

**LAPORAN PENDAHULUAN DAN ASUHAN KEPERAWATAN
PADA NY. S P2002 POST SC DENGAN INDIKASI PROM (PREMATURE RUPTURE
OF MEMBRANE)**



Oleh :

RATNA AIDA SAFITRI

202100461011072

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MALANG
2022**

A. SECTIO CAESAREA

1. Definisi

Section Caesarea (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut.(Nurarif & Kusuma, 2015). Section Caesarea (SC) adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan di perut untuk mengeluarkan seorang bayi (Endang Purwoastuti and Siwi Walyani, 2014).

2. Etiologi

1. Etiologi yang berasal dari ibu

Menurut Manuaba (2012), adapun penyebab section caesarea yang berasal dari ibu yaitu ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solutio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya). Selain itu terdapat beberapa etiologi yang menjadi indikasi medis dilaksanakannya seksio sesaria antara lain :CPD (Cephalo Pelvic Disproportion), PEB (Pre- Eklamsi Berat), KPD (Ketuban Pecah Dini), Faktor Hambatan Jalan Lahir.

2. Etiologi yang berasal dari janin

Gawat janin, mal presentasi, dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Nurarif & Kusuma, 2015).

3. Klasifikasi

1. Section Caesarea (SC) abdomen

SC transperitonealis

2. Section Caesarea (SC) vaginalis Menurut arah sayatan pada rahim, SC dapat dilakukan sebagai berikut:

- 1) Sayatan yang memanjang
- 2) Sayatan yang melintang

3) Sayatan yang berbentuk huruf T

3. Sectio Caesarea (SC) klasik

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira – kira sepanjang 10 cm. Tetapi saat ini teknik ini jarang dilakukan karena memiliki banyak kekurangan namun pada kasus seperti operasi berulang yang memiliki banyak perlengketan organ cara ini dapat dipertimbangkan.

4. Sectio Caesarea (SC)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konfak pada segmen bawah rahim kira – kira sepanjang 10 cm (Nurarif & Kusuma, 2015).

4. Tanda dan Gejala

1. Tanda dan Gejala Post Sc

Kejang parsial (fokal, lokal)

a. Kejang parsial sederhana : Kesadaran tidak terganggu, dapat mencakup satu atau lebih hal berikut ini:

1. Tanda – tanda motoris, kedutan pada wajah, atau salah satu sisi tubuh; umumnya gerakan setipa kejang sama.
2. Tanda atau gejala otonomik: muntah, berkeringat, muka merah, dilatasi pupil.
3. Gejala somatosensoris atau sensoris khusus : mendengar musik, merasa seakan ajtuh dari udara, parestesia.
4. Gejala psikis : dejavu, rasa takut, visi panoramik.

b. Kejang parsial kompleks

1. Terdapat gangguankesadaran, walaupun pada awalnya sebagai kejang parsial simpleks
2. Dapat mencakup otomatisme atau gerakan otomatis : mengecap – ngecapkan bibir, mengunyah, gerakan menongkel yang berulang – ulang pada tangan dan gerakan tangan lainnya.
3. Dapat tanpa otomatisme : tatapan terpaku Kejang umum (konvulsi atau non konvulsi)

c. Kejang absens

1. Gangguan kewaspadaan dan responsivitas
2. Ditandai dengan tatapan terpaku yang umumnya berlangsung kurang dari 15 detik
3. Awitan dan akhiran cepat, setelah itu kembali waspada dan konsentrasi penuh
- d. Kejang mioklonik
 1. Kedutan – kedutan involunter pada otot atau sekelompok otot yang terjadi secara mendadak
 2. Sering terlihat pada orang sehat selama tidur tetapi bila patologik berupa kedutan kedua sinkron dari bahu, leher, lengan atas dan kaki.
 3. Umumnya berlangsung kurang dari 5 detik dan terjadi dalam kelompok
 4. Kehilangan kesadaran hanya sesaat.
- e. Kejang tonik klonik
 1. Diawali dengan kehilangan kesadaran dan saat tonik, kaku umum pada otot ekstremitas, batang tubuh dan wajah yang berlangsung kurang dari 1 menit
 2. Dapat disertai hilangnya kontrol usus dan kandung kemih
 3. Saat tonik diikuti klonik pada ekstremitas atas dan bawah.
 4. Letargi, konvulsi, dan tidur dalam fase postiktal
- f. Kejang atonik
 1. Hilangnya tonus secara mendadak sehingga dapat menyebabkan kelopak mata turun, kepala menunduk, atau jatuh ke tanah.
 2. Singkat dan terjadi tanpa peringatan.
2. Tanda Gejala Ketuban Pecah Dini

Kadang – kadang agak sulit atau meragukan kita apakah ketuban benar sudah pecah atau belum, apabila pembukaan kanalis servikalis belum ada atau kecil

 - a. Adanya cairan berisi mekonium, verniks kaseosa, rambut lanugo atau bila terinfeksi berbau.
 - b. Adanya cairan ketuban dari vagina, jika tidak ada dapat dicoba dengan gerakan sedikit bagian terendah janin atau meminta pasien batuk atau mengedan, cairan dapat keluar sedikit lebih banyak.

- c. Cairan dapat keluar saat tidur, duduk atau saat aktifitas seperti berjalan atau berdiri
- d. Kadang – kadang cairan berwarna putih, jernih atau hijau
- e. Apabila ketuban telah lama pecah dan terjadi infeksi pasien demam.

5. Patofisiologi & Pathway

Terjadi kelainan pada ibu dan kelainan pada janin menyebabkan penatalaksanaan normal tidak memungkinkan dan akhirnya harus dilakukan tindakan Sectio caesarea, bahkan sekarang Sectio caesarea menjadi salah satu pilihan persalinan (Sugeng 2010).

Adanya beberapa hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat dilahirkan secara normal misalnya plasenta previa, ruptur sentralis dan lateralis, panggul sempit, partus tidak maju (partus lama), pre-eklamsi, distokia serviks dan malpresentasi janin, kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu Sectio caesarea (SC). Dalam proses operasinya dilakukan tindakan yang akan menyebabkan pasien mengalami mobilisasi hingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktifitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktifitas perawatan diri secara mandiri sehingga menimbulkan masalah deficit perawatan diri. Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan penyembuhan dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien. Selain itu dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan inkontinuitas jaringan pembuluh darah dan saraf-saraf di daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri. Setelah semua proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post operasi yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan resiko infeksi.

6. Penatalaksanaan

1. Perawatan awal

- a. Letakan pasien dalam posisi pemulihan

- b. Periksa kondisi pasien, cek tanda vital tiap 15 menit selama 1 jam pertama, kemudian tiap 30 menit jam berikutnya. Periksa tingkat kesadaran tiap 15 menit sampai sadar
 - c. Yakinkan jalan nafas bersih dan cukup ventilasi
 - d. Transfusi jika diperlukan
 - e. Jika tanda vital dan hematokrit turun walau diberikan transfusi, segera kembalikan ke kamar bedah kemungkinan terjadi perdarahan pasca bedah.
- 2.** Diet Pemberian cairan perinfus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 - 10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.
- 3.** Mobilisasi Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi :
- a. Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 - 10 jam setelah operasi
 - b. Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar
 - c. Hari kedua post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya.
 - d. Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler)
 - e. Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke5 pasca operasi.
- 4.** Fungsi gastrointestinal
- a. Jika tindakan tidak berat beri pasien diit cair
 - b. Jika ada tanda infeksi , tunggu bising usus timbul
 - c. Jika pasien bisa flatus mulai berikan makanan padat
 - d. Pemberian infus diteruskan sampai pasien bisa minum dengan baik
- 5.** Perawatan fungsi kandung kemih
- a. Jika urin jernih, kateter dilepas 8 jam setelah pembedahan atau sesudah semalam
 - b. Jika urin tidak jernih biarkan kateter terpasang sampai urin jernih

- c. Jika terjadi perlukaan pada kandung kemih biarkan kateter terpasang sampai minimum 7 hari atau urin jernih.
 - d. Jika sudah tidak memakai antibiotika berikan nitrofurantoin 100 mg per oral per hari sampai kateter dilepas
 - e. Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24 - 48 jam / lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.
- 6. Pembalutan dan perawatan luka**
- a. Jika pada pembalut luka terjadi perdarahan atau keluar cairan tidak terlalu banyak jangan mengganti pembalut
 - b. Jika pembalut agak kendur , jangan ganti pembalut, tapi beri plester untuk mengencangkan
 - c. Ganti pembalut dengan cara steril
 - d. Luka harus dijaga agar tetap kering dan bersih
 - e. Jahitan fascia adalah utama dalam bedah abdomen, angkat jahitan kulit dilakukan pada hari kelima pasca SC
- 7. Jika masih terdapat perdarahan**
- a. Lakukan masase uterus
 - b. Beri oksitosin 10 unit dalam 500 ml cairan I.V. (garam fisiologik atau RL) 60 tetes/menit, ergometrin 0,2 mg I.M. dan prostaglandin
- 8. Jika terdapat tanda infeksi, berikan antibiotika kombinasi sampai pasien bebas demam selama 48 jam :**
- a. Ampisilin 2 g I.V. setiap 6 jam
 - b. Ditambah gentamisin 5 mg/kg berat badan I.V. setiap 8 jam
 - c. Ditambah metronidazol 500 mg I.V. setiap 8 jam
- 9. Analgesik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan**
- a. Pemberian analgesia sesudah bedah sangat penting
 - b. Supositoria = ketoprofen sup 2x/ 24 jam
 - c. Oral = tramadol tiap 6 jam atau paracetamol
 - d. Injeksi = penitidine 90-75 mg diberikan setiap 6 jam bila perlu

10. Obat-obatan lain

Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum penderita dapat diberikan caboransia seperti neurobian I vit. C

11. Hal – Hal lain yang perlu diperhatikan

- a. Paska bedah penderita dirawat dan diobservasi kemungkinan komplikasi berupa perdarahan dan hematoma pada daerah operasi
- b. Pasca operasi perlu dilakukan drainase untuk mencegah terjadinya hematoma.
- c. Pasien dibaringkan dengan posisi semi fowler (berbaring dengan lutut ditekuk) agar dinding abdomen tidak tegang. Dusahakan agar penderita tidak batuk atau menangis.
- d. Lakukan perawatan luka untuk mencegah terjadinya infeksi
- e. Dalam waktu 1 bulan jangan mengangkat barang yang berat.
- f. Selama waktu 3 bulan tidak boleh melakukan kegiatan yang dapat menaikkan tekanan intra abdomen
- g. Pengkajian difokuskan pada kelancaran saluran nafas, karena bila terjadi obstruksi kemungkinan terjadi gangguan ventilasi yang mungkin disebabkan karena pengaruh obat- obatan, anestetik, narkotik dan karena tekanan diafragma. Selain itu juga penting untuk mempertahankan sirkulasi dengan mewaspadaai terjadinya hipotensi dan aritmia kardiak. Oleh karena itu perlu memantau TTV setiap 10- 15 menit dan kesadaran selama 2 jam dan 4 jam sekali.
- h. Keseimbangan cairan dan elektrolit, kenyamanan fisik berupa nyeri dan kenyamanan psikologis juga perlu dikaji sehingga perlu adanya orientasi dan bimbingan kegi-atan post op seperti ambulasi dan nafas dalam untuk mempercepat hilangnya pengaruh anestesi.
- i. Perawatan pasca operasi, Jadwal pemeriksaan ulang tekanan darah, frekuensi nadi dan nafas. Jadwal pengukuran jumlah produksi urin Berikan infus dengan jelas, singkat dan terinci bila dijumpai adanya penyimpangan
- j. Penatalaksanaan medis, Cairan IV sesuai indikasi. Anestesia; regional atau general Perjanjian dari orang terdekat untuk tujuan sectio caesaria. Tes laboratorium/diagnostik sesuai indikasi. Pemberian oksitosin sesuai indikasi.

Tanda vital per protokol ruangan pemulihan, Persiapan kulit pembedahan abdomen, Persetujuan ditandatangani.

7. Komplikasi

Komplikasi pada sectio caesarea menurut (Mochtar, 2013, hal. 87) adalah sebagai berikut :

a. Infeksi Puerferral (nifas)

- 1) Ringan dengan kenaikan suhu hanya beberapa hari saja.
- 2) Sedang dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung.
- 3) Berat dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik. Infeksi berat sering kita jumpai pada partus terlantar, sebelum timbul infeksi nifas, telah terjadi infeksi intra partum karena ketuban pecah terlalu lama.

b. Perdarahan karena :

- 1) Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka.
- 2) Atonia uteri.
- 3) Perdarahan pada plasental bed.

c. Luka kandung kemih

emboli paru dan keluhan kandung kemih bila repositioning terlalu tinggi. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang.

B. MASA NIFAS

1. Pengertian

Masa nifas atau post partum disebut juga puerperium yang berasal dari bahasa latin yaitu dari kata “Puer” yang artinya bayi dan “Parous” berarti melahirkan. Nifas yaitu darah yang keluar dari rahim karena sebab melahirkan atau setelah melahirkan (Anggraeni, 2010).

Masa nifas (puerperium) dimulai sejak plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu. Puerperium (nifas) berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, merupakan waktu

yang diperlukan untuk pulihnya alat kandungan pada keadaan yang normal (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

Jadi masa nifas adalah masa yang dimulai dari plasenta lahir sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil, dan memerlukan waktu kira-kira 6 minggu.

2. Tahap Masa Nifas

Tahapan masa nifas adalah sebagai berikut:

a) Puerperium Dini

Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan dalam agama Islam dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

b) Puerperium Intermedial

Kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu

c) Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, tahunan (Anggraeni, 2010).

3. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

Sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi post partum. Organ-organ tubuh ibu yang mengalami perubahan setelah melahirkan antara lain (Anggraeni, 2010):

1. Perubahan Sistem Reproduksi

a. Uterus

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana Tinggi Fundus Uterinya (TFU)

b. Lochia

Lochia adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochia berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lochia yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochia mempunyai perubahan warna dan volume karena adanya proses involusi. Lochia dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

1. Lokhea Rubra

Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.

2. Lokhea Sanguinolenta

Lokhea ini berwarna merah kecokelatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum. Lokhea Serosa Lokhea ini berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

3. Lokhea Alba

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu post partum.

Lokhea yang menetap pada awal periode post partum menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan sekunder yang mungkin disebabkan oleh tertinggalnya sisa atau selaput plasenta. Lokhea alba atau serosa yang berlanjut dapat menandakan adanya endometritis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi, akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan “lokhea purulenta”. Pengeluaran lokhea yang tidak lancar disebut “lokhea statis”.

c. Perubahan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol.

d. Perubahan Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post partum hari ke-5, perinium sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.

2. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan makan, hemoroid dan kurangnya aktivitas tubuh.

3. Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Penyebab dari keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih setelah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis”.

4. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fascia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6- 8 minggu setelah persalinan

5. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Setelah persalinan, shunt akan hilang tiba-tiba. Volume darah bertambah, sehingga akan menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitum cordia. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai kelima postpartum.

6. Perubahan Tanda-tanda Vital

Pada masa nifas, tanda-tanda vital yang harus dikaji antara lain:

a. Suhu badan

Dalam 1 hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit ($37,50 - 38^{\circ}\text{C}$) akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal, suhu badan akan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena ada pembentukan Air Susu Ibu (ASI). Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium

b. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100x/ menit, harus waspada kemungkinan dehidrasi, infeksi atau perdarahan post partum.

c. Tekanan Darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum menandakan terjadinya preeklampsia post partum

d. Pernapasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok

C. PROM (PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANE)

A. Definisi Premature Rupture of Membrans

Ketuban pecah dini atau *Premature Rupture of Membrans* (PROM) adalah pecahnya ketuban sebelum ada tanda-tanda persalinan (Sofian, 2012). Ketuban pecah dini merupakan pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan yang dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktu melahirkan (Rukiyah dan Yulianti, 2010). Ketuban

dinyatakan pecah dini bila terjadi pada saat sebelum persalinan berlangsung (Saifuddin, dkk. 2009). Ketuban pecah dini aterm dapat terjadi pada atau setelah usia gestasi 37 minggu. Jika terjadi sebelum usia gestasi 37 minggu disebut KPD preterm atau *preterm premature rupture membranes* (PPROM)

B. Klasifikasi Premature Rupture of Membrans

1. PROM (*Premature Rupture of Membrans*)

Ketuban pecah pada saat usia kehamilan ≥ 37 minggu. Pada PROM penyebabnya mungkin karena melemahnya membrane amnion secara fisiologis. Kondisi klinis seperti inkompetensi serviks dan polihidramnion telah diidentifikasi sebagai faktor risiko yang jelas dalam beberapa kasus ketuban pecah dini

2. PPRM (*Preterm Premature Rupture of Membrans*)

Rupture spontan membrane janin sebelum mencapai umur kehamilan 37 minggu dan sebelum onset persalinan. Penyebabnya dapat terjadi seperti penurunan umum dalam kekuatan peregangan membrane amnion, cacat local pada membrane amnion, penurunan kolagen cairan ketuban dan perubahan dalam struktur kolagen, iritabilitas uterus, apoptosis, degradasi kolagen, dan peregangan membrane.

C. Etiologi Premature Rupture of Membrans

Penyebab terjadinya KPD ada dari faktor internal seperti kelainan letak janin dalam rahim, oleh berkurangnya kekuatan membran karena suatu infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks atau meningkatnya tekanan intrauterine. Faktor eksternal seperti karena trauma pada perut ibu, atau pada kehamilan grande multipara (Manuaba, 2009).

D. Patofisiologi Premature Rupture of Membrans

Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu mengalami perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban mengalami kelemahan. Perubahan struktur, jumlah sel dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah (Negara, dkk. 2017). Selaput ketuban sangat kuat pada awal trimester kehamilan. Akan tetapi di trimester ketiga selaput ketuban mudah pecah karena melemahnya kekuatan selaput ketuban yang berhubungan dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim serta gerakan janin. Pada trimester akhir ini terjadi perubahan biokimia pada selaput ketuban. Jika ketuban pecah pada kehamilan aterm adalah hal fisiologis. Namun, jika terjadi pada kehamilan premature dapat disebabkan oleh faktor eksternal,

misalnya infeksi yang menjalar dari vagina. KPD pada premature sering terjadi pada polihidramnion, inkompeten serviks dan solusio plasenta (Prawirohardjo, 2014).

E. Tanda dan gejala Premature Rupture of Membrans

Keluarnya cairan ketuban yang merembes melalui vagina, berbau manis, tidak seperti bau amoniak dengan ciri pucat dan bergaris warna darah merupakan tanda KPD (Rukiyah dan Yulianti, 2010). Bau cairan ketuban sangatlah khas (Prawirohardjo, 2010). Tanda gejala lainnya berupa keluarnya air ketuban berwarna putih keruh, jernih, kuning, hijau/kecoklatan sedikit-dikit maupun sekaligus banyak. Kemudian dapat disertai demam bila sudah ada infeksi, pemeriksaan dalam (VT) selaput ketuban tidak ada atau air ketuban kering

F. Komplikasi Premature Rupture of Membrans

Komplikasi pada KPD dapat menyebabkan infeksi intrapartum (korioamnionitis), persalinan preterm yang menyebabkan bayi lahir dengan berat rendah, gawat janin dan kematian janin akibat hipoksia, oligohidramnion, bahkan sering terjadi partus kering (dry labor) karena air ketuban habis (Rukiyah dan Yulianti, 2010). Komplikasi yang timbul akibat KPD bergantung pada usia kehamilan. Dapat terjadi infeksi maternal maupun neonatal, persalinan premature, hipoksia karena kompresi tali pusat, meningkatnya insiden seksio sesarea atau gagalnya persalinan normal (Prawirohardjo, 2014).

G. Penanganan Premature Rupture of Membrans

Penanganan KPD memerlukan pertimbangan usia gestasi, adanya infeksi pada kehamilan ibu dan janin, serta adanya tanda-tanda persalinan (Prawirohardjo, 2014).

1) KPD dengan kehamilan aterm

- a) Diberikan antibiotika profilaksis, ampicilin 4x500 mg selama 7 hari
- b) Dilakukan pemeriksaan “admission test” bila ada kecenderungan dilakukan terminasi kehamilan
- c) Observasi temperature rektal setiap 3 jam, bila ada kecenderungan meningkat lebih atau sama dengan 37,6 C, segera dilakukan terminasi
- d) Bila temperature rektal tidak meningkat, dilakukan observasi selama 12 jam. Setelah 12 jam bila belum ada tanda-tanda inpartu dilakukan terminasi.
- e) Batasi pemeriksaan dalam, dilakukan hanya berdasarkan

indikasi obstetric

f) Bila dilakukan terminasi, lakukan evaluasi Pelvic Score (PS):

(1) Bila $PS \geq 5$, dilakukan induksi dengan oksitosin drip

(2) Bila $PS > 5$, dilakukan pematangan servik dengan Misoprostol μ gr setiap 6 jam per oral maksimal 4 kali pemberian.

2) KPD dengan kehamilan preterm:

a) Penanganan dirawat di RS

b) Diberikan antibiotika : Ampicilin 4x500 mg selama 7 hari

c) Untuk merangsang maturase paru diberikan kortikosteroid (untuk UK <35 minggu) : Deksametason 5 mg setiap 6 jam

d) Observasi di kamar bersalin :

(1) Tirah baring selama 24 jam, selanjutnya dirawat di ruang obstetric

(2) Dilakukan observasi temperature rektal tiap 3 jam, bila ada kecenderungan meningkat lebih atau sama dengan 37,6 C, segera dilakukan terminasi

e) Di ruang obstetri :

(1) Temperatur rektal diperiksa tiap 6 jam

(2) Dilakukan pemeriksaan laboratorium : leukosit dan laju endap darah (LED) setiap 3 hari

f) Tata cara perawatan konservatif :

(1) Dilakukan sampai janin viable

(2) Selama perawatan konservatif, tidak dianjurkan melakukan pemeriksaan dalam

(3) Dalam observasi 1 minggu, dilakukan pemeriksaan USG untuk menilai air ketuban, bila air ketuban cukup, kehamilan diteruskan, dan bila air ketuban kurang (oligohidramnion) dipertimbangkan untuk terminasi kehamilan.

(4) Pada perawatan konservatif, pasien dipulangkan hari ke 7 dengan saran tidak boleh koitus, tidak boleh melakukan manipulasi vagina, dan segera kembali ke RS bila ada keluar air ketuban lagi

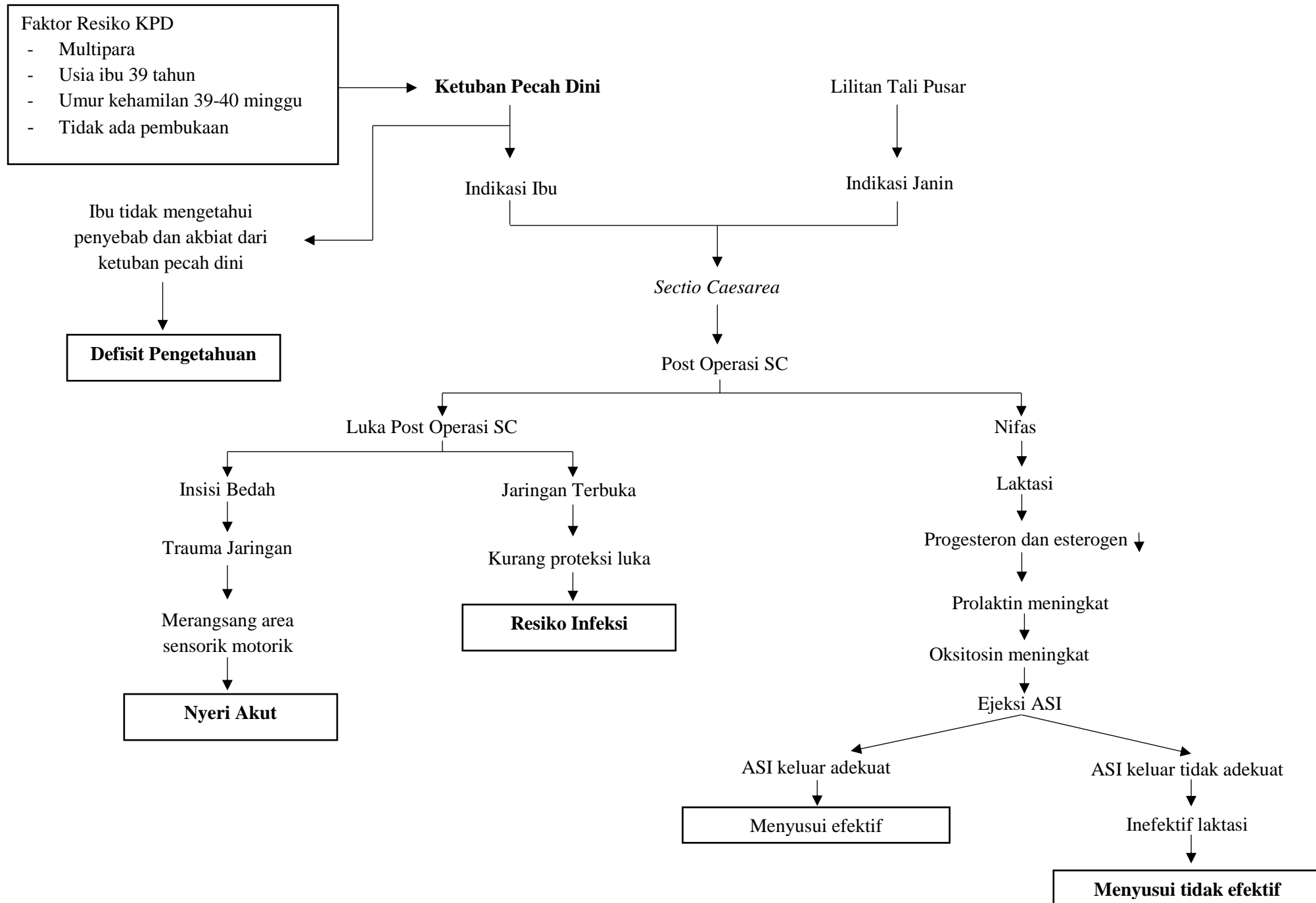
(5) Bila masih keluar air, perawatan konservatif dipertimbangkan dengan melihat pemeriksaan laboratorium. Bila terdapat leukositosis dan peningkatan

LED, lakukan terminasi

3) Terminasi kehamilan

- a) Induksi persalinan dengan drip oksitosin
- b) Seksio sesaria bila prasyarat drip oksitosin tidak terpenuhi atau bila drip oksitosin gagal
- c) Bila skor pelvik jelek, dilakukan pematangan dan induksi persalinan dengan Misoprostol 50 μ g oral tiap 6 jam, maksimal 4 kali pemberian.

H. Pathway





PROGRAM STUDI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MALANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN P2002A000 DAN
POST SC HARI KE-1 ATAS INDIKASI PROM DI RUANG RAWAT INAP A RS WAVA
HUSADA**

Nama Mahasiswa	: Ratna Aida Safitri	NIM	: 202110461011072
Tgl Praktek	: 24-29 Januari 2022	Tgl Pengkajian	: 24 Januari 2022
Ruang Praktek	: Rawat Inap A (RIA)	Rumah Sakit	: RS Wava Husada
Tanggal MRS	: 24 Januari 2022	Tanggal Operasi	: 24 Januari 2022
		Pukul	: 14.45 WIB

I. IDENTITAS PASIEN

- a. Nama : Ny. S
- b. No. Rekam Medis : 11913065
- c. Tanggal Lahir : 31 Januari 1983
- d. Usia : 39 tahun
- e. Pendidikan Terakhir : SD
- f. Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
- g. Agama : Islam
- h. Suku/bangsa : Jawa
- i. Alamat : Ds. Srigonco, Bantur

II. PENANGGUNG JAWAB (Suami/Keluarga)

- a. Nama : Tn. B
- b. Hubungan dengan klien : Suami
- c. Usia : 30 tahun
- d. Pendidikan Terakhir : SMP
- e. Pekerjaan : Petani
- f. Agama : Islam
- g. Suku/bangsa : Jawa
- h. Alamat : Ds. Srigonco, Bantur

III. KELUHAN SAAT MRS

Pasien MRS dirujuk dari bidan dengan keluhan kencing-kencing dan ketuban merembes

IV. KELUHAN UTAMA PENGKAJIAN

Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi. Pasien juga mengatakan bahwa payudaranya sakit dan ASI nya sudah mulai keluar sedikit tetapi bayinya belum bisa menghisap. dan Px mengatakan nyeri setelah operasi, nyeri dirasakan pada luka operasi, skala 6, nyeri semakin bertambah pada saat bergerak, nyeri seperti di tusuk – tusuk, nyeri tidak menjalar dengan rasa hilang timbul

P : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi SC

Q : pasien mengatakan nyeri terasa tajam dan memburuk ketika dibuat bergerak

R : pasien mengatakan nyeri hanya dibagian perut bawahnya saja dan tidak menjalar

S : pasien mengatakan nyeri dirasakan skala 6 dari 1-10

T : pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul

V. RIWAYAT PERKAWINAN :

Status Menikah : (✓) Ya () Tidak

Menikah : 2 kali, Menikah pertama usia 21 ahun

Lama Pernikahan : Pernikahan I: 1 tahun
Pernikahan II: 1,5 tahun

Lain-lain, sebutkan : -

VI. RIWAYAT KONTRASEPSI (KB) :

a. Riwayat kontrasepsi terdahulu :

Metode yang pernah dipakai :

1. Suntik KB : 16 Tahun

b. Riwayat kontrasepsi terakhir sebelum kehamilan ini : Suntik KB lama : ____16 Tahun

c. Keluhan KB : () Ada, (✓) tidak ada

VII. RIWAYAT OBSTETRI TERDAHULU :

No	Tgl/Bln/Thn Partus	Tempat Partus	Umur Hamil	Jenis Persalinan	Penolong Persalinan	Penyulit	BB Lahir	Hidup/ Mati
1.	22-05-2005	Klinik	38-39 Minggu	NP	Bidan	Tidak ada	3,2 gram	Hidup
2.	24-01-2022	RS Wava Husada	39-40 Minggu	SC	Dokter	PROM dan Lilitan Talpus	3,540 gram	Hidup

Pengalaman menyusui : Ya Berapa lama : kurang lebih 1,5 tahun

VIII. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

Pasien mengatakan merasa kenceng-kenceng sudah 3 hari sebelum mrs, kemudian dibawa ke bidan oleh suaminya, karena USG sebelumnya menunjukkan adanya lilitan tali pusar maka dirujuk ke RS. Pasien mrs melalui IGD dan ditemukan ketuban sudah merembes kemudian pasien dipindahkan ke kamar bersalin. Pasien dilakukan tindakan SC dan setelahnya dipindahkan ke ruangan RIA untuk perawatan ibu nifas pasca melahirkan.

IX. ADANYA MASALAH LAIN SELAMA KEHAMILAN, PERSALINAN, NIFAS DAN GINEKOLOGI TERDAHULU :

Tidak ada

X. PEMERIKSAAN UMUM :

- a. Status Obstetrik : P2002A000
- b. Keadaan Umum : Pasien tampak meringis karena nyeri luka operasi, pasien mulai belajar miring kanan kiri, pasien kooperatif
- c. Kesadaran : compos mentis GCS : E4V5M6
- d. Berat Badan : BB sebelum hamil 55 Kg, Tinggi Badan : 160 cm
- e. Berat badan saat hamil : 71 Kg
- f. Tanda-tanda Vital :
 - Tekanan Darah : 105/60mmHg, Nadi : 93 x/menit
 - Pernafasan : 20 x/menit Suhu : 36,2 °C

XI. PEMERIKSAAN FISIK : Pada tanggal 25-01-2022

a. Kepala :

- 1. Distribusi rambut : (☒) merata () tidak
- 2. Lesi/pembengkakan : () Ya (☒) tidak ada
- 3. Nyeri saat diraba : () Ya (☒) tidak ada
- 4. Keluhan : () Ya (☒) tidak ada
- Sebutkan : -

b. Wajah :

- 1. Edema wajah : () Ya (☒) tidak ada
- 2. Keluhan : () Ya (☒) tidak ada
- Sebutkan : tidak ada edema pada wajah, wajah pasien tampak meringis

c. Mata :

- 1. Sklera ikterik : () Ya (☒) tidak
- 2. Konjuntiva anemis : () Ya (☒) tidak
- 3. Keluhan : () Ya (☒) tidak ada

Sebutkan : -

d. Hidung :

1. Sekret : () Ya (☒) tidak
2. Polip : () Ya (☒) tidak
3. Keluhan : () Ya (☒) tidak ada

Sebutkan : tidak ada secret, polip pada hidung

e. Mulut dan Bibir :

1. Rongga mulut : (☒) bersih () kotor () radang
2. Bibir : (☒) lembab () kering () sianosis
3. Caries gigi : () Ya (☒) tidak ada
4. Keluhan : () Ya (☒) tidak ada

Sebutkan : mulut dan bibir bersih, tidak ada caries gigi.

f. Telinga :

1. Serumen : () Ya (☒) tidak ada
2. Sekresi : () Ya (☒) tidak ada
3. Keluhan : () Ya (☒) tidak ada

Sebutkan : pada telinga tidak ada serum dan sekresi

g. Leher :

1. Kelejar tiroid : () membesar (☒) tidak
2. Keluhan : () Ya (☒) tidak ada

Sebutkan : pada leher normal tidak ada kelenjar tiroid.

h. Ketiak :

1. Kelenjar limfe : () membesar (☒) tidak
2. Keluhan : () Ya (☒) tidak ada

Sebutkan : pada ketiak kelenjar limfe normal

i. Oksigenasi dan ventilasi :

1. Frekuensi pernafasan (RR) : 20x/menit
2. Irama nafas : (☒) reguler () irreguler
3. Suara nafas : (☒) vesikuler () ronchi () wheezing
4. Suara jantung S1-S2 : (☒) normal () murmur () galop
5. Capillary refill : (☒) < 3 detik () > 3 detik
6. Tekanan darah : 105/60 mmHg

7. frekuensi nadi : 93x/menit
8. Irama nadi : (☒) reguler () irreguler
9. Keluhan : () Ya (☒) tidak ada
- Sebutkan : -

j. Payudara :

1. Puting : (☒) eksverted () datar () inverted () lecet
2. Pengeluaran ASI : (☒) Ya () tidak ada
3. Bentuk : (☒) simetris () tidak simetris
4. Teraba : () ada massa (☒) hangat (☒) tidak ada massa
5. Kebersihan : Bersih
6. Keluhan : (☒) Ya () tidak ada
- Sebutkan : pasien mengatakan ASI nya baru keluar sedikit dan bayi tidak mau menghisap puting

k. Abdomen :

Involusio Uteri

1. Tinggi fundus uteri : 2 jari di bawah umbilicus
Kontraksi : (☒) Ya () Tidak
2. Diastasis rektus Abdominis : tidak terkaji () < 2 jari / 2 cm () > 2 jari / 2 cm
3. Luka Operasi : Luka pos sc \pm 10 cm, luka berada di regio hipogastric abdomen, luka tidak kemerahan dan tidak ada rembesan darah
4. Keluhan : (☒) Ya () tidak ada
- Sebutkan : mengeluh nyeri pada perut bagian bawah bekas luka SC, nyeri bila digunakan untuk bergerak

l. Perineum dan Genetalia :

1. Vagina :
2. Edema : () Ya (☒) tidak
3. Memar : () Ya (☒) tidak
4. Hematom : () Ya (☒) tidak
5. Perineum : Utuh / ~~Episiotomi~~ / ~~Ruptur~~

Tanda REEDA

- R : Kemerahan : () Ya (☒) tidak
- E : Bengkak : () Ya (☒) tidak

E : Echimosis : () Ya (√) tidak

D: Discharge : () Ya (√) tidak

Serum/Pus/Darah

A : Approximate : (√) Baik () tidak

6. Kebersihan : (√) Ya () tidak

7. Lochea : Rubra

Jumlah : ±50 cc

Jenis/warna : Merah segar

Konsistensi : cair

Bau : Anyir seperti darah menstruasi

8. Hemorrhoid : tidak ada

Derajat : - , Lokasi : -

Berapa lama : - , Nyeri : () Ya (√) Tidak

Masalah Khusus : tidak ada

9. Keluhan : () Ya (√) tidak ada

Sebutkan : -

m. Extremitas :

1. Extremitas Atas :

a) Edema : () Ya (√) tidak

b) Varises : () Ya (√) tidak

2. Extremitas Bawah :

a) Edema : () Ya (√) tidak

b) Varises : () Ya (√) tidak

c) Tanda Hoffman : () + (√) -

3. Keluhan : () Ya (√) tidak ada

Sebutkan : Tidak ada keluhan pada ekstremitas

n. Masalah Khusus :

1. Eliminasi :

- Saat di rumah : pada saat dirumah pasien mengatakan sering BAK 4-5 x sehari urine berwarna kuning jernih dan BAB 1x sehari
- Saat di RS : saat di rumah sakit pasien belum BAB dan BAK terpasang kateter, urine berwarna kuning jernih, jumlah urine 500 cc per 6 jam

2. Istirahat dan kenyamanan :

- Saat di rumah : pasien mengatakan tidur 6-7 jam, sering terjaga karena sering BAK

- Saat di RS : Px mengatakan nyeri luka post op SC di perut skala 6, px tampak grimace, memegang perutnya. Px mengatakan bisa tidur sesekali.

3. Mobilisasi dan latihan :

- Saat di rumah : saat sebelum hamil, pasien melakukan kegiatan seperti ibu rumah tangga pada umumnya, pasien bersih-bersih rumah, memasak, dsb.
- Saat hamil, pasien masih melakukan kegiatan seperti sebelumnya namun lebih banyak istirahat karena mudah lelah.
- Saat di RS : Pada saat pengkajian, Pasien dalam keadaan berbaring, tetapi sudah belajar mobilisasi miring kanan dan miring kiri

4. Nutrisi dan cairan :

- Saat di rumah : pasien mengatakan makan 3-4 x dalam sehari dengan makanan pokok nasi dan lauk pauk dan meminum 7-8 gelas air putih per hari
- Saat di RS : pasien makan makanan yang dapat dari pihak RS dan selalu menghabiskan dengan jumlah porsi yang diberikan. Pasien minum air putih setengah botol aqua sedang (300 ml) dan terpasang infus RL 500 ml per hari

5. Keadaan Psikologis :

pasien mengatakan bahwa bersyukur bayinya dapat lahir dengan sehat

6. Kemampuan Menyusui :

Pasien mengatakan ASI yang keluar masih sedikit dan bayinya belum bisa menghisap puting (sucking reflex (-)), namun masih berusaha untuk sering menyusui bayinya.

XII. PEMERIKSAAN PENUNJANG

a. Pemeriksaan laboratorium : Pada tanggal 24-01-2022

Darah Lengkap

Eritrosit	: 3.43	10^3 /uL	L	(4.200.000 - 5.400.000)
HB	: 10.8	g/dL	L	(12,0 - 16,0)
Lekosit	: 9.00	10^3 /uL		(4.000 - 10.000)
Trombosit	: 150	10^3 /uL	H	(150.000 - 400.000)
Hematokrit	: 33.0	%	L	(37,0 - 47,0)
J. Neutrofil	: 6.98			
J. Limfosit	: 1.37			
NLR	: 5.09			
MCV	: 31.5			
RDW-WC	: 14.0			
Eosinofil	: 2.0	%		(1 - 3)
Basofil	: 0.1	%		(0 - 1)
Neutrofil	: 77.6	%	H	(50 - 70)

Limfosit : 15.2 % L (20 - 40)
Monosit : 5.1 % (2 - 8)

Golongan Darah

Golongan darah : AB
Rhesus : Positif

Koagulasi

BT/CT

Masa Perdarahan : 1 Menit (1-5)
Masa Pembekuan : 11 Menit (9-15)

Kimia Darah

GDS : 87 mg/dl

Serologi

HbsAG : Negatif

b. Foto Thorax, USG (lain-lain, sebutkan) : Tidak Ada

XIII. TERAPI (Advice Dokter, dll, sebutkan) :

Tanggal 24 januari 2022

Ringer Laktat drip oxytocin IV 20tpm
Ceftriaxone IV 2x1gram
Antrain IV 3x1gram

Tanggal 26 Januari 2022

Perawatan Luka post SC

XIV. Lain-lain:

26 Januari 2022
Perwat,

(Ratna Aida Safitri)

ANALISA DATA PASIEN

DATA (Tanda mayor & minor)	PENYEBAB	MASALAH KEPERAWATAN	DIAGNOSA KEPERAWATAN
<p>DS:</p> <p>P : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi SC</p> <p>Q : pasien mengatakan nyeri terasa tajam dan memburuk ketika dibuat bergerak</p> <p>R : pasien mengatakan nyeri hanya dibagian perut bawahnya saja dan tidak menjalar</p> <p>S : pasien mengatakan nyeri dirasakan skala 6 dari 1-10</p> <p>T : pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Px tampak meringis - Px post sc hari ke-1 - Tekanan darah : 105/60 mmHg - Nadi : 93x/menit - RR : 20x/menit - Nyeri tekan (+) di abdomen hipogastric 	<p>Agen pencedera fisiologis (Luka post SC)</p>	<p>Nyeri akut</p>	<p>Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis (luka post SC) d.d pasien mengatakan nyeri luka operasi, pasien meringis, post SC hari ke 1, nyeri tekan pada area luka</p>
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Px mengatakan ASI hanya keluar sedikit <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terlihat ASI keluar sedikit - Bayi belum bisa menghisap puting - Payudara teraba hangat 	<p>Ketidakadekuatan suplai ASI</p>	<p>Menyusui Tidak Efektif</p>	<p>Menyusui Tidak Efektif b.d Ketidakadekuatan suplai ASI d.d pengeluaran ASI yang sedikit, bayi belum bisa menghisap putting ibu</p>
<p>DS:</p>	<p>Efek prosedur invasive</p>	<p>Risiko Infeksi</p>	<p>Risiko Infeksi b.d Efek prosedur</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri luka operasi <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post SC ± 10 cm - Luka terbalut kasa dan hipafix, tidak kemerahan, dan tidak ada rembesan darah - suhu $36,2^{\circ}\text{C}$ - Leukosit 9.00 			invasive d.d terdapat luka insisi diperut, luka terbalut kasa
--	--	--	---

Diagnosa Keperawatan berdasarkan Prioritas:

1. Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis (luka post SC) d.d pasien mengatakan nyeri luka operasi, pasien meringis, post SC hari ke 1, nyeri tekan pada area luka
2. Menyusui Tidak Efektif b.d Ketidakadekuatan suplai ASI d.d pengeluaran ASI yang sedikit, bayi belum bisa menghisap putting ibu
3. Risiko Infeksi b.d Efek prosedur invasive d.d terdapat luka insisi diperut, luka terbalut kasa

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN

No	Diagnosa Keperawatan	LUARAN	INTERVENSI	Hari/ Tgl	Implementasi	Hari/ Tgl	Evaluasi	Ttd								
1.	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis (luka post SC) d.d pasien mengatakan nyeri luka operasi, pasien meringis, post SC hari ke 1, nyeri tekan pada area luka	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan Tingkat Nyeri Menurun dengan kriteria hasil: <table><tr><th>Indikator</th><th>Skala</th></tr><tr><td>Keluhan nyeri</td><td>Menurun 5</td></tr><tr><td>Meringis</td><td>Menurun 5</td></tr><tr><td>Sikap protektif</td><td>Menurun 5</td></tr></table>	Indikator	Skala	Keluhan nyeri	Menurun 5	Meringis	Menurun 5	Sikap protektif	Menurun 5	Manajemen Nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 2. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgesik -	Senin 24/01/2022 13.00	1. Mengidentifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, skala, dan intensitas nyeri P : luka karena post op SC Q : nyeri tajam R : di perut tidak menjalar S : skala 6 T : nyeri hilang timbul 2. Mengajarkan dan melatih teknik relaksasi nafas dalam (px bisa mempraktekkan teknik relaksasi nafas dalam) 3. Mengajarkan px untuk distraksi nyeri dengan berbincang dengan perawat atau keluarga sehingga px tidak terfokus pada nyerinya 4. Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan mematikan lampu jika hendak tidur, menutup sketsel, membatasi jumlah pengunjung yaitu 1 orang saja 5. Berkolaborasi pemberian analgesik Antrain 3x1 IV	Senin 24/01/2022 14.30	S: Px mengatakan nyeri sedikit berkurang, skala 5 O: - Keluhan nyeri cukup menurun - Meringis cukup menurun - Sikap protektif menurun A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Memfasilitasi istirahat dan tidur 2. Melakukan terapi non farmakologis 3. Berkolaborasi melanjutkan pemberian analgesik santagesic 3x1 IV	
Indikator	Skala															
Keluhan nyeri	Menurun 5															
Meringis	Menurun 5															
Sikap protektif	Menurun 5															

				Selasa 25/01/ 2022 15.00	<div>1. Mengidentifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, skala, dan intensitas nyeri</div> <div>2. Mengajarkan dan melatih teknik relaksasi nafas dalam (px bisa mempraktekkan teknik relaksasi nafas dalam)</div> <div>3. Mengajarkan px untuk distraksi nyeri dengan berbincang dengan perawat atau keluarga sehingga px tidak terfokus pada nyerinya</div> <div>4. Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan mematikan lampu jika hendak tidur, menutup sketsel, membatasi jumlah pengunjung yaitu 1 orang saja</div> <div>5. Berkolaborasi pemberian analgesik Antrain 3x1 IV</div>	Selasa 25/01/2022 17.00	<div>S: Px mengatakan nyeri sudah berkurang dan mulai belajar untuk duduk, nyeri skala 4</div> <div>O:<div><div>- Keluhan nyeri cukup menurun</div><div>- Meringis menurun</div><div>- Sikap protektif menurun</div></div></div> <div>A: Masalah teratasi sebgaian</div> <div>P: Lanjutkan intervensi</div> <div><div>1. Memfasilitasi istirahat dan tidur</div><div>2. Melakukan terapi non farmakologis</div><div>3. Berkolaborasi melanjutkan pemberian analgesik santagesic 3x1 IV</div></div>							
2.	Menyusui Tidak Efektif b.d Ketidakadekuatan suplai ASI d.d pengeluaran ASI yang sedikit, bayi belum bisa menghisap putting ibu	<div>Setelah dilakukan intervensi 1x24 jam maka Status Menyusui Membaik, dengan kriteria hasil:</div> <table><tr><td>Indikator</td><td>Skala</td></tr><tr><td>Suplai ASI adekuat</td><td>Meningkat 5</td></tr><tr><td>Tetesan/pancaran ASI</td><td>Meningkat 5</td></tr></table>	Indikator	Skala	Suplai ASI adekuat	Meningkat 5	Tetesan/pancaran ASI	Meningkat 5	<div>Pendampingan proses menyusui</div> <div>Observasi</div> <div><div>1. Monitor kemampuan ibu menyusui</div><div>2. Monitor kemampuan bayi menyusu</div></div> <div>Terapeutik</div>	Senin 24/01/ 2022 14.15	<div>1. Memonitor kemampuan ibu menyusui</div> <div>2. Memonitor kemampuan bayi menyusu</div> <div>3. mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri untuk menyusui</div>	Senin 24/01/2022 17.00	<div>S: Px mengatakan ASI masih keluar sedikit dan bayi belum bisa menghisap puting</div> <div>O:<div><div>- Suplai ASI adekuat sedang</div><div>- Tetesan/pancaran ASI sedang</div></div></div>	
Indikator	Skala													
Suplai ASI adekuat	Meningkat 5													
Tetesan/pancaran ASI	Meningkat 5													

		Kecemasan maternal	Menurun 5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri untuk menyusui 2. Dampingi ibu memposisikan bayi dengan benar untuk menyusu pertama kali 3. Berikan ibu pujian, informasi dan saran terhadap perilaku positif dalam menyusui 4. Diskusikan masalah selama menyusui (mis. Nyeri, bengkak pada payudara, lecet pada putting) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan ibu mengenali tanda-tanda bayi siap menyusu (mis. Bayi mencari putting, memasukkan jari kedalam mulutnya dan bayi menangis) 2. Ajarkan ibu mengeluarkan ASI untuk diolesi air hangat pada putting sebelum dan sesudah menyusui, agar kelenturan putting tetap terjaga 3. Ajarkan ibu mengarahkan mulut bayi dari arah bawah kearah putting ibu 		<ol style="list-style-type: none"> 4. mendampingi ibu memposisikan bayi dengan benar untuk menyusu 5. mengajarkan ibu mengenali tanda-tanda bayi siap menyusu (mis. Bayi mencari putting, memasukkan jari kedalam mulutnya dan bayi menangis) 6. mengajarkan ibu mengeluarkan ASI untuk diolesi air hangat pada putting sebelum dan sesudah menyusui, agar kelenturan putting tetap terjaga 7. mengajarkan ibu mengarahkan mulut bayi dari arah bawah kearah putting ibu 		<p>- Kecemasan maternal sedang</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjut intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kemampuan bayi menyusu 2. Memposisikan bayi dengan benar untuk menyusu 3. Edukasi untuk sering mencoba menyusui 	
--	--	--------------------	-----------	---	--	--	--	--	--

				<p>Selasa 25/01/ 2022</p> <p>14.00</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kemampuan ibu menyusui 2. Memonitor kemampuan bayi menyusu 3. mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri untuk menyusui 4. mendampingi ibu memposisikan bayi dengan benar untuk menyusu 5. mengajarkan ibu mengenali tanda-tanda bayi siap menyusu (mis. Bayi mencari puting, memasukkan jari kedalam mulutnya dan bayi menangis) 6. mengajarkan ibu mengeluarkan ASI untuk diolesi air hangat pada puting sebelum dan sesudah menyusui, agar kelenturan puting tetap terjaga 7. mengajarkan ibu mengarahkan mulut bayi dari arah bawah ke arah puting ibu 	<p>Selasa 25/01/2022</p> <p>16.00</p>	<p>S: Px mengatakan ASI keluar sedikit berwarna kuning kental, pasien mengatakan bayi mencari puting tetapi belum bisa menghisap</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suplai ASI adekuat sedang - Tetesan/pancaran ASI sedang - Kecemasan maternal sedang <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjut intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kemampuan bayi menyusu 2. Monitor kemampuan ibu menyusui 3. Memposisikan bayi dengan benar untuk menyusui 4. Edukasi untuk sering mencoba menyusui 	
3.	Risiko Infeksi b.d Efek prosedur invasive d.d terdapat luka insisi diperut, luka terbalut kasa	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, maka diharapkan Kontrol Risiko meningkat dengan kriteria hasil :	<p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 	<p>Senin 24/01/ 2022</p> <p>15.00</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. menyarankan kepada pasien dan keluarga jika pengunjung dibatasi hanya 1 orang di dalam kamar 	<p>Senin 24/01/2022</p> <p>16.00</p>	<p>S: px mengatakan sudah mengetahui tentang risiko infeksi pada luka post SCnya</p> <p>O:</p>	

		<table><tr><th>No</th><th>Indikator</th></tr><tr><td>1.</td><td>Kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko meningkat</td></tr><tr><td>2.</td><td>Kemampuan mengidentifikasi faktor risiko meningkat</td></tr><tr><td>3.</td><td>Kemampuan melakukan strategi kontrol resiko meningkat</td></tr></table>	No	Indikator	1.	Kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko meningkat	2.	Kemampuan mengidentifikasi faktor risiko meningkat	3.	Kemampuan melakukan strategi kontrol resiko meningkat	Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. lakukan perawatan luka Edukasi 1. jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi		2. perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah masuk ke ruangan dan kontak dengan pasien 3. observasi kondisi luka (luka px tampak bersih, tidak kemerahan, tidak ada pus/nanah, tidak ada rembesan darah) 4. mengajarkan pasien cuci tangan yang baik dan benar (px bisa mempraktekkan cara cuci tangan yang baik dan benar) 5. menjelaskan kepada pasien tentang infeksi pada luka post op SC 6. menganjurkan pasien untuk makan makanan yang bergizi dan perbanyak minum 7. kolaborasi pemberian antibiotik ceftriaxone 2x1gr IV		<ul style="list-style-type: none">- Kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko cukup meningkat- Kemampuan mengidentifikasi faktor risiko cukup meningkat- Kemampuan melakukan strategi kontrol resiko meningkat <p>Luka tidak Nampak ada tanda-tanda infeksi</p> <p>Luka terbalut kasa dan tertutup hipafix</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: lanjut intervensi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Lanjutkan perawatan luka 3 hari sekali2. Mencuci tangan3. Anjurkan pasien memakan makanan yang bergizi	
No	Indikator															
1.	Kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko meningkat															
2.	Kemampuan mengidentifikasi faktor risiko meningkat															
3.	Kemampuan melakukan strategi kontrol resiko meningkat															
				Selasa 25/01/2022 15.00	1. menyarankan kepada pasien dan keluarga jika pengunjung dibatasi hanya 1 orang di dalam kamar	Selasa 25/01/2022 2 16.30	S: px mengatakan lukanya tidak terdapat rembesan darah ataupun nanah O:									

					<p>2. perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah masuk ke ruangan dan kontak dengan pasien</p> <p>3. observasi kondisi luka (luka px tampak bersih, tidak kemerahan, tidak ada pus/nanah, tidak ada rembesan darah)</p> <p>4. mengajarkan pasien cuci tangan yang baik dan benar (px bisa mempraktekkan cara cuci tangan yang baik dan benar)</p> <p>5. menjelaskan kepada pasien tentang infeksi pada luka post op SC</p> <p>6. menganjurkan pasien untuk makan makanan yang bergizi dan perbanyak minum</p> <p>7. kolaborasi pemberian antibiotik ceftriaxone 2x1gr IV</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko meningkat - Kemampuan mengidentifikasi faktor risiko meningkat - Kemampuan melakukan strategi kontrol resiko meningkat <p>Luka tidak Nampak ada tanda-tanda infeksi</p> <p>Luka terbalut kasa dan tertutup hipafix</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: lanjut intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lanjutkan perawatan luka 3 hari sekali 2. Mencuci tangan 3. Anjurkan pasien memakan makanan yang bergizi 	
--	--	--	--	--	--	--	--	--