

**LAPORAN KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS
PADA NY.R P6A0 POST SECTIO CAESAREA DENGAN
KETUBAN PECAH DINI (KPD) DAN Ny.P P3A0 POST
SECTIO CAESAREA DENGAN OLIGOHIDRAMNION DI
RSUD CENGKARENG TAHUN 2022**



Disusun oleh

ROSDIANA MANALU, S.Kep

NPM 22.156.03.11.080

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

**MATERNITAS PADA NY.R P6A0 POST SECTIO CAESAREA
DENGAN KETUBAN PECAH DINI (KPD) DAN Ny.P P3A0
POST SECTIO CAESAREA DENGAN OLIGOHIDRAMNION
DI RSUD CENKARENG TAHUN 2022**

KARYA ILMIAH AKHIR Ners

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners



Disusun oleh

ROSDIANA MANALU, S.Kep

NPM 22.156.03.11.080

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

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Mahasiswa : Rosdiana Manalu

NPM : 221560311080

Program Studi : Profesi Ners

Dengan Ini Menyatakan Bahwa Karya Ilmiah Akhir Dengan Judul Asuhan Keperawatan Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.R P6A0 Post Sectio Caesarea Dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) Dan Ny.P P3A0 Post Sectio Caesarea Dengan Oligohidramnion Di RSUD Cengkareng Tahun 2022

Adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya di Bekasi pada tanggal, 25 Januari 2023

Yang Menyatakan

Rosdiana Manalu, S. Kep

LEMBAR PERSETUJUAN

LEMBAR PERSETUJUAN

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

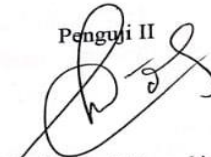
Bekasi, 25 Januari 2022

Penguji I



Nurti Y.K. Gea.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.A
NIDN. 0326067902

Penguji II



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

Mengetahui :

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

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

LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR

LEMBAR PENGESAHAN TUGAS AKHIR

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Rosdiana Manalu S.Kep

NPM : 22.156.03.11.080

Program Studi : Profesi Ners

Judul Tugas Akhir : Asuhan keperawatan maternitas pada Ny.R P6A0 Post sectio caesarea dengan ketuban pecah dini dan Ny.P P3A0 post sectio caesarea dengan oligohidramnion Di RSUD cengkareng Tahun 2022

Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada Tanggal 25 Januari 2023

Bekasi, 25 Januari 2023

Penguji I

Nurti Y.K. Gea, Ns., M.Kep., Sp.Kep.A

NIDN. 0326067902

Penguji II

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

NIDN. 0020057201

Mengetahui

WK I Bidang Akademik

Kepala Program Studi Keperawatan
(S1&Profesi Ners)

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

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

Disahkan

Ketua STIKes Medistra Indonesia

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

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkah dan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul “Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.R P6A0 *Post Sectio Caesarea* Dengan KPD Dan Ny.P P3A0 Dengan *Post Sectio Caesarea* Dengan Oligohidramnion Di RSUD Cengkareng Tahun 2022” sesuai dengan harapan. Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar profesi keperawatan (Ners) pada Program Studi Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia. Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih jauh dari kata kesempurnaan, oleh sebab itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak. Selesainya Karya Ilmiah Akhir Ners ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini penulis dengan segala kerendahan hati dan penuh rasa hormat mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan moril maupun materil secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini hingga selesai, terutama kepada yang saya hormati:

1. Usman Ompusunggu, S.E., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Saver Mangadar Ompusunggu SE selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
3. Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes., selaku Ketua STIKes Medistra Indonesia
4. Puri Kresnawati, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik
5. Sinda Ompusunggu, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Keuangan
6. Hainun Nisa, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni
7. Kiki Deniati, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Kepala Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKes Medistra Indonesia

8. Nurti Y.K.Gea S.Kep.,Ns.,M.Kep SP.A , selaku Koordinator Profesi Ners Dan selaku penguji I karya ilmiah akhir Ners
9. Ernauli meliana, S.kep .,Ns.,M.kep selaku Dosen Pembimbing Karya Ilmiah Akhir Ners
10. Lisna Aguatina S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Dosen Pembimbing Akademik dan
11. Seluruh dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang tidak bisa disebutkan satu persatu
12. Bapak / Ibu dosen dan Scaff STIKes Medistra Indonesia
13. Kedua orang tua dan saudara penulis yang tercinta, yang telah memberikan dukungan baik moril maupun material terutama doa yang tiada henti-hentinya sehingga penulis dapat berjalan sejauh ini.
14. Rekan – rekan seperjuangan kelas profesi Ners angkatan XI STIKes Medistra Indonesia yang telah banyak memberikan kenangan, pengalaman, dan dukungan yang luar biasa serta motivasi untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners

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

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

Bekasi, 17 Januari 2023

Rosdiana Manalu,S.kep

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR	iii
KATA PENGANTAR	iv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
B. Tujuan khusus	4
C. MANFAAT PENULISAN.....	5
BAB II TINJAUAN TEORI	6
A. KEHAMILAN	6
B. PERSALINAN.....	11
C. KONSEP DASAR SECTIO CAESAREA.....	12
D. KONTRASEPSI.....	18
E. KONSEP KETUBAN PECAH DINI (KPD).....	19
H. OLIGOHIDROMION	26
I. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN	30
BAB III ASUHAN KEPERAWATAN	36
PENGKAJIAN KASUS PERTAMA	36
PENGKAJIAN KASUS KEDUA	63
BAB IV	91
PEMBAHASAN	91
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	101
a. Kesimpulan	101
b. Saran.....	102
DAFTAR PUSTAKA	119
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan merupakan proses pengeluaran janin dan plasenta yang ditandai dengan adanya kontraksi uterus. Setiap perempuan menginginkan persalinannya berjalan lancar dan dapat melahirkan bayi dengan sempurna. Persalinan bisa saja berjalan secara normal, namun tidak jarang proses persalinan mengalami hambatan dan harus dilakukan melalui metode operasi sectio caesarea (Legawati, 2018).

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau Sectio caesaria adalah suatu tindakan persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram, Tindakan Sectio Caesarea dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu yang dikarenakan bahaya atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervaginam (Luh et al., 2020)

Organisasi kesehatan dunia mengatakan tahun 2018 kejadian SC di Negara dunia rata rata 5-15% per 1000 kelahiran hidup, dengan jumlah di RS negeri sekitar 11% dan RS swasta > 30% . (Legawati, 2018). Data dari hasil Riskesdas (Survey Kesehatan Dasar, 2013) menunjukkan bahwa kejadian persalinan dengan tindakan SC di Indonesia mencapai 9,8% dari jumlah persalinan. Menurut Survei Demografi Dan Kesehatan Indonesia tahun 2017 sekitar 17 persen dari total keseluruhan persalinan menggunakan

cara persalinan dengan SC, Sehingga adanya peningkatan di Indonesia terhadap persalinan SC.

Tindakan Sectio caesarea dilakukan untuk menyelamatkan ibu dan janin yang dikandungnya. Sectio caesarea dilakukan pada kehamilan dengan indikasi medis. Namun akhir-akhir ini sectio caesarea sudah menjadi pilihan dan tren di masyarakat dengan tingkat sosial ekonomi tinggi. Peningkatan angka section caesarea yang sangat tinggi terjadi karena berbagai faktor. Beberapa diantaranya adalah faktor dari ibu sendiri dan juga faktor petugas kesehatan(Sitorus, 2019)Berbagai indikasi petugas medis untuk dilakukannya Tindakan section caesarea karna dianggap merupakan tanda-tanda bahaya kehamilan dan persalinan salah satu yang paling menonjol adalah Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban Pecah Dini (KPD) atau sering disebut dengan *Premature Repture of the Membrane* (PROM) Merupakan pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya melahirkan (Rahayu et al., 2017). Ketuban pecah dini dapat menyebabkan dampak yang serius pada morbiditas dan mortalitas ibu serta bayinya. . Menurut *World Health Organization* (WHO) kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) atau insiden PROM (*Premature Repture of the Membrane*) berkisar antara 30% dari semua kelahiran dan 15-20% lainnya disebabkan oleh persalinan premature yang di inidikasikan secara medis atau elektif (WHO, 2014). Berdasarkan data di Indonesia sebanyak 65%, terjadinya ketuban pecah dini terjadi pada tahun 2020 angka kejadian ketuban pecah dini di jawa barat sebanyak 230 kasus dari 4834 (4,75%)

Sedangkan data dinas kesehatan jawa barat angka kejadian ketuban pecah dini pada tahun 2017 di laporkan yakni sebanyak 230 kasus dari angka persalinan 4834 (4,75%) . Sedangkan menurut dinkes kabupaten bogor sebanyak 12 kasus kematian ibu atau 56,83/100 ribu kelahiran hidup yang mengalami KPD (3%) (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Di Indonesia sebanyak 35% penyebab kematian ibu pada tahun 2014 disebabkan oleh lain-lain, salah satunya KPD (Rahayu et al., 2017)

Berdasarkan hasil penulisan yang dilakukan didapatkan bahwa kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) banyak terjadi <12 Jam yaitu sebanyak 145 (87,3%) disbanding dengan KPD yang terjadi >12jam yaitu sebanyak 21 orang (12,7%) (Legawati, 2018). Belum ada cara pasti untuk mencegah kebocoran kantung ketuban. Namun, untuk menurunkan resikonya adalah dengan berhenti merokok dan menghindari lingkungan perokok agar tidak menjadi perokok pasif. Disamping itu, pemberian suplemen Vitamin C dapat membantu para ibu mencegah terjadinya ketuban pecah dini, sehingga kehamilan dapat dipertahankan hingga tiba masa persalinan (Legawati, 2018)

Indikasi lain yang menjadi pertimbangan petugas medis untuk dilakukannya Tindakan section caesarea ialah Oligohidramnion. Oligohidromnion adalah suatu keadaan dimana air ketuban kurang dari normal yaitu kurang dari 1/2 liter atau suatu keadaan dimana air ketuban sangat sedikit yakni kurang dari normal, yaitu kurang dari 500 cc (Meirina, 2018) Komplikasi Oligohidramnion pada janin diantaranya, cacat bawaan,

hipoplasia paru. kompresi tali pusat. deformitas pada wajah, aspirasi mekonium pada intrapartum, amniotic band syndrom, IUGR (*Intra Uterine Grow Reterdation*), dan volume darah janin berkurang

Berdasarkan tinjauan jurnal dan observasi kelolaan tersebut, maka penulis tertarik untuk menyusun Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.R P6A0 Post Sectio Caesarea Dengan Kpd Dan Ny.P P3A0 Dengan Post Sectio Caesarea Dengan Oligohidramnion

B. Tujuan Penulisan

A. Tujuan umum

Memberikan pengalaman dan pemahaman secara ilmiah dalam melakukan Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.R P6A0 *Post Sectio Caesarea* Dengan KPD Dan Ny.P P3A0 Dengan *Post Sectio Caesarea* Dengan Oligohidramnion Di RSUD Cengkareng Tahun 2022

B. Tujuan khusus

- a. Dapat melakukan pengkajian pada Ny.R P6A0 Post Sectio Caesarea Dengan Kpd Dan Ny.P P3A0 Dengan Post Sectio Caesarea Dengan Oligohidramnion Di RSUD Cengkareng Tahun 2022
- b. Dapat menentukan diagnosa keperawatan pada Ny.R P6A0 Post Sectio Caesarea Dengan Kpd Dan Ny.P P3A0 Dengan Post Sectio Caesarea Dengan Oligohidramnion
- c. Dapat membuat rencana tindakan keperawatan Pada Ny.R P6A0 Post Sectio Caesarea Dengan Kpd Dan Ny.P P3A0 Dengan Post

Sectio Caesarea Dengan Oligohidramnion

- d. Dapat melakukan evaluasi keperawatan Pada Ny.R P6A0 Post Sectio Caesarea Dengan Kpd Dan Ny.P P3A0 Dengan Post Sectio Caesarea Dengan Oligohidramnion
- e. Mampu Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan kasus Pada Ny.R P6A0 Post Sectio Caesarea Dengan Kpd Dan Ny.P P3A0 Dengan Post Sectio Caesarea Dengan Oligohidramnion

C. MANFAAT PENULISAN

1. Bagi rumah sakit

Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dan masukan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan khususnya penerapan asuhan keperawatan pada pasien Ny. P P3A0 post section caesarea dengan oligohidramnion dan Ny.R P6A0 post section caesarea dengan ketuban pecah dini diruang Rambutan RSUD Cengkareng

2. Bagi institusi

Dapat menjadi acuan sebagai literatur untuk kelengkapan perkuliahan terutama pada mata kuliah keperawatan maternitas, karena mahasiswa/I ini akan bergabung menjadi bagian dari petugas kesehatan dalam memberikan tindakan keperawatan.

3. Bagi klien dan keluarga

Dapat menambah pengetahuan mengenai perawatan luka *Post Sectio Caesarea*

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. KEHAMILAN

1. Definisi kehamilan

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu (10 bulan atau 9 bulan) menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga minggu ke-27) dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga minggu ke-40) (Karatjin, 2019)

Kehamilan terjadi ketika inti sel sperma dari laki-laki memasuki inti sel ovum dari perempuan. Ovum yang sudah dibuahi (dinamakan zigot) memerlukan waktu 6–8 hari untuk berjalan ke dalam uterus. Perjalanannya di sepanjang tuba falopi dibantu oleh kerja peristaltik tuba, gerakan mendorong zigot yang dilakukan oleh silia pada dinding tuba dan cairan yang dihasilkan oleh epitelium bersilia. Sekitar 10 hari setelah terjadi fertilisasi, zigot berkembang menjadi blastokist dan akan menanamkan dirinya dalam endometrium. Implantasi/penanaman/ nidasi biasanya terjadi pada pars superior korpus uteri (bagian atas badan uterus). (Karatjin, 2019)

2. Proses Terjadinya Kehamilan

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang bersinambung dan terdiri dari: ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2013).

Berikut adalah penjelasan proses kehamilan menurut Manuaba :

a. Ovulasi

Ovulasi adalah proses pelepasan ovum yang dipengaruhi oleh sistem hormonal yang kompleks. Selama masa subur yang berlangsung 20 sampai 35 tahun, hanya 420 buah ovum yang dapat mengikuti proses pematangan dan terjadi ovulasi.

b. Spermatozoa

Proses pembentukan spermatozoa merupakan proses yang kompleks. Spermatogonium berasal dari sel primitive tubulus, menjadi spermatosit pertama, menjadi spermatosit kedua, menjadi spermatid akhirnya spermatozoa.

c. Konsepsi

Pertemuan inti ovum dengan inti spermatozoa disebut konsepsi atau fertilisasi dan membentuk zigot.

d. Nidasi atau implantasi

Dengan masuknya inti spermatozoa ke dalam sitoplasma, "vitelus" membangkitkan kembali pembuahan dalam inti ovum yang dalam keadaan "metafase".

e. Pembentukan plasenta

Terjadinya nidasi (implantasi) mendorong sel blastula mengadakan diferensiasi. Sel yang dekat dengan ruangan eksoselom membentuk endoterm dan yolk sac (kantong kuning telur) sedangkan sel lain membentuk ectoderm dan ruangan amnion. (Manuaba, 2013).

3. Tanda-tanda kehamilan

Menurut (Dian, 2019) tanda dan gejala kehamilan dibagi menjadi 3 sebagai berikut:

- a. Tanda Dugaan Kehamilan, dijabarkan sebagai berikut : amenorea (terlambat datang bulan), mual dan muntah (emesis), ngidam, sinkope atau pingsan, payudara tegang, sering miksi, konstipasi atau obstipasi, pigmentasi kulit, epulis, varises atau penampakan pembuluh darah vena.
- b. Tanda Pasti Kehamilan, dijabarkan sebagai berikut :
 - Terdengar Denyut Jantung Janin (DJJ) .
 - Melihat, meraba dan mendengar pergerakan anak saat melakukan pemeriksaan,
 - Melihat rangka janin pada sinar rontgen atau dengan USG

4. Klasifikasi Kehamilan

Menurut buku (Karatjin, 2016) kehamilan dibagi 3 klasifikasi

a. Kehamilan semester 1

Merupakan tahap pertama kehamilan yang membawa perubahan pada tubuh setiap ibu. Tubuh akan tumbuh dan berubah

untuk mengakomodasi perkembangan janin, dan dapat juga terjadi periode ketidaknyamanan. Beberapa perubahan pada trimester pertama kehamilan termasuk diantaranya adalah perubahan ukuran payudara, rasa cepat lelah dan mual. Meregangnya perut (Dian, 2019). Tanda-tanda fisik yang kadang dapat terjadi pada ibu adalah perdarahan sedikit (spotting) sekitar 11 hari setelah konsepsi, yakni pada saat embrio melekat pada lapisan uterus (Sri, 2018)

Perubahan fisik berikutnya biasanya adalah nyeri dan pembesaran payudara, kadang diikuti rasa lelah yang sangat dan sering kencing. Gejala ini akan dialami sampai 3 bulan berikutnya. “Morning sickness” (sakit di pagi hari) berupa mual dan muntah. Ibu akan mengalami kenaikan berat badan sekitar 1-2 kg selama kehamilan trimester pertama. (Sri, 2018)

b. Kehamilan trimester 2

Janin memiliki panjang dari kepala ke bokong sekitar 65 – 78 mm dan beratnya antara 13-20 gram, seukuran buah peach. Memasuki trimester kedua, plasenta sudah berkembang sempurna yang berfungsi untuk memberikan oksigen dan nutrisi. Plasenta juga berfungsi untuk memproduksi hormon progesteron dan estrogen yang berguna untuk menjaga kehamilan. Kelopak mata bayi sudah terbentuk untuk melindungi mata janin selama perkembangan. Janin ibu dapat memasukkan ibu jarinya ke dalam mulut meskipun refleks menghisap janin belum sempurna. Usus

janin sudah berada di dalam rongga perutnya saati ini. Pita suara dan laring janin sudah sempurna terbentuk, (Luckyva, 2022)

Uterus akan membesar, setelah 16 minggu uterus biasanya berada pada pertengahan antara simpisis pubis dan pusat. Berat badan ibu bertambah sekitar 0,4- 0,5 kg/minggu. Ibu akan mulai berupa sulit BAB, wasir, perut kembung, heartburn, serta ketidaknyamanan (Elba, 2019) Ibu Akan mulai merasakan gerakan janinnya.tampak perubahan kulit yang normal, berupa cloasma, linea nigra, dan striae gravidarum (Sri, 2018)

c. Trimester 3

Trimester terakhir ini akan diwarnai dengan peningkatan frekuensi ke kamar mandi, sesak karena tekanan di diafragma, dan heartburn. Otak janin berkembang sangat progresif. Rahim ibu berada 8 cm di atas pusar dengan kenaikan berat badan saat ini adalah 7,7 –10,8 kg. Puting payudara ibu, terkadang keluar rembesan cairan berwarna kekuningan yang disebut dengan kolostrum. Hal ini tidak berbahaya dan merupakan pertanda payudara sedang menyiapkan ASI untuk menyusui bayi.

Trimester ketiga ini, umumnya wanita hamil akan meningkatkan berat badannya sebanyak 5,5 kg. Apabila Ibu sedang berkunjung rutin ke dokter Ibu, maka cobalah untuk mendiskusikan mengenai cara persalinan nanti, apakah normal atau memerlukan operasi. Apabila ini adalah persalinan pertama, maka pertanyaan

mengenai episiotomi, monitoring janin, dan pereda rasa nyeri adalah pertanyaan yang paling sering ditanyakan. (Dian, 2019).

B. PERSALINAN

Persalinan merupakan proses pengeluaran janin dan plasenta yang ditandai dengan adanya kontraksi uterus. Persalinan merupakan keadaan fisiologis yang prosesnya mengakibatkan rasa nyeri hebat, bahkan dapat menimbulkan rasa nyeri yang luar biasa. Rasa nyeri muncul akibat refleks fisik dan respons psikis ibu yang berbeda-beda. Ketegangan emosi akibat ansietas hingga panik dapat memperberat persepsi nyeri selama persalinan (livana,2017)

Kontraksi yang teratur akan membantu dilatasi servik secara progresif. Proses dilatasi servik terdiri dari fase laten dan fase aktif. Fase laten dan fase aktif mempunyai durasi yang berbeda. Fase laten adalah Fase laten merupakan fase pembukaan yang sangat lambat dari 0 sampai 3 cm yang membutuhkan waktu 8 jam. Pada kala satu persalinan, nyeri timbul akibat pembukaan serviks dan kontraksi uterus) Fase ini berlangsung sekitar 8 – 10 jam pada primipara dan 6 sampai 8 jam pada nullipara (livana, 2017)

Fase aktif adalah fase setelah fase laten, dimana dilatasi servik membuka 4 sampai dengan 10 cm Rata-rata lama pada fase aktif ini adalah 6 jam. Fase aktif merupakan saat yang melelahkan dan berat bagi ibu. Nyeri juga dirasakan mulai punggung sampai dengan anus. Selain itu ibu juga merasakan tidak nyaman pada daerah kaki. Hal inilah yang menunjukkan karakteristik pada fase aktif. Karakteristik fase laten berbeda dengan fase aktif. Fase laten merupakan fase yang sensitif, lama dan merupakan dasar evaluasi kemajuan fase selanjutnya.

Perbedaan durasi dan karakteristik ini memungkinkan adanya perbedaan manajemen pada kedua fase tersebut. Manajemen pada kala I merupakan manajemen yang akan berpengaruh pada kesehatan ibu saat ini, janin maupun keadaan ibu setelah persalinan serta pada persiapan kehamilan selanjutnya. Dampak dari manajemen kala I inilah maka perawat perlu memperhatikan setiap intervensi yang diberikan (Kurniati, 2018)

C. KONSEP DASAR SECTIO CAESAREA

1. Definisi Section Caesarea

Sectio caesaria adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram

2. Etiologi Section Caesarea

Etiologi berasal dari Ibu Ibu pada primigravida dengan kelainan letak, primipara tua disertai kelainan letak, disproporsi cepalo pelvik (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, komplikasi kehamilan yaitu preeklampsia-eklampsia, atas permintaan kehamilan yang disertai penyakit (Jantung, Diabetes Mellitus), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya), ketuban pecah dini (KPD), ketuban kurang dari normal

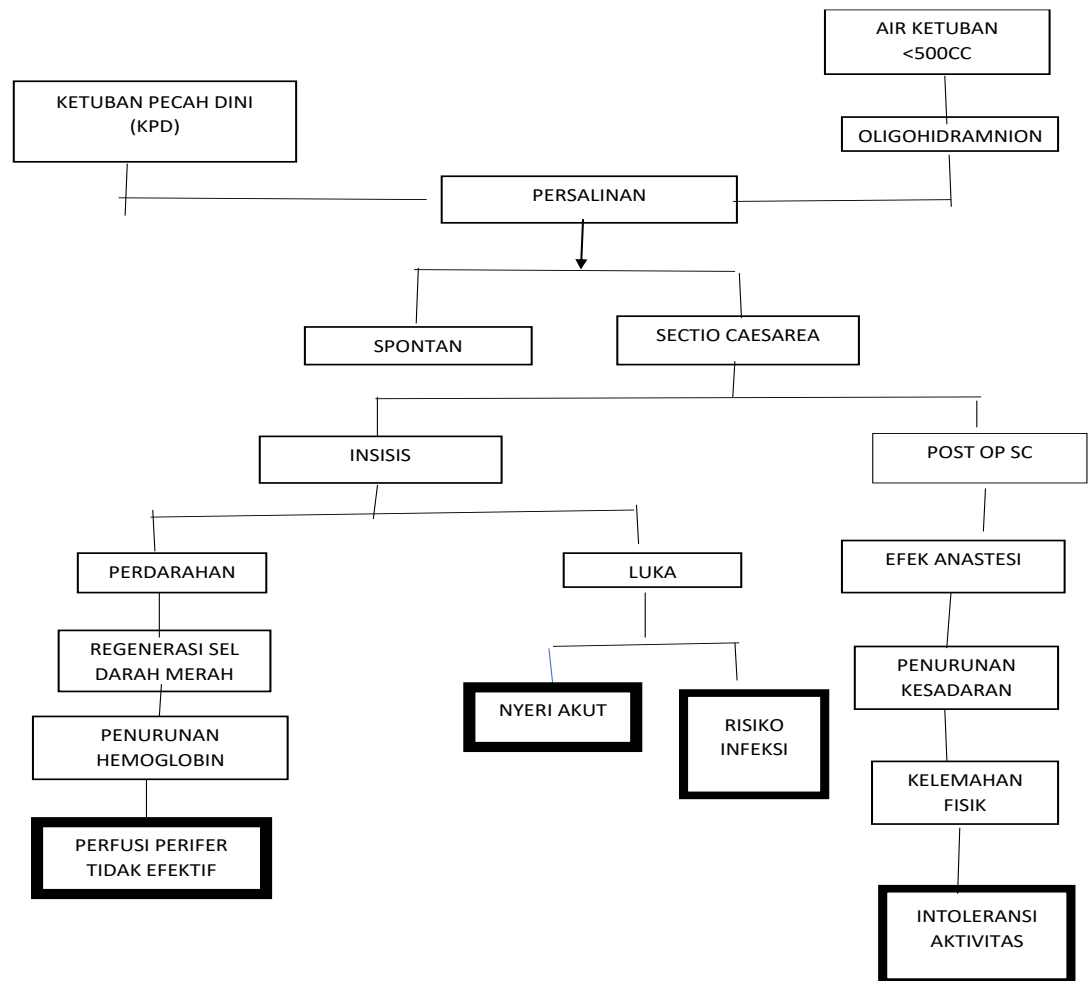
Etiologi berasal dari janin Etiologi yang berasal dari janin seperti Fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin,

prolapses tali pusat dengan pembukan kecil, kegagalan persalinan vakum atau ferseps ekstraksi.

3. Patofisiologi Sectio Caesarea

Tindakan *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 (Luckyva, 2022). 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 (Karatjin, 2016)



4. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- b. Pemantauan EKG
- c. Elektrolit
- d. Hemoglobin/Hematokrit
- e. Golongan Darah
- f. Urinalis
- g. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi

- h. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi.
- i. Ultrasound sesuai pesanan. (Tucker,Susan martin,1998. Dalam buku Aplikasi Nanda 2015).

5. 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

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

d. Kateterisasi

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.

e. Pemberian obat-obatan

1. Antibiotik

Cara pemilihan dan pemberian antibiotik sangat berbeda-beda setiap institusi

2. Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan

- Supositoria = ketoprofen sup 2x/24 jam
- Oral = tramadol tiap 6 jam atau paracetamol
- Injeksi = penitidine 90-75 mg diberikan setiap 6 jam bila perlu

3. Obat-obatan lain

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

f. Perawatan luka

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

g. Perawatan rutin

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

h. Klafisikasi Section Cesarea

Klasifikasi section caesarea menurut (Oxon, 2012)

1. Sectio caesarea transperitonealis profunda
2. Sectio caesarea transperitonealis profunda dengan insisi di segmen bawah uterus. Insisi pada bawah rahim, bisa dengan teknik melintang atau memanjang.
3. Sectio caesarea korporal/klasik
Pada sectio caesarea korporal/klasik ini dibuat kepada korpus uteri, pembedahan ini yang agak mudah dilakukan, hanya di selenggarakan apabila halangan untuk melakukan sectio caesarea transperitonealis profunda. Insisi memanjang pada segmen.
4. Sectio caesarea ekstra peritoneal
Sectio ceasarea ekstra peritoneal dahulu dilakukan untuk mengurangi bahaya injeksi peroral akan tetapi dengan

kemajuan pengobatan terhadap injeksi pembedahan ini sekarang tidak banyak lagi dilakukan. Rongga peritoneum tak dibuka, dilakukan pada pasien infeksi uteri berat.

5. Sectio caesarea hysterectomy
6. Setelah sectio caesarea, dilakukan hysterectomy

D. KONTRASEPSI

1. Definisi

Kontrasepsi merupakan cara atau alat yang digunakan dengan tujuan untuk mencegah terjadinya kehamilan. Seorang wanita bisa mendapatkan kehamilan apabila sperma bertemu dengan sel telur. Penggunaan alat kontrasepsi akan mencegah sel telur dan sel sperma bertemu, menghentikan produksi sel telur, menghentikan penggabungan sel sperma dan sel telur yang telah dibuahi yang menempel pada lapisan rahim. (kemenkes 2022)

2. Macam-Macam Kontrasepsi

- a. Pil KB adalah hormon yang mengandung estrogen dan progesteron atau progesteron saja yang diminum setiap hari selama 21
- b. Suntik adalah hormon progesteron yang disuntikkan ke bokong/ otot panggul atau lengan setiap 3 bulan atau hormon estrogen yang disuntikkan setiap 1 bulan sekali.

- c. Implan terdiri dari 1 atau 6 kapsul yang dimasukkan ke bawah kulit lengan atas serta secara perlahan melepaskan hormon progesteron selama 3 atau 5 tahun.
- d. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) adalah alat kontrasepsi yang dimasukan kedalam rahim yang bentuknya bermacam-macam terdiri dari plastik (polyethylene), ada yang dililiti tembaga (Cu), ada pula yang tidak, ada yang dililiti tembaga bercampur perak (Ag), selain itu ada pula yang dibatangnya berisi hormon progesteron (Manuaba, 2009).
- e. Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seseorang perempuan dengan cara mengikat dan memotong atau memasang cincin pada saluran tuba sehingga ovum tidak dapat bertemu dengan sel sperma
- f. Vasektomi adalah operasi sederhana untuk memotong saluran pembawa sperma dari kantongnya (zakam) ke penis. Vasektomi adalah prosedur pembedahan kecil dimana deferentia vasa manusia yang terputus, dan kemudian diikat / ditutup dengan cara seperti itu untuk mencegah sperma dari memasuki aliran mani (ejakulasi) (Sari dkk, 2012).

E. KONSEP KETUBAN PECAH DINI (KPD)

1. Definisi

Ketuban Pecah Dini (KPD) atau *Premature rupture of Membranes*

(PROM) merupakan ruptur atau pecahnya ketuban yang terjadi sebelum proses persalinan. Risiko terjadinya infeksi bagi ibu dengan PROM meningkat dengan bertambahnya durasi pecahnya ketuban. Pada janin akan meningkatkan risiko terjadinya kompresi tali pusat sebanyak 73,1% dan ascending infection sebanyak 28,2%. Istilah PROM digunakan pada pasien dengan usia kehamilan diatas 37 minggu atau aterm yang datang dengan ketuban pecah secara spontan dan tanpa tanda-tanda persalinan.(1) Dalam keadaan normal perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini sekitar 1% dari seluruh kehamilan. Ketuban Pecah Dini menyebabkan terjadinya 1/3 persalinan preterm dan merupakan penyebab 18%-20% dari morbiditas dan mortalitas perinatal (Andalas, 2019)

2. Etiologi

Penyebabnya masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan faktor-faktor yang berhubungan erat dengan KPD menurut (Anisa, 2021)

Faktor umum yang mempengaruhi terjadinya ketuban pecah dini yaitu:

- a. Infeksi lokal pada saluran kelamin
- b. Faktor sosial seperti: perokok, peminum dan keadaan sosial ekonomi rendah.

Faktor keturunan

- a. Faktor keturunan yang mempengaruhi terjadinya ketuban pecah dini yaitu kelainan genetik

- b. Faktor rendahnya vitamin C dan ion Cu dalam serum karena asupan nutrisi makanan ibu yang kurang.

Faktor obstetrik

- a. Overdistensi uterus seperti kehamilan kembar dan hidramnion
- b. Serviks inkompeten yaitu, ketidakmampuan serviks untuk mempertahankan suatu kehamilan oleh karena defek fungsi maupun struktur pada serviks 10

Faktor yang tidak diketahui sebabnya,

penyebab KPD masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan faktor-faktor yang berhubungan erat dengan KPD, namun faktor-faktor mana yang lebih berperan sulit diketahui antara lain, infeksi pada selaput ketuban, servik yang inkompetensia, tekanan intra uterin yang tinggi, kealihan letak, keadaan sosial ekonomi, faktor lain adalah faktor golongan darah, faktor disproporsi, faktor multi graviditas, riwayat KPD sebelumnya, gemeli (Sari & Munir, 2020)

3. Patofisiologi ketuban pecah dini

Menurut Manuaba (2009) mekanisme terjadinya KPD dimulai dengan terjadi pembukaan premature serviks, lalu kulit ketuban mengalami devaskularisasi. Setelah kulit ketuban mengalami devaskularisasi selanjutnya kulit ketuban mengalami nekrosis sehingga jaringan ikat yang menyangga ketuban makin berkurang. Melemahnya daya tahan ketuban dipercepat dengan adanya infeksi yang mengeluarkan

enzim yaitu enzim proteolitik dan kolagenase yang diikuti oleh ketuban pecah spontan.

4. Manifestasi klinis ketuban pecah dini

Secara garis besar tanda dan gejala yang timbul pada ketuban pecah dini yaitu:

- a. Tanda maternal Tanda pada ibu yang timbul antara lain, demam, takikardi, kontraksi uterus, keluarnya cairan ketuban melalui vagina, cairan amnion yang keruh dan berbau serta Leukositosis.
- b. Tanda Fetal Tanda pada janin setelah dilahirkan antara lain, takikardi.
- c. Tanda Cairan amnion Tanda pada cairan amnion antara lain, volume cairan ketuban berkurang.

5. Pemeriksaan penunjang

Secara garis besar pemeriksaan penunjang dari ketuban pecah dini adalah

a. Pemeriksaan laboratorium

Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa: warna, konsentrasi, bau dan pH nya. Cairan yang keluar dari vagina ini kecuali air ketuban mungkin juga urine atau sekret vagina. Sekret vagina ibu hamil pH: 4-5, dengan kertas nitrazin tidak berubah warna, tetap kuning. 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. Mikroskopik (tes pakis) dengan meneteskan air

17 ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis.

- b. Pemeriksaan ultrasonografi (USG) Pemeriksaan USG dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam cavum uteri. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidramnion

6. Tatalaksana ketuban pecah dini

Tatalaksana dalam pelaksanaan ketuban pecah dini menurut (negara ketut, 2017)

A. KPD Dengan Kehamilan Aterm

1. Diberikan antibiotika profilaksis, Ampisilin 4 x 500 mg selama 7 hari
2. Dilakukan pemeriksaan "admission test" bila hasilnya patologis dilakukan terminasi kehamilan
3. Observasi temperatur rektal setiap 3 jam, bila ada kecenderungan meningkat lebih atau sama dengan $37,6^{\circ}\text{C}$, segera dilakukan terminasi
4. Bila temperatur rektal tidak meningkat, dilakukan observasi selama 12 jam. Setelah 12 jam bila belum ada tanda-tanda inpartu dilakukan terminasi.
5. Batasi pemeriksaan dalam, dilakukan hanya berdasarkan indikasi obstetric

B. KPD Dengan Kehamilan Pre Term

1. Penanganan di rawat di RS
2. Diberikan antibiotika : Ampicillin 4 x 500 mg selama 7 hari.
3. Untuk merangsang maturasi paru diberikan kortikosteroid (untuk UK kurang dari 35 minggu) : Deksametason 5 mg setiap 6 jam.
4. Observasi di kamar bersalin : a. Tirah baring selama 24 jam, selanjutnya dirawat di ruang obstetri.
5. Dilakukan observasi temperatur rektal tiap 3 jam, bila ada kecenderungan terjadi peningkatan temperatur rektal lebih atau sama dengan $37,6^{\circ}$ C, segera dilakukan terminasi.

7. Komplikasi ketuban pecah dini

Beberapa komplikasi yang seringkali ditimbulkan dari KPD menurut (negara ketut, 2017) sangat berpengaruh terhadap morbiditas dan mortalitas bayi serta dampak terhadap ibunya sendiri, diantaranya adalah:

A. Persalinan premature

Setelah ketuban pecah biasanya segera disusul oleh persalinan. Periode laten tergantung umur kehamilan. Pada kehamilan aterm 90% terjadi dalam 24 jam setelah ketuban pecah. Pada kehamilan antara 28-34 minggu 50% persalinan dalam 24 jam. Pada kehamilan kurang dari 26 minggu persalinan seringkali terjadi dalam 1 minggu.

B. Infeksi

Risiko infeksi ibu dan anak meningkat pada ketuban pecah dini. Pada ibu terjadi korioamnionitis. Pada bayi dapat terjadi septikemia, pneumonia,

omfalitis. Umumnya terjadi korioamnionitis sebelum janin terinfeksi. Pada ketuban pecah dini preterm, infeksi lebih sering daripada aterm. Secara umum insiden infeksi sekunder pada ketuban pecah dini meningkat sebanding dengan lamanya periodelaten. Kriteria klinis infeksi yang digunakan pada KPD yaitu; adanya febris, uterine tenderness (di periksa setiap 4 jam), takikardia (denyut nadi maternal lebih dari 100x/mnt), serta denyut jantung janin yang lebih dari 160 x/mnt.

C. Hipoksia dan asfiksia

Dengan pecahnya ketuban terjadi oligohidamnion sehingga bagian kecil janin menempel erat dengan dinding uterus yang dapat menekan tali pusat hingga terjadi asfiksia atau hipoksia. Terdapat hubungan antara terjadinya gawat janin dan derajat oligohidamnion, semakin sedikit air ketuban, janin semakin gawat.

D. Sindrom deformitas janin

Ketuban pecah dini yang terjadi terlalu dini menyebabkan pertumbuhan janin terhambat, kelainan disebabkan kompresi muka dan anggota badan janin, serta hipoplasi pulmonary. (Charnaghan K.H et al, 2009).

8. Klasifikasi ketuban pecah dini

Menurut (Anisa, 2021) Klasifikasi ketuban pecah dini dibagi atas usia kehamilan yaitu:

- a) Ketuban pecah dini atau disebut juga Premature Rupture of Membrane atau Prelabour Rupture of Membrane (PROM), adalah pecahnya selaput ketuban pada saat usia kehamilan aterm.
- b) Ketuban pecah prematur yaitu pecahnya membran korioamniotik sebelum usia kehamilan yaitu kurang dari 37 minggu atau disebut juga Preterm Premature Rupture of Membrane atau Preterm Prelabour Rupture of Membrane (PPROM).

H. OLIGOHIDROMION

1. Definisi

Pengertian Oligohidramnion adalah air ketuban kurang dari 500 cc. Oligohidramnion kurang baik untuk pertumbuhan janin karena pertumbuhan dapat terganggu oleh perlekatan antara janin dan amnion atau karena janin mengalami tekanan dinding rahim jika produksinya semakin berkurang. (Syafira, 2022)

gangguan organ perkemihan-ginjal, janin terlalu banyak minum sehingga dapat menimbulkan makin berkurangnya jumlah air ketuban intrauteri “oligohidramnion” dengan kriteria : 1) Jumlah kurang dari 500 cc 2) Kental 3) Bercampur mekonium (Manuaba, dkk, 2007:500)

2. Etiologi

Menurut (Sofiyah, 2022) Penyebab pasti terjadinya Oligohidromnion masih belum di ketahui. Namun, Oligohidramnion bisa terjadi karena peningkatan absorpsi atau

kehilangan cairan (ketuban pecah dini) dan penurunan produksi dari cairan amnion (kelainan ginjal kongenital, obstruksi uretra, insufisiensi uteroplasentas, infeksi kongenital, sejumlah faktor predisposisi telah di kaitkan dengan berkurangnya cairan amnion (Mochtar, 2012). Penyebab yang terjadi pada Oligohidramnion (Mochtar, 2012):

- a. Pada janin: Kelainan kromosom, hambatan pertumbuhan, kematian, kehamilan postterm
- b. Pada plasenta: Insufisiensi plasenta
- c. Pada ibu: Hipertensi, preeklamsi, diabetes dalam kehamilan 10
- d. Pengaruh obat

3. Patofisiologi

Menurut (Sofiyah, 2022) Patofisiologi oligohidromnion adalah Pecahnya membran adalah penyebab paling umum dari oligohidramnion. Namun, tidak adanya produksi urine janin atau penyumbatan pada saluran kemih janin dapat juga menyebabkan oligohidramnion. Janin yang menelan cairan amnion, yang terjadi secara fisiologis, juga mengurangi jumlah cairan. Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan oligohidramnion adalah kelainan kongenital, Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT), ketuban pecah, kehamilan postterm, insufisiensi plasenta dan obat-obatan (misalnya dari golongan antiprostaglandin). Kelainan kongenital yang paling sering menimbulkan oligohidramnion adalah kelainan sistem saluran kemih dan kelainan kromosom (Özgen et al., 2022). Pada insufisiensi plasenta oleh

sebab apapun akan menyebabkan hipoksia janin.

Hipoksia janin yang berlangsung kronik akan memicu mekanisme redistribusi darah. Salah satu dampaknya adalah terjadi penurunan aliran darah ke ginjal, produksi urin berkurang dan terjadi oligohidramnion (Özgen et al., 2022). Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan Oligohidramnion adalah kelainan konginetal, pertumbuhan janin terhambat, ketuban pecah dini, kehamilan postterm, insufisiensi plasenta, dan obat-obatan (golongan antiprostaglandin).

Kelainan konginetal yang paling sering menimbulkan Oligohidramnion adalah kelainan sistem saluran kemih (kelainan ginjal bilateral dan obstruksi uretra), dan kelainan kromosom (triploidi, trisomi 18 dan 13). Trisomi jarang memberikan kelainan pada saluran kemih sehingga tidak menimbulkan Oligohidramnion. Insufisiensi plasenta oleh sebab apapun dapat menyebabkan hipoksia janin. Hipoksia janin yang berlangsung kronis akan memicu mekanisme redistribusi darah. Salah satu dampaknya adalah terjadi penurunan aliran darah ke ginjal. Produksi urine berkurang dan terjadi Oligohidramnion (Sofiyah, 2022)

4. Manifestasi klinis

- a. Tinggi fundus uteri lebih rendah dari usia kehamilan (perut lebih kecil)
- b. Bunyi detak jantung janin mulai terdengar sejak bulan ke-5
- c. Ibu merasa nyeri Ketika janin bergerak

5. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan yang biasa dilakukan:

- a. USG ibu (menunjukkan oligohidramnion serta tidak adanya ginjal janin atau ginjal yang sangat abnormal)
- b. Cara memeriksanya yaitu dengan memeriksa indeks cairan amnion, yakni jumlah pengukuran kedalaman air ketuban di empat sisi kuadran perut ibu. Nilai normal adalah antara 10 – 20 cm. bila kurang dari 10 cm disebut air ketuban telah berkurang, jika kurang dari 5 cm maka inilah yang disebut dengan oligohidramnion.
- c. Rontgen **Penatalaksanaan**
- d. Penatalaksanaan konservatif Penatalaksanaan pada perut bayi
- e. Rontgen paru-paru bayi
- f. Analisa gas darah.

ibu dengan oligohidramnion menurut (Mulyani, 2018):

- a. Tirah baring
- b. Hidrasi dengan kecukupan cairan
- c. Perbaiki nutrisi
- d. Pemantauan kesejahteraan janin (hitung pergerakan janin)
- e. Pemeriksaan USG yang umum dari volume cairan amnion
- f. Amnioinfusion yaitu suatu prosedur melakukan infus larutan NaCl fisiologis atau ringer laktat ke dalam kavum uteri untuk menambah volume cairan amnion

6. Komplikasi

Menurut Manuaba, dkk. (2010) dalam (Mulyani, 2018) oligohidramnion dapat dijabarkan sebagai berikut:

a. Dari sudut maternal

- 1) Sebagian persalinannya dilakukannya dengan induksi
- 2) Persalinan dilakukan dengan tindakan secsio sesaria Dengan demikian komplikasi maternal adalah trias komplikasi persalinan dengan tindakan perdarahan, infeksi, dan perlukaan jalan lahir

b. Komplikasi terhadap janinya

1. Leher terlalu menekuk-miring
2. Bentuk tulang kepala janin tidak bulat
3. Deformitas ekstermitas
4. Talipes kaki terpelintir keluar

I. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian

Pada oengkajian klien dengan *sectio caesarea* data yang ditemukan meliputi distres janin, kegagalan untuk melakukan persalinan,, malposisi janin, prolaps tali pusat, abrupsio plasenta dan palsenta previa.

a) Identitas atau biodata klien

Meliputi : nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, pekerjaan, pendidikan, tanggal masuk rumah sakit, nomor

registrasi dan diagnosa keperawatan.

b) Keluhan utama

Keluhan yang dirasakan klien pada saat ini dikumpulkan untuk menentukan prioritas intervensi keperawatan, keluhan utama pada post operasi SC biasanya adalah nyeri dibagian abdomen, pusing dan sakit pinggang.

c) Riwayat kesehatan

- Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat pada saat sebelum inpartus di dapatkan cairan yang keluar pervagina secara spontan kemudian tidak diikuti tanda tanda persalinan.

- Riwayat kesehatan dahulu

Didapatkan data klien pernah riwayat SC sebelumnya, panggul sempit, serta letak bayi sungsang, meliputi

Penyakit yang lain dapat juga mempengaruhi penyakit sekarang.

- Riwayat kesehatan keluarga

Adakah penyakit turunan dalam keluarga seperti jantung,HT,TBC,DM, penyakit kelamin, abortus yang mungkin penyakit tersebut diturunkan kepada klien.

d) Pemeriksaan fisik

- Kepala

- Rambut : bagaimana bentuk kepala, warna rambut, kebersihan rambut dan apakah ada benjolan.

- Mata : terkadang adanya pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva dan kadang kadang keadaan selaput mata pucat (anemia) karena proses persalinan yang mengalami perdarahan, sclera kuning.
- Telinga : biasanya bentuk telinga simetris atau tidak, bagaimana kebersihannya, adakah cairan yang keluar dari telinga.
- Hidung : adanya polip atau tidak dan apabila pada post partum kadang ditemukan pernapasan cuping hidung.
- Mulut dan gigi : mulut bersih/kotor, mukosa bibir kering / lemb
- Leher

Saat dipalpasi ditemukan ada/tidak pembesaran kelenjar tiroid, karna adanya proses penerangan yang salah
- Thorak
 - Payudara : simetris kiri dan kanan, tidak ada kelainan pada payudara, areola hitam kecoklatan, puting susu menonjol, air susu lancar dan banyak keluar
 - Paru-paru :

I : Simetris/tidak kiri dan kanan, ada/tidak terlihat pembengkakan

P : ada/tidak nyeri tekan, ada/tidak teraba massa P : Redup/sonor

A : suara nafas vesikuler/ronkhi/wheezing
 - Jantung :

I : Ictus cordis teraba / tidak

P : Ictus cordis teraba / tidak

P : Redup / tympani

A : Bunyi jantung lup dup

- Abdomen

I : Terdapat luka jahitan post op ditutupi verban, adanya striae gravidarum

P : Nyeri tekan pada luka, konsistensi uterus lembek / keras

P : Redup

A : Bising usus

- Genetalia

Pengeluaran darah bercampur lender, pengeluaran air ketuban, bila terdapat pengeluaran mekonium yaitu feses yang dibentuk anak dalam kandungan menandakan adanya kelainan letak anak.

- Extremitas

Pemeriksaan odema untuk melihat kelainan-kelainan karena membesarkan uterus, karena pre eklamsia atau karena penyakit jantung atau ginjal.

- Tanda-tanda vital

Apabila terjadi perdarahan pada post partum tekana darah turun, nadi cepat, pernafasan meningkat, suhu tubuh turun.

- a. Diagnosa

Dx I: Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan Penurunan hemoglobin

Dx II: Nyeri Akut berhubungan dengan agen injury fisik (luka atau jahitan *Post op Sectio Caesarea*)

Dx III: Resiko infeksi berhubungan dengan Masuknya agen mikrobakterial kedalam luka

b. Intervensi

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

c. Implementasi Keperawatan

Implementasi/pelaksanaan pada diagnosa keperawatan mengacu pada perencanaan yang sudah dibuat. Pelaksanaan rencana tindakan yang telah ditentukan dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal. Langkah-langkah persiapan tindakan keperawatan adalah sebagai berikut :

- 1) Memahami rencana perawatan yang telah ditentukan.
- 2) Menyiapkan tenaga atau alat yang diperlukan.
- 3) Menyiapkan lingkungan yang sesuai dengan tindakan yang dilakukan antara lain: langkah pelaksanaan, sikap yang meyakinkan, sistematika kerja yang tepat, pertimbangan hukum dan etika, tanggung

jawab dan tanggung gugat, mencatat semua tindakan keperawatan yang telah ditentukan.

d. Evaluasi

Hasil yang diharapkan setelah mendapatkan intervensi keperawatan pada pasien sectio caesarea adalah sebagai berikut.

- a. Nyeri berkurang atau teradaptasi.
- b. Tidak terjadi infeksi luka pascabedah.
- c. Tidak terjadi kekurangan volume cairan.

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

PENGAJIAN KASUS PERTAMA

I. Data Demografi

Nama klien	: Ny. R
Umur klien	: 45 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Nama suami	: Tn. R
Umur suami	: 47 tahun
Alamat	: Fajar baru utara,kecamatan cengkareng barat
Status perkawinan	: Menikah
Agama	: Kristen protestan
Suku	: batak
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga (IRT)
Diagnosa medis	: P6A0 Hamil 37-38 Minggu, Ketuban Pecah Dini
Tgl masuk RS	: 25-11-2022

II. Keluhan Utama Saat Ini

Klien mengatakann masuk ke IGD Ponek dengan keluhan keluar cairan berwarna kuning sudah kurang lebih 1 jam. Setelah dilakukan pemeriksaan VT didapatkan klien sudah dalam pembukaan 1. Setelah dilakukan pengkajian ulang pada tanggal 26 november 2022 Klien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi, saat bergerak,batuk dan tertawa klien mengatakan skala nyeri 6. Klien juga mengatakan masih susah untuk bergerak,sering pusing. Pasien terpasang kateter, klien mengatakan masih sulit untuk mobilisasi sehingga ADL dibantu oleh keluarga terutama suaminya.

III. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah dirawat di Rumah Sakit, klien juga mengatakan tidak pernah menderita penyakit diabetes, jantung, hipertensi ataupun hepatitis. klien mengatakan tidak ada yang menderita penyakit menular ataupun penyakit turunan seperti : DM, Jantung, Asma, Ginjal, penyakit kejiwaan atau penyakit lainya dikeluarganya

IV. Riwayat Persalinan dan Kelahiran Saat Ini

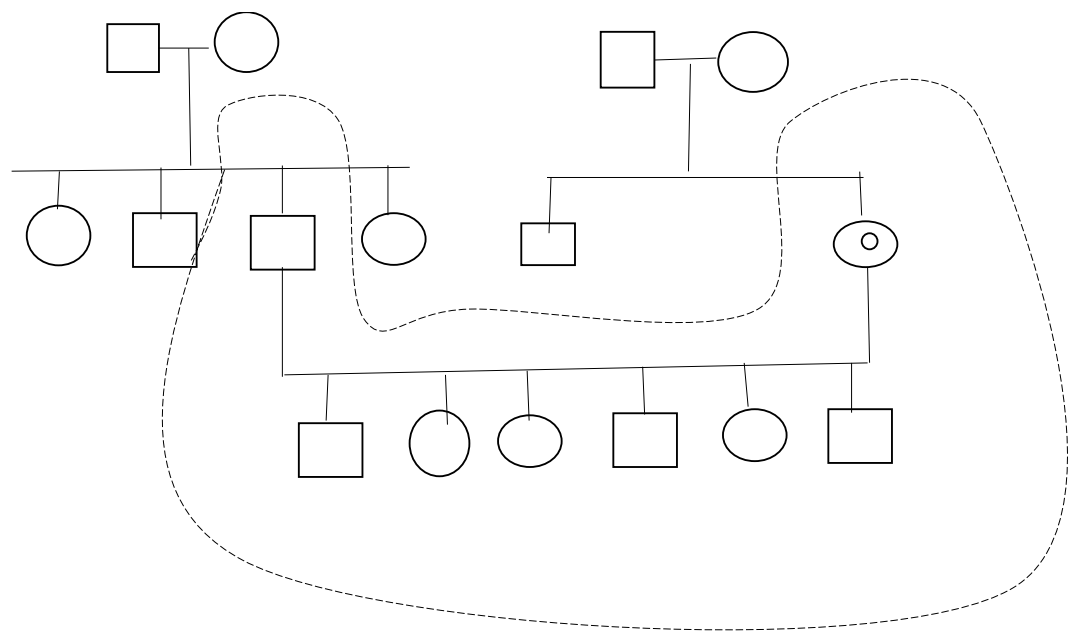
- ✓ Tanggal Operasi : 25 november 2022
- ✓ Jam Operasi : 18.00 WIB
- ✓ Bayi Lahir Jam : 19.00 WIB
- ✓ Type persalinan : SC Cito
- ✓ Penggunaan analgesik dan anestesi : Ada (Spinal Anestesi)

✓ Masalah selama persalinan : Ketuban Pecah dini

V. Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan keluarga tidak ada yang pernah mengalami hamil dengan letak sungsang dan persalinan dengan operasi *sectio cesarea*. Klien juga mengatakan keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit keturunan atau mengidap penyakit jantung, DM dan hipertensi.

GENOGRAM



Keterangan:

□ = Laki-laki
 ○ = Perempuan
 — = Tinggal serumah

⊙ = Klien
 — = Garis menikah
 | = Garis keturunan

VI. Riwayat Ginekologi

Riwayat penyakit kelamin dan penyakit menular seksual tidak ada.

VII. Riwayat Obstetri

- ✓ Usia menarch : 14 tahun
- ✓ Siklus menstruasi : 28 hari
- ✓ Lamanya menstruasi : 6 hari

VIII. Review Of System dan Pemeriksaan Fisik

- ✓ Penampilan umum : Sakit sedang
- ✓ Kesadaran : Composmentis
- ✓ Tinggi badan : 155cm
- ✓ Berat badan : 60 kg
- ✓ Vital sign :

TD : 98/60mmHg N : 110x/menit

S : 36,5° C RR : 22 x/menit

Komponen	Review of system	Pemeriksaan fisik
Kepala, mata dan leher	Klien mengatakan tidak mengalami gangguan penglihatan,	Kepala Normocephal simetris, konjungtiva anemis, sclera tak ikterik, pupil isokor, leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.
Kulit, rambut, kuku	Klien mengatakan selama ini tidak ada masalah pada kulit, kuku dan rambut	Pertumbuhan rambut merata rambut tidak mudah patah dan rontok, kulit bersih., CRT >3 detik, Warna kulit Pucat,
Telinga	Klien mengatakan telinga tidak ada masalah.	Daun telinga simetris, tidak ada kelainan anatomis, pendengaran baik, kebersihan baik.
Mulut, tenggorokan dan hidung	Klien mengatakan tidak ada masalah pada mulut dan hidung	Bentuk bibir simetris, membran mukosa kering, tidak ada lesi stomatitis disangkal, gigi lengkap, tidak ada nyeri. Hidung tidak ada kelainan, sekret tidak ada, dan hidung bersih.
Thoraks dan paru	Klien mengatakan tidak mengalami sesak nafas	Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, suara nafas vesikuler, suara nafas tambahan seperti ronchi dan wheezing tidak ditemukan.

Payudara	Klien mengatakan ASI sudah keluar	Bentuk payudara simetris, kedua puting exverted (+)/(+). <i>Areola mammae</i> hiperpigmentasi, tidak teraba adanya massa dan tampak colostrum
Jantung	Klien mengatakan tidak pernah merasakan ada kelainan jantung	BJ 1 BJ 2 normal, tidak terdengar suara jantung tambahan.
Abdomen	Klien mengatakan khawatir luka operasi infeksi, Klien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi, nyeri seperti tersayat-sayat, nyeri dirasakan ketika bergerak, skala nyeri 6, nyeri hilang timbul	Inspeksi tidak ada asites, bising usus 14 X/menit, ada luka post operasi SC tertutup kasa
Genetalia	Klien mengatakan darah yang keluar berwarna merah Jika bergerak terasa seperti perdarahan	Organ reproduksi normal, lesi tidak adai, terpasang kateter berukuran 16
Anus dan rectum	Klien mengatakan tidak ada masalah didaerah bokong.	Tidak ada hemorroid
Muskuloskeletal	Klien mengatakan tidak ada masalah dalam pergerakan tangan & kaki serta tidak ada pembengkakan pada kaki maupun tangan	Kemampuan musculoskeletal dalam batas nomal, oedema tidak ada

DATA UMUM KESEHATAN PASIEN

1. Initial Ibu : Ny. R Usia : 45 Tahun
2. Status obstretikus : P6 A0

No.	Tipe Persalinan	BB waktu lahir	Keadaan bayi waktu lahir	Umur sekarang
1.	Normal	3000	Sehat	2001
2.	Normal	3000	Sehat	2003
	Normal	3000	Sehat	

3	Normal	3000	Sehat	2005
4	Normal	2900	Sehat	2008
5	Section caesrea	3500	Sehat	2018
6				2022

3. Masalah prenatal : Ibu mengatakan tidak ada masalah, Ibu mengatkan sewaktu hamil rutin memeriksakan kehamilannya di Bidan
4. Riwayat persalinan sekarang : Bayi lahir SC tgl 25 november 2022
5. Riwayat KB: Sebelumnya Ibu belum menggunakan KB
6. Rencana KB : Ibu mengatakan sudah melakukan MOW bersamaan kelahiran anak yang terakhir

DATA POST NATAL

1. Buah dada :
 - Kesan umum : Bentuk dada simetris, puting susu dalam keadaan bersih, aerola berwarna coklat kehitaman, tidak ada pembengkakan, tidak terdapat nyeri saat dipalpasi
 - Puting susu :
Puting susu dalam keadaan bersih, puting susu menonjol, aerola berwarna coklat kehitaman, tidak ada pembengkakan mammae, warna mammae kecoklatan, tidak terdapat nyeri saat dipalpasi, asi sedikit
2. Diastasis rectus abdominis
 - Ukuran : Tinggi 2 cm dan lebar 4 cm
 - Abdomen :
I : ada luka bekas sectio caesarea sepanjang kurang lebih 10 cm luka tidak basah
A : Bising usus normal
P : Terdapat nyeri tekan pada luka

post op sectio caesarea P : Tympani

3. Fundus uterus :
 - Tinggi : 2 jari dibawah pusat
 - Posisi : Normal
 - Kontraksi : Kuat
4. Lochia
 - Jumlah : 2 ganti underpad dalam 1 hari
 - Warna : Merah
 - Konsistensi : Cair lendir
 - Bau : Amis
5. Perineum
 - REEDA sign :
 - Reednes : Tidak ada kemerahan
 - Echimosis : tidak ada kebiruan
 - Edema : tidak ada kebiruan
 - Dischargment : tidak ada cairan sekresi pus yang keluar
 - Approximity : jaitan luka tampak merekat dan mulai mengering
 - Keadaan: Luka masih basah
 - Kebersihan : Pasien sering membersihkan lukanya
6. Hemorroid : Ibu tidak menderita hemorroid
7. Varises : Tidak terdapat varises
8. Homan's sign : (-) tidak terdapat oedem, tidak terdapat varises
9. Kebiasaan BAK :
 - Setelah melahirkan: Ibu menggunakan selang kateter
10. Kebiasaan BAB :
 - Setelah melahirkan: Frekuensi: 1 kali sehari
 - Warna : Khas
11. Pola tidur :

Sebelum melahirkan :

waktu tidur : 6-7 jam

Setelah melahirkan :

waktu tidur : 4-5 jam

12. Keadaan mental : Pasien gelisah karena luka jaitan SC masih cukup nyeri dan aktivitas nya sehari hari masih dibantu keluarga
13. Penyesuaian dengan bayi : Penyesuaian baik

Pemeriksaan Labolatorium

Tanggal 25 November 2022

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
HEMATOLOGI		
Hema I		
Hemoglobin	9.3g/dl	12.8 - 16.8 g/dl
Hematokrit	23 %	33 % – 45 %
Leukosit	10.9 ³ /ul	4.5 - 13.0 10 ³ /ul
Trombosit	259 10 ³ /ul	154 - 442 10 ³ /ul

Tanggal 27 November 2022

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
HEMATOLOGI		
Hema I		
Hemoglobin	10.9 g/dl	12.8 - 16.8 g/dl
Hematokrit	30 %	33 % – 45 %
Leukosit	11.0 ³ /ul	4.5 - 13.0 10 ³ /ul
Trombosit	259 10 ³ /ul	154 - 442 10 ³ /ul

terapi obat :

a. Pemberian therapy pada Tn.N

no	Nama obat	Dosis
1.	Asam Mefenamat	3x500mg
2.	Cefotaxime	3x1 g
3.	ranitidine	2x1a g
4	cefodrafil	3x500mg
5	Remopain	3x1

DATA FOKUS**Nama Mahasiswa : Rosdiana manalu****Nama Klien : Ny.R****Tanggal Pengkajian : 26-11 2021****Dx.Medis : P6A0 Post SC**

Data Objektif	Data Subjektif
<p>1. Klien mengatakan Nyeri pada luka post op sectio saesarea: P : nyeri yang dirasakan hilang timbul Q : Nyeri dirasakan seperti di Sayat-sayat R: Nyeri pada luka post sc S : Skala Nyeri 6 T : Saat berjalan/berjalan</p> <p>2. Klien mengatakan nyeri muncul ketika bergerak</p> <p>3. Klien mengemukakan luka jahitan post operasi sectio caesarea sangat dirasakan saat berjaan</p> <p>4. Klien sesekali memengangi luka post op sectio caesarea menggunakan tangannya</p> <p>5. Klien mengeluh lemas</p> <p>6. Klien mengatakan masih sulit bergerak</p> <p>7. Klien mengatakan merasa lemah</p> <p>8. Klien mengatakan aktivitas terkadang masih dibantu keluarga</p> <p>9. Klien mengatakan mudah pusing saat bergerak</p> <p>10. Klien mengatakan khawatir luka operasinya infeksi</p>	<p>1. Klien terlihat meringis menahan nyeri</p> <p>2. Klien tampak berhati hati bila bergerak</p> <p>3. Klien tampak masih mencoba berlatih berjalan</p> <p>4. Tampak luka post op sc dibawah abdomen kurang lebih 10 cm</p> <p>5. Klien tampak lemas</p> <p>6. Klien tampak pucat</p> <p>7. Tampak sesekali aktivitas klien dibantu keluarga</p> <p>8. Luka tampak dibalut dengan perban</p> <p>9. Klien tampak sulit bergerak</p> <p>10. Klien tampak sesekali memegang daerah luka jaitan dengan tangan</p> <p>11. Tampak luka op masih tampak basah</p> <p>12. Luka tampak bersih dan mulai Kering</p> <p>13. Klien terpasang kateter</p> <p>14. Hasil laboratorium HB : 9.3 g/dl HT : 23 % L : 10.9 10³/ul T : 25910³/ul</p> <p>15. TTV TD : 98/60 mmHg Suhu : 36,5</p>

	Nadi : 110x/menit RR : 22x/mnt 16. Mukosa bibir kering
--	--

I. ANALISADATA

Nama Klien

: Ny.R

Tanggal

Pengkajian

: 26-11-2022

Dx.Medis

: P6A0

No	Analisa data	Masalah	Etiologi
1	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan lemas 2. Pasien mengatakan mudah pusing saat bergerak 3. Klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pengisian kapiler >3 detik 2. warna kulit pucat 3. hasil laboratorium <ul style="list-style-type: none"> HB : 9.3 g/dl HT : 23 % L : 10.9 10^3/ul T : 259 10^3/ul 	<p>Perfusi perifer tidak efektif</p>	<p>Penurunan konsentrasi hemoglobin</p>

2	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan : P : Bekas lokasi Sc Q : Nyeri dirasakan seperti di sayat-sayat R: Abdomen S : Skala Nyeri 6 T : Saat bergerak,batuk,tertawa Klien mengatakan perut terasa kembung Klien sesekali memegang luka post po sc menggunakan tangan <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien terlihat meringis menahan nyeri Klien tampak berhati-hati Ketika bergerak Klien tampak memegang luka post op dibagian bawah abdomen kurang lebih 10 cm yang masih ditutup perban <p>Tanda-tanda</p> <p>Vital :</p> <p>TD 98/60mmhg Suhu : 36,5</p> <p>Nadi 110 x/menit RR : 22x/mnt</p>	Nyeri akut	Agen cedera fisik (Luka atau jahitan <i>post sectio caesarea</i>)
---	--	------------	---

3	<p>DS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan lemah 2. Kline mengatakan masih sulit bergerak 3. Klien mengatakan merasa lemas 4. Klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga 5. Klien mudah pusing saat beraktivitas <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak lemas 2. Klien tampak lemah 3. Aktivitas klien dibantu keluarga 4. Pasien tampak pucat 5. Pasien terpasang kateter 6. Klien terlihat sulit untuk bergerak 	Intoleransi aktivitas (D0056)	Kelemahan
---	---	----------------------------------	-----------

1. DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan
1.	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin. (D.0009)
2.	Nyeri akut b.d Agen cedera fisik (Luka atau jahitan <i>post sectio caesarea</i>) (D.0077)
3.	Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan (D.0056)

RENCANA KEPERAWATAN / INTERVENSI KEPERAWATAN
 Nama pasien : Ny. R tanggal pengkajian: 26 november 2022
 Dx medis : Ketuban Pecah Dini (KP)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Tindakan
Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin. (D.0009)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Perfusi perifer (L.02011) meningkat dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Warna kulit pucat menurun • Kelembaban membrane mukosa meningkat • Hemoglobin meningkat • Hematokrit meningkat 	Transfusi darah (I.02089) Observasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas 2. monitori tanda-tanda vital sebelum,selama,setelah transfuse 3. monitori reaksi transfusi Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera 2. lakukan pencegahan infeksi 3. lakukan pengecekan ganda pada label darah (golongan darah,rhesus,tanggal kadaluarsa,jumlah,identitas pasien) 4. hentikan transfuse jika terdapat reaksi edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1. jelaskan tujuan transfuse darah 2. jelaskan tanda dan gejala reaksi transfuse yang harus dilaporkan
Nyeri akut b.d Agen cedera fisik (Luka atau jahitan <i>post sectio caesarea</i>) (D.0077)	setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi

	<p>(L.08066) menurun dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. keluhan nyeri menurun 2. meringis menurun 3. skala nyeri menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. jelaskan strategi meredakan nyeri 2. Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat 3. Ajarkan Teknik nonfarmakaologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik, bila perlu klien mendapatkan asam mefenamat 3x500mg dan remopain 3x1gr</p>
--	--	---

Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan (D.0056)	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas (L.05047) meningkat dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan Lelah berkurang 2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari 3. Perasaan Lelah berkurang 	<p>Manajemen Energi (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kelelahan fisik dan emosional 2. Monitor pola dan jam tidur <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 2. Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi</p>

CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN HARI I

Nama pasien : Ny. R tanggal pengkajian: 26 november 2022

Dx medis : ketuban pecah dini (KPD)

Diagnosa Keperawatan	Hari	Tindakan	Evaluasi	Paraf
Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d penurunan konsentrasi	17 November 2022	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan skala nyeri 6 	

<p>hemoglobin. (D.0009)</p>		<p>2. Memonitori tanda-tanda vital sebelum,selama,setelah transfuse</p> <p>3. Memonitori reaksi transfusi</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menghindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera 2. Melakukan pencegahan infeksi 3. Melakukan pengecekan ganda pada label darah (golongan darah,rhesus,tanggal kadaluarsa,jumlah,identitas pasien) 4. Menghentikan transfuse jika terdapat reaksi <p>edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tujuan transfuse darah 2. Menjelaskan tanda dan gejala reaksi transfuse yang harus dilaporkan 	<p>-pasien mengatakan tidak ada kemerahan</p> <p>- ttv</p> <p>-pasien mengatakan lemas mulai berkurang</p> <p>TD98/60</p> <p>N: 110x/menit</p> <p>S: 36,5</p> <p>RR:22 X/ Menit</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. hemoglobin : 9,3 Hematokrit : 23% 2. pasien mendapatkan transfuse darah 430ml dengan golongan darah AB+ Pada jam 11.00 3. ttv sebelum :109/80 mmHg Saat : 110/85mmHg Setelah : 120/85mmHg 4. pasien di jelaskan tanda dan gejala alergi transfuse 5. CRT >3 detik - Konjungtiva anemis – 6. Turgor kulit menurun <p>A :</p>	
---------------------------------	--	---	--	--

			Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi	
Nyeri akut b.d Agen cedera fisik (Luka atau jahitan <i>post sectio caesarea</i>) (D.0077)	17 november 2022	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. menjelaskan strategi meredakan nyeri 2. Menganjurkan menggunakan analgetic secara tepat 3. Mengajarkan Teknik nonfarmakaologis untuk mengurangi rasa nyeri 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. -Pasien mengatakan nyeri pada abdomen bekas oprasi dengan skala nyeri 6 2. -Pasien mengatakan rasa sakit lebih terasa jika bergerak,batuk serta tertawa <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terlihat meringis 2. Pasien terlihat gelisah 3. Aktivitas pasien dibantu keluarga 4. Pasien di berikan asam mefenamat untuk meredakan nyeri melalui cairan infus 5. Pasien diajarkan Teknik relaksasi Tarik nafas dalam <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	

		<p>Kolaborasi</p> <p>Berkolaborasi pemberian analgetik, bila perlu</p>		
<p>Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan (D.0056)</p>	<p>17novembe r 2022</p>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kelelahan fisik dan emosional 2. Monitor pola dan jam tidur <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjangan) 2. Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. -klien mengatakan badan masih terasa lemah dan lemas 2. Pasien mengatakan aktivitas dibantu keluarga 3. Pasien mengatakan tidur siang 1-2 jam dan untuk malam 4-5 jam, pasien sering terbangun karna merasa nyeri 4. Pasien mengatakan nyaman dengan tempat yang di sediakan <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terpasang kateter urin 2. Pasien dijelaskan terapi distraksi oleh perawat 3. Pasien tampak tidur dengan posisi semi fowler 4. Pasien tampak melakukan aktivitas di tempat tidur saat 	

			<p>ingin BAB dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	
--	--	--	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN HARI II

Nama pasien : Ny. R

tanggal pengkajian: 27 november 2022

Dx medis : ketuban pecah dini (KPD)

Diagnosa Keperawatan	Hari	Tindakan	Evaluasi	Paraf
Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin. (D.0009)	27November 2022	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas 2. Memonitori tanda-tanda vital sebelum,selama,setelah transfuse 3. Memonitori reaksi transfusi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menghindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera 2. Melakukan pencegahan infeksi 3. Melakukan pengecekan ganda pada label darah (golongan darah,rhesus,tanggal kadaluarsa,jumlah,identitas pasien) 4. Menghentikan transfuse jika terdapat reaksi <p>edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tujuan transfuse darah 2. Menjelaskan tanda dan gejala reaksi transfuse yang harus dilaporkan 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Pasien mengatakan skala nyeri 5 2. klien mengatakan masih rada lemas <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. hemoglobin : 10,9 Hematokrit : 30% 2. pasien sudah mendapatkan transfuse darah pada tanggal 17 november sebanyak 430 ml dengan golongan darah AB+ Pada jam 11.00 3. CRT >3 detik - Konjungtiva anemis – 4. Turgor kulit menurun 5. Ttv TD: 105/60 mmHg N: 110 X/menit RR:22X/menit S:36.6 	

			<p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	
<p>Nyeri akut b.d Agen cedera fisik (Luka atau jahitan <i>post sectio caesarea</i>) (D.0077)</p>	<p>27 november 2022</p>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. menjelaskan strategi meredakan nyeri 2. Mengajarkan menggunakan analgetic secara tepat 3. Mengajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 4. Kolaborasi 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. -Pasien mengatakan nyeri pada abdomen bekas oprasi dengan skala nyeri 5 2. -Pasien mengatakan rasa sakit lebih terasa jika bergerak, batuk serta tertawa 3. Pasien mengatakan nyeri mereda saat melakukan Teknik relaksasi Tarik nafas dalam <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terlihat meringis 2. Pasien terlihat gelisah 3. Aktivitas pasien dibantu keluarga 4. Pasien di berikan asam mefenamat untuk meredakan 	

		<p>5. Berkolaborasi pemberian analgetik, bila perlu</p>	<p>nyeri melalui cairan infus</p> <p>5. Pasien diajarkan Teknik relaksasi Tarik nafas dalam Kolaborasi klien mendapatkan asam mefenamat 3x500mg dan remopain 3x1gr</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	
<p>Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan (D.0056)</p>	<p>27 november 2022</p>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kelelahan fisik dan emosional 2. Monitor pola dan jam tidur <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 2. Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. -klien mengatakan badannya masih terasa lemas 2. Klien mengatakan aktivitas masih dibantu keluarga 3. Pasien mengatakan tidur siang 1-2 jam, dan untuk malam hari klien tidur 4-5 jam dan sering terbangun. karna merasa nyeri <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien terpasang kateter urine 2. Pasien diberikan penjelasan tentang 	

			terapi distraksi oleh perawat. 3. Pasien tampak tidur dalam posisi semi fowler 4. Pasien tampak melakukan aktivitas di tempat tidur saat ingin BAB dibantu oleh keluarga A: Maslaah teratasi P: Intervensi dihentikan	
--	--	--	---	--

CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN HARI III

Nama pasien : Ny. R tanggal pengkajian: 28 november 2022

Dx medis : ketuban pecah dini (KPD)

Diagnosa Keperawatan	Hari	Tindakan	Evaluasi	Paraf
Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin. (D.0009)	19 November 2022	Observasi : 1. Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas 2. Memonitori tanda-tanda vital sebelum,selama,setelah transfuse 3. Memonitori reaksi transfusi Terapeutik : 1. Menghindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera 2. Melakukan pencegahan infeksi 3. Melakukan pengecekan ganda pada label darah (golongan	S : 1.Pasien mengatakan skala nyeri 3 2. klien mengatakan Lemas sudah berkurang O : 1. hemoglobin : 10.9 2. Hematokrit : 30% 3. pasien sudah mendapatkan transfuse darah pada tanggal 17	

		<p>darah,rhesus,tanggal kadaluarsa,jumlah,identitas pasien)</p> <p>4. Menghentikan transfuse jika terdapat reaksi</p> <p>edukasi</p> <p>3. Menjelaskan tujuan transfuse darah</p> <p>4. Menjelaskan tanda dan gejala reaksi transfuse yang harus dilaporkan</p>	<p>november sebanyak 430 ml dengan golongan darah AB+</p> <p>Pada jam 11.00</p> <p>4. turgor kulit membaik</p> <p>5. Ttv TD: 110/70 mmHg N:98X/menit RR:22X/menit S:36.6</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	
<p>Nyeri akut b.d Agen cedera fisik (Luka atau jahitan <i>post sectio caesarea</i>) (D.0077)</p>	<p>19 november 2022</p>	<p>Observasi</p> <p>4. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>5. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>6. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>Terapeutik</p> <p>3. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik</p>	<p>S :</p> <p>1. -Pasien mengatakan nyeri pada abdomen bekas oprasi dengan skala nyeri 3</p> <p>2. -Pasien mengatakan mulai bisa melakukan aktivitas</p> <p>3. Pasien mengatakan nyeri mereda saat melakukan Teknik relaksasi Tarik nafas dalam</p> <p>O:</p>	

		<p>imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>Edukasi</p> <p>6. menjelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>7. Menganjurkan menggunakan analgetic secara tepat</p> <p>8. Mengajarkan Teknik nonfarmakaologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>9. Kolaborasi</p> <p>10. Berkolaborasi pemberian analgetik, bila perlu</p>	<p>1. pasien terlihat sesekali meringis</p> <p>2. Pasien terlihat sesekali gelisah</p> <p>3. Klien mulai bisa melakukan aktivitasnya sendiri namun tetap dibantu keluarga</p> <p>4. Pasien di berikan asam mefenamat untuk meredakan nyeri melalui cairan infus</p> <p>5. Pasien diajarkan Teknik relaksasi Tarik nafas dalam jika nyeri muncul Kembali</p> <p>Kolaborasi klien mendapatkan asam mefenamat 3x500mg dan remopain 3x1gr</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	
Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan (D.0056)	27 november 2022	<p>Observasi</p> <p>1. Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>2. Monitor pola dan jam tidur</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis:</p>	<p>S :</p> <p>1. -klien mengatakan lemas mulai berkurang</p> <p>2. -klien mengatakan sudah bisa melakukan</p>	

		<p>cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>2. Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan tirah baring</p> <p>2. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi</p>	<p>aktivitas walau masih dibantu keluarga</p> <p>3. Klien mengatakan nyeri sudah berkurang sehingga tidur lebih berkualitas</p> <p>O:</p> <p>1. -pasien sudah tidak terpasang kateter</p> <p>2. -pasien tampak tidur dalam posisi semi fowler</p> <p>3. Pasien mulai dapat beraktivitas sendiri namun tetap dibantu keluarga</p> <p>A:</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p>	
--	--	--	---	--

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.P DENGAN *POST SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI OLIGOHIDRAMNION* RUANG RAMBUTAN RSUD CENGKARENG TAHUN 2022

PENGAJIAN KASUS KEDUA

I. Data Demografi

Nama klien	: Ny. P
Umur klien	: 30 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Nama suami	: Tn. A
Umur suami	: 31 tahun
Alamat	: Fajar baru utara,kecamatan cengkareng barat
Status perkawinan	: Menikah
Agama	: Islam
Suku	: Betawi
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga (IRT)
Diagnosa medis	: P3A0 Hamil 41 Minggu, Oligohidramnion
Tgl masuk RS	: 21-11-2022

III. Keluhan Utama Saat Ini

Klien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi, nyeri seperti tersayat-sayat, nyeri dirasakan ketika bergerak, skala nyeri 5 dan nyeri hilang timbul. Klien mengatakan lukanya sakit jika berjalan dan beraktivitas, klien juga mengatakan susah tidur karna nyeri yang dialaminya.

III. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah dirawat di Rumah Sakit, klien juga mengatakan tidak pernah menderita penyakit diabetes, jantung, hipertensi ataupun hepatitis.

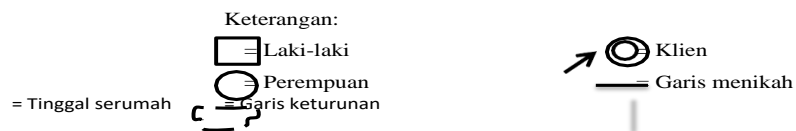
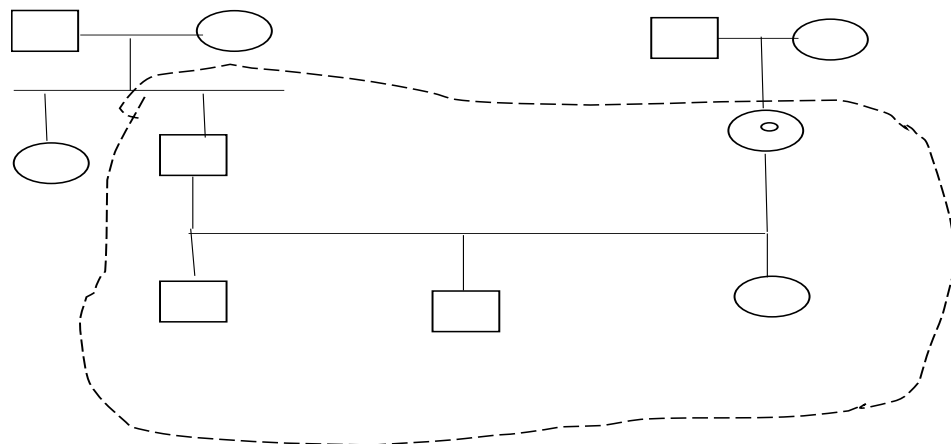
IV. Riwayat Persalinan dan Kelahiran Saat Ini

- ✓ Tanggal Operasi : 21 november 2022
- ✓ Jam Operasi : 21.00 WIB
- ✓ Bayi Lahir Jam : 24.00 WIB
- ✓ Type persalinan : SC Cito
- ✓ Penggunaan analgesik dan anestesi : Ada (Spinal Anestesi)
- ✓ Masalah selama persalinan : oligohidramnion

V. Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan keluarga tidak ada yang pernah mengalami hamil dengan letak sungsang dan persalinan dengan operasi *sectio cesarea*. Klien juga mengatakan keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit keturunan atau mengidap penyakit jantung, DM dan hipertensi.

GENOGRAM



VI. Riwayat Ginekologi

Riwayat penyakit kelamin dan penyakit menular seksual tidak ada.

VII. Riwayat Obstetri

- ✓ Usia menarch : 14 tahun
- ✓ Siklus menstruasi : 28 hari
- ✓ Lamanya menstruasi : 5 hari

VIII. Review Of System dan Pemeriksaan Fisik

- ✓ Penampilan umum : Sakit sedang
 - ✓ Kesadaran : Composmentis
 - ✓ Tinggi badan : 157cm
 - ✓ Berat badan : 68 kg
 - ✓ Vital sign :
- TD : 119/67 mmHg N : 105 x/menit
 S : 36,5° C RR : 18 x/menit

Komponen	Review of system	Pemeriksaan fisik
----------	------------------	-------------------

Kepala, mata dan leher	Klien mengatakan tidak mengalami gangguan penglihatan, kepala tidak pusing.	Kepala Normocephal simetris, konjungtiva tak anemis, sclera tak ikterik, pupil isokor, leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.
Kulit, rambut, kuku	Klien mengatakan selama ini tidak ada masalah pada kulit, kuku dan rambut	Pertumbuhan rambut merata rambut tidak mudah patah dan rontok, kulit bersih. Turgor kulit baik, kuku pendek dan bersih, CRT <3 detik.
Telinga	Klien mengatakan telinga tidak ada masalah.	Daun telinga simetris, tidak ada kelainan anatomis, pendengaran baik, kebersihan baik.
Mulut, tenggorokan dan hidung	Klien mengatakan tidak ada masalah pada mulut dan hidung	Bentuk bibir simetris, membran mukosa kering, tidak ada lesi stomatitis disangkal, gigi lengkap, tidak ada nyeri. Hidung tidak ada kelainan, sekret tidak ada, dan hidung bersih.
Thoraks dan paru	Klien mengatakan tidak mengalami sesak nafas	Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, suara nafas vesikuler, suara nafas tambahan seperti ronchi dan wheezing tidak ditemukan.
Payudara	Klien mengatakan ASI sudah keluar	Bentuk payudara simetris, kedua puting exverted (+)/(+). <i>Areola mammae</i> hiperpigmentasi dan kurang menonjol, tidak teraba adanya massa dan tampak colostrum
Jantung	Klien mengatakan tidak pernah merasakan ada kelainan jantung	BJ 1 BJ 2 normal, tidak terdengar suara jantung tambahan.
Abdomen	Klien mengatakan khawatir luka operasi infeksi, Klien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi, nyeri seperti tersayat-sayat, nyeri dirasakan ketika bergerak, skala nyeri 6, nyeri hilang timbul	Inspeksi tidak ada asites, palpasi hati dan limpa tidak membesar, ada nyeri di epigastrium, ada luka post operasi SC tertutup kasa
Genetalia	Klien mengatakan darah yang keluar berwarna merah Jika bergerak terasa seperti perdarahan	Organ reproduksi normal, lesi tidak adai.

Anus dan rectum	Klien mengatakan tidak ada masalah didaerah bokong.	Tidak ada hemoroid
Muskuloskeletal	Klien mengatakan tidak ada masalah dalam pergerakan tangan & kaki serta tidak ada pembengkakan pada kaki maupun tangan	Kemampuan musculoskeletal dalam batas normal, oedema tidak ada

DATA UMUM KESEHATAN

Initial Ibu : Ny. P Usia : 30 Tahun

Status obstetikus : P3 A0

No.	Tipe Persalinan	BB waktu lahir	Keadaan bayi waktu lahir	Umur sekarang
1.	Normal	3200	Sehat	2013
2.	Normal	2800	Sehat	2014
3	Sc	2800	Sehat	2022

- Masalah prenatal : Ibu mengatakan tidak ada masalah, Ibu mengatkan sewaktu hamil rutin memeriksakan kehamilannya di Bidan
- Riwayat persalinan sekarang : Bayi lahir SC tgl 21 november 2022
- Riwayat KB : Sebelumnya Ibu menggunakan KB suntik
- Rencana KB : Ibu ingin menggunakan KB pil

DATA POSTNATAL

- Buah dada :
 - Kesan umum : Bentuk dada simetris, putting susu

dalam keadaan bersih, kurang menonjol, aerola berwarna coklat kehitaman, tidak ada pembengkakan, tidak terdapat nyeri saat dipalpasi

- Putting susu :

Puting susu dalam keadaan bersih, puting susu kurang menonjol, aerola berwarna coklat kehitaman, tidak ada pembengkakan mammae, warna mammae kecoklatan, tidak terdapat nyeri saat dipalpasi.

2. Diastasis rectus abdominis

1. Ukuran : Tinggi 2 cm dan lebar 4 cm

2. Abdomen :

I : ada luka bekas sectio caesarea sepanjang kurang lebih 10 cm luka tidak basah

A : Bising usus normal

P : Terdapat nyeri tekan pada luka

post op sectio caesarea P :

Tympani

3. Fundus uterus :

a. Tinggi : 2 jari dibawah pusat

b. Posisi : Normal

c. Kontraksi : Kuat

4. Lochia

- a. Jumlah: 1 pembalut ganti pembalut
- b. Warna : Merah
- c. Konsistensi : Cair lendir
- d. Bau : Amis

5. Perineum

- a. Utuh, episiotomi, rupture : Utuh
- b. REEDA sign :
 - Rednes : Tidak ada kemerahan
 - Echimosis : tidak ada kebiruan
 - Edema : tidak ada kebiruan
 - Dischargment : tidak ada cairan sekresi pus yang keluar
 - Approximity : jaitan luka tampak merekat dan mulai mengering
- c. Keadaan : Luka masih basah
- d. Kebersihan : Pasien sering membersihkan lukanya
- b. Hemorroid : Ibu tidak menderita hemorroid
- c. Varises: Tidak terdapat varises
- d. Homan's sign : (-) tidak terdapat oedem, tidak terdapat varises
- e. Kebiasaan BAK :

Setelah melahirkan: Frekuensi: 4-5 kali sehari

Warna :

Kuning Bau :

Amonia

Konsistensi :

cair

f. Kebiasaan BAB :

Setelah melahirkan: Frekuensi: 1 kali sehari

Warna : Khas

Bau : Khas Konsistensi

:Lembek

g. Pola tidur :

Sebelum melahirkan :

waktu tidur : 6-7 jam

Setelah melahirkan :

waktu tidur : 4-5 jam

h. Keadaan mental : Pasien gelisah karena luka jaitan SC masih cukup nyeri dan aktivitas nya sehari hari masih dibantu keluarga

i. Asupan nutrisi :

- Makan

Sebelum melahirkan : Nasi, lauk dan sayur. 1 porsi

habis Setelah melahirkan : Nasi lauk dan sayur. 1

porsi tidak abis

- Minum

Sebelum melahirkan

: 8-10 gelas Setelah

melahirkan : 5-6

gelas

j. Penyesuaian dengan bayi : Penyesuaian baik

Pemeriksaan Labolatorium

Tanggal 22 November 2022

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
HEMATOLOGI		
Hema I		
Hemoglobin	12.3 g/dl	12.8 - 16.8 g/dl
Hematokrit	37 %	33 % – 45 %
Leukosit	12.0 10³/ul	4.5 - 13.0 10 ³ /ul
Trombosit	221 10 ³ /ul	154 - 442 10 ³ /ul

Terapi obat-obatan

No	Nama obat	Dosis
1.	cefodrafil	3x500mg
2.	Asam mefenamat	3x500mg
3.	Cefotaxime	3x1gr
4.	Remopain	3x1
5.	ranitidine	2x1 gr

DATA FOKUS

Nama Klien : Ny. P Perawat : Rosdiana M

DX Medis : P3A0 Hamil 40 Minggu Ruangan : Rambutan

Dengan Post SC dengan indikasi oligohidramnion

Data Subjektif (DS)	Data Objektif (DO)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri di bagian luka operasi, Nyeri seperti tersayat-sayat, nyeri dirasakan ketika bergerak, skala nyeri 5 dan nyeri hilang timbul P : nyeri yang dirasakan hilang timbul Q : Nyeri dirasakan seperti di remas remas R: Nyeri pada luka post sc Skala : Nyeri 5 T : Saat bergerak dan beraktivitas 2. Klien mengatakan nyeri jika berjalan 3. Klien mengatakan aktivitas dibantu suami 4. Klien mengatakan darah yang keluar dari kemaluan berwarna merah dan ganti underpad 1x sehari 5. Klien mengatakan khawatir lukanya akan infeksi 6. klien mengatakan lukanya masih basah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. KU : Sakit sedang 2. Kesadaran : Composmentis 3. Tanda-Tanda Vital : TD : 119/80 mmHg N : 96 x/menit S : 36,5° C RR : 18 x/menit 4. Pemeriksaan LAB HB : 12.3 g/dl HT : 37 % L : 12.0 10³/ul T : 221 10³/ul 5. P3A0 6. Klien tampak meringis kesakitan 7. Klien tampak sering memegang bekas lukanya 8. Terdapat luka post Op SC di daerah abdomen. 9. Terdapat luka tertutup dengan balutan 10. Balutan tampak bersih dan tidak ada rembesan

I. ANALISA DATA

Nama Klien

:Ny.P Tanggal

Pengkajian

: -11-2022

Dx.Medis

: P3A0

No	Analisa data	Masalah	Etiologi
1	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan : <ul style="list-style-type: none"> P : luka bekas post sc Q : Nyeri dirasakan seperti di remas – remas R: Nyeri pada luka post sc S : Skala Nyeri 5 T : bergerak Klien mengatakan perut terasa kembung Klien sesekali memegang luka post po sc menggunakan tangan <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien terlihat meringis menahan nyeri Klien tampak memegang luka post op dibagian bawah abdomen kurang lebih 10 cm yang masih ditutup perban <p>Tanda-tanda</p> <p>Vital : TD : 119/67mmhg</p> <p>Suhu : 36,0</p> <p>Nadi 81x/menit RR : 20x/mnt</p>	<p>Nyeri akut (D.0077)</p>	<p>Agen cedera fisik (Luka atau jahitan <i>post sectio caesarea</i>)</p>

2	<p>DS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan asinya sedikit 2. Klien mengatakan bayinya selalu menangis saat akan menyusui 3. Klien mengatakan puting susu kurang menonjol 4. Klien mengatakan harus mencubit puting susu agar bayi bisa menyusu <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Puting payudara klien tampak kurang menonjol 2. Bayi terlihat kurang puas setelah menyusui 3. Bentuk payudara simetris, kedua puting kurang menonjol. Areola mammae hiperpigmentasi, tidak teraba adanya massa dan tampak colostrum sudah mulai keluar tetapi tidak terlalu banyak. 4. Pasien tampak bingung harus melakukan apa 	<p>Menyusui tidak efektif (D.0029)</p>	<p>Anomalia payudara ibu</p>
---	---	--	------------------------------

3	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan khawatir lukanya akan infeksi 2. klien mengatakan lukanya masih basah <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat luka post sc tertutup dengan balutan 2. Balutan tampak bersih dan tidak ada rembesan 3. Klien tampak sering memegang bekas lukanya 	<p>Risiko infeksi (D.0124)</p>	<p>Kerusakan integritas kulit</p>
---	---	------------------------------------	-----------------------------------

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa : Rosdiana Manalu

Nama Klien : Ny.P

No	Dignosa Keperawatan
1	Nyeri akut b.d Agen cedera fisik (Luka pasca lahir) (SDKI: D.0077)
2	Menyusui tidak efektif b.d anomalia payudara ibu (SDKI : D.0029)
3	Resiko infeksi b.d kerusakan integritas kulit (SDKI: 0142)

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny.P

Tanggal Pengkajian : 21 november 2022

Dx.Medis : P3A0

No.	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut b.d agen cedera fisik (D.0077)	Setelah diberikan penatalaksanaan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis berkurang 3. Gelisah menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri Identifikasi faktor yang Terapeutik : 1. Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi napas dalam) 2. Kontrol lingkungan

			<p>yang memperberat rasa nyeri</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, priode dan pemicu nyeri 2. Ajarkan teknik nor farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgesic</p>
2.	<p>Menyusui tidak efektif b.d anomalia payudara ibu (SDKI : D.0029)</p>	<p>Setelah diberikan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan status menyusui (L.03029) membaik dengan KH:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. perlekaran bayi pada payudara ibu meningkat 2. Kemampuan Ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat 3. Bayi tidur setelah menyusui meningkat 4. tetesan / pacarana bayi meningkat 	<p>Konsultasi laktasi (I.03094)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui. 2. Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan teknik mendengarkan aktif (mis. duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu) 2. Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar <p>Edukasi</p> <p>Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu</p> <p>Pijat Laktasi (I.03134) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kondisi mammae dan putting <p>Terapeutik</p>

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan ibu dengan nyaman 2. Pijat mulai dari kepala, leher, bahu, punggung dan payudara. 3. Pijat dengan lembut 4. Pijat secara melingkar (butterfly stroke) 5. Pijat secara rutin setiap hari 6. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui dengan memberikan pujian terhadap perilaku positif ibu. 7. . Libatkan suami dan keluarga <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan 2. Jelaskan Manfaat Tindakan
3.	Resiko infeksi b.d kerusakan integritas kulit D.0142	Setelah di berikan tindakan asuhan keperawatan 3x 24 jam pasien di harapkan tingkat infeksi (L.14137) menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Nyeri menurun 	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan perawatan kulit pada area edema 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak pasien dan lingkungan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan cuci tangan yang baik dan benar 2. Jelaskan tanda dan indekasu gejala

			3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
--	--	--	---

A. CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN HARI I

Nama pasien : Ny. P

tanggal pengkajian: 21 november 2022

Dx medis : oligohidramnion

Diagnosa Keperawatan	Hari	Tindakan	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut b.d Agen cedera fisik (Luka pasca lahir) (SDKI: D.0077)	21 November 2022	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan terapi non farmakologis untuk 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan skala nyeri 5 2. pasien mengatakan nyeri terasa saat bergerak 3. klien mengatakan mau belajar Teknik non farmakologis Tarik nafas dalam untuk meredakan nyeri 	

		<p>mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi napas dalam)</p> <ol style="list-style-type: none"> yang memperberat rasa nyeri Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan penyebab, priode dan pemicu nyeri Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi: Kolaborasi pemberian analgesic 	<p>4. klien mengatakan sering terbangun saat tidur karna nyeri yang dirasakan</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> pasien terlihat meringis pasien terlihat gelisah pasien terlihat kooperatif saat diajarkan Teknik relaksasi tarik nafas dalam pasien terlihat terkadang memegang bekas lukanya pasien mendapat asam mefenamat 3x600gr <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p>	
Menyusui tidak efektif b.d anomalia payudara ibu (SDKI : D.0029)	17 november 2022	<p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui. Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Gunakan teknik mendengarkan aktif 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> -Pasien mengatakan mau mendapatkan informasi seputar laktasi klien mengatakan putingnya kurang menonjol sehingga bayi kesulitan saat menyusu 	

		<p>(mis.duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu)</p> <p>2. Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar</p> <p>Edukasi</p> <p>Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu</p> <p>Pijat Laktasi (I.03134) Observasi</p> <p>2. Monitor kondisi mammae dan putting</p> <p>Terapeutik</p> <p>8. Posisikan ibu dengan nyaman</p> <p>9. Pijat mulai dari kepala, leher, bahu, punggung dan payudara.</p> <p>10. Pijat dengan lembut</p> <p>11. Pijat secara melingkar (butterfly stroke)</p> <p>12. Pijat secara rutin setiap hari</p> <p>13. kepercayaan diri dalam menyusui dengan memberikan pujian terhadap perilaku positif ibu.</p> <p>14. . Libatkan suami dan keluarga</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan</p> <p>Jelaskan Manfaat Tindakan</p>	<p>3. klien mengatakan masih mencubit area putting agar bayi bisa menyusui</p> <p>4. klien mengatakan lebih rileks saat dilakukan pijat laktasi</p> <p>5.klien mengatakan akan mencoba Teknik menyusui yang diajarkan</p> <p>O:</p> <p>6. Putting klien masih tampak kurang menonjol</p> <p>7. Klien tampak antusias saat diberikan informasi</p> <p>8. Klien tampak antusias saat diberikan terapi pijat laktasi</p> <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p>	
Resiko infeksi b.d kerusakan integritas kulit	17november 2022	<p>Observasi</p> <p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>Terapeutik</p>	<p>S :</p> <p>1.klien mengatakan menjaga lingkungan sekitarnya</p>	

		<p>Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>4. Ajarkan cuci tangan yang baik dan benar</p> <p>5. Jelaskan tanda dan indekasu gejala</p> <p>Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>	<p>2.Klien mengatakan luka post SC bagus</p> <p>3.Klien mengatakan luka post SC tidak ada rembesan</p> <p>O:</p> <p>1.Klien masih tampak lemas</p> <p>2.Luka post sc klien bersih, tidak ada rembesan</p> <p>3.Klien selalu bergerak secara hati-hati</p> <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p>	
--	--	--	---	--

B. CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN HARI III

Nama pasien : Ny. P

tanggal pengkajian: 23 november 2022

Dx medis : oligohidramnion

Diagnosa Keperawatan	Hari	Tindakan	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut b.d Agen cedera fisik (Luka pasca lahir) (SDKI: D.0077)	23 November 2022	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi napas dalam) 2. yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, priode dan pemicu nyeri 2. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 4. Kolaborasi:Kolaborasi pemberian analgesic 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Pasien mengatakan rasa nyeri sudah berkurang 2.pasienn mengatakan skala nyerinya 3 3.pasien mengatakan bisa mika-miki,dan duduk 4.klien mengatakan sudah bisa tertidur 5.klien mengatakan jika nyerinya muncul akan melakukan Teknik Tarik nafas dalam <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien terlihat sesekali meringis 5. pasien mendapat asam mefenamat 3x600gr 6.TTV: TD: 120/85mmHg N: 80x/menit 	

			<p>Rr: 20x/menit S:36,5</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikam</p>	
<p>Menyusui tidak efektif b.d anomalia payudara ibu (SDKI : D.0029)</p>	<p>17 november 2022</p>	<p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui. 2. Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Gunakan teknik mendengarkan aktif (mis.duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu) 4. Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar <p>Edukasi</p> <p>Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu</p> <p>Pijat Laktasi (I.03134) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor kondisi mammae dan putting <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapeutik 2. Posisikan ibu dengan nyaman 3. Pijat mulai dari kepala, leher, bahu, punggung dan payudara. 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien mengatakan putingnya mulai sedikit menonjol 2. klien mengatakan bayinya sudah tampak sedikit rileks saat menyusu 3. klien mengatakan rutin melakukan pijat putting susu secara mandii sesuai yang diajarkan <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Putting klien masih tampak kurang menonjol 10. Klien tampak antusias saat diberikan terapi pijat laktasi <p>A: Masalah teratasi sebagian</p>	

		<p>4. Pijat dengan lembut</p> <p>5. Pijat secara melingkar (butterfly stroke)</p> <p>6. Pijat secara rutin setiap hari</p> <p>7. kepercayaan diri dalam menyusui dengan memberikan pujian terhadap perilaku positif ibu.</p> <p>8. . Libatkan suami dan keluarga</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan</p> <p>Jelaskan Manfaat Tindakan</p>	<p>P:</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p>	
<p>Resiko infeksi</p> <p>b.d kerusakan integritas kulit</p>	<p>17november 2022</p>	<p>Observasi</p> <p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>3. Berikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>6. Ajarkan cuci tangan yang baik dan benar</p> <p>7. Jelaskan tanda dan indekasu gejalalla</p> <p>Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>	<p>S :</p> <p>1.klien mengatakan luka post SC tidak ada rembesan</p> <p>O:</p> <p>1.Klien tampak sudah lenih baik</p> <p>2.Luka post sc klien bersih, tidak ada rembesan</p> <p>3.tidak Nampak tanda-tanda infeksi</p> <p>A:</p> <p>Masalah belum teratais</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p>	

C. CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN HARI II

Nama pasien : Ny. P

tanggal pengkajian: 21 november 2022

Dx medis : oligohidramnion

Diagnosa Keperawatan	Hari	Tindakan	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut b.d Agen cedera fisik (Luka pasca lahir) (SDKI: D.0077)	21 November 2022	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi napas dalam) 2. yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, priode dan pemicu nyeri 2. Ajarkan teknik nor farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 5. Kolaborasi:Kolaborasi pemberian analgesic 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Pasien mengatakan rasa nyeri mulai berkurang 2.pasienn mengatakan skala nyerinya 4 3.pasien mengatakan sudah mulai bisa melakukan mika-miki 3.klien mengatakan rasa nyerinya masih hilang timbul tapi tidak seperti sebelumnya 4.klien mengatakan sudah mulai bisa tertidur 5.klien mengatakan jika nyerinya muncul akan melakukan Teknik Tarik nafas dalam <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien terlihat meringis 2. pasien terlihat gelisah 3. pasien terlihat kooperatif saat diajarkan 	

			<p>Teknik relaksasi tarik nafas dalam</p> <p>4. pasien terlihat terkadang memegang bekas lukanya</p> <p>5. pasien mendapat asam mefenamat 3x600gr</p> <p>6.TTV: TD: 125/80mmHg N: 85x/menit Rr: 20x/menit S:36,5</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	
Menyusui tidak efektif b.d anomalia payudara ibu (SDKI : D.0029)	17 november 2022	<p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui. 2. Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan teknik mendengarkan aktif (mis.duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu) 2. Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. klien mengatakan putingnya masih kurang menonjol sehingga bayinya masih kesulitan saat menyusui 5. klien mengatakan sudah mengetahui posisi dan cara menyusui yang benar 6. klien mengatakan lebih rileks saat 	

		<p>Edukasi</p> <p>Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu</p> <p>Pijat Laktasi (I.03134) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kondisi mammae dan putting <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan ibu dengan nyaman 2. Pijat mulai dari kepala, leher, bahu, punggung dan payudara. 3. Pijat dengan lembut 4. Pijat secara melingkar (butterfly stroke) 5. Pijat secara rutin setiap hari 6. kepercayaan diri dalam menyusui dengan memberikan pujian terhadap perilaku positif ibu. 7. . Libatkan suami dan keluarga <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan <p>Jelaskan Manfaat Tindakan</p>	<p>dilakukan pijat laktasi</p> <p>7. 5.klien mengatakan akan mencoba Teknik menyusui yang diajarkan</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Putting klien masih tampak kurang menonjol 12. Klien tampak antusias saat diberikan terapi pijat laktasi <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p>	
Resiko infeksi b.d kerusakan integritas kulit	17november 2022	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan perawatan kulit pada area edema 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak pasien dan lingkungan pasien <p>Edukasi</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.klien mengatakan menjaga lingkungan sekitarnya 2.Klien mengatakan luka post SC bagus 3.Klien mengatakan luka post SC tidak ada rembesan 	

		<ol style="list-style-type: none">1. Ajarkan cuci tangan yang baik dan benar2. Jelaskan tanda dan indekasu gejala Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi	<p>O:</p> <ol style="list-style-type: none">1.Klien masih tampak lemas2.Luka post sc klien bersih, tidak ada rembesan3.Klien selalu bergerak secara hati-hati <p>A:</p> <p>Masalah belum teratais</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p>	
--	--	---	---	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada pembahasan kasus ini penulis akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan maternitas pada Ny.R P6A0 Post Sc dengan indikasi Ketuban Pecah dini (KPD) dan Ny.P P3A0 Post Sc dengan indikasi Oligohidramnion . Berikut ini akan diuraikan pelaksanaan Asuhan keperawatan pada Ny.R P6A0 Post Sc dengan indikasi Ketuban Pecah dini (KPD) dan Ny.P P3A0 Post Sc dengan indikasi Oligohidramnion. di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng sesuai tiap fase dalam proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

A. PENGKAJIAN

Menurut Teori

Sectio caesaria adalah suatu tindakan persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding Rahim. Tindakan Sectio Caesarea dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu yang dikarenakan bahaya atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervaginam (juliati).

Berbagai indikasi petugas medis untuk dilakukannya Tindakan section caesarea karna dianggap merupakan tanda-tanda bahaya kehamilan dan persalinan salah satu

yang paling menonjol adalah Ketuban Pecah Dini (KPD) (Rahayu et al., 2017). Menurut (Anisa, 2021) terdapat beberapa faktor penyebab dari terjadinya ketuban pecah dini antara lain faktor umum (infeksi lokal, faktor sosial), faktor keturunan (kelainan genetik, asupan nutrisi ibu kurang), faktor obstetrik (kehamilan kembar, serviks inkompeten, serviks konisasi, sefalopelvik). Indikasi lain yang merupakan salah satu indikasi dilakukannya tindakan sectio caesarea ialah terjadinya penurunan jumlah ketuban atau Oligohidramnion. Menurut (Sofiyah, 2022) belum ada penyebab pasti terjadinya oligohidramnion,

Menurut Kasus

Penulis melakukan pengkajian pada kasus pertama yaitu Ny.R pada tanggal 26 november 2022 hasil pengkajian yang didapatkan adalah klien mengatakan masih merasakan nyeri saat bergerak, nyeri seperti di remas-remas dengan skala nyeri 6 nyeri terasa saat klien batu, tertawa, dan mencoba untuk bergerak. Ny.R dilakukan Tindakan MOW/Tubektomi. klien terlihat sering meringis, klien juga terpasang selang kateter, klien sering merasa lemas dan pusing, ADL klien dibantu oleh keluarga terutama oleh suami terlihat klien sangat berhati-hati saat mencoba untuk bergerak, dari hasil pemeriksaan HEMA 1 didapatkan hemoglobin 9.3 g/dl (rendah), hematokrit : 23% (rendah), leukosit : $10.9^3/\text{ul}$, trombosit $259.10^3/\text{ul}$, setelah dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan bahwa kulit pucat, konjungtiva anemis, CRT >3, terdapat luka post OP sc dan tertutup kassa,

Hasil pengkajian selanjutnya pada Ny.P pada tanggal 21 november 2022 didapatkan bahwa klien masih merasakan nyeri dengan skala 5 dan terasa saat bergerak, setelah dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan bahwa areola mammae Ny.P kurang menonjol sehingga menyebabkan asi sulit untuk keluar dan By Ny.P tidak puas dalam menyusui, klien tidak terpasang kateter, klien tidak anemis, setelah dilakukan pemeriksaan post natal didapatkan bahwa ini anak ke 3 dan merupakan persalinan SC pertama bagi ibu, persalinan pertama dan kedua secara normal, sebelumnya ibu menggunakan KB suntik dan direncanakan akan menggunakan KB Pil, klien mengganti pembalut 1x sehari dengan konsistensi cair, dan berbau amis, Bab 1x sehari. Pemeriksaan HEMA 1 didapatkan Hemoglobin : 12.3g/dl, hematokrit : 37%, leukosit $12.10^3/\text{ul}$, trombosit : $221 10^3/\text{ul}$

Analisis Penulis

Pada kedua klien didapatkan beberapa hal yang sama yaitu klien mengalami nyeri dengan skala yang berbeda, klien juga terlihat sering meringis. Data yang ditemukan pada kedua klien sudah sesuai dengan tinjauan teori yang ada, tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus di lapangan

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut Teori

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang

berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Menurut Kasus

Diagnosa utama yang diangkat pada kedua kasus di atas berbeda yaitu pada Ny. R perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan hemoglobin sedangkan pada Ny.P diagnose utama yang diangkat adalah nyeri akut b.d agen cedera fisik. (luka atau jahitan post op section caesarea) Sedangkan untuk diagnosa kedua yang diangkat oleh penulis pada Ny.R adalah nyeri b.d agen cedera fisik (luka atau jahitan post op section caesarea) untuk Ny.P yaitu menyusui tidak efektif b.d anomalia payudara. Pada kasus Ny.R memiliki diagnose ke 3 yaitu intoleransi aktivitas b.d kelemahan sedangkan pada Ny.P risiko infeksi b.d kerusakan integritas kulit.

Analisa Peneliti

Kesamaan kasus yang terjadi adalah nyeri akut b.d agen cedera fisik. Hal ini dikarenakan Post OP section caesarea akan menimbulkan rasa sakit akibat dilakukan insisi atau sayatan pada abdomen ibu, selain itu ini merupakan Tindakan SC pertama bagi kedua klien. Pada diagnose yang berbeda penulis berasumsi hal ini dikarenakan keluhan yang lain yang dialami kedua klien juga berbeda. Pada Ny.R mengalami penurunan kadar hemoglobin dan mengeluh lemas serta pusing sehingga menyebabkan penulis mengangkat diagnose perfusi perifer tidak efektif, selain itu klien juga

mengeluh sulit melakukan aktivitas maka penulis juga mengangkat diagnose intoleransi aktivitas Pada Ny.P mengeluh asi sulit keluar dan setelah dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan bahwa puting Ny.P kurang menonjol sehingga menyebabkan menyusui tidak efektif. Selain itu penulis juga mengangkat diagnose risiko infeksi dimana terdapat luka bekas post sc di abdomen klien.

C. Intervensi keperawatan

Menurut Teori

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Intervensi pada tinjauan teori memuat target waktu yang dibutuhkan untuk melakukan perawatan pada klien, tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai, serta rencana tindakan yang akan dilakukan. Perencanaan atau intervensi dirancang oleh penulis berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dimana tindakan yang akan dilakukan terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Target waktu pencapaian kriteria hasil pada semua diagnosis ditentukan dengan rentang waktu yang sama.

Menurut Kasus

Pada kasus Ny.P dan Ny.R pada diagnose yang sama penulis melakukan rencana Tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Penulis berencana mengatasi masalah nyeri akut pada pasien dengan tujuan diharapkan tingkat nyeri berkurang. Pada kasus Ny. R dengan masalah perfusi perifer tidak efektif penulis berencana mengatasi masalah tersebut dengan tujuan yang diharapkan perfusi perifer membaik. Sedangkan pada kasus Ny.P mengatasi menyusui tidak efektif penulis mengatasi dengan tujuan yang diharapkan masalah menyusui membaik.

Intervensi yang dilakukan pada Ny.P dan Ny.R pada diagnose yang sama sesuai dengan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) untuk diagnosa nyeri akut adalah manajemen nyeri (I .08066), Sedangkan untuk Ny.R dengan diagnose perfusi perifer tidak efektif adalah pemberian produk darah, untuk Ny.P dengan diagnose menyusui tidak efektif adalah pijat laktasi (I . 03134)

Evidence Based

Pada kasus diatas selain terapi farmakologis kita juga bisa melakukan beberapa terapi nonfarmakologi yaitu Teknik relaksasi nafas dalam. Terapi relaksasi merupakan suatu teknik yang berkaitan dengan tingkah laku manusia dan efektif dalam mengatasi nyeri akut terutama rasa nyeri akibat prosedur diagnostik dan pembedahan. Biasanya membutuhkan waktu 5-10 menit pelatihan sebelum pasien dapat meminimalkan nyeri secara efektif tujuan pokok dari relaksasi adalah membantu pasien menjadi rileks dan memperbaiki berbagai aspek kesehatan fisik. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan kelelahan dan ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri dan

yang meningkatkan nyeri (sri, 2016). Banyak peneliti yang telah membuktikan bahwa terapi relaksasi dapat membantu klien menjadi rileks yang akan membuat rasa nyeri klien menurun, selain itu Teknik relaksasi dapat dilakukan dimana saja dan keluarga bisa membantu ibu dalam melakukannya.

Kasus ibu dengan puting kurang menonjol sangat penting untuk melakukan perawatan payudara atau terapi acupressure, hal ini sangat penting untuk membantu ibu membuat putingnya menonjol. Akupresur merupakan penekanan pada titik tertentu (yang dikenal dengan nama acupoint) dengan menggunakan Telunjuk maupun ibu jari untuk menstimulasi aliran energi dimeridian, yang penggunaannya sangat aman dan efektif, mudah dipelajari, dan juga membutuhkan waktu yang sedikit untuk menerapkannya. (Ikhsan, 2019).

Memberikan edukasi terkait penggunaan KB merupakan suatu hal yang sangat penting untuk dilakukan pada ibu dimana dilihat dari usia sang ibu yang sudah beresiko jika terjadi kehamilan Kembali. Menurut a (asamaul husna) kb pil dapat digunakan pada ibu yang masih menyusui, hal tersebut sesuai dengan kondisi klien yang masih menyusui.

D. Implementasi atau catatan keperawatan

Menurut Teori

Implementasi keperawatan merupakan tahap ke empat dalam tahap proses keperawatan dalam melaksanakan tindakan perawatan sesuai dengan rencana

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

Menurut Kasus

Implementasi yang dilakukan pada Ny.R dan Ny.P dibagi dalam empat komponen yaitu tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi, dan tindakan kolaborasi. Implementasi yang dilakukan penulis disesuaikan dengan perencanaan yang telah disusun. Implementasi pada Kasus 1 pasien Ny.R dari tanggal 26 november 2022- 28 november 2022 dilakukan selama 3 hari masa perawatan.

Implementasi yang dilakukan pada Ny.P dilakukan selama 3 hari masa perawatan yaitu dari tanggal 21 november hingga 23 november. Pada studi kasus ini penulis melakukan implementasi dan mengevaluasi keadaan klien setiap hari sesuai dengan intervensi atau rencana keperawatan.

Tindakan Evidence Based

Pada saat pelaksanaan implementasi, penulis menerapkan beberapa *evidence based nursing* pada klien. *Evidence based nursing* yang diterapkan yaitu Teknik relaksasi nafas dalam. Penulis menerapkan terapi nonfarmakologis tersebut karena terapi tersebut sederhana dan efektif untuk membantu mengatasi keluhan klien

E. Evaluasi atau catatan perkembangan

Menurut Teori

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi yang digunakan berbentuk S (subyektif), O (obyektif), A (analisa), P (perencanaan terhadap analisis). Evaluasi dilakukan setiap hari pada kedua kasus yaitu menggunakan evaluasi SOAP pada awal jam dinas dan terakhir di evaluasi kembali setelah diberikan intervensi pada jam akhir dinas.

Menurut Kasus

Evaluasi yang didapatkan pada Ny.R dihari pertama setelah dilakukan implementasi dari intervensi ketiga diagnose yang dibuat yaitu nyeri masih terasa dengan skala 6, lemas klien sudah mulai berkurang, klien diberikan transfuse darah sebanyak 430 cc dan tidak didapati tanda-tanda alergi pada saat dilakukan pemberian transfuse darah. Pasien juga masih meringis, skala nyeri 6 dan dirasakan saat mencoba bergerak, batuk dan tertawa dan intervensi dari ketiga diagnose tetap dilakukan. Pada evaluasi hari kedua dilakukan pengecekan HEMA 1 namun hasilnya belum diketahui, nyeri sudah menurun menjadi 5 klien, aktivitas klien masih dibantu oleh keluarga terutama suami. Evaluasi yang didapatkan dihari ketiga, hasil HEMA 1 pasien : hemoglobin 10,9g/dl hematokrit 30% , skala nyeri sudah menurun jadi 3, selang kateter

klien sudah terlepas pada diagnose pertama intervensi dihentikan, sedangkan pada diagnose ke 2 dan ke 3 masalah teratasi Sebagian.

Evaluasi yang didapatkan pada Ny.P dihari pertama setelah dilakukan implementasi dari intervensi ketiga diagnose tersebut klien mengatakan nyeri skala 5 dan dirasakan saat bergerak,terlihat putting klien kurang menonjol sehingga bayi kesulitan dalam menyusui, Pada evaluasi hari kedua belum terjadi perubahan signifikan. Putting ibu masih kurang menonjol. Evaluasi yang didapat pada hari ke tiga putting ibu sudah membaik dan mulai menonjol serta nyeri sudah berkurang skala nyeri 3.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

a. Kesimpulan

1. Berdasarkan data pengkajian didapatkan dari kasus Ny.R ditemukan data data seperti, nyeri dengan skala 6, nyeri diluka *post op sectio*, nyeri seperti diremas-remas, nyeri semakin terasa saat klien mencoba bergerak, tertawa dan batuk, klien juga mengatakan aktivitas dibantu keluarga dan merasa Lelah setelah mencoba bergerak , klien juga mengalami penurunan hemoglobin. Penulis menemukan 3 diagnosa yang muncul pada asuhan keperawatan *postnatal care* pada Ny.R dengan penentuan dignosa berdasarkan prioritas yang dilihat dari kondisi pasien sendiri, diantaranya Perfusi perifer tidak efektif, nyeri akut, intoleransi aktivitas
2. Berdasarkan data yang didapat pada pengkajian Ny.P ditemukan data nyeri dengan skala 5, luka seperti di tusuk-tusuk di bekas *post op section caesarea* dan semakin terasa saat klien bergerak dan berjalan, areola mammae klien juga terlihat tidak menonjol yang menyebabkan bayi klien tidak puas setelah menyusui. Penulis menemukan 3 diagnosa yang muncul pada asuhan keperawatan *postnatal care* pada Ny.P dengan penentuan dignosa berdasarkan prioritas yang dilihat dari kondisi pasien sendiri diantaranya nyeri akut, menyusui tidak efektif dan risiko infeksi

3. Rencana asuhan keperawatan yang dibuat ada beberapa yang berbeda dengan teori untuk masing-masing diagnosa, berdasarkan analisa penulis intervensi yang berbeda tersebut sudah di sesuaikan dengan teori lain, pembuatan rencana keperawatan berpacu pada SLKI SIKI dan dapat diimplementasikan dengan baik karena fasilitas yang mendukung dan kepercayaan dari keluarga pasien, serta bimbingan dari pembimbing klinik dan perawat ruangan.
4. Implementasi Keperawatan telah dilakukan sesuai dengan Rencana keperawatan yang sudah ada yang telah disesuaikan dengan teori yang sudah ada. Implementasi dilakukan pada Ny.R tanggal 26 November 2022 sampai 28 november 2022. Lama waktu 3x24 jam per shift dan didokumentasikan pada lembar implementasi keperawatan. Implementasi yang diberikan pada Ny.P Dari tanggal 21 november 2022 sampai 23 november 2022
5. Hasil evaluasi untuk pasien bervariasi, semua masalah dapat tercapai sesuai dengan tujuan pencapaian yang telah dibuat pada tahap perencanaan karena kondisi pasien sesuai dengan yang diharapkan, pasien kooperatif dan pasien dibolehkan pulang oleh dokter karena kondisi pasien mulai membaik.

b. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Saran kepada perawat dan bidan di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng untuk dapat mengoptimalkan kinerja dalam menerapkan asuhan keperawatan dan memberikan pelayanan biopsikososial spiritual yang sesuai kepada klien,

sehingga mutu asuhan keperawatan dapat dipertahankan serta kerjasama tim yang baik selama ini.

2. Institusi Pendidikan

Pembimbing sudah memfasilitasi mahasiswa dalam pembelajaran dan bimbingan saat mengerjakan Karya Ilmiah Akhir Ners untuk memberikan asuhan keperawatan kepada klien sehingga pembimbing juga dapat mengetahui kondisi klien yang diambil sebagai kasus Karya Ilmiah Akhir Ners. Hasil Karya Ilmiah Akhir Ners ini diharapkan dapat memberikan tambahan pengetahuan dan masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan serta meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan khususnya ilmu keperawatan maternitas.

3. Bagi Klien dan Keluarga

Pasien dan keluarga diharapkan dapat menambah pengetahuan tentang masalah-masalah dalam kehamilan dan cara pencegahan, perawatan serta pengobatan masalah dalam kehamilan dan perawatan luka dengan benar.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat memberikan tambahan pengetahuan dan masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan serta meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan khususnya Keperawatan Medikal Bedah.

5. Bagi Pasien dan Keluarga Pasien

Diharapkan pasien dan keluarga dapat memahami dan mengenal lebih dalam lagi

mengenai apa itu *section caesarea* dan komplikasi nya

DAFTAR PUSTAKA

- Andalas, M. (2019). *Supervisor bagian obstetri dan ginekologi fakultas kedokteran Universitas syiah Kuala 2,3,4,5 Peserta kepanitraan klinik senior bagian Obsgyn RSUDZA. 19(3), 188–192.*
- Anisa, N. (2021). *faktor-faktor yang empengaruhi keuban pecah dini pada kehamilan aterm.*
- Dian, P. (2019). *modul praktek asuhan kebidanan.*
- Elba, F. (2019). *Gambaran Kebiasaan Ibu Hamil Dalam Mengatasi Ketidaknyamanan Selama Kehamilan di RSUD R. Syamsudin, Sh. JURNAL KESEHATAN ILMIAH INDONESIA, 4(2), 22–28.*
- Karatjin, A. (2016). *modul ajar keperawatan maternitas.*
- Kurniati, D. (2018). *Manajemen intervensi fase laten ke fase aktif pada kemajuan persalinan. Jurnal Keperawatan Dan Pemikiran Ilmiah.*
- Legawati, & Riyanti. (2018). *DETERMINAN KEJADIAN KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RUANG CEMPAKA RSUD DR DORIS SYLVANUS PALANGKARAYA. 3(2).*
- livana, tri, M. (2017). *Karakteristik dan tingkat nyeri persalinan kala i fase laten. 4(3), 103–108.*
- Luckyva, T. (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN IBU POST PARTUM SECTIO CAESAREA DENGAN BSC : SUATU STUDI KASUS Nursing. 1, 103–109.*
- Luh, N., Marhaeni, P., Ayu, G., Mahayati, D., & Made, N. (2020). *RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SANGLAH DENPASAR TAHUN 2020. 9(1), 19–27.*
- Meirina. (2018). *ASUHAN KEPERAWATAN DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR PADA NY. S DENGAN POST SEKSIO SESARIA ATAS INDIKASI*

OLIGOHIDRAMNION DI PAVILIUN SAFA.

Mulyani, & Suryani. (2018). *ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. I USIA 39 TAHUN DENGAN OLIGOHIDRAMNION DI RSUD CIMACAN.*

negara ketut, R. (2017). *buku ajar ketuban pecah dini* (p. 142).

Oxon, H. (2012). Ilmu Kebidanan Patologi & Fisiologi Persalinan. In 2012.

Rahayu, B., Sari, A. N., Kebidanan, P. D., Ahmad, S., & Yogyakarta, Y. (2017). *Studi Deskriptif Penyebab Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) pada Ibu Bersalin.* 5(2), 134–138.

Sari, Y. M., & Munir, R. (2020). Hubungan antara Jarak Kehamilan dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini pada Ibu Bersalin. *Jurnal Ilmiah Kebidanan Indonesia*, 9(04), 175–179. <https://doi.org/10.33221/jiki.v9i04.419>

Sitorus, friska ernita. (2019). FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMILIHAN DI RSUD SEMBIRING DELITUA Jl . Besar No 77 Delitua Deli Serdang Sumatera Utara insurance . The purpose of this study is know the factors associated with the. *Jurnal Keperawatan Dan Fisiotherapy*, 1(2).

Sofiyah. (2022). *ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN PRE DAN POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI OLIGOHIDRAMNION.*

Sri, A. (2018). *PENGETAHUAN IBU HAMIL TENTANG TANDA-TANDA BAHAYA KEHAMILAN DI WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS CIMANDALA KECAMATAN SUKARAJA KABUPATEN BOGOR TAHUN 2012.*

Syafira. (2022). *ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADANY. E DENGAN OLIGOHIDRAMNION DANBY. NY. E DI RUMAH SAKIT UNIVERSITAS TANJUNGPURA KOTA PONTIANAK.*

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 Meutia Raya No. 88A-Kel.Sepanjang Jaya - Bekasi Telp.(021) 82431375-77 Fax (021) 82431374
Web:stikesmedistra-indonesia.ac.id Email: stikes_mi@stikesmedistra-indonesia.ac.id

FORMULIR KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR			
Nomor Dokumen	: FM.058/A.004/PROF NERS/STIKESMI-UPM/2022	Tanggal Pembuatan	: 18 November 2022
Revisi	:	Tgl efektif	: 28 November 2022

KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

No	Tanggal Bimbingan	Kegiatan	Bukti bimbingan	Paraf pembimbing
1	26-11-2022	Konsultasi judul KIAN dan menunggu panduan KIAN dari Dosen pembimbing	Melakukan konsultasi terkait judul dan sudah di ACC oleh dosen pembimbing Kian Melalui Pesan whatsapp yang sudah divalidasi	
2	19-12-2022	Konsultasi BAB I dengan dosen pembimbing terkait Latar belakang, rumusan masalah,Manfaat.	Konsultasi dengan dosen melalui whatsapp dan sudah divalidasi	
3	22-12-2023	Arahan Penyusunan BAB 1-5 oleh dosen pembimbing KIAN		
4	26-12-2022	Mengirimkan hasil pengerjaan BAB 1 dan BAB 2 ke dosen pembimbing	Mengirimkan hasil pengerjaan BAB 1 – BAB 2 kepada dosen pembimbing melalui pesan Whatsapp yang sudah divalidasi	
5	12-01-2023	Konsul BAB 1-5 kepada dosen pembimbing	Mengirimkan hasil pengerjaan BAB 1 – BAB 5 kepada dosen pembimbing melalui pesan Whatsapp yang	

			sudah divalidasi	
6	14-01-2023	Melakukan kontrak waktu dengan dosen pembimbing untuk tanggal dan waktu sidang KIAN	Melakukan kontrak waktu dengan dosen pembimbing untuk pelaksanaan sidang KIAN melalui pesan Whatsapp dan sudah tervalidasi	
7	17-01-2023	Melaksanakan sidang KIAN sesuai kontrak waktu yang disepakati dengan dosen pembimbing dan Penguji		
8	02-05-2023	Mengirimkan revisi hasil sidang KIAN kepada penguji 1 -menambahkan EBN dalam intervensi -melakukan menyingkronan pemeriksaan fisik dan analisa data -melakukan perbaikan pada bagian pembahasan sesuai dengan diagnosa yang diangkat	Mengirimkan hasil perbaikan sidang KIAN kepada dosen penguji melalui pesan whatsapp yang sudah divalidasi	
9	25-05-2023	Mendapat feedback oleh penguji 1 untuk membuat matriks perbaikan KIAN	Mendapatkan respon dari penguji 1 untuk membuat matriks perbaikan dan dikirimkan melalui pesan whatsapp	

10	30-05-2023	Mengirimkan matriks perbaikan KIAN kepada penguji 1	Mengirimkan hasil pembuatan matriks perbaikan dan dikirim melalui pesan whatsapp yang sudah divalidasi	
11	14-06-2023	Mendapatkan ACC dari penguji 1 s	Mendapatkan acc dari penguji 1 melalui pesan whatsapp dan sudah divalidasi	
12	27 juni 2023	Melakukan bimbingan KIAN yang sudah diACC Penguji 1 pada Pembimbing KIAN -Menambahkan Materi tentang KB -ACC Pembimbing		

Mengetahui,

Kepala Program Studi Keperawatan (S1 & Profesi Ners)

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

NIDN.0316028302

Implant / Susuk KB

Dipasang di lengan atas bagian dalam. Ada yang berisi 2 batang dan 1 batang. Efektif selama 3 tahun.

- Mengandung hormon progesteron
- Tidak mengganggu produksi ASI
- Tidak mengganggu hubungan seksual
- Dapat dicabut setiap saat sesuai kebutuhan & kembali kesuburan cepat
- Dapat terjadi perubahan pola haid
- Dapat terjadi perubahan berat badan

IUD (Intra Uterine Device) / Spiral

Spiral ditanam di dalam Rahim untuk mencegah pertemuan sel telur dengan sperma

- Efektivitas tinggi
- Jangka Panjang (8-10 tahun)
- Tidak mengganggu produksi ASI
- Tidak mengganggu hubungan seksual
- Tidak mempengaruhi berat badan
- Haid bisa lebih banyak



Kontrasepsi Mantap (Steril)

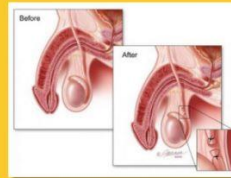
Khusus digunakan untuk pasangan suami istri yang benar-benar tidak menginginkan tambah anak lagi.

- Dilakukan dengan cara pembedahan (bisa bius local)
- Harus dilakukan oleh dokter terlatih
- Sangat Efektif dan bersifat permanen
- Tidak ada efek sampingnya
- Tidak ada perubahan fungsi seksual

Contoh :

1. Metode Operatif Wanita (MOW)

2. Metode Operatif Pria (MOP)



Kapan harus ber-KB?

6 minggu setelah melahirkan dalam 7 hari saat haid setiap saat jika tidak hamil

KELUARGA BERENCANA & KONTRASEPSI

DISUSUN OLEH :

ROSDIANA MANALU
22.156.03.11.080



APA SIH KB ITU?

KB = Keluarga Berencana adalah suatu usaha untuk mengatur jumlah dan jarak antara kelahiran anak, guna meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan keluarga

APA SAJA MANFAATNYA?

1. Menghindari kehamilan risiko tinggi
2. Menurunkan angka kematian ibu dan bayi
3. Meringankan beban ekonomi keluarga
4. Membentuk keluarga bahagia sejahtera

Siapa yang harus ber-KB?

Pasangan usia subur yaitu usia 15-49 tahun yang ingin menunda kehamilan, menjarangkan kehamilan, atau mengakhiri kehamilan

METODE KONTRASEPSI

merupakan cara, alat, obat-obatan yang digunakan untuk mencegah terjadinya kehamilan, antara lain:

1. Metodel Laktasi
2. Kondom
3. Pii KB
4. KB Suntik
5. Implant/Susuk
6. IUD/Spiral
7. Steril

MAL (Metode Amenore Laktasi)

Metode KB yang cocok untuk ibu nifas.

Syaratnya:

- Menyusui bayi secara eksklusif setelah melahirkan (hanya ASI secara penuh, teratur, dan sesering mungkin)
- Belum haid
- Efektif hanya sampai 6 bulan

Kondom

Keuntungan:

- Efektif bila digunakan dengan benar
- Tidak mengganggu ASI
- Murah & mudah didapat
- Mencegah penyakit menular seksual

Keterbatasan:

- Efektivitas tidak terlalu tinggi
- Agak mengganggu hubungan seksual
- Bisa terjadi alergi bahan dasar kondom



PIL KB

- Efektif bila digunakan dengan benar
 - Tidak mengganggu hubungan seksual
 - Harus diminum setiap hari
- Terdapat 2 macam :

1. PIL Kombinasi (Berisi 2 hormon yaitu, estrogen dan progesteron)

- Tidak untuk ibu menyusui
- Contoh microgynon, mecilon, Diane, Yasmin, dll

2. Mini PIL (Berisi 1 hormon yaitu, progesteron)

- Tidak mengganggu ASI, cocok untuk ibu menyusui
- Dapat terjadi gangguan haid (siklus haid memendek/memanjang, tidak haid, pendarahan bercak)
- Contoh: excludon, microlut, dll

KB Suntik

- Efektivitas tinggi, efek samping sedikit
 - Tidak mengganggu hubungan seksual
- Terdapat 2 macam :

1. Suntikan 1 Bulan

- Mengandung estrogen dan progesteron
- Mengganggu produksi ASI
- Harus datang setiap 1 bulan untuk suntik

2. Suntikan 3 Bulan

- Mengandung progesteron saja
- Tidak mengganggu produksi ASI
- Harus datang setiap 3 bulan untuk suntik
- Dapat terjadi gangguan haid



INDIKASI

1. Berusia lebih dari 26 tahun
2. Parietas lebih dari 2
3. Yakini telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya
4. Perempuan yang pada kehamilannya akan menimbulkan risiko kesehatan yang serius
5. Pasca persalinan dan pasca keguguran

KONTRA INDIKASI

1. Hamil (sudah terdeteksi atau dicurigai)
2. Menderita tekanan darah tinggi
3. Kencing manis (diabetes)
4. Penderita penyakit jantung
5. Penderita penyakit paru-paru
6. Pendarahan vaginal yang belum terjelaskan (hingga harus dievaluasi)
7. Infeksi sistemik atau pelvik yang akut (hingga masalah itu disembuhkan atau dikontrol)
8. Ibu yang tidak boleh menjalani pembedahan
9. Belum memberikan persetujuan tertulis

EFEK SAMPING

1. INFEKSI LUKA
2. DEMAM PASCA OPERASI (>38.0 C)
3. LUKA PADA KANDUNG KEMIH, INTESTINAL (JARANG TERJADI)
4. HEMATOMA (SUBKUTAN)
5. RASA SAKIT PADA LOKASI PEMBEDAHAN

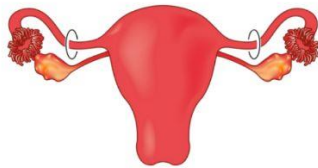


Perawatan Pasca Operasi Tubektomi

1. Istirahat selama 1-2 hari dan hindarkan kerja berat selama 7 hari
2. Kebersihan harus dijaga terutama daerah luka operasi jangan sampai terkena air selama 1 minggu (Sampai benar-benar kering)
3. Makanlah obat yang diberikan dokter secara teratur sesuai petunjuk senggama boleh dilakukan setelah 1 minggu, yaitu setelah luka operasi kering. Tetapi bila tubektomi dilaksanakan setelah melahirkan atau keguguran, senggama baru boleh dilakukan setelah 40 hari

SYARAT

1. Sukarela, bahagia, sehat jasmani dan rohani
2. Mengikuti konseling (bimbingan tatap muka)
3. Menanda tangani formulir persetujuan tindakan medik (informed consent)



TUBEKTOMI

disusun oleh :

ROSDIANA MANALU
22.156.03.11.080



**MERUPAKAN METODE
PENGIKATAN DAN
PEMOTONGAN
SALURAN TELUR AGAR
SEL TELUR TIDAK
DAPAT DIBUAI OLEH
SPERMA**



Perjalanan sel telur terhambat
karena saluran sel telur tertutup



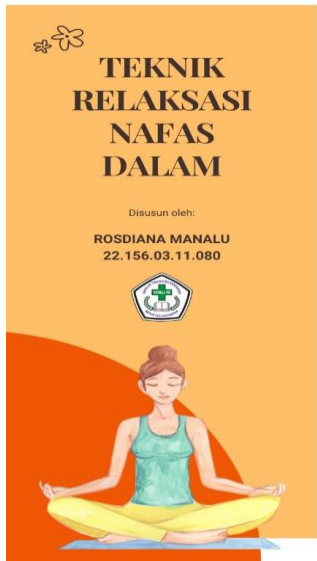
KEUNTUNGAN :

1. Permanen dan Efektif
2. Tidak mempengaruhi proses menyusui
3. Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anastesi local
4. Dapat mencegah kehamilan lebih dari 99%
5. Tidak ada efek samping jangka Panjang dan tidak mengganggu hubungan seksual

KERUGIAN :

1. Ada kemungkinan mengalami resiko pembedahan
2. Rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan





PENGERTIAN



Relaksasi nafas adalah pernapasan abdomen dengan frekuensi lambat atau perlahan berirama, dan nyaman yang dilakukan dengan memejamkan mata. Relaksasi merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada klien yang mengalami nyeri kronis. Relaksasi merupakan metode efektif untuk menurunkan nyeri yang merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan dengan mekanismenya yang menghentikan siklus nyeri



TEKNIK NAFAS DALAM

1. Atur posisi yang nyaman dan lingkungan yang tenang



2. Usahakan rileks dan tenang, menarik nafas dalam melalui hidung dengan hitungan 1,2,3 kemudian tahan sekitar 5-10 detik

3. Hembuskan nafas melalui mulut secara perlahan-lahan sambil membiarkan tubuh menjadi kendor dan merasakan betapa nyaman hal tersebut



DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Rosdiana Manalu
Usia : 22 Tahun
Tempat/Tanggal lahir : Bekasi, 11 Oktober 2000
Agama : Kristen
Status : Mahasiswa
Alamat : Jl. Bengkong 11 no. 22 RT/RW 004/003, Kelurahan Padurenan, Kecamatan Mustika Jaya, Kota Bekasi
Riwayat Pendidikan : 2006-2012 (SD Negeri Padurenan 01)
2012-2015 (SMPN 10 Kota Bekasi)
2015-2018 (SMAN 15 Kota Bekasi)
2018-2022 (Prodi S1 Ilmu Keperawatan STIKes Medistra Indonesia)
2022-2023 (Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia)
Email : rosdianar42@gmail.com