

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY.Y
P2A1 H 38 MINGGU DENGAN POST SECTIO CAESAREA
ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH DINI DAN NY.V P2A0
H 38 MINGGU DENGAN POST SECTIO CAESAREA ATAS
INDIKASI CEPHALOPELVIC DISPROPORTION DI
RUANG MELATI RSUD CAM KOTA BEKASI TAHUN 2023**



Shinta Hardiyanti, S.Kep

NPM 22.156.03.11.085

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA

INDONESIA

BEKASI 2023

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY.Y
P2A1 H 38 MINGGU DENGAN POST SECTIO CAESAREA
ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH DINI DAN NY.V P2A0
H 38 MINGGU DENGAN POST SECTIO CAESAREA ATAS
INDIKASI CEPHALOPELVIC DISPROPORTION DI
RUANG MELATI RSUD CAM KOTA BEKASI TAHUN 2023**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners



Shinta Hardiyanti, S.Kep

NPM 22.156.03.11.085

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA

INDONESIA

BEKASI 2023

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama Mahasiswa : Shinta Hardiyanti, S.Kep

NPM : 211560311085

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini Menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir dengan Judul Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.Y p2a1 H 38 Minggu Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Dan Ny.V p2a0 H 38 Minggu Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Cephalopelvic Disproportion Di Ruang Melati RSUD Cam Kota Bekasi Tahun 2023. Adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya di Bekasi pada tanggal 16 Desember 2022

Bekasi, 16 Desember 2022



Shinta Hardiyanti, S.Kep

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul "Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.Y p2a1 H 38 Minggu Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Dan Ny.V p2a0 H 38 Minggu Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Cephalopelvic Disproportion Di Ruang Melati RSUD Cam Kota Bekasi Tahun 2023". Telah diperiksa oleh preceptor satu dan preceptor dua dan disetujui untuk melakukan seminar hasil.

Bekasi, 18 Januari 2023

Menyetujui

Penguji I



Dinda Nur Fajri, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIDN. 0301109302

Penguji II



Ernauli Meliyana, S.Kep.,Ners.,M.Kep

NIDN. 0020057201

Mengetahui :

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)

dan Pendidikan Profesi Ners

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

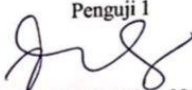
LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR

Yang bertandatangan di bawah ini :

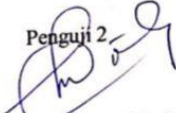
Nama : Shinta Hardiyanti, S.Kep.
NPM : 22.156.03.11.085
Program Studi : Profesi Ners
Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.Y p2a1 H 38 Minggu Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Dan Ny.V p2a0 H 38 Minggu Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Cephalopelvic Disproportion Di Ruang Melati RSUD Cam Kota Bekasi Tahun 2023

Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada tanggal
18 Januari 2023

Penguji 1


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

Penguji 2


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

Mengetahui

Wakil Ketua I Bidang Akademik Keperawatan
STIKes Medistra Indonesia

Kepala Program Studi Ilmu (S1) dan
Pendidikan Profesi Ners

Puri Kresnawati, SST.,M.KM
NIDN. 0309049001

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

Disahkan

Ketua STIKes Medistra Indonesia

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

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkah dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.Y p2a1 H 38 Minggu Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Dan Ny.V p2a0 H 38 Minggu Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Cephalopelvic Disproportion Di Ruang Melati RSUD Cam Kota Bekasi Tahun 2023.” sesuai dengan harapan. Penulisan Tugas Akhir yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar profesi keperawatan (Ners) pada Program Studi Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia. Penulis menyadari bahwa Tugas Akhir ini masih jauh dari kata kesempurnaan, oleh sebab itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak. Selesainya Tugas Akhir ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini penulis dengan segala kerendahan hati dan penuh rasa hormat mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan moril maupun materil secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini hingga selesai, terutama kepada yang saya hormati:

1. Usman Ompusunggu, S.E., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Saver Mangadar Ompusunggu SE selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
3. Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes., selaku Ketua STIKes Medistra Indonesia
4. Puri Kresnawati, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik

5. Sinda Ompusunggu, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Keuangan
6. Hainun Nisa, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni
7. Kiki Deniati, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Kepala Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKes Medistra Indonesia
8. Nurti Y.K.Gea S.Kep.,Ns.,M.Kep SP.An , selaku Koordinator Profesi Ners
9. Ernauli Meliyana, S.Kep.,Ners.,M.Kep , selaku Dosen Pembimbing Karya Ilmiah Akhir Ners
10. Dinda Nur Fajri, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku Penguji I Karya Ilmiah Akhir Ners
11. Seluruh dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang tidak bisa disebutkan satu persatu
12. Ati Herawati, S.Tr.Keb dan Latifah, S.Tr.Keb selaku CI R.Dahlia dan R.Melati rumah sakit RSUD Kota Bekasi
13. Bapak / Ibu dosen dan Scaff STIKes Medistra Indonesia
14. Kedua orang tua dan saudara penulis yang tercinta, yang telah memberikan dukungan baik moril maupun material terutama doa yang tiada henti-hentinya sehingga penulis dapat berjalan sejauh ini.
15. Rekan – rekan seperjuangan kelas profesi Ners angkatan XI STIKes Medistra Indonesia yang telah banyak memberikan kenangan, pengalaman, dan dukungan yang luar biasa serta motivasi untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners

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

DAFTAR ISI

COVER	
LEMBAR PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR.....	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan.....	5
BAB II.....	6
TINJAUAN TEORI	6
A. KONSEP SECTIO CAESAREA (SC).....	6
B. KONSEP KETUBAN PECAH DINI.....	22
C. CEPHALOPELVIC DISPRPORTION (CPD).....	33
BAB III.....	38
ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS	38
BAB IV	114
PEMBAHASAN	114
BAB V.....	121

PENUTUP.....	121
DAFTAR PUSTAKA	124

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kehamilan dimulai dari penyatuan spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke 13 hingga ke 27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke 28 hingga ke 40) (Handayany, 2020).

Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. Proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) disertai dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin (Emma, 2020). Ada dua cara persalinan yaitu persalinan lewat vagina, lebih dikenal dengan persalinan normal atau alami dan persalinan dengan operasi caesar (Sectio Caesarea), yaitu bayi dikeluarkan lewat pembedahan perut (Kasdus, 2019). SC adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat badan diatas 500 gram , melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Sectio Caesaria adalah suatu cara melahirkan janin dengan sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Sectio caesarea merupakan 2 prosedur bedah untuk kelahiran janin dengan insisi melalui abdomen dan uterus (Saraung, 2017).

World Health Organization (WHO) telah mempertimbangkan standar rata-rata SC sekitar 10-15% . Rata- rata tingkat SC global berdasarkan data dari 120 negara antara tahun 1990 dan 2014, menunjukkan kenaikan hingga tiga kali lipat dari 6,7% menjadi 19,1% dengan rata-rata kenaikan tahunan sekitar 4,4%. Peningkatan terbesar terjadi di Amerika Latin dan Karibia dengan persentase dari 22,8% menjadi 42,2%, diikuti oleh Asia dengan kenaikan dari 4,4% menjadi 19,5%, Oseania dari 18,5% menjadi 33,6% Eropa dari 11,2% manjadi 25%, Amerika Utara dari 22,3% menjadi 32,3% dan di Afrika dari 2,9% menjadi 7,4% (WHO, 2018).

Hasil Riset kesehatan dasar/Riskesdas 2018 menyatakan terdapat 15,3% persalinan dilakukan melalui operasi. Angka persalinan ibu di Indonesia tahun 2018 mencapai 79,3%. Provinsi tertinggi dengan persalinan melalui sectio caesarea adalah DKI Jakarta (27,2%), Kepulauan Riau (24,7%), dan Sumatera Barat (23,1%) sedangkan untuk Jawa Tengah, proporsi sectio caesarea adalah 17,1% (Depkes RI, 2018).

Berbagai permasalahan yang membahayakan ibu hamil saat ini sangat rentan terjadi, hal ini seiring banyaknya kejadian atau kasus-kasus yang ditemui di dunia kebidanan terkait dengan tanda-tanda bahaya kehamilan. Yang paling menonjol saat ini adalah kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) yakni mulai pecahnya ketuban sampai 1 jam setelah ketuban pecah tidak ada tanda-tanda persalinan (inpartu). Sebagian besar ketuban pecah dini terjadi di atas usia kehamilan 37 minggu, sedangkan dibawah 36 minggu tidak terlalu banyak. Ketuban pecah dini merupakan masalah yang kontroversi dalam obstetrik yang berkaitan dengan penyebabnya. Kejadian

KPD biasanya terjadi secara mendadak, sehingga kemungkinan dapat beresiko infeksi pada ibu dan kematian janin (Hidayat, 2019).

Selaput ketuban berfungsi untuk menghasilkan air ketuban dan melindungi janin terhadap infeksi dan trauma. Penyebab ketuban pecah dini sampai sekarang masih belum pasti dan belum jelas, namun insiden ketuban pecah dini lebih tinggi pada wanita serviks inkompeten, polihidroamnion, selaput yang terlalu tipis, malpresentasi janin, kehamilan kembar, dan infeksi vagina atau serviks, kelelahan bekerja dan multipara. Tanda dan gejala pada kehamilan KPD adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina. Aroma air ketuban berbau amis dengan ciri pucat dan bergaris warna darah (Manuaba , 2010).

Faktor lain yang dapat menjadi indikasi dilakukan tindakan SC adalah Disproporsi Kepala Panggul (DKP). DKP atau Cephalopelvic Disproportion (CPD) adalah keadaan yang menggambarkan ketidaksesuaian antara kepala janin dan panggul ibu sehingga janin tidak dapat keluar melalui vagina. Disproporsi kepala panggul disebabkan oleh panggul sempit, janin yang besar ataupun kombinasi keduanya (Sarwono, 2018). Ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami (Kasdu, 2019). Penatalaksanaan klien post sectio caesarea mempunyai karakteristik yang berbeda, dimana penatalaksanaannya merupakan kombinasi antara penatalaksanaan post operasi dan post partum (Simanjuntak & Wulandari, 2017).

Dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan pada masyarakat perlu dikembangkan, Salah satunya adalah pelayanan keperawatan pada ibu post partum. Post partum adalah masa setelah persalinan selesai dapat juga disebut masa nifas (puerperium) yaitu merupakan periode yang membutuhkan waktu sekitar 6 minggu atau 42 hari sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali kepada keadaan tidak hamil atau keadaan normal sebelum hamil (Kirana, 2019). Oleh karena itu, pelayanan keperawatan pada ibu post partum sangat diperlukan dan perlu mendapatkan perhatian yang utama untuk menurunkan angka kematian ibu post partum akibat komplikasi. Untuk menekan angka kematian pada ibu dan janin salah satu cara bisa dilakukan dengan tindakan operasi. Tindakan operasi yang biasa dilakukan adalah bedah Caesar (Sectio Caesarea) (Ambarwati, 2018).

Berdasarkan Latar Belakang Yang Dikemukakan Diatas, Maka Penulis Tertarik Untuk Menyusun Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.Y p2a1 H 38 Minggu Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Dan Ny.V p2a0 H 38 Minggu Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Cephalopelvic Disproportion Di Ruang Melati RSUD Cam Kota Bekasi Tahun 2023.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengaplikasikan Asuhan Keperawatan Maternitas Yang Komprehensif Pada Ny.Y p2a1 H 38 Minggu Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Dan Ny.V p2a0 H 38 Minggu Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Cephalopelvic Disproportion Di Ruang Melati RSUD Cam Kota Bekasi Tahun 2023.

2. Tujuan Khusus

1. Dapat melakukan pengkajian pada Ny. Y Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini dan Ny. V Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Cephalovelpic Disproportion Di Ruang Melati RSUD Cam Kota Bekasi Tahun 2023.
2. Dapat menentukan diagnose keperawatan pada Ny. Y Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini dan Ny. V Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Cephalovelpic Disproportion Di Ruang Melati RSUD Cam Kota Bekasi Tahun 2023.
3. Dapat membuat rencana tindakan keperawatan pada Ny. Y Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini dan Ny. V Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Cephalovelpic Disproportion Di Ruang Melati RSUD Cam Kota Bekasi Tahun 2023.

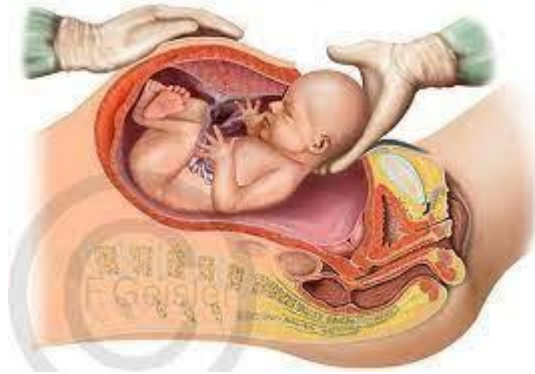
4. Dapat melakukan implementasi keperawatan pada Ny. Y Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini dan Ny. V Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Cephalovelpic Disproportion Di Ruang Melati RSUD Cam Kota Bekasi Tahun 2023.
5. Dapat melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. Y Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini dan Ny. V Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Cephalovelpic Disproportion Di Ruang Melati RSUD Cam Kota Bekasi Tahun 2023.
6. Dapat mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan kasus pada pasien Ny. Y Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini dan Ny. V Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Cephalovelpic Disproportion Di Ruang Melati RSUD Cam Kota Bekasi Tahun 2023.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. KONSEP SECTIO CAESAREA (SC)

1. Pengertian Sectio Caesarea

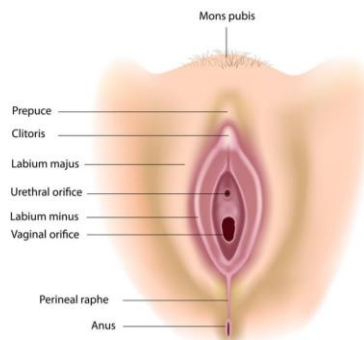


Gambar 2.2 sectio caesarea

Sumber : (Ikhtiarinawati Fitriana, 2018)

Berdasarkan penelitian terbaru dalam *Journal of Health, Education and Literacy (J-Healt)* 2019, Sectio caesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Ikhtiarinawati Fitriana, 2018). Sedangkan menurut (Emma, 2020) Sectio caesarea adalah tindakan untuk melahirkan janin dengan berat badan di atas 500 gram melalui sayatan pada dinding uterus yang utuh, dan menurut (Handayany, 2020) Sectio caesarea ialah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding rahim.

2. Anatomi fisiologi sistem reproduksi wanita



Gambar 2.2.2 Sistem reproduksi wanita

Sumber : (Bambang Widjanarko, 2010)

a. Anatomi Sistem Reproduksi Wanita

Menurut penelitian (Emma, 2020), Organ reproduksi wanita terbagi atas 2 bagian yaitu organ reproduksi eksterna (organ bagian luar) dan organ reproduksi interne (organ bagian dalam).

b. Organ Reproduksi Eksterna Wanita

1. Vulva atau pudenda, meliputi seluruh stuktur eksternal yang dapat dilihat mulai dari pubis sampai pirenium, yaitu mons veneris, labia mayora dan labia minora, klitoris, selaput darah / hymen, vestibulum, maura uretra, berbagai kelenjer dan struktur vascular (Emma, 2020).
2. Mons veneris atau mons pubis adalah bagian yang menonjol di atas simfisis dan pada perempuan setelah pubertas ditutup oleh rambut kemaluan. Pada perempuan umumnya batas rambut melintang sampai pinggir atas simfisis, sedangkan ke bawah samapai ke 16 sekitar anus dan paha (Emma, 2020).

3. Labia mayora / bibir-bibir besar terdiri atas bagian kiri dan kanan, lonjong mengecil ke bawah, terisi oleh jaringan lemak yang serupa dengan yang ada di mons veneris (Emma, 2020).
4. Labia minora / bibir-bibir kecil / nymphae adalah suatu lipatan tipis dan kulit sebelah dalam bibir besar. Kulit yang meliputi bibir kecil mengandung banyak glandula sebacea / kelenjar-kelenjar lemak dan juga ujung-ujung saraf yang menyebabkan bibir kecil sangat sensitif. Jaringan ikatnya mengandung banyak pembuluh darah dan beberapa otot polos yang menyebabkan bibir kecil ini dapat mengembang (Emma, 2020)..
5. Klitoris kira-kira sebesar biji kacang ijo, tertutup oleh preputium klitoris dan terdiri dari glans klitoris, korpus klitoris, dan dua krura yang menggantungkan klitoris ke os pubis. Glans klitoris terdiri atas jaringan yang dapat mengembang, penuh dengan urat saraf sehingga sangat sensitif (Emma, 2020)..
6. Vestibulum berbentuk lonjong dengan ukuran panjang dari depan ke belakang dan dibatasi di depan oleh klitoris, kanan dan kiri oleh ke dua bibir kecil dan di belakang oleh perineum(Emma, 2020).
7. Bulbus vestibuli sinistra et dekstra merupakan pengumpulan vena terletak di bawah selaput lendir vestibulum, dekat namus ossis pubis. Panjangnya 3-4 cm, lebarnya 1-2 cm dan tebalnya 0,5-1 cm. Bulbus vestibuli mengandung banyak pembuluh darah, sebagian tertutup oleh muskulus ischio kavernosus dan muskulus kontraktor vagina (Emma, 2020).

8. Introitus Vagina mempunyai bentuk dan ukuran yang berbeda-beda. Pada seorang Virgo selalu dilindungi oleh labia minora yang baru dapat dilihat jika bibir kecil ini dibuka. Introitus vagina ditutupi oleh selaput dara / himen. Himen ini mempunyai bentuk berbeda-beda, dan yang semilunaris (bulan sabit) sampai yang berlubang-lubang atau yang bersekat (septum) (Emma, 2020).
 9. Perineum terletak di antara vulva dan anus, panjangnya rata-rata 4 cm. Jaringan yang mendukung perineum terutama ialah diafragma pelvis dan diafragma urogenitalis (Emma, 2020).
- c. Organ reproduksi interna wanita
1. Vagina / Liang kemaluan, setelah melewati introitus vagina terdapat liang kemaluan (vagina) yang merupakan suatu penghubung antara introitus vagina dengan uterus. Dinding depan dan belakang vagina berdekatan satu sama lain, masing-masing panjangnya antara 6-7 cm dan 7-10 cm. Bentuk vagina sebelah dalam yang berlipat-lipat disebut rugae (Prawirohardjo, 2009).
 2. Uterus berbentuk seperti buah avokado atau buah pir yang sedikit gepeng ke arah depan belakang. Ukurannya sebesar telur ayam dan mempunyai rongga. Ukuran panjang uterus 7-7,5 cm, lebar di atas 5,25 cm dan tebal 2,5 cm dan tebal dinding 1,25 cm. Letak uterus keadaan fisiologis adalah anteversiofleksio / serviks ke depan dan membentuk sudut dengan vagina, sedangkan korpus uteri ke depan membentuk sudut dengan serviks uteri (Prawirohardjo, 2009).

3. Tuba falloppi terdiri atas :

Menurut penelitian (Prawirohardjo, 2009) ada beberapa macam tuba fallopi yaitu :

- 1) Pars irterstisialis, yaitu bagian yang terdapat di dinding uterus.
 - 2) Pars ismika merupakan bagian medial tuba yang sempit seluruhnya.
 - 3) Pars ismika merupakan bagian medial tuba 1/3 yang sempit seluruhnya.
 - 4) Infundibulum, yaitu bagian ujung tuba yang terbuka ke arah abdomen dan mempunyai fimbriae. Fimbriae penting artinya bagi tuba untuk menangkap telur dan selanjutnya menyalurkan ke dalam tuba. Bentuk infundibulum seperti anemon / sejenis binatang laut
4. Ovarium, perempuan pada umumnya mempunyai dua indung telur kanan dan kiri. Mesovarium menggantung ovarium di bagian belakang ligamentum latum di kiri dan kanan. Ovarium berukuran kurang lebih sebesar ibu jari tangan dengan ukuran panjang 4 cm, lebar dan tebal 1,5 cm (Prawirohardjo, 2009).

d. Fisiologi system reproduksi wanita

Menurut (Emma, 2020), Secara garis besar berfungsi sebagai sistem reproduksi dapat digolongkan sebagai berikut :

1. Genetalia eksterna fungsinya adalah dikhususkan untuk kopulasi (koitus).
2. Genetalia interna

3. Vagina berfungsi sebagai saluran keluar untuk mengeluarkan darah haid dan secret lain dari rahim, 20 alat untuk bersenggama, jalan lahir pada waktu persalinan.
4. Uterus setiap bulan berfungsi dalam siklus haid, tempat janin tumbuh dan berkembang, berkontraksi terutama sewaktu bersalin.
5. Tuba fallopi berfungsi untuk menyalurkan telur atau hasil konsepsi ke arah kavum uteri dengan arus yang ditimbulkan oleh getaran rambut getar tersebut.
6. Ovarium berfungsi sebagai saluran telur, menangkap dan membawa ovum yang dilepaskan oleh indung telur. Tempat terjadinya pembuahan (Prawihardjo, 2009).

3. Etiologi

Menurut (Ambarwati, 2018) indikasi ibu dilakukan sectio caesarea adalah ruptur uteri iminen, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini. Sedangkan indikasi dari janin adalah fetal distress dan janin besar melebihi 4.000 gram> Dari beberapa faktor sectio caesarea diatas dapat diuraikan beberapa penyebab sectio sebagai berikut :

a. Cephalo Pelvic Disproportion (CPD)

Menurut (Emma, 2020) Cephalo pelvik disproportion adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara normal. Tulang-tulang panggul merupakan susunan beberapa 21 tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika

akan lahir secara normal. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan normal sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal (Simanjuntak & Wulandari, 2017).

b. PEB (Pre-Eklamsi Berat)

Menurut (Kasdus, 2019). adalah kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, pre- eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternatal dan perinatal paling penting dalam ilmu kebidanan. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

c. KDP (Ketuban Pecah Dini)

Menurut (Kirana, 2019). KPD adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartus. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu.

d. Bayi Kembar

Menurut (Sarwono, 2018). Bayi kembar tak selamanya bayi kembar dilahirkan secara sectio caesarea. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

e. Faktor Hambatan Jalan Lahir

(Sarwono, 2018) 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

Kelainan Letak Janin Menurut (Simanjuntak & Wulandari, 2017)

1. Kelainan Pada Letak Kepala

- 1) 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.
- 2) 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 %.
- 3) Presentasi dahi, posisi kepala antara fleksi dan defleksi, dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Pada penempatan dagu, biasanya dengan sendirinya akan berubah menjadi letak muka atau letak belakang kepala.

2. Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala difundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. Dikenal beberapa jenis letak sungsang,

yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki sempurna, presentasi bokong tidak sempurna dan presentasi kaki.

4. Jenis – Jenis Section Caesarea

Menurut (Lubis, 2018) Ada beberapa jenis – jenis Sectio Caesarea diantaranya yaitu :

- a. Sectio caesarea transperitonealis profunda Sectio caesarea transperitonealis profunda dengan insisi di segmen bawahuterus. Insisi pada bawah rahim, bisa dengan teknik melintang atau memanjang.

Keunggulan pembedahan ini :

1. Perdarahan luka insisi tidak seberapa banyak
2. Bahaya peritonitis tidak besar
3. Perut uterus umumnya kuat sehingga bahaya ruptur uteri dikemudian hari tidak besar karena pada nifas segmen bawah uterus tidak seberapa banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna.

- b. Sectio caesarea korporal / klasik

Pada Sectio caesarea korporal / klasik ini di buat kepada korpus uteri, pembedahan ini yang agak mudah dilakukan, hanya di selenggarakan apabila ada halangan untuk melakukan sectio caesarea transperitonealis profunda. Insisi memanjang pada segmen uterus.

c. Sectio caesarea ekstra peritoneal Sectio caesarea ekstra peritoneal dahulu dilakukan untuk mengurangi bahaya injeksi peroral akan tetapi dengan kemajuan pengobatan terhadap injeksi pembedahan ini sekarang tidak banyak lagi dilakukan. Rongga peritoneum tak dibuka, dilakukan pada pasien infeksi uteri berat.

d. Sectio caesarea hysterectomy

Setelah sectio caesarea, dilakukan hysterectomy dengan indikasi :

1. Atonia uteri
2. Plasenta accrete
3. Myoma uteri
4. Infeksi intra uteri berat

5. Manifestasi Klinis

Menurut (Prawirohardjo, 2020) adapun manifestasi klinis yaitu:

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

6. Patofisiologi

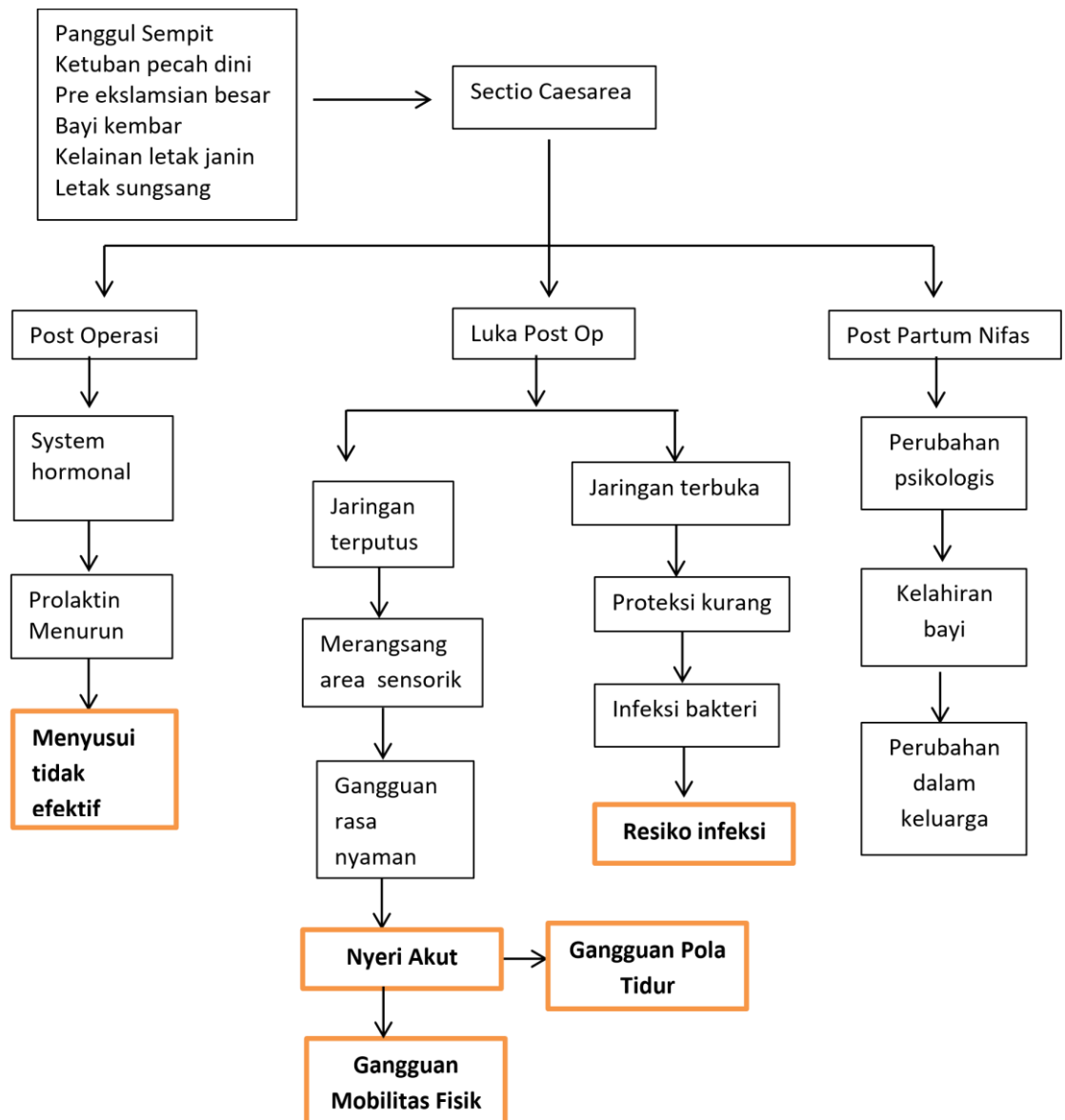
Menurut penelitian terbaru dalam Faleteh Health Journal 2021. Sectio caesarea merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gram dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan sc yaitu distorsi kepala panggul,

disfungsi uterus, distorsia jaringan lunak, placenta previa dll, untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin. Janin besar dan janin lintang setelah dilakukan SC ibu akan mengalami adaptasi post partum baik aspek kognitif berupa kurang pengetahuan. Akibat kurang informasi dari aspek fisiologis yaitu produk oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit, luka dari insisi akan menjadi post de entris bagi kuman. Oleh karena itu perlu diberikan antibiotik dan perawatan luka dengan prinsip steril. Nyeri adalah salah satu utama karena insisi yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman (Emma, 2020).

Menurut Penelitian Mullo pada tahun 2019 dalam (Kurnia and Malinti 2020). 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 upnou yang tidak dapat diatasi dengan mudah. Akibatnya janin bisa mati, sedangkan pengaruhnya anestesi bagi ibu sendiri yaitu terhadap tonus uteri 26 berupa atonia uteri sehingga darah banyak yang keluar. Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas yang tidak efektif akibat sekret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup. Anestesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus (Yogatama & Budiarti, 2020).

Menurut Penelitian dalam jurnal (Syafiq, 2019).Seperti yang telah diketahui setelah makanan masuk lambung akan terjadi proses penghancur dengan bantuan peristaltik usus. Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Akibat dari motilitas yang menurun maka peristaltik juga menurun. Makanan yang ada di lambung akan menumpung dan karena reflek untuk batuk juga menurun. Maka pasien sangat motilitas yang menurun juga berakibat pada perubahan pola eliminasi yaitu konstipasi (Prawirohardjo, 2020).

7. Pathway



Sumber : (Fadhilla Erin Sagita, 2019)

8. Komplikasi

Komplikasi yang mungkin muncul dari tindakan Sectio Caesarea adalah komplikasi pembiusan, perdarahan pasca operasi Sectio Caesarea, syok perdarahan, obstruksi usus, gangguan pembekuan darah, dan cedera organ abdomen seperti usus, ureter, kandung kemih, pembuluh darah. Pada Sectio Caesarea juga bisa terjadi infeksi sampai sepsis apalagi pada kasus dengan ketuban pecah dini. Dapat juga terjadi komplikasi pada bekas luka operasi (Anggi, 2015).

Hal yang sangat mempengaruhi atau komplikasi pasca operasi yaitu infeksi jahitan pasca Sectio Caesarea, infeksi ini terjadi karena banyak factor, seperti infeksi intrauteri, adanya penyakit penyerta yang berhubungan dengan infeksi misalnya, abses tuboofaria, apendiksitis akut/perforasi. Diabetes mellitus, gula darah tidak terkontrol, kondisi imunokompromised misalnya, infeksi HIV, Tuberkulosis atau sedang mengkonsumsi kortikosteroid jangka panjang, gizi buruk, termasuk anemia berat, sterilitas kamar operasidan atau alat tidak terjaga, alergi pada materi benang yang digunakan dan kuman resisten terhadap antibiotic. Akibat infeksi ini luka bekas Sectio Caesarea akan terbuka dalam minggu pertama pasca operasi. Terbukanya luka bisa hanya kulit dan subkulit saja, bisa juga sampai fascia yang disebut dengan bust abdomen. Umumnya, luka akan bernanah atau ada eksudat dan berbahaya jika dibiarkan karena kuman tersebut dapat menyebar melalui aliran darah. Luka yang terbuka akibat infeksi itu harus dirawat, dibersihkan dan dilakukan kultur dari cairan luka tersebut. (Valleria, 2016).

9. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
2. Pemantauan EKG
3. JDL dengan diferensial
4. Elektrolit
5. Hemoglobin/Hematokrit
6. Golongan Darah
7. Urinalis
8. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
9. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi.
10. Ultrasound sesuai pesanan. (Tucker,Susan martin,1998. Dalam buku Aplikasi Nanda2015).

10. Penatalaksanaan Medis

1. Pemberian cairan

Karena 24 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan per intavena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi,dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 10%, garam fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

2. Diet

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

3. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi : Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 sampai 10 jam setelah operasi, Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar, Hari kedua post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya, Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler), Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca operasi.

4. Kateterisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan rasa tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24 - 48 jam / lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.

5. Pemberian obat-obatan

Antibiotik cara pemilihan dan pemberian antibiotik sangat

berbeda-beda sesuai indikasi.

6. Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan

Obat yang dapat di berikan melalui supositoria obat yang diberikan ketoprofen sup 2x/24 jam, melalui oral obat yang dapat diberikan tramadol atau paracetamol tiap 6 jam, melalui injeksi ranitidin 90-75 mg diberikan setiap 6 jam bila perlu.

7. Obat-obatan lain

Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum penderita dapat diberikan caboransia seperti neurobian I vit C.

8. Perawatan luka

Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti.

9. Pemeriksaan rutin

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi, dan pernafasan.

10. Perawatan Payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi rasa nyeri

B. KONSEP KETUBAN PECAH DINI

1. Definisi KPD

Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut ketuban pecah dini pada kehamilan prematur. Dalam keadaan normal 8-10 % perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini (Saifuddin, 2014).

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum terjadi proses persalinan yang dapat terjadi pada usia kehamilan cukup waktu atau kurang waktu. KPD adalah pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan yang terjadi pada saataakhir kehamilan maupun jauh sebelumnya (Nugroho, 2010).

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD preterm adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jamsebelum waktunya melahirkan

2. Etiologi

Menurut Manuaba (2013), penyebab ketuban pecah dini antara lain :

- a. Servik inkompeten (penipisan servikx) yaitu kelainan pada servik uteri dimana kanalis servikalis selalu terbuka.
- b. Ketegangan uterus yang berlebihan, misalnya pada kehamilan ganda dan hidroamnion karena adanya peningkatan tekanan pada kulit

- ketuban di atas ostium uteri internum pada servik atau peningkatan intra uterin secara mendadak.
- c. Faktor keturunan (ion Cu serum rendah, vitamin C rendah, kelainan genetic.
 - d. Masa interval sejak ketuban pecah sampai terjadi kontraksi disebut fase laten.
 - a) Makin panjang fase laten, makin tinggi kemungkinan infeksi
 - b) Makin muda kehamilan, makin sulit upaya pemecahannya tanpa menimbulkan morbiditas janin
 - c) Komplikasi ketuban pecah dini makin meningkat
 - e. Kelainan letak janin dalam rahim, misalnya pada letak sungsang dan letak lintang, karena tidak ada bagan terendah yang menutupi pintu atas panggul yang dapat menghalangi tekanan terhadap membrane bagian bawah. kemungkinan kesempitan panggul, perut gantung, sepalo pelvik, disproporsi.
 - f. Infeksi, yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun ascenden dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini.

3. Klasifikasi

Menurut POGI (2014), KPD diklasifikasikan menjadi 2 kelompok, yaitu KPD Preterm dan KPD Aterm:

- a. KPD Preterm

Ketuban pecah dini preterm adalah pecahnya ketuban yang terbukti dengan *vaginal pooling* , tes nitrazin dan tes fern atau IGFBP- (+) pada usia <37 minggu sebelum onset persalinan. KPD sangat preterm adalah pecahnya ketuban saat umur kehamilan ibu antara 24 sampai kurang dari 34 minggu , sedangkan KPD Preterm saat umur kehamilan ibu antara 34 sampai kurang 37 minggu.

b. KPD Aterm

Ketuban pecah dini aterm adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya yang terbukti dengan *vaginal pooling* , tes nitrazin dan tes fern (+), IGFBP-1(+) pada usia kehamilan >37 minggu.

4. Patofisiologi

Mekanisme terjadinya ketuban pecah dini dapat berlangsung sebagai berikut:

1. Selaput ketuban tidak kuat sebagai akibat kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi. Bila terjadi pembukaan serviks maka selaput ketuban sangat lemah dan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban.
2. Kolagen terdapat pada lapisan kompakta amnion, fibroblas, jaringan retikuler korion dan trofoblas. Sintesis maupun degradasi jaringan kolagen dikontrol oleh sistem aktifitas dan inhibisi interleukin-1 (IL-1) dan prostaglandin. Jika ada infeksi dan inflamasi, terjadi peningkatan aktifitas IL-1 dan prostaglandin, menghasilkan kolagenase jaringan, sehingga terjadi depolimerisasi kolagen pada selaput korion / amnion, menyebabkan selaput ketuban tipis, lemah dan mudah pecah spontan.

3. Patofisiologi Pada infeksi intrapartum:

- a. Ascending infection (naiknya mikroorganisme), pecahnya ketuban menyebabkan ada hubungan langsung antara ruang intraamnion dengan dunia luar.
- b. Infeksi intraamnion bisa terjadi langsung pada ruang amnion, atau dengan penjarangan infeksi melalui dinding uterus, selaput janin, kemudian ke ruang intraamnion.
- c. Mungkin juga jika ibu mengalami infeksi sistemik, infeksi intrauterin menjaral melalui plasenta (sirkulasi fetomaternal). Tindakan iatrogenik traumatik atau higiene buruk, misalnya pemeriksaan dalam yang terlalu sering, dan sebagainya, predisposisi infeksi (Prawirohardjo (2015)).

5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinik KPD menurut Mansjoer (2016) antara lain :

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

f. Kecemasan ibu meningkat.

Menurut Manuaba (2013) mekanifestasi klinis ketuban pecah dini, antara lain:

1. jadi pembukaan prematur servik
2. Membran terkait dengan pembukaan terjadi:
 - 1) Devaskularisasi
 - 2) Nekrosis dan dapat diikuti pecah spontan
 - 3) Jaringan ikat yang menyangga membran ketuban, makin berkurang
 - 4) Melemahnya daya tahan ketuban dipercepat dengan infeksi yang mengeluarkan enzim proteolitik dan kolagenase.

6. Komplikasi

Terdapat tiga komplikasi utama yang terjadi pada ketuban pecah dini yaitu peningkatan morbiditas neonatal oleh karena prematuritas, komplikasi selama persalinan dan kelahiran, resiko infeksi baik pada ibu maupun janin, dimana resiko infeksi karena ketuban yang utuh merupakan barrier atau penghalang terhadap masuknya penyebab infeksi (Sarwono, 2016)

7. Pemeriksaan Penunjang

Diagnosis ketuban pecah dini tidak sulit ditegakkan dengan keterangan terjadi pengeluaran cairan mendadak disertai bau yang khas. Selain keterangan yang disampaikan pasien dapat dilakukan beberapa

pemeriksaan yang menetapkan bahwa cairan yang keluar adalah air ketuban, diantaranya tes ferning dan nitrazine tes. Langkah pemeriksaan untuk menegakkan diagnosis ketuban pecah dini dapat dilakukan:

1. Pemeriksaan spekulum, untuk mengambil sampel cairan ketuban di froniks posterior dan mengambil sampel cairan untuk kultur dan pemeriksaan bakteriologis.
2. Melakukan pemeriksaan dalam dengan hati-hati, sehingga tidak banyak manipulasi daerah pelvis untuk mengurangi kemungkinan-kemungkinan infeksi asenden dan persalinan prematuritas. (Manuaba, 2013)

Menurut Nugroho (2015), pemeriksaan penunjang ketuban pecah dini dapat dilakukan dengan pemeriksaan ultrasonografi (USG):

1. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri.
2. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidramnion.

8. Penatalaksanaan

Menurut Manuaba (2013) dalam buku ajar patologi obstetrik, kasus KPD yang cukup bulan, kalau segera mengakhiri kehamilan akan menaikkan insidensi bedah sesar, dan kalau menunggu persalinan spontan akan menaikkan insidensi chorioamnionitis. Kasus KPD yang kurang bulan kalau menempuh cara-cara aktif harus dipastikan bahwa

tidak akan terjadi RDS, dan kalau menempuh cara konservatif dengan maksud untuk memberi waktu pematangan paru, harus bisa memantau keadaan janin dan infeksi yang akan memperjelek prognosis janin. Penatalaksanaan KPD tergantung pada umur kehamilan. Kalau umur kehamilan tidak diketahui secara pasti segera dilakukan pemeriksaan ultrasonografi (USG) untuk mengetahui umur kehamilan dan letak janin. Resiko yang lebih sering pada KPD dengan janin kurang bulan adalah RDS dibandingkan dengan sepsis. Oleh karena itu pada kehamilan kurang bulan perlu evaluasi hati-hati untuk menentukan waktu yang optimal untuk persalinan. Pada umur kehamilan 34 minggu atau lebih biasanya paru-paru sudah matang, chorioamnionitis yang diikuti dengan sepsi pada janin merupakan sebab utama meningkatnya morbiditas dan mortalitas janin. Pada kehamilan cukup bulan, infeksi janin langsung berhubungan dengan lama pecahnya selaput ketuban atau lamanya periode laten (Manuaba, 2013).

a) Penatalaksanaan KPD pada kehamilan aterm (> 37 Minggu).

Beberapa penelitian menyebutkan lama periode laten dan durasi KPD keduanya mempunyai hubungan yang bermakna dengan peningkatan kejadian infeksi dan komplikasi lain dari KPD. Jarak antara pecahnya ketuban dan permulaan dari persalinan disebut periode latent = L, P = "lag" period. Makin muda umur kehamilan makin memanjang L.P-nya. Pada hakekatnya kulit ketuban yang pecah akan menginduksi persalinan dengan sendirinya. Sekitar 70-80 %

kehamilan genap bulan akan melahirkan dalam waktu 24 jam setelah kulit ketuban pecah. bila dalam 24 jam setelah kulit ketuban pecah belum ada tanda-tanda persalinan maka dilakukan induksi persalinan, dan bila gagal dilakukan bedah caesar (Manuaba, 2013).

Pemberian antibiotik profilaksis dapat menurunkan infeksi pada ibu. Walaupun antibiotik tidak berfaedah terhadap janin dalam uterus namun pencegahan terhadap chorioamnionitis lebih penting dari pada pengobatannya sehingga pemberian antibiotik profilaksis perlu dilakukan. Waktu pemberian antibiotik hendaknya diberikan segera setelah diagnosis KPD ditegakan dengan pertimbangan : tujuan profilaksis, lebih dari 6jam kemungkinan infeksi telah terjadi, proses persalinan umumnya berlangsung lebih dari 6 jam. Beberapa penulis menyarankan bersikap aktif (induksi persalinan) segera diberikan atau ditunggu sampai 6-8 jam dengan alasan penderita akan menjadi inpartu dengan sendirinya. Dengan mempersingkat periode laten durasi KPD dapat diperpendek sehingga resiko infeksi dan trauma obstetrik karena partus tindakan dapat dikurangi (Manuaba, 2013).

Pelaksanaan induksi persalinan perlu pengawasan yang sangat ketat terhadap keadaan janin, ibu dan jalannya proses persalinan berhubungan dengan komplikasinya. Pengawasan yang kurang baik dapat menimbulkan komplikasi yang fatal bagi bayi dan ibunya (his terlalu kuat) atau proses persalinan menjadi semakin kepanjangan (his kurang kuat). Induksi dilakukan dengan memperhatikan bishop score

jika > 5 induksi dapat dilakukan, sebaliknya < 5 , dilakukan pematangan servik, jika tidak berhasil akhiri persalinan dengan seksio sesaria (Manuaba, 2013).

b) Penatalaksanaan KPD pada kehamilan preterm (< 37 minggu).

Pada kasus-kasus KPD dengan umur kehamilan yang kurang bulan tidak dijumpai tanda-tanda infeksi pengelolaanya bersifat konservatif disertai pemberian antibiotik yang adekuat sebagai profilaksi. Penderita perlu dirawat di rumah sakit, ditidurkan dalam posisi trendelenberg, tidak perlu dilakukan pemeriksaan dalam untuk mencegah terjadinya infeksi dan kehamilan diusahakan bisa mencapai 37 minggu, obat-obatan uteronelaksen atau tocolitic agent diberikan juga tujuan menunda proses persalinan (Manuaba, 2013).

Tujuan dari pengelolaan konservatif dengan pemberian kortikosteroid pada penderita KPD kehamilan kurang bulan adalah agar tercapainya pematangan paru, jika selama menunggu atau melakukan pengelolaan konservatif tersebut muncul tanda-tanda infeksi, maka segera dilakukan induksi persalinan tanpa memandang umur kehamilan (Manuaba, 2013).

Induksi persalinan sebagai usaha agar persalinan mulai berlangsung dengan jalan merangsang timbulnya his ternyata dapat menimbulkan komplikasi-komplikasi yang kadang-kadang tidak ringan. Komplikasi-komplikasi yang dapat terjadi gawat janin sampai

mati, tetani uteri, ruptura uteri, emboli air ketuban, dan juga mungkin terjadi intoksikasi. Kegagalan dari induksi persalinan biasanya diselesaikan dengan tindakan bedah sesar. Seperti halnya pada pengelolaan KPD yang cukup bulan, tindakan bedah sesar hendaknya dikerjakan bukan semata-mata karena infeksi intrauterin tetapi seyogyanya ada indikasi obstetrik yang lain, misalnya kelainan letak, gawat janin, partus tak maju, dll (Manuaba, 2013).

Selain komplikasi-komplikasi yang dapat terjadi akibat tindakan aktif. Ternyata pengelolaan konservatif juga dapat menyebabkan komplikasi yang berbahaya, maka perlu dilakukan pengawasan yang ketat. Sehingga dikatakan pengolahan konservatif adalah menunggu dengan penuh kewaspadaan terhadap kemungkinan infeksi intrauterin (Manuaba, 2013).

Sikap konservatif meliputi pemeriksaan leukosit darah tepi setiap hari pemeriksaan tanda-tanda vital terutama temperatur setiap 4 jam, pengawasan denyut jantung janin, pemberian antibiotik mulai saat diagnosis ditegakkan dan selanjutnya setiap 6 jam. Pemberian kortikosteroid antenatal pada preterm KPD telah dilaporkan secara pasti dapat menurunkan kejadian RDS. The National Institutes of Health telah merekomendasikan penggunaan kortikosteroid pada preterm KPD pada kehamilan 30-32 minggu yang tidak ada infeksi intramamion. Sediaan terdiri atas betametason 2 dosis masing-masing 12 mg i.m tiap 24 jam atau dexametason 4 dosis masing-masing 6 mg

tiap 12 jam (Manuaba, 2013).

C. CEPHALOPELVIC DISPRPORTION (CPD)

1. Definisi

Menurut Penelitian Mullo pada tahun 2019, Cephalopelvic Disproportion (CPD) adalah diagnosa medis digunakan ketika kepala bayi dinyatakan terlalu besar untuk muat melewati panggul ibu. Cephalopelvic Disproportion (CPD) adalah keadaan yang menggambarkan ketidaksesuaian antara kepala janin dan panggul ibu sehingga janin tidak dapat keluar melalui vagina. Disproporsi kepala panggul disebabkan oleh panggul sempit, janin yang besar ataupun kombinasi keduanya (Sarwono, 2018). Ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami (Kasdus, 2019).

2. Penyebab Dan Faktor Risiko Cephalopelvic Disproportion (CPD)

Menurut (Putra, 2021) Kondisi kepala bayi yang tidak cukup melewati panggul bisa disebabkan oleh berbagai hal. Berikut ini adalah beberapa kondisi janin yang bisa menjadi penyebab terjadinya CPD :

1. Janin terlalu besar

Risiko terjadinya CPD meningkat jika berat janin lebih dari 4.000 gram. Bobot bayi yang besar ini bisa disebabkan oleh faktor keturunan atau diabetes gestasional (Putra, 2021).

2. Posisi janin tidak normal

Janin dalam posisi sungsang atau melintang akan lebih sulit untuk

melewati panggul dalam persalinan normal. Persalinan normal juga akan sulit dilakukan jika bagian kepala bayi yang menghadap leher rahim lebih lebar, misalnya wajah atau sisi belakang kepala (Putra, 2021).

3. Gangguan kesehatan

CPD terkadang juga bisa terjadi ketika janin mengalami kondisi tertentu, misalnya hidrosefalus. Kondisi ini membuat ukuran kepala janin membesar, sehingga lebih sulit melewati panggul atau jalan lahir (Putra, 2021).

3. Manifestasi Klinik

Sementara itu, ada beberapa kondisi yang bisa membuat ibu hamil lebih berisiko mengalami CPD, di antaranya:

1. Riwayat operasi panggul atau pernah cedera pada panggul
2. Panggul sempit
3. Kehamilan pertama
4. Diabetes gestasional
5. Polihidramnion atau jumlah air ketuban berlebihan
6. Obesitas
7. Kenaikan berat badan berlebihan selama kehamilan
8. Tinggi badan kurang dari 145 cm
9. Hamil di usia remaja, karena tulang panggul belum tumbuh sempurna
10. Kehamilan lewat bulan atau usia kandungan sudah lewat 40 minggu (Putra, 2021).

4. Patofisiologi Cephalovik Disproportion

Patofisiologi cephalopelvic disproportion (CPD) dipengaruhi oleh faktor passageway (bentuk dan ukuran panggul) dan juga passenger (ukuran dan presentasi kepala janin). Istilah cephalopelvic disproportion dipakai untuk mendeskripsikan ketidaksesuaian ukuran panggul ibu dengan ukuran kepala janin.

Ketika kepala janin lebih besar dari diameter pintu panggul atau kepala janin berukuran normal namun ukuran panggul lebih sempit, maka akan terjadi hambatan penurunan janin dan mempersulit persalinan per vaginam sehingga pada umumnya akan dilakukan sectio caesarea.

5. Pemeriksaan untuk mendiagnosis CPD (Cephalopelvic Disproportion)

Menurut (Simanjuntak & Wulandari, 2017) Cephalopelvic Disproportion (CPD) umumnya tidak menimbulkan gejala selama kehamilan. Namun, apabila CPD terjadi karena bentuk panggul ibu yang sempit atau ukuran janin yang besar, kondisi ini umumnya bisa terdeteksi oleh dokter melalui pemeriksaan kandungan secara rutin. Dokter bisa mendiagnosis CPD pada ibu hamil melalui pemeriksaan fisik, pemeriksaan panggul, dan USG kehamilan. Menjelang persalinan menurut (Simanjuntak & Wulandari, 2017), ibu hamil dengan CPD biasanya akan mengalami beberapa masalah atau keluhan berikut ini:

1. Persalinan macet atau berlangsung lebih lama dari yang diharapkan
2. Kontraksi rahim tidak cukup kuat atau tidak ada
3. Pelebaran serviks atau pembukaan rahim terjadi secara perlahan

atau tidak terjadi sama sekali

4. Kepala bayi tidak kunjung memasuki panggul atau jalan lahir
5. Induksi tidak berhasil membuat persalinan berkembang

6. Metode persalinan yang direkomendasikan dalam penanganan CPD (Cephalopelvic Disproportion)

Menurut (Widjayanti, 2020) Ibu yang memiliki panggul sempit masih berpeluang untuk melahirkan secara normal. Selama proses persalinan, dokter atau bidan akan memonitor kontraksi, pembukaan leher rahim, dan pergerakan bayi menuju jalan lahir. Namun, jika terdapat kesulitan, dokter dapat membantu proses persalinan dengan bantuan forcep atau vakum untuk mengeluarkan bayi. Meski demikian, CPD terkadang bisa membuat proses persalinan berlangsung sangat lama, sehingga membuat ibu kelelahan. Jika sudah demikian, biasanya dokter akan melakukan operasi caesar untuk mengeluarkan bayi dari dalam rahim. Operasi caesar juga bisa dilakukan apabila terdapat kondisi penyulit, seperti gawat janin. Karena berisiko membahayakan kondisi ibu dan janin, sebagian besar ibu hamil dengan CPD disarankan melahirkan dengan operasi caesar (Widjayanti, 2020). Jika proses persalinan berlangsung terlalu lama akibat CPD.

7. Komplikasi

Menurut Putra, 2021 ada beberapa komplikasi yang bisa terjadi pada ibu atau janin, di antaranya:

1. Kelainan bentuk kepala bayi

2. Cedera kepala bayi
3. Prolaps tali pusat
4. Distosia, yaitu kondisi ketika bahu bayi tersangkut di jalan lahir atau vagina
5. Ruptur perineum tingkat 1 -2 adalah kondisi ketika terjadi robekan pada jalan lahir, yaitu vagina dan daerah di sekitarnya, setelah melahirkan
6. Cedera rahim
7. Pendarahan

Untuk mengantisipasi adanya kondisi penyulit selama persalinan dan mendeteksi CPD sejak dini, penting bagi setiap ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan secara rutin ke dokter kandungan. Dengan begitu, dokter bisa merencanakan penanganan yang tepat (Putra, 2021).

BAB III
ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS
PENGAJIAN POSTNATAL

Nama Mahasiswa : Shinta Hardiyanti
Nama Klien: Ny. Y
Tanggal Masuk : 13 Desember 2022
Ruang/RS : Melati
Tanggal Pengkajian : 14 Desember 2022

DATA UMUM KESEHATAN

1. Inisial klien : Ny.Y
2. Umur : 27 Tahun
3. Status Perkawinan : Menikah
4. Agama : Islam
5. Pendidikan : SMA
6. Pekerjaan : IRT
7. Status obstretikus : P2A1

Riwayat Kehamilan

No	Tipe persalinan	BB waktu lahir	Keadaan bayi waktu lahir	Umur sekarang
1	Abortus	-	-	-
2	Normal	2,8 kg	Normal	3,5 tahun
3	SC	3,5 kg	Normal	1 hari

8. Masalah prenatal : Hamil usia 2-4 bulan mual dan tidak nafsu makan.

9. Status kesehatan saat ini :

1. Alasan Kunjungan/ Keluhan Utama :

Klien datang ke RSUD CAM kota Bekasi dengan keluhan keluar cairan ketuban sejak pukul 17.00 WIB (13 Desember 2022). Klien dalam kondisi composmentis, usia kehamilan 38 minggu P2A1.

2. Keluhan saat ini :

Pasien mengatakan nyeri bagian perut bawah, bekas post operasi sectio caesarea dengan skala nyeri 7 , pasien mengeluh badan terasa lemas, sulit untuk bangun dari tempat tidur, aktifitas ibu di bantu

oleh keluarga, pasien mengatakan masih takut untuk bergerak karena nyeri saat bergerak, ibu mengatakan baru pertama kali di operasi sectio caesarea, ibu mengatakan belum begitu mengerti tentang tanda-tanda infeksi dan belum mengerti tentang cara perawatan luka post sectio caearea. Setelah di lakukan TTV didapatkan hasil TD : 129/70 mmHg , N : 89x/menit , RR : 20x/menit , S : 36,5, SPO2 : 98%.

3. Riwayat penyakit dulu : -
4. Riwayat KB : Klien mengatakan pernah menggunakan KB pil
5. Rencana KB : KB IUD

DATA POSTNATAL

Pemeriksaan Fisik

1. Kesadaran : Composmentis/ GCS E4V5M6
2. TB dan BB : 160 cm dan 85 kg
3. Masalah Kesehatan Khusus : Hamil usia 2-4 bulan mual dan tidak nafsu makan.
4. Alergi (Obat/ Makanan) : Tidak ada
5. Tanda – Tanda Vital
 - TD : 129/70 mmHg
 - N : 89x/mnt

- RR : 20x/mnt

- S : 36,5°C

- SpO² : 98%

6. Kepala-leher :

1. Kepala : Mesocephal, tidak ada lesi dan benjolan, distribusi rambut baik
2. Mata : simetris, konjungtiva tdk anemis, sklera tdk ikterik
3. Bibir : Mukosa bibir kering, mulut bersih, gigi masih utuh, tidak ada pembengkakan gusi
4. Telinga : simetris, tidak ada benjolan
5. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid

7. dada :

1. jantung :

- Inspeksi : tak tampak retraksi dinding dada
- Perkusi : bunyi pekak
- Palpasi : tak ada nyeri tekan

2. Paru :

- Inspeksi : dada simetris

- Palpasi : tidak ada nyeri tekan
- Auskultasi : vesikuler

3. Payudara

- Kesan Umum : Baik, Payudara bersih, aerola kehitaman
- Putting susu : Puting menonjol, air susu keluar

8. Abdomen

- Ukuran : mengecil
- Terdapat luka post op ± 10 cm di bagian bawah pusat
- Balutan luka masih tertutup verban pasca post op sc.
- Fundus uteri : Tinggi 2 jari dibawah pusat
- Kontraksi : Teraba keras

9. Lochea

- Jumlah : sekitar 2x ganti pembalut
- Warna : Lochea rubra, berwarna merah dan hitam
- Konsistensi : cair dan masih ada sisa darah
- Bau : amis khas darah

10. Perineum

- Vagina : terpasang DC ukuran 18 dengan urine tertampung 150cc /
3 jam
- Integritas kulit baik : baik

- Edema : tdk ada
- Memar : tdk ada
- Rupture : tdk ada
- Rednees : tdk ada kemerahan
- Memar : tdk ada kebiruan
- Edema : tdk ada pembengkakan
- Dischargment : tdk ada cairan sekresi yang keluar
- Kebersihan : Bersih

11. Ektermintas atas :

- Edema : tidak ada edema, terpasang infus RL ditangan kiri

12. Ekstermintas bawah :

- Edema : tdk ada
- Varises : tidak ada

13. BAK saat ini : terpasang DC dengan urine tertampung 150cc / 3 jam

- BAB saat ini : belum BAB sejak masuk RS

14. Pola tidur : Tidur siang : 30 Menit , Tidur malam : 4 Jam

15. Keadaan mental : Keadaan mental ibu baik.

Persepsi ibu setelah melahirkan : ibu mengasahi bayi dan ibu dalam masa nifas

Harapan yang ibu inginkan setelah bersalin : luka operasi cepat sembuh dan cepat pulang

16. Nutrisi

- Asupan nutrisi : makan sehari 3x
- Nafsu makan : baik

17. Penyesuaian dengan bayi : Ibu senang atas kelahiran bayi nya.

18. Rangkuman

- Ny. Y melahirkan anak kedua dengan tipe persalinan caesar dengan berat 3,5 kg, berjenis kelamin laki laki.

PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Hasil Lab : Selasa, 13 Desember 2022

Nama Pemeriksaan	Jumlah	Satuan	Nilai Rujukkan
HEMATOLOGI			
Darah Rutin DHF			
Leukosit	16,7	*ribu/uL	5-10
Hemoglobin	11,7	*g/dL	12-14
Hematokrit	32,9	*%	37-47

Trombosit	387	ribu/uL	150-400
HEMOSTASIS PT			
PT	14,3	Detik	11,5-15,5
PT Control	15,5	Detik	12-16,5
APTT			
Aptt	33,0	Detik	20-40
Aptt Control	38,7	Detik	27,1-40,6
IMUNOSEROLOGI			
Anti HIV			
Tahap 1	Non reaktif (intek)		Non reaktif
HBsAG	Non reaktif		Non reaktif
KIMIA KLINIK			
Diabetes Glukosa Darah Rendah	110	Mg/dL	60-110

TERAPI MEDIS

Nama Obat	Dosis	Indikasi	Kontradiksi	Efek Samping
Cefriaxone	1 gram 2 x 1	Untuk mengatasi infeksi bakteri gram negatif maupun gram positif	Pada individu dengan riwayat hipersensitivitas terhadap obat ini atau golongan sefalosporin lainnya. Penggunaan harus hati-hati pada pasien dengan riwayat alergi penisilin karena bisa terjadi reaksi silang.	Beberapa efek samping yang dapat muncul adalah : <ul style="list-style-type: none"> • nyeri perut • mual • muntah • diare • pusing • mengantuk • sakit kepala • bengkak dan iritasi pada area suntikan • muncul keringat berlebih
Tranexcamid Acid	500 mg 3 x 1	Untuk menghentikan perdarahan	Gangguan ginjal yang berat : penyakit tromboembolik	<ul style="list-style-type: none"> • Mual • Muntah • Diare

				<ul style="list-style-type: none"> • pusing
Ketorolac	2 x 1 amp	Untuk mengurangi rasa nyeri	Tukak peptic akut, perdarahan kv, diastasis hrmoragik	<ul style="list-style-type: none"> • Gangguan system muskuloskeletal • Saluran kemih • Ginjal • Hematologi

ANALISA DATA

Nama : Shinta Hardiyanti

Tanggal Masuk : 13 Desember 2022

Ruang/RS : Melati

Tanggal Pengkajian : 14 Desember 2022

DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
-------------	--------------------------------	-----------------

<p>DS : • Klien mengatakan nyeri bagian perut bawah , bekas post secti caesarea</p> <p>P : luka jahitan post op sc</p> <p>Q : seperti tertusuk – tusuk</p> <p>R : di perut bagian bawah pasca op sc</p> <p>S : skala nyeri 7</p> <p>T : saat bergerak atau berpindah posisi, hilang timbul, durasi 5 menit</p> <p>• Klien mengatakan masih takut untuk bergerak karena nyeri saat bergerak</p> <p>• Klien tampak meringis kesakitan</p> <p>DO : • Ibu post partum sc 5 jam</p> <p>• Klien tampak sulit bangun dari tempat tidur</p> <p>• Skala nyeri 7</p> <p>TTV</p> <p>TD : 129/70 mmHg</p> <p>N : 89x/mnt</p> <p>RR : 20x/mnt</p> <p>S : 36,5°C</p>	<p>Nyeri Akut</p> <p>(D.0077)</p>	<p>Agen Cidera Fisik</p> <p>(Jahitan post op sc)</p>
--	---	--

SpO ² : 98%		
DS : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri saat bergerak 	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Nyeri
<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan badan terasa lemas 		

<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan aktifitas dibantu oleh keluarga • Klien mengatakan sulit bangun dari tempat tidur <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerakan pasien terbatas • Pasien tampak lemas 			
<p>DS</p> <p>DO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan belum begitu mengerti tentang tanda-tanda infeksi • Klien mengatakan belum mengerti tentang cara perawatan luka post section caesarea • - 	<p>Defisit Pengetahuan (D.0111)</p>	<p>Kurang Terpapar Informasi</p>

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama : Shinta Hardiyanti Nama Pasien : Ny. Y

Tanggal Masuk : 13 Desember 2022 Ruang/RS : Melati

Tanggal Pengkajian : 14 Desember 2022

No Dx	Diagnosa Keperawatan
1	Nyeri Akut b.d Agen Cidera Fisik (Jahitan post op sc) (D.0077)
2	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054)
3	Defisit Pengetahuan b.d Kurang Terpapar Informasi (D.0111)

RENCANA KEPERAWATAN

Nama : Shinta Hardiyanti Nama Pasien : Ny. Y

Tanggal Masuk : 13 Desember 2022 Ruang/RS : Melati

Tanggal Pengkajian : 14 Desember 2022

No	Dx. Kep	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
----	---------	-------------------------------------	-------------------------------

1	<p>Nyeri Akut b.d</p> <p>Agen Cidera Fisik</p> <p>(Jahitan post op sc)</p> <p>(D.0077)</p>	<p>Setelah diberikan penatalaksanaan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan</p> <p>Tingkat nyeri menurun.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan nyeri menurun (5) • Tampak meringis menurun (5) 	<p>Manajemen Nyeri (108238)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi factor penyebab nyeri 4. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis (tarik nafas dalam, kompre hangat atau dingin) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitas istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri
---	--	---	---

			<ol style="list-style-type: none"> 2. Jelaskan strategi pereda nyeri 3. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik (jika perlu)
2	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054)	Setelah diberikan penatalaksanaan asuhan keperawatan selama 3x24 jam	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi :</p>

		<p>diharapkan</p> <p>Kelemahan fisik menurun</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pergerakan ekstremitas meningkat (5) • Nyeri menurun (5) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
--	--	--	--

3	<p>Defisit Pengetahuan b.d Kurang Terpapar Informasi (D.0111)</p>	<p>Setelah diberikan penatalaksanaan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Perilaku membaik</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perilaku sesuai anjuran meningkat (5) • Pertanyaan tentang masalah yang di hadapi menurun (5) 	<p>Edukasi Pencegahan Infeksi (I.12406)</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siapkan materi, media tentang factor-faktor penyebab, cara identifikasi dan pencegahan risiko infeksi di rumah maupun rumah sakit 2. Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan penkes 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 2. Anjurkan mengikuti tindakan pencegahan sesuai kondisi 3. Anjurkan kecukupan nutrisi, cairan, dan istirahat 4. Anjurkan kecukupan mobilisasi dan olahraga sesuai kebutuhan 5. Anjurkan cara memeriksa kondisi luka operasi.
---	---	--	---

			<p>– 10 skala nyeri nya berada di 7</p> <p>O/: skala nyeri 7</p> <p>3. Mengidentifikasi factor penyebab nyeri</p> <p>S/: klien mengatakan luka post op sc</p> <p>O/: Terdapat luka jahitan post op sc di bagian abdomen</p> <p>4. Memonitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>S/ : klien mengatakan tidak memiliki tanda tanda alergi (seperti kemerahan (-), gatal gatal (-))</p> <p>O/: tidak memiliki alergi pada obat yang diberikan (kemerahan (-), gatal gatal (-))</p> <p>Terapeutik :</p>	<p>nyeri nya berada di 7</p> <p>3. klien mengatakan tidak memiliki tanda tanda alergi (seperti kemerahan (-), gatal gatal (-))</p> <p>4. klien mengatakan paham tentang teknik nonfarmakologi</p> <p>5. klien mengatakan mengerti tentang edukasi penjelasan yang diberikan perawat</p> <p>O :</p> <p>1. klien tampak meringis menahan nyeri, skala nyeri 7</p> <p>2. Terdapat luka jahitan post op sc di bagian abdomen</p> <p>3. klien tidak memiliki alergi pada obat yang diberikan</p>	
--	--	--	--	---	--

		<p>5. Memberikan teknik nonfarmakologis</p> <p>S/: klien mengatakan paham tentang teknik nonfarmakologi</p> <p>O/: klien tampak mengerti dengan teknik yang sudah diberikan</p> <p>Edukasi :</p> <p>6. Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri</p> <p>S/: klien mengatakan mengerti tentang edukasi penjelasan yang diberikan perawat</p> <p>O/: klien paham dengan penjelasan perawat</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>7. Mengkolaborasi pemberian analgetik</p> <p>S/: -</p> <p>O/: Pemberian obat Keterolac 30mg 2 x 1 amp (drip)</p>	<p>(kemerahan (-), gatal gatal (-))</p> <p>4. klien tampak mengerti dengan teknik yang sudah diberikan klien paham dengan penjelasan perawat</p> <p>5. Pemberian obat Keterolac 30mg 2x 1 amp (drip)</p> <p>6. TTV</p> <p>TD : 129/70 mmHg</p> <p>N : 89x/mnt</p> <p>RR : 20x/mnt</p> <p>S : 36,5°C</p> <p>SpO² : 98 %</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>Intervensi di lanjutkan</p>	
--	--	--	--	--

2	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054)	14/12/22	<p>Observasi :</p> <p>3. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>S/: klien mengatakan nyeri dibagian bawah perut bekas luka post op dengan skala 7</p> <p>O/: Klien tampak meringis</p> <p>4. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>S/: klien mengatakan masih sulit dalam menggerakkan badan</p> <p>O/: klien tampak kooperatif</p> <p>Terapeutik :</p> <p>3. Memfasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)</p> <p>S/: klien mengatakan masih sulit dalam menggerakkan badan</p> <p>O/: klien tampak kooperatif</p> <p>4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p>	<p>S :</p> <p>1. Klien mengatakan nyeri di bagian bawah perut, bekas luka post op</p> <p>2. Klien mengatakan masih sulit dalam menggerakkan badan</p> <p>3. Klien mengatakan memahami tujuan mobilisasi</p> <p>4. Klien mengatakan memahami anjuran untuk melakukan mobilisasi sederhana</p> <p>O :</p> <p>1. Klien tampak kooperatif selama melakukan mobilisasi, namun klien masih kesulitan</p> <p>2. Klien dilatih untuk bangun dari tempat tidur</p>	

			<p>S/: klien mengatakan aktifitas dibantu oleh keluarga</p> <p>O/: keluarga klien tampak membantu aktifitas.</p> <p>Edukasi :</p> <p>4. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>S/: Klien mengatakan memahami tujuan mobilisasi</p> <p>O/: klien tampak memahami tujuan mobilisasi</p> <p>5. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>S/: Klien mengatakan melakukan mobilisasi dini sambil di bantu oleh keluarga</p> <p>O/: klien tampak memahami anjuran untuk melakukan mobilisasi sederhana</p> <p>6. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>	<p>3. Keluarga terlibat dalam melakukan mobilisasi</p> <p>4. Setelah di berikan edukasi klien dan keluarga mengatakan memahami tujuan mobilisasi</p> <p>5. Klien dan keluarga mengatakan memahami anjuran untuk melakukan mobilisasi sederhana</p> <p>A :</p> <p>1. Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>1. Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	--	---	--

			<p>S/: Klien mengatakan melakukan mobilisasi sambal di bantu oleh keluarga</p> <p>O/: keluarga terlibat dalam melakukan mobilisasi</p>		
3	<p>Defisit Pengetahuan b.d Kurang Terpapar Informasi (D.0111)</p>	<p>14/12/2022</p>	<p>Edukasi Pencegahan Infeksi (I.12406)</p> <p>Terapeutik :</p> <p>4. Menyiapkan materi, media tentang factor-faktor penyebab, cara identifikasi dan pencegahan risiko infeksi di rumah maupun rumah sakit</p> <p>S/: -</p> <p>O/: -</p> <p>5. Menjadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan penkes</p> <p>S/: -</p> <p>O/: Penkes di laksanakan tanggal 15-Desember-2022</p> <p>6. Memberikan kesempatan untuk bertanya</p>	<p>S :</p> <p>1. Klien mengatakan mau mempelajari bagaimana cara pencegahan infeksi</p> <p>2. Klien mengatakan senang mendapatkan informasi</p> <p>O :</p> <p>1. Penkes dilaksanakan tanggal 15-Desember-2022</p> <p>2. Klien tampak senang</p> <p>A :</p> <p>1. Masalah belum teratasi</p>	

			<p>S/: -</p> <p>O/: -</p> <p>Edukasi :</p> <p>6. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p>S/: -</p> <p>O/: -</p> <p>7. Menganjurkan mengikuti tindakan pencegahan sesuai kondisi</p> <p>S/: -</p> <p>O/: -</p> <p>8. Menganjurkan kecukupan nutrisi, cairan, dan istirahat</p> <p>S/: -</p> <p>O/: -</p> <p>9. Menganjurkan kecukupan mobilisasi dan olahraga sesuai kebutuhan</p> <p>S/: -</p> <p>O/: -</p> <p>10. Menganjurkan cara memeriksa kondisi luka operasi.</p> <p>S/: -</p> <p>O/: -</p>	<p>P : 1. Intervensi</p> <p>dilanjutkan</p>	
--	--	--	---	---	--

CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN

Nama : Shinta Hardiyanti Nama Pasien : Ny. Y

Tanggal Masuk : 13 Desember 2022 Ruang/RS : Melati

Tanggal Pengkajian : 14 Desember 2022 Hari ke 2

no	Dx Kep	Tanggal	Implementasi	Evaluasi (Soap)	Paraf
1	Nyeri Akut b.d Agen Cidera Fisik (Jahitan post op sc) (D.0077)	15/12/20 22	Manajemen Nyeri (108238) Observasi : 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri S/ : Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang diperut bagian bawah akibat luka jahit post op sc O/ : klien tampak sedikit rileks 2. Mengidentifikasi skala nyeri S/: klien mengatakan skala nyeri dari rentang 1 – 10 skala nyeri nya berada di 5	S : 1. Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang diperut bagian bawah akibat luka jahit post op sc P : luka jahitan post op Q: nyeri tertusuk – tusuk R : nyeri pada perut bagian bawah S : Skala nyeri 5 T : Hilang timbul	

		<p>O/: skala nyeri 5</p> <p>3. Mengidentifikasi factor penyebab nyeri</p> <p>S/: klien mengatakan luka post op sc</p> <p>O/: Terdapat luka jahitan post op sc di bagian abdomen</p> <p>Terapeutik :</p> <p>4. Memberikan teknik nonfarmakologis</p> <p>S/: klien mengatakan paham tentang teknik nonfarmakologi</p> <p>O/: klien tampak mengerti</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>5. Mengkolaborasi pemberian analgetik</p> <p>S/: -</p> <p>O/: pemberian obat Keterolac 30 mg 2x1 amp (drip)</p>	<p>2. klien mengatakan skala nyeri dari rentang 1 – 10 skala nyeri nya berada di 5</p> <p>3. klien mengatakan terdapat luka jahitan post op sc di bagian abdomen</p> <p>4. klien mengatakan tidak memiliki tanda tanda alergi pada obat (seperti kemerahan (-), gatal gatal (-))</p> <p>O :</p> <p>1. klien tampak sedikit rileks skala nyeri 5</p> <p>2. Terdapat luka jahitan post op sc di bagian abdomen klien tidak memiliki alergi pada obat yang diberikan (kemerahan (-), gatal gatal (-))</p>	
--	--	---	--	--

				<p>3. pemberian obat Keterolac 30 mg 2x1 amp (drip)</p> <p>A :</p> <p>4. TTV TD 123/98 mmHg,</p> <p>P :</p> <p>Nadi 90x/menit RR 20x/menit suhu 36,6C SpO2 98%.</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
2	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054)	15/12/22	<p>Observasi :</p> <p>5. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya S/: klien mengatakan nyeri dibagian bawah perut bekas luka post op dengan skala 5 O/: Klien tampak sedikit rileks</p> <p>6. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p>	<p>S :</p> <p>1. Klien mengatakan nyeri di bagian bawah perut, bekas luka post op dengan skala 5</p> <p>2. Klien mengatakan masih sedikit sulit dalam menggerakkan badan</p> <p>3. Klien mengatakan memahami tujuan mobilisasi</p>	

			<p>S/: klien mengatakan masih sedikit sulit dalam menggerakkan badan</p> <p>O/: klien tampak kooperatif</p> <p>Terapeutik :</p> <p>5. Memfasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)</p> <p>S/: klien mengatakan masih sedikit sulit dalam menggerakkan badan</p> <p>O/: klien tampak kooperatif</p> <p>6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>S/: klien mengatakan aktifitas dibantu oleh keluarga</p> <p>O/: keluarga klien tampak membantu aktifitas.</p> <p>Edukasi :</p> <p>7. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>S/: Klien mengatakan memahami tujuan mobilisasi</p>	<p>4. Klien mengatakan memahami anjuran untuk melakukan mobilisasi sederhana</p> <p>O :</p> <p>1. Klien tampak kooperatif selama melakukan mobilisasi</p> <p>2. Klien dilatih untuk bangun dari tempat tidur</p> <p>3. Keluarga terlibat dalam melakukan mobilisasi</p> <p>4. Setelah di berikan edukasi klien dan keluarga tampak memahami tujuan mobilisasi</p> <p>5. Klien dan keluarga tampak memahami anjuran untuk melakukan mobilisasi sederhana</p>	
--	--	--	--	---	--

			<p>O/: klien tampak memahami tujuan mobilisasi</p> <p>8. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>S/: Klien mengatakan melakukan mobilisasi dini sambil di bantu oleh keluarga</p> <p>O/: klien tampak memahami anjuran untuk melakukan mobilisasi sederhana</p> <p>9. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p> <p>S/: Klien mengatakan melakukan mobilisasi sambil di bantu oleh keluarga</p> <p>O/: klien tampak lebih rileks dan sudah mulai bisa berpindah dari tempat tidur ke kursi</p>	<p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	--	--	--

3	Defisit Pengetahuan b.d Kurang Terpapar Informasi (D.0111)	15/12/20 22	<p>Edukasi Pencegahan Infeksi (I.12406)</p> <p>Terapeutik :</p> <p>7. Menyiapkan materi, media tentang factor-faktor penyebab, cara identifikasi dan pencegahan risiko infeksi di rumah maupun rumah sakit</p> <p>S/: - O/: -</p> <p>8. Menjadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan penkes</p> <p>S/: - O/: Penkes di laksanakan tanggal 15-Desember-2022 (sudah dilaksanakan)</p> <p>9. Memberikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>S/: - O/: klien tampak kooperatif</p> <p>Edukasi :</p> <p>11. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sudah mempelajari bagaimana cara pencegahan risiko infeksi pada luka post op 2. Klien mengatakan senang mendapatkan informasi tentang pencegahan risiko infeksi pada luka post op 3. Klien mengatakan senang, karena klien menjadi tahu bagaimana cara pencegahan infeksi pada luka post op <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penkes sudah terlaksana pada tanggal 15/12/2022 2. Klien tampak senang 3. Klien tampak kooperatif
---	--	----------------	--	--

			<p>S/: klien mengatakan senang mendapatkan informasi</p> <p>O/: klien tampak kooperatif</p> <p>12. Menganjurkan mengikuti tindakan pencegahan sesuai kondisi</p> <p>S/: klien tampak senang</p> <p>O/: klien tampak kooperatif</p> <p>13. Menganjurkan kecukupan nutrisi, cairan, dan istirahat</p> <p>S/: klien mengatakan senang, karena menjadi paham betapa pentingnya asupan nutrisi dan kecukupan istirahat</p> <p>O/: klien tampak kooperatif</p> <p>14. Menganjurkan kecukupan mobilisasi dan olahraga sesuai kebutuhan</p> <p>S/: klien mengatakan senang, karena klien menjadi paham pentingnya mobilisasi</p> <p>O/: klien tampak kooperatif</p> <p>15. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi.</p>	<p>A :</p> <p>Masalah teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi di hentikan</p>	
--	--	--	---	---	--

			S/: klien mengatakan senang, karena klien menjadi tahu bagaimana kondisi luka operasinya O/: klien tampak kooperatif		
--	--	--	--	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN

Nama : Shinta Hardiyanti Nama Pasien : Ny. Y

Tanggal Masuk : 13 Desember 2022 Ruang/RS : Melati

Tanggal Pengkajian : 14 Desember 2022 Hari ke 3

no	Dx Kep	Tanggal	Implementasi	Evaluasi (Soap)	Paraf
1	Nyeri Akut b.d Agen Cidera Fisik (Jahitan post op sc) (D.0077)	16/12/20 22	<p>Manajemen Nyeri (108238)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri <p>S/ : Klien mengatakan nyeri berkurang diperut bagian bawah akibat luka jahit post op sc</p> <p>O/ : klien tampak rileks</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi skala nyeri <p>S/ : klien mengatakan skala nyeri dari rentang 1 – 10 skala nyeri nya berada di 3</p> <p>O/ : skala nyeri 3</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan nyeri berkurang diperut bagian bawah akibat luka jahit post op sc <p>P : luka jahitan post op</p> <p>Q: nyeri tertusuk – tusuk</p> <p>R : nyeri pada perut bagian bawah</p> <p>S : Skala nyeri 3</p> <p>T : Jarang timbul</p> <ol style="list-style-type: none"> klien mengatakan skala nyeri dari rentang 1 – 10 skala nyeri nya berada di 3 <p>klien mengatakan luka post op sc</p>	

			<p>3. Mengidentifikasi factor penyebab nyeri</p> <p>S/: klien mengatakan luka post op sc</p> <p>O/: Terdapat luka jahitan post op sc di bagian abdomen</p> <p>Terapeutik :</p> <p>4. Memberikan teknik nonfarmakologis</p> <p>S/: klien mengatakan paham tentang teknik nonfarmakologi</p> <p>O/: klien mengerti dengan teknik yang sudah diberikan</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Mengkolaborasi pemberian analgetik</p> <p>S/: -</p>	<p>3. klien mengatakan paham tentang teknik nonfarmakologi</p> <p>1. klien tampak rileks skala nyeri 3</p> <p>2. Terdapat luka jahitan post op sc di bagian abdomen</p> <p>3. klien mengerti dengan teknik yang sudah diberikan</p> <p>4. Pemberian obat Keterolac 30 mg 1x1 amp (drip)</p> <p>5. TTV TD 120/98 mmHg Nadi 90x/menit RR 20x/menit suhu 36,6C SpO2 98%.</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p>	
--	--	--	---	--	--

			<p>O/: Pemberian obat Keterolac 30 mg 1x1 amp (drip)</p>	<p>A : Intervensi dilanjutkan</p> <p>P :</p>	
2	<p>Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054)</p>	16/12/22	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya <p>S/: klien mengatakan nyeri dibagian bawah perut bekas luka post op dengan skala 3</p> <p>O/: Klien tampak rileks</p> <ol style="list-style-type: none"> Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>S/: klien mengatakan sudah nyaman dalam menggerakkan badan</p> <p>O/: klien tampak kooperatif</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Memfasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) <p>S/: klien mengatakan sudah nyaman dalam menggerakkan badan</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan nyeri di bagian bawah perut, bekas luka post op dengan skala 3 Klien mengatakan sudah nyaman dalam menggerakkan badan <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak kooperatif selama melakukan mobilisasi Klien tampak sudah bisa berjalan Klien di awasi oleh keluarga <p>A :</p> <p>Masalah teratasi</p>	

			<p>O/: klien tampak koperatif</p> <p>2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>S/: klien mengatakan aktifitas sudah tidak dibantu oleh keluarga</p> <p>O/: klien tampak melakukan aktifitas sendiri</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>S/: Klien mengatakan memahami tujuan mobilisasi</p> <p>O/: klien tampak memahami tujuan mobilisasi</p> <p>2. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>S/: Klien mengatakan melakukan mobilisasi dini hanya di awasi oleh keluarga</p> <p>O/: klien tampak memahami anjuran untuk melakukan mobilisasi sederhana</p>	<p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	
--	--	--	---	---	--

			<p>3. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p> <p>S/: Klien mengatakan melakukan mobilisasi hanya diawasi oleh keluarga</p> <p>O/: klien tampak lebih rileks dan sudah bisa berjalan</p>		
3	<p>Defisit Pengetahuan b.d Kurang Terpapar Informasi (D.0111)</p>	<p>16/12/2022</p>	<p>Edukasi Pencegahan Infeksi (I.12406)</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Menyiapkan materi, media tentang factor-faktor penyebab, cara identifikasi dan pencegahan risiko infeksi di rumah maupun rumah sakit <p>S/: -</p> <p>O/: -</p> <ol style="list-style-type: none"> Menjadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan penkes <p>S/: -</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sudah mempelajari bagaimana cara pencegahan risiko infeksi pada luka post op Klien mengatakan senang mendapatkan informasi tentang pencegahan risiko infeksi pada luka post op Klien mengatakan senang, karena klien menjadi tahu bagaimana cara 	

			<p>O/: Penkes di laksanakan tanggal 15-Desember-2022 (sudah dilaksanakan)</p> <p>3. Memberikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>S/: -</p> <p>O/: klien tampak kooperatif</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p>S/: klien mengatakan senang mendapatkan informasi</p> <p>O/: klien tampak kooperatif</p> <p>2. Menganjurkan mengikuti tindakan pencegahan sesuai kondisi</p> <p>S/: klien tampak senang</p> <p>O/: klien tampak kooperatif</p> <p>3. Menganjurkan kecukupan nutrisi, cairan, dan istirahat</p> <p>S/: klien mengatakan senang, karena menjadi paham betapa pentingnya asupan nutrisi dan kecukupan istirahat</p> <p>O/: klien tampak kooperatif</p>	<p>pengecahan infeksi pada luka post op</p> <p>O :</p> <p>1. Penkes sudah terlaksana pada tanggal 15/12/2022</p> <p>2. Klien tampak senang</p> <p>3. Klien tampak kooperatif</p> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi di hentikan</p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>4. Mengajukan kecukupan mobilisasi dan olahraga sesuai kebutuhan</p> <p>S/: klien mengatakan senang, karena klien menjadi paham pentingnya mobilisasi</p> <p>O/: klien tampak kooperatif</p> <p>5. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi.</p> <p>S/: klien mengatakan senang, karena klien menjadi tahu bagaimana kondisi luka operasinya</p> <p>O/: klien tampak kooperatif</p>		
--	--	--	---	--	--

PENGKAJIAN POSTNATAL

Nama Mahasiswa : Shinta Hardiyanti
 Tanggal Masuk : 17 desember 2022
 Tanggal Pengkajian : 18 desember 2022

Nama Klien: Ny. V
 Ruang/RS : Melati

DATA UMUM KESEHATAN

1. Inisial klien : Ny.V
2. Umur : 28 Tahun
3. Status Perkawinan : Menikah
4. Agama : Islam
5. Pendidikan : S1
6. Pekerjaan : PNS
7. Status obstretikus : P2A0 + CPD

Riwayat Kehamilan

No	Tipe persalinan	BB waktu lahir	Keadaan bayi waktu lahir	Umur sekarang

1	SC	2,6 kg	Normal	4 tahun
2	SC	2,8 kg	Normal	1 hari

8. Masalah prenatal : Hamil usia 2-3,5 bulan mual dan tidak nafsu makan.

9. Status kesehatan saat ini :

a. Alasan Kunjungan/ Keluhan Utama :

Klien datang ke RSUD CAM kota Bekasi pukul 12.25 WIB.

Dengan keluhan sebelum masuk ke RS perutnya serasa kencang sejak jam 11.30 wib.

b. Keluhan saat ini :

Klien mengatakan nyeri diperut bagian bawah akibat luka jahit post op sc, klien mengatakan nyeri muncul ketika bergerak, klien mengatakan sulit beraktivitas setelah post op sc, klien mengatakan aktivitasnya perlu dibantu, klien mengatakan ada luka post op sc, klien mengatakan asi keluar masih sedikit, klien mengatakan tidak tahu cara perawatan payudara, klien mengatakan bayinya belum mampu menghisap puting. didapatkan hasil pengkajian TB :157 cm, BB : 57 kg, TD :

110/80 mmHg, N : 80x/mnt, RR : 20x/mnt, S : 36,5°C, SpO² : 98%.

- c. Riwayat penyakit dulu : -
- d. Riwayat KB : Klien mengatakan pernah menggunakan KB pil
- e. Rencana KB : KB pil

DATA POSTNATAL

Pemeriksaan Fisik

- 1. Kesadaran : Composmentis/ GCS E4V5M6
- 2. TB dan BB : 157 cm dan 68 kg

10. Masalah Kesehatan Khusus : Klien mengatakan operasi *section caesarea* atas indikasi Panggul sempit.

11. Alergi (Obat/ Makanan) : Tidak ada

12. Tanda – Tanda Vital

- TD : 110/80 mmHg

- N : 80x/mnt

- RR : 20x/mnt
- S : 36,5°C
- SpO² : 98%

13. Kepala-leher :

- Kepala : Mesocephal, tidak ada lesi dan benjolan, distribusi rambut baik
- Mata : simetris, konjungtiva tdk anemis, sklera tdk ikterik
- Bibir : Mukosa bibir kering, mulut bersih, gigi masih utuh, tidak ada pembengkakan gusi
- Telinga : simetris, tidak ada benjolan
- Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid

14. dada :

a. jantung :

- Inspeksi : tak tampak retraksi dinding dada
- Perkusi : bunyi pekak
- Palpasi : tak ada nyeri tekan

b. Paru :

- Inspeksi : dada simetris

- Palpasi : tidak ada nyeri tekan

- Auskultasi : vesikuler

c. Payudara

- Kesan Umum : Baik, Payudara bersih, aerola kehitaman

- Putting susu : Puting menonjol, air susu keluar

15. Abdomen

- Ukuran : mengecil

- Terdapat luka post op ± 10 cm di bagian bawah pusat

- Balutan luka masih tertutup verban pasca post op sc.

- Fundus uteri : Tinggi : 2 jari dibawah pusat

- Lochea

- Jumlah : sekitar 3x ganti pembalut

- Warna : Lochea rubra, berwarna merah dan hitam

- Konsistensi : cair dan masih ada sisa darah

- Bau : amis khas darah

16. Perineum

- Vagina : terpasang DC ukuran 18 dengan urine tertampung 130cc /
3 jam

- Integritas kulit baik : baik

- Edema : tdk ada

- Rupture : tdk ada

- Rednees : tdk ada kemerahan
- Memar : tdk ada kebiruan
- Edema : tdk ada pembengkakan
- Dischargment : tdk ada cairan sekresi yang keluar
- Kebersihan : Bersih

17. Ekstermitas atas :

- Edema : tidak ada edema, terpasang infus RL ditangan kanan

18. Ekstermitas bawah :

- Edema : tdk ada
- Varises : tidak ada

19. BAK saat ini : terpasang DC dengan urine tertampung 130cc / 3 jam

20. BAB saat ini : Belum BAB sejak masuk RS

21. Pola tidur : Tidur siang : 40 Menit , Tidur malam : 5 Jam

22. Keadaan mental : Keadaan mental ibu baik.

Persepsi ibu setelah melahirkan : ibu mengasahi bayi dan ibu dalam masa nifas

- Harapan : yang ibu inginkan setelah bersalin luka operasi cepat sembuh dan cepat pulang

23. Nutrsi

- Asupan nutrisi : makan sehari 3x

- Nafsu makan : baik

24. Penyesuaian dengan bayi : Ibu senang atas kelahiran bayi nya.

25. Rangkuman : Ibu V melahirkan anak pertama dengan tipe persalinan

caesar dengan berat 2,6 kg, berjenis kelamin perempuan.

PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Hasil Lab : Sabtu, 17 Desember 2022

Nama Pemeriksaan	Jumlah	Satuan	Nilai Rujukkan
HEMATOLOGI			
Darah Rutin DHF			
Leukosit	19,2	*ribu/uL	5-10
Hemoglobin	11,3	*g/dL	12-14
Hematokrit	30,9	*%	37-47
Trombosit	387	ribu/uL	150-400
HEMOSTASIS PT			

PT	14,3	Detik	11,5-15,5
PT Control	15,5	Detik	12-16,5
APTT			
Aptt	30,0	Detik	20-40
Aptt Control	35,7	Detik	27,1-40,6
IMUNOSEROLOGI			
Anti HIV			
Tahap 1	Non reaktif (intek)		Non reaktif
HBsAG	Non reaktif		Non
KIMIA KLINIK			
Diabetes Glukosa Darah Rendah	104	Mg/dL	60-110

TERAPI MEDIS

Nama Obat	Dosis	Indikasi	Kontradiksi	Efek Samping
Cefriaxone	1 gram 2 x 1	Untuk mengatasi infeksi bakteri gram negatif maupun gram positif	Pada individu dengan riwayat hipersensitivitas terhadap obat ini atau golongan sefalosporin lainnya. Penggunaan harus hati-hati pada pasien dengan riwayat alergi penisilin karena bisa terjadi reaksi silang.	Beberapa efek samping yang dapat muncul adalah : <ul style="list-style-type: none"> • nyeri perut • mual • muntah • diare • pusing • mengantuk • sakit kepala • bengkak dan iritasi pada area suntikan • muncul keringat berlebih

Tranexcamid Acid	500 mg 3 x 1	Untuk menghentikan perdarahan	Gangguan ginjal yang berat : penyakit tromboembolik	<ul style="list-style-type: none"> • Mual • Muntah • Diare • pusing
Ketorolac	2 x 1 amp	Untuk mengurangi rasa nyeri	Tukak peptic akut, perdarahan kv, diastasis hromoragik	<ul style="list-style-type: none"> • Gangguan system muskuloskle tal • Saluran kemih • Ginjal • Hematologi

ANALISA DATA

Nama Mahasiswa : Shinta Hardiyanti Nama Pasien : Ny. V

Tanggal Masuk : 17 Desember 2022 Ruang/RS : Melati

Tanggal Pengkajian : 18 Desember 2022

DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
-------------	--------------------------------	-----------------

<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri di daerah luka jahitan post op sc saat bergerak atau berpindah posisi <p>P : luka jahitan post op sc</p> <p>Q : seperti tertusuk – tusuk</p> <p>R : di perut bagian bawah pasca opsc</p> <p>S : skala nyeri 8</p> <p>T : saat bergerak atau berpindah posisi, hilang timbul, durasi 5 menit</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Klien mengatakan belum bisa tidur nyenyak sejak post op sc karena menahan nyeri <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak meringis kesakitan 2. Ibu post partum sc 6 jam 3. Skala nyeri 8 4. TTV <p>TD : 110/80 mmHg</p> <p>N : 80x/mnt</p> <p>RR : 20x/mnt</p> <p>S : 36,5°C</p> <p>SpO² : 98%</p>	<p>Nyeri Akut</p>	<p>Agan Cidera Fisik</p> <p>(Jahitan post op sc)</p>
---	--------------------------	--

<p>DS :</p> <p>1. Klien mengatakan ASI baru keluar</p>	<p>Menyusui Tidak Efektif (D.0029)</p>	<p>Ketidakadekuatan Reflek Menghisap Bayi</p>
<p>sedikit</p> <p>2. Klien mengatakan tidak tahu cara perawatan payudara</p>		

DO :	<p>3. Klien mengatakan bayinya belum bisa menghisap dengan kuat</p> <p>1. Payudara klien terasa keras</p> <p>2. Hisapan bayi pada payudara tidak continue</p>		
DS :	<p>1. Klien mengatakan aktifitas nya di bantu oleh keluarga karena nyeri</p> <p>2. Klien mengatakan sulit beraktifitas setelah post op sc</p> <p>1. Klien tampak kesulitan dalam bergerak</p>	<p>Gangguan</p> <p>Mobilitas Fisik</p> <p>(D.0054)</p>	<p>Nyeri</p>
DO :	<p>2. Klien tampak di bantu oleh keluarganya</p>		

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa : Shinta Hardiyanti Nama Pasien : Ny. V

Tanggal Masuk : 17 Desember 2022 Ruang/RS : Melati

Tanggal Pengkajian : 18 Desember 2022

No Dx	Diagnosa Keperawatan
1	Nyeri Akut b.d Agen Cidera Fisik (Jahitan post op sc) (D.0077)
2	Menyusui Tidak Efektif b.d Ketidakadekuatan Refleks Menghisap Bayi (D.0029)
3	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054)

RENCANA KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa : Shinta Hardiyanti Nama Pasien : Ny. V

Tanggal Masuk : 17 Desember 2022 Ruang/RS : Melati

Tanggal Pengkajian : 18 Desember 2022

No	Dx. Kep	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
-----------	----------------	--	--------------------------------------

1	<p>Nyeri Akut b.d Agen Cidera Fisik (Jahitan post op sc) (D.0077)</p>	<p>Setelah diberikan penatalaksanaan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat nyeri menurun.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan nyeri menurun (5) • Tampak meringis menurun (5) • Sikap protektif menurun (5) 	<p>Manajemen Nyeri (108238)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi factor penyebab nyeri 4. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik nonfarmakologis (tarik nafas dalam, kompre hangat atau dingin) • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu, pencahayaan, kebisingan) • Fasilitas istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri 6. Jelaskan strategi pereda nyeri
---	---	---	---

			<p>7. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri</p> <p>8. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik (jika perlu)</p>
2	Menyusui Tidak Efektif b.d Ketidakadekuatan	Setelah diberikan penatalaksanaan asuhan keperawatan selama 3x24 jam	<p>Edukasi Menyusui (I.12393)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Identifikasi kesiapan</p>

	Refleks Menghisap Bayi (D.0029)	<p>diharapkan</p> <p>Menyusui dapat efektif</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat (5) • Tetesan atau pancaran ASI meningkat (5) • Hisapan bayi meningkat (5) 	<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dan menyusui <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 2. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar 3. Ajarkan perawatan payudara post partum (misal. Memerah ASI dan pijat payudara)
3	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054)	Setelah diberikan penatalaksanaan asuhan	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi :</p>

		<p>keperawatan selama 3x24 jam diharapkan</p> <p>Kelemahan fisik menurun</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pergerakan ekstremitas meningkat (5) • Nyeri menurun (5) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 6. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 7. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
--	--	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa : Shinta Hardiyanti

Nama Pasien : Ny. V

Tanggal Masuk : 17 Desember 2022

Ruang/RS : Melati

Tanggal Pengkajian : 18 Desember 2022

Hari ke 1

no	Dx Kep	Tanggal	Implementasi	Evaluasi (Soap)
1	Nyeri Akut b.d Agen Cidera Fisik (Jahitan post op sc) (D.0077)	18/12/20 22	<p>Manajemen Nyeri (108238)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri S/ : Klien mengatakan nyeri diperut bagian bawah akibat luka jahit post op sc O/ : klien tampak meringis menahan nyeri Mengidentifikasi skala nyeri S/: klien mengatakan skala nyeri dari rentang 1 – 10 skala nyeri nya berada di 8 O/: skala nyeri 8 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan nyeri diperut bagian bawah akibat luka jahit post op sc P : luka jahitan post op Q : nyeri tertusuk – tusuk R : nyeri pada perut bagian bawah S : Skala nyeri 8 T : Sering muncul klien mengatakan skala nyeri dari rentang 1 – 10 skala nyeri nya berada di 8

			<p>3. Mengidentifikasi factor penyebab nyeri</p> <p>S/: klien mengatakan luka post op sc</p> <p>O/: Terdapat luka jahitan post op sc di bagian abdomen</p> <p>4. Memonitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>S/ : klien mengatakan tidak memiliki tanda tanda alergi (seperti kemerahan (-), gatal gatal (-))</p> <p>O/: tidak memiliki alergi pada obat yang diberikan (kemerahan (-), gatal gatal (-))</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Memberikan teknik nonfarmakologis</p> <p>S/: klien mengatakan paham tentang teknik nonfarmakologi</p> <p>O/: klien tampak mengerti dengan</p>	<p>3. klien mengatakan tidak memiliki tanda tanda alergi (seperti kemerahan (-), gatal gatal (-))</p> <p>O :</p> <p>1. klien tampak meringis menahan nyeri, skala nyeri 8</p> <p>2. Terdapat luka jahitan post op sc di bagian abdomen</p> <p>3. klien tidak memiliki alergi pada obat yang diberikan (kemerahan (-), gatal gatal (-))</p> <p>4. klien tampak mengerti dengan teknik yang sudah diberikan klien paham dengan penjelasan perawat</p>
--	--	--	---	---

			<p>teknik yang sudah diberikan</p> <p>Edukasi :</p> <p>2. Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri</p> <p>S/: klien mengatakan mengerti tentang edukasi penjelasan yang diberikan perawat</p> <p>O/: klien paham dengan penjelasan perawat</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>3. Mengkolaborasi pemberian analgetik</p> <p>S/: -</p> <p>O/: Pemberian obat Keterolac 30mg 2 x 1 amp (drip)</p>	<p>5. Pemberian obat Keterolac 30mg 2 x 1 amp (drip)</p> <p>6. TTV</p> <p>A : TD : 110/80 mmHg N : 89x/mnt</p> <p>P : RR : 20x/mnt S : 36,5°C SpO² : 98 %</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>Intervensi di lanjutkan</p>
2	Menyusui Tidak Efektif b.d Ketidakadekuatan Refleks Menghisap Bayi (D.0029)	18/12/22	<p>Edukasi Menyusui (I.12393)</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>S/: -</p>	<p>S :</p> <p>1. klien mengatakan sudah siap menerima informasi tentang perawatan payudara</p> <p>2. klien mengatakan mau mempelajari bagaimana cara</p>

			<p>O/ : penkes dilaksanakan pada tanggal 20/12/22</p> <p>2. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dan menyusui</p> <p>S/ : klien mengatakan mau mempelajari bagaimana cara mengeluarkan ASI dengan benar</p> <p>O/ : klien tampak kooperatif</p> <p>Edukasi :</p> <p>3. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</p> <p>S/ : klien mengatakan senang mendapatkan informasi tentang manfaat menyusui</p> <p>O/ : klien tampak kooperatif</p>	<p>mengeluarkan ASI dengan benar</p> <p>3. klien mengatakan senang mendapatkan informasi tentang manfaat menyusui</p> <p>4. klien mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler pada saat menyusui</p> <p>5. klien mengatakan senang, karena pasien menjadi tahu bagaimana perawatan pijit payudara</p> <p>O :</p> <p>1. klien tampak kooperatif tersedia leaflet penkes dilaksanakan pada tanggal 20/12/22</p> <p>2. klien tampak kooperatif</p> <p>3. klien tampak nyaman dengan posisi semi fowler</p> <p>A :</p>
--	--	--	---	--

			<p>4. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar</p> <p>S/ : klien mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler pada saat menyusui</p> <p>O/ : klien tampak nyaman dengan posisi semi fowler</p> <p>5. Ajarkan perawatan payudara post partum (misal. Memerah ASI dan pijat payudara)</p> <p>S/ : klien mengatakan senang, karena pasien menjadi tahu bagaimana perawatan pijit payudara</p> <p>O/ : klien tampak kooperatif</p>	<p>P : 4. klien tampak kooperatif</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>
3	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054)	18/12/20 22	<p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>S/: klien mengatakan nyeri dibagian bawah</p>	<p>S : 1. Klien mengatakan nyeri di bagian bawah perut, bekas luka post op</p>

			<p>perut bekas luka post op dengan skala 7</p> <p>O/: Klien tampak meringis</p> <p>2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>S/: klien mengatakan masih sulit dalam menggerakkan badan</p> <p>O/: klien tampak kooperatif</p> <p>Terapeutik :</p> <p>3. Memfasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)</p> <p>S/: klien mengatakan masih sulit dalam menggerakkan badan</p> <p>O/: klien tampak kooperatif</p> <p>4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>S/: klien mengatakan aktifitas dibantu oleh keluarga</p>	<p>2. Klien mengatakan masih sulit dalam menggerakkan badan</p> <p>3. Klien mengatakan memahami tujuan mobilisasi</p> <p>4. Klien mengatakan memahami anjuran untuk melakukan mobilisasi sederhana</p> <p>O :</p> <p>1. Klien tampak kooperatif selama melakukan mobilisasi, namun klien masih kesulitan</p> <p>2. Klien dilatih untuk bangun dari tempat tidur</p> <p>3. Keluarga terlibat dalam melakukan mobilisasi</p> <p>4. Setelah di berikan edukasi klien dan keluarga mengatakan memahami tujuan mobilisasi</p>
--	--	--	---	--

			<p>O/: keluarga klien tampak membantu aktifitas.</p> <p>Edukasi :</p> <p>5. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>S/: Klien mengatakan memahami tujuan mobilisasi</p> <p>O/: klien tampak memahami tujuan mobilisasi</p> <p>6. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>S/: Klien mengatakan melakukan mobilisasi dini sambil di bantu oleh keluarga</p> <p>O/: klien tampak memahami anjuran untuk melakukan mobilisasi sederhana</p> <p>7. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>	<p>5. Klien dan keluarga mengatakan memahami anjuran untuk melakukan mobilisasi sederhana</p> <p>A :</p> <p>1. Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>1. Intervensi dilanjutkan</p>
--	--	--	---	--

			<p>S/: Klien mengatakan melakukan mobilisasi sambal di bantu oleh keluarga</p> <p>O/: keluarga terlibat dalam melakukan mobilisasi</p>	
--	--	--	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa : Shinta Hardiyanti

Nama Pasien : Ny. V

Tanggal Masuk : 17 Desember 2022

Ruang/RS : Melati

Tanggal Pengkajian : 18 Desember 2022

Hari ke 2

no	Dx Kep	Tanggal	Implementasi	Evaluasi (Soap)
1	Nyeri Akut b.d Agen Cidera Fisik (Jahitan post op sc) (D.0077)	19/12/20 22	<p>Manajemen Nyeri (108238)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri S/ : Klien mengatakan nyeri diperut bagian bawah akibat luka jahit post op sc sedikit berkurang O/ : klien tampak lebih rileks Mengidentifikasi skala nyeri S/: klien mengatakan skala nyeri dari rentang 1 – 10 skala nyeri nya berada di 5 O/: skala nyeri 5 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan nyeri diperut bagian bawah akibat luka jahit post op sc P : luka jahitan post op Q : nyeri tertusuk – tusuk R : nyeri pada perut bagian bawah S : Skala nyeri 5 T : Sering muncul klien mengatakan skala nyeri dari rentang 1 – 10 skala nyeri nya berada di 5 klien mengatakan luka post op sc

		<p>3. Mengidentifikasi factor penyebab nyeri</p> <p>S/: klien mengatakan luka post op sc</p> <p>O/: Terdapat luka jahitan post op sc di bagian abdomen</p> <p>4. Memonitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>S/ : klien mengatakan tidak memiliki tanda tanda alergi (seperti kemerahan (-), gatal gatal (-))</p> <p>O/: tidak memiliki alergi pada obat yang diberikan (kemerahan (-), gatal gatal (-))</p> <p>Terapeutik :</p> <p>4. Memberikan teknik nonfarmakologis</p> <p>S/: klien mengatakan paham tentang teknik nonfarmakologi</p> <p>O/: klien tampak mengerti dengan</p>	<p>3. klien mengatakan tidak memiliki tanda tanda alergi (seperti kemerahan (-), gatal gatal (-))</p> <p>4. klien mengatakan paham tentang teknik nonfarmakologi</p> <p>5. klien mengatakan mengerti tentang edukasi penjelasan yang diberikan perawat</p> <p>O :</p> <p>1. skala nyeri 5</p> <p>2. Terdapat luka jahitan post op sc di bagian abdomen</p> <p>3. klien tidak memiliki alergi pada obat yang diberikan (kemerahan (-), gatal gatal (-))</p> <p>4. klien tampak mengerti dengan teknik yang sudah diberikan klien</p>
--	--	---	---

			<p>teknik yang sudah diberikan</p> <p>Edukasi :</p> <p>5. Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri</p> <p>S/: klien mengatakan mengerti tentang edukasi penjelasan yang diberikan perawat</p> <p>O/: klien paham dengan penjelasan perawat</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>6. Mengkolaborasi pemberian analgetik</p> <p>S/: -</p> <p>O/: Pemberian obat Keterolac 30mg 2 x 1 amp (drip)</p>	<p>paham dengan penjelasan perawat</p> <p>5. Pemberian obat Keterolac 30mg 2x 1 amp (drip)</p> <p>6. TTV</p> <p>TD : 115/88 mmHg</p> <p>N : 80x/mnt</p> <p>RR : 20x/mnt</p> <p>S : 36,5°C</p> <p>SpO² : 98 %</p> <p>A :</p> <p>P :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>Intervensi di lanjutkan</p>
2	Menyusui Tidak Efektif b.d Ketidakadekuatan Refleks Menghisap Bayi (D.0029)	19/12/22	<p>Edukasi Menyusui (I.12393)</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>S/: -</p>	<p>S :</p> <p>1. klien mengatakan mau mempelajari bagaimana cara mengeluarkan ASI dengan benar</p> <p>2. klien mengatakan senang mendapatkan</p>

			<p>O/ : penkes dilaksanakan pada tanggal 20/12/22</p> <p>2. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dan menyusui</p> <p>S/ : klien mengatakan mau mempelajari bagaimana cara mengeluarkan ASI dengan benar</p> <p>O/ : klien tampak kooperatif</p> <p>Edukasi :</p> <p>3. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</p> <p>S/ : klien mengatakan senang mendapatkan informasi tentang manfaat menyusui</p> <p>O/ : klien tampak kooperatif</p>	<p>informasi tentang manfaat menyusui</p> <p>3. klien mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler pada saat menyusui</p> <p>4. klien mengatakan senang, karena pasien menjadi tahu bagaimana perawatan pijit payudara</p> <p>O :</p> <p>1. klien tampak kooperatif</p> <p>2. klien tampak nyaman dengan posisi semi fowler</p> <p>3. klien tampak kooperatif</p> <p>A :</p> <p>P : Masalah teratasi sebagian</p>
--	--	--	---	--

			<p>4. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar</p> <p>S/ : klien mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler pada saat menyusui</p> <p>O/ : klien tampak nyaman dengan posisi semi fowler</p> <p>5. Ajarkan perawatan payudara post partum (misal. Memerah ASI dan pijat payudara)</p> <p>S/ : klien mengatakan senang, karena pasien menjadi tahu bagaimana perawatan pijit payudara</p> <p>O/ : klien tampak kooperatif</p>	Intervensi dilanjutkan
3	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054)	19/12/20 22	<p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>S/: klien mengatakan nyeri dibagian bawah</p>	S : 1. Klien mengatakan nyeri di bagian bawah perut, bekas luka post op

			<p>perut bekas luka post op dengan skala 5</p> <p>O/: Klien tampak meringis</p> <p>2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>S/: klien mengatakan masih sulit dalam menggerakkan badan</p> <p>O/: klien tampak kooperatif</p> <p>Terapeutik :</p> <p>3. Memfasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)</p> <p>S/: klien mengatakan masih sedikit sulit dalam menggerakkan badan</p> <p>O/: klien tampak kooperatif</p> <p>4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>S/: klien mengatakan aktifitas dibantu oleh keluarga</p>	<p>2. Klien mengatakan masih sulit dalam menggerakkan badan</p> <p>3. Klien mengatakan memahami tujuan mobilisasi</p> <p>4. Klien mengatakan memahami anjuran untuk melakukan mobilisasi sederhana</p> <p>O :</p> <p>1. Klien tampak kooperatif selama melakukan mobilisasi, namun klien masih kesulitan</p> <p>2. Klien dilatih untuk bangun dari tempat tidur</p> <p>3. Keluarga terlibat dalam melakukan mobilisasi</p> <p>4. Setelah di berikan edukasi klien dan keluarga mengatakan memahami tujuan mobilisasi</p>
--	--	--	---	--

			<p>O/: keluarga klien tampak membantu aktifitas.</p> <p>Edukasi :</p> <p>5. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>S/: Klien mengatakan memahami tujuan mobilisasi</p> <p>O/: klien tampak memahami tujuan mobilisasi</p> <p>6. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>S/: Klien mengatakan melakukan mobilisasi dini sambil di bantu oleh keluarga</p> <p>O/: klien tampak memahami anjuran untuk melakukan mobilisasi sederhana</p> <p>7. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>	<p>5. Klien dan keluarga mengatakan memahami anjuran untuk melakukan mobilisasi sederhana</p> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>
--	--	--	---	--

			<p>S/: Klien mengatakan melakukan mobilisasi sambil di bantu oleh keluarga</p> <p>O/: keluarga terlibat dalam melakukan mobilisasi</p>	
--	--	--	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa : Shinta Hardiyanti

Nama Pasien : Ny. V

Tanggal Masuk : 17 Desember 2022

Ruang/RS : Melati

Tanggal Pengkajian : 18 Desember 2022

Hari ke 3

no	Dx Kep	Tanggal	Implementasi	Evaluasi (Soap)
1	Nyeri Akut b.d Agen Cidera Fisik (Jahitan post op sc) (D.0077)	20/12/20 22	<p>Manajemen Nyeri (108238)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri S/ : Klien mengatakan nyeri diperut bagian bawah akibat luka jahit post op sc sudah berkurang O/ : klien tampak rileks Mengidentifikasi skala nyeri S/: klien mengatakan skala nyeri dari rentang 1 – 10 skala nyeri nya berada di 3 O/: skala nyeri 3 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan nyeri diperut bagian bawah akibat luka jahit post op sc P : luka jahitan post op Q : nyeri seperti di tusuk-tusuk R : nyeri pada perut bagian bawah S : Skala nyeri 3 T : hilang timbul klien mengatakan skala nyeri dari rentang 1 – 10 skala nyeri nya berada di 3 klien mengatakan luka post op sc

		<p>3. Mengidentifikasi factor penyebab nyeri</p> <p>S/: klien mengatakan luka post op sc</p> <p>O/: Terdapat luka jahitan post op sc di bagian abdomen</p> <p>4. Memonitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>S/ : klien mengatakan tidak memiliki tanda tanda alergi (seperti kemerahan (-), gatal gatal (-))</p> <p>O/: tidak memiliki alergi pada obat yang diberikan (kemerahan (-), gatal gatal (-))</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Memberikan teknik nonfarmakologis</p> <p>S/: klien mengatakan paham tentang teknik nonfarmakologi</p> <p>O/: klien tampak mengerti dengan</p>	<p>3. klien mengatakan tidak memiliki tanda tanda alergi (seperti kemerahan (-), gatal gatal (-))</p> <p>4. klien mengatakan paham tentang teknik nonfarmakologi</p> <p>5. klien mengatakan mengerti tentang edukasi penjelasan yang diberikan perawat</p> <p>O :</p> <p>1. skala nyeri 3</p> <p>2. Terdapat luka jahitan post op sc di bagian abdomen</p> <p>3. klien tidak memiliki alergi pada obat yang diberikan (kemerahan (-), gatal gatal (-))</p> <p>4. klien tampak mengerti dengan teknik yang sudah diberikan klien</p>
--	--	---	---

			<p>teknik yang sudah diberikan</p> <p>Edukasi :</p> <p>2. Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri</p> <p>S/: klien mengatakan mengerti tentang edukasi penjelasan yang diberikan perawat</p> <p>O/: klien paham dengan penjelasan perawat</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>3. Mengkolaborasi pemberian analgetik</p> <p>S/: -</p> <p>O/: Pemberian obat Keterolac 30mg 1 x 1 amp (drip)</p>	<p>paham dengan penjelasan perawat</p> <p>5. Pemberian obat Keterolac 30mg 1 x 1 amp (drip)</p> <p>6. TTV</p> <p>TD : 120/88 mmHg</p> <p>N : 87x/mnt</p> <p>RR : 20x/mnt</p> <p>S : 36,5°C</p> <p>SpO² : 99 %</p> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi di lanjutkan</p>
2	Menyusui Tidak Efektif b.d Ketidakadekuatan Refleks Menghisap Bayi (D.0029)	20/12/22	<p>Edukasi Menyusui (I.12393)</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>S/: -</p>	<p>S :</p> <p>1. klien mengatakan sudah mempelajari bagaimana cara mengeluarkan ASI dengan benar</p> <p>2. klien mengatakan senang mendapatkan</p>

			<p>O/ : penkes sudah terlaksana pada tanggal 20/12/22</p> <p>2. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dan menyusui</p> <p>S/ : klien mengatakan sudah mempelajari bagaimana cara mengeluarkan ASI dengan benar</p> <p>O/ : klien tampak kooperatif</p> <p>Edukasi :</p> <p>3. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</p> <p>S/ : klien mengatakan senang mendapatkan informasi tentang manfaat menyusui</p> <p>O/ : klien tampak kooperatif</p>	<p>informasi tentang manfaat menyusui</p> <p>3. klien mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler pada saat menyusui</p> <p>4. klien mengatakan senang, karena pasien menjadi tahu bagaimana perawatan pijit payudara</p> <p>O :</p> <p>1. penkes sudah terlaksana pada tanggal 20/12/22</p> <p>2. klien tampak kooperatif</p> <p>3. klien tampak nyaman dengan posisi semi fowler</p> <p>A :</p> <p>P : Masalah teratasi</p>
--	--	--	---	---

			<p>4. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar</p> <p>S/ : klien mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler pada saat menyusui</p> <p>O/ : klien tampak nyaman dengan posisi semi fowler</p> <p>5. Ajarkan perawatan payudara post partum (misal. Memerah ASI dan pijat payudara)</p> <p>S/ : klien mengatakan senang, karena pasien menjadi tahu bagaimana perawatan pijit payudara</p> <p>O/ : klien tampak kooperatif</p>	Intervensi dihentikan
3	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054)	20/12/2022	<p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p>	<p>S :</p> <p>1. Klien mengatakan nyeri di bagian bawah perut, bekas luka post op dengan skala 3</p>

		<p>S/: klien mengatakan nyeri dibagian bawah perut bekas luka post op dengan skala 3</p> <p>O/: Klien tampak rileks</p> <p>2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>S/: klien mengatakan sudah bisa berjalan sendiri, seperti ke kamar mandi</p> <p>O/: klien tampak kooperatif</p> <p>Terapeutik :</p> <p>3. Memfasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)</p> <p>S/: klien mengatakan sudah bisa berjalan sendiri</p> <p>O/: klien tampak kooperatif</p> <p>4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p>	<p>2. Klien mengatakan sudah bisa berjalan sendiri</p> <p>3. Klien mengatakan memahami tujuan mobilisasi</p> <p>4. Klien mengatakan memahami anjuran untuk melakukan mobilisasi sederhana</p> <p>O :</p> <p>1. Klien tampak kooperatif selama melakukan mobilisasi</p> <p>2. Klien dan keluarga mengatakan memahami anjuran untuk melakukan mobilisasi sederhana</p> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>
--	--	---	---

			<p>S/: klien mengatakan aktifitas sudah dilakukan secara mandiri</p> <p>O/: klien tampak kooperatif</p> <p>Edukasi :</p> <p>5. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>S/: Klien mengatakan melakukan mobilisasi mandiri</p> <p>O/: klien tampak memahami anjuran untuk melakukan mobilisasi sederhana</p> <p>6. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p> <p>S/: Klien mengatakan melakukan mobilisasi secara mandiri</p> <p>O/: klien tampak melakukan mobilisasi secara mandiri</p>	
--	--	--	---	--

--	--	--	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN

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

A. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respon kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Sumber data dari hasil observasi, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang dan hasil laboratorium. Focus dari pengkajian data objektif berupa status kesehatan, pola koping, fungsi status respon pasien terhadap terapi, risiko untuk masalah potensial , dukungan terhadap pasien. Karakteristik data yang di peroleh dari hasil pengkajian seharusnya memiliki karakteristik yang lengkap, akurat, nyata dan relevan. Data yang lengkap mampu mengidentifikasi semua maslaah keperawatan pada pasien. (Dinarti & Mulyati, 2017)

Penulis melakukan pengkajian pada klien pertama Ny. Y pada tanggal 14 Desember 2022 hasil pengkajian yang di dapatkan adalah klien mengeluh nyeri bagian perut bawah, bekas post operasi sectio caesarea dengan skala nyeri 7 , pasien mengeluh badan terasa lemas, sulit untuk

bangun dari tempat tidur, aktifitas ibu di bantu oleh keluarga, pasien mengatakan masih takut untuk bergerak karena nyeri saat bergerak, ibu mengatakan belum begitu mengerti tentang tanda-tanda infeksi dan belum mengerti tentang cara perawatan luka post sectio caearea. Setelah di lakukan TTV didapatkan hasil TD : 129/70 mmHg , N : 89x/menit , RR : 20x/menit , S : 36,5, SPO2 : 98%. Dari hasil pengkajian fisik terlihat luka post op section caesarea pada bagian perut bawah.

Hasil pengkajian selanjutnya pada Ny.V pada tanggal 18 Desember 2022 didapatkan bahwa klien mengatakan nyeri diperut bagian bawah akibat luka jahit post op sc dengan skala 8, klien mengatakan nyeri muncul ketika bergerak, klien mengatakan sulit beraktivitas setelah post op sc, klien mengatakan aktivitasnya perlu dibantu, klien mengatakan baru pertama kali di operasi caesarea, klien mengatakan ada luka post op sc, klien mengatakan asi keluar masih sedikit, klien mengatakan tidak tahu cara perawatan payudara, klien mengatakan bayinya belum mampu menghisap puting. didapatkan hasil pengkajian TB :157 cm, BB :57 kg, TD : 110/80 mmHg, N : 80x/mnt, RR : 20x/mnt, S : 36,5°C, SpO² : 98%. Dari hasil pengkajian fisik terdapat luka post op sectio caesarea di bagian bawah perut.

Pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu kedua klien mengalami nyeri pada luka post op sectio caesarea di bagian bawah perut, bedanya adalah Ny. Y mengalami nyeri dengan skala 7 dan Ny. V mengalami nyeri dengan skala 8. Tetapi terdapat beberapa perbedaan lainnya yaitu Ny. Y belum mengerti dengan tanda tanda infeksi

pada luka post op sedangkan Ny. V belum mengerti cara perawatan payudara.

Data yang di temukan pada klien kedua kasus sudah sesuai dengan tinjauan teori yang ada, tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus lapangan.

B. Diagnose Keperawatan

Diagnose keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan objektif yang telah di peroleh pada tahap pengkajian untuk menengakkan diagnose keperawatan. Diagnose keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks tentang data yang di kumpulkan 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) (Amin, 2015).

Berdasarkan SDKI terdapat beberapa diagnose yang dapat diangkat dari kedua kasus diatas. Kesamaan kasus yang terjadi adalah Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik, dan Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri.

Diagnose utama yang di angkat oleh penulis pada kedua kasus diatas, yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik. Kenapa penulis mengangkat diagnose utamanya sama, karena keduanya melakukan tindakan operasi sectio caesarea yang dimana dilakukan insisi pembedahan yang menyebabkan nyeri.

Diagnose selanjutnya yaitu Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri. Kenapa penulis mengangkat diagnose yang sama, karena keduanya mengalami nyeri pasca bedah sectio caesarea yang menyebabkan sulit untuk menggerakkan tubuhnya, sehingga perlu melibatkan keluarga untuk membantu aktifitasnya.

Diagnose selanjutnya yang diangkat penulis berbeda. Pada pengkajian yang dilakukan Ny.Y mengatakan belum begitu mengerti tentang tanda-tanda infeksi dan belum mengerti tentang cara perawatan luka post sectio caearea sedangkan untuk Ny.V sudah mengerti tetapi klien mengatakan asi keluar masih sedikit, klien mengatakan tidak tahu cara perawatan payudara, klien mengatakan bayinya belum mampu menghisap puting. Karena hal ini penulis mengangkat diagnose berbeda untuk Ny.Y yaitu Defisit pengetahuan berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi dan untuk Ny. V yaitu Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan Ketidakadekuatan Refleks Menghisap Bayi.

C. Intervensi Keperawatan

Pembuatan rencana keperawatan yang akan dilakukan melibatkan keluarga pasien dan perawat ruangan sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi sesuai teori perencanaan keperawatan dituliskan dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Intervensi pada tinjauan teori memuat target waktu yang dibutuhkan untuk melakukan perawatan pada klien, tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai, rencana tindakan yang akan dilakukan, dan rasional dari rencana tindakan tersebut. Perencanaan atau intervensi

dirancang oleh penulis berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dimana tindakan yang akan dilakukan terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Target waktu pencapaian kriteria hasil pada semua diagnosis ditentukan dengan rentang waktu yang sama, yaitu 3 x 24 jam.

Pada kasus Ny. Y penulis melakukan rencana tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam. Penulis berencana mengatasi masalah nyeri akut dengan tujuan yang di harapkan nyeri berkurang. Gangguan mobilitas fisik dengan tujuan kelemahan fisik menurun dan Defisit Pengetahuan dengan tujuan di harapkan pertanyaan tentang masalah yang dihadapi berkurang. Intervensi yang dilakukan pada Ny.Y sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) untuk diagnose nyeri akut (D.0077), gangguan mobilitas fisik (D.0054), deficit pengetahuan (D.0111). Sedangkan untuk Ny.V intervensi yang dilakukan untuk diagnose nyeri akut (D.0077), menyusui tidak efektif (D.0029), gangguan mobilitas fisik (D.0054).

D. Implementasi Keperawatan.

Berdasarkan tahap implementasi keperawatan, upaya untuk merealisasikan rencana tindakan keperawatan yang telah di tetapkan 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 dilaksanakan penulis selama 3 hari pada kedua kasus. Implementasi pada Ny.Y dimulai pada 14 Desember 2022 sampai 16

Desember 2022 dan implementasi yang dilaksanakan pada Ny.V dimulai pada 18 Desember 2022 sampai 20 Desember 2022. Pada studi kasus ini penulis melakukan implementasi dan mengevaluasi keadaan klien setiap hari sesuai dengan intervensi atau rencana keperawatan.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang mengadakan seberapa jauh diagnose keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai berdasarkan tujuan yang telah dibuat dalam perencanaan keperawatan (Perry & Potter, 2010). Evaluasi yang digunakan berbentuk S (subyektif), O (Objektif), A (Analisa), P (Perencanaan terhadap analisis). Evaluasi dilakukan setiap hari pada kedua kasus yaitu menggunakan evaluasi SOAP pada awal jam dinas dan terakhir di evaluasi kembali diberikan intervensi pada jam akhir dinas.

Evaluasi yang dilakukan pada Ny.Y di hari terakhir setelah dilakukan intervensi dan implementasi yaitu klien masih mengeluh nyeri dengan skala 3, sudah mulai beraktifitas mandiri namun masih perlu diawasi oleh keluarga. Klien tampak lebih tenang, dan sudah mengerti bagaimana tanda-tanda infeksi pada luka post operasi section caesarea, hasil pengecekan TTV yaitu TD 120/98 mmHg, Nadi 90x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,6C, dan SpO2 98%.

Evaluasi yang dilakukan pada Ny.V di hari terakhir setelah dilakukan intervensi dan implementasi yaitu klien masih mengeluh nyeri dengan skala 3, sudah mulai melakukan mobilisasi sederhana seperti

duduk di tepi ranjang atau ke kamar mandi namun masih perlu di awasi dikarenakan nyeri pada luka post op sectio caesarea. Klien tampak rileks, hasil pengecekan TTV yaitu TD 120/88 mmHg, Nadi 87x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36,5C, SpO2 99%.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Hasil pengkajian pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu kedua klien mengalami operasi sectio caesarea bedanya, Ny. Y mengalami Nyeri dengan skala 7 sedangkan Ny. V mengalami nyeri dengan skala 8.
2. Diagnose yang diangkat pada kedua pasien sama, hal ini dikarenakan tindakan medis yang di lakukan pun sama yaitu tindakan bedah untuk sectio caesarea. Tetapi ada 1 diagnosa yang berbeda yaitu untuk Ny.Y yaitu Defisit pengetahuan berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi dan untuk Ny. V yaitu Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan Ketidakadekuatan Refleks Menghisap Bayi.
3. Intervensi keperawatan yang di berikan kepada klien guna mengatasi keluhan klien sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Pada kasus diatas kita juga bisa melakukan beberapa edukasi, yaitu edukasi tentang tanda-tanda infeksi pada luka dan edukasi tentang menyusui.
4. Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah penulis susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kedua pasien sesuai dengan intervensi yang telah di rencanakan berdasarkan teori yang ada. Implementasi dilaksanakan minimal 3 hari untuk mengurangi neyri. Pada kedua kasus tidak menemukan hambatan atau kendala yang berarti, kedua pasien dapat bekerja sama

dengan baik, kooperatif dan mengerti dengan apa yang di sampaikan penulis. Keluarga pasien pada kedua kasus juga bekerja sama dan mendukung implementasi dengan baik.

5. Evaluasi pada kedua klien menunjukkan perbaikan terutama nyeri yang dirasakan, evaluasi yang dilakukan pada Ny. Y di hari terakhir setelah dilakukan intervensi dan implementasi yaitu klien mengeluh nyeri dengan skala 3, sudah mulai beraktifitas mandiri namun masih perlu di awasi dikarenakan nyeri pada luka post op sectio caesarea. Klien tampak lebih tenang, hasil pengecekan TTV yaitu TD 120/98 mmHg, Nadi 90x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,6C, dan SpO2 98%. Sedangkan evaluasi yang dilakukan pada Ny. V dihari terakhir setelah dilakukan intervensi dan implementasi yaitu klien masih mengeluh nyeri dengan skala 3, sudah mulai melakukan mobilisasi sederhana seperti duduk di tepi ranjang atau ke kamar mandi namun masih perlu diawasi dikarenakan nyeri pada luka post op sectio caesarea. Klien tampak rileks, hasil penegecekan TTV yaitu TD 120/88 mmHg, Nadi 87x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36,5C, SpO2 99%.

B. Saran

1. Penulis berharap dalam penulisan ini dapat dijadikan sebagai bahan acuan bagi klien untuk melakukan beberapa terapi non-farmakologis, yaitu teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi keluhan nyeri, dan dilakukan sesuai SOP (Standar Operasional Prosedur).
2. Penulis berharap dalam penulisan ini dapat memberikan informasi untuk mahasiswa/i STIKes Medistra Indonesia sebagai bahan untuk

menambah ilmu pengetahuan dan wawasan dalam bidang Keperawatan Maternitas.

DAFTAR PUSTAKA

- Hidayat. (2019) Implementasi Pemberian Aromaterapi Lavender Untuk Mengurangi Nyeri Post Sectio Caesarea Di Ruang Haji RSI Banjarnegara: Case Study
- Sarwono. (2018) *Pelaksanaan Terapi Murottal Surah Ar-Rahman Pada Klien Post Sectio Caesarea (SC) Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) Di RSUD Arjawinangun*. Diploma Thesis, Politeknik Kesehatan Tasikmalaya
- Ambarwati. (2018) Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.E Dengan Diagnosa P000ii Post Operasi Sectio Caesarea Hari Ke-1 Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Obgyn Rumah Sakit Premier Surabaya
- PPNI, T. P. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI): Definisi Dan Indikator Diagnostik (Cetakan III) 1 Ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI, T. P. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI): Definisi Dan Tindakan Keperawatan ((Cetakan II) 1 Ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI, T. P. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI): Definisi Dan Kreteria Hasil Keperawatan ((Cetakan II) 1 Ed.). Jakarta: DPP PPNI. Abdul Bari Saifuddin. Buku Acuan Nasional Kesehatan Maternal Dan Maternal.Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2007
- Prawirohardjo. (2020). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Persalinan Sectio Caesarea* . Jurnal Kesehatan.

- Manuaba. (2019). *Mobilisasi Dini Dan Penyembuhan Luka Operasi Pada Ibu Post Sectio Caesarea (SC) Di Ruang Dahlia Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga*. Prosiding Seminar Nasional Dan Internasional Universitas Muhammadiyah Semarang, 30–35.
- Riset Kesehatan Dasar. (2018). *Jumlah Penemuan Kasus Cephalopelvic Disproportio Pada Ibu Bersalin Berdasarkan Jenis Kelamin Di Jawa Barat*.
- Emma, A. N., Triawanti, T., Ilmi, B., Suhartono, E., & Widyamala, E. (2020). *Analisa Faktor Yang Berhubungan Dengan Tindakan Sectio Caesarea Di RSUD Dr. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin Tahun 2019*. *Jurnal Berkala Kesehatan*, 6(1), 37.
- Handayany, R. N. (2020). *Jurnal Maternitas Aisyah (Jaman Aisyah) Universitas Aisyah Pringsewu Caesarea Pada Ibu Bersalin Di Rs Handayani Kotabumi Lampung Utara Tahun 2020*.
- Simanjuntak, N. M., & Wulandari, S. (2017). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Post Partum Dengan Tindakan Seksio Sesaria Atas Indikasi Cephalopelvic Disproportion (Cpd) Di Ruang Delima Rsud Pasar Rebo Jakarta Timur*. *Buletin Kesehatan*, 1(1), 30–
- Saraung. (2017). *Asuhan keperawatan pada ny.n dengan diagnosa medis “ post sectio caesarea dengan indikasi chepalo pelvic disproportion ” di ruang nifas rsud bangil*. Sidoarjo: Cendikia.

- Kasdus. (2019). *Jurnal Sectio Caesarea Dengan Indikasi CPD*.
(<http://repository.Usu.ac.id/>).
- Kirana. (2019). Faktor- faktor yang berhubungan dengan teknik menyusui ibu di pukesmas pattallassang kabupaten takalar Al-Sihah : *Public Health Science Journal*
- Lubis. (2018). *Hubungan Mobilisasi Dini dengan Tingkat Kemandirian Pasien Post Sectio Caecarea di Bangsal Mawar RSUD Temanggung*. Indonesian Journal of Nursing Research Vol. 1 No. 1 Mei 2018
- Kurnia, Malinti. (2020). Faktor – Faktor Yang Berperan Meningkatnya Angka Kejadian Sectio Caesarea. *Ejournal Keperawatan (e-Kp) Volume 2, Nomor 1. Februari 2014*.
- Yogatama, Budiarti. (2020) Tingkat pengetahuan ibu primipara tentang teknik menyusui yang benar di PKD Amanda Desa Banyurip Kecamatan Jenar Kabupaten *jurnal kebidanan Indonesia vol 7no 2 tahun 2018*
- Syafiq. (2019). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Cara Menyusui Dengan Sikap Ibu* Jurnal Dunia Kesehatan , Volume 5 Nomor 1 Umur Jurnal Dunia Kesehatan , Volume 5 Nomor 1, 5,(24–27).
- Nugroho. (2010). Pengaruh Continuity Of Care Terhadap Angka Kejadian Sectio Caesarea. *Journal For Quality in Women’s Health*, 3(1),1-8

- Saifuddin, Adul Bari. 2006. Buku *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : YBP-SP
- Putra. (2021). *Hubungan Ketuban Pecah Dini, Partus Lama, dan Gawat Janin dengan Tindakan Persalinan Sectio Caesarea di Rumah Sakit TK IV DR. Noesmir Baturaja Tahun 2020*. 22(1), 78-83.
- Ikhtianirawati Fitria. (2018). Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin Di Rsud Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta. *Jurnal ilmu kebidanan.Akbiduk.Ac.Id*, 145-157.
- World Health Organization. (2018). *Prevalensi Angka Kejadian Terjadinya Sectio Caesarea*.

SATUAN ACARA PENYULUHAN
SATUAN ACARA PENYULUHAN PENCEGAHAN INFEKSI PASCA
OPERASI DI RUMAH

Pokok Bahasan	: Perawatan Luka Pasca Operasi di Rumah
Hari/Tanggal	: Kamis, 15 Desember 2022
Pukul	: 11.00 - 11.30 WIB
Sasaran	: Pasien dan keluarga yang dirawat
Tempat	: Ruang Melati RSUD CAM Kota Bekasi

A. LATAR BELAKANG

Infeksi adalah masuknya bakteri atau kuman ke dalam tubuh dan jaringan yang terjadi pada individu. Infeksi adalah adanya suatu organisme pada jaringan atau cairan tubuh yang disertai suatu gejala klinis baik lokal maupun sistemik. Secara umum, pasien yang masuk rumah sakit dan menunjukkan tanda infeksi yang kurang dari 72 jam menunjukkan bahwa masa inkubasi penyakit telah terjadi sebelum pasien masuk rumah sakit, dan infeksi yang baru menunjukkan gejala setelah 72 jam pasien berada di rumah sakit baru disebut infeksi (Harrison, 2001).

Keluarga dan pasien sering menganggap demam yang dirasakan biasanya hanya demam biasa dan baru menyadari bahwa membutuhkan pertolongan saat

kondisi mulai menurun. Dari hasil wawancara pada 3 pasien dengan adanya luka, mereka mengatakan bahwa jika terasa panas pada sekitar luka hanya dianggap sakit biasa, dan jika luka terasa gatal klien sengaja menggaruk dengan tangan yang belum tentu bersih. Hal ini menunjukkan kurangnya pengetahuan tentang infeksi. Oleh karena itu, perlu adanya upaya untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman klien dan keluarga mengenai pencegahan infeksi, sampai cara perawatan luka di rumah agar infeksi tidak terjadi.

B. TUJUAN

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mengikuti penyuluhan diharapkan keluarga klien dapat mengetahui pengertian infeksi, penyebab infeksi, tanda dan gejala infeksi, cara pencegahan infeksi serta cara perawatan infeksi di rumah.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan diharapkan keluarga mampu:

- a. Menyebutkan pengertian infeksi
- b. Menyebutkan penyebab infeksi
- c. Menyebutkan tanda dan gejala infeksi
- d. Menyebutkan cara pencegahan infeksi
- e. Memperagakan kembali cara cuci tangan yang benar

C. PELAKSANAAN KEGIATAN

1. Topik

- Pengertian infeksi, penyebab infeksi, tanda dan gejala infeksi, cara pencegahan infeksi serta perawatan di rumah.

2. Sasaran/Target

- Sasaran : Pasien atau keluarga pasien di ruang Melati
- Target : Pasien dan keluarga

3. Metode

- Ceramah
- Simulasi

4. Media dan Alat

- Leaflet

5. Waktu dan Tempat

- Hari/Tanggal : Kamis, 15 Desember 2022
- Waktu : 11.00 – 11.30 WIB
- Tempat : Ruang Melati RSUD CAM Kota Bekasi

6. Materi

Terlampir

7. Uraian Tugas

1. Penanggung jawab
Mengkoordinir persiapan dan pelaksanaan penyuluhan
2. Moderator

- a. Membuka acara
 - b. Memperkenalkan mahasiswa dan pembimbing
 - c. Menjelaskan topik dan tujuan penyuluhan
 - d. Menjelaskan kontrak waktu
 - e. Memberikan kesempatan pada presenter untuk menjelaskan materi
 - f. Mengarahkan alur diskusi
 - g. Memimpin jalannya penyuluhan
 - h. Menyimpulkan penyuluhan
 - i. Menutup acara
3. Perilaku yang diharapkan dari penguji
 - a. Menyampaikan informasi dan fasilitator kepada leader
 - b. Membantu leader dalam melaksanakan tugasnya
4. Fasilitator
 - a. Memotivasi peserta agar berperan aktif
 - b. Membuat absensi penyuluhan
 - c. Mengantisipasi suasana yang dapat mengganggu kegiatan penyuluhan
5. Observer
 - a. Mengawasi proses pelaksanaan kegiatan dari awal sampai akhir
 - b. Membuat laporan penyuluhan yang telah dilaksanakan
 - c. Melaporkan tentang hasil penyuluhan

D. KEGIATAN PENYULUHAN

No.	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta	Waktu
1.	<p>Pembukaan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moderator memberikan salam • Moderator memperkenalkan anggota penyuluh • Moderator menjelaskan topik penyuluhan • Moderator membuat kontrak waktu • Moderator menjelaskan tujuan 	<ul style="list-style-type: none"> • Menjawab salam • Memperhatikan • Mendengarkan dan memperhatikan 	5 menit
2.	<p>Pelaksanaan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menggali pengetahuan peserta tentang infeksi • Memberi reinforcement positif • Menjelaskan tentang pengertian infeksi 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengemukakan pendapat • Mendengarkan • Mendengarkan dan memperhatikan 	20 menit

	<ul style="list-style-type: none"> • Menggali pengetahuan peserta tentang tanda dan gejala infeksi • Memberi reinforcement positif • Menjelaskan tentang tanda dan gejala infeksi • Menggali pengetahuan tentang cara pencegahan infeksi • Memberi reinforcement positif • Menjelaskan tentang cara pencegahan infeksi • Menggali pengetahuan peserta tentang penanganan infeksi di rumah • Memberi reinforcement positif 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengemukakan pendapat • Mendengarkan • Mendengarkan dan memperhatikan • Mengemukakan pendapat • Mendengarkan • Mendengarkan dan memperhatikan • Mengemukakan pendapat • Mendengarkan 	
--	---	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan tentang cara penanganan infeksi di rumah • Moderator memberi kesempatan peserta untuk bertanya • Memberikan reinforcement pada peserta yang mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan 	<ul style="list-style-type: none"> • Mendengarkan dan memperhatikan • Memberikan pertanyaan • Mendengarkan dan memperhatikan 	
3.	<p>Penutup</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leader melakukan evaluasi • Leader menyimpulkan hasil diskusi • Leader menyampaikan pesan untuk audeins • Leader mengucapkan salam 	<ul style="list-style-type: none"> • Menjawab pertanyaan • Bersama moderator menyimpulkan materi • Mendengarkan dan menyimpulkan • Menjawab salam 	5 menit

E. EVALUASI

1. Evaluasi Struktural

- Mahasiswa dan audiens sudah berada pada posisi yang direncanakan
- Tempat dan alat sesuai dengan perencanaan
- Preplanning telah disetujui

2. Evaluasi Proses

- Pelaksanaan kegiatan sesuai dengan waktu yang telah direncanakan
- Peran dan tugas mahasiswa sesuai dengan perencanaan
- 70% audiens mengikuti kegiatan penyuluhan sampai selesai
- 70% audiens berperan aktif selama kegiatan berjalan

3. Evaluasi Hasil

- Keluarga mampu menyebutkan pengertian infeksi
- Keluarga mampu menyebutkan 4 dari 5 penyebab infeksi
- Keluarga mampu menyebutkan 5 dari 7 tanda dan gejala infeksi
- Keluarga mampu menyebutkan 3 pencegahan infeksi
- Keluarga mampu menyebutkan cara perawatan luka di rumah

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Topik : Cara Menyusui yang baik dan benar

Pokok Bahasan: Pendidikan Kesehatan pada Ibu Menyusui

Sasaran : Ny. V dan keluarga di Ruang Melati

Tempat : Ruang Melati

Hari/Tanggal : Selasa / 20 Desember 2022

Waktu : 08.00-08.30

A. Tujuan

1. Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah melaksanakan kegiatan penyuluhan diharapkan Ibu mengetahui dan mengerti tentang posisi yang baik dan benar saat pemberian ASI pada bayi

2. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah melaksanakan kegiatan penyuluhan diharapkan peserta mampu:

- a. Mengetahui pengertian ASI
- b. Mengetahui pengertian ASI Eksklusif
- c. Mengetahui pengertian ibu menyusui
- d. Mengetahui manfaat dan kerugian menyusui

- e. Mengetahui cara menyusui yang baik dan benar

B. Sub Pokok Bahasan

- a. Pengertian ASI
- b. Pengertian ASI Eksklusif
- c. Pengertian ibu menyusui
- d. Manfaat dan Kerugian Menyusui
- e. Cara menyusui yang baik dan benar

C. Kegiatan Penyuluhan

Tahap	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta	Media	Metode
Pendahuluan	07.45-08.00	Mempersiapkan peserta, alat dan pemateri	Masyarakat menyiapkan diri di ruang tunggu	-	-
Pembukaan	08.00– 08.02	Pembukaan acara oleh moderator Penyampaian materi oleh pemateri : 1. Memberi salam pembuka	Mendengarkan dan menjawab salam	-	Ceramah

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Memperkenalkan diri dan anggota 3. Menjelaskan tujuan 4. Kontrak waktu 5. Membalas salam 6. Mendengarkan Memberi respon 			
Penyajian	08.02– 08.22	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian ASI 2. Pengertian ASI Eksklusif 3. Pengertian ibu menyusui 4. Cara menyusui yang baik dan benar 5. Demonstrasi cara menyusui yang baik dan benar 	Mendengarkan dan memberikan umpan balik terhadap materi yang disampaikan.	Leaflet	Ceramah

Penutup	08.22– 08.30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanya jawab 2. Menyimpulkan hasil Penyuluhan 3. Memberikan salam penutup 4. Menanyakan hal-hal yang kurang jelas 5. Feedback dari ibu 6. Membalas salam 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengajukan pertanyaan mengenai materi yang kurang dipahami. - Menjawab pertanyaan yang diajukan. 	-	Tanya Jawab
---------	--------------	---	---	---	-------------

D. Media Penyuluhan

1. Media

Leaflet

2. Referensi

1. Suraji, S. 2011. *panduan menyusui pas ibu*. Bandung: Salemba Medika
2. Simkin, Penny. 2007. *Panduan Lengkap Kehamilan Melahirkan dan Bayi*. Jakarta : Arcan
3. Prawiroharjo, Sarwono. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo

4. Musbikin, Imam. 2005. Panduan Bagi Ibu Hamil dan Melahirkan.
Jogjakarta : Metra Pustaka

E. Evaluasi

1. Evaluasi Struktur

- Kehadiran peserta 75 %
- Persiapan alat dan media penyuluhan dan demonstrasi

2. Evaluasi Proses

- Moderator, penyuluh, observer, fasilitator dan peserta mampu menjalankan fungsi dan perannya dengan baik.
- Peserta antusias dalam mendengarkan penyuluhan dengan kriteria : tidak berbicara dengan peserta lainnya, menyimak penyaji dalam menyampaikan materi, peserta aktif dalam diskusi dengan bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan penyaji.
- Peserta mendengarkan penjelasan yang disampaikan penyaji dan bertanya tentang hal-hal yang belum dimengerti.

3. Evaluasi Hasil

Peserta dapat menjawab pertanyaan yang diberikan penyaji.

Lampiran 1 : Bahan Materi

Lampiran 2 : Leaflet

Materi Penyuluhan

ASI adalah Air Susu Ibu (ASI) adalah suatu emulsi lemak dalam larutan protein, laktosa dan garam-garam anorganik yang sekresi oleh kelenjar mammae ibu, yang berguna sebagai makanan bagi bayinya. Sedangkan ASI Eksklusif adalah perilaku dimana hanya memberikan Air Susu Ibu (ASI) saja kepada bayi sampai umur 6 bulan tanpa makanan dan ataupun minuman lain.

ASI dalam jumlah cukup merupakan makanan terbaik pada bayi dan dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi selama 6 bulan pertama. ASI merupakan makanan alamiah yang pertama dan utama bagi bayi sehingga dapat mencapai tumbuh kembang yang optimal. ASI merupakan makanan alamiah yang baik untuk bayi, praktis, ekonomis, mudah dicerna untuk memiliki komposisi, zat gizi yang ideal sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan pencernaan bayi (Musbikin, 2005)

ASI Eksklusif adalah pemberian ASI (Air Susu Ibu) sedini mungkin setelah persalinan, diberikan tanpa jadwal dan tidak diberi makanan lain walaupun hanya air putih sampai bayi berusia 6 bulan. Setelah 6 bulan bayi mulai dikenalkan dengan makanan lain dan tetap diberi ASI sampai bayi berusia 2 tahun.

Pemberian ASI eksklusif merupakan faktor penunjang kecerdasan bayi, memang tidak mudah karena sanh ibu harus memberikannya selama 6 bulan, masa 6 bulan inilah yang disebut *ASI eksklusif*. Pada masa 6 bulan bayi memang belum diberi makanan selain susu, untuk itu ibu harus memberikan perhatian yang ekstra pada bayi (Sarwono, 2008).

Menyusui merupakan pekerjaan biologic yang mulia bagi semua jenis mamalia dan sebagai satu kesatuam dari fungsi reproduksi, menyusui adalah salah satu insting. Namun dewasa ini, makin sedikit ibu-ibu yang mempraktekkan pekerjaan mulia ini. Oleh karena itu kebiasaan menyusui saat ini penting untuk diamati dan dicegah kemrosotannya.

Kebiasaan menyusui dan cara menyai yang baik memegang peranan yang penting dalam kesejahteraan serta pertumbuhan anak. Kepada para ibu harus dijelaskan bahwa air susu ibu mengandung zat-zat yang diperlukan untuk pertumbuhan bayi. Jumlah dan komposisi ASI akan berubah dari hari ke hari. Biasanya disesuaikan dengan kebutuhan bayi serta tergantung pada makanan dan keadaan ibu (Penny, 2007).

A. Manfaat dan Kerugian Menyusui

Manfaat Menyusui Dengan Benar, Adalah :

1. Puting tidak lecet
2. Bayi merasa puas dan nyaman karna perlekatan menyusu pada bayi kuat
3. Bayi menjadi tenang
4. Bayi tidak gumoh atau muntah
5. Nutrisi pada bayi tercukupi

Kerugian Menyusui Tidak Benar, adalah :

1. Puting menjadi lecet

2. ASI tidak keluar secara Optimal sehingga mempengaruhi produksi ASI
3. Bayi enggan menyusu
4. Perut bayi kembung

B. Cara Menyusui Yang Baik dan Benar

1. Cara Menyusui Yang Benar

Adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlengkapan dan posisi ibu dan bayi dengan benar (Suradi , 2004).

Memberikan ASI dalam suasana yang santai bagi ibu dan bayi. Buat kondisi ibu nyaman mungkin. Selama beberapa minggu pertama, bayi perlu diberi ASI setiap 2,5-3 jam sekali. Menjelang akhir minggu ke enam, sebagian besar kebutuhan bayi akan ASI setiap 4 jam sekali. Jadwal ini baik sampai bayi berumur antara 10-12 bulan. Pada usia ini sebagian besar bayi tidur sepanjang malam sehingga tidak perlu lagi member makan di malam hari (Sarwono, 2008).

2. Posisi Menyusui Yang Benar

a. Macam-macam posisi ibu saat menyusui

1. The cradle. Posisi ini sangat baik untuk bayi yang baru lahir. Bagaimana caranya? Pastikan punggung Anda benar-benar mendukung untuk posisi ini. Jaga bayi di perut Anda, sampai kulitnya dan kulit Anda saling

bersentuhan. Biarkan tubuhnya menghadap ke arah Anda, dan letakkan kepalanya pada siku Anda.

2. The cross cradle hold. Satu lengan mendukung tubuh bayi dan yang lain mendukung kepala, mirip dengan posisi duduk tetapi Anda akan memiliki kontrol lebih besar atas kepala bayi. Posisi menyusui ini bagus untuk bayi prematur atau ibu dengan puting payudara kecil.

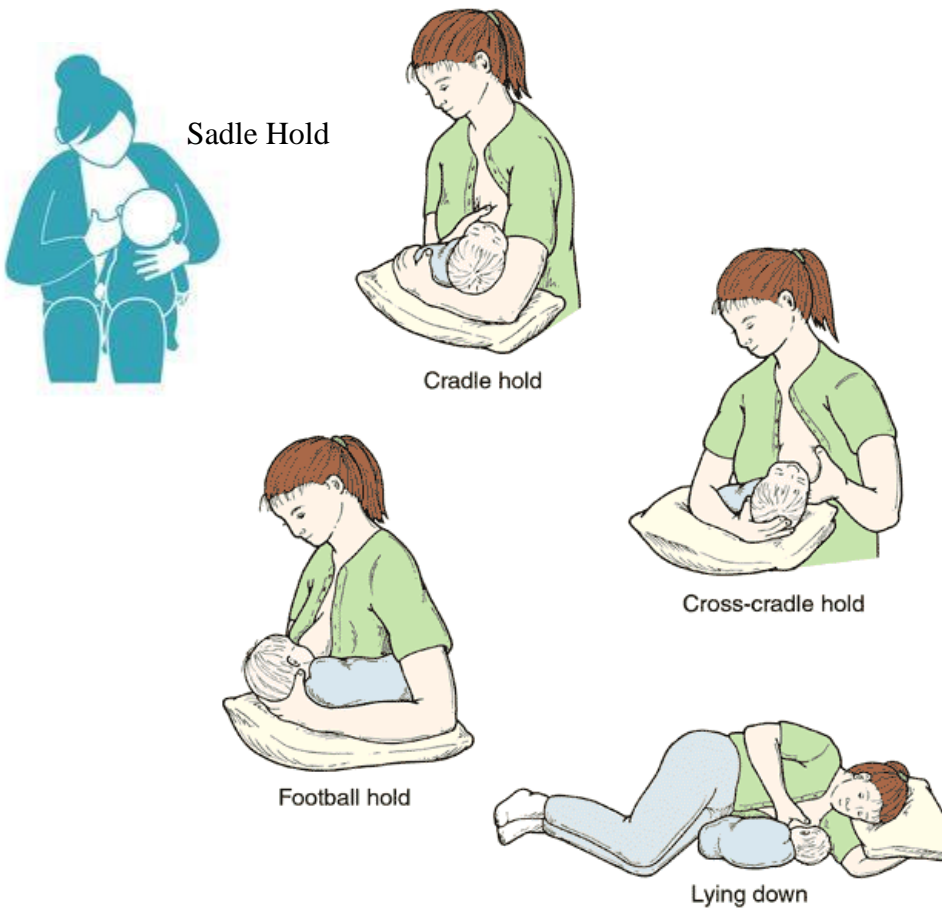
3. The football hold. Caranya, pegang bayi di samping Anda dengan kaki di belakang Anda dan bayi terselip di bawah lengan Anda, seolah-olah Anda sedang memegang bola kaki. Ini adalah posisi terbaik untuk ibu yang melahirkan dengan operasi caesar atau untuk ibu-ibu dengan payudara besar. Tapi, Anda butuh bantal untuk menopang bayi.

4. Saddle hold. Ini merupakan cara yang menyenangkan untuk menyusui dalam posisi duduk. Ini juga bekerja dengan baik jika bayi Anda memiliki pilek atau sakit telinga. Caranya, bayi Anda duduk tegak dengan kaki mengangkangi Anda sendiri.

5. The lying position. Menyusui dengan berbaring akan memberi Anda lebih banyak kesempatan untuk bersantai dan juga untuk tidur lebih banyak pada malam hari. Anda bisa tidur saat bayi menyusui. Dukung punggung

dan kepala bayi dengan bantal. Pastikan bahwa perut bayi menyentuh Anda.

Breast-Feeding Positions



Dari macam-macam posisi tadi ada dua posisi yang benar bagi ibu dan bayi ketika menyusui, yaitu:

1. Berbaring miring miring, ini posisi yang amat baik untuk pemberian ASI yang pertama kali atau bila ibu merasa lelah atau nyer
2. Duduk, penting untuk memberikan topangan atau sandaran pada punggung ibu, dalam posisinya tegak lurus (90 derajat) terhadap pangkuanya. Ini mungkin dapat dilakukan dengan duduk bersila diatas tempat tidur, di lantai, atau duduk dikursi.

b. Langkah-langkah menyusui yang baik dan benar

Adapun langkah menyusui bayi yang benar:

1. Cuci tangan dengan air bersih yang mengalir.
2. Perah sedikit ASI dan oleskan ke puting dan areola sekitarnya.

3. Manfaatnya adalah sebagai desinfektan dan menjaga kelembaban puting susu.
4. Ibu duduk dengan santai kaki tidak boleh menggantung.
5. Posisikan bayi dengan benar
 - a. Bayi dipegang dengan satu lengan. Kepala bayi diletakkan dekat lengkungan siku ibu, bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu.
 - b. Bayi dipegang dengan satu lengan. Kepala bayi diletakkan dekat lengkungan siku ibu, bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu.
 - c. Perut bayi menempel ke tubuh ibu.
 - d. Mulut bayi berada di depan puting ibu.
 - e. Lengan yang di bawah merangkul tubuh ibu, jangan berada di antara tubuh ibu dan bayi. Tangan yang di atas boleh dipegang ibu atau diletakkan di atas dada ibu.
 - f. Telinga dan lengan yang di atas berada dalam satu garis lurus.
 - g. Bibir bayi dirangsang dengan puting ibu dan akan membuka lebar, kemudian dengan cepat kepala bayi didekatkan ke payudara ibu dan puting serta areola dimasukkan ke dalam mulut bayi.
5. Cek apakah perlekatan sudah benar

- a. Dagunya menempel ke payudara ibu.
- b. Mulut terbuka lebar.
- c. Sebagian besar areola terutama yang berada di bawah, masuk ke dalam mulut bayi.
- d. Bibir bayi terlipat keluar.
- e. Pipi bayi tidak boleh kempot (karena tidak menghisap, tetapi memerah ASI).
- f. Tidak boleh terdengar bunyi decak, hanya boleh terdengar buntiran menelan.
- g. Ibu tidak kesakitan.
- h. Bayi tenang.
- i. Apabila posisi dan perlekatan sudah benar, maka diharapkan produksi ASI tetap banyak (Penny. 2008).



PERAWATAN LUKA POST OPERASI



OLEH :
SHINTA HARDIYANTI

**PROGRAM STUDI NERS
STIKES MEDISTRA INDONESIA
BEKASI
2023**

A. PENGERTIAN PERAWATAN LUKA

Perawatan luka adalah suatu tindakan untuk mempercepat proses penyembuhan luka dan mencegah supaya tidak terjadi infeksi pada luka.

B. TUJUAN PERAWATAN LUKA

1. Mencegah infeksi.
2. Mencegah bertambahnya kerusakan kerusakan jaringan.
3. Mempercepat penyembuhan luka.
4. Membersihkan luka dari benda asing.
5. Mencegah terjadinya perdarahan.

C. TANDA DAN GEJALA INFEKSI PADA LUKA POST OPERASI

1. Terjadi bengkak disekitar luka.
2. Merasa panas pada daerah luka atau suhu badan panas.
3. Kemerahan disekitar luka.
4. Nyeri pada daerah luka.
5. Terdapat cairan yang berupa nanah pada luka.
6. Luka berbau tidak sedap.
7. Gangguan fungsi gerak pada daerah luka.

D. LANGKAH - LANGKAH PENCEGAHAN INFEKSI PADA LUKA POST OPERASI

1. Selalu mencuci tangan.
2. Minum obat secara teratur.
3. Jaga kebersihan luka.
4. Jaga agar luka tetap kering.
5. Tidak boleh memegang area luka.

E. CARA PERAWATAN LUKA POST OPERASI DI RUMAH

1. Persiapan Alat







- Cairan infus NaCl 0,9 %.
- Kassa steril.
- Plester.
- Gunting.
- Betadine/ antiseptik.



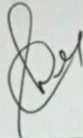
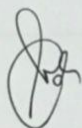



2. Langkah-Langkah



- 1) Atur posisi senyaman mungkin.
- 2) Siapkan alat yang diperlukan dan dekatkan kepada pasien.
- 3) Keluarga yang akan melakukan ganti balutan sebelumnya harus

	SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) MEDISTRA INDONESIA PROGRAM STUDI PROFES NERS-PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1) PROGRAM STUDI PROFESI BIDAN – PROGRAM STUDI KEBIDANAN (S1) PROGRAM STUDI FARMASI (S1)-PROGRAM STUDI KEBIDANAN (D3) Jl.Cat Mutia Raya No. 08A-Kel.Sepanjang Jaya – Bekasi Telp.(021) 82431375-77 Fax (021) 82431374 Web:stikesmedistra-indonesia.ac.id Email: stikes_mi@stikesmedistra-indonesia.ac.id		
	FORMULIR KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR		
Nomor Dokumen	: FM.058/A.004/PROF.NERS/STIKESMI-UPM/2022	Tanggal Pembuatan	: 18 November 2022
Revisi	: 0	Tgl efektif	: 28 November 2022

KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

TANGGAL BIMBINGAN	WAKTU BIMBINGAN	KEGIATAN	PARAF PEMBIMBING	KETERANGAN
01 Desember 2022	08.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> Konsul Judul Kian ACC Judul Lanjut mengerjakan BAB 1 		
15 Desember 2022	09.30 WIB	<ul style="list-style-type: none"> Konsul Kian BAB 1 ACC BAB 1 Lanjut mengerjakan BAB 2 		
21 Desember 2022	13.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> Konsul Kian BAB 2 ACC BAB 2 Lanjut mengerjakan BAB 3 		Jurnal di tambahkan
24 Desember 2022	10.00 WIB	Konsul Kian BAB 3		Pengkajian aspek dilengkapi

28 Desember 2022	17.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> • Konsul Revisi Kian BAB 3 • ACC BAB 3 • Lanjut mengerjakan BAB 4 dan BAB 5 		
01 Januari 2023	14.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> • Konsul Kian BAB 4 dan BAB 5 		Tambahkan daftar pustaka
04 Januari 2023	19.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> • Konsul Revisi Kian • BAB 4 dan BAB 5 		Perbaiki penulisan dalam tabel
18 Januari 2023	14.00 WIB	ACC Sidang Kian		
13 Juli 2023	15.00 – 16.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> • Revisi Hasil Sidang • Kian Dengan • Penguji 1 		Tambahkan daftar pustaka dan masukkan ke mendeley

20 Juli 2023	16.00 WIB	<ul style="list-style-type: none">• Revisi Hasil Sidang Kian Dengan Penguji 1• ACC Revisi Kian		
20 Juli 2023	17.00 WIB	<ul style="list-style-type: none">• ACC Hard Cover• Tanda tangan lembar persetujuan dan lembar pengesahan		

Mengetahui,
Kepala Program Studi Keperawatan (S1 & Profesi Ners)

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