

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY.U POST
SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI KETUBAN PECAH
DINI DAN NY.R POST SECTIO CAESAREA DENGAN
INDIKASI PREEKLAMSI DI RUANG RAMBUTAN RSUD
CENKARENG, JAKARTA BARAT
TAHUN 2022**



**SINDI AMELIA, S.KEP
221560311086**

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

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY.U POST
SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI KETUBAN PECAH
DINI DAN NY.R POST SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI
PREEKLAMSI DI RUANG RAMBUTAN RSUD CENGKARENG,
JAKARTA BARAT
TAHUN 2022**

KARYA TULIS ILMIAH AKHIR Ners

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners



SINDI AMELIA, S.KEP

221560311086

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

2023

LEMBAR PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Sindi Amelia, S.Kep

NPM : 221560311086

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa karya ilmiah akhir dengan judul Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.U Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Dan Ny.R Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Preeklamsi Di Ruang Rambutan Rsud Cengkareng, Jakarta Barat Tahun 2022 adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari hasil karya orang lain. Apabila dikemudian hari ternyata diketemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya di Bekasi pada tanggal 16 Januari 2023

Yang menyatakan,

Sindi Amelia, S.Kep

LEMBAR PERSETUJUAN

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

Bekasi, 16 Januari 2023

Penguji I

Penguji II

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

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

Mengetahui :

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

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

LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Sindi Amelia, S.Kep

NPM : 22.156.03.11.086

Program Studi : Profesi Ners

Judul Tugas Akhir : **ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY.U POST SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI KETUBAN PECAH DINI DAN NY.R POST SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI PREEKLAMSI DI RUANG RAMBUTAN RSUD CENKARENG, JAKARTA BARAT TAHUN 2022**

Penguji I

Penguji II

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

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

WK I Bidang Akademik

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

Puri Kresna Wati, SST., MKM.,
NIDN 0309049001

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

**Disahkan
Ketua STIKes Medistra Indonesia**

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

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada kehadiran Allah SWT, berkah rahmat dan anugerah-nya penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “ Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.U Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Dan Ny.R Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Preeklamsi Di Ruang Rambutan Rsud Cengkareng, Jakarta Barat Tahun 2022 “. Karya Tulis Imiah ini merupakan syarat untuk penelitian dan memperoleh gelar Ners Keperawatan STIKes Medistra Indonesia.

Dalam menyelesaikan Karya Tulis Imiah ini penulis menemui beberapa hambatan dalam berbagai hal, namun banyak pihak yang membantu dan memberikan motivasi sehingga dapat terselesaikan dengan baik. Oleh karena itu, pada kesempatan penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada :

1. Usman Ompusungu, SE., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Saver Mangandar Ompusungu, SE., selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
3. Vermona Marbun, MKM., selaku Ketua BPH Yayasan Medistra Indonesia
4. Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes., selaku Ketua STIKes Medistra Indonesia
5. Puri Kresna Wati, SST., MKM., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIKes Medistra Indonesia
6. Farida Banjarnahor, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi STIKes Medistra Indonesia
7. Hainum Nisa, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan STIKes Medistra Indonesia
8. Kiki Deniati, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Kepala Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKes Medistra Indonesi

9. Nurti Y.K.Gea S.Kep.,Ns.,M.Kep SP.An , selaku koordinator Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia
10. Ernauli Meliana, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Dosen Koordinator Mata Kuliah Skripsi
11. Dinda Nur Fajri HB, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Dosen Penguji Ners
12. Ernauli Meliana, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Ners yang telah memberikan petunjuk dan arahan dalam menyusun karya tulis ilmiah Ners
13. Roulita, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Dosen pembimbing Akademik
14. Seluruh Dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang turut membantu memberikan banyak ilmu, masukan dan arahan selama proses pendidikan
15. Kepada Kedua Orang Tua yaitu (Carmi dan Ardi) serta keluarga besar tercinta yang telah memberikan banyak motivasi, bantuan dan dorongan serta doa dan semangat yang selalu menyertai penulis dalam penulisan proposal skripsi ini
16. Rekan – rekan seperjuangan kelas profesi Ners angkatan X STIKes Medistra Indonesia yang telah banyak memberikan kenangan, pengalaman, dan dukungan yang luar biasa serta motivasi untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners

Dalam hal ini menyadari, bahwa penyusun skripsi ini masih jauh dari kata sempurna maka dari itu kepada para pembaca khususnya Mahasiswa Program Ners jika ada kesalahan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini penulis memohon kesediaannya untuk di kritik dan saran, serta memotivasi yang membangun. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi peneliti khususnya dan umumnya kepada para pembaca.

Bekasi, 16 Januari 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	iii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	5
B. Rumusan Masalah	10
C. Tujuan	10
BAB II TINJAUAN TEORI	13
A. Konsep Dasar Sectio Caesarea.....	13
B. Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini	35
C. Konsep Dasar Pre Eklamsi.....	42
D. Konsep Teori Asuhan Keperawatan.....	55
BAB III LAPORAN KASUS.....	58
A. Pengkajian.....	58
B. Diagnosa Keperawatan.....	66
C. Intervensi Keperawatan.....	66
D. Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan	69
BAB IV HASIL PEMBAHASAN.....	116
A. Pengkajian	116
B. Diagnosa Keperawatan.....	119
C. Intervensi Keperawatan.....	120
D. Implementasi Keperawatan.....	122

E. Evaluasi	123
BAB V PENUTUP.....	124
A. Kesimpulan	124
B. Saran.....	126
DAFTAR PUSTAKA	127
LAMPIRAN.....	131
SATUAN ACARA PENYULUHAN	133
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	158

DAFTAR TABEL

Tabel Intervensi Keperawatan 2.1	30
Tabel Pengkajian Pasien 3. 1.....	58
Tabel Pemeriksaan Fisik Pasien 3. 2	61
Tabel Pemeriksaan Penunjang 3. 3.....	62
Tabel Penatalaksanaan Terapi Obat 3. 4	63
Tabel Data Fokus Ny.U KPD 3. 5.....	64
Tabel Diagnosa Keperawatan Ny.U KPD 3. 6	66
Tabel Intervensi Keperawatan Ny.U KPD 3. 7	66
Tabel Implementasi dan Evaluasi Keperawatan 1 Ny.U 3. 8	70
Tabel Implementasi dan Evaluasi Keperawatan 2 Ny.U 3. 9	79
Tabel Implementasi dan Evaluasi Keperawatan 3 Ny.U 3. 10	87
Tabel Data Fokus Ny.R Preeklamsi 3. 11	95
Tabel Diagnosa Keperawatan Ny.R Preeklamsi 3. 12.....	96
Tabel Intervensi Keperawatan Ny.R Preeklamsi 3. 13	97
Tabel Implementasi dan Evaluasi 1 Keperawatan Ny.R 3. 14.....	99
Tabel Implementasi dan Evaluasi 2 Keperawatan Ny.R 3. 15.....	105
Tabel Implementasi dan Evaluasi 3 Keperawatan Ny.R 3. 16.....	110

DAFTAR GAMBAR

Gambar Sectio Caesarea 2.1	13
Gambar KPD 2. 2.....	36

BAGAN

Bagan Pathway 2. 1.....24

LAMPIRAN

<i>Lampiran Kegiatan Bimbingan 1</i>	131
<i>Lampiran SAP Teknik Relaksasi Napas Dalam 2</i>	135
<i>Lampiran Lampiran Materi Teknik Relaksasi Napas Dalam 3</i>	142
<i>Lampiran Lampiran Biodata 4</i>	150

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Berlakang

Kehamilan merupakan sebuah proses yang dimulai dari tahap konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya kehamilan normal yaitu 280 hari (40 minggu) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Widatiningsih, 2017). Persalinan merupakan suatu proses dimana seorang wanita melahirkan bayi yang diawali dengan kontraksi uterus yang teratur dan memuncak pada saat pengeluaran bayi sampai dengan pengeluaran plasenta dan selaputnya dimana proses persalinan ini akan berlangsung selama 12 sampai 14 jam (Megiawati 2022).

Terdapat dua metode persalinan, yaitu persalinan melalui vagina yang lebih dikenal dengan persalinan normal atau spontan dan metode persalinan section caesarea. Adanya kelainan pada ibu atau janin dapat menyebabkan persalinan normal tidak memungkinkan dan akhirnya harus dilakukan tindakan section caesare. Sectio caesarea merupakan pengeluaran janin melalui insisi dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerektomi). Tindakan Sectio caesarea dilakukan untuk menyelamatkan ibu dan janin yang beresiko. (Megiawati 2022).

Peningkatan angka sectio caesarea yang semakin tinggi terjadi karena beberapa factor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu hamil

meliputi kondisi sosial ekonomi yang menjadi salah satu indikator terhadap status gizi ibu hamil, kesehatan yang kurang baik pada saat sebelum maupun dalam masa kehamilan, adanya komplikasi pada kehamilan dan saat melahirkan, adanya ketersediaan fasilitas kesehatan khususnya pelayanan terhadap prenatal dan obstetri. Penyebab utama kematian ibu mayoritas akibat penyakit/komplikasi terkait kehamilan dan persalinan (WHO 2020)

Data World Health Organization (WHO) menunjukkan bahwa peningkatan persalinan dengan metode SC di Negara –negara Asia terjadi pada tahun 2018-2019 yaitu 110.000 per kelahiran hidup. Pada Tahun 2019 di Amerika Serikat rata-rata sectio caesarea meningkat hingga 29,1 % per 1000 kelahiran, di Inggris telah mencapai 21,4 %, per 1000 kelahiran . Data tersebut menunjukkan bahwa secara global, khususnya di negara-negara maju, bahwa angka tindakan persalinan melalui sectio caesarea terbilang tinggi. Permintaan sectio caesarea adalah 5% kini lebih dari 50% ibu hamil menginginkan persalinan sectio caesarea (Admin et al. 2020)

Indonesia mengalami peningkatan sectio caesarea pada tahun 2018 sebesar 51,59% per 100.000 kelahiran hidup dan tahun 2019 sebesar 53,68% per 100.000 kelahiran dan dalam 20 tahun terakhir ini terjadi kenaikan proporsi sectio caesarea dari 5% menjadi 20%. Jumlah adanya hambatan karena komplikasi pada kehamilan dan persalinan merupakan masalah yang kompleks, karena komplikasi kehamilan tersebut dapat menyebabkan

kematian langsung pada ibu hamil atau bersalin, dari 2492 ibu bersalin terdapat 930 (37,31%) dilakukan Sectio Caesarea, sedangkan pada tahun 2018 terjadi peningkatan sebanyak 920 (40,76%) dari 2257 persalinan namun tahun 2019 terjadi penurunan yaitu 390 (35,42%) dari 1101 persalinan tetapi angka ini lebih tinggi dari Rumah Sakit Pemerintah yang angka kejadiannya 20-25 % dan melewati batas maksimal WHO yaitu 5-15% (Admin et al. 2020)

Penyebab langsung kematian ibu di Indonesia yang paling sering adalah perdarahan pasca persalinan (28%), eklamsia (24%), infeksi (11%), komplikasi puerperium (8%), abortus (5%), partus lama/macet (5%), emboli obstetric (3%), trauma obstetric (5%), dan lain-lain (11%) (Prakirtia Primadona & Dewi Susilowati, 2017). Berdasarkan laporan WHO secara global sebanyak 830 wanita meninggal setiap hari karena komplikasi selama kehamilan dan persalinan, tercatat di Negara berkembang sebanyak 99% kematian ibu diakibatkan oleh masalah kehamilan dan persalinan, 3 sedangkan target SDGs (Sustainable Development Goals) rasio Angka Kematian Ibu di Indonesia adalah 70/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (WHO 2020).

Komplikasi kehamilan dan persalinan yang sering terjadi pada kehamilan ibu ialah adanya riwayat penyakit seperti hipertensi (preeklamsia) ,diabetes melitus, tuberkulosis paru,asma dan lain-lain. Penyebab persalinan dengan bedah caesar ini bisa karena masalah di pihak ibu maupun bayi. Terdapat dua

keputusan bedah caesar. Pertama, keputusan bedah caesar yang sudah didiagnosa sebelumnya. Penyebabnya antara lain, ketuban pecah dini atau kpd, ketidak-seimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu (panggul sempit, anak besar, letak dahi, letak muka, dsb), keracunan kehamilan yang parah, preeklampsia berat atau preeklampsia, kelainan letak bayi (sungsang, lintang), sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta (plasenta previa), bayi kembar, kehamilan pada ibu berusia lanjut, sejarah bedah caesar pada kehamilan sebelumnya, ibu menderita penyakit tertentu, infeksi saluran persalinan dan sebagainya. Yang kedua adalah keputusan yang diambil tiba-tiba karena tuntutan kondisi darurat. Terdapat kesesuaian antara teori dengan hasil penelitian dimana kejadian Ibu bersalin yang mengalami preeklampsia berat dengan sectio caesarea dapat dipengaruhi oleh indikasi indikasi yang mempengaruhi (Ramdhanie and Yusnia 2020).

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan < 4 cm dalam fase laten. KPD didefinisikan sebagai 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, KPD bisa menyebabkan terjadinya hipoksia dan asfiksia akibat oligohidramnion, yaitu suatu keadaan dimana air ketuban

kurang dari normal, yaitu kurang dari 300 cc. Oligohidramnion juga menyebabkan terhentinya perkembangan paru-paru (paru-paru hipoplastik), sehingga pada saat lahir, paru-paru tidak berfungsi sebagaimana mestinya. Dengan pecahnya ketuban, terjadi oligohidramnion yang menekan tali pusat hingga terjadi asfiksia atau hipoksia (Sagita 2020).

Preeklamsia adalah keadaan di mana hipertensi pada masa kehamilan didiagnosis dengan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolic lebih dari 90 mmHg. Preeklamsia merupakan sindrom spesifik kehamilan berupa bekurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivitas endotel yang ditandai dengan proteinuria dan hipertensi. Hipertensi yang dimaksudkan disini adalah terjadinya peningkatan tekanan diastolik sekurang-kurangnya 30 mmHg, atau peningkatan diastolik sekurang-sekurangnya 15 mmHg, atau adanya tekanan sistolik sekurang-kurangnya 140 mmHg, atau tekanan diastolik sekurang-kurangnya 90 mmHg. Pemeriksaan dilakukan sekurang-kurangnya dua kesempatan dengan perbedaan waktu 6 jam dan harus didasarkan pada nilai tekanan darah sebelumnya yang diketahui (Ambarwati and Irdrawati 2019)

Untuk itu sangat penting bagi ibu hamil melakukan screening kesehatan secara berkala guna mengetahui kelainan yang muncul pada ibu dan janin. screening penyakit infeksi menular sangatlah penting dilakukan sebelum

persalinan, karena jika hal tersebut tidak diperhatikan akan berdampak pada janin yang akan dilahirkan (Ramdhanie and Yusnia 2020)

Berdasarkan permasalahan diatas maka penulis tertarik untuk mengaplikasikan Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.U Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Dan Pada Ny.R Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Preeklamsi Di Ruang Rambutan Rsud Cengkareng, Jakarta Barat.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan data dan informasi diatas, maka peneliti tertarik untuk mengangkat judul Tugas Akhir “Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.U Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Dan Pada Ny.R Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Preeklamsi Di Ruang Rambutan Rsud Cengkareng, Jakarta Barat Tahun 2022”.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengaplikasikan Asuhan Keperawatan maternitas yang komperhensif mengenai Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.U Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Dan Pada Ny.R Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Preeklamsi Di Ruang Rambutan Rsud Cengkareng, Jakarta Barat Tahun 2022.

2. Tujuan Khusus

- a. Dapat melakukan pengkajian Keperawatan Maternitas Pada Ny.U Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Dan Pada Ny.R Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Preeklamsi Di Ruang Rambutan Rsud Cengkareng, Jakarta Barat Tahun 2022.
- b. Dapat menentukan diagnose pengkajian Keperawatan Maternitas Pada Ny.U Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Dan Pada Ny.R Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Preeklamsi Di Ruang Rambutan Rsud Cengkareng, Jakarta Barat Tahun 2022.
- c. Dapat membuat rencana tindakan pengkajian Keperawatan Maternitas Pada Ny.U Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Dan Pada Ny.R Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Preeklamsi Di Ruang Rambutan Rsud Cengkareng, Jakarta Barat Tahun 2022.
- d. Dapat melakukan implementasi pengkajian Keperawatan Maternitas Pada Ny.U Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Dan Pada Ny.R Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Preeklamsi Di Ruang Rambutan Rsud Cengkareng, Jakarta Barat Tahun 2022.

- e. Dapat melakukan Evaluasi pengkajian Keperawatan Maternitas Pada Ny.U Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Dan Pada Ny.R Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Preeklamsi Di Ruang Rambutan Rsud Cengkareng, Jakarta Barat Tahun 2022.

BAB II

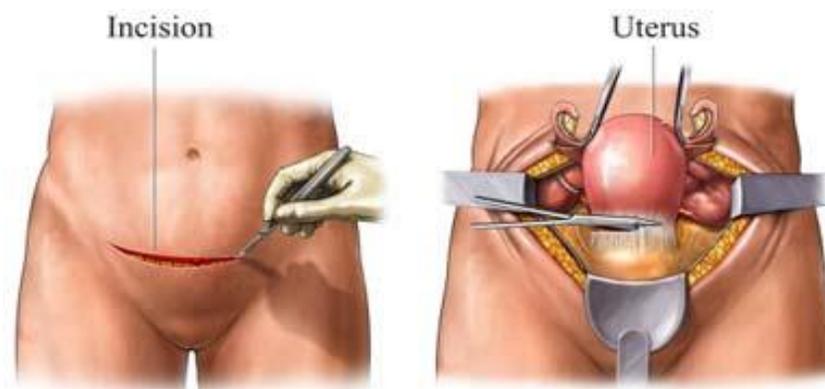
TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Sectio Caesarea

1. Pengertian

Definisi Sectio Caesarea Sectio Caesarea adalah persalinan janin melalui sayatan perut terbuka (laparotomi) dan sayatan di rahim (histerotomi). Sesar pertama yang didokumentasikan terjadi pada 1020 M, dan sejak itu prosedurnya telah berkembang pesat. Sectio caesaria adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Megiawati 2022).

Gambar Sectio Caesarea 2.1



(Menurut : Fransiska Oktafiani)

Saat ini, Sectio Caesarea merupakan operasi yang paling sering dilakukan di Amerika Serikat, dengan lebih dari 1 juta wanita melahirkan melalui operasi caesar setiap tahun. Angka persalinan sesar naik dari 5% pada tahun 1970 menjadi 31,9%. Meskipun ada upaya berkelanjutan untuk mengurangi tingkat bedah sesar, para ahli tidak mengantisipasi penurunan yang signifikan setidaknya selama satu atau dua dekade. Meskipun memberikan risiko komplikasi langsung dan jangka panjang, bagi beberapa wanita, persalinan sesar bisa menjadi cara teraman atau bahkan satu-satunya cara untuk melahirkan bayi baru lahir yang sehat. Dari hasil beberapa studi yang berbeda memberikan informasi yang menarik, dimana sebagian besar Sectio caesarean (50 %) dilakukan sebagai keadaan Emergency selama persalinan, 35 % sebagai operasi Elective dan 15 % dari semua operasi Sectio caesarean tunggal pada wanita primipara, dan di antara primipara, keadaan darurat selama persalinan bertanggung jawab atas 35 % operasi Sectio caesarean (Admin et al. 2020).

Penyebab persalinan dengan bedah caesar ini bisa karena masalah di pihak ibu maupun bayi. Terdapat dua keputusan bedah caesar. Pertama, keputusan bedah caesar yang sudah didiagnosa sebelumnya. Penyebabnya antara lain, ketidak-seimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu (panggul sempit, anak besar, letak dahi, letak muka, dsb), keracunan kehamilan yang parah, preeklampsia berat atau eklampsia, kelainan letak bayi (sungsang,

lintang), sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta (plasenta previa), bayi kembar, kehamilan pada ibu berusia lanjut, sejarah bedah caesarpada kehamilan sebelumnya, ibu menderita penyakit tertentu, infeksi saluran persalinan dan sebagainya. Yang kedua adalah keputusan yang diambil tiba-tiba karena tuntutan kondisi darurat. Terdapat kesesuaian antara teori dengan hasil penelitian dimana kejadian Ibu bersalin yang mengalami preeclampsia berat dengan sectio caesarea dapat pengaruhi oleh indikasi indikasi yang mempengaruhi kondisi Ibu dan bayi (Ramdhanie and Yusnia 2020).

Terdapat 4 indikator yang menyumbang 80-85 % dari total operasi Sectio caesarean, sebagai berikut :

1. Section caesarean elective oleh karena indikasi presentasi bokong
2. Section caesarean emergency oleh karena indikasi retardasi pertumbuhan
3. Section caesarean emergency oleh karena selama persalinan karena janin gagal berkembang atau gawat janin
4. Repeat section caesarean (Ramdhanie and Yusnia 2020)

2. Etiologi

Ada berbagai alasan mengapa janin tidak bisa, atau tidak boleh dilahirkan melalui vagina. Beberapa dari indikasi ini dianggap tidak fleksibel karena persalinan pervaginam akan berbahaya dalam kasus klinis tertentu. Misalnya, kelahiran sesar sering kali merupakan tatalaksana yang direkomendasikan jika

pasien pernah mengalami bekas luka 20 sesar klasik atau sebelumnya terdapat riwayat ruptur uteri. Namun, karena potensi komplikasi persalinan sesar, banyak penelitian telah dilakukan untuk mencari cara untuk mengurangi angka operasi sesar (Megiawati 2022).

Terdapat penurunan pada jumlah kali pertama pasien mendapatkan operasi caesar, karena banyak wanita yang melahirkan kali pertama dengan metode sesar pada akhirnya akan memiliki sisa anak mereka melalui operasi caesar. Pasien mungkin memilih operasi caesar karena berbagai alasan, atau mungkin bukan kandidat untuk kelahiran pervaginam berikutnya. Misalnya, jika pasien memiliki serviks yang tidak produktif pada waktunya, pematangan serviks dengan obat-obatan seperti misoprostol tidak dianjurkan karena peningkatan risiko ruptur uterus dengan obat-obatan tersebut (Mahayati 2021).

Indikasi ibu dilakukan sectio caesarea adalah ruptur uteri iminen, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini. Sedangkan indikasi dari janin adalah fetal distress dan janin besar melebihi 4.000 gram. Dari beberapa faktor sectio caesarea diatas dapat diuraikan beberapa penyebab sectio caesarea sebagai berikut :

A. CPD (Cephalo Pelvic Disproportion)

Cephalo Pelvic Disproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Tulang-

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

B. PEB (Pre-Eklamsi Berat)

Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, pre-eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting dalam ilmu kebidanan. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

C. KPD (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu, sedangkan di bawah 36 minggu.

D. Bayi Kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara caesar. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

E. Faktor Hambatan Jalan Lahir

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

F. Kelainan Letak Janin

1) Kelainan pada letak kepala

- a) Letak kepala tengadah Bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB yang paling rendah. Etiologinya kelainan panggul, kepala bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati, kerusakan dasar panggul.
- b) Presentasi muka Letak kepala tengadah (defleksi), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah ialah muka. Hal ini jarang terjadi, kira-kira 0,27-0,5 %.
- c) Presentasi dahi Posisi kepala antara fleksi dan defleksi, dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Pada penempatan dagu, biasanya dengan sendirinya akan berubah menjadi letak muka atau letak belakang kepala.

2) Letak Sungsang Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala difundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. Dikenal beberapa jenis letak sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki, sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki (Amalina 2022).

Adapun indikasi Ibu untuk Operasi Caesar yakni sebagai berikut (Helmi and Rasyid 2020).

1. Persalinan sesar sebelumnya
2. Permintaan ibu
3. Deformitas panggul atau disproporsi sefalopelvis
4. Trauma perineum sebelumnya
5. Sebelumnya operasi rekonstruksi panggul atau anal / rektal
6. Herpes simpleks atau infeksi HIV
7. Penyakit jantung atau paru
8. Aneurisma serebral atau malformasi arteriovenosa
9. Patologi yang membutuhkan pembedahan intraabdominal secara bersamaan
10. Sesar perimortem

Indikasi Uterine / Anatomis untuk operasi caesar yakni sebagai berikut (Helmi and Rasyid 2020).

1. Plasentasi abnormal (seperti plasenta previa, plasenta akreta)
2. Solusio plase
3. Riwayat histerotomi klasik
4. Miomektomi ketebalan penuh sebelumnya
5. Riwayat dehiscence insisi uterus
6. Kanker serviks invasif
7. Trakelektomi sebelumnya
8. Massa obstruktif saluran genital
9. Cerclage permanen

Indikasi Janin untuk operasi caesar yakni sebagai berikut (Helmi and Rasyid 2020).

1. Status janin yang tidak meyakinkan (seperti pemeriksaan Doppler tali pusat abnormal) atau detak jantung janin yang abnormal
2. Prolaps tali pusat
3. Gagal melahirkan pervaginam operatif
4. Malpresentation
5. Makrosomia
6. Anomali kongenital
7. Trombositopenia

8. Trauma kelahiran neonatal sebelumnya mengamati tingkat risiko janin tambahan yang dianggap dapat diterima oleh seorang wanita atau pengasuhnya untuk mencapai persalinan pervaginam dan untuk menghindari operasi caesar. Mereka menyimpulkan bahwa pasien hamil dan mereka yang merawat mereka memiliki toleransi yang rendah terhadap risiko. Dapat dimengerti dan dibenarkan bagi seorang wanita untuk memiliki ekspektasi yang tinggi atas hasil persalinannya. Tujuan menurunkan angka operasi caesar mungkin sulit dicapai, mengingat keraguan untuk mengekspos janin pada risiko (Helmi and Rasyid 2020).

Namun tidak menutup kemungkinan akan indikasi non medis yang didapatkan dalam persalinan Sectio caesarean. Dari beberapa penelitian yang telah dilakukan, didapatkan beberapa faktor non medis, seperti ; induksi permintaan sisi penawaran, masalah keputusan yang berkaitan dengan kenyamanan professional dan optimalisasi waktu dan kecenderungan untuk Sectio caesarean di rumah sakit swasta dibandingkan rumah sakit umum. Diartikulasikan oleh 4 faktor seperti :

1. Penilaian diri dan pengaturan diri dalam praktik medis

2. Penggunaan teknologi yang bertanggung jawab
3. Faktor keuangan
4. Adanya faktor ketakutan akan tindakan / peralatan medis (Ramdhanie and Yusnia 2020)

3. Patofisiologi

SC merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gr dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini yaitu distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsia jaringan lunak, placenta previa dll, untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin. Janin besar dan letak lintang setelah dilakukan SC ibu akan mengalami adaptasi post partum baik dari aspek kognitif berupa kurang pengetahuan. Akibat kurang informasi dan dari aspek fisiologis yaitu produk oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit, luka dari insisi akan menjadi post de entris bagi kuman. Oleh karena itu perlu diberikan antibiotik dan perawa tan luka dengan prinsip steril (Admin et al. 2020).

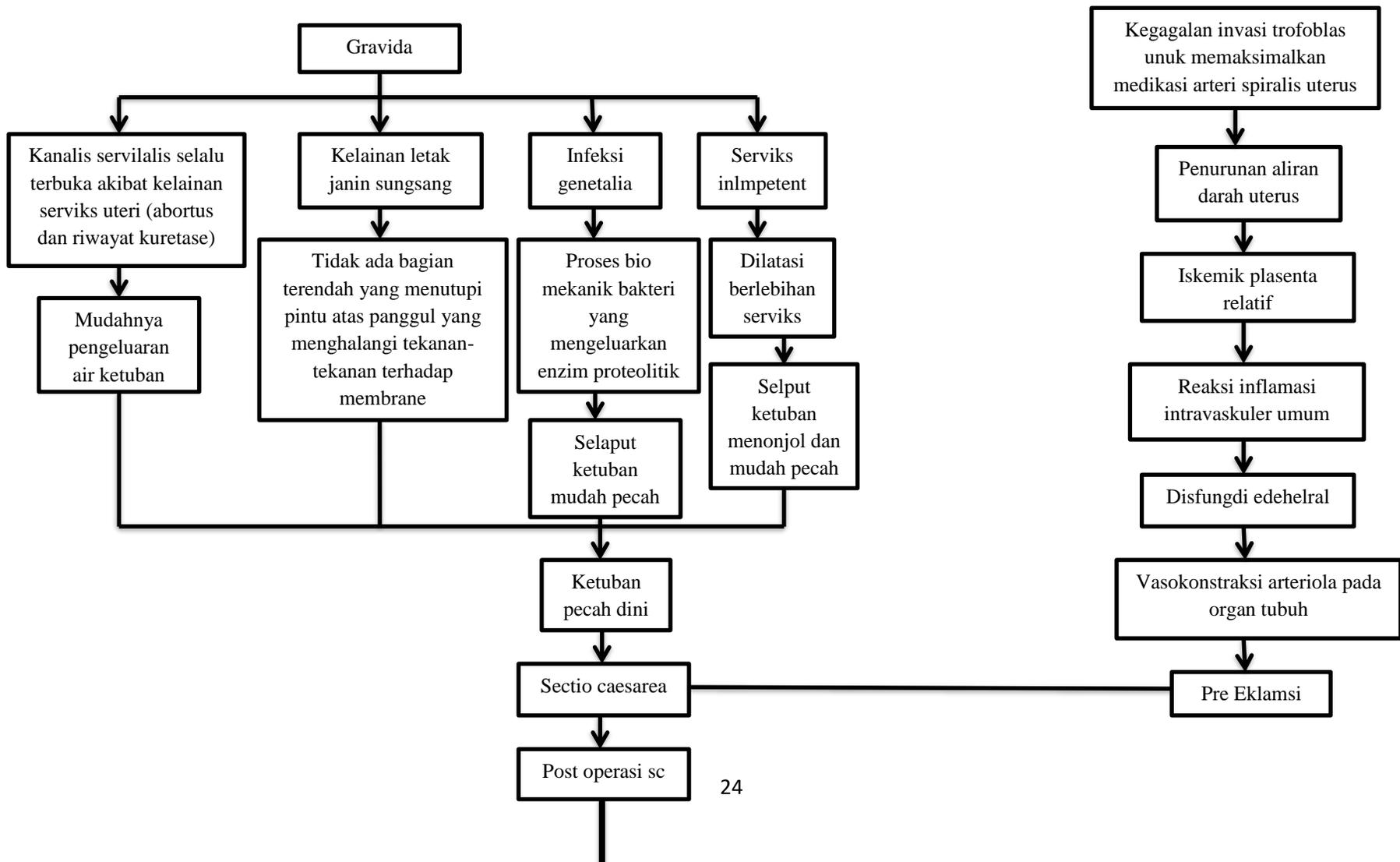
Nyeri adalah salah utama karena insisi yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman. Sebelum dilakukan operasi pasien perlu dilakukan anestesi bisa bersifat regional dan umum. Namun anestesi umum lebih banyak pengaruhnya terhadap janin maupun ibu anestesi

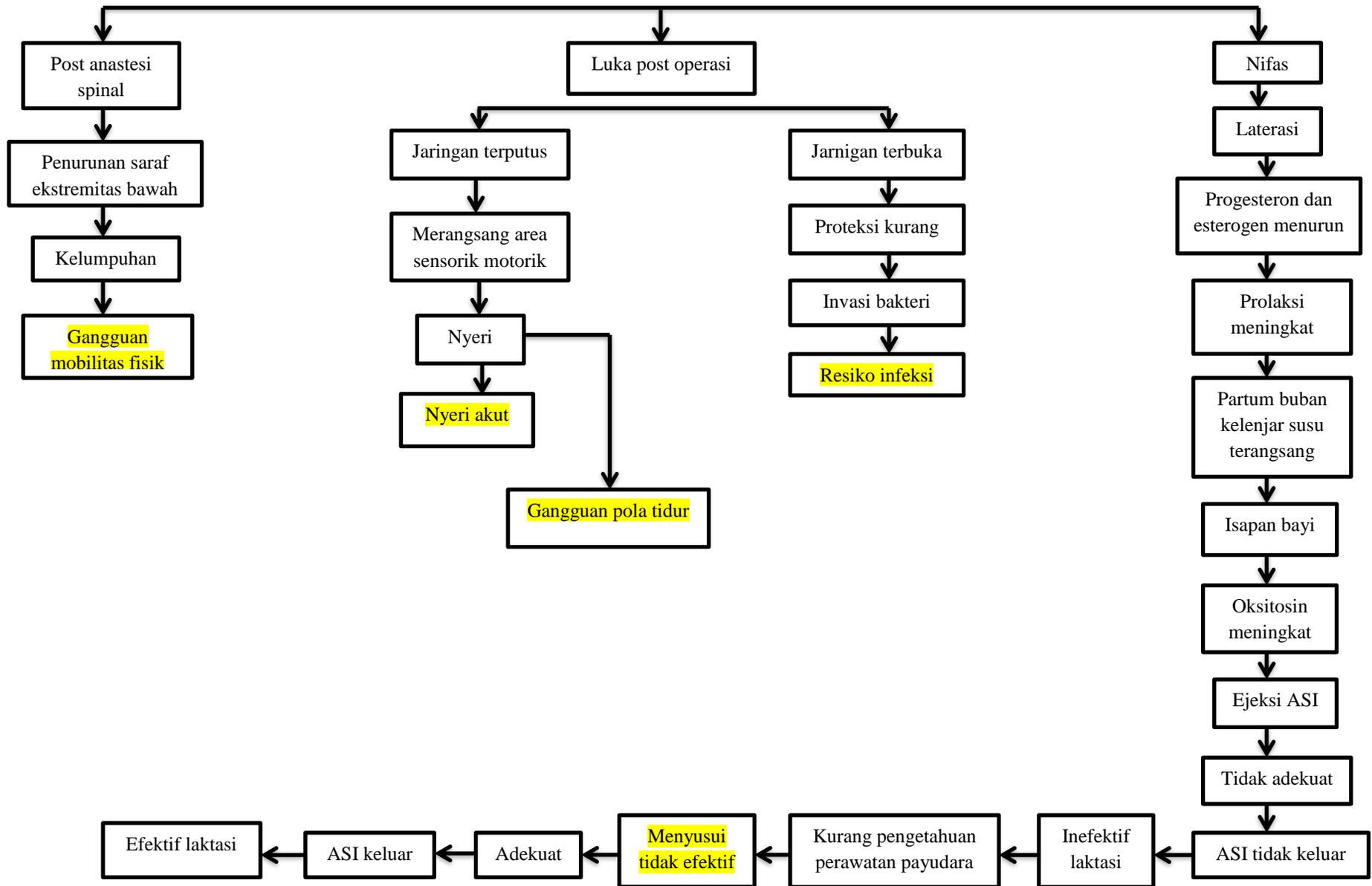
janin sehingga kadang-kadang bayi lahir dalam keadaan upnoe yang tidak dapat diatasi dengan mudah. Akibatnya janin bisa mati, sedangkan pengaruhnya anestesi bagi ibu sendiri yaitu terhadap tonus uteri berupa atonia uteri sehingga darah banyak yang keluar. Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas yang tidak efektif akibat sekret yan berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup (Admin et al. 2020).

Anestesi juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus. Seperti yang telah diketahui setelah makanan masuk lambung akan terjadi proses penghancuran dengan bantuan peristaltik usus. Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Akibat dari mortilitas yang menurun maka peristaltik juga menurun. Makanan yang ada di lambung akan menumpuk dan karena reflek untuk batuk juga menurun. Maka pasien sangat beresiko terhadap aspirasi sehingga perlu dipasang pipa endotracheal. Selain itu motilitas yang menurun juga berakibat pada perubahan pola eliminasi yaitu konstipasi(Admin et al. 2020).

Pathway

Bagan 2. 1





5. Manifestasi Klinis

Ada beberapa hal tanda dan gejala post Sectio Caesarea (SC)

1. Pusing
2. Mual muntah
3. Nyeri sekitar luka operasi
4. Peristaltic usus menurun

Manifestasi Klinis PEB menurut :

1. Nyeri kepala hebat pada bagian depan atau belakang kepala yang di ikuti dengan peningkatan tekanan darah yang abnormal.
2. Iritabel ibu merasa gelisah dan tidak bisa bertoleransi dengan suara berisik atau gangguan lainnya.
3. Nyeri perut pada bagian ulu hati yang terkadang disertai dengan muntah.
4. Gangguan pernafasan sampai sianosis.
5. Terjadi gangguan kesadaran (Amalina 2022).

5. Pemeriksaan Penunjang

- a. Elektroensefalogram (EEG) Untuk membantu menetapkan jenis dan fokus dari kejang.
- b. Pemindaian CT Untuk mendeteksi perbedaan kerapatan jaringan.

- c. Magneti resonance imaging (MRI) Menghasilkan bayangan dengan menggunakan lapangan magnetik dan gelombang radio, berguna untuk memperlihatkan daerah - daerah otak yang tidak jelas terlihat bila menggunakan pemindaian CT.
- d. Pemindaian positron emission tomography (PET) Untuk mengevaluasi kejang yang membandel dan membantu menetapkan lokasi lesi, perubahan metabolik atau aliran darah dalam otak.
- e. Uji laboratorium
 - 1) Fungsi lumbal : menganalisis cairan serebrovaskuler.
 - 2) Hitung darah lengkap : mengevaluasi trombosit dan hematokrit.
 - 3) Panel elektrolit.
 - 4) Skrining toksik dari serum dan urin.
 - 5) AGD
 - 6) Kadar kalsium darah
 - 7) Kadar natrium darah
 - 8) Kadar magnesiumium darah (Amalina 2022).

6. Therapi

Persalinan SC memberikan dampak positif dan juga negatif pada ibu. Dampak positif tindakan SC dapat membantu persalinan ibu, apabila ibu tidak dapat melakukan persalinan secara pervaginam. Tetapi tindakan operasi SC mempunyai efek negatif pada ibu baik secara fisik maupun psikologis, Secara psikologis tindakan SC berdampak terhadap rasa takut dan cemas terhadap nyeri yang dirasakan setelah analgetik hilang. Selain itu, juga memberikan dampak negatif terhadap konsep diri ibu. Karena Ibu

kehilangan pengalaman melahirkan secara normal serta kehilangan harga diri yang terkait dengan perubahan citra tubuh akibat tindakan operasi.

Beberapa dampak negatif yang ditimbulkan karena nyeri, yaitu mobilisasi fisik menjadi terbatas, terganggunya bonding attachment, terbatasnya activity daily living (ADL), Inisiasi Menyusu Dini (IMD) tidak terpenuhi dengan baik, berkurangnya nutrisi bayi karena ibu masih nyeri akibat SC, menurunnya kualitas tidur, menjadi stres dan cemas atau ansietas, dan takut apabila dilakukan pembedahan kembali. Terdapat beberapa penelitian yang menunjukkan tentang dampak negatif dari nyeri, adapun penatalaksanaan medis setelah dilakukan tindakan sectio caesarea yaitu (Amalina 2022).

7. Penatalaksanaan Medis

- 1) Penatalaksanaan medis dan perawatan setelah dilakukan sectio caesarea yaitu :
 - a. Perdarahan dari vagina harus dipantau dengan cermat
 - b. Fundus uteri harus sering dipalpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap berkontraksi dengan kuat
 - c. Pemberian analgetik dan antibiotik
 - d. Periksa aliran darah uterus paling sedikit 30 ml/jam
 - e. Pemberian cairan intra vaskuler, 3 liter cairan biasanya memadai untuk 24 jam pertama setelah pembedahan
 - f. Ambulasi satu hari setelah pembedahan pasien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan orang lain
 - g. Perawatan luka : insisi diperiksa setiap hari, jahitan kulit (klip) diangkat pada hari ke empat setelah pembedahan (Amalina 2022).

2) Perawatan post operasi

Perawatan awal

- a. Letakan pasien dalam posisi pemulihan
- b. Periksa kondisi pasien, cek tanda vital 15 menit selama 1 jam pertama, kemudian tiap 30 menit jam berikutnya. Periksa tingkat kesadaran tiap 15 menit sampai sadar yakinkan jalan nafas bersih dan cukup ventilasi
- c. Tranfusi jika diperlukan
- d. Jika tanda vital dan hematokrit turun walau diberikan transfusi, segera kembalikan ke kamar bedah kemungkinan terjadi perdarahan pasca bedah (Amalina 2022).

8. Komplikasi

1) Kemungkinan yang timbul setelah dilakukan operasi ini antara lain :

- a. Infeksi puerperal (Nifas)
 - a) Ringan, dengan suhu meningkat dalam beberapa hari.
 - b) Sedang, suhu meningkat lebih tinggi disertai dengan dehidrasi dan perut sedikit kembung.
 - c) Berat, peritonealis, sepsis dan usus paralitik
- b. Perdarahan

Perdarahan dapat terjadi pada saat operasi atau beberapa jam setelah operasi. Hal ini disebabkan tekanan darah yang selama operasi agak turun, beberapa jam setelah operasi menjadi normal kembali, sehingga sumbatan darah terlepas dengan demikian terjadilah perdarahan. Mungkin pula terjadi perdarahan karena

ikatan benang catgut pada pembuluh darah terlepas karena ikatannya kurang keras atau terjadi infeksi, adapun pendarahan karena :

- a) Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka.
- b) Perdarahan pada plasenta bed
- d. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila peritonealisasi terlalu tinggi
- e. Kemungkinan ruptur tinggi spontan pada kehamilan berikutnya (Juliathi et al. 2021).

9. Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul

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

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

10. Intervensi Keperawatan

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

Tabel 2.1
Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) (D. 0077)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam Diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066), dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 	<p>Intervensi Utama Manajemen Nyeri (I. 08238) Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 5. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan strategi meredakan nyeri 7. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Kolaborasi pemberian analgetik <p>Intervensi Pendukung Edukasi Teknik Napas (I.12452) Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 11. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 12. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Jelaskan tujuan dan manfaat teknik napas 14. Jelaskan prosedur teknik napas 15. Anjurkan memposisikan tubuh nyaman mungkin (mis. duduk, berbaring) 16. Anjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh 17. Ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan 18. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan 19. Demonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8

<p>Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (D. 0029)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam Diharapkan status menyusui membaik (L.03029), dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat 3. Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam meningkat 4. Tetesan/pancaran ASI meningkat Suplai ASI adekuat meningkat 	<p>detik</p> <p>Intervensi Utama Edukasi Menyusui (I.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"> 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya 5. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 7. Ajarkan posisi menyusui dan perlekatan dengan benar 8. Ajarkan perawatan payudara post partum (mis. memerah ASI, pijat payudara) <p>Intervensi Pendukung Pendampingan Proses Menyusui (I.03130) Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Monitor kemampuan ibu untuk menyusui 10. Monitor kemampuan bayi menyusu <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Dampingi ibu selama kegiatan menyusui berlangsung 12. Dampingi ibu memposisikan bayi dengan benar untuk menyusu pertama kali 13. Berikan ibu pujian, informasi dan saran terhadap perilaku positif dalam menyusui 14. Diskusikan masalah selama menyusui (mis. nyeri, bengkak pada payudara, lecet pada puting dan mencari solusinya) <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Ajarkan ibu mengenali tanda-tanda bayi siap menyusu (mis. bayi mencari puting, keluar saliva, memasukan jari ke dalam mulutnya dan bayi menangis) 16. Ajarkan ibu mengarahkan mulut bayi dari arah bawah ke arah puting ibu 17. Ajarkan posisi menyusui (mis. cross cradle, cradle, foot ball dan posisi berbaring yang diikuti
---	--	--

		<p>dengan perlekatan yang benar)</p> <p>18. Ajarkan perlekatan yang benar : perut ibu dan bayi berhadapan, tangan kaki bayi satu garis lurus, mulut bayi terbuka lebar dan dagu bayi menempel pada payudara ibu untuk menghindari lecet pada puting payudara</p> <p>19. Informasikan untuk menyusui pada satu payudara sampai bayi melepas sendiri puting ibu</p> <p>20. Informasikan ibu untuk mengosongkan payudara pada payudara yang belum disusui dengan pemerah ASI</p>
Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D. 0055)	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam Diharapkan pola tidur membaik (L. 05045), dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan pola tidur berubah menurun 4. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 	<p>Intervensi Utama Dukungan Tidur (I.09265) Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pengaturan posisi) <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D. 0054)	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam Diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05042), dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Rentang gerak meningkat 3. Nyeri menurun 4. Kecemasan menurun 5. Gerakan terbatas menurun 	<p>Intervensi Utama Edukasi Mobilisasi (I.12394) Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Monitor kemampuan pasien/keluarga dalam melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Siapkan materi, media dan alat-alat seperti banal, gait belt 4. Jadwalkan waktu pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga 5. Berikan kesempatan pada pasien dan keluarga untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan prosedur, tujuan, indikasi, dan kontraindikasi mobilisasi serta dampak imobilisasi

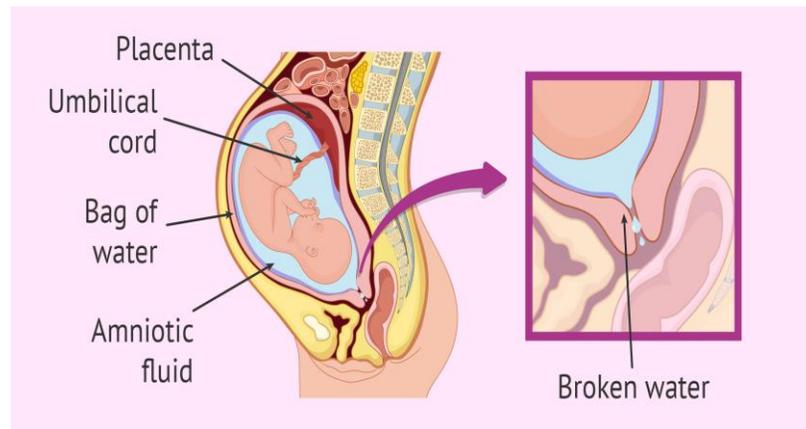
		<ol style="list-style-type: none"> 7. Ajarkan mengidentifikasi sarana dan prasarana yang mendukung unuk mobilisasi di rumah 8. Demonstrasikan cara mobilisasi di tempat tidur 9. Demonstrasikan cara melatih rentang gerak 10. Anjurkan pasien/keluarga mendemonstrasikan mobilisasi miring kanan/kiri laihan rentang gerak sesuai yang telah didemonstrasikan
<p>Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)</p>	<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 : <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> 2. Batasi jumlah pengunjung Edukasi : <ol style="list-style-type: none"> 3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi Intervensi pendukung Perawatan Luka (I. 14564) Observasi : <ol style="list-style-type: none"> 5. Monitor karakteristik luka 6. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> 7. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 8. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 9. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi 10. Pasang balutan sesuai jenis luka 11. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 12. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 13. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien Edukasi : <ol style="list-style-type: none"> 14. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 15. Anjurka mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 16. Ajarka prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi : Kolaborasi pemberian antibiotik</p>

B. Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini

1. Pengertian

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan < 4 cm dalam fase laten KPD didefinisikan sebagai 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, KPD bisa menyebabkan terjadinya hipoksia dan asfiksia akibat oligohidramnion, yaitu suatu keadaan dimana air ketuban kurang dari normal, yaitu kurang dari 300 cc. Oligohidramnion juga menyebabkan terhentinya perkembangan paru- paru (paru-paru hipoplastik), sehingga pada saat lahir, paru-Ketuban pecah dini merupakan pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda mulai persalinan, ketuban pecah dini ditandai dengan keluarnya cairan berupa air-air dari vagina setelah kehamilan berusia 22 minggu dan dapat dinyatakan pecah dini terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Cairan keluar melalui selaput ketuban yang mengalami robekan, muncul setelah usia kehamilan mencapai 28 minggu dan setidaknya satu jam sebelum waktu kehamilan yang sebenarnya (Sagita 2020)

Gambar Ketuban Pecah Dini 2. 2



(Menurut : yesie Aprillia)

Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami KPD. Ketuban pecah dini dapat berpengaruh terhadap kehamilan dan persalinan. Jarak antara pecahnya ketuban dan permulaan persalinan disebut periode laten atau dengan sebutan Lag Period. Ada beberapa perhitungan yang mengukur Lag Period, diantaranya 1 jam atau 6 jam sebelum intrapartum, dan diatas 6 jam setelah ketuban pecah. Bila periode laten terlalu panjang dan ketuban sudah pecah, maka dapat terjadi infeksi pada ibu dan juga bayi (Sagita 2020).

2. Etiologi

Adapun penyebab terjadinya ketuban pecah dini menurut yaitu sebagai berikut:

- a. Multipara dan Grandemultipara
- b. Hidramnion
- c. Kelainan letak: sungsang atau lintang
- d. Cephalo Pelvic Disproportion (CPD)
- e. Kehamilan ganda

f. Pendular abdomen (perut gantung) (Ameliah, 2022).

Adapun hasil penelitian yang dilakukan (Ameliah, 2022) mengenai penyebab kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin bahwa kejadian KPD mayoritas pada ibu multipara, usia ibu 20-35 tahun, umur kehamilan ≥ 37 minggu, pembesaran uterus normal dan letak janin preskep.

3. Tanda dan Gejala

Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, berwarna pucat, cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena uterus diproduksi sampai kelahiran mendatang. Tetapi, bila duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya “menganjal” atau “menyumbat” kebocoran untuk sementara. Sementara itu, demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Juliathi et al. 2021).

4. Patofisiologi

Pecahnya selaput ketuban disebabkan oleh hilangnya elastisitas pada daerah tepi robekan selaput ketuban. Hilangnya elastisitas selaput ketuban ini sangat erat kaitannya dengan jaringan kolagen, yang dapat terjadi karena penipisan oleh infeksi atau rendahnya kadar kolagen. Kolagen pada selaput terdapat pada amnion di daerah lapisan kompakta, fibroblas serta pada korion di daerah lapisan retikuler atau trofoblas (Juliathi et al. 2021).

Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban mengalami kelemahan. Perubahan struktur, jumlah sel dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan

menyebabkan selaput ketuban pecah. Pada daerah di sekitar pecahnya selaput ketuban diidentifikasi sebagai suatu zona “restriced zone of exteme altered morfologi (ZAM)” (Juliathi et al. 2021).

Penelitian oleh Malak dan Bell pada tahun 1994 menemukan adanya sebuah area yang disebut dengan “high morphological change” pada selaput ketuban di daerah sekitar serviks. Daerah ini merupakan 2 – 10% dari keseluruhan permukaan selaput ketuban. Bell dan kawan-kawan kemudian lebih lanjut menemukan bahwa area ini ditandai dengan adanya peningkatan MMP-9, peningkatan apoptosis trofoblas, perbedaan ketebalan membran, dan peningkatan myofibroblas (Juliathi et al. 2021).

Konsep paracervical weak zone tersebut, menemukan bahwa selaput ketuban di daerah paraservikal akan pecah dengan hanya diperlukan 20 -50% dari kekuatan yang dibutuhkan untuk robekan di area selaput ketuban lainnya. Berbagai penelitian mendukung konsep adanya perbedaan zona selaput ketuban, khususnya zona di sekitar serviks yang secara signifikan lebih lemah dibandingkan dengan zona lainnya seiring dengan terjadinya perubahan pada susunan biokimia dan histologi. Paracervical weak zone ini telah muncul sebelum terjadinya pecah selaput ketuban dan berperan sebagai initial breakpoint (Juliathi et al. 2021).

Penelitian lain menunjukkan bahwa selaput ketuban di daerah supraservikal menunjukkan peningkatan aktivitas dari petanda protein apoptosis yaitu cleaved-caspase-3, cleaved-caspase-9, dan penurunan Bcl-2. Didapatkan hasil laju apoptosis ditemukan lebih tinggi pada amnion dari pasien dengan ketuban pecah dini dibandingkan pasien tanpa ketuban pecah dini, dan laju apopsis ditemukan paling tinggi pada daerah sekitar serviks dibandingkan daerah fundus (Juliathi et al. 2021).

Apoptosis yang terjadi pada mekanisme terjadinya KPD dapat melalui jalur intrinsik maupun ekstrinsik, dan keduanya dapat menginduksi aktivasi dari caspase. Jalur intrinsik dari apoptosis merupakan jalur yang dominan berperan pada apoptosis selaput ketuban pada kehamilan aterm. Pada penelitian ini dibuktikan bahwa terdapat perbedaan kadar yang signifikan pada Bcl-2, cleaved caspase-3, cleaved caspase-9 pada daerah supraservikal, di mana protein-protein tersebut merupakan protein yang berperan pada jalur intrinsik. Fas dan ligannya, Fas-L yang menginisiasi apoptosis jalur ekstrinsik juga ditemukan pada seluruh sampel selaput ketuban tetapi ekspresinya tidak berbeda bermakna antara daerah supraservikal dengan distal. Diduga jalur ekstrinsik tidak berperan banyak pada remodeling selaput ketuban (Admin et al. 2020).

Degradasi dari jaringan kolagen matriks ekstraselular dimediasi oleh enzim matriks metalloproteinase (MMP). Degradasi kolagen oleh MMP ini dihambat oleh tissue inhibitor matrixmetalloproteinase (TIMP). Pada saat menjelang persalinan, terjadi ketidakseimbangan dalam interaksi antara matrix MMP dan TIMP, peningkatan aktivitas kolagenase dan protease, peningkatan tekanan intrauterin (Admin et al. 2020).

5. Komplikasi

Adapun pengaruh KPD terhadap ibu dan janin menurut (Lina 2018) yaitu:

a. Prognosis Ibu

Komplikasi yang dapat disebabkan KPD pada ibu yaitu infeksi intrapartal/ dalam persalinan, infeksi puerperalis/ masa nifas, dry labour/ partus lama,

perdarahan post partum, meningkatnya tindakan operatif obstetric (khususnya SC), morbiditas dan mortalitas maternal (Lina 2018).

b. Prognosis Janin

Komplikasi yang dapat disebabkan KPD pada janin itu yaitu prematuritas (sindrom distes pernapasan, hipotermia, masalah pemberian makanan neonatal), retinopati prematurit, perdarahan intraventrikular, enterecolitis necroticing, gangguan otak dan risiko cerebral palsy, hiperbilirubinemia, anemia, sepsis, prolaps funiculli/ penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia sekunder pusat, prolaps uteri, persalinan lama, skor APGAR rendah, ensefalopati, cerebral palsy, perdarahan intrakranial, gagal ginjal, distres pernapasan), dan oligohidromnion (sindrom deformitas janin, hipoplasia paru, deformitas ekstremitas dan pertumbuhan janin terhambat), morbiditas dan mortalitas perinatal (Lina 2018).

6. Penatalaksanaan

Pastikan diagnosis terlebih dahulu kemudian tentukan umur kehamilan, evaluasi ada tidaknya infeksi maternal ataupun infeksi janin serta dalam keadaan inpartu terdapat gawat janin. Penanganan ketuban pecah dini dilakukan secara konservatif dan aktif, pada penanganan konservatif yaitu rawat di rumah sakit (Lina 2018).

Masalah berat pada ketuban pecah dini adalah kehamilan dibawah 26 minggu karena mempertahankannya memerlukan waktu lama. Apabila sudah mencapai berat 2000 gram dapat dipertimbangkan untuk diinduksi. Apabila terjadi kegagalan dalam induksi makan akan disertai infeksi yang diikuti histerektomi. Pemberian kortikosteroid dengan pertimbangan akan menambah reseptor pematangan paru, menambah pematangan paru janin. Pemberian

batametason 12 mg dengan interval 24 jam, 12 mg tambahan, maksimum dosis 24 mg, dan masa kerjanya 2-3 hari, pemberian betakortison dapat diulang apabila setelah satu minggu janin belum lahir. Pemberian tokolitik untuk mengurangi kontraksi uterus dapat diberikan apabila sudah dapat dipastikan tidak terjadi infeksi korioamnionitis. Meghindari sepsis dengan pemberian antibiotik profilaksis (Lina 2018).

Penatalaksanaan ketuban pecah dini pada ibu hamil aterm atau preterm dengan atau tanpa komplikasi harus dirujuk ke rumah sakit. Apabila janin hidup serta terdapat prolaps tali pusat, pasien dirujuk dengan posisi panggul lebih tinggi dari badannya, bila mungkin dengan posisi sujud. Dorong kepala janin keatas degan 2 jari agar tali pusat tidak tertekan kepala janin. Tali pusat di vulva dibungkus kain hangat yang dilapisi plastik. Apabila terdapat demam atau dikhawatirkan terjadinya infeksi saat rujukan atau ketuban pecah lebih dari 6 jam, makan berikan antibiotik penisilin prokain 1,2 juta UI intramuskular dan ampisislin 1 gr peroral (Ameliah et al. 2022).

Pada kehamilan kurang 32 minggu dilakukan tindakan konservatif, yaitu tidak baring, diberikan sedatif berupa fenobarbital 3 x 30 mg. Berikan antibiotik selama 5 hari dan glukokortikosteroid, seperti deksametason 3 x 5 mg selama 2 hari. Berikan pula tokolisis, apanila terjadi infeksi maka akhiri kehamilan. Pada kehamilan 33-35 miggu, lakukan terapi konservatif selama 24 jam kemudian induksi persalinan. Pada kehamilan lebih dari 36 minggu dan ada his maka pimpin meneran dan apabila tidak ada his maka lakukan induksi persalinan. Apabila ketuban pecah kurang dari 6 jam dan pembukaan kurang dari 5 cm atau ketuban pecah lebih dari 5 jam pembukaan kurang dari 5 cm (Sukarni, 2013). Sedangkan untuk penanganan aktif yaitu untuk kehamilan > 37 minggu induksi dengan oksitosin, apabila gagal

lakukan seksio sesarea. Dapat diberikan misoprostol 25 μ g – 50 μ g intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali (Ameliah et al. 2022).

C. Konsep Dasar Pre Eklamsi

1. Pengertian

Preeklamsia adalah kondisi hipertensi yang didapatkan pada usia kehamilan di atas 20 minggu di mana tekanan darah $\geq 140/90$ mm Hg pada dua kali pengukuran dengan jeda waktu 4 jam, atau tekanan darah $\geq 160/100$ mmHg pada preeklamsia berat, yang disertai dengan proteinuria dengan atau tanpa edema patologis. Jika tidak terdapat proteinuria, preeklamsia tetap dapat didiagnosis apabila hipertensi ditandai dengan gejala hipertensi, edema, proteinuria (Sari, and Hamid 2022).

Preeklamsia merupakan malfungsi endotel yang menyebabkan vasospasme pada kehamilan di atas 20 minggu. Dapat mengakibatkan terjadinya hipertensi, proteinuria 30mg/dL dan edema. Preeklamsia biasanya terjadi pada kehamilan trimester ketiga, walaupun pada beberapa kasus dapat termanifestasi lebih awal. Jika tidak segera diterapi, preeklamsia dapat menyebabkan morbiditas yang tinggi hingga kematian. Preeklamsia merupakan timbulnya hipertensi disertai dengan proteinuria atau edema generalisata yang nyata atau keduanya akibat kehamilan setelah usia kehamilan 20 minggu. Perkembangan penelitian terbaru menyatakan bahwa edema tungkai tidak lagi dimasukkan dalam penegakan diagnosis preeklamsia karena sering ditemukan pada kehamilan normal (Admin et al. 2020).

Preeklamsia juga merupakan penyulit kehamilan yang akut dan dapat terjadi ante, intra, dan postpartum. Dari gejala-gejala klinik preeklamsia dapat dibagi menjadi preeklamsia ringan dan berat. Pembagian preeklamsia menjadi berat dan ringan tidaklah berarti adanya

dua penyakit yang jelas berbeda, sebab sering kali ditemukan penderita dengan preeklampsia ringan dapat mendadak mengalami kejang dan jatuh dalam koma. Preeklampsia dapat menyebabkan komplikasi kehamilan, kelahiran, dan dalam masa nifas. Dampak buruk ini dapat terjadi pada ibu maupun janin (Ameliah et al. 2022).

Preeklampsia dapat berpengaruh pada fungsi ginjal ibu, juga bisa memicu kejang pada ibu hamil yang disebut eklampsia, dampak preeklampsia pada janin yaitu kekurangan gizi akibat kurangnya pasokan darah dan makanan ke plasenta, hal ini mengarah ke gangguan pertumbuhan si bayi dalam kandungan. Janin bisa berisiko lahir cacat hingga lahir mati akibat tidak mendapatkan makanan yang cukup. Untuk itu akan lebih aman jika dilakukan persalinan secara sectio caesaria. Berdasarkan hasil penelitian, ibu yang mengalami preeklampsia sebagian besar selalu dilakukan sectio caesaria, namun menurut asumsi peneliti jika ibu hamil mendapat perawatan, diberikan terapi yang tepat, dan rutin untuk mengontrol tekanan darah ibu dan keadaan janinnya, baik selama dalam kehamilan, maupun menjelang persalinan, maka pada saat menjelang persalinan kondisi tekanan darah ibu dapat kembali dalam keadaan normal dan tidak terjadi komplikasi lainnya sehingga dapat dilakukan persalinan secara normal (Sari, and Hamid 2022).

2. Klasifikasi preeklampsia

Klasifikasi preeklampsia menurut (Azizah and Palupi 2019) dibagi menjadi dua golongan yaitu :

a. Preeklampsia Ringan, dengan tanda-tanda :

- 1) Tekanan darah 140/90mmHg atau lebih, atau kenaikan diastolik 15 mmHg atau lebih, dan kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih.

- 2) Edema pada kaki, jari tangan, dan wajah atau kenaikan BB 1 Kg atau lebih per minggu.
- 3) Proteinuria kuantitatif 0,3 gram atau lebih per liter =, kualitatif 1+ atau 2+ pada urine kateter atau mid stream.

b. Preeklampsia Berat, dengan tanda-tanda :

- 1) Tekanan darah 160/110mmHg atau lebih.
- 2) Proteinuria 5 gram atau lebih per liter.
- 3) Oliguria jumlah urine kurang dari 500 cc per 24 jam.
- 4) Adanya gangguan serebral, gangguan visus, dan rasa nyeri di epigastrium.
- 5) Ada edema paru dan sianosis (Azizah and Palupi 2019)

3. Etiologi Preeklampsia

Etiologi preeklampsia sampai saat ini belum diketahui dengan pasti. Banyak teori-teori yang dikemukakan oleh para ahli yang mencoba menerangkan penyebabnya, oleh karena itu disebut “penyakit teori” namun belum ada yang memberikan jawaban yang memuaskan. Teori sekarang yang dipakai sebagai penyebab preeklampsia adalah teori “iskemia plasenta”. Namun teori ini belum dapat menerangkan semua hal yang berkaitan dengan penyakit ini, adapun teori-teori tersebut adalah (Azizah and Palupi 2019).

1. Peran Prostasiklin dan Tromboksen

Pada preeklampsia dan eklampsia didapatkan kerusakan pada endotel vaskuler, sehingga sekresi vasodilatator prostasiklin oleh sel-sel endotelial plasenta berkurang, sedangkan pada kehamilan normal prostasiklin meningkat. Sekresi tromboksen oleh trombosit bertambah sehingga timbul vasokonstriksi generalisata dan sekresi aldosteron

menurun. Akibat perubahan ini menyebabkan pengurangan perfusi plasenta sebanyak 50%, hipertensi dan penurunan volume plasma (Azizah and Palupi 2019).

2. Peran faktor imunologis

Preeklamsia sering terjadi pada kehamilan pertama karena pada kehamilan pertama terjadi pembentukan blocking antibodies terhadap antigen plasenta yang tidak sempurna sehingga timbul respons imun yang tidak menguntungkan terhadap Histiokompatibilitas Plasenta. Pada preeklamsia terjadi kompleks imun humoral dan aktivasi komplemen. Hal ini dapat diikuti dengan terjadinya pembentukan proteinuria (Azizah and Palupi 2019).

3. Iskemik dari uterus

Terjadinya preeklamsia adalah iskemik uteroplasenta, sehingga terjadi ketidakseimbangan antara massa plasenta yang meningkat dengan aliran perfusi sirkulasi darah plasenta yang berkurang. Disfungsi plasenta juga ditemukan pada preeklamsia, sehingga terjadi penurunan kadar $1\ \alpha\text{-}25\ (\text{OH})_2$ dan *Human Placental Lactogen* (HPL), akibat terjadi penurunan absorbs kalsium dari saluran cerna. Untuk mempertahankan penyediaan kalsium pada janin, terjadi perangsangan kelenjar paratiroid yang mengekskresiparatiroid hormone (PTH) disertai penurunan kadar kalsitonin yang mengakibatkan peningkatan absorpsi kalsium tulang yang dibawa melalui sirkulasi ke dalam intra sel. Peningkatan kadar kalsium intra sel mengakibatkan peningkatan kontraksi pembuluh darah, sehingga terjadi peningkatan tekanan darah (Azizah and Palupi 2019).

Pada preeklamsia terjadi perubahan arus darah di uterus, koriodeidua dan plasenta adalah patofisiologi yang terpenting pada preeklamsia, dan merupakan factor yang menentukan hasil akhir kehamilan. Perubahan aliran darah uterus dan plasenta

menyebabkan terjadi iskemia uteroplasenta, menyebabkan ketidakseimbangan antara massa plasenta yang meningkat dengan aliran perfusi darah sirkulasi yang berkurang. Selain itu hipoperfusi uterus menjadi rangsangan produksi renin di uteroplasenta, yang mengakibatkan vasokonstriksi vaskuler daerah itu. Renin juga meningkatkan kepekaan vascular terhadap zat-zat vasokonstriktor lain (angiotensin, aldosteron) sehingga terjadi tonus pembuluh darah yang lebih tinggi. Oleh karena gangguan sirkulasi uteroplasenta ini, terjadi penurunan suplai oksigen dan nutrisi ke janin. Akibatnya terjadi gangguan pertumbuhan janin sampai hipoksia kematian dan kematian janin (Azizah and Palupi 2019).

4. Disfungsi dan aktivasi dari endotelial.

Kerusakan sel endotel vaskuler maternal memiliki peranan penting dalam patogenesis terjadinya preeklamsia. Fibronektin diketahui dilepaskan oleh sel endotel yang mengalami kerusakan dan meningkat secara signifikan dalam darah wanita hamil dengan preeklamsia. Kenaikan kadar fibronektin sudah dimulai pada trimester pertama kehamilan dan kadar fibronektin akan meningkat sesuai dengan kemajuan kehamilan (Azizah and Palupi 2019).

Jika endotel mengalami gangguan oleh berbagai hal seperti shear stress hemodinamik, stress oksidatif maupun paparan dengan sitokin inflamasi dan hiperkolesterolemia maka fungsi pengatur menjadi abnormal dan disebut disfungsi endotel. Pada keadaan ini terjadi ketidakseimbangan substansi vasoaktif sehingga dapat terjadi hipertensi. Disfungsi endotel juga menyebabkan permeabilitas vascular meningkat sehingga menyebabkan edema dan proteinuria. Jika terjadi disfungsi endotel maka pada permukaan endotel akan diekspresikan molekul adhesi seperti vascular cell adhesion

molecule-1 (VCAM-1) dan intracellular cell adhesion molecule-1 (ICAM-1). Namun belum diketahui apakah tingginya kadar sVCAM-1 dalam serum mempunyai hubungan dengan beratnya penyakit. Disfungsi endotel juga mengakibatkan permukaan non trombogenik berubah menjadi trombogenik, sehingga bisa terjadi aktivasi koagulasi. Sebagai pertanda aktivasi koagulasi dapat diperiksa D-dimer, kompleks thrombinantithrombin, fragmen prothrombin 1 dan 2 atau fibrin monomer (Azizah and Palupi 2019).

5. Faktor genetik

Dari sudut pandang hereditas, preeklamsia adalah penyakit multifaktorial dan poligenik. Predisposisi hereditas untuk preeklamsia mungkin merupakan hasil interaksi dari ratusan gen yang diwariskan baik secara maternal ataupun paternal yang mengontrol fungsi enzimatis dan metabolisme pada setiap sistem organ. Faktor plasma yang diturunkan dapat menyebabkan preeklamsia. Pada ulasan komprehensifnya, insidensi preeklamsia bisa terjadi 20 sampai 40 persen pada anak perempuan yang ibunya mengalami preeklamsia; 11 sampai 37 persen saudara perempuan yang mengalami preeklamsia dan 22 sampai 47 persen pada orang kembar (Ramdhania and Yusnia 2020).

4. Patofisiologi preeklamsia

Pada preeklamsia terdapat penurunan aliran darah. Perubahan ini menyebabkan prostaglandin plasenta menurun dan mengakibatkan iskemia uterus. Keadaan iskemia pada uterus merangsang pelepasan bahan trofoblastik yaitu akibat hiperoksidasi lemak dan pelepasan renin uterus. Bahan trofoblastik menyebabkan terjadinya endotheliosis menyebabkan pelepasan tromboplastin. Tromboplastin yang dilepaskan mengakibatkan

pelepasan tromboksan dan aktivasi agregasi trombosit deposisi fibrin. Pelepasan tromboksan akan menyebabkan terjadinya vasospasme sedangkan aktivasi/agregasi trombosit deposisi fibrin akan menyebabkan koagulasi intrvaskuler yang mengakibatkan perfusi darah menurun dan konsumtif koagulapati (Ameliah et al. 2022).

Konsumtif koagulapati mengakibatkan trombosit dan faktor pembekuan darah menurun dan menyebabkan gangguan faal hemostasis. Renin uterus yang dikeluarkan akan mengalir bersama darah sampai organ hati dan bersama-sama angiotensinogen menjadi angiotensi I dan selanjutnya menjadi angiotensin II. Angiotensin II bersama tromboksan akan menyebabkan terjadinya vasospasme. Vasospasme menyebabkan lumen arteriol menyempit. Lumen arteriol yang menyempit menyebabkan lumen hanya dapat dilewati oleh satu sel darah merah. 8 Tekanan perifer akan meningkat agar oksigen mencukupi kebutuhan sehingga menyebabkan terjadinya hipertensi. Selain menyebabkan vasospasme, angiotensin II akan merangsang glandula suprarenal untuk megeluarkan aldosteron (Ameliah et al. 2022).

Vasospasme bersama dengan koagulasi intravaskular akan menyebabkan gangguan perfusi darah dan gangguan multi organ. Gangguan multiorgan terjadi pada organ-organ tubuh diantaranya otak, darah, paru-paru, hati/liver, renal dan plasenta. Pada otak akan dapat menyebabkan terjadinya edema serebri dan selanjutnya terjadi peningkatan tekanan intrakrnial. Tekanan intrakranial yang meningkat menyebabkan terjadinya gangguan perfusi serebral, nyeri dan terjadinya kejang singaa menimbulkan diagnosa risiko cedera. Pada darah akan terjadi enditheliosis meyebabkan sel darah merah yang oecah akan menyebabkan terjadinya anemia hemolitik (Ameliah et al. 2022).

Pada paru-paru, akan terjadi perpindahan cairan sehingga akan mengakibatkan terjadinya edema paru. Edema paru akan menyebabkan terjadinya kerusakan pertukaran gas. Pada hati, vasokonstriksi pembuluh darah menyebabkan gangguan kontraktilitas miokard sehingga menyebabkan gangguan kontraktilitas miokard sehingga menyebabkan payah jantung dan memunculkan diagnosa penurunan curah jantung (Ameliah et al. 2022).

Pada ginjal, akibat pengaruh aldosteron, terjadi peningkatan reabsorpsi natrium dan menyebabkan retensi cairan dan dapat menyebabkan terjadinya edema sehingga dapat memunculkan diagnosa keperawatan kelebihan volume cairan. Selain itu vasospasme arteriolar pada ginjal akan menyebabkan penurunan GFR dan permeabilitas terhadap protein akan meningkat. Penurunan GFR tidak diimbangi dengan peningkatan reabsorpsi oleh tubulus sehingga menyebabkan diuresis menurun sehingga menyebabkan terjadinya oliguri dan anuri. Oliguri atau anuri akan memunculkan diagnosa keperawatan gangguan eliminasi urin. Permeabilitas terhadap protein yang meningkat akan menyebabkan banyak protein akan lolos dari filtrasi glomerulus dan menyebabkan proteinuria (Ameliah et al. 2022).

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

simpatis akan mempengaruhi traktus gastrointerstinal dan ekstremitas (Ameliah et al. 2022).

Pada traktus gastrointestinal dapat menyebabkan terjadinya hipoksia duodenal dan penumpukan ion H menyebabkan HCl meningkat sehingga dapat menyebabkan nyeri epigastrik. Selanjutnya akan terjadi akumulasi gas yang meningkat, merangsang mual dan timbulnya muntah sehingga muncul diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Pada ektrimitas dapat terjadi metabolisme anaerob menyebabkan ATP diproduksi dalam jumlah yang sedikit yaitu 2 ATP dan pembentukan asam laktat. Terbentuknya asam laktat dan sedikitnya ATP yang diproduksi akan menimbulkan keadaan cepat lelah, lemah sehingga muncul diganosa keperawatan 10 intoleransi aktivitas. Keadaan hipertensi akan mengakibatkan seseorang kurang terpajan informasi dan memunculkan diagnosa kepreawatan kurang pengetahuan (Ameliah et al. 2022).

5. Komplikasi pada preeklampsia

Komplikasi terberat adalah kematian ibu dan janin. Usaha utama ialah melahirkan bayi hidup dari ibu yang menderita preeklampsia.

- a. Komplikasi dibawah ini yang biasanya terjadi pada ibu preeklampsia berat:
 - a) Solusio plasenta Komplikasi ini terjadi pada ibu yang menderita hipertensi akut dan lebih sering terjadi pada preeklampsia.
 - b) Hipofibrinogenemia Biasanya terjadi pada preeklampsia berat. Oleh karena itu dianjurkan pemeriksaan kadar fibrinogen secara berkala.

- c) Hemolisis Penderita dengan gejala preeklampsia berat kadang-kadang menunjukkan gejala klinis hemolisis yang dikenal dengan ikterus. Belum diketahui dengan pasti apakah ini merupakan kerusakan sel hati atau destruksi eritrosit. Nekrosis periportal hati yang ditemukan pada autopsy penderita eklampsia dapat menerangkan ikterus tersebut.
- d) Perdarahan otak Komplikasi ini merupakan penyebab utama kematian maternal penderita eklampsia.
- e) Kelainan mata Kehilangan pengelihatatan untuk sementara, yang berlansung selama seminggu, dapat terjadi. Perdarahan kadang-kadang terjadi pada retina. Hal ini merupakan tanda gawat akan terjadi apopleksia serebri.
- f) Edema paru-paru Paru-paru menunjukkan berbagai tingkat edema dan perubahan karena bronchopneumonia sebagai akibat aspirasi. Kadang-kadang ditemukan abses paru.
- g) Nekrosis hati Nekrosis periportal hati pada preeklampsia/eklampsia merupakan akibat vasospasme arteriole umum. Kelainan ini diduga khas untuk 25 eklampsia, tetapi ternyata juga ditemukan pada penyakit lain. Kerusakan sel-sel hati dapat diketahui dengan pemeriksaan faal hati, terutama pada enzim-enzimnya.
- h) Sindroma HELLP yaitu haemolysis, elevated liver enzymes and low platelets Merupakan sindrom kumpulan gejala klinis berupa gangguan fungsi hati, hepatoseluler (peningkatan enzim hati [SGOT, SGPT], gejala subyektif [cepat lelah, mual, muntah dan nyeri epigastrium]), hemolisis akibat kerusakan membran eritrosit oleh radikal bebas asam lemak jenuh dan tak jenuh. Trombositopenia

(<150.000/cc), agregasi (adhesi trombosit di dinding vaskuler), kerusakan tromboksan (vasokonstriktor kuat), lisosom.

- i) Kelainan ginjal Kelainan ini berupa endotheliosis glomerulus yaitu pembengkakan sitoplasma sel endotelial tubulus ginjal tanpa kelainan struktur yang lainnya. Kelainan lain yang dapat timbul adalah anuria sampai gagal ginjal.
- j) Komplikasi lain Lidah tergigit, trauma dan fraktur karena jantung akibat kejang-kejang, pneumonia aspirasi dan DIC (disseminated intravascular coagulation). Prematuritas, dismaturitas dan kematian janin intra-uterin (Ramdhanie and Yusnia 2020).

b. Bagi Janin

- a) Prematuritas
- b) Kematian Janin
- c) Terhambatnya pertumbuhan janin
- d) Asfiksia Neonatorum (Ramdhanie and Yusnia 2020).

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Laboratorium

1. Pemeriksaan darah lengkap dengan hapusan darah Penurunan hemoglobin (nilai rujukan atau kadar normal hemoglobin untuk wanita hamil adalah 12-14 gr%), hemakrokit meningkat (nilai rujukan 37- 43 vol%), trombosit menurun (nilai rujukan 150- 450 ribu/ mm³).
2. Urinalisis Ditemukan protein dalam urine

3. Pemeriksaan fungsi hati Bilirubin meningkat ($N = < 1$ mg/dl), aspartat aminotransferase (AST) > 60 ul, serum Glutamat piruvat trasaminase (SGPT) meningkat ($N= 15-45$ u/ml), serum glutamate oxaloacetix trasaminase (SGOT) meningkat ($N = < 31$ u/l), total Protein serum menurun ($N = 6,7- 8,7$ g/dl)
4. Tes kimia darah Asam urat meningkat ($N = 2,4 - 2,7$ mg/dl)
5. Radiologi
 - a. Ultrasonografi

Ditemukan retardasi pertumbuhan janin intra uterus, pernafasn intrauterus lambat, aktivitas janin lambat, dan volume cairan ketuban sedikit
 - b. Kardiotografi

Diketahui denyut jantung janin bayi lemah (Ramdhanie and Yusnia 2020).

7. Penatalaksanaan

Tujuan utama penanganan preeklamsia adalah mencegah terjadinya eklamsia, melahirkan bayi tanpa asfiksia dengan skor APGAR baik, dan mencegah mortalitas maternal dan perietal :

a. Preeklamsia ringan

Istirahat di tempat tidur merupakan terapi utama dalam penanganan preeklamsia ringan. Istirahat dengan berbaring pada sisi tubuh menyebabkan aliran darah ke plasenta dan aliran darah ke ginjal meningkat, tekanan vena pada ekstermitas bawah menurun dan reabsorpsi cairan bertambah. Selain itu dengan istirahat di tempat tidur menurunkan tekanan darah. Apabila preeklamsia tersebut

tidak membaik dengan penanganan konservatif, dalam hal ini kehamilan harus diterminasi jika mengancam nyawa maternal.

b. Preeklamsia berat

Pada pasien preeklamsia berat secara harus diberi obat sedative kuat untuk mencegah timbulnya kejang. Apabila sesudah 12-24 jam bahaya akut sudah diatasi, tindakan terbaik adalah menghentikan kehamilan sebagai pengobatan mencegah timbulnya kejang, dapat diberikan larutan magnesium sulfat ($MgSO_4$) 20% dengan dosis 4 gram secara intravena loading dose dalam 4-5 menit. Kemudian dilanjutkan dengan $MgSO_4$ 40% sebanyak 12 gram dalam 500cc ringer laktat (RL) atau sekitar 14 tetes/ menit. Tambahan magnesium sulfat hanya dapat diberikan jika diresis pasien baik, reflex patella positif dan frekuensi pernafasan lebih dari 16 kali/ menit. Obat ini memiliki efek menenangkan, menurunkan tekanan darah dan meningkatkan diresis selaiian magnesium sulfat, pasien dengan preeklamsia dapat juga diberikan klorpromazin dengan dosis 50 mg secara intramuscular ataupun diazepam 20 mg secara intramuscular (Ramdhanie and Yusnia 2020).

D. Konsep Teori Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian yang cermat oleh perawat merupakan hal penting untuk mendeteksi masalah ini. Melakukan pengkajian pada pernafasan lebih jauh dengan mengidentifikasi manifestasi klinis bronkopneumonia : nyeri, takipnea, penggunaan otot pernafasan untuk bernafas, nadi cepat, batuk, dan sputum purulen. Keparahan dan penyebab nyeri dada harus diidentifikasi juga. Segala perubahan dalam suhu dan nadi, jumlah sekresi, bau sekresi, dan warna sekresi, frekuensi dan keparahan batuk, serta takipnea atau sesak nafas harus dipantau. Konsolidasi pada paru-paru dapat dikaji dengan mengevaluasi bunyi nafas (pernafasan bronkial, ronki, atau krekles) dan hasil perkusi (pekak pada bagian dada yang sakit).

Pengkajian adalah pengumpulan, pengaturan, validasi, dan dokumentasi data (informasi) yang sistematis dan berkesinambungan yang dilakukan pada semua fase proses keperawatan. Misalnya, pada fase evaluasi, pengkajian dilakukan untuk menentukan hasil strategi keperawatan dan mengevaluasi pencapaian tujuan. Semua fase proses keperawatan bergantung pada pengumpulan data yang lengkap dan akurat.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnose keperawatan. Diagnosa keperawatan melibatkan proses berfikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekamedis, dan pemberi pelayanan kesehatan lain. (PPNI, 2017). Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada kasus bronkopneumonia, yaitu :

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

3. Intervensi Keperawatan

Menurut (PPNI 2018) 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 (PPNI 2019).

4. Implementasi Keperawatan

Setelah rencana keperawatan disusun langkah selanjutnya adalah dalam menetapkan tindakan keperawatan. Tindakan ini dapat dilakukan secara mandiri atau kerjasama dengan tim kesehatan lainnya.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah untuk penilaian yang dilakukan untuk mengetahui kebersihan tujuan. Jika kriteria yang ditetapkan belum tercapai maka tugas perawat selanjutnya adalah melakukan pengkajian kembali.

BAB III LAPORAN KASUS

A. Pengkajian

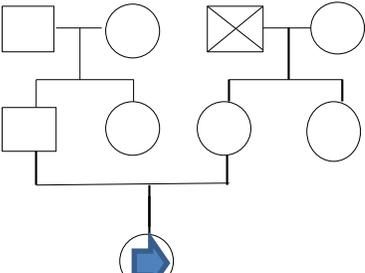
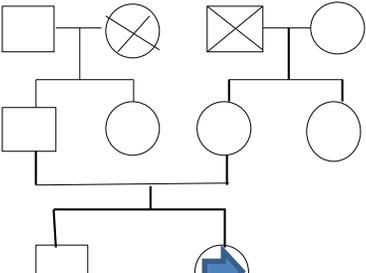
Nama Mahasiswa : Sindi Amelia

Ruang/RS : Ruang Rambutan, RSUD Cengkareng

Tabel 3. 1

Pengkajian Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.U Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Dan Ny.R Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Preeklamsia Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng, Jakarta Barat Tahun 2022

Pengkajian	Klien 1	Klien 2
Identitas Klien		
Nama	Ny. U	Ny. R
Tempat/Tanggal Lahir	Jakarta, 21-03-1996	Tangerang, 17-02-2003
Umur	26 Tahun	27 Tahun
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan
Alamat	Jl.Kapuk,RT/RW 011/012, Kota ADM, Jakarta Barat	Jl.Muara baru, RT/RT 016/017, Panjaringan, Jakarta Utara
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Agama	Islam	Islam
Suku	Sunda	Minang
Pendidikan	SMA	SMA
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Ibu Rumah Tangga
Tanggal Masuk RS	23-11-2022	23-11-2022
Diagnosa Medis	G1P0A0 hamil 34 minggu, KPD	G2P1A0 hamil 38 minggu, Preeklamsia
Penanggung Jawab		
Nama	Tn. A	Tn. A
Umur	27 Tahun	30 Tahun
Alamat	Jl.Kapuk,RT/RW 011/012, Kota ADM, Jakarta Barat	Jl.Muara baru, RT/RT 016/017, Panjaringan, Jakarta Utara
Pendidikan	SMA	SMA
Pekerjaan	Karyawan swasta	Wiraswasta
Hubungan Dengan Klien	Suami	Suami
Status Kesehatan		
Alasan Kunjungan	Klien masuk RS pada tanggal 03/11/2022 jam 15.20, dengan keluhan keluar air sejak jam 14.30, mules (+) nyeri (+) lendir darah (+) G1P0A0	Klien masuk RS pada tanggal 23-11-2022 mengeluh mules pada perut, terasa kenceng-kenceng dan pusing, G2P1A0
Keluhan Utama	Setelah dilakukan tindakan operasi SC pasien mengeluh nyeri dibagian perut bekas operasi SC. ASI keluar hanya sedikit. Pasien mengatakan belum	Klien mengeluh mules Setelah dilakukan tindakan operasi SC pasien mengeluh nyeri dibagian perut bekas operasi S, Pasien mengeluh pusing.

	<p>banyak melakukan aktivitas karena jika bergerak nyerinya bertambah. Pasien terpasang DC dan aktivitas dibantu leh suaminya.</p> <p>P : Nyeri luka jahian muncul ketika klien bergerak Q : Seperi teriris-iris R : Abdomen S : Skala 7 T : Hilang timbul pada saat bergerak</p>	<p>P : Nyeri luka jahitan muncul ketika klien bergerak Q : Seperi teriris-iris R : Abdomen S : Skala 6 T : Hilang timbul pada saat bergerak</p>
<p>Riwayat Kesehatan Sekarang</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan operasi SC pasien mengeluh nyeri dibagian perut bekas operasi SC. pasien mengatakan belum banyak melakukan aktivitas karena jika bergerak nyerinya bertambah pasien terpasang DC dan akivitasnya dibantu oleh suaminya. Pasien mengatakan ASI belum keluar , hanya sedikit, pasien mengatakan belum mengerti cara menyusui, pasien mengatakan puting susu lecet, klien mengatakan sulit tidur karena nyeri, klien mengatakan sering terjaga untuk menyusui bayi, klien mengatakan pola tidur berubah, klien mengeluh istirahat tidak cukup. Pasien mengatakan baru pertama kali operasi SC</p>	<p>Cengkareng pada saat pemeriksaan terakhir Dokter poli kandungan menganjurkan klien unuk operasi SC di RSUD Cengkareng sebelum muncul kencang-lencang karena klien sudah pernah operasi SC selama 1x. Kemudian Doker kandungan menyarankan unuk dilakukan tindakan SC dan klien bersedia dilakukan tindakan SC. Setelah dilakukan tindakan operasi SC pasien mengeluh nyeri dibagian perut bekas operasi SC. Pasien mengeluh pusing, pasien mengatakan belum banyak melakukan aktivitas, aktivitasnya dibantu oleh suami, pasien terpasang DC. pasien Pasien mengatakan tidurnya terganggu jika nyeri terasa. Pasien mengatakan luka jahitan pasca operasi terasa jika bergerak</p>
<p>Riwayat Kesehatan Dahulu</p>	<p>Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit kronik dan akut</p>	<p>Klien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi</p>
<p>Genogram</p>	 <p>Keterangan :</p> <ul style="list-style-type: none"> □ : Laki-laki ○ : Perempuan ┌──┐ : Keturunan └──┘ : Menikah ⊗ : Meninggal ----- : Tinggal satu rumah ➡ : Klien 	 <p>Keterangan :</p> <ul style="list-style-type: none"> □ : Laki-laki ○ : Perempuan ┌──┐ : Keturunan └──┘ : Menikah ⊗ : Meninggal ----- : Tinggal satu rumah ➡ : Klien

Riwayat kesehatan keluarga	Di dalam keluarga klien tidak terdapat riwayat bayi kembar, bayi besar dan tidak mempunyai riwayat hipertensi, diabetes melitus dan penyakit menular	Di dalam keluarga klien tidak terdapat riwayat bayi kembar, bayi besar, ada keluarga yang mempunyai riwayat hipertensi, tidak mempunyai penyakit diabetes melitus dan penyakit menular
Riwayat Obstetrik	Klien mengatakan menarache usia 16 tahun dengan siklus haid 28 hari teratur dan lama hari haid selama 4-6 hari, klien mengganti pembalut dalam 24 jam sebanyak 2 kali dan tidak ada keluhan selama haid.	Klien mengatakan menarache usia 14 tahun dengan siklus haid 30 hari teratur dan lama hari haid selama 6-7 hari, klien mengganti pembalut dalam 24 jam sebanyak 2 kali dan tidak ada keluhan selama haid.
Riwayat Perkawinan	Klien mengatakan sudah menikah dan menikah pada umur 23 tahun. Klien mengatakan 1 kali menikah dan lama pernikahannya 3 tahun	Klien mengatakan sudah menikah dan menikah pada umur 22 tahun. Klien mengatakan 1 kali menikah dan lama pernikahannya 5 tahun
Riwayat KB	Klien mengatakan tidak melakukan KB.	Klien mengatakan sebelumnya menggunakan suntik KB dengan jangka waktu 3 bulan
Riwayat Kehamilan Sekarang	Klien mengatakan HPHT 23/3/2022 Usia kehamilan saat ini 35 minggu Klien mengatakan selalu kontrol tepat waktu	Klien mengatakan HPHT 17/2/2022 Usia kehamilan saat ini 38 minggu Klien mengatakan selalu kontrol tepat waktu
Riwayat Persalinan Lalu	Tidak ada	Klien mengatakan anak yang pertama lahir pada tahun 2017 dengan jenis kelamin perempuan berat 3500 gr dan jenis persalinan sc
Riwayat Persalinan Sekarang	Klien mengatakan persalinan sekarang dilakukan secara sectio caesarea (SC) dengan bayi berjenis kelamin perempuan berat 3200 gr	Klien mengatakan persalinan sekarang dilakukan secara sectio caesarea (SC) dengan bayi berjenis kelamin laki-laki berat 2800 gr
Pola Fungsi Kesehatan		
Pola Aktivitas	Klien mengatakan setelah operasi susah beraktivitas, klien mengatakan nyeri terasa saat bergerak dan melakukan aktivitas karena sakit pada daerah abdomen bekas operasi SC. Klien mengatakan ASInya keluar sedikit.	Klien mengatakan setelah operasi susah beraktivitas, klien mengatakan nyeri terasa saat bergerak dan melakukan aktivitas karena sakit pada daerah abdomen bekas operasi SC. . Klien mengatakan mengeluh istirahat tidak cukup sering terjaga untuk memberikan ASI kepada bayi.
Pola Eliminasi	Klien mengatakan selama dirumah BAK 5 kali/hari, warna kuning, bau pesing. Klien mengatakan selama di Rumah Sakit BAK 4 kali sehari. Klien mengatakan BAB 1 kali sehari, konsistensi lembek, warna kuning. Klien mengatakan di Rumah Sakit belum ada BAB	Klien mengatakan selama dirumah BAK 5 kali/hari, warna kuning, bau pesing. Klien mengatakan selama di Rumah Sakit BAK 4 kali sehari. Klien mengatakan BAB 1 kali sehari, konsistensi lembek, warna kuning. Klien mengatakan di Rumah Sakit belum ada BAB
Pola Istirahat dan Tidur	Klien mengatakan tidur siang hanya kurang lebih 30 menit karena bayi sering menangis Klien mengatakan tidur malam hanya 6-7 jam karena mudah terbangun jika nyeri bekas operasi terasa	Klien mengatakan tidur siang hanya kurang lebih 30 menit karena bayi sering menangis Klien mengatakan tidur malam hanya 6-7 jam karena mudah terbangun jika nyeri bekas operasi terasa

Pola Nutrisi	Klien mengatakan saat dirumah makan 3 kali dengan porsi sedang, dengan nasi lauk pauk, dan sayur. Klien mengatakan saat di RS makan dengan makanan yang disediakan di RS dengan porsi setengah piring	Klien mengatakan saat dirumah makan 3 kali dengan porsi sedang, dengan nasi lauk pauk, dan sayur. Klien mengatakan saat di RS makan dengan makanan yang disediakan di RS dengan porsi setengah piring
Pola Keyakinan dan Spiritual	Klien mengatakan tidak dapat melakukan ibadah sholat lima waktu seperti biasanya dikarenakan masih dalam masa nifas	Klien mengatakan tidak dapat melakukan ibadah sholat lima waktu seperti biasanya dikarenakan masih dalam masa nifas

Tabel 3. 2

Hasil Pemeriksaan Fisik Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.U Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Dan Ny.R Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Preeklamsi Di Ruang Rambutan Rsud Cengkareng, Jakarta Barat Tahun 2022

Kedaaan Umum	Klien 1	Klien 2
Tingkat Kesadaran	Composmentis GCS : E4M6V5 = 15	Composmentis GCS : E4M6V5 = 15
Tekanan Darah	125/80 mmHg	183/90 mmHg
Nadi	85 x/menit	83 x/menit
Suhu	36,3 °C	36,2 °C
Pernafasan	20 x/menit	20 x/menit
SPO2	98%	100%
Pemeriksaan Fisik Head Toe To		
Kepala Dan Rambut	Kepala Normocephal, rambut pasien panjang berwarna hitam tampak ada sedikit uban, sedikit berminyak dan berbau lepek, tampak sedikit berketombe, tidak teraba adanya benjolan, lesi dan luka.	Kepala Normocephal, rambut pasien panjang berwarna hitam tampak ada sedikit uban, sedikit berminyak dan berbau lepek, tampak sedikit berketombe, tidak teraba adanya benjolan, lesi dan luka.
Mata	Mata tampak simetris kiri dan kanan, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, mata bersih, pasien tampak tidak menggunakan alat bantu penglihatan.	Mata tampak simetris kiri dan kanan, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, mata bersih, pasien tampak tidak menggunakan alat bantu penglihatan.
Hidung.	Hidung tampak simetris, tidak tampak adanya secret, sinus dan polip. Fungsi penciuman baik dan tidak terpasang oksigen.	Hidung tampak simetris, tidak tampak adanya secret, sinus dan polip. Fungsi penciuman baik dan tidak terpasang oksigen.
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
Payudra Dan Ketiak	Bentuk payudara simetris kiri dan kanan, warna sekitar areola hitam kecoklatan (Hyperpigmentasi),	Bentuk payudara simetris kiri dan kanan, warna sekitar areola hitam kecoklatan (Hyperpigmentasi),

	puting susu tampak menonjol, payudara terasa keras, produksi ASI yang dihasilkan banyak dan saat ditekan ada keluar colostrum.	puting susu tampak menonjol, payudara terasa keras, produksi ASI yang dihasilkan banyak dan saat ditekan ada keluar colostrum.
Abdomen	Bentuk abdomen simteris, warna kulit disekitar pusat berwarna coklat, terdapat striae gravidarum, terdapat luka operasi Sectio Caesaria dengan jenis memanjang horizontal tertutup perban dengan ukuran panjang sekitar 10 cm, lebar 1-2 cm. TFU 2 jari dibawah pusat	Bentuk abdomen simteris, warna kulit disekitar pusat berwarna coklat, terdapat striae gravidarum, terdapat luka operasi Sectio Caesaria dengan jenis memanjang horizontal tertutup perban dengan ukuran panjang sekitar 10 cm, lebar 1-2 cm. TFU 2 jari dibawah pusat
Genetalia Dan Anus	Terpasang Dower Catheter dengan produksi urine 100 cc dan klien memakai pembalut. Lochea Rubra produksi 50 cc, warna merah kehitaman, bau amis, konsistensi encer. Perineum utuh tidak ada jahitan/robekan	Terpasang Dower Catheter dengan produksi urine 120 cc dan klien memakai pembalut. Lochea Rubra produksi 100 cc, warna merah kehitaman, bau amis, konsistensi encer. Perineum utuh tidak ada jahitan/robekan
Integument	Keadaan turgor kulit baik, tidak ada lesi, kulit tampak berkeriat, kaki tampak edema, tidak ada nyeri tekan, warna kulit sawo matang.	Keadaan turgor kulit baik, tidak ada lesi, kulit tampak berkeriat, kaki tampak edema, tidak ada nyeri tekan, warna kulit sawo matang.
Ektremitas	Ektremitas atas terpasang terpasang infus RL 500ml 20 tpm ditangan kiri sejak dipindahkan di ruang OK, teraba hangat tidak ada edema, capillary refill <3 detik. Ektremitas bawah teraba hangat, tampak edema.	Ektremitas atas terpasang terpasang infus RL 500ml 20 tpm ditangan kanan sejak dipindahkan di ruang OK, teraba hangat tidak ada edema, capillary refill <3 detik. Ektremitas bawah teraba hangat, tampak edema.

Tabel 3. 3

Hasil Pemeriksaan Penunjang Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.U Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Dan Ny.R Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Preeklamsi Di Ruang Rambutan Rsud Cengkareng, Jakarta Barat Tahun 2022

Pemeriksaan Penunjang	Klien 1	Klien 2
Laboratorium	<p>Pemeriksaan Hema 1 (Hb + Ht + Leko + Trombosit) tanggal 24-11-2022</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemoglobin : 11.5 g/dl dari nilai normal 11.7 – 15.5 g/dl - Hematokrit : 36 % dari nilai normal 35 – 47 % - Leukosit : 17.3 103/uL dari nilai normal 3.6 – 11.0 103/uL - Trombosit : 180 103/uL dari nilai normal 154 – 386 103/uL 	<p>Pemeriksaan Hema 1 (Hb + Ht + Leko + Trombosit) tanggal 23-11-2022</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemoglobin : 9.4 g/dl dari nilai normal 11.7 – 15.5 g/dl - Hematokrit : 25 % dari nilai normal 35 – 47 % - Leukosit : 12.1 103/uL dari nilai normal 3.6 – 11.0 103/uL - Trombosit : 290 103/uL dari nilai normal 154 – 386 103/uL <p>Pemeriksaan Urine Lengkap tanggal 23-11-2022</p> <p>Makroskopik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Warna : kuning tua - Kejernihan : agak keruh

		<p>- Berat jenis : 1.030 dari nilai normal 1.005-1.030</p> <p>- PH : 0.0 dari nilai normal 5.0 – 8.0</p> <p>Kimia Urine</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Glukosa : Negatif 2. Bilirubin : + 3. Keton : Negatif 4. Darah : + 5. Protein : + 6. Urobilinogen : 2.0 dari nilai normal 0.1 – 1.0 7. Nitrit : Negatif 8. Leukosit esterase : ++
--	--	--

Tabel 3. 4

Hasil Penatalaksanaan Terapi Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.U Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Dan Ny.R Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Preeklamsi Di Ruang Rambutan Rsud Cengkareng, Jakarta Barat Tahun 2022

Klien 1	Klien 2
Cefadroxil 3x500 Mg	Cefotaxime 3x1gr
Ranitidin 2x1	Remopain 3x10gr
Remopain 3 x 1mg	Ranitidin 2x1
Asam Mefenamat 3x500 Mg	Asam Mefenamat 3x500 Mg
Infus RL 500 ml 20 tetes/menit dalam 24 Jam	Amlodipin 5mg
	Infus RL 500 ml 20 tetes/menit dalam 24 jam

Tabel 3. 5

Hasil Data Fokus Klien Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.U Post Sectio
Caesarea Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Rambutan Rsud
Cengkareng, Jakarta Barat Tahun 2022

Nama Klien : An. U

Dx Medis : KPD

Tanggal Pengkajian : 23 November 2022

Ruangan : Rambutan

Jenis Kelamin : Perempuan

No	Data	Masalah Keperawatan	Etiologi
1.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh nyeri dibagian perut bekas operasi SC <p>P : Nyeri luka jahitan muncul ketika klien bergerak</p> <p>Q : Seperi teriris-iris</p> <p>R : Abdomen</p> <p>S : Skala 7</p> <p>T : Hilang timbul pada saat bergerak</p> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak memegang perut bekas operasi SC - pasien tampak meringis - TTV pasien <p>TD : 125/80 mmHg</p> <p>N : 85 x/menit</p> <p>S : 36,3 oC</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>SPO2 : 98%</p>	Nyeri akut	Agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) (D. 0077)
2.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan belum banyak melakukan aktivitas karena jika bergerak nyerinya berambah - pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh suaminya. <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah 	Gangguan mobilitas fisik	Nyeri (D. 0054)

	- Pasien terpasang DC		
3.	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ASI belum keluar , hanya sedikit - Pasien mengatakan belum mengerti cara menyusui - Pasien mengatakan puting susu lecet. <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Payudara terasa sedikit keras - Pasien belum mengerti cara memberi posisi yang benar ketika memberikan ASI kepada bayi - Puting susu ada sedikit lecet - Pasien tampak kebingungan dan merasa bersalah karena belum bisa memberikan ASI kepada anaknya 	Menyusui tidak efektif	Ketidakadekuatan suplai ASI (D. 0029)
4	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sulit tidur karena nyeri - Klien mengatakan sering terjaga untuk menyusui bayi - Klien mengatakan pola tidur berubah - Klien mengeluh istirahat tidak cukup <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat karena tidurnya terganggu semalam 	Gangguan pola tidur	Kurang kontrol tidur (D. 0055)
5	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan baru pertama kali operasi SC <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak cemas 	Resiko infeksi	Efek prosedur invasif (D.0142)

B. Diagnosa Keperawatan

Tabel 3. 6

Diagnosa Keperawatan Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.U Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Rambutan Rsud Cengkareng, Jakarta Barat Tahun 2022

NO.	DIAGNOSA
1.	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) (D. 0077)
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d Nyeri (D. 0054)
3.	Menyusui tidak efektif b.d Ketidakadekuatan suplai ASI (D. 0029)
4	Gangguan pola tidur b.d Kurang kontrol tidur (D. 0055)
5	Resiko infeksi b.d Efek prosedur invasif (D.0142)

C. Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 7

Intervensi Keperawatan Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.U Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Rambutan Rsud Cengkareng, Jakarta Barat Tahun 2022

Nama Klien : An. U
 Tanggal Pengkajian : 23 November 2022
 Jenis Kelamin : Perempuan

Dx Medis : KPD
 Ruangan : Rambutan

No	Dx. Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
1.	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) (D. 0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan KH : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun (L.08066)	Manajemen nyeri (I. 08238) Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor penyebab nyeri Terapeutik : 4. Beri teknik nonfarmakologis 5. Fasilitasi istirahat dan tidur

			<p>Edukasi</p> <p>6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik (asam mefenamat 3x 500mg)</p>
2	Gangguan mobilitas fisik b.d Nyeri (D. 0054)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Ketegangan otot menurun 	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 5. Fasilitasi melakukan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 7. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 8. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
3	Menyusui tidak efektif b.d Ketidakadekuatan suplai ASI (D. 0029)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan dengan KH :</p> <p>- Dengan Suplai ASI Adekuat</p> <p>Meningkat</p>	<p>Edukasi menyusui (I.12393)</p> <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"> 2. Sediakan materi dan media

		<p>- Tetesan /Pancaran ASI Meningkat</p>	<p>pendidikan kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Berikan kesempatan untuk bertanya 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 6. Libatkan sistem pendukung <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 8. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan pelekatan dengan benar 9. Ajarkan perawatan payudara anteparpum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 10. Ajarkan perawatan payudara.
4	Gangguan pola tidur b.d Kurang kontrol tidur (D. 0055)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan pola tidur berubah menurun 4. Keluhan istirahat tidak cukup menurun <p>(L.05045)</p>	<p>Dukungan tidur (I.09265)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Modifikasi lingkungan 4. Batasi waktu tidur siang 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi) <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 7. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan

			pola tidur
5	Resiko infeksi b.d Efek prosedur invasif (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan KH : 1. Nyeri menurun 2. Kadar sel darah putih membaik (L.14137)	Pencegahan infeksi (I. 14539) Observasi : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik : 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi : 3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 4. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 5. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka ata 6. u luka operasi

D. Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

CATATAN PERKEMBANGAN KE 1

Tabel 3. 8

Catatan Perkembangan Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.U Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Rambutan Rsud Cengkareng, Jakarta Barat Tahun 2022

Nama Klien : An. U
Tanggal Pengkajian : 23 November 2022
Jenis Kelamin : Perempuan

Dx Medis : KPD
Ruangan : Rambutan

Dx. Keperawatan	Hari dan Tanggal	Rencana Tindakan	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) (D. 0077)	23 November 2022	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri S : klien mengatakan nyeri pada bagian perut O : klien tampak meringis Mengidentifikasi skala nyeri S : klien mengatakan skala nyeri 7 O : klien tampak meringis Mengidentifikasi faktor penyebab nyeri S : klien mengeluh nyeri dibagian perut bekas SC O : klien tampak meringis menahan sakit <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberikan teknik nonfarmakologis 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan nyeri dibagian perut bekas operasi SC <p>TTV :</p> <p>TD : 125/80 mmHg N : 85 x/menit S : 36,3 oC RR : 20 x/menit SPO2 : 98%</p> <p>P : Nyeri luka jahian muncul ketika klien bergerak Q : Seperi teriris-iris R : Abdomen S : Skala 7 T : Hilang timbul pada saat bergerak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien tampak meringis 	

		<p>S : klien mengatakan tarik nafas dalam jika nyeri</p> <p>O : klien tampak relaksasi nafas dalam ketika diberi teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>5. Memfasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>S : klien mengatakan sulit tidur karena nyeri</p> <p>O : memberikan klien waktu untuk tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>6. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>S : klien mengatakan jika nyeri terasa tarik nafas dalam</p> <p>O : klien tampak paham</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>7. Berkolaborasi pemberian analgetik</p> <p>S : klien mengatakan diberi obat</p> <p>O : klien diberikan abas asam mefenamat 3x500mg</p>	<p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi skala nyeri <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Berikan teknik nonfarmakologis 3. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Kolaborasi pemberian analgetik (asam mefenamat 3x 500mg) 	
Gangguan mobilitas fisik b.d Nyeri (D. 0054)		<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <p>- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>S : Klien mengatakan belum banyak melakukan aktivitas karena jika bergerak nyerinya</p>	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan belum banyak melakukan aktivitas karena jika bergerak nyerinya bertambah - Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh suaminya. <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah 	

		<p>berambah</p> <p>O : Klien tampak gelsah</p> <p>- Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>S : Klien mengatakan aktivitas klien dibantu oleh suaminya</p> <p>O : Klien terpasang DC</p> <p>- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>S : -</p> <p>O : Klien tampak meringis</p> <p>Terapeutik :</p> <p>- Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>S : Klien mengatakan nyeri pada saat melakukan aktivitas</p> <p>O : Klien tampak memegang perutnya</p> <p>- Memfasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>: Klien mengatakan nyeri pada saat melakukan aktivitas</p> <p>O : Klien tampak memegang perutnya</p> <p>Edukasi</p> <p>- Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>S : Klien mengatakan ingin melakukan mobilisasi</p> <p>O : klien tampak memegang perutnya</p>	<p>- Pasien terpasang DC</p> <p>A : Masalah gangguan mobilisasi fisik belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 5. Fasilitasi melakukan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 7. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 8. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan 	
--	--	---	---	--

		<p>- Menganjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>S : Klien mengatakan ingin melakukan mobilisasi</p> <p>O : Klien tampak memegang perutnya</p> <p>- Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p> <p>S : Klien mengatakan jika bergerak nyerinya terasa</p> <p>O : Klien tampak cemas</p>		
Menyusui tidak efektif b.d Ketidakadekuatan suplai ASI (D. 0029)	23 November 2022	<p>Edukasi menyusui (I.12393)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>S : - Klien mengatakan ASI belum keluar hanya sedikit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan belum mengerti cara menyusui (posisi yang benar untuk menyusui) - Klien mengatakan putting susu terasa nyeri dan sedikit lec - Klien mengatakan sering memijat payudaranya sambil menyusui/sebelu 	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ASI belum keluar , hanya sedikit - Pasien mengatakan belum mengerti cara menyusui - Pasien mengatakan puting susu lecet. <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Payudara terasa sedikit keras - Pasien belum mengerti cara memberi posisi yang benar ketika memberikan ASI kepada bayi - Puting susu ada sedikit lecet - Pasien tampak kebingungan dan merasa bersalah karena belum bisa memberikan ASI kepada anaknya <p>A : Masalah menyusui tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	

		<p>m menyusui</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan merasa kebingungan karena tidak dapat memberikan ASI sesuai kebutuhan bayi - Klien mengatakan baru mencoba 1x melakukan pumping <p>O : Payudara terasa keras</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>S : -</p> <p>O : puting susu tampak sedikit kemerahan</p> <p>3. Memberikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>S : klien mengatakan ingin ASI keluar banyak</p> <p>O : ASI keluar hanya sedikit</p> <p>4. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>S: Klien mengatakan bagaimana cara posisi yang benar untuk menyusui</p> <p>O : klien tampak ingin mengetahui</p> <p>5. Mendukung ibu meningkatkan</p>	<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"> 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 6. Libatkan sistem pendukung <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 8. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan pelekatan dengan benar 9. Ajarkan perawatan payudara anteparpum dengan mengkompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 10. Ajarkan perawatan payudara. 	
--	--	---	--	--

		<p>kepercayaan diri dalam menyusui</p> <p>S : -</p> <p>O: Klien tampak percaya</p> <p>6. Melibatkan sistem pendukung</p> <p>S :-</p> <p>O : Keluarga klien sangat mendukung</p> <p>Edukasi :</p> <p>7. Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</p> <p>S : Klien mengatakan tidak mengetahui manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</p> <p>O : Klien tampak bertanya-tanya</p> <p>8. Mengajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan pelekatan dengan benar</p> <p>S : Klien mengatakan tidak mengetahui posisi menyusui yang baik</p> <p>O: Klien tampak ingin tahu</p> <p>9. Mengajarkan perawatan payudara anteparpum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa</p> <p>S : klien mengatakan belum memahami perawatan payudara</p>	
--	--	---	--

		<p>O: Klien tampak ingin tahu</p> <p>10. Ajarkan perawatan payudara.</p> <p>S : Klien mengatakan belum memahami perawatan payudara</p> <p>O: Klien tampak ingin tahu</p>		
Gangguan pola tidur b.d Kurang kontrol tidur (D. 0055)	23 November 2022	<p>Dukungan tidur (I.09265)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>S : klien mengatakan sulit tidur karena nyeri</p> <p>O : -</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>S : klien mengatakan sering terjaga untuk menyusui bayi</p> <p>O : -</p> <p>Terapeutik :</p> <p>3. Memodifikasi lingkungan</p> <p>S : klien mengatakan pola tidur berubah</p> <p>O : -</p> <p>4. Membatasi waktu tidur siang</p> <p>S : klien mengeluh istirahat tidak cukup</p> <p>O : -</p> <p>5. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sulit tidur karena nyeri - Klien mengatakan sering terjaga untuk menyusui bayi - Klien mengatakan pola tidur berubah - Klien mengeluh istirahat tidak cukup <p>O : Pasien tampak pucat karena tidurnya terganggu semalam</p> <p>A : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Batasi waktu tidur siang 3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi) <p>Edukasi :</p>	

		<p>S : klien mengatakan nyeri bertambah jika untuk bergerak dan berganti posisi</p> <p>O : -</p> <p>Edukasi :</p> <p>6. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>S : klien mengatakan sering terjaga untuk menyusui bayi</p> <p>O : -</p> <p>7. Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur</p> <p>S : klien mengatakan pola tidur berubah</p> <p>O : -</p>	<p>4. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama hamil</p>	
Resiko infeksi b.d Efek prosedur invasif (D.0142	23 November 2022	<p>Observasi :</p> <p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>S : klien mengatakan terdapat luka dibagian perut bawah bekas operasi SC</p> <p>O : tampak luka operasi dibalut kassa</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Mencuci tangan sebelum sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>S : klien mengatakan jarang mencuci tangan</p> <p>O : mengajarkan cara</p>	<p>S:</p> <p>Pasien mengatakan baru pertama kali operasi SC</p> <p>O :</p> <p>- Pasien tampak cemas</p> <p>A : Masalah resiko infeksi belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p>	

		<p>mencuci tangan</p> <p>Edukasi :</p> <p>3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>S : klien mengatakan terdapat luka dibagian perut bawah bekas operasi SC</p> <p>O : tampak luka dibalut kassa</p> <p>4. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>S : klien mengatakan jarang mencuci tangan</p> <p>O : mengajarkan cara mencuci tangan</p> <p>5. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>S : klien mengatakan terdapat luka dibagian perut bawah bekas operasi SC</p> <p>O : tampak luka dibalut kassa</p>	<p>Edukasi :</p> <p>3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>5. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p>	
--	--	---	---	--

CATATAN PERKEMBANGAN KE 2

Tabel 3. 9

Catatan Perkembangan Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.U Post Sectio Caesarea
Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Rambutan Rsud Cengkareng, Jakarta Barat
Tahun 2022

Nama Klien : An. U
Tanggal Pengkajian : 24 November 2022
Jenis Kelamin : Perempuan

Dx Medis : KPD
Ruangan : Rambutan

Dx. Keperawatan	Hari dan Tanggal	Rencana Tindakan	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) (D. 0077)	24 November 2022	<p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri</p> <p>S : klien mengatakan nyeri pada bagian perut berkurang</p> <p>O : klien tampak meringis</p> <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>S : klien mengatakan skala nyeri 5</p> <p>O : klien tampak meringis</p> <p>3. Mengidentifikasi faktor penyebab nyeri</p> <p>S : klien mengatakan nyeri dibagian perut bekas SC sudah berkurang</p> <p>O : klien tampak tenang</p> <p>Terapeutik :</p> <p>4. Memberikan teknik nonfarmakologis</p> <p>S : klien mengatakan tarik nafas dalam jika nyeri</p> <p>O : klien tampak relaksasi</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri dibagian perut bekas operasi SC berkurang <p>TTV :</p> <p>TD : 123/78 mmHg</p> <p>N : 85 x/menit</p> <p>S : 36,3 oC</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>SPO2 : 98%</p> <p>P : Nyeri luka jahian muncul ketika klien bergerak</p> <p>Q : Seperi teriris-iris</p> <p>R : Abdomen</p> <p>S : Skala 5</p> <p>T : Hilang timbul pada saat bergerak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis berkurang - Klien tampak tenang <p>A : Masalah nyeri akut</p>	

		<p>napas dalam ketika diberi teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>5. Memfasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>S : klien mengatakan sulit tidur karena nyeri</p> <p>O : memberikan klien waktu untuk tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>6. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>S : klien mengatakan jika nyeri terasa tarik nafas dalam</p> <p>O : klien tampak paham</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>7. Berkolaborasi pemberian analgetik</p> <p>S : klien mengatakan diberi obat</p> <p>O : klien diberikan abat asam mefenamat 3x 500mg</p>	<p>teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi :</p> <p>5. Identifikasi skala nyeri</p> <p>Terapeutik :</p> <p>6. Berikan teknik nonfarmakologis</p> <p>7. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi :</p> <p>8. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>6. Kolaborasi pemberian analgetik (asam mefenamat 3x 500mg)</p>	
Gangguan mobilitas fisik b.d Nyeri (D. 0054)	24 November 2022	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>S : Klien mengatakan secara bertahap sudah melakukan aktivitasnya</p> <p>O : Klien tampak gelsah</p> <p>2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>S : Klien mengatakan aktivitas klien dibantu oleh suaminya</p>	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan secara bertahap sudah melakukan aktivitasnya - pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh suaminya. <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah - Pasien terpasang DC <p>A : Masalah gangguan mobilisasi fisik teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	

		<p>O : Klien terpasang DC</p> <p>3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>S : -</p> <p>O : Klien tampak meringis</p> <p>Terapeutik :</p> <p>4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>S : Klien mengatakan nyeri pada saat melakukan aktivitas berkurang</p> <p>O : Klien tampak memegang perutnya</p> <p>5. Memfasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>S : Klien mengatakan bertahap melakukan miring kanan dan miring kiri</p> <p>O : Klien tampak memegang perutnya</p> <p>Edukasi</p> <p>6. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>S : Klien mengatakan ingin melakukan mobilisasi</p> <p>O : klien tampak memegang perutnya</p> <p>7. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>S : Klien mengatakan ingin melakukan mobilisasi</p> <p>O : Klien tampak memegang perutnya</p> <p>8. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p> <p>S : Klien mengatakan jika</p>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifika toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 4. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 5. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan 	
--	--	--	---	--

		bergerak nyerinya terasa O : Klien tampak cemas	
Menyusui tidak efektif b.d Ketidakadeguan suplai ASI (D. 0029)	24 November 2022	<p>Edukasi menyusui (I.12393)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>S : - Klien mengatakan ASInya keluar sedikit</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sedikit memahami cara menyusui (posisi yang benar untuk menyusui) Klien mengatakan puting susu terasa nyeri dan sedikit lecet Klien mengatakan sering memijat payudaranya sambil menyusui/sebelum menyusui Pasien berusaha memberikan ASI kepada anaknya sesuai kebutuhan bayi Klien mengatakan baru mencoba 3x melakukan pumping <p>O : Payudara terasa sedikit keras</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan 	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan ASInya keluar sedikit Pasien mengatakan sedikit mengerti cara menyusui (posisi yang benar untuk menyusui) Pasien mengatakan puting susu sedikit lecet. <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> Payudara terasa sedikit keras Pasien sedikit memahami cara memberi posisi yang benar ketika memberikan ASI kepada bayi Puting susu ada sedikit lecet Pasien berusaha memberikan ASI kepada anaknya <p>A : Masalah menyusui tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan Berikan kesempatan untuk

		<p>S : - O : puting susu tampak sedikit kemerahan 3. Memberikan kesempatan untuk bertanya S : klien mengatakan ingin ASI keluar banyak O : ASI keluar hanya sedikit 4. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan S: Klien mengatakan bagaimana cara posisi yang benar untuk menyusui O : klien tampak ingin mengetahui 5. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui S : - O: Klien tampak percaya 6. Melibatkan sistem pendukung S :- O : Keluarga klien sangat mendukung Edukasi : 7. Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi S : Klien mengatakan tidak mengetahui manfaat menyusui bagi ibu dan bayi O : Klien tampak bertanya-tanya 8. Mengajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan pelekatan dengan benar S : Klien mengatakan tidak</p>	<p>bertanya 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 6. Libatkan sistem pendukung Edukasi : 7. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 8. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan pelekatan dengan benar 9. Ajarkan perawatan payudara anteparpum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 10. Ajarkan perawatan payudara.</p>	
--	--	---	---	--

		<p>mengetahui posisi menyusui yang baik</p> <p>O: Klien tampak ingin tahu</p> <p>9. Mengajarkan perawatan payudara anteparpum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa</p> <p>S : klien mengatakan belum memahami perawatan payudara</p> <p>O: Klien tampak ingin tahu</p> <p>10. Ajarkan perawatan payudara.</p> <p>S : Klien mengatakan sedikit memahami perawatan payudara</p> <p>O: Klien tampak ingin tahu</p>		
Gangguan pola tidur b.d Kurang kontrol tidur (D. 0055)	24 November 2022	<p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>S : klien mengatakan tidurnya sedikit terasa nyaman</p> <p>O : -</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>S : klien mengatakan sering terjaga untuk menyusui bayi</p> <p>O : -</p> <p>Terapeutik :</p> <p>3. Memodifikasi lingkungan</p> <p>S : klien mengatakan pola tidurnya sedikit membaik</p> <p>O : -</p> <p>4. Membatasi waktu tidur siang</p> <p>S : klien mengatakan istirahat</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidurnya sedikit terasa nyaman - Klien mengatakan sering terjaga untuk menyusui bayi - Klien mengatakan pola tidurnya sedikit membaik - Klien mengatakan istirahatnya sedikit merasa cukup <p>O : Pasien tampak terlihat sedikit lebih tenang dan kooperatif</p> <p>A : Masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Identifikasi pola</p>	

		<p>sedikit cukup</p> <p>O : -</p> <p>5. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi)</p> <p>S : klien mengatakan nyeri sedikit terasa jika untuk bergerak dan berganti posisi</p> <p>O : -</p> <p>Edukasi :</p> <p>6. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>S : klien mengatakan sering terjaga untuk menyusui bayi</p> <p>O : -</p> <p>7. Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur</p> <p>S : klien mengatakan pola tidur sedikit membaik</p> <p>O : -</p>	<p>aktivitas dan tidur</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Batasi waktu tidur siang</p> <p>3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi)</p> <p>Edukasi :</p> <p>4. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama hamil</p>	
Resiko infeksi b.d Efek prosedur invasif (D.0142	24 November 2022	<p>Observasi :</p> <p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>S : klien mengatakan terdapat luka dibagian perut bawah bekas operasi SC</p> <p>O : tampak luka operasi dibalut kassa</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>S : klien mengatakan sering</p>	<p>S:</p> <p>Pasien mengatakan baru pertama kali operasi SC</p> <p>O :</p> <p>- Pasien tampak sedikit tenang dan kooperatif</p> <p>A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Cuci tangan</p>	

		<p>mencuci tangan</p> <p>O : mengajarkan cara mencuci tangan</p> <p>Edukasi :</p> <p>3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>S : klien mengatakan terdapat luka dibagian perut bawah bekas operasi SC</p> <p>O : tampak luka dibalut kassa</p> <p>4. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>S : klien mengatakan sering mencuci tangan</p> <p>O : mengajarkan cara mencuci tangan</p> <p>5. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>S : klien mengatakan terdapat luka dibagian perut bawah bekas operasi SC</p> <p>O : tampak luka dibalut kassa</p>	<p>sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi :</p> <p>3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>5. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p>	
--	--	--	---	--

CATATAN PERKEMBANGAN KE 3

Tabel 3. 10

Catatan Perkembangan Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.U Post Sectio Caesarea
Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Rambutan Rsud Cengkareng, Jakarta Barat
Tahun 2022

Nama Klien : An. U
Tanggal Pengkajian : 25 November 2022
Jenis Kelamin : Perempuan

Dx Medis : KPD
Ruangan : Rambutan

Dx. Keperawatan	Hari dan Tanggal	Rencana Tindakan	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) (D. 0077)	25 November 2022	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri S : Klien mengatakan nyeri dibagian perut bekas operasi SC jarang timbul O : klien tampak tenang 2. Mengidentifikasi skala nyeri S : klien mengatakan skala nyeri 3 O : klien tampak meringis 3. Mengidentifikasi faktor penyebab nyeri S : klien mengatakan nyeri dibagian perut bekas SC jarang timbul O : klien tampak tenang <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Memberikan teknik nonfarmakologis S : klien mengatakan tarik 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri dibagian perut bekas operasi SC jarang timbul <p>TTV :</p> <p>TD : 123/78 mmHg N : 85 x/menit S : 36,3 °C RR : 20 x/menit SPO2 : 100%</p> <p>P : Nyeri luka jahian muncul ketika klien bergerak Q : Seperi teriris-iris R : Abdomen S : Skala 3 T : Hilang timbul pada saat bergerak O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sudah tidak meringis <p>A : Masalah nyeri akut teratasi</p>	

		<p>napas dalam jika nyeri</p> <p>O : klien tampak relaksasi napas dalam ketika diberi teknik relaksasi napas dalam</p> <p>5. Memfasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>S : klien mengatakan istirahat cukup</p> <p>O : memberikan klien waktu untuk tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>6. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>S : klien mengatakan jika nyeri terasa tarik napas dalam</p> <p>O : klien tampak paham</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>7. Berkolaborasi pemberian analgetik</p> <p>S : klien mengatakan diberi obat</p> <p>O : klien diberikan obat asam mefenamat 500mg</p>	<p>P : Intervensi dihentikan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi skala nyeri <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Berikan teknik nonfarmakologis 3. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Kolaborasi pemberian analgetik (asam mefenamat 500 mg) 	
Gangguan mobilitas fisik b.d Nyeri (D. 0054)	25 November 2022	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya <p>S : Klien mengatakan secara bertahap sudah melakukan aktivitasnya</p> <p>O : Klien tampak kooperatif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan <p>S : Klien mengatakan</p>	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan secara bertahap sudah melakukan aktivitasnya - pasien mengatakan bisa melakukan aktivitasnya dengan sendiri <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tenang - Pasien tidak terpasang DC <p>A : Masalah gangguan mobilisasi fisik teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	

		<p>melakukan aktivitasnya dengan sendiri</p> <p>O : Klien tidak terpasang DC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>S :-</p> <p>O : Klien tampak tidak meringis</p> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu <p>S : Klien mengatakan sedikit nyeri pada saat melakukan aktivitas berkurang</p> <p>O : Klien tampak memegang perutnya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memfasilitasi melakukan pergerakan <p>S : Klien mengatakan bertahap melakukan miring kanan dan miring kiri</p> <p>O : Klien tampak memegang perutnya</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi <p>S : Klien mengatakan melakukan mobilisasi</p> <p>O : klien tampak memegang perutnya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan melakukan mobilisasi dini <p>S : Klien mengatakan melakukan mobilisasi</p> <p>O : Klien tampak kooperatif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifika toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu - Fasilitasi melakukan pergerakan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan 	
--	--	--	--	--

		<p>dilakukan</p> <p>S : Klien mengatakan jika bergerak nyerinya sedikit terasa</p> <p>O : Klien tampak tenang</p>		
Menyusui tidak efektif b.d Ketidakadekuatan suplai ASI (D. 0029)	25 November 2022	<p>Edukasi menyusui (I.12393)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>S : - Klien mengatakan ASInya keluar banyak</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan memahami cara menyusui (posisi yang benar untuk menyusui) Klien mengatakan putting susu tidak terasa nyeri dan tidak lecet Klien mengatakan sering memijat payudaranya sambil menyusui/sebelum menyusui Pasien berusaha memberikan ASI kepada anaknya sesuai kebutuhan bayi Klien mengatakan tidak melakukan pumping karena ASI sudah keluar banyak <p>O : Payudara teraba tidak</p>	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan ASInya keluar banyak Pasien mengatakan memahami cara menyusui (posisi yang benar untuk menyusui) Pasien mengatakan puting susu tidak lecet. <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> Payudara tidak terasa keras Pasien sedikit memahami cara memberi posisi yang benar ketika memberikan ASI kepada bayi Puting susu tidak lecet Pasien berusaha memberikan ASI kepada anaknya <p>A : Masalah menyusui tidak efektif teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 	

		<p>keras</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>S : -</p> <p>O : puting susu sudah tidak kemerahan</p> <p>2. Memberikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>S : klien mengatakan ingin ASI keluar banyak agar kebutuhan bayi terpenuhi</p> <p>O : ASI keluar banyak</p> <p>3. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>S: Klien mengatakan sudah memahami cara posisi yang benar untuk menyusui</p> <p>O : klien tampak kooperatif</p> <p>4. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</p> <p>S : -</p> <p>O: Klien tampak percaya</p> <p>5. Melibatkan sistem pendukung</p> <p>S :-</p> <p>O : Keluarga klien sangat mendukung</p> <p>Edukasi :</p> <p>6. Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</p> <p>S : Klien mengatakan mengetahui manfaat</p>	<p>3. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>5. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</p> <p>6. Libatkan sistem pendukung</p> <p>Edukasi :</p> <p>7. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</p> <p>8. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan pelekatan dengan benar</p> <p>9. Ajarkan perawatan payudara anteparpum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa</p> <p>10. Ajarkan perawatan payudara.</p>	
--	--	---	---	--

		<p>menyusui bagi ibu dan bayi</p> <p>O : Klien tampak kooperatif</p> <p>7. Mengajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan pelekatan dengan benar</p> <p>S : Klien mengatakan sudah mengetahui posisi menyusui yang baik</p> <p>O: Klien tampak kooperatif</p> <p>8. Mengajarkan perawatan payudara anteparpum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa</p> <p>S : klien mengatakan sudah memahami perawatan payudara</p> <p>O: Klien tampak kooperatif</p> <p>9. Ajarkan perawatan payudara</p> <p>S : Klien mengatakan memahami perawatan payudara</p> <p>O: Klien tampak kooperatif</p>		
Gangguan pola tidur b.d Kurang kontrol tidur (D. 0055)	25 November 2022	<p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>S : klien mengatakan tidurnya terasa nyaman</p> <p>O : -</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidurnya terasa nyaman - Klien mengatakan terjaga untuk menyusui bayi - Klien mengatakan pola tidurnya membaik - Klien mengatakan 	

		<p>S : klien mengatakan terjaga untuk menyusui bayi</p> <p>O : -</p> <p>Terapeutik :</p> <p>3. Memodifikasi lingkungan</p> <p>S : klien mengatakan pola tidurnya membaik</p> <p>O : -</p> <p>4. Membatasi waktu tidur siang</p> <p>S : klien mengatakan istirahat cukup</p> <p>O : -</p> <p>5. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi)</p> <p>S : klien mengatakan nyeri tidak terasa jika untuk bergerak dan berganti posisi</p> <p>O : -</p> <p>Edukasi :</p> <p>6. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>S : klien mengatakan terjaga untuk menyusui bayi</p> <p>O : -</p> <p>7. Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur</p> <p>S : klien mengatakan pola tidur membaik</p> <p>O : -</p>	<p>istirahatnya merasa cukup</p> <p>O : Pasien tampak terlihat lebih tenang dan kooperatif</p> <p>A : Masalah gangguan pola tidur teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Batasi waktu tidur siang</p> <p>3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi)</p> <p>Edukasi :</p> <p>4. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama hamil</p>	
Resiko infeksi b.d Efek prosedur invasif (D.0142)	25 November 2022	<p>Observasi :</p> <p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p>	<p>S:</p> <p>Pasien mengatakan baru pertama kali operasi SC</p> <p>O :</p>	

		<p>S : klien mengatakan terdapat luka dibagian perut bawah bekas operasi SC</p> <p>O : tampak luka operasi dibalut kassa</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>S : klien mengatakan sering mencuci tangan</p> <p>O : mengajarkan cara mencuci tangan</p> <p>Edukasi :</p> <p>3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>S : klien mengatakan terdapat luka dibagian perut bawah bekas operasi SC</p> <p>O : tampak luka dibalut kassa</p> <p>4. Mengajarkan cara mencuci tangan de benar</p> <p>S : klien m takan sering mencuci tangan</p> <p>O : mengajarkan cara mencuci tangan</p> <p>5. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>S : klien mengatakan terdapat luka dibagian perut bawah bekas operasi SC</p> <p>O : tampak luka dibalut kassa</p>	<p>- Pasien tampak tenang dan kooperatif</p> <p>A : Masalah resiko infeksi teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi :</p> <p>3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>5. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p>	
--	--	--	---	--

ANALISA DATA

Tabel 3. 11

Analisa Data Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.R Post Sectio Caesarea
Dengan Indikasi Preeklamsi Ruang Rambutan Rsud Cengkareng, Jakarta Barat Tahun
2022

Nama Klien: An. R

Dx Medis : Preeklamsi

Tanggal Pengkajian : 23 November 2022

Ruangan : Rambutan

Jenis Kelamin : Perempuan

No	Data	Masalah Keperawatan	Etiologi
1.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh nyeri dibagian perut bekas operasi SC - Pasien mengeluh pusing <p>P : Nyeri luka jahitan muncul ketika klien bergerak</p> <p>Q : Seperi teriris-iris</p> <p>R : Abdomen</p> <p>S : Skala 6</p> <p>T : Hilang timbul pada saat bergerak</p> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak meringis - pasien tampak memegang kepala - pasien tampak pucat dan lemah - TTV pasien <p>TD : 183/90 mmHg</p> <p>Nadi : 83 x/menit</p> <p>Suhu : 36,2 oC</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>SPO2 : 99%</p>	Nyeri akut	Agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) (D. 0077)
2.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan belum banyak melakukan aktivitas - pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh suami. <p>Data Objektif :</p>	Gangguan mobilitas fisik	Nyeri (D. 0054)

	- Pasien tampak gelisah - Pasien terpasang DC		
3	Data Subjektif - Pasien mengatakan tidurnya terganggu jika nyeri terasa. Data Objektif - Pasien tampak lemas	Gangguan pola tidur	Kurang kontrol tidur (D. 0055)
4	Data Subjektif - Pasien mengatakan luka jahitan pasca operasi terasa jika bergerak Data Objektif - Pasien tampak cemas	Resiko infeksi	Efek prosedur invasif (D.0142)

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tabel 3. 12

Diagnosa Keperawatan Maternitas Pada Ny.R Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Preeklamsi Ruang Rambutan
Rsud Cengkareng, Jakarta Barat Tahun 2022

NO.	DIAGNOSA
1.	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) (D. 0077)
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d Nyeri (D. 0054)
3	Gangguan pola tidur b.d Kurang kontrol tidur (D. 0055)
4	Resiko infeksi b.d Efek prosedur invasif (D.0142)

RENCANA TINDAKAN

Tabel 3. 13

Rencana Tindakan Keperawatan Maternitas Pada Ny.R Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi
Preeklamsi Ruang Rambutan Rsud Cengkareng, Jakarta Barat Tahun 2022

Nama Klien : An. R
Tanggal Pengkajian : 23 November 2022
Jenis Kelamin : Perempuan

Dx Medis : Preeklamsi
Ruangan : Rambutan

No	Dx. Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
1.	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) (D. 0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan KH : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun (L.08066)	Manajemen nyeri (I. 08238) Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor penyebab nyeri Terapeutik : 4. Beri teknik nonfarmakologis 5. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgetik (asam mefenamat 3x 500mg)
2	Gangguan mobilitas fisik b.d Nyeri (D. 0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan KH : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Ketegangan otot	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

		menurun (D. 0054)	<p>3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Terapeutik :</p> <p>4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>5. Fasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>Edukasi :</p> <p>6. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>7. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>8. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p>
3	Gangguan pola tidur b.d Kurang kontrol tidur (D. 0055)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan pola tidur berubah menurun 4. Keluhan istirahat tidak cukup menurun <p>(L.05045)</p>	<p>Dukungan tidur (I.09265)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Modifikasi lingkungan 4. Batasi waktu tidur siang 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi) <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 7. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur
4	Resiko infeksi b.d Efek prosedur invasif (D.0142)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri menurun 	<p>Pencegahan infeksi (I. 14539)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik :</p>

		2. Kadar sel darah putih membaik (L.14137)	2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi : 3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 4. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 5. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
--	--	--	---

CATATAN PERKEMBANGAN KE 1

Tabel 3. 14

Catatan Perkembangan Keperawatan Maternitas Pada Ny.R Post Sectio Caesarea Dengan
Indikasi Preeklamsi Ruang Rambutan Rsud Cengkareng, Jakarta Barat Tahun 2022

Nama Klien : An. R
Tanggal Pengkajian : 23 November 2022
Jenis Kelamin : Perempuan

Dx Medis : Preeklamsi
Ruang : Rambutan

Dx. Keperawatan	Hari dan Tanggal	Rencana Tindakan	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) (D. 0077)	23 November 2022	Manajemen nyeri (I. 08238) Observasi : 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri S : klien mengeluh nyeri di bagian perut bekas operasi SC O : klien tampak meringis 2. Mengidentifikasi skala nyeri	Data Subjektif : - Pasien mengeluh nyeri dibagian perut bekas operasi SC - Pasien mengeluh pusing Data Objektif : - pasien tampak meringis - Pasien tampak memegang kepala - pasien tampak pucat dan lemah TD : 183/90 mmHg	

		<p>S : klien mengatakan skala nyeri 6</p> <p>O : klien tampak meringis</p> <p>3. Mengidentifikasi faktor penyebab nyeri</p> <p>S : klien mengeluh pusing</p> <p>O : klien tampak memegang kepala</p> <p>Terapeutik :</p> <p>4. Memberikan teknik nonfarmakologis</p> <p>S : klien mengatakan tarik nafas dalam jika nyeri</p> <p>O : klien tampak pucat dan lemah</p> <p>5. Memfasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>S : klien mengatakan sulit tidur karena nyeri</p> <p>O : memberikan klien waktu untuk tidur</p> <p>Edukasi :</p> <p>6. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>S : klien mengatakan jika nyeri terasa tarik nafas dalam</p> <p>O : klien tampak paham</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>7. Berkolaborasi pemberian analgetik</p> <p>S : klien mengatakan diberi obat</p> <p>O : klien diberikan obat asam mefenamat 500mg</p>	<p>Nadi : 83 x/menit</p> <p>Suhu : 36,2 oC</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>SPO2 : 99%</p> <p>P : Nyeri luka jahitan muncul ketika klien bergerak</p> <p>Q : Seperi teriris-iris</p> <p>R : Abdomen</p> <p>S : Skala 6</p> <p>T : Hilang timbul pada saat bergerak</p> <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Identifikasi skala nyeri</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Berikan teknik nonfarmakologis</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi :</p> <p>4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>7. Kolaborasi pemberian analgetik (asam mefenamat 3x 500mg)</p>	
Gangguan mobilitas	23 November	Dukungan mobilisasi	Data Subjektif :	

fisik b.d Nyeri (D. 0054)	2022	(I.05173) Observasi : 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya S : Klien mengatakan belum banyak melakukan aktivitas O : Klien tampak gelsah 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan S : Klien mengatakan aktivitas klien dibantu oleh suaminya O : Klien terpasang DC 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi S : - O : Klien tampak meringis Terapeutik : 4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu S : Klien mengatakan nyeri pada saat melakukan aktivitas O : Klien tampak memegang perutnya 5. Memfasilitasi melakukan pergerakan S : Klien mengatakan nyeri pada saat melakukan aktivitas O : Klien tampak memegang perutnya Edukasi : 6. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	- pasien mengatakan belum banyak melakukan aktivitas - pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh suami. Data Objektif : - Pasien tampak gelisah - Pasien terpasang DC A : Masalah gangguan mobilisasi fisik belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik : 4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 5. Fasilitasi melakukan pergerakan Edukasi 6. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 7. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 8. Ajarkan mobilisasi	
----------------------------	------	--	--	--

		<p>S : Klien mengatakan ingin melakukan mobilisasi</p> <p>O : klien tampak memegang perutnya</p> <p>7. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>S : Klien mengatakan ingin melakukan mobilisasi</p> <p>O : Klien tampak memegang perutnya</p> <p>8. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p> <p>S : Klien mengatakan jika bergerak nyerinya terasa</p> <p>O : Klien tampak gelisah</p>	<p>sederhana yang harus dilakukan</p>	
<p>Gangguan pola tidur b.d Kurang kontrol tidur (D. 0055)</p>	<p>23 November 2022</p>	<p>Dukungan tidur (I.09265)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>S : klien mengatakan tidurnya terganggu jika nyeri terasa</p> <p>O : pasien tampak lemas</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>S : klien mengatakan jika tidur selalu terbangun</p> <p>O : -</p> <p>Terapeutik :</p> <p>3. Memodifikasi lingkungan</p> <p>S : klien mengatakan tidurnya terganggu</p> <p>O : -</p> <p>4. Membatasi waktu tidur siang</p> <p>S : klien mengeluh istirahat</p>	<p>Data Subjektif</p> <p>- Pasien mengatakan tidurnya terganggu jika nyeri terasa.</p> <p>Data Objektif</p> <p>- Pasien tampak lemas</p> <p>A : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Batasi waktu tidur siang</p> <p>3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi)</p>	

		<p>sedikit terasa nyenyak</p> <p>O : -</p> <p>5. Melakuka prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi)</p> <p>S : klien mengatakan nyeri bertambah jika untuk bergerak dan berganti posisi</p> <p>O : -</p> <p>Edukasi :</p> <p>6. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>S : klien mengatakan mudah terbangun jika nyeri terasa</p> <p>O : -</p> <p>7. Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur</p> <p>S : klien mengatakan pola tidur berubah</p> <p>O : -</p>	<p>Edukasi :</p> <p>4. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama hamil</p>	
Resiko infeksi b.d Efek prosedur invasif (D.0142	23 November 2022	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>S : klien mengatakan luka jahitan pasca operasi terasa jika bergerak</p> <p>O : tampak luka operasi dibalut kassa</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak</p>	<p>Data Subjektif</p> <p>- Pasien mengatakan luka jahitan pasca operasi terasa jika bergerak</p> <p>Data Objektif</p> <p>- Pasien tampak cemas</p> <p>A : Masalah resiko infeksi belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi</p>	

		<p>dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>S : klien mengatakan jarang mencuci tangan</p> <p>O : mengajarkan cara mencuci tangan</p> <p>Edukasi :</p> <p>3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>S : klien mengatakan terdapat luka dibagian perut bawah bekas operasi SC</p> <p>O : tampak luka dibalut kassa</p> <p>4. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>S : klien mengatakan jarang mencuci tangan</p> <p>O : mengajarkan cara mencuci tangan</p> <p>5. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>S : klien mengatakan terdapat luka dibagian perut bawah bekas operasi SC</p> <p>O : tampak luka dibalut kassa</p>	<p>lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi :</p> <p>3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>5. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p>	
--	--	--	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN KE 2

Tabel 3. 15

Catatan Perkembangan Keperawatan Maternitas Pada Ny.R Post Sectio Caesarea Dengan
Indikasi Preeklamsi Ruang Rambutan Rsud Cengkareng, Jakarta Barat Tahun 2022

Nama Klien : An. R
Tanggal Pengkajian : 24 November 2022
Jenis Kelamin : Perempuan

Dx Medis : Preeklamsi
Ruang : Rambutan

Dx. Keperawatan	Hari dan Tanggal	Rencana Tindakan	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) (D. 0077)	24 November 2022	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri</p> <p>S : klien mengeluh nyeri di bagian perut bekas operasi SC berkurang</p> <p>O : klien tampak meringis berkurang</p> <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>S : klien mengatakan skala nyeri 5</p> <p>O : klien tampak meringis</p> <p>3. Mengidentifikasi faktor penyebab nyeri</p> <p>S : klien mengeluh pusing berkurang</p> <p>O : klien tampak memegang kepala</p> <p>Terapeutik :</p> <p>4. Memberikan teknik</p>	<p>Data Subjektif :</p> <p>- Pasien mengeluh nyeri dibagian perut bekas operasi SC berkurang</p> <p>- Pasien mengeluh pusing berkurang</p> <p>Data Objektif :</p> <p>- pasien tampak meringis berkurang</p> <p>- Pasien tampak memegang kepala</p> <p>- pasien tampak pucat dan lemah</p> <p>- TTV pasien</p> <p>TD : 183/90 mmHg</p> <p>Nadi : 83 x/menit</p> <p>Suhu : 36,2 oC</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>SPO2 : 99%</p> <p>P : Nyeri luka jahitan muncul ketika klien bergerak</p> <p>Q : Seperi teriris-iris</p>	

		<p>nonfarmakologis</p> <p>S : klien mengatakan tarik nafas dalam jika nyeri</p> <p>O : klien tampak pucat dan lemah</p> <p>5. Memfasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>S : klien mengatakan sulit tidur karena nyeri</p> <p>O : memberikan klien waktu untuk tidur</p> <p>Edukasi :</p> <p>6. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>S : klien mengatakan jika nyeri terasa tarik nafas dalam</p> <p>O : klien tampak paham</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>7. Bekerjasama pemberian analgetik</p> <p>S : klien mengatakan diberi obat</p> <p>O : klien diberikan abas asam mefenamat 500mg</p>	<p>R : Abdomen</p> <p>S : Skala 5</p> <p>T : Hilang timbul pada saat bergerak</p> <p>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi skala nyeri <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Berikan teknik nonfarmakologis 3. Fasilitas istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Kolaborasi pemberian analgetik (asam mefenamat 3x 500mg) 	
Gangguan mobilitas fisik b.d Nyeri (D. 0054)	24 November 2022	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya <p>S : Klien mengatakan belum banyak melakukan aktivitas</p> <p>O : Klien tampak sedikit</p>	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan belum banyak melakukan aktivitas - pasien mengatakan aktivitasnya tidak banyak dibantu oleh suami. <p>Data Objektif :</p>	

		<p>gelisah</p> <p>2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan S : Klien mengatakan aktivitas klien tidak banyak dibantu oleh suaminya O : Klien tidak terpasang DC</p> <p>3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi S : - O : Klien tampak meringis berkurang</p> <p>Terapeutik :</p> <p>4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu S : Klien mengatakan nyeri pada saat melakukan aktivitas O : Klien tampak memegang perutnya</p> <p>5. Memfasilitasi melakukan pergerakan S: Klien mengatakan nyeri pada saat melakukan aktivitas O : Klien tampak memegang perutnya</p> <p>Edukasi :</p> <p>6. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi S : Klien mengatakan ingin melakukan mobilisasi O : klien tampak memegang perutnya</p> <p>7. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini S : Klien mengatakan ingin melakukan mobilisasi O : Klien tampak memegang</p>	<p>- Pasien tampak sedikit gelisah - Pasien tidak terpasang DC A : Masalah gangguan mobilisasi fisik teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Terapeutik :</p> <p>4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 5. Fasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>6. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 7. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 8. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p>	
--	--	--	--	--

		<p>perutnya</p> <p>8. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p> <p>S : Klien mengatakan jika bergerak nyerinya terasa</p> <p>O : Klien tampak gelisah</p>		
Gangguan pola tidur b.d Kurang kontrol tidur (D. 0055)	24 November 2022	<p>Dukungan tidur (I.09265)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>S : klien mengatakan tidurnya terganggu jika nyeri terasa</p> <p>O : klien tampak sedikit lemas</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>S : klien mengatakan jika tidur selalu terbangun</p> <p>O : -</p> <p>Terapeutik :</p> <p>3. Memodifikasi lingkungan</p> <p>S : klien mengatakan tidurnya terganggu</p> <p>O : -</p> <p>4. Membatasi waktu tidur siang</p> <p>S : klien mengeluh istirahat tidak cukup</p> <p>O : -</p> <p>5. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi)</p> <p>S : klien mengatakan nyeri bertambah jika untuk bergerak dan berganti posisi</p> <p>O : -</p>	<p>Data Subjektif</p> <p>- Pasien mengatakan tidurnya sedikit terganggu jika nyeri terasa.</p> <p>Data Objektif</p> <p>- Pasien tampak sedikit lemas</p> <p>A : Masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Batasi waktu tidur siang</p> <p>3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi)</p> <p>Edukasi :</p> <p>Jelaskan pentingnya tidur cukup selama hamil</p>	

		<p>Edukasi :</p> <p>6. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>S : klien mengatakan mudah terbangun jika nyeri terasa</p> <p>O : -</p> <p>7. Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur</p> <p>S : klien mengatakan pola tidur berubah</p> <p>O : -</p>		
Resiko infeksi b.d Efek prosedur invasif (D.0142	24 November 2022	<p>Observasi :</p> <p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>S : klien mengatakan luka jahitan pasca operasi terasa jika bergerak</p> <p>O : tampak luka operasi dibalut kassa</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>S : klien mengatakan jarang mencuci tangan</p> <p>O : mengajarkan cara mencuci tangan</p> <p>Edukasi :</p> <p>3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>S : klien mengatakan terdapat luka dibagian perut bawah bekas operasi SC</p> <p>O : tampak luka dibalut kassa</p> <p>4. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p>	<p>Data Subjektif</p> <p>- Pasien mengatakan luka jahitan pasca operasi sedikit terasa jika bergerak</p> <p>Data Objektif</p> <p>- Pasien tampak sedikit tenang</p> <p>A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi :</p> <p>3. Jelaskan tanda</p>	

		<p>S : klien mengatakan jarang mencuci tangan</p> <p>O : mengajarkan cara mencuci tangan</p> <p>5. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>S : klien mengatakan terdapat luka dibagian perut bawah bekas operasi SC</p> <p>O : tampak luka dibalut kassa</p>	<p>dan gejala infeksi</p> <p>4. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>5. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p>	
--	--	---	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN KE 3

Tabel 3. 16

Catatan Perkembangan Keperawatan Maternitas Pada Ny.R Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Preeklamsi Ruang Rambutan Rsud Cengkareng, Jakarta Barat Tahun 2022

Nama Klien : An. R
 Tanggal Pengkajian : 25 November 2022
 Jenis Kelamin : Perempuan

Dx Medis : Preeklamsi
 Ruangan : Rambutan

Dx. Keperawatan	Hari dan Tanggal	Rencana Tindakan	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) (D. 0077)	25 November 2022	<p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri</p> <p>S : klien mengeluh nyeri di bagian perut bekas operasi SC jarang timbul</p> <p>O : klien tampak tenang</p> <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>S : klien mengatakan skala</p>	<p>Data Subjektif :</p> <p>- Pasien mengeluh nyeri dibagian perut bekas operasi SC jarang timbul</p> <p>- Pasien tidak mengeluh pusing</p> <p>Data Objektif :</p> <p>- pasien tampak tenang</p> <p>- pasien tampak lebih bersemangat</p> <p>- TTV pasien</p>	

		<p>nyeri 3</p> <p>O : klien tampak bersemangat</p> <p>3. Mengidentifikasi faktor penyebab nyeri</p> <p>S : klien mengeluh tidak pusing</p> <p>O : klien tampak tenang</p> <p>Terapeutik :</p> <p>4. Memberikan teknik nonfarmakologis</p> <p>S : klien mengatakan tarik nafas dalam jika nyeri</p> <p>O : klien tampak bersemangat</p> <p>5. Memfasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>S : klien mengatakan tidurnya nyenyak</p> <p>O : memberikan klien waktu untuk tidur</p> <p>Edukasi :</p> <p>6. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>S : klien mengatakan jika nyeri terasa tarik nafas dalam</p> <p>O : klien tampak paham</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>7. Berkolaborasi pemberian analgetik</p> <p>S : klien mengatakan diberi obat</p> <p>O : klien diberikan obat asam mefenamat 500mg</p>	<p>TD : 183/90 mmHg</p> <p>Nadi : 83 x/menit</p> <p>Suhu : 36,2 oC</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>SPO2 : 99%</p> <p>P : Nyeri luka jahitan muncul ketika klien bergerak</p> <p>Q : Seperi teriris-iris</p> <p>R : Abdomen</p> <p>S : Skala 3</p> <p>T : Hilang timbul pada saat bergerak</p> <p>A : Masalah nyeri akut teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi skala nyeri <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Berikan teknik nonfarmakologis 3. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Kolaborasi pemberian analgetik (asam mefenamat 3x 500mg) 	
--	--	---	---	--

<p>Gangguan mobilitas fisik b.d Nyeri (D. 0054)</p>	<p>25 November 2022</p>	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>S : Klien mengatakan sudah banyak melakukan aktivitas</p> <p>O : Klien tampak kooperatif</p> <p>2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>S : Klien mengatakan aktivitasnya tidak dibantu oleh suami</p> <p>O : Klien tidak terpasang DC</p> <p>3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>S : -</p> <p>O : Klien tampak tenang</p> <p>Terapeutik :</p> <p>4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>S : Klien mengatakan banyak melakukan aktivitas</p> <p>O : Klien tampak kooperatif</p> <p>5. Memfasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>S: Klien mengatakan tidak merasakan nyeri pada saat melakukan</p> <p>O : Klien tampak tenang</p> <p>Edukasi :</p> <p>6. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>S : Klien mengatakan ingin melakukan mobilisasi</p> <p>O : klien tampak kooperatif</p>	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan sudah banyak melakukan aktivitas - pasien mengatakan aktivitasnya tidak banyak dibantu oleh suami. <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kooperatif - Pasien tidak terpasang DC <p>A : Masalah gangguan mobilisasi fisik teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 5. Fasilitasi melakukan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 7. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 8. Ajarkan mobilisasi
--	-------------------------	--	---

		<p>7. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>S : Klien mengatakan ingin melakukan mobilisasi</p> <p>O : Klien tampak kooperatif</p> <p>8. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p> <p>S : Klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas dengan sendiri</p> <p>O : Klien tampak tenang</p>	<p>sederhana yang harus dilakukan</p>	
<p>Gangguan pola tidur b.d Kurang kontrol tidur (D. 0055)</p>	<p>25 November 2022</p>	<p>Dukungan tidur (I.09265)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>S : klien mengatakan tidurnya nyenyak</p> <p>O : klien tampak bersemangat dan fres</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>S : klien mengatakan tidurnya tidak terganggu</p> <p>O : -</p> <p>Terapeutik :</p> <p>3. Memodifikasi lingkungan</p> <p>S : klien mengatakan tidurnya tidak terganggu</p> <p>O : -</p> <p>4. Membatasi waktu tidur siang</p> <p>S : klien mengeluh istirahat cukup</p> <p>O : -</p> <p>5. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</p>	<p>Data Subjektif</p> <p>- Pasien mengatakan tidurnya nyenyak</p> <p>Data Objektif</p> <p>- Pasien tampak lebih bersemangat dan fres</p> <p>A : Masalah gangguan pola tidur teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Batasi waktu tidur siang</p> <p>3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi)</p> <p>Edukasi :</p> <p>4. Jelaskan pentingnya tidur</p>	

		<p>(pengaturan posisi)</p> <p>S : klien mengatakan nyeri tidak terasa jika untuk bergerak dan berganti posisi</p> <p>O : -</p> <p>Edukasi :</p> <p>6. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>S : klien mengatakan jarang mudah terbangun</p> <p>O : -</p> <p>7. Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur</p> <p>S : klien mengatakan pola tidur tidak berubah</p> <p>O : -</p>	<p>cukup selama hamil</p>	
<p>Resiko infeksi b.d Efek prosedur invasif (D.0142</p>		<p>Observasi :</p> <p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>S : klien Pasien mengatakan luka jahitan pasca operasi sudah membaik dan jarang merasakan nyeri</p> <p>O : tampak luka operasi dibalut kassa</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>S : klien mengatakan selalu mencuci tangan</p> <p>O : mengajarkan cara mencuci tangan</p> <p>Edukasi :</p> <p>3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p>	<p>Data Subjektif</p> <p>- Pasien mengatakan luka jahitan pasca operasi sudah membaik dan jarang merasakan nyeri</p> <p>Data Objektif</p> <p>- Pasien tampak tenang</p> <p>A : Masalah resiko infeksi teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p>	

		<p>S : klien mengatakan terdapat luka dibagian perut bawah bekas operasi SC</p> <p>O : tampak luka dibalut kassa</p> <p>4. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>S : klien mengatakan selalu mencuci tangan</p> <p>O : mengajarkan cara mencuci tangan</p> <p>5. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>S : klien mengatakan terdapat luka dibagian perut bawah bekas operasi SC</p> <p>O : tampak luka dibalut kassa</p>	<p>dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi :</p> <p>3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>5. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p>	
--	--	---	---	--

BAB IV

HASIL PEMBAHASAN

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

A. Pengkajian

Pengkajian adalah 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 pasien pertama yaitu Ny.U pada tanggal 23 November 2022 dengan hasil pengkajian yang didapatkan adalah klien mengeluh nyeri dibagian perut bekas operasi SC. pasien mengatakan belum banyak melakukan aktivitas karena jika bergerak nyerinya bertambah klien terpasang DC dan akivitasnya dibantu oleh suaminya. Klien mengatakan ASI belum keluar , hanya sedikit, klien mengatakan belum mengerti cara menyusui, pasien mengatakan puting susu lecet, klien mengatakan sulit tidur karena nyeri, klien mengatakan sering terjaga untuk menyusui bayi, klien mengatakan pola tidur berubah, klien mengeluh istirahat tidak cukup, klien mengatakan baru pertama kali operasi SC. Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit kronik dan akut G1P1A0 hamil 34 minggu, di dalam keluarga klien tidak terdapat riwayat bayi kembar, bayi besar dan tidak mempunyai riwayat hipertensi, diabetes melitus dan penyakit menular.

Hasil pengkajian selanjutnya pada Ny.R pada tanggal 23 November 2022 didapatkan hasil

pengkajian bahwa sebelum muncul kencang-kencang klien sudah pernah operasi SC selama 1x. Kemudian Dokter kandungan menyarankan unuk dilakukan tindakan SC dan klien bersedia dilakukan tindakan SC. Setelah dilakukan tindakan operasi SC klien mengeluh nyeri dibagian perut bekas operasi SC. Pasien mengeluh pusing, klien mengatakan belum banyak melakukan aktivitas, aktivitasnya dibantu oleh suami, pasien terpasang DC. Klien mengatakan tidurnya terganggu jika nyeri terasa. Klien mengatakan luka jahitan pasca operasi terasa jika bergerak. Klien mengatakan mempunyai riwayat penyakit hipertensi G2P1A0 hamil 38 minggu, Di dalam keluarga klien tidak terdapat riwayat bayi kembar, bayi besar, ada keluarga yang mempunyai riwayat hipertensi, tidak mempunyai penyakit diabetes melitus dan penyakit menular.

Berdasarkan hasil pengkajian wawancara yang dilakukan pada Ny. U dan Ny. R terdapat beberapa kesamaan, yaitu kedua klien memiliki keluhan yang sama nyeri pada bekas operasi SC. Prosedur dan tindakan klien 1 dan 2 sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Ameliah et al. 2022) tindakan sectio caesaria dilakukan apabila tidak memungkinkan dilakukan persalinan pervaginam disebabkan adanya resiko terhadap ibu atau janin diantaranya komplikasi preeklampsia. Pada saat pengkajian dilakukan baik pasien 1 dan pasien 2 mengatakan dirawat di ruang rambutan dengan indikasi KPD dan Preeklamsia. Pasien 1 mengeluh nyeri pada luka post operasi, dan aktifitas masih dibantu keluarga. Klien 1 juga mengatakan ASI belum keluar, hanya sedikit, klien belum mengerti cara menyusui, klien mengatakan puting susu lecet, tampak payudara terasa sedikit keras, klien tampak kebingungan dan merasa bersalah karena belum bisa memberikan ASI kepada anaknya. Klien mengatakan sulit tidur karena nyeri yang ia rasakan pola tidur kllienpun menjadi berubah dan mengeluh istirahat tidak cukup, klien mengatakan baru pertama kali melakukan tindakan SC, klien sering memeriksakan kandungannya ke puskesmas dan bidan terdekat. Pada pasien 2 mengeluh nyeri pada bagian perut bekas operasi SC klien

mengeluh pusing, Pasien 2 tidak pernah dirawat karena hipertensi sebelum hamil. Klien mengatakan bahwa pernah sekali memeriksakan kandungannya ke puskesmas dengan tekanan mencapai 183/90 mmHg, kemudian beberapa kali memeriksakan kandungannya ke bidan dan dokter spesialis kandungan. Klien 1 mengatakan meskipun sudah diberi obat antihipertensi dari dokter, namun klien 2 mengaku jarang mengonsumsi obat antihipertensinya. Klien mengatakan belum banyak melakukan aktivitasnya, aktivitas diibantu oleh keluarganya.

Dari hasil pemeriksaan fisik klien 1 TTV : TD 125/80 mmHg, N 85 x/menit, RR 20 x/menit, S 36,3°C SPO2 98%. Terdapat luka bekas post operasi SC pada bagian abdomen bawah tertutup kassa dan tidak ada rembesan. Klien tampak meringis dan berhati-hati ketika bergerak. Pemeriksaan abdomen TFU 2 jari dibawah pusat serta pengeluaran pervagina lochea rubra produksi 50 cc, warna merah kehitaman, bau amis, dan konsistensi encer. Sedangkan pada klien 2 TTV : TD 183/90 mmHg, N 83 x/menit, RR 20 x/menit, S 36,2 °C SPO2 100. Terdapat luka bekas post operasi SC pada bagian abdomen bawah tertutup kassa dan tidak ada rembesan. Klien tampak meringis dan berhati-hati ketika bergerak. pemeriksaan abdomen TFU 2 jari dibawah pusat serta pengeluaran pervagina lochea rubra produksi 100 cc, warna merah kehitaman, bau amis, konsistensi encer. Dalam riwayat perkawinan pada klien 1 dan klien 2 memiliki kesamaan yaitu sudah menikah. Untuk riwayat KB pada pasien 1 tidak memiliki riwayat pemakain KB sedangkan pada pasien 2 memiliki riwayat pemakain KB suntik dengan jangka waktu 3 bulan sejak anak pertamanya berusia 1 tahun dan tidak memiliki keluhan selama menggunakan KB.

Menurut asumsi peneliti klien kooperatif saat dilakukan penelitian dari hasil pengkajian kedua klien didapat beberapa yang sesuai teori dan beberapa yang tidak sesuai. Ketidaksesuaian dikarenakan gejala yang dialami klien 1 dan klien 2 berbeda sehingga menimbulkan masalah

keperawatan yang berbeda dengan teori. Hal tersebut dapat dilihat dari masing-masing kondisi.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa 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 medik dan pemberian pelayanan kesehatan yang lain. Komponen-komponen dalam pernyataan diagnosis keperawatan meliputi masalah (problem), penyebab (etiologi), tanda dan gejala (sign and symptom).

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI, 2017), Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada kasus post sectio caesarea, yaitu : nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) (D.0077), gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (D.0054), resiko infeksi b.d efek prosedur invasif (D.0142) Menurut analisa penulis setelah dilakukan pengkajian pada klien 1 dan 2 sesuai dengan data fokus serta analisa data yang dikaji dari kedua klien tersebut didapatkan pada klien 1 ditemukan 5 diagnosa keperawatan yang ditegakkan yaitu Pada klien 1 didapatkan hasil nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) (D.0077), Gangguan mobilitas fisik b.d Nyeri (D.0054), Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029) Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur (D.0055), Resiko infeksi b.d Efek prosedur invasif (D.0142). Dari kedua pasien tersebut didapatkan 1 diagnosa yang berbeda yaitu menyusui tidak efektif b.d ketidak adekuatan suplai ASI (D.0029). Sedangkan pada klien 2 didapatkan 4 diagnosa keperawatannya yaitu nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) (D.0077), gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (D.0054), gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur (D.0055), resiko infeksi b.d efek prosedur invasif (D.0142).

Perumusan penulisan diagnosa keperawatan resiko infeksi yang terdapat pada klien 1 dan 2

menurut teori penulisan diagnosa maka menjadi Resiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif. Resiko infeksi Infeksi adalah invasi tubuh pathogen atau mikroorganisme yang mampu menyebabkan sakit. Risiko infeksi merupakan keadaan dimana seorang individu berisiko terserang oleh agen (virus, jamur, bakteri, protozoa, atau parasit lain) dari sumber-sumber eksternal, sumber-sumber eksogen. Penegakkan diagnosa sudah memenuhi validasi penegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan teori dimana pada diagnosa resiko tidak memiliki penyebab dan tanda/gejala namun memiliki faktor resiko berupa efek prosedur invasif. Menurut peneliti kesulitan keperawatan yang di alami klien 1 dan 2 memiliki manifestasi klinis yang sama dengan teori, sehingga masalah keperawatan yang diangkatpun sama adapun perbedaan dari klien 1 dan klien 2 hanya 1 diagnosa yaitu menyusui tidak efektif b.d ketidak adekuatan suplai ASI (D.0029). Hal tersebut dapat terjadi dilihat dari masing masing kondisi klien.

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 kperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Pembuatan rencana keperawatan yang akan dilakukan melibatkan keluarga pasien dan perawat ruangan sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi sesuai teori perencanaan keperawatan dituliskan dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indoensia (SLKI). Intervensi pada tinjauan teori memuat target waktu yang dibutuhkan untuk melakukan perawatan pada klien, tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai, rencana tindakan yang akan dilakukan, dan rasional dari rencana tindakan 88 tersebut. Perencanaan atau intervensi dirancang oleh penulis berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dimana tindakan yang akan

dilakukan terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Target waktu pencapaian kriteria hasil pada semua diagnosis ditentukan dengan rentang waktu yang sama, yaitu 3 x 24 jam.

Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien 1 dan 2 Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil Keluhan nyeri menurun Meringis menurun, lakukan pengkajian, identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor penyebab nyeri, Beri teknik nonfarmakologis, fasilitasi istirahat dan tidur, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, Kolaborasi pemberian analgetik (asam mefenamat 3x 500mg

Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien 1 dan 2 Gangguan mobilitas fisik b.d Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, ketegangan otot menurun, dukungan mobilisasi, identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, fasilitasi melakukan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan melakukan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan

Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien 1 Menyusui tidak efektif b.d Ketidakadekuatan suplai ASI setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan dengan kriteria hasil dengan Suplai ASI Adekuat meningkat, tetesan /Pancaran ASI meningkat, identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi , sediakan materi dan media pendidikan kesehatan berikan kesempatan untuk bertanya, jadwalkan

pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui, libatkan sistem pendukung (suami dan keluarga), jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi, ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan pelekatan dengan benar, ajarkan perawatan payudara anteparpum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa, ajarkan perawatan payudara.

Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien 1 dan 2 Gangguan pola tidur b.d Kurang kontrol tidur setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun, identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, modifikasi lingkungan, batasi waktu tidur siang, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi), jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur

Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien 1 dan 2 Resiko infeksi b.d Efek prosedur invasif setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil nyeri menurun, kadar sel darah putih membaik, monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan

tindakan, serta menilai data yang baru (Indrieni, 2020).

Berdasarkan tahap implementasi keperawatan, upaya untuk merealisasikan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya adalah hal yang sangat penting dalam tahap pelaksanaan ini, sehingga upaya pelaksanaan atau tindakan yang dilaksanakan dapat diterima sebagai upaya untuk memecahkan masalah. Implementasi dilakukan penulis selama 3 hari pada kedua kasus. Implementasi pada klien 1 dan klien 2 dimulai pada 23 November 2022 sampai 25 November 2022 penulis melakukan implementasi klien.

E. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai. Evaluasi ini dilakukan dengan cara membandingkan hasil akhir yang teramati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat dalam rencana keperawatan. Evaluasi ini akan mengarahkan asuhan keperawatan, apakah asuhan keperawatan yang dilakukan ke pasien berhasil mengatasi masalah pasien atau asuhan yang sudah dibuat akan terus berkesinambungan terus mengikuti siklus proses keperawatan sampai benar-benar masalah pasien teratasi (Indrieni, 2020).

Pada tahap evaluasi semua diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan dan dilakukan intervensi serta implementasi selama 3x24 jam. Kemudian penulis membandingkan antara pasien 1 dengan pasien 2 apakah masalah tersebut teratasi atau tidak. Hasil evaluasinya yaitu semua masalah teratasi dari tujuan pencapaian yang telah dibuat Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (prosedur operasi SC , Gangguan mobilitas fisik b.d Nyeri , Menyusui tidak efektif b.d Ketidakadekuatan suplai ASI, Gangguan pola tidur b.d Kurang kontrol tidur, Resiko infeksi b.d 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. U Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Dan Ny. R Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Preeklamsi Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2022”. Maka diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Kedua klien menunjukkan gejala yang sama pada saat masuk ke ruang rambutan dengan peningkatan peningkatan nyeri pada bekas operasi SC dengan keluhan kedua klien hampir sama hanya saja 1 diagnosa yang membedakan. Klien 1 merupakan primigravida (kehamilan pertama kali), sedangkan klien 2 multigravida (kehamilan lebih dari 1 kali), dengan jarak kehamilan yang cukup jauh, merupakan faktor resiko terhadap ketuban pecah dini dan preklampsia.

2. Diagnosa

Pada pasien 1 dan 2 diagnosa keperawatan sudah semua menggunakan standar diagnosa keperawatan indonesia SDKI. Ditemukannya 5 diagnosa dari klien 1 didapatkan hasil nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) (D. 0077), Gangguan mobilitas fisik b.d Nyeri (D.0054), Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029) Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur (D. 0055), Resiko infeksi b.d Efek prosedur invasif (D.0142).

Sedangkan pada klien 2 didapatkan 4 diagnosa keperawatannya yaitu nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) (D.0077), gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (D.0054), gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur (D.0055), resiko infeksi b.d efek prosedur invasif (D.0142). Keluhan klien hampir sama hanya saja 1 diagnosa yang membedakan dari klien 1 dengan SC indikasi KPD (ketuban pecah dini) yaitu Menyusui tidak efektif b.d Ketidakadekuatan suplai ASI, Klien 1 mengeluh ASI belum keluar, klien mengatakan saat ini melahirkan anak pertama klien belum mengerti cara menyusui, klien mengatakan puting susu lecet dan payudara terasa keras sedangkan klien 1 dengan SC indikasi preeklamsi yaitu klien mengeluh pusing dan memiliki riwayat tekanan darah tinggi yaitu 183/90 mmHg.

3. Intervensi

Peneliti mampu melakukan menyusun perencanaan yang dilakukan pada pasien 1 dan klien 2 dengan menggunakan SIKI pada masing-masing diagnosa. Intervensi keperawatan diantaranya adalah pendidikan kesehatan tentang teknik relaksasi napas dalam klien 1 dan klien 2, penanganan nonfarmakologi saat nyeri yang dirasa klien 1 dan klien 2 kambuh dan memeberitahu suami/keluarga pentingnya teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri, diharapkan suami/keluarga tetap mendampingi klien pada saat proses pemulihan. Sedangkan untuk klien 2 Intervensi keperawatan diantaranya adalah penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang teknik menyusui yang baik dan benar dan perawatan payudara.

4. Implementasi/ Pelaksanaan

Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai dengan rencana tindakan yang telah disusun. Implementasi pada klien 1 dan klien 2 sesuai dengan kebutuhan klien dengan preeklamsi dengan post sectio caesarian. Implementasi pada klien 1 maupun klien 2 sudah dilaksanakan

semua sesuai dengan intervensi yang disusun selama 3 hari.

5. Evaluasi

Pada tahap evaluasi semua diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan dan dilakukan intervensi serta implementasi selama 3x24 jam. Kemudian penulis membandingkan antara pasien 1 dengan pasien 2 apakah masalah tersebut teratasi atau tidak. Evaluasi yang dilakukan pada klien 1 dan klien 2 sesuai dengan catatan perkembangan dalam bentuk SOAP. Pada pasien 1 5 diagnosa yang ditegakkan masalah teratasi , dan pada klien 2 masalah teratasi dari 4 diagnosa yang ditegakkan

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 preeklampsia. Diharapkan bagi peneliti selanjutnya dapat melakukan pengkajian secara holistik terkait dengan yang dialami oleh klien agar asuhan keperawatan dapat tercapai tepat sesuai dengan masalah yang ditemukan pada klien preeklampsia .

2. Bagi tempat penelitian

Hasil penelitian yang peneliti lakukan diharapkan dapat menjadi bahan informasi bagi perawat dan pihak Rumah Sakit untuk dapat meningkatkan mutu pelayanan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Preeklampsia secara profesional dan komperhensif.

3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan khususnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan kasus preeklampsia secara komprehensif dan mengikuti perkembangan literature – literatur keperawatan yang terbaru serta memacu pada peneliti selanjutnya sehingga menjadi bahan pembandingan dalam melakukan penelitian pada klien dengan Preeklampsia.

DAFTAR PUSTAKA

- Admin, Herawati, Sutriyati, and Puji Setiana. 2020. "Hubungan Kelainan Letak Janin, Preeklamsia, Ketuban Pecah Dini Dengan Persalinan Sectio Caesarea." *Jurnal Kesehatan Dan Pembangunan* 10(19):38–43. doi: 10.52047/jkp.v10i19.59.
- Amalina, Tasya Vidya. 2022. "Manajemen Nyeri Dan Perawatan Payudara Pada Post Sc (Sectio Caesarea) Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini."
- Ambarwati, Winarsih N., and Irdrawati. 2019. "Hubungan Preeklamsia Dengan Kondisi Bayi Yang Dilahirkan Secara Sectio Caesarea Di Rsud Dr. Moewardi Surakarta." *Berita Ilmu Keperawatan* 2:1–6.
- Ameliah, Rizka, Erma Puspita Sari, and Siti Aisyah Hamid. 2022. "Hubungan Kelainan Letak Janin, Preeklamsia Dan Ketuban Pecah Dini Dengan Sectio Caesaria Di RSUD Dr. H. Mohamad Rabain Muara Enim." *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi* 22(1):522. doi: 10.33087/jiubj.v22i1.1799.
- Azizah, Siti, and Jenie Palupi. 2019. "Artikel Penelitian Resiko Pemberian Mgso4 Dosis Awal Full Dose Pasien Preeklamsi Pada Tindakan Persalinan Sectio Caesaria Abstrak PENDAHULUAN Berbagai Strategi Dan Kebijakan Dari Pemerintah Pusat , Pemerintah Daerah , Dinas Kesehatan Dan Beberapa Instansi." 39–46.
- Helmi, Nurhelmi, and Zulmeriza Rasyid. 2020. "Determinan Persalinan Sectio Caesarea Pada Ibu Bersalin Di Rumah Sakit X Pekanbaru Tahun 2019." *Jurnal Kesehatan Komunitas* 6(1):115–21. doi: 10.25311/keskom.vol6.iss1.403.
- Juliathi, Ni Luh Putu, Gusti Ayu Marhaeni, and Ni Made Dwi Mahayati. 2021. "Gambaran

- Persalinan Dengan Sectio Caesarea Di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Tahun 2020.” *Jurnal Ilmiah Kebidanan (The Journal Of Midwifery)* 9(1):19–27.
- Lina. 2018. “TERAPI PENURUNAN NYERI PADA PASIEN POST SECTIO CAESAREA_.” *Ekp* 13(3):1576–80.
- Megiawati, Luluk Erna. 2022. “ASUHAN KEPERAWATAN POST SECTIO CESAREA HARI KE-1 PADA Ny. S USIA 31 TAHUN USIA KEHAMILAN 38 MINGGU P2102A000 INDIKASI BEKAS SECTIO CAESAREA+ KETUBAN PECAH DINI+PREEKLAMPSIA.” (202110461011100).
- PPNI, T. P. S. D. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi Dan Indikator Diagnostik Edisi 1*. edited by D. P. P. P. P. N. Indonesia. ewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, T. P. S. D. 2019. “Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definsi Dan Kriteria Hasil Keperawatan Edisi 1 Cetakan II.”
- PPNI, T. P. S. D. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia. 2018. “Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi Dan Tindakan Keperawatan Edisi 1 Cetakan II.”
- Ramdhania, Alfianty Dwi Ayu, and Nina Yusnia. 2020. “Kejadian Preeklamsi Berat Dan Kaitannya Dengan Tindakan Sectio Caesarea.” *Jurnal Ilmiah Kebidanan Indonesia* 10(01):5–8. doi: 10.33221/jiki.v10i01.422.
- Sagita, Yona Desni. 2020. “Hubungan Antara Ketuban Pecah Dini Dan Persalinan Sectio Caesarea Dengan Kejadian Afiksia Pada Bayi Baru Lahir.” *Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu*

Kesehatan 1(1):01–08. doi: 10.30604/jika.v1i1.2.

WHO. 2020. *WORLD HEALTH STATISTIC 2020 (MONITORING HEALTH FOR THE SDGs)*.

Lampiran 1

KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

TANGGAL BIMBINGAN	WAKTU BIMBINGAN	KEGIATAN	PARAF PEMBIMBING	KETERANGAN
27 November 2022	06.17 WIB			Pengajuan Judul KIAN (ACC Judul)
19 Desember 2022	09.27 WIB			Konsul BAB I dan BAB II (Revisi BAB I dan BAB II)
25 Desember 2022	20.20 WIB			Konsul revisi BAB I dan BAB II (Lanjut BAB III)
03 Januari 2023	17.30 WIB			Konsul BAB I, II, III, IV dan BAB V

<p>12 Januari 2023</p>	<p>20.00 WIB</p>			<p>ACC BAB I, II, III, IV dan BAB V (ACCSIDANG)</p>
----------------------------	------------------	--	--	---

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Tema : Teknik Nafas Dalam

Sasaran : NY U dan Ny R

Hari/tanggal : Kamis, 24 November 2022

Waktu : ± 15 Menit

Tempat : 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, 2002)

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, 2006)

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 Umum Setelah diberikan penyuluhan selama 15 menit, diharapkan pasien dan keluarga memahami dan memperagakan teknik relaksasi nafas dalam
2. Tujuan Khusus Setelah diberikan penyuluhan, sasaran mampu:
 - a. Menjelaskan pengertian relaksasi nafas dalam
 - b. Menjelaskan tujuan relaksasi nafas dalam
 - c. Menjelaskan teknik relaksasi nafas dalam
 - d. Mampu memperagakan relaksasi nafas dalam

C. Pokok Bahasan Teknik Relaksasi Nafas Dalam

D. Sub Pokok Bahasan

- a. Pengertian relaksasi nafas dalam
- b. Tujuan relaksasi nafas dalam
- c. Teknik relaksasi nafas dalam

E. Metode

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

A. Media

1. Media : Leaflet

B. Proses Pelaksanaan

Lampiran 2

No.	Tahapan & Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Sasaran
1.	Pembukaan (2 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam 2. Memperkenalkan diri 3. Melakukan kontrak wakt 4. Menjelaskan tujuan dan materi yang akan diberikan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam 2. Mendengarkan dan memperhatikan 3. Menyepakati kontrak 4. Memperhatikan dan mendengarka
2.	Kegiatan (10 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggali pengetahuan pasien tentang nafas dalam 2. Menjelaskan pengertian nafas dalam 3. Menjelaskan tujuan Nafas dalam 4. Menjelaskan teknik nafas dalam 5. Mendemonstrasikan teknik nafas dalam 6. Mendemonstrasikan bersama pasien 7. Memberi kesempatan pasien untuk bertanya. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanggapi dan menjelaskan 2. Memperhatikan dan mendengarkan 3. Memperhatikan dan mendengarkan 4. Memperhatikan dan mendengarkan 5. Memperhatikan dan mendengarkan 6. Memperhatikan dan mendemonstrasikan 7. Mendemontrasikan Nafas dalam
3.	Penutup (3 menit)	<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. Memperhatikan dan mendengarkan 4. Menjawab salam

Lampiran Materi

TEHNIK NAFAS DALAM

A. Pengertian

1. Nafas dalam

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana cara menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah. Latihan nafas dalam adalah cara bernafas yang efektif melalui menarik dan menghembuskan napas untuk memperoleh nafas yang lambat, dalam dan rileks. (Tamsuri, 2008)

B. Tujuan Teknik nafas dalam

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.

C. Faktor yang Mempengaruhi Relaksasi

Relaksasi ini menimbulkan respon emosi dan efek menenangkan, sehingga fisiologi dominan simpatis berubah menjadi dominan sistem parasimpatis. Sensasi tenang, ringan dan hangat yang menyebar keseluruh tubuh merupakan efek yang bisa dirasakan dari relaksasi

autogenik. Sensai ringan yang muncul adalah merupakan efek dari ketegangan otot tubuh yang menurun. Perasaan hangat di ekstermitas dapat dijelaskan secara fisiologis sebagai vasodilatasi pembuluh darah karena aktivasi sistem parasimpatis.

D. Langkah-Langkah Teknik Relaksasi Nafas Dalam

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

E. Bagaimana Manfaat Teknik Relaksasi Nafas Dalam

1. Ketentraman hati

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

F. Teknik Sebelum Melakukan Relaksasi Nafas Dalam

1. Mencuci tangan.
2. Jelaskan prosedur yang akan kita lakukan pada pasien.
3. Atur posisi nyaman bagi pasien dengan posisi setengah duduk ditempat tidur atau telentang.
4. Flexikan lutut klien untuk merileksasikan otot abdominal.
5. Letakkan 1 atau 2 tangan pada abdomen, tepat dibawah tulang iga.
6. Anjurkan pasien untuk mulai latihan dengan cara menarik nafas dalam melalui hidung dengan bibir tertutup.
7. Kemudian anjurkan klien untuk menahan napas sekitar 1-2 detik dan disusul dengan menghembuskan napas melalui bibir dengan bentuk mulut seperti orang meniup (purse lips breathing).
8. Lakukan 4-5 kali latihan, lakukan minimal 3 kali sehari.
9. Catat respon yang terjadi setiap kali melakukan latihan nafas dalam.
10. Mencuci tangan

DAFTAR PUSTAKA

Kowalak , J. (2011). Buku ajar patofisiologi. Jakarta: EGC.

Rab, T. (2010). Ilmu penyakit paru. Jakarta: TIM.

Tamsuri, A. (2008). Asuhan keperawatan klien gangguan pernafasan. Jakarta: EGC.



TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM



Di Susun Oleh :

Sindi amelia
221560311086

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU
KESEHATAN MEDISTRA
INDONESIA
BEKASI

Apa Itu 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.

Tujuan Relaksasi Nafas Dalam

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.

Faktor Yang Mempengaruhi Relaksasi



Relaksasi ini menimbulkan respon emosi dan efek menenangkan, sehingga fisiologi dominan simpatis berubah menjadi dominan sistem parasimpatis. Sensasi tenang, ringan dan hangat yang menyebar keseluruh tubuh merupakan efek yang bisa dirasakan dari relaksasi autogenik.

Manfaat Teknik Relaksasi Nafas Dalam



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

Teknik Sebelum Melakukan Tarik Nafas Dalam



1. Mencuci tangan.
2. Jelaskan prosedur yang akan kita lakukan pada pasien.
3. Atur posisi nyaman bagi pasien dengan posisi setengah duduk ditempat tidur atau telentang.
4. Flexikan lutut klien untuk merileksasikan otot abdominal.
5. Letakkan 1 atau 2 tangan pada abdomen, tepat dibawah tulang iga.
6. Anjurkan pasien untuk mulai latihan dengan cara menarik nafas dalam melalui hidung dengan bibir tertutup.
7. Kemudian anjurkan klien untuk menahan napas sekitar 1-2 detik dan disusul dengan menghembuskan napas melalui bibir dengan bentuk mulut seperti orang meniup (purse lips breathing).
8. Lakukan 4-5 kali latihan, lakukan minimal 3 kali sehari.
9. Catat respon yang terjadi setiap kali melakukan latihan nafas dalam.
10. Mencuci tangan

Langkah-Langkah 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.
8. Memberikan telapak tangan dan kaki rileks.
9. Usahakan agar tetap konsentrasi / mata sambil terpejam
10. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah nyeri
11. Anjuran untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
12. Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

PERAWATAN PAYUDARA

A. PENGANTAR

Topik : Perawatan payudara

Sub topic : Perawatan payudara

Sasaran : NY U

Hari/tanggal : Kamis, 24 November 2022

Waktu : 20 menit

Tempat : Ruang Rambutan

B. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM (TIU) Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan diharapkan ibu dapat memahami dan mengerti tentang perawatan payudara pada ibu

C. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS (TIK) Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan ibu dapat menjelaskan kembali :

- a. Pengertian perawatan payudara
- b. Tujuan perawatan payudara
- c. Manfaat perawatan payudara
- d. Alat yang digunakan dalam perawatan payudara
- e. Cara perawatan payudara

D. MATERI

Terlampir

E. METODE

1. Ceramah
2. Tanya jawab

F. MEDIA

- a. Leaflet
- b. Peralatan perawatan payudara

G. KEGIATAN PEMBELAJARAN

Lampiran 3

No	Waktu	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan peserta
1	3 menit	Pembukaan : 1. Memberi salam 2. Menjelaskan tujuan pembelajaran	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan dan 3. Memperhatikan
2	10 menit	Pelaksanaan : 1. Menjelaskan materi penyuluhan secara berurutan dan teratur Materi : 1. Pengertian perawatan payudara 2. Tujuan perawatan payudara 3. Manfaat perawatan payudara 4. Alat yang digunakan dalam perawatan payudara 5. Cara perawatan payudara pada ibu	Menyimak dan mendengarkan
3	5 menit	Evaluasi : 1. Meminta kepada ibu-ibu untuk menjelaskan kembali atau Menyebutkan : 1. Pengertian perawatan payudara 2. Tujuan perawatan payudara 3. Manfaat perawatan payudara 4. Alat yang digunakan	Bertanya dan menjawab pertanyaan

		dalam perawatan payudara	
		5. Cara perawatan payudara pada ibu	

D. EVALUASI

Pertanyaan :

1. Apa yang dimaksud dengan perawatan payudara?
2. Apa tujuan dari perawatan payudara?
3. Apa saja manfaat dari perawatan payudara?
4. Bagaimana cara perawatan payudara?

LAMPIRAN MATERI

PERAWATAN PAYUDARA PADA IBU NIFAS

- A. Pengertian perawatan payudara Perawatan payudara adalah suatu cara yang dilakukan untuk merawat payudara agar air susu keluar dengan lancar.
- B. Tujuan perawatan payudara Perawatan yang dilakukan terhadap payudara bertujuan untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran susu sehingga memperlancar pengeluaran ASI, untuk menjaga kebersihan payudara sehingga terhindar dari infeksi, untuk mengenyalkan puting susu supaya tidak mudah lecet, untuk menonjolkan puting susu, menjaga bentuk buah dada tetap bagus, dan untuk mengetahui adanya kelainan.
- C. Manfaat perawatan payudara Perawatan payudara hendaknya dilakukan sedini mungkin selama kehamilan dalam upaya mempersiapkan bentuk dan fungsi payudara sebelum ibu menyusui bayinya kelak. Berikut ini perawatan payudara banyak manfaat, antara lain:
- a. Menjaga kebersihan payudara terutama kebersihan puting susu.
 - b. Melenturkan dan menguatkan puting susu sehingga memudahkan bayi untuk menyusui.
 - c. Merangsang kelenjar-kelenjar air susu sehingga produksi ASI banyak dan lancar.
 - d. Dapat mendeteksi kelainan-kelainan payudara secara dini dan melakukan upaya untuk mengatasinya.
 - e. Mempersiapkan mental (psikis) ibu untuk menyusui. Alat yang digunakan dalam perawatan payudara
 - 1) Handuk
 - 2) Kapas secukupnya

- 3) Baby oil atau secukupnya
- 4) Waslap
- 5) baskom (masing-masing berisi air hangat dan air dingin)

D. Cara perawatan payudara pada ibu

1. Langkah-langkah pengurutan payudara

a. Pengurutan pertama Terdiri dari empat gerakan yang dilakukan pada kedua payudara selama lima menit. Berikut tahap-tahap yang dilakukan pada pengurutan pertama :

- Licinkan kedua tangan dengan minyak
- Tempatkan kedua telapak tangan diantara kedua payudara
- Lakukan pengurutan, dimulai kearah atas, lalu telapak tangan kiri kearah sisi kiri dan telapak tangan kanan ke arah sisi kanan
- Lakukan terus pengurutan ke bawah / ke samping.
- Selanjutnya, pengurutan melintang.
- Telapak tangan mengurut ke depan, lalu kedua tangan dilepas dari payudara
- Ulang gerakan 20-30 kali tiap satu payudara

b. Pengurutan kedua

Sokong payudara dengan satu tangan, sedangkan tangan lain mengurut payudara dengan sisi kelingking dari arah tepi ke arah puting susu. Lakukan gerakan ini sekitar 30 kali

c. Pengurutan ketiga

Sokong payudara kiri dengan tangan kiri, kemudian dua atau tiga jari tangan

kanan membuat gerakan memutar sambil menekan mulai dari pangkal payudara dan berakhir pada puting susu. Lakukan tahap yang sama pada payudara kanan. Lakukan dua kali gerakan pada setiap payudara.

E. Pengompresan

Lakukan tahap pengompresan. Sebelumnya, siapkan alat berupa dua buah wadah/baskom kecil yang masing-masing diisi dengan air hangat dan air dingin serta dua buah waslap. Selanjutnya, kompres kedua payudara dengan waslap hangat selama dua menit, lalu ganti dengan kompres waslap dingin selama satu menit. Kompres bergantian selama tiga kali berturut-turut dan akhiri dengan kompres air hangat.

F. Perawatan puting susu Berikut ini langkah-langkah yang perlu dilakukan untuk merawat puting susu :

- a. Kompres kedua puting susu dengan kapas yang telah dibasahi minyak selama lima menit agar kotoran disekitar puting mudah terangkat
- b. Jika puting susu normal, lakukan perawatan berikut. Oleskan minyak pada ibu jari dan telunjuk, lalu letakkan keduanya pada puting susu. Lakukan gerakan memutar kearah dalam sebanyak 30 kali putaran untuk kedua puting susu. Gerakan ini untuk meningkatkan elastisitas otot puting susu
- c. Jika puting susu datar atau masuk kedalam, lakukan tahap berikut :
 - Letakkan kedua ibu jari di sebelah kiri dan kanan puting susu, kemudian tekan dan hentakkan ke arah luar menjauhi puting susu secara perlahan
 - Letakkan kedua ibu jari diatas dan dibawah puting susu, lalu tekan serta hentakkan ke arah luar menjauhi puting susu secara perlahan.

DAFTAR PUSTAKA

Huliana mellyna,A.Md.keb.2003.Perawatan Ibu Pasca Melahirkan.Jakarta : Penerbit buku Puspa
swara <http://www.f-buzz.com/2008/07/02/persiapan-payudara-selama-kehamilan/> [www.infoibu](http://www.infoibu.com)
.com <http://my-littlefamily.blogspot.com/2008/05/perawatan-payudara-selamakehamilan.htm>



BREAST HEALTH



BEST HEALTH

Perawatan payudara

Perawatan payudara adalah suatu cara yang dilakukan untuk merawat payudara agar air susu keluar dengan lancar.

Tujuan perawatan payudara

Perawatan yang dilakukan terhadap payudara bertujuan untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran susu sehingga memperlancar pengeluaran ASI, untuk menjaga kebersihan payudara sehingga terhindar dari infeksi, untuk mengenyalkan puting susu supaya tidak mudah lecet, untuk menonjolkan puting susu, menjaga bentuk buah dada tetap bagus, dan untuk mengetahui adanya kelainan.

Manfaat perawatan payudara

- Menjaga kebersihan payudara terutama kebersihan puting susu
- Melenturkan dan menguatkan puting susu sehingga memudahkan bayi untuk menyusu.
- Dapat mendeteksi kelainan-kelainan payudara secara dini dan melakukan upaya untuk mengatasinya.
- Memersiapkan mental (psikis) ibu untuk menyusui.



Sindi Amelia
221560311086
Stikes Medistra Indonesia

Cara perawatan payudara pada nifas

a. Pengurutan pertama
Terdiri dari empat gerakan yang dilakukan pada kedua payudara selama lima menit.

- Licinkan kedua tangan dengan minyak
- Tempatkan kedua telapak tangan diantara kedua payudara
- Lakukan pengurutan, dimulai kearah atas, lalu telapak tangan kiri kearah sisi kiri dan telapak tangan kanan ke arah sisi kanan
- Lakukan terus pengurutan ke bawah / ke samping. Selanjutnya, pengurutan melintang. Telapak tangan mengurut ke depan, lalu kedua tangan dilepas dari payudara
- Ulang gerakan 20-30 kali tiap satu payudara

b. Pengurutan kedua
Sokong payudara dengan satu tangan, sedangkan tangan lain mengurut payudara dengan sisi kelingking dari arah tepi ke arah puting susu. Lakukan gerakan ini sekitar 30 kali

c. Pengurutan ketiga
Sokong payudara kiri dengan tangan kiri, kemudian dua atau tiga jari tangan kanan membuat gerakan memutar sambil menekan mulai dari pangkal payudara dan



d. Perawatan keempat
Lakukan tahap pengompresan. Sebelumnya, siapkan alat berupa dua buah wadah/baskom kecil yang masing-masing diisi dengan air hangat dan air dingin serta dua buah waslap. Selanjutnya, kompres kedua payudara dengan waslap hangat selama dua menit, lalu ganti dengan kompres waslap dingin selama satu menit. Kompres bergantian selama tiga kali berturut-turut dan akhiri dengan kompres air hangat



Perawatan puting susu

Kompres kedua puting susu dengan kapas yang telah dibasahi minyak selama lima menit agar kotoran disekitar puting mudah terangkat

Oleskan minyak pada ibu jari dan telunjuk, lalu letakkan keduanya pada puting susu. Lakukan gerakan memutar kearah dalam sebanyak 30 kali putaran untuk kedua puting susu. Gerakan ini untuk meningkatkan elastisitas otot puting susu

Jika puting susu datar atau masuk kedalam, lakukan tahap berikut : Letakkan kedua ibu jari di sebelah kiri dan kanan puting susu, kemudian tekan dan hentakkan ke arah luar menjauhi puting susu secara perlahan



PIJAT PAYUDARA

1. Pemanasan: Hangatkan payudara dengan handuk hangat selama 2 menit, 4-5 kali
2. Mulai pemijatan:
 - Petola:** Pijat perlahan keatas dan kebawah.
 - Payudara:** Pijat melingkar mengikuti bunderan payudara (10-15 kali untuk tiap payudara)
 - Areola:** Pijat dengan perlatan ke arah atas & bawah dan kanan ke kiri (5-6 kali untuk tiap payudara)
 - Dahi utang:** Pijat bentuk melingkar dan spiral ke arah dalam (10-15 kali untuk tiap payudara)

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan : Cara Menyusui Yang Baik Dan Benar

Sub Pokok Bahasan : Cara Menyusui Yang Baik Dan Benar

Sasaran : Ny. U

Hari/Tanggal : Kamis, 24 November 2022

Waktu : 15 menit

A. TUJUAN UMUM

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

B. TUJUAN KHUSUS

Setelah dilakukan persiapan persalinan dan kelahiran dalam sasaran mampu :

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

C. MATERI

(terlampir)

1. Berbagai cara menyusui bayi

2. Cara melakukan pelekatan menyusui dengan benar
3. Tanda bayi sudah melekat dengan baik
4. Kenapa bayi perlu disendawakan setelah menyusui
5. Cara sendawakan bayi setelah menyusu

D. METODE

Ceramah

E. MEDIA

Leaflet

F. KEGIATAN PENYULUHAN

Lampiran 4

No	Tahap, Waktu, Kegiatan	Penyuluhan	Respon Sasaran
1	Pembukaan 5 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membahas kegiatan dengan mengucapkan salam Memperkenalkan diri 2. Menjelaskan maksud dan tujuan dari penyuluhan 3. Menyebutkan materi yang akan diberikan Menyampaikan kontrak waktu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam 2. Klien mengetahui nama penyuluh 3. Klien memahami maksud dan tujuan penyuluh 4. Klien mengetahui materi yang akan diberikan 5. Peserta mengetahui waktu penyuluhan
2	Kegiatan inti	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan bagaimana 	Klien mendengarkan dan

	materi 5 menit	<p>Enyusui bayi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Menjelaskan cara melakukan pelekatan menyusui dengan benar 3. Menjelaskan tanda bayi sudah melekat dengan baik 4. Menjelaskan kenapa bayi perlu disendawakan setelah menyusui klien 5. Menjelaskan cara sendawakan bayi setelah menyusui 	memahami materi yang disampaikan
3	Evaluasi/Penutup 5 menit	<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 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Mendengarkan 4. Menjawab pertanyaan 5. Mendengarkan penyuluh menutup acara dan menjawab salam

		terima kasih kepada sasaran	
--	--	--------------------------------	--

EVALUASI

1. Kriteria evaluasi

1) Kriteria struktur

Penyelenggaraan penyuluh dilakukan di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng

2) Kriteria proses

- a. Klien antusias terhadap materi penyuluh
- b. Klien konsentrasi mendengar penyuluh

3) Kriteria hasil

- a) Klien dapat menjelaskan kembali pengertian menyusui
- b) Klien dapat menyebutkan bagaimana cara menyusui
- c) Klien dapat menyebutkan cara melakukan pelekatan menyusui dengan benar
- d) Klien dapat menjelaskan tanda bayi sudah melekat dengan baik

LAMPIRAN MATERI

A. Bagaimana Cara Menyusui Bayi

1. Football Hold

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

2. Cross Cradle Hold

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

3. Cradle Hold

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

5. Side Lying

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

6. Laid Back

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

B. Cara Melakukan Pelekatan Yang Baik Dan Benar

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

C. Cara Bayi Sudah Melekat Dengan Baik

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

D. Kenapa Bayi Perlu Disendawakan Setelah Menyusu

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

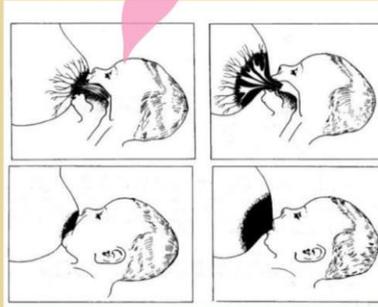
E. Cara Sendawakan Bayi Setelah Menyusu

1. Tepuk belakang badan bayi

2. Tiarapkan bayi dipangkuan
3. Dudukan bayi dengan tegak dipangkuan
4. Rapikan bahu anda dengan kain andarkan bayi pada bahu
5. Fokuskan tepukan pada bagian kiri belakang bayi.

DAFTAR PUSTAKA

- Rinata E, Rusdyati T, Sari PA. Teknik Menyusui Posisi, Perlekatan dan Keefektifan Menghisap Studi pada Ibu Menyusui di RSUD Sidoarjo. In: Prosiding Seminar Nasional & Internasional. 2019.
- Narula S, Kuswandi K. Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Pekerjaan Ibu Dengan Keberhasilan Teknik Laktasi Pada Ibu Menyusui. E-Jurnal Obs. 2018;3(1).
- Wulandari SR, Handayani S. Asuhan Kebidanan Ibu Masa Nifas. Yogyakarta: Gosyen Publishing; 2018.
- Ramadhan R. Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Manajemen Laktasi Dengan Keberhasilan Pemberian ASI Eksklusif di Kecamatan Kemangkon Kabupaten Purbalingga. Universitas Muhammadiyah Purwokerto; 2018



Cara Melakukan Pelekatan Yang Baik Dan Benar

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



BAGAIMANA CARA MENYUSUI BAYI ??

1. Fotball Hold Posisi football hold merupakan posisi menyusui yang diberikan setelah persalinan dengan sectio caesarea dan persalinan normal episiotomi, sehingga bayi tidak kontak dengan bekas luka.
2. Cross Cradle Hold Pegangan ini menggunakan lengan yang berlawanan untuk menopang bayi dengan bagian belakang kepala (dibawah tengkuk) dan leher dipegang ditangan ibu. Tangan ibu yang paling dekat dengan payudara dapat menopang dan memposisikan payudara sesuai kebutuhan.
3. Cradle Hold Cradle hold dilakukan dengan cara memangku bayi dengan tangan kanan untuk membuatnya menyusui dipayudara sebelah kanan dan perut bayi menempel dengan perut ibu.
4. Side Lying Posisikan bayi berbaring disamping ibu, dengan perut ibu dan bayi saling berhadapan. Pastikan bayi berada dfbagian bawah payudara ibu dan puting ibu dapat menyuntuh hidung bayi.
5. Laid Back Posisinya ini memungkinkan ibu berbaring setengah duduk dan meletakkan si kecil di dada sehingga banyak terjadi skin to skin contact.

CARA MENYUSUI YANG BAIK DAN BENAR



SINDI AMELIA
221560311086



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



Kenapa Bayi Perlu Disendawakan Setelah Menyusu

Ada banyak hal yang perlu dicermati orang tua setelah memberi bayi susu, baik air susu ibu (ASI) ataupun susu formul. Setelah menyusui, 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.



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

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



I. Data Pribadi

Nama : Sindi Amelia

Usia : 22 Tahun

Tempat/tanggal lahir : Karawang, 26 Desember 2000

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Kewarganegaraan : Indonesia

Status : Mahasiswa

Alamat : Dusun Krajan A RT 001 RW 001, Desa Kertasari, Kecamatan Rengasdengklok, Kabupaten Karawang, Provinsi Jawa Barat 41352

Nomor Handphone : 08569246554

Email : sindiameliaaaaaa@gmail.com

II. Riwayat Pendidikan

SD : SD Negeri Kertasari 1 (2006-2012)

SMP : SMP Negeri 1 Rengasdengklok (2012-2015)

SMA : SMA Negeri 1 Rengasdengklok (2015-2018)

Perguruan Tinggi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Medistra Indonesia
Kota Bekasi (2018-2022)