

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY.R P1A0  
U 26 MINGGU POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI  
RIWAYAT KPD DAN NY.L P3A0 U 37 MINGGU POST  
SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI PRE EKLAMPSIA DI**



**RUANG DAHLIA DAN MICU PONEK DI RSUD  
CHASBULLAH ABDUL MAJID KOTA BEKASI TAHUN 2022**

**Disusun Oleh :**

**ROSIDAH AMELIA**

**NPM :22.156.03.11.081**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA  
INDONESIA**

**BEKASI**

**2022**

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY.R P1A0  
U 26 MINGGU POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI  
RIWAYAT KPD DAN NY.L P3A0 U 37 MINGGU POST  
SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI PRE EKLAMPSIA DI  
RUANG DAHLIA DAN MICU PONEK DI RSUD  
CHASBULLAH ABDUL MAJID KOTA BEKASI TAHUN 2022  
KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

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



**Disusun Oleh:**

**ROSIDAH AMELIA**

**NPM: 22.156.03.11.081**

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

**2022**

## **LEMBAR PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ROSIDAH AMELIA

NPM : 22.156.03.11.081

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa Tugas Akhir dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY. R P1A0 U 26 MINGGU POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI RIWAYAT KPD DAN NY.L P3A0 U 37 MINGGU POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI PRE EKLAMSIA DI RUANG DAHLIA DAN MICU PONEK DI RSUD CHASBULLAH ABDUL MAJID KOTA BEKASI TAHUN 2022” adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari hasil karya orang lain.

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Bekasi, 3 Januari 2022

Rosidah Amelia

## LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Ilmiah Akhir ini telah diperiksa oleh preseptor satu dan preseptor dua dan disetujui untuk melaksanakan seminar hasil.

Bekasi, 3 Januari 2023

Menyetujui

**Penguji I**

**Penguji II**

Ns. Nurti Yunika K Gea., S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.A

Ernauli Meliana, S.Kep., Ns., M.Kej

NUPN.9901009124

NIDN. 0020057201

Mengetahui :

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

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

NIDN.0316028302

## LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rosidah Amelia, S. Kep

NPM : 22.156.03.11.081

Program Studi : Profesi Ners

Judul Karya Ilmiah Akhir : ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY. R P1A0 U 26 MINGGU POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI RIWAYAT KPD DAN NY.L P3A0 U 37 MINGGU POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI PRE EKLAMSIA DI RUANG DAHLIA DAN MICU PONEK DI RSUD CHASBULLAH ABDUL MAJID KOTA BEKASI TAHUN 2022.

Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada tanggal 04 januari 2023

Bekasi, 04 januari 2023

**Penguji I**

**Penguji II**

Ns. Nurti Yunika K Gea., S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.A

Ernauli Meliana, S.Kep., Ns., M.Kep

NUPN.9901009124

NIDN. 0020057201

**Wakil Ketua I Bidang  
Akademik**

**Kepala program studi ilmu (S1) dan  
Pendidikan profesi Ners**

Puri kresnawati, SST.,M.KM  
NDIN.0309049001

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

Disahkan

Ketua STIKes Medistra Indonesia

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

## **KATA PENGANTAR**

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat yang telah diberikan kepada penulis, baik berupa kesehatan fisik dan mental sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dengan judul: “Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.R P1A0 U 26 Minggu Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Riwayat Kpd Dan Ny.L P3A0 U 37 Minggu Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklamsia Di Ruang Dahlia Dan Micu Ponek Di Rsud Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi Tahun 2022 ” yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ners Program Studi Profesi pada STIKes Medistra Indonesia, Bekasi.

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

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

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

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

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

Bekasi, 3 Januari 2023

Rosidah Amelia

## DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
DAFTAR ISI .....	vi
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan .....	3
1. Tujuan Umum .....	3
2. Tujuan Khusus .....	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	6
A. Konsep Dasar Post Partum.....	6
1. Definisi Post Partum .....	6
2. Tahapan Post Partum.....	6
3. Perubahan Fisiologi Post Partum.....	7
4. Adaptasi psikologis ibu postpartum.....	13
B. Konsep Dasar Sectio Caesarea .....	14
1. Definisi .....	14
2. Etiologi .....	15
3. Klasifikasi .....	15
4. Patofisiologi .....	16
5. Indikasi sectio sesarea.....	17
6. Kontraindikasi sectio sesarea.....	18
7. Pemeriksaan penunjang .....	18

8. Penatalaksanaan section caesarea .....	18
<b>C. Konsep Ketuban Pecah Dini (KPD) .....</b>	<b>20</b>
1. Pengertian .....	20
2. Etiologi .....	20
3. Patofisiologi .....	21
4. Tanda Dan Gejala .....	22
5. Penatalaksanaan .....	22
6. Pemeriksaan Penunjang .....	26
7. Komplikasi.....	26
8. Kolaborasi.....	27
9. Diagnosa Prioritas.....	27
10. Perencanaan Keperawatan .....	28
<b>D. Konsep Dasar Preeklamsi .....</b>	<b>29</b>
1. Definisi .....	29
2. Faktor Preeklamsi.....	29
3. Klasifikasi Preeklamsi .....	31
4. Manifestasi Klinis Preeklamsi .....	31
5. Patofisiologi Preeklamsi .....	32
6. Komplikasi.....	34
7. Penatalaksanaan .....	35
<b>E. Pathway .....</b>	<b>37</b>
<b>BAB III ASUHAN KEPERAWATAN .....</b>	<b>43</b>
<b>BAB IV PEMBAHASAN .....</b>	<b>106</b>
A. Pengkajian .....	106
B. Diagnosa keperawatan .....	108
C. Intervensi .....	114

<b>D. Implementasi .....</b>	<b>118</b>
<b>E. Evaluasi.....</b>	<b>121</b>
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>122</b>
<b>A. Kesimpulan.....</b>	<b>122</b>
<b>B. Saran .....</b>	<b>123</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>124</b>

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR .....</b>	<b>128</b>
<b>LEAFLET .....</b>	<b>131</b>
<b>BIOGRAFI PENULIS .....</b>	<b>132</b>

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Setiap wanita menginginkan persalinannya berjalan lancar dan melahirkan bayi yang sempurna. Seperti yang telah diketahui ada dua cara kelahiran yaitu persalinan pervaginam yang lebih dikenal persalinan normal dan persalinan dengan oprasi cesar dapat juga disebut kelahiran sesarea juga dikenal dengan istilah seksio sesaria atau seksio C, adalah pelahiran janin melalui insisi yang dibut pada dinding abdomen dan uterus. Pertolongan Oprasi Caesarea merupakan tindakan dengan tujuan menyelamatkan ibu maupun bayi (Manuaba,2013).

Setiap pembedahan harus didasarkan atas indikasi, yaitu pertimbangan-pertimbangan yang menentukan bahwa tindakan perlu dilakukan demi kepentingan ibu dan janin.

World Health Organization (WHO) angka kejadian Sectio Caesarea meningkat di negara-negara berkembang. WHO menetapkan indicator persalinan Sectio Caesarea 10-15 % untuk setiap Negara, jika tidak sesuai indikasi operasi Sectio Caesarea dapat meningkatkan resiko morbilitas dan mortilitas pada ibu dan bayi (World Health Organization,2015).

Berdasarkan hasil Riskesdas 2018 menyatakan terdapat 15,3% persalinan dilakukan melalui operasi. Provinsi tertinggi dengan persalinan melalui Sectio Caesarea adalah DKI Jakarta (27,2%), Kepulauan Riau (24,7%), dan Sumatera Barat (23,1%) (Depkes RI, 2018).

Jumlah kemaatian ibu per kabupaten/ kota provinsi jawa barat periode bulan januari – juli tahun 2020 sebesar 416 kasus, jumlah kasus kematian ini hampir sama dengan tahun 2019 (417), namun pada tahun 2020 ini masih cenderung ada kenaikan karena belum semua kab/kota melaporkan kematian ibu. Tahun 2019-2020, kasus kematian ibu tertinggi dikabupaten bogor. Penyebab kematian ibu masih didominasi oleh perdarahan 28% dan hipertensi 29%, meskipun penyebab

lain-lain juga masih tinggi yaitu 24% (Dinas kesehatan Provinsi Jawa Barat,2020) Dari hasil laporan rekam medik RSUD. CASBULLAH ABDUL MAJID tercatat bahwa angka persalinan dengan sectio caesarea pada tahun 2017 sebanyak 34,28% (Rekam medik RSUD. CAM, 2017).

Angka kematian Ibu (AKI) di kota Bekasi pada tahun 2020 yakni 17 kasus dengan Rasio 32,95. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat memaparkan Jumlah kematian ibu per kabupaten/ kota provinsi jawa barat periode bulan januari – juli tahun 2020 sebanyak 1.649 kasus, meningkat dibandingkan tahun 2019 pada periode yang sama yaitu sebesar 1.575 kasus. Lima penyebab kematian ibu terbesar di Indonesia diantaranya adalah karena hipertensi dalam kehamilan (Kementrian Kesehatan RI, 2018) (Seluruh et al., n.d.).

Guna untuk menurunkan AKI di kota RSUD dr. Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi menjadi lokasi khusus (lokus) Rumah Sakit Kab/Kota dalam rangka percepatan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) yang dipilih oleh Kementerian Kesehatan sesuai dengan surat dari Direktur Kesehatan Keluarga Kementerian Kesehatan nomor KG.01.01/218/2020 perihal Revisi Daftar RSUD Pendampingan Tahun 2020. Salah satu upaya terobosan dan terbukti mampu meningkatkan indikator proksi (persalinaan oleh tenaga kesehatan) dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi adalah program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) dan juga dapat menurunkan angka kematian ibu dan memantau keadaan janin.

Persalinan Sectio Caesarea memiliki resiko lima kali lebih besar terjadi komplikasi dibanding persalinan normal. Penyebab atau masalah yang paling banyak mempengaruhi adalah pengeluaran darah atau perdarahan dan infeksi yang dialami ibu. Adapun penyebab dari perdarahan karena dilakukannya tindakan pembedahan jika cabang Arteria Uterine ikut terbuka dan dapat terjadi karena Atonia Uteri. Infeksi pada ibu Post Op Sectio Caesarea dapat dilihat dengan tanda lochea yang keluar banyak seperti nanah dan berbau busuk, uterus lebih besar dan lembek dari seharusnya dan fundus masih tinggi.

Sehingga dilakukan pendekatan Asuhan Keperawatan yang sistematis dan komperhensif dengan melakukan pengkajian, menetapkan diagnosa, menentukan perencanaan, melakukan tindakan keperawatan dan mengevaluasi hasil tindakan. Perawatan utama yang dapat dilakukan Pada pasien Post Sectio Caesarea adalah balance cairan dan pemenuhan kebutuhan dasar. Balance cairan harus selalu dimonitor karena pada pasien Post Sectio Caesarea banyak kehilangan cairan darah sehingga intake dan outputnya diharapkan tetap seimbang untuk menghindari dehidrasi dan mengurangi resiko terjadinya infeksi pada pasien. Sedangkan pemenuhan kebutuhan dasar dan Activity Dially Living (ADL) juga sangat perlu diperhatikan oleh perawat karena pada pasien Post Sectio Caesarea masih dalam kondisi immobilisasi.

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik menulis tentang “Asuhan Keperawatan Pasien dengan Post Op Sectio Caesaria di ruang perawatan Melati Pada Ny. R dengan kehamilan 26mgg post partum dengan indikasi KDP dan Ny. L dengan kehamilan 37mgg post partum dengan indikasi Hipertensi di R. Dhlia Nifas RSUD Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi tahun 2022”

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Memberikan pengalaman dan pemahaman secara ilmiah dalam melakukan Asuhan Keperawatan Maternitas pada pasien Ny. R dengan kehamilan 26mgg post partum dengan indikasi KDP di R. Melati, Ny. L dengan kehamilan 37mgg post partum dengan indikasi Hipertensi di R. Dahlia RSUD CAM Kota Bekasi.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien Ny. R engan kehamilan 26mgg post partum dengan indikasi KDP di R. Melati, Ny. L kehamilan 37mgg post partum dengan indikasi Hipertensi di R. Dahlia RSUD CAM Kota Bekasi.
- b. Mampu merumuskan masalah keperawatan pada pasien Ny. R dengan kehamilan 26mgg post partum dengan indikasi KDP di R. Melati, Ny.

- L kehamilan 37mgg post partum dengan indikasi Hipertensi di R. Dahlia RSUD CAM Kota Bekasi.
- c. Mampu menentukan diagnosa keperawatan pada pasien Ny. R dengan kehamilan 26mgg post partum dengan indikasi KDP di R. Melati, Ny. L kehamilan 37mgg post partum dengan indikasi Hipertensi di R. Dahlia RSUD CAM Kota Bekasi.
- d. Mampu merencanakan Intervensi Keperawatan pada pasien Ny. R dengan kehamilan 26mgg post partum dengan indikasi KDP di R. Melati, Ny. L kehamilan 37mgg post partum dengan indikasi Hipertensi di R. Dahlia RSUD CAM Kota Bekasi.
- e. Mampu Melaksanakan Intervensi Keperawatan pada pasien Ny. R dengan kehamilan 26mgg post partum dengan indikasi KDP di R. Melati, Ny. L kehamilan 37mgg post partum dengan indikasi Hipertensi di R. Dahlia RSUD CAM Kota Bekasi.
- f. Mampu Mengaplikasikan Implementasi pada pasien Ny. R dengan kehamilan 26mgg post partum dengan indikasi KDP di R. Melati, Ny. L kehamilan 37mgg post partum dengan indikasi Hipertensi di R. Dahlia RSUD CAM Kota Bekasi.
- g. Mampu Melakukan Evaluasi Keperawatan pada pasien Ny. R dengan kehamilan 26mgg post partum dengan indikasi KDP di R. Melati, Ny. L kehamilan 37mgg post partum dengan indikasi Hipertensi di R. Dahlia RSUD CAM Kota Bekasi.
- h. Mampu Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan kasus pada pasien Ny. R dengan kehamilan 26mgg post partum dengan indikasi KDP di R. Melati, Ny. L kehamilan 37mgg post partum dengan indikasi Hipertensi di R. Dahlia RSUD CAM Kota Bekasi.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Post Partum**

##### **1. Definisi Post Partum**

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

##### **2. Tahapan Post Partum**

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

###### **a. Puerperium dini**

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

###### **b. Puerperium intermedial**

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

###### **c. Remote puerperium**

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

### 3. Perubahan Fisiologi Post Partum

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

#### a. Uterus

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

Tabel 2.1 Tinggi fundus uterus menurut masa involusi

Sumber : (Wulandari, 2020)

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

#### b. Serviks

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

Saat setelah persalinan bentuk serviks akan menganga seperti corong. Hal ini disebabkan oleh korpus uteri yang berkontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi. Warna serviks berubah menjadi merah kehitaman karena mengandung banyak pembuluh darah dengan

konsistensi lunak. Setelah janin dilahirkan, serviks masih dapat dilewati oleh tangan pemeriksa. Setelah 2 jam persalinan serviks hanya dapat dilewati oleh 2-3 jari dan setelah 1 minggu persalinan hanya dapat dilewati oleh 1 jari saja (Maritalia, 2017).

c. Vagina

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

d. Lochea

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

Macam-macam lochea fisiologi

1) Lochea rubra

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

2) Lochea sanguinolenta

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

3) Lochea serosa

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

4) Lochea alba

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

e. Vulva

Vulva merupakan organ reproduksi eksterna, berbentuk lonjong, bagian depan dibatasi oleh klitoris, bagian belakang oleh perineum, bagian kiri dan kanan oleh labia minora. Pada vulva, dibawah clitoris terdapat orifisium uretra eksterna yang berfungsi sebagai tempat keluarnya urin. Vula mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Beberapa hari pertama setelah proses melahirkan vulva tetap berada dalam keadaan kendur. setelah 3 minggu vulva akan kembali kepada keadaan tidak hamil dan labia menjadi lebih menonjol (Maritalia, 2017).

f. Payudara (mamae) dan Laktasi

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

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

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

Pada proses laktasi terdapat dua reflek yang berperan, yaitu refleks prolaktin dan reflex aliran yang timbul akibat

perangsangan puting susu dikarenakan isapan bayi (Maritalia, 2017).

1) Refleks prolaktin

Akhir kehamilan hormone prolaktin memegang peranan untuk membuat kolostrum, tetapi jumlah kolostrum terbatas dikarenakan aktivitas prolaktin dihambat oleh estrogen dan progesterone yang masih tinggi. Pasca persalinan yaitu saat lepasnya plasenta dan berkurangnya fungsi korpus luteum maka estrogen dan progesterone juga berkurang. Hisapan bayi akan merangsang puting susu dan kalang payudara karena ujung-ujung saraf sensoris yang berfungsi sebagai reseptor mekanik (Maritalia, 2017).

2) Refleks aliran (*let down reflek*)

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

g. Tanda – tanda vital

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

1) Suhu tubuh

Setelah proses persalinan, suhu tubuh dapat meningkat sekitar 0,5 °C dari keadaan normal (36°C – 37°C), namun tidak lebih dari

pada 38°C. Hal ini disebabkan karena meningkatnya metabolisme tubuh pada saat proses persalinan.

#### 2) Nadi

Denyut nadi normal berkisar antara 60-80 kali per menit. Pada saat proses persalinan denyut nadi akan mengalami peningkatan. Setelah proses persalinan selesai frekuensi denyut nadi dapat sedikit lebih lambat.

#### 3) Tekanan darah

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

#### 4) Pernafasan

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

#### h. Hormon

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

dan prostaglandin memicu sekresi oksitosin yang menyebabkan timbulnya kontraksi uterus.

i. System peredaran darah (cardio vascular)

Perubahan hormone selama hamil dapat menyebabkan terjadinya hemodilusi sehingga kadar hemoglobin (Hb) wanita hamil biasanya sedikit lebih rendah dibandingkan dengan wanita tidak hamil. Selain itu, terdapat hubungan antara sirkulasi darah ibu dengan sirkulasi janin melalui plasenta.

j. System pencernaan

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

k. System perkemihan

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

l. System integument

Perubahan kulit selama kehamilan berupa hiperpigmentasi pada wajah (*cloasma gravidarum*), leher, mammae, dinding perut dan beberapa

lipatan sendi karena pengaruh hormone akan menghilang selama masa nifas (Maritalia, 2017).

m. System musculoskeletal

Proses persalinan selesai dinding perut akan menjadi longgar, kendur dan melebar selama beberapa minggu atau bahkan sampai beberapa bulan akibat peregangan yang begitu lama selama hamil. Ambulasi dini, mobilisasi dan senam nifas sangat dianjurkan untuk mengatasi hal tersebut.

4. Adaptasi psikologis ibu postpartum

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

a. *Fase Taking In*

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

b. *Fase Taking Hold*

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

c. *Fase Letting Go*

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

nutrisi yang cukup masih sangat diperlukan untuk ibu menjaga kondisi fisiknya.

## **B. Konsep Dasar Sectio Caesarea**

### **1. Definisi**

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Tindakan Sectio Caesarea dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu yang dikarenakan bahaya atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervaginam. Persalinan pervaginam dianggap sebagai proses persalinan yang sulit dan cenderung berbahaya bagi calon ibu dan bayinya, sehingga operasi sesar meskipun merupakan metode persalinan dengan melakukan pembedahan besar pada perut cenderung disukai daripada persalinan melalui jalan lahir (pervaginam) (Juliathi et al., 2021).

Meskipun pada masa lalu Sectio Caesarea (SC) masih menjadi hal yang menakutkan namun dengan berkembangnya kecanggihan bidang ilmu kedokteran kebidanan pandangan tersebut mulai bergeser. Kini persalinan melalui operasi sesar kerap menjadi alternatif pilihan persalinan (Sihombing et al., 2017).

Indikasi Sectio Caesarea secara garis besar dibagi menjadi dua : dari faktor ibu dan faktor janin. Faktor ibu yaitu ada riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat III, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit jantung, Diabetes Melitus, gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya), Cephalo Pelvik Disproportion (CPD), Pre-Eklamsia Berat (PEB), Ketuban Pecah Dini (KPD), bekas Sectio Caesarea sebelumnya, dan faktor hambatan jalan lahir. Penyebab dari faktor janin berupa gawat janin, malpresentasi, malposisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Juliathi et al., 2021).

## 2. Etiologi

Menurut Nurarif dan Kusuma (2016), menyatakan etiologi operasi sectio

caesarea ada dua, yaitu sebagai berikut :

### a. Etiologi yang berasal dari Ibu

Etiologi yang berasal dari Ibu yaitu pada primigravida dengan kelainan

letak, primipara tua disertai kelainan letak, ada disporpori sefalo pelvik

(disproporsi janin/panggul), terdapat sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, placenta previa terutama pada primigravida, solutio placenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsia-eklamsia, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya).

### a. Etiologi yang berasal dari janin

Etiologi yang berasal dari janin yaitu fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan

pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi (Ansori, 2022).

## 3. Klasifikasi

Menurut Manuaba (2012), menyatakan bentuk pembedahan sectio caesarea dapat diklasifikasikan menjadi, yaitu :

### a. Sectio caesarea klasik

Sectio caesarea klasik dibuat vertikal pada bagian atas rahim.

Pembedahan dilakukan dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. Tidak dianjurkan untuk kehamilan

berikutnya melahirkan melalui vagina apabila sebelumnya telah dilakukan tindakan pembedahan ini.

b. Sectio caesarea transperitonel

Sectio caesarea transperitonel profunda disebut juga low cervical yaitu

sayatan vertikal pada segmen lebih bawah rahim. Sayatan jenis ini dilakukan jika bagian bawah rahim tidak berkembang atau tidak cukup tipis untuk

memungkinkan dibuatnya sayatan transversal. Sebagian sayatan vertikal

dilakukan sampai ke otot-otot bawah rahim.

c. Sectio caesarea histerektomi

Sectio caesarea histerektomi adalah suatu pembedahan dimana setelah

janin dilahirkan dengan sectio caesarea, dilanjutkan dengan pegangkatan rahim.

d. Sectio caesarea ekstraperitoneal

Sectio caesarea ekstraperitoneal, yaitu sectio caesarea berulang pada

seorang pasien yang sebelumnya melakukan sectio caesarea. Biasanya dilakukan di atas bekas sayatan yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan 11 insisi dinding dan fasia abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstraperitoneum (Ansori, 2022).

#### 4. Patofisiologi

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. Sebelum dilakukan operasi pasien perlu dilakukan anestesi bisa bersifat regional dan umum. 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.

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.

#### 5. Indikasi sectio sesarea

##### a. Indikasi yang berasal dari ibu

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

##### b. Indikasi yang berasal dari janin

Fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan

janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Jitowiyono,2010).

6. Kontraindikasi sectio sesarea

Sectio sesarea tidak boleh dikerjakan kalau ada keadaan berikut ini :

- a. Kalau janin sudah mati atau berada dalam keadaan jelek sehingga kemungkinan hidup kecil. Dalam keadaan ini tidak ada alasan untuk melakukan operasi berbahaya yang tidakdiperlukan.
- b. Kalau jalan lahir ibu mengalami infeksi yang luas dan fasilitas untuk caesarea extraperitoneal tidak tersedia.
- c. Kalau dokter bedahnya tidak berpengalaman. Kalau keadaannya tidak menguntungkan bagi pembedahan, atau kalau tidak tersedia tenaga asisten yang memadai.

7. Pemeriksaan penunjang

- a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- b. Pemantauan EKG
- c. JDL dengan diferensial
- d. Elektrolit
- e. Hemoglobin/Hematokrit
- f. Golongan Darah
- g. Urinalis
- h. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- i. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi.
- j. Ultrasound sesuai pesanan. (Tucker,Susan martin,1998. Dalam buku Aplikasi Nanda 2015).

8. Penatalaksanaan section caesarea

- a. Pemberian cairan

Karena 6 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan perintavena 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.

b. Diet

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

c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi :

- 1) Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 - 8 jam setelah operasi
- 2) Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar
- 3) Hari pertama post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya.
- 4) Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler)
- 5) Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri dan pada hari ke-3 pasca operasi pasien bisa dipulangkan

6) Katerisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan 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.

## C. Konsep Ketuban Pecah Dini (KPD)

### 1. Pengertian

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum tanda-tanda persalinan (Mansjoer, et al, 2002). Pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan < 4 cm (masa laten). Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan.

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya/ rupturnya selaput amnion sebelum dimulainya persalinan yang sebenarnya atau pecahnya selaput amnion sebelum usia kehamilannya mencapai 37 minggu dengan atau tanpa kontraksi (Mitayani, 2011).

Ketuban pecah dini didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan, hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan (Sujiyati, 2009).

Ketuban pecah dini (KPD) merupakan pecahnya selaput janin sebelum proses persalinan dimulai, pada usia kurang dari 37 minggu (Errol Norwiz & John).

### 2. Etiologi

Ketuban pecah dini biasanya menyebabkan persalinan premature alias bayi terpaksa dilahirkan sebelum waktunya. Air ketuban pecah lebih awal bisa disebabkan oleh beberapa hal, seperti yang disampaikan oleh Geri Morgan (2009) yaitu:

- 1) Infeksi rahim, leher rahim, atau vagina,
- 2) Pemicu umum ketuban pecah dini adalah:
  - a. Persalinan premature
  - b. Korioamnionitis terjadi dua kali sebanyak KPD
  - c. Malposisi atau malpresentasi janin
- 3) Faktor yang mengakibatkan kerusakan serviks
  - a. Pemakaian alat-alat pada serviks sebelumnya (misalnya aborsi terapeutik, LEEP, dan sebagainya)

- b. Peningkatan paritas yang memungkinkan kerusakan serviks selama kelahiran sebelumnya
  - c. Inkompetensi serviks
- 4) Riwayat KPD sebelumnya sebanyak dua kali atau lebih
  - 5) Faktor-faktor yang berhubungan dengan berat badan ibu:
    - a. Kelebihan berat badan sebelum kehamilan
    - b. Penambahan berat badan sebelum kehamilan
  - 6) Merokok selama kehamilan
  - 7) Usia ibu yang lebih tua mungkin menyebabkan ketuban kurang kuat daripada ibu muda
  - 8) Riwayat hubungan seksual baru-baru ini.

### 3. Patofisiologi

Infeksi dan inflamasi dapat menyebabkan ketuban pecah dini dengan menginduksi kontraksi uterus dan atau kelemahan fokal kulit ketuban. Banyak mikroorganisme servikovaginal, menghasilkan fosfolipid C yang dapat meningkatkan konsentrasi secara lokal asam arakidonat, dan lebih lanjut menyebabkan pelepasan PGE<sub>2</sub> dan PGF<sub>2</sub> alfa dan selanjutnya menyebabkan kontraksi miometrium. Pada infeksi juga dihasilkan produk sekresi akibat aktivitas monosit/ makrofag, yaitu sitokrin, interleukin 1, faktor nekrosis tumor dan interleukin 6. Platelet *activating factor* yang diproduksi oleh paru-paru janin dan ginjal janin yang ditemukan dalam cairan amnion, secara sinergis juga mengaktifasi pembentukan sitokin. Endotoksin yang masuk ke dalam cairan amnion juga akan merangsang sel-sel desidua untuk memproduksi sitokin dan kemudian prostaglandin yang menyebabkan dimulainya persalinan.

Adanya kelemahan lokal atau perubahan kulit ketuban adalah mekanisme lain terjadinya ketuban pecah dini akibat infeksi dan inflamasi. Enzim bakterial dan atau produk host yang disekresikan sebagai respon untuk infeksi dapat menyebabkan kelemahan dan rupture kulit ketuban. Banyak flora servikoginal komensal dan patogenik mempunyai kemampuan

memproduksi protease dan kolagenase yang menurunkan kekuatan tenaga kulit ketuban. Elastase leukosit polimorfonuklear secara spesifik dapat memecah kolagen tipe III pada manusia, membuktikan bahwa infiltrasi leukosit pada kulit ketuban yang terjadi karena kolonisasi bakteri atau infeksi dapat menyebabkan pengurangan kolagen tipe III dan menyebabkan ketuban pecah dini.

Enzim hidrolitik lain, termasuk katepsin B, katepsin N, kolagenase yang dihasilkan netrofil dan makrofag, nampaknya melemahkan kulit ketuban . Sel inflamasi manusia juga menguraikan aktifator plasminogen yang mengubah plasminogen menjadi plasmin potensial, potensial menjadi penyebab ketuban pecah dini.

#### 4. Tanda Dan Gejala

Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes dengan ciri pucat dan bergaris warna darah, cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya “menganjal “atau menyambut kebocoran untuk sementara.

Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Sujiyatini, 2009).

#### 5. Penatalaksanaan

##### 1) Pencegahan

- a. Obati infeksi gonokokus, klamidi, dan vaginosis bacterial
- b. Diskusikan pengaruh merokok selama kehamilan dan dukung untuk mengurangi atau berhenti.
- c. Motivasi untuk menambah berat badan yang cukup selama hamil

- d. Anjurkan pasangan agar menghentikan koitus pada trisemester akhir bila ada faktor predisposisi.
- 2) Panduan mengantisipasi: jelaskan pasien yang memiliki riwayat berikut ini saat prenatal bahwa mereka harus segera melapor bila ketuban pecah.
  - 3) Kondisi yang menyebabkan ketuban pecah dapat mengakibatkan prolaps tali pusat:
    - a. Letak kepala selain vertex
    - b. Polihidramnion
    - c. Herpes aktif
    - d. Riwayat infeksi streptokus beta hemolitiukus sebelumnya.
  - 4) Bila ketuban telah pecah
    - a. Anjurkan pengkajian secara saksama. Upayakan mengetahui waktu terjadinya pecahnya ketuban
    - b. Bila robekan ketuban tampak kasar:
      - a) Saat pasien berbaring terlentang, tekan fundus untuk melihat adanya semburan cairan dari vagina.
      - b) Basahi kapas asupan dengan cairan dan lakukan pulasan pada slide untuk mengkaji ferning di bawah mikroskop.
      - c) Sebagian cairan diusapkan ke kertas Nitrazene. Bila positif, pertimbangkan uji diagnostik bila pasien sebelumnya tidak melakukan hubungan seksual tidak ada perdarahan dan tidak dilakukan pemeriksaan pervagina menggunakan jeli K-Y.
    - c. Bila pecah ketuban dan/ atau tanda kemungkinan infeksi tidak jelas, lakukan pemeriksaan pekulum steril.
      - a) Kaji nilai bishop serviks (lihat Nilai Bishop).
      - b) Lakukan kultur serviks hanya bila ada tanda infeksi.
      - c) Dapatkan spesimen cairan lain dengan lidi kapas steril yang dipulaskan pada slide untuk mengkaji ferning di bawah mikroskop.

- d. Bila usia gestasi kurang dari 37 minggu atau pasien terjangkit Herpes Tipe 2, rujuk ke dokter.

5) Penatalaksanaan konservatif

- a. Kebanyakan persalinan dimulai dalam 24 -72 jam setelah ketuban pecah.
- b. Kemungkinan infeksi berkurang bila tidak ada alat yang dimasukan ke vagina, kecuali spekulum steril, jangan melakukan pemeriksaan vagina.
- c. Saat menunggu, tetap pantau pasien dengan ketat.
  - a) Ukur suhu tubuh empat kali sehari; bila suhu meningkat secara signifikan, dan/ atau mencapai  $38^{\circ}\text{C}$ , berikan macam antibiotik dan kelahiran harus diselesaikan.
  - b) Observasi rabas vagina: bau menyengat, purulen atau tampak kekuningan menunjukkan adanya infeksi.
  - c) Catat bila ada nyeri tekan dan iritabilitas uterus serta laporkan perubahan apa pun

6) Penatalaksanaan agresif

- a. Jel prostaglandin atau misoprostol (meskipun tidak disetujui penggunaannya) dapat diberikan setelah konsultasi dengan dokter
- b. Mungkin dibutuhkan rangkaian induksi pitocin bila serviks tidak berespons
- c. Beberapa ahli menunggu 12 jam untuk terjadinya persalinan. Bila tidak ada tanda, mulai pemberian pitocin
- d. Berikan cairan per IV, pantau janin
- e. Peningkatan resiko seksio sesaria bila induksi tidak efektif.
- f. Bila pengambilan keputusan bergantung pada kelayakan serviks untuk diindikasi, kaji nilai bishop setelah pemeriksaan spekulum. Bila diputuskan untuk menunggu persalinan, tidak ada lagi pemeriksaan yang dilakukan, baik manipulasi dengan tangan maupun spekulum, sampai persalinan dimulai atau induksi dimulai

- g. Periksa hitung darah lengkap bila ketuban pecah. Ulangi pemeriksaan pada hari berikutnya sampai kelahiran atau lebih sering bila ada tanda infeksi
  - h. Lakukan NST setelah ketuban pecah; waspada adanya takikardia janin yang merupakan salah satu tanda infeksi
  - i. Mulai induksi setelah konsultasi dengan dokter bila :
    - 1) Suhu tubuh ibu meningkat signifikan
    - 2) Terjadi takikardia janin
    - 3) Lokia tampak keruh
    - 4) Iritabilitas atau nyeri tekan uterus yang signifikan
    - 5) Kultur vagina menunjukkan streptokokus beta hemolitikus
    - 6) Hitung darah lengkap menunjukkan kenaikan sel darah putih
- 7) Penatalaksanaan persalinan lebih dari 24 jam setelah ketuban pecah
- a. Persalinan spontan
    - 1) Ukur suhu tubuh pasien setiap 2 jam, berikan antibiotik bila ada demam
    - 2) Anjurkan pemantauan janin internal
    - 3) Beritahu dokter spesialis obstetri dan spesialis anak atau praktisi perawat neonatus
    - 4) Lakukan kultur sesuai panduan
  - b. Indikasi persalinan
    - 1) Lakukan secara rutin setelah konsultasi dengan dokter
    - 2) Ukur suhu tubuh setiap 2 jam
    - 3) Antibiotik: pemberian antibiotik memiliki beragam panduan, banyak yang memberikan 1-2 g ampicilin per IV atau 1-2 g Mefoxin per IV setiap 6 jam sebagai profilaksis. Beberapa panduan lainnya menyarankan untuk mengukur suhu tubuh ibu dan DJJ untuk menentukan kapan antibiotik mungkin diperlukan.

## 6. Pemeriksaan Penunjang

### 1) Pemeriksaan Laboratorium

Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa warna, konsentrasi, bau dan PHnya. Cairan yang keluar dari vagina kecuali air ketuban mungkin juga urine atau secret vagina, sekret vagina ibu hamil pH: 4,5 dengan kertas nitrazin tidak berubah warna, tetap kuning. 1.a tes lakmus (tes nitrazin), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (alkalis). Ph air ketuban 7-7,5 darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu. 1b. mikroskop (tes pakis), dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun psikis.

### 2) Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidramion. Walaupun pendekatan diagnosis KPD cukup banyak macam dan caranya, namun pada umumnya KPD sudah bisa terdiagnosis dengan anamnesa dan pemeriksaan sederhana (Sujiyatini, 2009).

## 7. Komplikasi

Komplikasi paling sering terjadi pada KPD sebelum usia 37 minggu adalah sindrom distress pernapasan, yang terjadi pada 10-40% bayi baru lahir. Risiko infeksi meningkat pada kejadian KPD. Semua ibu hamil dengan KPD premature sebaiknya dievaluasi untuk kemungkinan terjadinya korioamnionitis (radang pada korion dan amnion). Selain itu kejadian prolaps atau keluarnya tali pusat dapat terjadi pada KPD.

Risiko kecacatan dan kematian janin meningkat pada KPD Praterm. Hipoplasia paru merupakan komplikasi fatal terjadi pada KPD praterm. Kejadiannya mencapai hampir 100% apabila KPD praterm ini terjadi pada usia kehamilan kurang dari 23 minggu.

- 1) Infeksi intrauterine
- 2) Tali pusat menumbung
- 3) Prematuritas
- 4) Distosia.

#### 8. Kolaborasi

- 1) Lakukan persiapan kulit praoperatif, scrub sesuai protocol.  
Rasional: menurunkan kontaminan kulit memasuki insisi, menurunkan resiko infeksi pasca-operatif
- 2) Dapatkan kultur darah vagina dan plasenta sesuai indikasi.  
Rasional: mengidentifikasi organisme yang menginfeksi dan tingkat keterlibatan.
- 3) Catat Hb dan Ht catat perkiraan kehilangan darah selama prosedur pembedahaan.  
Rasional: resiko infeksi pasca melahirkan serta penyembuhan lebih lama bila kadar Hb rendah dan kehilangan darah berlebihan.
- 4) Berikan antibiotic spectrum luas parental pada pra-operasi  
Rasional: Antibiotik profilaktik dapat dipesankan untuk mencegah terjadinya proses infeksi sebagai pengobatan pada infeksi sebagai pengobatan pada infeksi yang teridentifikasi.

#### 9. Diagnosa Prioritas

- 1) Ansietas berhubungan dengan faktor psikologis proses menghadapi persalinan.
- 2) Resiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini (KPD).

## 10. Perencanaan Keperawatan

<b>Diagnosa</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Rencana Tindakan</b>
Ansietas berhubungan dengan faktor psikologis proses menghadapi persalinan	Selama di lakukan tindakan keperawatan selama 1x shift diharapkan klien tidak mengalami kecemasan Kriteria Hasil : Anxieti Control 1. Monitor intensitas kecemasan. 2. Menyingkirkan tanda kecemasan. 3. Menurunkan stimulasi lingkungan ketika cemas 4. Mencari informasi untuk menurunkan cemas.	Anxiety reduction: 1. Gunakan pendekatan yang menenangkan. 2. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur. 3. Dorong keluarga untuk menemani klien. 4. Identifikasi tingkat kecemasan 5. Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis.
Resiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini (KPD)	Selama di lakukan tindakan keperawatan selama 1x shift diharapkan infeksi tidak terjadi Kriteria Hasil : Risk Control 1. Pengetahuan tentang resiko. 2. Memonitor faktor resiko dan lingkungan. 3. Memonitor faktor resiko dari perilaku personal.	Infection control 1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain. 2. Terapkan pencegahan aseptik. 3. Jaga keseterilan alat yang digunakan. 4. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 5. Pertahankan tehnik isolasi 6. Monitor tanda tanda vital.

## **D. Konsep Dasar Preeklamsi**

### **1. Definisi**

Preeklamsia atau biasa disebut Kehamilan Induced Hypertension (PIH) kehamilan atau toksemia kehamilan, ditandai dengan Tekanan darah meningkat, oedema, bahkan adanya proteinuria. Biasanya preeklamsia terjadi pada ibu yang usia kehamilannya 20 minggu keatas atau tiap triwulan dari kehamilan, pada kehamilan 37 minggu tersebut umumnya preeklamsia biasa terjadi hingga minggu pertama setelah persalinan (Lalenoh, 2018).

Preeklamsia adalah sekumpulan gejala yang timbul pada Wanita hamil, bersalin dan nifas yang terdiri dari hipertensi, edema dan proteinuria yang muncul pada kehamilan 20 minggu sampai akhir minggu pertama setelah persalinan (Muzalfah et al, 2018).

### **2. Faktor Preeklamsi**

Preeklamsia adalah penyakit spesifik selama kehamilan tanpa etiologi yang jelas Wang. et al (2020), Menurut Norma & Mustika (2013) terdapat beberapa faktor resiko terjadinya preeklamsia :

#### **1) Primigravida atau kehamilan pertama**

Ibu yang pertama kali hamil sering mengalami stress dalam menghadapi persalinan. Stress emosi yang terjadi pada primigravida menyebabkan peningkatan pelepasan corticotropic-releasing hormone (CRH) oleh hipotalamus, yang kemudian menyebabkan peningkatan kortisol (Nur & Arifuddin, 2017).

Berdasarkan teori imunologik, preeklamsia pada primigravida terjadi. karena di primigravida pembentukan blocking antibody terjadi mengenai antigen yang belum sempurna, primigravida juga mengalami pembentukan Human Leucocyte Antigen (HLA-G) memainkan peran dalam memodulasi respons imun sehingga hasil konsepsi ditolak pada klien atau intoleransi ibu terhadap plasenta yang dapat menyebabkan preeklamsia.

#### **2) Morbid obesitas atau biasa disebut kegemukan**

Penyakit ini menyertai kehamilan seperti diabetes mellitus, Obesitas dapat mengakibatkan kolesterol meningkat, bahkan mengakibatkan jantung lebih cepat dan bekerja berat. Klien dengan obesitas dalam tubuhnya semakin banyak jumlah darah yang terkandung yang berarti semakin parah jantung dalam memompa darah sehingga dapat menyebabkan preeklamsia. Preeklamsia lebih menjurus terjadi pada klien yang memiliki Riwayat Diabetes mellitus dikarenakan saat klien kebutuhan janin yaitu plasenta lebih berperan aktif dalam memenuhi semua kebutuhannya.

### 3) Usia Kehamilan

Preeklamsia muncul setelah klien dengan usia kehamilan 20 minggu dengan Gejala kenaikan tekanan darah. Jika terjadi preeklamsia di bawah 20 minggu, masih dikategorikan hipertensi kronik. Sebagian besar preeklamsia terjadi pada minggu >37 minggu dan semakin tua kehamilan maka semakin berisiko untuk terjadinya preeklamsia.

### 4) Riwayat Hipertensi

Orang dengan hipertensi sebelum kehamilan (hipertensi kronis) memiliki risiko 4-5 kali terjadi preeklamsia pada kehamilannya. Angka kejadian hipertensi kronis pada kehamilan yang disertai preeklamsia sebesar 25%. Sedangkan bila tanpa hipertensi kronis angka kejadian preeklamsia hanya 5% (Malha et al., 2018).

### 5) Usia

Klien pada usia >35 tahun rentan mengalami masalah kesehatan salah satunya adalah preeklamsia. Karena adanya perubahan jaringan rahim dan saluran lahir yang tidak fleksibel seperti halnya pembuluh darah, disebabkan oleh peningkatan tekanan darah. Seiring bertambahnya umur semakin mudah terjadinya vasokonstriksi pada pembuluh darah ibu, proteinuria dan edema. Sebenarnya pada umur 35 tahun belum dianggap rentan, tetapi kapasitas reproduksi semakin menurun sehingga dianggap sebagai fase untuk berhenti hamil.

### 3. Klasifikasi Preeklamsi

Menurut (Lalenoh, 2018) klasifikasi preeklamsia atau hipertensi dalam kehamilan terbagi 3, yaitu :

- 1) Preeklamsia Ringan
  - a) Kenaikan TD 140/90mmHg
  - b) Adanya pembengkakan kaki, muka, jari tangan serta berat badan naik 1kg lebih tiap minggunya
  - c) Adanya Proteinuria
  - d) Tidak ada nyeri kepala
- 2) Preeklamsia Sedang

Tekanan darah Sistolik 150-159 mmHg, tekanan diastolic 100-109 mmHg
- 3) Preeklamsia Berat
  - a) Tekanan darah senilai >160/100 mmHg
  - b) Adanya proteinuria >5 gram/L
  - c) Jumlah urine kurang (Oliguria) dari 500 cc/24Jam
  - d) Serebral terganggu, visus terganggu dan timbul nyeri pada epigastium
  - e) Terjadi pembengkakan/edema paru atau sianosis
  - f) Ada kejang (Eklampsia)
  - g) Timbul keluhan subjektif, seperti : nyeri, gangguan penglihatan, sakit kepala, gangguan kesadaran ataupun odema paru

### 4. Manifestasi Klinis Preeklamsi

Menurut Bothamley & Boyle (2013) ada beberapa manifestasi preeklamsia, yaitu :

- 1) Bertambahnya Berat Badan, terjadi kenaikan berat badan yaitu  $\pm 1$  kg beberapa kali seminggu
- 2) Timbul pembengkakan akibat BB meningkat, pembekakan pada kaki, muka dan pergelangan pada tangan
- 3) Hipertensi / tekanan darah tinggi (yang di ukur selama 30 menit setelah

pasien beristirahat) dengan tekanan darah >140/90 mmHg

#### 4) Proteinuria

- a) adanya protein dalam urine sebesar 0,3 gram/L/hari atau pemeriksaan kualitatif senilai +1/+2
- b) kadar proteinuria 1 g/l yang dikeluarkan melalui kateter yang di ambil sebanyak 2 kali setiap 6 jam.

5) Tanda dan gejala lainnya yaitu : gangguan penglihatan, nyeri epigastric, sakit kepala, mual dan muntah, penurunan Gerakan janin dan ukuran janin lebih kecil tidak sesuai dengan usia kehamilan ibu.

#### 5. Patofsiologi Preeklamsi

Pada preeklampsia terdapat penurunan aliran darah. Perubahan ini menyebabkan prostaglandin plasenta menurun dan mengakibatkan iskemia uterus. Keadaan iskemia pada uterus merangsang pelepasan bahan tropoblastik yaitu akibat hiperoksidase lemak dan pelepasan renin uterus. Bahan tropoblastik menyebabkan terjadinya endotheliosis menyebabkan pelepasan tromboplastin. Tromboplastin yang dilepaskan mengakibatkan pelepasan tromboksan dan aktivasi agregasi trombosit deposisi fibrin. Pelepasan tromboksan akan menyebabkan terjadinya vasospasme sedangkan aktivasi/agregasi trombosit deposisi fibrin akan menyebabkan koagulasi intrvaskuler yang mengakibatkan perfusi darah menurun dan konsumtif koagulapati (Sukarni dan Wahyu, 2013).

Konsumtif koagulapati mengakibatkan trombosit dan faktor pembekuan darah menurun dan menyebabkan gangguan faal hemostasis. Renin uterus yang dikeluarkan akan mengalir bersama darah sampai organ hati dan bersama-sama angiotensinogen menjadi angiotensi I dan selanjutnya menjadi angiotensin II.

Angiotensin II bersama tromboksan akan menyebabkan terjadinya vasospasme. Vasospasme menyebabkan lumen arteriol menyempit. Lumen arteriol yang menyempit menyebabkan lumen hanya dapat dilewati oleh satu sel darah merah. Tekanan perifer akan meningkat agar oksigen mencukupi kebutuhan sehingga menyebabkan terjadinya hipertensi. Selain menyebabkan vasospasme,

angiotensin II akan merangsang glandula suprarenal untuk mengeluarkan aldosteron (Sukarni dan Wahyu, 2013).

Vasospasme bersama dengan koagulasi intravaskular akan menyebabkan gangguan perfusi darah dan gangguan multi organ. Gangguan multiorgan terjadi pada organ-organ tubuh diantaranya otak, darah, paru-paru, hati/liver, renal dan plasenta. Pada otak akan dapat menyebabkan terjadinya edema serebri dan selanjutnya terjadi peningkatan tekanan intrakranial. Tekanan intrakranial yang meningkat menyebabkan terjadinya gangguan perfusi serebral, nyeri dan terjadinya kejang singa menimbulkan diagnosa risiko cedera. Pada darah akan terjadi endoteliosis menyebabkan sel darah merah yang pecah akan menyebabkan terjadinya anemia hemolitik (Sukarni dan Wahyu, 2013).

Pada paru-paru, akan terjadi perpindahan cairan sehingga akan mengakibatkan terjadinya edema paru. Edema paru akan menyebabkan terjadinya kerusakan pertukaran gas. Pada hati, vasokonstriksi pembuluh darah menyebabkan gangguan kontraktilitas miokard sehingga menyebabkan gangguan kontraktilitas miokard sehingga menyebabkan payah jantung dan memunculkan diagnose penurunan curah jantung (Sukarni dan Wahyu, 2013).

Pada ginjal, akibat pengaruh aldosteron, terjadi peningkatan reabsorpsi natrium dan menyebabkan retensi cairan dan dapat menyebabkan terjadinya edema sehingga dapat memunculkan diagnosa keperawatan kelebihan volume cairan. Selain itu vasospasme arteriolar pada ginjal akan menyebabkan penurunan

GFR dan permeabilitas terhadap protein akan meningkat. Penurunan GFR tidak diimbangi dengan peningkatan reabsorpsi oleh tubulus sehingga menyebabkan diuresis menurun sehingga menyebabkan terjadinya oliguri dan anuri. Oliguri atau anuri akan memunculkan diagnosa keperawatan gangguan eliminasi urin. Permeabilitas terhadap protein yang meningkat akan menyebabkan banyak protein akan lolos dari filtrasi glomerulus dan menyebabkan proteinuria (Sukarni dan Wahyu, 2013).

Pada mata, akan terjadi spasmus arteriola selanjutnya menyebabkan edema diskus optikus dan retina. Keadaan ini dapat menyebabkan terjadinya diplopia dan memunculkan diagnosa keperawatan resiko cedera. Pada plasenta penurunan

perfusi akan menyebabkan hipoksia/anoksia sebagai pemicu timbulnya gangguan pertumbuhan plasenta sehingga dapat berakibat terjadinya Intra Uterin Growth Retardation serta memunculkan diagnosa keperawatan risiko gawat janin.

Hipertensi akna merangsang medula oblongata dan sistem saraf parasimpatis akan meningkat. Peningkatan saraf simpatis akan mempengaruhi tractus gastrointestinal dan ekstrimitas (Sukarni dan Wahyu, 2013).

Pada traktus gastrointestinal dapat menyebabkan terjadinya hipoksia duodenal dan penumpukan ion H menyebabkan HCl meningkat sehingga dapat menyebabkan nyeri epigastrik. Selanjutnya akan terjadi akumulasi gas yang meningkat, merangsang mual dan timbulnya muntah sehingga muncul diagnose keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Pada ektrimitas dapat terjadi metabolisme anaerob menyebabkan ATP diproduksi dalam jumlah yang sedikit yaitu 2 ATP dan pembentukan asam laktat. Terbentuknya asam laktat dan sedikitnya ATP yang diproduksi akan menimbulkan keadaan cepat lelah, lemah sehingga muncul diganosa keperawatan intoleransi aktivitas. Keadaan hipertensi akan mengakibatkan seseorang kurang terpanjang informasi dan memunculkan diagnosa kepreawatan kurang pengetahuan (Sukarni dan Wahyu, 2013).

## 6. Komplikasi

Menurut (Lyall & Belfort, 2007) bila preeklamsia tidak cepat ditangani dapat menimbulkan komplikasi yang akan menyebabkan kematian pada ibu dan janinnya, yaitu :

### 1) Kurangnya aliran darah menuju ke plasenta

Preeklamsia dapat mempengaruhi arteri yang membawa darah menuju plasenta. Jika sampai di plasenta namun darah yang sampai tidak cukup, maka terjadi kekurangan oksigen dan pertumbuhan pada melambat atau lahir dengan berat bayi yang lebih rendah akibat kekurangan nutrisi.

### 2) Terlepasnya Plasenta

Resiko terlepasnya plasenta dari dinding rahim sebelum ibu melahirkan salah satunya yaitu akibat dari Preeklamsia yang

meningkatkan terjadinya resiko yang mengakibatkan pendarahan sehingga dapat mengancam ibu dan bayinya.

3) Sindrom HELLP

Hemolysis (enzim sel darah merah) atau yang biasa disingkat dengan (HELLP), adalah tingginya enzim hati dan rendahnya trombosit. Gejala, yang timbul biasanya pusing, muntah, sakit kepala dan sakit perut pada bagian atas.

4) Eklampsia

Preeklampsia jika tidak dikontrol, maka akan terjadi eklampsia. Eklampsia menyebabkan terjadinya kerusakan yang permanen pada organ klien, seperti hati, dan ginjal. Eklampsia yang parah menimbulkan ibu mengatasi koma, kerusakan pada otak dan menyebabkan kematian yang gagal.

7. Penatalaksanaan

Menurut Adriani & Wirjatmadi (2016), Penatalaksanaan Preeklampsia memiliki beberapa prinsip dan beberapa penatalaksanaan sesuai dengan tingkat klasifikasinya, yaitu :

Prinsip penatalaksanaan Preeklampsia

- 1) Melindungi klien dari penyebab tekanan darah meningkat
- 2) Mencegah progresivitas penyakit menjadi eklampsia
- 3) Menurunkan atau mengatasi risiko janin (pertumbuhan janin yang terlambat, solusio plasenta, hipoksia sampai terjadi kematian pada janin)
- 4) Melahirkan dengan cara yang aman dan cepat sesegera mungkin setelah matur, atau imatur jika diketahui adanya resiko pada janin dan klien juga lebih berat jika persalinan ditunda lebih lama.

Penatalaksanaan preeklampsia ringan:

- a) Dapat dikatakan tidak mempunyai resiko bagi ibu maupun janin
- b) Lakukan istirahat yang cukup
- c) Bila klien tidak bisa tidur berikan luminal 1-2 x 30 mg/hari

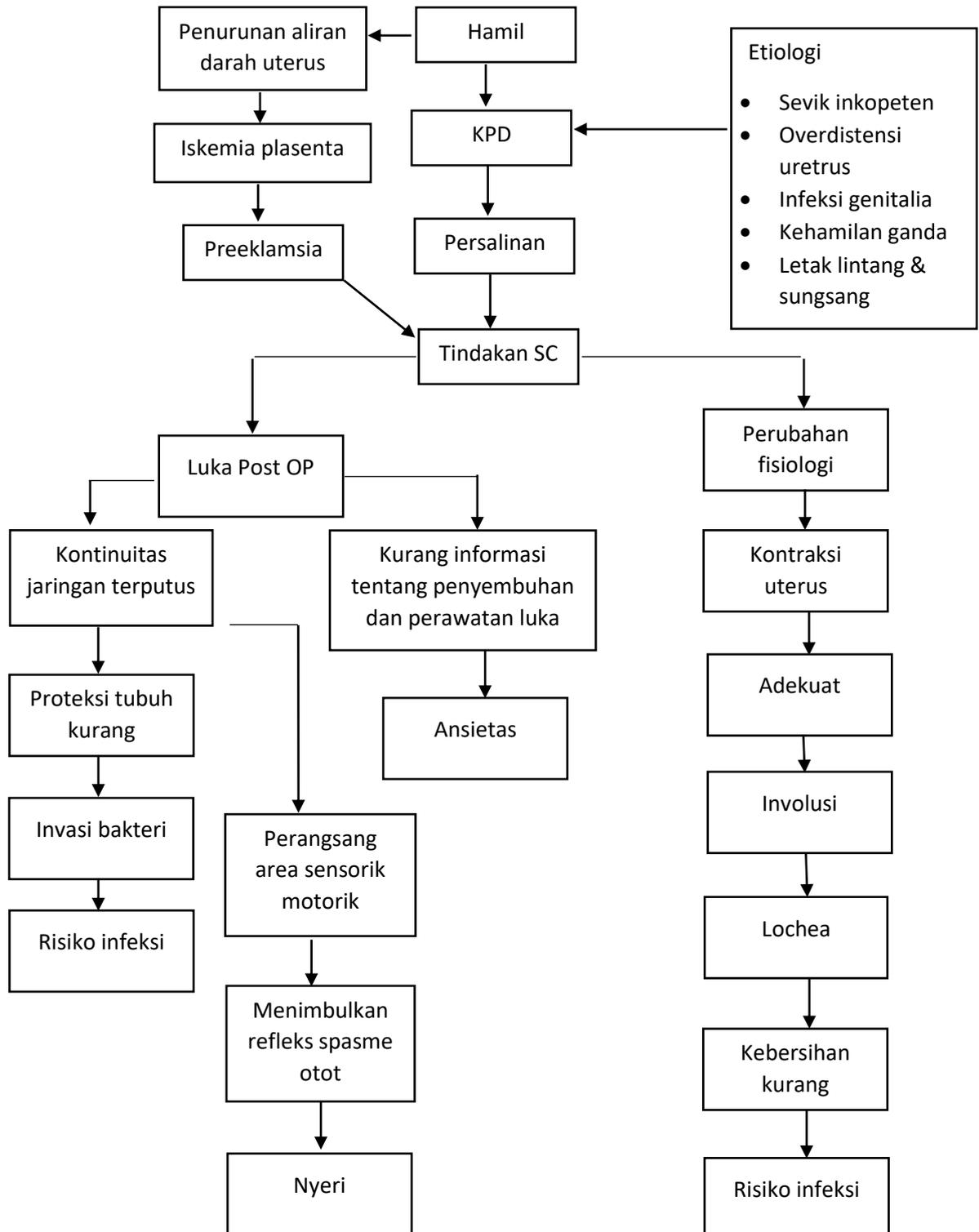
- d) Pemberian asam asetilsalisilat (aspirin) 80 mg/hari
- e) Jika tekanan darah tidak menurun, anjurkan beri obat antihipertensi
- f) Diet rendah garam dan diuretik
- g) Jika maturitas janin masih lama, lanjutkan kehamilan, periksa tiap satu
- h) kali dalam seminggu
- i) Indikasi rawat: jika terjadi perburukan, tekanan darah tidak menurun setelah dua minggu rawat jalan, peningkatan berat badan melebihi 1kg/minggu dua kali secara berurutan, atau jika klien menunjukkan tanda-tanda preeklamsia berat. Silahkan berikan obat antihipertensi.
- j) Jika selama perawatan tidak ada perubahan, tata laksana sebagai preeklamsia berat. Jika ada perubahan maka lanjutkan rawat jalan.
- k) Pengakhiran kehamilan: ditunggu sampai usia kehamilan 40 minggu, kecuali ditemukan pertumbuhan janin terhambat, gawat janin, solusio plasenta, eclampsia, atau indikasi terminasi lainnya. Minimal usia 38 minggu, janin sudah dinyatakan matur.
- l) Persalinan pada preeklamsia ringan dapat dilakukan spontan atau dengan bantuan ekstraksi untuk mempercepat kala II. Penatalaksanaan preeklamsia berat, Dapat ditangani secara aktif atau

konservatif :

- a. Aktif berarti kehamilan diakhiri/diterminasi bersama dengan pengobatan medisinal
- b. Konservatif berarti kehamilan dipertahankan Bersama dengan pengobatan medisinal
- c. Prinsip tetap pemantauan janin dengan klinis, USG, kardiografi.

## E. Pathway

### 1. Pathway



## **BAB III**

### **ASUHAN KEPERAWATAN**

#### **ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D DENGAN POST OPERASISECTIO CESARIA DI RUANG RAWAT INAP DAHLIA RSUD CAM TAHUN 2022**

#### **A. Pengkajian**

##### **I. Identitas Pasien**

Nama	: Ny. E
Umur	: 39 Tahun 4 bulan
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status Pernikahan	: Menikah
Agama	: Islam
Pekerjaan	: IRT
Pendidikan	: SMP
Alamat	: Kp. Sukarintih RT 04/RW 05 Melong Cimahi Selatan
No Medrek	: 18327855
Dx Medis	: Ketuban Pecan Dini
Ruang Rawat	: Dahlia
Tanggal Masuk	: 15 Desember 2022
Tanggal Pengkajian	: 16 Desember 2022

##### **II. Penanggung Jawab**

Nama	: Tn.M
Umur	: 36 Tahun
Hub.Keluarga	: Suami
Pekerjaan	: Wiraswasta

### III. Alasan Masuk RS

Pada tanggal 15/12/2022 jam 08:40 WIB pasien datang ke IGD dengan keluhan keluar cairan ketuban dari jalan lahir sejak hari rabu pukul 22:00, cairan ketuban agak keruh, tidak ada lendir darah, gerakan janin aktif. Dan letak bayi sungsang kepala diatas dan bokong dibawah dengan usia kehamilan 38mgg. Setelah dilakukan pemeriksaan oleh dokter kandungan klien dianjurkan untuk SC.

### IV. Riwayat Kesehatan

#### a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat melakukan pengkajian pada hari kamis 15 desember 2022, pasien post operasi sectio cesaria pukul 20:30, mengeluh nyeri pada luka bekas oprasi SC, skala nyeri 5, pasien mengeluh perutnya terasa kembung, pasien mengatakan nyeri dirasakan saat bergerak, nyeri seperti tersayat pisau, pasien tampak meringis, terdapat luka jahitan abdomen <10 cm, intensitas nyeri sedang (5), pasien tampak sesekali memegang perutnya jika nyeri terasa, klien mengatakan keluar darah dari kemaluan namun tidak terlalu banyak, klien mengatakan masih sulit untuk bergerak, bayi klien dirawat diruang perinatologi jenis kelamin perempuan, BB 3100 gram, panjang badan 48 cm, klien terpasang infus dan kateter pada tangan sebelah kiri. Hasil pengkajian tanda-tanda vital : Tekanan darah : 100/61 mmHg, Suhu : 36,5°C, Pernafasan : 20x/menit, Nadi : 84x/menit, Spo2 : 97%.

Pengkajian denga PQRST :

P : Nyeri dirasakan saat bergerak Q : Nyeri seperti tersayat pisau

R : Nyeri dirasakan di perut bawah luka post-op S : skala nyeri 5 (1-10) sedang

T : Nyeri berlangsung ±10 menit lalu berhenti sekitar 5 menit, lalu muncul kembali, nyeri bertambah saat digerakan dan di sentuh

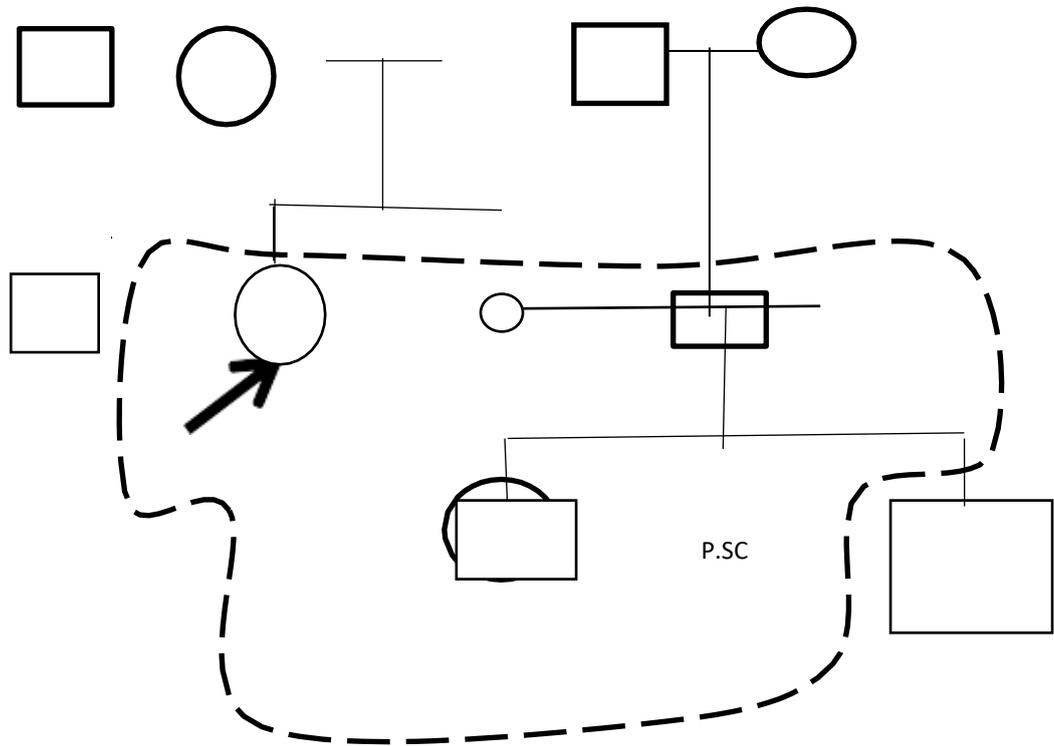
**b. Riwayat Kesehatan Dahulu**

Klien mengatakan sebelumnya tidak ada riwayat penyakit apapun

**c. Riwayat Kesehatan Keluarga**

Keluarga klien mengatakan tidak ada yang menderita penyakit menular ataupun penyakit turunan seperti : DM, Jantung, Asma, Ginjal, penyakit kejiwaan atau penyakit lainnya.

**Genogram**



**Keterangan:**

- |   |                             |   |         |
|---|-----------------------------|---|---------|
|  | = Laki-laki                 |   | = Klien |
|  | = Perempuan                 |   | = Garis |
|  | = Tinggal serumah keturunan |  | = Garis |

**d. Riwayat Kehamilan**

Status Obsterikus : P3 A0

UK : 38 Minggu

HPHT : 12/04/2022

Taksiran Persalinan : 17/01/2023 Kehamilan : Ke 3

**e. Riwayat menstruasi**

Menarche : 14 Tahun

Siklus Haid : 1x30hari (Teratur)

Lama Haid : 6-7 Hari

Ganti Duk : 4-5x sehari

Masalah Haid : tidak ada keluhan.

**f. Riwayat Persalinan**

No	Tgl/tahun Persalinan	Penolong Persalinan	Jenis Persalinan	Jenis Kelamin	BB/PB	Keadaan anak sekarang
1.	10/08/2001	Dokter Spesialis Kandungan	normal	Laki-laki	2880 Gram/49 cm	Hidup
2.	22/03/2003	Bidan	Normal	perempuan	3000/47cm	Hidup
3.	15/12/2022	Dokter spesialis kandungan	SC	Laki-laki	3100/48cm	Hidup

Anak ke 1

BB/PB : 2600 Gram/48 cm Perdarahan :  $\pm$  50cc saatpersalinan Ketuban :  $\pm$  40cc sebelum persalinan**g. Riwayat kelahiran bayi****1) Riwayat persalinan bayi**

Jensi persalinan : SC Penyulit dalam persalinan

KPD+Sungsang

Tanggal/jam lahir : 15 Desember 2022, jam 18:20 WIB

Lama persalinan : 1,5 Jam

**2) Pengkajian fisik bayi AFGAR SCORE**

Appearance	: Seluruh tubuh bayi berwarna merah jambu
Pulse	: >100x/m
Grimace	: Meringis, tangisan lemah
Activity	: Bergerak aktif dan spontan
Respiration	: Menangis kuat, pernafasan baik dan teratur
Score 9	: Normal

**Tanda-tanda vital bayi :**

Suhu	: 36,9°C
Nadi	: 182x/m
Pernafasan	: 35x/m
Jenis Kelamin	: laki-laki
BB	: 3100 Gram
Panjang Badan	: 48 cm
Lingkar kepala	: 33 cm
Lingkar dada	: 31 cm
Lingkar perut	: 262 mm
Simpisis kaki	: Normal

**5. Rencana Kontrasepsi**



Klien mengatakan sudah tahu alat kontrasepsi, sebelumnya klien memakai alat kontrasepsi implant dan setelah melahirkan klien dan suami merencanakan kontrasepsi yang digunakan adalah spiral.

**1) Pemeriksaan Fisik**

**a. Keadaan Umum :**

GCS	: E: 4, V: 5, M: 5 (14)
Tingkat Kesadaran	: Composmetis
Tanda-tanda Vital	: TD:120/70 mmHg
BB	: 65 kg S : 36,5°C

TB	:	155 cm	
N	:	84x/Menit	
LILA	:	20 CmR	: 20x/Menit
IMT	:	27	

***b. Head  
to toe***

**1) Kepala**

**a) Rambut :**

Berwarna coklat pirang, lurus tampak bersih, ada sedikit ketombe dan uban, ada sedikit rambut rontok

Tidak ada nyeri tekan

**b) Mata**

Simetris kiri dan kanan Konjungvita tidak anemis

Tidak ada nyeri tekan Tampak bersih

**c) Telinga**

Simetris kiri dan kanan Pendengarah baik Tampak bersih terdapat sedikit serumen

Tidak ada nyeri tekan

**d) Hidung**

Simetris kiri dan kanan Tampak bersih

Tidak ada nyeri tekan

**e) Mulut dan gigi**

Tidak ada karies

Tidak ada gigi berlubang

Tidak ada perdarahan pada gusi

Mukos bibir kering

Lidah terlihat bersih

Gigi berwarna kekuningan

**2) Leher**

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid  
Tidak ada nyeri tekan

Tidak ada luka

Tidak ada nyeri nelan

### 3) Thorak

#### a) Payudara

Simetris kiri dan kanan  
Tampak bersih

Areola hiperpigmentasi  
Tidak ada nyeri tekan  
Puting susu menonjol  
terdapat sedikit colostrum

#### b) Paru-paru

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, ictus cordis tidak teraba

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Sonor di kedua lapang paru

Auskultasi : Suara nafas vesikuler

#### c) Jantung

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, tidak ada pembesaran  
jantung

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Redup

Auskultasi : Suara irama jantung teratur

### 4) Abdomen

Inspeksi : Ada luka bekas SC kurang lebih 10 cm, luka  
tidak basah tidak adanya tria

Palpasi : Terdapat nyeri tekan pada luka post-op SC

Perkusi : Tympani

Auskultasi : Bising usus normal, peristaltik 13x/menit tinggi  
fundus 2 jari dibawah pusat

NO	AKTIVITAS	SEHAT	SAKIT
----	-----------	-------	-------

**5) Ekstremitas**

Atas : terpasang infus ditangan kiri, simetris kiri dan kanan

Bawah : simetris kiri dan kanan, tidak ada kelainan pada kedua kaki, kaki suli digerakan

5	5
3	3

**6) Genetalia**

**a) Darah nifas**

Jumlah :  $\pm 30$  cc dalam 2 kali ganti pembalut

Warna : Merah segar berisi selaput lendir

Bau : Amis

**b) Perineum**

Perineum klien tampak bersih, utuh, tidak ada robek, tidak ada luka episiotomi dan tidak ada varices

Reeda Signs :

Redness (kemerahan) : Tidak ada

Edema (bengkak) : Tidak ada

Echymosis (bercak darah) : Ada Discharge

(pengeluaran darah luka) : Tidak ada

Approximatio (perekatan/jahitan) : Tidak ada Terpasang

kateter

**7) Intregument**

Kulit berwarna coklat, tidak ada cloasma gravidarum, turgor kulit bagus, Tidak ada edema, terdapat luka jahitan SC >10 cm dan nyeri tekan pada kulit bagian abdomen bawah, Terpasang infus disebelah kiri dan kateter urine

1.	Nutrisi Makan - Menu - Porsi Makanan	- Nasi+Lauk+ Sayur - 2 porsi - Cemilan ringan	- Bubur ayam - ½ porsi - Tidak ada - Tidak ada
	kesukaan - pantangan	- Tidak Ada	
2.	Minum - Jumlah - Minuman kesukaan - Pantangan	- 6-8 Gelas - Jus - Tidak ada	- 5-6 Gelas - Tidak ada - Tidak ada
3.	Eliminasi BAB - Frekuensi - Warna - Bau - Konsistensi - Kesulitan BAK - Frekuensi - Warna - Bau - Konsistensi - Kesulitan	- 1 kali sehari - Khas - Khas - Lembek - Tidak ada  - 3-6 kali sehari - Kuning keruh - Pesing - Cair - Tidak ada	- 1 kali sehari - Khas - Khas - Lembek - Tidak ada  - 3-6 kali sehari - Kuning keruh - Pesing - Cair - Tidak ada
4.	Istirahat Tidur - Waktu tidur - Lama tidur - Kesulitan tidur	- 22:00 WIB - 6-7 Jam - Tidak ada	- 23:00 WIB - 5-6 Jam - Tidak ada
5.	Personal hygiene - Mandi - Cuci rambut - Gosok gigi - Potong kuku	- 2 kali sehari - 1 kali 3 hari - 2 kali sehari - 1 kali seminggu	- 1 kali sehari - Belum dilakukan - 1 kali sehari - Belum dilakukan

#### 8) Pemenuhan kebutuhan seksual

Klien mengatakan kebutuhan seksual terpenuhi, dengan sang  
suamisebanyak 3 kali dalam seminggu

#### 9) Riwayat alergi

Klien tidak ada riwayat alergi

## 10) Data psikosial

### a) Konsep diri

#### 1) Peran

Pasien mengakui dirinya adalah sebagai istri dan sekarang sudah menjadi orang tua yang lebih baik lagi sebagai seorang ibu untuk anak-anaknya dan seorang istri untuk suaminya.

Identitas diri

Pasien mengenali siapa dirinya

#### 2) Harga diri

Ibu dan suami pasien mengatakan pasien menghargai dirinya sendiri dan selalu mempunyai harapan terhadap hidupnya

#### 3) Body image

Pasien menggambarkan dirinya sebagai orang yang ceria dan penyayang

### b) Status pasien

Pasien mengatakan merasa bangga dengan statusnya sebagai seorang ibu dan istri.

### c) Kecemasan

Pasien mengatakan tidak merasa cemas karena ada suami dan ibukandung serta mertua disekelilingnya

### d) Pola koping

Pasien sangat senang dan gembira saat ini sudah mempunyai bayi yang sudah dirncanakan.

Persepsi pasien terhadap keadaan saat ini : Pasien mengatakan pasrah dengan keadaan persalinan SC, walaupun sebenarnya pasien ingin sekali melahirkan secara normal.

## 11) Data sosial ekonomi

Klien merupakan seorang ibu rumah tangga, Mempunyai 3 orang anak yang sekarang baru lahir dan suaminya bekerja sebagai wiraswasta.

Sumber kebutuhan sehari-hari hanya didapat dari hasil kerja suaminya

dengan pendapatan perbulan < Rp.3.800.000. Keluarga klien dapat digolongkan dalam kelompok sosial menengah. Klien menggunakan BPJS selama perawatan di RS.

## 12) Data spiritual

Klien mengatakan beragama islam dan selalu mengerjakan sholat 5 waktu. Ketika masih sehat klien selalu berdoa dan meminta kepada yang maha kuasa agar diberi kelancaran dalam proses setelah persalinannya, ia dan bayinya dalam keadaan sehat.

## 13) Pengetahuan tentang

### a. Perawatan bayi

Klien mengatakan bahwa ini adalah kelahiran anak ke 3 nya. Klien sudah tahu dan memahami bagaimana cara merawat, memandikan, membedong dan menggendong bayinya tersebut klien mengatakan sudah berpengalaman soal menguru bayi karena ini kelahiran anak ke 3 nya. Namun sekarang klien dibantu mengurus bayi oleh bidan Rs karena masih belum bisa melakukannya dikarenakan kondisi fisiknya yang masih belum pulih.

### b. ASI eksklusif dan teknik menyusui

Perawatan payudara

Klien mengataka sudah paham bagaimana cara membersihkan putingsusu sebelum dan sesudah menyusui bayinya.

Seperti :

- I. Lakukan kompres hangat pada payudara
- II. Lakukan pemijatan pada payudara
- III. Susui si kecil tanpa menggunakan formula
- IV. Bersihkan ujung payudara secara teratur

### c. Teknik menyusui

Klien mengatakan sudah paham tentang teknik menyusui bayi, karena sebelumnya anak pertama dan keduanya mengASIhi juga.

Pemeriksaan penunjang

Tindakan : Swab antigen Tanggal : 15/12/2022

<b>Jenis Pemeriksaan</b>	<b>Hasil</b>	<b>Satuan</b>	<b>Metode</b>	<b>Nilai Normal</b>
Swab Antigen	Negatif	Kali	Rapid	Negatif

Tindakan : Darah rutin (Rawat Jalan) Tanggal : 15/12/2022

<b>Jenis Pemeriksaan</b>	<b>Hasil</b>	<b>Satuan</b>	<b>Metode</b>	<b>Nilai Normal</b>
Hemoglobin	12.3	gr/dL	-	P (>13th): 12,0-15,0
Leukosit	8.4	rb/mm <sup>3</sup>	-	D (>13th): 3,6-10,6
Hematokrit	36.5	%	-	P (>13th): 35.0-49.0
Trombosit	274	x1000/uL	-	150-450

Tindakan Glukosa (Gula Darah) Sewaktu Tanggal : 18/11/2021

<b>Jenis Pemeriksaan</b>	<b>Hasil</b>	<b>Satuan</b>	<b>Metode</b>	<b>Nilai Normal</b>
GDS	82	mg/dl	-	80-120

Tindakan : Hitung jenis leukosit rawat jalan Tanggal : 18/11/2021

<b>Jenis Pemeriksaan</b>	<b>Hasil</b>	<b>Satuan</b>	<b>Metode</b>	<b>Nilai Normal</b>
Basofil	0	%	-	0-1
Eosinofil	0	%	-	0-4
Batang	1	%	-	2-5
Segmen	72	%	-	36-66
Limfosit	22	%	-	22-40
Monosit	5	%	-	4-8

Rontgen : Normal EKG : Synus Rythm

#### 14) Terapi Obat

- a. RL 500 cc 2:1 20 t pm
- b. Keterolac 1 ml injek 2 ampul/hari
- c. Omreprazole 1x40 Mg
- d. Ceftriaxone 40mg/5cc 1x2
- e. Sagestam 1ml injek 2x1
- f. Mefenamic Acid 500mg 3x1
- g. Bled stop 125 mcg 3x1
- h. Cefadroxil 500 mg 3x1

#### B. Analisis Data

Nama : Ny.R

Ruangan : Dahlia

Umur : 39 Th

No Medrek : 18327856

No	Hari/ Tanggal	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	Jum'at 16/12/20 22	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada luka post OP SC</li> <li>- P : luka post operasi SC</li> <li>- Q : seperti di sayat-sayat</li> <li>- R : pada daerah perut bawah</li> <li>- S : Skala Nyeri 5</li> <li>- T : saat bergerak</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien sesekali tampak meringis</li> <li>- Skala nyeri 5 (1-10)</li> <li>- Tampak luka pos-op dibagian bawah abdomen kurang lebih 10 cm yang masih tertutup dengan verban</li> <li>- TTV TD : 110/61mmHg Suhu : 36,5°C N : 84x/m R : 20x/m Spo2 : 97%</li> </ul>	<p>SC Fisik</p> <p>↓</p> <p>Insisi Bedah/ agen Cedera Fisik</p> <p>↓</p> <p>Trauma Jaringan</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	Nyeri Akut

2.	Jum'at 16/12/20 22	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan pada luka verban berdarah sedikit</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak luka post-op dibagian awah abdomen yang tertutup dengan verban</li> <li>- TTV</li> </ul> <p>TD : 110/61mmHg Suhu : 36,5°C N : 84x/m R : 20x/m Spo2 : 97%</p>	<p>SC Fisik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Insisi Bedah/ agen Cedera Fisik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Resiko Infeksi</p>	Resiko infksi
3.	Jum'at 16/12/20 22	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan merasa nyeri saat bergerak</li> <li>- Pasien takut untuk melakukan pergerakan</li> <li>- Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga atau perawat di RS</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dilakukan anastesi spinal</li> <li>- Terpasang Kateter urine</li> <li>- Aktivitas pasien tampak dibantu suaminya</li> </ul> <p>TD : 110/61mmHg Suhu : 36,5°C N : 84x/m R : 20x/m Spo2 : 97%</p>	<p>SC Fisik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Insisi Bedah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Trauma Jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>	Gangguan Mobilitas Fisik

### **C. Diagnosa Keperawatan**

1. Nyeri akut b/d agen cedera fisik ditandai dengan pasien tampak meringis
2. Resiko infeksi b/d kerusakan integritas kulit ditandai dengan terdapat luka post SC
3. Gangguan mobilitas fisik b/d imobilitas ditandai dengan aktivitas pasien dibantu suami/ perawat di Rs.

### D. Intervensi Keperawatan

Nama : Ny.R

Ruangan : Dahlia

Umur : 39 Th

No Medrek : 18327855

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
1.	<p>Nyeri akut b/d agen cedera fisik ditandai dengan</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada luka post OP SC</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri muncul ketika bergerak</li> <li>- Pasien mengeluh perut terasa kembung</li> <li>- Pasien sesekali memegang luka post OP SC dengan tanganya</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien sesekali tampak meringis</li> <li>- Skala nyeri 5 (1-10)</li> <li>- Tampak luka pos-op dibagian bawah abdomen kurang lebih 10 cm yang masih tertutup dengan verban</li> <li>- TTV TD : 110/61mmHg Suhu : 36,5°C N : 84x/m</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Tingkat nyeri menurun.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluhan nyeri menurun (5)</li> <li>- Tampak meringis menurun (5)</li> <li>- Sikap protektif menurun (5)</li> </ul>	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri</li> <li>- Identifikasi skala nyeri</li> <li>- Identifikasi factor penyebab nyeri</li> <li>- Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan teknik nonfarmakologis (tarik nafas dalam, kompres hangat atau dingin)</li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>- Fasilitas istirahat dan tidur</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri</li> <li>- Jelaskan strategi pereda nyeri</li> <li>- Anjurkan monitor nyeri secara mandiri</li> </ul>

	R : 20x/m Spo2 : 97%		- Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian analgetik (jika perlu)
2.	Resiko infeksi b/d kerusakan integritas kulit ditandai dengan terdapat luka post SC ditandai dengan  DS : - Pasien mengatakan pada luka verban berdarah sedikit  DO : - Tampak luka post-op dibagian awah abdomen yang tertutup dengan verban - TTV TD : 110/61mmHg Suhu : 36,5°C N : 84x/m R : 20x/m Spo2 : 97%	Setelah melakukan tindakan keperawatan 3x 8 jam diharapkan Tingkat infeksi menurun. Kriteria Hasil : - Kebersihan tangan meningkat (5) - Kebersihan badan meningkat (5) - Nyeri menurun (5)	Observasi : - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik  Teurapetik : - Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan kulit pada area edema - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Pertahankan teknik aseptik pada pasein beresiko tinggi  Edukas : - Jelaska tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cuci tangan dengan benar - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan

			Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian antibiotik ataupun imusisasi (jika perlu)
3.	Gangguan mobilitas fisik b/d imobilitas ditandai dengan  DS : - Pasien mengatakan merasa nyeri saat bergerak - Pasien takut untuk melakukan pergerakan  DO : - Pasien dilakukan anastesi spinal - Terpasang Kateter urine - Aktivitas pasien tampak dibantu suaminya TD : 110/61mmHg Suhu : 36,5°C N : 84x/m R : 20x/m Spo2 : 97%	Setelah melakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan gangguan mobilitas menurun. Kriteria Hasil : - Nyeri menurun (1) - Gerakan terbatas menurun (1) - Kelemahan fisik menurun (1)	Observasi : - Identifikasi indikasi dan kontraindikasi mobilisasi - Monitor kemajuan pasien/keluarga dalam melakukan mobilisasi  Terapeutik : - Fasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif atau pasif  Edukasi : - Jelaskan prosedur tujuan indikasi dan kontraindikasi mobilisasi serta dampak imobilisasi - Demonstrasi cara mobilisasi secara bertahap (miring kanan dan kiri, duduk semi fowler, berdiri dan berjalan)

	<p>persalinan SC pertama</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tidak tahu alat kontrasepsi yang dipakai setelah kehamilan sekarang</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak kebingungan</li> <li>- Suami pasien bertanya tentang perawatan SC dirumah nanti</li> <li>- Pasien bertanya kira-kira alat kontrasepsi apa yang bagus untuknya</li> </ul>	<p>pengetahuan suatu topik (5)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi meningkat (5)</li> <li>- Perilaku (5)</li> </ul>	<p>Teurapetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan materi dan pendidikan kesehatan</li> <li>- Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesehatan</li> <li>- Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi keshehatan</li> <li>- Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</li> <li>- Ajarkan strategi yang dapat digunakan untukmeningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ul>
--	--	---	---

**E. Implementasi Keperawatan**

Nama : Ny.R

Ruangan : Dahlia

Umur : 39 Thn

No Medrek : 18327855

No	Hari/Tgl	Jam	No Dx	IMPELENTASI	TTD
1.	Kamis 15/12/2022	22.00	1	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memonitor tanda-tanda vital</li> <li>b. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri, skala nyeri</li> <li>c. Mengidentifikasi faktor penyebab nyeri</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>d. Memberikan teknik nonfarmakologis (terapi dzikir)</li> <li>e. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>f. Memfasilitas istirahat dan tidur</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>g. Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri</li> <li>h. Menjelaskan strategi pereda nyeri</li> <li>i. Mengajarkan monitor nyeri secara mandiri</li> <li>j. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ul> <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>k. Mengkolaborasikan pemberian analgetik <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keterolac 1ml injek iv</li> <li>- Pct 1000mg drip</li> <li>- OMZ 40gr/5cc injek</li> </ul> </li> </ul>	

2.	Kamis 15/12/2022	22:10	2	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Membatasi jumlah pengunjung</li> <li>3. Memberikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>4. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>5. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>7. Mengajarkan cuci tangan dengan benar</li> <li>8. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Mengkolaborasikan pemberian antibiotik <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sagestam 1ml injek</li> <li>- Ceftriaxone 40mg/5cc injek</li> </ul> </li> </ol>	
3.	Jum'at 15/12/2022	22:20	3	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi indikasi dan kontraindikasi mobilisasi</li> <li>2. Monitor kemajuan pasien/keluarga dalam melakukan mobilisasi</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Memfasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif atau pasif</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Jelaskan prosedur tujuan indikasi dan kontraindikasi mobilisasi serta</li> </ol>	

				dampak imobilisasi 5. Demnonstrasi cara mobilisasi rentang	
--	--	--	--	---	--

No	Hari/Tgl	Jam	No Dx	IMPELENTASI	TTD
1.	Jum'at 16/12/2022	20:30	1	Observasi : 1. Memonitor tanda-tanda vital 2. Mengidentifikasi skala nyeri  Terapeutik : 3. Memberikan teknik nonfarmakologis (terapi dzikir) 4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu, pencahayaan, kebisingan)  Edukasi :	

				<p>5. Mengajukan monitor nyeri secara mandiri</p> <p>6. Mengajukan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>7. Mengkolaborasikan pemberian antibiotik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ceterolac 1 ml injek</li> <li>- Mefenamic Acid 500mg 3x1 oral</li> </ul>	
2.	Jum'at 16/12/2022	20:35	2	<p>Observasi :</p> <p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Memberikan perawatan kulit pada area luka ganti balutan</p> <p>3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>4. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p>Edukasi :</p> <p>5. Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>6. Mengkolaborasikan pemberian antibiotik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ceftriaxone 40mg/5cc injek</li> <li>- Cefadroxil 500gr 3x1 oral</li> </ul>	
3.	Jum'at 16/12/2022	20:45	3	<p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi indikasi dan kontraindikasi mobilisasi</p> <p>2. Monitor kemajuan pasien/keluarga dalam melakukan mobilisasi</p>	

				<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>3. Fasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif ( miring kiri/kanan)</li><li>4. Aff Kateter</li></ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>5. Demonstrasi cara mobilisasi duduk, dan berjalan</li></ol>	
--	--	--	--	---	--

No	Hari/Tgl	Jam	No Dx	IMPELENTASI	TTD
1.	Sabtu 17/12/2022	06:30	1	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda-tanda vital</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Memberikan teknik nonfarmakologis (Relaksasi Benson)</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Menganjurkan monitor nyeri secara mandiri</li> <li>5. Menganjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Mengkolaborasikan pemberian antibiotik               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mefenamic Acid 500mg 3x1 oral</li> </ul> </li> </ol>	
2.	Sabtu 17/12/2022	06:40	2	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Memberikan perawatan kulit pada area luka ganti balutan</li> <li>3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</li> </ol>	

				<p>Edukasi :</p> <p>5. Menganjurkan kembali meningkatkan asupan nutrisi dan cairan</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>6. Mengkolaborasikan pemberian ant ibiotik</p> <p>- Cefadroxil 500gr 3x1 oral</p>	
3.	Sabtu 17/12/2022	06:45	3	<p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi indikasi dan kontraindikasi mobilisasi</p> <p>2. Memonitor kemajuan pasien/keluarga dalam melakukan mobilisasi</p> <p>Edukasi :</p> <p>3. Menganjurkan pasien duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur dan berjalan ke WC</p>	

**F. Evalusai Keperawatan**

Nama : Ny.R

Ruangan : Dahlia

Umur : 39 Thn

No Medrek : 18327855

No	Hari/Tanggal	Jam	EVALUASI
1.	Kamis 15/12/2022	01:00	<p><b>S</b> : Klien mengatakan nyeri masih terasa</p> <p><b>O</b> : - Klien tampak meringis - Skala nyeri 5 (1-10) sedang - Luka bekas oprasi masih tertutup - TTV : TD : 100/60 S : 36,5°C N : 85x/m R : 20x/m SPO2 : 98%</p> <p><b>A</b> : Masalah belum teratasi <b>P</b> : Intervensi dilanjutkan</p>
2.	Kamis 15/12/2022	01:20	<p><b>S</b> : - Klien mengatakan maih terasa nyeri di luka post-op SC</p> <p><b>O</b> : - Tampak luka post-op masih tertutup</p> <p><b>A</b> : Masalah belum teratasi <b>P</b> : Intervensi dilanjutkan</p>
3.	Kamis 15/12/2022	01:20	<p><b>S</b> : - Klien mengatakan kedua kakinya sekarang bisa digerakan - Klien mengatakan namun masih sakit saat bergerak karena bekas luka post-op</p> <p><b>O</b> : - Klien tampak bisa miring kiri dan kanan sendiri - Klien makan sendiri tanpa dibantu suami - Posisi klien setengah duduk - Klien dapat menggendong bayinya - Kateter sudah di aff</p> <p><b>A</b> : Masalah teratasi sebagian <b>P</b> : Intervensi dilanjutkan</p>

No	Hari/Tanggal	Jam	EVALUASI
1.	Jumat 16/12/2022	22:00	<p><b>S</b> : Klien mengatakan masih terasa nyeri</p> <p><b>O</b> : - Klien tampak meringis  - Skala nyeri 3 (1-10) sedang  - Luka bekas oprasi masih tertutup  - TTV :  TD : 110/62  S : 36,5°C  N : 83x/m  R : 20x/m  SPO2 : 98%</p> <p><b>A</b> : Masalah belum teratasi  <b>P</b> : Intervensi dilanjutkan</p>
2.	Jumat 16/12/2022	01:20	<p><b>S</b> : - Klien mengatakan verban luka bersih dan nyeri masih terasa</p> <p><b>O</b> : - Tampak luka post-op masih tertutup</p> <p><b>A</b> : Masalah belum teratasi  <b>P</b> : hentikan intervensi</p>
3.	Jumat 16/12/2022	01:20	<p><b>S</b> : - Klien mengatakan kedua kakinya sudah bisa digerakan dan agak sedikit sakit saat digerakan  - Klien mengatakan sudah bisa miring kanan dan kiri sendiri secara perlahan</p> <p><b>O</b> : - Klien tampak bisa miring kiri dan kanan sendiri  - Klien makan sendiri tanpa dibantu suami  - Posisi klien setengah duduk</p>

			<p>- Klien dapat menggendong bayinya</p> <p><b>A</b> : Masalah belum teratasi</p> <p><b>P</b> : intervensi dilanjutkan</p>
--	--	--	--

No	Hari/Tanggal	Jam	EVALUASI
1.	<u>Sabtu</u> <u>17/12/2022</u>	07:00	<p><b>S</b> : Klien mengatakan nyeri berkurang tidak seperti kemarin</p> <p><b>O</b> : - Klien tampak meringis - Skala nyeri 1 (1-10) ringan - Luka bekas oprasi masih tertutup - TTV : TD : 110/62 S : 36,5°C N : 83x/m R : 20x/m SPO2 : 98%</p> <p><b>A</b> : Masalah teratasi</p> <p><b>P</b> : Intervensi dihentikan</p>
2.	<u>Sabtu</u> <u>17/12/2022</u>	<u>07:15</u>	<p><b>S</b> : - Klien mengatakan verban luka bersih dan nyeri berkurang</p> <p><b>O</b> : - Tampak luka post-op masih tertutup</p> <p><b>A</b> : Masalah teratasi</p> <p><b>P</b> : hentikan intervensi</p>
3.	<u>Sabtu</u> <u>17/12/2022</u>	07:20	<p><b>S</b> : - Klien mengatakan kedua kakinya sekarang bisa digerakan - Klien mengatakan sudah bisa berjalan ke WC dan makan minum sendiri</p> <p><b>O</b> : - Klien tampak bisa miring kiri dan kanan sendiri - Klien makan sendiri tanpa dibantu suami - Posisi klien setengah duduk</p>

			<p>- Klien dapat menggendong bayinya</p> <p><b>A</b> : Masalah teratasi</p> <p><b>P</b> : Hentikan intervensi pasien direncanakan pulang pada hari senin.</p>
--	--	--	---

**KASUS KE 2****A. Pengkajian****1. Identitas Pasien**

Nama : Ny. L  
Umur : 33 Tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Status Pernikahan : Menikah  
Agama : Islam  
Pekerjaan : IRT  
Pendidikan : SMA  
Alamat : Harapan Mulya  
No Medrek : 18328275  
Dx Medis : preeklamsi  
Ruang Rawat : Dahlia  
Tanggal Masuk : 20 Desember 2022  
Tanggal Pengkajian : 21 Desember 2022

**V. Penanggung Jawab**

Nama : Tn. I  
Umur : 39 Tahun  
Hub.Keluarga : Suami  
Pekerjaan : Wiraswasta

## **VI. Alasan Masuk RS**

Pada tanggal 20/12/2022 jam 08.00 WIB pasien mengatakan di rawat di ruang ponok post operasi SC dengan indikasi PEB, Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, kakinya terasa berat dan sakit saat diangkat sehingga semua aktifitas pasien dibantu keluarga dan perawat. Pasien mengatakan kepalanya pusing terasa mual dan kakinya bengkak semenjak pasien hamil. Pasien mengatakan sebelum hamil tidak pernah dirawat dengan penyakit hipertensi. Pasien mengatakan pernah memeriksakan kehamilannya di Puskesmas dengan Tekanan Darah mencapai 180/120 MmHg.

### **Riwayat Kesehatan**

#### **a. Riwayat Kesehatan Sekarang**

Pada saat melakukan pengkajian pada 21 desember 2022, pasien post operasi sectio cesaria pukul 15.00, mengeluh nyeri pada luka bekas oprasi SC , skala nyeri 5, pasien mengeluh perutnya terasa kembung, pasien mengeluh demam, kepalanya terasa pusing dan mual badannya menggigil, pasien mengatakan nyeri dirasakan saat bergerak, nyeri seperti tersayat pisau, pasien tampak meringis, terdapat luka jahitan abdomen <10 cm, intensitas nyeri sedang (5), pasien tampak sesekali memegang perutnya jika nyeri terasa, klien mengatakan keluar darah dari kemaluan namun tidak terlalu banyak, klien mengatakan masih sulit untuk bergerak, dan kaki klien bengkak, bayi klien dirawat diruang perinatologi jenis kelamin perempuan, BB 3000 gram, panjang badan 48 cm, klien terpasang infus dan kateter pada tangan sebelah kiri. Hasil pengkajian tanda-tanda vital : Tekanan darah : 163/113 mmHg, Suhu : 36,2°C, Pernafasan : 22x/menit, Nadi : 96x/menit, Spo2 : 100%, TFU 2 jari di bawah pusat, konsistensi keras.

Pengkajian denga PQRST :

P : Nyeri dirasakan saat bergerak Q : Nyeri seperti tersayat pisau

R : Nyeri dirasakan di perut bawah luka post-op S : skala nyeri 5 (1-10) sedang

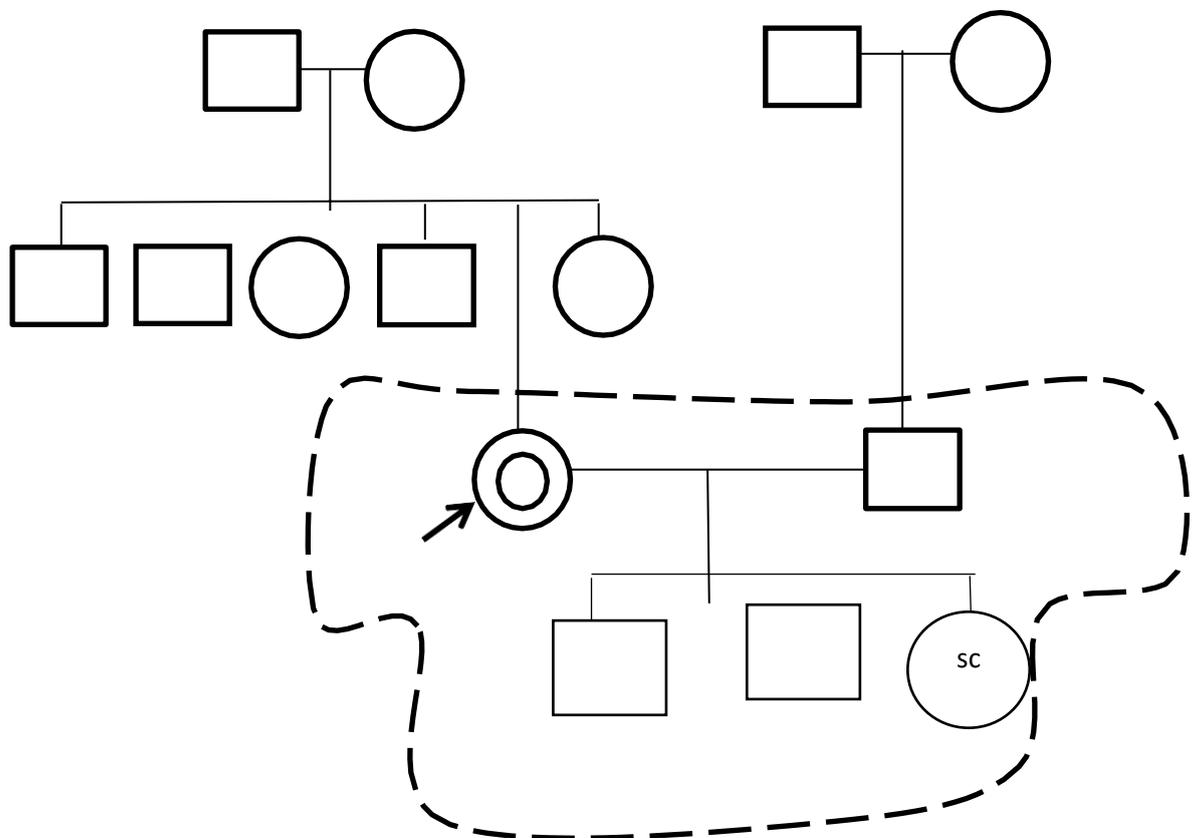
T : Nyeri berlangsung  $\pm 10$  menit lalu berhenti sekitar 5 menit, lalu muncul kembali, nyeri bertambah saat digerakan dan di sentuh.

**b. Riwayat Kesehatan Dahulu**

Klien mengatakan sebelumnya tidak ada riwayat penyakit apapun

**c. Riwayat Kesehatan Keluarga**

Keluarga klien mengatakan tidak ada yang menderita penyakit menular ataupun penyakit turunan seperti : DM, Jantung, Asma, Ginjal, penyakit kejiwaan atau penyakit lainnya. Klien ada Riwayat Hipertensi.



**Genogram**

## Keterangan:



= Laki-laki

= Perempuan

menikah

= Tinggal serumah

keturunan



= Klien



= Garis



= Garis

**d. Riwayat Kehamilan**

Status Obsterikus : P3 A1

UK : 37 Minggu

HPHT : 18/02/2022

Taksiran Persalinan 25/12/2023

Kehamilan : Ke 3

**e. Riwayat menstruasi**

Menarche : 12 Tahun

Siklus Haid : 1x28 (Teratur)

Lama Haid : 6-7 Hari

No	Tgl/tahun Persalinan	Penolong Persalinan	Jenis Persalinan	Jenis Kelamin	BB/PB	Keadaan anak sekarang
1.	10/03/2015	Bidan	Normal	Laki-laki	3900gr/49cm	Hidup
2.	17/07/2020	Bidan	Normal	cowok	3200 Gr/48cm	Hidup

3.	20/12/2022	Dokter Spesialis Kandung an	SC	Perempuan	3000gr/48 cm	Hidup

Ganti Duk : 3-5x sehari

Masalah Haid : nyeri soal haid

**f. Riwayat Persalinan**

Anak ke 3

BB/PB : 3000 Gram/48 cm

Perdarahan : ± 50cc saat persalinan

Ketuban : ± 40cc sebelum persalinan

**g. Riwayat kelahiran bayi**

**1) Riwayat persalinan bayi**

Jensi persalinan : SC

Penyulit dalam persalinan : preeklamsia+letak lintang

Tanggal/jam lahir : 20 Desember 2022, jam 15:30 WIB

Lama persalinan : 1,5 Jam

**2) Pengkajian fisik bayi**

**AFGAR SCORE**

Appearance : Seluruh tubuh bayi berwarna merah jambu

Pulse : >100x/m

Grimace : Meringis, tangisan lemah

Activity : Bergerak aktif dan spontan

Respiration : Menangis kuat, pernafasan baik dan teratur

Score 7/8 : Normal

**Tanda-tanda vital bayi :**

Suhu	: 36,9°C
Nadi	: 190x/m
Pernafasan	: 35x/m
Jenis Kelamin	: perempuan
BB	: 3000 Gram
Panjang Badan	: 48 cm
Lingkar kepala	: 33 cm
Lingkar dada	: 30 cm
Lingkar perut	: 262 mm
Simpisis kaki	: Normal

**5. Rencana Kontrasepsi**

Klien mengatakan akan merencanakan KB steril sesuai dengan anjuran dokter karena keadaan klien yang sekarang ini.

**Pemeriksaan Fisik****d. Keadaan Umum :**

GCS : E: 4, V: 5, M: 6 (15)

Tingkat Kesadaran: Composmetis

Tanda-tanda Vital:

TD : 163/113 mmHg

BB : 65 kG

S : 36,5°C

TB : 155 cm

N : 89x/Menit  
LILA : 20 Cm  
R : 21x/Menit  
IMT : 27

*e. Head to toe*

**I. Kepala**

**1. Rambut :**

Berwarna coklat , lurus, tampak bersih, ada sedikit ketombe dan uban,  
ada sedikit rambut rontok

Tidak ada nyeri tekan

**2. Mata**

Simetris kiri dan kanan

Konjungvita tidak anemis

Tidak ada nyeri tekan

Tampak bersih

**3. Telinga**

Simetris kiri dan kanan

Pendengarah baik

Tampak bersih terdapat sedikit serumen

Tidak ada nyeri tekan

**4. Hidung**

Simetris kiri dan kanan

Tampak bersih

Tidak ada nyeri tekan

**II. Mulut dan gigi**

Tidak ada karies

Tidak ada gigi berlubang  
 Tidak ada perdarahan pada gusi  
 Mukos bibir kering  
 Lidah terlihat bersih  
 Gigi berwarna kekuningan

### III. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid  
 Tidak ada nyeri tekan  
 Tidak ada luka  
 Tidak ada nyeri nelan

### IV. Thorak

#### 5. Payudara

Simetris kiri dan kanan  
 Tampak bersih  
 Areola hiperpigmentasi  
 Tidak ada nyeri tekan  
 Puting susu menonjol terdapat sedikit colostrum

#### 6. Paru-paru

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, ictus cordis tidak teraba  
 Palpasi : Tidak ada nyeri tekan  
 Perkusi : Sonor di kedua lapang paru  
 Auskultasi : Suara nafas vesikuler

#### 7. Jantung

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, tidak ada pembesaran jantung  
 Palpasi : Tidak ada nyeri tekan  
 Perkusi : Redup  
 Auskultasi : Suara irama jantung teratur

### V. Abdomen

Inspeksi : Ada luka bekas SC kurang lebih 10 cm,

luka tidak basah tidak adanya triaie

Palpasi : Terdapat nyeri tekan pada luka postop

SC Perkusi : Tympani

Auskultasi : Bising usus normal.

peristaltik 13x/menit tinggi fundus 2 jari dibawah pusat

## VI. Ekstremitas

Atas : terpasang infus ditangan kiri, simetris kiri dan kanan

Bawah : simetris kiri dan kanan, tidak ada kelainan pada kedua kaki, kaki suli digerakan

5	5
3	3

## VII. Genetalia

### 8. Darah nifas

Jumlah : ±30 cc dalam 2 kali ganti pembalut

Warna : Merah segar berisi selaput lendir

Bau : Amis

Konsistensi : Cair

### 9. Perineum

Perineum klien tampak bersih, utuh, tidak ada robek, tidak ada luka episiotomi dan tidak ada varices

Reeda Signs :

Redness (kemerahan) : Tidak ada

Edema (bengkak) : Tidak ada

Echymosis (bercak darah) : Ada

Discharge (pengeluaran darah luka) : Tidak ada

Approximatio (perekatan/jahitan) : Tidak ada

Terpasang kateter

### VIII. Intregument

Kulit berwarna putih bersih, tidak ada closma gravidarum, turgor kulit bagus, ada edema dikedua kaki,tidak ada parises, terdapat luka jahitan SC >10 cm dan nyeri tekan pada kulit bagian abdomen bawah, Terpasang infus disebelah kiri dan kateter urine

#### 15) Pola aktivitas sehari-hari

NO	AKTIVITAS	SEHAT	SAKIT
1.	Nutrisi Makan - Menu - Porsi - Makanan	- Nasi+Lauk+Sayur - 2 Porsi - Buah-buahan	- Nasi+Lauk+Sayur - 1/2 Porsi - Tidak Ada - Tidak Ada
	kesukaan - pantangan	- Tidak Ada	
2.	Minum - Jumlah - Minuman kesukaan - pantangan	- 6-8 Gelas - Jus - Tidak ada	- 5-6 Gelas - Tidak ada - Tidak ada
3.	Eliminasi BAB - Frekuensi - Warna - Bau - Konsistensi - Kesulitan BAK - Frekuensi - Warna - Bau - Konsistensi	- 1 kali sehari - Khas - Khas - Lembek - Tidak ada - 3-6 kali sehari - Kuning keruh - Pesing - Cair	- 1 kali sehari - Khas - Khas - Lembek - Tidak ada - 3-6 kali sehari - Kuning keruh - Pesing - Cair

	- Kesulitan	- Tidak ada	- Tidak ada
4.	Istirahat Tidur - Waktu tidur - Lama tidur - Kesulitan tidur	- 22:00 WIB - 6-7 Jam - Tidak ada	- 23:00 WIB - 5-6 Jam - Tidak ada
5.	Personal hygiene - Mandi - Cuci rambut - Gosok gigi - Potong kuku	- 2 kali sehari - 1 kali 3 hari - 2 kali sehari - 1 kali seminggu	- 1 kali sehari - Belum dilakukan - 1 kali sehari - Belum dilakukan

**16) Pemenuhan kebutuhan seksual**

Klien mengatakan kebutuhan seksual terpenuhi, dengan sang suaminya sebanyak 3 kali dalam seminggu

**17) Riwayat alergi**

Klien tidak ada riwayat alergi

Pasien mengakui dirinya adalah sebagai istri dan sekarang sudah menjadi orang tua yang lebih baik lagi sebagai seorang ibu untuk anak-anaknya dan seorang istri untuk suaminya.

Identitas diri

Pasien mengenali siapa dirinya

**10. Data psikososial****a. Konsep diri****1) Harga diri**

Ibu dan suami pasien mengatakan pasien menghargai dirinya sendiri dan selalu mempunyai harapan terhadap hidupnya

**2) Body image**

Pasien menggambarkan dirinya sebagai orang yang ceria dan penyayang

**a. Status pasien**

Pasien mengatakan merasa bangga dengan statusnya sebagai seorang ibu dan istri.

**b. Kecemasan**

Pasien mengatakan tidak merasa cemas karena ada suami dan ibu kandung serta mertua disekelilingnya

**c. Pola koping**

Pasien sangat senang dan gembira saat ini sudah mempunyai bayi yang sudah dirncanakan

Persepsi pasien terhadap keadaan saat ini : Pasien mengatakan pasrah dengan keadaan persalinan SC, walaupun sebenarnya pasien ingin sekali melahirkan secara normal

**18) Data sosial ekonomi**

Klien merupakan seorang ibu rumah tangga 3 anak yang sekarang baru lahir dan suaminya bekerja sebagai wiraswasta. Sumber kebutuhan sehari-hari hanya didapat dari hasil kerja suaminya dengan pendapatan perbulan < Rp.5000.000. Keluarga klien dapat digolongkan dalam kelompok sosial menengah. Klien menggunakan BPJS selama perawatan di RS.

**19) Data spiritual**

Klien mengatakan beragama Islam dan selalu mengerjakan shalat 5 waktu. Ketika masih sehat klien selalu berdoa dan meminta kepada yang Maha Kuasa agar diberi kelancaran dalam proses setelah persalinannya, ia dan bayinya dalam keadaan sehat.

**20) Pengetahuan tentang****a. Perawatan bayi**

Klien mengatakan bahwa ini adalah kelahiran anak ke-1 nya. Klien sudah tahu dan memahami bagaimana cara merawat, memandikan, membedong dan menggendong bayinya tersebut. Klien mengatakan sudah berpengalaman soal mengurus bayi karena sudah terbiasa mengurus bayi kakaknya. Namun sekarang klien dibantu mengurus bayi oleh bidan RS dan keluarganya karena masih belum bisa melakukannya dikarenakan kondisi fisiknya yang masih belum pulih.

**b. ASI eksklusif dan teknik menyusui**

Perawatan payudara

Klien mengatakan belum paham bagaimana cara membersihkan puting susu sebelum dan sesudah menyusui bayinya.

Seperti :

- I. Lakukan kompres hangat pada payudara
- II. Lakukan pijatan pada payudara
- III. Susui si kecil tanpa menggunakan formula

## IV. Bersihkan ujung payudara secara teratur

## f. Teknik menyusui

Klien mengatakan belum paham tentang teknik menyusui bayi, karena ini baru pertama baginya.

Pemeriksaan penunjang

Tindakan : swab antigen Tanggal : 20/12/2022

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Metode	Nilai Normal
Swab Antigen	Negatif	Kali	Rapid	Negatif

Tindakan : Darah Rutin DHF Hematologi

Tanggal : 20/12/2022

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Metode	Nilai Normal
Hemoglobin	12.0	gr/dL	-	P (>13th): 12,0-15,0
Leukosit	16.2	rb/mm <sup>3</sup>	-	D (>13th): 3,6-10,6
Hematokrit	37.1	%	-	P (>13th): 35.0-49.0
Trombosit	346	x1000/uL	-	150-450
Natrium	135	Mmol/L	-	135-145
Kalium	4.7	Mmol/L	-	3.5-5.0
Clorida	104	Mmol/L	-	94-111

Tindakan Glukosa (Gula Darah) Sewaktu Tanggal : 20/12/2022

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Metode	Nilai Normal
GDS	73	mg/dl	-	60-110

Tindakan : Hemostasis

Tanggal : 20/12/2022

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Metode	Nilai Normal
PT	12.6	Detik	-	11.5-15.5
PT control	16.1	Detik	-	12-16.5
APTT			-	

PTT Control	30.7	Detik	-	20-40
HBsAg	32.9	Detik	-	27.1-40.6

Rontgen : Normal EKG : Synus Rythm

**21) Terapi Obat**

- a. RL 500 cc 2:1 20 t pm
- b. meropenem 2x1
- c. pct drip 3x1
- d. Nifedipin 4x10mg
- e. ketorolac 1 ml injek 2 ampul/hari
- f. Kalnex 3x50mg
- g. hypobach 2x100mg
- h. pct drip 3x1 1000mg
- i. nifedipine 4x10mg

## B. Analisis Data

Nama : Ny.T

Ruangan : Dahlia

Umur: 33 Thn

No Medrek : 18328275

No	Hari/ Tanggal	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	Rabu, 21/12/22	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi.</li> <li>- Klien mengatakan nyeri seperti di sayat- sayat dan terasa hilang timbul.</li> <li>- Klien mengatakan makin terasa nyeri pada saat melakukan pergerakan atau aktivitas.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak meringis.</li> <li>- Terdapat luka post SC horizontal dengan panjang 10 cm, lebar 1-2 cm pada abdomen klien.</li> <li>- TD : 163/113 mmHg S : 36,20C, N : 96 kali / menit, RR : 22 kali / menit</li> </ul>	Nyeri Akut	Agan Pencedara Fisik
2.	Rabu, 21/12/22	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sering merasa pusing.</li> <li>- Klien mengatakan sering merasa mual.</li> <li>- Klien mengatakan kakinya bengkak.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak lemas. –</li> <li>- Kaki klien tampak oedema.</li> <li>- Klien tampak mual. –</li> <li>- TD : 163/111 mmHg S : 36,80C N : 96 kali / menit R : 22 kali / menit</li> </ul>	Risiko perfusi serebral tidak efektif	Hipertensi

3	Rabu, 21/12/2022	DS : - Pasien mengatakan pada luka verban berdarah sedikit - Pasien mengatakan nyeri pada bekas luka operasi DO : - Tampak luka post-op dibagian awah abdomen yang tertutup dengan verban - TTV TD : 163/113mmHg Suhu : 36,2°C N : 96x/m R : 22x/m Spo2 : 99%	Risiko Infeksi	Efek prosedur invasif
4.	Rabu, 21/12/2022	DS : - Pasien mengatakan merasa nyeri saat bergerak - Pasien takut untuk melakukan pergerakan - Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga atau perawat di RS DO : - Pasien dilakukan anastesi spinal - Terpasang Kateter urine - Aktivitas pasien tampak dibantu suaminya TTV : TD:163/113mmHg Suhu : 36,2°C N : 96x/m R : 22x/m Spo2 : 99%	Gangguan Mobilitas fisik	Nyeri
5.	Rabu, 21/12/2022	Ds: a. Pasien mengatakan belum menyusui anaknya b. pasien mengatakan ASI nya sedikit Do: bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu TTV : TD : 163/113mmHg Suhu : 36,2°C N : 96x/m R : 22x/m Spo2 : 99%	Menyusui tidak efektif	Anomali Payudara ibu ( mis. Putting yang masuk kedalam), kurang pengetahuan ibu tentang tehnik menyusui.

### G. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut b/d Agen Pencedera Fisik
2. Risiko Perfusi Serebral Tidak efektif b/d agen cedera fisik ditandai dengan pasien tampak meringis
3. Resiko infeksi b/d efek prosedur invasif
4. Gangguan mobilitas fisik b/d imobilitas ditandai dengan aktivitas pasiendibantu suami/ perawat di Rs
5. Menyusui tidak efektif b/d Anomali Payudara ibu (mis. Putting yang masuk kedalam)

### H. INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama : Ny. T

tanggal Masuk : 20/12/2022

Ruangan : Dahlia

tanggal pengkajian : 20/12/2022

Diagnosa : Post Sc+ Preeklamsi

no	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
1.	<p>Nyeri b.d agen cidera fisik.</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi.</li> <li>- Klien mengatakan nyeri seperti di sayat- sayat.</li> <li>- Klien mengatakan nyeri terasa hilang timbul.</li> <li>- Klien mengatakan nyeri pada saat melakukan pergerakan atau aktivitas.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak meringis.</li> <li>2.Terdapat luka post SC horizontal dengan panjang 10 cm pada abdomen klien</li> <li>- TD : 163/113 mmHg, S : 36,20C, N: 96 x/menit, RR:22 x/menit, Skala nyeri</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri berkurang. (5)</li> <li>- Klien tampak rileks (5)</li> <li>- 3. Klien mampu melakukan nafas dalam (5)</li> </ul>	<p>Management Nyeri:</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>- Identifikasi skala nyeri</li> <li>- Identifikasi respon nyeri rnon verbal</li> </ul> <p>terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur.</li> </ul> <p>edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi dalam pemberian analgetik.</li> </ul>

	4-5		
2.	<p>Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan kepalanya terasa sakit depan dan belakang</li> <li>- Klien mengatakan tidak dapat menggerakkan anggota gerakanya</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tidak dapat menggerakkan kedua tangan dan kedua kakinya</li> <li>- Klien dapat merasakan sentuhan</li> <li>- TTV</li> </ul> <p>TD : 163/113mmHg Suhu : 36,2°C N : 86x/m R : 22x/m Spo2 : 99%</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Tingkat nyeri menurun.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nilai rata-rata tekanan darah membaik</li> <li>- Tekanan darah sistolik membaik</li> <li>- Tekanan darah diastolik membaik</li> </ul>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor peningkatan tekanan darah</li> <li>- Monitor status pernafasan • Monitor intake dan output cairan</li> <li>- Monitor penurunan tingkat kesadaran</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>- Berikan posisi semi fowler Kolaborasi</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemberian pemberian obat penurun TD</li> </ul>
3.	<p>Risiko infeksi b/d efek prosedur invasif</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan takut infeksi pada luka post SC.</li> <li>- Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi.</li> <li>- Klien mengatakan takut untuk bergerak karena ada bekas luka post SC di bagian abdomen.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak luka post-op dibagian awah abdomen yang tertutup dengan verban</li> <li>- TTV</li> </ul> <p>TD : 163/113mmHg Suhu : 36,2°C N : 96x/m R : 22x/m Spo2 : 99%</p>	<p>Setelah melakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Tingkat infeksi menurun.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kebersihan tangan meningkat (5)</li> <li>- Kebersihan badan meningkat (5)</li> <li>- Nyeri menurun (5)</li> </ul>	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ul> <p>Teurapetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Batasi jumlah pengunjung</li> <li>- Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>- Pertahankan teknik aseptik pada pasein beresiko tinggi</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Ajarkan cuci tangan dengan benar</li> <li>- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>- Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ul> <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi</li> </ul>

			pemberian antibiotik ataupun imusisasi (jika perlu)
4.	<p>Gangguan mobilitas fisik b/d imobilitas ditandai dengan :</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan merasa nyeri saat bergerak</li> <li>- Pasien takut untuk melakukan pergerakan</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dilakukan anastesi spinal</li> <li>- Terpasang Kateter urine</li> <li>- Aktivitas pasien tampak dibantu suaminya</li> </ul> <p>TD : 163/113mmHg Suhu : 36,2°C N : 96x/m R : 22x/m</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spo2 : 99%</li> </ul>	<p>Setelah melakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan gangguan mobilitas menurun.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyeri menurun (1)</li> <li>- Gerakan terbatas menurun (1)</li> <li>- Kelemahan fisik menurun (1)</li> </ul>	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi indikasi dan kontraindikasi mobilisasi</li> <li>- Monitor kemajuan pasien/keluarga dalam melakukan mobilisasi</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif atau pasif</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan prosedur tujuan indikasi dan kontraindikasi mobilisasi serta dampak imobilisasi</li> <li>- Demonstrasi cara mobilisasi secara bertahap (miring kanan dan kiri, duduk semi fowler, berdiri dan berjalan)</li> </ul>
5.	<p>Menyusui tidak efektif b/d ketidakadekuatan suplai ASI</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan belum menyusui anaknya</li> <li>- pasien mengatakan ASI nya sedikit</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bayi pasien dirawat di perinatology</li> <li>- Payudara terasa lembek</li> <li>- ASI yang dikeluarkan tampak sedikit</li> <li>- Payudara saat di tekan colostrum +</li> <li>- ASI tidak menetes/memancar</li> <li>- TTV :</li> </ul> <p>TD : 163/113mmHg Suhu : 36,2°C N : 96x/m R : 22x/m Spo2 : 99%</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan status menyusui membaik.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat</li> <li>- Tetesan pancaran ASI</li> <li>- meningkat Suplai ASI adekuat meningkat</li> <li>- Kepercayaan diri</li> </ul>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan • Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>- Libatkan system pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan dan</li> </ul>

		ibu meningkat	masyarakat Edukasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan konseling menyusui</li> <li>- Ajarkan posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar</li> <li>- Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)</li> </ul>
--	--	---------------	---

#### E. CATATAN PERKEMBANGAN PERAWATAN HARI KE 1

Nama : Ny. T

tanggal Masuk : 20/12/2022

Ruangan : Dahlia

tanggal pengkajian : 20/12/2022

Diagnosa : Post Sc+ Preeklamsi

Diagnose keperawatan	hari	Tindakan	Evaluasi	paraf
Nyeri akut b/d agen pencedera fisik	Senin, 20/12/22	1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. P: nyeri dirasakan saat bergerak Q : Nyeri seperti tersayat pisau R: Nyeri dirasakan di perut bagian bawah luka post op sc S : Skala nyeri 5 T : nyeri dirasakan terus menerus 1.2 Identifikasi skala nyeri - skala nyeri 5 1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal - nyeri dirasa dibagian	S : a. Pasien mengatakan nyeri bagian post op sc b. Pasien mengatakan nyerinya seperti tersayat pisau c. Pasien mengatakan nyerinya makin terasa bila bergerak O : A. Pasien tampak	

		<p>perut bawah post op sc</p> <p>1.4 Fasilitasi istirahat dan tidur.</p> <p>-sedang tirah baring</p> <p>1.5 Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>- menganjurkan tehnik releksasi nafas dalam</p> <p>1.6 Kolaborasi dalam pemberian analgetik.</p> <p>- pemberian katerolac drip</p>	<p>meringgis kesakitan</p> <p>b. Pasien tampak lemah</p> <p>c. Skla nyeri 5</p> <p>d. Katerolac drip 1ml</p> <p>e. pct 1000mg drip</p> <p>A :</p> <p>Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p>	
Risiko Perfusi Serebral tidak efektif b/d Hipertensi	Senin, 20/12/2022	<p>2.1 Memonitor peningkatan tekanan darah</p> <p>a. TD : 163/113</p> <p>2.2 Memonitor status pernafasan Monitor</p> <p>b. 23x/menit</p> <p>2.3 Memonitor penurunan tingkat kesadaran</p> <p>c. K/u : lemah kes : CM</p> <p>2.4 Minimalkan stimulus dengana menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>d. memberikan posisi semi fowler dan memfasilitasi lingkungan yang nyaman dan tenang</p> <p>2.5 Kolaborasi Pemberianpemberian obat penurunan TD</p> <p>e. nifedipine 10mg</p>	<p>S :</p> <p>a. klien mengatakan kepalanya pusing</p> <p>b. kelain mengatakan merasa mual</p> <p>O :</p> <p>k/u : lemah</p> <p>kes : CM</p> <p>TD : 163/113 Mmhg</p> <p>N : 96x/mnt</p> <p>RR : 23Xmnt</p> <p>Nifedipine 10mg</p> <p>A :</p> <p>Risiko Perfusi Serebral tidak efektif b/d Hipertensi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	

<p>Risiko infeksi b/d Efek prosedur invasif</p>	<p>Senin, 20/12/2022</p>	<p>3.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik a. ada luka post sc dibagian bawah abdomen tertutup perban ±10cm, tidak ada pendarahan. 3.2 Berikan perawatan kulit pada area edema b. memberikan kompres air hangat 3.3 mengajarkan cuci tangan dengan benar c. mengajarkan cuci tangan 6 langkah 3.4 menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi d. menganjurkan makan putih telur 6-8 butir/hari mempercepat penyembuhan luka 3.5 menganjurkan meningkatkan asupan cairan  e. minum air putih 2L/hari</p>	<p>S : a. Klien mengatakan takut infeksi pada luka post SC. b. Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi. b. Klien mengatakan takut untuk bergerak karena ada bekas luka post SC di bagian abdomen. O : a. Tampak luka post-op dibagianawah abdomen yang tertutp dengan verban b. TTV TD : 163/113mmHg Suhu : 36,2°C N : 96x/m R : 23x/m Spo2 : 99%  A :  Risiko infeksi b/d Efek prosedur invasive  P :  Lanjutkan intervensi</p>	
<p>Gangguan Mobilitas Fisik b/d imobilitas</p>	<p>Senin, 20/12/2022</p>	<p>4. 1 memonitor kemajuan pasien/keluargadalam melakukan mobilisasi R/P -pasien mengatakan badan masih terasa lemah, belum bisa bergerak 4.2 memfasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif atau pasif R/p -pasien dianjurkan setelah 6 jam post op dianjurkan menggerakan kaki dan miring kanan kiri, posisi semi fowler dan duduk, agar cepat pulih.</p>	<p>S :  1. Pasien mengatakan lemas dan nyeri saat menggerakan anggota tubuhnya  2. pasien aktivitas dibantu oleh keluarga  O :  1. pasien tampak lemas  2. pasien masih</p>	

			<p>merasakan nyeri postop</p> <p>3. terdapat edema di kaki pasien</p> <p>A : gangguan mobilitas fisik</p> <p>P : lanjutkan Intervensi</p>	
Menyusui tidak efektif b/d	Senin, 20/12/2022	<p>5.1 mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>R/P</p> <p>-menjelaskan pentingnya asi bagi imunitas bayi</p> <p>5.2 menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>5.3 menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>5.4 melibatkan system pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat</p> <p>5.5 memberikan konseling menyusui</p> <p>5.6 menajarkan posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar</p> <p>R/P</p> <p>Pasien mengatakan sudah mengetahuinya</p> <p>5.7 mengajarkan perawatan payudara postpartum (mis.</p>	<p>S :</p> <p>1. Pasien mengatakan belum menyusui anaknya</p> <p>2. pasien mengatakan ASI yang keluar sedikit</p> <p>O:</p> <p>1.bayi pasien dirawat di perinatology</p> <p>2.Payudara terasa lembek</p> <p>2.ASI yang dikeluarkan tampak sedikit</p> <p>3.Payudara saat di tekan colostrum +</p> <p>4.ASI tidak menetes/memancar</p> <p>A :</p> <p>Menyusui tidak efektif</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	

		memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)		
--	--	---	--	--

## CATATAN PERKEMBANGAN PERAWATAN HARI KE 2

Nama : Ny. T

tanggal Masuk : 20/12/2022

Ruangan : Dahlia

tanggal pengkajian : 20/12/2022

Diagnosa : Post Sc+ Preeklamsi

Diagnose keperawatan	hari	Tindakan	Evaluasi	paraf
Nyeri akut b/d agen pencedera fisik	Selasa, 21/12/22	<p>1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. P: nyeri dirasakan sudah tidak terlalu sakit saat bergerak Q : Nyeri seperti tersayat pisau dan nyeri berkurang R: Nyeri dirasakan di perut bagian bawah luka post op sc S : Skala nyeri 3 T : nyeri dirasakan terus menerus</p> <p>1.2 Identifikasi skala nyeri - skala nyeri 3</p> <p>1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal - nyeri dirasa dibagian perut bawah post op sc</p> <p>1.4 memfasilitasi istirahat dan tidur.</p> <p>R/P - pasien sudah mulai belajar miring kanan kiri dan posisi duduk</p> <p>1.5 Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - menganjurkan tehnik releksasi nafas dalam</p> <p>1.6 Kolaborasi dalam</p>	<p>S :</p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri bagian post op scberkurang</p> <p>b. Pasien mengatakan nyerinya seperti tersayat pisau tapi tidak seperti hari pertama</p> <p>c. Pasien mengatakan nyerinya makin terasa bila bergerak</p> <p>O :</p> <p>A. Pasien tampak meringgis kesakitan</p> <p>b. Pasien tampak lemah</p> <p>c. Skla nyeri 3</p> <p>d. Katerolac drip 1ml</p> <p>e. pct 1000mg drip</p> <p>f. ketoprofen 100mg suppository</p>	

		<p>pemberian analgetik.</p> <p>- pemberian katerolac drip/ pct drip 1000mg/ ketoprofen 100mg suppository</p>	<p>A :</p> <p>Nyeri belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p>	
Risiko Perfusi Serebral tidak efektif b/d Hipertensi	Selasa, 21/12/2022	<p>2.1 Memonitor peningkatan tekanan darah</p> <p>a. TD : 170/100</p> <p>2.2 Memoonitor status pernafasan Monitor</p> <p>b. 20x/menit spo2 100%</p> <p>2.3 Memonitor penurunan tingkat kesadaran</p> <p>c. K/u : lemah kes : CM</p> <p>2.4 Minimalkan stimulus dengana menyediakan lingkungan yang tenang R/P</p> <p>Pasien mengatakan posisi tidurnya sudah nyaman</p> <p>d. memberikan posisi semi fowler dan memfasilitasi lingkungan yang nyaman dan tenang</p> <p>2.5 Kolaborasi Pemberianpemberian obat penurun TD</p> <p>e. nifedipine 4x10mg</p>	<p>S :</p> <p>a. klien mengatakan kepalanya masih terasa pusing</p> <p>b. kelain mengatakan merasa mual nya berkurang</p> <p>O :</p> <p>k/u : lemah</p> <p>kes : CM</p> <p>TD : 170/100 Mmhg</p> <p>N : 112x/mnt</p> <p>RR : 20Xmnt</p> <p>S : 36</p> <p>Spo2 : 100%</p> <p>Nifedipine 4x10mg</p> <p>A :</p> <p>Risiko Perfusi Serebral tidak efektif b/d Hipertensi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <p>Mengatasi gangguan pusing, target TD &lt; 140/90mmhg</p>	
Risiko infeksi b/d Efek	Selasa,	3.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal	<p>S :</p> <p>a. Klien mengatakan</p>	

prosedur invasif	21/12/2022	<p>dan sistemik</p> <p>a. ada luka post sc dibagian bawah abdomen tertutup perbar ±10cm, tidak ada pendarahan.</p> <p>3.2 Berikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>b. memberikan kompres air hangat</p> <p>3.3 mengajarkan cuci tangan dengan benar</p> <p>c. mengajarkan cuci tangan 6 langkah</p> <p>3.4 menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>d. mengajurkan makan putih telur 6-8 butir/hari mempercepat penyembuhan luka</p> <p>3.5 menganjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>e. minum air putih 2L/hari</p>	<p>nyeri pada luka post op berkurang dan rutin memakan putih telur 8 butir/hari</p> <p>b. Klien mengatakan tidak cemas lagi karena nyeri luka post sc berkurang</p> <p>O :</p> <p>a. Tampak luka post-op dibagianawah abdomen yang tertutp dengan verban ± 10cm</p> <p>b. TTV TD : 170/100 Mmhg</p> <p>N : 112x/mnt</p> <p>RR : 20Xmnt</p> <p>S : 36</p> <p>Spo2 : 100%</p> <p>A :</p> <p>Risiko infeksi b/d Efek prosedur invasive</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
Gangguan Mobilitas Fisik b/d imobilitas	Selasa, 21/12/2022	<p>4. 1 memonitor kemajuan pasien/keluargadalam melakukan mobilisasi R/P</p> <p>-pasien mengatakan badan masih terasa lemah, belum bisa bergerak</p> <p>4.2 memfasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif atau pasif R/p</p> <p>-pasien dianjurkan setelah 6 jam post op dianjurkan menggerakkan kaki dan miring kanan kiri, posisi semi fowler dan duduk, agar cepat pulih.</p>	<p>S :</p> <p>1. Pasien mengatakan masih terasa lemas dan nyeri saat menggerakkan anggota tubuhnya</p> <p>2. pasien aktivitas dibantu oleh keluarga</p> <p>3. pasien mengatakan sudah sudah mulai bisa miring kanan dan kiri</p>	

			<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pasien tampak lemas</li> <li>2. pasien masih merasakan nyeri post op</li> <li>3. terdapat edema di kaki pasien</li> <li>4. pasien sudah bisa miring kanan kiri dari posisi duduk semi fowler</li> <li>4. Aff kateter</li> </ol> <p>A : gangguan mobilitas fisik</p> <p>P : lanjutkan Intervensi</p>	
Menyusui tidak efektif b/d	Selasa, 21/12/2022	<p>5.1 mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>R/P</p> <p>-menjelaskan pentingnya asi bagi imunitas bayi</p> <p>5.2 menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>5.3 menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>5.4 melibatkan system pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan sudah mencoba menyusui anaknya tapi asi nya keluar sedikit</li> <li>2. pasien mengatakan bayinya tidak merasa puas karena ASI nya yang keluar hanya sedikit</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pasien dibantu perawat tehnik dalam menyusui anaknya</li> <li>2. melakukan rangsangan terhadap puting dan ASI</li> <li>2. Payudara terasa lembek</li> <li>2. ASI yang dikeluarkan tampak sedikit</li> <li>3. Payudara saat di tekan colostrum +</li> <li>4. melakukan kompres air hangat pada payudara</li> <li>5. melakukan breast care dan pijat</li> </ol>	

		<p>5.5 memberikan konseling menyusui</p> <p>5.6 menajarkan posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar</p> <p>R/P</p> <p>Pasien mengatakan sudah mengetahuinya</p> <p>5.7 mengajarkan perawatan payudara postpartum (mis. memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)</p>	<p>oksitosin agar memperlancar asi</p> <p>A : Menyusui tidak efektif</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
--	--	--	--	--

### CATATAN PERKEMBANGAN PERAWATAN HARI KE 3

Nama : Ny. T

tanggal Masuk : 20/12/2022

Ruangan : Dahlia

tanggal pengkajian : 20/12/2022

Diagnosa : Post Sc+ Preeklamsi

Diagnose keperawatan	hari	Tindakan	Evaluasi	paraf
Nyeri akut b/d agen pencedera fisik	Rabu, 22/12/2022	<p>1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</p> <p>P: nyeri dirasakan sudah tidak terlalu sakit saat bergerak</p> <p>Q : Nyeri seperti tersayat pisau dan nyeri berkurang</p> <p>R: Nyeri dirasakan di perut bagian bawah luka post op sc</p> <p>S : Skala nyeri 3</p> <p>T : nyeri dirasakan hilang timbul hanya karena aktif bergerak</p> <p>1.2 Identifikasi skala</p>	<p>S :</p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri bagian post op sudah berkurang</p> <p>b. Pasien mengatakan pada saat bergerak sudah tidak terlalu nyeri</p> <p>O :</p> <p>A. Pasien tampak meringgis kesakitan</p> <p>b. Pasien tampak ceria</p>	

		<p>nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- skala nyeri 3</li> </ul> <p>1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nyeri dirasa dibagian perut bawah post op sc sudah tidak terlalu nyeri</li> </ul> <p>1.4 memfasilitasi istirahat dan tidur.</p> <p>R/P</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien sudah mulai belajar miring kanan kiri dan posisi duduk</li> </ul> <p>1.5 Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- menganjurkan tehnik relaksasi nafas dalam</li> </ul> <p>1.6 Kolaborasi dalam pemberian analgetik.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pemberian katerolac drip/ pct drip 1000mg/ ketoprofen 100mg suppository</li> </ul>	<p>c. Skla nyeri 3</p> <p>d. Katerolac drip 1ml</p> <p>e. pct 1000mg drip</p> <p>f. ketoprofen 100mg suppository</p> <p>A :</p> <p>Nyeri teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	
Risiko Perfusi Serebral tidak efektif b/d Hipertensi	Rabu, 22/12/2022	<p>2.1 Memonitor peningkatan tekanan darah</p> <p>a. TD : 145/89mmhg</p> <p>2.2 Memonitor status pernafasan</p> <p>Monitor</p> <p>b. 20x/menit spo2 100%</p> <p>2.3 Memonitor penurunan tingkat kesadaran</p> <p>c. K/u : lemah kes : CM</p> <p>2.4 Minimalkan stimulus dengana menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>R/P</p> <p>Pasien mengatakan</p>	<p>S :</p> <p>a. klien mengatakan pusing nya sudah berkurang</p> <p>b. kelain mengatakan sudah tidak merasa mual</p> <p>O :</p> <p>k/u : lemah</p> <p>kes : CM</p> <p>TD : 145/89 Mmhg</p> <p>N : 90x/mnt</p>	

		posisi tidurnya sudah nyaman d. memberikan posisi semi fowler dan memfasilitasi lingkungan yang nyaman dan tenang 2.5 Kolaborasi Pemberian pemberian obat penurun TD e. nifedipine 4x10mg	RR : 20Xmnt S : 36 Spo2 : 100% Nifedipine 4x10mg A : Risiko Perfusi Serebral tidak efektif b/d Hipertensi P : Intervensi dihentikan Mengatasi gangguan pusing, target TD < 140/90mmhg	
Risiko infeksi b/d Efek prosedur invasif	Rabu, 22/12/2022	3.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik a. ada luka post sc dibagian bawah abdomen tertutup perban ±10cm, tidak ada pendarahan. 3.2 Berikan perawatan kulit pada area edema b. memberikan kompres air hangat 3.3 mengajarkan cuci tangan dengan benar c. mengajarkan cuci tangan 6 langkah 3.4 menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi d. menganjurkan makan putih telur 6-8 butir/hari mempercepat penyembuhan luka 3.5 menganjurkan meningkatkan asupan cairan e. minum air putih 2L/hari	S : a. Klien mengatakan sudah tidak takut lagi luka post op infeksi b. Klien mengatakan nyeri nya berkurang O : a. Tampak luka post-op dibagianawah abdomen yang tertutup dengan verban ± 10cm b. mengganti balut luka post op sc c. tidak ada infeksi d. jahitan luka bagus e. TTV TD : 145/89 Mmhg N : 90x/mnt RR : 20Xmnt S : 36 Spo2 : 100% A : Risiko infeksi b/d Efek prosedur invasive P :	

			Intervensi dihentikan	
Gangguan Mobilitas Fisik b/d imobilitas	Rabu, 22/12/2022	<p>4.1 memonitor kemajuan pasien/keluarga dalam melakukan mobilisasi R/P</p> <p>-pasien mengatakan badan masih terasa lemah, belum bisa bergerak</p> <p>4.2 memfasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif atau pasif R/p</p> <p>-pasien dianjurkan setelah 6 jam post op dianjurkan menggerakkan kaki dan miring kanan kiri, posisi semi fowler dan duduk, agar cepat pulih.</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. klien mengatakan sudah tidak merasa lemas lagi</li> <li>2. klien a mengatakan sudah bisa melakukan aktivitasnya sendiri</li> <li>3. pasien mengatakan sudah sudah bisa ke kamar mandi sendiri</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. klien tampak ceria dan tidak lemas lagi</li> <li>3. kaki klien sudah tidak edema lagi</li> <li>4. pasien sudah bisa miring kanan kiri dan posisi duduk semi fowler dan berjalan-jalan tanpa dibantu</li> </ol> <p>A : gangguan mobilitas fisik</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
Menyusui tidak efektif b/d	Rabu, 22/12/2022	<p>5.1 mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>R/P</p> <p>-menjelaskan pentingnya asi bagi</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. klien mengatakan ASI nya keluar sudah mulai banyak</li> <li>2. klien mengatakan bayinya sudah bisa menghisap puting dengan kuat dan merasa puas karena asi nya sudah keluar</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. klien tampak senang asi nya sudah keluar</li> </ol>	

		<p>imunitas bayi</p> <p>5.2 menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>5.3 menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>5.4 melibatkan system pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat</p> <p>5.5 memberikan konseling menyusui</p> <p>5.6 menajarkan posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar</p> <p>R/P</p> <p>Pasien mengatakan sudah mengetahuinya</p> <p>5.7 mengajarkan perawatan payudara postpartum (mis. memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)</p>	<p>banyak</p> <p>2. melakukan rangsangan terhadap putting dan ASI</p> <p>2.ASI yang dikeluarkan tampak banyak</p> <p>3.Payudara saat di tekan colostrum +</p> <p>4. melakukan kompres air hangat pada payudara</p> <p>5. melakukan breast care dan pijat oksitosin agar memperlancar asi</p> <p>A :</p> <p>Menyusui tidak efektif</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>	
--	--	--	--	--

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada Ny. dengan post partum sc indikasi kpd, Ny. dengan post partum sc indikasi preeklamsi di ruang camellia dan bougemvile RSUD Chasbullah Abdul Madjid Kota Bekasi sesuai tiap fase dalam proses keperawatan yang meliputi : pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

#### **A. Pengkajian**

Menurut teori :

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

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Tindakan Sectio Caesarea dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu yang dikarenakan bahaya atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervaginam. Persalinan pervaginam dianggap sebagai proses persalinan yang sulit dan cenderung berbahaya bagi calon ibu dan bayinya, sehingga operasi sesar meskipun merupakan metode persalinan dengan melakukan pembedahan besar pada perut cenderung disukai daripada persalinan melalui jalan lahir (pervaginam) (Juliathi et al., 2021).

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya/ rupturnya selaput amnion sebelum dimulainya persalinan yang sebenarnya atau pecahnya selaput amnion sebelum usia kehamilannya mencapai 37 minggu dengan atau tanpa kontraksi (Mitayani, 2011). Ketuban pecah dini biasanya menyebabkan persalinan premature alias bayi terpaksa dilahirkan sebelum waktunya. Air ketuban pecah lebih awal bisa disebabkan oleh beberapa hal, seperti yang disampaikan oleh Geri Morgan (2009) yaitu: Infeksi rahim, leher rahim, atau vagina, Pemicu umum ketuban pecah dini adalah: Persalinan premature, Korioamnionitis terjadi dua kali sebanyak KPD, Malposisi atau malpresentasi janin. Preeklamsia atau biasa disebut Kehamilan Induced Hypertension (PIH) kehamilan atau toksemia kehamilan, ditandai dengan Tekanan darah meningkat, oedema, bahkan adanya proteinuria. Biasanya preeklamsia terjadi pada ibu yang usia kehamilannya 20 minggu keatas atau tiap triwulan dari kehamilan, pada kehamilan 37 minggu tersebut umumnya preeklamsia biasa terjadi hingga minggu pertama setelah persalinan (Lalenoh, 2018). salah satu faktor preeklamsia adalah Riwayat Hipertensi Orang dengan hipertensi sebelum kehamilan (hipertensi kronis) memiliki risiko 4-5 kali terjadi preeklamsia pada kehamilannya. Angka kejadian hipertensi kronis pada kehamilan yang disertai preeklamsia sebesar 25%. Sedangkan bila tanpa hipertensi kronis angka kejadian preeklamsia hanya 5% (Malha et al., 2018).

Indikasi sectio sesarea, Indikasi yang berasal dari ibu : Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primiparatua disertai ada kelainan letak, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan pannggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsia-eklamsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung-DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya). indikasi berasal dari janin: Fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Jitowiyono,2010).

Menurut kasus :

Kasus pertama dari pengkajian pada Ny.R didapatkan dengan nyeri akut post sc dengan indikasi KPD + Sungsang, pasien meringis, keadaan umum lemah, kesadaran : Composmentis, GCS 15 E: 4, M: 6, V: 5, Tekanan Darah : 120/85 mmHg, Nadi : 95 x/menit, S 36,3<sup>0</sup>C, Spo2 : 98 % capillary refiling >3 detik. pada pemeriksaan laboratorium terdapat hasil leukosit 8.4 ribu/UL, Hemoglobin 12.3 g/dl, hematokrit 36.5 %, ureum 274 mg/dl. GDS : 82 mg/dl.

Kasus kedua dari pengkajian Ny.L pasien post SC dengan indikasi Preeklamsi + KPD didapatkan dengan nyeri akut, tampak meringgis, sakit kepala, keadaan umum, : Lemah, kesadaran : composmentis, GCS :15 pola napas 22 x/menit, Tekanan Darah : 163/113 mmHg, Nadi : 96 x/menit, S 36,4<sup>0</sup>C, Spo2 : 99 % capillary refiling >3 detik. Pada pemeriksaan laboratorium GDS : 73 mg/dL, Hematokrit: 37,1, HB: 12.0. dengan post SC disertai nyeri akut dibagian bawah abdomen, keadaan luka ± 10cm Panjang Horizontal.

Analisa Penulis : menurut analisa penulis gejala-gejala yang ada pada pasien Ny.R dan Ny. L merupakan pasien dengan post partum section caesari yang memiliki kesamaan indikasi ada pada umumnya, Pada pasien 1 dan 2 memiliki kesamaan yakni KPD dengan sungsang, namun terdapat perbedaan pada pasien kasus 2 yang memiliki Riwayat hipertensi sehingga timbulah preeklamsi.

## **B. Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan suatu gambaran mengenai permasalahan yang terjadi pada klien atau status kesehatan klien yang aktual dan potensial, dimana untuk melakukan pemecahan masalah tersebut harus dalam batas wewenang perawat. Diagnosa keperawatan dilakukan untuk menentukan hasil yang diharapkan dari perawatan terhadap klien dan merencanakan untuk tindakan selanjutnya yang akan dilakukan secara berurutan.(Novieastari, 2018)

Menurut teori :

- 1) Nyeri akut Berhubungan Dengan agen pencedera fisik (D.0077)

Diagnosa nyeri ditegakkan pada kedua klien sesuai dengan hasil pengkajian yang ditemukan pada klien 1 terdapat data subyektif klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi, nyeri seperti disayat-sayat dan hilang timbul serta makin bertambah nyeri saat melakukan pergerakan atau aktifitas, pada klien 2 ditemukan data subyektif klien mengeluh nyeri abdomenn bagian bawah karena luka bekas operasi, nyeri dirasakan seperti terbakar dan hilang timbul, nyeri makin bertambah saat klien bergerak. Dalam hasil pengkajian data obyektif klien 1 didapatkan hasil klien tampak meringis, skala nyeri 5 serta sulit tidur sedangkan pada klien 2 didapatkan data obyektif klien tampak meringis, skala nyeri 6. Pada klien preeklampsia dengan post sectio caesarian nyeri yang ditimbulkan terjadi karena insisi prosedur operasi pada daerah abdomen sehingga menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan menimbulkan trauma pada jaringan, Marliana & Hani, 2018.

Perumusan penulisan diagnosa keperawatan nyeri yang terdapat pada klien 1 dan klien 2 menurut teori penulisan diagnosa maka menjadi Nyeri Akut D.0077 berhubungan dengan agen pencedera fisik prosedur operasi. Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosioanl yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Penegakkan diagnosa memenuhi validasi penegakkan diagnosa keperawatan sesuai teori yaitu sekitar 80 % - 100 % dari tanda mayor dan tanda minor sebagai pendukung. Kriteria mayor yang dapat ditemukan berupa data subyektif mengeluh nyeri dan data obyektif berupa tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat serta sulit tidur. Sedangkan kriteria minor yang dapat ditemukan berupa data obyektif

tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri serta berfokus pada diri sendiri, Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017.

2) Resiko Infeksi Dibuktikan Dengan efek prosedur invasive (D.0142)

Risiko infeksi yang dibuktikan dengan efek prosedur invasif (D.0142) Risiko infeksi adalah risiko mengalami peningkatan serangan organisme patogen (Tim Pokja PPNI DPP SDKI, 2017). Tanggal 15 Desember 2022 dan 20 Desember 2022 penulis mengangkat diagnosa karena pada saat penulis melakukan penelitian didapatkan data faktor resiko pendukung yaitu data pertama dari data subyektif klien mengatakan luka post sc terasa perih, terdapat insisi tipe horizontal luka, luka ditutup perban dengan panjang luka kurang lebih 10cm. Data obyektif adalah pasien terlihat lemah. Dari hasil vital sign Tekanan Darah : 120/85 mmHg, Nadi : 95 x/menit, S 36,3<sup>0</sup>C, Spo2 : 98 % RR: 20x/m, Leukosit 8,4 ribu/ $\mu$ L. pasien terpasang infus RL Batasan karakteristik pada Standar Diagnostik Keperawatan (SDKI) Indonesia adalah adanya rasa perih pada luka post sc dan tampak lemas . Risiko infeksi menjadi prioritas utama diagnosis karena selama penelitian penulis menemukan data luka pada luka post sc, terdapat luka insisi sc tipe horizontal, luka ditutup perban dengan panjang luka kurang lebih 12cm. Data objektif pasien tampak lemah dari hasil tanda vital Didapatkan Tekanan Darah : 120/85 mmHg, Nadi : 95 x/menit, S 36,3<sup>0</sup>C, Spo2 : 98 % RR: 20x/m, Leukosit 8,4 ribu/ $\mu$ L. pasien terpasang infus RL Oleh karena itu, bila risiko infeksi tidak diatasi, klien tidak akan dapat mencegah terjadinya infeksi dan tidak dapat merawat luka dengan baik. Dengan mengatasi masalah ini diharapkan klien mampu menerapkan apa yang sudah disampaikan dalam keseharian agar tidak terjadi infeksi pada luka insisi.

Intervensi dengan pemberian edukasi dan kriteria hasil luka membaik, kebersihan badan meningkat, dan nyeri menurun. Diharapkan setidaknya klien mampu mengenal tanda dan gejala infeksi, memberikan perawatan kulit pada area edema, melakukan mencuci tangan dengan benar.

Disini penulis akan memberikan rasional mengapa dilakukan intervensi tersebut. Indikator seorang pasien selamat berkaitan dengan tindakan medis yaitu infeksi pada luka yang menjadi komplikasi utamanya pasien rawat inap (Rivai et al., 2013).

Untuk implementasinya berhalan sekitar 2 hari, terhitung pada 15 desember 2022 – 16 desember 2022 pada pasien I dan pada tanggal 20 desember 2022-21 desember 2022 pada pasien II. dengan memberikan edukasi gejala dan tanda-tanda infeksi, mengajarkan bagaimana mencuci tangan yang benar, mengajarkan bagaimana memeriksakan keadaan luka dan pemberian obat. Pasien merasa senang sekali karena memahami gejala dan tanda-tanda infeksi serta bagaimana sesuatu hal terhindar dari infeksi. Ketika pemberian edukasi klien dengan posisi berbaring diatas tempat tidur karena telah selesai melakukan operasi sectio caesarea dengan tekanan darah 120/85mmHg pada pasien I dan tekanan darah: 163/113mmHg pada pasien ke II, Namun klien menyanggupi untuk dilakukan edukasi. Akhirnya penulis memaparkan dan menjelaskan edukasi tentang resiko infeksi dengan rileks dan senyaman mungkin. Dalam pemberian edukasi klien terlihat memperhatikan dan memahami yang telah disampaikan dibuktikan ketika ditanya tanda dan gejala infeksi klien mampu menjawab dengan benar. Tujuan diberikan edukasi ini karena agar klien terhindari dari resiko infeksi dan selalu menjaga selalu kebersihan dalam merawat luka insisi. Pendidikan kesehatan adalah langkah untuk mendukung berbagai program kesehatan yang mampu memberikan peningkatan dan perubahan pada pengetahuan secara cepat, dari seseorang yang sebelumnya tidak mengetahui nilai kesehatan menjadi tahu, dari tidak bisa menyelesaikan masalah hingga mampu menyelesaikan masalah (Utari et al., 2014).

Evaluasi dilakukan selama satu hari pada tanggal 18 desember 2022 pada pasien I, dan 23 desember 2022 pada pasien ke II. Setelah pemberian edukasi selesai. Hasil dari evaluasi selama satu hari masalah pasien dapat teratasi. Karena pasien mampu menjawab pertanyaan pertanyaan yang diajukan penulis dengan benar walaupun masih terbelit- belit, mampu mempraktekan cara mencuci tangan dengan benar dan masih terlihat mengingat kembali apa yang sudah disampaikan penulis.

3) Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)

Diagnosa keperawatan pada pasien dengan pre-eklampsia berat saat pengkajian Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d Perfusi oksigen ke jaringan Di tandai dengan pasien mengatakan lemas,pusing dan sakit kepala.

4) Gangguan mobilitas fisik Berhubungan Dengan post SC (D.0054)

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) pada tanggal 20 desember 2022 pada pasien I dan 15 desember 2022 pada pasien II penulis mengangkat diagnosa ini dikarenakan waktu melakukan pengkajian penulis menemukan data subjektif dari pasien yang menyatakan gerakan terbatas karena ketika bergerak terasa nyeri di abdomen, terpasang kateter, aktivitas di bantu oleh perawat/ keluarga dan melakukan aktivitasnya hanya di atas tempat tidur. Data objektif terdapat pasien tampak lemah, lesu, menahan rasa nyeri dan susah melakukan aktivitas dengan mandiri.

Batasan karakteristik dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu tampak lemah, menahan nyeri dan susah melakukan aktivitas dengan mandiri.

Penulis mengangkat diagnosa ini karena memang pasien diminta untuk bedrest guna menstabilkan kondisi pasca operasi sectio caesarea, pasien selalu mengeluh nyeri dibagian abdomen jika melakukan pergerakan dan pasien terpasang kateter, maka dari itu penulis mengangkat diagnosa gangguan mobilitas fisik yang bertujuan mampu melakukan aktivitas yang dibuktikan nyeri menurun, kelemahan fisik menurun, pergerakan ekstremitas meningkat dan kekuatan otot meningkat.

Intervensi untuk diagnosa yang kedua Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan nyeri saat bergerak dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pasien mampu melakukan aktivitas yang dibuktikan nyeri menurun, kelemahan fisik menurun, pergerakan ekstremitas meningkat dan kekuatan

otot meningkat. Dan didapatkan intervensi yaitu identifikasi adanya nyeri, mengidentifikasi toleransi pada fisik dengan bergerak, memonitoring keadaan secara umum pada saat mobilisasi berlangsung, memfasilitasi kegiatan menggunakan alat bantu, melibatkan keluarga untuk membantu pasien, mengajarkan mobilisasi sedini mungkin, dan mengajarkan mobilisasi dengan sederhana untuk dilakukan seperti berubah posisi miring kanan miring kiri dan duduk, mengavaluasi dukungan, serta harapan peningkatan kegiatan, dan mengkolaborasi bersama tenaga kesehatan misalnya dengan memberikan terapi sesuai dengan indikasi.

Implementasi dilakukan selama 3x8 jam setelah pengkajian yaitu pada tanggal 20-21 desember 2022 pada pasien I dan 15-16 desember 2022 pada pasien II. Karena pasien tidak diperbolehkan turun dari bed maka penulis memberikan implementasi untuk melakukan gerak miring kanan kiri dan juga duduk untuk meningkatkan aktivitas. Posisi pada saat tidur yang dimiringkan kiri mampu menurunkan tekanan pembuluh darah yang mampu mengembalikan kembali darah menuju jantung. Pada saat jantung bekerja darah mengalir ke semua anggota badan, darah beredar ke semua bagian tubuh dan kembali lagi menuju jantung, apabila ada orang yang miring kanan, tekanan tubuh akan menekan pembuluh darah yang nantinya kembali pada jantung. Begitu sebaliknya pada posisi tidur yang miring kiri dengan tidak menjepit tubuh pada bagian kanan mampu meningkatkan aliran darah yang akan kembali pada jantung, sehingga kinerja jantung menjadi lebih ringan dan tekanan darah tidak melonjak. Posisi saat istirahat literal kanan menjadi intervensi keperawatan yang berguna untuk mempertahankan status hemodinamik, (laju pernafasan, tekanan darah sistolik, denyut jantung, tekanan darah diastolic, tekanan darah arteri rata-rata, dan saturasi oksigen) (Yesni, 2019). Waktu di berikan implementasi pasien kooperatif dan memperhatikan penjelasan dari penulis. Implementasi mengidentifikasi adanya nyeri dengan metode PQRST, membantu pasien melakukan mobilisasi dini dengan melakukan miring kekanan kekiri dan duduk, berkolaborasi dengan pemberian obat obat cefozoline untuk antibiotic dan

nipedipine untuk mengatasi darah tinggi. Kepatuhan dalam mengonsumsi obat adalah salah faktor menunjang agar pasien cepat sembuh dan pulih (Evadewi & Suarya, 2013)

Evaluasi dalam pemberian implementasi masalah dapat teratasi terlihat dari pasien tampak bisa melakukan mobilisasi dini dengan gerakan miring kanan, kekiri, duduk dan klien mampu patuh dalam minum obat yang telah di berikan untuk kesembuhan klien.

5) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidak adekuatan suplai ASI (D.0029)

Diagnosa menyusui tidak efektif yang ditegakkan pada klien II ditemukan data subyektif klien mengatakan merasa sedih terpisah dengan bayinya dan tidak bisa menyusui bayi secara langsung, ASInya hanya sedikit dan diberikan dengan cara dipompa, bayinya dirawat diruang perinatologi sedangkan dalam data obyektif ditemukan bayi dirawat diruang perinatologi, ASI diberikan dengan cara dipompa dan ASI yang keluar tampak sedikit. Menyusui tidak efektif merupakan kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui, perubahan fisiologis yang dialami pada klien yaitu proses involusi akan mempengaruhi peningkatan ocytocin dan prolaktin untuk merangsang ASI jika proses menyusui tidak efektif akan terjadi pembendungan ASI, Marlina & Hani, 2018.

6) Defisit nutrisi Berhubungan Dengan gangguan persepsi makan (D.0019)

7) Ansietas Berhubungan Dengan hubungan orang tua-anak tidak Memuaskan (D.0080)

8) Defisit perawatan diri Berhubungan Dengan tidak mampu berhias secara mandiri (D.0109)

9) Defisit pengetahuan Berhubungan Dengan kurang terpaparnya informasi (D.0111)

### **C. Intervensi**

Intervensi keperawatan yang disusun pada klien 1 dengan diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik prosedur operasi yaitu ; Setelah

dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil klien mengatakan nyeri berkurang, klien tampak rileks, klien mampu melakukan nafas dalam. Intervensi yang dilakukan Management nyeri yaitu ; Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi dan frekuensi, observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan, tingkatkan istirahat, monitor tanda-tanda vital, anjurkan tehnik relaksasi, kolaborasi dalam pemberian analgetik.

Intervensi keperawatan yang disusun pada klien 2 dengan diagnose Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik prosedur operasi yaitu ; Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 8 jam nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil melaporkan bahwa nyeri berkurang, mampu mengenali skala nyeri; skala,intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri, wajah rileks. Intervensi yang dilakukan ; Bina hubungan saling percaya, lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi karakteristik, durasi frekuensi dan faktor penyebab, observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, mengajarkan tehnik distraksi dan relaksasi, gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui nyeri yang dirasakan klien, perhatikan lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri; suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan dll, kolaborasi pemberian analgetik. Penerapan penulisan intervensi keperawatan yang tercantum pada klien 1 dan klien 2 menurut standar luaran dan standar intervensi keperawatan maka intervensi nyeri akut b.d agen pencedera fisik menjadi ; Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan tingkat nyeri L.08066 berkurang dengan kriteria hasil ; pasien melaporkan keluhan nyeri berkurang, keluhan nyeri meringis menurun, pasien menunjukkan sikap protektif menurun, pasien tidak tampak gelisah. Intervensi keperawatanyang dilakukan yaitu Management Nyeri I.08238, Observasi; identifikasi; lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik; berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri; hipnosis, akupressur, kompres hangat. dingin, terapi imajinasi terbimbing, fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi; Jelaskan

penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri. Kolaborasi; pemberian analgetik jika perlu.

Intervensi keperawatan yang disusun pada klien 1 dengan diagnosa keperawatan Resiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif yaitu ; . Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan pasien tidak mengalami infeksi dengan kriteria hasil klien bebas dari tanda dan gejala infeksi, menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal. Intervensi yang dilakukan ; Pertahankan tehnik aseptik, cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, berikan terapi antibiotik, tingkatkan intake nutrisi, monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal, dorong pasien istirahat, dorong masukan cairan oral dan diet tinggi protein, vitamin c dan zat besi, anjurkan klien untuk melakukan perawatan luka dan ganti verban, anjurkan klien untuk menjaga luka agar tetap kering dan bersih. Penerapan penulisan intervensi keperawatan yang tercantum pada klien 1 menurut standar luaran dan standar intervensi keperawatan maka intervensi keperawatan Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif menjadi ; Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan tingkat infeksi L.141137 menurun dengan kriteria hasil tanda-tanda infeksi menurun; demam, nyeri, kemerahan dan bengkak), kadar sel darah putih membaik. Intervensi yang dilakukan Pencegahan Infeksi I.14539, Observasi; Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, Terapeutik ; Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan tehnik aseptik pada pada pasien beresiko tinggi, Edukasi ; Jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka post operasi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

Intervensi keperawatan pada pasien dengan pre-eklampsia berat difokuskan pada tekanan darah, Memonitor peningkatan tekanan darah, Memonitor status pernafasan Monitor, Memonitor penurunan tingkat kesadaran, Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, memberikan posisi semi

fowler dan memfasilitasi lingkungan yang nyaman dan tenang, Kolaborasi Pemberian obat penurun TD, serta libatkan peran keluarga untuk membantu menurunkan tekanan darah pada ibu yang mungkin diakibatkan tekanan atau rasa setres yang ada pada ibu.

Intervensi untuk diagnosa yang kedua Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan nyeri saat bergerak dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pasien mampu melakukan aktivitas yang dibuktikan nyeri menurun, kelemahan fisik menurun, pergerakan ekstremitas meningkat dan kekuatan otot meningkat. Dan didapatkan intervensi yaitu identifikasi adanya nyeri, mengidentifikasi toleransi pada fisik dengan bergerak, memonitoring keadaan secara umum pada saat mobilisasi berlangsung, memfasilitasi kegiatan menggunakan alat bantu, melibatkan keluarga untuk membantu pasien, mengajarkan mobilisasi sedini mungkin, dan mengajarkan mobilisasi dengan sederhana untuk dilakukan seperti berubah posisi miring kanan miring kiri dan duduk, mengavaluasi dukungan, serta harapan peningkatan kegiatan, dan mengkolaborasikan bersama tenaga kesehatan misalnya dengan memberikan terapi sesuai dengan indikasi.

Intervensi keperawatan yang disusun pada klien 2 dengan diagnosa keperawatan Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kondisi situasional yaitu ; . Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan ibu menyusui bayi secara efektif dengan kriteria hasil kemandapan pemberian ASI pada bayi, kemandapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat, pemeliharaan pemberian ASI, penyapihan pemberian ASI . Intervensi yang dilakukan ; Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui, berikan informasi tentang laktasi dan tehnik memompa ASI, berikan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI, pantau integritas kulit puting ibu, ajarkan pasien tentang prosedur dan tehnik menyusui yang benar cara perawatan payudara. Penerapan penulisan intervensi keperawatan yang tercantum pada klien 1 menurut standar luaran dan standar intervensi keperawatan maka intervensi keperawatan Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kondisi situasional menjadi ; Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan

status menyusui L.03029 meningkat dengan kriteri hasil perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat, kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat, tetesan/pancaran ASI meningkat, suplai ASI adekuat meningkat serta kepercayaan diri ibu meningkat. Intervensi yang dilakukan Konseling laktasi I.03093, Pijat laktasi I.03134 dan Promosi ASI eksklusif I.03135, Observasi; Identifikasi keadaan emosional dan ibu saat akan dilakukan konseling menyusui, identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui, identifikasi pengetahuan ibu tentang menyusui, monitor kondisi mammae dan puting, identifikasi kebutuhan laktasi bagi ibu pada antenatal, intranatal dan postnatal, Terapeutik ; Gunakan tehnik mendengarkan aktif , berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar, posisikan ibu dengan nyaman, pijat mulai dari kepala, leher, bahu punggung dan payudara, pijat dengan kembang dan secara melingkar, libatkan suami dan keluarga, gunakan sendok dan cangkir jika bayi belum bisa menyusu, diskusikan dengan keluarga tentang ASI Eksklusif, Edukasi ; Jelaskan program gizi dan persepsi pasien terhadap diet yang diprogramkan, jelaskan tujuan, manfaat tindakan pijat laktasi, jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi, jelaskan tanda-tanda bayi cukup ASI, anjurkan ibu memberikan nutrisi kepada bayi hanya dengan ASI, anjurkan ibu menjaga produksi ASI dengan memerah, walaupun kondisi ibu dan bayi terpisah.

Kesimpulan pembahasan intervensi dibuat belum sesuai dengan satndar penulisan intervensi keperawatan SLKI dan SIKI.

#### **D. Implementasi**

Implementasi pada klien 1 dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedara yang telah dilakukan yaitu ; melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan, meningkatkan istirahat, memonitor tanda-tanda vital, menganjurkan tehnik relaksasi serta kolaborasi dalam pemberian analgetik. Untuk implementasi dengan diagnosa resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif yang telah dilakukan yaitu ; memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan

sistemik, mempertahankan tehnik aspetik, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, memberikan terapi antibiotik, meningkatkan intake nutrisi, , mendorong klien istirahat yang cukup, dorong masukan cairan oral dan diet tinggi protein, vitamin c dan zat besi, anjurkan klien untuk melakukan perawatan luka dan ganti verban, anjurkan klien untuk menjaga luka agar tetap kering dan bersih.

Untuk implementasi gangguan mobilitas fisik b/d immobilitas telah dilakukan yaitu : mengidentifikasi indikasi dan kontraindikasi mobilisasi, memonitor kemajuan pasien/keluarga dalam melakukan mobilisasi, memfasilitasi Menyusun jadwal rentan gerak aktif atau pasif, menjelaskan prosedur tujuan indikasi dan kontraindikasi mobilisasi serta dampak imobilisasi.

Implementasi pada klien 2 dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedara fisik yang telah dilakukan adalah ; melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan, meningkatkan istirahat, memonitor tanda-tanda vital, menganjurkan tehnik relaksasi serta kolaborasi dalam pemberian analgetic.

Implementasi pada klien ke 2 risiko infeksi b/d berjalan sekitar 3 hari dengan memberikan edukasi gejala dan tanda-tanda infeksi, mengajarkan bagaimana mencuci tangan yang benar, mengajarkan bagaimana memeriksakan keadaan luka dan pemberian obat. Pasien merasa senang sekali karena memahami gejala dan tanda-tanda infeksi serta bagaimana sesuatu hal terhindar dari infeksi. Ketika pemberian edukasi klien dengan posisi berbaring diatas tempat tidur karena telah selesai melakukan operasi sectio caesarea dengan tekanan pasien ke 2 dengan TD 163/113 mmHg, klien menyanggupi untuk dilakukan edukasi. Akhirnya penulis memaparkan dan menjelaskan edukasi tentang resiko infeksi dengan rileks dan nyaman mungkin. Dalam pemberian edukasi klien terlihat memperhatikan dan memahami yang telah disampaikan dibuktikan ketika ditanya tanda dan gejala infeksi klien mampu menjawab dengan benar. Tujuan diberikan edukasi ini karena agar klien terhindari dari resiko infeksi dan selalu menjaga

selalu kebersihan dalam merawat luka insisi. Pendidikan kesehatan adalah langkah untuk mendukung berbagai program kesehatan yang mampu memberikan peningkatan dan perubahan pada pengetahuan secara cepat, dari seseorang yang sebelumnya tidak mengetahui nilai kesehatan menjadi tahu, dari tidak bis menyelesaikan masalah hingga mampu menyelesaikan masalah (Utari et al., 2014).

Implementasi keperawatan pada pasien 2 dengan pre-eklampsia. Memonitor TTV 163/113 mmHg, serta kolaborasi dalam pemberian obat antihipertensi Nipidiphine 10 mg untuk menurunkan tekanan darah tinggi.

Implementasi pada gangguan mobilitas fisik dilakukan pada pasien 1 2 selama 3x8 jam setelah dilakukan pengkajian. Karena pasien tidak diperbolehkan turun dari bed maka penulis memberikan implementasi untuk melakukan gerak miring kanan kiri dan juga duduk untuk meningkatkan aktivitas. Posisi pada saat tidur yang dimiringkan kiri mampu menurunkan tekanan pembuluh darah yang mampu mengembalikan kembali darah menuju jantung. Pada saat jantung bekerja darah mengalir ke semua anggota badan, darah beredar ke semua bagian tubuh dan kembali lagi menuju jantung, apabila ada orang yang miring kanan, tekanan tubuh akan menekan pembuluh darah yang nantinya kembali pada jantung. Begitu sebaliknya pada posisi tidur yang miring kiri dengan tidak menjepit tubuh pada bagian kanan mampu meningkatkan aliran darah yang akan kembali pada jantung, sehingga kinerja jantung menjadi lebih ringan dan tekanan darah tidak melonjak. Posisi saat istirahat literal kanan menjadi intervensi keperawatan yang berguna untuk mempertahankan status hemodinamik, (laju pernafasan, tekkkanan darah sistolik, denyut jantung, tekanan darah diastolic, tekanan darah arteri rata-rata dan saturasi oksigen) (Yesni, 2019). Waktu di berikan implementasi pasien kooperatif dan memperhatikan penjelasan dari penulis. Implementasi mengidentifikasi adanya nyeri dengan metode PQRST, membantu pasien melakukan mobilisasi dini dengan melakukan miring kekanan kekiri dan duduk, berkolaborasi dengan pemberian obat obat

hypobach untuk antibiotic dan nifedipine untuk mengatasi darah tinggi. Kepatuhan dalam mengonsumsi obat adalah salah faktor menunjang agar pasien cepat sembuh dan pulih (Evadewi & Suarya, 2013)

Sedangkan implementasi dengan diagnosa menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai asi pada pasien ke 2 yang telah dilakukan adalah : tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui, memberikan informasi tentang laktasi dan tehnik memompa ASI, memberikan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI, memantau integritas kulit puting ibu, mengajarkan klien tentang prosedur dan tehnik menyusui yang benar, cara perawatan payudara

#### **E. Evaluasi**

Evaluasi pada pasien 1 dan pasien 2 dibuat berdasarkan catatan perkembangan pasien yang ada dalam pelaksanaan tindakan, dari hasil evaluasi tersebut dapat terlihat apakah masalah keperawatan pasien yang dialami teratasi atau tidak.

Hasil evaluasi yang dilakukan pada klien 1 terdapat diagnosa keperawatan teratasi setelah 3 hari dilakukan asuhan keperawatan yaitu diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif serta diagnosa gangguan mobilitas fisik b/d imobilitas.

Sedangkan pada klien 2 terdapat diagnosa yang teratasi sebagian setelah 3 hari dilakukan asuhan keperawatan yaitu diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, risiko infeksi b/d prosedur invasive, Resiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik b/d imobilitas, menyusui tidak efektif b/d ketidakadekuatan suplai ASI.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

##### **1) Pengkajian**

Hasil pengkajian yang ditemukan dari studi Ny.R yang dilakukan pengkajian tanggal 15 desember 2022 ditemukan data adanya Nyeri akut Post sc atas indikasi KPD

Pengkajian pada Ny.L dilakukan pada tanggal 20 desember 2022 ditemukan nyeri akut post sc indikasi preeklamsia dengan KPD.

##### **2) Diagnose Keperawatan**

Hasil studi kasus didapatkan 3 diagnosa dari kedua pasien dan terdapat 3 diagnosa yang sesuai dengan teori yaitu nyeri akut, risiko infeksi,Resiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, Menyusui tidak efektif.

##### **3) Intervensi Keperawatan**

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada Ny dan Ny dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dengan teori yang ada, intervensi di setiap diagnose dapat sesuai dengan kebutuhan pasien dan memperhatikan kondisi pasien serta kesanggupan keluarga dalam kerja sama. Intervensi yang dilakukan oleh peneliti dengan intervensi yang didasarkan atas empat komponen yaitu observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

##### **4) Implementasi atau Catatan Keperawatan**

Pelaksanaan tindakan kasus ini di laksanakan sesuai dengan intervensi yang sudah dibuat, sesuai dengan kebutuhan kedua pasien dengan post partum sc. Pelaksanaan tindakan keperawatan tersebut dapat dilakukan dan berjalan dengan baik berkat kerja sama dari pasien, keluarga, perawat ruangan dan pembimbing lapangan.

### **5) Evaluasi atau catatan perkembangan**

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan Pada pasien Ny. dan Ny. selama 3 hari perawatan oleh peneliti dan di buat dalam bentuk SOAP. Pada pasien Ny. hasil evaluasi didapatkan semua masalah keperawatan pasien belum teratasi. Pada pasien Ny. pun semua diagnosa belum teratasi dan masi harus melakukan control rawat jalan untuk penyembuhan luka post SC.

## **B. Saran**

### **1) Bagi Rumah Sakit**

Saran kepada perawat Ruang Dahlia dan Melati RSUD CAM Kota Bekasi untuk dapat menjadi edukator untuk memberi informasi dan pendidikan kesehatan mengenai post partum SC pada pasien dan keluarga pasien. Serta dapat mengoptimalkan kinerja dalam menerapkan asuhan keperawatan, selalu memberikan pelayanan yang profesional dan bermutu kepada pasien. Mengikuti pelatihan-pelatihan agar dapat memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien rawat inap yang membutuhkan keperawatan.

### **2) Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan hasil tugas akhir ini dapat memberikan tambahan pengetahuan dan masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan serta meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan khususnya Keperawatan Maternitas.

### **3) Bagi Pasien dan Keluarga Pasien**

Diharapkan pasien dan keluarga dapat memahami dan mengenal lebih dalam lagi mengenai dan bagaimana pencegahan, watan serta pengobatan pada penyakit tersebut.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ansori. (2022). Asuhan keperawatan ansietas pada pasien pre operasi sectio caesarea diruang belimbing RSUD Klungkung. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 3(April), 49–58.
- Dharma, K. K. (2017). *Metodologi Penelitian Keperawatan* (4th ed.). CV Trans Info Media.
- Juliathi, N. L. P., Marhaeni, G. A., & Dwi Mahayati, N. M. (2021). Gambaran Persalinan dengan Sectio Caesarea di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Tahun 2020. *Jurnal Ilmiah Kebidanan (The Journal Of Midwifery)*, 9(1), 19–27.
- Novieastari, E. (2018). Diagnosa Keperawatan Sejahtera. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 7(2), 77–80. <https://doi.org/10.7454/jki.v7i2.137>
- Purnamasari, E., & Laily, D. (2020). *Komunikasi Keperawatan*. IN MEDIA.
- Seluruh, L. B., Coverage, U. H., Ibu, A. K., Berkelanjutan, T. P., Goals, S. D., Berkelanjutan, T. P., Goals, S. D., Neonatal, A. K., Hidup, K., Balita, A. K., & Ibu, A. K. (n.d.). *BAB I PENDAHULUAN*. 3–6.
- Sihombing, N., Saptarini, I., Sisca Kumala Putri, D., Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat, P., & Litbang Kesehatan, B. (2017). Determinan Persalinan Sectio Caesarea Di Indonesia (Analisis Lanjut Data Riskesdas 2013). *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 8(1), 63–75. <https://doi.org/10.22435/kespro.v8i1.6641.63-75>
- Manuaba, Ida Bagus Gde, (2010), Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana, EGC. Jakarta
- Novita, Regina VT. 2011. Keperawatan Maternitas. Bandung : Kapita Selekta Sarwono, Prawiroharjo(2010) Ilmu Kebidanan Edisi 2 Revisi II. Jakarta:Yayasan

Bina Pustaka

Winkjosastro, Hanifa, 2010, Ilmu Kebidanan, Jakarta : Yayasan Bina Pustaka

Ambarawati, E, & Wulandari, D (2008). Asuhan Kebidanan Nifas, Yogyakarta  
Cendekia Press

Bobak, L. (2005). Keperawatan Maternitas, Edisi 4, Jakarta : EGC. Bobak, L.  
(2004). Keperawatan Maternitas, Edisi 4, Jakarta : EGC. Bobak, L. (2010).  
Keperawatan Maternitas,

Edisi 4, Jakarta : EGC.

Manjoer. K. Dkk. (2001). Kapita Selekta Kedokteran Jilid 1 Edisi ke 3. Jakarta :  
Media Aescu Lapius.Falkutas Kedokteran Universitas Indonesia

Manuaba, I.B.G, (2004). Penuntun Kepaniteraan Klinik Obstetri dan Ginekologi.  
Jakarta, EGC

Manuaba, (2009). Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita. Edisi 2. Jakarta,  
EGC. Manuaba, I.B.G, (2010). Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan  
KB, EGC. Jakarta.

Mochtar, Rustam, (1998). Sinopsis Obstetri, Jakarta, EGC.

Nuratif Huda Amin, Kusuma Hardhi. (2015). Nanda Nic Noc Jilid 3. Yogyakarta :  
Mediacion Jogja.

Nursalam. (2008). Konsep Penerapan Metodologi Penelitian Dan Ilmu  
Keperawatan.

Jakarta : Salemba Medika.

Oswari, E. (2004). Perawatan Ibu Hamil dan Bayi. Jakarta : Pustaka Sinar  
Harapan. Prawiroharjo, (2005). Ilmu Kebidanan. Jakarta : Yayasan Bina  
Pustaka Sarwono Prawiroharjo.

- Prawirohardjo, (2007). Ilmu Kebidanan. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono.
- PPNI DPP SDKI Pokja Tim, (2018). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Edisi 1 : Jakarta : DPP PPNI.
- PPNI DPP SLKI Pokja Tim, 2018. Standar Luaran Keperawatan Indonesia Edisi 1 : Jakarta : DPP PPNI.
- PPNI DPP SIKI Pokja Tim, (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Edisi 1 : Jakarta : DPP PPNI.
- Saifuddin, (2009). Buku Maternitas Dasar, Jakarta, EGC.
- Saleha, (2009). Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas. Jakarta : Salemba Medika (hlm : 71-76)
- Saryono dan Pramitasari (2008). Perawatan Payudara Dilengkapi dengan Deteksi Dini Terhadap Penyakit Payudara. Jogjakarta : Mitra Candikia Press.
- Suririnah. (2007). Kehamilan dan Persalinan. Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama
- Varney, H. (2008). Buku Ajar Asuhan Kebidanan. Edisi 4. Jakarta : EGC.
- Wiknjosastro. 2005. Ilmu Kebidanan. Jakarta : Edisi ke 3. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Winkjosastro H. (2007). Ilmu Kebidanan. Jakarta : Yayasan Buku Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Wiknjosastro. 2010. Asuhan Persalinan Normal & Inisiasi Menyusu Dini. JNPK-KR/ POGI : Jakarta.

# LAMPIRAN



**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)**

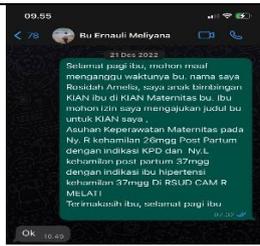
Jl.Cut Mutia Raya No. 88A-Kel.Sepanjang Jaya – Bekasi Telp.(021) 82431375-77 Fax (021) 82431374

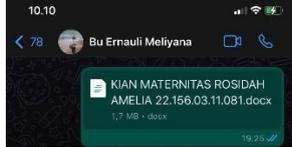
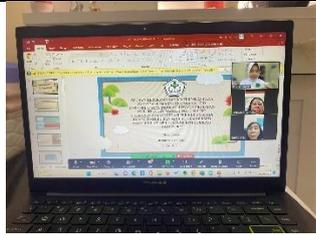
Web:stikesmedistra-indonesia.ac.id Email: stikes\_mi@stikesmedistra-indonesia.ac.id

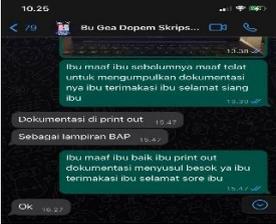
**FORMULIR KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIA AKHIR**

Nomor Dokumen	:	FM.031/A.003/PERAWAT.S1/STIKESMI-UPM/2022	Tanggal Pembuatan	:	18 November 2022
Revisi	:	0	Tgl efektif	:	28 November 2022

**KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR**

<b>Tanggal Bimbingan</b>	<b>Waktu Bimbingan</b>	<b>Kegiatan</b>	<b>Paraf Pembimbing</b>	<b>Keterangan</b>
15 Desember 2022	08.50			konsul judul : asuhan keperawatan maternitas pada ny.r p1a0 u 26 minggu post sectio caesarea atas indikasi riwayat kpd dan ny.l p3a0 u 37 minggu post sectio caesarea atas indikasi pre eklamsia di ruang dahlia dan micu ponek di rsud chasbullah abdul majid kota bekasi tahun 2022
22 Desember 2022	16.00			Zoom meeting mengenai pembahasan bab 1 bab 2 hingga bab 4 di pembahasan
25 Desember 2022	10.00			Konsul Bab 1 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Latar belakang</li> <li>• Rumusan masalah</li> <li>• Tujuan umum dan tujuan khusus</li> </ul>
27 Desember 2022	20.00			Konsul Bab 2 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tinjauan Teori</li> <li>• Penulisan</li> </ul>

29 Desember 2022	10.00		Konsul Bab 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laporan kasus 1 dan 2</li> <li>• Pengkajian</li> <li>• Diagnosa keperawatan</li> <li>• Intervensi keperawatan</li> <li>• Implementasi dan evaluasi.</li> </ul>
30 Desember 2022	20.20		Revisi Bab 3	Sebaiknya dalam pendiagnosaan harus bisa di lebihkan seperti 2/3 diagnosa dari salah satu kasus boleh lebih.
01 Januari 2023	19.00		Konsul Bab 3, 4 dan 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisi laporan kasus 1 dan 2</li> <li>• Revisi implementasi masing masing kasus</li> <li>• Konsul pembahasan</li> <li>• Simpilan saran</li> </ul>
02 Januari 2023	08.00		Konsul KIAN	Hasil pembahasan bab 4 Acc untuk siding KIAN dan silahkan kontrak penguji
04 Januari 2023	19.00		SidangKIAN	perbaiki hasil revisi dari penguji dan konsulkan secepatnya

14 januari 2023	13.03			Acc Revisi dari dosen Penguji
--------------------	-------	---	--	-------------------------------

**Mengatahui,  
Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)**

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

## LEAFLET

### MOBILISASI DINI ITU PENTING

Mobilisasi setelah operasi yaitu

Proses aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari latihan ringan diatas tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan keluar.



“  
**MANFAAT MOBILISASI DINI**

- Mencegah Hipotensi (Tekan Darah Rendah)
- Mencegah Hilangnya Kekuatan Otot
- Mengurangi Tekanan Pada Kulit
- Meningkatkan Kekuatan Otot
- Mencegah Konstipasi (Susah BAB)





Tujuan Mobilisasi Dini Pasca Operasi

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



Dibuat Oleh :  
**ROSIDAH AEMLIA**  
22.156.03.11.081  
**Profesi Ners STIKes Medistra Indoneisa**

## BIOGRAFI PENULIS



Nama : Rosidah Amelia  
Usia : 22 Tahun  
Tempat, Tanggal Lahir : Bekasi, 03 juni 2000  
Agama : Islam  
Status : Mahasiswa  
Alamat : Kp. Pulo dadap Rt03/01 desa srimahi, kec. Tambun utara kab. Bekasi.  
No. Handphone : 081584908296  
Email : [rosidahamelia0330@gmail.com](mailto:rosidahamelia0330@gmail.com)  
Motto : Berbuat Baiklah Tanpa Perlu Alasan

### Riwayat Pendidikan:

2006-2012 : Sekolah Dasar Negeri (SDN) Srimahi 01 Tambun Utara  
2012-2015 : Sekolah Menengah Pertama Negeri (SMPN) 2 Tambun Utara  
2015-2018 : Sekolah Menengah Atas (SMAN) 1 Tambun Utara  
2018-2022 : STIKes Medistra Indonesia (S1 ILMU KEPERAWATAN)  
2023-Sekarang: STIKes Medistra Indonesia (Profesi Ners)