

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY. T (P3A0) *POST OP*
SECTIO CAESAREA 12 JAM ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT
DI RUANG JADE RSUD dr. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Dianjurkan Untuk Memenuhi Syarat Dalam Menyelesaikan
Program Diploma III Keperawatan
Stikes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

NENG LUTVILATIFAH

KHGA20054



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
2023**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T (P3A0) POST OP
SECTIO CAESAREA 12 JAM ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA
BERAT DI RUANG JADE RSUD dr. SLAMET GARUT

NAMA : NENG LUTVI LATIFAH

NIM : KHGA20054

Garut, Juni 2023

Menyetujui,

Pembimbing

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

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T (P3A0) POST OP
SECTIO CAESAREA 12 JAM ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA
BERAT DI RUANG JADE RSUD dr. SLAMET GARUT

NAMA : NENG LUTVI LATIFAH

NIM : KHGA20054

Garut, Juli 2023

Mengesahkan,

Penguji I

Penguji II

K. Dewi Budiarti, M.Kep

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

Ketua Program Studi D III
Keperawatan STIKes
Karsa Husada Garut

Mengetahui,

Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M.Kep

Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si

ABSTRAK

IV BAB, 87 Halaman, Bagan 1, 10 Tabel, 4 Lampiran

Pembuatan Karya tulis ilmiah ini dilatar belakangi masih tingginya Angka Kematian ibu. Penyebab tingginya Angka Kematian Ibu salah satunya adalah Preeklampsia berat. Berdasarkan data di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut dari bulan Januari sampai Mei 2023, Preeklampsia berat ada 70 kasus. Tujuan Karya tulis ilmiah memperoleh pengalaman dan mampu memberikan asuhan keperawatan. Pendekatan proses keperawatan pada klien dengan preeklampsia meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi dan melakukan catatan perkembangan. Adapun diagnosa keperawatan, yang muncul pada Ny. T yaitu Nyeri akut, Defisit perawatan diri, Risiko infeksi. Adapun intervensi dan implementasi pada klien dengan preeklampsia berat yaitu Identifikasi lokasi, karakteristik, intensitas nyeri, berikan teknik non farmakologis teknik nafas dalam, kompres hangat atau dingin, Jelaskan strategi Pereda nyeri, Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat analgetik. Identifikasi pola aktivitas dan tidur, indentifikasi faktorgangguan tidur, modifikasi lingkungan ,terapkan jadwal tidur rutin, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. monitor tanda-tanda gejala infeksi, batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada kulit area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. Hasil evaluasi semua teratasi. Adapun kesimpulan dari Karya Tulis Ilmiah ini adalah penulis mampu melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun setiap tindakan keperawatan, mengevaluasi setiap tindakan keperawatan, mendokumentasikan dalam bentuk Asuhan Keperawatan.

Kata Kunci : Preeklampsia berat

Daftar Pustaka : (2016- 2023)

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas penyusunan karya tulis ilmiah yang berjudul “ ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T P3A0 *POST OP SECTIO CAESAREA* 12 JAM ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT DI RUANG JADE RSUD DR. SLAMET GARUT ”.

Dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini, penulis menyadari ketidakmampuan dan keterbatasan ilmu pengetahuan yang dimiliki penulis, oleh karena itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun sehingga penulis ini dapat disempurnakan.

Adapun tujuan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yaitu untuk memenuhi salah satu tugas akhir program studi D3 Keperawatan. Dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini telah banyak bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA. Selaku Pembina Yayasan Dharma Insani Garut.
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 Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.

4. Ibu Eti Suliyawati, S.Kep., MSi Selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk membantu dan membimbing penulis sehingga dapat terselesaikan laporan Karya Tulis Ilmiah tepat waktu.
5. Seluruh dosen dan staf Program studi D III Keperawatan Karsa Husada Garut, yang telah begitu banyak memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama Pendidikan.
6. Kepada Staf dan Kepala ruangan Jade RSUD dr. Slamet Garut yang telah memberikan bantuan dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Kepada Ny. T sebagai pasien dan beserta keluarga juga yang telah bekerja sama dan memberikan informasi pada saat penulis melaksanakan asuhan keperawatan sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.
8. Kepada Kedua Orang Tua tercinta saya Bapak Rd Yaya Muhammad yahya (alm) dan ibu Penti Supenti. Yang telah menanamkan sebuah prinsip paling penting dalam perjalanan hidup kami, selalu senantiasa mendoakan dan membimbing setiap langkah kami, dengan sabar memberikan semangat dan keyakinan. Kepada kakak tercinta Rd Muhammad Lukmanul Hakim, Rd Muhammad Isyam Hardadi dan Chendi Resti.
9. Keluar besar Hj. Titin yang telah memberikan dukungan dalam segala hal.
10. Kepada sahabat-sahabatku Riska, Sarah, Risma, Melsa, Jihan, Miraz, Lafifah, Lilin, Diantika yang memberikan motivasi, serta semangat kepada penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

Garut, 27 juni 2023

DAFTAR ISI

ABSTRAK	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR BAGAN	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
C. Metode Telaahan.....	6
D. Sistematika Penulisan	7
 BAB II TINJAUAN TEORI	
A. Konsep Dasar preeklampsia	
1. Preeklampsia	9
a. Definisi.....	9
b. Klasifikasi	10
c. Etiologi.....	11
d. Tanda dan gejala	11
e. Manifestasi Klinis	13
f. Patofisiologi	14
g. Komplikasi	14
h. Pencegahan	15
i. Dampak.....	15
j. Penatalaksanaan	16
B. Konsep Dasar <i>Sectio Caesarea</i>	
2. <i>Sectio Caesarea</i>	17
a. Pengertian	17
b. Jenis	18
c. Etiologi.....	19
d. Patofisiologi	20
e. Komplikasi	20
f. <i>Pathway</i>	22
g. Dampak post <i>Sectio Caesarea</i>	23
h. Penatalaksanaan	24
C. Konsep Dasar Post Partum	
3. Post Partum	26

a. Pengertian	26
b. Tahapan Masa Nifas	27
c. Perubahan fisiologis	27
d. Adaptasi Psikologis	30
D. Konsep Asuhan Keperawatan	
1. Pengkajian	31
2. Analisa data	38
3. Diagnosa keperawatan	39
4. Perencanaan	41
5. Implementasi	49
6. Evaluasi	49

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus	
1. Pengkajian	50
2. Analisa Data	61
3. Diagnosa Keperawatan	62
4. Proses Keperawatan	64
5. Catatan Perkembangan	69
B. Pembahasan	
1. Tahap pengkajian	78
2. Tahap Diagnosa	79
3. Tahap Perencanaan	81
4. Tahap Pelaksanaan	82
5. Tahap Evaluasi	82

BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan	84
B. Rekomendasi	85

DAFTAR PUSTAKA	87
-----------------------------	-----------

LAMPIRAN- LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

TABEL. 1.1 <i>Presentase Sectio Caesarea</i>	4
TABEL. 2.1 Perubahan uterus	28
TABEL 2.2 Analisa Data	38
TABEL. 2.3 Perencanaan Keperawatan	41
TABEL . 3.1 Riwayat Persalinan Sekarang Dan Dahulu	53
TABEL. 3.2 Pola Aktivitas Sehari-Hari	57
TABEL. 3.3 Pemeriksaan Laboratorium	59
TABEL. 3.4 Therapy Obat	60
TABEL. 3.5 Analisa Data	61
TABEL. 3.6 Proses Keperawatan	64
TABEL. 3.7 Catatan Perkembangan.....	69

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1	22
-----------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN 1	LEMBAR BIMBINGAN
LAMPIRAN 2	SAP
LAMPIRAN 3	LEAFLET
LAMPIRAN 4	DAFTAR RIWAYAT HIDUP

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

World Health Organization (WHO) melaporkan mengenai status Kesehatan nasional capaian target Sustainable Development Goals (SDGs) pada tahun, 2030, menyatakan secara global sekitar 830 wanita meninggal setiap hari karena komplikasi selama kehamilan dan persalinan, dengan tingkat Angka Kematian Ibu sebanyak 216 per 100.000 kelahiran hidup sebanyak 99% kematian ibu akibat masalah kehamilan, persalinan atau kelahiran. Insiden Preeklampsia di Indonesia adalah 128.273/tahun atau sekitar 5,3% dan merupakan penyebab kematian ibu tertinggi ke dua setelah perdarahan dari seluruh kehamilan terjadi sekitar 3-8 % kehamilan Preeklampsia (Eka dan Djohar, 2021).

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia berdasarkan data yang diperoleh dari data rutin Kesehatan keluarga pada tahun 2019 tercatat AKI pada tahun 2018 4.912 kasus yang disebabkan perdarahan 39,5% hipertensi 30,8% dan lain-lain 29,7% dan 2018 disebabkan karena perdarahan 27,1% hipertensi 37,5% dan lainnya 35,4%. Sedangkan Angka kematian Bayi (AKB) pada tahun 2016 32.009 kasus disebabkan karena malformasi kogenital 19%, sepsis 12%, tetanus 3%, kuning 3%, cedera lahir 3%, BBLR 14%, gawat pernafasan 14 kasus yang disebabkan karena premature 3%, hipotermi 7%, sepsis 12%,

BBLR 30%, kelainan pernafasan 33%, dan kelainan kongenital 10% (kemenkes 2018).

Hipertensi pada kehamilan adalah kondisi dimana tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg atau tekanan darah diastolic diatas 90 mmHg. Terdapat beberapa jenis hipertensi dalam kehamilan. Yang pertama adalah hipertensi gestasional. Hipertensi ini adalah tipe yang paling ringan, biasanya muncul setelah usia kehamilan 20 minggu, tanpa ditentukan adanya protein urin. Yang kedua adalah Preeklampsia. Preeklampsia adalah bentuk hipertensi kehamilan yang lebih berat dari pada hipertensi gestasioanl. Preeklampsia ditandai dengan tekanan darah yang tinggi disertai adanya protein pada pemeriksaan urin. Preeklampsia dikelompokkan menjadi Preeklampsia ringan dan berat, tergantung pada tekanan darah sistolik dan diastoliknya.

Preeklampsia adalah hipertensi pada kehamilan diatas 20 minggu di sertai adanya gangguan organ dan proteinuria, yang merupakan salah satu penyebab kematian ibu di Indonesia. Angka kejadian Preeklamsi di seluruh dunia berkisar 0,51%-38,4%. Penyebab Preeklamsi masih belum diketahui secara pasti. Namun, kondisi ini diduga terjadi akibat kelainan perkembangan dan fungsi plasenta, yaitu organ yang berfungsi menyalurkan darah dan nutrisi untuk janin. Kelainan tersebut menyebabkan pembuluh darah menyempit dan muncul reaksi yang berbeda dari tubuh ibu hamil terhadap perubahan hormon. Akibatnya, terjadi gangguan pada ibu hamil dan janin. Berdasarkan hal tersebut maka Preeklampsia Berat (PEB) merupakan salah satu indikasi dilakukan Tindakan *Sectio Caesarea*.

Pada pasien Post op SC perawatan yang utama adalah balance cairan dan pemenuhan kebutuhan dasar. Balance cairan harus selalu dimonitor karena pada pasien post op SC banyak kehilangan cairan darah sehingga intake dan output diharapkan tetap seimbang untuk menghindari dehidrasi. Adapun dampak post op SC terhadap KDM diantaranya membutuhkan nutrisi yang adekuat seperti memakan makanan yang berprotein, mengandung serat dan vitamin, terbatasnya aktivitas sedangkan pemenuhan kebutuhan dasar sangat diperhatikan oleh perawat karena pada pasien post Sc masih dalam kondisi imobilitas. Permasalahan yang lainnya adalah perdarahan, komplikasi post SC dan risiko infeksi, sehingga berdasarkan hal tersebut pasien memerlukan perawatan yang komprehensif dari perawat.

Berdasarkan data yang diperoleh di Garut, Khususnya di RSUD dr.Slamet Garut, bahwa jumlah klien yang mengalami *Sectio Caesarea* pada bulan Januari sampai dengan Mei 2023 dapat dilihat pada tabel 1.1 berikut ini

Tabel 1.1

Presentase Sectio Caesarea dengan berbagai indikasi dari bulan Januari samapai Mei 2023 di ruang Jade RSUD dr.Slamet Garut

No	Kasus	Jumlah	Presentase
1.	SC Indikasi PEB	70	20,7%
2.	SC Indikasi Induksi Ketuban Pecah Dini	49	14,4%
3.	SC Indikasi Gawat Janin	45	13,3%
4.	SC Indikasi CPD	36	10,7%
5.	SC Indikasi Letak Sungsang	35	10,3%
6.	SC Indikasi Plasenta Previa	26	7,6%
7.	SC Indikasi Prematur	23	6,8%
8.	SC Indikasi Partus Maturus Lama	19	5,6%
9.	SC Indikasi Ekslamsi	12	3,5%
10.	SC Indikasi PPT	9	2,6%
11.	SC indikasi Bayi Besar	4	1,1%
12.	SC Indikasi Gagal Induksi	4	1,1%
13.	SC Indikasi Serotirus	3	0,8%
14.	SC Indikasi Lintang	3	0,8%
	Total	338	100%

Sumber : Buku register RSUD dr.Slamet Garut

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa angka kasus *Sectio Caesarea* dengan berbagai indikasi dari bagian pelaporan dan pencatatan di RSUD dr.Slamet Garut Tahun 2023 dapat disimpulkan bahwa kejadian persalinan (*Sectio Caesarea*) atas indikasi Preeklampsia Berat menempati urutan ke 1 jumlah 70 dan presentase 20,7% selama bulan Januari – Mei 2023. Mengingat jumlah kejadian *Sectio Caesarea* yang masih tinggi di tambah Preeklampsia yang dapat menyebabkan pendarahan yang mengakibatkan kematian ibu atau kematian bayi sehingga penulis tertarik untuk mengambil kasus ini sebagai bahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan judul ” Asuhan Keperawatan Pada Ny.T (P3A0)12 Jam post section op caesarea atas indikasi Preeklampsia berat di ruang Jade RSUD dr.Slamet Garut. ”

B. Tujuan Penulis

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman dan mampu memberikan Asuhan Keperawatan pada Ny.T (P3A0) *Post Op Sectio Caesarea* 12 jam atas indikasi preeklampsia berat di ruang Jade RSUD dr.Slamet Garut ” secara langsung meliputi aspek psikologi, social dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan .”

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dalam penulisan Karya tulis ilmiah ini agar penulis mampu:

- a. Mampu melakukan pengkajian pada Ny.T (P3A0) *Post Op Section Caesarea* 12 jam Atas Indikasi Preeklamsia Berat Di Ruang Jade RSUD dr.Slamet Garut.
- b. Mampu menegakan diagnosa Keperawatan sesuai dengan prioritas masalah yang terjadi pada Ny.T (P3A0) *Post Op Section Caesarea* 12 Jam Atas Indikasi Preeklamsia Berat Di ruang Jade RSUD dr.Slamet Garut.
- c. Mampu menyusun rencana tindakan asuhan keperawatan dengan tepat pada Ny.T (P3A0) *Post Op Section Caesarea* 12 Jam Atas Indikasi Preeklamsia Berat Di ruang Jade RSUD dr.Slamet Garut.
- d. Mampu melaksanakan tindakan Keperawatan yang sudah direncanakan pada Ny.T (P3A0) *Post Op Section Caesarea* 12 Jam Atas Indikasi Preeklamsia Berat Di ruang Jade RSUD dr.Slamet Garut.
- e. Mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan pada Ny.T (P3A0) *Post Op Section Caesarea* 12 Jam Atas Indikasi Preeklamsia Berat Di ruang Jade RSUD dr.Slamet Garut.
- f. Mampu mendokumentasikan pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. T (P3A0) *Post Op Sectio Caesarea* 12 Jam Atas Indikasi Preeklamsia Berat Di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.

C. Metode Telaahan

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penyusunan menggunakan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus. Adapun teknik yang dilakukan dalam

1. Wawancara

Mendefinisikan bahwa wawancara dengan tujuan percakapan tertentu. Dalam metode ini peneliti dan responden secara langsung tatap muka untuk memperoleh secara lisan dengan mendapatkan data tujuan yang bisa menjelaskan masalah penelitian.

2. Observasi

Teknik ini dilakukan dengan tindakan langsung terhadap pasien dengan melakukan pemeriksaan dan pemantauan. Pengambilan data yang diperoleh dari rekam medis buku kunjungan pasien, selanjutnya data yang di dokumentasikan. Pada saat pemeriksaan, baik dalam wawancara ataupun pemeriksaan fisik

3. Studi Kepustakaan/dokumenter

teknik pengumpulan data dengan melakukan penelaahan terhadap buku, literatur, catatan, serta berbagai laporan yang berkaitan dengan masalah yang ingin di pecahkan. teknik pengumpulan data dengan cara mempelajari dokumen untuk mendapatkan data atau informasi yang berhubungan dengan masalah yang diteliti.

4. Partisipasi Aktif Klien

Sebagai sistem ikut serta dalam merencanakan dan melakukan asuhan Keperawatan.

D. Sistematika Penulisan

Untuk memberikan gambaran secara singkat tentang penyusunan Karya tulis ini, penulis menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

BAB I, merupakan pendahuluan yang terdiri dari latar belakang masalah, tujuan Penelitian, metode penulisan serta Sistematika penulisan.

BAB II, Tujuan teoritis yang membahas tentang konsep dasar Preeklampsia, konsep dasar *Section Caesarea*, konsep dasar post partum, selain itu juga membahas tentang pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, Diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

BAB III, Tinjauan kasus dan pembahasan merupakan laporan asuhan keperawatan klien yang di rawat meliputi pengkajian, diagdosa keperawatan, intervensi, keperawatan, implementasi keperawatan dan catatan perkembangan serta pembahasan yang bersifat naratif dari proses keperawatan yang telah dilakukan.

BAB IV, merupakan kesimpulan dan rekomendasi berisikan kesimpulan, rekomendasi, dan penatalaksanaan asuhan keperawatan dan saran-saran serta Daftar Pustaka dan Lampiran-lampiran.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Teori

1. Preeklampsia Berat

a. Definisi Preeklampsia Berat

Preeklampsia berat adalah kelainan multi sistemik yang terjadi pada kehamilan yang ditandai dengan adanya hipertensi, edema dan proteinuria yang terjadi pada usia kehamilan diatas 20 minggu atau dalam triwulan ketiga dari kehamilan. Preeklampsia sering terjadi pada kehamilan usia 37 minggu ataupun dapat terjadi segera setelah persalinan (Latenoh , 2018).

Preeklampsia adalah hipertensi yang terjadi pada ibu hamil dengan usia kehamilan 20 minggu atau setelah persalinan ditandai dengan meningkatnya tekanan darah menjadi 140/90 mmHg (Situmorang dan Damayanti , 2016).

Definisi lain Pre eklampsia adalah suatu sindroma spesifik pada kehamilan berupa kekurangan perfusi plasenta akibat vasospasme dan aktivasi : endotel yang dapat mempengaruhi seluruh sistem organ dan ditandai dengan adanya hipertensi dan proteinuria pada pertengahan kehamilan atau diatas usia kehamilan 20 minggu (Keman , 2014).

Dari pengertian di dapat disimpulkan Preeklampsia adalah penyakit dengan tanda – tanda hipertensi, proteinuria, edema yang terjadi di usia 20 minggu ditandai dengan meningkatnya tekanan darah terjadi 140/90 mmHg.

b. Klasifikasi Pre Eklampsia

Menurut (Rupdi & Dewi , 2022) dalam bukunya menjelaskan preeklampsin dibagi menjadi dua golongan , yaitu :

1) Preeklampsia Ringan

Pada kondisi ini terjadi peningkatan pada tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih yang diukur dengan posisi berbaring terlentang. Selanjutnya adalah ditemukannya edema pembengkakan umum pada mata , jari tangan , dan kaki atau kenaikan berat badan mencapai 1 kg atau lebih . Proteinuria pada kondisi ini juga bias ditemukan , dengan kuantitatif 0,3 gr atau lebih per liter , kualitatif 1 atau 2 pada urin kateter. Dan sakit kepala sementara, tidak ada gangguan penglihatan, tidak ada nyeri uluh hati

2) Preeklampsia Berat

Pada kondisi ini bila salah satu diantara gejala atau tanda ditemukan pada ibu hamil kemudian diikuti dengan adanya tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih dari 3g / liter , oliguria dengan jumlah urin < 400 cc / 24 jam , Disertai proteinuria 30mg/liter urin atau lebih dari 300mg/24 jam. Adanya gangguan serebral gangguan penglihatan , nyeri kepala, dan rasa nyeri pada epigastrium, terdapat edema paru dan sianosis, enzim hati meningkat disertai icterus.

c. Etiologi Pre Eklampsia

Penyebab pasti kejadian Pre eklampsia tidak di ketahui atau belum dapat dijelaskan. Sebuah teori yang sampai saat ini masih dapat di pertimbangkan gangguan perfusi plasenta dan fungsi sel endotel. Kejadian Pre eklampsia dialami oleh 4,6% kehamilan secara global. Penyebab Pre eklampsia belum diketahui secara pasti, namun ada beberapa faktor yang berisiko menyebabkan Pre eklampsia. Faktor risiko yang dapat mengakibatkan Pre eklampsia antara lain riwayat Pre eklampsia sebelumnya, obesitas, usia maternal kurang dari 19 tahun atau lebih dari 40 tahun (Yang, Le Ray, Zhu, et al. 202).

d. Tanda dan Gejala Preeklampsia

Tanda dan gejala pre eklampsia berdasarkan klasifikasi dibagi menjadi 2 bagian , yaitu pre eklampsia ringan dan pre eklampsia berat Tanda dan gejala pre eklampsia ringan antara lain peningkatan tekanan darah sistolik antara 140-160 mmHg dan tekanan darah diastolik 90-110 mmHg . proteinuria secara kuantitatif 0,3 gr/l dalam 24 jam , edema pada pretibial , dinding perut , lumbosakral wajah atau tangan , tidak adanya gangguan fungsi organ Tanda dan gejala pre eklampsia berat antara lain tekanan darah sistolik > 160 mmHg atau tekanan darah diastolik > 110 mmHg , trombosit < 3 gr / liter / 24 jam) atau positif 3 atau 4 , pada pemeriksaan kuantitatif bisa disertai dengan adanya oliguria (urine < 400 ml / 24 jam) , keluhan serebral , gangguan pengelihatn , nyeri abdomen, gangguan fungsi hati, gangguan perkembangan Intra uterine (Rukiyah, Lia & Yulianti 2020).

Tanda dan gejala preeklampsia secara umum antara lain :

- 1) Hipertensi dengan tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih , terukur minimal 2 kali dengan jarak waktu 6 jam pada keadaan istirahat . Hipertensi timbul lebih awal dari pada tanda-tanda lain. Peningkatan tekanan sistolik sekurang-kurangnya 30 mmHg, atau peningkatan tekanan diastolik sekurang-kurangnya 15 mmHg. Tekanan sistolik harus 140 mmHg dan tekanan diastolik yakni 90 mmHg atau lebih , atau dengan kenaikan 20 mmHg dan bisa lebih . Hal ini dapat ditegakkan untuk mendiagnosa pre eklampsia. Pengukuran kali dengan tekanan darah pada pre eklampsia dilakukan minimal jarak waktu 6 jam pada keadaan istirahat . Tekanan darah diastolik jika sudah mencapai 100 mmHg atau lebih, ini sebuah indikasi terjadinya preeklampsia berat (Maryunan, 2012).
- 2) Proteinuria 0,3 gram / 24 jam atau pada pemeriksaan kualitatif menunjukkan 1+ atau 2+ Proteinuria timbul lebih lambat dari hipertensi . Proteinuria muncul pada pre eklampsia karena vasospasmus pembuluh darah ginjal , sehingga harus dianggap sebagai tanda yang cukup serius . Proteinuria pada pre eklampsia berarti konsentrasi protein dalam air kencing yang melebihi 0,3 g/liter dalam air kencing 24 jam . Hasil pada pemeriksaan kualitatif yakni 1+ atau 2+ dengan menggunakan metode turbidimetrik standar atau 1g / liter dalam air kencing yang dikeluarkan dengan kateter atau midstream untuk mendapatkan urine yang bersih yang diambil minimal 2 kali dengan jarak 6 jam serta hasil oliguria dengan urine 400 ml / 24 jam (Maryunan , 2012)

- 3) Edema Edema adalah penimbunan cairan secara umum dan kelebihan dalam jaringan tubuh dan biasanya dapat diketahui dari kenaikan berat badan Kenaikan berat badan $\frac{1}{2}$ kg setiap minggu dalam kehamilan normal , tetapi jika kenaikan 1 kg seminggu beberapa kali atau 3 kg dalam sebulan maka dapat diobati pre eklampsia Sama halnya dengan penambahan berat badan lebih dari 2,5 kg per minggu pada akhir kehamilan, kemungkinan merupakan tanda dari pre eklampsia. Bertambahnya berat badan disebabkan retensi udara dalam jaringan dan kemudian muncul edema dan edema tidak hilang dengan istirahat (Saraswati , 2014) .
- 4) Tanda gejala lain yaitu sakit kepala yang berat , masalah . penglihatan , pandangan kabur dan spasme arteri retina pada funduskopi , nyeri epigastrium , mual atau muntah serta emosi mudah marah dan pertumbuhan janin intrauterin terlambat (Wibowo dkk , 2015) .

e. Manifestasi Klinis

Selain adanya peningkatan tekanan darah pada kasus preeklampsia yang menjadi tanda klinis utama , ada beberapa gejala lain dari preeklampsia yaitu :

- 1) Nyeri kepala hebat pada bagian depan atau belakang kepala yang diikuti dengan peningkatan tekanan darah yang abnormal
- 2) Gangguan penglihatan pada pasien hingga terjadinya kebutaan sementara
- 3) Gelisah pada ibu
- 4) Nyeri perut pada bagian ulu hati
- 5) Gangguan pernafasan akibat edema pada paru

- 6) Gangguan kesadaran
- 7) Gangguan fungsi ginjal akibat dari proteinuria

f. Patofisiologi Preeklampsia

Menurut Rana & Karumanchi mekanisme terjadinya preeklampsia terjadi dua tahap jika di lihat pada gambar 2.6 pada tahap pertama faktor penyebab terjadinya preeklampsia yaitu faktor genetik, faktor imunologi dan faktor lingkungan yang terjadi pada trimester pertama dan trimester kedua. Faktor ketiga ini dapat menyebabkan terjadinya abnormal plasenta plasentasi yang akan menurunkan fungsi perfungsi plsaenta. Pada tahap kedua terjadi peningkatan sFlt - 1 , berkurangnya peredaran PIGF , peningkatan seng dan faktor ibu lainnya seperti (riwayat kesehatan pembuluh darah yang buruk , obesitas , dan usia lanjut) . Hal ini menyebabkan terjadinya disfungsi disfungsi vaskuler yang berakibat pada beberapa organ dan jaringan yang ditandai dengan adanya protenuria , hipertensi , abnormal sistem koagulasi dan edema (Rarna, 2017)

g. Komplikasi

- 1) Bagi Ibu
 - a) Sindrom HELLP
 - b) Eklampsia
 - c) Penyakit kardiovaskuler
 - d) Kerusakan pada organ
 - e) Gangguan pembekuan darah

f) Stroke

2) Bagi Janin

- a) Terjadinya bayi lahir secara premature
- b) Kematian pada janin
- c) Pertumbuhan yang terhambat pada janin
- d) Asfiksia neonatorum.

h. Pencegahan Preeklampsia

Untuk mencegahnya dilakukan pemeriksaan antenatal yang teratur dan bermutu secara teliti mengenai tanda-tanda sedini mungkin lalu diberikan yang cukup supaya penyakit tidak menjadi lebih berat. Harus selalu waspada terhadap kemungkinan preeklampsia kalau ada faktor-faktor predisposes, berikan penanganan tentang istirahat dan tidur, ketenangan serta pentingnya mengatur diet rendah garam (Wiknjasastro 2016).

i. Dampak Masalah Preeklampsia

Menurut Saifuddin 2016, dampak preeklampsia berat antara lain :

1) Otak

Dapat terjadi pembengkakan pada otak sehingga timbul kejang dengan penurunan kesadaran yang biasa di sebut eklampsia.

2) Paru-paru

Bengkak yang terjadi di paru-paru dapat menyebabkan sesak nafas hebat dan bisa berakibat fatal.

3) Jantung

Terdapat payah jantung, penurunan curah jantung

4) Mata

Bisa terjadi kebutaan akibat penekanan syaraf mata yang disebabkan bengkak maupun lepasnya selaput bening mata.

5) Sistem darah

Terjadi pecahnya sel darah merah dengan penurunan kadar zat pembekuan darah. Akibatnya pada janin yang dikandung ibu hamil mengalami preeklampsia berat akan hidup di dalam Rahim dengan nutrisi dan oksigenasi di bawah.

j. Penatalaksanaan Preeklampsia

1) Penatalaksanaan preeklampsia :

a) Tirah baring

b) Memantau tekanan darah

c) Pemberian obat antihipertensi

d) Memeriksa kadar proteinuria secara rutin setiap hari dengan tes canik celup

e) Dua kali seminggu dilakukan pengukuran denyut jantung janin C antepartum dan pengukuran kadar protein urin dalam 24 jam

f) Pasien diperingatkan untuk mengenali tanda bahaya , seperti nyeri kepala . nyeri epigastrium , atau gangguan visual.

Apabila terjadi peningkatan tekanan darah atau proteinuria, periksa ke dokter dan pertimbangkan rawat inap. Adapun tatalaksana pada preeklampsia berat mencakup pengelolaan medika mentosa dan pengelolaan persalinan . Pengelolaan medikamentosa terdiri atas :

- a) Segera masuk rumah sakit
- b) Tirah baring
- c) larutan Ringer Laktat 60-125 cc/jam

2. Konsep dasar *Sectio Caesarea*

a. Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea (SC) adalah proses persalinan yang dimana mengeluarkan bayi dari perut seorang ibu dengan cara menginsisi bagian perut (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi). Seiring perkembangan jaman, SC ini dapat dilakukan dibagian perut bawah . SC mi bisa dilakukan secara elektif apabila ada indikasi bayi tidak bisa dilahirkan secara normal ataupun bisa dilakukan secara mendadak (emergency) apabila ada kondisi dimana bayi harus dilahirkan segera (Ni et al, 2018) .

Sectio Caesarea adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan diperut ibu (laparotomi) dan rahim . (histerektomi) untuk mengeluarkan bayi . *Sectio Caesarea* umumnya dilakukan ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan karena beresiko kepada komplikasi medis lainnya . (purwoastuti 2015) .

Sectio Caesarea adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan di perut untuk mengeluarkan seorang bayi. (Endang Purwoastuti & Siwi Walyani 2015).

Jadi dapat disimpulkan *Sectio caesarea* (SC) adalah proses persalinan yang dimana mengeluarkan bayi dari perut seorang ibu dengan cara menginsisi bagian perut (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi).

b. Jenis Sectio Caesarea

Sectio Caesarea dapat diklasifikasikan menjadi 3 jenis , yaitu :

- 1) Sectio Caesarea Transperitonealis Profunda Merupakan jenis pembedahan yang paling banyak dilakukan dimana dokter nantinya akan membedah perut ibu dengan cara menginsisi di segmen bagian bawah uterus . Jenis ini memberikan beberapa keuntungan seperti perdarahan luka insisi yang tidak banyak , risiko . peritonitis yang tidak besar , jaringan parut saat proses penyembuhan pada uterus umumnya kuat sehingga risiko ruptur uteri dikemudian hari tidak besar karena dalam masa nifas ibu pada segmen bagian bawah uterus tidak banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna (Prawirhadjo , 2017).
- 2) Sectio Caesarea Klasik atau Sectio Caesarea Corporal Tindakan pembedahan ini dilakukan dengan cara membuat insisi pada bagian tengah dari korpus uteri sepanjang 10-12 cm dengan ujung bawah di atas batas plika vesio uterine . Tujuannya dibuat hanya jika ada halangan untuk

melakukan proses SC Transperitonealis Profunda Halangan yang dimaksud misal karena uterus melekat pada dinding perut karena riwayat persalinan SC sebelumnya dan risiko perdarahan yang besar apabila di insisi di segmen bawah uterus dimana ada kondisi plasenta previa (plasenta menempel menutupi jalan lahir) . Kerugian dari jenis ini adalah risiko peritonitis dan rupture uteri 4 kali lebih bahaya pada kehamilan selanjutnya . Biasanya setelah dilakukan tindakan SC klasik ini , dilakukan sterilisasi atau histerektomi untuk menghindari risiko yang ada (Prawirhadjo , 2017) .

- 3) Sectio Caesarea Ekstraperitoneal Dokter akan menginsisi dinding dan fascia abdomen dan musculus rectus yang nantinya dipisahkan . Lalu vesika urinaria akan diretraksi ke bawah sedangkan lipatan peritoneum akan dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus . Jenis pembedahan ini dilakukan untuk mengurangi bahaya dari infeksi puerperal , namun dengan adanya kemajuan pengobatan terhadap infeksi , pembedahan SC ini tidak banyak lagi dilakukan karena tekniknya yang sulit dilakukan (Prawirhadjo , 2017) .

c. Etiologi

- 1) Etiologi yang berasal dari ibu Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primipara tua disertai kelainan letak, disproporsi sefalo pelvik disproporsi janin / panggul, ada sejarah kehamilan yang buruk , terdapat kesempitan panggul . Plasenta previa terutama pada primigravida , solutio plasenta tingkat I II , komplikasi kehamilan yang disertai penyakit jantung

DM. Gangguan perjalanan persalinan kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya.

- 2) Etiologi yang berasal dari janin . Fetal distress / gawat janin , mal presentasi dan mal posisi posisi janin , prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil , kegagalan persalinan vakum utau forcops ekstraka (Nururif& Hardhi, 2015)

d. Patofisiologi *Sectio Caesarea*

Akibat dari kelainan pada ibu dan janin menyebabkan dilakukannya SC dan tidak dilakukan dengan persalinan (Solehati , 2017) Tindakan alternatif untuk dilakukannya persalinan adalah menggunakan sectio caesarea dengan berat di atas 500gram dan adanya bekas sayatan yang masih utuh. Penyebab atau indikasi dilakukannya Sc ini adalah karena distorsi kepala panggul disfungsi uterus distorsia jaringan lunak. Plasenta previa dan lain - lain . Untuk ibu sedangkan untuk gawat darurat janin , janin besar dan lintang letakan setelah dilakukan sectio cuesarea ibu akan mengalami adaptasi poar partum : perlu anestesi yang bersifat regional dan umum . sebelum dilakukannya operasi pasien . Namun anastesi mengakibatkan banyaknya pengaruh terhadap janin dan ibu , sehingga bayi kadang - kadang lahir dalam keadaan tidak dapat diatasi dengan mudah dan bisa berakibat pada kematian janin sedangkan pengaruh anestetik bagi ibu sendiri yaitu terhadap tonus uteri yang menyebabkan banyak darah yang keluar . Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas yang tidak efektif akibat secret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup

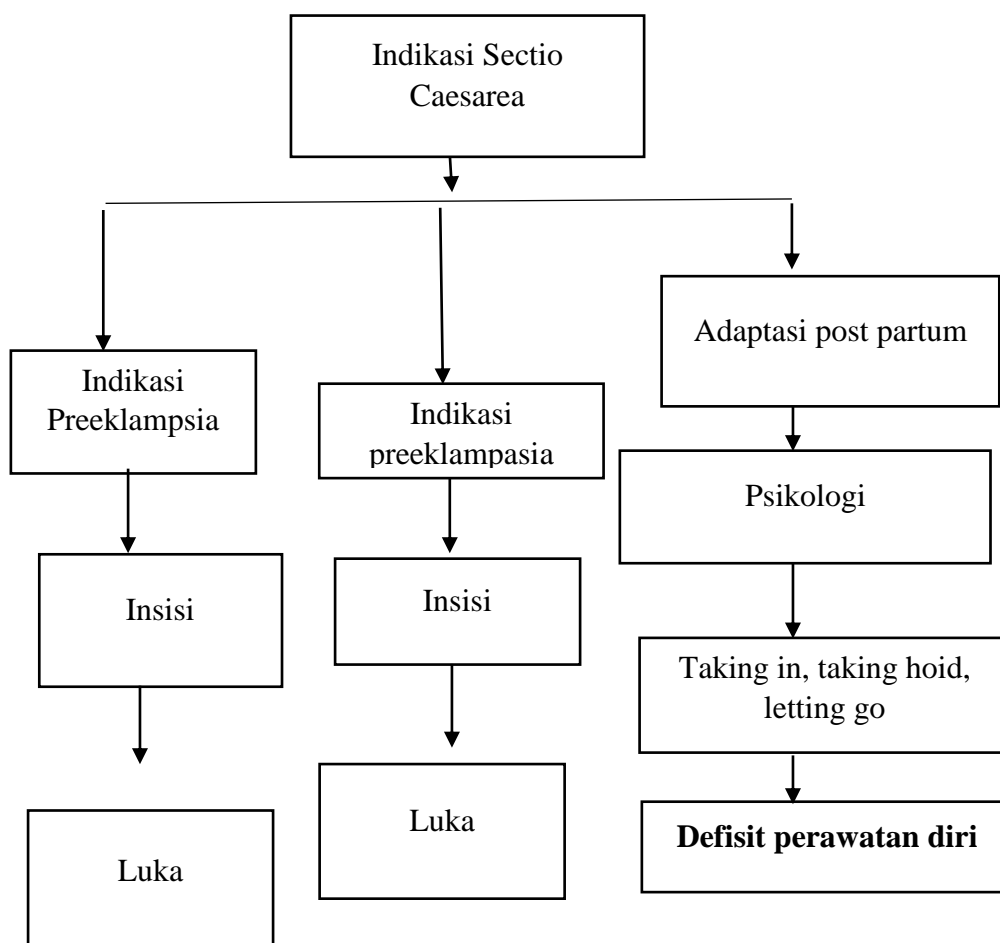
anastesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus (Anjarsari, 2018).

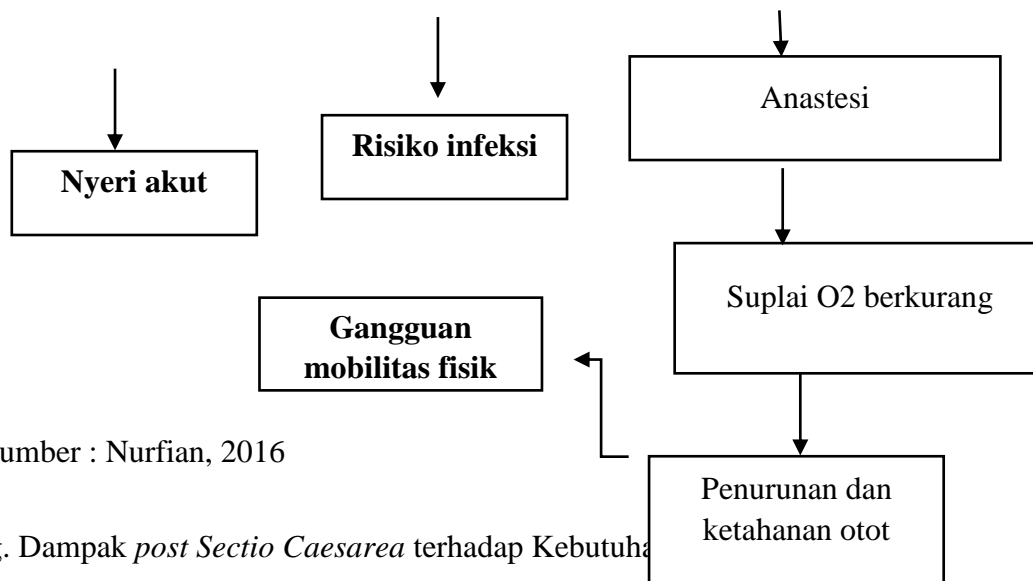
e. Komplikasi

Komplikasi yang sering terjadi pada pasien post secto caesar adalah

- 1) Infeksi puerperal infeksi ini merupakan infeksi bakteri yang menyerang bagian tubuh reproduksi setelah post partum keguguran atau pun post SC , biasanya ditandai dengan kenaikan suhu bersifat berat seperti peritonitis , sepsis dan sebagainya .
- 2) Perdarahan Pendarahan biasanya terjadi saat proses pembedahan karena cabang cabang arteri terbuka atau karena atonia uteri
- 3) Komplikasi - komplikasi lain seperti luka kandung kencing , embolisme paru - paru dan sebagainya sangat jarang terjadi
- 4) Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak , ialah kurang kuatnya , parut pada dinding uterus , sehingga pada kehamilan selanjutnya bisa terjadi rupture uteri Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah sesarea klasik (Solehati , 2017) Komplikasi lain seperti resiko terjadinya deprest pernapasan pada bayi biasanya diakibatkan oleh obat bius yang mana obat bius tersebut mengandung narkose.

f. Pathway

Bagian 2.1**Pathway Post SC Atas Indikasi Preeklampsia Berat**



1) Nyeri

Biasanya dirasakan pada daerah abdomen akibat luka operasi. Untuk mengatasi rasa sakit pada klien maka anjurkan untuk melakukan teknik relaksasi atau nafas dalam. Serta memberi terapi obat analgetic.

2) Nutrisi dan cairan

Pada ibu post partum section caesarea masih dianjurkan untuk puasa apabila ibu belum flatus dan bising usus belum terdengar untuk menghindari aspirasi. Sebagai pengganti dari makanan dan cairan, maka klien diberikan cairan infus RL, apabila klien sudah flatus dan bising usus normal, maka klien diperbolehkan untuk minum 1 sendok kemudian setelah itu dicoba untuk diet lunak Tinggi Kalori Tinggi Protein.

3) Aktivitas

Klien pasca bedah mengalami gangguan aktivitas. Hal ini disebabkan karena rasa nyeri yang ditimbulkan dari luka dan adanya penurunan dari kekuatan otot, sehingga aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat.

4) Personal hygiene

Kebutuhan personal hygiene pada ibu post partum section caesarea tidak terpenuhi karena keadaan klien yang lemah untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene tersebut maka dilakukan bantuan membersihkan tubuh klien, membersihkan mulut, membersihkan rambut, membersihkan vulva. Manfaat pemenuhan kebutuhan personal hygiene yaitu memberikan kenyamanan pada klien.

5) Eliminasi urine

Kebanyakan klien dapat berkemih secara spontan dalam waktu 8 jam setelah melahirkan. Secara kehamilan terjadi peningkatan cairan 50%. Setelah melahirkan cairan ini dieliminasi sebagai urine. Mungkin terdapat aseton dalam urine pada klien yang mengalami dehidrasi.

6) Emosi

Ketika mendekati kelahiran, wanita akan mengalami peningkatan kegembiraan mencapai klimaks dengan kelahiran bayi. Sering kali emosi yang tinggi menurun dengan cepat setelah kelahiran. Klien akan kelelahan karena persalinan dan mereka mengalami nyeri perineum serta pembengkakan payudara.

7) Pada ibu post section caesarea biasanya mengalami kurang tidur akibat dari adanya rasa nyeri yang dirasakan pada daerah abdomen.

h. Penatalaksanaan

Tindakan yang biasa dilakukan oleh tenaga kesehatan baik perawat maupun bidan untuk menangani pasien post se dimulai dan keluar ruang operasi yaitu sebagai berikut

- 1) Analgesia Wanita dengan ukuran tubuh rata - rata dapat disuntik 75 mg meperidin (intra muskuler) setiap 3 jam sekali, bila Diperlukan untuk mengatasi rasa sakit atau dapat disuntikan dengan cara serupa 10 mg morfin wanita dengan postur tubuh kecil , diberikan dosis 50 mg meperidin - wanita dengan postur tubuh besar, dosisnya lebih tinggi yaitu 100 mg meperidin
- 2) Tanda - tanda vital Obat - obatan antiemetik , misalnya protasin 25 mg biasanya diberikan bersama dengan pemberian preparat narkotik Tanda-tanda vital harus diperiksa 4 jam sekali. Perhatikan tekanan darah, nadi, jumlah urine serta jumlah darah yang hilang dan keadaan fundus harus diperiksa.
- 3) .Terapi cairan dan pemberian diet 3 liter larutan RL , dalam pedoman umum, terbukti cukup selama rehabilitasi dan dalam 24 jam pertama berikutnya, meskipun demikian jika keluaran urin jauh di bawah 30 mljam , pasien harus segera dievaluasi kembali paling lambat pada hari kedua.
- 4) Vesika urinarius dan usus

Setelah 12 jam post operasi kateter dapat dilepaskan atau dikeesokan paginya setelah operasi. Pada hari pertama setelah pembedahan biasanya

bising usus belum terdengar, pada hari kedua juga bising usung masih lemah. Kemudian usus baru aktif hari ketiga.

5) Ambulasi

Pada hari pertama setelah pembedahan, pasien baru bangun dengan bantuan perawat dari tempat tidur sebentar, sekurang-kurangnya 2 kali pada hari kedua baru pasien dapat berjalan dengan pertolongan.

6) Perawatan luka

Luka sayatan diinspeksi setiap hari, sehingga pembalut luka yang alternative ringan tanpa banyak plester sangat menguntungkan, secara normal jahitan kulit dapat diangkat setelah hari keempat setelah pembedahan. Paling lambat hari ketiga post partum, pasien dapat mandi tanpa membahayakan lka insisi atau sayatan.

7) Laboratorium

Secara rutin hematokrit diukur pagi setelah operasi tersebut dan harus segera dicek kembali apabila ada kehilangan darah yang tidak bisa atau keadaan lain yang menunjukkan hipovolemia.

8) Perawatan Payudara

Jika ibu memutuskan tidak menyusui maka pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi.

3. Konsep Dasar Post Partum

a. Pengertian *Post Partum*

Post Partum Masa nifas (Post Partum) adalah masa di mulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti

sebelum hamil , yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari . Selama masa pemulihan tersebut berlangsung , ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidak nyamanan pada awal postpartum , yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik (Yuliana & Hakim, 2020) .

Masa nifas atau post partum atau disebut juga masa puerperium merupakan waktu yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ reproduksinya seperti saat sebelum hamil atau disebut involusi terhitung dari selesai persalinan hingga dalam jangka waktu kurang lebih 42 hari (Maritalia , 2017) dengan 6 Minggu atau 42 hari setelah (Dewi & Sunarsih 2012 dalam Aprilianti , 2019) .

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa post partum adalah masa pemulihan yang di mulai setelah persalinan selesai dan berakhir kira kira 6 minggu. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung , ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis.

b. Tahapan Masa Nifas

Periode *post partum* adalah waktu selama 6-8 minggu setelah persalinan, proses ini dimulai setelah selesai persalinannya persalinan dan berakhir sampai alat-alat reproduksi kembali seperti keadaan sebelum hamil Menurut Wulandari (2020) tahapan yang terjadi selama post partum adalah:

- 1) *Immediate Puerperium* yaitu 0-24 setelah melahirkan.
- 2) *Early Puerperiem* yaitu 1-7 hari setelah melahirkan.

3) *Later Puerperiem* yaitu 1-6 minggu setelah melahirkan.

c. Perubahan Fisologis Pada Masa *Post Partum*

Perubahan yang terjadi pada ibu *Post Partum*, yaitu :

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Setelah plasenta lahir, uterus akan mulai mengeras karena kontraksi dan retraksi otot – ototnya. Uterus berangsur – angsur mengecil sampai keadaan sebelum hamil.

Tabel 2.1

Perubahan Uterus

No	Waktu	TFU	Berat
1	Pada saat bayi lahir	Setinggi pusat	1000gr
2	Setelah uri lahir	2 jari dibawah pusat	750gr
3	1 minggu <i>Post partum</i>	Pertengahan pusat dan simfisis	500gr
4	2 minggu <i>Post partum</i>	Tidak teraba	350gr
5	6 minggu <i>Post partum</i>	Semakin mengecil	50gr

Sumber : Gunawan dan Astuti, 2015.

b) *Lochea*

Lochea yaitu cairan/secret berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa post partum. Lochea mengandung darah dan sisa beberapa jenis lochea :

- (1) *Lochea Rubra*, berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, desidua, vernik kaseosa, lanugo, meconium berlangsung selama 3-7 hari post partum.
 - (2) *Lochea Sanguilenta*, berwarna merah kuning berisi darah dan berlangsung selama 3-7 hari post partum.
 - (3) *Lochea Serosa*, berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit berlangsung 7-14 hari post partum.
 - (4) *Lochea Alba*, berwarna putih berdiri atas leukosit dan sel-sel desidua berlangsung 14 hari – 2 minggu berikutnya 26.
- c) Endometrium
- perubahan terjadi dengan timbulnya trombositis, degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Bekas implantasi plasenta karena kontraksi sehingga menonjol ke kavum uteri, hari ke 1 endometrium tebal 2,5 mm, endometrium akan rata setelah hari ke 3.
- d) Serviks
- Setelah persalinan serviks menganga, setelah 7 hari dapat dilalui 1 jari, setelah 4 minggu rongga bagian luar kembali normal.
- e) Mamae atau payudara

Semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami.

Ada 2 mekanisme : produksi susu, sekresi susu atau letdown.

- (1) Oksitosin berperan dalam kontraksi uterus mencegah perdarahan, membantu uterus menjadi normal.
- (2) Prolaktin, dikeluarkan oleh kelenjar dimana pituitrin merangsang pengeluaran prolactin untuk produksi ASI, jika ibu post partum tidak menyusui dalam 14-21 hari timbul menstruasi.
- (3) Estrogen dan Progesteron, setelah melahirkan estrogen menurun progesterone meningkat.

f) Vagina dan perineum

Vagina secara berangsur-angsur luasnya berkurang, tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran nullipara, hymen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil dan berubah menjadi karunkula mitifosis.

g) Perubahan Tanda-Tanda Vital

Tanda-tanda vital yang sering digunakan sebagai indikator bagi tubuh yang mengalami gangguan atau masalah Kesehatan adalah nadi, pernafasan, suhu dan tekanan darah. Denyut nadi normal berkisar antara 60-80 kali permenit. Pada proses persalinan biasanya akan 24 mengalami peningkatan, tetapi pada masa nifas denyut nadi akan kembali normal.

d. Adaptasi Psikologis Post partum

Priode post partum menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat. Faktor-faktor

yang mempengaruhi suksesnya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada masa post partum, yaitu :

- 1) Respon dan dukungan dari keluarga dan teman
- 2) Hubungan antara pengalaman melahirkan dan harapan serta aspirasi.
- 3) Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lain.
- 4) Pengaruh budaya satu atau dua hari post partum, ibu cenderung pasif dan tergantung. Ia hanya menuruti nasihat, ragu-ragu dalam membuat keputusan sendiri, masih menggebu membicarakan pengalaman persalinan. Periode ini diuraikan oleh Rubin terjadi dalam 3 tahap yaitu:

a) Fase *Talking In*

- (1) Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.
- (2) Ibu akan mengulang-ngulang pengalamannya waktu bersalin dan melahirkan.
- (3) Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mencegah gangguan tidur.
- (4) Peningkatan nutrisi mungkin dibutuhkan karena selera makan ibu biasanya bertambah. Nafsu makan yang kurang menandakan proses pengambialan kondisi ibu tidak berlangsung normal.

b) *Talking Hold*

- (1) Berlangsung 2-4 hari post partum. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkat tanggung jawab terhadap janin.
- (2) Perhatiakan terhadap fungsi-fungsi tubuh (eliminasi).
- (3) Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan untuk merawat bayi.

c) Letting Go

- (1) Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatiannya yang diberikan keluarga.
- (2) Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi.
- (3) Pada periode ini umumnya terjadi depresi post partum

B. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah proses atau tahapan kegiatan dalam perawatan yang diberikan langsung kepada pasien dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan (Rizali, 2016).

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal proses penyelesaian. Suatu proses kolaborasi melibatkan perawat dan tim kesehatan lainnya. Pemeriksaan dilakukan melalui wawancara dan pemeriksaan fisik. Dalam pengkajian diperlukan kecermatan dan ketelitian agar data yang dikumpulkan lebih akurat, sehingga dapat dikumpulkan dan dianalisis untuk mengetahui masalah dan

kebutuhan ibu terhadap perawatan . Adapun pengkajian yang dilakukan pada ibu preeklamsia sebagai berikut, (Ratnawati , 2017).

a. Identitas Pasien

Mengumpulkan data-data yang berhubungan dengan identitas pasien. Pada kasus ibu post SC dengan preeklamsia berat umur lebih dari 40 tahun.

b. Riwayat Kesehatan

Pada Riwayat kesehatan sekarang yang perlu dikaji yaitu jam selesai operasi, kesadaran klien, keadaan umum, letak dan ukuran dari luka operasi juga keluhan utama yang dirasakan pasien post SC yaitu nyeri yang dapat dijabarkan dengan format P, Q, R, S, T yaitu:

P : Provokatif adalah hal yang memberatkan dan meringankan secara umum berkurang bila sedang beristirahat dan bertambah bila beraktivitas berlebihan.

Q : Kualitatif adalah kualitas dan kuantitas yang ditekankan secara umum yang dirasakan seperti berputar.

R : Region adalah penyebaran dan tempatnya secara umum bingung akibat darah tinggi.

S : Skala/Severity adalah intensitas pusing yang dirasakan dari rentang 0-5 pusing , 1 : pusing ringan , 2-3 : nyeri pusing , 4-5 : pusing hebat 0 : tidak

T : Time adalah waktu timbul serta lamanya secara umum pusing terasa tidak nyaman , pusing yang dirasakan kadang - kadang , terus -terusan , bahkan sampai beberapa lama.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Apakah pasien memiliki riwayat pembedahan sebelumnya ataupun riwayat penyakit sebelumnya.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Penyakit keturunan merupakan faktor penyebab penting yang perlu dikaji yaitu penyakit penularan yang diderita salah satu anggota yang akan hubungannya dengan keputus-putus ibu dan bayi dari rumah sakit.

e. Riwayat Obstetri Ginekologi

1) Riwayat obstetri, pada pengkajian ini meliputi riwayat kehamilan, persalinan maupun abortus yang pernah dialami oleh pasien.

2) Riwayat Menstruasi Untuk mengetahui usia berapa pertama kali mengalami menstruasi, jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya dalam hitungan hari. Seberapa banyak darah menstruasi yang dikeluarkan dan keluhan yang dirasakan ketika mengalami menstruasi.

3) Riwayat pernikahan Untuk mengetahui status perkawinan, lamanya perkawinan sah atau tidak, sudah berapa kali menikah, pada umur berapa menikah, berapa jumlah anak.

4) Riwayat kehamilan sekarang Pemeriksaan kehamilan beberapa kali, apakah mendapat imunisasi TT atau tidak, keluhan selama kehamilan

5) Riwayat penggunaan alat kontrasepsi Alat kontrasepsi yang akan digunakan, alat kontrasepsi yang digunakan dan keluhan yang timbul.

f. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah melakukan pemeriksaan fisik pasien untuk menentukan masalah kesehatan pasien (Ratnawati , 2017).

1) Keadaan umum

Kaji kondisi ibu secara umum , apakah ibu merasa keletihan ibu merasa tenang , pada preeklamsia berat kondisi ibu secara umum biasanya terlihat lemas dan pusing akibat tekanan darah tinggi , respirasi meningkat , denyut nadi meningkat dan mengalami gangguan pengaturan suhu tubuh.

2) Tanda- tanda vital

Dikaji tekanan darah , nadi , suhu dan respirasi , biasanya tanda tanda vital tidak mengalami gangguan . Pada klien dengan preeklamsia ditemukan peningkatan tekanan darah sistolik 160 mmHg dan diastolit 110 mmHg atau lebih.

3) Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*

Ada empat prinsip dalam melakukan pemeriksaan fisik yaitu melihat (insfeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi) dan mendengarkan (auskultasi) (Sugiarto, 2018)

- a) Kepala,, kaji bentuk kelapa, kebersihan kulit kepala dan keluhan yang dirasakan pada kepala . Pada klien dengan preeklamsia akan mendapatkan keluhan pusing.

- b) Mata, kaji keadaan konjungtiva, sclera, fungsi penglihatan pergerakan kedua mata , kebersihan. Bila keadaan konjungtiva pucat maka dapat dibaca dalam jarak 5cm .
- c) Hidung, kaji kesimetrisan lubang hidung, bentuk, kebersihan dan fungsi penciuman
- d) Telinga kaji keluhan yang dirasakan oleh klien , kesimetrisan , fungsi pendengaran.
- e) Mulut dan gigi Dikaji keluhan yang dirasakan , mukosa mulut dan gigi , keadaan bibir , lidah , fungsi pengecap dan fungsi menelan.
- f) Leher Dikaji keluhan yang dirasakan , kebersihan leher , biasanya tidak terdapat pembengkakan atau pembesaran JVP , pergerakan bebas , tidak terdapat lesi.
- g) Dada, dikaji kebersihan, kesimetrisan dan retraksi dada.
- h) Payudara

Dikaji keluhan yang dirasakan klien, keadaan payudara, bentuk hyperpigmentasi aerola, keadaan puting susu dan kesimetrisan serta pengeluaran ASI.
- i) Abdomen, kaji kebersihannya, adakah Striae *livide* dan *linea nigra*. Kaji luka operasi, tanda-tanda infeksi pada luka seperti terdapat bengkak serta kemerahan dan nyeri tekan pada luka *post SC*.

- j) Genetalia, kaji terhadap pengeluaran lochea. Pada 24 jam melahirkan terdapat.
 - k) Abdomen, kaji kebersihannya, adakah striae 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 SC TFU sekitar 1 cm dibawah umbilicus (Gunawan & Astuti, 2015).
 - l) Genetalia, kaji terhadap pengeluaran Lochea. Pada 24 jam setelah post SC pasien masih menjalankan perawatan kateter urin karena pada 24 jam post SC pasien belum bisa beraktivitas secara mandiri juga menghindari terjadinya infeksi (Nuryanti & Fabanjo, 2020).
 - m) Ekstremitas
 - (1) Ekstremitas atas, kaji terhadap kesimetrisan, *Range of Motio* (ROM), ada tindakan oedema, klien dengan *post* operasi biasanya terpasang infus dan ada keterbatasan gerak.
 - (2) Ekstremitas bawah, kaji terhadap kesimetrisan, ROM, pergerakan biasanya klien dengan *post* operasi sering takut menggerakkan kakinya karena nyeri pada luka *post* SC.
- g. Aspek Psikologis, Sosial dan Spiritual
- 1) Pada Klien hari ke 1 biasanya klien mengalami fase taking in, fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari 1-2 melahirkan.
 - 2) Klien dengan post section caesarea kaji terhadap hubungan interpersonal klien dengan keluarganya selama klien dirawat.

- 3) Dikaji bagaimana klien akan kesembuhannya berhubungan dengan agama yang di anut, bagaimana aktivitas keagamaannya klien selama perawatan di rumah sakit.

h. Pola aktivitas Sehari-hari

- 1) Nutrisi, kaji terhadap frekuensi makan, jenis makanan, nafsu makan, frekuensi minum, jenis serta jumlahnya. Klien setelah selesai operasi pemenuhan nutrisinya selama puasa melalui infus dan setelah 6 jam baru diberikan minum secara bertahap dan setelah 8 jam baru diberikan makanan lunak.
- 2) Eliminasi BAB dan BAK, kaji meliputi beberapa kali BAB, konsistensi, warna, bau, dan klien dengan *post section caesarea* untuk BAK mendapatkan perawatan kateter urin.
- 3) Istirahat tidur, pada klien dengan *post section caesarea* pada hari pertama mengalami gangguan istirahat tidur karena adanya rasa nyeri pada daerah operasi dan ada rasa yang tidak enak pada uretra akibat terpasangnya kateter urin. Kaji meliputi kebiasaan tidur, lamanya serta adanya gangguan atau tidak.
- 4) Personal hygiene, pada klien dengan *post section caesarea* pada hari pertama dan sebelum kateter dibuka klien membutuhkan orang lain untuk membersihkan diri dalam hal ini klien harus dimandikan.
- 5) Aktivitas, pola aktivitas dapat terganggu dengan adanya rasa nyeri pada daerah operasi sehingga klien membatasi gerakan.

i. Analisa data

Tabel 2.2

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: Mengeluh nyeri Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak meringis b. Gelisah c. Bersikap protektif (mis, waspada posisi menghindari nyeri) d. Sulit tidur <p>Gejala dan Tanda Minor Subjektif: (tidak tersedia) Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tekanan darah meningkat b. pola napas berubah c. Nafsu makan berubah d. proses berfikir terganggu e. Menarik diri f. Berfokus pada diri sendiri 	<p>Adanya indikasi preeklampsia berat, yang menyebabkan dilakukannya tindakan section caesarea. Akibat dari adanya pembedahan atau luka operasi yang menyebabkan terputusnya kontinuitas dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter, bradikardin, serotine, histamin dan meneruskan ambang nyeri yang di persepsikan sebagai nyeri.</p>	Nyeri Akut
2.	<p>Faktor Resiko</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Penyakit Kronis b. Efek prosedur invasive c. Malnutrisi d. Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan e. Ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer f. Ketidak adekuatan 	<p><i>Post</i> operasi menyebabkan adanya luka yang merupakan media yang baik untuk tubuh dan berkembang bakteri sehingga menimbulkan infeksi.</p>	Risiko Infeksi

	pertahanan tubuh sekunder		
3.	<p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif: Menolak melakukan perawatan diri</p> <p>Objektif:</p> <p>a. Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri</p> <p>b. Minat melakukan perawatan diri kurang.</p> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif: (tidak tersedia)</p> <p>Objektif: (tidak tersedia)</p>	Adanya luka <i>post op</i> menyebabkan keterbatasan gerak dalam melakukan aktifitas sehingga ADL dibantu dan perawatan diri terganggu.	Defisit perawatan diri

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian yang dibuat hanya setelah pengumpulan data yang sistematis dan menyeluruh . Diagnosis keperawatan menjelaskan kontinum status kesehatan gangguan kesehatan , adanya factor resiko dan area peningkatan pertumbuhan personal (PPNI, 2016).

Kemungkinan diagnosa yang mungkin muncul pada pasien dengan *post sectio caesarea* adalah:

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b) Risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer:
kerusakan integritas kulit.
- c) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
- d) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan reflek oksitosin
- e) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

3. Perencanaan keperawatan

adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan (Mulyanti, 2017).

Tabel 2.3

Perencanaan keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D. 0077)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Frekuensi nadi membaik 2) Pola nafas membaik 3) Keluhan nyeri menurun 4) Meringis menurun 5) Gelisah menurun 6) Kesulitan tidur menurun 	<p>Intervensi utama: Manajemen Nyeri (l. 08238)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7) Monitor efek samping penggunaan analgetic 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk mengetahui lokasi karakteristik nyeri 2) Untuk mengetahui skala nyeri 3) Untuk melihat respon 4) Untuk mengetahui faktor yang dapat memperberat dan memperingan nyeri 5) Untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan 6) Untuk mengetahui adakah gangguan yang disebabkan oleh nyeri 7) Untuk melihat efek samping analgetic

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
			Terapeutik: 8) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 9) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 10) Fasilitasi istirahat tidur 11) Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi: 12) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 13) Jelaskan strategi meredakan nyeri 14) Ajarkan teknik nonfarmakologi Kolaborasi: 15) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu Intervensi utama lain: Pemberian analgetic Intervensi pendukung: Aromaterapi, dukungan hipnotis diri, dukungan pengungkapan kebutuhan, edukasi manajemen, edukasi efek samping obat, edukasi proses penyakit	8) Untuk mengurangi rasa nyeri 9) Untuk menghindari atau menurunkan tingkat nyeri 10) Agar kebutuhan tidur terpenuhi 11) Agar strategi meredakan nyeri sesuai dengan kondisi pasien 12) Agar pasien mengetahui penyebab, periode dan pemicu nyeri 13) Agar pasien dapat meredakan nyeri secara mandiri 14) Agar pasien dapat menurunkan rasa nyeri dengan teknik nonfarmakologis 15) Untuk menghilangkan rasa nyeri

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
2	Risiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1) Demam menurun 2) Kemerahan menurun 3) Nyeri menurun 4) Bengkak menurun	Intervensi utama: Pencegahan infeksi (I. 14539) Observasi: 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik: 2) Batasi jumlah pengunjung 3) Berikan perawatan kulit pada daerah edema 4) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien 5) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi: 6) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7) Ajarkan cara mencuci tangan yang benar 8) Ajarkan etika batuk 9) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 10) Ajurkan meningkatkan asupan nutrisi 11) Anjurkan meningkatkan asupan cairan	1) Untuk mengetahui ada tidaknya infeksi yang terjadi 2) Untuk mencegah terjadinya penyebaran infeksi 3) Agar luka terawat 4) Untuk menghindari terjadinya infeksi 5) Agar tidak terjadi infeksi 6) Agar pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi 7) Untuk menghindari infeksi 8) Untuk menghindari infeksi 9) Agar pasien tahu cara memeriksa kondisi luka 10) Untuk menunjang kesehatan 11) Untuk menunjang kesembuhan

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
3	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D. 0054)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Nyeri menurun 4) Kaku sendi menurun 5) Gerakan terbatas menurun 	<p>Intervensi utama: Dukungan Mobilisasi (I. 05173) Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 5) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 6) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7) Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi 8) Anjurkan melakukan mobilisasi dini 9) Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur) 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik yang mengganggu 2) Untuk mengetahui adanya toleransi fisik dalam melakukan pergerakan 3) Untuk mengetahui frekuensi nadi dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4) Agar pasien terbantu saat melakukan mobilisasi 5) Agar sendi-sendi tidak kaku 6) Agar keluarga dapat membantu pasien dalam melakukan mobilisasi 7) Agar pasien tahu tujuan dan prosedur dari dilakukannya mobilisasi 8) Agar mobilisasi dilakukan sesuai kondisi pasien 9) Agar pasien bisa melakukan pergerakan sedikit-sedikit

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
			<p>Intervensi utama: Dukungan Ambulasi</p> <p>Intervensi Pendukung: Dukungan kepatuhan program pengobatan edukasi teknik ambulasi, manajemen nyeri, pemberian obat, perawatan tirah baring, promosi Latihan fisik, teknik Latihan penguatan otot, terapi aktivitas.</p>	
4	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D. 0109)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kemampuan mandi meningkat 2) Kemampuan menggerakkan pakaian meningkat 3) Kemampuan makan meningkat 	<p>Intervensi utama: Dukungan Perawatan Diri (I. 11348)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identitas kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Monitor tingkat kemandirian 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas sesuai usia pasien 2) Untuk mengetahui tingkat kemandirian pasien 3) Untuk mengetahui kebutuhan alat bantu

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
		<p>4) Kemampuan ke toilet BAB/BAK meningkat</p> <p>5) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat</p>	<p>Terapeutik:</p> <p>4) Sediakan lingkungan yang terapeutik</p> <p>5) Siapkan keperluan pribadi</p> <p>6) Dampingi dalam melakukan perawatan diri</p> <p>7) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>8) Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>Edukasi:</p> <p>9) Ajarkan melakukan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p> <p>Intervensi utama lain: Dukungan perawatan Diri: BAB/BAK, berhias, Berpakaian, Makan/Minum, Mandi</p> <p>Intervensi Pendukung: Dukungan pemeliharaan rumah, edukasi pencegahan luka tekan, pengaturan posisi, perawatan luka, perawatan persalinan</p>	<p>4) Agar pasien merasakan nyaman</p> <p>5) Untuk menunjang dalam perawatan diri pasien</p> <p>6) Agar pasien terbantu</p> <p>7) Agar pasien memahami keadaan ketergantungannya</p> <p>8) Agar kebersihan diri terjaga</p> <p>9) Agar perawatan diri terjadwal</p>

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
5	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan reflek oksitosin (D.0029)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kemampuan memberikan ASI secara langsung dari payudara kepada bayi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tetesan/pancaran ASI meningkat 2) Suplai ASI adekuat meningkat 3) Intake bayi meningkat 4) Hisapan bayi meningkat 	<p>Intervensi utama: Edukasi menyusui (I. 12393)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Sediakan materi dan media Pendidikan kesehatan 4) Jadwalkan Pendidikan kesehatan 5) Berikan kesempatan untuk bertanya 6) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 7) Libatkan sistem pendukung, suami, keluarga, tenaga kesehatan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 8) Berikan konseling menyusui 9) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk mengetahui kesiapan pasien 2) Agar mengetahui keinginan pasien terhadap menyusui bayinya 3) Untuk menunjang saat pelaksanaan Pendidikan kesehatan 4) Agar pasien siap saat diberikan Pendidikan kesehatan 5) Agar pasien bisa bertanya 6) Agar pasien semangat untuk menyusui bayinya 7) Agar pasien merasa lebih percaya diri untuk menyusui bayinya 8) Agar pasien paham mengenai menyusui 9) Agar pasien mengetahui manfaat menyusui bagi ibu

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
			<p>dan bayi</p> <p>10) Ajarkan 4 posisi menyusui</p> <p>11) Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. Memerah ASI, pijat oksitosin, pijat payudara)</p> <p>Intervensi utama lain: Konseling Laktasi</p> <p>Intervensi pendukung: Dukungan emosional, edukasi nutrisi bayi, edukasi orangtua: fase bayi,, konseling nutrisi, pemberian kesempatan mengisap pada bayi, pemeriksaan payudara, perencanaan pulang, promosi perlekatan, reduksi ansietas, terapi relaksasi</p> <p>J</p>	<p>dan bayi</p> <p>10) Agar pasien tahu posisi menyusui yang baik dan benar</p> <p>11) Agar produksi ASI meningkat</p>

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan		
		Luaran	Intervensi	Rasional

4. Implementasi

Setelah rencana keperawatan tersusun, selanjutnya diterapkan tindakan yang nyata untuk mencapai hasil yang diharapkan berupa kekurangannya atau hilangnya masalah klien. Tahap implementasi ini terdiri dari beberapa kegiatan, yaitu validasi rencana keperawatan, menuliskan atau mendokumentasikan rencana keperawatan, serta melanjutkan pengumpulan data.

Saat melakukan implementasi keperawatan, tindakan harus mendetail dan jelas supaya semua tenaga keperawatan dapat menjalankannya dengan baik dalam waktu yang ditentukan. Perawat dapat melaksanakan langsung atau bekerja sama dengan para tenaga pelaksana lainnya (Ratnawati, 2017).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan akhir dari proses keperawatan, dimana perawat menilai hasil yang diharapkan terhadap perubahan dari klien dan menilai sejauh mana masalah klien dapat diatasi. Di samping itu, perawat juga memberikan umpan balik atau pengkajian ulang, seandainya tujuan yang ditetapkan belum tercapai, maka dalam hal ini proses keperawatan dapat dimodifikasikan (Ratnawati, 2017)

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMNAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama : Ny.T

Umur : 40 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Cipanas, Tarogong kaler

Status Perkawinan : Sudah menikah

Agama : Islam

Suku / Bangsa : Sunda / Indonesia

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Nomor RM : 01355764

Diagnosa Medis : P3A0 Post SC atas indikasi Preeklampsia
Berat

Tanggal Persalinan : 05 April 2023

Tanggal Masuk : 05 April 2023

Tanggal Pengkajian : 06 April 2023

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. I
Umur : 44 Tahun
Jenis Kelamin : Laki- Laki
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Wiraswasta
Hubungan Dengan Pasien : Suami
Alamat : Cipanas, Tarogong kaler

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri pada luka Sectio Caesarea di perut bagian bawah.

2) Riwayat Kesehatan sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 06 April 2023 pukul 08.00 WIB, klien mengeluh nyeri pada luka section caesarea. Nyeri bertambah berat apabila pasien bergerak dan pasien tampak bersikap protektif pada daerah luka. Nyeri dirasakan klien seperti disayat-sayat. Nyeri hanya dirasakan dibagian perut saja pada luka post operasi. Skala nyeri 7 (0-10). Nyeri hilang timbul, nyeri dirasakan klien saat bergerak dan hilang saat diberi obat.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Menurut penuturan klien, klien belum pernah melakukan operasi SC sebelumnya dan klien tidak memiliki riwayat penyakit kronis atau penyakit menular.

4) Riwayat Kesehatan keluarga

Menurut penuturan pasien, dalam keluarganya tidak ada riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, DM serta tidak ada penyakit menular seperti HIV dan TBC.

5) Riwayat Obstetri dan Ginekologi

a) Riwayat Menstruasi

Menarche : 15 Tahun
Lama : 6-7 hari
Siklus : 28 hari
Teratur/tidak : Teratur
Keluhan : Tidak ada
HPHT : 1 Juli 2022
TP : 8 April 2023

b) Riwayat Perkawinan

Pernikahan ke : 1
Usia Suami : 24 Tahun
Usia istri : 21 Tahun
Lama : 19 Tahun

c) Riwayat kehamilan dan persalinan lalu

Ny. T mengatakan memiliki 3 orang anak dengan riwayat persalinan normal lahir di bidan.

Tabel 3.1

Riwayat Kehamilan dan persalinan lalu

Anak ke	Penolong	Umur kehamilan	Jenis partus	Jk	BB	Keadaan
1.	Bidan	9 bulan	Spontan	L	4.000gr	Meninggal
2.	Bidan	9 bulan	Spontan	L	4.000gr	Hidup
3.	Bidan	42 minggu	Spontan	P	3.300gr	Hidup
4.	Dokter	9 bulan	SC	P	3.100gr	Hidup

d) Riwayat KB

Menurut penuturan klien, sebelumnya menggunakan suntik KB selama 2 tahun, tidak ada masalah dalam menggunakan suntik KB, jenis kontrasepsi yang akan di gunakan setelah persalinan adalah sterilisasi dan jumlah anak yang direncanakan keluarga adalah 4 anak.

e) Riwayat Persalinan sekarang

Klien mengatakan pada kehamilan Ke-4 klien merasa hamil 9 bulan. Keluhan selama kehamilan hanya pusing dan mual muntah, klien memeriksa kehamilan ke bidan secara teratur. BB sebelum hamil 59 kg

Dan BB saat hamil 69 kg klien mengalami kenaikan 10 kg, TB 149 cm, klien melahirkan secara SC di RSUD dr. Slamet Garut.

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan Umum

Kesadaran : Compos Mentis

Penampilan : Klien tampak lemah dan meringis
GCS : 15 (E=4, M=6, V=5)
BB saat ini : 69 kg
BB sebelum hamil : 59 kg
TB : 149 cm

2) Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah : 160/100 mmHg
Nadi : 88x/menit
Respirasi : 23x/menit
Suhu : 36,3°C
Spo2 : 99%

3) Pemeriksaan *Head To Toe*

a) Kepala

Bentuk kepala normal atau simetris, rambut berwarna hitam, tidak terjadi kerontokan, kulit kepala kotor dan ketombe, rambut terlihat lepek dan tidak ada lesi.

b) Wajah

Ekspresi wajah tampak meringis seperti menahan nyeri, bentuk wajah normal atau simetris tidak terdapat nyeri tekan dan pembengkakan.

c) Mata

Bentuk mata kanan dan kiri simetris, mata pasien sayup, konjungtiva pucat dan kantung mata berwarna gelap. klien mampu menyebutkan benda yang ditunjukkan oleh perawat.

d) Telinga

Bentuk telinga simetris antara kanan dan kiri, tidak ada lesi dan benjolan fungsi pendengaran baik terbukti dengan pasien mendengar suara tangisan bayi.

e) Hidung

Bentuk hidung simetris, hidung tampak bersih, penciuman pasien baik terbukti dengan pasien dapat membedakan bau minyak kayu putih dan kopi.

f) Mulut

Keadaan bersih, warna mukosa bibir merah muda, bibir lembab, warna lidah merah muda, pergerakan lidah baik ditandai dengan lidah dapat digerakan ke segala arah. Fungsi pengecapan pasien baik terbukti pasien bisa merasakan rasa asin, manis, pahit dan asam.

g) Leher

Tidak ada nyeri pada saat menelan fungsi pergerakan baik terbukti pasien dapat menggerakkan leher ke kiri dan ke kanan. Tidak ada benjolan pada leher.

h) Dada

Pengembangan dada simetris antara kanan dan kiri, tidak ada benjolan

- (1) Paru-paru: bunyi paru sonor, bunyi nafas vesikuler frekuensi nafas 23 x/menit.
- (2) Jantung: irama jantung regular, terdengar bunyi S1 S2 lup dup.
- (3) Payudara: bentuk payudara simetris antara kanan dan kiri, puting menonjol, aerola berwarna hitam, ASI tampak belum keluar dan payudara teraba lembek.

i) Abdomen

Bentuk perut cembung, terdapat striae albican dan linea nigra, terdapat luka post sectio caesarea dengan panjang ± 10 cm tertutup verban, bising usus 12x/menit, terdapat nyeri tekan, tidak terdapat distensi kandung kemih, TFU 2 Jari diatas pusat.

j) Punggung dan Bokong

Pasien berbaring lemas pada saat dikaji tidak terdapat kelainan pada punggung, pasien sudah bisa miring kanan dan kiri walaupun pelan-pelan dan dibantu keluarga.

k) Genitalia

Tampak kotor, terpasang kateter urin, urin yang keluar 300 cc pada urin bag, terdapat lochea rubra sudah 1 kali ganti pembalut. Tidak ada hemoroid.

l) Ekstremitas

(1) Atas: tangan dapat digerakan, pergerakan terbatas pada ekstremitas dekstra karena terpasang infus RL 20 tp. CRT kurang dari 2 detik. Kekuatan otot 5.

(2) Bawah: tidak ada edema, tidak ada varises, tidak ada nyeri tekan, kaki dapat digerakan, pergerakan terbatas. Kekuatan otot 4. Homan sign negatif.

m) Kulit

Warna kulit kuning langsung, ada luka dibagian abdomen, turgor kulit baik kembali ke keadaan semula kurang dari 2 detik dan kulit teraba lengket serta klien mengatakan belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri.

n) Kuku

CRT kurang dari 2 detik, kuku bersih dan pendek.

d. Konsep Diri

- 1) Identitas diri: Pasien mengatakan bahwa dirinya seorang perempuan berusia 40 tahun, beragama islam
 - 2) Peran diri: pasien mengatakan dirinya berperan sebagai seorang istri dari suaminya dan ibu dari anak-anaknya.
 - 3) Harga diri: pasien mengatakan merasa sangat dihargai oleh suami dan keluarganya.
 - 4) Ideal diri: pasien mengatakan ingin cepat bertemu dengan anaknya dan ingin segera pulang agar bisa merawat anak-anaknya.
 - 5) Gambaran diri: Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan gambaran dirinya meskipun telah dilakukan operasi.
- e. Aspek Psikogis
- 1) Pada saat pengkajian, aktivitas pasien tergantung pada keluarga.
 - 2) Persepsi diri, pasien berharap agar segera sembuh dan segera pulang kerumahnya.
 - 3) Pola pikir, pasien mengatakan kurang tahu tentang produksi ASI nya yang belum keluar.
 - 4) Respon ibu terhadap kelahiran bayi, pasien mengatakan sangat bersyukur atas kelahiran bayinya.
 - 5) Respon keluarga terhadap kelahiran bayi, keluarga mengatakan bahagia pasien bisa melahirkan dengan selamat juga bayinya.
- f. Aspek Sosial Spiritual
- 1) Sosial: hubungan pasien dengan keluarga baik, juga dengan perawat dan tenaga kesehatan lain.
 - 2) Spiritual: Pasien merupakan seorang muslim dan selalu beribadah sesuai dengan kepercayaannya. Pasien selalu berdoa untuk kesembuhannya.
- g. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3.2

Pola Aktivitas Sehari – hari

No	ADL	Di Rumah	Di Rumah Sakit
----	-----	----------	----------------

1.	<p>Nutrisi</p> <p>a. MAKAN</p> <p>Jenis menu Frekuensi Porsi Cara Keluhan</p> <p>b. MINUM</p> <p>Jenis minuman Frekuensi Jumlah Pantangan Keluhan</p>	<p>Nasi+lauk pauk+sayuran</p> <p>3 x 1 hari</p> <p>1 porsi</p> <p>Mandiri</p> <p>Tidak ada keluhan</p> <p>Air putih, teh</p> <p>3 x 1 hari</p> <p>3 – 5 gelas</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>	<p>Nasi+lauk pauk+sayuran</p> <p>3 x 1 hari</p> <p>½ porsi</p> <p>Di bantu</p> <p>Tidak ada keluhan</p> <p>Air putih</p> <p>3 x 1 hari</p> <p>8 gelas</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>
2.	<p>Istirahat & Tidur</p> <p>a. MALAM</p> <p>Berapa jam Dari jam Kesukaran tidur Kualitas</p> <p>b. SIANG</p> <p>Berapa jam Dari jam sd jam Kesukaran tidur Kualitas</p>	<p>6 – 7 jam</p> <p>21.00 – 04.30</p> <p>Tidak ada</p> <p>Nyenyak</p> <p>2 – 4 jam</p> <p>12.00 – 14.30</p> <p>Tidak ada</p> <p>Nyenyak</p>	<p>4 – 6 jam</p> <p>20.00 – 05.00</p> <p>Tidak ada</p> <p>Nyenyak</p> <p>2 – 3 jam</p> <p>12.00 – 14.00</p> <p>Tidak ada</p> <p>Nyenyak</p>

3.	Eliminasi BAK Frekuensi Jumlah Warna Bau Kesulitan	3x/hari Banyak Khas urine Khas urine Tidak ada	Terpasang kateter 300 cc Khas urine Khas urine Tidak ada
4.	Personal Hygiene Mandi Frekuensi Penggunaan sabun Frekuensi gosok gigi Cara	3x/hari 3x/hari 3x/hari Mandiri	Belum mandi 1x/hari 1x/hari Dibantu
5.	Mobilitas dan Aktivitas Aktivitas yang dilakukan Kesulitan	Mandiri Tidak ada	Dibantu Dalam beraktivitas dibantu

h. Data Penunjang

Nama : Ny. T

Umur : 40 Tahun

No RM : 01355764

Tanggal : 05 April 2023

Tabel 3.3
Hasil Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Flag satuan	Nilai normal
--------------------	--------------	--------------------	---------------------

HEMATOLOGI			
Hemoglobin	13,0	g/dl	13 – 16
Hematokrit	38	%	35 -47
Jumlah Leukosit	7.500	/mm ³	3,800 – 10,600
Jumlah Trombosit	221,000	/mm ³	150,000 – 440,000
Jumlah Eritrosit	4,05	Juta/mm ³	3,6 – 5,8
PT-INR			
PT	11,9	Detik	10,9 – 14,9
INR	0,85		
Tromboplastin	30,0	Detik	16,9 – 36, 9
Masa partial			
KIMIA KLINIK			
Ureum	15	Mg/dl	20 – 40
Kreatinin	0,57	Mg/dl	0,5 – 1,3
SGOT	22	u/l	0 -31
SGPT	13	u/l	< 35
Paket Elektrolit			
Natrium	138	mEq/l	135 – 145
Kalium	4,0	mEq/l	36 – 5,5
Clorida	110	mEq/l	98 – 108
Calsium	4,37	Mg/dl	4,7 – 5,2

i. Therapi

Tabel 3.4

Pemberian Therapi tanggal 06 April 2023

No	Jenis Therapi	Dosis	Fungsi obat
1.	Ceftriaxone sodium	2 x 1 gr	Untuk mencegah infeksi
2.	Ketorolac trometamol	3 x 1 mg	Obat untuk meredakan nyeri
3.	Infus RL	20 Tpm	Untuk membantu

			mengembalikan keseimbangan elektrolit
--	--	--	---------------------------------------

j. Analisa Data

Tabel 3.5
Analisa Data

No Dx	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS: Pasien mengatakan nyeri pada perut bekas operasi <i>section caesarea</i></p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Skala nyeri 7 (0-10) 2) Pasien tampak meringis 3) Terdapat luka post SC pada abdomen (Vertikal) \pm 10 cm 4) pasien tampak bersikap protektik (sikap menghindari nyeri) 5) Terdapat nyeri tekan pada abdomen 6) Tanda-tanda vital TD : 160/100 mmHg N : 88x/menit 	<p>Adanya indikasi preeklampsia berat, yang menyebabkan dilakukannya tindakan section caesarea. Akibat dari adanya pembedahan atau luka operasi yang menyebabkan terputusnya kontinuitas dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter, bradikardin, serotine, histamin dan meneruskan ambang nyeri yang di persepsikan sebagai nyeri.</p>	Nyeri Akut

2.	Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit	Post operasi menyebabkan adanya luka yang merupakan media yang baik untuk tubuh dan berkembang bakteri sehingga menimbulkan infeksi.	Resiko infeksi
3.	DS: Pasien mengatakan tidak bisa melakukan perawatan diri secara mandiri DO: 1)Pasien tampak tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri karena terdapat nyeri pada abdomen post operasi 2)Saat di palpasi kulit teraba lengket	Adanya luka post op menyebabkan keterbatasan gerak dalam melakukan aktifitas sehingga ADL dibantu dan perawatan diri terganggu	Defisit perawatan diri

2. Diagnosa Keperawatan berdasarkan prioritas

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik (prosedur operasi/post operasi) dibuktikan dengan:

DS : Pasien mengatakan nyeri pada luka post section caesarea di bagian perutnya.

DO :

- a) Skala nyeri 7 (0-10).
- b) Pasien tampak meringis.
- c) Terdapat luka *post* SC pada abdomen (vertical) \pm 10 cm.
- d) Pasien tampak bersikap protektif (sikap menghindari nyeri).
- e) Terdapat nyeri tekan pada abdomen.
- f) Tanda-tanda vital

TD : 160/100 mmHg

N : 88x/menit

6. Defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan:

DS: Pasien mengatakan tidak bisa melakukan perawatan diri secara mandiri

DO:

- a) Pasien tampak tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri karena terdapat nyeri pada abdomen *post* operasi
 - b) Saat di palpasi kulit teraba lengket.
- 3) Resiko infeksi dibuktikan dengan ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit.

3. Proses Keperawatan

Tabel 3.6
Proses Keperawatan

Nama : Ny. T

NO. RM : 01355764

Umur : 40 Tahun

Ruangan : Jade

No	Diagnosa keperawatan	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
1	2	3	4	5	6	7
1.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedra fisik (prosedur operasi/post operasi) dibuktikan dengan</p> <p>DS: Pasien mengatakan nyeri pada perut bekas operasi section caesarea</p> <p>DO: 1) Skala nyeri 7 (0-10) 2) Pasien tampak meringis 3) Terdapat luka post SC pada abdomen (Vertikal) ± 10 cm</p>	<p>Tingkat nyeri (L.08066)</p> <p>Diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>1) Keluhan nyeri menurun (skala nyeri 5)</p>	<p>Manajemen nyeri (I. 08238)</p> <p>Observasi</p> <p>1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas nyeri</p> <p>2)identifikasi skala nyeri</p>	<p>1)Untuk mengetahui lokasi karakteristik nyeri</p> <p>2)Untuk mengetahui skala nyeri pasien</p>	<p>07 April 2023 Pkl. 08.20 WIB</p> <p>1) Mengidentifikasi lokasi karakteristik nyeri pasien dengan hasil: Pasien mengeluh nyeri pada perutnya bekas operasi sc, nyeri seperti tersayat, nyeri hanya pada bagian perut, nyeri hilang timbul saat bergerak dan hilang saat istirahat.</p> <p>2)Pasien mengatakan skala nyeri nya 7 (0-10)</p>	<p>07 April 2023 Pkl. 13.00 WIB</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan merasa nyeri dan nyeri hilang saat diberi obat</p> <p>O :</p> <p>1)Skala nyeri 6 (0-10) 2)Pasien tampak meringis namun sedikit tenang 3)Hasil TTV TD 150/100 mmHg N 88x/menit</p>

<p>4) pasien tampak bersikap protektik (sikap menghindari nyeri)</p> <p>5) Terdapat nyeri tekan pada abdomen</p> <p>6) Tanda-tanda vital TD : 160/100 mmHg N : 88x/menit</p>	<p>2)Meringis menurun</p>	<p>Terapeutik</p> <p>3)Berikan terapi non farmakologis (nafas dalam)</p> <p>4)Fasilitasi istirahat tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>5)Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>6) Kolaborasi pemberian analgetik, jika peril</p>	<p>3)Untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>4)Untuk mengetahui kebutuhan istirahat tidur pasien</p> <p>5)Agar pasien paham penyebab priode dan pemicu nyeri</p> <p>6)Untuk meredakan rasa nyeri</p>	<p>Pkl. 09.05 WIB</p> <p>3)Memberikan teknik non farmakologis relaksasi nafas dalam</p> <p>Hasil : pasien merasa sedikit rileks</p> <p>Pkl. 90.15 WIB</p> <p>4.)Mengajarkan pasien untuk tidur dengan hasil: Pasien tidur setelah diberikan terapi obat</p> <p>Pkl. 09. 25</p> <p>5)Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri dengan hasil: Pasien paham terhadap penyelasan yang diberikan</p> <p>Pkl. 09.30 WIB</p> <p>6. memberikan obat Ketorolac Trametamol 3x1gr</p> <p>(Neng lutvi)</p>	<p>R 23x/menit S 36,3° C A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> <p>1)Monitor skala nyeri</p> <p>2)berikan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam dan distraksi berbincang bincang)</p> <p>3)Fasilitasi istirahat tidur</p> <p>4)Beri terapi analgetic</p>
--	---------------------------	---	---	--	--

2.	<p>Defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan:</p> <p>DS: Pasien mengatakan tidak bisa melakukan perawatan diri secara mandiri</p> <p>DO: 1)Pasien tampak tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri karena terdapat nyeri pada abdomen post operasi 2)Saat di palpasi kulit teraba lengket</p>	<p>Perawatan diri (L. 11103)</p> <p>Diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam perawatan diri membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>1)kemampuan mandi meningkat 2)kemampuan mengenakan pakaian meningkat</p>	<p>Dukungan perawatan diri (I. 11348)</p> <p>Observasi</p> <p>1)Monitor tingkat kemandirian</p> <p>Terapeutik</p> <p>2) Siapkan keperluan pribadi</p> <p>3) Dampingi dalam melakukan perawatan diri</p> <p>4) Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>Edukasi</p> <p>5) Anjurkan melakukan perawatan diri sesuai kemampuan</p>	<p>1) Untuk mengetahui kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri saat sakit</p> <p>2) Untuk menunjang saat kegiatan</p> <p>3) Agar pasien dapat terbantu saat melakukan perawatan diri</p> <p>4) Agar kebersihan tubuh pasien terjaga</p> <p>5) Agar tubuh pasien bersih</p>	<p>07 April 2023 Pkl. 09.45 WIB</p> <p>1) Monitor tingkat kemandirian pasien hasil : pasien tidak bisa melakukan perawatan diri karena nyeri pada bagian perutnya</p> <p>08 April 2023 Pkl. 06.00 WIB</p> <p>2) Melakukan vulva hygiene dan memandikan pasien hasil: pasien merasa nyaman dan senang karena telah dibantu dalam melakukan perawatan diri</p>	<p>08 April 2023 Pkl. 06.20 WIB</p> <p>S: Pasien merasakan nyaman setelah dimandikan namun belum bisa melakukan secara mandiri karena nyeri masih terasa</p> <p>O: Pasien masih tampak harus dibantu saat melakukan perawatan diri</p> <p>A: Masalah teratasi Sebagian Sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 1)Jadwalkan rutinitas 2)Bantu dalam perawatan diri</p>
----	--	---	--	--	--	---

3	Resiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: Kerusakan integritas kulit	Tingkat infeksi (L.14137) Diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1) Nyeri menurun	Perawatan luka (I.14564) Observasi 1) Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 2) Lepaskan balutan 3) bersihkan dengan larutan NaCl 4) pasang balutan sesuai jenis luka	1) Untuk mengetahui kejadian infeksi 2) 3) 4) Untuk merawat luka agar terhindar dari infeksi	(Neng lutvi) 07 April 2023 Pkl. 10.45 WIB 1)Monitor tanda-tanda infeksi, hasil: terdapat luka post operasi, pasien mengatakan merasa nyeri 2)Memberikan obat antibiotik (cefotaxime 1 gr) 08 April 2023 Pkl. 08.00 WIB 4)Menganjurkan pasien untuk mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein dengan hasil: pasien mengerti	08 April 2023 Pkl. 08.20 WIB S: Pasien masih merasa nyeri O: Hasil TTV TD 150/100 mmHG N 88x/menit R 23x/menit S 36,3C Spo2 99% A: Masalah teratasi Sebagian P: Lanjutkan intervensi 1)monitor tanda-tanda infeksi 2)Lakukan perawatan luka
---	--	---	---	---	---	---

			<p>Edukasi</p> <p>5) Ajurkan pasien mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>6) Kolaborasi pemberian antibiotic</p>	<p>5) Untuk mempercepat proses penyembuhan luka</p> <p>6) Untuk mencegah atau mengobati infeksi</p>	(Neng lutvi)	<p>3) Beri terapi antibiotik</p> <p>(Neng lutvi)</p>
--	--	--	---	---	--------------	--

4.Catatan Perkembangan

Nama : Ny. T

Umur : 40 Tahun

NO. RM : 01355764

Ruangan : Jade

Tabel 3.7
Catatan Perkembangan

No	Hari / tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
1.	Sabtu, 08 April 2023	I	19.00 WIB S : Pasien mengatakan nyeri pada perutnya O : 1) Pasien tampak meringis 2) Skala nyeri 5 (0-10) 3) Hasil TTV TD 150/100 mmHg N 88x/menit R 23x/menit S 36,3C Spo2 99% A : Nyeri akut	Neng lutvi

No	Hari / tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
			<p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berikan teknik relaksasi (nafas dalam) & distraksi (berbincang-bincang) 2) Fasilitasi istirahat tidur 3) Berikan obat analgetic (ketorolac 30mg) <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melatih pasien terapi nafas dalam dan berbincang bincang agar rasa nyeri berkurang 2) Memberikan terapi obat analgetic ketorolac 30 mg 3) Menganjurkan pasien untuk tidur agar kebutuhan tidur tercukupi, hasil pasien 	

No	Hari / tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
			<p>tidur sekitar 21.00 WIB</p> <p>E: Masalah teratasi sebagian</p> <p>Evaluasi 09 April 2023</p> <p>06.15 WIB</p> <p>S: Pasien mengatakan masih merasa nyeri</p> <p>O: pasien tampak meringis</p> <p>Skala nyeri 5 (0-10)</p> <p>Hasil TTV</p> <p>TD 150/100 mmHg</p> <p>N 88x/menit</p> <p>R 23x/menit</p> <p>S 36,3C</p> <p>Spo2 99%</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ajarkan teknik relaksasi (nafas dalam) 2) Berikan terapi obat analgetic ketorolac 	
2.	08 April 2023 Sabtu pukul 09.15	II	<p>20.15 WIB</p> <p>S : Pasien mengatakan masih belum bisa untuk mandi dan ganti pakaian secara mandiri karena masih merasa nyeri</p>	Neng Lutvi

No	Hari / tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
			<p>O :</p> <p>Pasien masih tampak harus dibantu saat melakukan perawatan</p> <p>A: Defisit perawatan diri</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bantu dalam melakukan perawatan diri (mandi dan ganti pakaian) 2) Lakukan Vulva hygiene <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melakukan vulva hygiene 2) Memandikan pasien dan mengganti pakaian, hasil pasien merasa senang dan nyaman setelah dibersihkan <p>E: Masalah teratasi sebagian</p> <p>Evaluasi</p> <p>06.25</p> <p>S: Pasien mengatakan merasa nyaman setelah</p>	

No	Hari / tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
			di bantu dalam perawatan diri O: Pasien tampak rileks dan perawatan diri masih harus dibantu A: masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1) Bantu dalam melakukan perawatan diri mandi dan ganti pakaian	
3	08 April 2023	III	S: Pasien merasa nyeri O: Hasil TTV TD 150/100 mmHg N 88x/menit R 23x/menit S 36,3C Spo2 99% A: Resiko infeksi P: Lanjutkan intervensi 1) Monitor tanda-tanda infeksi 2) Beri terapi obat antibiotik I: 1) Monitor tanda-tanda infeksi 2) Beri terapi obat antibiotic	Neng lutvi

No	Hari / tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
			<p>E: Masalah teratasi sebagian</p> <p>Evaluasi 09 April 2023 06.00 WIB</p> <p>S: pasien masih merasa nyeri</p> <p>O: Hasil TTV TD 150/100 mmHg N 88x/menit R 23x/menit S 36,3C Spo2 99%</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor tanda- tanda infeksi 2) Beri terapi obat antibiotic <p>20 WIB</p> <p>S: pasien masih mengatakan nyeri pada perutnya</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien tampak sedikit meringis 	

No	Hari / tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
4	Minggu, 09 April 2023	I	2) Skala nyeri 5 (0-10) 3) Hasil TTV TD 150/100 mmHg N 88x/menit R 23x/menit S 36,3C Spo2 99% A: Nyeri akut P: Lanjutkan intervensi 1) Beri teknik relaksasi (nafas dalam & distraksasi berbincang-bincang) 2) Beri obat analgetic I: 1) Melatih pasien terafi nafas dalam dan berbincang bincang agar rasa nyeri berkurang, hasil pasien merasa lebih rileks E: Masalah teratasi sebagian Evaluasi 10 April 2023 06.00 WIB S: Pasien masih merasa nyeri O: 1) Pasien sedikit meringis 2) Skala nyeri 4 (0-10) 3) Hasil TTV TD 150/100 mmHg	Neng lutvi

No	Hari / tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
			<p>N 88x/menit R 23x/menit S 36,3C Spo2 99%</p> <p>A: masalah teratasi sebagian P: Hentikan intervensi (pasien rencana pulang pukul 09.30 WIB)</p>	
5		II	<p>20.15 WIB</p> <p>S: Pasien mengatakan mulai bisa untuk mengganti pakaian secara mandiri hanya saja perlu bantuan keluarga O: Pasien masih tampak harus dibantu saat melakukan perawatan diri A: Defisit perawatan diri P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Anjurkan pasien untuk melakukan perawatan diri secara konsisten 2) Menganjurkan keluarga untuk membantu perawatan diri pasien <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menganjurkan pasien untuk konsisten dalam melakukan perawatan diri sesuai dengan kemampuan 2) Menginformasikan pada keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan 	Neng Lutvi

No	Hari / tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
			aktivitas E: Masalah teratasi sebagian Evaluasi 10 April 2023 06.00 WIB S: Pasien mengatakan belum bisa melakukan perawatan diri sepenuhnya secara mandiri O: Pasien tampak masih perlu dibantu dalam perawatan diri A: Masalah teratasi sebagian P: Hentikan intervensi (Pasien rencana pulang pukul 09.30 WIB)	
6		III	20.20 WIB S: Pasien masih merasa nyeri O: Hasil TTV TD 150/100 mmHg N 88x/menit R 23x/menit S 36,3C Spo2 99% A: Masalah teratasi sebagian P: Hentikan intervensi (pasien rencana pulang)	Neng lutvi

B.Pembahasan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan, penulis akan membahas tentang hal-hal yang mendukung dan menghambat serta kesenjangan antara teori dan konsep kenyataan yang penulis dapatkan selama melakukan asuhan keperawatan pada Ny. T dengan indikasi preeklampsia di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut pada tanggal 05 April 2023.

Dalam memberikan asuhan keperawatan penulis menggunakan asuhan keperawatan komprehensif (bio-psiko-sosio-spiritual-kultural) melalui lima tahap proses keperawatan meliputi :

1. Tahap pengkajian

Pengkajian merupakan pengumpulan, pengaturan, validasi dan dokumentasi data berupa informasi yang sistematis dan berkesinambungan, sebenarnya, pengkajian adalah proses keperawatan. Misalnya, pada fase evaluasi, pengkajian dilakukan untuk menentukan hasil strategi keperawatan mengevaluasi pencapaian tujuan. Semua keperawatan bergantung pada data yang akurat dan lengkap (Kozier,2018)

Tahap ini adalah tahap awal proses keperawatan, selama pengkajian ditemukan klien mengeluh nyeri pada luka post operasi, sulit tidur pada malam hari, pada luka post sc tampak merah dan bengkak, mengeluh pusing.

Keadaan umum klien tampak lemah adapun data yang diperoleh dari hasil lab yaitu hemoglobin, hematokrit, leukosit, trombosit, eritrosit, PT,

INR, tromboplastin, ureum, kreatinin, SGOT, SGPT, natrium, kalium, clorida, dan calcium.

Pada klien preeklampsia berat akan mengeluh pusing yang disebabkan karena adanya spasme pembuluh darah, pada beberapa kasus arteriola menyempit sehingga pembuluh darah hanya dilewati oleh satu sel darah merah. Jadi jika arteriola dalam tubuh mengalami spasme maka tekanan darah meningkat sebagai usaha untuk mengatasi tekanan perifer akan meningkat agar oksigen mencakup kebutuhan.

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

Tahap selanjutnya adalah diagnosa keperawatan yaitu proses pengelompokan data dan interpretasi data serta menemukan permasalahan. Pada kasus ini tidak semua diagnose keperawatan muncul sesuai teori yang terdapat pada bab II karena dalam merumuskan masalah keperawatan ini harus berdasarkan pada keluhan-keluhan yang di dapat dari klien ataupun dari hasil pemeriksaan yang didapat secara inspeksi, palpasi dan auskultasi. Dari teori ditemukan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien post op sectio caesarea sebagai berikut :

a. Nyeri akut (D.0077)

Menurut SDKI (2018) nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsioanal , dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebabnya bisa karena agen pendecera fisiologis. Kemudian alasan diangkatnya diagnosa tersebut ada data pada tadar pengkajian yang didapatkan data subjektif pasien mengeluh nyeri pada luka post sectio caesarea di perut bagian bawah. Nyeri bertambah berat apabila pasien bergerak dan pasien tampak bersikap protektif pada daerah luka. Nyeri dirasakan pasien seperti disayat-sayat. Skala nyeri 7 (0-10). Data objektifnya, pasien tampak meringis, terdapat luka operasi pada abdomen serta nyeri tekan saat dipalpasi. Diagnose menjadi prioritas karena masalah tersebut sangat mengganggu dan apabila tidak ditangani akan menimbulkan ketidak nyamanan pada pasien.

b. Defisit perawatan diri (D.0109)

Menurut SDKI (2018) deficit perawatan diri adalah tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri. Penyebab yang ditemukan pada Ny. T adalah kelemahan akibat adanya rasa nyeri post operasi. Dengan tanda-tanda yang didapatkan tampak pasien tidak dapat melakukan perawatan diri secara mandiri sehingga harus dibantu oleh perawat ataupun keluarga. Penulis menetapkan diagnose defisit perawatan diri diagnose kedua dikarenakan untuk menjaga kebersihan diri serta untuk mencegah terjadinya infeksi karena terdapat luka post operasi pada abdomen bagian bawah pasien.

c. Resiko infeksi (D.0142)

Menurut SDKI (2018) resiko infeksi adalah resiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Dengan penyebab yang

ada pada pasien adalah ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit akibat dari tindakan sectio caesarea. Data yang ditemukan yaitu Data objektif terdapat luka post sectio caesarea. Diagnosa ini merupakan diagnose resiko dimana masalah belum terjadi pada pasien namun belum bisa saja terjadi jika tidak dilakukan perawatan luka pada pasien.

Dalam perumusan diagnosa keperawatan ini penulis tidak mengambil diagnosa gangguan mobilisasi fisik yang pada teori dijelaskan bahwa gangguan mobilitas fisik masuk pada diagnose yang mungkin muncul pada pasien post sectio caesarea. Hal ini terjadi karena pada saat dilakukan pengkajian kepada Ny. T tidak ada gangguan yang signifikan pada pergerakannya, pada saat pengkajian 12 jam setelah operasi Ny. T sudah bisa melakukan miring kanan dan miring kiri serta sudah mulai belajar untuk duduk di tempat tidur dan penulis juga tidak menemukan data-data yang mendukung untuk diagnose menyusui tidak efektif sehingga penulis tidak mengambil diagnose tersebut.

3. Tahapan perencanaan

Pada saat merencanakan penulis menggunakan standar yang telah ditetapkan oleh PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) yaitu berdasarkan referensi buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Sehingga pada tahap perencanaan , penulis tidak mendapat kesulitan didukung juga dengan adanya Kerjasama, bantuan dari pihak

keluarga pasien dan juga petugas kesehatan dalam terlaksananya tahap perencanaan.

4. Tahap pelaksanaan

Dalam pelaksanaan tindakan perawatan pasien dapat berpartisipasi dalam pelaksanaan tindakan kematian. Dengan adanya kerjasama, dukungan dan bantuan dari petugas kesehatan, mahasiswa, pembimbing dan keluarga serta terintegrasinya pasien dalam menerima panti asuhan asuhan keperawatan jiwa dapat berjalan dengan lancar. Pada diagnosa pertama, penulis melakukan tindakan sesuai dengan, Perencanaan yang dibuat yaitu pada intervensi utama untuk masalah nyeri akut adalah dengan manajemen nyeri dengan melakukan observasi kemudian melarang teknik distraksi dan relaksasi untuk meredakan nyeri, penyebab menjelaskan dan memicu nyeri serta memberi terapi obat analgetik keterolac injeksi dan asam mefenamat oral. Pada diagnosis kedua, penulis melakukan tindakan sesuai rencana yang telah dibuat. Dimana penulis bermula mengkaji status kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas perawatan diri. Kemudian penulis melakukan atau membantu pasien dalam melakukan perawatan diri yaitu vulva hygiene dan juga mandi serta mengganti pakaian.

f) Tahap Evaluasi

Setelah dilakukan asuhan asuhan asuhan sakit selama 3 hari di rumah sakit , penulis menilai pasien dan mendapatkan hasil:Hasil evaluasi pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen fisik Setelah

dilakukan perawatan selama 3x24 jam pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 4 (0-10) nyeri pasien berkurang yang tadinya berada pada skala 7 (0-10), Sehingga masalah teratasi sebagian . Hasil evaluasi pada diagnosis defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam , data objektif didapatkan pasien tampak belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri sepenuhnya , pasien masih perlu dibantu saat melakukan perawatan diri .Makanya daftari sebagian .Hasil evaluasi pada resiko infeksi ditandai dengan kerusakan kulit didapatkan setelah dilakukan perawatan selama pasien masih merasa sedikit nyeri pada luka bekas operasi

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan Asuhan Keperawatan Pada Ny. T dengan Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea 12 jam atas indikasi preeklampsia di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut dari tanggal 05 April 2023, maka penulis dapat mengambil beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan secara menyeluruh, oleh karena itu pengkajian memegang peran penting dalam menggali dan mengenali masalah yang timbul. Pada saat pengkajian penulis menemukan pada pada Ny. T dengan Post Sectio Caesarea yaitu klien mengeluh nyeri pada luka post operasi. Dalam tahap ini penulis tidak menemukan kesulitan Karena Ny. T dan keluarga kooperatif saat dilakukan pengkajian.
2. Pada tahap penegakan diagnosa keperawatan, masalah-masalah yang ditemukan pada Ny. T diantaranya Nyeri akut, Defisit perawatan, Risiko infeksi. Dalam hal ini, penegakan diagnosa di dukung oleh klien dan

keluarganya sehingga tidak ada kesulitan bagi penulis selama menegakan diagnosa keperawatan.

3. Pada tahap perencanaan asuhan keperawatan pada Ny. T penulis mampu membuat perencanaan tindakan keperawatan meliputi prioritas masalah, tujuan dan kriteria hasil. Dalam tahap ini perlu kerja sama dengan klien dalam mengambil tindakan yang sesuai dengan sumber daya.
4. Pada tahap pelaksanaan, penulis melaksanakan asuhan keperawatan sesuai perencanaan yang telah disusun sebelumnya. Implementasi diagnosa keperawatan nyeri akut. Pada implementasi tinjauan Pustaka sama seperti tinjauan kasus dilakukan membina hubungan saling percaya dengan pasien, mengkaji nyeri secara komprehensif, dengan PQRST : P : Luka post op, Q : Seperti di sayat, R : Di abdomen, S : Skala 7, T : Saat bergerak, mengobservasi TTV tekanan darah 160/100 mmHg Nadi: 88x/menit, Respiras : 23x/menit, Suhu: 36,3°C, Spo2 : 99%., Mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi nafas dalam yang inspirasinya dimbil dari hidung ditahan selama 5 detik dan waktu ekspirasi dikeluarkan melalui mulut secara perlahan, di ulangi sampai rasa nyeri yang timbul berkurang atau dengan cara mengalihkan perhatian supaya lupa jika terjadi nyeri.
5. Evaluasi penulis mampu melakukan evaluasi tindakan keperawatan berdasarkan kriteria dan tujuan yang dapat diukur dalam rencana keperawatan terhadap Ny. T P3A0 dengan preeklampsia berat di RSUD dr. Slamet Garut.

B. Rekomendasi

1. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk melakukan asuhan keperawatan terhadap pasien dengan preeklampsia berpu kiranya untuk mengusahakan literatur atau buku-buku sumber yang berkaitan sesuai dengan peran perguruan tinggi sebagai penyelenggara Tri Darma Perguruan Tinggi yaitu mengadakan penelitian. Misalnya melakukan penelitian mengenai cara perawatan preeklampsia.

2. Bagi tempat pelayanan

Tempat pelayanan Kesehatan diharapkan bisa memberikan fasilitas yang memadai bagi klien dengan preeklampsia. Pelayanan Kesehatan harus bisa memberikan perawatan khusus pada pasien dengan preeklampsia. Agar tidak terjadinya kejang akibat suhu yang tinggi dan untuk mengurangi bengkak diakibatkan kekurangan volume cairan.

3. Bagi Keluarga Pasien

Keterlibatan dan dukungan pasien dan keluarga merupakan faktor-faktor pendukung yang sangat diperlukan dalam proses penyembuhan. Terutama untuk ibu dengan preeklampsia, dukungan serta perhatian dari keluarga sangat membantu proses penerimaan ibu terhadap kondisi dan proses penyembuhan fisik dan psikologis pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Ai, D. D. (2021). Status Kesehatan Nasional Capaian Target Sustainable Development Goals (SDGS). *Angka Kematian Ibu*, IV, 50-59.
- Apriana. (2019). Fakto- Faktor yang Berhubungan dengan persalinan Sectio Caesarea Di Rsud Dr. H. Abdul malik. *Jurnal Kesehatan*, V, 90- 96.
- Anderson, k.,2020, Kasus Persalinan Dengan Bekas Seksio Sesarea Menurut Keadaan Waktu Masuk Di Bagian Obstetri Dan Ginekologi RSUD Dr. M. Djamil padang, *Jurnal Kesehatan Andalas*. 2(3)
- Baston, H. and Hall, J., 2019, *Mindwifery Essentials Postnatal Volume 4*, Jakarta, EGC, 75-76
- Conroy, K., Koenig, A.F., Yu, Y.H, Courtney, A., Lee, 2019, Infectious Morbidity After Cesarea Delivery: 10 Strategies to Reduce Risk, *Medriviews*, Vol. 5, No. 2, 69-77
- Eka, D. (2021). Preeklampsia Di Indonesia. *Preeklampsia*, III, 55-60.
- Ismi, D. ., (2023). *Buku Register Jade RSUD dr. Slamet Garut*. Garut: Register .
- Kemendes. (2018, 06 12). Angka Kematian Ibu DI Indonesia. Retrieved from Kemendes: <https://kesmas.kemkes.go.id>
- Latenoh , Januariska sukti, S. D., & Keman. (2018). Asuhan Keperawatan Ny. S P2A0 post artum hari ke-1 dengan riwayat persalinan Sectio Caesarea (SC) atas indikasi Berat di Ruang Nusa Indah Rumah Sakit Daerah Balung jember. *Diss UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JEMBER*. Asuhan keperawatan, IV, 233-255.
- PPNI. (2019). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil*

Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

PPNI. (2019). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan

Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

R. D., et al, L. Z., Yulianti , R. L., Wibowo dkk, P. B. (2019). ASUAHAN KEPERAWATAN PADA Ny. D DENGAN POST OP SECTIO CAESARIA DENGAN INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT DI RSUD BANGIL. Diss. . Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Neng Lutvi Latifah

NIM : KHGA 20054

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

Judul : ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA
 NY. T (P3A0) *POST OP SECTIO CAESAREA* 12 JAM
 ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT DI RUANG
 JADE RSUD dr. SLAMET GARUT

No	Tanggal	Materi	Saran pembimbing	TTD Pembimbing	TTD Mahasiswa
1	24 Mei 2023	Judul KTI	-Sesuaikan dengan permasalahan dan sesuaikan dengan juknis		
2	29 Mei 2023	BAB I	-Revisi penulisan kata harus lebih rapih - Data yang digunakan harus yang terbaru		
3	6 Juni 2023	BAB I dan BAB II	ACC BAB I lanjut BAB II		

4.	8 Juni 2023	BAB II dan BAB III	ACC BAB II penulisan sesuaikan dengan juknis ACC lanjut BAB III		
5.	14 Juni 2023	BAB III	-Lengkapi Riwayat persalinan dahulu -Lengkapi pemeriksaan head to toe -Lengkapi proses keperawatan dan -Lengkapi pembahasan		
6.	15 Juni 2023	BAB III dan BAB IV	ACC BAB III, lanjut BAB IV		
7.	16 Juni 2023	BAB IV	ACC BAB IV		
8.	27 Juni 2023	Abstrak, kata pengantar, daftar isi, SAP, leaflet	ACC untuk sidang		

SAP (SATUAN ACARA PENYULUAHAN)**CUCI TANGAN**

Pokok bahasan : Cuci tangan

Sasaran : Ny. T

Hari/tanggal : 07 April 2023

Waktu : 30 menit

Tempat : Ruang Jade

Penyuluh : Neng Lutvi Latifah

Nim : Khga20054

1. Tujuan instruksional umum

Setelah dilakukan penyuluhan diharapkan pasien dan keluarga mampu memahami tentang cara cuci tangan yang baik dan benar

2. Tujuan instruktur khusus

Setelah diberikan penyuluhan kesehatan cuci tangan di ruang jade selama 30 menit , diharapkan pasien dan keluarga mampu mengetahui :

a. Definisi cuci tangan

b. Kapan cuci tangan

c. Manfaat mencuci tangan

d. Enam langkah cuci tangan

3. Kegiatan penyuluhan

No	Tahapan kegiatan	Waktu	Kegiatan penyuluhan	Sasaran
1.	Pembukaan	5 menit	1. Memberikan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Kontrak Waktu	Menjawab salam, mendengarkan dan memberikan respon.
2.	Kegiatan inti	15 menit	a. Menyampaikan materi 1. Definisi cuci tangan 2. Kapan waktu cuci tangan 3. Manfaat cuci tangan 4. Enam langkah cuci tangan b. Tanya jawab memberikan kesempatan untuk mengajukan pertanyaan. c. Menjawab pertanyaan	Mendengarkan dan memperhatikan
3.	Penutup	10 menit	1. Memberikan pertanyaan pada klien 2. Menyimpulkan materi 3. Salam penutup	Menjawab, memahami dan memberikan salam

4. Metode penyuluhan

Ceramah dan tanya jawab

5. Media

Leaflet

6. Kriteria Evaluasi

a. Evaluasi Struktur

1. Kegiatan penyuluhan diikuti baik oleh pasien dan keluarga
2. Media penyuluhan yang digunakan adalah
3. Waktu kegiatan 30 menit
4. Tempat penyuluhan di ruang Jade

b. Evaluasi Proses

1. Pasien dan keluarga antusias dalam mengikuti kegiatan penyuluhan
2. Narasumber menguasai materi dengan baik

c. Evaluasi Hasil

Setelah melakukan penyuluhan pasien mengerti dan memahami materi Penyuluhan.

7. Daftar Pustaka

Brunner & suddarth. Keperawatan Medikal Bedah .EGC : Jakarta
JNPK KR. Panduan Pencegahan Infeksi Untuk Fasilitas pelayanan Kesehatan dengan sumber daya terbatas Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo
M, Suproharta, Wahyu J.K Wlewik S. (2022). Kapita selecta kedokteran Jilid : 1 Jakarta : media FKUI
Tarwoto & Wartonah, kebutuhan Dasar Manusia dan proses keperawatan Jakarta.

Materi Cuci Tangan

1. Definisi Cuci tangan

Cuci tangan adalah proses yang mekanis melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan menggunakan sabun dan air. Mencuci tangan adalah membasahi tangan dengan air mengalir untuk menghindari penyakit, agar kuman yang menempel pada tangan benar- benar hilang.

2. Waktu Pelaksanaan Cuci Tangan

Menurut Handayani, waktu pelaksanaan cuci tangan adalah sebagai berikut

1. Sebelum dan sesudah makan
2. Setelah ganti pembalut
3. Sebelum dan sesudah menyiapkan makanan, khususnya sebelum dan setelah

Memegang bahan mentah, seperti produk ternak dan ikan

- 1 Setelah memegang hewan atau kotoran hewan
- 2 Setelah mengusap hidung, atau bersin di tangan
- 3 Sebelum dan sesudah mengiris sesuatu
- 4 Sebelum dan setelah memegang orang sakit atau orang yang terluka
- 5 Setelah membuang sampah
- 6 Sebelum memasukan atau mencopot lensa kontak
- 7 Setelah menggunakan fasilitas umum
- 8 Pulang bepergian dan setelah bermain
- 9 Sesudah buang air besar dan buang air kecil

3. Manfaat Cuci Tangan

Menurut Iswara, mencuci tangan adalah upaya peningkatan Perilaku hidup bersih dan sehat. Mencuci tangan menjadi penting jika ditinjau dari :

1. Kulit tangan banyak kontak dengan berbagai aktivitas, benda dan lingkungan.

2. Kuman dapat terdapat di kulit jari, sela kuku, kulit telapak tangan.
3. Kontak mulut dan tangan saat makan / minum.
4. Dapat menimbulkan penyakit saluran cerna.

Manfaat Cuci Tangan Adalah :

1. Membunuh kuman penyakit yang ada di tangan
2. Mencegah penularan penyakit seperti diare, disentri, kolera, thypus, cacangan, penyakit kulit, infeksi saluran pernafasan akut, flu burung.
3. Tangan menjadi bersih dan penampilan lebih menarik

4. Langkah- Langkah Mencuci Tangan

1. Bahasi kedua telapak tangan dengan air mengalir, tuang sabun lalu gosok kedua telapak tangan hingga merata.
2. Gosok punggung dan sela- sela jari tangan kanan dan sebaliknya
3. Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari
4. Bersihkan ujung jari dengan posisi saling mengunci
5. Gosok ibu jari kiri berputar dalam gengaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya
6. Gosokan dengan memutar ujung jari-jari tangan di telapak tangan kiri dan sebaliknya lalu bilas hingga bersih.

CUCI TANGAN YANG BAIK DAN BENAR



OLEH
NENG LUTVI LATIFAH
KHGA 20054

Program Studi D3 Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut
2023

Apa itu cuci tangan ?



Cuci tangan adalah salah satu tindakan kebersihan diri dengan membersihkan tangan dan jari menggunakan air sabun atau hand rub untuk membersihkan dari kuman kuman penyakit .

Manfaat cuci tangan

1. MEMBERSIHKAN KOTORAN DAN KUMAN YANG TERTINGGAL DI TANGAN
2. MENGHILANGKAN BAU YANG MELEKAT DI TANGAN

3. MEMBERIKAN PERASAAN YANG SEGAR DAN BERSIH
4. MENCEGAH BEBERAPA PENYAKIT, SEPERTI : DIARE ATAU MENCRET , INFEKSI CACING , INFEKSI MATA , INFEKSI KULIT .

Waktu Yang Tepat Untuk Cuci Tangan

1. SEBELUM DAN SESUDAH MAKAN
2. SEBELUM MEMEGANG MAKANAN
3. SETELAH BERMAIN DAN BEROLAHRAGA
4. SETELAH BUANG INGUS
5. SETELAH BAK DAN BAB
6. SETELAH MENYENTUH HEWAN PELIHARAAN
7. SEBELUM DAH SESUDAH KONTAK LANGSUNG DENGAN PASIEN



Cara Cuci Tangan Dengan Sabun



Basahi kedua telapak tangan dengan air mengalir, tuang sabun lalu gosok kedua telapak tangan hingga merata



Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kanan dan sebaliknya



Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari



Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya



Bersihkan ujung jari dengan posisi saling mengunci



Gosokan dengan memutar ujung jari-jari tangan di telapak tangan kiri dan sebaliknya dan bilas hingga bersih

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. DATA DIRI

Nama : Neng Lutvi Latifah
Tempat/Tanggal lahir : Garut, 2 Juni 2002
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Kp. Baru Ds. Cibatu Kec. Cibatu Kab. Garut

B. PENDIDIKAN

1. TK MAITUL MUTAQIN
2. MI MAITUL MUTAQIN
3. MTSN 2 GARUT
4. SMAN 3 GARUT
5. STIKES KARSA HUSADA GARUT