

**ASUHAN KEPERAWATAN NY.E DENGAN G3 P2 A0  
POST SECTIO CAESAREA INDIKASI PEB DI RUANG  
BAITUNNISA 2 RUMAH SAKIT ISLAM  
SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk  
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



DISUSUN OLEH:

**FEBRINA NOOR KUSUMANAGARI**

NIM.40901800034

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG  
2021**

**HALAMAN JUDUL**  
**ASUHAN KEPERAWATAN NY.E DENGAN G3 P2 A0**  
**POST SECTIO CAESAREA INDIKASI PEB DI RUANG**  
**BAITUNNISA 2 RUMAH SAKIT ISLAM**  
**SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



NIM.40901800034

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**  
**UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**  
**2021**

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa kti ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperwatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang

Semarang, 26 Januari 2021



Febrina Noor Kusumanagari



## HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul :

### **ASUHAN KEPERAWATAN NY.E DENGAN G3 P2 A0 POST SECTIO CAESAREA INDIKASI PEB DI RUANG BAITUNNISA 2 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Disusun Oleh :

Nama : Febrina Noor Kusumanagari

Nim : 409018000034

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III

Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada:

Hari : Selasa

Tanggal : 26 Januari 2021

Semarang, 26 Januari 2021

Pembimbing

  
(Ns. Tutik Rahayu, M.Kep, Sp.Kep.Mat)

NIDN. 06-2402-7403

## HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada Hari Kamis Tanggal 27 Mei 2021 dan telah diperbaiki sesuai masukan Tim Penguji.

Semarang, 27 Mei 2021

Penguji I

Ns. Hj. Sri Wahyuni, M.Kep, Sp.Kep.Mat  
NIDN.06-0906-7504

(.....)

Penguji II

Ns. Apriliani Yulianti W, M.Kep, Sp.Kep.Mat  
NIDN. 06-1804-8901

(.....)

Penguji III

Ns.Hj. Tutik Rahayu, M.Kep, Sp.Kep.Mat  
NIDN. 06-2402-7403

(.....)

Mengetahui,  
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



(Iwan Ardian, SKM., M.Kep)  
NIDN. 0622087403

## MOTTO

Sesuatu perjalanan yang panjang akan terasa membanggakan ketika kamu  
meningkati proses nya

Sepahit apapun prosesnya jika kamu bersyukur ikhlas dan sabar pasti

Allah akan mempermudahnya

Dan roda akan terus berputar

Dan semua ada prosesnya

Dan semua ada waktunya

**“Beryukur, Ikhlas dan Sabar”**



## HALAMAN PERSEMBAHAN

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Sembah sujud serta syukur kepada Allah SWT. Taburan cinta dan kasih sayang-Mu telah memberi kekuatan, membekaliku dengan ilmu. Atas karunia seta kemudahan yang Engkau berikan akhirnya Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini dapat terselesaikan. Shalawat dan salam selalu terlimpahkan kepada nabi Muhammad SAW.

Saya persembahkan karya tulis ilmiah ini kepada orang yang sangat saya cintai, saya sayangi dan saya kasihi

1. Kedua orangtuaku Bapak Ngadimin dan Ibu Parsi yang sangat kucintai dan sayangi yang selalu mendoakan dalam setiap langkahku, selalu memberi dukungan ,selalu mengingatkan dalam perihal buruk maupun baik, selalu mengingatkanku akan ibadah supaya semua berjalanan hidup saya dimudahkan dan di lancarkan Allah SWT. Termasuk dalam hal pendidikan seperti hal nya dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini selalu mendoakan saya memberikan dukungan setiap waktu. Untuk perjuangan orangtuaku dalam membesarkanku dan mendidikku mungkin dapat kubalas hanya dengan selembar kertas yang bertuliskan kata persembahan. Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat bapak dan ibu bahagia dan banggaUntuk Bapak dan Ibu kuucapkan terimakasih untuk semua yang telah kau berikan pada Anakmu
2. Adekku tersayang dan tercinta persembahkan karya tulis ilmiah ini untuk Adekku (Mellynda Noor Rohmandhoni) Terima kasih telah memberikan semangat dan dukungan dalam menyelesaikan tugas akhir.
3. Teman dekatku Muhammad Calvin Faturrohman yang selalu menemani, memberikan motivasi, memberikan semangat dan dukungan tiada henti dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini

4. Teman dekatku (Anita Navilia, Anisah Rahayu putri, Cintianova, Siti akhidatun, Zaidah taris) yang menemani selama kuliah dan menemani dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini
5. Teman dalam satu bimbingan Dian Alif dan Febria Mihatul Nida serta tak lupa teman seperjuangan DIII Keperawatan 2018 yang saling memberikan semangat dan saling membantu satu samalain kuucapkan terimakasih sudah memberikan kenangan terindah



## KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Assalamualaikum wr.wb

Dengan mengucap puji syukur kehadirat Allah SWT, telah memberikan rahmat, hidayah serta karunia-Nya, sehingga penulis berkesempatan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul: “Asuhan Keperawatan Ny.E Dengan G3 P2 A0 Post Sectio Caesarea Indikasi Peb Di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”. Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada program studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung.

Dalam segala rintangan dan kesulitan yang penulis hadapi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, Tetapi semuanya dapat selesai dan teratasi berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu penulis ucapkan terima kasih kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan nikmat kesehatan, kekuatan, serta kemudahan dalam mengerjakan tugas, sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Drs. H.Bedjo Santoso, M.T., P.hD selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Iwan Ardian SKM, M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Bapak Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep selaku Kaprodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
5. Bapak Ibu Dosen selaku tim penguji dan Ibu Ns. Tutik Rahayu, M.Kep, Sp.Kep.Mat selaku pembimbing yang sangat sabar dan berkenan banyak meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan yang baik, motivasi, semangat pada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini..

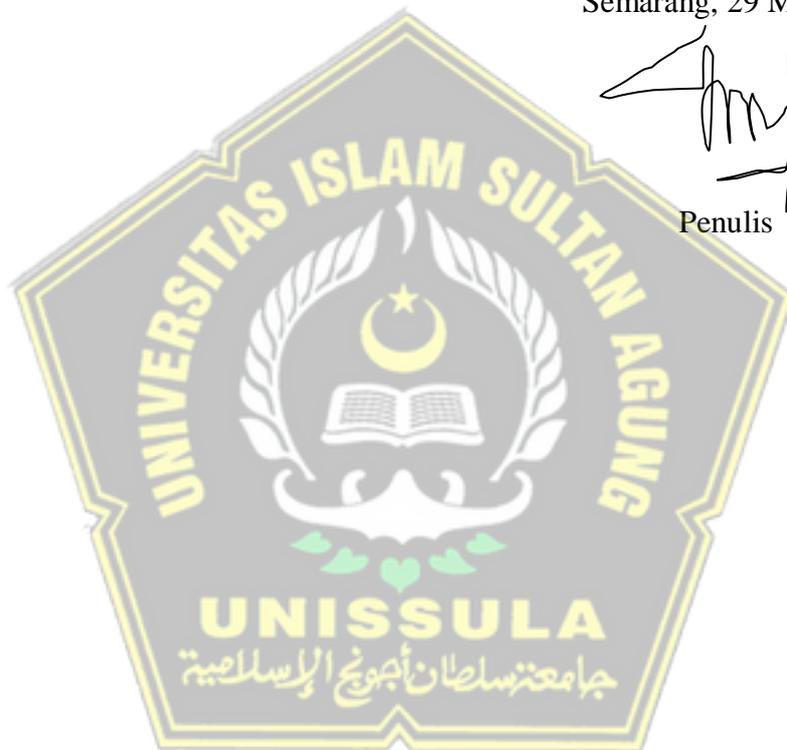
6. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk pratik, dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah saya peroleh dari kampus sehingga saya dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Kedua orangtuaku Bapak Ngadimin dan Ibu Parsi yang sangat kucintai dan sayangi yang selalu mendoakan dalam setiap langkahku, selalu memberi dukungan ,selalu mengingatkan dalam perihal buruk maupun baik, selalu mengingatkanku akan ibadah supaya semua berjalan hidup saya dimudahkan dan di lancarkan Allah SWT. Termasuk dalam hal pendidikan seperti hal nya dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini selalu mendoakan saya memberikan dukungan setiap waktu. Untuk perjuangan orangtuaku dalam membesarkanku dan mendidikkmu mungkin dapat kubalas hanya dengan selembar kertas yang bertuliskan kata persembahan. Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat bapak dan ibu bahagia dan bangga. Untuk Bapak dan Ibu kuucapkan terimakasih untuk semua yang telah kau berikan pada Anakmu.
8. Adekku tersayang dan tercinta persembahkan karya tulis ilmiah ini untuk Adekku (Mellynda Noor Rohmandhoni) Terima kasih telah memberikan semangat dan dukungan dalam menyelesaikan tugas akhir.
9. Teman dekatku Muhammad Calvin Faturrohman yang selalu menemani, memberikan motivasi, memberikan semangat dan dukungan tiada henti dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini
10. Teman dekatku (Anita Navilia, Anisah Rahayu putri, Cintianova, Siti akhidatun, Zaidah taris) yang menemani selama kuliah dan menemani dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini
11. Teman dalam satu bimbingan Dian Alif dan Febria Mihatul Nida serta tak lupa teman seperjuangan DIII Keperawatan 2018 yang saling memberikan semangat dan saling membantu satu samalain kuucapkan terimakasih sudah memberikan kenangan terindah.

Penulis sangat sadar bahwa dalam Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat berguna dan bermanfaat bagi penulis dan pembaca dapat meningkatkan pelayanan keperawatan mendatang,

Semarang, 29 Maret 2021



Penulis



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI</b> .....	<b>iv</b>
<b>MOTTO</b> .....	<b>v</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
C. Manfaat Penulisan.....	4
<b>BAB II KAJIAN PUSTAKA</b> .....	<b>6</b>
A. Tinjauan Teori <i>Post Partum</i> .....	6
1. Pengertian Post partum .....	6
2. Tujuan Keperawatan Post Partum .....	6
3. Etiologi Post partum .....	6
4. Adaptasi Fisiologi dan Psikologi Post partum .....	7
5. Tahapan Post partum .....	9
6. Komplikasi Post partum.....	9
7. Fisiologisways .....	10
B. Tinjauan Teori <i>Sectio Caesarea</i> .....	11
1. Pengertian <i>Sectio casarea</i> .....	11
2. Indikasi <i>Sectio Caesarea</i> .....	11
3. Etiologi <i>Sectio Caesarea</i> .....	12

4.	Patofisiologi <i>Sectio Caesarea</i> .....	12
5.	Komplikasi <i>Sectio Caesarea</i> .....	13
C.	Tinjauan Teori <i>Pre Eklamsia</i> .....	13
1.	Pengertian Preeklamsia .....	13
2.	Etiologi preeklamsia .....	14
3.	Klasifikasi Preeklamsia .....	15
4.	Manifestasi klinis .....	15
5.	Patofisiologi .....	15
6.	Faktor Resiko Preeklamsia .....	16
7.	Faktor predisposisi preeklamsia .....	16
8.	Komplikasi Preeklamsia .....	17
9.	Pencegahan Preeklamsia .....	17
D.	Konsep Asuhan Keperawatan Post SC dengan Preeklamsia .....	17
1.	Pengertian .....	17
2.	Diagnosa Keperawatan .....	19
3.	Intervensi Keperawatan .....	19
<b>BAB III HASIL STUDI DAN KASUS .....</b>		<b>22</b>
A.	Hasil Studi Kasus .....	22
1.	Pengkajian Keperawatan .....	22
2.	Analisa Data .....	29
3.	Diagnosa Keperawatan .....	29
4.	Intervensi Keperawatan .....	30
5.	Implementasi Keperawatan .....	31
6.	Evaluasi Keperawatan .....	33
<b>BAB IV PEMBAHASAN .....</b>		<b>35</b>
A.	Pengkajian .....	35
B.	Diagnosa Keperawatan .....	36
1.	Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif ( D.0142) .....	36

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan nyeri saat bergerak (D.0054).....	38
C. Tambahan Diagnosa Keperawatan.....	40
1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak mengiris, dan pola nafas berubah (D.0077) .....	40
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>41</b>
A. Kesimpulan .....	41
B. Saran.....	41
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>xv</b>



## DAFTAR TABEL

Tabel 1.....	...25
Tabel 2.....	...26



## DAFTAR LAMPIRAN

**Lampiran 1 Lembar Kesiadaan Membimbing**

**Lampiran 2 Surat Keterangan Konsultasi**

**Lampiran 3 Lembar Konsultasi**



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar belakang

Melahirkan dapat dilakukan dengan dua cara yaitu persalinan normal (persalinan pervaginaan) dan *sectio caesarea* atau yang dikenal dengan operasi. Adapun *sectio caesarea* merupakan tindakan keperawatan dalam upaya pengeluaran janin melalui insisi menembus dinding abdomen dan uterus (Sihotang & Yulianti, 2018). Terdapat beberapa indikasi *section caesarea* seperti yang dipengaruhi oleh ibu dan janin. Pengaruh dari ibu sendiri meliputi usia, persalinan menggunakan *sectio caesarea* sebelumnya, sempitnya tulang punggung, adanya hambatan pada jalan lahir, pecahnya ketuban lebih dulu, kelainan kontraksi pada Rahim, serta hipertensi dalam kehamilan atau biasa disebut dengan pre eklamsia. Sementara yang disebabkan oleh janin meliputi adanya kelainan pada letak, ukuran janin yang besar, kondisi janin abnormal, kelainan pada tali pusat, bayi kembar, dan terdapat faktor plasenta (Sugiarti, 2018)

Post partum merupakan salah satu fase yang terjadi pada saat plasenta sudah lahir hingga seluruh alat reproduksi pulih sebagaimana kondisi pada saat tidak hamil. Fase ini biasanya terjadi sekitar 6 jam sampai 42 hari setelah persalinan, dan merupakan fase yang penting bagi seorang wanita, dimana pada fase ini seluruh bagian reproduksi tengah berproses untuk pulih kembali setelah mengalami hamil dan melahirkan (Ima AzizahOktiaworo Kasmini Handayani, 2017). Pada saat seseorang mengalami *fase post partum* ini akan mengalami berbagai perubahan psikologis dan fisiologis. Adapun perubahan psikologis tersebut ditandai dengan adanya kekhawatiran dan ketakutan bagi ibu yang baru melahirkan sehingga berpengaruh pada ibu menjadi lebih sensitif pada berbagai hal yang biasanya dalam kondisi normal dapat dilewatinya dengan baik. Sementara perubahan fisiologis ditandai dengan berubahnya reproduksi ibu yang mengalami proses involusio uteri, berubahnya hormonal, dan laktasi (Kirana, 2015).

Preeklamsia menjadi sebab terjadinya kematian yang paling besar pada saat seorang wanita hamil dan akan melahirkan. Hal ini terjadi apabila orang yang sedang hamil terlambat untuk menangani dan tidak memahami preeklamsia. (Keukeu & Mustikarani, 2020)

WHO (*World Health Organization*) mengamati dan memprediksi terjadinya kasus preeklamsia yang terjadi di negara berkembang jauh lebih besar dibandingkan negara maju. Diketahui untuk kasus yang terjadi pada negara maju sekitar 1,3% hingga 6%, sementara yang terjadi di negara berkembang mencapai 1,8% hingga 18%. Terhitung di Indonesia untuk kasus ini terjadi sekitar 3% hingga 10%, (Saraswati & Mardiana, 2016). Diketahui jumlah orang hamil yang mengalami preeklamsia adalah sepuluh juta orang, dan wanita yang meninggal dunia akibat kasus tersebut terhitung 76.000 wanita, sementara jumlah bayi yang meninggal terhitung ada 500.000/ tahun (Bamer, 2001).

Sejak tahun 2014- 2016 kejadian Prevalensi preeklamsia yang terjadi di Jawa Tengah meningkat. Diketahui pada tahun 2014 prevalensi preeklamsia sebanyak 24,44% dari 711 kematian dengan perbandingan jumlah kelahiran sebanyak 100.000 yang hidup. Selanjutnya di tahun 2015 mengalami peningkatan sebanyak 619 kematian atau menjadi 26,34%. Sedangkan pada tahun 2016 mengalami peningkatan menjadi 27,08% dengan jumlah kematian yang meningkat 602 orang (Muzalfah et al., 2018). Jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) yang terjadi di Kab. Semarang menurun sejak 2014. Dimana pada tahun tersebut jumlah ibu melahirkan yang meninggal dunia adalah 144,31/100.000 jumlah kelahiran yang hidup menurun menjadi 120,34/100.000 pada tahun 2015, meskipun demikian angka tersebut masih belum sesuai dengan target SDGs. Adapun penyebab kematian tersebut 29% diakibatkan preeklamsia (Khayati & Veftisia, 2018). Menurut data dari profil kesehatan Jawa Tengah dan Kab. Semarang pada tahun 2015 penyebab yang paling besar kematian pada ibu melahirkan adalah preeklamsia.

Berdasarkan survey dengan melihat data rekam medis RRSI Sultan Agung Semarang sejak tahun 2018 hingga tahun 2020 yang terdiagnosa

preeklamsia terdapat 343 jiwa. Pada tahun 2018 kasus preeklamsia mencapai 212 orang, menurun cukup tajam di tahun 2019 yaitu 57 orang. Lalu pada tahun 2020 mengalami peningkatan kembali sejumlah 74 orang.

Secara pasti penyebab preeklamsia belum diketahui, oleh karena itu sering dikenal dengan "*the disease of theories*" (Saraswati & Mardiana, 2016). Tetapi masih ada teori yang mampu mengungkapkan sebab adanya preeklamsia seperti kehamilan ganda, primigravida, molahidatidosa, hidramnion, edema, adanya hipertensi, kejang, koma, dan proteinuria. Sementara yang menjadi penyebab secara predisposisi meliputi diabetes melitus, molahidatidosa, kehamilan ganda, obesitas di atas 35 tahun atau di bawah 20 tahun, dan hidrosefalus (Kusumawati & Mirawati, 2019). Untuk mencegah agar tidak memunculkan masalah preeklamsia pada wanita hamil, diperlukan perawatan oleh ahli medis. Peran perawat disini sangat besar. Diantaranya adalah dengan memberikan pendidikan kesehatan dikala hamil mengenai kehamilan dan bersalin, pengawasan pada kunjungan ke pelayanan kesehatan selama masa kehamilan, persalinan dan nifas, memantau betul tekanan darah, menganjurkan dan berbaring miring ke kiri, istirahat yang cukup, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat darah tinggi. Disini perawat dituntut harus mampu memberikan pelayanan kesehatan yang maksimal baik secara komprehensif, berkesinambungan, teliti dan penuh kesabaran.

Terlihat dari beberapa fakta dilapangan masalah masalah utamanya adalah angka kematian yang tinggi di Indonesia pada ibu hamil dengan indikasi preeklamsia, perawat sangatlah berperan penting untuk mengedukasi masyarakat berkaitan dengan hipertensi. Berdasarkan hal tersebut, penulis akan membuat Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan keperawatan ibu hamil pada ny E dengan indikasi PEB di ruang baitunnisa 2 rumah sakit islam sultan agung semarang.**

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Mewajibkan mahasiswa untuk memahami preeklamsia serta memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan indikasi preeklamsia.

## **2. Tujuan Khusus**

- a. Penulis mampu untuk menjelaskan penyakit preeklamsia sebagai teori awal dalam melakukan pengambilan asuhan keperawatan pada kasus klien.
- b. Dapat melaksanakan pengkajian pada klien dengan masalah preeklamsia.
- c. Dapat membuat diagnose keperawatan pada klien preeklamsia
- d. Dapat merumuskan prioritas diagnose keperawatan untuk menyusun intervensi keperawatan pada klien dengan kasus preeklamsia.
- e. Dapat memprioritaskan dalam memberikan rencana tindakan keperawatan pada klien dengan masalah preeklamsia.
- f. Dapat melakukan intervensi keperawatan terhadap klien dengan masalah preeklamsia.
- g. Penulis mampu dalam melakukan evaluasi keberhasilan dari tindakan keperawatan pada klien dengan masalah preeklamsia.

## **C. Manfaat Penulisan**

1. Penulis memahami tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan preeklamsia sekaligus mampu untuk menentukan masalah pada kasus yang muncul dan memberikan tindakan, pengetahuan, serta kolaborasi dengan tim medis lain untuk memberikan pelayanan terbaik pada klien dengan masalah preeklamsia.
2. Pihak Lain
  - a. Bagi pembaca karya tulis ilmiah ini khususnya mahasiswa keperawatan Unissula, mampu memberikan informasi tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi serta dapat mengenali diagnose, intervensi, implementasi dan evaluasi pada pasien dengan masalah preeklamsia;
  - b. Bagi RS, diharapkan memberikan manfaat berupa pemberian pedoman pada perawat dan tenaga kesehatan lain untuk melakukan penanganan,

intervensi, implementasi, serta evaluasi bagi pasien yang mengalami preeklamsia;

- c. Bagi perguruan tinggi, harapannya mampu memajukan dan berkontribusi pada kemajuan dan perkembangan institusi kesehatan secara umum dan institusi keperawatan secara khusus;
- d. Bagi masyarakat, diharapkan menambah ilmu pengetahuan mengenai masalah preeklamsia pada ibu hamil.



## **BAB II**

### **KAJIAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori *Post Partum***

##### **1. Pengertian Post partum**

Postpartum merupakan suatu keadaan krisis bagi pasangan, ibu, maupun keluarga yang disebabkan adanya perubahan secara psikologis, fisik, ataupun struktur keluarga yang membutuhkan penyesuaian kembali atau adaptasi. Adapun penyesuaian yang dilakukan secara fisik dapat dilakukan pada saat bayi baru lahir hingga tubuh ibu kembali normal sebagaimana pada saat tidak hamil, dengan waktu sekitar 6 hingga 8 minggu (Fatmawati, 2015).

##### **2. Tujuan Keperawatan Post Partum**

- a. Memberikan kebutuhan seperti kebersihan untuk melancarkan pemulihan pada alat genitalia dengan ujan menghindari infeksi;
- b. Memberikan kebutuhan seperti ambulasi dini selama postpartum yang dibutuhkan sang ibu agar mencegah terjadi penyumbatan akibat pembuluh darah tersumbat;
- c. Memberikan kebutuhan istirahat sang ibu untuk memulihkan fisiknya seperti sedia kala;
- d. Memberikan kebutuhan nutrisi selama kegiatan menyusui berlangsung, hal ini sesuai dengan hasil produksi ASI yang meningkat dan pemenuhan kebutuhan pada cairan yang bertambah (Pohan, 2017).

##### **3. Etiologi Post partum**

Terjadinya perdarahan postpartum dibagi menjadi menjadi 2 berdasarkan waktunya meliputi perdarahan primer dan sekunder. Pada perdarahan primer terjadi pada 24 jam yang pertama dengan penyebab utamanya atonia uteri, sisa plasenta, robekan pada jalan lahir, serta terjadinya gangguan pada pembekuan darah. Sementara untuk perdarahan sekunder biasanya berlangsung sesudah lewat 24 jam pasca melahirkan dan penyebab utamanya yaitu sisa plasenta. Adapun untuk faktor yang menyebabkan perdarahan postpartum yaitu paritas, partus lama, anemia,

peregangan pada uterus yang berlebihan, persalinan yang dilakukan melalui tindakan, dan oksitosin drip (Satriyandari & Hariyati, 2017).

#### **4. Adaptasi Fisiologi dan Psikologi Post partum**

Berikut adaptasi fisiologis yang dapat ditemukan pada ibu postpartum:

##### **1. Perubahan Sistem Reproduksi**

- a. Serviks menjadi berubah setelah melahirkan, terlebih setelah 18 jam melahirkan menjadi pendek, dan lunak. Adapun pada saat melahirkan serviks akan mengembang sebesar 10 cm dan menutup perlahan. Pada hari yang ke-4 hingga ke-6 pada bagian serviks akan normal menjadi 2 cm lagi;
- b. Melahirkan mengakibatkan vagina wanita mengalami peregangan dan penekanan yang berukuran besar sepanjang proses kelahiran berlangsung, akibatnya vagina mengalami robekan. Adapun untuk vagina akan normal kembali pada enam hingga delapan minggu sesudah proses kelahiran;
- c. Terjadi pembengkakan (edema) dan kemerahan (eritema) pada Perineum. Selama proses melahirkan terjadi perobekan secara alami ataupun disengaja yang bertujuan memperlebar jalan untuk melahirkan janin. Proses ini dapat berjalan melalui cara episiotomi (irisasi bedah).

##### **2. Perubahan Sistem Pencernaan**

Seorang Ibu setelah melahirkan dimungkinkan mengalami yang namanya konstipasi karena otot perut mengalami peregangan. Tak sedikit ibu setelah melahirkan menjadi takut untuk BAB karena terdapat jahitan di perineum.

##### **3. Perubahan Sistem Perkemihan**

Selama 24 jam seseorang yang baru saja melahirkan mengalami kesulitan untuk buang air kecil, hal ini disebabkan adanya edema leher pada kandung kemih saat proses persalinan. Setelah 1-3 hari setelah persalinan akan menghasilkan urin dalam jumlah yang sangat banyak.

#### **4. Sistem Endokrin**

Terdapat perubahan hormon pada system endokrin yang terlibat dalam proses melahirkan. Pada tahapan yang ke-3 saat melahirkan, hormone oksitosin melepaskan plasenta dan menahan kontraksi, oleh karena itu mampu mencegah terjadinya perdarahan. Selanjutnya unuk merangsang sekresi oksitosin dan keluarnya ASI dapat dilakukan dengan isapan dari bayi, sehingga memudahkan uterus kembali menjadi normal (Rasmi et al., 2018).

Adaptasi psikologis yang dapat ditemukan pada ibu post partum berikut:

##### **1. Fase Taking In**

Pada fase ini biasa disebut dengan fase ketergantungan karena dimulai sejak hari pertama melahirkan hingga hari ke-2, Ibu akan mengalami fokus pada diri sendiri dan membutuhkan perlindungan serta pelayanan.

##### **2. Fase Taking Hold**

Pada fase ini ibu akan merasakan khawatir jika tidak mampu dan bertanggung jawab dalam merawat/mengasuh sang buah hati. Lamanya fase ii sekitar 3 hingga 10 hari setelah proses persalinan. Selain itu ibu juga menjadi lebih sensitif sehingga sangat mudah marah dan tersinggung, oleh karena itu membutuhkan dukungan moril gua meningkatkan kepercayaan diri.

##### **3. Fase Letting Go**

Fase dimana ibu siap mendapatkan peran baru yang dimulai sejak 10 hari setelah persalinan. Kondisi ibu sudah beradaptasi langsung dengan sang buah hati. Pada kondisi ini ibu akan berusaha untuk menjaga anaknya dengan menyusui dan mencukupi segala kebutuhannya. Selain itu ibu juga sudah lebih percaya diri untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Rasmi et al., 2018)

## **5. Tahapan Post partum**

- 1) Puerperium dini merupakan fase yang dikenal dengan kepedulian, setelah 40 hari melahirkan sesuai dengan ajaran agama seorang ibu sudah diperbolehkan untuk berjalan, berdiri, bekerja, dan dianggap bersih;
- 2) Puerperium intermedial merupakan fase dimana pada alat genitalia yang sudah mulai pulih pada 6 hingga 8 minggu;
- 3) Remote puerperium merupakan fase yang dibutuhkan guna memulihkan atau menjadi sehat seperti sediakala, khususnya jika sepanjang hamil/ pada saat melahirkan memiliki komplikasi. Dibutuhkan waktu lama berminggu-minggu ataupun bahkan hingga bertahun-tahun untuk sembuh (Pohan, 2017).

## **6. Komplikasi Post partum**

### **a. Perdarahan**

Proses perdarahan sebanyak 500 cc pada saat janin sudah lahir dari pervaginaan ataupun di atas 1000 cc sesudah melahirkan abnormal pada kurun waktu 24 jam dan maksimal 6 minggu pada saat sudah melahirkan (Satriyandari & Hariyati, 2017).

### **b. Infeksi Puerperalis**

Adapun yang menyebabkan terjadinya infeksi yaitu adanya bakteri eksogen, autogen, dan endogen. Sebanyak 50% disebabkan streptococcus anaerob yang mana aslinya bukanlah pategon untuk menjadi penghuni normal pada jalan melahirkan (Kurniasari et al., 2016).

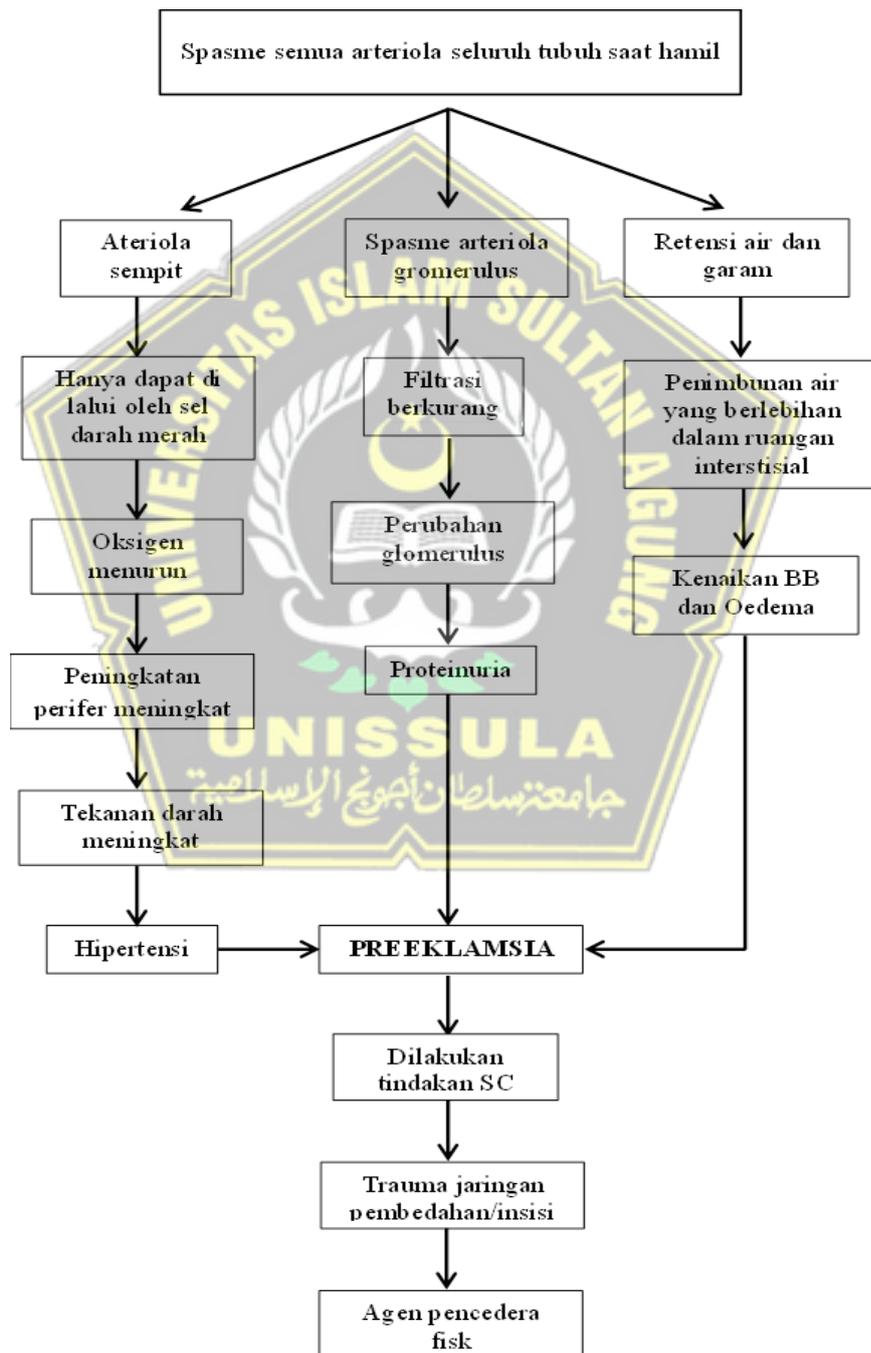
### **c. Mastitis**

Masalah yang terjadi di masa nifas antarlain mastitis yaitu peradangan pada jaringan payudara. Kasus mastitis diperkirakan terjadi dalam 12 minggu pertama, namun dapat pula terjadi sampai tahun kedua menyusui. Mastitis perlu diperhatikan karena dapat meningkatkan penularan beberapa penyakit dan mastitis menjadi salah satu alasan ibu untuk berhenti menyusui (Hasanah et al., 2017)

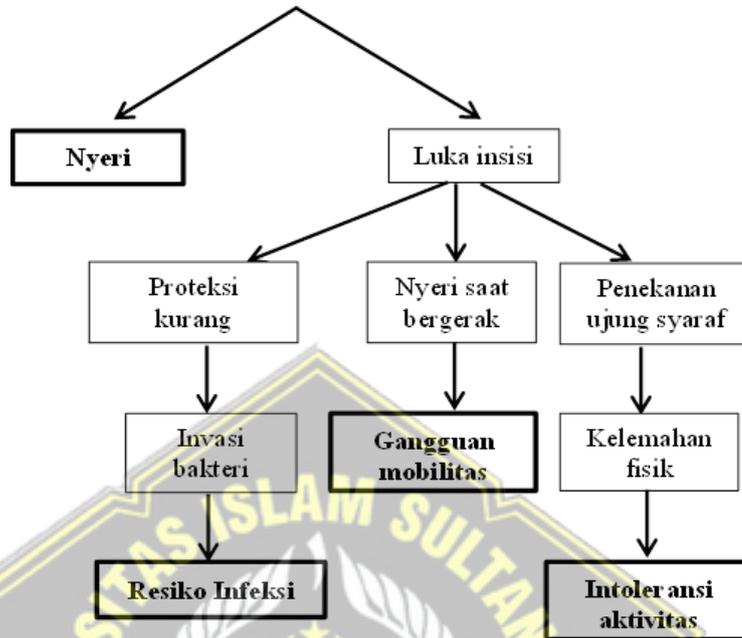
**d. Depresi Post Partum (DPP)**

Merupakan kondisi gangguan jiwa yang terjadi pada pekan pertama setelah melahirkan. Adapun gangguan yang terjadi meliputi kondisi hati yang sedih, labil, bingung, dan dysphoria pada diri sendiri (Fairus & Widiyanti, 2014).

**7. Fisiologisways**



## Lanjutan Fisiologisways



(Setyorini et al., 2016)

## B. Tinjauan Teori *Sectio Caesarea*

### 1. Pengertian *Sectio casarea*

Adapun *sectio caesarea* merupakan tindakan keperawatan dalam upaya pengeluaran janin melalui insisi menembus dinding abdomen dan uterus (Sihotang & Yulianti, 2018).

### 2. Indikasi *Sectio Caesarea*

#### 1) Indikasi Terjadinya Persalinan dengan *Sectio Caesarea*

##### a. Indikasi Sosial

Persalinan dengan cara ini merupakan permintaan dari ibu yang akan melahirkan meskipun pada dasarnya tidak termasuk dalam tanda-tanda melahirkan dengan *sectio caesarea*. Adapun untuk alasan yang rasional dan spesifik wajib untuk didiskusikan dan dieksplorasi, berikut alasan ibu menginginkan untuk melakukan *sectio caesarea* yaitu sesuai dengan pengalaman saat melahirkan sebelumnya, takut terjadinya cedera pada bayi atau yang dikenal asfiksia pada saat melahirkan, tetapi permintaan tersebut harus

dihargai dan butuh diberikan pilihan lain untuk melahirkan yang paling aman untuk anak dan ibunya.

b. Indikasi Relatif

Adapun untuk indikasi ini meliputi pengalaman melakukan *sectio caesarea*, distosia fetal distress, presentasi bokong, positif HIV sebelum gemeli/inpartu, dan preeklamsi berat.

c. Indikasi Mutlak

Pada proses *sectio caesarea* ini meliputi dua faktor yaitu indikasi ibu dan janin. Pada indikasi pertama yaitu ibu seperti gagalnya melahirkan normal yang disebabkan melahnya stimulasi, panggul yang sempit absolut, stenosis serviks, ruptur uteri, terdapat tumor pada jalan lahir, disproporsi sefalopelvik, dan plasenta previa. Sementara untuk indikasi janin meliputi gawat janin, kelainan otak, perkembangan bayi yang terganggu, pencegahan hipoksia janin akibat preeklamsi, dan prolapsus plasenta. (Yaeni, 2013)

**3. Etiologi *Sectio Caesarea***

Tindakan section caesarea terjadi karena ada masalah dari sang ibu atau sang bayi. Ada 2 keadaan dimana yang mengharuskan klien harus melakukan section caesarea, Pengaruh dari ibu sendiri meliputi usia, persalinan menggunakan *sectio caesarea* sebelumnya, sempitnya tulang punggung, adanya hambatan pada jalan lahir, pecahnya ketuban lebih dulu, kelainan kontraksi pada Rahim, serta hipertensi dalam kehamilan atau biasa disebut dengan pre eklamsia. Sementara yang disebabkan oleh janin meliputi adanya kelainan pada letak, ukuran janin yang besar, kondisi janin abnormal, kelainan pada tali pusat, bayi kembar, dan terdapat faktor plasenta. (Agustin, 2013)

**4. Patofisiologi *Sectio Caesarea***

*Sectio Caesarea* merupakan langkah bedah guna mengeluarkan dengan membuka dinding uterus dan perut. Tujuan dari tindakan ini yaitu melahirkan bayi melalui dinding Rahim dan perut. Pada *sectio caesarea* ini persalinan dihasilkan dengan melahirkan bayi lewat insisi depan perut

dan Rahim, adapun untuk syaratnya Rahim dalam kondisi yang utuh dan beratnya janin lebih dari 500 gram. Pada tindakan ini dapat menyebabkan kondisi luka insisi yang dihasilkan melalui potongan bersih melalui penggunaan peralatan tajam, contohnya luka pada kegiatan operasi *sectio caesarea* luka steril akan ditutup jahitan pada saat seluruh pembuluh darah sudah diligasi secara cermat. Sebagai akibat insisi memungkinkan putusnya jaringan pada tubuh dan menghasilkan luka pada orang yang dibedah (Anggorowati & Sudiharjani, 2010)

Kegiatan *sectio caesarea* memiliki risiko yang dimungkinkan terjadi pada ibu ataupun bayi yang akan dilahirkan, dan membutuhkan waktu lama guna mengembalikan kembali tubuh sebagaimana kondisi sebelum hamil. Pada persalinan normal membutuhkan waktu 1 hingga 2 minggu untuk perawatan, sementara pada *sectio caesarea* membutuhkan waktu 4 hingga 6 minggu untuk perawatan. Adapun hal-hal yang tidak nyaman terjadi seperti rasa sakit dan nyeri pada luka operasi yang berpengaruh pada psikologis seseorang seperti rasa takut, kecemasan, frustrasi, kekecewaan, dan hilangnya harga diri yang terkait dengan perubahan citra diri (Yugistiyawati, 2016).

#### **5. Komplikasi Sectio Caesarea**

Komplikasi tindakan *sectio caesarea* pada sang ibu antara lain: perdarahan yang meningkat, infeksi, lamanya waktu penyembuhan, dan membentuknya gumpalan darah.

Komplikasi tindakan *sectio caesarea* pada sang bayi antara lain : Semisal dalam operasi berlangsung lama, sehingga menyebabkan atensi yang berpengaruh pada bayi. Akhirnya sang bayi saat telah lahir tidak dapat langsung menangis dan keterlambatan menangis inilah yang mengakibatkan kelainan pada hemodinamika (Sugiarti, 2018).

### **C. Tinjauan Teori Pre Eklamsia**

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

Preeklamsia merupakan salah satu jenis penyakit dengan gejala klinis seperti proteinuria dan hipertensi yang muncul karena kehamilan

yang disebabkan oleh kegiatan endotel dan vasospasme pada saat berusia lebih dari 20 minggu. Sebanyak 3,9% wanita yang sedang hamil mengalami preeklamsia (Setyawati et al., 2018).

## 2. Etiologi preeklamsia

Secara pasti penyebab preeklamsia belum diketahui, oleh karena itu sering dikenal dengan "*the disease of theories*" (Saraswati & Mardiana, 2016). namun dapat ditandai dengan berubahnya pembuluh darah pada plasenta secara cepat yang dapat mengganggu fungsi dari plasenta yang disebabkan oleh faktor berikut:

### 1) Maladaptasi Immunologi

Dampak dari imunologi sesuai penelitian epidemiologi tentang gagalnya respon imun maternal yang langsung mengakibatkan gangguan pada fungsi plasenta dan invansi tromboplastik. Gagalnya respon pada imun tersebut menjadikan postulat yang dapat menurunkan *Human leukocyte antigen* (HLA) G protein pada umumnya untuk memudahkan ibu mengenal kembali bagian imunologi asing dari plasenta atau menurunnya formasi pada *bloking antibody* guna mengurangi dan imunoprotec pada imun asing plasenta.

### 2) Genetic Predisposisi

Pada preeklamsia dimungkinkan berkaitan langsung dengan *incomplete penetrance* dengan *single recessive gene dominant gen (multifactorial)*. Pada hasil penelitian lainnya mengungkapkan bahwasannya pasien yang memiliki riwayat anak *intra uterine growth retardation* (IUGR) akan dimungkinkan lagi memiliki risiko terjadinya hipertensi pada kehamilannya.

### 3) Media-Vaskular.

*Vaskuler* mengakibatkan beberapa penyakit seperti hipertensi kronik, diabetes mellitus, resistensi insulin, obesitas, dan gangguan pada vaskuler yang mengakibatkan perfusi pada plasenta menurun sehingga risiko pada preeklamsia menjadi bertambah. Kondisi inilah yang mengakibatkan postulat berkembangnya preeklamsia melalui tiga

metode yaitu *plasenta ischemia*, *defective plasentation*, dan *endothelial cell dysfunction* (Padila & Agustien, 2019).

### 3. **Klasifikasi Preeklamsia**

Klasifikasi preeklamsia dibagi 2, yaitu :

- a. Preeklamsia ringan dengan tanda-tanda berikut:
  - 1) Penambahan berat badan > 1kg dalam waktu seminggu;
  - 2) Adanya edema umum pada muka dan kaki;
  - 3) Adanya hipertensi pada tekanan darah  $\geq 140/90$ mmHg pada saat sudah gestasi 20 mingguan;
  - 4) Proteinuria  $\geq 300$ mg/liter dan satu atau dua lebih dipstick.
- b. Preeklamsia berat disertai dengan tanda sebagai berikut :
  - 1) Proteinuria  $\geq 2$  gram/ liter
  - 2) Pada tekanan darah sistolik  $\geq 160$  mmHg serta diastolic  $\geq 110$  mmHg
  - 3) Oliguria (produksi urin sedikit) < 400 ml/24 jam
  - 4) Pandangan kabur (Padila & Agustien, 2019)

### 4. **Manifestasi klinis**

#### 1) **Proteinuria dan Hipertensi**

Proteinuria dan hipertensi adalah gejala yang paling berpengaruh dalam preeklamsia tetapi terkadang ibu hamil masih belum mengetahuinya. (Carolia & Ayuning, 2016)

#### 2) **Tekanan Darah**

Meningkatnya tekanan darah >140/90 mmHg ini salah satu tanda akurat dari preeklamsia (Lampung et al., 2014)

### 5. **Patofisiologi**

- 1) Pada berbagai kejadian, lumen arteriola yang terbatas, oleh karena itu hanya bisa dilewati satu sel darah merah;
- 2) Preeklamsia terjadi spasme pada pembuluh darah yang diikuti retensi air dan garam. Biopsi pada ginjal dapat didapati spasme yang hebat arteriola glomerulus;

- 3) Sehingga apabila seluruh arteriola di tubuh merasakan spasme, dimungkinkan untuk tekanan darahnya meningkat, upaya untuk menyelesaikannya dengan meningkatkan tekanan perifer guna oksigenasi jaringan yang mampu terpenuhi;
- 4) Bertambahnya edema dan berat badan yang diakibatkan timbunan air yang lebih banyak di ruangan interstisial tidak teridentifikasi penyebabnya, mungkin saja karena adanya retensi garam dan air. Pada proteinuria dapat diakibatkan spasme arteriola yang mengakibatkan berbahnya glomerulus;
- 5) Pada plasenta, menurunnya perfusi akan mengakibatkan hipoksis untuk memicu adanya gangguan pada pertumbuhan plasenta yang mampu mengakibatkan adanya *intra uterin growth retardation* dan menghasilkan diagnosis pada keperawatan dengan risiko yang gawat pada janin (Padila & Agustien, 2019).

#### **6. Faktor Resiko Preeklamsia**

- 1) Primigravida;
- 2) Memiliki usia di bawah 20 tahun ataupun di atas 35 tahun;
- 3) Kelebihan berat badan atau Obesitas;
- 4) Kehamilan ganda atau kembar;
- 5) Seorang ibu hamil yang memiliki gangguan pada fungsi organ (ginjal, hipertensi, diabetes mellitus, dan migraine);
- 6) Memiliki riwayat preeklamsia saat hamil yang sebelumnya (Setyawati et al., 2018).

#### **7. Faktor predisposisi preeklamsia**

- 1) Kehamilan ganda
- 2) Hipertensi
- 3) Diabetes mellitus
- 4) usia > 35 tahun
- 5) Riwayat preeklamsia terdahulu
- 6) Obesitas (Padila & Agustien, 2019)

## 8. Komplikasi Preeklamsia

- 1) Komplikasi yang sering terjadi pada anak meliputi terhambatnya pertumbuhan pada bayi (IUFGR); asfiksia neonatorum; hipoksia intrauteri; rendahnya berat badan pada saat lahir; dan terjadinya kelahiran yang premature;
- 2) Komplikasi yang terjadi pada ibu meliputi: sindrom HELLP; perdarahan otak; atonia uteri; gagal ginjal; gagal jantung; dan edema paru (Padila & Agustien, 2019).

## 9. Pencegahan Preeklamsia

- 1) Mengusahakan berat badan agar tetap ideal;
- 2) Tidak merokok dan rajin untuk olahraga;
- 3) Pemeriksaan antenatal care yang baik dan teratur dapat mendeteksi sedini mungkin dan menangani komplikasi pada obstetrik yang dimungkinkan timbul di ibu hamil;
- 4) Memenuhi kebutuhan pada nutrisi dengan memilih makanan rendah garam (Padila & Agustien, 2019).

## D. Konsep Asuhan Keperawatan Post SC dengan Preeklamsia

Asuhan keperawatan pada post SC dengan Preeklamsia menurut (Ratnawati, 2018) yaitu:

### 1. Pengertian

Pengkajian merupakan suatu langkah pertama untuk kegiatan perawatan. Pada proses perawatan ini dilakukan secara bersama-sama mulai dari perawat, tenaga kesehatan lain, dan ibu. Pada pengkajian ini menggunakan pemeriksaan secara fisik dan wawancara. Pada kegiatan pengkajian diperlukan ketelitian serta kecermatan supaya data yang diperoleh akurat hingga mampu dijadikan satu dan dianalisa untuk mengetahui *problem* dan berbagai kebutuhan ibu pada saat perawatan. Berikut pengkajian yang dilakukannya:

- a. Informasi identitas dari klien;
- b. Adanya riwayat kesehatan
  - 1) Riwayat kesehatan yang sebelumnya

- a) Pada saat hamil yang sebelumnya seorang ibu dimungkinkan memiliki riwayat preeklamsia;
  - b) Pada seorang ibu yang obesitas rawan untuk terjadi;
  - c) Biasanya mudah terjadi pada ibu yang memiliki riwayat hipertensi.
- 2) Riwayat kesehatan saat ini
- a) Merasakan sakit kepala;
  - b) Tekanan darah tinggi;
  - c) Nafsu makan berkurang, mual, serta muntah;
  - d) Edema pada ekstermitas;
  - e) Meningkatnya berat badan mencapai 1 kg per minggu (Kusumawati & Mirawati, 2019).
- 3) Riwayat kesehatan keluarga  
Mungkin memiliki riwayat hipertensi dalam kehamilan
- 4) Riwayat perkawinan  
Terjadi pada perempuan yang menikah dengan usia < 20 atau > 50 (Setyawati et al., 2018)
- c. Pemeriksaan fisik  
Berikut beberapa pemeriksaan fisiknya:
- 1) Kondisi umumnya yaitu lemah;
  - 2) Kondisi wajah edema dan wajah terasa sakit;
  - 3) Sistem persyarafan: terjadinya klonus di kaki, hiper refleksia;
  - 4) Kondisi mata terjadi edema retina dan konjungtiva anemis;
  - 5) Genitourinaria: yang meliputi proteinuria dan oliguria;
  - 6) Ekstermitas, edema pada jari, tangan, dan kaki.
- d. Pemeriksaan Laboratorium  
Pemeriksaan laborat, protein urin dengan kateter atau mid stream biasanya meningkat hingga mencapai 0,3 gram/liter, tekanan darah menurun, kadar hematocrit menurun, trombosit menurun, berat janin urine meningkat, serum kreatinin meningkat, uric acid biasanya lebih

mg/100 mili liter, serta tidak ada perdarahan retina. (Padila & Agustien, 2019)

## 2. Diagnosa Keperawatan

Kemungkinan diagnosis yang ditemukan pada ibu dengan preeklamsia sesuai (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) adalah :

- a) Terjadinya gangguan pada mobilitas fisik dimana kondisi badan terasa nyeri pada saat digerakan, fisik lemah, dan gerakan terbatas (D.0054);
- b) Terjadinya risiko infeksi yang dapat dibuktikan dengan dampak prosedur invansif ( D.0142)
- c) Nyeri berhubungan dengan Agen cedera fisiologis (ikemia) (D. 0077)

## 3. Intervensi Keperawatan

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

Kriteria hasil (SLKI):

Luaran utama: Mobilitas fisik

Luaran Tambahan:

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

Rencana Tindakan keperawatan (SIKI)

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

- 7) Melibatkan keluarga dari pasien untuk meningkatkan pergerakannya;
  - 8) Menganjurkan untuk melakukan mobilisasi dengan sesederhana mungkin (misal : duduk) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
- b) Risiko infeksi yang dapat dibuktikan dengan dampak prosedur invansif ( D.0142)

Kriteria hasil (SLKI):

Luaran utama: Tingkat infeksi

Luaran Tambahan:

- 1) Integritas kulit dan jaringan
- 2) Kontrol resiko Status imun
- 3) Status nutrisi (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Rencana Keperawatan (SIKI)

- 1) Menjelaskan gejala dan tanda-tanda infeksi;
- 2) Memonitoring gejala dan tanda-tanda infeksi sistemik dan lokal;
- 3) Menganjurkan untuk kecukupan nutrisi, cairan, dan istirahat;
- 4) Menganjurkan langkah untuk memeriksa keadaan luka setelah operasi;
- 5) Mempertahankan teknik aseptik pasien dengan risiko tinggi ;
- 6) Mengajarkan bagaimana melakukan cuci tangan secara benar;
- 7) Kolaborasi pemeberian imunisasi, jika perlu (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

- c) Nyeri berhubungan dengan Agen cedera fisiologis (iskemia) (D. 0077)  
berikut kriterianya:

Luaran utama: tingkat nyeri

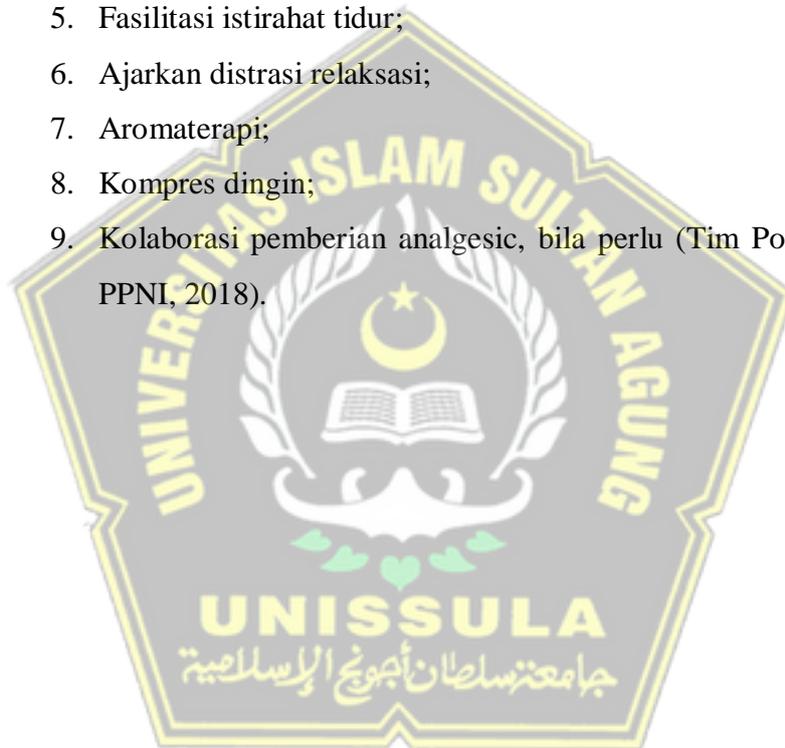
Luaran khusus:

1. Kontrol nyeri
2. Mobilitas fisik
3. Pola tidur
4. Status kenyamanan
5. Tingkat cedera

6. Perfusi miocard (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Rencana Tindakan (SIKI) :

1. Mengidentifikasi skala nyeri;
2. Mengidentifikasi faktor yang meringankan atau memberatkan adanya nyeri;
3. Mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, kintensitas, kualitas, dan frekuensi nyeri;
4. Control lingkungan yang memperparah nyeri;
5. Fasilitasi istirahat tidur;
6. Ajarkan distrasi relaksasi;
7. Aromaterapi;
8. Kompres dingin;
9. Kolaborasi pemberian analgesic, bila perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).



## **BAB III**

### **HASIL STUDI DAN KASUS**

#### **A. Hasil Studi Kasus**

Berdasarkan hasil studi yang dilakukan tanggal 27 Januari 2021 Pukul 14.40 WIB bertempat di ruang Baintunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang, Didapatkan kasus data pengkajian pasien bernama Ny. E berusia 27 tahun berjenis kelamin perempuan, pasien beragama islam yang berasal dari Kp. Cipayung rt 03 rw 04 Kab. Cicalengka Kota Bandung Provinsi Jawa Barat. Namun pasien sekarang berdomisili di Desa Batu Kec. Karangtengah Kab. Demak, Jawa Tengah. Pasien merupakan seorang ibu rumah tangga. Pasien berpendidikan akhir Sekolah Menengah Atas (SMA). Pasien dibawa kerumah sakit karena sesak nafas, sakit kepala, dan mengalami tekanan darah yang tinggi. Pasien datang kerumah sakit diantarkan oleh temannya Ny.S dan mengharuskan pasien harus di rawat dirumah sakit.

#### **1. Pengkajian Keperawatan**

##### **a. Identitas**

##### **1) Identitas Klien**

Berdasarkan hasil studi yang dilakukan tanggal 27 Januari 2021 Pukul 14.40 WIB bertempat di ruang Baintunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang, Didapatkan kasus data pengkajian pasien bernama Ny. E berusia 27 tahun berjenis kelamin perempuan. Pasien berpendidikan akhir Sekolah Menengah Atas (SMA). Pasien datang kerumah sakit dengan G3 P2 A0 dengan usia kehamilan kurang lebih 38 minggu. Pasien datang kerumah sakit diantarkan oleh temannya Ny.S. Dengan nomor rekam medis 32042xxxxx

##### **2) Identitas Penanggungjawab**

Pada saat pengkajian didapatkan data penanggungjawab pasien merupakan teman dekat yang bernama Ny.S yang saat ini usianya 22 tahun dengan jenis kelaminnya perempuan dan tinggal di desa Batu Kec. Karangtengah Kab. Demak. Teman pasien

merupakan seorang muslimah, pekerjaannya karyawan swasta pendidikan terakhirnya adalah SMA

### **3) Riwayat Kesehatan saat ini**

Dari hasil pemeriksaan didapatkan sebuah data sebagai berikut :

Klien datang ke rumah sakit dengan keluhan pusing pada tanggal 26 januari 2021 jam 16.00 WIB dengan indikasi preklamsia disertai tanda tanda vital TD :160/113 , Nadi : 106x/mnt , Suhu : 36 C. HPHT 03 mei 2020 dan HPL 06 februari 2021. Lalu pada tanggal 27 januari 2021 klien di lakukan tindakan operasi sc pada pukul 10.00 setelah post klien mengeluh nyeri pada bagian abdomen luka bekas operasi, perih pada luka operasi dan nyeri yang terus menerus seperti di sayat-sayat dengan skala nyeri 5 (0-10), ditambah lagi jika melakukan aktivitas atau gerakan semakin sakit

### **4) Persepsi dan Harapan Pasien Sehubungan dengan Kehamilan**

Pasien sebelumnya memang rajin periksa ke klinik kehamilan di dekat rumahnya dan alasan pasien datang ke klinik adalah karena pasien pada hari rabu pagi periksa di klinik demak, pasien merasakan sesak, lalu pasien dirujuk ke RSI Sultan Agung. Tidak ada perubahan dalam kehidupan sehari-hari, hanya saja pasien merasa sering capek saat beraktivitas, merasa pusing dan sesak nafas. Dikehamilan ini pasien sangat berharap bayi yang dikandung sekarang diberikan selamat, fisik yang sempurna, tidak ada kecacatan dan sehat semua ibu dan bayi. Sekarang pasien tinggal bersama suami dan 2 orang anaknya. Tidak ada dampak yang ditimbulkan dari kunjungan klinik yang dilakukan pasien. Selama kunjungan ke klinik, pasien selalu diantar oleh suami tercinta. Pasien berkeinginan ingin melahirkan di RSI Sultan Agung dan memiliki rencana menyusui setelah bayinya lahir hingga umur 2 tahun. Pasien mengatakan selama kehamilan ini tidak pernah

diimunisasi, saat ini yang terpenting bagi pasien adalah keluarga. Dirumah pasien tidak memelihara kucing dan pasien tidak menyukai binatang.

**b. Kebutuhan Dasar**

**a. Kenyamanan dan Istirahat Tidur**

a) Ketidaknyamanan

Pasien mengalami gangguan kenyamanan karena disetiap kegiatan sehari-hari dirumah pasien sering merasakan sesak nafas dan cepat lelah. Ketika sesak nafas, pasien melakukan duduk untuk mengatasinya kurang lebih 5 menit. Ketika sesaknya kambuh pasien kembali seperti semula diobati dengan cara duduk selama 5 menit. Selain itu dalam keseharian pasien juga sering merasakan pusing, namun sebelumnya pasien tidak memiliki riwayat darah tinggi. Saat ini selama dirawat dirumah sakit pasien juga merasa tidak nyaman karena dirinya terpasang kateter yang mengharuskan pasien hanya beraktivitas diatas tempat tidur dan terasa nyeri jika bergerak miring

b) Istirahat tidur

Pasien memiliki gangguan tidur karena klien mengrasa sakit/nyeri di sekitar abdomen dan mengeluh sering terbangun saat tengah malam. Pola tidur pasien terkadang tak menentu hanya 4-5jam perhari

c) Hygiene

Selama hamil pasien melakukan mandi dengan cara sendiri namun, Pasien selama di rawat dirumah sakit, pasien tidak mampu untuk melakukan kebersihan diri dengan sendiri. Pasien dalam melakukan perawatan diri di bantu oleh perawat/kelaurga. Pasien mandi dengan menggunakan air sibun dan sabun. Pasien sibin sehari 2x yaitu pagi dan sore.

**b. Keselamatan**

a) Pergerakan

Selama hamil pasien dapat melakukan aktivitas nya sendiri dan tidak ada halangan untuk berjalan kaki, namun ketika pasien di lakukan perawatan dirumah sakit, Pasien tidak boleh berjalan karena terpasang kateter dan aktivitasnya dibantu oleh perawat/keluarga. Pasien hanya melakukan aktivitasnya di atas tempat tidur.

b) Penglihatan

Kondisi pasien normal untuk penglihatannya serta tidak sedang memakai alat bantu.

c) Pendengaran

Kondisi pendengaran pasien normal dan masih berfungsi dengan baik

**c. Cairan**

Pasien selama hamil minum setiap hari 1/liter dan tidak memiliki gangguan dalam minun, Selama di rawat pasien terpasang infus RL/HES.

**d. Nutrisi**

- a) Pasien saat ini menggunakan gigi yang palsu, giginya tidak utuh dikarenakan ada yang sudah bolong, terlihat bersih tetapi tampak berbau.
- b) Selama hamil pasien mengalami peningkatan berat badan sebelum hamil 50kg dan setelah hamil menjadi 68kg
- c) Pasien makan sehari 3x namun terkadang hanya makan habis 3 sendok saja

**e. Daftar Menu Makan 24 Jam**

**Tabel 1**  
**Menu Makanan**

<b>Waktu</b>	<b>Jenis makanan</b>	<b>Jumlah</b>
27/01/2021		
Pagi	Bubur+sayur+daging (rendah garam)	1 porsi
Siang	Bubur+sop+telor (rendah garam)	1 porsi
Malam	Bubur+sayur (rendah garam)	1 porsi
28/01/2021		
Pagi	Bubur + bayam + tempe (rendah garam)	
Siang	Bubur + Tahu + wortel (rendah garam)	
Malam	Soto (rendah garam)	
Pagi	Nasi + Sop + Telur (rendah garam)	

Menurut pasien makanan yang telah di berikan baik untuk pasien dan pasien di anjurkan mkakan rendah lemak dan rendah garam

**f. Eliminasi**

Selama hamil pasien tidak mengalami gangguan dalam BAB maupun BAK. Pasien BAB 1 kali sehari di waktu pagi hari sedangkan pasien lebih sering merasakan BAK sehari mencapai 10 kali. Namun selama dirawat pasien belum BAB setelah melahirkan dan pasien terpasang kateter. BAK berwarna kuning, bau khas dan frekuensi perhari 2000/3000 cc

**g. Oksigenasi**

Selama hamil pasien merasakan sering sesak nafas dan lebih sering capek. Biasanya pasien mengatasi hal ini dengan memposisikan diri pasien dengan duduk. Namun setelah mendapatkan pelayanan dari rumah sakit, selama dirawat pasien sudah tidak merasa sesak nafas lagi.

**h. Seksual**

Selama hamil pasien tetap melakukan kewajibannya sebagai seorang istri dan tidak ada halangan untuk melakukan hubungan suami istri.

### i. Riwayat Obstetric Masa Lalu

**Tabel 2**  
**Daftar Obstetric Pasien**

No	Gangguan Kehamilan	Tipe persalinan	Proses persalinan	Tempat persalinan	Masalah kelahiran	Masalah Nifas	Keadaan anak	umur
1	-	Spontan	9 bulan	Bidan	-	-	Baik	9 thn
2	-	Spotan	9 bulan	Bidan	-	-	Baik	4 thn
3	preeklamsia	SC	9 bulan	Rumah sakit	-	-	hipotermi	0 bulan

### j. Keluarga Berencana

Sebelum hamil ini pasien menggunakan jenis kontrasepsi suntik KB 1 bulan terjadi keluhan seperti pusing, mual dan klien mengatasi masalah tersebut dengan cara istirahat tidur. Setelah melahirkan ini klien belum ada rencana menambah anak lagi dan akan menggunakan jenis kontrasepsi KB IUD dan tidak melakukan MCU.

### k. Pemeriksaan Fisik

Pasien dalam kesadaran Composmentis, tampak lemah dan tidak berdaya, Saat dilakukan cek tanda vital mendapatkan data Nadi 89 x/menit TD 140/70 mmHg SpO2 99% RR 24 x/menit dan Suhu 36,2°C. Bentuk kepala mesosepal, rambut berwarna hitam, lurus dan tidak berketombe ataupun rontok, tidak teraba bejolan. Penglihatan normal dan berfungsi dengan baik, simetris kanan kiri, konjungtiva anemis dan tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Hidung berfungsi dengan penciuman yang baik, tidak ada lesi, tampak bersih, dan tidak ada secret. Telinga system pendengaran berfungsi dengan baik, simetris kanan kiri, tidak ada serumen, tidak ada nyeri saat di tekan, tidak di temukan adanya peradangan. Mulut tidak adanya gangguan bicara, memakai gigi palsu, gigi tidak utuh karena ada yang bolong dan gigi tampak bersih namun berbau. Pemeriksaan dada, jantung ditemukan inspeksi ictus cordis

tidak teraba, palpasi tidak ada nyeri tekan, perkusi pekak dan auskultasi regular. Pemeriksaan paru-paru inspeksi pengembangan dadasimetris, palpasi tidak ditemukan nyeri tekan dan pergerakan dinding teraa, perkusi dan auskultasi tidak ada bunyi tambahan. Payudara puting menonjol, areola berwarna gelap, produksi asi baik, colostrum sudah keluar dan tidak ada nyeri tekan. Abdomen terpadat luka insisi SC dengan jenis horizontal tertutup perban dengan ukuran panjang kurang lebih 12cm dengan lebar 1-2 cm. Ekstermitas atas terpasang infus RL + drip oxytosin 1 Ampul, Ekstermitas bawah kaki simetris kanan kiri, tidak ada luka dan tidak ada fraktur.

#### **l. Pemeriksaan Penunjang**

Tanggal 26 Januari 2021

Pemeriksaan darah lengkap didapatkan hemoglobin 12,2 g/dL (11,7-15,5) hematocrit 36,6% (33-45) leukosit 12,10 ribu/uL (3,6- 11,0) trombosit 315ribu/uL (150-440), Gol darah B/Positif, PT(control) 11,2 detik (9,1-12,3), APTT 25,9 detik (21,0-28,4), GDS 137 mg/dL (75-110), Ureum 9 mg/dL (10-50), Creatnin 0,57 mg/dL (0,60-1,10), Natrium 133 mmol/L (135-147).

Pemeriksaan urin lengkap didapatkan warna kuning, keruh, Protein Trace (<30(negative)), Reduksi Neg (<15 (negative)), reaksi pH 6 (4,7-7,4), urobilibogen 0,2 (<2), Bilirubin Neg (<1 (negative)), Benda keton Negatif, Nitrit negative, Blood negatif

#### **m. Terapi**

Klien mendapatkan terapi Dopamet 2x250 gram untuk mengatasi darah tinggi (hipertensi), Sanmol (1tablet) extra untuk meredakan nyeri, Methylergometrim 1x1 amp untuk mencegah perdarahan, Cefazoline 2x1 gram untuk antibiotic, Antasida 3x1 tablet untuk menetralkan lambung, cefadroxyl 3x500 gram untuk menghambat pertumbuhan bakteri, Dompelidone 3x2 tablet untuk

meredakan mual dan muntah, RL 20 tpm untuk menambah elektrolit tubuh.

## 2. Analisa Data

Pada tanggal 27 Januari 2021 Pukul 14.40 WIB setelah melakukan pengkaji mendapatkan data klien sebagai berikut :

Data pertama dari data subjektif klien mengatakan perih pada luka post SC, diketahui ada luka insisi SC secara horizontal, luka SC yang secara tertutup perban yang panjangnya kurang lebih 12cm dan lebar 1-2 cm. Data objektif pasien tampak lemas dari hasil vital sign didapatkan TD : 140/70 mmHg, Nadi 89 x/menit, RR 24 x/menit, Leukosit 12,10 ribu/uL pasien terpasang infus

Data kedua terdapat data subjektif klien mengatakan gerakan terbatas karena ketika bergerak terasa nyeri di abdomen, terpasang kateter, aktivitas di bantu oleh perawat/ keluarga dan melakukan aktivitasnya hanya di atas tempat tidur. Data objektif terdapat pasien tampak lemah, lesu, menahan rasa nyeri dan susah melakukan aktivitas dengan mandiri

## 3. Diagnosa Keperawatan

Berikut hasil dari diagnosa perawatan yang diprioritaskan:

Data pertama dari data subjektif klien mengatakan perih pada luka post SC, diketahui ada luka insisi SC secara horizontal, luka SC yang secara tertutup perban yang panjangnya kurang lebih 12cm dan lebar 1-2 cm. Data objektif pasien tampak lemas dari hasil vital sign didapatkan TD : 140/70 mmHg, Nadi 89 x/menit, RR 24 x/menit, Leukosit 12,10 ribu/uL pasien terpasang infus RL. Dari data tersebut muncul diagnosa adanya risiko infeksi dengan bukti efek dari prosedur invasif ( D.0142)

Data kedua terdapat data subjektif klien mengatakan gerakan terbatas karena ketika bergerak terasa nyeri di abdomen, aktivitas di bantu oleh perawat/ keluarga dan melakukan aktivitasnya hanya di atas tempat tidur. Data objektif terdapat pasien tampak lemah, lesu, menahan rasa nyeri dan susah melakukan aktivitas dengan mandiri. Dari data tersebut

muncul diagnosa Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d nyeri saat bergerak (D.0054)

#### **4. Intervensi Keperawatan**

Intervensi dilakukan pada 27 Januari 2021 pukul 14.50 WIB, Mendapat intervensi sebagai berikut :

Intervensi untuk diagnosa yang pertama mengenai resiko infeksi dibuktikan dngan efek prosedur invasif dengan tujuan pada saat sudah diberikan tindakan keperawatan selama 3 x 6 jam harapannya pasien bebas dari infeksi dengan luka yang membaik, kebersihan badan meningkat, dan nyeri menurun. Dan didapatkan intervensi berupa pengawasan gejala dan tanda-tanda infeksi, memberikan perawatan kulit yang berada di sekitar edema, menjelaskan adanya gejala dan tanda infeksi, mengajarkan bagaimana cuci tangan yang baik, dan mengajarkan bagaimana pemeriksaan kondisi luka setelah operasi.

Intervensi untuk diagnosa yang kedua Gangguan mobilitas fisik yang berkaitan dengan nyeri dibuktikan melalui nyeri pada saat digerakan, tujuannya pada saat tidakan perawatan sudah dilakukan 3 x 8 jam diharapkan pasien mampu melakukan aktivitas yang dibuktikan nyeri menurun, kelemahan fisik menurun, pergerakan ekstremitas meningkat dan kekuatan otot meningkat. Dan didapatkan intervensi yaitu identifikasi adanya nyeri, mengidentifikasi toleransi pada fisik dengan bergerak, memonitoring mobilisasi secara umum, memfasilitasi kegiatan menggunakan alat bantu, melibatkan anggota keluarga untuk membantu pasien, mengajarkan mobilisasi sedini mungkin, dan mengajarkan mobilisasi sesederhana mungkin yang harus segera dilakukan, sebagai contoh berubahnya posisi miring kanan miring kiri dan duduk, mengevaluasi dukungan dan harapan peningkatan kegiatan, dan mengkolaborasikan bersama tenaga kesehatan misalnya dengan memberikan terapi sesuai dengan indikasi.

## 5. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan pada tanggal 27 Januari 2021 pukul 15.00, dengan penjelasan berikut:

Implementasi diagnosa pertama resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif pada jam 15.00 memonitoring TTV yaitu dengan mengukur TD, mengecek HR, RR, Suhu dan SPO2 didapatkan respon pasien data subjektif klien mengatakan perih pada luka post sc, adanya luka insisi horizontal, luka SC yang ditutup perban memanjang kurang lebih 12 cm dan lebar 1-2 cm. Data objektif klien tampak lemas dan lemah TD : 140/70 mmHg, Nadi 89 x/menit, RR 24 x/menit, Leukosit 12,10 ribu/uL pasien terpasang infus. Pada pukul 15.30 menjelaskan tanda dan gejala infeksi. Diperoleh tanggapan pasien pada data subjektif yang menyatakan siap atau bersedia diberi penjelasan tentang tanda gejala infeksi. Data objektif dari pasien tersebut terlihat padam dengan yang perawat paparkan. Pada jam 16.00 menyiapkan peralatan ADL pasien dan menyibin, mengganti baju dan perawatan diri. Didapatkan data subjektif dari pasien yang siap untuk disiplin serta diganti baju. Pada data objektifnya pasien terlihat senang, lebih rapi, bersih, dan pasien berterimakasih kepada perawat. Selanjutnya pada jam 17.00 bekerjasama dengan memberikan obat *cefadroxyl* data subjektif pada pasien yang menyatakan siap meminum obat dan berterimakasih. Data objektif perawat memberikan obat *cefadroxyl* untuk menghambat pertumbuhan bakteri.

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 28 Januari 2021, implementasi sebagai berikut:

Pada pukul 16.30 menjelaskan mencuci tangan dengan benar didapatkan respon pasien data subjektif klien mengatakan bersedia diajarkan mencuci tangan sebelum memegang luka post sc. Data objektif pasien tampak memahami dan memperhatikan perawat yang sedang mempraktikan cuci tangan dengan benar. Pada pukul 17.00 mengajarkan memeriksa kondisi luka di dapatkan respon data subjektif klien mengatakan tidak tau cara mengganti perban. Data objektif klien tampak

memahami yang disampaikan perawat. Pada pukul memonitor asupan nutrisi. Didapatkan data subjektif pasien mengatakan sudah habis 1 porsi dengan bubur, dan sayur bayam. Data objektif tampak tempat makan sudah kosong

Untuk diagnosa yang kedua Gangguan pada mobilisasi fisik yang berkaitan dengan nyeri dapat dibuktikan dengan nyeri pada saat bergerak dilakukan implementasi pada tanggal 27 Januari 2021 yaitu sebagai berikut:

Pukul 15.00 mengidentifikasi adanya nyeri didapatkan respon klien data subjektif klien mengatakan nyeri di abdomen ketika melakukan pergerakan. Data objektif pasien tampak lemah dan menahan rasa sakit

P : luka operasi Q : Di iris- iris R : Abdomen S : 5 T : mendadak ketika bergerak. Pukul 15.30 membantu dan menganjurkan melakukan mobilisasi sederhana seperti miring kanan miring kiri dan duduk. Diperoleh tanggapan pasien berupa data subjektifnya yang menyatakan siap melakukan kegiatan untuk duduk, miring kiri, dan miring kanan. Data objektif pasien tampak berhati-hati dalam melakukan miring kanan kiri dan duduk.

Implementasi dilakukan pada tanggal 28 Januari 2021, implementasi yang dilakukan adalah sebagai berikut :

Pada jam 18.00 bekerjasama untuk memberikan obat cefotaxime dan dopamet tablet. Didapatkan data subjektif pasien siap diberikan obat dan meminumnya. Pada data objektifnya diberikan obat cefozoline untuk antibiotic dan dopamet untuk mengatasi darah tinggi. Pada jam 18.30 memonitor TTV dengan mengukur TD, mengecek Nadi, RR, suhu dan SpO2 didapatkan data subjektifnya berupa pasien siap untuk cek tensi dll. Sementara data objektifnya didapatkan hasil 140/70 mmHg, Nadi 89 x/menit, RR 24 x/menit, S 36,2°C dan SpO2 99%.

## 6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi tanggal 28 Januari 2021, evaluasi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

Diagnosa pertama: Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif data subjektif pasien menyatakan masih sedikit perih dan sedikit nyeri data objektif pasien tampak lemas dari hasil vital sign didapatkan TD: 140/70 mmHg, Nadi 89 x/menit, RR 24 x/menit, Leukosit 12,10 ribu/uL pasien terpasang infus RL. Analisa masalah belum *Planningnya* melanjutkan intervensi berupa memberikan perawatan kulit yang terletak di sekitar edema, menjelaskan gejala dan tanda-tanda infeksi, mengajarkan bagaimana cuci tangan yang baik, mengajarkan bagaimana memeriksa luka setelah operasi pertahankan dan kolaborasi dengan dokter pemberian obat memperlambat pertumbuhan bakteri.

Diagnosa kedua: Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d nyeri saat bergerak Data subjektif pasien menyatakan masih nyeri pada saat gerak, sudah miring kiri kanan dan duduk sesuai jadwal yang diberikan. Objektifnya pasien tampak lemas dan lemah. Analisa masalah belum teratasi. *Planningnya* melanjutkan intervensi berupa pertahankan jadwal miring kanan kiri dan duduk, mengidentifikasi toleransi pada fisik dengan menggerakkan, memonitoring keadaan secara umum pada saat mobilisasi, memfasilitasi kegiatan yang menggunakan alat bantu, melibatkan keluarga untuk membantu pasien, ajarkan melakukan mobilisasi dini, monitor asupan nutrisi, dan bekerjasama dengan dokter untuk memberikan obat yang mampu meredakan nyeri.

Selanjutnya tanggal 29 Januari 2021, evaluasi yang didapatkan adalah sebagai berikut :

Diagnosa pertama: Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif data subjektif pasien menyatakan sudah paham dan mengerti gejala dan tanda infeksi, menjaga luka post sc dengan melakukan kebersihan diri dan mencuci tangan dengan benar sebelum melakukan pemegangan kondisi luka. Analisa masalah sudah teratasi dan intervensi di hentikan.

Diagnosa kedua: Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d nyeri saat bergerak Data subjektif klien mengatakn sudah bisa miring kekanan kekiri dan sudah bisa duduk perlahan. Analisa masalah teratasi dan menghentikan intervensi.



## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini berisikan pembahasan dari hasil analisa asuhan keperawatan Ny.E dengan G3 P2 A0 post sectio caesarea indikasi peb di ruang baintunnisa 2 yang telah disamakan dengan teori yang telah diperoleh penulis. Asuhan Keperawatan Ny.E dengan G3 P2 A0 post section caesarea indikasi peb di ruang baintunnisa 2 dikelola dalam 3 hari mulai tanggal 27 januari 2021 sampai 29 januari 2021.

Pada bab ini penulis melakukan penyelesaian dari masalah yang telah di temukan dan disamakan dengan konsep dasar yang diperoleh pada bab II serta memperhatikan asuhan keperawatan antara lain pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

#### **A. Pengkajian**

Berdasarkan pengkajian yang telah penulis lakukan pada 27 Januari 2021 Jam 14.40 WIB di ruang Baintunnisa 2 diperoleh pasien Ny.E post sc dengan indikasi PEB. Preeklamsia merupakan kumpulan gejala pada seseorang yang sedang hamil, nifas, maupun bersalin yang meliputi proteinuria, edema, dan hipertensi dengan kemunculannya sekitar 20 minggu hingga minggu ke-1 pasca melahirkan (Muzalfah et al., 2018).

IMT > 25 (Obesitas) merupakan faktor yang berhubungan langsung dengan preeklamsia. Pada wanita hamil seringkali dijumpai *overweigh* atau yang dikenal dengan obesitas. Selain itu, bertambahnya usia juga mempengaruhinya, ada kecenderungan orang yang berusia di atas 35 tahun berisiko terkena preeklamsia (Kusumawati & Mirawati, 2019).

Hamil pada saat berusia di bawah 20 tahun atau di atas 35 tahun dimungkinkan terserang hipertensi yang disebabkan berkembangnya organ reproduksi dan fungsi fisiologi yang belum maksimal, serta kejiwaan ataupun emosi yang belum tercapai sehingga cenderung menyebabkan preeklamsia pada gangguan sel endotel. Selanjutnya tekanan darah yang meningkat dengan diikuti bertambahnya usia sangat rentan terkena preeklamsia dan hipertensi (Makmur & Fitriahadi, 2020).

Klien awal masuk rumah sakit dengan tekanan darah 160/113 mmHg, klien merasakan pusing dan nyeri di ulu hati. Namun pada saat penulis melakukan pengkajian tekanan darah klien sudah turun menjadi 140/70 mmHg tetapi klien masih merasakan sedikit pusing dan sudah tidak merasakan nyeri ulu hati tetapi disini klien mengatakan nyeri di area abdomen post sectio caesarea dan klien mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitasnya karena disetiap klien bergerak merasakan nyeri sekali akibat luka insisi.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

### **1. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif ( D.0142)**

Resiko infeksi adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Pada tanggal 27 Januari 2021 penulis mengangkat diagnose tersebut karena pada saat penulis melakukan pengkajian didapatkan data faktor-faktor resiko yang mendukung yaitu Data pertama dari data subjektif klien mengatakan perih pada luka post sc, terdapat luka insisi sc dengan jenis horizontal, luka sc tertutup perban dengan panjang luka kurang lebih 12cm dan lebar 1-2cm data objektif pasien tampak lemas dari hasil vital sign didapatkan TD : 140/70 mmHg, Nadi 89 x/menit, RR 24 x/menit, Leukosit 12,10 ribu/uL pasien terpasang infus RL.

Batasan karakteristik dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu menunjukkan terdapat rasa perih pada luka post sc dan tampak lemas.

Resiko infeksi menjadi diagnosa prioritas utama karena waktu pengkajian penulis menemukan data perih pada luka post sc, terdapat luka insisi sc dengan jenis horizontal, luka sc tertutup perban dengan panjang luka kurang lebih 12cm dan lebar 1-2cm data objektif pasien tampak lemas dari hasil vital sign didapatkan TD : 140/70 mmHg, Nadi 89 x/menit, RR 24 x/menit, Leukosit 12,10 ribu/uL pasien terpasang infus RL. Maka dari itu ketika resiko infeksi ini tidak diatasi maka seterusnya klien tidak mampu untuk mencegah agar tidak terjadi infeksi dan tidak mampu merawat luka dengan baik. Dengan mengatasi masalah ini diharapkan

klien mampu menerapkan apa yang sudah disampaikan dalam keseharian agar tidak terjadi infeksi pada luka insisi.

Intervensi dengan pemberian edukasi dan kriteria hasil luka membaik, kebersihan badan meningkat, dan nyeri menurun. Diharapkan setidaknya klien mampu mengenal tanda dan gejala infeksi, memberikan perawatan kulit pada area edema, melakukan mencuci tangan dengan benar.

Disini penulis akan memberikan rasional mengapa dilakukan intervensi tersebut. Indikator seorang pasien selamat berkaitan dengan tindakan medis yaitu infeksi pada luka yang menjadi komplikasi utamanya pasien rawat inap (Rivai et al., 2013).

Untuk implementasinya berhalan sekitar 2 hari, terhitung pada 27 Januari 2021 – 28 Januari 2021 dengan memberikan edukasi gejala dan tanda-tanda infeksi, mengajarkan bagaimana mencuci tangan yang benar, mengajarkan bagaimana memeriksakan keadaan luka dan pemberian obat. Pasien merasa senang sekali karena memahami gejala dan tanda-tanda infeksi serta bagaimana sesuatu hal terhindar dari infeksi. Ketika pemberian edukasi klien dengan posisi berbaring diatas tempat tidur karena telah selesai melakukan operasi sectio caesarea dengan tekanan darah 140/70, Namun klien menyanggupi untuk dilakukan edukasi. Akhirnya penulis memaparkan dan menjelaskan edukasi tentang resiko infeksi dengan rileks dan nyaman mungkin. Dalam pemberian edukasi klien terlihat memperhatikan dan memahami yang telah disampaikan dibuktikan ketika ditanya tanda dan gejala infeksi klien mampu menjawab dengan benar. Tujuan diberikan edukasi ini karena agar klien terhindari dari resiko infeksi dan selalu menjaga selalu kebersihan dalam merawat luka insisi. Pendidikan kesehatan adalah langkah untuk mendukung berbagai program kesehatan yang mampu memberikan peningkatan dan perubahan pada pengetahuan secara cepat, dari seseorang yang sebelumnya tidak mengetahui nilai kesehatan menjadi tahu, dari tidak bisa

menyelesaikan masalah hingga mampu menyelesaikan masalah (Utari et al., 2014).

Evaluasi dilakukan selama satu hari pada tanggal 28 januari 2021 setelah pemberian edukasi selesai. Hasil dari evaluasi selama satu hari masalah pasien dapat teratasi. Karena pasien mampu menjawab pertanyaan pertanyaan yang diajukan penulis dengan benar walaupun masih terbelit-belit, mampu mempraktekan cara mencuci tangan dengan benar dan masih terlihat mengingat kembali apa yang sudah disampaikan penulis

## **2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan nyeri saat bergerak (D.0054)**

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) pada tanggal 27 januari 2021 penulis mengangkat diagnosa ini dikarenakan waktu melakukan pengkajian penulis menemukan data subjektif dari pasien yang menyatakan gerakan terbatas karena ketika bergerak terasa nyeri di abdomen, terpasang kateter, aktivitas di bantu oleh perawat/ keluarga dan melakukan aktivitasnya hanya di atas tempat tidur. Data objektif terdapat pasien tampak lemah, lesu, menahan rasa nyeri dan susah melakukan aktivitas dengan mandiri.

Batasan karakteristik dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu tampak lemah, menahan nyeri dan susah melakukan aktivitas dengan mandiri.

Penulis mengangkat diagnosa ini karena memang pasien diminta untuk bedrest guna menstabilkan kondisi pasca operasi sectio caesarea, pasien selalu mengeluh nyeri dibagian abdomen jika melakukan pergerakan dan pasien terpasang kateter, maka dari itu penulis mengangkat diagnosa gangguan mobilitas fisik yang bertujuan mampu melakukan aktivitas yang dibuktikan nyeri menurun, kelemahan fisik menurun, pergerakan ekstremitas meningkat dan kekuatan otot meningkat.

Intervensi untuk diagnosa yang kedua Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan nyeri saat bergerak dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pasien mampu melakukan aktivitas yang dibuktikan nyeri menurun, kelemahan fisik menurun, pergerakan ekstremitas meningkat dan kekuatan otot meningkat. Dan didapatkan intervensi yaitu identifikasi adanya nyeri, mengidentifikasi toleransi pada fisik dengan bergerak, memonitoring keadaan secara umum pada saat mobilisasi berlangsung, memfasilitasi kegiatan menggunakan alat bantu, melibatkan keluarga untuk membantu pasien, mengajarkan mobilisasi sedini mungkin, dan mengajarkan mobilisasi dengan sederhana untuk dilakukan seperti berubah posisi miring kanan miring kiri dan duduk, mengavaluasi dukungan, serta harapan peningkatan kegiatan, dan mengkolaborasikan bersama tenaga kesehatan misalnya dengan memberikan terapi sesuai dengan indikasi.

Implementasi dilakukan selama 3x8 jam setelah pengkajian yaitu pada tanggal 27 sampai 28 januari 2021. Karena pasien tidak diperbolehkan turun dari bed maka penulis memberikan implementasi untuk melakukan gerak miring kanan kiri dan juga duduk untuk meningkatkan aktivitas. Posisi pada saat tidur yang dimiringkan kiri mampu menurunkan tekanan pembuluh darah yang mampu mengembalikan kembali darah menuju jantung. Pada saat jantung bekerja darah mengalir ke semua anggota badan, darah beredar ke semua bagian tubuh dan kembali lagi menuju jantung, apabila ada orang yang miring kanan, tekanan tubuh akan menekan pembuluh darah yang nantinya kembali pada jantung. Begitu sebaliknya pada posisi tidur yang miring kiri dengan tidak menjepit tubuh pada bagian kanan mampu meningkatkan aliran darah yang akan kembali pada jantung, sehingga kinerja jantung menjadi lebih ringan dan tekanan darah tidak melonjak. Posisi saat istirahat literal kanan menjadi intervensi keperawatan yang berguna untuk mempertahankan status hemodinamik, (laju pernafasan, tekkkanan darah sistolik, denyut jantung, tekanan darah diastolic, tekanan darah arteri rata-

rata, dan saturasi oksigen) (Yesni, 2019). Waktu di berikan implementasi pasien kooperatif dan memperhatikan penjelasan dari penulis. Implementasi mengidentifikasi adanya nyeri dengan metode PQRST, membantu pasien melakukan mobilisasi dini dengan melakukan miring kekanan kekiri dan duduk, berkolaborasi dengan pemberian obat obat cefozoline untuk antibiotic dan dopamet untuk mengatasi darah tinggi. Kepatuhan dalam mengonsumsi obat adalah salah faktor menunjang agar pasien cepat sembuh dan pulih (Evadewi & Suarya, 2013)

Evaluasi dalam pemberian implementasi masalah dapat teratasi terlihat dari pasien tampak bisa melakukan mobilisasi dini dengan gerakan miring kanan, kekiri, duduk dan klien mampu patuh dalam minum obat yang telah di berikan untuk kesembuhan klien.

### **C. Tambahan Diagnosa Keperawatan**

Selain membahas masalah yang muncul pada kasus Ny E penulis juga akan membahas diagnosa tambahan yang tidak ditegakkan oleh penulis yaitu :

#### **1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak mengiris, dan pola nafas berubah (D.0077)**

Nyeri akut merupakan pengalaman sensoria tau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional , dengan onset mendesak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Keadaan ini sebetulnya dialami oleh Ny. E karena terlihat menahan rasa nyeri abdomen pasca operasi sectio caesarea namun penulis tidak menegakkan diagnose ini karena mengingat pada musim pademi covid-19 pasien yang ada di rumah sakit islam sultan agung semarang hanya ada sedikit. Sehingga 1 kasus untuk 2 orang. Dan untuk diagnose nyeri telah dipakai salah satu teman untuk prioritas diagnose pertama. Maka dari itulah penulis tidak menegakkan diagnosa tersebut.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Pada bab v ini sebagai penutup, penulis dapat menyimpulkan dari Asuhan Keperawatan Ny.E G3 P2 A0 post section caesarea indikasi PEB. Dapat diambil kesimpulan dari data pengkajian yang dilakukan pada tanggal 27 Januari 2021. Sebagai akhir bab dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, dapat diperoleh beberapa kesimpulan yang digunakan untuk pertimbangan bagi pemberi asuhan keperawatan pasien post section caesarea dengan indikasi PEB.

#### **A. Kesimpulan**

Diagnosa yang diperoleh dari berdasarkan data pengkajian dapat diambil kesimpulan antara lain :

1. Diagnosa keperawatan yang diperoleh yaitu diagnosa pertama resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif, Diagnosa kedua Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan nyeri saat bergerak, fisik lemah dan gerakan terbatas.
2. Intervensi yang dilakukan untuk menegakkan diagnosa post sectio caesarea dengan indikasi PEB telah di sesuaikan dengan kebutuhan
3. Implementasi telah dirangkai dapat dilakukan dalam tindakan sesuai masalah dan kebutuhan pada klien post sectio caesarea dengan indikasi PEB.
4. Evaluasi, respon klien sangat baik dan kooperatif, klien memahami dan melaksanakan anjuran dari penulis, sehingga mendapatkan hasil yaitu masalah yang dialami klien post sectio caesarea dengan indikasi PEB dapat teratasi dan kebutuhan dapat terpenuhi.

#### **B. Saran**

##### **1. Bagi Institusi**

Diharapkan institusi dapat menilai kompetensi dan meninjau sejauh mana mahasiswa mengerti dan menguasai materi keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien post sectio caesarea dengan indikasi PEB di dalam suatu lingkungan praktik atau masyarakat.

## **2. Bagi Perawat**

Diharapkan perawat dapat melaksanakan asuhan keperawatan pada klien post sectio caesarea dengan indikasi PEB dengan teliti, tepat dan memperhatikan keadaan/keselamatan dari ibu dan bayi. Saat klien akan pulang, perawat harus memberikan informasi dan mengingatkan klien untuk melakukan kontrol sesuai jadwal yang telah ditentukan oleh dokter.

## **3. Bagi Masyarakat**

Diharapkan masyarakat lebih mengetahui dan meningkatkan pengetahuan dari PEB lalu masyarakat dapat melakukan pencegahan atau mendeteksi dini dari bahaya preeklamsia.



## DAFTAR PUSTAKA

- Anggorowati, & Sudiharjani, N. (2010). Mobilisasi Dini dan Penyembuhan Luka Operasi Pada Ibu Post Sectio Caesarea (SC) di Ruang Dahlia Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga. *Prosiding Seminar Nasional Dan Internasional Universitas Muhammadiyah Semarang*, 30–35. <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/psn12012010/article/viewFile/1281/1334>
- Bamer, J. C. (2001). Patient Willingness to Pay for Diabetes Disease State Management Programs. *Journal of Managed Pharmaceutical Care*, 1(2), 85–95. [https://doi.org/10.1300/J234v01n02\\_10](https://doi.org/10.1300/J234v01n02_10)
- Carolia, N., & Ayuning, L. G. I. (2016). Coklat Hitam untuk Mencegah Preeklampsia pada Kehamilan Dark Chocolate to Prevent Preeclampsia in Pregnancy. *Majority*, 5(1), 59–62.
- Evadewi, P. K. R., & Suarya, L. M. K. S. (2013). Kepatuhan Mengonsumsi Obat Pasien Hipertensi Di Denpasar Ditinjau Dari Kepribadian Tipe A Dan Tipe B. *Jurnal Psikologi Udayana*, 1(1), 32–42. <https://doi.org/10.24843/jpu.2013.v01.i01.p04>
- Fatmawati, D. (2015). Faktor Risiko Yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Postpartum Blues. *Jurnal EduHealth*, 5(2), 244985.
- Keukeu, K., & Mustikarani, I. K. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Sectio Caesaria Dengan Pre Eklamsia Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aman Dan Nyaman: Nyeri*.
- Khayati, Y. N., & Veftisia, V. (2018). Hubungan Stress dan Pekerjaan Dengan Preeklampsia di Wilayah Kabupaten Semarang. *Indonesian Journal of Midwifery (IJM)*, 1(1). <https://doi.org/10.35473/ijm.v1i1.38>
- Kusumawati, W., & Mirawati, I. (2019). HUBUNGAN USIA IBU BERSALIN DENGAN KEJADIAN PREEKLAMPSIA (Di RS Aura Syifa Kabupaten Kediri Bulan Maret Tahun 2016). *Jurnal Kebidanan*, 7(1), 63–70. <https://doi.org/10.35890/jkdh.v7i1.28>
- Muzalfah, R., Dyah Puspita Santik, Y., Setyo Wahyuningsih, A., Ilmu Kesehatan Masyarakat, J., Ilmu Keolahragaan, F., & Negeri Semarang, U. (2018). *Sejarah Artikel: Diterima 6 Mei*. 2(3), 417–428. <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia>
- Padila, P., & Agustien, I. (2019). Suhu Tubuh Bayi Prematur di Inkubator Dinding Tunggal dengan Inkubator Dinding Tunggal Disertai Sungkup. *Jurnal Keperawatan*

- Silampari*, 2(2), 113–122. <https://doi.org/10.31539/jks.v2i2.651>
- Pohan, A. (2017). Gambaran Pengetahuan Ibu Post Partum Tentang Kebutuhan Dasar Selama Masa Nifas Di Rumah Bersalin Srikaban Binjai Tahun 2016. *Ilmiah Kohesi*, 1(1), 95–103.
- Rasmi, N. K. G., Yusiana, M. A., & Taviyanda, D. (2018). Adaptasi Psikologis Ibu Postpartum (Fase Taking- in) Di Rumah Sakit. *Jurnal Penelitian Keperawatan*, 4(2). <https://doi.org/10.32660/jurnal.v4i2.326>
- Rivai, F., Koentjoro, T., & Utarini, A. (2013). Determinan Infeksi Luka Operasi Pascabedah Sesar. *Kesmas: National Public Health Journal*, 8(5), 235. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v8i5.390>
- Saraswati, N., & Mardiana, M. (2016). Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil (Studi Kasus Di Rsud Kabupaten Brebes Tahun 2014). *Unnes Journal of Public Health*, 5(2), 90. <https://doi.org/10.15294/ujph.v5i2.10106>
- Satriyandari, Y., & Hariyati, N. R. (2017). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Perdarahan Postpartum. *Journal of Health Studies*, 1(2), 49–64. <https://doi.org/10.31101/jhes.185>
- Setyawati, A., Widiasih, R., & Ermiami, E. (2018). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklampsia Di Indonesia. *Jurnal Perawat Indonesia*, 2(1), 32. <https://doi.org/10.32584/jpi.v2i1.38>
- Setyorini, Y., Martono, M., & Wijayanti, I. (2016). Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian PEB Pada Pasien Rawat Inap Diruang ICU. (*Jkg*) *Jurnal Keperawatan Global*, 1(1), 45–50. <https://doi.org/10.37341/jkg.v1i1.16>
- Sihotang, H. M., & Yulianti, H. (2018). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Proses Penyembuhan Luka Post Sectio Caesarea. *Care : Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan*, 6(2), 175. <https://doi.org/10.33366/cr.v6i2.926>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia* (edisi 1). Dewan pengurus pusat. <http://www.inna-ppni.or.id>
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi Tindakan Keperawatan*, (Edisi 1). Dewan pengurus pusat. <http://vwww.inna-ppni.or.id>
- Yaeni, M. (2013). Analisa indikasi dilakukan persalinan sectio caesarea di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. *Universitas Muhammadiyah Surakarta*, 1(1), 8–10. [http://eprints.ums.ac.id/25659/12/NASKAH\\_PUBLIKASI.pdf](http://eprints.ums.ac.id/25659/12/NASKAH_PUBLIKASI.pdf)

Yugistyawati, A. (2016). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Masa Nifas Terhadap Kemampuan Perawatan Mandiri Ibu Nifas Post Sectio Caesarea (SC). *Jurnal Ners Dan Kebidanan Indonesia*, 1(3), 96. [https://doi.org/10.21927/jnki.2013.1\(3\).96-100](https://doi.org/10.21927/jnki.2013.1(3).96-100)



## Lampiran 1

### SURAT KESEDIAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ns. Tutik Rahayu, M.Kep, Sp. Kep. Mat

NIDN : 06-2402-740

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Febrina Noor Kusumanagari

NIM : 40901800034

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Ny. E dengan G3 P2 A0 Post Sectio Caesarea Indikasi PEB di Ruang Baintunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya

Semarang, 24 Januari 2021

Pembimbing



Ns. Tutik Rahayu, M.Kep, Sp. Kep. Mat

NIDN. 06-2402-740

## Lampiran 2

### SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ns. Tutik Rahayu, M.Kep, Sp. Kep. Mat

NIDN : 06-2402-740

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Febrina Noor Kusumanagari

NIM : 40901800034

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Ny. E dengan G3 P2 A0 Post Sectio Caesarea Indikasi PEB di Ruang Baintunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 23 Januari 2021 sampai dengan 20 Mei 2021 Bertempat di prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya

Semarang, 20 Mei 2021

Pembimbing



Ns. Tutik Rahayu, M.Kep, Sp. Kep. Mat

NIDN. 06-2402-740

**Lampiran 3**

**LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH  
MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN  
FIK UNISSULA  
2021**

**Nama Mahasiswa : Febrina Noor Kusumanagari**

**NIM : 40901800034**

**Judul KTI : Asuhan Keperawatan Ny. E dengan G3 P2 A0  
Post Sectio Caesarea Indikasi PEB di Ruang Baintunnisa 2 Rumah  
Sakit Islam Sultan Agung Semarang**

**Pembimbing : Ns. Tutik Rahayu, M.Kep, Sp. Kep. Mat**

Hari/ Tanggal	Materi Konsultasi	Saran Pembimbing	TTD Pembimbing
Sabtu, 23 Januari 2021	Persiapan menjelang pembuatan KTI	Memberikan semangat untuk mencari kasus dan jika sudah menemukan kasusnya segera konfirmasi	
Senin, 25 Januari 2021	Belum dapat kasus	Sabar, ditunggu semoga segera ada pasien untuk di kelola kasusnya dan ditambah doa agar diberikan pertolongan Allah SWT	
Rabu, 27 Januari 2021	Pengkajian	Silahkan di lanjutkan pengkajian dan membuat askep dan lp	

Minggu, 31 Januari 2021	Askep	Perbaiki askep	
Senin, 15 Februari 2021	Askep	Acc askep dan lanjut bab 1 sekalian buat bab 2 dan bab 3 bisa di buat seperti di buku panduan	
Senin, 6 April 2021	Konsul BAB 1	Untuk bab 1 dilantar belakang bisa ditambah jurnal dan prelevansi dari Indonesia mengerucut ke RSI semarang	
Kamis, 8 April 2021	Konsul bab 1 dan bab 2	Bab 2 bisa diperbaiki lagi sesuai comment	
Senin, 12 april 2021	Konsul bab 1,2,3	Bab 1 dan 2 Acc dan untuk bab 3 diagnosanya bias di sesuaikan dg kasus di lihat tanda mayor dan tanda minornya	
Rabu, 14 April 2021	Konsul bab 1,2,3	Bab 1,2,3 Acc dan silahkan lanjut bab 4-bab 5	
Selasa, 20 april 2021	Konsul bab 4	Bab 4 acc silahkan dilanjutkan mengerjakan bab 5	
Rabu,28 April 2021	Konsul bab 5	Bab 5 bisa diperbaiki dan penataan tulisannya diperbaiki lagi	
Selasa, 11 Mei 2021	Konsul	ACC	

LAPORAN KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.E DENGAN POST SECTION CAESAREA INDIKASI PEB

Acc

  
Nani Widi A, S.kep.Ns  
PERAWAT



## PENGKAJIAN

Nama mahasiswa: Febrina Noor Kusumanagari Tanggal: 27 Januari 2021 Jam: 14.40 WIB

RS/ Puskesmas: RSI Sultan Agung Semarang

### I. Identitas Klien

1. Inisial Klien : Ny. E
2. Umur : 27 Tahun
3. Jenis kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Pekerjaan : Ibu rumah tangga
6. Alamat : Kp. Ciayunan rt 03 rw 04 cicalengka kulon  
cicalengka, Bandung
7. Status Obstetric : Nifas hari ke : 1 P: 3 A: 0

No	Tipe persalinan	BB Lahir	Keadaan bayi waktu lahir	Komplikasi nifas	Umur sekarang
1	Spontan	2700 gram	Baik, sehat	Tidak ada	9 tahun
2	Spontan	3000 gram	Baik, sehat	Tidak ada	4 tahun
3	SC	3200 gram	Hipotermi	Preeklamsia	0 bulan

II. **Keluhan utama** : klien mengeluh sedikit pusing dan nyeri pada bagian abdomen (luka insisi) setelah menjalani SC, nyeri terus menerus seperti diiris-iris apalagi saat bergerak dengan skala nyeri 5, klien juga mengatakan susah tidur karena merasakan sakit/nyeri, dan mengeluh sering saat tengah malam.

III. **Riwayat Kesehatan sekarang** : klien datang ke rumah sakit dengan keluhan pusing pada tanggal 26 Januari 2021 jam 16.00 WIB dengan indikasi preklamsia disertai tanda-tanda vital TD : 160/113, Nadi : 106x/mnt, Suhu : 36 C. HPHT 03 Mei 2020 dan HPL 06 Februari 2021. Lalu pada tanggal 27 Januari 2021 klien dilakukan tindakan operasi SC pada pukul 10.00 setelah post klien mengeluh nyeri pada bagian abdomen luka bekas operasi, perih pada luka operasi dan nyeri yang

terus menerus seperti di sayat-sayat dengan skala nyeri 5 (0-10), ditambah lagi jika melakukan aktivitas atau gerakan semakin sakit

**IV. Masalah kehamilan** : Preeklamsia

**V. Riwayat menstruasi**

- a. Menarche umur : 14 tahun
- b. Siklus menstruasi : 28 hari
- c. Lama menstruasi : 7 hari

**VI. Adakah gangguan dalam menstruasi, jika ada bagaimana cara mengatasinya?**

Klien mengatakan tidak ada gangguan dalam menstruasi

**VII. Riwayat KB**

- a. Jenis KB : klien mengatakan pada kehamilan sebelumnya menggunakan jenis KB Suntik 1 bulan
- b. Lama KB : KB suntik 1 tahun
- c. Adakah keluhan, jika ada bagaimana cara mengatasinya?  
Klien mengatakan ada keluhan saat menggunakan KB 1 bulan seperti pusing mual dan klien mengatasinya dengan istirahat tidur
- d. Rencana KB : klien mengatakan belum ada rencana ingin menambah anak lagi jadi klien mengatakan merencanakan program Pfl KB IUD dan tidak melakukan MCU

**VIII. Pemeriksaan fisik (head to toe)**

1. Tanda-tanda vital

TD : 140/70 mmHg

Nadi : 89X/Menit

Suhu : 36,2°C

RR : 24X/Menit

2. Keadaan Umum: klien tampak lemas, lesu, mata tampak sayu, tampak meringis menahan nyeri, tampak gelisah dan klien tampak sulit melakukan aktivitas

3. Kesadaran: Composmentis, GCS: 15

4. Kepala, Leher:

- Bentuk kepala mesocephal, tidak ada oedem, tidak teraba benjolan, lesi atau luka

- Rambut : rambut tampak lurus, bersih, tidak mudah rontok, tidak ada ketombe, tidak lepek dan berwarna hitam
- Wajah : simetris, tidak ada lebam, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, warna kulit sawo matang
- Mata : mata tampak simetris kanan dan kiri, tidak ada sekret pada mata, konjungtiva anemis, dan tidak memakai alat bantu penglihatan
- Hidung : bentuk simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan pada hidung, tidak ada sekret, tidak ada sinus dan polip dan fungsi penciuman baik
- Telinga : keduanya tampak simetris kanan dan kiri, tidak ada serumen, tidak ada nyeri tekan, jika ditelung kembalinya cepat, tidak di temukan peradangan dan fungsi pendengaran baik
- Leher : tidak ada perbesaran kelenjar tyroid, tidak ada perbesaran vena jugularis
- Mulut dan Gigi : mukosa mulut tampak kering, memakai gigi palsu, gigi tidak utuh ada yang bolong, gigi klien bersih tetapi tampak berbau, tidak ada stomatis

#### 5. Thorak:

- Inspeksi : Bentuk dada simetris, datar, tidak ada pembekakan dan tidak ada luka
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, pergerakan dinding dada teraba
- Perkusi : sonor
- Auskultasi : Suara nafas vaskuler dan tidak ada suara nafas tambahan

#### 6. Payudara

- Inspeksi: Bentuk simetris kanan dan kiri, tidak ada oedem, tidak ada lesi, puting susu menonjol, areola berwarna gelap, produksi Asi baik
- Palpasi: Tidak ada nyeri tekan
- Colostrum: Colostrum sudah keluar

#### 7. Abdomen

- Bentuk abdomen simetris, terdapat luka inisi SC dengan jenis horizontal tertutup perban dengan ukuran panjang luka sekitar kurang lebih 12 cm dengan lebar 1-2 cm
- Fundus uteri

TFU : 2 jari di bawah tali pusat  
Posisi : Seajar dengan umbilikus  
Kontraksi : Baik

8. Lochea : Rubra (hari pertama)

- Jumlah : Sedikit
- Warna : Merah kecoklatan
- Konsistensi : Lendir dan darah
- Bau : Anyir

9. Perineum

- Keadaan : Utuh
- Tanda REEDA : Tidak ada
- Kebersihan : Bersih, tidak ada oedem, tidak ada memar
- Hemorhoid : Tidak ada

10. Eliminasi

- Kesulitan BAK : Pasien terpasang kateter, warna kuning, bau khas dengan frekuensi 2000cc/hari
- Kesulitan BAB : Pasien mengatakan belum BAB semenjak melahirkan
- Distensi VU : Terpasang kateter

11. Ekstermitas

- Atas : terpasang inf RL + oxytosin 1 amp
- Bawah : kaki simetris kanan dan kiri, tidak ada luka lecet, tidak ada fraktur
- Varises : Tidak ada
- Tanda Homans : Negatif

#### IX. Pengkajian kebutuhan khusus

1. Oksigenasi

Klien mengatakan ada keluhan sesak nafas

2. Nutrisi

Klien mengatakan makan sehari 3X terkadang habis terkadang tidak hanya habis 3 sendok.

3. Cairan

Klien mengatakan tidak ada gangguan dalam minum dan terpasang infus RL/HES

4. Eliminasi

a. Adakah keluhan keringat berlebih? bila ada, upaya mengatasinya?

Klien mengatakan mengatakan tidak mengalami keringat berlebih

b. BAK pertama setelah persalinan :

Klien mengatakan BAB pertama setelah melahirkan pada jam 15.10 WIB

c. Adakah keluhan BAK, bila ada jelaskan:

Klien mengatakan tidak ada keluhan dalam BAK

d. Adakah keluhan BAB, bila ada jelaskan?

Klien mengatakan tidak ada keluhan dalam BAB

5. Kenyamanan: klien mengeluh nyeri pada perut/ luka insisi post SC

P : klien mengatakan saat bergerak nyerinya semakin bertambah

Q: klien mengatakan nyeri seperti di sayat-sayat

R: klien mengatakan pada abdomen/ luka insisi post SC

S: klien mengatakan skala nyeri 5

T: klien mengatakan nyerinya terus menerus

6. Istirahat dan tidur

Klien mengatakan sulit tidur dan pola tidur jam tidak menentu kadang 4-5 jam dan sering terbangun karena nyeri post sc

7. Aktivitas

Klien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga/perawat dan klien hanya melakukan aktivitasnya dengan berbaring di atas kasur

X. **Pemeriksaan fisik bayi**

Tingkat kesadaran : Berrespon terhadap nyeri

Tangisan : Merintih

Lingkar kepala : 30 cm dan tidak ada kelainan

Gerakan : Lemah

Warna kulit : Kemerahan

Suhu : Hangat

Kepala : Bersih

Kuku : Panjang

Mata (secret) : Tida ada

Tali pusat : Ada

Putung Umbilical : Basah  
 Penis : Bersih  
 Anus : Ada  
 Nilai Apgar : 4-5-6  
 BB : 3200 gram  
 Panjang : 51 cm

Apgar Score	1 menit	5 menit	10 menit
Denyut jantung	1	1	1
Pernafasan	1	1	1
Tonus Otot	1	1	1
Pola rangsang	0	1	1
Warna	1	1	2
Jumlah	4	5	6

**XI. Pemeriksaan penunjang**

- Hemoglobin : 12.2 g/dL
- Hematokrit : 36.6 %
- Leukosit : 12.10 ribu/ $\mu$ L
- Trombosit : 315 ribu/ $\mu$ L
- Golongan darah : B/Positif
- PT : 9.5 detik
- PT (Kontrol) : 11.2 detik
- APTT : 28.1 detik
- APTT (Kontrol) : 25.9 detik
- GDS : 137 mg/dL
- Ureum : 9 mg/dL
- Creatinin : 0.57 mg/dL
- Natrium : 113.0 mmol/L
- Kalium : 3.80 mmol/L

- Klorida : 108.0 mmol/L
- HbsAg : Non reaktif
- Urinalisasi
  - Warna : Kuning
  - Kejernihan : Keruh
  - Protein : Trace
  - Reduksi : Negatif
  - Bilirubin : Negatif
  - Reaksi/pH : 6.0
  - Urobilinogen : 0.2 mg/dL
  - Benda keton : Negatif
  - Nitrit : Negatif

**XII. Diit:** untuk makan pagi, makan siang dan makan malam klien hanya makan Tim/bubur dari rumah sakit

**XIII. Terapi (nama obat)**

No	Nama Obat	Dosis	Jalur	Kegunaan
1.	Dopament	2x250		Untuk mengatasi darah tinggi (hipertensi)
2.	Sanmol (1tablet)	Extra	PO	Obat pereda nyeri
3.	Cefazoline (2gram)	Piemedi		Antibiotik
4.	Methylergometrine	1x1Amp		Mencegah perdarahan
5.	PCT infus	3x500	IV	Mengatasi keluhan muncul nyeri
6.	Vit.A	2cap	PO	Memperoleh kualitas ASI sehingga dapat meningkatkan kekebalan tubuh
7.	Antasida	3x1tablet	PO	Menetralkan Asam lambung
8.	Cefadroxyl	3x500	PO	Menghambat pertumbuhan bakteri
9.	Metergin	3x1tablet	PO	Untuk pendarahan pascapersalinan
10.	Fermia	1x1tablet	PO	Membantu pemenuhan zat besi
11.	Dompelidone	3x2tablet	PO	Meredakan mual dan muntah
12.	RL 20 tpm		IV	Menambah elektrolit tubuh

**ANALISA DATA**

No	Data	Masalah	Etiologi
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan perih pada luka post sc</li> <li>• Klien mengatakan terdapat luka insisi SC dengan jenis horizontal</li> <li>• Klien mengatakan luka SC tertutup perban dengan panjang luka sekitar 12 cm dan lebar 1-2cm</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak meringis</li> <li>• Klien mengeluh nyeri</li> <li>• vital sign                      TD : 140/70 mmHg,                      Nadi 89 x/menit,                      RR 24 x/menit,                      Leukosit 12,10 ribu/uL                      terpasang infus RL</li> </ul>	Resiko infeksi	Efek prosedur invasif

2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien mengatakan gerakan terbatas karena ketika bergerak terasa nyeri di abdomen</li> <li>• Terpasang kateter</li> <li>• Aktivitas di bantu oleh perawat/ keluarga</li> <li>• Melakukan aktivitasnya hanya di atas tempat tidur.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tampak lemah</li> <li>• klien tampak susah melakukan aktivitas</li> <li>• klien tampak menahan rasa nyeri.</li> <li>• klien tampak lesu</li> </ul>	Gangguan mobilitas fisik	Nyeri
---	--	--------------------------	-------



## INTERVENSI

No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Area luka membaik</li> <li>• Kebersihan badan meningkat</li> <li>• Kebersihan tangan meningkat</li> <li>• Nyeri menurun</li> </ul>	<p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</li> </ul> <p><b>Teraupetik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Batasi jumlah pengunjung</li> <li>-Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>-Cuci tangan</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>-Ajarkan mencuci tangan dengan benar</li> <li>-Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</li> </ul>
2	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien dapat melakukan aktivitas tanpa nyeri, dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>• Nyeri menurun</li> <li>• Kelemahan fisik menurun</li> <li>• Kekuatan otot meningkat</li> </ul>	<p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Identifikasi adanya nyeri</li> <li>-Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>-Monitor kondisi umum selama mobilisasi</li> </ul> <p><b>Teraupetik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Fasilitasi aktivitas dengan alat bantu</li> <li>-Fasilitasi melakukan pergerakan</li> <li>-Libatkan keluarga untuk membantu pasien</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>-Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</li> </ul>

**IMPLEMENTASI**

Hari/tgl /jam	Diagnose keperawatan	Implementasi	Respon pasien
Rabu, 27/1/21 15.00	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	Monitor tanda dan gejala infeksi	DS : klien mengatakan bersedia lukanya di lihat  DO : klien tampak mengizinkan perawat melakukan monitor terhadap lukanya
15.30		Jelaskan tanda dan gejala infeksi	DS : klien mengatakan tidak tau tanda dan gejala infeksi  DO : klien tampak memahami apa yang dijelaskan perawat
Kamis 28/1/21 16.30		Jelaskan cara cuci tangan yang benar	DS : klien mengatakan ingin tau bagaimana cuci tangan yang benar agar saat memegang lukanya tangan sudah bersih  DO : klien tampak memahami dan memperhatikan perawat yang sedang praktek cuci tangan yang benar
17.00		Ajarkan cara memeriksa kondisi luka	DS : klien mengatakan tidak tau cara mengganti perban luka operasi  DO : klien tampak memahami dengan apa yang di sampaikan perawat

Jumat, 29/1/21 08.00		Ajarkan cara meningkatkan asupan nutrisi	DS : klien mengatakan tidak tau makanan apa saja yang harus dimakan agar luka jahitan cepat kering  DO : klien tampak memahami dgn apa yan di sampaikan perawat
Rabu, 27/1/21 15.00	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	DS : klien mengatakan hanya pada bekas luka operasi sc  DO : klien tampak lemah dan menahan sakit
15.30		Monitor kondisi umum saat melakukan mobilisasi	DS : klien mengatakan nyeri saat melakukan pergerakan  DO : klien tampak mengungkapkan apa yang dirasakan dg perawat
Kamis, 28/1/21 18.00		Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	DS : kliem mengatakan bersedia diberi penjelasan tujuan dan prosedur mobilisasi  DO : klien tampak memahami yang di sampaikan perawat
18.30		Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus diajarkan	DS : klien mengatakan bersedia melakukan latihan duduk di tempat tidur  DO : klien tampak berhati-hati dalam melakukan latihan
Jumat 29/1/21		Libatkan keluarga untuk membantu pasien	DS : keluarga klien bersedia untuk dilibatkan dalam peningkatan

08.10		dalam meningkatkan pergerakan	pergerakan klien DO : keluarga tampak setuju dengan apa yang diajarkan perawat
-------	--	-------------------------------	---

#### EVALUASI

Hari/tgl	Diagnose keperawatan	Evaluasi
Jumat, 29/1/21	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	S : klien mengatakan sudah memahami bagaimana cara mencegah infeksi pada luka post operasi O : klien tampak mengerti dan paham A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi
Jumat, 29/1/21	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	S : klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas tanpa nyeri dan tanpa bantuan O : klien tampak terlihat bisa melakukan aktivitas secara mandiri A : masalah teratasi P : hentikan intervensi

