleh keluarga	Sebelum sakit klien mengatakan beragama islam dan selalu beribadah 5x/sehari. Dan saat sakit klien beribadahnya terganggu karena akibat operasi sectio caesarea dan pasien mengatakan nyeri.
Fungsi peran	Klien mengatakan pekerjaannya sebagai ibu rumah tangga, klien sangat senang karena merasa lengkap setelah kehadiran bayi pertamanya. Klien merasa sangat bangga sekali dapat menjadi seorang istri dan ibu.	Klien mengatakan senang untuk kehamilan ketiganya. Klien mengatakan kehamilan telah direncanakan dan bangga atas kelahiran bayinya. Dan klien mengatakan ingin segera sembuh dan merawat bayinya sendiri dirumah.

Table 3.2
 Hasil Pemeriksaan Fisik Klien Ny.S Post Sectio Caesarea dengan
 Indikasi Riwayat Ketuban Pecah Dini Dan Ny.R Post Sectio
 Caesarea dengan Indikasi Riwayat Pre Eklamsia Di Ruang
 Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.

Pemeriksaan Fisik Umum		
Keadaan Umum	Klien 1	Klien 2
Tingkat Kesadaran	Composmentis GCS : E4 M6 V5 = 15	Composmentis GCS : E4 M6 V5 = 15
Tekanan darah	130/90 mmHg	170/95 mmHg
Nadi	108x/menit	80x/menit
Suhu	36,7°C	36,9°C
Pernafasan	20x/menit	20x/menit
Pemeriksaan Fisik Head ToToe		
Kepala dan Rambut	Kepala normocephal, rambut klien panjang warna hitam tampak lepek dan berminyak, tidak ada teraba adanya benjolan, lesi dan luka	Kepala normocephal, rambut klien pendek berwarna hitam tampak tidak berminyak
Mata	Mata tampak simetris kanan dan kiri, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, mata bersih, klien tampak tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan ukuran pupil 2mm/2mm	Mata simetris kanan dan kiri, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, ketajaman penglihatan normal, alat bantu tidak ada

Hidung	Hidung tampak simetris, tidak tampak adanya secret, sinus dan polip. Fungsi penciuman baik dan tidak terpasang oksigen	Hidung tampak simetris, mukosa hidung kering, secret tidak ada, ketajaman penciuman normal dan tidak terpasang oksigen
Mulut dan Faring	Mukosa mulut kering, bibir tidak ada labioskisis dan palatoskisis, tenggorakan tidak ada kesulitan menelan	Bibir dan mukosa mulut tampak kering, tidak ada peradangan pada mulut, klien tidak memakai gigi palsu, gigi utuh tidak ada yang berlubang, gigi klien tampak kurang bersih dan berbau, tidak ada stomatitis, tidak ada carries gigi, fungsi pengecap normal
Leher	Tidak teraba pembesaran kelenjar getah bening dan kelenjar thyroid, fungsi menelan baik	Tidak teraba pembesaran kelenjar getah bening dan kelenjar thyroid, fungsi menelan baik
Payudara dan Ketiak	Bentuk payudara simetris kanan dan kiri, warna sekitar areola hitam kecoklatan (Hyperpigmentasi), puting susu tampak tidak menonjol, payudara terasa lembek, produksi ASI yang dihasilkan sedikit	Payudara simetris kanan dan kiri. Warna sekitar aerola hitam kecoklatan (Hyperpigmentasi), puting susu tampak menonjol, payudara terasa keras, produksi ASI yang dihasilkan banyak dan saat ditekan ada keluar colostrum
Abdomen	Bentuk abdomen simetris, warna kulit disekitar pusat berwarna coklat, terdapat striae gravidarum, terdapat luka operasi sectio caesarea dengan jenis memanjang horizontal tertutup perban dengan ukuran panjang sekitar 10 cm. lebar 1-2 cm, bising usus 12x/menit, TFU 2 jari dibawah pusat	Nyeri dan terdapat luka post operasi dengan jenis memanjang horizontal tertutup perban dengan ukuran panjang sekitar 10 cm. lebar 1-2 cm, bising usus 12x/menit, TFU 2 jari dibawah pusat
Genetalia dan Anus	Terpasang dower catheter dengan produksi urine 500 cc dan pasien memakai pembalut, lochea rubra produksi 50 cc, warna merah kehitaman, bau amis, konsistensi encer. Perineum utuh tidak ada jahitan atau robekan	Terpasang dower catheter dengan produksi urine 750 cc dank lien memakai pembalut. Lochea rubra produksi 150 cc, warna merah, kehitaman, bau amis, konsistensi encer. Perineum utuh tidak ada jahitan atau robekan
Integument	Keadaan turgor kulit baik, tidak ada lesi, kulit tampak berkeriat, kaki tampak edema, tidak ada nyeri tekan, warna kulit sawo matang	Turgor kulit baik, kulit lembab, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, warna kulit sawo matang
Ektremitas	Ektremitas atas terpasang infus RL 20 tpm ditangan kanan sejak dipindahkan di ruang OK (operasi), teraba hangat tidak ada edema, capillary refill <2 detik. Ektremitas bawah teraba hangat, tampak edema	Ektremitas atas terpasang infus RL 20 tpm ditangan kanan sejak dipindahkan di ruang OK (operasi), teraba hangat tidak ada edema, capillary refill <2 detik. Ektremitas bawah teraba hangat

B. Pemeriksaan Penunjang

Table 3.3

Hasil Pemeriksaan Penunjang Klien Ny.S Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Ketuban Pecah Dini Dan Ny.R Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Pre Eklamsia Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.

Pemeriksaan Penunjang	Klien 1	Klien 2
Laboratorium	<p>Pemeriksaan Hema 1 tanggal 21-11-2022</p> <ol style="list-style-type: none"> Hemoglobin : 131 g/dl Nilai normal : 11,7-15,5 g/dl Hematokrit : 38 % Nilai normal : 35-47 % Leukosit : 15,5 10³/uL Nilai normal : 3,6-11,0 10³/uL Trombosit : 200 10³/uL Nilai normal : 150-440 10³/UI <p>Pemeriksaan Hema 1 tanggal 22-11-2-2022</p> <ol style="list-style-type: none"> Hemoglobin : 12,1 g/dl Nilai normal : 11,7-15,5 g/dl Hematokrit : 40 % Nilai normal : 35-47 % Leukosit : 17,5 10³/uL Nilai normal : 3,6-11,0 10³/uL Trombosit : 225 10³/uL Nilai normal : 150-440 10³/UI 	<p>Pemeriksaan Hema 1 tanggal 21-11-2022</p> <ol style="list-style-type: none"> Hemoglobin : 14,1 g/dl Nilai normal : 11,7-15,5 g/dl Hematokrit : 40 % Nilai normal : 35-47 % Leukosit : 18,9 10³/uL Nilai normal : 3,6-11,0 10³/uL Trombosit : 220 10³/uL Nilai normal : 150-440 10³/UI <p>Pemeriksaan Urine Lengkap tanggal 21-11-2022</p> <p>Makroskopik</p> <ol style="list-style-type: none"> Warna : kuning Kejernihan : keruh Berat jenis : 1,020 Nilai normal : 1,005-1,030 pH : 6,5 Nilai normal : 5,0-8,0 Glukosa : negatif

C. Penatalaksanaan Terapi Keperawatan

Table 3.4

Hasil Penatalaksanaan Terapi Klien Ny.S Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Ketuban Pecah Dini Dan Ny.R Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Pre Eklamsia Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.

Klien 1	Klien 2
<p>Obat yang diperoleh klien :</p> <ol style="list-style-type: none"> Asamefenamat 3x500 mg 	<p>Obat yang dikonsumsi klien :</p> <ol style="list-style-type: none"> Adalat 5 mg (tablet)

<ul style="list-style-type: none"> 2. Injeksi cefotaxime 3x500 mg 3. Kalnex 3x1 mg 4. Remopain 3x1 mg 5. Infus RL 500 ml 20 tetes/menit dalam 24 jam 	<p>Obat yang diperoleh klien :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Cefadroxil 3x500 mg 2. Asamefenamat 3x500 mg 3. Injeksi cefotaxime 3x500 mg 4. Injeksi ranitidine 2x1 mg 5. Remopain 3x1 mg 6. Amodipin 5 mg 7. Infus RL 500 ml 20 tetes/menit dalam 24 jam 8. Microlax 5ml
--	---

D. Data Fokus Keperawatan

Table 3.5

Hasil Data Fokus Klien Ny.S Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Ketuban Pecah Dini Dan Ny.R Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Pre Eklamsia Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.

Data Fokus	
Klien 1	Klien 2
<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri pada luka post operasi sectio caesarea di abdomennya 2. Pengkajian PQRST <ul style="list-style-type: none"> P : operasi sectio caesarea Q : seperti di sayat-sayat R : abdomen bagian bawah S : skala 6 T : saat bergerak 3. Klien mengatakan nyeri bertambah ketika beraktivitas 4. Klien mengatakan setelah operasi susah beraktivitas, karena sakit pada daerah abdomen bekas operasi sectio caesarea 5. Klien mengatakan kaki terasa agak berat ketika di angkat 	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri pada luka post operasi sectio caesarea di abdomennya 2. Pengkajian PQRST <ul style="list-style-type: none"> P : operasi sectio caesarea Q : seperti di sayat-sayat R : abdomen bagian bawah S : skala 7 T : saat bergerak 3. Klien mengatakan nyeri bertambah ketika beraktivitas 4. Klien mengatakan setelah operasi susah beraktivitas, karena sakit pada daerah abdomen bekas operasi sectio caesarea 5. Klien mengatakan kaki terasa agak berat ketika di angkat

<p>6. Klien mengatakan kesulitan tidur saat ini, sering terbangun karena nyeri operasi</p> <p>7. Klien mengatakan aktivitas masih dibantu keluarga dan perawat</p> <p>8. Klien mengatakan menarch di usia 14 tahun dengan siklus haid 28 hari</p> <p>9. Klien mengatakan merasakan nyeri pada haid di hari pertama</p> <p>10. Klien mengatakan mengganti pembalut selama haid sebanyak 3 kali sehari</p> <p>11. Klien mengatakan cemas karena ASInya hanya keluar sedikit</p> <p>12. Klien mengatakan kurang mengetahui bagaimana cara menyusui yang benar</p> <p>Data Objektif :</p> <p>1. Klien tampak meringis menahan nyeri</p> <p>2. Terdapat luka bekas post operasi sectio caesarea dibagian abdomen</p> <p>3. Tidak ada tanda REEDA</p> <p>4. Klien tampak berhati-hati ketika bergerak dan beraktivitas</p> <p>5. Klien tampak kurang tidur</p> <p>6. Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>7. Tanda – tanda vital Tekanan darah : 130/90 mmHg Nadi : 108x/menit RR : 20x/menit S : 36,7°C</p> <p>8. Terdapat luka post operasi sectio caesarea dengan jenis memanjang horizontal dengan ditutup perban panjang 10 cm lebar 1-2 cm pada abdomen</p> <p>9. ASI yang dihasilkan sedikit</p> <p>10. Klien tampak cemas memikirkan ASInya yang keluar hanya sedikit</p>	<p>6. Klien mengatakan kesulitan tidur saat ini, sering terbangun karena nyeri operasi</p> <p>7. Klien mengatakan aktivitas masih dibantu keluarga dan perawat</p> <p>8. Klien mengatakan menarch di usia 15 tahun dengan siklus haid 30 hari</p> <p>9. Klien mengatakan merasakan nyeri pada haid di hari pertama</p> <p>10. Klien mengatakan mengganti pembalut selama haid sebanyak 3-4 kali sehari</p> <p>11. Klien mengatakan pernah dirawat karena hipertensi pada kehamilan yang lalu</p> <p>12. Klien mengatakan menggunakan KB setelah setahun lahir anak pertamanya</p> <p>13. Klien mengatakan ASInya keluar</p> <p>14. Klien mengatakan BAB terakhir 4 hari yang lalu</p> <p>15. Klien mengatakan takut mengejan karena luka diperutnya</p> <p>Data Objektif :</p> <p>1. Klien tampak meringis menahan nyeri</p> <p>2. Terdapat luka bekas post operasi sectio caesarea dibagian abdomen</p> <p>3. Tidak ada tanda REEDA</p> <p>4. Klien tampak berhati-hati ketika bergerak dan beraktivitas</p> <p>5. Klien tampak kurang tidur</p> <p>6. Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>7. Tanda – tanda vital Tekanan darah : 170/95 mmHg Nadi : 80x/menit RR : 20x/menit S : 36,9°C</p> <p>8. Terdapat luka post operasi sectio caesarea dengan jenis memanjang horizontal dengan ditutup perban panjang 10 cm lebar 1-2 cm pada abdomen</p>
---	---

11. Klien terpasang dower catheter dengan produksi 500 cc/hari	9. Klien terpasang dower catheter dengan produksi 750 cc/hari
12. Hasil laboratorium Leukosit : 15.5 10 ³ / uL	10. Hasil laboratorium Leukosit : 18,9 10 ³ / uL
13. Klien terpasang infus RL 500 cc	11. Klien terpasang infus RL 500 cc
14. Klien tampak cemas memikirkan ASInya yang keluar hanya sedikit	

E. Analisa Data

Table 3.6

Hasil Analisa Data Klien Ny.S Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Ketuban Pecah Dini Dan Ny.R Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Pre Eklamsia Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.

No	Data	Masalah Keperawatan	Etiologi
Klien 1			
1	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan nyeri pada luka post sectio caesarea di abdomennya Klien mengatakan nyeri bertambah ketika beraktivitas dan bergerak Pengkajian PQRST P : operasi sectio caesarea Q : seperti disayat-sayat R : abdomen bagian bawah S : skala 6 T : saat bergerak Klien mengatakan kesulitan tidur saat ini, sering terbangun karena nyeri operasi <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak meringis menahan nyeri 	Nyeri akut (D.0077)	Agen pencedera fisik (prosedur operasi sectio caesarea)

	<p>2. Klien tampak berhati-hati ketika bergerak</p> <p>3. Tanda – tanda vital Tekanan darah : 130/90 mmHg Nadi : 108x/menit RR : 20x/menit S : 36,7°C</p> <p>4. Terdapat luka post operasi sectio caesarea dengan jenis memanjang horizontal dengan ditutup perban panjang 10 cm lebar 1-2 cm pada abdomen</p> <p>5. Klien terlihat kurang tidur</p>		
2.	<p>Data Subjektif :</p> <p>1. Klien mengatakan setelah operasi susah beraktivitas, karena sakit pada daerah abdomen bekas operasi sectio caesarea</p> <p>2. Klien mengatakan nyeri terasa saat bergerak dan melakukan aktivitas</p> <p>3. Klien mengatakan aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga</p> <p>4. Klien mengatakan susah mengangkat ekstremitasnya</p> <p>Data Objektif :</p> <p>1. Klien tampak susah mengangkat ekstremitasnya</p> <p>2. Klien terpasang infus</p> <p>3. Klien terpasang kateter</p> <p>4. Aktivitas klien masih dibantu keluarga dan perawat</p> <p>5. Skala nyeri 6</p> <p>6. Tanda – tanda vital Tekanan darah : 130/90 mmHg Nadi : 108x/menit RR : 20x/menit</p>	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Nyeri

	S : 36,7°C		
3.	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan ASInya keluar sedikit 2. Klien mengatakan khawatir tidak dapat menyusui karena ASInya keluar hanya sedikit 3. Klien mengatakan belum mengerti cara menyusui yang benar 4. Klien mengatakan takut dengan lukanya karena baru pertama kali dioperasi <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ASI yang dikeluarkan tampak sedikit 2. ASI keluar sedikit dengan menetes 3. Bayi menghisap tidak terus menerus 4. Klien tampak belum mengerti cara memberi posisi yang benar ketika memberikan ASI 5. Bayi tampak rewel saat disusui 6. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu 	Menyusui tidak efektif (D.0029)	Ketidak adekuatan suplai ASI
4.	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan khawatir luka bekas operasinya infeksi 2. Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat luka bekas post operasi sectio caesarea dibagian abdomen 2. Terdapat luka post operasi sectio caesarea dengan jenis memanjang horizontal dengan ditutup kasa 	Resiko infeksi (D.0142)	Efek prosedur invasif

	<p>panjang 10 cm lebar 1-2 cm pada abdomen dan tidak terdapat rembesan</p> <p>3. Tidak ada tanda REEDA</p> <p>4. Hasil laboratorium</p> <p>Leukosit : $15.5 \cdot 10^3/uL$</p>		
Klien 2			
1.	<p>Data Subjektif :</p> <p>1. Klien mengatakan nyeri pada luka post sectio caesarea di abdomennya</p> <p>2. Klien mengatakan nyeri bertambah saat beraktivitas dan bergerak</p> <p>3. Pengkajian PQRST</p> <p>P : operasi section caesarea</p> <p>Q : seperti disayat-sayat</p> <p>R : abdomen bagian bawah</p> <p>S : skala 7</p> <p>T : saat bergerak</p> <p>4. Klien mengatakan kesulitan tidur saat ini, sering terbangun karena nyeri operasi</p> <p>Data Objektif :</p> <p>1. Klien tampak meringis menahan nyeri</p> <p>2. Klien tampak berhati-hati ketika bergerak dan beraktivitas</p> <p>3. Tanda – tanda vital</p> <p>Tekanan darah : 170/95 mmHg</p> <p>Nadi : 80x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>S : 36,9°C</p> <p>4. Terdapat luka post operasi sectio caesarea dengan jenis memanjang horizontal dengan ditutup perban</p>	Nyeri akut (D.0077)	<p>Agen pencedera fisik (prosedur operasi sectio caesarea)</p>

	<p>panjang 10 cm lebar 1-2 cm pada abdomen</p> <p>5. Klien terlihat kurang tidur</p>		
2.	<p>Data Subjektif :</p> <p>1. Klien mengatakan setelah operasi susah beraktivitas, karena sakit pada daerah abdomen bekas operasi sectio caesarea</p> <p>2. Klien mengatakan nyeri terasa saat bergerak dan melakukan aktivitas</p> <p>3. Klien mengatakan aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga</p> <p>4. Klien mengatakan susah mengangkat ekstremitasnya</p> <p>Data Objektif :</p> <p>1. Klien tampak susah mengangkat ekstremitasnya</p> <p>2. Klien terpasang infus</p> <p>3. Klien terpasang kateter</p> <p>4. Aktivitas klien masih dibantu keluarga dan perawat</p> <p>5. Skala nyeri 7</p> <p>6. Tanda – tanda vital</p> <p>Tekanan darah : 170/95 mmHg</p> <p>Nadi : 89x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>S : 36,9°C</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik (D.0054)</p>	<p>Nyeri</p>
3.	<p>Data Subjektif :</p> <p>1. Klien mengatakan BAB terakhir 4 hari yang lalu</p> <p>2. Klien mengatakan takut mengejan karena luka di perutnya</p> <p>3. Klien mengatakan BAB sulit dikeluarkan</p> <p>Data Objektif :</p> <p>1. BU : 6x/menit</p>	<p>Konstipasi (D.0049)</p>	<p>Kelemahan otot abdomen</p>

	2. Klien tampak takut mengejan		
4.	<p>Data Subjektif :</p> <p>1. Klien mengatakan khawatir luka bekas operasinya infeksi</p> <p>2. Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi</p> <p>Data Objektif :</p> <p>1. Terdapat luka bekas post operasi sectio caesarea dibagian abdomen</p> <p>2. Terdapat luka post operasi sectio caesarea dengan jenis memanjang horizontal dengan ditutup kasa panjang 10 cm , lebar 1-2 cm pada abdomen dan luka tampak rembes</p> <p>3. Tidak ada tanda REEDA</p> <p>4. Hasil laboratorium</p> <p>Leukosit : 18,9 10³/uL</p>	Resiko infeksi (D.0142)	Efek prosedur invasif

F. Diagnosa Keperawatan

Table 3.7

Diagnosa Keperawatan Klien Ny.S Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Ketuban Pecah Dini Dan Ny.R Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Pre Eklamsia Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022

Diagnosa Keperawatan		
No	Klien 1	Klien 2
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077).	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077).
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054).	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)
3.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)	Konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen (D.0049)
4.	Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)	Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)

G. Intervensi Keperawatan

Table 3.8
 Perencanaan Keperawatan Klien Ny.S Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat
 Ketuban Pecah Dini Dan Ny.R Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Pre Eklamsia
 Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.

Intervensi Keperawatan			
No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Klien 1			
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077).	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066) , dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun	Intervensi utama Manajemen Nyeri (1.08238) Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Terapeutik : 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi : 1. Jelaskan strategi meredakan nyeri 2. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian analgetik Intervensi pendukung Edukasi teknik napas (I.12452)

			<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan manfaat teknik napas 2. Jelaskan prosedur teknik napas 3. Anjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin (mis, duduk, berbaring) 4. Anjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh 5. Ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan 6. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan 7. Demonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054).	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan kemampuan dalam gerakan fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak meningkat 	<p>Intervensi utama</p> <p>Dukungan Mobilisasi (1.05173)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik 3. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2. Anjurkan melakukan ambulasi dini

			<p>3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (misal : berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi)</p> <p>Intervensi pendukung Edukasi teknik ambulasi (I.12450) Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Monitor kemajuan pasien dalam ambulasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi, media dan alat bantu jalan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur dan tujuan ambulasi dengan atau tanpa alat bantu 2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang memudahkan berjalan dan mencegah cedera 3. Ajarkan duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur (menjuntai), atau dikursi sesuai toleransi 4. Demontrasikan cara ambulasi tanpa alat bantu jalan
3.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan menyusui menjadi efektif (L.03029) dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan bayi meningkat 2. Tetesan pancaran ASI lancar 3. Bayi tidak rewel lagi 	<p>Intervensi utama Edukasi menyusui (1.12393) Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya 4. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui

			<p>5. Libatkan system pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan konseling menyusui 2. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 3. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan dengan benar 4. Ajarkan perawatan payudara post partum (mis, memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitoksin) <p>Intervensi pendukung</p> <p>Pendampingan proses menyusui (I.03130)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kemampuan ibu untuk menyusui 2. Monitor kemampuan bayi menyusu <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Damping ibu selama kegiatan menyusui berlangsung 2. Damping ibu memposisikan bayi dengan benar untuk menyusu pertama kali 3. Berikan ibu pujian, informasi dan saran terhadap perilaku positif dalam menyusui 4. Diskusikan masalah selama menyusui (mis nyeri, bengkak pada payudara, lecet pada puting dan mencari solusinya) <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan ibu mengenali tanda-tanda bayi siap menyusu (mis bayi mencari puting, keluar saliva, memasukan jari kedalam mulutnya dan bayi menangis) 2. Ajarkan ibu mengarahkan mulut bayi dari arah bawah kearah puting ibu 3. Ajarkan posisi menyusui (mis, cross cradle, cradle, foot ball dan posisi berbaring yang diikuti dengan perlekatan yang benar)
--	--	--	--

			<p>4. Ajarkan perlekatan yang benar : perut ibu dan bayi berhadapan, tangan kaki bayi satu garis lurus, mulut bayi terbuka lebar dan dagu bayi menempel pada payudara ibu untuk menghindari lecet pada putting payudara</p> <p>5. Informasikan untuk menyusui pada satu payudara sampai bayi melepas sendiri putting ibu</p> <p>6. Informasikan ibu untuk mengosongkan payudara pada payudara yang belum disusui dengan pemerah ASI</p>
4.	Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan kontrol resiko meningkat (L.14128), dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mengidentifikasi faktor resiko meningkat 2. Kemampuan melakukan strategi kontrol resiko meningkat 3. Kemampuan menghindari faktor resiko meningkat 	<p>Intervensi utama Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi <p>Intervensi pendukung Perawatan luka (I.14564) Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pemberih nontoksik, sesuai kebutuhan 3. Berikan salep yang sesuai ke kulit / lesi 4. Pasang balutan sesuai jenis luka 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka

			6. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 7. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi klien Edukasi : 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian antibiotik
Klien 2			
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077).	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066) , dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun	Intervensi utama Manajemen Nyeri (1.08238) Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Terapeutik : 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi : 1. Jelaskan strategi meredakan nyeri 2. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian analgetik Intervensi pendukung Edukasi teknik napas (I.12452) Observasi : 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

			<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan manfaat teknik napas 2. Jelaskan prosedur teknik napas 3. Anjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin (mis, duduk, berbaring) 4. Anjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh 5. Ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan 6. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan 7. Demontrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan kemampuan dalam gerakan fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak meningkat 	<p>Intervensi utama</p> <p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik 3. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2. Anjurkan melakukan ambulasi dini 3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (misal : berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi)

			<p>Intervensi pendukung Edukasi teknik ambulasi (I.12450) Observasi : 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Monitor kemajuan pasien dalam ambulasi Terapeutik : 1. Sediakan materi, media dan alat bantu jalan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya Edukasi : 1. Jelaskan prosedur dan tujuan ambulasi dengan atau tanpa alat bantu 2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang memudahkan berjalan dan mencegah cedera 3. Ajarkan duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur (menjuntai), atau dikursi sesuai toleransi 4. Demonstrasikan cara ambulasi tanpa alat bantu jalan</p>
3.	Konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen (D.0049)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan dapat defekasi dengan teratur dan dapat mengejan (L.04033) dengan kriteria hasil : 1. Keluhan defekasi lama dan suli menurun 2. Mengejan saat defekasi menurun 3. Nyeri abdomen menurun 4. Konsistensi feses membaik	<p>Manajemen Konstipasi (1. 04155) Observasi : 1. Periksa tanda dan gejala konstipasi 2. Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume dan warna) 3. Identifikasi faktor risiko konstipasi (miso bat-obatan, tirah baring dan diet rendah serat) Terapeutik : 1. Anjurkan diet tinggi serat 2. Lakukan mesase abdomen, <i>jika perlu</i> Edukasi : 1. Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi 2. Latih buang air besar secara teratur</p>


			3. Ajarkan cara mengatasi konstipasi Kolaborasi : 1. Kolaborasi obat pencahar, <i>jika perlu</i>
4.	Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi (L.14137) dengan kriteria hasil : 1. Gejala infeksi menghilang 2. Kadar leukosit dalam batas normal 3. Menunjukkan pola hidup bersih	Intervensi utama Pencegahan infeksi (1.14539) Observasi : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik : 1. Batasi jumlah pengunjung Edukasi : 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi Intervensi pendukung Perawatan Luka (1.14564) Observasi : 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik : 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pemberih nontoksik, sesuai kebutuhan 3. Berikan salep yang sesuai ke kulit / lesi 4. Pasang balutan sesuai jenis luka 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 6. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 7. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi klien Edukasi : 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein

			3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian antibiotik
--	--	--	--


H. Catatan Keperawatan dan Catatan Perkembangan Keperawatan

Table 3.9


Catatan Keperawatan dan Catatan Perkembangan Klien Ny.S Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Ketuban Pecah Dini Dan Ny.R Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Riwayat Pre Eklamsia Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022.

Catatan Keperawatan dan Catatan Perkembangan Hari ke 1				
Klien 1				
Waktu pelaksanaan	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
21 November 2022	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077).	Manajemen Nyeri (1.08238) Observasi : 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri S : klien mengatakan nyeri pada bagian bekas operasi SC O : klien tampak meringis 2. Mengidentifikasi skala nyeri S : klien mengatakan skala nyeri 6 3. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri	Subjektif 1. Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi sectio caesarea 2. Klien mengatakan takut bergerak karena masih nyeri 3. Klien mengatakan kadang terbangun ketika tidur karena nyeri luka pada luka post sectio caesarea 4. PQRST P : operasi sectio caesarea Q : seperti disayat-sayat	


		<p>S : klien mengatakan nyeri terasa saat bergerak O : klien tampak berhati-hati ketika bergerak</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri O : memberikan teknik relaksasi napas dalam Memfasilitasi istirahat dan tidur S : klien mengatakan sulit tidur O : klien terlihat kurang tidur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Menjelaskan strategi meredakan nyeri O : menjelaskan teknik relaksasi napas dalam Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri O : klien diajarkan teknik relaksasi napas dalam <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengkolaborasi pemberian analgetik O : pemberian analgetik asamefenamat 3x500 mg <p>Edukasi teknik napas (I.12452)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi S : klien mengatakan belum siap menerima informasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan 	<p>R : abdomen bagian bawah S : skala 6 T : saat bergerak</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak meringis Klien tampak berhati-hati ketika bergerak Klien tampak kurang tidur Klien diajarkan teknik relaksasi nafas dalam Pemberian analgetik : asamefenamat 3x500 mg Tanda-Tanda Vital TD : 130/90 mmHg N : 108x/menit RR : 20x/menit S : 36,7°C <p>Assement Nyeri akut belum teratasi</p> <p>Planning Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (nafas dalam) Memberikan analgetik (asamefenamat 3x500 mg) 	
--	--	--	--	--

		<p>O : menyediakan leaflet</p> <p>2. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>S : klien mengatakan siap menerima penkes dihari berikutnya</p> <p>3. Memberikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>O : diberikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Menjelaskan tujuan dan manfaat teknik napas</p> <p>O : dijelaskan tujuan dan manfaat teknik napas</p> <p>2. Menganjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin (mis duduk, berbaring)</p> <p>O : klien dianjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin</p>		
21 November 2022	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054).	<p>Dukungan ambulasi (L.06171)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>S : klien mengatakan setelah operasi sectio caesarea susah beraktivitas, karena sakit pada daerah abdomen bekas operasi sectio caesarea</p> <p>O : aktivitas klien tampak dibantu oleh perawat dan keluarga</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>O : difasilitasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)</p> <p>2. Memfasilitasi melakukan pergerakan</p>	<p>Subjektif</p> <p>1. Klien mengatakan setelah operasi susah beraktivitas, karena sakit pada daerah abdomen bekas operasi section caesarea</p> <p>2. Klien mengatakan nyeri saat bergerak dan melakukan aktivitas</p> <p>3. Klien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>Objektif</p> <p>1. Klien tampak susah mengangkat ekstremitasnya</p> <p>2. Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>3. Klien diajarkan teknik ambulasi</p>	


	<p>O : klien tampak berbaring ditempat tidur</p> <p>3. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>O : aktivitas tampak dibantu keluarga dan perawat</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi O : dijelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini O : klien tampak belum bisa melakukan mobilisasi dini 3. Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (misal : berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi) O : klien tampak belum bisa melakukan mobilisasi <p>Edukasi teknik ambulasi (I.12450)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi S : klien mengatakan belum siap menerima informasi 2. Memonitor kemajuan pasien dalam ambulasi O : klien tampak masih berbaring ditempat tidur <p>Terapeutik :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4. Klien tampak terpasang dower cateter 500 cc 5. Klien terpasang infus RL <p>Assessment Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>Planning Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis duduk ditempat tidur) 	
--	---	--	--

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan materi, media dan alat bantu jalan O : menyediakan leaflet 2. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan S : klien mengatakan siap menerima informasi dihari berikutnya 3. Memberi kesempatan pada keluarga untuk bertanya O : klien diberi kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan prosedur dan tujuan ambulasi dengan atau tanpa alat bantu O : dijelaskan prosedur dan tujuan ambulasi 		
21 November 2022	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)	<p>Edukasi menyusui (1.12393)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi S : klien mengatakan belum siap menerima informasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan O : menyediakan leaflet 2. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan S : klien mengatakan siap menerima penkes pada hari berikutnya 	<p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan ASInya hanya keluar sedikit 2. Klien mengatakan tidak mengetahui cara menyusui yang benar dan perawatan payudara <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ASI yang dikeluarkan tampak sedikit 2. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu 3. Bayi menghisap tidak terus menerus 4. Klien tampak bingung tentang posisi menyusui yang benar 	

	<p>3. Memberikan kesempatan untuk bertanya O : klien diberikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>4. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui O : ibu diberi dukungan untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi O : dijelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</p> <p>2. Mengajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan dengan benar O : klien diajarkan posisi menyusui dan perlekatan dengan benar</p> <p>3. Mengajarkan perawatan payudara post partum (mis, memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitoksin) S : klien mengatakan siap melakukan perawatan payudara dihari berikutnya</p> <p>Pendampingan proses menyusui (I.03130)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Memonitor kemampuan ibu untuk menyusui S : klien mengatakan ASInya keluar sedikit O : ASI yang dikeluarkan tampak sedikit</p> <p>2. Memonitor kemampuan bayi menyusu O : bayi menghisap tidak terus menerus</p> <p>Terapeutik :</p>	<p>Assessment Menyusui tidak efektif belum teratasi</p> <p>Planning Intervensi dilanjutkan</p> <p>1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan tentang teknik menyusui yang benar dan perawatan payudara</p>	
--	--	---	--

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendampingi ibu selama kegiatan menyusui berlangsung O : suami tampak mendampingi klien 2. Mendampingi ibu memposisikan bayi dengan benar untuk menyusui pertama kali O : klien didampingi untuk memposisikan bayi dengan benar pada saat menyusui 3. Mendiskusikan masalah selama menyusui (mis nyeri, bengkak pada payudara, lecet pada puting dan mencari solusinya) S : klien mengatakan ASInya keluar sedikit O : payudara saat ditekan keluar colostrum 		
21 November 2022	Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik S : klien mengatakan khawatir luka bekas operasinya infeksi O : terdapat luka bekas post operasi sectio caesarea <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membatasi jumlah pengunjung O : membatasi jumlah pengunjung <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi O : dijelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 	<p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan khawatir luka bekas operasinya infeksi 2. Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat luka bekas operasi sectio caesarea dibagian abdomen 2. Luka tampak tertutup kasa dan tidak ada rembesan 3. Tidak ada tanda-tanda REEDA 4. Klien dijelaskan tanda dan gejala infeksi 5. Klien dianjurkan makan makanan tinggi kalori dan protein 6. Diberikan antibiotic : cefadroxil 3x500 mg 7. Hasil lab leukosit : $15,5 \cdot 10^3 /uL$ 	

		<p>O : diajarkan cara memeriksa kondisi luka bekas operasi</p> <p>Perawatan Luka (1.14564)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor karakteristik luka S : klien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi O : tampak luka tertutup kasa dan tidak ada rembesan dan luka tampak masih basah 2. Memonitor tanda-tanda infeksi S : klien mengatakan nyeri pada bagian abdomen bekas operasi sectio caesarea O : tidak terdapat tanda-tanda REEDA <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan O : balutan dan plester dilepaskan secara perlahan 2. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pemberih nontoksik, sesuai kebutuhan O : luka dibersihkan dengan cairan NaCl 3. Memberikan salep yang sesuai ke kulit / lesi O : diberikan salep 4. Memasang balutan sesuai jenis luka O : balutan dipasang sesuai jenis luka 5. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka O : gunakan prinsip steril saat melakukan perawatan luka 	<p>Assessment Resiko infeksi belum teratasi</p> <p>Planning Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor dan tanda gejala infeksi 	
--	--	---	--	--


		<p>6. Menganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase O : balutan diganti sesuai dengan jumlah eksudat dan drainase</p> <p>7. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi klien O : dianjurkan mengubah posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi klien</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi O : dijelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>2. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein O : dianjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Berkolaborasi pemberian antibiotic O : diberikan antibiotic cefadroxil 3x500 mg</p>		
Catatan Keperawatan dan Catatan Perkembangan Hari Ke 2				
22 November 2022	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077).	<p>Manajemen Nyeri (1.08238)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri S : klien mengatakan nyeri berkurang pada bagian bekas operasi sectio caesarea O : klien tampak masih meringis</p> <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri S : klien mengatakan skala nyeri 4</p>	<p>Subjektif</p> <p>1. Klien mengatakan nyeri berkurang pada luka bekas operasi sectio caesarea</p> <p>2. Klien mengatakan masih sulit tidur karena nyeri luka pada luka post sectio caesarea</p> <p>3. PQRST P : operasi sectio caesarea Q : seperti disayat-sayat R : abdomen bagian bawah S : skala 4</p>	

		<p>3. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri S : klien mengatakan nyeri terasa saat bergerak O : klien tampak berhati-hati ketika bergerak</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri O : klien tampak sudah bisa melakukan teknik relaksasi napas dalam Memfasilitasi istirahat dan tidur S : klien mengatakan masih sulit tidur O : klien terlihat kurang tidur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Menjelaskan strategi meredakan nyeri O : klien tampak bisa melakukan teknik relaksasi napas dalam Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri O : klien tampak bisa melakukan teknik relaksasi napas dalam <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengkolaborasi pemberian analgetik O : pemberian analgetik asamefenamat 3x500 mg <p>Edukasi teknik napas (I.12452)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 	<p>T : saat bergerak</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien masih tampak meringis Klien tampak masih berhati-hati ketika bergerak Klien masih tampak kurang tidur Klien diajarkan teknik relaksasi nafas dalam Pemberian analgetik : asamefenamat 3x500 mg Tanda-Tanda Vital TD : 120/75 mmHg N : 98x/menit RR : 20x/menit S : 36,9°C Hasil lab leukosit : 17,5 10³ /uL <p>Assement</p> <p>Nyeri akut belum teratasi</p> <p>Planning</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (nafas dalam) Memberikan analgetik (asamefenamat 3x500 mg) 	
--	--	---	--	--


		<p>S : klien mengatakan siap menerima informasi</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan O : klien diberikan leaflet 2. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan S : klien mengatakan siap menerima penkes 3. Memberikan kesempatan untuk bertanya O : diberikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tujuan dan manfaat teknik napas O : dijelaskan tujuan dan manfaat teknik napas 2. Mengajarkan memposisikan tubuh senyaman mungkin (mis duduk, berbaring) O : klien dianjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin 3. Mengajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan O : klien tampak melakukan inspirasi 4. Mengajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan O : klien tampak melakukan ekspirasi 5. Mendemonstrasikan menarik napas selama 4 detik menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik 	
--	--	---	--

		O : klien mendemonstrasikan tarik napas dalam	
22 November 2022	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054).	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>S : klien mengatakan sudah bisa beraktivitas walaupun masih dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>O : aktivitas klien tampak masih dibantu oleh perawat dan keluarga</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)</p> <p>O : difasilitasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)</p> <p>2. Memfasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>O : klien tampak sudah bisa duduk ditempat tidur</p> <p>3. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>O : aktivitas tampak masih dibantu keluarga dan perawat</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>O : dijelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>2. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>O : klien tampak belum bisa melakukan mobilisasi dini dan klien tampak sudah bisa duduk ditempat tidur</p>	<p>Subjektif</p> <p>1. Klien mengatakan sudah bisa beraktivitas meskipun masih dibantu oleh keluarga</p> <p>2. Klien mengatakan nyeri berkurang saat bergerak dan melakukan aktivitas</p> <p>3. Klien mengatakan sudah bisa duduk ditempat tidur</p> <p>4. Klien mengatakan aktivitas masih dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>5. Klien mengatakan buang air kecil masih melalui kateter</p> <p>Objektif</p> <p>1. Klien tampak sudah bisa mengangkat ekstremitasnya</p> <p>2. Klien tampak sudah bisa duduk ditempat tidur</p> <p>3. Aktivitas klien tampak masih dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>4. Klien diajarkan teknik ambulasi</p> <p>Assessment</p> <p>Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>Planning</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <p>1. Ajarkan mobilisasi sederhana dan bertahap yang harus dilakukan</p>

		<p>3. Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (misal : berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi) O : klien tampak sudah bisa duduk ditempat tidur</p> <p>Edukasi teknik ambulasi (I.12450) Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi S : klien mengatakan siap menerima informasi 2. Memonitor kemajuan pasien dalam ambulasi O : klien tampak sudah bisa duduk ditempat tidur <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan materi, media dan alat bantu jalan O : klien diberikan leaflet 2. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan S : klien mengatakan siap menerima penkes 3. Memberi kesempatan pada keluarga untuk bertanya O : klien diberi kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan prosedur dan tujuan ambulasi dengan atau tanpa alat bantu O : dijelaskan prosedur dan tujuan ambulasi 		
--	--	--	--	--



		<p>2. Mengajarkan menggunakan alas kaki yang memudahkan berjalan dan mencegah cerder O : klien tampak memakai alas kaki</p> <p>3. Mengajarkan duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur (menjuntai), atau dikursi sesuai toleransi O : klien tampak sudah bisa duduk ditempat tidur</p> <p>4. Mendemonstrasikan cara mobilisasi tanpa alat bantu jalan O : klien tampak bisa mendemonstrasikan cara mobilisasi tanpa alat bantu jalan meskipun hanya sebentar</p>		
22 November 2022	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)	<p>Edukasi menyusui (1.12393)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi S : klien mengatakan siap menerima informasi</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan O : memberikan leaflet</p> <p>2. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan S : klien mengatakan siap menerima penkes</p> <p>3. Memberikan kesempatan untuk bertanya O : klien diberikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>4. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</p>	<p>Subjektif</p> <p>1. Klien mengatakan ASInya sedikit</p> <p>2. Klien mengatakan sudah mengetahui cara menyusui yang benar</p> <p>Objektif</p> <p>1. ASI yang dikeluarkan tampak sedikit</p> <p>2. Klien diberikan edukasi tentang teknik menyusui yang baik dan benar</p> <p>3. Klien tampak sudah mengerti cara menyusui yang benar</p> <p>4. Bayi mulai melekat pada payudara ibu</p> <p>5. Bayi menghisap mulai terus menerus</p> <p>Assessment</p> <p>Menyusui tidak efektif teratasi sebagian</p>	


		<p>O : ibu diberi dukungan untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi O : dijelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 2. Mengajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan dengan benar O : klien diajarkan posisi menyusui dan perlekatan dengan benar 3. Mengajarkan perawatan payudara post partum (mis, memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitoksin) S : klien mengatakan siap melakukan perawatan payudara dihari berikutnya <p>Pendampingan proses menyusui (I.03130)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kemampuan ibu untuk menyusui S : klien mengatakan ASInya keluar sedikit O : ASI yang dikeluarkan tampak sedikit 2. Memonitor kemampuan bayi menyusu O : bayi tampak menghisap terus menerus <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendampingi ibu selama kegiatan menyusui berlangsung O : klien tampak disampingi suami 	<p>Planning</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Beri kesempatan pasien untuk bertanya 	
--	--	--	--	--


		<p>2. Mendampingi ibu memposisikan bayi dengan benar untuk menyusu pertama kali O : klien didampingi untuk memposisikan bayi dengan benar pada saat menyusui</p> <p>3. Mendiskusikan masalah selama menyusui (mis nyeri, bengkak pada payudara, lecet pada puting dan mencari solusinya) S : klien mengatakan ASInya keluar sedikit O : payudara saat ditekan keluar colostrum</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Mengajarkan ibu mengenali tanda-tanda bayi siap menyusu (mis bayi mencari puting, keluar saliva, memasukan jari ke dalam mulutnya dan bayi menangis) O : klien diajarkan mengenali tanda-tanda bayi siap menyusu (mis bayi mencari puting, keluar saliva, memasukan jari ke dalam mulutnya dan bayi menangis)</p> <p>2. Mengajarkan ibu mengarahkan mulut bayi dari arah bawah ke arah puting ibu O : klien diajarkan mengarahkan mulut bayi dari arah bawah ke arah puting</p>		
22 November 2022	Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik S : klien mengatakan khawatir luka bekas operasinya infeksi</p>	<p>Subjektif</p> <p>1. Klien mengatakan khawatir luka bekas operasinya infeksi</p> <p>2. Klien mengatakan nyeri berkurang pada luka bekas operasi sectio caesarea</p> <p>Objektif</p>	


	<p>O : terdapat luka bekas post operasi sectio caesarea</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Membatasi jumlah pengunjung <p>O : membatasi jumlah pengunjung</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Menjelaskan tanda dan gejala infeksi <p>O : dijelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi <p>O : diajarkan cara memeriksa kondisi luka bekas operasi</p> <p>Perawatan Luka (L.14564)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Memonitor karakteristik luka <p>S : klien mengatakan nyeri berkurang pada bagian bekas operasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Memonitor tanda-tanda infeksi <p>S : klien mengatakan nyeri berkurang pada bagian abdomen bekas operasi sectio caesarea</p> <p>O : tidak ada tanda kemerahan pada luka operasi</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Melepaskan balutan dan plester secara perlahan <p>O : balutan dan plester dilepaskan secara perlahan</p> <ol style="list-style-type: none"> Membersihkan dengan cairan NaCl atau pemberih nontoksik, sesuai kebutuhan 	<ol style="list-style-type: none"> Terdapat luka bekas post operasi sectio caesarea dibagian abdomen Luka tampak tertutup kasa dan tidak ada rembesan Tidak ada tanda kemerahan pada luka operasi Klien dianjurkan makan makanan tinggi kalori dan protein Diberikan antibiotic : cefadroxil 3x500 mg Hasil lab leukosit : $17,5 \cdot 10^3/uL$ <p>Assessment</p> <p>Resiko infeksi belum teratasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor tanda dan gejala infeksi 	
--	---	---	--

		<p>O : luka dibersihkan dengan cairan NaCl</p> <p>3. Memberikan salep yang sesuai ke kulit / lesi O : diberikan salep</p> <p>4. Memasang balutan sesuai jenis luka O : balutan dipasang sesuai jenis luka</p> <p>5. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka O : gunakan prinsip steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>6. Menganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase O : balutan diganti sesuai dengan jumlah eksudat dan drainase</p> <p>7. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi klien O : dianjurkan mengubah posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi klien</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi O : dijelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>2. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein O : klien tampak mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein yang sudah disediakan di RS</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Berkolaborasi pemberian antibiotic O : diberikan antibiotic cefadroxil 3x500 mg</p>		
Catatan Keperawatan dan Catatan Perkembangan Hari Ke 3				


<p>23 November 2022</p>	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi section caesarea) (D.0077).</p>	<p>Manajemen Nyeri (1.08238) Observasi : 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri S : klien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri dan ketika terlalu banyak aktivitas merasakan nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri S : klien mengatakan skala nyeri 2 3. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri S : klien mengatakan saat bergerak masih terasa nyeri O : klien masih tampak berhati-hati ketika bergerak Terapeutik : 1. Memfasilitasi istirahat dan tidur S : klien mengatakan pola tidur sudah mulai terkontrol seperti biasanya O : klien tampak tidak mengantuk dan cukup istirahat Kolaborasi : 1. Mengkolaborasi pemberian analgetik O : pemberian analgetik asamefenamat 3x500 mg</p>	<p>Subjektif 1. Klien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri dan ketika terlalu banyak aktivitas merasakan nyeri 2. Klien mengatakan tidur mulai terkontrol Objektif 1. Klien tampak sudah bisa beraktivitas 2. Klien terlihat tidak mengantuk 3. Pemberian analgetik : asamefenamat 3x500 mg 4. Tanda-Tanda Vital TD : 130/75 mmHg N : 100 x/menit RR : 20x/menit S : 36,5°C Assessment Nyeri akut teratasi Planning 1. Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh klien 2. Klien direncanakan pulang dan kontrol ke RS sesuai dengan yang telah ditentukan</p>	
<p>23 November 2022</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan</p>	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi : 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p>	<p>Subjektif 1. Klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas sendiri</p>	

	dengan nyeri (D.0054).	<p>S : klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas sendiri seperti ke kamar mandi dan berjalan-jalan tanpa dibantu keluarga dan perawat</p> <p>O : aktivitas klien tampak sudah tidak dibantu keluarga</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Memfasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>S : klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas sendiri seperti ke kamar mandi dan berjalan-jalan tanpa dibantu keluarga dan perawat</p> <p>O : klien tampak sudah bisa ke kamar mandi sendiri, duduk ditempat tidur dan berjalan-jalan</p> <p>2. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>O : aktivitas tampak sudah tidak dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>uduk ditempat tidur</p>	<p>2. Klien mengatakan sudah bisa ke kamar mandi sendiri dan berjalan tanpa dibantu keluarga dan perawat</p> <p>3. Klien mengatakan sudah bisa dibantu oleh keluarga</p> <p>Objektif</p> <p>1. Aktivitas klien tampak sudah tidak dibantu oleh keluarga</p> <p>Assessment</p> <p>Gangguan mobilitas fisik teratasi</p> <p>Planning</p> <p>Intervensi dihentikan</p> <p>1. Klien direncanakan pulang dan kontrol ke RS sesuai dengan yang telah ditentukan</p>	
23 November 2022	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)	<p>Pendampingan proses menyusui (I.03130)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Memonitor kemampuan ibu untuk menyusui</p> <p>S : klien mengatakan ASInya mulai keluar meskipun tidak terlalu banyak</p> <p>O : ASI tampak keluar meskipun tidak terlalu banyak</p> <p>2. Memonitor kemampuan bayi menyusu</p> <p>O : bayi menghisap terus menerus</p> <p>Terapeutik :</p>	<p>Subjektif</p> <p>1. Klien mengatakan ASInya mulai keluar meskipun tidak terlalu banyak</p> <p>2. Klien mengatakan sudah mengerti cara menyusui dengan benar dan perawatan payudara</p> <p>Objektif</p> <p>1. ASI tampak keluar</p> <p>2. Bayi sudah melekat pada payudara ibu</p>	


		<ol style="list-style-type: none"> Mendampingi ibu selama kegiatan menyusui berlangsung O : klien tampak disampingi suami Mendampingi ibu memposisikan bayi dengan benar untuk menyusu pertama kali O : klien didampingi dalam memposisikan bayi dengan benar pada saat menyusui Mendiskusikan masalah selama menyusui (mis nyeri, bengkak pada payudara, lecet pada puting dan mencari solusinya) S : klien mengatakan ASInya mulai keluar meskipun tidak terlalu banyak 	<ol style="list-style-type: none"> Bayi menghisap secara terus menerus <p>Assessment Menyusui tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>Planning</p> <ol style="list-style-type: none"> Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh klien Klien direncanakan pulang dan kontrol ke RS sesuai dengan yang telah ditentukan 	
23 November 2022	Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik O : tidak ada tanda kemerahan pada luka bekas operasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Membatasi jumlah pengunjung O : jumlah pengunjung dibatasi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Menjelaskan tanda dan gejala infeksi O : tidak terdapat tanda-tanda gejala infeksi Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi O : klien tampak sudah bisa memeriksa kondisi luka bekas operasi secara mandiri 	<p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan tidak gatal pada daerah bekas operasi <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Terdapat luka bekas post operasi sectio caesarea dibagian abdomen Luka tampak tertutup kasa dan tidak ada rembesan Tidak ada kemerahan pada luka operasi Tidak ada tanda-tanda infeksi Klien dianjurkan makan makanan tinggi kalori dan protein Diberikan antibiotic : cefadroxil 3x500 mg <p>Assessment Risiko infeksi teratasi</p>	


		<p>Perawatan Luka (L.14564)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor karakteristik luka O : luka tampak tertutup kasa dan tidak terdapat rembesan pada luka 2. Memonitor tanda-tanda infeksi S : klien mengatakan tidak merasa keluhan apapun seperti gatal dibagian daerah bekas operasi O : tidak ada tanda kemerahan pada luka operasi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein S : klien mengatakan mengonsumsi makanan yang disediakan di RS selama dirawat O : klien tampak mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein yang sudah disediakan di RS <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berkolaborasi pemberian antibiotic O : diberikan antibiotic cefadroxil 3x500 mg 	<p>Planning</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh klien 2. Klien direncanakan pulang dan kontrol ke RS sesuai dengan yang telah ditentukan 	
Klien 2				
Catatan Keperawatan dan Catatan Perkembangan Hari Ke 1				
21 November 2022	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077).	<p>Manajemen Nyeri (L.08238)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri S : klien mengatakan nyeri pada bagian bekas operasi sectio caesarea 	<p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi sectio caesarea 2. Klien mengatakan takut bergerak karena masih nyeri 	

		<p>O : klien tampak meringis</p> <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri S : klien mengatakan skala nyeri 7</p> <p>3. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri S : klien mengatakan nyeri terasa saat bergerak O : klien tampak berhati-hati ketika bergerak</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri O : memberikan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>2. Memfasilitasi istirahat dan tidur S : klien mengatakan sulit tidur O : klien tampak kurang tidur</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Menjelaskan strategi meredakan nyeri O : menjelaskan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>2. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri O : klien diajarkan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik O : pemberian analgetik asamefenamat 3x500 mg</p> <p>Edukasi teknik napas (I.12452)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p>	<p>3. Klien mengatakan kadang terbangun ketika tidur karena nyeri luka pada luka post sectio caesarea</p> <p>4. PQRST P : operasi sectio caesarea Q : seperti disayat-sayat R : abdomen bagian bawah S : skala 7 T : saat bergerak</p> <p>Objektif</p> <p>1. Klien tampak meringis</p> <p>2. Klien tampak berhati-hati ketika bergerak</p> <p>3. Klien tampak kurang tidur</p> <p>4. Klien diajarkan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>5. Pemberian analgetik : asamefenamat 3x500 mg</p> <p>6. Tanda-Tanda Vital TD : 170/95 mmHg N : 80/menit RR : 20x/menit S : 36,9°C</p> <p>Assement Nyeri akut belum teratasi</p> <p>Planning Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	---	---	--


		<p>S : klien mengatakan belum siap menerima informasi</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan <p>O : menyediakan leaflet</p> <ol style="list-style-type: none"> Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan <p>S : klien mengatakan siap menerima penkes dihari berikutnya</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberikan kesempatan untuk bertanya <p>O : diberikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Menjelaskan tujuan dan manfaat teknik napas <p>O : dijelaskan tujuan dan manfaat teknik napas</p> <ol style="list-style-type: none"> Menganjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin (mis, duduk, berbaring) <p>O : klien dianjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin</p>	<ol style="list-style-type: none"> Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (nafas dalam) Memberikan analgetik (asamefenamat 3x500 mg) 	
21 November 2022	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)	<p>Dukungan Mobilisasi (L.05173)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya <p>S : klien mengatakan setelah operasi susah beraktivitas karena nyeri pada daerah abdomen bekas operasi sectio caesarea</p> <p>O : aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>Terapeutik :</p>	<p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan setelah operasi susah beraktivitas, karena sakit pada daerah abdomen bekas operasi section caesarea Klien mengatakan nyeri saat bergerak dan melakukan aktivitas Klien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat <p>Objektif</p>	

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Memfailitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) 2. Memfasilitasi melakukan pergerakan O : klien tampak berbaring ditempat tidur 3. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan O : aktivitas tampak dibantu keluarga dan perawat <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi O : dijelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini O : klien tampak belum bisa melakukan mobilisasi dini 3. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal : duduk ditempat tidur, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi) O : klien tampak belum bisa melakukan mobilisasi <p>Edukasi teknik ambulasi (I.12450)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi S : klien mengatakan belum siap menerima informasi 2. Memonitor kemajuan pasien dalam ambulasi O : klien tampak masih berbaring ditempat tidur 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak susah mengangkat ekstremitasnya 2. Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat 3. Klien diajarkan teknik ambulasi 4. Klien tampak terpasang dower cateter 750 cc 5. Klien terpasang infus RL <p>Assessment Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>Planning Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis duduk ditempat tidur) 	
--	--	---	--	--

		<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Menyediakan materi, media dan alat bantu jalan O : menyediakan leaflet Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan S : klien mengatakan siap menerima penkes dihari berikutnya Memberi kesempatan pada keluarga untuk bertanya O : klien diberi kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Menjelaskan prosedur dan tujuan ambulasi dengan atau tanpa alat bantu O : dijelaskan prosedur dan tujuan ambulasi 		
21 November 2022	Konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen (D.0049)	<p>Manajemen Konstipasi (1. 04155)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Memeriksa tanda dan gejala konstipasi S : klien mengatakan belum BAB 4 hari yang lalu dan takut mengejan karena luka bekas operasi diperutnya dan BAB sulit dikeluarkan Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume dan warna) S : klien mengatakan BAB sulit dikeluarkan O : klien tampak takut mengejan karena luka bekas operasi di perutnya <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Menganjurkan diet tinggi serat 	<p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan belum BAB 4 hari yang lalu Klien mengatakan takut mengejan karena luka bekas operasi diperutnya Klien mengatakan BABnya sulit dikeluarkan <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak mules dan ingin BAB Klien tampak ingin mengejan BU 6x/menit Feses tampak keras <p>Assessment</p>	


		<p>O : klien tampak mengonsumsi makanan yang sudah disediakan di RS</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Melatih buang air besar secara teratur</p> <p>S : klien tampak takut mengejan karena luka operasi sc di bagian perutnya</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Kolaborasi obat pencahar</p> <p>O : pemberian obat microlax 5ml</p>	<p>Konstipasi belum teratasi</p> <p>Planning</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <p>1. Anjurkan klien mengonsumsi makanan diet tinggi serat</p> <p>2. Anjurkan klien meningkatkan asupan cairan (jika tidak ada kontraindikasi)</p> <p>3. Pemberian obat pencahar : microlax 5 ml</p>	
21 November 2022	Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)	<p>Pencegahan infeksi (1.14539)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p>S : klien mengatakan khawatir luka bekas operasinya infeksi</p> <p>O : terdapat luka bekas post operasi sectio caesarea dan tampak masih basah</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>O : jumlah pengunjung dibatasi</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>O : dijelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>2. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>O : diajarkan cara memeriksa kondisi luka bekas operasi</p> <p>Perawatan Luka (L.14564)</p>	<p>Subjektif</p> <p>1. Klien mengatakan khawatir luka bekas operasinya infeksi</p> <p>2. Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi</p> <p>Objektif</p> <p>1. Terdapat luka bekas operasi sectio caesarea dibagian abdomen</p> <p>2. Luka tampak tertutup kasa dan luka tampak rembesan</p> <p>3. Tidak ada tanda-tanda REEDA</p> <p>4. Klien dijelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>5. Klien dianjurkan makan makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>6. Diberikan antibiotic : cefadroxil 3x500 mg</p> <p>7. Hasil lab leukosit : $18,9 \cdot 10^3 / \mu\text{L}$</p> <p>Assessment</p> <p>Resiko infeksi belum teratasi</p>	

	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor karakteristik luka S : klien mengatakan nyeri pada bagian bekas operasi O : luka tampak tertutup kasa dan luka tampak masih basah 2. Memonitor tanda-tanda infeksi S : klien mengatakan nyeri pada bagian abdomen bekas operasi sectio caesarea O : tidak ada tanda-tanda REEDA <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan O : balutan dan plester dilepaskan secara perlahan 2. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pemberih nontoksik, sesuai kebutuhan O : luka dibersihkan dengan cairan NaCl 3. Memberikan salep yang sesuai ke kulit / lesi O : diberikan salep 4. Memasang balutan sesuai jenis luka O : balutan dipasang sesuai jenis luka 5. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka O : gunakan prinsip steril saat membersihkan luka 6. Menganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase O : balutan diganti sesuai jumlah eksudat dan drainase 	<p>Planning</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor dan tanda gejala infeksi 	
--	--	--	--


		<p>7. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi klien O : dianjurkan mengubah posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi klien</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Menjelaskan tanda dan gejala infeksi O : dijelaskan tanda dan gejala infeksi Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein O : dianjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengkolaborasi pemberian antibiotic O : diberikan antibiotic cefadroxil 3x500 mg 		
Catatan Keperawatan dan Catatan Perkembangan Hari Ke 2				
22 November 2022	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077).	<p>Manajemen Nyeri (1.08238)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri S : klien mengatakan nyeri berkurang pada bagian bekas operasi sectio caesarea O : klien tampak meringis Mengidentifikasi skala nyeri S : klien mengatakan skala nyeri 5 Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri S : klien mengatakan nyeri saat bergerak O : klien tampak berhati-hati ketika bergerak <p>Terapeutik :</p>	<p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan nyeri berkurang pada luka bekas operasi sectio caesarea Klien mengatakan masih takut bergerak karena masih nyeri Klien mengatakan kadang terbangun ketika tidur karena nyeri luka pada luka post sectio caesarea PQRST P : operasi sectio caesarea Q : seperti disayat-sayat R : abdomen bagian bawah S : skala 5 T : saat bergerak 	


		<p>1. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri O : klien tampak sudah bisa melakukan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>2. Memfasilitasi istirahat dan tidur S : klien mengatakan masih sulit tidur karena nyeri dibagian perut bekas operasi sectio caesarea O : klien tampak kurang tidur</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Menjelaskan strategi meredakan nyeri O : klien tampak bisa melakukan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri O : klien diajarkan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>2. Kolaborasi pemberian analgetik O : pemberian analgetik asamefenamat 3x500 mg</p> <p>Edukasi teknik napas (I.12452)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi S : klien mengatakan siap menerima informasi</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p>	<p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak masih meringis 2. Klien tampak masih berhati-hati ketika bergerak 3. Klien tampak masih kurang tidur 4. Klien diajarkan teknik relaksasi nafas dalam 5. Pemberian analgetik : asamefenamat 3x500 mg 6. Tanda-Tanda Vital TD : 165/95 mmHg N : 98/menit RR : 20x/menit S : 36,5°C <p>Assement Nyeri akut belum teratasi</p> <p>Planning Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (nafas dalam) 2. Memberikan analgetik (asamefenamat 3x500 mg) 	
--	--	---	--	--

		<p>O : klien diberikan leaflet</p> <p>2. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>S : klien mengatakan siap menerima penkes</p> <p>3. Memberikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>O : diberikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Menjelaskan tujuan dan manfaat teknik napas</p> <p>O : dijelaskan tujuan dan manfaat teknik napas</p> <p>2. Mengajarkan memposisikan tubuh senyaman mungkin (mis, duduk, berbaring)</p> <p>O : klien dianjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin</p> <p>3. Mengajarkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh</p> <p>O : klien dianjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh</p> <p>4. Mengajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan</p> <p>O : klien tampak melakukan inspirasi</p> <p>5. Mengajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan</p> <p>O : klien tampak melakukan ekspirasi</p> <p>6. Mendemonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik</p> <p>O : klien mendemonstrasikan tarik napas dalam</p>		
--	--	--	--	--


<p>22 November 2022</p>	<p>Mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)</p>	<p>Dukungan Mobilisasi (L.05173) Observasi : 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya S : klien mengatakan sudah bisa beraktivitas meskipun masih dibantu oleh keluarga dan perawat O : aktivitas klien tampak masih dibantu oleh keluarga dan perawat Terapeutik : 1. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) O : difasilitasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) 2. Memfasilitasi melakukan pergerakan O : klien tampak sudah bisa duduk ditempat tidur 3. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan O : aktivitas tampak dibantu keluarga dan perawat Edukasi : 1. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi O : dijelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini O : klien tampak belum bisa melakukan mobilisasi dini</p>	<p>Subjektif 1. Klien mengatakan sudah bisa beraktivitas meskipun masih dibantu oleh keluarga 2. Klien mengatakan nyeri berkurang saat bergerak dan melakukan aktivitas 3. Klien mengatakan sudah bisa duduk ditempat tidur 4. Klien mengatakan aktivitas masih dibantu oleh keluarga dan perawat Objektif 1. Klien tampak sudah bisa mengangkat ekstremitasnya 2. Klien tampak sudah bisa duduk ditempat tidur 3. Aktivitas klien tampak masih dibantu oleh keluarga dan perawat 4. Klien diajarkan teknik ambulasi Assessment Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian Planning Intervensi dilanjutkan 1. Ajarkan mobilisasi sederhana dan bertahap yang harus dilakukan</p>	
---------------------------------	--	---	--	---


		<p>3. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal : duduk ditempat tidur, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi) O : klien tampak sudah bisa duduk ditempat tidur</p> <p>Edukasi teknik ambulasi (I.12450)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi S : klien mengatakan siap menerima informasi</p> <p>2. Memonitor kemajuan pasien dalam ambulasi O : klien tampak sudah bisa duduk ditempat tidur</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Menyediakan materi, media dan alat bantu jalan O : klien diberikan leaflet</p> <p>2. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan S : klien mengatakan siap menerima penkes</p> <p>3. Memberi kesempatan pada keluarga untuk bertanya O : klien diberi kesempatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Menjelaskan prosedur dan tujuan ambulasi dengan atau tanpa alat bantu O : dijelaskan prosedur dan tujuan ambulasi</p>		
--	--	--	--	--


		<p>2. Mengajarkan menggunakan alas kaki yang memudahkan berjalan dan mencegah cedera O : klien tampak memakai alas kaki</p> <p>3. Mengajarkan duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur (menjuntai) atau dikursi O : klien tampak sudah bisa duduk ditempat tidur</p> <p>4. Mendemonstrasikan cara mobilisasi tanpa alat bantu jalan O : klien tampak bisa melakukan cara mobilisasi tanpa alat bantu jalan meskipun hanya sebentar</p>		
22 November 2022	Konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen (D.0049)	<p>Manajemen Konstipasi (1. 04155)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Memeriksa tanda dan gejala konstipasi S : klien mengatakan ingin BAB tapi feses tidak keluar</p> <p>3. Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume dan warna) S : klien mengatakan BAB sulit dikeluarkan O : klien tampak takut mengejan karena luka bekas operasi di perutnya</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Mengajarkan diet tinggi serat O : klien tampak mengonsumsi makanan yang sudah disediakan di RS</p> <p>Edukasi :</p> <p>2. Melatih buang air besar secara teratur</p>	<p>Subjektif</p> <p>1. Klien mengatakan ingin BAB tapi feses tidak keluar</p> <p>5. Klien mengatakan takut mengejan karena luka bekas operasi diperutnya</p> <p>6. Klien mengatakan BABnya sulit dikeluarkan</p> <p>Objektif</p> <p>1. Klien tampak mules dan ingin BAB</p> <p>2. Klien tampak ingin mengejan</p> <p>3. BU 4x/menit</p> <p>4. Feses tampak keras</p> <p>Assessment</p> <p>Konstipasi belum teratasi</p> <p>Planning</p>	


		<p>S : klien tampak takut mengejan karena luka operasi sc di bagian perutnya</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>4. Kolaborasi obat pencahar</p> <p>O : pemberian obat microlax 5ml</p>	<p>Intervensi dilanjutkan</p> <p>1. Anjurkan klien mengonsumsi makanan diet tinggi serat</p> <p>2. Anjurkan klien meningkatkan asupan cairan (jika tidak ada kontraindikasi)</p> <p>3. Pemberian obat pencahar : microlax 5 ml</p>	
22 November 2022	Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)	<p>Pencegahan infeksi (1.14539)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p>S : klien mengatakan khawatir luka bekas operasinya infeksi</p> <p>O : terdapat luka bekas post operasi sectio caesarea</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>O : jumlah pengunjung dibatasi</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>O : dijelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>2. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>O : diajarkan cara memeriksa kondisi luka bekas operasi</p> <p>Perawatan Luka (L.14564)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Memonitor karakteristik luka</p>	<p>Subjektif</p> <p>1. Klien mengatakan khawatir luka bekas operasinya infeksi</p> <p>2. Klien mengatakan nyeri berkurang pada luka bekas operasi sectio caesarea</p> <p>Objektif</p> <p>1. Terdapat luka bekas post operasi sectio caesarea dibagian abdomen</p> <p>2. Luka tampak tertutup kasa dan tidak terdapat rembesan</p> <p>3. Tidak ada tanda kemerahan pada luka operasi</p> <p>4. Klien dianjurkan makan makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>5. Diberikan antibiotic : cefadroxil 3x500 mg</p> <p>Assessment</p> <p>Resiko infeksi belum teratasi</p> <p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi</p>	

		<p>S : klien mengatakan nyeri berkurang pada bagian bekas operasi sectio caesarea</p> <p>2. Memonitor tanda-tanda infeksi</p> <p>S : klien mengatakan nyeri berkurang pada bagian abdomen bekas operasi sectio caesarea</p> <p>O : tidak ada tanda kemerahan pada luka operasi</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>O : balutan dan plester dilepaskan secara perlahan</p> <p>2. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pemberih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>O : luka dibersihkan dengan cairan NaCl</p> <p>3. Memberikan salep yang sesuai ke kulit / lesi</p> <p>O : diberikan salep</p> <p>4. Memasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>O : balutan dipasang sesuai jenis luka</p> <p>5. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>O : gunakan prinsip steril saat membersihkan luka</p> <p>6. Menganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <p>O : balutan diganti sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <p>7. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi klien</p>	
--	--	---	--

		<p>O : dianjurkan mengubah posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi klien</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi O : dijelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein O : dianjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein yang sudah disediakan di RS <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mengkolaborasi pemberian antibiotic O : diberikan antibiotic cefadroxil 3x500 mg 		
Catatan Keperawatan dan Catatan Perkembangan Hari Ke 3				
23 November 2022	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi sectio caesarea) (D.0077)	<p>Manajemen Nyeri (1.08238)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri S : klien mengatakan masih ada keluhan nyeri walaupun hilang timbul O : klien tidak tampak meringis 2. Mengidentifikasi skala nyeri S : klien mengatakan skala nyeri 2 3. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri S : klien mengatakan nyeri saat bergerak O : klien tampak berhati-hati ketika bergerak <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memfasilitasi istirahat dan tidur 	<p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri berkurang pada luka bekas operasi sectio caesarea 2. Klien mengatakan masih takut bergerak karena masih nyeri 3. PQRST P : operasi sectio caesarea Q : seperti disayat-sayat R : abdomen bagian bawah S : skala 2 T : saat bergerak <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tidak tampak meringis 2. Klien tampak masih berhati-hati ketika bergerak 	

		<p>S : klien mengatakan pola tidur sudah mulai terkontrol</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>O : pemberian analgetik asamefenamat 3x500 mg</p>	<p>3. Klien diajarkan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>4. Pemberian analgetik : asamefenamat 3x500 mg</p> <p>5. Tanda-Tanda Vital</p> <p>TD : 165/90 mmHg</p> <p>N : 100/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>S : 36,8°C</p> <p>Assement</p> <p>Nyeri akut teratasi</p> <p>Planning</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <p>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (nafas dalam)</p> <p>2. Memberikan analgetik (asamefenamat 3x500 mg)</p>	
23 November 2022	Mobilisasi fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)	<p>Dukungan Mobilisasi (L.05173)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>S : klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas, ke kamar mandi sendiri dan berjalan tanpa dibantu keluarga dan perawat</p> <p>O : aktivitas klien tampak sudah tidak dibantu keluarga dan perawat</p> <p>Terapeutik :</p>	<p>Subjektif</p> <p>1. Klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas sendiri</p> <p>2. Klien mengatakan sudah bisa ke kamar mandi sendiri dan berjalan tanpa dibantu keluarga dan perawat</p> <p>Objektif</p> <p>1. Aktivitas klien tampak sudah tidak dibantu oleh keluarga</p>	

		<p>1. Memfailitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)</p> <p>O : klien tampak sudah bisa melakukan aktivitas, kamar mandi sendiri dan berjalan tanpa dibantu oleh keluarga dan perawat</p>	<p>Assessment Gangguan mobilitas fisik teratasi</p> <p>Planning Intervensi dihentikan</p> <p>1. Klien direncanakan pulang dan kontrol ke RS sesuai dengan yang telah ditentukan</p>	
23 November 2022	Konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen (D.0049)	<p>Manajemen Konstipasi (1. 04155)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Memeriksa tanda dan gejala konstipasi S : klien mengatakan BAB dengan frekuensi sedikit</p> <p>2. Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume dan warna) S : klien mengatakan BAB sulit dikeluarkan O : klien tampak takut mengejan karena luka bekas operasi di perutnya</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Menganjurkan diet tinggi serat O : klien tampak mengonsumsi makanan yang sudah disediakan di RS</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Melatih buang air besar secara teratur S : klien tampak takut mengejan karena luka operasi sc di bagian perutnya</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Kolaborasi obat pencahar O : pemberian obat microlax 5ml</p>	<p>Subjektif</p> <p>1. Klien mengatakan BAB dengan frekuensi sedikit</p> <p>2. Klien mengatakan takut mengejan karena luka bekas operasi di perutnya</p> <p>3. Klien mengatakan BABnya sulit dikeluarkan</p> <p>Objektif</p> <p>1. Klien tampak mules dan ingin BAB</p> <p>2. Klien tampak ingin mengejan</p> <p>3. Feses tampak keras</p> <p>Assessment Konstipasi belum teratasi sebagian</p> <p>Planning Intervensi dihentikan</p> <p>1. Anjurkan klien mengonsumsi makanan diet tinggi serat</p> <p>2. Anjurkan klien meningkatkan asupan cairan (jika tidak ada kontraindikasi)</p>	

			3. Klien direncanakan pulang dan kontrol ke RS sesuai dengan telah yang ditentukan	
23 November 2022	Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)	<p>Pencegahan infeksi (1.14539)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik S : klien mengatakan khawatir luka bekas operasinya infeksi O : tidak ada tanda kemerahan pada luka bekas operasi</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Membatasi jumlah pengunjung O : jumlah pengunjung dibatasi</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi O : diajarkan cara memeriksa kondisi luka bekas operasi</p> <p>Perawatan Luka (L.14564)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Memonitor karakteristik luka O : luka tampak tertutup kasa dan tidak ada rembesan</p> <p>2. Memonitor tanda-tanda infeksi S : klien mengatakan tidak gatal pada daerah bekas operasi O : tidak ada tanda kemerahan pada luka operasi</p>	<p>Subjektif</p> <p>1. Klien mengatakan khawatir luka bekas operasinya infeksi</p> <p>2. Klien mengatakan gatal pada bagian luka operasi</p> <p>Objektif</p> <p>1. Terdapat luka bekas post operasi sectio caesarea dibagian abdomen</p> <p>2. Luka tampak tertutup kasa dan tidak ada rembesan</p> <p>3. Tidak ada kemerahan pada luka operasi</p> <p>4. Tidak ada tanda-tanda infeksi</p> <p>5. Klien dianjurkan makan makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>6. Diberikan antibiotic : cefadroxil 3x500 mg</p> <p>Assessment</p> <p>Risiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>Planning</p> <p>1. Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh klien</p> <p>2. Klien direncanakan pulang dan kontrol ke RS sesuai dengan yang telah ditentukan</p>	

		<p>Edukasi :</p> <p>1. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein O : dianjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein yang sudah disediakan di RS</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Mengkolaborasi pemberian antibiotik O : diberikan antibiotik cefadroxil 3x500 mg</p>		
--	--	--	--	--

BAB IV

HASIL PEMBAHASAN

Pada bab ini, penulis membandingkan antara teori dari BAB II dengan kasus 1 dan kasus 2 di BAB III Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.S Post Sc Atas Indikasi Riwayat Kpd Dan Ny.R Post Sc Atas Indikasi Riwayat Pre Eklamsia Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022 dilaksanakan selama 3 hari implementasi mulai tanggal 21 November 2022 sampai 23 November 2022 Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng. Tahapan pembahasan sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, merumuskan diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi.

A. Pengkajian

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

Penulis melakukan pengkajian pada Ny.S dengan post operasi sectio caesarea atas indikasi ketuban pecah dini (KPD) dan Ny.R dengan post operasi sectio caesarea atas indikasi preeklamsia Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022. Metode pengumpulan data penulis menggunakan wawancara dan observasi untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi klien dapat ditentukan baik secara fisik, mental, sosial maupun spiritual.

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada klien 1 Ny.S berusia 24 Tahun G1P0A0 usia kehamilan 36 minggu dengan post operasi sectio caesarea atas indikasi ketuban pecah dini (KPD). Sedangkan klien 2 Ny.R berusia 31 Tahun G3P2A0 usia kehamilan 41 minggu dengan post operasi sectio caesarea atas indikasi preeklamsia. Pengkajian ditemukan Ny.S tidak memiliki riwayat persalinan sebelumnya sehingga kehamilan ini merupakan yang pertama bagi klien. Sedangkan pada Ny.R memiliki

riwayat persalinan normal 5 tahun yang lalu dan ini merupakan kehamilan yang ke tiga bagi klien.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny.S dan Ny.R terdapat beberapa kesamaan yaitu kedua klien memiliki keluhan yang sama nyeri pada bekas operasi sectio caesarea. Prosedur tindakan yang dilakukan pada klien 1 dan 2 sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Martowirjo (2018), tindakan sectio caesarea dilakukan apabila tidak memungkinkan dilakukan persalinan pervagina disebabkan adanya resiko terhadap ibu atau janin dan beberapa faktor yang mempengaruhi yang salah satunya adalah ketuban pecah dini dan preeklampsia. Namun terdapat beberapa perbedaan pada klien 1 dan 2 dimana klien 1 mengatakan ASInya keluar hanya sedikit dan tidak mengetahui cara menyusui dengan posisi yang benar. Dan sedangkan klien 2 mengatakan ASInya banyak keluar dan klien 2 mengatakan belum BAB selama 4 hari yang lalu.

Dari hasil pemeriksaan fisik klien 1 TTV : TD 130/90 mmHg, N 108 x/menit, RR 20x/menit, S 36,7^oC. Terdapat luka bekas post operasi sectio caesarea pada bagian abdomen bawah tertutup kasa dan tidak ada rembesan. Klien tampak meringis dan berhati-hati ketika bergerak. Pemeriksaan abdomen TFU 2 jari dibawah pusat serta pengeluaran pervagina lochea rubra produksi 50 cc, warna merah kehitaman bau amis konsistensi encer. Sedangkan pada klien 2 TTV : TD 170/95 mmHg, N 80x/menit, RR 20x/menit, S 36,9^oC. Terdapat luka bekas post operasi sectio caesarea pada bagian abdomen bawah tertutup kasa dan terdapat rembesan pada hari pertama. Klien tampak meringis dan berhati-hati ketika bergerak. Pemeriksaan abdomen TFU 2 jari dibawah pusat serta pengeluaran pervagina lochea rubra produksi 150 cc, warna merah kehitaman bau amis konsistensi encer. Sesuai teori Martowirjo (2018), menjelaskan perubahan sistem reproduksi pasca persalinan terhadap uterus yang mengalami proses involusi akibat peningkatan kontraksi otot-otot polos uterus sehingga dua belas jam pasca persalinan, tinggi fundus uteri mencapai kurang lebih 1 cm

diatas umbilicus diikuti pengeluaran lokia rubra kruenta, cairan yang keluar berwarna merah.

Kesimpulan mengenai pembahasan diatas menurut asumsi penulis klien dengan post operasi sectio caesarea atas indikasi ketuban pecah dini dan preeklampsia memiliki masalah kesehatan yang sama dapat dilihat sebagai salah satu sistem adaptasi terhadap perubahan kebutuhan fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan hubungan interdependensi selama sehat dan sakit.

B. Diagnosa Keperawatan

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

Diagnosa keperawatan pada klien 1 Ny.S ditemukan 4 diagnosa keperawatan yang ditegakkan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi sectio caesarea), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, dan resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Sedangkan pada klien 2 Ny.R ditemukan 4 diagnosa keperawatan yang ditegakkan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi sectio caesarea), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen, risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

C. Intervensi Keperawatan

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.

Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien 1 dan 2 dengan diagnose nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, tujuan dari diagnosa ini setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, dan kesulitan tidur menurun. Intervensi yang dilakukan management nyeri yaitu melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi dan frekuensi, observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan, tingkatkan istirahat, monitor tanda-tanda vital, anjurkan tehnik relaksasi, kolaborasi dalam pemberian analgetik.

Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien 1 dan 2 dengan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, tujuan dari diagnosa ini setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, dan gerakan terbatas menurun. Intervensi yang dilakukan dukungan mobilisasi dan edukasi teknik ambulasi yaitu identifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur), fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan.

Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien 1 dengan menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, tujuan dari diagnosa ini setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat, kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat, tetesan ASI meningkat, suplai ASI adekuat meningkat. Intervensi yang dilakukan edukasi menyusui dan pendampingan menyusui yaitu monitor kemampuan ibu untuk menyusui, monitor kemampuan bayi menyusu, damping ibu selama kegiatan menyusui berlangsung, damping

ibu memposisikan bayi dengan benar untuk menyusui pertama kali, berikan ibu pujian, informasi dan saran terhadap perilaku positif dalam menyusui, diskusikan masalah selama menyusui (mis, nyeri, bengkak pada payudara, lecet pada puting dan mencari solusinya) dan perawatan payudara.

Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien 2 dengan konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen, tujuan dari diagnose ini setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan defekasi dengan teratur dan dapat mengejan dengan kriteria hasil keluhan defekasi lama dan sulit menurun, mengejan saat defekasi menurun, nyeri abdomen menurun, konsistensi feses membaik. Intervensi yang dilakukan yaitu periksa tanda dan gejala konstipasi, anjurkan diet tinggi serat, anjurkan peningkatan asupan cairan, latih buang air besar secara teratur, kolaborasi obat pencahar.

Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien 1 dan 2 dengan resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive, tujuan dari diagnosa ini setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi dengan kriteria hasil gejala infeksi menghilang, kadar leukosit dalam batas normal, menunjukkan pola hidup bersih. Intervensi yang dilakukan pencegahan infeksi dan perawatan luka yaitu monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, ajarkan cara memeriksa luka atau luka operasi, monitor karakteristik luka, monitor tanda-tanda infeksi, anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri, kolaborasi pemberian antibiotik.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

Implementasi keperawatan pada klien 1 dan 2 dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi sectio

caesarea) dalam melakukan sesuai intervensi yang telah dibuat berdasarkan kondisi dan kebutuhan klien. Implementasi yang sudah dilakukan sesuai dengan intervensi mandiri adalah dengan melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan intervensi kolaborasi yaitu dengan memberikan analgetik asamefenamat 3x500 mg.

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

Implementasi keperawatan pada klien 1 dengan diagnosa menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI dalam melakukan sesuai intervensi yang telah dibuat berdasarkan kondisi dan kebutuhan klien. Implementasi edukasi menyusui dan pendampingan proses menyusui yang kemudian didemonstrasikan.

Implementasi keperawatan pada klien 2 dengan diagnosa konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen dalam melakukan sesuai intervensi yang telah dibuat berdasarkan kondisi dan kebutuhan klien. Implementasi menganjurkan diet tinggi serat dan menganjurkan peningkatan asupan cairan dan intervensi kolaborasi yaitu dengan memberikan obat pencahar microlax 5ml

Implementasi keperawatan pada klien 1 dan 2 dengan diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif dalam melakukan sesuai intervensi yang telah dibuat berdasarkan kondisi dan kebutuhan klien. Implementasi yang sudah dilakukan sesuai dengan intervensi yaitu dengan dianjurkan makan makanan tinggi kalori dan protein dan berkolaborasi yaitu dengan memberikan antibiotic cefadroxil 3x500 mg.

Berdasarkan uraian diatas dari implementasi yang sudah disusun telah dilakukan semua implementasi sesuai dengan intervensi pada klien 1 dan 2 dengan pelaksanaan tindakan selama 3x24 jam

E. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang mengadakan seberapa jauh diagnose keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai berdasarkan tujuan yang telah dibuat dalam perencanaan keperawatan. Evaluasi yang digunakan berbentuk S (subjektif), O (objektif), A (Assesment), P (planning). Evaluasi dilakukan setiap hari pada kedua kasus yaitu menggunakan evaluasi SOAP pada awal jam dinas dan terakhir di evaluasi kembali setelah diberikan intervensi pada jam akhir dinas.

Pada tahap evaluasi diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan dan dilakukan intervensi serta implementasi selama 3x24 jam. Penulis membandingkan apakah masalah tersebut teratasi sesuai tujuan yang telah dibuat atau tidak, setelah mencapai kriteria hasil yang diinginkan atau tidak. Pada klien 1 dengan 4 diagnosa keperawatan yang sudah teratasi dengan diagnose nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, dan risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Dan diagnosa keperawatan yang teratasi sebagian dengan diagnosa menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI. Sedangkan pada klien 2 dengan 4 diagnosa keperawatan yang sudah teratasi dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek prosedur invasif. Dan diagnosa keperawatan yang teratasi sebagian dengan diagnosa konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen dan risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan yang telah diuraikan pada bab sebelumnya, bahwa hasil asuhan keperawatan maternitas tentang “Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.S Post Sc Atas Indikasi Riwayat Kpd Dan Ny.R Post Sc Atas Indikasi Riwayat Pre Eklamsia Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022”. Maka diperoleh kesimpulan sebagai berikut :

1. Peneliti melakukan pengkajian kasus asuhan keperawatan pada klien Ny.S Post Sc Atas Indikasi Riwayat Kpd Dan Ny.R Post Sc Atas Indikasi Riwayat Pre Eklamsia. Kedua klien menunjukkan gejala yang sama pada saat melakukan pengkajian dengan keluhan nyeri pada bagian operasi sectio caesarea.
2. Diagnosa keperawatan yang ditetapkan dengan melihat hasil pengkajian yang sudah dilakukan pada klien 1 yaitu Ny.S adalah diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi sectio caesarea), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasiv. Hal ini didapatkan karena hasil pengkajian bahwa Ny.S dilakukan tindakan operasi sectio caesarea (SC) atas indikasi ketuban pecah dini (KPD), sedangkan klien 2 Ny.R dilakukan tindakan operasi sectio caesarea (SC) atas indikasi preeklampsia juga memiliki keluhan yang sama yaitu nyeri pada bagian bekas operasi sectio caesarea (SC) sehingga diagnosa yang diangkat tidak jauh berbeda hanya saja perbedaan terlihat bahwa Ny.S mengatakan ASInya keluar sedikit dan ASI diberikan dengan cara dipompa, terlihat bayi pada saat diberikan ASI menghisap tidak terus menerus sehingga diangkat diagnosa menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI.
3. Rencana keperawatan disusun sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) pada masing-masing diagnosa. Intervensi

keperawatan diantaranya adalah penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang teknik relaksasi napas dalam dan teknik mobilisasi dini dan teknik menyusui yang baik dan benar serta penanganan nonfarmakologis saat nyeri yang dirasa Ny.S kambuh dan dorong keluarga tetap mendampingi pada saat proses pemulihan. Sedangkan untuk klien ke 2 Ny.R intervensi keperawatan diantaranya adalah penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang teknik relaksasi napas dalam, teknik mobilisasi dini dan penanganan nonfarmakologis saat nyeri yang dirasa Ny.R kambuh, dorong keluarga untuk tetap mendampingi klien pada saat proses pemulihan.

4. Implementasi keperawatan adalah tindakan dari rencana keperawatan yang sebelumnya sudah disusun pada masing-masing diagnosa. Memberikan penyuluhan kesehatan terkait teknik relaksasi napas dalam untuk meredakan nyeri, teknik mobilisasi dini untuk membantu klien dalam melakukan pergerakan pada keluarga Ny.S dan Ny.R sedangkan untuk Ny.S memberikan penyuluhan tambahan terkait teknik menyusui yang baik dan benar untuk dalam proses menyusui baik posisi menyusui maupun teknik menyusui yang baik dan benar dapat membantu klien agar ASI keluar pada saat diberikan kepada bayi sehingga proses pelekatan bayi baik dan proses menghisap bayi pun baik serta melibatkan keluarga dan klien agar dapat melakukan secara mandiri.
5. Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada klien 1 Ny.S selama 3x24 jam diperoleh bahwa dari 4 masalah keperawatan 3 teratasi yaitu nyeri akut dengan hasil evaluasi klien mengatakan sudah tidak terdapat keluhan nyeri dan gangguan mobilitas fisik dengan hasil evaluasi klien mampu melakukan aktivitas, klien mampu duduk ditempat tidur dan berjalan-jalan secara mandiri, dan resiko infeksi tidak terdapat keluhan, sedangkan 1 masalah keperawatan teratasi sebagian yaitu menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI yang teratasi sebagian dengan hasil evaluasi klien mengatakan ASInya mulai keluar walaupun tidak terlalu banyak. Sedangkan klien 2 Ny.R diperoleh hasil

yang sama setelah dilakukan tindakan keperawatan pada klien 2 Ny.R selama 3x24 jam diperoleh bahwa dari 4 masalah keperawatan 2 teratasi yaitu nyeri akut dengan hasil evaluasi klien mengatakan sudah tidak terdapat keluhan nyeri dan gangguan mobilitas fisik dengan hasil evaluasi klien mampu melakukan aktivitas, klien mampu duduk ditempat tidur dan berjalan-jalan secara mandiri tanpa dibantu oleh keluarga dan perawat sedangkan 2 masalah keperawatan teratasi sebagian yaitu konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen dan risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasiv.

B. Saran

1. Bagi Penulis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan, keterampilan, dan pengalaman serta wawasan peneliti sendiri dalam melakukan penelitian ilmiah khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien ketuban pecah dini (KPD) dan preeklampsia. Diharapkan bagi peneliti selanjutnya dapat melakukan pengkajian secara holistic terkait dengan yang dialami oleh klien agar asuhan keperawatan dapat tercapai tepat sesuai dengan masalah yang ditemukan pada klien ketuban pecah dini dan preeklampsia.

2. Bagi Klien

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

3. Bagi Institusi Pendidikan

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

DAFTAR PUSTAKA

- Kemkes, Profil Kesehatan Indonesia (2017). retrieved from
<http://www.kemkes.go.id/folder/view/01/structure-publikasi-pusdatin-profil-kesehatan.html>.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*., Edisi II. Jakarta Selatan : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia .
- PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.
- PPNI (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.
- Rosyati, dkk (2017). Konsep Post Partum. *Post Partum*, 3(2), 9-16. Retrieved from <http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/126/jtptunimus-gdl-norhimawat-6281-2-babii.pdf>
- Yuliana & Hakim (2020). *Ilmu kebidanan : patologi dan fisiologi persalinan*, Yayasan Essentia Medica (YEM) : Yogyakarta.
- Ambarwati, Wulandari (2020). *Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Martitalia et. al (2017). *Asuhan Kebidanan Patologis*. Jakarta : Salemba Medika.
- Maryunani (2018). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan persalinan sectio caesarea* *Jurnal Kesehatan*, Volume VII, Nomor 1, April 2017, hlm 90-96.





- Prawirohardjo, Hanifa (2019). *Ilmu Bedan Kebidanan*. Yayasan Bina Pustaka: Jakarta .
- Ramadanty, P (2019). Risiko Terjadinya Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Hamil dengan Infeksi Menular Seksual. *Jurnal Vokasi Kesehatan*, 2(2):330-335.
- Mansjoer, A. (2002). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta : Salemba Medika.
- Faiqoh (2017). *Faktor determinan ketuban pecah dini di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Goa*. Skripsi Makasar Akademik Kebidanan Muhammadiyah Makasar.
- Martowirjo, Azam, M., Ningrum, (2018). Faktor tindakan persalinan operasi sectio caesarea. *KEMAS*, 7(1): 14-21.
- Lalenoh, Rozikhan. (2018). Faktor-faktor risiko terjadinya preeklampsia berat di rumah sakit Dr. H Soewondo Kedal (tesis). Semarang : Universitas Diponegoro
- Sofian, R (2017). Hubungan antara primigravida dengan preeklampsia / eklampsia di RSUD Bhakti Yudha Depok Periode Januari 2006-Desember 2010 (skripsi babIv).
- (World Health Organization) WGO,. (2018). *Recommendation for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia, summary of recommendations*. switzerland : Departement of reproductive health and research world health organization.





Lampiran

Lampiran 1

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

KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

TANGGAL BIMBINGAN	WAKTU BIMBINGAN	KEGIATAN	PARAF PEMBIMBING	KETERANGAN
Kamis, 24 November 2022	11.22 WIB	Pengajuan Judul Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN)		ACC Judul
Selasa, 13 Desember 2022	08.08 WIB	Konsul BAB I dan BAB II		Revisi BAB I dan BAB II (Tambahkan diagnosa pada bagian asuhan keperawatan)
Kamis, 15 Desember 2022	12.00 WIB	Konsul revisi BAB I dan BAB II		ACC BAB I dan BAB II (Lanjut BAB III)
Kamis, 29 Desember 2022	14.00 WIB	Konsul BAB III, IV, V		Revisi BAB III, IV, V

				(Tambahkan pada bagian pembahasan tentang edukasi cara menyusui yang benar)
Minggu, 1 Januari 2023	21.00 WIB	Konsul Revisi BAB III, IV, V		ACC BAB III, IV, V (Konsulkan PPT Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN))
Selasa, 10 Januari 2023	15.00 WIB	Konsul Revisi PPT Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN)		ACC PPT Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) (ACC Sidang)
Senin, 5 Juni 2023	11.00 WIB	Konsul Revisi Sidang Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) Oleh Penguji I		ACC Hard Cover (HC) Oleh Penguji I
Senin, 5 Juni 2023	13.00 WIB	Konsul Revisi Sidang Karya Ilmiah Akhir		ACC Hard Cover (HC) Oleh Penguji II

		Ners (KIAN) Oleh Penguji II		
--	--	-----------------------------------	--	--

Mengetahui,

Kepala Program Studi Keperawatan (S1 & Profesi Ners)



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

Lampiran 2

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok bahasan	: Teknik Relaksasi Nafas Dalam Pada Ibu Post Operasi SC
Sub pokok bahasan	: 1. Pengertian relaksasi nafas dalam 2. Menjelaskan tujuan dan manfaat relaksasi nafas dalam 3. Menjelaskan faktor yang mempengaruhi teknik relaksasi nafas dalam 4. Menjelaskan langkah-langkah teknik relaksasi nafas Dalam 5. Mendemonstrasikan teknik relaksasi nafas dalam
Sasaran	: Ny.S dan Ny.R
Hari / Tanggal	: 22 November 2022
Waktu	: 15 Menit
Tempat	: Ruang Rambutan RSUD Cengkareng

A. Latar Belakang

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan, Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Smeltzer & Bare, 2017)

Relaksasi merupakan metode yang efektif terutama pada pasien yang mengalami nyeri kronis. Latihan pernafasan dan teknik relaksasi menurunkan konsumsi oksigen, frekuensi pernafasan, frekuensi jantung, dan ketegangan otot, yang menghentikan siklus nyeri-ansietas-ketegangan otot (McCaffery, 1998)

Relaksasi merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada klien yang mengalami nyeri kronis. Relaksasi sempurna dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh dan kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulus nyeri. (Ns.Eni Kusyati,S,Kep,Dkk hal 198, 2017)

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa relaksasi merupakan metode efektif untuk menurunkan nyeri yang merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan dengan mekanismenya yang menghentikan siklus nyeri.

B. Tujuan

1. Tujuan Intruksional Umum

Setelah diberikan penyuluhan selama 15 menit, diharapkan pasien dan keluarga memahami dan mampu mendemonstrasikan cara relaksasi napas dalam.

2. Tujuan Intruksional Khusus

Setelah diberikan penyuluhan teknik nafas dalam sasaran mampu :

- a. Menjelaskan pengertian relaksasi nafas dalam
- b. Menjelaskan tujuan dan manfaat relaksasi nafas dalam
- c. Menjelaskan teknik relaksasi nafas dalam
- d. Menjelaskan faktor yang mempengaruhi teknik relaksasi nafas dalam
- e. Menjelaskan langkah-langkah teknik relaksasi nafas dalam
- f. Mampu mendemonstrasikan relaksasi nafas dalam

C. Pokok Bahasan

Teknik Relaksasi Nafas Dalam

D. Metode

1. Ceramah
2. Demonstrasi
3. Diskusi dan tanya jawab

E. Media

1. Media : Leaflet

F. Kegiatan Pelaksanaan

No.	Waktu	Kegiatan penyuluhan	Respon sasaran
1	5 menit	<p>Fase Orientasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membahas kegiatan dengan mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan maksud dan tujuan dari penyuluhan 4. Menyebutkan materi yang akan diberikan 5. Menyampaikan kontrak waktu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam 2. Klien mengetahui nama penyuluh 3. Klien mamahami maksud dan tujuan penyuluh 4. Klien mengetahui materi yang akan diberikan 5. Peserta mengetahui waktu penyuluhan
2	5 menit	<p>Fase kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan pengertian relaksasi nafas dalam 2. Menjelaskan tujuan dan manfaat relaksasi nafas dalam 3. Menjelaskan faktor yang mempengaruhi teknik relaksasi nafas dalam 4. Menjelaskan langkah-langkah teknik relaksasi nafas dalam 	<p>Klien mendengarkan dan memahami materi yang disampaikan</p>
3	3 menit	<p>Fase terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimpulkan materi penyuluhan yang telah disampaikan kepada sasaran 2. Memberikan pertanyaan kepada sasaran tentang materi yang sudah disampaikan penyuluh 3. Menutup acara dan mengucapkan salam serta terima kasih kepada sasaran 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan 2. Menjawab pertanyaan 3. Mendengarkan penyuluh menutup acara dan menjawab salam
4	2 menit	<p>Evaluasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi validasi 2. Menyimpulkan bersama-sama 3. Mengucapkan terima kasih 4. Mengucapkan salam penutup 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimak 2. Memperhatikan dan mendengarkan 3. Menjawab salam

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian Teknik Relaksasi Nafas dalam

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

B. Tujuan dan Manfaat Teknik Relaksasi

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

Manfaat teknik relaksasi nafas dalam :

1. Ketentraman hati
2. Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah
3. Tekanan dan ketegangan jiwa masih rendah
4. Detak jantung lebih rendah
5. Mengurangi tekanan darah
6. Ketahanan yang lebih besar terhadap penyakit
7. Tidur telap
8. Kesehatan mental menjadi baik

C. Faktor Yang Mempengaruhi Relaksasi

Relaksasi ini menimbulkan respon emosi dan efek menenangkan, sehingga fisiologi dominan simpatis berubah menjadi dominan system

parasimpatis. Sensasi tenang, ringan dan hangat yang menyebar keseluruhan tubuh merupakan efek yang bisa dirasakan dari relaksasi autogenic. Sensasi ringan yang muncul adalah merupakan efek dari ketegangan otot tubuh yang menurun. Perasaan hangat diekstermitas dapat dijelaskan secara fisiologis sebagai vasodilatasi pembuluh darah karena aktivasi system parasimpatis.

D. Langkah-Langkah Teknik Relaksasi Nafas Dalam

1. Ciptakan lingkungan yang tenang
2. Usahakan tetap rileks dan tenang
3. Posisi duduk, setengah duduk atau berbaring
4. Letakkan kedua telapak tangan berhadapan satu sama lain, dibawah dan sepanjang batas bawah tulang rusuk depan. Letakkan ujung jari tengah kedua telapak tangan saling bersentuhan
5. Ambil nafas dalam secara lambat, menghirup melalui hidung. Rasakan bahwa kedua jari tengah tangan terpisah selama menarik nafas (inspirasi). Tahan nafas sampai hitungan ketiga (1,2,3)
6. Perlahan-lahan menghembuskan nafas melalui mulut (seperti meniup)
7. Kedua ujung jari tengah akan bersentuhan kembali
8. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
9. Usahakan agar tetap konsentrasi atau mata sambil terpejam
10. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah nyeri
11. Anjurkan untuk mengulang prosedur hingga nyeri terasa berkurang
12. Ulangi sampai 15 kali dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali

LEAFLET



Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Oleh :
Shinta Nuriyah
221560311087

Program Studi Profesi Ners
STIKes Medistra Indonesia
Tahun 2022

TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM

Teknik nafas dalam adalah teknik yang digunakan untuk menghilangkan nyeri dengan cara menarik nafas melalui hidung dan menghembuskan nafas secara perlahan melalui mulut



HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN DALAM TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM

- posisi yang nyaman
- pikiran dalam keadaan tenang
- lingkungan yang tenang





LANGKAH - LANGKAH TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM

- dengan tubuh dalam keadaan rileks
- ambil nafas dalam melalui hidung, biarkan perut mengembang bersamaan dengan paru-paru tenses oleh udara
- tahan nafas dalam hitungan kedua
- hembuskan dan keluarkan semua udara dengan perlahan bersamaan dengan gerakan dada menurun melalui mulut
- ulangi 10-15 kali dengan istirahat singkat setelah setiap lima kali

MANFAAT LATIHAN TEKNIK RELAKSASI

- mengurangi nyeri
- ketenangan batin bagi individu
- mengurangi rasa cemas, khawatir dan gelisah
- mengurangi tekanan dan ketegangan jiwa

Lampiran 3

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

MOBILISASI DINI PASCA OPERASI SECTIO CAESAREA

Pokok bahasan	: Mobilisasi Dini Pasca Operasi Sectio Caesarea
Sasaran	: Ny.S dan Ny.R
Hari / Tanggal	: 22 November 2022
Waktu	: 15 Menit
Tempat	: Ruang Rambutan RSUD Cengkareng

A. Latar Belakang

Pasien post operasi memerlukan perawatan yang maksimal untuk mempercepat pengambilan fungsi tubuh. Hal ini dilakukan segera setelah operasi dengan latihan nafas dalam dan mobilisasi dini. Perawatan post operasi merupakan bentuk perawatan yang diberikan kepada pasien yang telah menjalani operasi pembedahan. Tujuan perawatannya adalah mengurangi komplikasi menimalkan nyeri, mempercepat penyembuhan, mempertahankan konsep diri dan mempersiapkan pulang hal ini dilakukan sejak pasien masih diruang pulih sadar (Arif, 2017). Post operasi laparatomi yang tidak mendapatkan perawatan maksimal setelah pasca bedah dapat memperlambat penyembuhan pasien itu sendiri. Laporan Department Kesehatan Indonesia (Depkes RI). Tindakan pembedahan meningkat dari 162 pada tahun 2015 menjadi 983 kasus pada tahun 2006 dan 1.281 pada tahun 2007.

B. Tujuan

1. Tujuan Intruksional Umum

Setelah diberikan penyuluhan selama 15 menit, diharapkan pasien dan keluarga memahami dan mampu melakukan mobilisasi dini post operasi.

2. Tujuan Intruksional Khusus

Setelah diberikan penyuluhan teknik nafas dalam sasaran mampu :

- a. Menjelaskan pengertian mobilisasi dini post operasi
- b. Menjelaskan tujuan mobilisasi dini post operasi
- c. Menjelaskan macam-macam mobilisasi post operasi
- d. Menjelaskan rentang gerak dalam mobilisasi
- e. Menjelaskan manfaat mobilisasi dini
- f. Menjelaskan kerugian bila tidak melakukan mobilisasi
- g. Menjelaskan indikasi dilakukannya mobilisasi dini post operasi
- h. Menjelaskan kontraindikasi dilakukannya mobilisasi dini post operasi
- i. Menjelaskan tahap-tahap mobilisasi dini post operasi

G. Pokok Bahasan

Mobilisasi dini post operasi sectio caesarea

H. Metode

1. Ceramah
2. Demonstrasi
3. Diskusi dan tanya jawab

I. Media

1. Media : Leaflet

J. Kegiatan Pelaksanaan

No.	Waktu	Kegiatan penyuluhan	Respon sasaran
1	5 menit	Fase Orientasi : 1. Membahas kegiatan dengan mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan maksud dan tujuan dari penyuluhan 4. Menyebutkan materi yang akan diberikan 5. Menyampaikan kontrak waktu	1. Menjawab salam 2. Klien mengetahui nama penyuluh 3. Klien mamahami maksud dan tujuan penyuluh 4. Klien mengetahui materi yang akan diberikan 5. Peserta mengetahui waktu penyuluhan
2	5 menit	Fase kerja : 1. Menjelaskan pengertian mobilisasi dini post operasi 2. Menjelaskan tujuan mobilisasi dini post operasi 3. Menjelaskan macam-macam mobilisasi post operasi	1. Menanggapi dan menjelaskan 2. Memperhatikan dan mendengarkan 3. Memperhatikan dan mendemonstrasikan

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Menjelaskan rentang gerak dalam mobilisasi 5. Menjelaskan manfaat mobilisasi dini 6. Menjelaskan kerugian bila tidak melakukan mobilisasi 7. Menjelaskan indikasi dilakukannya mobilisasi dini post operasi 8. Menjelaskan kontraindikasi dilakukannya mobilisasi dini post operasi 9. Menjelaskan tahap-tahap mobilisasi dini post operasi 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Mendemonstrasikan mobilisasi dini post operasi
3	3 menit	<p>Fase terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi validasi 2. Menyimpulkan bersama-sama 3. Mengucapkan terimakasih 4. Mengucapkan salam penutup 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimak 2. Memperhatikan dan mendengarkan 3. Menjawab salam

MATERI PENYULUHAN

MOBILISASI DINI POST OPERASI

A. Definisi Mobilisasi Dini Post Operasi

Mobilisasi setelah operasi yaitu proses aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari latihan ringan diatas tempat tidur sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar mandi (Brunner & Suddarth, 2017).

Menurut Carpenito (2018), mobilisasi dini merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal itu esensial untuk mempertahankan kemandirian. Konsep mobilisasi dini sebenarnya adalah untuk mencegah komplikasi pasca operasi. Dari kedua definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa mobilisasi dini adalah suatu upaya mempertahankan fungsi fisiologis.

Mobilisasi dini juga didefinisikan sebagai suatu pergerakan posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan pasien setelah beberapa jam post atau pasca operasi.

B. Tujuan Mobilisasi Dini Post Operasi

1. Mempertahankan fungsi tubuh
2. Memperlancar peredaran darah
3. Membantu pernafasan menjadi lebih baik
4. Mempertahankan tonus otot
5. Memperlancar eliminasi alvi dan urine
6. Mempercepat proses penutupan jahitan operasi
7. Mengembalikan aktivitas tertentu, sehingga pasien dapat kembali normal dan dapat memenuhi kebutuhan gerak harian
8. Memberikan kesempatan perawat dan pasien berinteraksi atau berkomunikasi

C. Macam-Macam Mobilisasi

1. Mobilisasi secara pasif

Mobilisasi dimana pasien dalam menggerakkan tubuhnya dengan cara dibantu dengan orang lain secara total atau keseluruhan

2. Mobilisasi secara aktif

Mobilisasi dimana pasien dalam menggerakkan tubuh dilakukan secara mandiri tanpa bantuan dari orang lain

D. Rentang Gerak Dalam Mobilisasi

Menurut Carpenito (2007), dalam mobilisasi terdapat tiga rentang gerak yaitu :

1. Rentang gerak pasif, rentang gerak pasif berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif misalnya perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien
2. Rentang gerak aktif, hal ini untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif misalnya berbaring pasien menggerakkan kakinya
3. Rentang gerak fungsional, berguna untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktivitas yang diperlukan

E. Manfaat Mobilisasi Dini

1. Penderita merasa lebih sehat dan kuat dengan *early ambulation*. Dengan bergerak, otot-otot perut dan panggul akan kembali normal sehingga otot perutnya menjadi kuat kembali dan dapat mengurangi rasa sakit dengan demikian anak merasa sehat dan membantu memperoleh kekuatan, mempercepat kesembuhan, terutama penutupan luka jahitan. Faal usus dan kandung kencing lebih baik. Dengan bergerak akan merangsang peristaltic usus kembali normal. Aktivitas ini juga membantu mempercepat organ-organ tubuh bekerja seperti semula
2. Mencegah terjadinya thrombosis dan tromboemboli dengan mobilisasi sirkulasi darah normal atau lancer sehingga resiko terjadinya thrombosis dan tromboemboli dapat dihindarkan

F. Kerugian Bila Tidak Melakukan Mobilisasi

Berikut beberapa kerugian bila tidak melakukan mobilisasi post operasi :

1. Penyembuhan luka menjadi lama
2. Menambah rasa sakit
3. Badan menjadi pegal dan kaku
4. Kulit menjadi lecet dan luka
5. Memperlama perawatan dirumah sakit

G. Indikasi Dilakukannya Mobilisasi Dini Post Operasi

Latihan mobilisasi biasanya diberikan pada pasien dengan :

1. Fraktur extremitas bawah yang telah diindikasikan untuk latihan mobilisasi
2. Post pengobatan kompresi lumbal
3. Pasien pasca serangan stroke dengan kerusakan mobilitas fisik serta pasien post operasi yang memerlukan latihan mobilisasi seperti kolostomi atau laparostomi

H. Kontraindikasi Dilakukannya Mobilisasi Dini

Pada kasus tertentu istirahat di tempat tidur diperlukan dalam periode tidak terlalu lama seperti pada kasus infark miokard akut, distimia jantung atau syok sepsis, kontraindikasi lain dapat ditemukan pada kelemahan umum dengan tingkat energy yang kurang.

I. Pedoman Pelaksanaan Mobilisasi

Tanda-tanda yang dapat dikaji pada intoleransi aktivitas antara lain (Gordon, 1978) :

1. Denyut nadi frekuensinya mengalami peningkatan, irama tidak teratur
2. Tekanan darah biasanya terjadi penurunan tekanan sistol atau hipertensi orthostatic
3. Pernafasan terjadi peningkatan frekuensi, pernafasan cepat dangkal
4. Warna kulit dan suhu tubuh menjadi penurunan
5. Kecepatan dan posisi tubuh, disini akan mengalami kecepatan aktivitas dan ketidakstabilan posisi tubuh
6. Adanya keluhan pusing atau kelemahan luar biasa

7. Status emosi labil

J. Tahap-Tahap Mobilisasi Dini

Menurut Kasdu (2007) mobilisasi dini dilakukan secara bertahap berikut ini akan dijelaskan tahap mobilisasi dini antara lain :

1. Setelah operasi, pada 6 jam pertama pasien harus tirah baring dahulu. Mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki
2. Setelah 6-10 jam, pada pasien diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan mencegah thrombosis dan trombo emboli
3. Setelah 24 jam pasien dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk
4. Setelah pasien dapat duduk, dianjurkan pasien belajar berjalan

LEAFLET



MOBILISASI DINI PADA PASIEN PASCA OPERASI



disusun oleh :
Sinta Nuriyah
221560311087

Program Profesi Ners
STIKes Medistra Indonesia
Tahun 2022

MOBILISASI SETELAH OPERASI YAITU :

Aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari latihan ringan di atas tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan keluar

TUJUAN MOBILISASI DINI PASCA OPERASI

- mempertahankan fungsi tubuh
- memperlancar peredaran darah
- membantu pernafasan lebih baik
- mempertahankan tonus otot





MANFAAT MOBILISASI DINI :

- mencegah tekanan darah rendah
- mencegah hilangnya kekuatan otot
- mengurangi tekanan pada kulit
- mencegah susah buang air besar
- mempercepat organ tubuh bekerja seperti semula
- mempercepat pemulihan



KERUGIAN TIDAK DILAKUKAN MOBILISASI DINI

- penyembuhan luka menjadi lama
- menambah rasa sakit
- badan menjadi pegal dan kaku
- memperlama perawatan di rumah sakit

HAL PENTING TENTANG MOBILISASI DINI

pasien harus memiliki keyakinan untuk dapat melakukan mobilisasi dengan cepat gerakan tubuh yang tepat tidak akan menyebabkan jahitan lepas atau robek

TAHAPAN MOBILISASI DINI SETELAH OPERASI

- 1** 6 jam pertama setelah operasi pasien harus tirah baring dahulu, mobilisasi yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, menangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki
- 2** setelah 6-10 jam, pasien diharapkan dapat miring ke kiri dan kanan untuk mencegah penyumbatan pembuluh darah



- 3** setelah 24 jam pasien dianjurkan untuk dapat memulai belajar duduk secara bertahap
- 4** pasien didudukan selama 5 menit dengan sandaran, lalu beristirahat jika lelah, durasi duduk ditingkatkan secara bertahap menjadi 10 menit, 15 menit dan seterusnya sesuai kemampuan pasien
- 5** setelah pasien dapat duduk, dianjurkan pasien dapat belajar berdiri disamping tempat tidur



- 6** setelah mampu berdiri disamping tempat tidur dalam beberapa menit, dianjurkan pasien belajar berjalan di sekitar kamar, ke kamar mandi, dan keluar kamar sendiri

Lampiran 4

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

CARA MENYUSUI YANG BAIK DAN BENAR PADA IBU MENYUSUI

Pokok bahasan	: Cara menyusui yang baik dan benar pada ibu menyusui
Sasaran	: Ny.S dan Ny.R
Hari / Tanggal	: 22 November 2022
Waktu	: 15 Menit
Tempat	: Ruang Rambutan RSUD Cengkareng

❖ Tujuan Intruksional Umum

Setelah diberikan penyuluhan selama 15 menit, diharapkan pasien dan keluarga mampu mengetahui dan memahami teknik menyusui dengan benar

❖ Tujuan Intruksional Khusus

Setelah diberikan penyuluhan teknik menyusui dengan benar dalam sasaran mampu :

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

K. Pokok Bahasan

Teknik menyusui dengan benar

L. Metode

1. Ceramah
2. Demonstrasi
3. Diskusi dan tanya jawab

M. Media

1. Media : Leaflet

N. Kegiatan Pelaksanaan

No.	Waktu	Kegiatan penyuluhan	Respon sasaran
1	5 menit	Fase Orientasi : 1. Membahas kegiatan dengan mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan maksud dan tujuan dari penyuluhan 4. Menyebutkan materi yang akan diberikan 5. Menyampaikan kontrak waktu	1. Menjawab salam 2. Klien mengetahui nama penyuluh 3. Klien mamahami maksud dan tujuan penyuluh 4. Klien mengetahui materi yang akan diberikan 5. Peserta mengetahui waktu penyuluhan
2	5 menit	Fase kerja : 1. Menjelaskan bagaimana menyusui bayi 2. Menjelaskan cara melakukan pelekatan menyusui dengan benar 3. Menjelaskan tanda bayi sudah melekat dengan baik 4. Menjelaskan kenapa bayi perlu disendawakan setelah menyusu 5. Menjelaskan cara sendawakan bayi setelah menyusu	Klien mendengarkan dan memahami materi yang disampaikan
3	3 menit	Fase terminasi 1. Menyimpulkan materi penyuluhan yang telah disampaikan kepada sasaran 2. Memberikan pertanyaan kepada sasaran tentang materi yang sudah disampaikan penyuluh 3. Menutup acara dan mengucapkan salam serta terimakasih kepada sasaran	1. Mendengarkan 2. Menjawab pertanyaan 3. Mendengarkan penyuluh menutup acara dan menjawab salam

O. Evaluasi Hasil

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

MATERI PENYULUHAN

CARA MENYUSUI YANG BAIK DAN BENAR PADA IBU MENYUSUI

A. Bagaimana Cara Menyusui Bayi

1. Football Hold

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

2. Cross Cradle Hold

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

3. Cradle Hold

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

4. Side Lying

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

5. Laid Back

Posisinya ini memungkinkan ibu berbaring setengah duduk dan meletakkan bayi didada sehingga banyak terjadi skin to skin contact.

B. Cara Melakukan Pelekatan Yang Baik Dan Benar

1. Setelah bayi berada diposisi yang benar, pegang payudara mama dengan tangan yang bebas

2. Letakkan jempol diatas putting dan areola (diarea hidung bayi akan menempel dipayudara), jari telunjuk dibagian bawah (di area dagu bayi akan menempel dipayudara)

3. Tekan payudara sehingga bentuknya menyerupai huruf C sesuai mulut bayi

4. Dekatkan bayi ke payudara kemudian beri sentuhan agar mulutnya terbuka lebar (seperti menguap)
5. Segera tempelkan mulutnya ke puting dan areola mama

C. Cara Bayi Sudah Melekat Dengan Baik

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

D. Kenapa Bayi Perlu Disendawakan Setelah Menyusu

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

E. Cara Sendawakan Bayi Setelah Menyusu

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

LEAFLET



Cara Menyusui Yang Baik Dan Benar



Disusun oleh :
Sinta Nuriyah
221560311087

Profesi Ners
STIKes Medistra Indonesia
Tahun 2022

Berbagai cara menyusui bayi

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

Cross Cradle Hold
pegangan ini menggunakan lengan yang berlawanan untuk menopang bayi dengan bagian belakang kepala (dibawah tengkuk) dan leher dipegang ditangan ibu. tangan ibu yang paling dekat dengan payudara dapat menopang dan memosisikan payudara sesuai kebutuhan

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

Side Lying
posisi bayi berbaring disamping ibu dengan perut ibu dan bayi saling berhadapan. pastikan bayi berada di bagian bawah payudara ibu dan puting ibu dapat menyentuh hidung bayi

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

Cara Melakukan Pelekatan Menyusui Yang Benar

setelah bayi berada di posisi yang benar, pegang payudara mama dengan tangan yang bebas

letakkan jempol diatas puting dan areola (diarea hidung bayi akan menempel dipayudara), jari telunjuk dibagian bawah (di area dagu bayi akan menempel dipayudara)


Tekan payudara sehingga bentuknya menyerupai huruf C sesuai mulut bayi

Dekatkan bayi ke payudara kemudian beri sentuhan agar mulutnya terbuka lebar (seperti menguap)


Segera tempelkan mulutnya ke puting dan areola mama

Tanda Bayi Sudah Melekat Dengan Baik

Pelekatan Benar



Pelekatan Salah



Tanda Pelekatan Sudah Baik :







- daerah areola yang terlihat di atas mulut bayi lebih luas dari pada dibawah mulutnya
- mulut bayi terbuka lebar
- bibir bayi terputar keluar (dower)
- dagu bayi nempel ke payudara


Kenapa Bayi Perlu Disendawakan Setelah Menyusu ?

ada banyak hal yang perlu dicermati orang tua setelah memberi bayi susu, baik air susu ibu (ASI) atau susu formula. setelah menyusui, bayi perlu dibantu untuk bisa bersendawa atau disendawakan jika tidak dikeluarkan dengan cara bersendawa, udara yang tertahan di lambungnya dapat menimbulkan beberapa gejala sehingga bayi tidak bisa merasa tidak nyaman lalu rewel.

Cara Sendawakan Bayi Setelah Menyusu

Teknik Sendawakan Bayi Setelah Menyusu

 Tepuk belakang badan bayi dengan lembut	 Hentikan bayi di pangkuan	 Dudukkan bayi dengan tegak di pangkuan
 Lepaskan bahu anda dengan kedua tangan	 Sendawakan bayi pada bahu	 Pukulkan tepukan pada bahu bagian kiri belakang bayi



INGAT !!!

BERIKAN ASI PADA BAYI DENGAN KEDUA PAYUDARA SECARA BERGANTIAN

Lampiran 5

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

PERAWATAN PAYUDARA

Pokok bahasan	: Perawatan Payudara
Sasaran	: Ny.S dan Ny.R
Hari / Tanggal	: 22 November 2022
Waktu	: 15 Menit
Tempat	: Ruang Rambutan RSUD Cengkareng

A. LATAR BELAKANG

Perawatan payudara (Breast Care) adalah suatu cara merawat payudara yang dilakukan pada saat kehamilan atau masa nifas untuk produksi ASI, selain itu untuk kebersihan payudara dan bentuk puting susu yang masuk ke dalam atau datar. Puting susu demikian sebenarnya bukanlah halangan bagi ibu untuk menyusui dengan baik dengan mengetahui sejak awal, ibu mempunyai waktu untuk mengusahakan agar puting susu lebih mudah sewaktu menyusui.

B. TUJUAN

❖ Tujuan Intruksional Umum

Setelah diberikan penyuluhan selama 15 menit, diharapkan ibu dapat mengerti dan memahami perawatan payudara

❖ Tujuan Intruksional Khusus

Setelah diberikan penyuluhan teknik menyusui dengan benar dalam sasaran mampu :

1. Ibu mampu menjelaskan pengertian perawatan payudara
2. Ibu mampu menjelaskan manfaat perawatan payudara
3. Ibu mampu menjelaskan alat yang harus digunakan untuk perawatan payudara
4. Ibu mampu menjelaskan teknik dan cara melakukan perawatan payudara

- Ibu mampu mendemonstrasikan cara melakukan perawatan payudara yang dilakukan perawat

C. Pokok Bahasan

Perawatan payudara

D. Metode

- Ceramah
- Demonstrasi
- Diskusi dan tanya jawab

E. Media

- Media : Leaflet

F. Kegiatan Pelaksanaan

No.	Waktu	Kegiatan penyuluhan	Respon sasaran
1	5 menit	Fase Orientasi : 1. Membahas kegiatan dengan mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan maksud dan tujuan dari penyuluhan 4. Menyebutkan materi yang akan diberikan 5. Menyampaikan kontrak waktu	1. Menjawab salam 2. Klien mengetahui nama penyuluh 3. Klien mamahami maksud dan tujuan penyuluh 4. Klien mengetahui materi yang akan diberikan 5. Peserta mengetahui waktu penyuluhan
2	5 menit	Fase kerja : 1. Menjelaskan pengertian perawatan payudara 2. Manfaat perawatan payudara 3. Alat-alat yang digunakan untuk perawatan payudara 4. Teknik dan cara perawatan payudara ibu menyusui 5. Demonstrasi perawatan payudara pada ibu menyusui	Klien mendengarkan dan memahami materi yang disampaikan
3	3 menit	Fase terminasi 1. Menyimpulkan materi penyuluhan yang telah disampaikan kepada sasaran 2. Memberikan pertanyaan kepada sasaran tentang materi yang sudah disampaikan penyuluh 3. Menutup acara dan mengucapkan salam serta terimakasih kepada sasaran	1. Mendengarkan 2. Menjawab pertanyaan 3. Mendengarkan penyuluh menutup acara dan menjawab salam

MATERI PENYULUHAN

PERAWATAN PAYUDARA

A. Pengertian Perawatan Payudara

Perawatan payudara (breast care) adalah suatu cara merawat payudara yang dilakukan pada saat kehamilan atau masa nifas untuk produksi ASI, selain itu untuk kebersihan payudara dan bentuk puting susu yang masuk ke dalam atau datar. Puting susu demikian sebenarnya bukanlah halangan bagi ibu untuk menyusui dengan baik dengan mengetahui sejak awal, ibu mempunyai waktu untuk mengusahakan agar puting susu lebih mudah sewaktu menyusui. Disamping itu juga sangat penting memperhatikan kebersihan personal hygiene (Rustam, 2017).

B. Manfaat Perawatan Payudara Pada Ibu Menyusui

1. Untuk menjaga kebersihan payudara sehingga terhindar dari infeksi
2. Untuk mengenyalkan puting susu, supaya tidak mudah lecet
3. Untuk menonjolkan puting susu
4. Menjaga bentuk buah dada tetap bagus
5. Untuk mencegah terjadinya penyumbatan
6. Untuk memperbanyak produksi ASI
7. Untuk mengetahui adanya kelainan

C. Alat-Alat Yang Digunakan Untuk Perawatan Payudara

1. Dua washlap
2. 2 baskom berisi air hangat dan air biasa
3. Kasa
4. Handuk
5. Minyak zaitun atau baby oil

D. Teknik Dan Cara Perawatan Payudara Pada Ibu Menyusui

1. Cuci tangan dengan bersih
2. Memasang handuk di bagian perut bawah dan bahu sambil melepas pakaian atas

3. Mengompres kedua puting dengan kapas yang dibasahi air hangat selama 2-3 menit
4. Mengangkat kapas sambil membersihkan puting dengan gerakan memutar dari dalam ke luar
5. Kemudian bersihkan dengan kapas yang diberi minyak zaitun, membersihkan daerah tengah puting dari dalam ke luar
6. Membasahi kedua telapak tangan dengan minyak zaitun dan melakukan pengurutan dengan telapak tangan berada diantara kedua payudara dengan gerakan ke atas, kesamping, kebawah, kedepan sambil menghentakkan payudara, pengurutan dilakukan sebanyak 20-30 kali
7. Pengurutan kedua. Tangan kiri menopang payudara kiri dan tangan kanan melakukan pengurutan dengan menggunakan sisi kelingking. Dilakukan sebanyak 20-30 kali, lakukan pada kedua payudara kanan-kiri
8. Pengurutan ketiga dengan menggunakan sendi-sendi jari. Posisi tangan mengepal. Tangan kiri menopang payudara dan tangan kanan melakukan pengurutan dari pangkal ke arah puting. Dilakukan sebanyak 20-30 kali pada tiap payudara
9. Bersihkan payudara dengan waslap yang dibasahi air hangat. Kemudian di lap dengan waslap tersebut, dan bergantian dengan air dingin
10. Mengeringkan payudara dengan handuk yang dipasang dibahu
11. Memakai BH dan pakaian atas pasien dan menganjurkan pada pasien memakai BH yang menopang

LEAFLET



Perawatan Payudara



disusun oleh :
Sinta Nuriyah
221560311087

**PROGRAM PROFESI NERS
STIKES MEDISTRA INDONESIA
TAHUN 2022**

tindakan untuk merawat payudara terutama pada masa nifas (masa menyusui) untuk melancarkan pengeluaran ASI

TUJUAN :

- menjaga kebersihan payudara
- melancarkan sirkulasi di payudara
- merangsang produksi ASI
- mencegah pembengkakan payudara

TAHAP - TAHAP DASAR

- membersihkan puting susu
- melakukan pemijatan
- pengompresan

pelaksanaan

- 1, persiapan alat : handuk, kapas, minyak kelapa, mangkok susu, dan pompa puting susu
- 2, kompres puting susu dengan menggunakan kapas minyak selama 3-5 menit
- 3, bersihkan dan tariklah puting susu keluar terutama untuk puting yang datar
- 4, ketuk-ketuk sekeliling puting susu dengan ujung-ujung jari
- 5, kedua telapak tangan dibasahi dengan minyak kelapa. kedua telapak tangan diletakkan diantara kedua payudara
- 6, pengurutan dimulai kearah atas, samping, telapak tangan kiri kearah sisi kiri, telapak tangan kanan kearah sisi kanan
- 7, pengurutan diteruskan kebawah samping, selanjutnya melintang telapak tangan mengurut kedepan kemudian dilepas dari kedua payudara
- 8, telapak tangan kanan kiri menopang payudara kiri, kemudian jari-jari tangan kanan sisi kelingking mengurut payudara kearah puting
- 9, telapak tangan kanan menopang payudara dan tangan lainnya menggenggam dan mengurut payudara dari arah pangkal ke arah puting susu
- 10, payudara disiram dengan air panas dan dingin secara bergantian kira-kira 5 menit (air panas dahulu). kemudian keringkan dengan handuk
- 11, pakailah BH khusus untuk ibu menyusui (BH yang menyangga payudara)
- 12, segera bergantian sebanyak 3 kali pada setiap payudara
- 13, kemudian lakukan pengeluaran ASI dan keringkan



Lampiran 6

BIOGRAFI PENELITI



I. DATA PRIBADI

Nama Lengkap : Sintanuriyah
Tempat, Tanggal Lahir : Bekasi, 07 Juli 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
E-mail : shintanuriyah420@gmail.com
Alamat : Kp. Turi RT 003 RW 005 Desa Sriamur
Kecamatan Tambun Utara Kabupaten Bekasi
Moto : if you can dream, you can do it

II. PENDIDIKAN FORMAL

2006 – 2012 : MI Ataqwa 07
2012 – 2015 : SMPN 1 Tambun Utara
2015 – 2018 : SMAN 1 Tambun Utara
2018 – 2022 : STIKes Medistra Indonesia