

**LAPORAN KASUS ASUHAN KEPERAWATAN
MATERNITAS PADA NY. P G1P0A0 HAMIL 37 MINGGU
DENGAN *POST SECTIO CESAREA* ATAS INDIKASI
PREEKLAMPSIA DAN NY. T G1P0A0 HAMIL 38 MINGGU
DENGAN *POST SECTIO CESAREA* DISERTAI DENGAN
ANEMIA DI RUANG RAMBUTAN RSUD CENKARENG
TAHUN 2023**



DISUSUN OLEH :

Viranti Amara Lestari., S.Kep

23.156.03.11.051

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN (S1 & NERS) SEKOLAH
TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA
BEKASI TA 2023/2024**

**LAPORAN KASUS ASUHAN KEPERAWATAN
MATERNITAS PADA NY. P G1P0A0 HAMIL 37 MINGGU
DENGAN *POST SECTIO CESAREA* ATAS INDIKASI
PREEKLAMPSIA DAN NY. T G1P0A0 HAMIL 38 MINGGU
DENGAN *POST SECTIO CESAREA* DISERTAI DENGAN
ANEMIA DI RUANG RAMBUTAN RSUD CENKARENG
TAHUN 2023
KARYA ILMIAH AKHIR Ners**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners



DISUSUN OLEH :

Viranti Amara Lestari., S.Kep
23.156.03.11.051

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN (S1 & NERS) SEKOLAH TINGGI
ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA
BEKASI TA 2023/2024**

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama Mahasiswa : Viranti Amara Lestari, S.Kep

NPM : 231560311051

Program Studi : Profesi Ners

Dengan Ini Menyatakan Bahwa Karya Ilmiah Akhir Dengan Judul Laporan Kasus Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny. P *Post Sectio caesarea* Atas Indikasi Preeklamsia Dan Ny. T *Post Sectio caesarea* Disertai Dengan Anemia Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari hasil karya orang lain.

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Bekasi, 03 januari 2024

Yang Membuat Pernyataan

Viranti Amara Lestari

LEMBAR PERSETUJUAN

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

Bekasi, 03 Januari 2024

Penguji I

Penguji II

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

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

Mengetahui :

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

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

LEMBAR PENGESAHAN TUGAS AKHIR

Yang ber tandatangan di bawah ini :

Nama : Viranti Amara Lestari
NPM : 23.156.03.11.051
Program Studi : Profesi Ners
Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny. P Hamil 37 Minggu Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Preeklampsia Dan Ny. T Hamil 38 Minggu Dengan Post Sectio Caesarea disertai dengan Anemia di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng 2023. Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada Tanggal 03 Januari 2024

Penguji I

Penguji II

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

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

Mengetahui

WK I Bidang Akademik

Kepala Program Studi Keperawatan
(S1&Profesi Ners)

Puri Kresnawati, SST.,M.KM
NIDN. 0315078302

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

Disahkan

Ketua STIKes Medistra Indonesia

Dr. Lenny Irmawati Sirait, SST.,M.Kes
NIDN. 302028001

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat yang telah diberikan kepada penulis, baik berupa tindakan fisik dan mental sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dengan judul: “Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.P Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklamsia Dan Ny. T Post Sectio Caesarea Disertai Dengan Anemia Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2023” yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ners Program Studi Profesi pada STIKes Medistra Indonesia, Bekasi.

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

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

8. Ibu Nurti YK Gea, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.A Selaku Koordinator Profesi Ners Dan Selaku Dosen Pembimbing I Karya Ilmiah Akhir Ners
9. Ibu Arabta M Peraten. S.Kep, Ns., M.Kep., Selaku Dosen Pembimbing Akademik
10. Seluruh Dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang turut membantu memberikan banyak ilmu, masukan dan arahan selama proses pengerjaan tugas akhir ini
11. Kepada kedua orangtua saya dan keluarga tercinta yang telah memberikan banyak dukungan dan bantuan serta segala doa dan motivasi yang tiada henti telah kalian berikan
12. Rekan – rekan profesi Ners STIKes Medistra Indonesia yang telah memberikan dukungan dan motivasi untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners

Dalam hal ini penulis menyadari, bahwa penyusunan proposal penelitian ini masih jauh dari sempurna, maka kepada para pembaca khususnya Mahasiswa Program Profesi Ners jika ada kesalahan dalam penulisan karya ilmiah ini penulis mohon kesediaannya untuk kritik dan saran, serta motivasi yang membangun. Semoga karya ilmiah akhir ners ini dapat bermanfaat bagi peneliti khususnya dan umumnya kepada para pembaca.

Bekasi, 03 Januari 2024

Viranti Amara Lestari

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN TUGAS AKHIR.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN TEORI.....	9
A. Konsep Kehamilan.....	9
1. Pengertian.....	9
2. Proses Terjadinya Kehamilan.....	10
3. Klasifikasi Kehamilan.....	11
4. Tanda Tanda Kehamilan.....	12
5. Komplikasi.....	16
B. Preeklampsia.....	20
1. Pengertian.....	20
2. Klasifikasi Preeklampsia.....	21
3. Etiologi Preeklampsia.....	22
4. Tanda Dan Gejala.....	23
5. Patofisiologi.....	24
6. Pathway.....	27
7. Komplikasi.....	29
8. Pemeriksaan Penunjang.....	30

9. Masalah Keperawatan pada Pasien Dengan Pre Eklampsia.....	31
10. Diagnosa Keperawatan.....	33
11. Penatalaksanaan.....	34
C. Anemia.....	35
1. Pengertian.....	35
2. Etiologi.....	35
3. Klasifikasi.....	35
4. Manifestasi Klinik.....	36
5. Patofisiologi.....	36
6. Komplikasi.....	37
7. Pemeriksaan penunjang.....	38
BAB III ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS.....	38
BAB IV PEMBAHASAN.....	80
BAB V PENUTUP.....	97
A. KESIMPULAN.....	97
B. SARAN.....	99
DAFTAR PUSTAKA.....	100
LAMPIRAN.....	101

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Kegiatan Bimbingan Karya Akhir

Lampiran 2 Dokumentasi Sidang Akhir Ners

Lampiran 3 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kehamilan adalah waktu transisi, yaitu masa antara kehidupan sebelum memiliki anak yang sekarang berada dalam kandungan dan kehidupan nanti setelah anak itu lahir (Ratnawati, 2020). Kehamilan adalah proses dimana sperma menembus ovum sehingga terjadinya konsepsi dan fertilisasi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan), dihitung dari hari pertama haid terakhir (Jenni, Mandang dkk, 2016). Kehamilan dibagi menjadi trimester I, II dan III, pada trimester I yaitu dimulai dari konsepsi sampai minggu ke-12, trimester II dari minggu ke-13 sampai minggu ke-28, trimester III dari minggu ke-28 sampai minggu ke-40 (Siti Nur Aini & Juli Selvi Yanti, 2021)

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Legawati, 2018). Proses persalinan merupakan suatu proses kompleks untuk menyelamatkan ibu maupun bayinya dengan menggunakan berbagai macam metode seperti persalinan pervaginam, persalinan dengan menggunakan alat dan persalinan operatif yaitu melalui Sectio Caesarea (SC). Metode-metode tersebut dikakukan dengan indikasi-indikasi khusus dengan satu tujuan yaitu menyelamatkan ibu maupun bayinya (Wahyani, 2019). *Post sectio caesarea* adalah suatu keadaan sesudah dilakukan tindakan pembedahan yang

meninggalkan luka sayatan pada dinding perut dan rahim ibu guna mengeluarkan janin. (Setiawati, 2017).

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 (Putra et al., 2021). 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%) (Risksdas,2018).

Indonesia mempunyai angka *Sectio Caesarea* kira-kira 11% untuk rumah sakit pemerintah, dan rumah sakit swasta bisa lebih dari 30%. Menurut Hamidah dan Ermawati, di Jawa Tengah kejadian operasi *Sectio Caesarea* mencapai 32%. Berdasarkan angka di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan, angka *Sectio Caesarea* tahun 2015 sebanyak 583 kasus atau 23,61% dari 2.469 persalinan, pada tahun 2016 dari bulan Januari sampai September sebanyak 324 kasus atau 21.16% dari 1.531 persalinan (Setiawati, 2017).

Indikasi *Sectio Caesarea* secara garis besar dibagi menjadi dua : dari faktor ibu dan faktor janin. Faktor ibu yaitu ada riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat III, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit jantung, Diabetes Melitus, gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya), Cephalo

Pelvik Disproportion (CPD), Pre-Eklamsia Berat (PEB), Ketuban Pecah Dini (KPD), bekas Sectio Caesarea sebelumnya, dan faktor hambatan jalan lahir. Penyebab dari faktor janin berupa gawat janin, malpresentasi, malposisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Juliathi et al., 2021). Kematian ibu diakibatkan oleh penyebab yang relatif sama baik di Indonesia maupun negara negara lain di dunia, yaitu perdarahan saat persalinan (25%), infeksi selama kehamilan(14%), pre-eklamsia (13%), janin dengan persalinan sungsang (13%), anemia (30%) serta akibat persalinan yang berlangsung lama (7%) (Fajri, 2017).

Salah satu masalah yang sering mengancam kehamilan yaitu adanya indikasi pre-eklamsia. Selama masa nifas dihari ke 1-28, ibu harus mewaspadai munculnya gejala pre-eklamsia. Apabila keadaanya bertambah berat bisa terjadi pre-eklamsia, dimana kesadaran hilang dan tekanan darah akan meningkat tinggi sekali. Akibatnya, pembuluh darah otak bisa pecah, terjadi edema pada paru-paru yang memicu batuk berdarah (nur laitul, 2016).

Riwayat preeklamsia juga merupakan masalah yang serius dan memiliki tingkat kompleksitas yang tinggi, yang dapat menimbulkan masalah pasca persalinan akibat disfungsi endotel di berbagai organ, seperti berisiko lebih tinggi mengalami masalah pada sistem kardiovaskular (preeklamsia, eklamsia, stroke), ginjal dan kematian pada sistem kardiovaskular dapat mengakibatkan disfungsi jantung dan risiko hipertensi berkelanjutan (Ramadanti et al., 2023).

Pre-eklampsia disebabkan oleh beberapa faktor antara lain usia, riwayat ibu, kehamilan sebelumnya, status gizi, riwayat keluarga, dan ibu hamil dengan disfungsi organ (diabetes melitus, penyakit ginjal, migrain dan hipertensi). Wanita hamil berusia < 20 dan > 35 tahun dianggap berisiko mengalami pre-eklampsia (Heriani, 2019). Masalah Preeklampsia bukan hanya berdampak pada ibu saat hamil dan melahirkan, namun juga menimbulkan masalah pasca persalinan akibat disfungsi endotel di berbagai organ. Dampak jangka panjang pada bayi yang dilahirkan ibu dengan preeklampsia antara lain bayi akan lahir prematur sehingga mengganggu semua organ pertumbuhan bayi. Sampai saat ini penyebab preeklampsia belum diketahui secara pasti, beberapa faktor resiko yang menjadi dasar perkembangan kasus preeklampsia, diantaranya adalah usia, primigravida, multigravida, jarak antar kehamilan, janin besar dan kehamilan dengan janin lebih dari satu. (POGI, 2019).

Adapun indikasi yang menambah tingginya angka persalinan dengan sectio caesarea adalah tindakan sectio caesarea dengan anemia. Anemia pada ibu postpartum adalah kondisi medis dimana jumlah sel darah merah atau hemoglobin kurang dari 12 gr%. Hemoglobin merupakan zat pembawa oksigen didalam sel darah merah dengan kadar normal 12-16 gr%. Secara fisiologis anemia terjadi apabila terdapat kekurangan jumlah hemoglobin dikarenakan terganggunya pembentukan sel-sel darah merah akibat kadar zat besi dalam darah berkurang.

Hemoglobin adalah protein berpigmen merah yang terdapat dalam sel

darah merah dan berfungsi mengangkut oksigen dari paru-paru untuk dibawa ke seluruh tubuh. Ikatan hemoglobin dengan oksigen disebut oksihemoglobin. Struktur hemoglobin terdiri dari besi dan protein globin. Besi mengandung pigmen hem dan protein globin mengandung empat rantai asam amino yang terdiri dari rantai alpha, beta, delta dan gama.

Anemia dapat disebabkan oleh gangguan pembentukan sel darah merah atau peningkatan kehilangan sel darah merah melalui perdarahan kronis, perdarahan mendadak atau lisis (destruksi) sel darah merah yang berlebihan. Prevalensi anemia di negara maju mencapai 14%, dan 51% pada negara berkembang. Menurut *World Health Organization* (WHO) kejadian anemia pada ibu postpartum adalah 56%. Di India kematian ibu akibat anemia mencapai 19%, dari kasus anemia pada ibu postpartum 65%-75%. Data survei demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2015 menyebutkan bahwa angka kematian ibu di Indonesia sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup. Di Indonesia, kematian pada ibu postpartum dikarenakan anemia mencapai 30%.

Ibu postpartum rentan terkena anemia, karena hilangnya jumlah darah selama proses persalinan. Kelelahan, cacat fisik, *postpartum blues* dan penurunan kemampuan kognitif merupakan faktor yang mempengaruhi anemia pada ibu postpartum. Penyebab anemia diantaranya adalah hemolisis, perdarahan, penekanan sumsum tulang, defisiensi *nutrient* meliputi defisiensi besi, *folic acid*, *piridosin*, vitamin C. Ibu yang anemia akan mengeluhkan

gejala seperti lemah, letih, lesu, lelah, sering pusing dan mata berkunang-kunang, kelopak mata, bibir, kulit dan telapak tangan pucat.

Untuk memenuhi kebutuhan zat besi, ibu postpartum perlu mengkonsumsi suplemen zat besi. Pemberian tablet Fe pada ibu postpartum dianjurkan oleh pemerintah hingga 40 hari pasca persalinan. Respon tubuh terhadap pemberian tablet Fe terpantau melalui perbaikan nilai hemoglobin dengan peningkatan minimal 0,3 gr/dl. Disamping pemberian tablet Fe, ibu nifas juga diberikan vitamin A dosis tinggi (200.000 IU) yang dikonsumsi satu tablet setelah bersalin dan satu tablet pada hari berikutnya paling lambat pada hari ke 42 setelah persalinan, serta seluruh bidan sudah mendapatkan alat pemeriksaan Hb dengan harapan dapat melakukan pemeriksaan secara rutin baik pada ibu hamil maupun ibu postpartum. Namun zat besi yang terkandung didalam suplemen jika dikonsumsi dengan dosis besar dan dalam waktu yang lama dapat menyebabkan kerusakan lapisan usus, kelainan Ph badan, syok dan kegagalan hati. Anemia ibu nifas dapat diatasi dengan cara farmakologi dan non farmakologi. Pendistribusian tablet Fe untuk ibu nifas yang di programkan oleh pemerintah adalah salah satu terapi farmakologi, namun hal tersebut masih belum memberi gambaran penurunan kejadian anemia di Indonesia.

Berdasarkan permasalahan diatas maka penulis tertarik untuk menyusun Laporan Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.P P1A0 Hamil 37 Minggu Dengan *Post Sectio Cesarea* Dengan Indikasi Preeklamsia dengan Ny. T Hamil 38 Minggu Dengan *Post Sectio Cesarea* Disertai Dengan Anemia Di RSUD

Cengkareng Tahun 2023.

B. Tujuan Penulisan

a. Tujuan umum

Memberikan pengalaman dan pemahaman secara ilmiah dalam melakukan Asuhan Keperawatan Post Partum Kompeherensif Maternitas Pada Ny. P P1A0 Hamil 37 Minggu Dengan *Post Sectio Cesarea* Dengan Indikasi Preeklamsia dengan Ny. T Hamil 38 Minggu Dengan *Post Sectio Cesarea* Disertai Dengan Anemia Di Ruang Rambutan RSUD Cengkareng Tahun 2023

b. Tujuan Khusus

1. Mampu memberikan gambaran hasil pengkajian asuhan keperawatan Maternitas Pada Ny.P P1A0 Hamil 37 Minggu Dengan *Post Sectio Cesarea* Dengan Indikasi Preeklamsia dengan Ny. T Hamil 38 Minggu Dengan *Post Sectio Cesarea* Dengan Indikasi Anemia Di RSUD Cengkareng Tahun 2023
2. Mampu memberikan gambaran hasil diagnosa Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.P P1A0 Hamil 37 Minggu Dengan *Post Sectio Cesarea* Dengan Indikasi Preeklamsia dengan Ny. T Hamil 38 Minggu Dengan *Post Sectio Cesarea* Dengan Indikasi Anemia Di RSUD Cengkareng Tahun 2023
3. Mampu membuat rencana tindakan keperawatan pada analisis Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.P P1A0 Hamil 37 Minggu Dengan *Post Sectio Cesarea* Dengan Indikasi Preeklamsia dengan Ny. T Hamil 38 Minggu Dengan *Post Sectio Cesarea* Dengan Indikasi Anemia Di

RSUD Cengkareng Tahun 2023

4. Mampu melakukan implementasi keperawatan Maternitas Pada Ny.P P1A0 Hamil 37 Minggu Dengan *Post Sectio Cesarea* Dengan Indikasi Preeklamsia dengan Ny. T Hamil 38 Minggu Dengan *Post Sectio Cesarea* Dengan Indikasi Anemia Di RSUD Cengkareng Tahun 2023
5. Mampu melakukan evaluasi keperawatan Maternitas Pada Ny.P P1A0 Hamil 37 Minggu Dengan *Post Sectio Cesarea* Dengan Indikasi Preeklamsia dengan Ny. T Hamil 38 Minggu Dengan *Post Sectio Cesarea* Dengan Indikasi Anemia Di RSUD Cengkareng Tahun 2023
6. Mampu Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan kasus Pada Ny.P P1A0 Hamil 37 Minggu Dengan *Post Sectio Cesarea* Dengan Indikasi Preeklamsia dengan Ny. T Hamil 38 Minggu Dengan *Post Sectio Cesarea* Dengan Indikasi Anemia Di RSUD Cengkareng Tahun 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 (Yulaikhah, 2019)

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. (Jenni, Mandang dkk, 2016)

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) (Kuswanti, 2014).

2. Proses Terjadinya Kehamilan

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang bersinambung dan terdiri

dari: ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2013).

Berikut adalah penjelasan proses kehamilan menurut Manuaba :

a. Ovulasi

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

b. Spermatozoa

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

c. Konsepsi

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

d. Nidasi atau implantasi

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

e. Pembentukan plasenta

Terjadinya nidasi (implantasi) mendorong sel blastula mengadakan diferensiasi. Sel yang dekat dengan ruangan eksoselom membentuk endoterm dan yolk sac (kantong kuning telur) sedangkan sel lain membentuk ectoderm dan ruangan amnion. Plat embrio terbentuk diantara dua ruang yaitu ruang amnion dan kantong yolk sac. Plat embrio terdiri dari unsur ectoderm, endoterm, dan mesoderm. Ruanganamnion dengan cepat mendekati korion sehingga jaringannya yang terdapat diantara amnion dan embrio padat dan berkembang menjadi tali pusat (Manuaba, 2013).

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 (Wardani, 2012). 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 (Wardani, 2012). 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 di dalam 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 (Wardani, 2012). Peningkatan hormon estrogen dan progesteron memuncak pada trimester ini.

4. Tanda Tanda Kehamilan

Tanda – Tanda Kehamilan Sesuai Umur Kehamilan Menurut Widatiningsih dan Dewi (2017)

a. 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 meghilang setelah 16 minggu.

5) Mastodynia

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

6) Gangguan saluran kencing

Keluhan rasa sakit saat kencing, atau kencing berulang – ulang namun hanya sedikit keluaranya dapat dialami ibu hamil. Penyebabnya selain karena progesteron yang meningkat juga karenapembesaran uterus. Keluhan semacam ini dapat terjadi pada 8 kasusinfeksi saluran kencing, diabetes militus, tumor pevis, atau keadaanstress 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 polamakan 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.

b. 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 37,8° C.

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 estrogen yang tinggi.

3) Perubahan Payudara

Pembesaran dan hipervaskularisasi mammae terjadi sekitar kehamilan 6 sampai 8 minggu. Pelebaran aerola 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 vitamin C.

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 kistaovarium.

7) Kontraksi Uterus

Kontraksi uterus yang dirasakan seperti tertekan dan kencang, disebut kontraksi brackston Hics. Uterus mudah terangsang oeh 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.

c. 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 leannec 18 minggu. Frekuensi deyt jantung janin antara 120 sampai dengan 160 kali permenit yang akan jelas terdengar bila ibu tidurterlentang 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 denyut jantung janin.

5) Electrocardiography

ECG jantung janin mulai terlihat pada kehamilan 12 minggu.

5. Komplikasi

Menurut (Saifuddin, 2018) 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. Preeklampsia

1. Pengertian

Preeklampsia merupakan kumpulan gejala atau sindroma yang mengenai wanita hamil dengan usia kehamilan diatas 2 minggu dengan tanda utama adanya hipertensi dan proteinuria. Preeklampsia adalah kelainan multisystem yang secara tipikal mempengaruhi 2% - 5% kehamilan dan salah satu penyebab terbanyak. Kematian ibu dan bayi (Hikmawati et al, 2021)

Preeklampsia merupakan gangguan hipertensi yang terjadi pada ibu hamil dengan usia kehamilan lebih dari 20 minggu yang ditandai dengan meningkatnya tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg disertai dengan edema dan proteinuria Faiqoh, 2014 dalam (Suci Rahmadina, 2021)

Preeklampsia adalah sekumpulan gejala yang timbul pada wanita hamil, bersalin dan nifas yang terdiri dari hipertensi, edema dan proteinuria yang muncul pada kehamilan 20 minggu sampai

akhir minggu pertama setelah persalinan. Preeklampsia merupakan masalah yang serius dan memiliki tingkat kompleksitas yang tinggi. Besarnya masalah ini bukan hanya karena preeklampsia 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 (Muzalfah et al., 2018)

2. Klasifikasi Preeklampsia

Menurut dalam bukunya menjelaskan hipertensi dalam kehamilan dibagi menjadi 2 golongan yaitu :

a. Preeklampsia Ringan

Kondisi dimana terjadi peningkatan tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih dengan posisi pengukuran tekanan darah pada ibu baik duduk maupun telentang. Protein Uria 0,3 gr/lit atau +1/+2. Edema pada ekstermitas dan muka serta diikuti kenaikan berat badan > 1 Kg/per minggu.

b. Preeklampsia Berat

Kondisi dimana terjadi peningkatan tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih. Protein uria 5 gr/lit atau lebih, terdapat oliguria (jumlah urine kurang dari 500 cc per 2 jam) serta adanya edema pada paru serta cyanosis. Adanya gangguan serebral gangguan

penglihatan, nyeri kepala, dan rasa nyeri pada epigastrium, terdapat edema paru dan sianosis, enzim hati meningkat disertai ikterus, perdarahan pada retina hingga trombosit yang menurun mencapai $< 100.000/m$ (Putri, 2021)

3. Etiologi Preeklampsia

Menurut (Indah, 2016) etiologi preeklampsia sampai saat ini belum diketahui dengan pasti. Ditandai dengan perubahan pembuluh darah plasenta dengan cepat menyebabkan gangguan fungsi plasenta, diduga yang berperan menyebabkan hal ini adalah tiga faktor yaitu :

a. Maladaptasi imunologi.

Pengaruh imunologi ini didukung oleh penelitian epidemiologi mengenai kegagalan respon imun maternal yang secara langsung menyebabkan invansi tromboplastik dan gangguan fungsi plasenta. Kegagalan respon imun ini menjadi postulat yang menyebabkan berkurangnya Human leukocyte antigen (HLA) G protein yang normalnya diproduksi untuk membantu ibu mengenal komponen imunologi asing plasenta atau berkurangnya formasi dari blocking antibody untuk menekan atau imunoprotec dari imun asing plasenta

b. Genetic predisposisi.

Preeklamsi diduga berhubungan dengan sigle recessives gene.dominant gen dengan incomplete penetrance atau

multifaktorial. Penelitian lain mengatakan pasien dengan riwayat mempunyai anak intra uterine growth retardation (IUGR) dipertimbangkan mempunyai resiko untuk terjadi hipertensi pada kehamilan

c. media-vaskular.

Adanya defek vaskuler menyebabkan penyakit seperti diabetes mellitus, hipertensi kronik, penyakit gangguan vaskuler, resistensi insulin dan obesitas menyebabkan perfusi plasenta yang berkurang sehingga meningkatkan resiko preeklamsia. Hal ini menjadi postulat berkembangnya preeklamsia menjadi tiga cara yaitu: defective placentation, placentar ischemia, endothelial cell dysfunction. Teori yang sekarang dipakai sebagai penyebab preeklamsia adalah teori “iskemia plasenta”. Teori ini belum dapat menerangkan semua hal yang bertalian dengan penyakit ini

Menurut Marianti (2017) selain Primigravida, Kehamilan Gandaserta riwayat Preeklamsia, beberapa faktor lainnya yang bisa meningkatkan resiko preeklamsia antara lain adalah:

- 1) Malnutrisi Berat
- 2) Riwayat penyakit seperti: Diabetes Mellitus, Lupus, Hypertensi dan Penyakit Ginjal.
- 3) Jarak kehamilan yang cukup jauh dari kehamilan pertama.
- 4) Usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun.
- 5) Obesitas

6) Riwayat keluarga dengan preeklamsia

4. Tanda Dan Gejala

Menurut (Indah, 2016) Tanda dan gejala preeklamsia dibedakan menjadi dua macam yaitu

- a. berdasarkan gambaran klinik ditandai dengan penambahan berat badan yang berlebihan, edema, hipertensi, proteinuria.
- b. berdasarkan gejala subyektif yang ditandai sakit kepala di daerah frontal, nyeri epigastrium gangguan visus: penglihatan kabur, skotoma, diplopia, mual, muntah dan gangguan serebral lainnya: reflek meningkat dan tidak tenang.

Menurut (Suci Rahmadina, 2021) Tanda klinis utama dari preeklamsia adalah tekanan darah yang terus meningkat, peningkatan tekanan darah mencapai 140/90 mmHg atau lebih atau sering ditemukan nilai tekanan darah yang tinggi dalam 2 kali pemeriksaan rutin yang terpisah. Selain hipertensi, tanda klinis dan gejala lainnya dari preeklamsia adalah :

- a. Tekanan darah sekurang-sekurangnya 160 mmHg sistolik atau 110 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit menggunakan lengan yang sama.
- b. Trombositopenia : trombosit < 100.000 / mikroliter .
- c. Nyeri di daerah epigastrik / regio kanan atas abdomen.
- d. Edema Paru
- e. Didapatkan gejala neurologis : stroke, nyeri kepala, gangguan visus. 6)

Oligohidramnion.

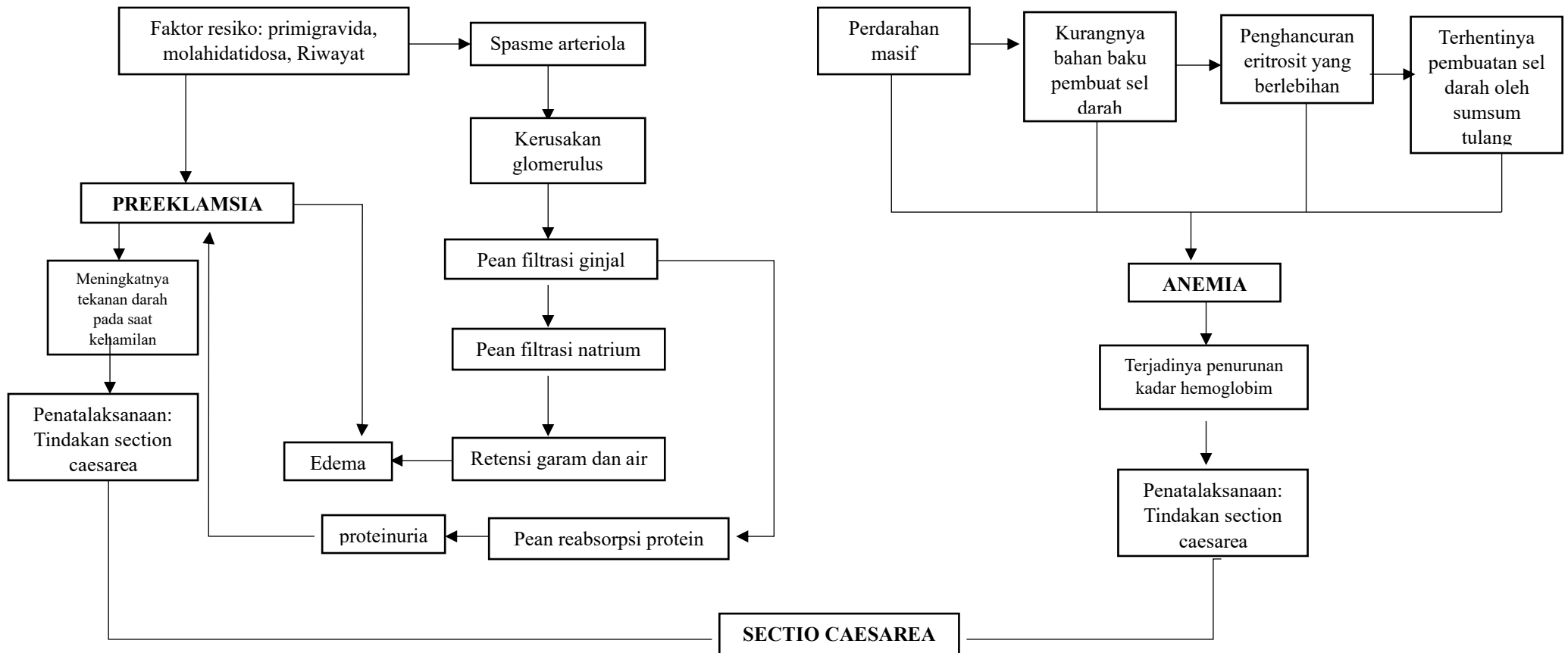
5. Patofisiologi

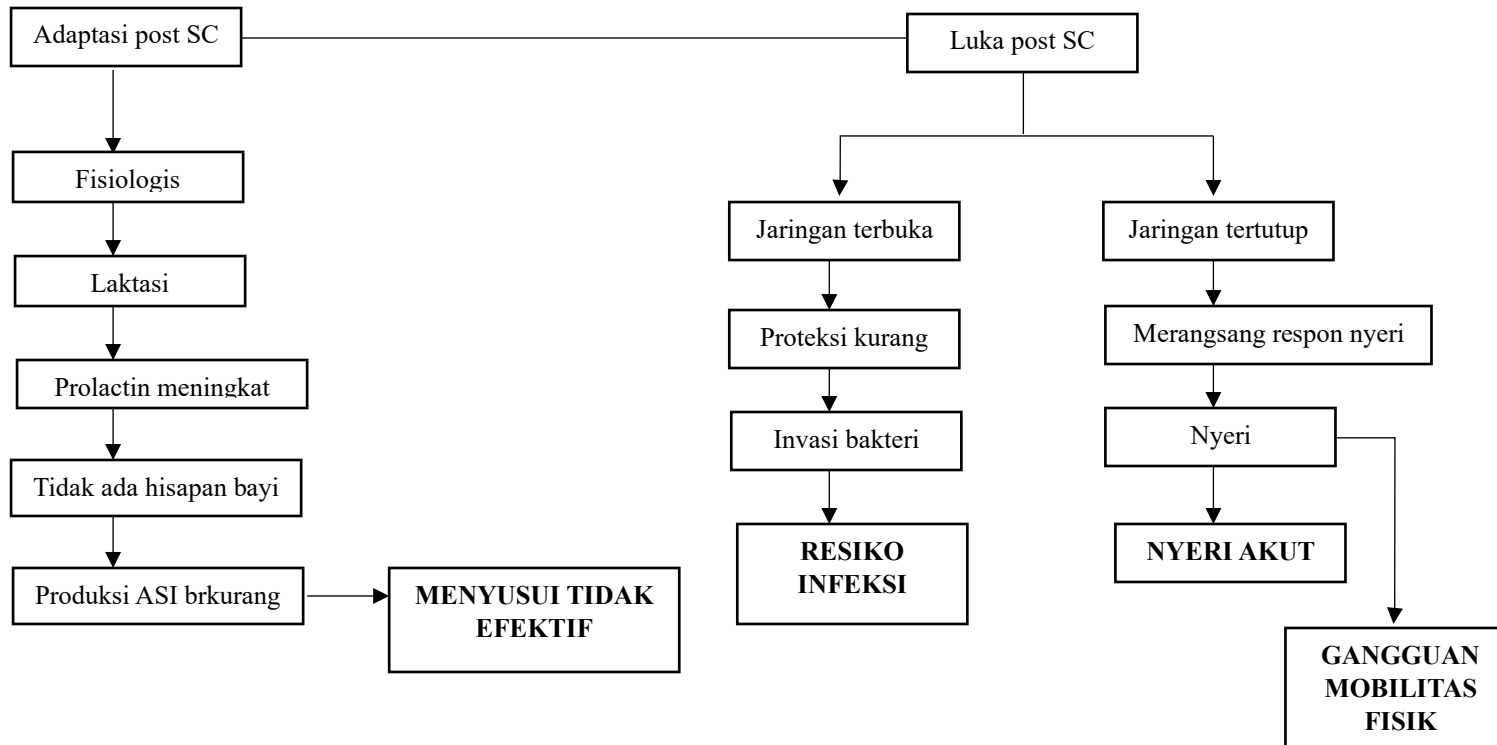
Patofisiologi preeklamsi terjadi spasme pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Pada biopsi ginjal ditemukan spasme hebat arteriola glomerulus. Pada beberapa kasus, lumen arteriola sedemikian sempitnya sehingga hanya dapat dilalui oleh satu sel darah merah. Jadi jika semua arteriola dalam tubuh mengalami spasme, maka tekanan darah akan naik, sebagai usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigenasi jaringan dapat dicukupi. Sedangkan kenaikan berat badan dan edema yang disebabkan oleh penimbunan air yang berlebihan dalam ruangan interstisial belum diketahui sebabnya, mungkin karena retensi air dan garam. Proteinuria dapat disebabkan oleh spasme arteriola sehingga terjadi perubahan pada glomerulus (Indah, 2016).

Pada preeklampsia terdapat kepekaan yang lebih tinggi terhadap bahan-bahan vasoaktif, dibandingkan kehamilan normal. Fakta ini telah dibuktikan dengan penelitian prospektif dengan memakai bahan vasoaktif katekolamin atau angiotensin II. Desakan darah normal terjadi kenaikan yang tinggi dari renin plasma, aktivitas renin, substrat renin, angiotensin II dan aldosteron. Tingginya kadar tersebut menyebabkan vasodilatasi akibat dari diikutinya kenaikan yang cukup tinggi pada volume plasma. Pada kehamilan normal, tahanan vaskuler dalam darah otak tidak berubah, tetapi pada kehamilan dalam hipertensi tahanan vaskuler 13-13 meningkat dalam otak hingga mencapai 50%. Aliran darah ke plasenta tergantung dari

desakan darah ibu. Yang memberi desakan perfusi sebanding dengan aliran darah ke plasenta. Pada preeklampsia juga terjadi peningkatan hematokrit dimana perubahan pokok pada preeklampsia yaitu mengalami spasme pembuluh darah, dan perlu adanya suatu usaha untuk meningkatkan tekanan perifer agar oksigenasi jaringan tercukupi. Hal ini disebut dengan spasme pembuluh darah, yang menyebabkan terjadinya perubahan-perubahan pada organ, antara lain: Otak Ginjal Uri Paru Hepar (Ramadanti et al., 2023)

6. Pathway





7. Komplikasi

Menurut (Indah, 2016) Komplikasi preeklampsia dibedakan menjadi komplikasi pada ibu dan komplikasi pada janin/bayi sebagai berikut

a. Komplikasi pada ibu

1) atonia uteri,

sindrom HELLP (Haemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count) adalah sindrom rusaknya sel darah merah meningkatnya enzim liver, dan rendahnya jumlah trombosit. (Suci Rahmadina, 2021)

2) Gagal ginjal,

3) perdarahan otak,

4) edema paru,

5) gagal jantung,

b. Komplikasi pada janin/bayi

1) asfiksia neonatorum,

2) pertumbuhan bayi terhambat (Intra Uterin Fetal Retardation),

3) hipoksia intrauteri, kelahiran prematur

4) berat badan lahir rendah.

8. Pemeriksaan Penunjang

Beberapa pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada preeklampsia adalah sebagai berikut Nurafif dalam (Putri, 2021) :

a. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan darah lengkap dengan hapusan darah

- a) Penurunan hemoglobin dengan nilai rujukan wanita hamil adalah 12-14gr%
- b) Hematokrit meningkat dengan nilai rujukan 37-43 vol%
- c) Trombosit menurun dengan nilai rujukan 150-450 ribu/mm³

b. Urinalisis

Ditemukan protein dalam urine.

c. Pemeriksaan Hati

- 1) Bilirubin meningkat
- 2) LDH (Laktat Dehidrogenase) meningkat
- 3) Aspartat aminotransferase (AST) > 60 u/l. d) Serum glutamateprufat transaminase (SGPT) meningkat (N=15-45 u/ml)
- 4) Serum glutamate oxaloacetic transaminase (SGOT) meningkat(N=<31 u/l)
- 5) Total protein serum menurun (N=6,7-8,7 g/dl)
- 6) Asam urat meningkat (N=2,4-2,7 mg/dl)

d. Radiologi

a. Ultrasonografi

Ditemukan retardasi pertumbuhan janin intra uterus. Pernafasan intrauterus lambat, aktivitas janin lambat, dan volume cairan ketuban sedikit.

b. Kardiotografi

Diketahui denyut jantung janin lemah.

9. Masalah Keperawatan pada Pasien Dengan Pre Eklampsia.

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 kesulitan 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.

10. Diagnosa Keperawatan

Menurut Marlina & Hani dalam (SUSI INDRIENI, 2020) SDKI Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus preeklamsi 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).

11. Penatalaksanaan

Menurut (Pratiwi, 2017) penatalaksanaan pada preeklamsia adalah sebagai berikut :

1. Tirah baring miring ke satu posisi
2. Monitor tanda-tanda vital, refleks dan DJJ
3. Diet tinggi kalori, tinggi protein, rendah karbohidrat lemak dan garam.
4. Pemenuhan kebutuhan cairan : Jika jumlah urine < 30 ml/jampemberian cairan infus Ringer Laktat 60-125 ml/jam.
5. Pemberian obat-obatan sedative, anti hipertensi dan diuretik.
6. Monitor keadaan janin (Aminoscopi, Ultrasonografi). Monitor tanda-tanda kelahiran persiapan dengan induksi partus paada usia kehamilan diatas 37 minggu

Konsep Teori Anemia

1. Pengertian

Anemia merupakan suatu keadaan saat jumlah sel darah merah atau konsentrasi pengangkut oksigen dalam darah Hemoglobin (Hb) tidak

mencukupi untuk seluruh kebutuhan fisiologis tubuh (Rahayuningsih, 2021)

Anemia diartikan sebagai suatu keadaan kadar hemoglobin (Hb) di dalam darah lebih rendah atau lebih kecil daripada nilai normal untuk kelompok orang menurut umur dan jenis kelamin. Anemia gizi adalah suatu keadaan dengan kadar hemoglobin darah yang lebih rendah daripada normal karena ketidakmampuan jaringan pembentuk sel darah merah dalam produksinya untuk mempertahankan kadar atau jumlah haemoglobin pada tingkat normal. Anemia gizi besi adalah anemia yang disebabkan oleh kekurangan zat besi sehingga pembentukan sel-sel darah merah dan fungsi lain dalam tubuh terganggu (Rahayuningsih, 2021).

2. Etiologi

- 1) Hemolisis (Elektrolit Mudah Pecah)
- 2) Perdarahan
- 3) Penekanan Sumsum Tulang (Misalnya Oleh Kanker)
- 4) Defisiensi Nutrient (Nutrisional Anemia) meliputi defisiensi besi, foloc acid, piridoksin, vitamin C dan copper

3. Patofisiologi

Anemia merupakan suatu penyakit yang ditandai penurunan kadar hemoglobin (Hb) dan sel darah merah (eritrosit) dibawah normal. Pria dikatakan anemia apabila kadar Hemoglobin kurang dari 14 g/dl dan eritrosit kurang dari 41 %. Begitupun dengan wanita, apabila kadar hemoglobin

kurang dari 12 g/dl dan eritrosit kurang dari 37 %.

Anemia bukan merupakan suatu penyakit, melainkan dari suatu bentuk pencerminan keadaan penyakit akibat adanya gangguan fungsi tubuh yang mana hemoglobin yang berfungsi mengangkut oksigen mengalami penurunan. Banyak tipe anemia dengan beragam penyebabnya. Sehingga mengalami penurunan pada kapasitas sel darah merah dalam mengangkut oksigen.

4. Manifestasi Klinis

- 1) Lemah, letih, lesu dan lelah
- 2) Sering mengeluh pusing dan mata berkunang-kunang
- 3) Gejala lanjut berupa kelopak mata, bibir, lidah, kulit dan telapak tangan menjadi pucat. Pucat karena kekurangan volume darah dan Hb, vasokonstriksi
- 4) Takikardi dan bising jantung (peningkatan kecepatan aliran darah) angina (sakit dada)
- 5) Dipsnea, nafas pendek, cepat cape saat aktivitas (pengiriman O₂ berkurang)
- 6) Sakit kepala, kelemahan, tinitus (telinga berdengung) menggambarkan berkurangnya oksigenasi pada SSP
- 7) Anemia berat gangguan GI DAN CHF (anoreksia, nausea, konstipasi atau diare)

5. Komplikasi

- 1) Gagal jantung

- 2) Mengalami kejang
- 3) Daya konsentrasi mengalami penurunan
- 4) Perkembangan otot memburuk

BAB III
ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS SEKOLAH TINGGI ILMU
KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA

PENGKAJIAN DATA DASAR PASIEN I

I. Data Demografi

Nama klien	: Ny. P
Umur klien	: 28 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Nama Suami	: Tn. R
Umur suami	: 31 Tahun
Alamat	: Jl. Dahlia I No.10 RT 004/ RW 009
Status perkawinan	: Menikah
Agama	: Islam
Suku	: Jawa
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga (IRT)
Diagnose medis	: P1A0 Hamil 37 minggu, Preeklampsia
Tanggal masuk rs	: 21 November 2023
No. RM	: 68-11-73
Tanggal pengkajian	: 23 November 2023

II. Keluhan Utama Saat Masuk RS

G1P0A0 hamil 37 minggu klien datang dari poliklinik obgyn untuk control rutin kehamilan. Kemudian didapatkan tekanan darah tinggi dengan hasil 186/95 mmHg dan setelah dirujuk dokter untuk cek lab, klien disarankan untuk rawat inap. Klien mengeluh pusing hebat semalam disertai dengan sesak. Kaki klien juga tampak bengkak sejak 1 bulan yang lalu. Keluhan klien juga disertai dengan pandangan kabur dan nyeri ulu hati.

III. Keluhan Utama Saat Ini

Klien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi post SC dibagian abdomen, nyeri seperti tersayat sayat, nyeri dirasakan saat bergerak, skala nyeri 6 dan nyeri hilang timbul. Terdapat edema di kaki kiri dan kaki kanan klien, tetapi klien mengatakan kaki nya tidak terasa sakit. Klien mengatakan ASI tidak keluar. Dilakukan pemeriksaan TTV dengan hasil TD 159/95 mmHg, N : 87x/menit, RR : 20x/menit, S : 36.5

IV. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit apapun di masa lalu. Tetapi, pada saat kontrol kehamilan di poliklinik obgyn untuk yang terakhir sebelum persalinan ia mengatakan tekanan darahnya tinggi.

V. Riwayat Persalinan dan Kelahiran saat ini

- Tanggal Operasi : 22 November 2023

- Jam Operasi : 09.00 WIB
- Bayi lahir jam : 09.30 WIB
- Type Persalinan : SC Cito
- Penggunaan analgesic dan anastesi: Ada (Spinal Anastesi)
- Masalah selama kehamilan: Preeklamsia

VI. Keadaan Psikologis Ibu

Keadaan psikologis klien baik. Tetapi ia sedang memikirkan bagaimana cara agar ASI nya bisa keluar sehingga ia bisa menyusui anaknya.

VII. Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan ibunya mempunyai riwayat penyakit hipertensi.

VIII. Riwayat Ginekologi

Pasien mengatakan tidak ada penyakit kelamin dan penyakit menular seksual.

IX. Riwayat Obstetrik Yang Lalu

Anak ke	Tipe Persalinan	BB Lahir	Penolong	Tahun lahir
1	SC	2.600 gr	Dokter	2023

X. Riwayat Obstetri

- Usia menarch : 12 tahun
- Siklus menstruasi : 30 hari
- Lamanya menstruasi : 7 hari
- HPHT : 25 Februari 2023
- Taksiran partus : 03-12-2023
- Umur kehamilan : 37 minggu

- Status obstetrikus : G1 P0 A0 Usia kehamilan 37 minggu
- Masalah kehamilan sekarang : Preeklampsia
- Rencana KB : Tidak ada
- Setelah bayi lahir, siapa yang membantu: Suami
- 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

XI. Review Of System dan Pemeriksaan Fisik

- Penampilan umum : Sakit sedang
- Kesadaran : Composmentis
- Tinggi badan : 167 cm
- Berat badan : 70 kg
- Tanda Tanda Vital
 - TD : 159/95 mmHg
 - N : 87 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 tidak keluar	Bentuk payudara simetris, kedua puting exverted (+)/(+). <i>Areola mammae</i> hiperpigmentasi, tidak teraba adanya massa dan tidak tampak colostrum
Jantung	Klien mengatakan tidak pernah merasakan ada kelainan jantung	BJ 1 BJ 2 normal, tidak terdengar suara jantung tambahan.
Abdomen	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 14 X/menit, ada luka post operasi SC tertutup kasa
Genitalia	Klien mengatakan darah yang keluar berwarna merah Jika bergerak terasa seperti perdarahan	Organ reproduksi normal, lesi tidak ada.

Anus dan rectum	Klien mengatakan tidak ada masalah didaerah bokong.	Tidak ada hemorroid
Muskuloskeletal	Klien mengatakan tidak ada masalah dalam pergerakan tangan & kaki.	Kemampuan musculoskeletal dalam batas normal, Terdapat edema di kaki kanan dan kiri. Terpasang infus di tangan sebelah kanan.

Komponen	Hasil
Pola persepsi kesehatan.	Klien mengatakan setelah melahirkan anak pertamanya klien merasa sangat senang.
Pola nutrisi dan metabolic	Klien mengatakan tidak ada masalah dengan makan dan minum, tidak ada mual dan muntah, makan 3x/hari dan minum 4-5 gelas air putih (dalam sehari)
Pola eliminasi	Klien mengatakan sudah mampu untuk ke toilet sendiri. Klien mengatakan BAK sehari 3-4x, setelah habis melahirkan belum BAB.
Pola aktivitas latihan	Klien mengatakan ia selalu berlatih berjalan disekitar tempat tidur. Ia mampu berjalan perlahan dengan dibantu suaminya.
Pola istirahat dan tidur	Klien mengatakan sulit tidur karena nyeri pada luka operasi. Klien hanya tidur 4-5 jam sehari setelah persalinan.
Pola persepsi-Kognitif	Klien tidak ingin memakai KB setelah melahirkan
Pola persepsi diri	Klien mengatakan senang atas kelahiran bayinya, walaupun dengan proses melahirkan melalui <i>Sectio Caesarea</i> , 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 stress – 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, dan sehari-hari menjalankan ibadah menurut agama islam.

XII. Riwayat Kesehatan

XIII. Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal 23 November 2023

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
HEMATOLOGI		
Hema I		
Hemoglobin	11,2 g/dl	11.7 – 15.5 g/dl
Hematokrit	32 %	33 % – 45 %
Leukosit	14, 9 10 ³ /ul	3.6 – 11.0 10 ³ /ul
Trombosit	205 10 ³ /ul	154 - 442 10 ³ /ul

XIV. Terapi Medis

Tanggal	Jenis Terapi	Rute	Dosis
24 November 2023	Cefixime	Oral	2 x 200 mg
	Asam mefenamat	Oral	3 x 500 mg
	Adalat	Oral	1 x 30 g
	Dopamet	Oral	3 x 250 mg
	Cefazoline	IV	3 x 1
	Renopain	IV	3 x 1
	Kalnex	IV	3 x 1
	Furosemide	Oral	1 tablet

DATA FOKUS

Nama Klien : Ny. P

Perawat : Viranti A

DX Medis : P1A0 Hamil 37 Minggu

Ruangan : Rambutan

Data Subjektif (DS)	Data Objektif (DO)
<p>1. Klien mengatakan nyeri di bagian abdomen bekas luka operasi</p> <p>P : Nyeri luka bekas SC Q : Nyeri seperti tersayat sayat R : Nyeri dirasakan ketika bergerak S : Skala nyeri 6 T : nyeri hilang timbul</p> <p>2. Klien mengatakan sudah bisa berjalan perlahan dengan dibantu oleh suaminya</p> <p>3. Klien mengatakan darah yang keluar dari kemaluan berwarna merah dan jika bergerak terasa seperti perdarahan</p> <p>4. Klien mengatakan tidak mau banyak bergerak karena nyeri dibagian luka post sc</p> <p>5. Klien mengatakan ASI nya belum keluar</p>	<p>1. KU : Sakit sedang</p> <p>2. Kesadaran : Composmentis</p> <p>3. Tanda-Tanda Vital :</p> <p style="padding-left: 20px;">TD : 159/95 mmHg N : 87 x/menit S : 36,5° C RR : 20 x/menit</p> <p>4. Pemeriksaan laboratorium Tanggal 23-11-2023</p> <p style="padding-left: 20px;">HB : 11,2 g/dl HT : 32 % L : 14,9 10³/ul T : 205 10³/ul</p> <p>5. P1A0</p> <p>6. Klien tampak meringis</p> <p>7. Klien tampak gelisah</p> <p>8. Terdapat luka post Op SC didaerah abdomen.</p> <p>9. Terdapat luka tertutup dengan balutan bersih tidak ada rembesan</p> <p>10. Saat di GP luka masih basah belum kering</p> <p>11. Terdapat edema dibagian kaki kanan dan kiri</p>

ANALISA DATA

Nama Klien : Ny. P

Perawat : Viranti A

DX Medis : P1A0 Hamil 37 Minggu

Ruangan : Rambutan

No	Data	Masalah	Etiologi
1	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri di bagian abdomen bekas luka operasi <p>P : Nyeri luka bekas SC</p> <p>Q : Nyeri seperti tersayat sayat</p> <p>R : Nyeri dirasakan ketika bergerak</p> <p>S : Skala nyeri 6</p> <p>T : nyeri hilang timbul</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU : Sakit sedang 2. Kesadaran : Composmentis 3. Tanda-Tanda Vital : <p style="margin-left: 20px;">TD : 159/95 mmHg</p> <p style="margin-left: 20px;">N : 87 x/menit</p> <p style="margin-left: 20px;">S : 36,5° C</p> <p style="margin-left: 20px;">RR : 20 x/menit</p> 4. Pemeriksaan laboratorium <p style="margin-left: 20px;">Tanggal 23-11-2023</p> <p style="margin-left: 20px;">HB : 11,2 g/dl</p> 	<p>Nyeri Akut (D.0077)</p>	<p>Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi <i> Sectio Caesarea</i>)</p>

	<p>HT : 32 %</p> <p>L : 14,9 10³/ul</p> <p>T : 205 10³/ul</p> <p>5. PIA0</p> <p>6. Klien tampak meringis</p> <p>7. Klien tampak gelisah</p>		
2.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri di bagian abdomen bekas luka operasi 2. Klien mengatakan sudah bisa berjalan perlahan dengan dibantu oleh suaminya 3. Klien mengatakan tidak mau banyak bergerak karena nyeri dibagian luka post sc <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU : Sakit sedang 2. Kesadaran : Composmentis 3. GCS : E4 M6 V5 4. PIA0 5. Skala nyeri 6 6. Pasien tampak berhati hati jika bergerak 7. Klien tampak lemah 8. Klien tampak meringis apabila bergerak 9. Terdapat edema di kaki kanan dan kiri 	<p>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)</p>	<p>Nyeri</p>
3.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan ASI nya tidak keluar 2. Klien mengatakan gelisah karena anaknya belum mendapatkan ASI <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU : Sakit sedang 2. Kesadaran : Composmentis 3. GCS : E4 M6 V5 4. ASI tidak keluar 	<p>Menyusui Tidak Efektif (D.0029)</p>	<p>Ketidakadekuatan Suplai ASI</p>

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. P

Perawat : Viranti A

DX Medis : P1A0 Hamil 37 Minggu

Ruangan : Rambutan

No	Diagnosa Keperawatan
1	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi <i>Sectio Cesarea</i>) (D.0077)
2	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054)
3	Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)

INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. P Perawat : Viranti A
 DX Medis : P1A0 Hamil 37 Minggu Ruangan : Rambutan

Dx Kep	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi <i>Section Cesarea</i>) (D.0077)	Setelah dilakukan Tindakan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri (L.08066) menurun. Dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 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 (1-5) 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal • Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri • Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian analgetic
Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik (L.05042) meningkat dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Pergerakan ekstremitas meningkat (2-5) • Nyeri menurun (1-5) • Gerakan terbatas menurun (1-5) 	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya • Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan • Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

		<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan menutup pagar tempat tidur • Fasilitasi melakukan pergerakan • Libatkan keluarga untuk membantupasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi • anjurkan melakukan mobilisasi dini • anjurkan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur
<p>Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status menyusui (L.03029) menmbaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tetesan/pancaran ASI meningkat (1-5) 2. Suplai ASI adekuat meningkat (1-5) 3. Kecemasan maternal menurun (1-5) 	<p>Edukasi Menyusui (I.12393)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi • Identifikasi tujuan dan keinginan menyusui <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan • jadwalkan penkes sesuai kesepakatan • dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui • Libatkan suami dan keluarga sebagai system pendukung <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan konseling menyusui • Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi • Ajarkan posisi menyusui danperlekatan (<i>lacth on</i>) dengan benar Ajarkan perawatan payudara post partum(memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin.

CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE I

Nama Klien : Ny. P Perawat : Viranti A
 DX Medis : P1A0 Hamil 37 Minggu Ruangan : Rambutan

Diagnosa Keperawatan	Hari	Tindakan	Evaluasi	Paraf
Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi <i>Sectio Cesarea</i>) (D.0077)	Kamis, 23-11-2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R/ pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen bekas luka SC,nyeri seperti tersayat sayat dengan skala 6 dan nyeri hilang timbul 2. Mengidentifikasi skala nyeri R/ Skala nyeri 6 3. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal R/ pasien tampak meringis saat nyeri timbul 4. Mengidentifikasi faktor 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 R/ pasien diajarkan menggunakan teknik relaksasi napas jika nyeri timbul 6. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri R/ pasien tampak kooperatif dan mengerti 7. Mengajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri R/ pasien belum mengerti tentang relaksasi jika nyeri 8. Berkolaborasi pemberian analgetik R/ pasien diberikan terapi asam mefenamat 3x500 mg 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri di bagian abdomen bekas luka operasi <p>P : Nyeri luka bekas SC Q : Nyeri seperti tersayat sayat R : Nyeri dirasakan ketika bergerak S : Skala nyeri 6 T : nyeri hilang timbul</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU : Sakit sedang 2. Kesadaran : Composmentis 3. Tanda-Tanda Vital : TD : 159/95 mmHg N : 87 x/menit S : 36,5° C RR : 20 x/menit 4. Pemeriksaan lab HB: 11,2 g/dl HT : 32 % L: 14,9 10³/ul T : 205 10³/ul 5. P1A0 6. Klien tampak meringis 7. Klien tampak gelisah <p>A: Masalah Belum Teratasi P: Lanjutkan Intervensi</p>	
Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri(D.0054)		<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri di bagian abdomen bekas luka operasi 	

		<p>R/ pasien mengatakan nyeri saat bergerak bagian abdomen bekas luka SC</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R/ pasien tampak berhati hati saat bergerak, aktivitas pasien dibantu suami 3. memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan menutup pagar tempat tidur R/ bed pasien terpasang penutup pagar tempat tidur 4. memfasilitasi melakukan pergerakan R/ pasien mengatakan belum bisa miring kanan dan kiri 5. melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan R/ keluarga tampak kooperatif 6. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi R/ pasien tampak mengerti dan kooperatif 7. Mengnjurkan melakukan mobilisasi dini R/ pasien mengatakan belum bisa mengangkat kakinya,pasien tampak berbaring saja 8. Menganjurkan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur R/ pasien mengatakan belum bisa banyak bergerak 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Klien mengatakan sudah bisa berjalan perlahan dengan dibantu oleh suaminya. 3. Klien mengatakan tidak mau banyak bergerak karena nyeri dibagian luka post sc <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU : Sakit sedang 2. Kesadaran : Composmentis 3. GCS : E4 M6 V5 4. P1A0 5. Skala nyeri 6 6. Pasien tampak berhati hati jika bergerak 7. Klien tampak lemah 8. Klien tampak meringis apabila bergerak 9. Terdapat edema di kaki kanan dan kiri <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuaan suplai ASI (D.0029)		<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi R/ pasien mengatakan siap dilakukan penkes 2. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui R/ pasien mengatakan cemas karena anaknya belum mendapatkan ASI 3. Melibatkan suami dan keluarga sebagai system pendukung R/ pasien ditunggu oleh suami 4. Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi R/ pasien tampak mengerti 5. Mengajarkan 4 posisi menyusui danperlekatan (lacth on) dengan benar 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan ASI nya tidak keluar 2. Klien mengatakan gelisah karena anaknya belum mendapatkan ASI <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU : Sakit sedang 2. Kesadaran : Composmentis 3. GCS : E4 M6 V5 4. ASI tidak keluar <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	

		R/ Pasien tampak kooperatif 6. Mengajarkan perawatan payudara post partum (memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin. R/ dilakukan perawatan payudara		
--	--	--	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE II

Nama Klien : Ny. P Perawat : Viranti A
 DX Medis : P1A0 Hamil 37 Minggu Ruangan : Rambutan

Diagnosa Keperawatan	Hari	Tindakan	Evaluasi	Paraf
Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi <i>Sectio Cesarea</i>) (D.0077)	Jum'at, 24-11- 2023	<ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R/ pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang dibagian abdomen bekas luka SC, nyeri seperti tersayat sayat dengan skala 5 dan nyeri hilang timbul Mengidentifikasi skala nyeri R/ pasien mengatakan skala nyeri berkurang menjadi 5 Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal R/ pasien tampak meringis saat nyeri timbul Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R/ pasien mengatakan nyeri muncul saat bergerak dan hilang saat berbaring Memberikan teknik nonfarmakologis dengan teknik relaksasi napas dalam R/ pasien sudah mengerti cara menggunakan teknik relaksasi napas jika nyeri timbul Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri R/ pasien tampak kooperatif dan mengerti Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 	S: <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang di bagian abdomen bekas luka operasi P : Nyeri luka bekas SC Q : Nyeri seperti tersayat sayat R : Nyeri dirasakan ketika bergerak S : Skala nyeri 5 T : nyeri hilang timbul O: <ol style="list-style-type: none"> KU : Sakit sedang Kesadaran : Composmentis Tanda-Tanda Vital : TD : 132/86 mmHg N : 66 x/menit S : 36,8° C RR : 20 x/menit Pemeriksaan lab HB: 11,2 g/dl HT : 32 % L: 14,9 10³/ul T : 205 10³/ul P1A0 Merimgis klien tampak berkurang Klien tampak gelisah A: Masalah Belum Teratasi P: Lanjutkan Intervensi	

		<p>R/ pasien sudah mengerti tentang relaksasi jika nyeri</p> <p>8. Berkolaborasi pemberian analgetik</p> <p>R/ pasien diberikan terapi asam mefenamat 3x500 mg</p>		
Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri(D.0054)		<p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>R/ pasien mengatakan nyeri sudah berkurang saat bergerak bagian abdomen bekas luka SC</p> <p>2. memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>R/ pasien tampak berhati hati saat bergerak, aktivitas pasien dibantu suami</p> <p>3. memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan menutup pagar tempat tidur</p> <p>R/ bed pasien terpasang penutup pagar tempat tidur</p> <p>4. memfasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>R/ pasien mengatakan sudah bisa miring kanan dan kiri</p> <p>5. melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>R/ keluarga tampak kooperatif</p> <p>6. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>R/ pasien tampak mengerti dan kooperatif</p> <p>7. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>R/ pasien mengatakan sudah bisa mengangkat kakinya, pasien tampak sudah berjalan- jalan disekitar bed</p> <p>8. Menganjurkan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur</p> <p>R/ pasien mengatakan sudah bisa banyak bergerak</p>	<p>S:</p> <p>1. Klien mengatakan nyeri di bagian abdomen bekas luka operasi sudah berkurang</p> <p>2. Klien mengatakan sudah bisa berjalan perlahan dengan dibantu oleh suaminya.</p> <p>3. Klien mengatakan tidak mau banyak bergerak karena nyeri dibagian luka post sc</p> <p>O:</p> <p>1. KU : Sakit sedang</p> <p>2. Kesadaran : Composmentis</p> <p>3. GCS : E4 M6 V5</p> <p>4. P1A0</p> <p>5. Skala nyeri 5</p> <p>6. Pasien tampak berhati hati jika bergerak</p> <p>7. Klien tampak lemah</p> <p>8. Meringis klien tampak berkurang apabila bergerak</p> <p>9. Terdapat edema di kaki kanan dan kiri</p> <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekua- tan suplai ASI (D.0029)		<p>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>R/ pasien kooperatif</p> <p>2. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</p> <p>R/ pasien mengatakan ASI nya sudah keluar sedikit</p>	<p>S:</p> <p>1. Klien mengatakan ASI nya sudah sedikit keluar</p> <p>2. Klien mengatakan sudah sedikit tidak cemas karena ASI nya sudah sedikit keluar</p> <p>O:</p> <p>1. KU : Sakit sedang</p>	

		<p>3. Melibatkan suami dan keluarga sebagai system pendukung R/ pasien ditunggu oleh suami</p> <p>4. Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi R/ pasien tampak mengerti</p> <p>5. Mengajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar R/ Pasien tampak kooperatif</p> <p>6. Mengajarkan perawatan payudara post partum (memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin. R/ perawatan payudara sudah dilakukan</p>	<p>2. Kesadaran : Composmentis</p> <p>3. GCS : E4 M6 V5</p> <p>4. ASI keluar sedikit</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
--	--	--	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE III

Nama Klien : Ny. P Perawat : Viranti A
 DX Medis : P1A0 Hamil 37 Minggu Ruangan : Rambutan

Diagnosa Keperawatan	Hari	Tindakan	Evaluasi	Paraf
Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi <i>Sectio Cesarea</i>) (D.0077)	Sabtu, 25-11- 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R/ pasien mengatakan nyeri sudah jauh membaik dibagian abdomen bekas luka SC, nyeri seperti tersayat sayat dengan skala 4 dan nyeri hilang timbul 2. Mengidentifikasi skala nyeri R/ pasien mengatakan skala nyeri berkurang menjadi 4 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal R/ pasien tampak sudah tidak meringis saat nyeri timbul 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R/ pasien mengatakan masih sedikit nyeri saat bergerak 5. Memberikan teknik nonfarmakologis dengan teknik relaksasi napas dalam R/ pasien sudah mengerti cara menggunakan teknik relaksasi napas jika nyeri timbul 6. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri R/ pasien tampak kooperatif dan mengerti 7. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri R/ pasien sudah mengerti tentang relaksasi jika nyeri 8. Berkolaborasi pemberian analgetik 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri berkurang di bagian abdomen bekas luka operasi <p>P : Nyeri luka bekas SC Q : Nyeri seperti tersayat sayat R : Nyeri dirasakan ketika bergerak S : Skala nyeri 4 T : nyeri hilang timbul</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU : Sakit sedang 2. Kesadaran : Composmentis 3. Tanda-Tanda Vital : <p>TD : 135/78 mmHg N : 69 x/menit S : 36,4° C RR : 20 x/menit</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pemeriksaan lab <p>HB: 11,2 g/dl HT : 32 % L: 14,9 10³/ul T : 205 10³/ul</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. P1A0 6. Meringis klien tampak berkurang 7. Klien sudah tidak tampak gelisah <p>A:</p>	

		R/ pasien diberikan terapi asam mefenamat 3x500 mg	Masalah Belum Teratasi P: Lanjutkan Intervensi	
Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri(D.0054)		<ol style="list-style-type: none"> mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya R/ pasien mengatakan nyeri membaik saat bergerak bagian abdomen bekas luka SC memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R/ pasien tampak berhati-hati saat bergerak, aktivitas pasien dibantu suami memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan menutup pagar tempat tidur R/ bed pasien terpasang penutup pagar tempat tidur memfasilitasi melakukan pergerakan R/ pasien mengatakan sudah bisa miring kanan dan kiri dan berjalan Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan R/ keluarga tampak kooperatif Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi R/ pasien tampak mengerti dan kooperatif Menganjurkan melakukan mobilisasi dini R/ pasien mengatakan sudah bisa mengangkat kakinya, pasien tampak sudah berjalan-jalan disekitar bed Menganjurkan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur R/ pasien mengatakan sudah bisa banyak bergerak 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan nyeri di bagian abdomen bekas luka operasi sudah berkurang Klien mengatakan sudah bisa berjalan perlahan dengan dibantu oleh suaminya. Klien mengatakan sudah bisa banyak bergerak karena nyeri dibagian luka post sc berkurang <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> KU : Sakit sedang Kesadaran : Composmentis GCS : E4 M6 V5 PIA0 Skala nyeri 4 Pasien tampak berhati-hati jika bergerak Klien sudah tidak tampak lemah Meringis klien tampak berkurang apabila bergerak Terdapat edema di kaki kanan dan kiri <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)		<ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi R/ pasien kooperatif Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui R/ pasien mengatakan ASI nya sudah keluar sedikit Melibatkan suami dan keluarga sebagai system pendukung R/ pasien ditunggu oleh suami Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi R/ pasien tampak mengerti Mengajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar R/ Pasien tampak kooperatif 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan ASI nya sudah sedikit keluar Klien mengatakan sudah sedikit tidak cemas karena ASI nya sudah sedikit keluar <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> KU : Sakit sedang Kesadaran : Composmentis GCS : E4 M6 V5 ASI keluar sedikit <p>A: Masalah teratasi</p>	

		6. Mengajarkan perawatan payudara post partum (memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin. R/ perawatan payudara sudah dilakukan	P: Intervensi dihentikan	
--	--	---	-----------------------------	--

PENGKAJIAN DATA DASAR PASIEN II

I. Data Demografi

Nama klien : Ny. T

Umur klien : 25 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Nama Suami : Tn. A

Umur suami : 33 Tahun

Alamat : Jl. Bahagia 5 No. 179

Status perkawinan : Menikah

Agama : Islam

Suku : Sunda

Pendidikan : SMK

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga (IRT)

Diagnose medis : P1A0 Hamil 38 minggu, Anemia

Tanggal masuk rs : 22 November 2023

No. RM : 42-77-69

Tanggal pengkajian : 23 November 2023

II. Keluhan Utama Saat Masuk RS

G1P0A0 hamil 38 minggu, klien datang dari poliklinik obgyn dengan rujukan dari puskesmas Kembangan dengan keluhan tekanan darah tinggi dan protein uri +. Klien juga mengatakan ia mules dan pusing, serta nyeri kepala hebat dari 2hari yang lalu.

III. Keluhan Utama Saat Ini

Klien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi dibagian abdomen, nyeri seperti tersayat sayat, nyeri dirasakan saat bergerak, skala nyeri 7 dan nyeri hilang timbul. Klien mengatakan pusing, pandangan kabur, dan nyeri ulu hati. Dilakukan pemeriksaan TTV dengan hasil TD 130/86 mmHg, N : 69x/menit, RR : 20x/menit, S : 36.3°

IV. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit apapun di masa lalu.

V. Riwayat Persalinan dan Kelahiran saat ini

- a. Tanggal Operasi: 23 November 2023
- b. Jam Operasi : 11.00 WIB
- c. Bayi lahir jam : 12.24 WIB
- d. Type Persalinan: SC elektif
- e. Penggunaan analgesic dan anastesi: Ada (Spinal Anastesi)
- f. Masalah selama kehamilan: Tidak ada

VI. Keadaan Psikologis Ibu

Keadaan psikologis klien baik

VII. Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan keluarga nya tidak mempunyai penyakit keturunan

VIII. Riwayat Ginekologi

Pasien mengatakan tidak ada penyakit kelamin dan penyakit menular seksual.

IX. Riwayat Obstetrik Yang Lalu

Anak ke	Tipe Persalinan	BB Lahir	Penolong	Tahun lahir
1	SC	2.800 gr	Dokter	2023

X. Riwayat Obstetri

- a. Usia menarche : 14 tahun
- b. Siklus menstruasi : 29 hari
- c. Lamanya menstruasi : 7 hari
- d. HPHT : 10 Maret 2023
- e. Taksiran partus : 12-12-2023
- f. Umur kehamilan : 38 minggu
- g. Status obstetrikus : G1 P0 A0 Usia kehamilan 38 minggu
- h. Masalah kehamilan sekarang : Anemia
- i. Rencana KB : Tidak ada
- j. Setelah bayi lahir, siapa yang membantu: Suami
- k. Lochia
 - Jumlah : 2 kali ganti pembalut
 - Warna : merah

Konsistensi : Cairan lender

Bau : Amis

1. TFU

Tinggi : 2 jari dibawah pusat

Posisi : Normal

Kontraksi : Kontraksi baik

m. Perdarahan : 65 cc

XI. Review Of System dan Pemeriksaan Fisik

- a. Penampilan umum : Sakit sedang
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Tinggi badan : 157 cm
- d. Berat badan : 80 kg
- e. Tanda Tanda Vital

TD : 130/86 mmHg

N : 69 x/menit

S : 36,3° C

RR : 20 x/menit

Komponen	Review of system	Pemeriksaan fisik
Kepala, mata dan leher	Klien mengatakan penglihatannya kabur, kepala nya pusing.	Kepala mesosepal, simetris, konjungtiva anemis, sclera tak ikterik, pupil isokor, leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.
Kulit, rambut, kuku	Klien mengatakan selama ini tidak ada masalah pada kulit, kuku dan rambut	Pertumbuhan rambut merata rambut tidak mudah patah dan rontok, kulit bersih. 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, membaran 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 nya bisa keluar	Bentuk payudara simetris, kedua puting exverted (+)/(+). <i>Areola mammae</i> hiperpigmentasi, tidak teraba adanya massa dan tampak colostrum
Jantung	Klien mengatakan tidak pernah merasakan ada kelainan jantung	BJ 1 BJ 2 normal, tidak terdengar suara jantung tambahan.
Abdomen	Klien mengatakan 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 14 X/menit, ada luka post operasi SC tertutup kasa
Genetalia	Klien mengatakan darah yang keluar berwarna merah Jika bergerak terasa seperti perdarahan	Organ reproduksi normal, lesi tidak ada.
Anus dan rectum	Klien mengatakan tidak ada masalah didaerah bokong.	Tidak ada hemorhoid
Muskuloskeletal	Klien mengatakan tidak ada masalah dalam pergerakan tangan & kaki.	Kemampuan musculoskeletal dalam batas normal, Tidak terdapat edema di kaki kanan dan kiri. Terpasang infus di tangan sebelah kanan.

Komponen	Hasil
Pola persepsi kesehatan.	Klien mengatakan setelah melahirkan anak pertamanya klien merasa sangat senang.

Pola nutrisi dan metabolic	Klien mengatakan tidak ada masalah dengan makan dan minum, tidak ada mual dan muntah, makan 3x/hari dan minum 4-5 gelas air putih (dalam sehari)
Pola eliminasi	Klien mengatakan sudah mampu untuk ke toilet sendiri. Klien mengatakan BAK sehari 3-4x, setelah habis melahirkan belum BAB.
Pola aktivitas latihan	Klien mengatakan ia selalu berlatih berjalan disekitar tempat tidur. Ia mampu berjalan perlahan dengan dibantu suaminya.
Pola istirahat dan Tidur	Klien mengatakan sulit tidur karena nyeri pada luka operasi. Klien hanya tidur 5 jam sehari setelah persalinan.
Pola persepsi- Kognitif	Klien tidak ingin memakai KB setelah melahirkan
Pola persepsi diri	Klien mengatakan senang atas kelahiran bayinya, walaupun dengan proses melahirkan melalui <i>Sectio Caesarea</i> , 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 stress – 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, dan sehari-hari menjalankan ibadah menurut agama islam.

XII. Riwayat Kesehatan

XIII. Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal 23 November 2023

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
HEMATOLOGI		
Hema I		
Hemoglobin	9,9 g/dl	11.7 – 15.5 g/dl
Hematokrit	31 %	33 % – 45 %
Leukosit	9,8 10 ³ /ul	3.6 – 11.0 10 ³ /ul
Trombosit	231 10 ³ /ul	155 - 442 10 ³ /ul

XIV. Terapi Medis

Tanggal	Jenis Terapi	Rute	Dosis

24 November 2023	Cefadroxil	Oral	3 x 1
	Asam mefenamat	Oral	3 x 1
	B12	Oral	1 x 1
	Cefazoline	IV	3 x 1
	Renopain	IV	3 x 1
	Ranitidine	IV	3 x 1
	Asam Traneksamat	Oral	3 x 1

DATA FOKUS

Nama Klien : Ny. T

Perawat : Viranti A

DX Medis : P1A0 Hamil 38 Minggu

Ruangan : Rambutan

Data Subjektif (DS)	Data Objektif (DO)
---------------------	--------------------

<p>1. Klien mengatakan nyeri di bagian abdomen bekas luka operasi</p> <p>P : Nyeri luka bekas SC</p> <p>Q : Nyeri seperti tersayat sayat</p> <p>R : Nyeri dirasakan ketika bergerak</p> <p>S : Skala nyeri 7</p> <p>T : nyeri hilang timbul</p> <p>2. Klien mengatakan belum bisa miring kiri dan kanan.</p> <p>3. Klien mengatakan darah yang keluar dari kemaluan berwarna merah dan jika bergerak terasa seperti perdarahan</p> <p>4. Klien mengatakan tidak mau banyak bergerak karena nyeri dibagian luka post sc</p> <p>5. Klien mengatakan ASI sudah keluar sedikit</p>	<p>1. KU : Sakit sedang</p> <p>2. Kesadaran : Composmentis</p> <p>3. Tanda-Tanda Vital :</p> <p>TD : 130/86 mmHg</p> <p>N : 69 x/menit</p> <p>S : 36,3° C</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>4. Pemeriksaan laboratorium Tanggal 23-11-2023</p> <p>HB : 9,9 g/dl</p> <p>HT : 31 %</p> <p>L : 9,8 10³/ul</p> <p>T : 231 10³/ul</p> <p>5. P1A0</p> <p>6. Klien tampak meringis</p> <p>7. Klien tampak gelisah</p> <p>8. Terdapat luka post Op SC didaerah abdomen.</p> <p>9. Terdapat luka tertutup dengan balutan bersih tidak ada rembesan</p> <p>10. Luka masih basah belum kering</p>
--	--

ANALISA DATA

Nama Klien : Ny. T

Perawat : Viranti A

DX Medis : P1A0 Hamil 38 Minggu

Ruangan : Rambutan

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri di bagian abdomen bekas luka operasi P : Nyeri luka bekas SC Q : Nyeri seperti tersayat sayat R : Nyeri dirasakan ketika bergerak S : Skala nyeri 7 T : nyeri hilang timbul <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU : Sakit sedang 2. Kesadaran : Composmentis 3. Tanda-Tanda Vital : <ul style="list-style-type: none"> TD : 130/86 mmHg N : 69 x/menit S : 36,3° C RR : 20 x/menit 4. Pemeriksaan laboratorium <ul style="list-style-type: none"> Tanggal 23-11-2023 HB : 9,9 g/dl HT : 31 % L : 9,8 10³/ul T : 231 10³/ul 5. P1A0 6. Klien tampak meringis 7. Klien tampak gelisah 	Nyeri Akut (D.0077)	Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi <i>Sectio Caesarea</i>)
2.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri di bagian abdomen bekas luka operasi 2. Klien mengatakan belum bisa miring kiri dan kanan 3. Klien mengatakan tidak mau banyak bergerak karena nyeri dibagian luka post sc <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU : Sakit sedang 2. Kesadaran : Composmentis 3. GCS : E4 M6 V5 4. P1A0 5. Skala nyeri 7 6. Pasien tampak berhati hati jika bergerak 7. Klien tampak lemah 8. Klien tampak meringis apabila bergerak 	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Nyeri

3.	DS : 1. Klien mengatakan khawatir luka operasinya infeksi 2. Klien mengatakan nyeri pada luka DO : 1. KU : Sakit sedang 2. Kesadaran : Composmentis 3. GCS : E4 M6 V5 4. Tanda-Tanda Vital : TD : 130/86 mmHg N : 69 x/menit S : 36,3° C RR : 20 x/menit 5. Pemeriksaan LAB Tanggal 23-11-2023 HB : 9,9 g/dl HT : 31 % L: 9,8 10 ³ /ul T: 231 10 ³ /ul 6. Terdapat luka post Op SC di daerah abdomen. 7. Terdapat luka operasi masih basah dan belum kering 8. Terdapat luka tertutup dengan balutan bersih tidak ada rembesan	Resiko infeksi (D.0142)	Luka tindakan operasi post sc
----	--	-------------------------	-------------------------------

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. T

Perawat : Viranti A

DX Medis : P1A0 Hamil 38 Minggu

Ruangan : Rambutan

No	Diagnosa Keperawatan
1	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi <i>Sectio Cesarea</i>) (D.0077)
2	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054)
3	Resiko Infeksi b.d Luka Tindakan Operasi Post SC (D. 0142)

INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. T Perawat : Viranti A
 DX Medis : P1A0 Hamil 38 Minggu Ruangan : Rambutan

Dx Kep	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi Sectio Cesarea) (D.0077)	Setelah dilakukan Tindakan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri (L.08066) menurun. Dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 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 (1-5) 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal • Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri • Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian analgetic
Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik (L.05042) meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat (1-5) 2. Nyeri menurun (1-5) 3. Gerakan terbatas menurun (1-5) 	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya • Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan • Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

		<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan menutup pagar tempat tidur • Fasilitasi melakukan pergerakan • Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi • anjurkan melakukan mobilisasi dini • anjurkan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur
<p>Resiko Infeksi b.d Luka Tindakan Operasi Post SC (D. 0142)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemerahan menurun (1-5) 2. Nyeri menurun (1-5) 3. Kadar sel darah putih membaik (1-5) 	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batasi jumlah pengunjung • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE I

Nama Klien : Ny. T
DX Medis : P1A0 Hamil 38 Minggu

Perawat : Viranti A
Ruangan : Rambutan

Diagnosa Keperawatan	Hari	Tindakan	Evaluasi	Paraf
Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi <i>Sectio Cesarea</i>) (D.0077)	Kamis, 23-11- 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R/ pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen bekas luka SC, nyeri seperti tersayat sayat dengan skala 7 dan nyeri hilang timbul 2. Mengidentifikasi skala nyeri R/ Skala nyeri 7 3. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal R/ pasien tampak meringis saat nyeri timbul 4. Mengidentifikasi faktor 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 R/ pasien diajarkan menggunakan teknik relaksasi napas jika nyeri timbul 6. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri R/ pasien tampak kooperatif dan mengerti 7. Mengajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri R/ pasien belum mengerti tentang relaksasi jika nyeri 8. Berkolaborasi pemberian analgetik R/ pasien diberikan terapi asam mefenamat 3x500 mg 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri di bagian abdomen bekas luka operasi P : Nyeri luka bekas SC Q : Nyeri seperti tersayat sayat R : Nyeri dirasakan ketika bergerak S : Skala nyeri 7 T : nyeri hilang timbul <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU : Sakit sedang 2. Kesadaran: Composmentis 3. Tanda-Tanda Vital : TD : 130/86 mmHg N : 69 x/menit S : 36,3° C RR : 20 x/menit 4. Pemeriksaan laboratorium Tanggal 23-11-2023 HB: 9,9 g/dl HT : 31 % L : 9,8 10³/ul T : 231 10³/ul 5. P1A0 6. Klien tampak meringis 7. Klien tampak gelisah <p>A: Masalah Belum Teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	

<p>Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri(D.0054)</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya R/ pasien mengatakan nyeri saat bergerak bagian abdomen bekas luka SC 2. memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R/ pasien tampak berhati hati saat bergerak, aktivitas pasien dibantu suami 3. memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan menutup pagar tempat tidur R/ bed pasien terpasang penutup pagar tempat tidur 4. memfasilitasi melakukan pergerakan R/ pasien mengatakan belum bisa miring kanan dan kiri 5. melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan R/ keluarga tampak kooperatif 6. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi R/ pasien tampak mengerti dan kooperatif 7. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini R/ pasien mengatakan belum bisa mengangkat kakinya, pasien tampak berbaring saja 8. Menganjurkan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur R/ pasien mengatakan belum bisa banyak bergerak 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri di bagian abdomen bekas luka operasi 2. Klien mengatakan sudah bisa berjalan perlahan dengan dibantu oleh suaminya. 3. Klien mengatakan tidak mau banyak bergerak karena nyeri dibagian luka post sc <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU : Sakit sedang 2. Kesadaran : Composmentis 3. GCS : E4 M6 V5 4. P1A0 5. Skala nyeri 7 6. Pasien tampak berhati hati jika bergerak 7. Klien tampak lemah 8. Klien tampak meringis apabila bergerak <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
<p>Resiko Infeksi b.d Luka Tindakan Operasi Post SC (D. 0142)</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik R/ pasien mengatakan terdapat nyeri pada luka post sc 2. membatasi jumlah pengunjung R/ tidak ada jam besuk 3. mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien mengatakan terdapat nyeri pada luka post Op Sc 2. pasien mengatakan 3. luka post sc bagus tidak ada rembesan 4. pasien mengatakan selalu menjaga kebersihan tangan sebelum makan 	

		<p>pasien dan lingkungan pasien R/ klien mengatakan selalu menjaga kebersihan tangan dan lingkungan</p> <p>4. menjelaskan tanda dan gejala infeksi R/ dijelaskan tanda dan gejala infeksi (terdapat kemerahan, nyeri dan pus pada luka)</p> <p>5. mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar R/ mengajarkan cara mencuci tangan dan pasien kooperatif</p> <p>6. menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi R/ menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>	<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. terdapat luka post OP terbalut kassa 2. terdapat luka operasi belum kering dan masih basah 3. luka post sc bagus tidak ada rembesan dan kemerahan 4. S : 36,3 5. Hasil Lab : Leukosit (9,8) <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	---	---	--

CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE II

Nama Klien : Ny. T Perawat : Viranti A
 DX Medis : P1A0 Hamil 38 Minggu Ruangan : Rambutan

Diagnosa Keperawatan	Hari	Tindakan	Evaluasi	Paraf
Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi <i>Sectio Cesarea</i>) (D.0077)	Jum'at, 24-11- 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R/ pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen bekas luka SC sedikit berkurang, nyeri seperti tersayat sayat dengan skala 6 dan nyeri hilang timbul 2. Mengidentifikasi skala nyeri R/ Skala nyeri 6 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal R/ pasien tampak meringis saat nyeri timbul 4. Mengidentifikasi faktor 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 R/ pasien sudah diajarkan menggunakan teknik 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri di bagian abdomen bekas luka operasi berkurang P : Nyeri luka bekas SC Q : Nyeri seperti tersayat sayat R : Nyeri dirasakan ketika bergerak S : Skala nyeri 6 T : nyeri hilang timbul <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU : Sakit sedang 2. Kesadaran: Composmentis 3. Tanda-Tanda Vital : TD : 123/76 mmHg N : 81 x/menit S : 36,5° C RR : 20 x/menit 4. Pemeriksaan laboratorium Tanggal 23-11-2023 HB: 9,9 g/dl HT : 31 % L: 9,8 10³/ul T : 231 10³/ul 5. P1A0 6. Klien tampak meringis 7. Klien tampak gelisah <p>A: Masalah Belum Teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	

		<p>relaksasi napas jika nyeri timbul</p> <p>6. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri R/ pasien tampak kooperatif dan mengerti</p> <p>7. Mengajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri R/ pasien sudah mengerti tentang relaksasi jika nyeri</p> <p>8. Berkolaborasi pemberian analgetik R/ pasien diberikan terapi asam mefenamat 3x500 mg</p>		
Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri(D.0054)		<p>1. mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya R/ pasien mengatakan nyeri saat bergerak bagian abdomen bekas luka SC</p> <p>2. memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R/ pasien tampak berhati hati 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 sudah bisa miring kanan dan kiri</p> <p>5. melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam</p>	<p>S:</p> <p>1. Klien mengatakan nyeri di bagian abdomen bekas luka operasi</p> <p>2. Klien mengatakan sudah bisa miring kiri dan kanan perlahan dengan dibantu oleh suaminya.</p> <p>3. Klien mengatakan tidak mau banyak bergerak karena nyeri dibagian luka post sc</p> <p>O:</p> <p>1. KU : Sakit sedang</p> <p>2. Kesadaran : Composmentis</p> <p>3. GCS : E4 M6 V5</p> <p>4. P1A0</p> <p>5. Skala nyeri 6</p> <p>6. Klien mendapatkan transfuse darah 1 bag</p> <p>7. Pasien tampak berhati hati jika bergerak</p> <p>8. Klien tampak lemah</p> <p>9. Klien tampak meringis apabila bergerak</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	

		<p>meningkatkan pergerakan R/ keluarga tampak kooperatif</p> <p>6. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi R/ pasien tampak mengerti dan kooperatif</p> <p>7. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini R/ pasien mengatakan sudah bisa mengangkat kakinya dan miring</p> <p>8. Menganjurkan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur R/ pasien mengatakan belum bisa banyak bergerak</p>		
Resiko Infeksi b.d Luka Tindakan Operasi Post SC (D. 0142)		<p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik R/ pasien mengatakan terdapat nyeri pada luka post sc</p> <p>2. membatasi jumlah pengunjung R/ tidak ada jam besuk</p> <p>3. mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien R/ klien mengatakan selalu menjaga kebersihan tangan dan lingkungan</p> <p>4. menjelaskan tanda dan gejala infeksi R/ klien sudah dijelaskan tanda dan gejala infeksi (terdapat kemerahan, nyeri dan pus pada luka)</p>	<p>S :</p> <p>1. pasien mengatakan terdapat nyeri pada luka post Op Sc</p> <p>2. pasien mengatakan</p> <p>3. luka post sc bagus tidak ada rembesan</p> <p>4. pasien mengatakan selalu menjaga kebersihan tangan sebelum makan</p> <p>O :</p> <p>1. terdapat luka post OP terbalut kassa</p> <p>2. terdapat luka operasi belum kering dan masih basah</p> <p>3. luka post sc bagus tidak ada rembesan dan kemerahan</p> <p>4. S : 36,5</p> <p>5. Hasil Lab : Leukosit (9,8)</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	

		<p>5. mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar R/ mengajarkan cara mencuci tangan dan pasien kooperatif</p> <p>6. menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi R/ menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>		
--	--	--	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE III

Nama Klien : Ny. T
DX Medis : P1A0 Hamil 38 Minggu

Perawat : Viranti A
Ruangan : Rambutan

Diagnosa Keperawatan	Hari	Tindakan	Evaluasi	Paraf
Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi <i>Sectio Cesarea</i>) (D.0077)	Sabtu, 25-11- 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R/ pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen bekas luka SC membaik, nyeri seperti tersayat sayat dengan skala 4 dan nyeri hilang timbul 2. Mengidentifikasi skala nyeri R/ Skala nyeri 4 3. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal R/ pasien sudah tampak tidak meringis saat nyeri timbul 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R/ pasien mengatakan nyeri muncul saat bergerak berlebihan dan hilang saat berbaring 5. Memberikan teknik nonfarmakologis dengan teknik relaksasi napas dalam R/ pasien sudah diajarkan menggunakan teknik relaksasi napas jika nyeri timbul 6. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri R/ pasien tampak kooperatif dan mengerti 7. Mengajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri R/ pasien sudah mengerti tentang relaksasi jika nyeri 8. Berkolaborasi pemberian analgetik R/ pasien diberikan terapi asam mefenamat 3x500 mg 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri di bagian abdomen bekas luka operasi membaik P : Nyeri luka bekas SC Q : Nyeri seperti tersayat sayat R : Nyeri dirasakan ketika bergerak S : Skala nyeri 4 T : nyeri hilang timbul <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU : Sakit sedang 2. Kesadaran: Composmentis 3. Tanda-Tanda Vital : TD : 128/70 mmHg N : 77 x/menit S : 36,5° C RR : 20 x/menit 4. Pemeriksaan laboratorium Tanggal 23-11-2023 HB: 9,9 g/dl HT : 31 % L: 9,8 10³/ul T : 231 10³/ul 5. P1A0 6. Klien sudah tampak tidak meringis 7. Klien tidak tampak gelisah <p>A: Masalah Belum Teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	
Gangguan Mobilitas		<ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 	S:	

Fisik b.d Nyeri(D.0054)		<p>R/ pasien mengatakan nyeri sudah membaik saat bergerak bagian abdomen bekas luka SC</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R/ pasien tampak berjalan disekitar bed, aktivitas pasien dibantu suami 3. memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan menutup pagar tempat tidur R/ bed pasien terpasang penutup pagar tempat tidur 4. memfasilitasi melakukan pergerakan R/ pasien mengatakan sudah berjalan-jalan disekitar bed 5. melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan R/ keluarga tampak kooperatif 6. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi R/ pasien tampak mengerti dan kooperatif 7. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini R/ pasien mengatakan sudah bisa berjalan perlahan 8. Menganjurkan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur R/ pasien mengatakan sudah bisa banyak bergerak 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri di bagian abdomen bekas luka operasi 2. Klien mengatakan sudah bisa miring kiri dan kanan perlahan dengan dibantu oleh suaminya. 3. Klien mengatakan tidak mau banyak bergerak karena masih sedikit nyeri dibagian luka post sc <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU : Sakit sedang 2. Kesadaran : Composmentis 3. GCS : E4 M6 V5 4. P1A0 5. Skala nyeri 4 6. Klien mendapatkan transfuse darah 1 bag 7. Pasien tampak berhati hati jika bergerak 8. Klien tampak sudah tidak lemah 9. Klien tampak sudah tidak meringis apabila bergerak <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
Resiko Infeksi b.d Luka Tindakan Operasi Post SC (D. 0142)		<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik R/ pasien mengatakan terdapat nyeri pada luka post sc 2. membatasi jumlah pengunjung R/ tidak ada jam besuk 3. mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien R/ klien mengatakan selalu menjagakebersihan tangan dan lingkungan 4. menjelaskan tanda dan gejala infeksi R/ klien sudah dijelaskan tanda dan gejala infeksi (terdapat kemerahan,nyeri dan pus pada luka) 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien mengatakanterdapat nyeri pada luka post Op Sc 2. pasien mengatakan 3. luka post sc bagus tidak ada rembesan 4. pasien mengatakan selalu menjaga kebersihan tangan sebelum makan <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. terdapat luka post OP terbalut kassa 2. saat di GV terdapat luka operasi yang sudah kering 3. luka post sc bagus tidak ada rembesan dan kemerahan 4. S : 36,5 5. Hasil Lab : Leukosit (9,8) 	

		<p>5. mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar R/ klien sudah mengerti cara mencuci tangan dan pasien kooperatif</p> <p>6. menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi R/ klien mengkonsumsi asupan nutrisi yang baik</p>	<p>A : Masalah 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.P 37minggu dengan post section caesarea dengan indikasi preeklampsia, Ny.T 38minggu dengan post sectio caesarea dengan indikasi anemia 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

1. 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 Tindakan section caesarea dengan anemia. Anemia pada ibu post partum adalah kondisi medis dimana jumlah sel darah merah atau hemoglobin kurang dari 12%. Lalu indikasi preeklampsia yang merupakan kumpulan gejala atau sindroma yang mengenai wanita hamil dengan usia kehamilan diatas 2 minggu dengan tanda utama adanya hipertensi dan proteinuria. besarnya masalah ini bukan hanya karena preeklampsia

berdampak pada ibu saat hamil dan melahirkan.

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

2. Menurut kasus :

Penulis melakukan pengkajian pada pasien pertama yaitu Ny.P pada tanggal 23 november 2023 dengan hasil pengkajian yang didapatkan klien mengatakan dilakukan operasi pada hari rabu tanggal 22 november 2023 pada jam 09.00 wib klien mengatakan baru pertama kalinya di sc disebabkan karena saat dilakukan pemeriksaan tekanan darah diatas normal. Klien mengatakan nyeri pada bagian abdomen post sectio caesarea, Klien mengatakan tidak nyaman pada luka jahitan post SC, Klien mengatakan nyeri saat bergerak ditempat tidur, Klien mengatakan nyeri seperti di sayat-sayat, skala nyeri 6 klien mengatakan susah bergerak, terdapat edema di kaki kanan dan kiri klien, klien mengatakan ASI nya tidak keluar, klien mengatakan ADL dibantu suaminya saat dilakukan pemeriksaan TTV TD: 186/95mmHg, N : 87 x/menit, S : 36,5 C, RR : 20 x/menit, klien tampak meringis

Hasil pengkajian selanjutnya pada pasien kedua Ny. T pada tanggal 23

november 2023 dengan hasil pengkajian bahwa klien dilakukan operasi pada tanggal 23 november 2023 pada jam 11.00 WIB. Klien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi dibagian abdomen nya, nyeri seperti tersayat-sayat, nyeri dirasakan saat bergerak, skala nyeri 7 dan nyeri hilang timbul. Klien mengatakan pusing, pandangan kabur, dan nyeri ulu hati. setelah dilakukan pemeriksaan TTV dengan hasil : TD :130/86, N : 69x/menit, RR : 20x/menit, S : 36.3. klien tampak lemas, klien tampak berhati hati saat bergerak, klien tampak meringis, klien terpasang kateter.

3. Analisa penulis

Berdasarkan hasil pengkajian pada kedua pasien diperoleh bahwa dari pasien post sectio cesarea dengan indikasi preeklampsia dan indikasi anemia di RSUD Cengkareng, didapatkan bahwa keduanya memiliki keluhan yang sama seperti nyeri pada luka jahitan, nyeri saat bergerak tetapi pada NY.P dengan post op atas indikasi preeklampsia ditandai dengan adanya tekanan darah diatas normal, sedangkan pada pasien 2 tekanan darah dalam batas normal 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, psikologis baik, sosial baik, dan spiritual baik.

Pada pasien 1 Ny.P terdapat faktor resiko preeklamsia yaitu kehamilan pertama dan penyakit hipertensi karena keturunan. Seperti yang diketahui, ibu klien mempunyai Riwayat hipertensi dan klien merupakan kehamilan pertama. Sedangkan pada pasien 2 Ny.T terdapat faktor resiko pada anemia yaitu kurang

mengonsumsi makanan kaya zat besi dan asam folat dan perdarahan pada saat persalinan.

Sesuai dengan teori (Mayangsari, 2016) 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 (Rahmi, 2019) 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

Menurut asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dalam SDKI (2017) terdapat 10 diagnosa keperawatan yang muncul pada klien post *Section caesarea* yaitu nyeri akut, gangguan pola tidur , gangguan mobilitas fisik, konstipasi, menyusui tidak efektif, defisit pengetahuan tentang teknik menyusui, defisit pengetahuan tentang perawatan diri, ganggaun proses keluarga, ansietas, resiko infeksi.

1. Analisa Penulis :

Dari diagnose yang terdapat pada penelitian ini terdapat 4 diagnosa yang sesuai dengan teori yang ada yaitu nyeri akut dan resiko infeksi. Hal ini dikarenakan ke-4 diagnose tersebut sudah menjadi ciri khas dari

ditegakkannya asuhan keperawatan pasca pembedahan. Dimana ke-4 diagnosa ini sesuai dengan teori yang terdapat pada SDKI (2017) pasien dengan pasca pembedahan baik SC atau yang lainnya.

Perbandingan antara diagnosa teori dengan diagnosa yang ditemukan pada pasien kelolaan memiliki persamaan yakni pada Ny. P memiliki 3 diagnosa yang sama dengan teori dan diagnosa Ny. T memiliki 3 persamaan dengan diagnosa teori dan antara kedua pasien memiliki 2 diagnosa yang sama, akan tetapi ada diagnosa yang ditemukan pada pasien kelolaan tidak sama dengan teori, berikut penjelasannya:

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (Prosedur Sectio Cesarea (D.0077))

Untuk diagnose pasien pertama Ny.P dan pasien kedua Ny.T 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 6, nyeri hilang timbul, nyeri saat bergerak. Nyeri yang dirasakan kedua pasien berasal dari luka yang terdapat di perut. Menurut maryani dalam (Ramandanty, 2019) mengatakan 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 postsectio caesarea.

2. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (D.0054)

Diagnosa ini terdapat pada pasien pertama Ny.P dan juga terdapat pada Ny.T. 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.

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 keluarga pasien.

3. Resiko Infeksi b.d luka tindakan operasi post sc (D.0142)

Pada klien kedua memiliki kesamaan adanya luka post operasi sectio caesarea yang masih basah yang dapat menyebabkan terjadinya resiko infeksi serta ditandai dengan tingginya hasil leukosit. hasil leukosit pada pasien kedua Ny.T $9,8 \cdot 10^3/\text{ul}$. Infeksi merupakan kondisi saat mikroorganisme masuk dan berkembang dalam tubuh pejamu, sehingga dapat menyebabkan sakit yang disertai gejala klinis lokal atau sistemik (Tietjen, 2004). Luka di tubuh memberikan peluang sebagai tempat

masuknya bakteri, dan meningkatkan risiko terjadinya infeksi (Potter dan Perry, 2005). Menurut penulis risiko infeksi dapat terjadi akibat adanya luka post sectio caesarea sehingga dapat dilakukan pemberian antibiotik dan menjaga perilaku hidup sehat.

4. Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI

Pada pasien 1 didapatkan diagnosa menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI 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 (Ramandanty, 2019)

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.

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. (Carpenito, 2014).

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (Prosedur Sectio Cesarea (D.0077))

Intervensi yang dilakukan pada pasien 1 dan 2 sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan. Untuk intervensi yang sama pada kedua pasien yaitu nyeri akut, dan gangguan mobilitas fisik. Intervensi yang berbeda disesuaikan dengan diagnosa yang ada yaitu pada pasien 1 menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI dengan nyeri dan pasien 2 resiko infeksi berhubungan dengan nyeri. Berikut pembahasan intervensi pada kedua klien:

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada kedua klien dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan 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 kelelahan yang terjadi akibat meningkatkan nyeri

2. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (D.0009)

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada kedua klien 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.

Adapun intervensi yang dilakukan Dukungan mobilisasi: Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, 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 bahwa intervensi yang digunakan pada pasien sudah berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

3. Resiko Infeksi b.d luka tindakan operasi post sc (D.0142)

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien kedua dengan masalah keperawatan. Resiko Infeksi b.d luka tindakan operasi post sc berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yaitu Setelah dilakukantindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : Kemerahan menurun , nyeri menurun, kadar sel darah putih membaik.

Adapun intervensi yang dilakukan pada kedua pasien yaitu Pencegahan Infeksi Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, Batasi jumlah pengunjung, Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien , Jelaskan tanda dan gejala infeksi, Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, 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).

4. Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan hanya pada klien Pertama dengan masalah keperawatan menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI. Berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yaitu Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status menyusui

membaik dengan kriteria hasil: tetesan/pancaran ASI meningkat, suplai ASI meningkat, kecemasan maternal menurun.

Adapun intervensi yang dapat dilakukan pada klien pertama yaitu edukasi menyusui: observasi identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi tujuan dan keinginan menyusui terapeutik, sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan, jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan, dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui, libatkan suami dan keluarga sebagai system pendukung, berikan kosenling menyusui, jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi, ajarkan posisi menyusui dan pendekatan (*latch on*) dengan benar, ajarkan perawatan payudara post partum (memerah asi, piat payudara, pijat oksitosin).

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).

D. 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. P dan Ny. T dibagi dalam 4 komponen yaitu tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi, dan tindakan

kolaborasi. Implementasi pada kasus 1 pasien Ny. P dari tanggal 23 november 2023 s/d 25 November 2023 dilakukan selama 3 hari perawatan.

Implementasi Ny. P di hari pertama tanggal 23 November 2023 yaitu Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen bekas luka SC, nyeri seperti tersayat sayat dengan skala 6 dan nyeri hilang timbul), Mengidentifikasi skala nyeri (Skala nyeri 6), Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (pasien tampak meringis saat nyeri timbul), Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri (pasien mengatakan nyeri muncul saat bergerak dan hilang saat berbaring), Memberikan teknik nonfarmakologis dengan teknik relaksasi napas dalam (pasien diajarkan menggunakan teknik relaksasi napas jika nyeri timbul), Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri (pasien tampak kooperatif dan mengerti), Mengajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (pasien belum mengerti tentang relaksasi jika nyeri), Berkolaborasi pemberian analgetic (pasien diberikan terapi asam mefenamat 3x500 mg).

Implementasi Ny. P di hari kedua tanggal 24 November 2023 yaitu Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (pasien mengatakan nyeri saat bergerak bagian abdomen bekas luka SC), memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi (pasien tampak berhati hati saat bergerak, aktivitas pasien dibantu oleh suaminya), memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan menutup pagar tempat tidur (bed pasien terpasang penutup pagar tempat tidur), memfasilitasi melakukan pergerakan (pasien mengatakan belum bisa miring kanan dan kiri), melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (keluarga

tampak kooperatif), Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (pasien tampak mengerti dan kooperatif), Menganjurkan melakukan mobilisasi dini (pasien mengatakan belum bisa mengangkat kakinya, pasien tampak berbaring saja), Menganjurkan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur (pasien mengatakan belum bisa banyak bergerak).

Implementasi Ny. P di hari ketiga tanggal 25 November 2023 yaitu mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi (pasien mengatakan siap dilakukan penkes), mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui (pasien mengatakan cemas karena anaknya belum mendapatkan ASI), melibatkan suami dan keluarga sebagai system pendukung (pasien ditunggu oleh suaminya), mengajarkan 4 posisi (*latch on*) dengan benar (pasien tampak kooperatif), mengajarkan perawatan payudara post partum (memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin) (dilakukan perawatan payudara).

Implementasi Ny. T di hari pertama tanggal 23 November 2023 yaitu Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen bekas luka SC, nyeri seperti tersayat sayat dengan skala 7 dan nyeri hilang timbul), Mengidentifikasi skala nyeri (Skala nyeri 7), Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (pasien tampak meringis saat nyeri timbul), Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri (pasien mengatakan nyeri muncul saat bergerak dan hilang saat berbaring), Memberikan teknik nonfarmakologis dengan teknik relaksasi napas dalam (pasien diajarkan menggunakan teknik relaksasi napas jika nyeri timbul),

Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri (pasien tampak kooperatif dan mengerti), Mengajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (pasien belum mengerti tentang relaksasi jika nyeri), Berkolaborasi pemberian analgetic (evaluasi pasien diberikan terapi asam mefenamat 3x500mg).

Implementasi Ny. T di hari kedua tanggal 24 November 2023 yaitu Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (pasien mengatakan nyeri saat bergerak bagian abdomen bekas luka SC), memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi (pasien tampak berhati hati saat bergerak, aktivitas pasien dibantu oleh suaminya), memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan menutup pagar tempat tidur (bed pasien terpasang penutup pagar tempat tidur), memfasilitasi melakukan pergerakan (pasien mengatakan belum bisa miring kanan dan kiri), melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (keluarga tampak kooperatif), Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (pasien tampak mengerti dan kooperatif), Menganjurkan melakukan mobilisasi dini (pasien mengatakan belum bisa mengangkat kakinya, pasien tampak berbaring saja), Menganjurkan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur (pasien mengatakan belum bisa banyak bergerak).

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

asupan nutrisi).

E. 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. P dari 3 diagnosa nyeri akut teratasi sebagian, tetapi 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 I Ny. P ini berfokus kepada kesehatan ibu dengan memantau tanda tanda vital ibu, menjaga konsumsi makanan yang bergizi dan kaya akan protein dengan garam yang sedikit.

Kasus 2 yaitu pada Ny. T dari 3 diagnosa teratasi sebagian seperti nyeri berkurang, gangguan mobilitas fisik berkurang. Menurut penulis evaluasi tindak lanjut setelah dilakukan tindakan keperawatan di rumah sakit pada kasus 2 Ny. T anemia adalah berfokus kepada mobilitas fisik karena klien sering merasa pusing dan pandangan kabur sehingga harus melakukan pemantauan kadar hemoglobinya.

F. Evidence Based Teknik Relaksasi Napas Dalam

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 & Muallifah, 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 endorphin, 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 nonfarmakologi yang dilakukan peneliti untuk mengurangi skala nyeri pada ibu post sectio caesarea

G. Evidence Base Teknik Perawatan Payudara

Air Susu Ibu (ASI) adalah makanan bayi yang mengandung zat gizi yang optimal yang dapat meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan bayi terutama pada bulan pertama kehidupan bayi. Pertumbuhan dan perkembangan bayi sebagian besar ditentukan oleh jumlah ASI yang diperoleh termasuk energy dan zat gizi lainnya yang terkandung di dalam ASI tersebut (Marni, 2021). Menurut (Wanda,2015) perawatan payudara untuk Memperlancar Pengeluaran Air Susu Ibu Air Susu Ibu (ASI) nutrisi utama bagi bayi sampai bayi berusia enam bulan (ASI eksklusif).

Perawatan Payudara Setelah mengandung anak, ASI akan mulai terbentuk, mulai terasa kencang, bengkak, dan tidak enak. Bersama-sama untuk tidak mengalami masalah selama menyusui, penting untuk memiliki perawatan payudara. Perawatan payudara adalah teknik yang digunakan untuk merawat payudara selama masa nifas. Perawatan ini bertujuan agar ASI mudah keluar. Perawatan payudara adalah suatu kegiatan pengobatan yang dapat dilakukan oleh pasien atau orang, keluarga, atau dengan bantuan orang lain. Perawatan payudara paling sedikit selama masa nifas 2 hari setiap hari (Marmi, 2015).

Pijat Oksitosi Untuk bekerja dengan susu ibu harus mungkin meremas oksitosin. Peremajaan oksitosin berada di iga kelima keenam diikuti oleh tulang skapula yang akan memperkuat saraf-saraf yang bekerja dengan merangsang hipofisis belakang untuk menghantarkan oksitosin (Susanto, 2018).

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

1) Pengkajian

Hasil pengkajian yang ditemukan dari studi Ny. P 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, ASI tidak keluar.

Pengkajian pada Ny. T dilakukan pada tanggal 23 oktober 2023 ditemukan pasien post sc dengan adanya nyeri pada bagian abdomen pasca operasi nyeri seperti tersayat sayat, nyeri hilang timbul, nyeri saat bergerak skala 7, pusing, pandangan kabur, nyeri ulu hati.

2) Diagnosa Keperawatan

Hasil studi kasus didapatkan 4 diagnosa dari kedua pasien dan terdapat 4 diagnosa yang sesuai dengan teori yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, menyusui tidak efektif dan resiko infeksi.

3) Intervensi Keperawatan

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada Ny. P dan Ny. T dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dengan teori yang ada, intervensi di setiap diagnosa dapat sesuai dengan kebutuhan pasien dan memperhatikan kondisi pasien serta kesanggupan keluarga dalam kerja sama. 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 2023 sampai 25 November 2023. 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. P dan Ny. T selama 3 hari perawatan oleh peneliti dan di buat dalam bentuk SOAP. Pada pasien Ny. P hasil evaluasi didapatkan semua masalah teratasi sebagian. Pada pasien Ny. T pun semua diagnosa sudah teratasi Sebagian.

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

- BW, S. (2021). Penerapan Tehnik Relaksasi Nafas Dalam Untuk Menghilangkan Nyeri Pada Pasien Post Op Sectio Caesarea. *Paper Knowledge . Toward A Media History Of Documents*, 3(2), 6.
- Heriani, J. (2019). Penerapan Terapi Rendam Kaki Air Hangat Pada Ibu Nifas Dengan Riwayat Preeklamsia Berat Di Ruang Kebidanan Rsud Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018. *Ayan*, 8(5), 55.
- Fajri, umi nur. (2017). *Pengaruh ikan gabus pada post sc dan peningkatan kadar hemoglobin*. 1–14.
- Legawati. (2018). *BUKU ASUHAN PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR*. wineka media.
- nur laitul. (2016). *jurnal post partum sectio caesarea dengan pre eklamsia*. 152(3), 28.
- Ramadanti, L., Ermiaati, E., & Widiasih, R. (2023). Studi Kasus Pada Ibu Post Partum Dengan Multiple High Risk. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 2(8), 3108–3117. <https://doi.org/10.55681/sentri.v2i8.1343>
- Setiawati, M. (2017). *Laporan kasus asuhan keperawatan risiko tinggi infeksi pada ny.wdengan*.
- Indah. (2016). Hubungan antara Preeklamsia dalam Kehamilan dengan Kejadian Asfiksia pada Bayi Baru Lahir. *Majority*, 5(5), 57.
- Juliathi, N. L. P., Marhaeni, G. A., & Dwi Mahayati, N. M. (2021). Gambaran Persalinan dengan Sectio Caesarea di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Tahun 2020. *Jurnal Ilmiah Kebidanan (The Journal Of Midwifery)*, 9(1), 19–27.
- Kesehatan, K. direktorat promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. (2021). *No Title*. <https://promkes.kemkes.go.id/peringatan-hari-preeklamsia-sedunia-2021>
- Mayangsari, I. (2017). Wanita G2P0A1 Hamil 38 Minggu Inpartu Kala I Fase Laten dengan Preeklamsi Berat Janin Gemelli Hidup Presentasi Kepala. *Journal Medula Unila*, 7(April), 63–69.
- Muzalfah, R., Santik, Y. D. P., & Wahyuningsih, A. S. (2018). Kejadian Preeklamsia pada Ibu Bersalin. *Higeia Journal Of Public Health Research Development*, 2(3), 1–12: <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia/article/view/21390/11738>
- Wulandari**, W. A. L. H. R. **Desy. (2020). *Pengaruh Pemberian Terapi Musik*

Klasik Terhadap Skala Nyeri Pada Ibu Post Operasi Sectio Caesarea Di Rsud Dr. Soedarso Kota Pontianak. 3–11.

Yulianti, E., & Mualifah, L. (2022). Terapi Musik untuk Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Op Sectio Ceasarea : : Literature Review. *Jurnal Indonesia Sehat:*

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



I. DATA PRIBADI

Nama : Viranti Amara Lestari
 Usia : 22 Tahun
 Tempat/Tanggal Lahir : Bekasi, 17 Juli 2001
 Agama : Islam
 Status : Mahasiswa
 Alamat : Kp.Siluman RT 02/RW 04, Desa Mangun Jaya,
 Kecamatan Tambun Selatan, Kabupaten Bekasi
 E-Mail : virantiamara123@gmail.com

II. PENDIDIKAN FORMAL

2007-2013 : SDN MANGUN JAYA 03
 2013-2016 : SMPN 10 TAMBUN SELATAN
 2016-2019 : SMK KESEHATAN ZAMZAM KURNIA
 2019-2023 : STIKes MEDISTRA INDONESIA