

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T DENGAN P₀A₀
POST *SECTIO CAESAREA* ATAS INDIKASI PREEKLAMSI
BERAT (PEB) DI RUANG DELIMA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan
Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

Risma Silviani

NIM : KHG.A20107



**STIKES KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
TAHUN 2023**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T DENGAN P1A0
POST SECTIO CAESAREA POD-1 ATAS INDIKASI
PREEKLAMSI BERAT (PEB) DI RUANG DELIMA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIAMIS**

NAMA : RISMA SILVIYANI

NIM : KHGA 20107

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Siap Untuk Diujikan
Dihadapan Penelaah Program Studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2023

Menyetujui

Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M.Kep.

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T DENGAN P1A0
POST SECTIO CAESAREA POD-1 ATAS INDIKASI
PREEKLAMSI BERAT (PEB) DI RUANG DELIMA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIAMIS**

NAMA : RISMA SILVIYANI

NIM : KHGA 20107

Garut, Juli 2023

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Kep.

Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si.

Mengetahui,

Mengesahkan

Ketua Program Studi D III Keperawatan

Pembimbing

STIKes Karsa Husada Garut

K. Dewi Budiarti, M.Kep.

K. Dewi Budiarti, M.Kep.

ABSTRAK

IV BAB, 109 Halaman, 14 Tabel, 1 Bagan, 3 Lampiran

Yang melatarbelakangi penulis mengambil kasus Asuhan Keperawatan Pada Ny. T P1A0 *Post Sectio Caesarea* (SC) Hari Ke-1 Atas Indikasi Preeklamsia Berat Di Ruang Delima RSUD Ciamis adalah penatalaksanaan terapi definitif pada pasien preeklamsia dengan melakukan persalinan atau terminasi kehamilan atas indikasi mengancam nyawa ibu dan bayi dengan tindakan operatif *sectio caesarea*. Indikasi dilakukannya *sectio caesarea* (SC) apabila tidak memungkinkan dilakukan persalinan pervaginam disebabkan adanya risiko terhadap ibu dan janin dengan pertimbangan proses persalinan normal yang lama atau kegagalan dalam proses persalinan normal. Berdasarkan data yang diperoleh dari bidan pencatatan RSUD Ciamis persalinan dengan *sectio caesarea* (SC) atas indikasi preeklamsia berat sebanyak 35 kasus dengan presentase 17,3% pada bulan Januari-Maret 2023 dan menempati urutan pertama dari *sectio caesarea* (SC). Asuhan keperawatan ini menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan keluarga melalui pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi keperawatan dengan tujuan penulis diharapkan mampu memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif. Asuhan keperawatan yang diberikan tersebut didapati hasil bahwa preeklamsia bukan hanya berdampak pada ibu saat hamil dan melahirkan, namun juga menimbulkan masalah pasca persalinan akibat disfungsi endotel di berbagai organ, dengan evaluasi seluruh masalah keperawatan teratasi sehingga didapati kesimpulan penulis mampu melaksanakan pemberian asuhan keperawatan dengan *post sectio caesarea* atas indikasi preeklamsia berat. Diharapkan seluruh tenaga kesehatan mampu meningkatkan kemampuan dalam memberi asuhan keperawatan dan pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan Maternitas; Preeklamsia
Daftar Pustaka : 23 (2011-2020)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, sholawat serta salam terlimpah curah kepada Nabi Muhammad SAW, yang mana atas segala rahmat dan karunia-Nya akhirnya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan lancar dan tepat pada waktunya. Adapun judul dari karya tulis ini adalah **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T DENGAN P1A0 POST *SECTIO CAESAREA* ATAS INDIKASI PREEKLAMSI BERAT (PEB) DI RUANG DELIMA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIAMIS”**. Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan program Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Terlepas dari segala kekurangan yang ada semoga karya tulis ini dapat bermanfaat dan memberikan pengetahuan pada pembaca khususnya mahasiswa mahasiswi di Kampus STIKes Karsa Husada Garut.

Pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak atas segala bimbingan serta dukungan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, diantaranya kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat MA selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani.
2. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
3. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep., selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep., selaku pembimbing saya yang telah banyak memberikan bimbingan, saran, dan arahan dengan penuh kesabaran, perhatian, penuh tanggung jawab kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ini.
5. Kepada seluruh staf dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan dukungan dan bantuan kepada penulis dalam pembuatan karya tulis ini dan mendidik penulis selama tiga tahun di STIKes Karsa Husada Garut.
6. Ny. T beserta keluarga yang telah bekerja sama dalam melakukan asuhan keperawatan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Kepada yang ayah tersayang Eeng Hendi yang selalu memberikan do'a, dukungan materi, perhatian, kasih sayang dan motivasi yang tiada henti, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, jasa kalian takkan pernah terbalaskan, semoga ayah selalu diberikan kesehatan Aamiin.
8. Untuk yang tersayang Zen Fikri yang selama ini selalu memberikan dukungan motivasi, suka duka, canda dan tawa membersamai dalam perjuangan, terimakasih semoga sama-sama dilancarkan sampai akhir perjuangan.
9. Teruntuk teman-teman 3C D3 Keperawatan terutama terimakasih, semoga kita beretemu kembali dengan jalan sukses masing-masing.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian karya tulis ini.

Akhir kata penulis ucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan karya tulis ini. Semoga kebaikan, bimbingan, dan motivasi yang diberikan kepada penulis mendapatkan balasan dari Allah SWT, Aamiin

Garut, Juli 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG.....	1
B. TUJUAN PENULISAN.....	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5
C. METODE TELAAHAN	6
D. SISTEMATIKA PENULISAN	7
BAB II TINJAUAN TEORITIS	9
A. KONSEP DASAR TEORI	9
1. PREEKLAMPSIA	9
2. SEKSIO SESAREA atau <i>SECTIO CAESAREA</i> (SC).....	19
3. MASA NIFAS atau <i>POST PARTUM</i>	31
B. PROSES KEPERAWATAN.....	39
3. PENGKAJIAN KEPERAWATAN.....	39
4. DIAGNOSA KEPERAWATAN.....	48
5. PERENCANAAN atau INTERVENSI KEPERAWATAN.....	49
4. IMPLEMENTASI dan PELAKSANAAN.....	56
5. EVALUASI.....	57
6. DOKUMENTASI	58
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	59
A. TINJAUAN KASUS	59
1. Pengkajian.....	59

2.Diagnosa Keperawatan	70
3.Proses Keperawatan.....	72
4.Catatan Perkembangan	82
B.PEMBAHASAN.....	86
1.Pengkajian.....	86
2.Diagnosa Kerawatan	87
3.Intervensi Keperawatan	88
4.Implementasi Keperawatan.....	90
5.Evaluasi Keperawatan.....	91
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	92
A.KESIMPULAN	92
B.REKOMENDASI	93
DAFTAR PUSTAKA	94
LAMPIRAN.....	96

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Perbandingan Kejadian Kasus <i>SectioCaesarea</i> (SC) atas Indikasi Preeklamsi Berat dengan Kasus <i>Sectio Caesarea</i> (SC) lainnya	4
Tabel 2.1 Analisa Data	46
Tabel 2.2 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 1	50
Tabel 2.3 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 2	50
Tabel 2.4 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 3	51
Tabel 2.5 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 4	52
Tabel 2.6 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 5	54
Tabel 3.1 Pola Aktivitas Sehari-Hari.....	66
Tabel 3.2 Pemeriksaan Labolatorium.....	67
Tabel 3.3 Therapi medis.....	67
Tabel 3.4 Analisa Data.....	67
Tabel 3.5 Proses Proses Keperawatan pada Ny. T	71
Tabel 3.6 Catatan perkembangan Catatan Perkembangan pada Ny. T POD 1	81
Tabel 3.7 Catatan perkembangan Catatan Perkembangan pada Ny. T POD 2	84

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Post SC atas Indikasi Preeklamsia	29
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

Leaflet

Daftar Riwayat Hidup

Lembar Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Preeklampsia sebagai salah satu komplikasi persalinan didefinisikan sebagai suatu kumpulan gejala pada ibu hamil ditandai dengan peningkatan tekanan darah sistolik $\geq 140/90$ mmHg dan tingginya kadar protein pada urine (proteinuria) yang sering muncul pada usia kehamilan ≥ 20 minggu. Kedua kriteria ini masih menjadi definisi klasik preeklampsia, sedangkan untuk edema tidak lagi dipakai sebagai kriteria diagnostik karena sangat banyak ditemukan pada wanita dengan kehamilan normal (POGI, 2016).

Menurut Andriyani, (2012) dalam penelitiannya menyampaikan kejadian preeklampsia di negara Amerika Serikat dilaporkan 23,6 kasus per 1000 kelahiran. Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia dalam buku Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran menyampaikan untuk kejadian preeklampsia di Indonesia sebanyak 128.273/tahun atau sekitar 5,3% (POGI, 2016). Di Provinsi Lampung sendiri tercatat kasus preeklampsia sebanyak 59 kasus sedangkan di Kabupaten Lampung Tengah sebesar 12,5% (Kurniasari, 2015).

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 dengan 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, 2016).

Pentingnya dilakukan serangkaian pemeriksaan serta bagaimanapun proses penanganan persalinan berlangsung sangat berpengaruh terhadap kondisi ibu pasca persalinan, oleh karena itu penatalaksanaan awal pada masalah preeklampsia perlu dilakukan dengan mengidentifikasi faktor resiko untuk setiap ibu hamil melalui asuhan antenatal care sebab masalah preeklampsia pada awalnya tidak memberikan gejala dan tanda, namun dapat memperburuk kondisi ibu dan bayi dengan cepat. Tujuan utama penatalaksanaan preeklampsia adalah kondisi ibu yang aman dan persalinan bayi yang sehat. (POGI, 2016). Setelah mengidentifikasi faktor resiko pada masa kehamilan, penatalaksanaan preeklampsia selanjutnya adalah tergantung dari usia gestasi ibu. Penatalaksanaan terapi definitif pada pasien preeklampsia dengan segera melakukan persalinan atau terminasi kehamilan atas indikasi mengancam nyawa ibu dan bayi baik dengan tindakan operatif *sectio caesarea* (SC) ataupun dengan persalinan normal (Khairani, 2020).

Persalinan *sectio caesarea* (SC) adalah suatu tindakan pembedahan guna melahirkan anak melalui insisi dinding perut dan uterus (Okorn, 2010). Indikasi dilakukannya *sectio caesarea* (SC) apabila tidak memungkinkan dilakukan persalinan pervaginam disebabkan adanya risiko terhadap ibu dan

janin dengan pertimbangan proses persalinan normal yang lama atau kegagalan dalam proses persalinan normal (Feryanto, 2011).

Persalinan *sectio caesarea* (SC) memiliki resiko lebih besar terjadinya komplikasi dibandingkan dengan persalinan normal, penyebab atau masalah yang paling banyak mmengaruhinya adalah pada ibu yang dapat mengakibatkan solusio plasenta, hemolisis, perdarahan di otak, kejang, edema paru, gagal ginjal, dan storke. Sedangkan pada janin dapat mengakibatkan kegawatan pada janin, persalinan sebelum waktunya, dan mengalami kematian. Maka dari itu pada pasien *post sectio caesarea* (SC) tetap harus dilakukan perawatan, perhatian dan penanganan khusus karena dikhawatirkan meningkatnya persalinan dengan *sectio caesarea* (SC) maka akan berisiko terhadap infeksi pasca pembedahan, frekuensi perdarahan akan lebih banyak dan masa pemulihan lebih lama.

Berdasarkan data yang diperoleh di Ciamis, khususnya RSUD Ciamis, bhw pasien yang mengalami *sectio caesarea* (SC) dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 1.1

Perbandingan Kejadian Kasus *SectioCaesarea* (SC) atas Indikasi Preeklamsi Berat dengan Kasus *Sectio Caesarea* (SC) lainnya di RSUD Ciamis periode Januari-Maret 2023

NO	Kasus	Jumlah	Presentase
1	SC Indikasi PEB	35	17,3%
2	SC Indikasi Letak Sungsang	32	15,8%
3	SC Indikasi Hipertensi	27	13,4%
4	SC Indikasi Ketuban Pecah Dini	24	11,9%
5	SC Indikasi Plasenta Previa	22	10,9%
6	SC Indikasi Riwayat SC	19	9,4%
7	SC Indikasi Partus Lama	14	6,9%
8	SC Indikasi CPD	13	6,4%
9	SC Indikasi Bayi Besar	10	5%
10	SC Indikasi Gawat Janin	6	3%
	TOTAL	202	100%

Sumber : Rekam Medis RSUD Ciamis Tahun 2023

Berdasarkan data yang diperoleh dari bidan pencatatan RSUD Ciamis persalinan dengan *sectio caesarea* (SC) atas indikasi preeklamsia berat sebanyak 35 kasus dengan presentase 17,3% pada bulan Januari-Maret 2023 dan menempati urutan pertama dari *sectio caesarea* (SC) dengan indikasi lainnya, ini menunjukkan bahwa preeklamsia merupakan salah satu faktor penyumbang terbesar pertama yang menjadi indikasi dilakukannya operasi *sectio caesarea* (SC). Mengingat komplikasi *post sectio caesarea* (SC) dapat terjadi perdarahan, infeksi nifas, luka kantung kemih, dan rupture uteri maka dari itu penulis merasa tertarik untuk mengambil kasus *Post Sectio Caesarea* (SC) dengan indikasi Preeklamsia Berat sebagai Karya Tulis Ilmiah untuk memenuhi laporan karya tulis ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny. T *Post Sectio Caesarea* (SC) Atas Indikasi Preeklamsia Berat Di Ruang Delima RSUD Ciamis”**.

B. TUJUAN PENULISAN

1. Tujuan Umum

Dalam penulisan karya tulis ilmiah diharapkan penulis memperoleh wawasan, pengalaman secara nyata dan mampu memberikan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif dari mulai pengkajian sampai evaluasi meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan penulis yaitu mampu:

- a. Melakukan pengkajian secara komprehensif pada Ny. T P0A0 *post sectio caesarea* (SC) atas indikasi preeklamsi berat di ruang Delima RSUD Ciamis.
- b. Merumuskan dan menegakkan diagnose keperawatan Ny. T P0A0 *post sectio caesarea* (SC) atas indikasi preeklamsi berat di ruang Delima RSUD Ciamis.
- c. Membuat intervensi keperawatan pada Ny. T P0A0 *post sectio caesarea* (SC) atas indikasi preeklamsi berat di ruang Delima RSUD Ciamis.
- d. Melakukan implementasi keperawatan pada Ny. T P0A0 *post sectio caesarea* (SC) atas indikasi preeklamsi berat di ruang Delima RSUD Ciamis.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. T P0A0 *post sectio caesarea* (SC) atas indikasi preeklamsi berat di ruang Delima RSUD Ciamis.

- f. Melakukan dokumentasi keperawatan pada Ny. T P0A0 *post sectio caesarea* (SC) indikasi preeklamsi berat di ruang Delima RSUD Ciamis.

C. METODE TELAAHAN

Penyusunan laporan studi kasus ini menggunakan metode deskriptif yaitu suatu metode yang menggambarkan kelompok dalam mengamati dan merawat kasus yang dipilih dalam bentuk laporan penerapan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan secara komprehensif meliputi bio-psiko-sosial-spiritual. Adapun teknik pengumpulan data yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Observasi

Pengumpulan data melalui proses pengamatan dan pemeriksaan fisik untuk mendapatkan data objektif penulis melihat langsung dan masalah yang dirasakan klien melalui pemeriksaan fisik yang meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi, dan didukung oleh data penunjang seperti data laboratorium.

2. Wawancara

Mengumpulkan data melalui komunikasi secara lisan, langsung dengan klien (autoanamnesa), dan komunikasi dengan keluarga klien (allo anamnesa).

3. Studi Literatur

Menggunakan buku-buku sumber guna mendapatkan keterangan dasar teoritis yang berkaitan dengan kasus dan masalah yang timbul.

4. Studi Dokumentasi

Mempelajari catatan khusus kesehatan klien guna melengkapi dokumentasi dan mengetahui asuhan keperawatan yang akan dilaksanakan.

5. Studi Kepustakaan

Yaitu pengumpulan data dari berbagai literatur dan referensi yang kemudian dijadikan satu untuk mendukung proses pembuatan karya tulis ilmiah ini.

6. Partisipasi Aktif Klien

Sebagai sistem ikut serta dalam merencanakan dan melakukan asuhan keperawatan.

D. SISTEMATIKA PENULISAN

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, penulisan terbagi ke dalam 4 bab, yaitu:

BAB I : Pendahuluan berisikan latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode telaahan, dan sistematika penulisan.

BAB II : Tinjauan teoritis berisi tentang menjelaskan konsep dasar preeklamsia, konsep dasar *sectio caesarea* (SC), konsep dasar *post partum*. Selain itu juga membahas mengenai pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

BAB III : Tinjauan kasus dan pembahasan merupakan laporan asuhan keperawatan klien yang dirawat meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan, dan catatan perkembangan serta pembahasan bersifat naratif dari setiap proses keperawatan yang telah dilakukan.

BAB IV : Kesimpulan dan rekomendasi berisikan kesimpulan, rekomendasi, pelaksanaan asuhan keperawatan, dan saran.

Daftar Pustaka

Lampiran-lampiran

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. KONSEP DASAR TEORI

1. PREEKLAMSIA

a. Definisi

Preeklamsia adalah keadaan dimana hipertensi disertai dengan proteinuria, edema, ataupun keduanya yang terjadi akibat kehamilan setelah minggu ke-20 atau kadan lebih awal terdapat perubahan hidatidiformis yang luas pada vili dan korialis (Ratnawati, 2017).

Preeklamsia merupakan penyulit kehamilan yang akut dan dapat terjadi pada antre, intra dan *post partum*. Secara teoritik urutan-urutan gejala yang timbul pada preeklamsia adalah edema, hipertensi dan protein urin. Merupakan gejala yang paling penting (Prawihardjo, 2013).

Preeklamsia merupakan penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan ketida kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada mola hidatidosa (Wiknjosastro, 2014). Maka dapat disimpulkan bahwa preeklamsia merupakan suata keadaan dimana terjadinya hipertensi, edema, dan proteinuria pada ibu, baik dimasa antre, intra maupun *post partum*.

b. Etiologi

Penyebab preeklamsia hingga saat ini belum diketahui secara pasti. Banyak teori yang menerangkan penyebab penyakiti ini, namun demikian

tidak ada yang memberikan jawaban yang memuaskan. Teori ini merupakan salah satu yang dapat diterima dan menerangkan, menurut Ratnawati (2017) adalah:

- 1) Penyebab preeklamsia yaitu bertambahnya frekuensi pada primigraviditas, kehamilan ganda, hidramnion, dan mola hidatidosa.
- 2) Bertambahnya frekuensi karena semakin tua kehamilan.
- 3) Dapat terjadi perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dalam uterus.
- 4) Timbulnya hipertensi, edema, proteinuria, kejang dan koma.

Beberapa teori menyatakan perkiraan faktor dan penyebab dari kelainan tersebut, sehingga kelainan ini sering dikenal sebagai *the diseases of theory*. Adapun faktor-faktor tersebut antara lain:

- 1) Faktor imunologi dimana beberapa studi juga mendapati adanya aktivitas sistem komponen pada preeklamsia.
- 2) Faktor genetik, terdapat kecenderungan dengan meningkatnya preeklamsia atau eklamsia pada anak-anak dari ibu yang menderita preeklamsia ataupun eklamsia (Ratnawati, 2017).

c. Patofisiologi

Pada preeklamsia, arteri menyempit menyebabkan pembuluh darah hanya dapat dilewati oleh satu sel darah merah. Tekanan perifer akan meningkat agar oksigen menakup kebutuhan sehingga menyebabkan terjadinya hipertensi (Aspiani, 2017).

Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan, misalnya preeklamsia berat (PEB), plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, disproporsi cephalo pelvic, rupture uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, distosia serviks, dan malpresentasi janin. Kondisi ini menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu seksio sesarea (SC).

Dalam proses operasinya dilakukan tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah defisit perawatan diri.

Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan, dan perawatan *post* operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien. Selain itu, dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen, sehingga menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf di sekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri sehingga timbul masalah nyeri akut. Setelah proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka *post*

operasi, yang bila tidak di rawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi (Ratnawati, 2019).

d. Manifestasi Klinis

Menurut Ratnawati (2017) tanda dan gejala preeklamsia diantaranya:

1) Tekanan Darah

Peningkatan tekanan darah merupakan tanda peningkatan awal yang penting pada preeklamsia. Tekanan diastolic merupakan tanda prognostic yang lebih akurat dibandingkan dengan tekanan sistolik. Tekanan diastolik sebesar 90 mmHg atau lebih yang terjadi secara terus-menerus menunjukkan keadaan abnormal.

2) Kenaikan Berat Badan

Penilaian kenaikan berat badan pada ibu hamil preeklamsia, yaitu:

- a) Peningkatan berat badan yang tiba-tiba mendahului serangan preeklamsia dan bahkan kenaikan berat badan yang berlebih merupakan tanda pertama preeklamsia pada sebagian besar ibu hamil.
- b) Peningkatan berat badan normal adalah 0,5 kg per minggu. Bila 1 kg kenaikan berat badan dalam seminggu, maka kemungkinan akan terjadinya preeklamsia harus dicurigai.
- c) Peningkatan berat badan terutama disebabkan retensi cairan dan ditemukan sebelum timbul gejala edema yang terlihat jelas

seperti pembengkakkan pada kelopak mata atau jaringan tangan yang membesar.

3) Proteinuria

Proteinuria ditemukan pada pasien preeklamsia karena vasopasme pembuluh darah ginjal dengan tanda dan gejala diantaranya:

- a) Oliguria (volume urin kurang dari 500 ml dalam 24 jam).
- b) Sakit kepala karena vasopasme.
- c) Nyeri pada ulu hati karena rangsangan selaput hati oleh hemaglobin atau sakit karena perubahan pada lambung.
- d) Gangguan penglihatan karena vasopasme ataupun edema.

e. Klasifikasi

Menurut Prawirohardjo (2013), klasifikasi preeklamsia adalah sebagai berikut:

1) Preeklamsia Ringan

Preeklamsia ringan merupakan suatu sindrom spesifik kehamilan dengan menurunnya fungsi organ yang berakibat terjadinya vasopasme pembuluh darah aktivasi endotel. Preeklamsia ringan ditegakkan berdasarkan atas timbulnya hipertensi, proteinuria, dan edema dengan hasil pemeriksaan diagnostik sebagai berikut:

- a) Hipertensi dengan tekanan darah diatas 140 mmHg, dimana kenaikan sistolik $> 30\text{mmHg}$ dan kenaikan diastolic $> 15\text{ mmHg}$.
- b) Proteinuria $> 30\text{mg}/24\text{ jam}$ atau 1+dispik.

2) Preeklamsia Berat

Preeklamsia digolongkan pada preeklamsia berat bila ditemukn suatu atau lebih gejala sebagai berikut:

- a) Tekanan darah sistolik $> 160\text{ mmHg}$ dan tekanan darah diastolik $> 110\text{ mmHg}$.
- b) Proteinuria lebih $5\text{ gr}/24\text{ jam}$ dalam pemeriksaan kualitatif.
- c) Oliguria yaitu produksi urin kurang dari $500\text{ cc}/24\text{ jam}$.

f. Pencegahan

1) Pencegahan dengan Non-medikal

Pencegahan non-medikal ialah pencegahan dengan tidak memberikan obat, cara yang paling sederhana ialah melakukan tirah baring. Di Indonesia tirah baring masih diperlukan pada mereka yang memiliki resiko tinggi terjadinya preeklamsia meskipun tirah baring terbukti mencegah terjadinya preeklamsia dan mencegah persalinan preterm. Restriksi garam tidak terbukti dapat mencegah terjadinya preeklamsia.

Hendaknya diet ditambah suplemen yang mengandung minyak ikan yang kaya dengan lemak tidak jenuh seperti omega -3 PUFA, anti oksidan vitamin C, vitamin E, N-asetilsistein, asam

lipoik, dan elemen logam berat seperti zinc, magnesium, dan kalsium.

2) Pencegahan dengan Medical

Pencegahan dapat juga dilakukan dengan pemberian obat meskipun belum ada bukti yang kuat bahwa obat-obatan dapat mencegah preeklamsia. Pemberian obat diuretic tidak terbukti mencegah terjadinya preeklamsia bahkan memperberat hipovolemi. Anti hipertensi pun tidak terbukti mencegah terjadinya preeklamsia.

Pemberian kalsium sebanyak 1500-2000 mg/hari dapat dipakai sebagai suplemen pada resiko tinggi terjadinya preeklamsia. Selain itu dapat pula diberikan zinc 200 mg/hari, magnesium 365 mg/hari. Obat anti trombotik yang dianggap dapat mencegah preeklamsia ialah aspirin dosis rendah rata-rata dibawah 100 mg/hari. Dapat juga diberikan obat-obat antioksidan seperti: vitamin C, vitamin E, N-Asetisistein, dan asam lipoik (Prawirohardjo, 2013).

g. Faktor Resiko

Menurut Prawirohardjo (2013) terdapat faktor resiko untuk terjadinya hipertensi dalam kehamilan yang dapat dikelompokkan dalam faktor resiko sebagai berikut:

1) Primigravida atau primipaternitas.

- 2) Hiperplasentosis, seperti mola hidatidosa, kehamilan multiple, diabetes melitus, hydrops fetalis dan bayi besar.
- 3) Umur yang ekstrim.
- 4) Riwayat keluarga pernah preeklamsia atau eklamsia.
- 5) Penyakit-penyakit ginjal dan hipertensi yang sudah ada sebelum hamil.
- 6) Obesitas.

h. Komplikasi

Komplikasi daripada kehamilan preeklamsi, diantaranya:

- 1) Berkurangnya aliran darah menuju plasenta, preeklamsia akan mempengaruhi pembuluh uteri yang membawa darah cukup ke plasenta. Jika plasenta tidak mendapat cukup darah maka janin akan berkurang oksigen dan nutrisi sehingga pertumbuhan janin terlambat dan akan lahir dengan berat badan kurang.
- 2) Lepasnya plasenta dari dinding rahim sebelum janin lahir sehingga terjadi perdarahan dan dapat mengancam bayi maupun ibunya.
- 3) Sindrom HELPP (*hemolysis, elevated liver enzymes, dan low platelet*) merupakan sindrom kumpulan gejala klinis berupa gangguan fungsi hati, hepatoseluler peningkatan enzim hati (SGPT, SGOT) gejala subjektif seperti cepat Lelah, mual, muntah dan nyeri epigastrium), hemolisis akibat kerusakan membrane eritrosit oleh radikal bebas asam lemak jenuh dan tak jenuh. Trombositopenia

(<150.000/cc), agregasi (adhesi trombosit di dinding vaskuler), kerusakan tromboksan (vasokonstriktor kuat) dan lisosom.

- 4) Hemolisi dengan gejala kliniknya berupa ikterik. Diduga terkait nekrosis periportal hati pada penderita preeklamsia.
- 5) Perdarahan otak merupakan penyebab utama kematian maternal penderita eklamsia. Kelainan mata atau kehilangan penglihatan sementara dapat terjadi. Perdarahan pada retina dapat ditemukan dan merupakan tanda gawat yang menunjukkan adanya apopleksia serebri.
- 6) Edema paru dimana pada paru-paru menunjukkan berbagai tingkat edema dan perubahan karena bronchopneumonia sebagai akibat aspirasi. Kadang-kadang ditemukan abses paru-paru. Nekrosis hati terjadi pada daerah periportal akibat vasopasme arterior umum. Hal ini dapat diketahui dengan pemeriksaan fungsi hati, terutama dengan enzim.
- 7) Prematuritas disebabkan kegagalan ginjal berupa endoteliosis glomerulus yaitu pembengkakan sitoplasma sel endotel tubulus ginjal tanpa kelainan struktur lainnya. Bisa juga terjadi anuria atau gagal ginjal (Lowdermilk, 2013).

i. Penatalaksanaan

- 1) Penatalaksanaan preeklamsia ringan adalah sebagai berikut:
 - a) Dapat dikatakan tidak mempunyai resiko bagi ibu maupun janin.

- b) Tidak perlu diberikan obat anti hipertensi atau obat lainnya, tidak perlu dirawat kecuali tekanan darah meningkat terus (batas aman 140-150/90-100 mmHg).
- c) Istirahat cukup (berbaring atau tirah baring selama minimal 4 jam pada siang hari dan 8 jam pada malam hari).
- d) Pemberian luminal 1-2x30 mg/hari bila tidak bisa tidur.
- e) Pemberian asam asetiksalisilat (aspirin) 1x180 mg/hari.
- f) Bila tekanan darah tidak menurun, dianjurkan dirawat dan diberi obat antihipertensi, metidpa 3x125 mg/hari (maksimal 1500 mg/hari), ataupun nifedipine 3-8x5-10 mg/hari, atau nifedipine retard 2-3x20 mg/hari.
- g) Tidak perlu diet garam dan diuretic.
- h) Jika maturitas janin masih lama, lanjutkan kehamilan dan periksakan kehamilan setiap 1 minggu.
- i) Indikasi dirawat jika ada perburukan, dimana tekanan darah tidak turun setelah 2 minggu di rawat jalan, peningkatan berat badan melebihi 1 kg/minggu 2 kali berturut-turut, atau pasien menunjukkan tanda-tanda preeklamsia berat. Berikan juga obat antihipertensi.
- j) Jika dalam perawatan tidak ada perbaikan, lakukan tata laksana sebagai preeklamsia berat, jika ada perbaikan maka dilanjutkan dengan rawat jalan.

k) Pengakhiran kehamilan ditunggu sampai janin usia 40 minggu kecuali ditemukan pertumbuhan janin terhambat, gawat janin, solusio plasenta, eklamsia, atau indikasi terminasi lainnya, minimal usia 38 minggu, janin sudah dinyatakan matur.

2) Penatalaksanaan preeklamsia berat, yaitu:

a) Penangan konservatif, pada kehamilan kurang dari 35 minggu tanpa ada disertai tanda-tanda pending eklamsia dengan keadaan janin baik (Prawirohardjo, 2013).

b) Penanganan aktif bagi pasien harus segera dirawat dan sebaiknya dirawat di ruang khusus di sekitar kamar bersalin. Pasien ditangani secara aktif apabila ditemukan satu atau lebih kriteria-kriteria dibawah ini:

- (1) Adanya tanda-tanda impending eklamsia.
- (2) Adanya sindrom HELLP.
- (3) Adanya kegagalan penanganan konservatif.
- (4) Adanya tanda gawat janin atau IUGR.
- (5) Usia kehamilan 35 minggu atau lebih.

2. SEKSIO SESAREA atau *SECTIO CAESAREA* (SC)

a. Definisi Seksio Sesarea atau *Sectio Caesarea* (SC)

Seksio sesarea atau *sectio caesarea* (SC) merupakan suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Prawihardjo, 2013)

Seksio sesarea atau *sectio caesarea* (SC) adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut, adapun indikasi *sectio caesarea* (SC) diantaranya adalah ibu dan indikasi janin didalam, indikasi janin terdapat letak bokong, *gamely*, kelainan tali pusat janin abnormal dan letak sungsang (Nanda, 2015).

Seksio sesarea atau *sectio caesarea* (SC) adalah suatu proses melahirkan janin dengan membuat sayatan dinding uterus melalui dinding depan perut (Mochtar, 2013).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Seksio sesarea atau *sectio caesarea* (SC) adalah suatu jenis persalinan buatan yang dilakukan dengan cara pembedahan pada dinding uterus melalui dinding perut.

b. Klasifikasi Seksio Sesarea atau *Sectio Caesarea* (SC)

1) *Sectio Caesarea Transperitonealis*

- a) Seksio sesarean klasisk merupakan tindakan insisi yang dibuat pada korup uteri.
- b) Seksio sesarea profundal merupakan tindakan insisi melintang pada segmen bawah rahim.

2) *Sectio Caesarea Vagina*

Menurut arah sayatan rahim, seksio sesarea dapat dilakukan sebagai berikut:

- a) Sayatan yang memanjang (longitudinal).
- b) Sayatan yang melintang (transversal).
- c) Sayatan yang berrbentuk huruf T (*T-incision*).

3) *Sectio Caesarea Classic*

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada orpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. Tetapi saat ini persalinan dengan teknik ini jarang dilakukan karena memiliki banyak kekurangan namun pada kasus seperti operasi berulang yang memiliki banyak perlengkapan, cara ini dapat dipertimbangkan.

4) *Sectio Caesarea Ismika*

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim kira-kira sepanjang 10 cm (Wiknojosastro, 2013).

c. Etiologi Operasi Seksio Sesarea atau *Sectio Caesarea* (SC)

Penyebab dilakukannya tindakan seksio sesarea menurut Nurarif dan Kusuma (2015), adalah sebagai berikut:

- 1) Etiologi yang Berasal dari Ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primipara tua disertai kelainan letak ada, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggol), ada sejarah kehamilan dan persalinan buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa, terutama primigravida, solusio plasenta 1-11, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsia-eklamsia, atas permintaan kahamilan yang disertai penyakit (jantung, diabetes melitus), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya).

2) Etiologi yang Berasal dari Janin

Stress atau gawat janin, malpresentasi dan malposisi kedudukan janin, prolapse tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan, vakum atau forses ekstrasi (Nurarif dan Kusuma, 2015).

d. Jenis-jenis Operasi Seksio Sesarea atau *Sectio Caesarea* (SC)

Beberapa jenis operasi Seksio sesarea atau *sectio caesarea* (SC) menurut (Aspiani, 2017), yaitu:

- 1) *Sectio Transperitonealis Profunda* dengan insisi di segmen bawah uterus. Insisi pada bawah rahim bisa dengan teknik melintang atau memanjang.
- 2) *Sectio Corporal atau Classic* merupakan insisi ini dibuat pada korpus uteri, pembedahan ini lebih mudah dilakukan, hanya dilakukan apabila ada halangan untuk melakukan *sectio transperitonealis profunda* misalnya melekat erat uterus pada

dinding perut karena seksio yang sudah atau insisi segmen bawah uterus mengandung bahaya perdarahan yang banyak.

- 3) *Sectio Caesarea Peritoneal* dilakukan tanpa membuka peritoneum peritealis dengan demikian tidak membuka kavum abdominal. Dulu dilakukan untuk mengurangi bahaya infeksi, akan tetapi dengan kemajuan pengobatan terhadap infeksi, pembedahan ini jangan dilakukan. Rongga peritoneum tidak terbuka dilakukan pada pasien infeksi uteri berat.
- 4) *Sectio Caesarea* histerektomi dengan indikasi *antonia uteri*, *plasenta accrete*, mioma uteri serta infeksi intra uteri berat.

e. Pemeriksaan Penunjang Seksio Sesarea atau *Sectio Caesarea* (SC)

Pada buku asuhan keperawatan berdasarkan diagnose medis dan Nanda (2015), beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan diantaranya:

- 1) Pemantauan janin terhadap kesehatan janin, hal ini dilakukan untuk mendeteksi denyut jantung janin, gerakan nafas janin, gerakan badan janin, tonus otot janin, dan jumlah air ketuban.
- 2) Pemeriksaan EKG, dilakukan untuk mengevaluasi kesehatan jantung ibu, mengetahui dan mengukur apakah detak jantung ibu normal atau tidak.
- 3) JDL diferensial dilakukan untuk menentukan adanya anemia, leukopenia, limfositosis, thrombosis darah menunjukkan kurang dari normal.

- 4) Elektrolit, mengetahui ketidakseimbangan termasuk kalium, natrium, dan klorida.
- 5) Hemoglobin/hematokrit, merupakan bagian dari pemeriksaan darah lengkap yang biasanya dilakukan untuk mendeteksi apakah seseorang menderita anemia, selain itu juga dilakukan untuk mengetahui seperti apa respon tubuh terhadap pengobatan yang sedang dijalankan.
- 6) Golongan darah, pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui golongan darah, dan menerima darah yang sesuai dengan golongan darahnya apabila memerlukan transfusi darah.
- 7) Urinalis, pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi dan mendiagnosis penyakit serta memantau kondisi kesehatan dan fungsi ginjal.
- 8) Aminosintesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi untuk memeriksa sampel air ketuban.
- 9) Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi, merupakan salah satu teknik pencitraan medis menggunakan radiasi elektromagnetik untuk mengambil pencitraan atau foto bagian dalam tubuh.
- 10) Ultrasounografi dilakukan untuk menemukan berat dan ukuran janin, kesejahteraan janin, aliran plasenta ke janin dan jumlah ketuban.

f. Komplikasi Seksio Sesarea atau *Sectio Caesarea* (SC)

Komplikasi yang sering terjadi pada ibu dengan tindakan seksio sesarea menurut Aspiani (2017), yaitu:

- 1) Infeksi Puerperal (Nifas)
 - a) Ringan, dengan kenaikan suhu tubuh beberapa hari saja.
 - b) Sedang, dengan kenaikan suhu lebih tinggi disertai dihidrasi dan perut sedikit kembung.
 - c) Berat, dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralktik.
- 2) Perdarahan yang disebabkan karena banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka, antonia uteri, perdarahan pada plasenta bed.
- 3) Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonealisasi terlalu tinggi.
- 4) Kemungkinan rupture uteri spontan pada kehamilan mendatang.

g. Keuntungan dan Kelebihan Seksio Sesarea atau *Sectio Caesarea* (SC)

Segala sesuatu memiliki resikonya, begitu juga persalinan dengan metode seksio sesarea. Maka dari itu pentingnya untuk mempertimbangkan secara dini mengenai resiko yang mungkin terjadi, baik itu mengacu pada syarat dan ketentuan pembedahan maupun pembiusan (Syariffudin, 2016). Berikut bebrapa keuntungan dan kerugian dari operasi seksio sesarea (SC):

- 1) Keuntungan
 - a) Proses persalinan yang singkat.
 - b) Rasa sakit yang minimal.

c) Tidak mengganggu jalan lahir.

2) Kerugian

a) Bagi Ibu

- (1) Resiko kematian empat kali lebih bedar dibandingkan persalinan normal.
- (2) Pengeluaran darah yang lebih banyak dari persalinan normal.
- (3) Penyembuhan luka dan rasa nnyeri lebih lama.
- (4) Beresiko besar terkena infeksi pada luka jahitan bekas operasi, dengan tanda dan gejala nyeri, hipotermi maupun hipertermi, tekanan darah rendah, palpitasi, keluar cairan dari luka operasi, bisa berupa darah ataupun nanah (bisa berbau dan berwarna), bengkak yang terasa nyeri dan hangat, serta berwarna merah.
- (5) Kehamilan berikutnya dibatasi dua tahun setelah operasi.
- (6) Persalinan selanjutnya harus dengan metode seksio sesaria.
- (7) Masuknya air ketuban ke pembuluh darah yang berakibat kematian karena masuk ke jantung dan paru-paru.

b) Bagi Bayi

- (1) Beresiko kematian 2-3 kali lipat jika dibandingkan dengan bayi yang lahir dengan proses persalinan normal.
- (2) Mengalami sesak nafas karena tidak terjadinya pengeluaran cairan dari dalam paru-parunya.

- (3) Sering mengantuk karena obat anastesi yang diberikan kepada ibu selama proses operasi berlangsung.

h. Dampak Seksio Sesarea atau *Sectio Caesarea* (SC) Terhadap Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia (KDM)

Menurut Siti Nunung (2013), dampak seksio sesarea terhadap kebutuhan dasar manusia, diantaranya:

1) Makan dan Minum

Setelah diperiksa peristaltic pada 6 jam pasca bedah, bila positif maka pasien dapat diberikan minum hangat sedikit demi sedikit dan kemudian lebih banyak, terutama bila mengalami anastesi spinal dan pasien tidak muntah. Pada anastesi umum mungkin akan lebih lambat timbulnya peristaltik. Sedangkan pasien dapat makan lunak atau biasa pada 24 jam pasca bedah. Bila pasien telah flatulensi, maka pasien dapat makan.

2) Mobilisasi

Pasien telah dapat menggerakkan kaki dan tangan serta tubuhnya sedikit demi sedikit, kemudian dapat duduk pada jam ke 8-12 pasca pembedahan. Pasien dapat berjalan bila mampu pada 24 jam pasca pembedahan bahkan mandi sendiri pada hari kedua.

3) Eliminasi BAK & BAB

BAK disebut normal apabila dapat buang air kecil spontan 3-4 jam pasca pembedahan, karena edema persalinan, diit cairan, obat-obatan analgetic selama persalinan dan perinium sakit. Sedangkan untuk BAB biasanya 2-3 hari pasca persalinan masih sulit untuk buang air besar. Jika pasien pada hari ketiga belum juga buang air besar maka diberikan laksan supositoria dan minum air hangat. Agar dapat buang air besar secara teratur dapat dilakukan dengan diit teratur, pemberian cairan yang banyak, makan cukup serat, dan olahraga ringa.

4) *Personal Hygiene*

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu dan penyembuhan luka seksio sesarea. Upaya yang harus dilakukan ibu diantaranya mandi, perawatan luka seksio sesarea, serta perawatan gigi dan mulut.

5) Istirahat Tidur

Ibu dengan *post sectio secarea* memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.

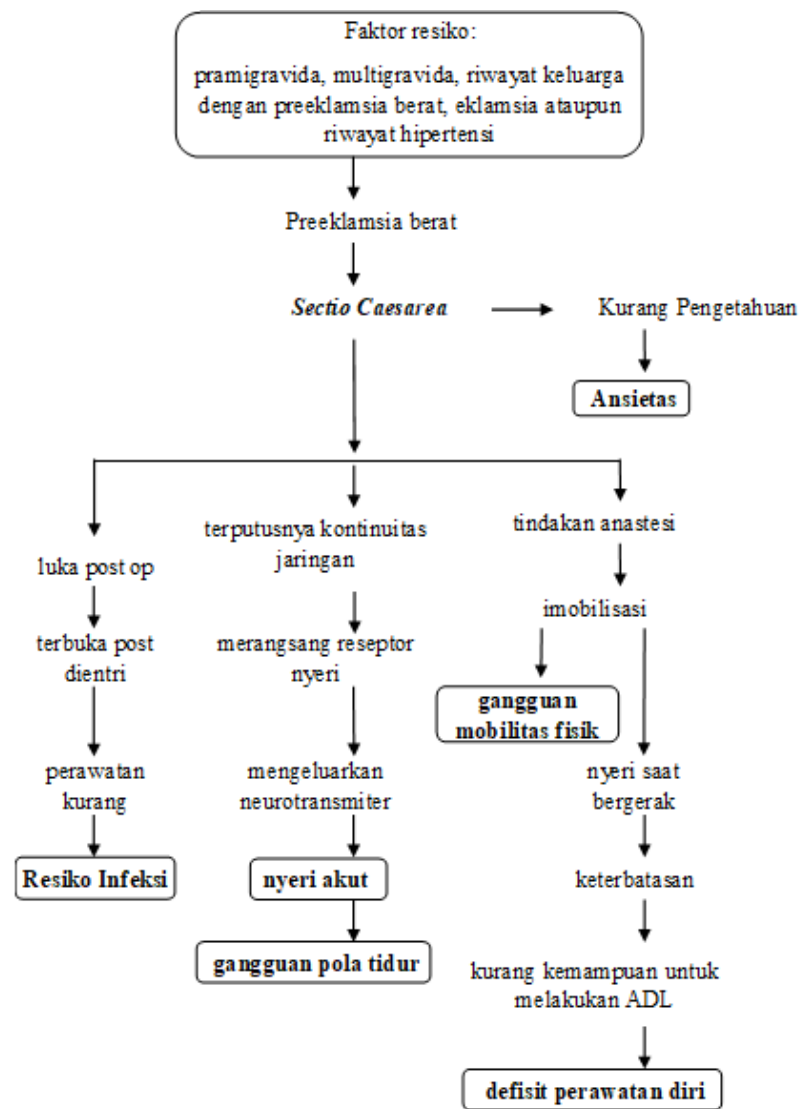
6) Seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika lochea telah berhenti. Hendaknya pula berhubungan seksual dapat ditunda sedapat mungkin sampai 40 hari setelah persalinan, hal

ini dikarenakan pada waktu itu diharapkan organ-organ tubuh telah pulih kembali.

i. Pathway

Bagan 2.1
Pathway Post SC atas Indikasi Preeklamsia



Sumber: Rahma Novita, 2018

3. MASA NIFAS atau *POST PARTUM*

a. Definisi

Masa nifas adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu (Sulistyawati, 2015).

Pelayanan pasca persalinan harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini, pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu (Prawirohardjo, 2013).

Periode pasca persalinan meliputi masa transisi kritis bagi ibu, bayi, dan keluarganya. Secara fisiologis, emosional, dan sosial. Baik di negara maju maupun negara berkembang, perhatian utama bagi ibu dan bayi selalu tertuju pada masa kehamilan dan persalinan, sementara keadaan yang sebenarnya justru merupakan sebaliknya, oleh karena resiko kesakitan dan kematian ibu serta bayi yang lebih sering terjadi pada masa pasca persalinan

b. Tahapan Masa Nifas

Menurut Nugroho (2014) masa nifas dibagi ke dalam 3 tahap periode, yaitu:

- 1) Puerperium dini (*immediate puerperium*), yaitu pemulihan ketika ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (waktu 0-24 jam *post partum*). Dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja Selama 40 hari.
- 2) Puerperium intermedial (*early puerperium*), suatu masa dimana pemulihan dari organ-organ reproduksi secara menyeluruh selama kurang lebih 6-8 minggu.
- 3) Remote puerperium (*later puerperium*, waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna secara bertahap terutama jika selama masa kehamilan dan persalinan ibu mengalami komplikasi, waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulan bahkan tahun.

c. Adaptasi Fisiologi Selama Masa Nifas

1) Perubahan Sistem Reproduksi

a) Uterus

Involusi eterus adalah suatu proses yang menyebabkan uterus kembali pada posisi semula seperti sebelum hamil dengan bobot hanya 60 gram. Involusi uteri dapat juga dikatakan sebagai proses kembalinya uterus pada keadaan semula atau keadaan sebelum hamil. Involusi eterus melibatkan reorganisasi dan penagnggalna endometrium dan pengelupasan lapisan tempat implantasi plasenta sebagai tanda penurunan ukuran dan berat serta perubahan tempat uterus, warna dan jumlah lochea.

b) Lochea

Lochea adalah ekresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan yang nekrotik dan dalam uterus. Proses keluarnya darah nifas atau lochea terdiri atas 4 tahapan, yaitu:

- (1) Lochea lubra dimana lochea ini muncul pada hari ke-1 sampai hari ke-3 masa *post partum*. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah dari perobekan/luka pada plasenta dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua dan korion, verniks kaseosa, lanugo, sisa darah dan mekonium.
- (2) Lochea sanguinolenta, merupakan cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir, biasanya cairan ini keluar pada hari ke 4-7 masa *post partum*.
- (3) Lochea serosa, cairan ini berwarna kuning berisi cairan lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta, biasa terjadi pada hari ke 7-14 masa *post partum*.
- (4) Lochea alba merupakan cairan putih berisi leukosit, selaput lendir serviks dan jaringan yang mati setelah 2-6 minggu masa *post partum*.

c) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna serviks adalah merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang terdapat laserasi/perluasan kecil. Muara serviks yang berdilatasi 10 cm pada waktu persalinan, menutup secara bertahap setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasukkan 2-3 jari saja, pada minggu ke-6 *post partum* serviks menutup.

d) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dila 6-8 minggu *post partum*. Penurunan hormon estrogen pada masa *post partum* berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terligat kembali pada sekitaran minggu ke-4.

e) Perineum

Setelah melahirkan perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada *post natal* hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan.

f) Payudara

Setelah bayi lahir terjadi penurunan konsentrasi hormon yang menstimulasi perkembangan payudara estrogen, progesterone, *human chorionic*, gonadotropin, prolaktin, dan insulin. Oksitosin merangsang refleksi *let-down* (mengalirkan) menyebabkan ejeksi Air Susu Ibu (ASI).

2) Perubahan Sistem Perkemihan

Diuresis yang normal dimulai segera setelah bersalin sampai hari ke-5 setelah persalinan. Jumlah urin yang keluar dapat melebihi 3000 ml/hari. Hal ini diperkirakan merupakan salah satu cara menghilangkan peningkatan cairan ekstraseluler yang merupakan bagian normal dari kehamilan. Selain itu juga didapati adanya keringat yang banyak pada beberapa hari pertama setelah persalinan.

3) Perubahan Sistem Pencernaan

Buang air besar spontan bisa saja tertunda selama 2-3 hari setelah ibu melahirkan, buang air besar tidak lancar disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pasca persalinan, diare sebelum persalinan, kurang makan, atau dalam keadaan dehidrasi. Kebiasaan buang air besar teratur perlu dicapai setelah tonus usus kembali pada keadaan normal.

4) Perubahan Sistem Endokrin

a) Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 *post partum* dan sebagai onset pemenuhan *mamae* pada hari ke3 *post partum*.

- b) Hormon pituitary dimana prolaktin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita tidak menyusui prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.
- c) Hypotalamik pituitary ovarium merupakan lamanya seorang wanita mendapatkan menstruasi yang dipengaruhi oleh faktor menyusui. Menstruasi pertama ini sering bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron.
- d) Kadar estrogen dimana terjadinya penurunan kadar estrogen yang bermakna setelah persalinan sehingga aktivitas prolaktin juga sedang meningkatkan dapat mempengaruhi kadar kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI.

5) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fisia yang merenggang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum rotundum menjadi kendur, stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

6) Perubahan Tanda-tanda Vital

- a) Suhu, dimana dalam waktu 24 jam *post partum* suhu badan akan meningkat sedikit yaitu sekitar 37,5-38°C sehingga akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan.

- b) Denyut nadi *post partum* biasanya akan lebih cepat. Bila melebihi 100x/m, keadaan ini termasuk abnormal dan keadaan ini menunjukkan adanya kemungkinan infeksi.
- c) Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan akan lebih rendah setelah melahirkan karena ada perdarahan atau yang lainnya. Tekanan darah tinggi bila terjadi preeklamsi *post partum*.
- d) Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan denyut nadi dan suhu. Bila suhu dan nadi normal pernafasan juga akan mengikutinya kecuali ada gangguan khusus pada saluran cerna.

7) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Denyut jantung volume secukupnya dan curah jantung meningkat selama hamil. Setelah melahirkan, keadaan tersebut akan meningkat lebih tinggi selama 30-60 menit karena darah yang biasanya melintas sirkulasi uteri atau plasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum.

8) Perubahan Sistem Hematologi

Perubahan komponen darah terjadi saat masa nifas, misalnya jumlah sel darah putih akan bertambah banyak. Jumlah sel darah merah berfluktuasi, namun dalam 1 minggu pasca persalinan, biasanya semua akan kembali ke keadaan semula.

9) Perubahan Pola Istirahat Tidur

Adanya impuls nyeri pada klien *post* seksio sesarea akan merangsang susunan saraf otonom mengaktifasi neurophinerprine

mengakibatkan saraf simpatis terangsang untuk mengaktivasi RAS mengakibatkan kerja organ tubuh selalu dijaga, makan klien akan terjaga terus yang mengakibatkan kebutuhan tidur terganggu.

10) Perubahan Pemenuhan Kebutuhan Defisit Perawatan Diri

Keadaan fisik yang lemah akibat seksio sesarea menyebabkan untuk beraktivitas dibatasi karena pasien khawatir pergerakannya akan menjadi fatal terhadap luka operasi. Sehingga klien akan sangat terbatas terutama aktivitas dalam kebersihan diri (Sunarsih, 2014).

d. Adaptasi Psikologis

1) Perilaku Dependensi (*Taking In Phase*)

Pada fase ini merupakan fase ketergantungan, dan ibu mengharapkan pemenuhan kebutuhan dirinya dapat terpenuhi orang lain dalam hal ini adalah suami, keluarga atau tenaga kesehatan. Kondisi ini berlangsung selama 1-2 hari *post partum* dan ibu lebih fokus pada dirinya sendiri.

2) Perilaku Dependensi-Independensi (*Taking Hold Phase*)

Pada fase ini terdapat kebutuhan secara bergantian untuk mendapatkan perhatian dalam bentuk perawatan serta penerimaan dari orang lain, dan melakukan segala sesuatu secara mandiri. Fase ini berlangsung selama 1-10 hari *post partum*. Ibu sudah menunjukkan kepuasannya terfokus pada bayinya dan mulai melakukan perawatan pada bayi.

3) Perilaku Independensi (*Letting Go Phase*)

Fase ini merupakan fase yang dapat menerima tanggung jawab sebagai ibu. Sudah menyesuaikan diri terhadap ketergantungan bayinya, adanya peningkatan keinginan untuk merawat bayi dan dirinya dengan baik.

B. PROSES KEPERAWATAN

Proses keperawatan adalah metode dimana suatu konsep diterapkan dalam praktek keperawatan. Hal ini bisa disebut sebagai suatu pendekatan problem solving yang memerlukan ilmu, teknik, dan keterampilan interpersonal dan ditunjukkan untuk memenuhi kebutuhan klien/keluarga. Proses keperawatan terdiri dari lima tahap, yaitu pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Aspiani, 2017).

3. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

a. Identitas Pasien

Pada pengkajian data umum ini meliputi identitas pasien dan identitas pananggung jawab, termasuk tanggal pengkajian, diagnosa medis dan nomor rekam medik.

b. Riwayat Kesehatan

- 1) Keluhan utama merupakan keluhan yang dirasakan pasien saat *post* operasi seksio sesarea hari ke-1 biasanya pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi seksio sesarea.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Menjelaskan tentang perjalanan penyakit yang dirasakan oleh klien *post* SC dengan menggunakan PQIRST.

- a) Paliatif/provokatif yaitu hal-hal yang menambah ataupun mengurangi keluhan utama. Pada pasien *post* SC adalah ketika klien banyak melakukan aktivitas.
- b) Qualitative/quantitative, kualitas keluhan yang dirasakan klien. Pada pasien *post* SC keluhan yang biasa dirasakan adalah nyeri pada luka *post* operasi.
- c) Region, yaitu daerah mana yang mengalami gangguan dan apakah ada penyebaran ke daerah lain. Pada pasien *post* SC keluhan yang dirasakan nyeri pada bagian abdomen bawah.
- d) Skala yaitu intensitas nyeri yang dirasakan. Pada pasien *post* SC rentang nyeri adalah 0-5, untuk skala 1 adalah tidak nyeri, skala 2-3 untuk nyeri ringan, skala 4-5 adalah nyeri berat.
- e) Time, yaitu kapan mulai timbulnya nyeri, bisa kadang-kadang, terus menerus, bahkan sampai berapa lama keluhan bisa berlangsung, bisa hilang timbul atau konstan.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Berisi tentang penyakit yang pernah di derita sebelumnya dan ada hubungan dengan penyakitnya yang sekarang, pernah dirawat di rumah sakit atau tidak, kaji tentang alergi terhadap makanan dan

obat-obatan. Pada pasien seksio sesarea biasanya memiliki riwayat seksio sesarea.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Dalam keluarga pasien mungkin ditemukan adanya penyakit yang sama dengan penyakit yang di derita pasien saat ini, atau adanya penyakit menular atau turunan dalam keluarga.

5) Riwayat Obstetrik dan Ginekologi

Kaji riwayat menstruasi, menarche, siklus menstruasi meliputi lamanya menstruasi, sifat darah menstruasi, hari pertama haid terakhir (HPHT), kaji riwayat perkawinan dan riwayat keluarga berencana.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Pada umumnya tidak dijumpai penurunan kesadaran kemungkinan didapatkan klien tampak diam, apatis, meringis, ataupun gelisah karena nyeri serta penampilan biasanya lemah.

2) Tanda-tanda Vital

Pada klien seksio sesarea, terkadang tekanan darah dapat meningkat karena adanya upaya untuk persalinan dan keletihan, namun jika tekanan darah menurun maka perlu diwaspadai adanya kemungkinan adanya perdarahan *post partum*. Dengan dilakukannya

tindakan seksio sesarea, nadi kemungkinan cepat apabila klien cemas dan suhu meningkat jika terjadi infeksi.

3) Pemeriksaan Head to Toe

a) Kepala

Meliputi bentuk wajah apakah simetris atau tidak, keadaan rambut, dan kulit kepala.

b) Wajah

(1) Mata

Dikaji kesimetrisan antara mata sebelah kiri dan kanan, fungsi penlihatannya, konjungtiva apakah anemis atau tidak, sclera apakah ikterik atau tidak, dan bentuk pupil saat dirangsang cahaya. Biasanya terdapat lingkaran hitam dan mata tampak merah dapat disebabkan kurang tidur karena masih terdapat nyeri pada luka bekas operasi.

(2) Hidung

Dikaji bentuk hidung sebelah kanan dan sebelah kiri, fungsi penciuman, terdapat polop atau tidak, kebersihannya, terapat nyeri atau tidak, ditemukan sekret atau tidak.

(3) Telinga

Dikaji bentuk kesimetrisan antara telinga kanan dan kiri, fungsi pendengaran serta kebersihan apakah terdapat serumen atau tidak.

(4) Mulut dan Gigi

Inspeksi kelembaban mulut dan keadaan gigi, gigi berlubang dapat menjadi pintu masuk mikroorganisme dan bisa beredar secara sistemik, selain itu mulut dapat kering atau bau mulut.

c) Leher

Dikaji bentuk leher, pergerakan leher, apakah ada pembesaran tyroid dan peningkatan vena jugularis.

d) Dada

(1) Jantung,

Kaji irama jantung, denyut jantung normal (60-100x/menit), frekuensi nadi bisa meningkat karena kompensasi tubuh memenuhi kebutuhan oksigen karena ibu *pasca* melahirkan. Tensi pada pasien *post* SC sering didapatkan mengalami hipotensi karena efek anestesi (Prami & Nataswari, 2016).

(2) Paru-paru

Dikaji irama nafas, bunyi nafas, frekuensi nafas. Biasanya pada ibu *post* operasi seksio sesarea dengan

tidak ada penyakit penyerta akan ditemukan bunyi paru-paru yang jelas dan vesikuler.

(3) Payudara

Dikaji keadaan payudara, bentuk hiperpigmentasi, areola, keadaan puting susu menonjol atau terbenam dan kesimetrisan serta pengeluaran ASI pada klien *post seksio sesarea* biasanya ditemukan adanya gangguan pemberian ASI yang tidak efektif akibat dari bayi dan ibu dirawat terpisah. Sehingga beresiko kurangnya hisapan bayi dan pengetahuan yang kurang mengenai cara perawatan payudara (*breast care*) terutama bagi primipara.

e) Abdomen

Kaji kebersihan abdomen, adakah *striaw livide* dan *linea nigra*. Kaji luka operasi, tanda-tanda infeksi pada luka seperti terdapat bengkak serta kemerahan dan nyeri tekan pada luka *post SC*. Pada 12 jam *post S TFU* sekitar 1 cm dibawah *umbilicus*. Pada hari pertama *post SC* biasanya bising usus belum terdengar, pada hari kedua juga bising usus masih lemah, kemudian usus baru aktif pada hari ketiga. (Gunawan & Astuti, 2015).

f) Genetalia

Dikaji apakah ada kelainan, pembengkakkan, terdapat lesi atau tidak, kebersihan vulva, pada 24 jam setelah *post* SC terdapat pengeluaran yaitu lochea rubra. Setelah 12 jam *post* SC kateter dapat dilepaskan atau keesokan harinya.

g) Ekstremitas

(1) Ekstremitas atas:

Kaji pergerakan tangan dan kekuatan otot, kaji apakah ada nyeri tekan atau massa/benjolan, identifikasi apakah pasien dapat membedakan nyeri sentuhan, temperatur, rasa gerak dan tekanan, kaji kekuatan otot dan keseimbangan. Terdapat edema atau tidak. Lakukan

(2) Ekstremitas bawah:

Identifikasi pergerakan kaki dan kekuatan otot, apakah ada nyeri tekan/benjolan, identifikasi besar dan bentuk otot, kaji nyeri tekan atau panas pada betis untuk melihat adanya tanda homan. Tanda homan didapatkan dengan meletakkan satu tangan pada lutut ibu dan lakukan tekanan ringan untuk menjada tungkai tetap lurus. Dorsifleksi kaki tersebut jika terdapat nyeri pada betis, maka tanda homan positif.

d. Pola Aktivitas Sehari-hari

Pola aktivitas sehari-hari akan menimbulkan perubahan dan gangguan. Biasanya insomnia, kelelahan/keletihan, kateter urinarius indwelling mungkin terpasang, perubahan frekuensi berkemih, defeksi

kurang dari biasanya, mengejas saat defekasi, mengeluh rasa penuh pada abdomen atau rektal, adanya mual. Biasanya mempunyai keterbatasan aktivitas sehingga tidak dapat melakukan perawatan dini.

e. Aspek Psikologis, Sosial, dan Spiritual

- 1) Aspek psikologis pada ibu *post* seksio sesarea biasanya mengalami fase *taking in*. fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari pertama sampai hari kedua melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakan kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi positif terhadap lingkungan. Oleh karena itu, kondisi ibu perlu dipahami dengan menghaga komunikasi yang baik.
- 2) Aspek sosial pasien dengan *post* seksio sesarea akan merasakan adanya rasa nyeri yang menghambat aktivitas sehari-hari sehingga perlu dikaji akibat penyakit terhadap proses sosialisasi pasien. Kaji juga terhadap hubungan interpersonal klien dengan keluarganya selama pasien dirawat.
- 3) Spiritual berhubungan dengan agama yang dianut, bagaimana aktivitasnya keagamaan selama dirawat di rumah sakit.

f. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan diagnostik dapat memberikan informasi tentang hal-hal yang mendukung terhadap penyakit.

- 1) Hemoglobin mungkin rendah akibat dari pengeluaran darah yang banyak sehingga terjadi volume plasma darah yang meningkat.
- 2) Leukosit untuk mengetahui kemungkinan terjadi infeksi atau kemungkinan terjadinya sepsis.
- 3) Trombosit untuk mengetahui jumlah trombosit serta perannya dalam pembekuan darah, sehingga akan diketahui waktu pembekuan darah.

g. ANALISA DATA

Analisa data merupakan tingkat akhir dalam tahap pengkajian setelah dilakukan validasi data. Melalui identifikasi pola atau masalah dapat diketahui gangguan/masalah keperawatan yang terdapat pada fungsi kesehatan, seperti pada persepsi tatalaksana kesehatan, pada aktivasi latihan pola nutrisi metabolisme, dan lain-lain.

Tabel 2.1

Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS : Mengeluh nyeri DO : 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (waspada, posisi, menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur	Adanya luka operasi yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter bradikinin, serotonin rangsangan ini dihantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri yang dipersepsikan sebagai nyeri	Nyeri akut
2	DS : - DO : 1. Terdapat luka insisi abdomen	Luka <i>post</i> operasi menyebabkan adanya jaringan terbuka serta proteksi kurang lalu terjadinya insisi bakteri yang	Resiko Infeksi

		menimbulkan resiko infeksi.	
3	DS: Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas DO: 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun	Adanya luka operasi yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter bradikin, serotonin rangsangan ini dihantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri dipersepsikan sebagai nyeri, timbulah nyeri ketika bergerak keterbatasan saat bergerak.	Gangguan mobilitas fisik
4	DS: - Menolak melakukan perawatan diri DO: 1. Tidak mampu mandi mengenakan pakaian, makan, ke toilet, berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang 3. Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi	Adanya luka operasi yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter bradikin, serotonin rangsangan ini dihantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri dipersepsikan sebagai nyeri, timbulah nyeri ketika bergerak ketidakmampuan perawatan diri.	Deficit perawatan diri
5	DS: 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh tidak puas tidur 3. Mengeluh istirahat tidak cukup 4. Mengeluh pola tidur berubah DO: -	Adanya luka operasi yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri ketidaknyamanan secara fisik timbul rasa cemas terjadilah perubahan persepsi dan reaksi individu menurun mengeluh sulit tidur.	Gangguan pola tidur

4. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnos keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung maupun aktual maupun potensial (SDKI, 2017).

Kemungkinan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan *post* operasi seksio sesarea. Menurut SDKI 2017:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik.
- b. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan.
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.
- e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (kebisingan).

5. PERENCANAAN atau INTERVENSI KEPERAWATAN

Perencanaan adalah pedoman tertulis untuk melaksanakan tindakan keperawatan dalam membantu pasien dalam memecahkan masalah serta memenuhi kebutuhan kesehatannya dan mengkoordinir staf perawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan (Sagita, 2019).

Perencanaan keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (SIKI, 2018).

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun

dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan nyeri, menurun.
- 2) Meringis, menurun.
- 3) Sikap protektif, menurun.
- 4) Gelisah, menurun.
- 5) Kesulitan tidur, menurun.
- 6) Frekuensi nadi, membaik

Tabel 2.2
Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 1

Intervensi	Rasional
Manajemen Nyeri Observasi: 1. identifikasi lokasi karakteristik, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. 2. identifikasi skala nyeri. 3. identifikasi respon nyeri non verbal. 4. identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 5. Identifikasi pengeraluhan dan keyakinan tentang nyeri. 6. Identifikasi budaya terhadap respon nyeri. 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. 9. Monitor efek samping penggunaan obat. Terapeutik: 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri. 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan). 3. Fasilitasi tidur.	Observasi: 1. Untuk menentukan dan memberdakan karakteristik khusus nyeri. 2. Untuk mengetahui tingakat nyeri. 3. Untuk mengetahui bagaimana respon nyeri non verbal 1. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 2. Untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. 3. Untuk mengetahui budaya terhadap respon nyeri. 4. Untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup. 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. 6. Untuk melihat dan mengetahui efek samping penggunaan obat. Terapeutik: 1. Mengalihkan perhatian dan sensasi nyeri sehingga klien akan lupa terhadap luka yang dirasakan. 2. Agar lingkungan dapat terkontrol dan dapat memberikan kenyamanan.

Intervensi	Rasional
4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi: 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat. 5. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri. Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. (SIKI, 2018)	3. Untuk memberikan istirahat tidur. 4. Untuk mengetahui perbedaan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi: 1. Untuk mengetahui penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 2. Dapat mengetahui strategi meredakan nyeri. 3. Dapat mengetahui secara mandiri nyeri yang dirasakan. 4. Dapat mempercepat dan konsisten dalam proses terapi. 5. Dapat mengetahui teknik non-farmakologis (Tarik nafas dalam) bisa mengurangi nyeri. Kolaborasi: 1. Analgetik dapat memblok dan menekan sistem syaraf pusat pada thalamus dan cortex selebri.

b. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Demam, menurun
- 2) Kemerahan, menurun
- 3) Nyeri, menurun
- 4) Bengkak, menurun
- 5) Kadar sel darah putih, membaik

Tabel 2.3

Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 2

Intervensi	Rasional
------------	----------

Intervensi	Rasional
Pencegahan Infeksi Observasi: 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung. 2. Berikan perawatan kulit pada area edema. 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. 3. Ajarkan etika batuk. 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi. 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan. Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu. SIKI, 2018	Observasi: 1. Untuk melihat dan mengetahui tanda dan gejala infeksi lokal atau sistemik. Terapeutik 1. Dapat mencegah adanya infeksi nosokomial. 2. Dapat mempercepat proses penyembuhan. 3. Dapat menghindari penularan. Edukasi 1. Dapat membantu klien dalam memahami tanda dan gejala infeksi. 2. Dapat meminimalisir resiko infeksi. 3. Dapat mencegah terjadinya penularan bakteri. 4. Dapat mengetahui tanda dan gejala infeksi secara dini dan mengetahui bahaya dari infeksi. 5. Untuk mempertahankan meningkatkan perfusi jaringan tetap adekuat. Kolaborasi 1. Dapat menghindari terjadinya infeksi dan dapat membunuh kuman

c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Pergerakan ekstremitas, meningkat.
- 2) Kekuatan otot, meningkat.
- 3) Rentang gerak (ROM), meningkat.

Tabel 2.4
Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 3

Intervensi	Rasional
Dukungan mobilisasi Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi. 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, misalkan pagar tempat tidur. 2. Fasilitasi melakukan pergerakan. 3. Libatkan keluarga membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Edukasi 1. Jelaskan tujuan mobilisasi dini. 2. Anjurkan melakukakn mobilisasi dini. 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan, misalnya duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, atau pundah dari tempat tidur ke kursi SIKI, 2018	Observasi 1. Untuk mengetahui adanya nyeri pada pasien. 2. Untuk mengetahui toleransi aktivitas fisik dalam melakukan pergerakan. 3. Untuk melihat dan mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi. 4. Untuk melihat dan mengetahui kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Terapeutik 1. Dapat memfasilitasi aktivitas mobilisasi menggunakan alat bantu seperti pagar tempat tidur. 2. Dapat mempermudah dalam melakukan pergerakan. 3. Agar keluarga berperan membantu pasien dalam proses pemulihan, Edukasi 1. Agar pasien mengetahui tujuan dan prosedur dilakukannya mobilisasi. 2. Untuk mempercepat proses penyembuhan dan pemulihan. 3. Agar pasien mampu melakukan mobilisasi sederhana secara mandiri.

d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Kemampuan mandi, meningkat.
- 2) Kemampuan mengenakan pakaian, meningkat.

- 3) Kemampuan makan, meningkat.
- 4) Kemampuan ke toilet (BAB/BAK), meningkat.
- 5) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri, meningkat.
- 6) Minat melakukan perawatan diri, meningkat.

Tabel 2.5

Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 4

Intervensi	Rasional
Dukungan perawatan diri Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia. 2. Monitor tingkat kemandirian. 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaianm berhias dan makan. Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (misalnya suasana hangat, rileks, dan privasi). 2. Siapkan keperluan mandi. 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri. 4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan. 5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukannya. 6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri. Edukasi 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. SIKI, 2018	Observasi 1. Untuk mengerahui kebiasaan aktivitas perawatan pasien. 2. Untuk mengerahui tingkat kemandirian pasien. 3. Untuk mngetahui kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan pasien. Terapeutik 1. Agar pasien merasa aman dan nyaman. 2. Perlu disiapkan sebelum melakukan tindakan. 3. Jika pasien mengalami kesulitan bisa dibantu untuk mempermudah dalam proses tindakan. 4. Untuk memfasilitasi dalam menerima keadaan ketergantungan. 5. Untuk memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukannya. 6. Agar terjadwal dengan baik dalam melakukan tindakan. Edukasi 1. Agar pasien mengerti dapat melakukan perawatan diri secara mandiri dan konsisten.

- e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (kebisingan).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan sulit tidur, menurun.
- 2) Keluhan sering terjaga, menurun.
- 3) Keluhan tidak puas tidur, menurun.
- 4) Keluhan pola tidur berubah, menurun.
- 5) Keluhan istirahat tidak cukup, menurun.

Tabel 2.6
Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 5

Intervensi	Rasional
Dukungan mobilisasi Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur. 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur. 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur) Terapeutik 1. Modifikasi lingkungan (pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu. 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur. 4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan	Observasi 1. Untuk mendata masalah yang dialami pasien. 2. Untuk mengumpulkan data mendukung dalam pemenuhan kebutuhan pasien. 3. Untuk mengetahui pengaruhnya terhadap tidur. Terapeutik. 1. Untuk memberikan rasa nyaman terhadap pasien. 2. Agar pasien mampu beristirahat yang cukup. 3. Untuk menjaga kualitas tidur yang baik. 4. Agar pasien rileks dan merasa lebih santai.

Intervensi	Rasional
(pijat, pengaturan posisi, terapi akupuntur) 5. Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga. Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur selama sakit. 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur. 3. Anjurkan menghindari makan/minum yang mengganggu tidur. 4. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (psikologis, gaya hidup) 5. Ajarkan relaksasi obat autogenic atau cara nonfarmakologis lainnya. SIKI, 2018	5. Untuk membantu peningkatan kualitas tidur yang baik. Edukasi 1. Agar pasien tahu mengenai pentingnya istirahat yang cukup. 2. Untuk membiasakan waktu tidur rutin. 3. Untuk menghindari terjadinya gangguan kualitas tidur. 4. Agar mendapatkan efek tenang pada pasien. 5. Untuk memberikan pemahaman yang baik kepada pasien terkait pola tidur.

4. IMPLEMENTASI dan PELAKSANAAN

Pelaksanaan atau implementasi keperawatan adalah insisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi tindakan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada *nursing order* untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan.

Tujuan pelaksanaan atau implementasi keperwatan adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan dan memfasilitasi coping, perencanaan tindakan keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik, jika klien

mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.

Setelah tahap pelaksanaan, perawat harus melakukan pengumpulan data dan memilih tindakan keperawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan pasien. Semua tindakan keperawatan dicatat ke dalam format yang telah ditetapkan. (Aspiani, 2017).

5. EVALUASI

Evaluasi keperawatan adalah penilaian terakhir proses keperawatan yang didasarkan pada tujuan keperawatan yang ditetapkan. Penetapan keberhasilan suatu asuhan keperawatan didasarkan pada perubahan perilaku dan kriteria yang ditetapkan, yaitu terjadinya adaptasi pada individu (Sagita, 2019).

Adapun komponen evaluasi menurut Hidayat (2017) terdiri dari:

a. Evaluasi Formatif

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dari hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni Subjektif (data berupa keluhan

klien), Objektif (data hasil pemeriksaan), Analisa data (perbandingan data dengan teori, dan Perencanaan atau *planning*.

b. Evaluasi Sumatif

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang diberikan. Metode yang dapat digunakan pada evaluasi jenis ini adalah melakukan wawancara pada akhir layanan, menanyakan respon klien dan keluarga terkait layanan keperawatan, serta mengadakan pertemuan pada akhir layanan.

6. DOKUMENTASI

Proses akhir dari asuhan keperawatan adalah dokumentasi. Proses ini sangat diperlukan karena sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap hasil asuhan keperawatan.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. TINJAUAN KASUS

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama : Ny. T

Umur : 34 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Kp. Cijeunjing, Warung Jeruk, Kab.
Ciamis

Agama : Islam

Pekerjaan : Ibu rumah tangga

Pendidikan : SMA

Ruang Rawat : Delima

Tanggal Masuk : 8 April 2023

Tanggal Pengkajian : 10 April 2023

Diagnosa : *Post operasi sectio caesarea* atas indikasi
preeklamsia berat

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. D

Umur : 38 Tahun

Hubungan Keluarga : Suami

Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Kp. Cijeunjing, Warung Jeruk, Kab.
Ciamis

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri pada luka SC bagian bawah abdomen

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat melakukan pengkajian pada hari Senin, 10 April 2023 klien *post* operasi *sectio caesarea*, klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi SC, disertai pusing, nyeri seperti di sayat-sayat, nyeri hilang timbul klien mengatakan nyeri ketika bergerak, klien tampak meringis, terdapat luka jahitan di abdomen, rasa nyeri memberat jika menggerakkan badan, skala nyeri 7 (0-10).

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mempunyai riwayat penyakit hipertensi

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang pernah menderita penyakit seperti klien alami ataupun tidak memiliki riwayat penyakit berat seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, dan tidak memiliki penyakit menular.

5) Riwayat Ginekologi

a) Riwayat Menstruasi

Klien mengatakan hari pertama haid terakhir (HPHT) 1 Agustus 2022. Haid pertama (menarche) kira-kira pada usia 16 tahun, siklus haid 28 hari, lamanya haid 6-7 hari, keluhan selama haid tidak ada, klien mengatakan setiap haid mengganti pembalut 3x pada hari pertama. Tanggal perkiraan persalinan 8 April 2023.

b) Riwayat Perkawinan

Klien mengatakan bahwa klien menikah pada usia 22 tahun, dan suami klien menikah pada usia 26 tahun, dan ini merupakan pernikahan klien yang pertama, usia pernikahan sudah 12 tahun.

c) Riwayat Keluarga Berencana (KB)

Klien mengatakan sebelum hamil pernah menggunakan KB suntik selama 6 bulan, dan sekarang setelah kelahiran anak pertamanya klien akan menggunakan alat kontrasepsi IUD.

d) Riwayat Kehamilan Sekarang

Klien mengatakan ini kehamilan pertama, keluhan saat hamil klien memiliki tekanan darah tinggi (hipertensi) dan pemeriksaan kehamilan dilakukan dengan bidan secara teratur setiap bulannya.

e) Riwayat Persalinan Sekarang

Pada tanggal 9 April 2023 pukul 11.45 WIB klien dibawa ke ruangan operasi untuk dilakukan tindakan *sectio caesarea*, bayi lahir pada pukul 12.30 WIB dengan jenis kelamin laki-laki dengan berat badan 2.600 gram.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum : Lemah

Kesadaran : Compos mentis

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

2) Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : 170/100 mmHg

Nadi : 88x/menit

Respirasi : 20x/menit

Suhu : 36,5°C

3) Pemeriksaan Antropometri

Tinggi Badan : 150 cm

Berat Badan Sebelum Hamil : 50 Kg

Berat Badan Sekarang : 60 Kg

4) Pemeriksaan Fisik Head to Toe

a) Rambut dan Kepala

Saat dilakukan pemeriksaan, rambut klien berwarna hitam, rambut tidak rapi, karakteristik rambut lurus, tidak ada keluhan seperti rambut rontok, tidak terdapat benjolan pada saat di palpasi dan tidak ada nyeri tekan, kulit kepala kotor.

b) Mata

Saat dilakukan pemeriksaan, mata klien simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ikterik, pupil mengecil ketika diberi rangsangan Cahaya, tidak ada keluhan dan fungsi penglihatan baik.

c) Telinga

Saat dilakukan pemeriksaan, bentuk telinga klien simetris, tidak terdapat serumen yang berlebihan, tidak ada keluhan dengan fungsi pendengaran, terbukti dengan klien dapat menjawab pertanyaan yang diajukan.

d) Hidung

Saat dilakukan pemeriksaan, lubang hidung klien simetris, tidak terdapat polip, tidak ada keluhan dan fungsi penciuman, terbukti klien dapat membedakan aroma kopi dan minyak kayu putih.

e) Mulut dan Tenggorokan

Saat dilakukan pemeriksaan, pernapasan dada simetris kiri dan kanan, bunyi napas veskuler dengan respirasi 20x/menit, tidak ada keluhan nyeri tekan.

f) Leher

Pada saat dilakukan pemeriksaan tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, pergerakan leher dapat menengok ke kiri dan ke kanan.

g) Dada

(1) Paru-paru

Saat dilakuakn pemeriksaan secara inspeksi pernapasan dada simetris kiri dan kanan, bunyi napas veskuler dengan respirasi 20x/menit, tidak ada keluhan, tidak ada nyeri tekan.

(2) Jantung

Saat dilakukan pemeriksaan secara auskultasi, bunyi jantung regular, terdengar suara S1 dan S2 lup dup dengan nadi 88x/menit dan tekanan darah 170/100 mmHg.

(3) Payudara

Saat dilakukan pemeriksaan inspeksi bentuk payudara simetris, putting susu menonjol keluar, areola mammae hitam, terdapat pengeluaran ASI, dan pada saat di palpasi tidak ada nyeri tekan.

h) Abdomen

Pada saat dilakukan pemeriksaan secara inspeksi bentuk abdomen normal, terdapat luka *post sectio caesarea* dengan panjang luka kira-kira 10 cm berbentuk horizontal, tertutup kasa, saat di palpasi TFU teraba 2 cm dibawah tali pusar, kontraksi kuat saat diraba mengerasm bising usus 10x/menit, tidak terdapat distensi kandung kemih, terdapat striae, adanya linea nigra, ada nyeri tekan, dan keluhan nyeri dengan skala 7 (0-10).

i) Genetalia

Keadaan vulva kotor, tidak ada pembengkakan pada vulva dan perineum, labia simetris antara labia kanan dan labia kiri, terdapat lochea rubra, terpasang DC (*dower catheter*) 1000 cc dan tidak terdapat edema, tidak ada varises vagina.

j) Ekstremitas Atas

Saat dilakukan pemeriksaan letak antara tangan kanan dan kiri simetris, tidak ada lesi dan nyeri, tidak ada edema, jumlah jari lengkap, tangan kiri dapat bergerak, tangan kanan terpasang infus RL, pergerakan tangan kanan terbatas, tidak ada nyeri tekan, kekuatan otot.

4	5
4	4

k) Ekstremitas Bawah

Saat dilakukan pemeriksaan letak antara kaki kanan dan kiri simetris, tidak ada lesi dan nyeri, tidak ada edema pada kaki, jumlah jari lengkap, tidak ada nyeri tekan, pergerakan kaki terbatas, kekuatan otot terbatas.

4	5
4	4

d. Data Aspek Psikologis, Sosial dan Spiritual

1) Konsep Diri

a) Identitas Diri

Klien merasa senang sebagai seorang perempuan dan sangat merasa bahagia atas kelahiran anak pertamanya.

b) Peran Diri

Klien merasa Bahagia sebagai seorang istri dari suaminya dan sekarang sudah menjadi seorang ibu dari anak pertamanya, tetapi sekarang klien sebagai pasien yang dirawat di rumah sakit.

c) Ideal Diri

Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan ingin segera pulang untuk melakukan aktivitas seperti biasanya.

d) Harga Diri

Klien mengatakan senang dengan kelahiran anak pertamanya dan bangga sebagai seorang perempuan karena sudah menjadi seorang ibu dari 1 anak. Namun klien merasa sedikit tidak dapat melahirkan secara normal.

2) Aspek Psikologis *Post Partum*

Klien mengalami fase *taking in*, fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung 1-3 hari setelah melahirkan ditandai dengan klien fokus perhatian pada dirinya sendiri.

3) Aspek Sosial dan Spiritual

a) Pola Peran dan Hubungan Sosial

Klien mengatakan hubungan dengan orang terdekat tidak ada masalah dan hubungan sangat baik. Interaksi dengan tenaga medis, keluarga dan pasien lain terjalin dengan baik, klien pun tampak kooperatif, komunikasi dengan orang lain secara baik, lancar, dan tidak ada konflik dalam hubungan dengan orang lain.

b) Pola Koping dan Stress

Apabila klien mengalami stress karena mempunyai masalah dan keluarganya, klien selalu memecahkan masalahnya dengan cara bermusyawarah dan berdiskusi dengan suaminya.

e. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3.1
Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Aktivitas	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1	Pola Nutrisi 1. Makan Frekuensi Jenis Porsi 2. Minum Frekuensi Jenis Cara	3x/hari Nasi + lauk pauk 1 porsi 6-7 gelas/hari Air putih Mandiri	3x/hari Bubur nasi + lauk pauk 1 porsi 5-6 gelas/hari Air putih Dibantu
2	Pola Eliminasi 1. BAB Frekuensi Konsistensi Warna Bau 2. BAK Frekuensi Warna Bau	1x/hari Padat Khas feses Khas feses 4-5x/hari Kuning jernih Khas urin	Belum BAB - - - Terpasang kateter Kuning pekat Khas urin
3	Pola Istirahat Tidur 1. Siang Kualitas 2. Malam Kualitas	1-2 jam Nyenyak 6-7 jam Nyenyak	1-2 jam Kurang nyenyak 6-7 jam Kurang nyenyak
4	Personal Hygiene 1. Mandi 2. Gosok gigi 3. Keramas 4. Ganti baju 5. Cara	2x/hari 2x/hari 2x/minggu 2x/hari Mandiri	Belum mandi Belum gosok gigi Belum keramas 1x Dibantu

f. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.2
Pemeriksaan Laboratorium

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Normal
1	HEMATOLOGI			
	Darah rutin			
	Hemoglobin	12,2	g/dL	12,00-16,00
	Hematokrit	35	%	35-47
	Leukosit	19,310	/mm ³	3,800-10,600
	Trombosit	442,000	/mm ³	150,00-440,000
	Eritrosit	3,80	Juta/mm ³	3,6-5,9

g. Terapi Medis

Tabel 3.3
Terapi Medis

No	Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian
1	Infus RL	20 tpm	IV
2	Metronidazole	2x500 mg	IV
3	Cefotaxime	2x1 gr	IV
4	Keterolak	2x30 mg	IV
5	Nipedifin	2x10 mg	Oral

h. Analisa Data

Tabel 3.4

Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1	DS: 1. Klien mengeluh nyeri pada luka operasi 2. Klien mengeluh pusin DO: 1. Terdapat luka <i>post</i> operasi 10cm, horisontal 2. Klien tampak meringis 3. Skala nyeri 7 (0-10) 4. TD: 170/100 mmHg 5. N: 88x/menit 6. R: 20x/menit 7. S: 36,5°C	Adanya luka operasi yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter bradikinin, serotonin, rangsangan ini diantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri yang	Nyeri akut

No	Data	Etiologi	Problem				
		dipersepsikan sebagakn nyeri.					
2	DS: - DO: 1. Terdapat luka insisi abdomen 2. Luka tertutup perban 10cm 3. Leukosit 14.000 mm3	Luka <i>post</i> operasi menyebabkan adanya jaringan terbuka serta proteksi kurang, lalu terjadinya invasi bakteri yang menimbulkan resiko infeksi	Resiko infeksi				
3	DS: 1. Klien mengeluh sulit menggerakan ekstremitas 2. Klien mengatakan nyeri ketika bergerak DO: 1. Klien tampak lemah 2. Gerakan klien terbatas 3. Aktivitas dibantu keluarga 4. Kekuatan otot <table><tr><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>4</td></tr></table>	4	5	4	4	Adanya luka operasi yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter bradiknin, serotonin, rangsangan ini dihantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri yang dipersepsikan sebagakn nyeri sehingga menyebabkan nyeri ketika bergerak, keterbatasan saat bergerak dan aktivitas terganggu	Gangguan mobilitas fisik
4	5						
4	4						
4	DS: 1. Klien mengeluh merasa lemah dan tidak berdaya 2. Klien mengatakan belum mandi semenjak masuk rumah sakit DO: 1. Klien tampak lemah 2. Klien belum mampu ke kamar mandi 3. Klien tampak kotor, berkeringat, dan lengket.	Adanya luka operasi yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter bradiknin, serotonin, rangsangan ini dihantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nveri yang	Defisit perawatan diri				

No	Data	Etiologi	Problem
		dipersepsikan sebagakn nyeri, menyebabkan nyeri ketika bergerak, keterbatasan saat bergerak menyebabkan ketidakmapuan perawatan diri.	

2. Diagnosa Keperawatan

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

DS:

- 1) Klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi
- 2) Klien mengeluh pusing

DO:

- 1) Terdapat luka *post* operasi 10cm, horisontal
- 2) Klien tampak meringis
- 3) Skala nyeri 7 (0-10)
- 4) TD: 170/100 mmHg
- 5) N: 88x/menit
- 6) R: 20x/menit
- 7) S: 36,5°C

b. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

DS: -

DO:

- 1) Terdapat luka insisi abdomen
- 2) Luka tertutup perban 10 cm
- 3) Leukosit 14.000 mm³

c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

DS:

- 1) Klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
- 2) Klien mengatakan nyeri ketika bergerak

DO:

- 1) Klien tampak lemah
- 2) Gerakan klien terbatas
- 3) Aktivitas di bantu keluarga
- 4) Kekuatan otot

4	5
4	4

d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

DS:

- 1) Klien mengeluh lemah dan tidak berdaya
- 2) Klien mengatakan belum mandi semenjak masuk rumah sakit

DO:

- a. Klien tampak lemah
- b. Klien belum mampu ke kamar mandi
- c. Badan klien tampak kotor, berkeringat, dan lengket.

3. Proses Keperawatan

Tabel 3.5
Proses Keperawatan pada Ny. T

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen penceder fisiologis. (D.0077) DS: - Klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi - Klien mengeluh pusing DO: - Terdapat luka post operasi 10cm, horizontal - Klien tampak meringis - Skala nyeri 7 (0-10) - TD: 170/100 mmHg - N: 88x/menit - R: 20x/menit - S: 36,5°C	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: (L.08066) - Keluhan nyeri, menurun - Meringis, menurun - Sikap protektif, menurun - Gelisah, menurun (L.08063) - Kemampuan mengenali penyebab nyeri, meningkat - Kemampuan menggunakan	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi: - Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, dan intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Monitor tanda-tanda vital Terapeutik: - Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: kompres hangat/dingin, terapi pijat, terapi musik)	Observasi: - Untuk menentukan dan membedakan karakteristik nyeri - Untuk mengerahui tingkatan nyeri dan distraksi yang diharapkan - Untuk mengetahui tanda-tanda vital dan keadaan umum klien Terapeutik: - Dapat mengalihkan perhatian dan sensasi nyeri sehingga klien lupa nyeri yang dirasakan	Senin, 10 April 2023 Pukul 09.00 WIB Observasi: - Memonitor TTV: Respon: TD: 170/100 mmHg N: 84x/menit R: 18x/menit S: 36,5°C - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi dan intensitas nyeri. Respon: Ada nyeri di bagian perut seperti disayat-sayat - Mengidentifikasi skala nyeri Respon: Skala nyeri 6 (0-10) Terapeutik: - Memberikan teknik non farmakologis	Senin, 10 April 2023 Pukul 09.00 WIB S: - Klien mengatakan masih nyeri - klien mengatakan masih pusing O: - skala nyeri 6 (0-10) - klien tampak meringis - terdapat luka insisi 10cm - TD: 160/90 mmHg - N: 88x/menit - R: 20x/menit - S: 36°C A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Kaji tingkat nyeri - Kaji TTV - Kaji skala nyeri

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
		teknik non farmakologis, meningkat	5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu dan pencahayaan ruangan, kebisingan). Edukasi: 6. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri 7. Anjurkan teknik non farmakologis (teknik napas dalam) Kolaborasi: 8. Kolaborasi pemberian analgetik, bila perlu	5. Dapat memberikan rasa nyaman Edukasi: 6. Agar mengetahui penyebab dan pemicu nyeri 7. Mengalihkan perhatian dan sensasi nyeri sehingga klien lupa nyeri yang dirasakan Kolaborasi: 8. Pemberian obat anti nyeri dapat menghilangkan rasa nyeri	untuk mengurangi rasa nyeri Respon: Klien terlihat tenang ketika mendengarkan music instrumental 5. Mengontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri Respon: Lingkungan dapat terkontrol dari suhu dan pencahayaan ruangan, serta kebisingan Edukasi: 6. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri Respon: Klien dapat memahami 7. Menganjurkan teknik non farmakologis (teknik napas dalam) Respon: Klien dapat	4. Kontrol lingkungan yng memperberat rasa nyeri 5. Anjurkan teknik non farmakologis (teknik napas dalam) 6. Kolaborasi pemberian analgetik Risma Silviyani

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
					melakukan teknik napas dalam Kolaborasi: 8. Berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat analgetic Respon: Memberikan obat analgetic: Keterolak 1x30ml (IV) Nifedifin tablet 1x10 mg (oral) Risma Silviyani	
2	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142) DS: - DO: 1) Terdapat luka insisi abdomen 2) Luka tertutup perban 10 cm 3) Leukosit 14.000	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: (L.14137) 1. Kemerahan, menurun 2. Nyeri, menurun	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi: 1. Monitor tanda dan gejala infeksi Terapeutik: 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak	Observasi: 1. Mengetahui tanda dan gejala infeksi Terapeutik: 2. Dapat mencegah infeksi nasokomial 3. Untuk mencegah penularan	Senin, 10 April 2023 Pukul 09.15 WIB Observasi: 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi Respon: Tidak ada tanda dan gejala infeksi (color, rubor, dolor, tumor, fungsiolesa) Terapeutik:	Senin, 10 April 2023 Pukul 09.15 WIB S: - O: Leukosit: 14.000 mm³ A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	mm3	3. Bengkak, menurun 4. Kadar sel darah putih, membaik	dengan klien Edukasi: 4. Ajarkan mencuci tangan dengan benar 5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan Kolaborasi: 7. Kolaborasi pemberian antibiotik, bila perlu	Edukasi: 4. Dapat meminimalisir resiko infeksi 5. Dapat mengetahui tanda dan gejala infeksi secara dini dan bahaya infeksi 6. Untuk meningkatkan dan mempertahankan perfusi jaringan tetap adekuat Kolaborasi: 7. Dapat menghindari terjadinya infeksi dan membunuh kuman	2. Membatasi jumlah pengunjung Respon: Tidak ada yang membesuk klien 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien Respon: Klien mampu melakukan cuci tangan Edukasi: 4. Mengajarkan cuci tangan dengan benar 5. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi: kemerahan disekitar luka, munculnya nanah (pus), muncul benjolan, bagian luka membengkak, demam, nyeri pada daerah luka Respon: Klein dapat memahami tanda dan gejala dari infeksi	2. Batasi jumlah pengunjung 3. Ajarkan cuci tangan dengan benar 4. Anjurkn meningkatkan asupan nutrisi 5. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antibiotik Risma Silviyani

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
					6. Menganjurkan agar meningkatkan asupan nutrisi dan cairan seperti makanan tinggi protein, vitamin, zat besi dan banyak minum air putih Respon: Klien dapat memahami pentingnya meningkatkan asupan nutrisi dan cairan Kolaborasi: 7. Kolaborasi pemberian antibiotic Respon: Metronidazole 1x500 mg (IV) Cefotaxime 2x1 gr (IV) Risma Silviyani	
3	Gangguan mobilitas fisik berhubungan	Setelah dilakukan tindakan	Dukungan mobilisasi (I.05173)		Senin, 10 April 2023 Pukul 09.30 WIB	Senin, 10 April 2023 Pukul 09.30 WIB

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	dengan nyeri (D.0054) DS: 1) Klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas 2) Klien mengatakan nyeri ketika bergerak DO: 1) Klien tampak lemah 2) Gerakan klien terbatas 3) Aktivitas di bantu keluarga 4) Kekuatan otot 4 5 4 4	keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: (L.05042) 1. Pergerakan ekstremitas, meningkat 2. Kekuatan otot, meningkat, rentang gerak (ROM), meningkat	Observasi: 1. Identifikasi adanya nyeri/keluhan fisik lainnya 2. Monitor kondisi umum selama mobilisasi Terapeutik: 3. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: tempat tidur) 4. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi: 5. Anjurkan untuk mobilisasi dini 6. Ajarkan melakukan mobilisasi (duduk	Observasi: 1. Untuk mengetahui adanya nyeri pada klien 2. Untuk mengetahui dan melihat kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik: 3. Untuk membantu aktivitas mobilisasi 4. Agar keluarga berperan membantu klien dalam proses pemulihan/penyembuhan Edukasi: 5. Agar klien dapat melakukan mobilisasi sesegera mungkin 6. Agar klien mampu melakukan	Observasi: 1. Mengidentifikasi adanya nyeri/keluhan fisik lainnya Respon: Adanya nyeri pada bekas luka operasi di bagian perut bawah 2. Memonitor kondisi umum selama mobilisasi Respon: Klien tampak meringis ketika melakukan mobilisasi Terapeutik: 3. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (tempat tidur) Respon: Klien tampak berbaring diatas tempat tidur 4. Melibatkan keluarga untuk membantu	S: Klien mengatakan nyeri ketika bergerak, berkurang O: 1. klien tampak mulai bisa bergerak 2. klien sedikit-sedikit sudah bisa miring kanan, miring kiri 3. klien tampak berhati-hati ketika bergerak A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan 2. Latih mobilisasi dini sesuai kemampuan klien 3. Ajarkan kepada klien mobilisasi dini

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi)	mobilisasi sederhana secara mandiri dan mempercepat proses pemulihan	klien dalam meningkatkan pergerakan Respon: Keluarga mau dilibatkan untuk membantu klien Edukasi: 5. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini Respon: klien tampak mulai melakukan mobilisasi 6. Mengajarkan melakukan mobilisasi seperti duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi Respon: klien tampak mulai melakukan pergerakan Risma Silviyani	ringan dan bertahap Risma Silviyani
4	Defisit perawatan diri berhubungan	Setelah dilakukan tindakan	Dukungan perawatan diri		Senin, 10 April 2023 Pukul 09.45 WIB	Senin, 10 April 2023 Pukul 09.45 WIB

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	dengan kelemahan (D.109) DS: 1. Klien mengeluh lemah dan tidak berdaya 2. Klien mengatakan belum mandi semenjak masuk rumah sakit DO: 1. Klien tampak lemah 2. Klien belum mampu ke kamar mandi 3. Badan klien tampak kotor, berkeringat, dan lengket.	keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: (L.11103) 6. Kemampuan mandi, meningkat 7. Kemampuan mengenakan pakaian, meningkat 8. Kemampuan ke toilet (BAK/BAB), meningkat 9. Minat melakukan perawatan diri, meningkat	(I.11348) Observasi: 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian klien 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik: 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis:suasana hangat, rileks, dan privasi) 5. Damping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri	Observasi: 1. Untuk mengetahui kebiasaan perawatan diri klien 2. Untuk mengetahui tingkat kemandirian klien 3. Untuk mengetahui kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Edukasi: 4. Agar klien merasa nyaman 5. Jika klien mengalami kesulitan dapat dibantu untuk mempermudah prses tindakan 6. Agar terjadwal dengan baik dalam	Observasi: 1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia Respon: Klien mengatakan akan melakukan perawatan diri 2x sehari 2. Memonitor tingkat kemandirian klien Respon: klien belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri 3. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Respon: Kebutuhan klien yaitu peralatan mandi dan pakaian bersih. Terapeutik: 4. Menyediakan	S: Klien mengatakan belum mampu ke kamar mandi O: 1. klien tampak tidak mampu ke kamar mandi 2. aktivitas kebersihan masih di bantu A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor tingkat kemandirian klien 2. Sediakan lingkungan terapeutik (mis:suasana hangat, rileks, dan privasi) 3. Damping melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Jadwalkan rutinitas

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			Edukasi: 7. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	melakukan perawatan diri Edukasi: 7. Adar klien dapat mengerti melakukan perawatan diri secara mandiri	lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, dan privasi) Respon: Lingkungan tersedia, klien rileks dan sampiran tertutup. 5. Mendampingi klien dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri Respon: Klien dapat melakukan perawatan diri tetapi masih dibantu 6. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri klien Respon: Klien mengatakan bersedia melakukan jadwal perawatan diri Edukasi: 7. Menganjurkan	perawatan diri 5. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan Risma Silviani

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
					melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan Respon: Klien akan melakukan perawatan 2x sehari Risma Silviyani	

4. Catatan Perkembangan

Tanggal : 9 April 2023 No RM : 01315367

Masuk

Nama : Ny. T Diagnosa : *Post sectio caesarea*

Umur : 34 tahun Medis atas indikasi

Jenis Kelamin : Perempuan preeklamsia berat

Tabel 3.6
Catatan Perkembangan pada Ny. T POD 1

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Perawat
Selasa 11 April 2023	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. DS: 1. Klien mengatakan masih nyeri 2. klien mengatakan masih pusing DO: 1. Skala nyeri 6 (0-10) 2. Klien tampak meringis 3. Terdapat luka insisi 10cm 4. TD: 160/90 mmHg 5. N: 88x/menit 6. R: 20x/menit 7. S: 36°C	S: 1. Klien mengatakan masih merasakan nyeri 2. Klien mengatakan pusing berkurang O: 1. Klein tampak masih meringis 2. Skala nyeri 3 (0-10) A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Kaji kembali tanda-tanda vital 2. Kaji Kembali tingkat nyeri 3. Anjurkan teknik non farmakologis teknik napas dalam 4. Kaji kolaborasi pemberian analgetic I: 09.00 1. Mengkaji TTV TD: 130/80 mmHg N: 92x/menit R: 20x/menit S: 36°C 2. Mengkaji kembali tingkat nyeri klien 3. Memberikan obat ketorolac 1x30 ml (IV) 4. Menganjurkan teknik napas dalam	Risma Silvian

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Perawat
		E: Masalah teratasi sebagian	
Selasa 11 April 2023	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif DS: - DO: Leukosit: 14.000 mm ³	S: - O: 1. Terdapat luka dibagian abdomen 2. Luka tertutup perban 10 cm 3. Leukosit 14.000 A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien 4. Anjurkan mencuci tangan dengan benar 5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan I: 09.15 1. Memonitor kembali tanda dan gejala infeksi 2. Membatasi jumlah pengunjung 3. Mengajarkan kembali cuci tangan yang benar 4. Menganjurkan kembali untuk meningkatkan asupan nutrisi dan cairan 5. Memberikan antibiotik : Metronidazole 1x500mg (IV) Cefotaxime E: Masalah teratasi Sebagian	Risma Silviyani
Selasa 11 April 2023	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri DS:	S: 1. Klien mengeluh sulit mengerjakan ekstermitas 2. Klien mengatakan nyeri	Risma Silviyani

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Perawat				
	Klien mengatakan nyeri ketika bergerak, berkurang DO: 1. Klien tampak mulai bisa bergerak 2. Klien sedikit-sedikit sudah bisa miring kanan, miring kiri 3. Klien tampak berhati-hati ketika bergerak	Ketika bergerak O: 1. klien tampak lemah 2. Gerakan klien terbatas 3. Aktivitas dibantu keluarga 4. Kekuatnsn otot <table><tr><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>4</td></tr></table> A: Masalah teratasi Sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan 2. Latih mobilisasi dini sesuai kemampuan klien 3. Ajarkan kepada klien mobilisasi ringan dan bertahap I: 09.30 1. Melibatkan kembali keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan 2. Melatih kembali mobilisasi dini sesuai kemampuan klien 3. Mengajarkan kembali kepaa klien mobilisasi ringan dan bertahap E: Masalah teratasi Sebagian	4	5	4	4	
4	5						
4	4						
Selasa 11 April 2023	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan DS: Klien mengatakan belum mampu ke kamar mandi DO: 1. Klien tampak tidak mampu ke kamar mandi 2. Aktivitas kebersihan masih di bantu	S: - Klien mengeluh lemah dan tidak berdaya - klien mengatakan belum mandi semenjask masuk rumah sakit O: 1. Klien tampak lemah 2. Klien belum mampu ke kamar mandi 3. Badan klien tampak kotor , berkeringat dan lengket . A: masalah teratasi Sebagian	Risma Silviyani				

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Perawat
		P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor kembali tingkat kemandirian klien 2. Sediakan kembali lingkungan yang terapeutik (suasana rileks) 3. Dampingi kembali melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Jadwalkan kembali rutinitas perawatan diri 5. Anjurkan kembali melakukan perawatan diri secara konsisten I: 09.45 1. Memonitor kembali tingkat kemandirian klien 2. Menyediakan kembali lingkungan yang terapeutik (suasana rileks) 3. Mendampingi kembali melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Menjadwalkan kembali rutinitas perawatan diri 5. Menganjurkan kembali melakukan perawatan diri secara konsisten E: Masalah teratasi	

Tabel 3.7
Catatan Perkembangan pada Ny. T POD 2

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Perawat
Rabu, 12 April 2023	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. DS: 1. Klien mengatakan masih merasakan nyeri	S: 1. Klien mengatakan nyeri sudah berkurang 2. Klien mengatakan sudah tidak pusing O: 1. Klien tampak rileks 2. Skala nyeri 2 (0-10)	Risma Silvian

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Perawat
	2. klien mengatakan pusing berkurang DO: 1. Skala nyeri 3 (0-10) 2. Klien tampak rileks 3. Tanda-tanda vital TD: 130/80 mmHg N: 92x/menit R: 20x/menit S: 36°C	A: Masalah teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Kaji kembali tanda-tanda vital 2. Kaji kembali tingkat nyeri 3. Anjurkan teknik non farmakologis teknik napas dalam 4. Kolaborasi pemberian analgetik I: 09.00 5. Mengkaji TTV TD: 120/80 mmHg N: 88x/menit R: 20x/menit S: 36°C 6. Mengkaji kembali tingkat nyeri klien 7. Memberikan obat ketorolac 1x30 ml (IV) E: Masalah teratasi sebagian	

B. PEMBAHASAN

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. T P1A0 dengan *post sectio caesarea* penulis menemukan masalah-masalah berupa kesenjangan-kesenjangan antara teori yang didapatkan dengan tindakan-tindakan keperawatan yang dilakukan. Adapun pembahasan ini dibagi berdasarkan tahap proses keperawatan, yaitu: pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan:

1. Pengkajian

Pada saat pengumpulan data, penulis tidak menemukan banyak kendala karena Ny. T dan keluarga cukup kooperatif yang ditunjang dengan terbinanya kepercayaan antara penulis dan Ny. T beserta keluarga.

Klien menjawab pertanyaan yang dilontarkan penulis tanpa terlihat adanya perasaan ragu dimulai pengkajian data identitas hingga data psikologisnya dan bersedia untuk dilakukan pemeriksaan fisik secara sistematis serta keluarga pun membantu untuk memberikan data yang diperlukan.

Data pengkajian asuhan keperawatan yang ada *post sectio caesarea* atas indikasi preeklamsia berat yaitu dengan keluhan nyeri pada luka operasi, luka 10 cm horizontal, skala nyeri 7 (0-10), tampak meringis saat bergerak, leukosit 14.000 mm³, badan tampak kotor, berkeringat dan lengket. Data ditemukan dalam pengkajian adalah nyeri akut, resiko infeksi, gangguan mobilitas fisik, dan defisit perawatan diri. Dari data Ny. T tidak ditemukannya data laboratorium urine karena tidak ditemukannya edema, frekuensi BAK masih dalam batas normal yaitu 1000c/24 jam.

Namun data-data yang menggambarkan status kesehatan klien seluruhnya dikelompokkan dan dianalisis sehingga selanjutnya dimunculkan pada diagnosa keperawatan.

2. Diagnosa Keperawatan

Secara teori tidak semua dapat dirumuskan dalam diagnose keperawatan secara nyata, karena hal ini harus ditunjang dari data-data hasil pengkajian yang dilakukan. Adapun diagnosa keperawatan yang muncul secara teori pada klien *post sectio caesarea* dengan indikasi preeklamsia berat menurut SDKI (2017) adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik.
- b. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan.
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.
- e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (kebisingan).

Sedangkan pada praktiknya, diagnosa yang muncul pada Ny. T adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik.
- b. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan.
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

3. Intervensi Keperawatan

Pada tahap perencanaan, penulis tidak mendapatkan hambatan atau kesulitan. Karena adanya kerjasama, dukungan, bantuan dari keluarga klien dan petugas kesehatan lainnya dalam ruangan sehingga terlaksananya perencanaan:

a. Nyeri Akut

Pada tahap perencanaan dengan nyeri akut, penulis merencanakan untuk identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, frekuensi, dan intensitas nyeri. Identifikasi ntingkat nyeri, monitor tanda-tanda vital, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, ajarkan teknik non farmakologis teknik napas dalam dan kolaborasi pemberian analgetik.

b. Resiko Infeksi

Pada tahap perencanaan dengan diagnosa resiko infeksi, penulis merencanakan monitor tanda dan gejala infeksi, batasi jumlah pengunjung, ajarkan cuci tangan dengan benar, jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan serta kolaborasi untuk pemberian antibiotik.

c. Gangguan Mobilitas Fisik

Pada tahap perencanaan dengan diagnosa gangguan mobilitas fisik penulis merencanakan untuk identifikasi adanya nyeri/keluhan fisik lainnya, libatkan keluarga dalam membantu klien untuk meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan mobilisasi, ajarkan mobilisasi dini, misalnya: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi, berjalan-jalan perlahan.

d. Defisit Perawatan Diri

Pada tahap perencanaan dengan diagnosa defisit perawatan diri, penulis merencanakan untuk identifikasi kebiasaan aktivitas , kebiasaan perawatan diri sesuai usia, monitor tingkat kemandirian klien, identifikasi kebutuhan alat bantu: kebersihan diri, berpakaian, berhias, makan, sediakan lingkungan yang terapeutik, misalnya suasana hangat/rileks, dan privasi, damping klien melakukan perawatan diri sampai mandiri, jadwalkan rutinitas perawatan diri, anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

4. Implementasi Keperawatan

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan klien berpartisipasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, serta adanya dukungan dan bantuan dari petugas kesehatan, mahasiswa, pembimbing, dan keluarga klien serta keterbukaan klien dalam menerima asuhan keperawatan sehingga dapat berjalan dengan lancar.

Pada diagnosa pertama, penulis melakukan tindakan sesuai perencanaan yang telah dibuat yaitu penulis mengidentifikasi karakteristik, lokasi, frekuensi dan intensitas nyeri, mengidentifikasi tingkat nyeri, mengkaji tanda-tanda vital dengan hasil pemeriksaan tekanan darah 170/100 mmHg, respirasi 20x/menit, nadi 88x/menit dan suhu 36,5°C, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, mengajarkan teknik non farmakologis teknik napas dalam dan berkolaborasi untuk pemberian analgetik.

Pada diagnosa kedua, penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat, yaitu penulis memonitor tanda dan gejala infeksi, membatasi jumlah pengunjung mengajarkan cara cuci tangan dengan benar, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan serta berkolaborasi untuk pemberian antibiotik.

Pada diagnosa ketiga, penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat yaitu untuk mengidentifikasi adanya nyeri/keluhan fisik lainnya, melibatkan keluarga dalam membantu klien

untuk meningkatkan pergerakan, menjelaskan tujuan mobilisasi, mengajarkan mobilisasi dini, misal: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi.

Pada diagnose terakhir, penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat, yaitu penulis mengidentifikasi kebiasaan aktivitas kebiasaan perawatan diri sesuai usia, memonitor tingkat kemandirian klien, mengidentifikasi kebutuhan alat bantu: kebersihan diri, berpakaian, bershias, dan makan, sediakan lingkungan yang terapeutik misalnya suasana hangat/rileks, dan privasi, mendampingi melakukan perawatan diri sampai mandiri, menjadwalkan rutinitas perawatan diri, menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

5. Evaluasi Keperawatan

Merupakan akhir dari proses keperawatan setelah intervensi dan implementasi. Setelah dilakukan perawatan selama 3 hari, penulis menemukan masalah keperawatan dengan 3 masalah dapat teratasi, dan 1 masalah teratasi sebagian. Semua dilakukan secara bertahap.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. KESIMPULAN

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. T P1A0 dengan *post sectio caesarea* hari ke-1 selama 3 hari terhitung tanggal 10-12 April 2023 di Ruang Delima, RSUD Ciamis dengan menggunakan proses keperawatan, maka penulis dapat mengambil kesimpulan secara umum bahwa asuhan keperawatan klien dengan *post sectio caesarea* hari ke-1 memerlukan tindakan yang cermat, cepat dan tepat.

Beberapa kesimpulan yang dapat diambil diantaranya adalah:

1. Penulis dapat melakukan pengkajian secara komprehensif pada Ny. T dengan *post sectio caesarea* atas indikasi preeklamsia berat.
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. T dengan *post sectio caesarea* atas indikasi preeklamsia berat.
3. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Ny. T dengan *post sectio caesarea* atas indikasi preeklamsia berat.
4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. T *post post sectio caesarea* atas indikasi preeklamsia.
5. Penulis mampu mengevaluasi dari setiap tindakan keperawatan yang diberikan dengan berdasarkan pada perkembangan kondisi klien terlihat adanya kemajuan secara bertahap dari setiap diagnose keperawatan yang muncul.

6. Penulis dapat mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. T dengan *post sectio caesarea* dalam bentuk studi kasus.

B. REKOMENDASI

Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rekomendasi, yaitu:

1. Bagi Mahasiswa

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan hendaknya di pandang secara menyeluruh baik meliputi aspek bio-psiko-sosial-spiritual, agar dapat menentukan masalah baik aktual maupun potensial. Dan lebih meningkatkan kemampuan dan pengetahuan dalam melakukan asuhan keperawatan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Penambahan buku-buku sumber yang baru khususnya buku tentang keperawatan maternitas sehingga wawasan dan pengetahuan mahasiswa meningkat dan mempermudah dalam membentuk penyelesaian karya tulis ini.

3. Bagi Rumah Sakit

Fasilitas-fasilitas yang digunakan harus menjadi prioritas utama demi tercapainya pelayanan yang optimal sehingga pasien merasakan nyaman ketika dirawat guna membantu proses penyembuhan pasien.

Khusus untuk perawat dalam hal kesterilan dan kebersihan alat-alat harus terjaga dan diharapkan dapat ditingkatkan, pelaksanaan asuhan keperawatan harus memandang aspek bio-psiko-sosial-spiritual.

DAFTAR PUSTAKA

- A. Nurarif, H. K. (2015). *Etiologi Sectio Caesarea*. Yogyakarta: Mediaction.
- Ari Sulistyawati (2015). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Yogyakarta: Perpustakaan Nasional
- Aspiani, Ns. Reny Yulia (2017). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (2020). Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2019. *Laporan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi*. Kemenkes Republik Indonesia 2019.
- Bari Saifudin Abdul (2013). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: P.T. Bina Pustaka Sarwono.
- Cununfham, F, Gerry Cunningham, Kennerth J. Levenoe, Barbara I (2014). *Obstetri Cillia*,. Jakarta: EGC.
- Dinkes Garut (2020). *Profil Kesehatan Garut*. Dinas Provinsi Jawa Barat.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat (2015-2020). *Profil Kesehatan Provinsi*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019). *Profil Kesehatan Indonesia*.
- Lowdermik, D. L (2013). *Komplikasi Kehamilan Preeklamsia*. In 2 (8th ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Nugroho, Taudan (2017). *Tahapan Masa Nifas*. Yogyakarta: Nuha Media.
- Nurjanah Siti Nunung (2013). *Asuhan Kebidanan Post Partum*. Bandung: P.T. Refika Aditama.
- Nursalam (2012). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan. Konsep dan Kritik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Prawirohardjo, Sarwono (2014). *Ilmu Kebidanan cetakan ke empat*. Jakarta: P.T. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Purwoastuti, Endang, dkk (2015). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Ratnawati, A (2017). *Tanda dan Gejala Preeklamsia*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

SDKI DPP PPNI, T.P. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

SIKI DPP PPNI, T. P. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

SLKI DPP PPNI, T. P. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Sumber: Buku Register Bidang Pencatatan dan Pelaporan RSUD Ciamis (2023).

Sunarsih, Tri, Dewi, Vivian (2011) *Adaptasi Fisiologis Selama Nifas*. Jakarta: Salemba Medika.

World Health Organization (2019). A Global Brief on Hypertension- World Health Day 2013. World Health Organization, 1-40, <http://doi.org/10.1133/bmj.1.4815.882-a>

Yeyeh Rukiyah (2013). *Diklat Kuliah Asuhan Kebidanan I (Kehamilan)*. Jakarta: Trans Info Media.

LAMPIRAN



Agar Luka Cepat Kering

Penuhi asupan gizi sebagai perawatan luka post sc (pasca caesar)
 Beberapa sumber makanan dengan kandungan zat gizi tertentu dinilai bisa mempercepat penyembuhan luka operasi caesar

Memperbanyak makanan sumber protein yang dapat membantu mempercepat pertumbuhan jaringan baru.

Kandungan vitamin C di dalam makanan juga bisa menjadi penyembuh luka operasi caesar karena membantu melawan infeksi. Selain itu, makanan yang mengandung zat besi juga dibutuhkan dalam pembentukan hemoglobin untuk mempercepat penyembuhan luka operasi caesar.

Jangan sampai terlalu lelah
 Pastikan menyempatkan diri untuk beristirahat di sela-sela sibuknya mengurus bayi. Usahakan ikut beristirahat dikala bayitidur.

Alangkah lebih baiknya untuk meletakkan segala sesuatu yang dibutuhkan dekat dengan ibu sehingga lebih mudah dijangkau.

Hindari mengangkat barang-barang berat

Melakukan pekerjaan rumah tangga berlebihan atau terlalu banyak bergerak. Hal tersebut dapat memicu terjadinya peregangan pada kulit yang mengalami bekas luka operasi Caesarringgairitasi.

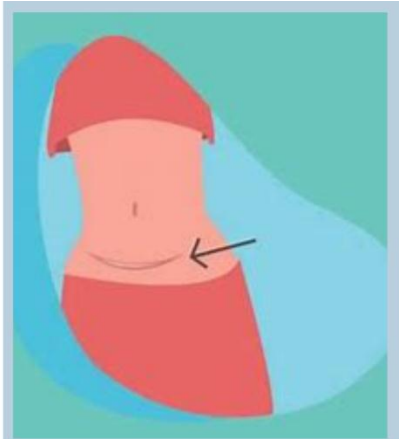
Jaga sirkulasi udara pada luka sebagai perawatan luka post sc

Jangan terlalu lama menutup luka sehingga membuat luka tidak terpapar dengan udara.

Kenakan pakaian yang agak longgar di malam hari untuk menjaga sirkulasi udara pada luka bekas operasi caesar.

Rutin cek kesehatan ke dokter sebagai perawatan luka post sc

Jika sayatan ditutup dengan jahitan yang tidak menyatu dengan kulit, Ibu harus rutin memeriksakannya ke dokter. Dengan begitu, jahitan dapat segera dibuka dan bekas luka akan sembuh secepatnya.



*Perawatan Luka
 Sectio Caesarea
 (SC)*

Risma Silviyani
 KHGA.20107
 D3 KEPERAWATAN
 STIKes KARSA HUSADA
 GARUT

Perawatan Luka SC

RUTIN MENGGANTI PERBAN

Jika menggunakan balutan perban yang harus rutin diganti, rutin ganti perban tersebut setiap 1 kali dalam sehari. Segera ganti balutan perban bila kondisinya basah, lembap, atau terasa tidak nyaman sebagai cara merawat atau perawatan luka post sc (pasca operasi caesar).

TIDAK MENGANGKAT BENDA BERAT

Cara merawat atau perawatan bekas luka lainnya yakni dengan menghindari mengangkat sesuatu yang terlalu berat selama kurang lebih 2 minggu setelah operasi caesar (post sc). Sebab hal ini berisiko membuat luka operasi bermasalah dan lama sembuh.

JAGA LUKA TETAP BERSIH

Jaga agar area sayatan selalu bersih dan kering dengan rutin membersihkannya dengan sabun dan air bersih tanpa harus digosok terlalu kuat.

Cara merawat atau perawatan bekas luka pasca operasi caesar (post sc) ini dapat membantu mempercepat penyembuhan.



Perawatan Luka SC dengan STERI-STRIP

1. **Hindari mencuci Steri-Strip** maupun pembalut luka lainnya. Anda tetap bisa mandi, dan kemudian mengeringkan perban luka tersebut dengan handuk bersih.
2. **Steri-Strip biasanya akan lepas** dengan sendirinya kurang lebih seminggu. Namun jika tidak kunjung lepas, bisa berkonsultasi dengan dokter. Terkadang dokter mungkin menganjurkan untuk digunakan lebih dari 1 minggu.

jangan ragu untuk mandi dan membersihkan seluruh bagian tubuh.

Meski kadang mungkin terasa sakit, mandi bisa membantu mencegah kemungkinan terjadinya infeksi pada bekas operasi caesar.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama	: Risma Silviyani
NIM	: KHGA20107
Tempat tanggal lahir	: Garut, 10 Juli 2000
Agama	: Islam
Alamat	: Regol, Kab. Garut
Instagram	: slviynxx

B. Riwayat pendidikan

1. TK Al Wasilah
2. SD Negeri Regol
3. SMP Negeri 3 Garut
4. SMK Negeri 3 Garut
5. STIKes Karsa Husada Garu (2020-2023)

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Risma Silviyani

NIM : KHGA20107

Pembimbing : K.Dewi Budiarti, M.Kep.

No	Tanggal	Materi yang dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	25 Mei 2023	Bab I	- Penulisan - EYD - Bahasa asing	
2	27 Mei 2023	Bab I	- Perbaiki latar belakang	
3	30 Mei 2023	Bab I	Perbaiki latar belakang	
4	9 Juni 2023	Bab I	Perbaiki latar belakang dan sistematika penulisan	
5	13 Juni 2023	Bab I	Perbaiki petunjuk	
6	15 Juni 2023	Bab I	ACC Bab I Lanjutkan Bab II	
7	22 Juni 2023	Bab II	Revisi	
8	24 Juni 2023	Bab II	Revisi	
9	25 Juni 2023	Bab II	Revisi Lanjut Bab III	
10	27 Juni 2023	Bab III	Perbaiki pembahasn	
11	3 Juli 2023	Bab III	Perbaiki Catatan perkembangan Bab IV: kesimpulan	
12	4 Juli 2023	Bab IV	ACC Buat draft KTI	