

**LAPORAN KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY. A HAMIL 38  
MINGGU DENGAN POST SECTIO CESAREA ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH  
DINI (KPD) DAN NY. U HAMIL 38 MINGGU DENGAN POST SECTIO CESAREA  
ATAS INDIKASI LETAK SUNGSANG DI RUANG RAMBUTAN  
RSUD CENGKARENG TAHUN 2023**



**Disusun Oleh:**

**Yulinda Hananing Tiyas, S.Kep**

**23.156.03.11.052**

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

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY. A HAMIL 38 MINGGU  
DENGAN POST SECTIO CESAREA ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH  
DINI (KPD) DAN NY. U HAMIL 37 MINGGU DENGAN POST  
SECTIO CESAREA ATAS INDIKASI LETAK SUNGSANG  
DI RUANG RAMBUTAN RSUD CENKARENG  
TAHUN 2023**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners**



**Disusun Oleh:**

**Yulinda Hananing Tiyas**

**23.156.03.11.052**

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

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**Karya Ilmiah Akhir Ners Ini Telah Diperiksa Oleh Preseptor Satu Dan  
Disetujui Untuk Melaksanakan Seminar Hasil**

**Bekasi, 03 November 2023**

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

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

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

Mengetahui :

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

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

## LEMBAR PENGESAHAN

### Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Yulinda Hananing Tiyas, S.Kep  
NPM : 231560311052  
Program Studi : Profesi Ners  
Judul Karya Ilmiah Akhir : Laporan Kasus Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny. A Hamil 38 Minggu Dengan Post Sectio Cesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) Dan Ny. U Hamil 38 Minggu Dengan Post Sectio Cesarea Atas Indikasi Letak Sungsang Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2023. Telah diperiksa, dikaji, dan diajukan dalam seminar hasil pada tanggal 05 Januari 2024

Penguji I

Penguji II

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

NIDN. 002005720

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

NIDN. 0326067902

Mengetahui:

Wakil Ketua I Bidang Akademik  
Keperawatan STIKes Medistra Indonesia

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan  
(S1) dan Profesi Ners

Puri Kresnawati, SST., MKM

NIDN. 0309049001

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

NIDN. 0316028302

Disahkan,  
Ketua STIKes Medistra Indonesia

Dr. Lenny Irmawaty S, SST., M.Kes

NIDN. 0319017902

## **LEMBAR PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Yulinda Hananing Tiyas, S.Kep

NPM : 231560311052

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa Tugas karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul Laporan Kasus Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny. A Hamil 38 Minggu Dengan Post Sectio Cesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) Dan Ny. U Hamil 38 Minggu Dengan Post Sectio Cesarea Atas Indikasi Letak Sungsang Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2023 adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari karya orang lain.

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

Bekasi, 03 Januari 2024

Yulinda Hananing Tiyas

## KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkah dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Tugas karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul “Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny. A Hamil 38 Minggu Dengan Post Sectio Cesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) Dan Ny. U Hamil 38 Minggu Dengan Post Sectio Cesarea Atas Indikasi Letak Sungsang Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2023 ” sesuai dengan harapan. Penulisan Tugas 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 Tugas 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 Ners ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini penulis dengan segala kerendahan hatidan penuh rasa hormat mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan moril maupun materil secara langsung maupun tidak langsung kepadapenulis dalam penyusunan Tugas 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. Lina Indrawati S.Kep.,Ners.,M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Akademik
9. Nurty Yunika K Gea, S.Kep.,Ners.,M.Kep., Sp.,A selaku Dosen Pembimbing Karya Ilmiah Akhir
10. Ernauli Meliyana, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Dosen Penguji Karya Ilmiah Akhir Ners
11. Seluruh dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang tidak bisa disebutkan satu persatu
12. 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.
13. Rekan – rekan seperjuangan kelas profesi Ners angkatan XII STIKes Medistra Indonesia yang telah banyak memberikan kenangan, pengalaman, dan dukungan yang luar biasa serta motivasi untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners.
14. Dan Teruntuk inisial A R Terimakasih sudah Mensupport, Mendoakan serta membantu dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

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.

Bekasi, 03 Januari 2024

Yulinda Hananing Tiyas

## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN.....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vi</b>
<b>BAB I.....</b>	<b>1</b>
<b>PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
<b>A. Latar Belakang.....</b>	<b>1</b>
<b>B. Tujuan Penulisan.....</b>	<b>6</b>
1. Tujuan umum.....	6
2. Tujuan Khusus.....	6
<b>BAB II .....</b>	<b>8</b>
<b>TINJAUAN TEORI .....</b>	<b>8</b>
<b>A. Konsep Kehamilan .....</b>	<b>8</b>
1. Pengertian .....	8
2. Proses Terjadinya Kehamilan .....	9
3. Klasifikasi Kehamilan .....	10
4. Tanda Tanda Kehamilan.....	11
5. Komplikasi .....	17
<b>B. Ketuban Pecah Dini .....</b>	<b>19</b>
1. Pengertian .....	19
2. Klasifikasi ketuban pecah dini (KPD).....	20
3. Etiologi.....	21
4. Tanda dan gejala.....	22



5. Patofisiologi.....	22
6. Pathway .....	24
7. Komplikasi .....	25
8. Pemeriksaan Penunjaang .....	26
9. Masalah keperawatan pada pasien dengan ketuban pecah dini (KPD) .....	26
10. Penatalaksanaan .....	29
<b>C. Letak Sungsang .....</b>	<b>30</b>
1. Pengertian .....	30
2. Etiologi.....	31
4. Manifestasi Klinik .....	32
5. Patofisiologi.....	33
6. Pathway .....	34
7. Komplikasi .....	34
8. Pemeriksaan penunjang.....	35
<b>D. Sectio Caesarea.....</b>	<b>36</b>
1. Pengertian .....	36
2. Etiologi.....	37
3. Klasifikasi.....	37
4. Indikasi .....	38
5. Patofisiologi.....	40
6. Penatalaksanaan .....	42
<b>E. Asuhan Keperawatan Teoritis.....</b>	<b>44</b>
1. Pengkajian.....	44
<b>BAB III.....</b>	<b>55</b>

<b>ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS.....</b>	<b>55</b>
<b>A. KASUS 1 .....</b>	<b>55</b>
<b>PENGKAJIAN DATA DASAR PASIEN I .....</b>	<b>55</b>
<b>ANALISA DATA .....</b>	<b>61</b>
<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN.....</b>	<b>63</b>
<b>CATATAN PERKEMBANGAN HARI 1 NY. A .....</b>	<b>65</b>
<b>KASUS 2.....</b>	<b>74</b>
<b>PENGKAJIAN DATA DASAR PASIEN II .....</b>	<b>74</b>
<b>ANALISA DATA .....</b>	<b>81</b>
<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN.....</b>	<b>83</b>
<b>CATATAN PERKEMBANGAN HARI 1 NY. U .....</b>	<b>86</b>
<b>BAB IV .....</b>	<b>91</b>
<b>PEMBAHASAN .....</b>	<b>91</b>
<b>A. Pengkajian .....</b>	<b>91</b>
<b>B. Diagnosa Keperawatan.....</b>	<b>94</b>
<b>C. Intervensi Keperawatan .....</b>	<b>99</b>
<b>1. Implementasi Keperawatan .....</b>	<b>104</b>
<b>2. Evaluasi Keperawatan.....</b>	<b>108</b>
<b>BAB V.....</b>	<b>111</b>
<b>PENUTUP.....</b>	<b>111</b>
<b>A. KESIMPULAN.....</b>	<b>111</b>
<b>B. SARAN.....</b>	<b>112</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>114</b>

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Kehamilan merupakan serangkaian proses yang diawali dari konsepsi atau pertemuan antara ovum dengan sperma sehat dan dilanjutkan dengan fertilisasi, nidasi dan implantasi. Kehamilan adalah suatu mata rantai yang berkesinambungan yang terdiri dari ovulasi (pematangan sel) lalu pertemuan ovum (sel telur) dan spermatozoa (sperma) terjadilah pembuahan dan pertumbuhan. Zigot kemudian bernidasi (penanaman) pada uterus dan pembentukan plasenta dan tahap akhir adalah tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Wati et al., 2023)

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan. Lama kehamilan yaitu 280 hari atau 40 pekan (minggu) atau 10 bulan (lunar months). Kehamilan dibagi atas 3 triwulan (trimester): (a) kehamilan triwulan I antara 0 -12 minggu, (b) kehamilan triwulan II antara 12 - 28 minggu, dan (c) kehamilan triwulan III antara 28 – 40 minggu. Dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah peristiwa yang dimulai dari konsepsi (pembuahan) dan berakhir dengan permulaan persalinan (Wati et al., 2023)

Section Caesarea (SC) adalah tindakan pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus. Section

Caesarea (SC) adalah suatu tindakan yang bertujuan untuk melahirkan bayi melalui tindakan pembedahan dengan membuka dinding depan perut dan dinding rahim. Sectio Caesarea (SC) 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. (Anggorowati, 2018)

Tindakan pembedahan yang dilakukan dalam upaya untuk mengeluarkan bayi akan meninggalkan sebuah kondisi luka insisi. menjelaskan bahwa luka insisi dibuat dengan potongan bersih menggunakan instrumen tajam sebagai contoh; luka yang dibuat oleh ahli bedah dalam setiap prosedur operasi, Seperti pada Sectio Caesaria (SC) luka steril (luka yang dibuat secara aseptik) biasanya ditutup dengan jahitan setelah semua pembuluh yang berdarah diligasi dengan cermat. Akibat dari insisi ini akan menimbulkan terputusnya jaringan tubuh dan menjadikan luka pada orang yang dilakukan pembedahan. (Anggorowati, 2018)

Data World Health Organization (WHO) menunjukkan bahwa peningkatan persalinan dengan metode SC di negara- negara Asia terjadi pada tahun 2007-2008 yaitu 110.000 per kelahiran hidup .Saat ini di Indonesia persalinan pada usia 16-54 tahun mencapai 78,73% dengan angka kelahiran menggunakan metode sectio caesarea adalah sekitar 17,6 %. Untuk daerah yang tertinggi menggunakan metode ini adalah wilayah DKI Jakarta (31,3%) dan terendah di Papua (6,7%) (Kemenkes RI, 2018)

Indikasi Sectio Caesarea secara garis besar dibagi menjadi dua : dari faktor ibu dan faktor janin. Faktor ibu yaitu ada riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat III, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit jantung, Diabetes Melitus, gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya), Cephalo Pelvik Disproportion (CPD), Pre-Eklamsia Berat (PEB), Ketuban Pecah Dini (KPD), bekas Sectio Caesarea sebelumnya, dan faktor hambatan jalan lahir. Penyebab dari faktor janin berupa gawat janin, malpresentasi, malposisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi. Kematian ibu diakibatkan oleh penyebab yang relatif sama baik di Indonesia maupun negaranegara lain di dunia, yaitu perdarahan saat persalinan (25%), infeksi selama kehamilan(14%), preklamsia (13%), janin dengan persalinan sungsang (13%), serta akibat persalinan yang berlangsung lama (7%). (Novitasari et al., 2021)

Salah Satu Penyebab KPD sampai saat ini masih belum jelas namun KPD ada hubungannya dengan usia, hipermotilitas rahim yang sudah lama, selaput ketuban tipis, infeksi, multipara, dan serviks inkompeten. Faktor usia sangat berpengaruh terhadap perkembangan alat-alat reproduksi wanita. Usia yang terlalu muda kurang dari 20 tahun atau usia terlalu tua lebih dari 35 tahun mempunyai risiko terjadinya KPD. 20-30% KPD disebabkan oleh adanya infeksi. Infeksi tersebut dapat berasal dari vagina

dan serviks yang dapat mengakibatkan kekuatan dari membran selaput ketuban berkurang. Dengan demikian, dapat menyebabkan selaput ketuban pecah sehingga dapat membahayakan ibu dan janinnya. (Novitasari et al., 2021)

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018, prevalensi kejadian ketuban pecah dini di Indonesia sebesar 5,6%, dimana provinsi tertinggi dengan angka kejadian KPD berada di DI Yogyakarta yaitu 10,1%, dan angka kejadian KPD terendah berada di provinsi Sumatera selatan yaitu 2,6% (Kemenkes RI, 2018)

Adapun indikasi yang menambah tingginya angka persalinan dengan sectio caesarea adalah tindakan sectio caesarea pada letak sungsang. Letak sungsang adalah janin yang letaknya memanjang membujur dalam rahim kepala berada di fundus dan bokong berada di bawah (Anggorowati, 2018)

Berdasarkan jurnal penelitian di Rumah Sakit RSUD dr. Drajat Prawiranegara 2019, kejadian Sectio Caesaria Indikasi Angka kejadian Letak sungsang di RSUD dr. Drajat Prawiranegara pada tahun 2018 sebanyak 43 ibu hamil dengan presentase (1,87%) dari 2.291 ibu hamil dengan presentasi kepala. Angka kejadian Letak sungsang di RSUD dr. Drajat Prawiranegara pada tahun 2019 sebanyak 9 orang ibu hamil dengan presentase (1,82%) dari 492 ibu hamil dalam kurun waktu bulan Januari sampai April tahun 2019. Kematian perinatal langsung yang disebabkan karena persalinan Letak sungsang sebesar 4-5 kali disbanding presentasi

kepala. Sebab kematian perinatal pada persalinan letak sungsang yang terpenting adalah prematuritas dan penanganan persalinan yang kurang sempurna, dengan akibat hipoksia atau perdarahan di dalam tengkorak.

Trauma akhir pada letak sungsang banyak dihubungkan dengan usaha untuk mempercepat persalinan dengan tindakan-tindakan untuk mengatasi macetnya persalinan. Maka diupayakan beberapa usaha untuk menghindari terjadinya letak sungsang. (Dinda et al., 2021). Pada ibu hamil dengan letak janin sungsang ditambah lagi dengan indikasi belum pernah Sectio Caesaria kehamilan sudah cukup bulan dan taksiran berat janin besar maka untuk ibu dianjurkan agar melakukan operasi Sectio Caesaria.

Wanita hamil yang pernah menjalani operasi caesar karena Ketuban Pecah Dini (KPD) dan letak sungsang ini memerlukan perawatan dan pemantauan intensif. Di sinilah kita perawat harus mampu memberikan asuhan pasien secara komprehensif, berkesinambungan, dan menyeluruh. Gunakan solusi yang dihadapi klien dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien 4 tentang mobilisasi pasca operasi caesar dan manajemen luka pasca operasi caesar untuk mencegah infeksi.

Berdasarkan permasalahan diatas maka penulis tertarik untuk Menyusun Laporan Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.A P1 A0 Hamil 38 Minggu Dengan Post Sectio Cesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) dengan Ny. U, P1 A0 Hamil 38 Minggu Dengan Post Sectio Cesarea Atas Indikasi Letak Sungsang Di RSUD Cengkareng Tahun 2023.

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan umum**

Memberikan pengalaman dan pemahaman secara ilmiah dalam melakukan Asuhan Keperawatan Post Partum Kompeherensif pada Ny.A dengan diagnosa Post Sectio Cesarea atas indikasi Ketuban Pecah Dini P1A0 pada usia kehamilan 38 minggu dengan Ny.U Post Sectio Cesarea atas indikasi letak sungsang P1A0 pada usia kehamilan 38 minggu di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng 2023.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mampu memberikan gambaran hasil pengkajian asuhan keperawatan pada pasien Ny. A post sectio cesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini dan pasien Ny.U post section cesarea dengan indikasi letak sungsang di RSUD Cengkareng 2023
- b. Mampu memberikan gambaran hasil diagnosa Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. A post sectio cesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini dan pada pasien Ny. U post sectio cesarea dengan indikasi letak sungsang di RSUD Cengkareng 2023
- c. Mampu membuat rencana tindakan keperawatan pada analisis Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. A post sectio cesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini dan pasien Ny. U post sectio dengan indikasi letak sungsang di RSUD Cengkareng 2023
- d. Mampu melakukan implementasi keperawatan pada pasien Ny.A post sectio cesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini di RSUD



Cengkareng 2023 dan pasien Ny.U post sectio cesarea dengan indikasi letak sungsang di RSUD Cengkareng 2023

- e. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Ny.A post section cesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini dan pasien Ny.U post section cesarea dengan indikasi letak sungsang di RSUD Cengkareng 2023
- f. Mampu Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan kasus pada pasien Ny. A post sectio cesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini dan Ny. U post sectio cesarea dengan indikasi letak sungsang di RSUD Cengkareng 2023

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Kehamilan**

##### **1. Pengertian**

Kehamilan merupakan penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender internasional. Maka, dapat disimpulkan bahwa kehamilan merupakan bertemunya sel telur dan sperma di dalam atau diluar Rahim dan berakhir dengan keluarnya bayi dan plasenta melalui jalan lahir (Fratidina et al., 2022)

Kehamilan adalah proses dimana sperma menembus ovum sehingga terjadinya konsepsi dan fertilasi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan), dihitung dari hari pertama haid terakhir. (Rahmawati & Wulandari, 2019)

Kehamilan adalah masa dimana seorang wanita membawa embrio atau fetus didalam tubuhnya. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya kehamilan mulai dari ovulasi sampai partus kira-kira 280 hari (40 minggu), dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu) (Fratidina et al., 2022)

## 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 (Kurniati et al., 2015) Berikut adalah penjelasan proses kehamilan:

### 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 kedalam sitoplasma, “vitellus” 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. Plat embrio terbentuk diantara dua ruang yaitu ruang amnion dan kantong yolk sac. Plat embrio terdiri dari unsur ectoderm, endoterm, dan mesoderm. Ruang amnion dengan cepat mendekati korion sehingga jaringannya yang terdapat diantara amnion dan embrio padat dan berkembang menjadi tali pusat (Anggorowati, 2018)

### 3. Klasifikasi Kehamilan

a. Kehamilan Trimester I

Kehamilan trimester pertama adalah keadaan mengandung embrio atau fetus didalam tubuh 0 – 14 minggu. Mual dan muntah adalah gejala yang wajar dan sering terjadi pada kehamilan trimester pertama. Mual biasanya timbul pada pagi hari tetapi dapat pula timbul setiap saat dan pada malam hari. Gejala ini biasanya terjadi pada usia kehamilan 6 minggu hingga 10 minggu (Kurniati et al., 2015). Keadaan mual dan muntah ini menyebabkan terjadinya peningkatan suasana asam dalam mulut. Adanya peningkatan plak karena malas memelihara kebersihan, hal ini mempercepat kerusakan gigi

b. Kehamilan trimester II

Kehamilan trimester kedua adalah mengandung embrio atau fetus dalam tubuh 14- 28 minggu. Pada masa ini ibu hamil akan merasa lebih tenang, tentram tanpa gangguan berarti. Pada trimester kedua janin berkembang menuju maturasi, maka pemberian obat-obatan harus dijaga agar jangan mengganggu pembentukan gigi geligi janin seperti antibiotika, tetrasiklin, klindamisin (Kurniati et al., 2015). Pada usia kehamilan trimester kedua ini biasanya merupakan saat terjadinya perubahan hormonal dan faktor lokal ( plak ) dapat menimbulkan berbagai kelainan dalam rongga mulut,

c. Kehamilan trimester III

Trimester ketiga adalah keadaan mengandung embrio atau fetus didalam tubuh pada 28 – 40 minggu. Pada trimester ketiga rasa lelah, ketidaknyamanan, dan depresi ringan akan meningkat. Tekanan darah ibu hamil biasanya meninggi, dan kembali normal setelah melahirkan (Kurniati et al., 2015).Peningkatan hormon estrogen dan progesteron memuncak pada trimester ini.

#### **4. Tanda Tanda Kehamilan**

Tanda – Tanda Kehamilan Sesuai Umur Kehamilan Menurut (Vicki Elsa W, 2012) Tanda dugaan kehamilan

### 1) Amenorea

Haid dapat berhenti karena konsepsi namun dapat pula terjadi pada wanita dengan stres atau emosi, faktor hormonal, gangguan metabolisme, serta kehamilan yang terjadi pada wanita yang tidak haid karena menyusui ataupun sesudah kuretase. Amenorea penting dikenali untuk mengetahui hari pertama haid terakhir (HPHT) dan hari perkiraan lahir (HPL).

### 2) Nausea dan vomitus (mual dan muntah)

Keluhan yang sering dirasakan wanita hamil sering disebut dengan morning sickness yang dapat timbul karena bau rokok, keringat, masakan, atau sesuatu yang tidak disenangi. Keluhan ini umumnya terjadi hingga usia 8 minggu hingga 12 minggu kehamilan.

### 3) Mengidam

Ibu hamil ingin makanan atau minuman atau menginginkan sesuatu. Penyebab mengidam ini belum pasti dan biasanya terjadi pada awal kehamilan.

### 4) Fatigue (Kelelahan) dan sinkope (pingsan)

Sebagian ibu hamil dapat mengalami kelelahan hingga pingsan terlebih lagi apabila berada di tempat ramai. Keluhan ini akan menghilang setelah 16 minggu.

#### 5) Mastodynia

Pada awal kehamilan mammae dirasakan membesar dan sakit. Ini karena pengaruh tingginya kadar hormon estrogen dan progesteron. Keluhan nyeri payudara ini dapat terjadi pada kasus mastitis, ketegangan payudara, penggunaan pil KB.

#### 6) Gangguan saluran kencing

Keluhan rasa sakit saat kencing, atau kencing berulang – ulang namun hanya sedikit keluar dapat dialami ibu hamil. Penyebabnya selain karena progesteron yang meningkat juga karena pembesaran uterus. Keluhan semacam ini dapat terjadi pada 8 kasus infeksi saluran kencing, diabetes melitus, tumor pevis, atau keadaan stress mental.

#### 7) Konstipasi

Konstipasi mungkin timbul pada kehamilan awal dan sering menetap selama kehamilan dikarenakan relaksasi otot polos akibat pengaruh progesteron. Penyebab lainnya yaitu perubahan pola makan selama hamil, dan pembesaran uterus yang mendesak usus serta penurunan motilitas usus

#### 8) Perubahan Berat Badan

Berat badan meningkat pada awal kehamilan karena perubahan pola makan dan adanya timbunan cairan berlebihan selama hamil.

## 9) Quickening

Ibu merasakan adanya gerakan janin untuk yang pertama kali. Sensasi ini bisa juga karena peningkatan peristaltik usus, kontraksi otot perut, atau pergerakan isi perut yang dirasakan seperti janin bergerak.

### a. Tanda tidak pasti kehamilan (probable sign)

1. Peningkatan suhu basal tubuh Kenaikan suhu basal lebih dari 3 minggu, kemungkinan adanya kehamilan. Kenaikan ini berkisar antara 37,20C sampai dengan 37,80C. ‘
2. Perubahan warna kulit Cloasma Gravidarum/topeng kehamilan berupa berwarna kehitaman sekitar mata, hidung, dan pelipis yang umumnya terjadi pada kehamilan mulai 16 minggu. Warna akan semakin gelap jika terpapar sinar matahari. Perubahan kulit lainnya bisa berupa hiperpigmentasi di sekitar aerola dan puting mammae, munculnya linea nigra yaitu pigmentasi pada linea medialis perut yang tampak jelas mulai dari pubis sampai umbilikus. Perubahan pada kulit terjadi karena rangsangan Melanotropin Stimulating Hormone/MSH. Striae gravidarum berupa garis-garis tidak teratur sekitar perut berwarna kecoklatan, dapat juga berwarna hitam atau ungu tua (striae livide) atau putih (striae albicans) yang terjadi dari jaringan koagen yang retak diduga karena pengaruh



adrenocortikosteroid. Seringkali terjadi bercak–bercak kemerahan (spider) karena kadar esterogen yang tinggi.

3. Perubahan Payudara Pembesaran dan hipervaskularisasi mammae terjadi sekitar kehamilan 6 sampai 8 minggu. Pelebaran areola dan menonjolnya kalenjer montgomery, karena rangsangan hormon steroid. Pengeluaran kolostrum biasanya kehamilan 16 minggu karena pengaruh prolaktin dan progesteron.
4. Pembesaran Perut Biasanya tampak setelah 16 minggu karena pembesaran uterus. Ini bukan tanda diagnostik pasti tapi harus dihubungkan dengan tanda kehamilan lain. Perubahan kurang dirasakan primigravida, karena kondisi otot–otot masih baik. Pembesaran perut mungkin dapat ditemui pada obesitas, kelemahan otot perut, tumor pelvik dan perut, ascites, hernia perut bagian depan.
5. Epulis

Hipertropi pada gusi belum diketahui penyebabnya secara jelas. Dapat terjadi juga pada infeksi lokal, pengapuran gigi atau kekurangan vitaminC.

6. Balotement

Pada kehamilan 16 sampai 20 minggu pemeriksaan palpasi kesan seperti ada masa yang keras, mengapung dan memantul

diuterus. Dapat terjadi pada tumor uterus, mioma, acites, dan kista ovarium.

## 7. Kontraksi Uterus

Kontraksi uterus yang dirasakan seperti tertekan dan kencang, disebut kontraksi brackston Hics. Uterus mudah terangsang oleh peninggian hormon oksitosin gejala ini biasanya mulai usia 10 kehamilan 28 minggu pada primi dan semakin lanjut kehamilannya semakin sering dan kuat. h) Tanda Chadwick dan Goodell Terjadi perubahan warna pada vagina atau porsio mejadi kebiruan atau ungu yang disebut tanda chadwick. Perubahan konsistensi serviks menjadi lunak disebut tanda goodell.

### b. Tanda Pasti Kehamilan (positive sign)

1. Teraba bagian–bagian janin Umumnya pada kehamilan 22 minggu janin dapat diraba pada wanita kurus dan otot perut relaksasi. Kehamilan 28 minggu jelas bagian janin dapat diraba demikian pula gerakan janin dapat dirasakan oleh ibu.

2. Gerakan Janin

Pada kehamilan 20 minggu gerakan janin dapat dirasakan oleh pemeriksa. Terdengar Denyut Jantung Janin Dengan menggunakan ultrasound denyut jantung janin dapat

terdengar pada usia 6 sampai 7 minggu. Jika menggunakan dopler pada usia 12 minggu sedangkan jika menggunakan stetoskop leanec 18 minggu. Frekuensi deyt jantung janin antara 120 sampai dengan 160 kali permenit yang akan jelas terdengar bila ibu tidur terlentang atau miring dengan punggung bayi di depan.

### 3. Pemeriksaan Rontgent

Gambaran tulang mulai terlihat degan sinar X pada usia kehamilan 6 minggu namun masih belum dapat dipastikan bahawa itu adalah gambaran janin. Pada kehamilan 12 sampai 14 minggu baru dapat dipastikan gambaran tulang janin.

### 4. Ultrasonografi

USG dapat digunakan umur kehamilan 4 sampai 5 minggu untuk memastikan kehamilan dengan melihat adanya kantong gestasi, gerakan janin dan deyt jantung janin.

### 5. Electrocardiography ECG jantung janin mulai terlihat pada kehamilan 12 minggu.

## **5. Komplikasi**

Menurut (Puskemas & Kunci, n.d.) ada beberapa komplikasi dalam kehamilan adalah sebagai berikut :

### 1. Hipertensi

Hipertensi karena kehamilan yaitu : tekanan darah yang lebih tinggi dari 140/90 mmHg yang disebabkan karena kehamilan itu sendiri, memiliki potensi yang menyebabkan gangguan serius pada kehamilan. Biasanya terjadi pada usia kehamilan memasuki 20 minggu.

## 2. Pre eklamsia

Pre-eklampsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, proteinuria, dan oedema yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan ke 3 pada kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya misalnya pada mola hidatidosa.

## 3. Perdarahan

Perdarahan antepartum adalah perdarahan yang terjadi setelah kehamilan 28 minggu. Biasanya lebih banyak dan lebih berbahaya daripada perdarahan kehamilan sebelum 28 minggu. Jika perdarahan terjadi di tempat yang jauh dari fasilitas pelayanan kesehatan atau fasilitas pelayanan kesehatan tersebut tidak mampu melakukan Tindakan yang diperlukan, maka umumnya kematian maternal akan terjadi.

## 4. Kelainan letak (lintang dan sungsang)

- a. Letak lintang adalah keadaan sumbu memanjang janin kira-kira tegak lurus dengan sumbu memanjang tubuh ibu. Letak lintang adalah suatu keadaan di mana janin melintang di dalam uterus dengan kepala pada sisi yang satu sedangkan bokong berada

pada sisi yang lain. Pada umumnya bokong berada sedikit lebih tinggi dari pada kepala janin, sedangkan bahu berada pada pintu atas panggul.

b. Letak sungsang

Letak sungsang merupakan kelainan letak janin di dalam rahim pada kehamilan tua (hamil 8-9 bulan), dengan kepala di atas dan bokong atau kaki di bawah. Bayi letak sungsang lebih sukar lahir, karena kepala lahir terakhir.

5. Hidramnion

Yaitu kehamilan dengan jumlah air ketuban lebih dari 2 liter. Keadaan ini mulai tampak pada trimester III, dapat terjadi secara perlahan-lahan atau sangat cepat. Pada kehamilan normal, jumlah air ketuban  $\frac{1}{2}$  sampai 1 liter. Karena rahim sangat besar akan menekan pada organ tubuh sekitarnya.

6. Ketuban pecah dini

Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu maka disebut ketuban pecah dini pada kehamilan premature

**B. Ketuban Pecah Dini**

**1. Pengertian**

Ketuban pecah dini (KPD) adalah robeknya selaput khorioamnion dalam kehamilan atau fase laten persalinan, ketuban pecah dini

merupakan penyebab terbesar persalinan prematur dengan berbagai akibatnya. Ketuban pecah dini adalah keadaan dimana melemahnya dinding membran janin atau rupturnya membran amnion dan khorion kemudian ketuban pecah dan 1 jam kemudian tidak terdapat tanda-tanda awal persalinan yakni bila pembukaan pada primigravida kurang dari 3 cm dan pada multigravida kurang dari 5 cm, ketuban pecah dini dapat terjadi pada kehamilan 37 minggu (Location, 2021)

Selaput ketuban yang membatasi rongga amnion terdiri atas amnion dan korion yang sangat erat ikatannya. Lapisan ini terdiri dari beberapa sel seperti, sel epitel, sel mesenkim, sel trofoblas yang terikat erat dalam matriks kolagen. Selaput ketuban berfungsi menghasilkan air ketuban yang melindungi janin terhadap infeksi. Dalam keadaan normal selaput ketuban pecah dalam proses persalinan bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia 37 minggu disebut ketuban pecah dini pada kehamilan premature. Dalam keadaan normal 8-10 % perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini (Location, 2021)

## **2. Klasifikasi ketuban pecah dini (KPD)**

Menurut jurnal (Sabaruddin et al., 2019) menjelaskan hipertensi dalam kehamilan dibagi menjadi 2 golongan yaitu :

### **a. KPD aterm atau premature rupture of membranes (PROM)**

Ketuban pecah dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum terjadinya persalinan yang terjadi pada atau setelah

usia gestasi 37 minggu disebut KPD aterm atau premature rupture of membranes (PROM)

- b. KPD preterm atau preterm premature rupture of membranes (PPROM)

Ketuban pecah dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum terjadinya persalinan yang terjadi pada atau sebelum usia gestasi 37 minggu atau KPD preterm atau preterm premature rupture of membranes (PPROM).

### **3. Etiologi**

Penyebab KPD sampai saat ini masih belum jelas namun KPD ada hubungannya dengan usia, hipermotilitas rahim yang sudah lama, selaput ketuban tipis, infeksi, multipara, dan serviks inkompeten<sup>12</sup>. Faktor usia sangat berpengaruh terhadap perkembangan alat-alat reproduksi wanita. Usia yang terlalu muda kurang dari 20 tahun atau usia terlalu tua lebih dari 35 tahun mempunyai risiko terjadinya KPD. 20-30% KPD disebabkan oleh adanya infeksi. Infeksi tersebut dapat berasal dari vagina dan serviks yang dapat mengakibatkan kekuatan dari membran selaput ketuban berkurang. Dengan demikian, dapat menyebabkan selaput ketuban pecah sehingga dapat membahayakan ibu dan janinnya. (Novitasari et al., 2021)

#### **4. Tanda dan gejala**

Tanda yang terjadi ketuban pecah dini adalah keluarnya ketuban mrembes melalui vagina, aroma air ketuban manis dan tidak seperti bau amoniak, berwarna pekat, cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena uterus di produksi sampai kelahiran mendatang (Dini et al., n.d.)

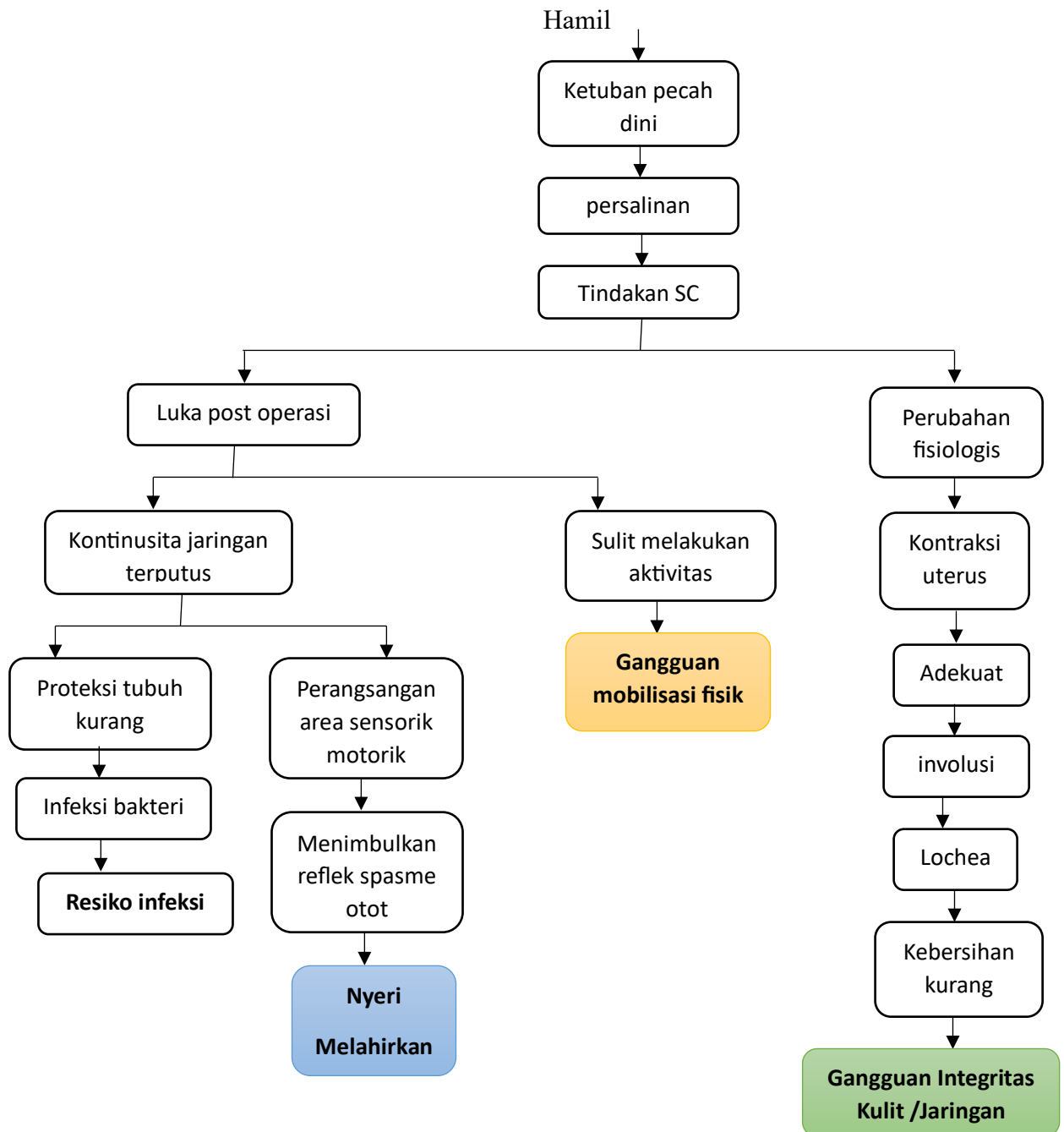
#### **5. Patofisiologi**

Terjadinya peregangan berulang serta kontraksi uterus diidentifikasi berkorelasi dengan kasus KPD. Adanya struktur biokimia yang berubah pada daerah tertentu diketahui sebagai determinan rapuhnya selaput ketuban inferior. Adanya penyeimbangan degradasi ekstraselular matriks dan sintesis. Termasuk katabolisme kolagen, perubahan jumlah sel, dan struktur diidentifikasi berkontribusi pada perubahan aktivitas kolagen, sehingga berdampak pada kejadian KPD. Matriks metaloproteinase (MMP) sebagai mediator degradasi kolagen akan dihambat oleh inhibitor protease dan inhibitor jaringan spesifik. Adanya penyeimbangan MMO dan arahan proteolitik terdegradasi pada TIMP-1 pada matrixekstraselular dan membran janin akan terjadi seiring mendekatnya dengan waktu persalinan, termasuk adanya peningkatan degradasi proteolitik ini. Peningkatan MMP terutama pada kasus periodontitis menyebabkan kecenderungan terjadinya KPD.



Sewaktu masa trimester pertama, uterus tidak mengalami pembesaran dengan signifikan, yang berdampak pada kecenderungan selaput ketuban untuk menguat. Hal yang sebaliknya terjadi di masa trimester akhir, dimana adanya gerakan janji, kontraksi Rahim dan uterus yang terus membesar dengan signifikan berkontribusi terhadap perubahan biokimia. Hal ini menjadikan kasus KPD muncul, disamping faktor eksternal lain seperti solusio plasenta, serviks inkompeten, polihidramnion dan infeksi atau sepsis (Kedokteran & Kuala, 2019)

## 6. Pathway



## 7. Komplikasi

Komplikasi ketuban pecah dini yang paling sering terjadi pada ibu bersalin yaitu infeksi dalam persalinan, infeksi masa nifas, partus lama, perdarahan postpartum, meningkatkan kasus bedah sesar, serta meningkatkan mordibitas dan mortilitas maternal. Penyebab terjadinya ketuban pecah dini belum diketahui secara pasti, kemungkinan faktor predisposisi seperti infeksi, kelainan letak janin, gemeli, hidramnion dan anemia adalah yang menjadi faktor utama dalam kejadian ketuban pecah dini. Menurut (Legawati, 2018) dampak KPD pada janin dapat menyebabkan berbagai macam komplikasi neonatus meliputi prematuritas, respiratory distress syndrome, pendarahan intraventrikel, sepsis, hipoplasia paru, deformitas skeletal sehingga mengakibatkan gawat janin, sedangkan dampak ketuban pecah dini pada ibu dapat menyebabkan hubungan langsung dengan dunia luar dan ruangan dalam rahim, sehingga memudahkan terjadinya infeksi asenden dan infeksi intrapartal. Selain itu juga dapat dijumpai infeksi puerpuralis (nifas), peritonitis, dan septisemia, serta dry-labor. Makin lama periode laten, makin besar kemungkinan infeksi dalam rahim, persalinan prematuritas dan selanjutnya meningkatkan kejadian kesakitan dan kematian ibu dan bayi atau janin dalam Rahim. (Location, 2021)

## 8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang digunakan untuk mendeteksi KPD adalah Tes lakmus/nitrazin (jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban). Selain dengan kertas lakmus dapat dilakukan dengan pemeriksaan Ultrasonografi (USG). (Kedokteran & Kuala, 2019)

## 9. Masalah keperawatan pada pasien dengan ketuban pecah dini (KPD)

### a. Gangguan Pertukaran Gas (D.0003)

- Definisi : Kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan/atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler.
- Penyebab : Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi.
- Batasan Karakteristik :

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnose gangguan pertukaran gas antara lain pasien mengeluh sesak napas, denyut nadi cepat serta adanya bunyi napas tambahan,

Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnose gangguan pertukaran gas antara lain pasien mengeluh pusing, penglihatan kabur, dan pasien tampak gelisah

### b. Nyeri Akut (D.0077)

- Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset

mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

- Penyebab : Agen pencedera fisiologis (Peradangan : mastitis)
- Batasan Karakteristik :

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnose nyeri akut antara lain pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur.

Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnose nyeri akut antara lain tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri dan diaphoresis

c. Gangguan Eliminasi Urine (D.0040)

- Definisi: Disfungsi eliminasi urine b)
- Penyebab: Penurunan kapasitas kandung kemih.
- Batasan Karakteristik:

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnose gangguan eliminasi urine antara lain pasien mengeluh berkemih tidak tuntas serta adanya distensi kandung kemih.

d. Resiko Infeksi (D.0142) a)

- Definisi: Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.
- Faktor Resiko: Efek prosedur invasive

e. Menyusui Tidak Efektif (D.0029)

- Definisi: Kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui.
- Penyebab: Agen pencedera fisik (antara lain; ketidakadekuatan refleks menghisap bayi dan payudara ibu bengkak)
- Batasan Karakteristik:

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnose menyusui tidak efektif antara lain pasien mengeluh nyeri dan atau lecet pada payudara dan bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu.

Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnose menyusui tidak efektif antara lain bayi menghisap tidak terus menerus, bayi menangis saat disusui serta bayi menolak untuk menghisap.

1. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Anggorowati, 2018) SDKI Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Ketuban Pecah Dini adalah sebagai berikut:

- a. Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi (D.0003).
- b. Nyeri akut b.d adgen pencedera fisiologis (D.0077).

- c. Gangguan eliminasi urine b.d penurunan kapasitas kandung kemih (D.0040).
- d. Resiko infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142).
- e. Menyusui tidak efektif b.d payudara bengkak (D.0029)
- f. Gangguan proses keluarga b.d perubahan peran keluarga (D.0120)
- g. Resiko gangguan perlekatan d.d ketidakmampuan orangtua memenuhi kebutuhan bayi (D.0127).

#### **10. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan ada 2 macam penatalaksanaan pada ketuban pecah dini pada umur kehamilan <37 minggu dan pada umur kehamilan >37 minggu. Penatalaksanaan ketuban pecah dini secara konservatif pada kehamilan < 37 minggu adalah dengan memberikan antibiotic profilaksis setiap 6 jam dan tidak dilakukan pemeriksaan dalam tujuannya adalah untuk mencegah terjadinya infeksi. Selama melakukan penatalaksanaan konservatif maka harus dilakukan pemantauan leukosit setiap hari, observasi tanda-tanda vital terutama temperature setiap 4 jam sekali, dan observasi denyut jantung janin. Jika selama pengelolaan konservatif pasien mengalami infeksi maka segera lakukan penatalaksanaan ketuban pecah dini secara aktif yaitu melakukan induksi tanpa melihat umur kehamilan. Jika induksi tidak berhasil maka dilakukan tindakan bedah sesar. Pemberian antibiotik pada kejadian ketuban pecah dini

kurang dari 32 minggu yang mengalami infeksi dapat menurunkan angka kesakitan ibu dan neonates.

Penatalaksanaan pada kehamilan > 37 minggu, jarak antara pecahnya ketuban dengan permulaan persalinan disebut periode laten. Makin muda umur kehamilan maka makin lama periode laten. Sekitar 70-80 % kehamilan cukup bulan akan terjadi persalinan dalam waktu 24 jam. Jika dalam 24 jam belum berlangsung maka dilakukan penatalaksanaan aktif yaitu dengan induksi. Pada penatalaksanaan Ketuban pecah dini dengan kehamilan aterm juga diberikan antibiotik profilaksis yang diberikan setelah 6 jam ketuban pecah dini dengan pertimbangan bahwa kemungkinan infeksi telah terjadi dan biasanya proses persalinan berlangsung lebih dari 6 jam. (Fratidina et al., 2022)

### **C. Letak Sungsang**

#### **1. Pengertian**

Letak sungsang adalah janin yang letaknya memanjang membujur dalam rahim kepala berada di fundus dan bokong berada di bawah Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. Jadi letak janin sungsang adalah keadaan janin yang memanjang dengan kepala berada di atas dan bokong berada di bawah kavum uteri. Persalinan dengan letak bayi sungsang dapat dilakukan dengan persalinan normal, namun jika persalinan normal tidak bisa dilakukan



karena terjadi berbagai komplikasi maka untuk dapat menyelamatkan bayi dan ibu persalinan secara sectio caesaria menjadi alternatif terahir.(Kunci, 2019)

## **2. Etiologi**

Bobot janin yang relative rendah hal ini menyebabkan janin bergerak bebas, rahim yang sangat elastis membuat janin berpeluang besar untuk berputar hingga minggu ke-37 dan seterusnya, hamil kembar, hidroamnion, hidrosefalus, plasenta previa, panggul sempit (Dinda et al., 2021)

Sebab-sebab yang menimbulkan terjadinya letak sungsang dapat berasal dari:

- a. Multipara
- b. Prematuritas karena bentuk rahim relatif kurang lonjong, air ketuban masih banyak, dan kepala janin relatif besar
- c. Hidramion karena janin mudah bergerak
- d. Plasenta previa karena menghalangi turunnya kepala janin ke dalam pintu atas panggul e. Kelainan bentuk kepala janin seperti anensefalus dan hidrosefalus karena keduanya dapat mempengaruhi bentuk fungsi atau gerakan janin (kepala kurang sesuai dengan bentuk pintu atas panggul)
- e. Penyebab lain seperti: anomali rahim, kehamilan ganda, panggul sempit, dan tumor pelvis (Dinda et al., 2021)

### 3. Klasifikasi

Menurut (Kunci, 2019) klasifikasi letak sungsang adalah sebagai berikut

a. Letak bokong murni (frank breech)

Letak bokong murni (frank breech) adalah letak bokong dengan kedua tungkai terangkat keatas (Dinda et al., 2021) Presentasi bokong dengan pinggul fleksi dan tungkai ekstensi pada abdomen 70 % presentasi bokong adalah jenis ini dan banyak terjadi terutama pada primigravida yang tonus otot uterusnya yang baik menghambat fleksi tungkai dan putaran bebas janin

b. letak sungsang sempurna (complete breech)

letak bokong dimana kaki ada di samping bokong. Sikap janin pada posisi ini fleksi sempurna, dengan pinggul dan lutut fleksi dan kaki terlipat ke dalam di samping bokong

c. Letak sungsang tidak sempurna (incomplete breech)

dimana selain bokong bagian yang terendah juga kaki atau lutut Hal ini jarang terjadi, satu atau kedua kaki menjadi bagian presentasi karena baik pinggul atau lutut tidak sepenuhnya fleksi. Kaki lebih rendah dari bokong, yang membedakannya dari presentasi bokong sempurna.

### 4. Manifestasi Klinik

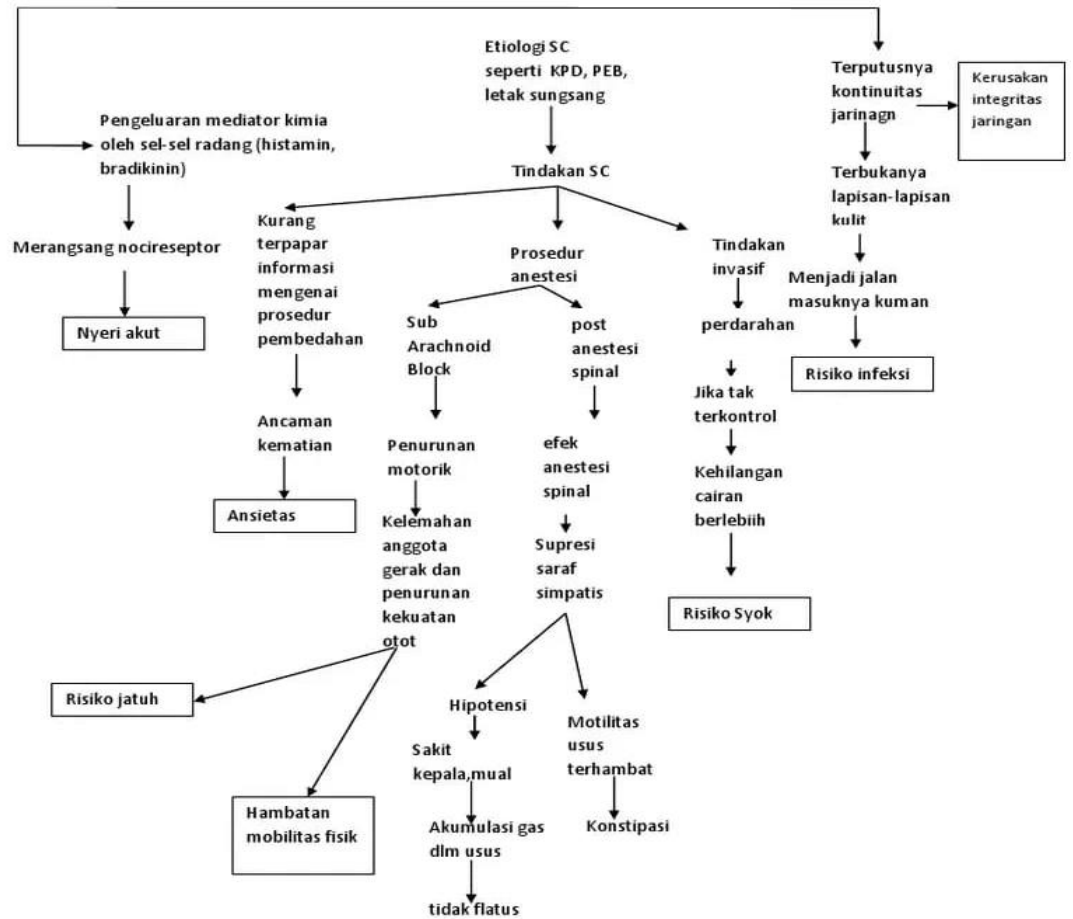
Keluhan umum yang sering dikatakan ibu dengan kehamilan letak sungsang adalah terasa penuh dibagian atas dan gerakan janin terasa lebih banyak dibagian bawah. Pergerakan anak teraba oleh ibu dibagian perut bawah, dibawah pusat dan ibu sering merasa benda

keras (kepala) mendesak tulang iga. Pada saat dipalpasi akan teraba bagian keras, bundar dan melenting pada fundus uteri, punggung anak dapat diraba pada salah satu sisi perut dan bagian-bagian kecil pada pihak yang berlawanan. Di atas simfisis, teraba bagian yang kurang bundar dan lunak. Bunyi jantung terdengar pada punggung anak setinggi pusat.

#### **5. Patofisiologi**

letak janin dalam uterus bergantung pada proses adaptasi janin terhadap ruangan di dalam uterus. Pada kehamilan sampai kurang lebih 32 minggu, jumlah air ketuban relatif lebih banyak, sehingga memungkinkan janin bergerak dengan leluasa. Dengan demikian janin dapat menempatkan diri dalam presentasi kepala, letak sungsang atau letak lintang. Pada kehamilan triwulan terakhir janin tumbuh dengan cepat dan jumlah air ketuban relatif berkurang. Karena bokong dengan kedua tungkai yang terlipat lebih besar dari pada kepala, maka bokong dipaksa untuk menempati ruang yang lebih luas di fundus uteri, sedangkan kepala berada dalam ruangan yang lebih kecil di segmen bawah uterus. (Kedokteran & Kuala, 2019)

## 6. Pathway



## 7. Komplikasi

Komplikasi pada kehamilan letak sungsang adalah sebagai berikut :

### 1) Komplikasi pada ibu

- a) Perdarahan
- b) Robekan jalan lahir
- c) Infeksi

### 2) Komplikasi pada bayi. Trias Komplikasi asfiksia, trauma peralihan, infeksi.

a) Asfiksia Bayi dapat disebabkan oleh:

- Kemacetan persalinan kepala, aspirasi air ketuban / lender
- Perdarahan atau edema jaringan otak
- Kerusakan medulla oblongata
- Kerusakan persendian tulang leher (5) Kematian bayi karena asfikasi berat

b) Trauma Persalinan

- Dislokasi fraktur persendian, tulang ekstermitas
- Kerusakan alat vital : limpa hati, paru-paru atau jantung
- Dislokasi fraktur perendian tulang leher, fraktur tulang dasar kepala, fraktur tulang kepala, kerusakan pada mata, hidung atau telinga, kerusakan pada jaringan otak. Infeksi dapat terjadi karena : Persalinan berlangsung lama, Ketuban pecah pada pembukaan kecil, Manipulasi dengan pemeriksaan dalam

**8. Pemeriksaan penunjang**

- a. Pemeriksaan USG: Pemeriksaan ini dapat dilakukan untuk memastikan perkiraan klinis presentasi bokong dan bila mungkin untuk mengidentifikasi adanya anomali janin.
- b. Pemeriksaan sinar X: Pemeriksaan ini dilakukan untuk menegakkan diagnosis maupun memperkirakan ukuran dan konfigurasi panggul ibu.

c. Palpasi

Teraba bagian keras, bundar dan melenting pada fundus. Punggung dapat teraba pada salah satu sisi perut bagian kecil pada sisi yang berlawanan diatas simpisis teraba bagian yang kurang bundar dan lunak.

d. Auskultasi

Denyut jantung janin (DJJ) sepusat atau ditemukan paling jelas pada tempat yang lebih tinggi (sejajar atau lebih tinggi dari pusat).

e. Vagina toucher Terbagi 3 tonjolan tulang yaitu tubera os ischii dan ujung os sacrum, anus genetalia anak jika edema tidak terlalu besar dan dapat diraba.

## **D. Sectio Caesarea**

### **1. Pengertian**

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Tindakan Sectio Caesarea dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu yang dikarenakan bahaya atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervaginam

Sectio Caesarea (SC) merupakan tindakan pembedahan untuk melahirkan janin dengan cara membuat sayatan untuk membuka dinding perut dan dinding uterus atau suatu histerotomi untuk mengeluarkan janin yang berada di dalam rahim ibu. Sectio caesarea adalah proses

keluarnya janin melalui insisi yang dibuat pada dinding abdomen dan uterus Reeder dalam (Anggorowati, 2018)

## **2. Etiologi**

### **1. Etiologi berasal dari ibu**

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin / panggul ), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, Plasenta previa terutama pada primigravida, solutsio plasenta tingkat I – II.

### **2. Etiologi berasal dari janin**

distress / gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, 8 kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi.(Anggorowati, 2018)

## **3. Klasifikasi**

Klasifikasi Sectio Caesarea menurut (Sabaruddin et al., 2019)

1. Segmen bawah: Insisi melintang Karena cara ini memungkinkan kelahiran per abdominam yang aman sekalipun dikerjakan kemudian pada saat persalinan dan sekalipun dikerjakan kemudian pada saat persalinan dan sekalipun rongga Rahim terinfeksi, maka insisi melintang segmenn bawah uterus telah menimbulkan revolusi dalam pelaksanaan obstetric.

2. Segmen bawah : Insisi membujur Cara membuka abdomen dan menyingkapkan uterus sama seperti insisi melintang, insisi membujur dibuat dengan scalpel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi.
3. Sectio Caesarea klasik Insisi longitudinal digaris tengah dibuat dengan scalpel kedalam dinding anterior uterus dan dilebarkan keatas serta kebawah dengangunting yang berujung tumpul. Diperlukan luka insisi yang lebar karena bayi sering dilahirkan dengan bokong dahulu. Janin serta plasenta dikeluarkan dan uterus ditutup dengan jahitan tiga lapis. Pada masa modern ini hamper sudah tidak dipertimbangkan lagi untuk mengerjakan Sectio Caesarea klasik. Satu-satunya indikasi untuk prosedur segmen atas adalah kesulitan teknis dalam menyingkapkan segmenn bawah.

#### **4. Indikasi**

ada indikasi dilakukannya section caesarea pada klien karena adanya keadaan sebagai berikut :

- a. Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior) Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal, yaitu plasenta yang terletak pada segmen bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir.
- b. Panggul sempit Panggul sempit keadaan panggul ibu yang tidak sesuai dengan keadaan panggul normal yang dimiliki



kebanyakan wanita Holmer mengambil batas terendah untuk melahirkan janin via naturalis ialah  $CV = 8$  cm. Panggul dengan CV (conjugata vera)

- c. CPD ( Cephalo Pelvic Disproportion ) Cephalo Pelvic Disproportion ( CPD ) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Tulang-tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara alami. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal.

- d. PEB (Pre-Eklamsi Berat)

Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, pre-eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting dalam ilmu kebidanan, Karena itu

diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi

- e. KPD (Ketuban Pecah Dini) Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu, sedangkan di bawah 36 minggu.
- f. Letak Sungsang Janin dengan presentase bokong mengalami peningkatan resiko prolaps tali pusat dan terperangkapnya kepala apabila dilahirkan pervaginam dibandingkan dengan janin presentase kepala.
- g. Gawat janin Keadaan gawat janin bisa mempengaruhi keadaan janin, jika penentuan waktu sectio caesaria terlambat, kelainan neurologis seperti cerebral palsy dapat dihindari dengan waktu yang tepat untuk Sectio Caesarea.

## 5. Patofisiologi

Seksio cesarea adalah suatu proses persalinan melalui pembedahan pada bagian perut dan rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. Selain berasal dari faktor ibu seperti panggul sempit absolut, kegagalan melahirkan secara normal karena kurang adekuatnya stimulasi, tumor-tumor jalan lahir yang menimbulkan obstruksi, stenosis serviks/vagina, plasenta previa, disproporsi sefalopelvik, ruptura

uteri membatat, indikasi dilakukannya sectio caesarea dapat berasal dari janin seperti kelainan letak, gawat janin, prolapsus plasenta, perkembangan bayi yang terlambat, mencegah hipoksia janin, misalnya karena preeklamsia.

Setiap operasi sectio caesarea anestesi spinal lebih banyak dipakai dikarenakan lebih aman untuk janin. Tindakan anestesi yang diberikan dapat mempengaruhi tonus otot pada kandung kemih sehingga mengalami penurunan yang menyebabkan gangguan eliminasi urin. Sayatan pada perut dan rahim akan menimbulkan trauma jaringan dan terputusnya inkontinensia jaringan, pembuluh darah, dan saraf disekitar daerah insisi. Hal tersebut merangsang keluarnya histamin dan prostaglandin. histamin dan prostaglandin ini akan menyebabkan nyeri pada daerah insisi. Rangsangan nyeri yang dirasakan dapat menyebabkan munculnya masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik. Selanjutnya hambatan mobilisasi fisik yang dialami oleh ibu nifas dapat menimbulkan masalah keperawatan defisit perawatan diri. Adanya jaringan terbuka juga akan menimbulkan munculnya risiko tinggi terhadap masuknya bakteri dan virus yang akan menyebabkan infeksi apabila tidak dilakukan perawatan luka yang baik.

## 6. Penatalaksanaan

### a. Pemberian Cairan

Karena 24 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan perintravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa digunakan 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 flaktus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan proral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6-10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

### c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap sebagai berikut :

- 1) Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6-10 jam setelah operasi.
- 2) Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah sadar.

- 3) Hari ke dua post operasi, penderita dapat di dudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya.
- 4) Kemudian posisi tidur terlentang 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 pada hari ke 3 sampai hari ke 5 pasca operasi.

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

- a. Antibiotik dan pemberian antibiotik sangat berbeda-beda setiap rumah sakit.
- b. Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan.

c. Obat-obatan lain Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum penderita dapat diberikan carbonasia seperti neurobian vit.C

d. Perawatan luka Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti. Perawatan rutin Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi dan pernafasan.

(Kedokteran & Kuala, 2019)

## **E. Asuhan Keperawatan Teoritis**

### **1. Pengkajian**

Menurut (Kurniati et al., 2015) pada pengkajian klien dengan sectio caesarea, data yang dapat diperoleh adalah :

#### **a. Identitas atau Biodata Klien**

Biasaya dikaji nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, tanggal masuk rumah sakit nomor MR dan diagnosa keperawatan serta penanggung jawab

#### **b. Alasan masuk dikumpulkan untuk menentukan prioritas intervensi keperawatan dan juga untuk mengkaji bagaimana tingkat pemahaman klien tentang kondisi kesehatan.**

#### **c. Riwayat Kesehatan**

1) Riwayat Kesehatan Sekarang Biasanya keluhan yang dialami setelah klien operasi SC adalah mengeluh nyeri atau

ketidaknyamanan dari berbagai sumber misalnya trauma bedah atau insisi, nyeri distensi kantung kemih hal tersebut meliputi keluhan atau berhubungan dengan gangguan atau penyakit yang sedang dialami saat ini. Biasanya klien takut bergerak karena takut terjadi infeksi pada bekas luka post SC dan terkadang tingkat kecemasan klien tinggi terutama pada kesehatan ibu dan bayinya

- 2) Riwayat Kesehatan Dahulu Biasanya klien dengan post SC pernah memiliki riwayat operasi SC sebelumnya, baik dari faktor ibu maupun dari faktor janin
- 3) Riwayat Kesehatan Keluarga Biasanya klien memiliki penyakit keturunan dari dalam keluarga seperti jantung, diabetes melitus dan hipertensi

4) Genogram

Adalah gambaran riwayat keluarga untuk menjelaskan hubungan atau dinamika penting keluarga dalam 3 generasi

d. Riwayat Menstruasi

Biasanya dikaji usia pertama haid, siklus haid, lama haid, berapa kali ganti duk dalam 1 hari, dan masalah selama haid.

e. Riwayat Kehamilan

Biasanya dikaji kapan HPHT, hamil anak ke berapa, taksiran persalinan dan jenis persalinan.

f. Riwayat Persalinan

Biasanya dikaji jumlah cairan darah yang keluar saat proses persalinan, jenis persalinan, persalinan ke berapa, jenis kelamin bayi dan BB/ PB bayi.

g. Riwayat Kontrasepsi Biasanya dikaji riwayat kontrasepsi apa yang pernah digunakan klien dan apa rencana kontrasepsi yang akan digunakan klien

h. Pemeriksaan Umum

a. Tingkat Kesadaran

Biasanya tingkat kesadaran ibu compos mentis kecuali pada ibu yang mengalami perdarahan atau komplikasi dari penyakit lain.

b. Tanda Tanda Vital Apabila terjadi pengeluaran darah yang berlebihan pada masa nifas tekanan darah akan turun, nadi akan cepat, pernafasan meningkat, suhu tubuh akan menurun

i. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

1) Rambut

Bagaimana kebersihan rambut klien apakah bersih, berminyak, atau berketombe. Biasanya pada pasien post SC keadaan rambut kurang bersih atau berminyak, karna pasien post SC tidak dianjurkan untuk mandi terlebih dahulu yang tujuannya untuk



menghindari terjadinya luka basah (infeksi) pada luka post SC pada klien.

## 2) Mata

Biasanya mata tampak simetris kanan kiri, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor dan fungsi penglihatan baik. Kecuali pada klien yang terjadi penurunan kesadaran, maka pasti akan ditemukan hasil pemeriksaan yang abnormal pada mata klien

## 3) Hidung

Biasanya hidung tampak simetris, bersih atau tidak ada cairan berupa sekret, tidak ada pembengkakan, tidak ditemukan adanya lesi, tidak ada polip dan fungsi penciuman baik.

## 4) Mulut dan Gigi

Biasanya mulut klien tampak simetris/ tidak, mukosa mulut lembab/kering dan apakah gigi tampak lengkap, bersih atau terkadang ditemukan ada karies/ tidak.

## 5) Telinga

Biasanya telinga tampak simetris kanan kiri, tidak ada serumen, tidak ada oedema, tidak ada lesi dan fungsi pendengaran baik, kecuali pada klien yang mengalami gangguan pendengaran akan ditemukan hasil pemeriksaan yang abnormal.

## 6) Leher

Biasanya leher tampak tidak ada oedema atau tidak, ada lesi atau tidak dan apakah ada ditemukan getah bening, kelenjer tyroid saat dilakukan palpasi dileher klien.

## 7) Thorak

### 1) Payudara

Saat nifas biasanya payudara tampak simetris kiri kanan (kecuali ada kelainan), aerola akan berwarna hitam kecoklatan (Hiperpigmentasi), produksi ASI biasanya akan banyak pada 2 kali 24 jam atau hari kedua setelah kelahiran bayi melainkan saat bayi lahir hanya ASI pekat atau kolostrum dapat keluar dengan cara memijat payudara, dan saat ASI sudah banyak payudara akan terasa padat, puting akan menonjol di kedua payudara namun biasanya juga ditemukan klien yang puting payudaranya tidak menonjol/ datar, namun hal tersebut bisa diatasi dengan (Tahan payudara pada tepi bagian aerola dengan ibu jari atau telunjuk, lalu tekan sekitar 1 inci di belakang puting atau juga bisa dengan cara tekan bagian kulit yang berwarna hitam pada payudara sebelum memasukkan puting ke mulut bayi).

## 2) Paru-paru

I : Pergerakan paru kanan kiri sama

P : Tidak ada rasa sakit saat ditekan dan pembengkakkan

P : Sonor dikedua lapang paru

A : Suara nafas vesikuler dan tidak ada bunyi suara nafas tambahan (Kecuali pada klien yang menderita gangguan diparu-paru akan ditemukan hasil pemeriksaan yang abnormal).

## 3) Jantung

I : Pergerakan jantung normal

P : Tidak ada rasa sakit saat dilakukan tekanan dan tidak ada pembengkakkan

P : Suara jantung redup

A : Bunyi jantung normal (Lup Dup) (Kecuali pada pasien yang mengalami gangguan di jantung akan ditemukan hasil pemeriksaan yang abnormal).

## 4) Abdomen

I : Warna kulit abdomen tampak kecoklatan, di abdomen tampak luka post SC berbentuk horizontal atau vertical dengan diameter  $\pm$  10 cm dan biasanya ada striae gravidarum ( garis-garis yang terlihat di kulit perut).

A : Biasanya bising usus akan kembali normal 24 jam setelah post SC, karena sebelum dilakukan SC klien dipuasakan

P : Tympani

P: Tidak Ada Nyeri Tekan

### **1. Diagnosa keperawatan yang muncul**

1. Nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik dibuktikan dengan tampak meringis.
2. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas dibuktikan dengan merasa lemah.
4. Deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik dibuktikan dengan tidak mampu mandi/berpakaian secara mandiri.
5. Gangguan mobilitan fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis (anestesi) dibuktikan dengan fisik lemah.
6. Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan prosedur pembedahan dibuktikan dengan perdarahan

### **2. Intervensi Keperawatan**

1. Terjadinya gangguan pada mobilitas fisik dimana kondisi badan terasa nyeri pada saat digerakan, fisik lemah, dan gerakan terbatas (D.0054):

Kriteria hasil (SLKI):

Luaran utama: Mobilitas fisik

Luaran Tambahan:

- 1) Fungsi sensori;
- 2) Keseimbangan;
- 3) Koordinasi pada pergerakan;
- 4) Konsevasi pada energy;
- 5) Pergerakan sendi;
- 6) Status neurologis;
- 7) Status Nutrisi;
- 8) Toleransi aktivitas (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Rencana Tindakan keperawatan (SIKI)

- 1) Identifikasi adanya nyeri;
- 2) Memonitor tekanan darah pada saat akan melakukan mobilisasi;
- 3) Melakukan identifikasi pada toleransi fisik dengan pergerakan;
- 4) Memfasilitasi kegiatan mobilisasi dengan menggunakan alat bantu;
- 5) Memonitor kondisi umum sepanjang mobilisasi;
- 6) Dianjurkan untuk melakukan mobilisasi secepatnya;
- 7) Melibatkan keluarga dari pasien untuk meningkatkan pergerakannya;

8) Mengajukan untuk melakukan mobilisasi dengan sederhana

mungkin (misal : duduk) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

2. Risiko infeksi yang dapat dibuktikan dengan dampak prosedur invansif (D.0142)

Kriteria hasil (SLKI):

Luaran utama: Tingkat infeksi

Luaran Tambahan:

1) Integritas kulit dan jaringan

2) Kontrol resiko Status imun

3) Status nutrisi (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Rencana Keperawatan (SIKI)

a. Menjelaskan gejala dan tanda-tanda infeksi;

b. Memonitoring gejala dan tanda-tanda infeksi sistematis dan lokal;

c. Mengajukan untuk kecukupan nutrisi, cairan, dan istirahat;

d. Mengajukan langkah untuk memeriksa keadaan luka setelah operasi;

e. Mempertahankan teknik aseptik pasien dengan risiko tinggi ;

f. Mengajarkan bagaimana melakukan cuci tangan secara benar;

g. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

3. Nyeri berhubungan dengan Agen cedera fisiologis (iskemia) (D.0077)

Berikut kriterianya:

Luaran utama: tingkat nyeri

Luaran khusus:

1. Kontrol nyeri
2. Mobilitas fisik
3. Pola tidur
4. Status kenyamanan
5. Tingkat cedera
6. Perfusi miocard (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Rencana Tindakan (SIKI) :

1. Mengidentifikasi skala nyeri;
2. Mengidentifikasi faktor yang meringankan atau memberatkan adanya nyeri;
3. Mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, kintensitas, kualitas, dan frekuensi nyeri;
4. Control lingkungan yang memperparah nyeri;
5. Fasilitasi istirahat tidur;
6. Ajarkan distrasi relaksasi;

7. Aromaterapi;
8. Kompres dingin;
9. Kolaborasi pemberian analgesic, bila perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

#### **4. Implementasi Keperawatan**

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

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

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



## **BAB III**

### **ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS**

#### **A. KASUS 1**

##### **PENGAJIAN DATA DASAR PASIEN I**

###### **1. DATA DEMOGRAFI**

Nama klien : Ny. A

Umur klien : 26 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Nama Suami : Tn. S

Umur suami : 30 Tahun

Alamat : Rusun Lokbin Rawa Buaya Tower Rt013/001

Status perkawinan : Menikah

Agama : Islam

Suku : Jawa

Pendidikan : SMK

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga (IRT)

Diagnose medis : P1A0 Hamil 38 Minggu, Ketuban Pecah Dini

Tanggal masuk rs : 21 November 2023

No. RM : 46-24-11

Tgl pengkajian : 23 November 2022

###### **2. KELUHAN UTAMA**

Pasien mengatakan saat datang ke IGD pada tanggal 21 November dengan G1P0A0 dengan keluhan mules, diare, muntah dan diperiksa ternyata hanya

diare saja. Saat pemeriksaan ternyata belum pembukaan. Setelah dilakukan pemeriksaan kembali pasien mengatakan keluar lendir darah. Saat di IGD dilakukan Pemeriksaan TTV dengan hasil TD: 130/82 N : 82x/menit S : 36,5 RR : 20x/menit. Dokter menyarankan dilakukan tindakan *section cesarea* ditanggal 22 November pada pukul 14.00 siang.

### **3. Keluhan Saat Ini**

Klien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi dibagian abdomen, nyeri seperti tersayat sayat, nyeri dirasakan saat bergerak, skala nyeri 6 dan nyeri hilang timbul. Klien mengatakan belum bisa miring kanan kiri karena masih terasa nyeri, Klien mengeluh nyeri saat bergerak dan tidak bisa mengangkat kakinya. Klien mengatakan semua aktivitas masih dibantu oleh suaminya. Dilakukan pemeriksaan TTV dengan hasil TD 128/82 mmHg N : 88x/menit RR : 20x/menit S : 36.5 terpasang kateter

### **4. Riwayat Penyakit Dahulu**

Pasien mengatakan belum pernah di dirawat sebelum nya.

### **5. Riwayat Persalinan Dan Kelahiran Saat Ini**

- Tanggal Operasi : 22 November 2022
- Jam Operasi : 14.00 WIB
- Bayi lahir jam : 17.15 WIB
- Type Persalinan : SC Cito
- Penggunaan analgesic dan anastesi : Ada (Spinal Anastesi)
- Masalah selama kehamilan : Ketuban Pecah Dini (KPD)

## 6. Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga klien tidak ada yang menderita penyakit keturunan seperti, hipertensi, diabetes militus, penyakit menular dan penyakit kejiwaan

## 7. Riwayat Ginekologi

Pasien mengatakan tidak ada penyakit kelamin dan penyakit menular seksual tidak ada

## 8. Riwayat Obstetri

- Usia menarch : 13 Tahun
- Siklus menstruasi : 28 hari
- Lamanya menstruasi : 7 hari
- HPHT : 28 Februari 2023
- Taksiran partus : 05-12-2023
- Umur kehamilan : 38 Minggu
- Status obstetrikus : G1 P0 A0 Usia kehamilan 38 Minggu
- Masalah kehamilan sekarang : Ketuban Pecah Dini
- Rencana KB : Ada, Mandiri
- Setelah bayi lahir, siapa yang membantu : suami
- Lochia
  - Jumlah : 2 kali ganti pembalut
  - Warna : merah
  - Konsistensi : Cairan lendir
  - Bau : Amis

- TFU
  - Tinggi : 2 jari dibawah pusat
  - Posisi : Normal
  - Kontraksi : Kontraksi baik
- Perdarahan : 50 cc

#### 9. Review Of System dan Pemeriksaan Fisik

- Penampilan umum : Sakit sedang
- Kesadaran : Composmentis
- Tinggi badan : 157 cm
- Berat badan : 60 kg
- Tanda Tanda Vital

TD : 120/80 mmHg N : 82 x/menit S : 36,5 C RR : 20 x/menit

Komponen	Review of system	Pemeriksaan fisik
Kepala, mata dan leher	Klien mengatakan tidak mengalami gangguan penglihatan, kepala tidak pusing.	Kepala mesosepal, 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 (+)/(+). Areola mammae 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, palpasi hati dan limpa tidak membesar, ada nyeri di epigastrium, perkusi bunyi redup, bising usus 14x/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.
Anus dan Rectum	Klien mengatakan tidak ada masalah didaerah bokong.	Tidak ada hemorroid

Muskolakeletal	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
----------------	--	--

<b>Komponen</b>	<b>Hasil</b>
Pola persepsi kesehatan.	Klien mengatakan setelah melahirkan anak yang ketiga ini klien merasa sangat senang karena melahirkan dengan selamat.
Pola nutrisi dan metabolic	Klien mengatakan tidak ada masalah dengan makan dan minum, tidak ada mual dan muntah, makan 3x/hari dan minum 3-5 gelas air putih (dalam sehari)
Pola Eliminasi	Klien mengatakan masih terpasang selang pipis, BAK berwarna kuning jernih berbau khas sebanyak 600 cc, setelah habis melahirkan belum BAB.
Pola Aktivitas	Klien mengatakan masih merasa lemah dan belum bisa memiringkan badan ke sebelah kanan dan kiri dan tampak berhati-hati ketika bergerak di tempat tidur. Klien tidak mampu untuk pergi ke kamar mandi. Untuk ADL klien masih di bantu oleh suaminya klien belum bisa mengangkat kakinya
Pola Istirahat dan Tidur	Klien mengatakan sulit tidur karena nyeri pada luka operasi masih terasa nyeri
Pola Persepsi Kognitif	Klien masih bingung untuk menggunakan KB apa untuk kedepannya
Pola Persepsi diri	Klien mengatakan senang atas kelahiran bayinya, walaupun dengan proses melahirkan melalui Sectio Caesarea, klien percaya bahwa semua itu demi kebaikan dirinya dan bayinya.

Pola Hubungan – Peran	Klien mengatakan hubungan dengan suami dan keluarganya baik-baik saja tidak ada masalah
Pola Setres Koping	Klien mengatakan, “bila ada masalah selalu didiskusikan dan dibicarakan dengan suami dan kadang juga dibantu oleh orang tua untuk mencari jalan keluarnya”.
Pola kepercayaan dan nilai-nilai	Klien beragama islam, menjalankan ibadah menurut agama islam

## 10. Pemeriksaan Labolatorium

Tanggal 22 November 2023

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
<b>HEMATOLOGI</b>		
<b>Hema 1</b>		
Hemaglobin	10.1 g/dL	11.7-15.5
Hematokrit	29%	35-47
Leukosit	12.6 103/ul	3.6-11.0
Trombosit	13.7 103/ul	150-440

## TERAPI MEDIS

Jenis terapi	Rute	Dosis
Cefadroxil	Oral	3x100mg
Asam mefenamat	Oral	3x100mg
Cefadzolin	Iv	2x100mg

**DATA FOKUS**

DATA SUBJEKTIF	DATA OBJEKTIF
<ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan mengeluh nyeri di bagian abdomen bekas luka operasi <ul style="list-style-type: none"> <li>P : Nyeri luka bekas SC</li> <li>Q : Nyeri seperti tersayat sayat</li> <li>R : Nyeri dirasakan ketika bergerak</li> <li>S : Skala nyeri 6</li> <li>T : nyeri hilang timbul</li> </ul> </li> <li>Klien mengatakan baru pertama kali Section Ceasare</li> <li>Klien mengatakan darah yang keluar dari kemaluan berwarna merah dan jika bergerak terasa seperti perdarahan</li> <li>Klien mengatakan belum bisa miring kekanan atau kekiri</li> <li>Klien mengatakan tidak mau banyak bergerak karena nyeri</li> <li>Klien mengatakan berat saat mengangkat kakinya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>KU : Sakit sedang</li> <li>Kesadaran : Composmentis</li> <li>Tanda-Tanda Vital : <ul style="list-style-type: none"> <li>TD : 120/80 mmHg</li> <li>N : 80 x/menit</li> <li>S : 36,5 C</li> <li>RR : 20 x/menit</li> </ul> </li> <li>Klien tampak meringis</li> <li>Klien tampak gelisah</li> <li>Terdapat luka post Op SC di daerah abdomen dan terasa nyeri</li> <li>Terdapat luka tertutup dengan balutan bersih tidak ada rembesan dan luka tampak kemerahan.</li> <li>Permeriksaan lab <ul style="list-style-type: none"> <li>Hemaglobin : 10.1 g/dL</li> <li>Hematokrit : 29%</li> <li>Leukosit : 12.6 103/ul</li> <li>Trombosit : 13.7 103/ul</li> </ul> </li> <li>Klien tampak lemah</li> <li>Rentan gerak menurun</li> <li>Gerakan terbatas</li> </ul>

**ANALISA DATA**

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	DS : <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan nyeri di bagian abdomen bekas luka operasi, <ul style="list-style-type: none"> <li>P : Nyeri bekas luka SC</li> <li>Q : Nyeri seperti tersayat sayat</li> <li>R : Nyeri dirasakan saat bergerak</li> <li>S : Skala nyeri 6</li> <li>T : Nyeri hilang timbul</li> </ul> </li> </ul> DO : <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak meringis kesakitan menahan nyeri</li> <li>KU : Sakit sedang</li> </ul>	Nyeri Melahirkan (D.0079)	Pengeluaran janin (Prosedur Operasi Sectio Cesarea)



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kesadaran : Composmentis</li> </ul> <p>Tanda-Tanda Vital :</p> <p>TD : 160/80 mmHg  N : 110 x/menit  S : 36,5o C  RR : 20 x/menit  P1A0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemeriksaan lab <ul style="list-style-type: none"> <li>Hemaglobin : 10.1 g/dL</li> <li>Hematokrit : 29%</li> <li>Leukosit : 12.6 103/ul</li> <li>Trombosit : 13.7 103/ul</li> </ul> </li> </ul>		
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan baru pertama kali Section Caesare</li> <li>• Klien mengatakan luka jahitan masih terasa nyeri</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak gelisah</li> <li>• Terdapat luka post Op SC di daerah abdomen dan terasa nyeri</li> <li>• Terdapat luka tertutup dengan balutan bersih tidak ada rembesan dan luka tampak kemerahan.</li> </ul>	Gangguan Integritas kulit/ Jaringan (D.0129)	Perubahan Sirkulasi
3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan belum bisa miring kekanan atau kekiri</li> <li>• Klien mengatakan tidak mau banyak bergerak karena nyeri</li> </ul> <p>Klien mengatakan berat saat mengangkat kakinya</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak lemah</li> <li>• Rentan gerak menurun</li> <li>• Gerakan terbatas</li> </ul>	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Nyeri

## DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri Melahirkan Berhubungan Dengan Pengeluaran Janin (D.0079)
2. Gangguan Integritas Kulit/ Jaringan Berhubungan Dengan Perubahan Sirkulasi (D.0129)
3. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Nyeri (D.0054)

## INTERVENSI PASIEN PERTAMA NY. A

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Nyeri Melahirkan b.d pengeluaran janin (D.0079)	Setelah dilakukan Tindakan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun (1-5) 2. Meringis menurun (1-5) 3. Sikap protektif menurun (1-5) 4. Gelisah menurun (1-5) 5. Kesulitan tidur menurun (2-5)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri <b>Terapeutik</b> 1. Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Edukasi : 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian analgetic

<p>Gangguan Integritas Kulit/ jaringan bd perubahan sirkulasi (D.0129)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kusakan jaringan menurun (1-5)</li> <li>2. kerusakan lapisan kulit menurun (1-5)</li> <li>3. Kemerahan menurun(1-5)</li> <li>4. sensasi membaik (1-5)</li> </ol>	<p>Perawatan Integritas Kulit (I.11353)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan minum air yang cukup</li> <li>2. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.</li> </ol>
<p>Gangguan mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat (2-5)</li> <li>2. Nyeri menurun (1-5)</li> <li>3. Gerakan terbatas menurun (1-5)</li> </ol>	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan menutup pagar tempat tidur</li> <li>2. Fasilitasi aktivitas mobilisasi</li> <li>3. Fasilitasi melakukan pergerakan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3. anjurkan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur</li> </ol>

**CATATAN PERKEMBANGAN HARI 1 NY. A**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Hari Tanggal</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Evaluasi</b>
Nyeri Melahirkan b.d pengeluaran janin (D.0079)		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi,</li> <li>2. skala nyeri R/ Skala nyeri 6</li> <li>3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal R/ pasien tampak meringis saat nyeri timbul</li> <li>4. Mengidentifikasi factoryang memperberat dan memperingan nyeri R/ pasien mengatakan nyeri muncul saat bergerak dan hilang saat berbaring</li> <li>5. Memberikan Teknik nonfarmakologis dengan Teknik relaksasi napas dalam R/ pasien diajarkan menggunakan teknik relaksasi napas jika nyeri Timbul</li> <li>6. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri R/ pasien tampak kooperatif dan mengerti</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih nyeri pada bagian abdomen bekas luka SC</li> <li>- Paisen mengatakan skala nyeri 6</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri seperti tersayat sayat hilang timbul</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri muncul saat bergerak dan hilang saat berbaring</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum sakit sedang</li> <li>- Kesadaran Composmentis</li> <li>- GCS : E4 M5 E6</li> <li>- Pasien tampak meringis saat nyeri timbul</li> <li>- Pasien diajarkan teknik relaksasi napas dalam</li> <li>- Pasien tampak kooperatif</li> <li>- Pasien diberikan terapi asam mefenamat 3x100mg</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p>

			P: Lanjutkan Intervensi
Gangguan sirkulasi kulit dan jaringan b.d perubahan sirkulasi (D.0129)		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan ektrim, penurunan mobilitas)</li> <li>2. Mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</li> <li>3. Menganjurkan minum air yang cukup</li> <li>4. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan terdapat nyeri pada luka post Op Sc</li> <li>- pasien mengatakan luka post sc bagus tidak ada rembesan</li> <li>- pasien mengatakan selalu menjaga kebersihan tangan sebelum makan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- terdapat luka post OP terbalut kassa</li> <li>- terdapat luka operasi belum kering dan masih basah</li> <li>- luka post sc bagus tidak ada rembesan dan kemerahan</li> <li>- S : 36,5</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah resiko</li> <li>- infeksi belum teratasi</li> </ul> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
Gangguan mobilitas Fisik b.d Nyeri		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya R/ pasien mengatakan nyeri saat bergerak bagian abdomen bekas luka SC</li> <li>2. memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R/ pasien tampak berhati hati</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri saat bergerak bagian abdomen bekas luka SC</li> <li>- Pasien mengatakan belum bisa miring kanan dan kiri</li> </ul>

	<p>saat bergerak, aktivitas pasien dibantu suami</p> <p>3. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan menutup pagar tempat tidur R/ bed pasien terpasang penutup pagar tempat tidur</p> <p>4. Memfasilitasi melakukan pergerakan R/ pasien mengatakan belum bisa miring kanan dan kiri</p> <p>5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan R/ keluarga tampak kooperatif</p> <p>6. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi R/ pasien tampak mengerti dan kooperatif</p> <p>7. Mengajukan melakukan mobilisasi dini R/ pasien mengatakan belum bisa mengangkat kakinya, pasien tampak berbaring saja</p> <p>8. Mengajukan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur R/ pasien mengatakan belum bisa banyak bergerak</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan berat saat mengangkat kakinya</li> <li>- Pasien mengatakan aktifitasnya dibantu suami</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak berhati-hati saat bergerak</li> <li>- Pasien hanya berbaring di bed</li> <li>- Pasien tampak lemah</li> <li>- Terpasang kateter</li> </ul> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>
--	---	---

**CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE 2 NY. A**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Hari Tanggal</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Evaluasi</b>
<p>Nyeri Melahirkan b.d Pengeluaran Janin ( D.0079)</p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R/ pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen bekas luka SC,nyeri seperti tersayat sayat dengan skala 5 dan nyeri sedikit berkurang</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri R/ Skala nyeri berkurang menjadi 5</li> <li>3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal R/ pasien mengatakan nyeri saat melakukan pergerakan sudah sedikit berkurang</li> <li>4. Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri R/ pasien mengatakan nyeri muncul saat bergerak dan hilang saat berbaring</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih nyeri pada bagian abdomen bekas luka sedikit berkurang</li> <li>- Paiseen skala nyeri berkurang menjadi nyeri 5</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri seperti tersayat sayat hilang timbul</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri muncul saat bergerak dan hilang saat berbaring</li> <li>- Klien belajar teknik relaksasi napas dalam</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak lebih tenang saat nyeri datang</li> <li>- Klien sudah mampu Melakukan relaksasi napas dalam jika nyeri datang</li> </ul>

		<p>5. Memberikan Teknik nonfarmakologis dengan Teknik relaksasi napas dalam R/ pasien diajarkan menggunakan teknik relaksasi napas jika nyeri timbul</p> <p>6. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi Nyeri</p>	<p>- Pasien diberikan terapi asam mefenamat 3x100mg</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>
<p>Gangguan Integritas kuli/jaringan b.d perubhan sirkulasi</p>		<p>1.Mengidentifikasi penyebab gangguan intergritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan stastus nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan ektrim, penurunan mobilitas )</p> <p>5. Mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</p> <p>6. Menganjurkan minum air yang cukup</p> <p>7. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi.</p>	<p>S :</p> <p>- pasien mengatakan terdapat nyeri pada luka post SC</p> <p>- pasien mengatakan luka post SC tidak ada rembesan</p> <p>O :</p> <p>- terdapat luka post sc terbalut kassa dibagian abdomen tidak ada kemerahan dan pus</p> <p>- terdapat luka belum kering dan masih basah</p> <p>- luka post sc bagus tidak ada rembesan membatasi jumlah pengunjung (tidak ada jam besuk</p>



			<p>- perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p> <p>A : masalah resiko infeksi belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>
<p>Gangguan mobilitas Fisik b.d Nyeri</p>		<p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri saat bergerak bagian abdomen bekas luka SC</li> <li>- Pasien mengatakan sudah belajar miring kanan dan kiri</li> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan kakinya</li> <li>- Pasien mengatakan aktifitasnya masih dibantu suami</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak berhati hati saat bergerak</li> <li>- Pasien sudah bisa miring kanan kiri</li> <li>- Pasien tampak meringis saat bergerak</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terpasang kateter</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> </ul> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>
--	--	--	--

### CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE 3 NY. A

Diagnosa Keperawatan	Hari Tanggal	Implementasi	Evaluasi
Nyeri Melahirkan b.d Pengeluaran Janin (D.0079)		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R/ pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen bekas luka SC, nyeri seperti tersayat sayat nyeri sudah berkurang menjadi skala 3</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri : Skala nyeri 3</li> <li>3. Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri R/ pasien mengatakan nyeri saat bergerak sudah berkurang</li> <li>4. Memberikan Teknik nonfarmakologis dengan Teknik relaksasi napas dalam R/ pasien selalu mengikuti relaksasi napas dalam</li> <li>5. Berkolaborasi pemberian analgetic R/ pasien diberikan terapi asam mefenamat 3x100 mg</li> <li>6. Mengontrol terapi musik yang sudah diberikan sesuai evidence</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang</li> <li>- Paisean mengatakan skala nyeri 3</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri saat melakukan pergerakan sudah berkurang</li> <li>- Pasien mengatakan sudah lebih nyaman</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri berkurang menjadi 3</li> <li>- Pasien tampak lebih tenang</li> <li>- Pasien diberikan fasilitas untuk istirahat dan tidur</li> <li>- Pasien diberikan terapi asam mefenamat 3x100mg</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>

		based nursing untuk mengurangi nyeri	
Gangguan Integritas kulit/jaringan b.d perubhan sirkulasi		<p>1. Mengidentifikasi penyebab gangguan intergritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan stastus nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan ektrim, penurunan mobilitas )</p> <p>8. Mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</p> <p>9. Menganjurkan minum air yang cukup</p> <p>10. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi.</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih nyeri sudah berkurang pada luka post op</li> <li>- Pasien mengatakan luka post sc tidak ada rembesan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka terbalut kassa pada abdomen bagian bawah tidak ada</li> <li>- terdapat luka belum kering dan masih basah luka post sc bagus tidak ada rembesan</li> <li>- membatasi jumlah pengunjung (tidak ada jam besuk</li> <li>- perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>
Gangguan mobilitas Fisik b.d Nyeri		<p>1. memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R/ pasien sudah bisa bergerak sesuai kemampuan</p> <p>2. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan menutup pagar tempat tidur R/ bed pasien terpasang penutup pagar tempat tidur</p> <p>3. Fasilitasi melakukan pergerakan R/ pasien mengatakan sudah bisa duduk diatas kasur</p> <p>4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan luka post op masih sedikit nyeri</li> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa miring kanan dan kiri</li> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa duduk diatas tempat tidur dan berpindah</li> <li>- Pasien mengatakan sudah bergerak sesuai kemampuan</li> <li>- Pasien mengatakan belum bisa ke kamar mandi</li> </ul>

		<p>meningkatkan pergerakan R/ keluarga tampak kooperatif</p> <p>5. Menganjurkan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur R/ pasien mengatakan sudah bisa duduk dan berpindah</p>	<p>- Pasien mengatakan sudah bisa berjalan tetapi dibantu suaminya</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak sudah bisa duduk ditempat tidur</li> <li>- Pasien tampak sudah bisa berpindah dari tempat tidur ke kursi</li> <li>- Terpasang kateter</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>
--	--	--	---

## ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS

### KASUS 2

#### PENGAJIAN DATA DASAR PASIEN II

##### 1. DATA DEMOGRAFI

Nama klien : Ny. U

Umur klien : 14 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Nama Suami : Tn. A

Umur suami : 17 Tahun

Alamat : Perongkelan, Rt24/16

Status perkawinan : Menikah

Agama : Islam

Suku : Jawa

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga (IRT)

Diagnose medis : P1A0 Hamil 38 Minggu, Sungsang

Tanggal masuk rs : 23 November 2023

No. RM : 70-69-73

Tgl pengkajian : 24 November 2022

##### 2. KELUHAN UTAMA

Pasien mengatakan pada saat USG dokter mengatakan bawa letak janin pada posisi sungsang, sehingga dokter menyarankan untuk menjalani operasi section cesarea. pasien datang ke IGD pada tanggal 23 November

2023 dengan G1P0A0 dengan keluhan mules mules dan keluar lendir bercampur darah, dilakukan operasi sectio cesarea pada pukul 14.30 saat di IGD dilakukan pemeriksaan

TTV dengan hasil : TD : 120/75 N : 80x/menit S : 36,5 RR : 20x/menit.

### **3. Keluhan Saat Ini**

Klien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi dibagian abdomen, nyeri seperti tersayat sayat, nyeri dirasakan saat bergerak, skala nyeri 6 dan nyeri hilang timbul. Klien mengatakan belum bisa miring kanan kiri karena masih terasa nyeri, Klien mengeluh nyeri saat bergerak dan tidak bisa mengangkat kakinya. Klien tampak gelisah, Klien mengatakan kurang nyaman saat bergerak karena luka pasca SC. Dilakukan pemeriksaan TTV dengan hasil TD 128/82 mmHg N : 88x/menit RR : 20x/menit S : 36.5 terpasang kateter

### **4. Riwayat Penyakit Dahulu**

Pasien mengatakan belum pernah di dirawat sebelumnya.

### **5. Riwayat Persalinan Dan Kelahiran Saat Ini**

- Tanggal Operasi : 23 November 2022
- Jam Operasi : 14.30 WIB
- Bayi lahir jam : 17.25 WIB
- Type Persalinan : SC Cito
- Penggunaan analgesic dan anastesi : Ada (Spinal Anastesi)
- Masalah selama kehamilan : Letak Sungsang

## 6. Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga klien tidak ada yang menderita penyakit keturunan seperti, hipertensi, diabetes militus, penyakit menular dan penyakit kejiwaan

## 7. Riwayat Ginekologi

Pasien mengatakan tidak ada penyakit kelamin dan penyakit menular seksual tidak ada

## 8. Riwayat Obstetri

- Usia menarch : 11 tahun
- Siklus menstruasi : 28 hari
- Lamanya menstruasi : 7 hari
- HPHT : 27 Februari 2023
- Taksiran partus : 27-11-2023
- Umur kehamilan : 37 Minggu
- Status obstetrikus : G1 P0 A0 Usia kehamilan 37 Minggu
- Masalah kehamilan sekarang : Letak Sungsang
- Rencana KB : Ada, belum terencanakan
- Setelah bayi lahir, siapa yang membantu : keluarga
- Lochia
  - Jumlah : 2 kali ganti pembalut
  - Warna : merah
  - Konsistensi : Cairan lender
  - Bau : Amis

- TFU
  - Tinggi : 2 jari dibawah pusat
  - Posisi : Normal
  - Kontraksi : Kontraksi baik
- Perdarahan : 50 cc

### 9. Review Of System dan Pemeriksaan Fisik

- Penampilan umum : Sakit sedang
- Kesadaran : Composmentis
- Tinggi badan : 155 cm
- Berat badan : 58 kg
- Tanda Tanda Vital

TD : 120/80 mmHg N : 82 x/menit S : 36,5 C RR : 20 x/menit

Komponen	Review of system	Pemeriksaan fisik
Kepala, mata dan leher	Klien mengatakan tidak mengalami gangguan penglihatan, kepala tidak pusing.	Kepala mesosepal, 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 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 belum keluar terkadang keluar tetapi hanya sedikit	Bentuk payudara simetris, kedua puting exverted (+)/(+). Areola mammae 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, palpasi hati dan limpa tidak membesar, ada nyeri di epigastrium, perkusi bunyi redup, bising usus 14x/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.
Anus dan Rectum	Klien mengatakan tidak ada masalah didaerah bokong.	Tidak ada hemorroid

Muskolakeletal	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
----------------	--	--

<b>Komponen</b>	<b>Hasil</b>
Pola persepsi kesehatan.	Klien mengatakan setelah melahirkan anak yang ketiga ini klien merasa sangat senang karena melahirkan dengan selamat.
Pola nutrisi dan metabolic	Klien mengatakan tidak ada masalah dengan makan dan minum, tidak ada mual dan muntah, makan 3x/hari dan minum 3-5 gelas air putih (dalam sehari)
Pola Eliminasi	Klien mengatakan masih terpasang selang pipis, BAK berwarna kuning jernih berbau khas sebanyak 600 cc, setelah habis melahirkan belum BAB.
Pola Aktivitas	Klien mengatakan masih merasa lemah dan belum bisa memiringkan badan ke sebelah kanan dan kiri dan tampak berhati-hati ketika bergerak di tempat tidur. Klien tidak mampu untuk pergi ke kamar mandi. Untuk ADL klien masih di bantu oleh suaminya klien belum bisa mengangkat kakinya
Pola Istirahat dan Tidur	Klien mengatakan sulit tidur karena nyeri pada luka operasi masih terasa nyeri
Pola Persepsi Kognitif	Klien masih bingung untuk menggunakan KB apa untuk kedepannya
Pola Persepsi diri	Klien mengatakan senang atas kelahiran bayinya, walaupun dengan proses melahirkan melalui Sectio Caesarea, klien percaya bahwa semua itu demi kebaikan dirinya dan bayinya.

Pola Hubungan – Peran	Klien mengatakan hubungan dengan suami dan keluarganya baik-baik saja tidak ada masalah
Pola Setres Koping	Klien mengatakan, “bila ada masalah selalu didiskusikan dan dibicarakan dengan suami dan kadang juga dibantu oleh orang tua untuk mencari jalan keluarnya”.
Pola kepercayaan dan nilai-nilai	Klien beragama islam, menjalankan ibadah menurut agama islam

## Riwayat Kesehatan

### Pemeriksaan Labolatorium

Tanggal 25 November 2023

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
<b>HEMATOLOGI</b>		
<b>Hema 1</b>		
Hemaglobin	10.1 g/dL	11.8-15.0
Hematokrit	29%	33-45
Leukosit	12.7 103/ul	4.5-13.0
Trombosit	334 103/ul	154-442

### TERAPI MEDIS

Jenis terapi	Rute	Dosis
Cefixime	Oral	3x100mg
Asam mefenamat	Oral	3x100mg
Cefadzolim	Iv	3x100mg
Keterolac	Iv	3x100mg

**DATA FOKUS**

<b>DATA SUBJEKTIF</b>	<b>DATA OBJEKTIF</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan nyeri di bagian abdomen bekas luka operasi               <ul style="list-style-type: none"> <li>P : Nyeri luka bekas SC</li> <li>Q : Nyeri seperti tertusuk tusuk</li> <li>R : Nyeri dirasakan ketika bergerak</li> <li>S : Skala nyeri 4</li> <li>T : nyeri hilang timbul</li> </ul> </li> <li>Klien mengatakan ASI tidak keluar terkadang keluar tetapi hanya sedikit</li> <li>Klien mengatakan belum mengerti bagaimana agar ASInya keluar</li> <li>Klien mengatakan sedikit lecet dibagian puting</li> <li>Klien mengeluh tidak nyaman</li> <li>Klien mengeluh Lelah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>KU : Sakit sedang</li> <li>Kesadaran : Composmentis</li> </ul> Tanda-Tanda Vital : TD : 120/75 mmHg N : 100 x/menit S : 36,5o C RR : 20 x/menit <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak meringis</li> <li>Terdapat luka post Op SC di daerah abdomen.</li> <li>Permeriksaan Lab               <ul style="list-style-type: none"> <li>Hemaglobin : 10.1 g/dL</li> <li>Hematokrit : 29%</li> <li>Leukosit : 12.7 103/ul</li> <li>Trombosit : 334 103/ul</li> </ul> </li> <li>Payudara klien tampak bengkak</li> <li>ASI tidak menetes/ memancar</li> <li>Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu</li> <li>Klien tampak gelisah</li> <li>Pola eliminasi berubah (terpasang kateter)</li> </ul>

**ANALISA DATA**

<b>NO</b>	<b>DATA</b>	<b>MASALAH</b>	<b>ETIOLOGI</b>
1	DS : <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan nyeri di bagian abdomen bekas luka operasi,</li> </ul> P : Nyeri bekas luka SC Q : Nyeri seperti R : Nyeri dirasakan saat bergerak S : Skala nyeri 4 T : Nyeri hilang timbul	Nyeri Melahirkan (D.0079)	Pengeluaran Janin (Prosedur Operasi Sectio Cesarea)

	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanda-Tanda Vital : <ul style="list-style-type: none"> <li>a. TD : 120/80 mmHg</li> <li>b. N : 110 x/menit</li> <li>c. S : 36,5o C</li> <li>d. RR : 20 x/menit</li> </ul> </li> <li>• Klien tampak meringis kesakitan menahan nyeri</li> </ul> <p>Permeriksaan Lab</p> <p>Hemaglobin : 10.1 g/dL</p> <p>Hematokrit : 29%</p> <p>Leukosit : 12.7 103/ul</p> <p>Trombosit : 334 103/ul</p>		
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan ASI keluar hanya sedikit</li> <li>• Klien mengatakan cemas karena puting nya lecet</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Payudara klien tampak bengkak</li> <li>• ASI tidak menetes/ memancar</li> <li>• Bayi tidak mampu melekat pada payudara</li> <li>• puting ibu tampak sedikit lecet</li> </ul>	Menyusui tidak efektif (D.0029)	Kurang Terpapar Informasi Tentang Pentingnya Menyusui dan Metode Menyusui
3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengeluh tidak nyaman saat bergerak</li> <li>• Klien mengeluh Lelah saat beraktivitas</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak gelisah</li> <li>• Pola eliminasi berubah (terpasang kateter)</li> </ul>	Gangguan Rasa Nyaman (D.0074)	Ketidakadekuatan Sumber Daya ( mis : Dukungan Finansial pengetahuan)

## DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri Melahirkan b.d Pengeluaran Janin (Prosedur Operasi Sectio Cesarea) (D.0079)
2. Menyusui tidak efektif b.d Kurang Terpapar Informasi Tentang Pentingnya Menyusui dan Metode Menyusui (D.0029)
3. Gangguan Rasa Nyaman b.d Ketidakadekuatan Sumber Daya ( mis : dukungan Finansial , pengetahuan) (D.0074)

## INTERVENSI KEPERAWATAN PASIEN KE DUA NY. U

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Nyeri Melahirkan b.d Pengeluaran Janin (D.0079)	<p>Setelah dilakukan Tindakan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluhan nyeri menurun (1-5)</li> <li>• Meringis menurun (1-5)</li> <li>• Sikap protektif menurun (1-5)</li> <li>• Gelisah menurun (1-5)</li> <li>• Kesulitan tidur menurun (2-5)</li> </ul>	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>• Identifikasi skala nyeri</li> <li>• Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>• Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> <li>• Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> </ul>

		<p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>• Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ul> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian analgetic</li> </ul>
<p>Menyusui tidak efektif b.d Kurang Terpapar Informasi Tentang Pentingnya Menyusui dan Metode Menyusui (D.0029)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat</li> <li>• kepercayaan diri ibu meningkat</li> <li>• Tetesan/pancaran ASI meningkat</li> <li>• Suplai ASI adekuat meningkat</li> <li>• lecet pada puting menurun</li> </ul>	<p><b>Edukasi Menyusui (I.12393)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>• Identifikasi tujuan dan keinginan menyusui</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan</li> <li>• jadwalkan penkes sesuai kesepakatan</li> <li>• dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</li> <li>• Libatkan suami dan keluarga sebagai system pendukung</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan konseling menyusui</li> <li>• Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</li> <li>• Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar</li> <li>• Ajarkan perawatan payudara post partum (memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin</li> </ul>

<p>Gangguan Rasa Nyaman b.d d Ketidakadekuatan Sumber Daya (mis : dukungan Finansial , pengetahuan) (D.0074)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status kenyamanan pascapartum meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan tidak nyaman menurun (5-1)</li> <li>2. Meringis menurun (5-1)</li> <li>3. Payudara bengkak (1-5) (L.07061)</li> </ol>	<p><b>Terapi Relaksasi (I.09326)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penurunan tingkat energi (ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif)</li> <li>2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</li> <li>3. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, suhu sebelum dan sesudah Latihan.</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman</li> <li>2. Gunakan pakaian longgar</li> <li>3. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgesic atau Tindakan medis lain</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia</li> <li>2. Anjurkan posisi yang nyaman</li> <li>3. Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi</li> </ol>
--	--	---



**CATATAN PERKEMBANGAN HARI 1 NY. U**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Hari Tanggal</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Evaluasi</b>
<p>Nyeri Melahirkan b.d pengeluaran janin (D.0079)</p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,</li> <li>2. kualitas, intensitas nyeri R/ pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen bekas luka SC, nyeri seperti tersayat sayat dengan skala 4 dan nyeri hilang timbul</li> <li>3. Mengidentifikasi skala nyeri R/ Skala nyeri 4</li> <li>4. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal R/ pasien tampak meringis saat nyeri timbul</li> <li>5. Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri R/ pasien mengatakan nyeri muncul saat bergerak dan hilang saat berbaring</li> <li>6. Memberikan teknik Nonfarmakologis dengan Teknik relaksasi napas dalam R/ pasien diajarkan menggunakan teknik relaksasi napas jika nyeri timbul</li> <li>7. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri R/ pasien tampak kooperatif dan mengerti</li> <li>8. Mengajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri. Mendengarkan music yang disukai R/ pasien belum mengerti tentang relaksasi jika nyeri</li> <li>9. Berkolaborasi pemberian analgetic</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih nyeri pada bagian abdomen bekas luka SC</li> <li>- Paisen mengatakan skala nyeri 4</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk tusuk hilang timbul</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri muncul saat bergerak dan hilang saat berbaring</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum sakit sedang</li> <li>- Kesadaran Composmentis</li> <li>- GCS : E4 M5 E6</li> <li>- Pasien tampak meringis saat nyeri timbul</li> <li>- Pasien diajarkan teknik relaksasi napas dalam</li> <li>- Pasien tampak Kooperatif</li> <li>- Pasien diberikan terapi asam mefenamat 3x100mg</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p>

		R/ pasien diberikan terapi asam mefenamat 3x500 mg	
Menyusui tidak efektif b.d Kurang Terpapar Informasi Tentang Pentingnya Menyusui dan Metode Menyusui (D.0029)		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi R/ pasien mengatakan siap dilakukan penkes</li> <li>2. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui R/ pasien mengatakan cemas karena Putting nya lecet</li> <li>3. Melibatkan suami dan keluarga sebagai system pendukung R/ pasien ditunggu oleh suami dan ibunya</li> <li>4. Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi R/ pasien tampak mengerti</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan ASInya keluar hanya sedikit</li> <li>- Pasien mengatakan putting susu sedikit lecet</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P1A0</li> <li>- Usia 14 tahun</li> <li>- Pendidikan SMA</li> <li>- Pasien tampak kooperatif</li> <li>- Pasien dilakukan perawatan payudara</li> <li>- Pasien tampak memperhatikan</li> <li>- ASI keluar hanya sedikit, putting tampak sedikit lecet</li> </ul> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
Gangguan Rasa Nyaman b.d Ketidakadekuatan Sumber Daya (mis : dukungan Finansial , pengetahuan) (D.0074)		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi penurunan tingkat energi (ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif)</li> <li>2. Mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</li> <li>3. Memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah suhu sebelum dan sesudah Latihan.</li> <li>4. Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman</li> <li>5. Menggunakan pakaian longgar</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan merasakan kurang nyaman</li> <li>-pasien mengatakan belum mengetahui teknik relaksasi napas dalam</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD: 125/85 mmHg</li> <li>N: 97x/mnt</li> <li>S : 36 °C</li> <li>- terdapat luka operasi belum kering dan masih basah</li> </ul>

		6. Menggunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgesic atau Tindakan medis lain 7. Menjelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia 8. Menganjurkan posisi yang nyaman 9. Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi	- Pasien tampak kebingungan - Pasien tampak antusias mendengarkan penjelasan A: Masalah gangguan rasa nyaman belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
--	--	--	--

### CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE 2 NY. U

Diagnosa Keperawatan	Hari Tanggal	Implementasi	Evaluasi
Nyeri Melahirkan b.d pengeluaran janin (D.0079)		1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R/ pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen bekas luka SC, nyeri seperti tersayat sayat dengan skala 3 dan nyeri hilang timbul Mengidentifikasi skala nyeri R/ Skala nyeri 3 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal R/ pasien tampak meringis saat nyeri timbul 4. Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri R/ pasien mengatakan nyeri muncul saat bergerak dan hilang saat berbaring 5. Memberikan teknik Nonfarmakologis dengan Teknik relaksasi napas dalam	S : - Pasien mengatakan masih nyeri pada bagian abdomen bekas luka SC - Paisen mengatakan skala nyeri 3 - Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk tusuk hilang timbul - Pasien mengatakan nyeri muncul saat bergerak dan hilang saat berbaring O : - Keadaan umum sakit sedang - Kesadaran Composmentis - GCS : E4 M5 E6 Pasien tampak

		<p>R/ pasien diajarkan menggunakan teknik relaksasi napas jika nyeri timbul</p> <p>6. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>R/ pasien tampak kooperatif dan mengerti</p> <p>7. Mengajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri. Mendengarkan music yang disukai</p> <p>R/ pasien belum mengerti tentang relaksasi jika nyeri</p> <p>8. Berkolaborasi pemberian analgetic</p> <p>R/ pasien diberikan terapi asam mefenamat 3x500 mg</p>	<p>meringis saat nyeri timbul</p> <p>- Pasien diajarkan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>- Pasien tampak Kooperatif</p> <p>- Pasien diberikan terapi asam mefenamat 3x100mg</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p>
<p>Menyusui tidak efektif b.d Kurang Terpapar Informasi Tentang Pentingnya Menyusui dan Metode Menyusui (D.0029)</p>		<p>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>R/ pasien mengatakan siap dilakukan penkes</p> <p>2. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</p> <p>R/ pasien mengatakan cemas karena Putting nya lecet</p> <p>3. Melibatkan suami dan keluarga sebagai system pendukung</p> <p>R/ pasien ditunggu oleh suami dan ibunya</p> <p>4. Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi R/ pasien tampak mengerti</p>	<p>S :</p> <p>- Pasien mengatakan ASInya keluar hanya sedikit</p> <p>- Pasien mengatakan putting susu sedikit lecet</p> <p>O:</p> <p>- Pasien tampak kooperatif</p> <p>- Pasien dilakukan perawatan payudara</p> <p>- Pasien tampak memperhatikan</p> <p>- ASI keluar hanya sedikit, putting tampak sedikit lecet</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
<p>Gangguan Rasa Nyaman b.d Ketidakadekuatan Sumber Daya (mis : dukungan Finansial ,</p>		<p>1. Mengidentifikasi penurunan tingkat energi (ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif)</p> <p>2. Mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</p>	<p>S :</p> <p>- pasien mengatakan merasakan kurang nyaman</p> <p>-pasien mengatakan sudah mengetahui teknik relaksasi napas dalam</p>

pengetahuan) (D.0074)		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah suhu sebelum dan sesudah Latihan.</li> <li>4. Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman</li> <li>5. Menggunakan pakaian longgar</li> <li>6. Menggunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgesic atau Tindakan medis lain</li> <li>7. Menjelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia</li> <li>8. Mengajukan posisi yang nyaman</li> <li>9. Mendemonstrasikan dan latihan teknik relaksasi</li> </ol>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD: 128/82 mmHg</li> <li>N: 102x/mnt</li> <li>S : 36,7°C</li> <li>- terdapat luka operasi belum kering dan masih basah</li> <li>- Pasien kooperatif</li> <li>- Pasien tampak antusias mendengarkan penjelasan melakukan teknik relaksasi napas dalam</li> </ul> <p>A: Masalah gangguan rasa nyaman belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
--------------------------	--	---	---

### CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE 3 NY. U

Diagnosa Keperawatan	Hari Tanggal	Implementasi	Evaluasi
Nyeri Melahirkan b.d pengeluaran janin (D.0079)		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R/ pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen bekas luka SC, nyeri seperti tersayat sayat dengan skala 2 dan nyeri hilang timbul Mengidentifikasi skala nyeri R/ Skala nyeri 2</li> <li>3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal R/ pasien tampak meringis saat nyeri timbul</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih nyeri pada bagian abdomen bekas luka SC</li> <li>- Pasien mengatakan skala nyeri 2</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri berkurang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum sakit sedang</li> <li>- Kesadaran Composmentis</li> <li>- GCS : E4 M5 E6</li> <li>- Pasien diajarkan teknik relaksasi napas dalam</li> <li>- Pasien tampak Kooperatif</li> <li>- Pasien diberikan terapi asam mefenamat 3x100mg</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi</p>

		<p>Memberikan teknik Nonfarmakologis dengan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Teknik relaksasi napas dalam R/ pasien diajarkan menggunakan teknik relaksasi napas jika nyeri timbul</li> <li>5. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri R/ pasien tampak kooperatif dan mengerti</li> <li>6. Mengajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri. Mendengarkan music yang disukai R/ pasien belum mengerti tentang relaksasi jika nyeri</li> <li>7. Berkolaborasi pemberian analgetic R/ pasien diberikan terapi asam mefenamat 3x500 mg</li> </ol>	<p>P: Intervensi dihentikan</p>
<p>Menyusui tidak efektif b.d Kurang Terpapar Informasi Tentang Pentingnya Menyusui dan Metode Menyusui (D.0029)</p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi R/ pasien mengatakan siap dilakukan penkes</li> <li>2. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui R/ pasien mengatakan cemas karena Putting nya lecet</li> <li>3. Melibatkan suami dan keluarga sebagai system pendukung R/ pasien ditunggu oleh suami dan ibunya</li> <li>4. Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi R/ pasien tampak mengerti</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan ASInya keluar hanya sedikit</li> <li>- Pasien mengatakan putting susu sedikit lecet</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak kooperatif</li> <li>- Pasien dilakukan perawatan payudara</li> <li>- Pasien tampak memperhatikan</li> <li>- ASI keluar hanya sedikit, putting tampak sedikit lecet</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>

<p>Gangguan Rasa Nyaman b.d Ketidakadekuatan Sumber Daya (mis : dukungan Finansial , pengetahuan) (D.0074)</p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi penurunan tingkat energi ( ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif)</li> <li>2. Mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</li> <li>3. Memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah suhu sebelum dan sesudah Latihan.</li> <li>4. Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman</li> <li>5. Menggunakan pakaian longgar</li> <li>6. Menggunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgesic atau Tindakan medis lain</li> <li>7. Menjelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia</li> <li>8. Mengajukan posisi yang nyaman</li> <li>9. Mendemonstrasikan dan latihan teknik relaksasi</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan merasakan kurang nyaman</li> <li>- pasien mengatakan sudah mengetahui teknik relaksasi napas dalam</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD: 115/87 mmHg</li> <li>N: 103x/mnt</li> <li>S : 36,5°C</li> <li>- Pasien kooperatif</li> <li>- Pasien tampak antusias mendengarkan penjelasan melakukan teknik relaksasi napas dalam</li> <li>- Pasien sudah menerapkan teknik relaksasi napas dalam</li> </ul> <p>A:</p> <p>Masalah gangguan rasa nyaman teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>
--	--	---	---

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada Ny.A dengan post section cesarea dengan indikasi preeklampsia, Ny.U dengan post sectio cesarea atas indikasi letak sungsang di ruang Rambutan RSUD Cengkareng tahun 2023 sesuai tiap fase dalam proses keperawatan yang meliputi : pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **A. Pengkajian**

##### **Menurut Teori**

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

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Sectio cesarea memiliki beberapa indikasi yakni plasenta previa yaitu plasenta yang letaknya abnormal, Cepalo Pelvik Dispropotion ( CPD ) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami, Lalu indikasi KPD yang merupakan kumpulan gejala atau sindroma yang mengenai wanita hamil dengan usia kehamilan diatas 2 minggu dengan tanda utama adanya ketuban berwarna keruh atau bau. besarnya



masalah ini bukan hanya karena KPD berdampak pada ibu saat hamil dan melahirkan, namun juga menimbulkan masalah pasca persalinan akibat disfungsi endotel di berbagai organ, seperti risiko penyakit kardiometabolik dan komplikasi lainnya, serta indikasi dilakukan section cesarea yakni letak sungsang, letak sungsang merupakan janin yang letaknya memanjang membujur dalam rahim kepala berada di fundus dan bokong berada di bawah Janin dengan presentase bokong mengalami peningkatan resiko prolaps tali pusat dan terperangkapnya kepala apabila dilahirkan pervaginam dibandingkan dengan janin presentase kepala.

Tanda dan gejala umum yang terjadi pada ibu dengan post section cesarea adalah Biasanya keluhan yang dialami setelah klien operasi SC adalah mengeluh nyeri atau ketidaknyamanan dari berbagai sumber misalnya trauma bedah atau insisi, nyeri distensi kantung kemih hal tersebut meliputi keluhan atau berhubungan dengan gangguan atau penyakit yang sedang dialami saat ini. Biasanya klien takut bergerak karena takut terjadi infeksi pada bekas luka post SC dan terkadang tingkat kecemasan klien tinggi terutama pada kesehatan ibu dan bayinya

**Menurut kasus :**

Penulis melakukan pengkajian pada pasien pertama yaitu Ny.A pada tanggal 23 november 2023 dengan hasil pengkajian yang didapatkan klien mengatakan dilakukan operasi pada hari selasa tanggal 22 november 2023 pada jam 14.00 wib klien mengatakan baru pertama kalinya di sc disebabkan karena saat dilakukan pemeriksaan pasien dinyatakan ketuban

pecah dini . Klien mengatakan nyeri pada bagian abdomen post sectio cesarea, Klien mengatakan tidak nyaman pada luka jahitan post SC, Klien mengatakan nyeri saat bersgerak ditempat tidur, Klien mengatakan nyeri seperti di sayat-sayat, klien mengatakan susah bergerak, klien mengatakan ADL dibantu suaminya saat dilakukan pemeriksaan TTV TD 128/80 mmHg, N : 110 x/menit, S : 36,5o C, RR : 20x/menit, klien tampak meringis, terpasang kateter

Hasil pengkajian selanjutnya pada pasien kedua Ny. U pada tanggal 23 november 2022 dengan hasil pengkajian bahwa klien dilakukan operasi pada tanggal 23 november pada jam 14.30 Klien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi dibagian abdomena, nyeri seperti tertusuk tusuk, nyeri dirasakan saat bergerak, skala nyeri 4 dan nyeri hilang timbul. Klien mengatakan ASInya tidak keluar. Klien mengatakan cemas setelah lahir. setelah dilakukan pemeriksaan TTV dengan hasil : TD :120/80 N :88x/menit RR : 20x/menit S : 36.5. klien tampak lemas, klien tampak berhati hati saat bergerak, klien tampak meringis, terpasang kateter

### **Analisa penulis**

Berdasarkan hasil pengkajian pada kedua pasien diperoleh bahwa dari pasien post sectio cesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini dan indikasi letak sungsang di RSUD Cengkareng, didapatkan bahwa keduanya memiliki keluhan yang sama seperti nyeri pada luka jahitan, nyeri saat bergerak tetapi pada NY.A dengan post op atas indikasi Ketuban Pecah Dini

ditandai dengan adanya air ketuban berwarna hijau dan keluar lendir darah, sedangkan pada pasien 2 dengan air ketuban jernih pada kedua pasien airway baik, breathing baik, sirkulasi baik, riwayat tidak ada masalah, dirawat di roming in, pola nutrisi baik, pola eliminasi baik, istirahat dan tidur baik, personal hygiene baik, mobilisasi dan aktivitas baik, psikologis baik, sosial baik, dan spiritual baik.

Sesuai dengan teori (Anggorowati, 2018) Setiap tindakan operasi atau pembedahan pasti akan menimbulkan rasa nyeri yang berakibat memberikan rasa ketakutan pada pasien untuk dapat bergerak atau mobilisasi yang dapat menurunkan kualitas hidup. Menurut teori (Anggorowati, 2018) keluhan yang dialami setelah klien operasi SC adalah mengeluh nyeri atau ketidaknyamanan dari berbagai sumber misalnya trauma bedah atau insisi, nyeri distensi kantung kemih hal tersebut meliputi keluhan atau berhubungan dengan gangguan atau penyakit yang sedang dialami saat ini. Biasanya klien takut bergerak karena takut terjadi infeksi pada bekas luka post SC dan terkadang tingkat kecemasan klien tinggi terutama pada kesehatan ibu dan bayinya

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan pada karakteristik diagnosis keperawatan yang paling banyak muncul pada klien post SC dengan indikasi Ketuban Pecah Dini dan letak sungsang

1. Nyeri Melahirkan b.d Pengeluaran Janin (Prosedur Operasi Sectio Cesarea) (D.0079)
2. Menyusui tidak efektif b.d Kurang Terpapar Informasi Tentang Pentingnya Menyusui dan Metode Menyusui (D.0029)
3. Gangguan Rasa Nyaman b.d Ketidakadekuatan Sumber Daya ( mis : dukungan Finansial , pengetahuan) (D.0074)
4. Gangguan Integritas Kulit/ Jaringan Berhubungan Dengan Perubahan Sirkulasi ( D.0129)
5. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Nyeri (D.0054)

#### **Analisa Penulis :**

Dari diagnose yang terdapat pada penelitian ini terdapat 2 diagnosa yang sesuai dengan teori yang ada yaitu nyeri melahirkan dan gangguan integritas kulit/ Jaringan Berhubungan Dengan Perubahan Sirkulasi. Hal ini dikarenakan ke-2 diagnose tersebut sudah menjadi ciri khas dari ditegakkannya asuhan keperawatan pasca pembedahan. Dimana ke-2 diagnosa ini sesuai dengan teori (Mulyawati et al., 2011) pasien dengan pasca pembedahan baik SC atau yang lainnya biasanya terdapat diagnose nyeri melahirkan dan gangguan integritas kulit/ Jaringan. Perbandingan antara diagnosa teori dengan diagnosa yang ditemukan pada pasien kelolaan memiliki persamaan yakni pada Ny. A memiliki 3 diagnosa yang sama dengan teori sedangkan diagnosa Ny. U memiliki 2 persamaan dengan diagnosa teori dan antara kedua pasien memiliki satu diagnosa yang sama,

akan tetapi ada diagnosa yang ditemukan pada pasien kelolaan tidak sama dengan teori, berikut penjelasannya :

1. Nyeri Melahirkan b.d Pengeluaran Janin (Prosedur Operasi Sectio Cesarea) (D.0079)

Untuk diagnose pasien pertama Ny. A dan pasien kedua Ny. U dari keduanya didapatkan hasil pengkajian ditemukan subjektif yang keduanya mengatakan mengeluh nyeri pada bagian abdomen bekas luka operasi sectio cesarea, nyeri seperti tersayat sayat skala nyeri 4 nyeri hilang timbul, nyeri saat bergerak.

Nyeri yang dirasakan kedua pasien berasal dari luka yang terdapat di perut. bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang rusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri. Nyeri biasanya terjadi pada 12 sampai 36 jam setelah pembedahan, dan menurun pada hari ketiga. Menurut penulis selesainya dilakukan pembedahan menyebabkan luka & rusaknya bagian saraf dan pembuluh darah dalam organ tadi sebagai akibatnya muncul nyeri sedang sampai berat, maka bisa pada berikan Teknik nonfarmakologi juga farmakologi buat mengurangi nyeri dalam klien post sectio caesarea.

2. Gangguan Integritas Kulit/ Jaringan Berhubungan Dengan Perubahan Sirkulasi ( D.0129)

Pada klien pertama dan klien dua memiliki kesamaan adanya luka post operasi sectio caesarea yang dapat menyebabkan terjadinya Gangguan Integritas Kulit/ Jaringan. Sirkulasi serta ditandai dengan

hasil leukosit. hasil leukosit pada pasien pertama Ny.A. 12.6 103/ul dan pada pasien kedua Ny.U 12.7 103/ul Infeksi merupakan kondisi saat mikroorganisme masuk dan berkembang dalam tubuh pejamu, sehingga dapat menyebabkan sakit yang disertai gejala klinis lokal atau sistemik (Kurniati et al., 2015). Luka di tubuh memberikan peluang sebagai tempat masuknya bakteri, dan meningkatkan risiko terjadinya infeksi. Menurut penulis resiko infeksi dapat terjadi akibat adanya luka post section caesarea sehingga dapat dilakukan pemberian antibiotik dan menjaga perilaku hidup sehat.

3. Gangguan mobilitas fisik b.d Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Nyeri (D.0054)

Diagnosa ini terdapat pada pasien pertama Ny.A tidak terdapat pada Ny.U diagnose ini dibuktikan didalam teori pada pengkajian penulis mendapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri saat bergerak,pasien mengatakan tidak mau banyak bergerak karena nyeri, aktivitas masih dibantu suaminya, pasien mengatakan belum bisa miring kanan dan kiri,pasien mengatakan berat saat mengangkat kakinya. Berdasarkan teori Tim Pokja SDKI DPP PPNI Gangguan mobilitas fisik Diagnosa keperawatan utama pada pasien post op section Caesarea adalah Gangguan mobilitas fisik. Gangguan mobilitas fisik yang dialami oleh Ny. A dan NY. U yaitu adanya luka bekas operasi sesar menimbulkan nyeri pada luka post operasi section Caesarea sehingga pasien cenderung untuk berbaring saja untuk

mempertahankan seluruh tubuh kaku dan tidak mengindahkan daerah pembedahan sehingga menimbulkan kaku persendian,

Dalam kasus, diagnosa ditegakkan oleh penulis karena pada saat pengkajian ditemukan data klien mengatakan nyeri saat bergerak, mengatakan cemas jika banyak bergerak dan ADL dibantu suaminya. Menurut penulis ketika terjadinya luka akan sulit untuk melakukan aktivitas baik aktivitas berat maupun ringan, sehingga diperlukan bantuan pada pasien.

4. Menyusui tidak efektif b.d Kurang Terpapar Informasi Tentang Pentingnya Menyusui dan Metode Menyusui

Pada pasien 1 didapatkan diagnosa menyusui tidak efektif b.d Kurang Terpapar Informasi Tentang Pentingnya Menyusui dan Metode Menyusui dapat dilihat dari keluhan subjektif klien mengatakan ASI belum keluar, keluhan objektif yaitu ASI yang tidak keluar memancar serta bayi yang tidak menyusui secara terus menerus. Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kelancaran produksi dan pengeluaran ASI yaitu perawatan payudara frekuensi penyusuan, paritas, stress, penyakit atau kesehatan ibu, konsumsi rokok atau alkohol, pil kontrasepsi, asupan nutrisi.

Menurut penulis penyebab ASI tidak lancar salah satunya adalah faktor psikologis, perawatan payudara dan nutrisi ibu, sehingga dapat dilakukan pijat oksitosin, perawatan payudara dan menganjurkan untuk mengonsumsi sayuran serta buah-buahan. (Mardhika et al., 2021)

5. Gangguan Rasa Nyaman b.d Ketidakadekuatan Sumber Daya ( mis : dukungan Finansial , pengetahuan) (D.0074)

Diagnosis gangguan rasa nyaman ditegakkan apabila rasa tidak nyaman muncul tanpa cedera jaringan. Dalam kasus klien mengatakan mengeluh tidak nyaman akibat luka post SC

### **C. Intervensi Keperawatan**

Intervensi atau rencana asuhan keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut. Pada tahap ini, dimulai dari mengidentifikasi tujuan klien, menetapkan hasil yang diperkirakan, memilih tindakan keperawatan, mendelegasikan tindakan, dan menuliskan rencana asuhan keperawatan. (Koerniawan et al., 2020)

1. Nyeri Melahirkan b.d Pengeluaran Janin (Prosedur Operasi Sectio Cesarea) (D.0079)

Intervensi yang di lakukan pada pasien 1 dan 2 sesuai dengan diagnose yang di tegakan. Untuk intervensi yang sama pada kedua pasien yaitu nyeri melahirkan. Intervensi yang berbeda di sesuaikan dengan diagnose yang ada yaitu pada pasien 1 gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dan pasien 2 menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakefektifan suplai ASI. Berikut pembahasan intervensi pada kedua klien :



Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada kedua klien dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan agen pencedera fisik berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yaitu Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: Keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, Kesulitan tidur menurun

Adapun intervensi yang dilakukan Manajemen nyeri Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respon nyeri non verbal, Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri, Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri, Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri, Kolaborasi pemberian analgetic.

Menurut Analisa peneliti intervensi non farmakologis yang perlu dilakukan pada nyeri akut post sc adalah melakukan relaksasi napas dalam untuk mengendalikan nyeri, di dalam tubuh seseorang tersebut secara stimulan dapat meningkatkan saraf parasimpatik maka hormon kortisol dan adrenalin yang dapat menyebabkan stres akan menurun sehingga konsentrasi meningkat serta merasa tenang untuk mengatur napas sampai pernapasan kurang dari 60-70 kali per menit Periode relaksasi napas dalam yang teratur dapat membantu

untuk melawan ketegangan otot dan keletihan yang terjadi akibat meningkatkan nyeri.

2. Gangguan Integritas Kulit/ Jaringan Berhubungan Dengan Perubahan Sirkulasi (D.0129)

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada kedua klien dengan masalah keperawatan Gangguan Integritas Kulit/ Jaringan Berhubungan Dengan Perubahan Sirkulasi berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yaitu Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat menurun dengan kriteria hasil : Kemerahan menurun , nyeri menurun, kadar sel darah putih membaik. Perawatan Integritas Kulit . Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas ) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah barin, Anjurkan minum air yang cukup ,, Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

Menurut peneliti berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa intervensi yang digunakan pada pasien sudah berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)

### 3. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (D.0009)

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien pertama Ny.I dengan masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri berdasarkan tujuan dan kriteria hasil Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : Pergerakan ekstremitas meningkat, Nyeri menurun, Gerakan terbatas menurun, Berat badan membaik, IMT membaik. Adapun intervensi yang dilakukan Dukungan mobilisasi Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan menutup pagar tempat tidur, Fasilitasi melakukan pergerakan, Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan melakukan mobilisasi dini, anjurkan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur,

Menurut peneliti berdasarkan data diatas dapat disimpulkan intervensi yang digunakan pada pasien sudah berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

### 4. Menyusui tidak efektif b.d Kurang Terpapar Informasi Tentang Pentingnya Menyusui dan Metode Menyusui (D.0029)

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien dengan masalah keperawatan Dengan Kurang Terpapar Informasi Tentang Pentingnya Menyusui dan Metode Menyusui berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yaitu Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil : Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat, kepercayaan diri ibu meningkat, Tetesan/pancaran ASI meningkat , Suplai ASI adekuat meningkat, lecet pada puting menurun. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Identifikasi tujuan dan keinginan menyusui, sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan, jadwalkan penkes sesuai kesepakatan, dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui, Libatkan suami dan keluarga sebagai system pendukung, Berikan konseling menyusui, Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi, Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar, Ajarkan perawatan payudara post partum (memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin).

Menurut peneliti berdasarkan data diatas dapat disimpulkan intervensi yang digunakan pada pasien sudah berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

5. Gangguan Rasa Nyaman b.d Ketidakadekuatan Sumber Daya ( mis : dukungan Finansial , pengetahuan) (D.0074)

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien dengan masalah keperawatan Dengan Ketidakadekuatan Sumber Daya ( mis : dukungan Finansial , pengetahuan). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status kenyamanan pascapartum meningkat dengan kriteria hasil : Keluhan tidak nyaman menurun, Meringis menurun, Payudara bengkak. Identifikasi penurunan tingkat energi ( ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif), Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan, Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, suhu sebelum dan sesudah Latihan, Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, Gunakan pakaian longgar, Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgesic atau Tindakan medis lain, Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia, Anjurkan posisi yang nyaman, Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi.

Menurut peneliti berdasarkan data diatas dapat disimpulkan intervensi yang digunakan pada pasien sudah berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

### **1. Implementasi Keperawatan**

Pada dasarnya, tindakan keperawatan yang ada di teori dengan yang dilakukan di kasus sama, pelaksanaan tindakannya tidak dilakukan sendiri melainkan berkolaborasi dengan berbagai pihak, seperti keluarga

klien yang selalu memberikan dukungan, dan motivasi serta selalu menemani klien di rumah sakit, dan tenaga medis yang memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik untuk klien. Implementasi yang dilakukan pada Ny. A dan Ny.U dibagi dalam 4 komponen yaitu tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi, dan tindakan kolaborasi. Implementasi pada kasus 1 pasien Ny. A dari tanggal 23 november 2023 s/d 25 November 2023 dilakukan selama 3 hari perawatan. Implementasi Ny. A di hari pertama tanggal 23 November 2023 yaitu Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri evaluasi pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen bekas luka SC, nyeri seperti tersayat sayat dengan skala 4 dan nyeri hilang timbul, Mengidentifikasi skala nyeri Skala nyeri 4, Mengidentifikasi respon nyeri non verbal evaluasi pasien tampak meringis saat nyeri timbul, Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri evaluasi pasien mengatakan nyeri muncul saat bergerak dan hilang saat berbaring, Memberikan Teknik nonfarmakologis dengan teknik relaksasi napas dalam evaluasi pasien diajarkan menggunakan teknik relaksasi napas jika nyeri timbul, Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri evaluasi pasien tampak kooperatif dan mengerti, Mengajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri evaluasi pasien belum mengerti tentang relaksasi jika nyeri, Berkolaborasi pemberian analgetic evaluasi pasien diberikan terapi asam mefenamat 3x100 mg

Implementasi Ny. A di hari kedua tanggal 24 November 2022 yaitu Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya evaluasi pasien mengatakan nyeri saat bergerak bagian abdomen bekas luka SC, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi evaluasi pasien tampak berhati hati saat bergerak, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan menutup pagar tempat tidur evaluasi bed pasien terpasang penutup pagar tempat tidur, memfasilitasi melakukan pergerakan evaluasi pasien mengatakan belum bisa miring kanan dan kiri melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan evaluasi keluarga tampak kooperatif, Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi evaluasi pasien tampak mengerti dan kooperatif, Mengjurkan melakukan mobilisasi dini evaluasi pasien mengatakan belum bisa mengangkat kakinya, pasien tampak berbaring saja, Menganjurkan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur

Implementasi Ny. A di hari ketiga tanggal 25 November 2022 yaitu Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas ), Mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring, Menganjurkan minum air yang cukup ,Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

Implementasi Ny. U di hari pertama tanggal 23 November 2023 yaitu Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri evaluasi pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen

bekas luka SC,nyeri seperti tersayat sayat dengan skala 4 dan nyeri hilang timbul, Mengidentifikasi skala nyeri skala nyeri 4 Skala nyeri 4, Mengidentifikasi respon nyeri non verbal evaluasi pasien tampak meringis saat nyeri timbul, Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri evaluasi pasien mengatakan nyeri muncul saat bergerak dan hilang saat berbaring, Memberikan Teknik nonfarmakologis dengan teknik relaksasi napas dalam evaluasi pasien diajarkan menggunakan teknik relaksasi napas jika nyeri timbul evaluasi, Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri evaluasi pasien tampak kooperatif dan mengerti, Mengajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri evaluasi pasien belum mengerti tentang relaksasi jika nyeri, Berkolaborasi pemberian analgetic evaluasi pasien diberikan terapi asam mefenamat 3x500mg.

Implementasi Ny. U di hari kedua tanggal 30 November 2022 yaitu Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui evaluasi pasien mengatakan cemas karena anaknya diruang perina, Melibatkan suami dan keluarga sebagai system pendukung, evaluasi pasien ditunggu oleh suami dan ibunya, Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi evaluasi pasien tampak mengerti, Mengajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar evaluasi Pasien tampak kooperatif, Mengajarkan perawatan payudara post partum (memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin, evaluasi dilakukan perawatan payudara, Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan



sistemik evaluasi pasien mengatakan masih nyeri pada luka post sc dan tidak ada rembesan, membatasi jumlah pengunjung tidak ada jam besuk, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien evaluasi perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi evaluasi menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

Implementasi Ny. U di hari ketiga tanggal 25 November 2023 yaitu Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik evaluasi pasien mengatakan masih nyeri pada luka post sc dan tidak ada rembesan, membatasi jumlah pengunjung, tidak ada jam besuk, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien evaluasi perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien evaluasi menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi evaluasi menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

## **2. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Menurut kasus :

Berdasarkan hasil evaluasi yang didapatkan setelah 3 hari dilakukan tindakan keperawatan oleh penulis pada kasus 1 yaitu Ny. A dari 3 diagnosa belum teratasi nyeri akut, pasien tetap mendapatkan

pemberian injeksi asam mefenamat, gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian pasien sudah bisa duduk diatas tempat tidur tetapi masih dibantu oleh suaminya. Menurut penulis untuk rencana tindak lanjut pada kasus Ny.A ini berfokus kepada kesehatan ibu menjaga konsumsi makanan yang bergizi dan kaya akan protein

Kasus 2 yaitu pada Ny. U dari 3 diagnosa teratasi sebagian seperti nyeri berkurang, diagnosa belum teratasi seperti ASI pasien masih keluar sedikit, dilanjutkan dengan cara perawatan payudara dan pijat oksitosin. Menurut penulis evaluasi tindak lanjut setelah dilakukan tindakan keperawatan di rumah sakit pada kasus 2 Ny.U dengan Menjaga Kebersihan adalah berfokus kepada perawatan luka post SC karena lebih beresiko mengalami infeksi.

#### **A. Evidence Based Teknik Relaksasi Napas Dalam Dan Teknik Foot and Massage**

Teknik relaksasi napas dalam adalah merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan. Menurut penelitian (BW, 2021) pada kasus post sectio section cesarea didapatkan hasil bahwa teknik relaksasi napas dalam ini efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada klien dalam penelitiannya. Selain tehnik relaksasi napas dalam penulis melakukan terapi music, Terapi musik

merupakan pengobatan non farmakologi yang bertujuan untuk membantu meningkatkan kesehatan klien. Menurut penelitian (Yulianti & Mualifah, 2022) Sebagian besar responden mendapat terapi musik dan mengalami perubahan penurunan nyeri yang signifikan, dengan demikian dapat diketahui bahwa ada hubungan terapi musik terhadap penurunan nyeri pada pasien post op sectio caesarea. Terapi musik dapat mempengaruhi, merangsang pelepasan hormone endorfin, hormone tubuh yang memberikan perasaan senang yang berperan dalam penurunan nyeri

Terdapat juga pada penelitian (Wulandari, 2020) Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat penurunan pada skala nyeri yang dirasakan ibu post sectio caesarea. Terapi musik klasik merupakan salah satu manajemen non farmakologi yang dilakukan peneliti untuk mengurangi skala nyeri pada ibu post sectio caesarea.

Terdapat juga pada penelitian (Mundari et al., 2023) Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat Kelor memiliki kandungan yang dapat meningkatkan produksi ASI, Hampir seluruh bagian dari kelor mulai dari akar, kulit, batang, buah, biji, daun, dan bunga dapat dimanfaatkan. Bagian dari kelor yang umumnya dimanfaatkan sebagai galaktogog adalah daunnya. merupakan salah satu manajemen non farmakologi yang dilakukan peneliti untuk meningkatkan produksi ASI.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. KESIMPULAN**

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

Hasil pengkajian yang ditemukan dari studi Ny. A yang dilakukan pengkajian tanggal 23 November 2023 ditemukan klien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi (abdomen), nyeri seperti tersayat-sayat, nyeri dirasakan ketika bergerak, skala nyeri 6 dan nyeri hilang timbul. Pengkajian pada Ny.U dilakukan pada tanggal 23 oktober 2022 ditemukan pasien post sc dengan adanya nyeri pada bagian abdomen pasca operasi nyeri seperti tersayat sayat, nyeri hilang timbul, nyeri saat bergerak skala 4, ASI keluar sedikit,

##### **2) Diagnosa Keperawatan**

Hasil studi kasus didapatkan 6 diagnosa dari kedua pasien dan terdapat 4 diagnosa yang sesuai dengan teori yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, menyusui tidak efektif dan gangguan integritas kulit atau jaringan.

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

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada Ny. A dan Ny. U dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dengan teori yang ada, intervensi di setiap diagnosa dapat sesuai dengan kebutuhan pasien dan memperhatikan koondisi pasien serta kesanggupan keluarga dalam kerjasama. 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 atau Catatan Keperawatan**

Implementasi Keperawatan telah dilakukan sesuai dengan Rencana keperawatan yang sudah ada yang telah disesuaikan dengan teori yang sudah ada. Implementasi dilakukan tanggal 23 November 2022 sampai 25 November 2022. Lama waktu 3x24 jam per shift dan didokumentasikan pada lembar implementasi keperawatan.

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

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan Pada pasien Ny. A dan Ny. U selama 3 hari perawatan oleh peneliti dan di buat dalam bentuk SOAP. Pada pasien Ny. A hasil evaluasi didapatkan semua masalah teratasi. Pada pasien Ny. U pun semua diagnosa belum teratasi dan dua diagnosa lainnya masih harus dilakukan di rumah sakit.

### **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) Bagi Institusi Pendidikan**

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

**3) Bagi Pasien dan Keluarga Pasien**

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.

## DAFTAR PUSTAKA

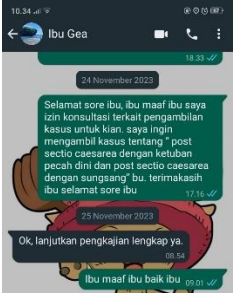

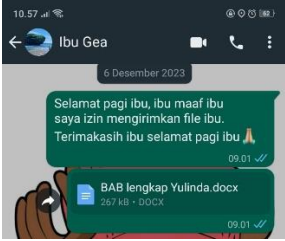





- Anggorowati. (2018). Mobilisasi Dini dan Penyembuhan Luka Operasi Pada Ibu Post Sectio Caesarea (SC) di Ruang Dahlia Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga. *Prosiding Seminar Nasional Dan Internasional Universitas Muhammadiyah Semarang*, 30–35. <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/psn12012010/article/viewFile/1281/134>
- Dinda, N., Saleha, S., & Haruna, N. (2021). Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Patologi dengan Persalinan Letak Sungsang (Literatur Review). *Jurnal Midwifery*, 3(2), 88–101. <https://doi.org/10.24252/jmw.v3i2.24345>
- Dini, P., Di, K. P. D., Sakit, R., & Medical, P. (n.d.). *FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI TERJADINYA KETUBAN ( PROM / KPD ) AT PAMANUKAN MEDICAL CENTER , SUBANG REGENCY , WEST JAVA.*
- Fratidina, Y., Dra Jomima Batlajery, Mk., Imas Yoyoh, Mk., Rizka Ayu Setyani, Mk., Arantika Meidya Pratiwi, M., Wahidin, Mk., Titin Martini, Ms., Dina Raidanti, S., Ns Siti Latipah, Mk., Zuhrotunnida, M., & Jurnal JKFT Diterbitkan oleh Fakultas Ilmu Kesehatan, Mk. (2022). Editorial Team Jurnal JKFT. *Jurnal JKFT*, 7(1), 1–8.
- Kedokteran, J., & Kuala, S. (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.
- Kemenkes RI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kementrian Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.

- Koerniawan, D., Daeli, N. E., & Srimiyati, S. (2020). Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), 739–751. <https://doi.org/10.31539/jks.v3i2.1198>
- Kunci, K. (2019). *Journal Of Applied Health Research And Development*. 1(1), 1–9.
- Kurniati, I. D., Setiawan, R., Rohmani, A., Lahdji, A., Tajally, A., Ratnaningrum, K., Basuki, R., Reviewer, S., & Wahab, Z. (2015). *Buku Ajar*.
- Location, A. (2021). *Vol. 2, No. 3, Maret 2021*. 2(3), 381–393.
- Mardhika, A., Medawati, R., Andini, R. A., Fadliyah, L., & Tyas, A. P. M. (2021). Asuhan Keperawatan Menyusui Tidak Efektif Pada Ibu Post Sectio Caesarea : A Case Report. *Jurnal Surya*, 13(02), 168–172.
- Mulyawati, I., Azam, M., & Ningrum, D. N. (2011). Faktor tindakan persalinan operasi sectio caesarea. *Kemas*, 7(1), 14–21. <http://journal.unnes.ac.id/index.php/kemas>
- Mundari, R., Fitri Agustina, I., & Megawati. (2023). Pengaruh Pemberian Ekstrak daun Kelor Terhadap Peningkatan Produksi Asi pada Ibu Menyusui the Effect of Mingoring Leaf Extract on Increasing Breast Milk Production in Breastfeeding Mothers. *Jurnal Kebidanan Basurek*, 8(1), 27–36.
- Novitasari, A., Tihardimanto, A., & Rahim, R. (2021). Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan ketuban pecah Dini di RSUD Lamaddukeleeng Kab.








- Wajo. *Al-Iqra Medical Journal: Jurnal Berkala Ilmiah Kedokteran*, 5(2), 1–8.
- Puskemas, D. I., & Kunci, K. (n.d.). *KOMPLIKASI DAN FAKTOR RESIKO KEHAMILAN DI PUSKEMAS 1 Kartika Mariyona*. 1(2), 109–116.
- Rahmawati, A., & Wulandari, R. C. L. (2019). Influence of Physical and Psychological of Pregnant Women Toward Health Status of Mother and Baby. *Jurnal Kebidanan*, 9(2), 148–152. <https://doi.org/10.31983/jkb.v9i2.5237>
- Sabaruddin, H., Muthaher, C., & AR, M. R. (2019). Karakteristik Kehamilan Dengan Ketuban Pecah Dini Preterm Di Rsud Ulin Banjarmasin. *Jurnal Publikasi Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 6(1), 36–39. <https://doi.org/10.20527/jpkmi.v6i1.6883>
- Vicki Elsa W, H. W. P. (2012). Hubungan Paritas Ibu Hamil Trimester I Dengan Kejadian Emesis Gravidarum Di Puskesmas Teras. *Jurnal Kebidanan*, IV(02), 35–48.
- Wati, E., Sari, S. A., & Fitri, N. L. (2023). Penerapan Pendidikan Kesehatan tentang Tanda Bahaya Kehamilan untuk Meningkatkan Pengetahuan Ibu Hamil Primigravida Di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Purwosari Kec. Metro Utara. *Jurnal Cendikia Muda*, 3(2), 226–234.

## KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH

Tanggal Bimbingan	Waktu bimbingan	Keterangan	Kegiatan	Paraf pembimbing
24 November 2023	17.16	Konsultasi dan pengajuan judul, melanjutkan pengkajian		
06 desember 2023	09.01	Konsultasi mengenai bab 1, bab 2 dan bab 3		
09 desember 2023		Konsultasi mengenai revisi bab 1,2 dan 3		
13 desember 2023		Konsultasi mengenai bab 4 dan bab 5		

03 januari 2024		Konsultasi mengenai bab 4 dan bab 5		
27 januari 2024		ACC dosen Pembimbing		
29 Januari 2024	Di Ruang Sidang Lantai 3 A3 jam 15.00	Sidang KIAN Maternitas		

				
	Di Ruang Dosen 1 Jam 13.00	Resivi Pertama Setelah Sidang		
	Di ruang dosen 1, jam 16.00	Revisi kedua Dan ACC dengan dosen penguji		

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### Data Pribadi

Nama Lengkap : Yulinda Hananing Tiyas  
 Tempat, Tanggal Lahir : Bekasi, 26 Juli 2001  
 Jenis Kelamin : Perempuan  
 Agama : Islam  
 Kewarganegaraan : Indonesia  
 Alamat : Kp. Wares Rt 005/005, Kel. Kedung Jaya, Kec.  
 Babelan  
 No. Hp : 082129926397  
 Email : yhunayas062@gmail.com

### Riwayat Pendidikan

2007- 2013 : SDN WANASARI 01  
 2013- 2016 : MTS UMMUL QURO AL- ISLAMI  
 2016– 2019 : MA UMMUL QURO AL- ISLAMI  
 2019 – 2023 : STIKes Medistra Indonesia (S1 Keperawatan)  
 2023 – 2024 : STIKes Medistra Indonesia ( Profesi Ners)