

BAB II

KONSEP TEORI

A. Konsep Teori *Sectio Caesarea*

1. Definisi *Sectio Caesarea*

Persalinan *sectio caesarea* adalah persalinan dengan proses pembedahan yaitu berupa sayatan hingga menembus abdomen dan uterus untuk mengeluarkan janin dari perut ibu(Sulistyaningsih dan Bantas, 2019).

Sectio caesarea yaitu tindakan yang dilakukan apabila persalinan per vagina tidak memungkinkan atau mengalami kondisi medis maupun non-medis. Tindakan ini berarti proses di mana kulit, otot perut sampai ke rahim ibu akan dilakukan tindakan insisi guna untuk mengeluarkan bayi(Nadiya & Mutia, 2018).

Proses persalinan *sectio caesarea* merupakan proses melahirkan janin melalui insisi pada dinding abdomen dan dinding rahim agar anak lahir dalam keadaan utuh dan sehat(Rangkuti et al., 2023).

2. Etiologi *Sectio Caesarea*

a. Etiologi dari ibu

Menurut (Manuaba, 2012), penyebab ibu melahirkan secara SC adalah kondisi atau adanya riwayat kehamilan maupun persalinan yang buruk, kondisi seperti adanya gangguan perjalanan persalinan misalnya kista ovarium, mioma uteri, kondisi pinggul yang sempit dan lain sebagainya. Selain itu, kondisi medis tertentu seperti indikasi

Ketuban Pecah Dini, Preeklamsia Berat, *Chepalo Pelvik Disproportion* juga mengharuskan ibu untuk melakukan persalinan sesar.

b. Etiologi dari janin

Kegagalan *forcep* atau vakum ekstraksi, letak janin sungsang, prolapsi tali pusat dengan pembukaan kecil, kondisi gawat janin(Nurarif & Kusuma, 2015).

3. Indikasi dan Kontraindikasi *Sectio Caesarea*

a. Indikasi

- 1) Insufensi plasenta
- 2) Inkophatibilitas rhesus
- 3) Diabetes melitus
- 4) Infeksi virus herpes pada trakuks genetalis
- 5) Primigravida usia lanjut
- 6) Plasenta previa
- 7) Gawat janin
- 8) Cacat atau kematian janin sebelumnya (Maakh Djen Tivanny, 2019).

b. Kontraindikasi

Menurut (Maakh Djen Tivanny, 2019), Bila pada ibu hamil terdapat keadaan ini, maka tidak boleh dilakukan sesar, yaitu:

- 1) Jika jalan lahir ibu terdapat infeksi yang luas dan fasilitas untuk SC ekstraperitoneal tidak tersedia.

- 2) Jika janin dalam kondisi jelek dalam artian kemungkinan hidup kecil atau sudah tidak ada.
- 3) Jika dokter maupun tenaga kesehatan lainnya tidak memadai.

B. Konsep Teori Preeklamsia

1. Pengertian

Preeklamsia berat atau PEB adalah kondisi di mana nilai tekanan darah pada ibu hamil usia 20 minggu atau lebih mengalami kenaikan hingga 160/110 mmHg atau disertai edema dan proteinuria(Pertiwi et al., 2023).

Preeklamsia berat merupakan komplikasi selama kehamilan yang mana kondisi seperti ini mengharuskan ibu hamil melakukan persalinan SC untuk menghindari resiko yang tidak diinginkan, di mana tolak ukur untuk menegakkan diagnosa preeklamsia sendiri adalah tekanan darah pada ibu hamil yang melebihi 160/110 mmHg disertai proteinuria dan adanya edema baik di sekitar wajah, tangan maupun kaki(Sumaryati, 2018).

2. Klasifikasi Preeklamsia

Menurut (Manuaba, 2012), preeklamsia dibagi menjadi 2 golongan yaitu:

1. Preeklamsia Ringan

Kondisi di mana Protein uria mencapai 0,3 gr/l, kemudian terjadi peningkatan tekanan darah pada ibu hamil hingga 140/90mmHg atau lebih dan adanya edema pada ekstremitas maupun pada muka disertai kenaikan berat badan >1 Kg perminggu.

2. Preeklamsia Berat

Pada preeklamsia berat Proteinuria mencapai 5 gr/ltr dan tekanan darah mengalami peningatan sampai 160/110 mmHg atau lebih. Adanya edema pada paru serta cyanosis, terdapat oliguria, adanya gangguan pandang, gangguan serebral dan rasa nyeri pada epigastrium.

3. Etiologi

Etiologi dari Preeklamsia belum diketahui dengan jelas, tetapi sindrom maladaptasi, imunologi dan masalah malnutrisi menjadi suatu hal yang mendasari penyakit tersebut. Beberapa kasus seperti kehamilan gemelli (kembar), morbid obesitas, kehamilan primigravida maupun multigravida bisa menimbulkan resiko terkena preeklamsia (Azza, 2019).

Menurut (Marianti, 2017), selain primigravida, riwayat preeklamsia di kehamilan sebelumnya dan kehamilan ganda, berikut adalah beberapa faktor lainnya yang dapat meningkatkan resiko preeklamsia, antara lain:

- a. Riwayat penyakit, seperti : Lupus, DM, Hipertensi dan penyakit ginjal
- b. Jarak kehamilan yang jauh dari kehamilan pertama
- c. Obesitas
- d. Riwayat keluarga dengan preeklamsia
- e. Usia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun
- f. Malnutrisi berat

4. Manifestasi Klinis

Menurut (Nurrahmatun, 2018), tanda gejala pada preeklamsia sebagai berikut :

a. Nyeri kepala

Sering ditemukan pada kasus preeklamsia berat, rasa nyeri menganggu di daerah frontal dan okcipital dan sulit dikendalikan dengan analgetik biasa.

b. Nyeri epigastrium

Hal ini disebabkan oleh tekanan pada kapsula heper akibat edema dan perdarahan, sering ditemukan pada preeklamsia berat.

c. Gangguan penglihatan

Pada preeklamsia tidak ditemukan tanda-tanda subjektif.

1) Usia kehamilan 20 minggu

2) Proteneria melebihi 1 g/l dalam air kencing 24 jam

3) Proteinuria melebihi 1 g/l dalam pengambilan urin dengan kateter jarak waktu 6 jam

d. Adanya edema, di aderah pritibia, diding abdomen lumbosakral, wajah dan tangan setelah tirah baring.

e. Kenaikan berat badan yang melebihi 500 gr/minnggu, 200 gr/bulan atau 13gr/seluruh umur kehamilan

5. Patofisiologi

Persepsi dari (Sofian, 2011) mengatakan Preeklamsia terjadi karena spasme pembuluh darah yang dibarengi dengan retensi garam dan air, adanya spasme arteriola glomerolus di biopsi ginjal. Pada kasus lainnya, dapat disimpulkan bahwa preeklamsia terjadi sebab lumen arteriola mengecil hingga hanya dapat dilewati satu sel darah merah. Jadi, jika seluruh arteriola pada tubuh mengalami spasme, maka tekanan darah akan naik. Hal itu terjadi sebagai upaya untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigenasi jaringan dapat dicukupi.

Sedangkan pada kasus edema dan penikahan berat badan belum diketahui dengan pasti apa penyebabnya. Namun, kuat dugaan mengarah pada adanya retensi garam dan air. Karena proteinuria yang mungkin saja terjadi sebab spasme arteriola yang kemudian menyebabkan perubahan pada fungsi glomerulus.

Pada ibu hamil dengan preeklamsia berat mengalami perubahan di antaranya pada organ-organ berikut:

1. Otak

Oedem yang terjadi pada otak dapat menimbulkan kelainan serebral dan gangguan visus, bahkan dapat menyebabkan perdarahan, hal tersebut dapat terjadi bila retensi pembuluh darah yang tinggi.

2. Plasenta dan rahim

Aliran darah yang menuju ke plasenta dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin dan arena yang kekurangan oksigen dapat

menempatkan janin pada kondisi gawat janin. Hal ini menyebabkan kelahiran prematurus, pada preeklamsi-eklamsia sering terjadi kenaikan tonus rahim dan kepekaan terhadap rangsang.

3. Ginjal

Karena aliran ke ginjal menurun, hal tersebut membuat kerja filtrasi glomerulus berkurang, kemudian terjadi retensi garam dan air. Kerja filtrasi glomerulus dapat menurun hingga 50% dari keadaan normal, keadaan selanjutnya yang mungkin terjadi adalah oliguria dan anuria.

4. Paru-paru

Hal ini mungkin saja dampak dari edema paru yang kemudian menimbulkan dekompensasi kordis, tetapi bisa juga karena aspirasi pneumonia atau abses paru.

5. Mata

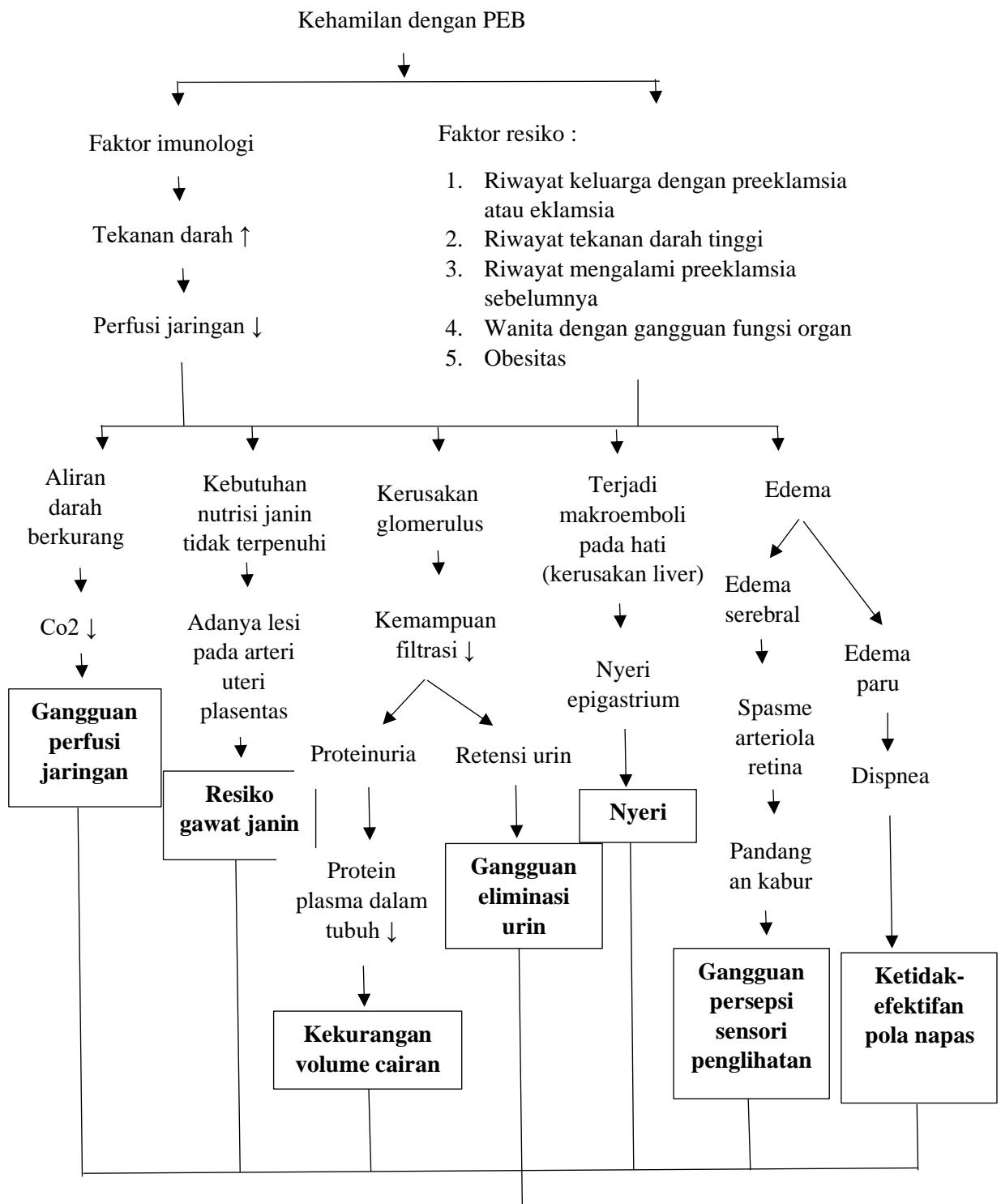
Edema intraokuler dapat berdampak ablasio retina. Gejala lain yang dapat menunjukkan dugaan terkena preeklamsia adalah skotoma, diplopia dan ambliopia. Perubahan peredaran darah dalam retina atau di korteks serebri menjadi penyebab dari organ mata yang mengalami gangguan.

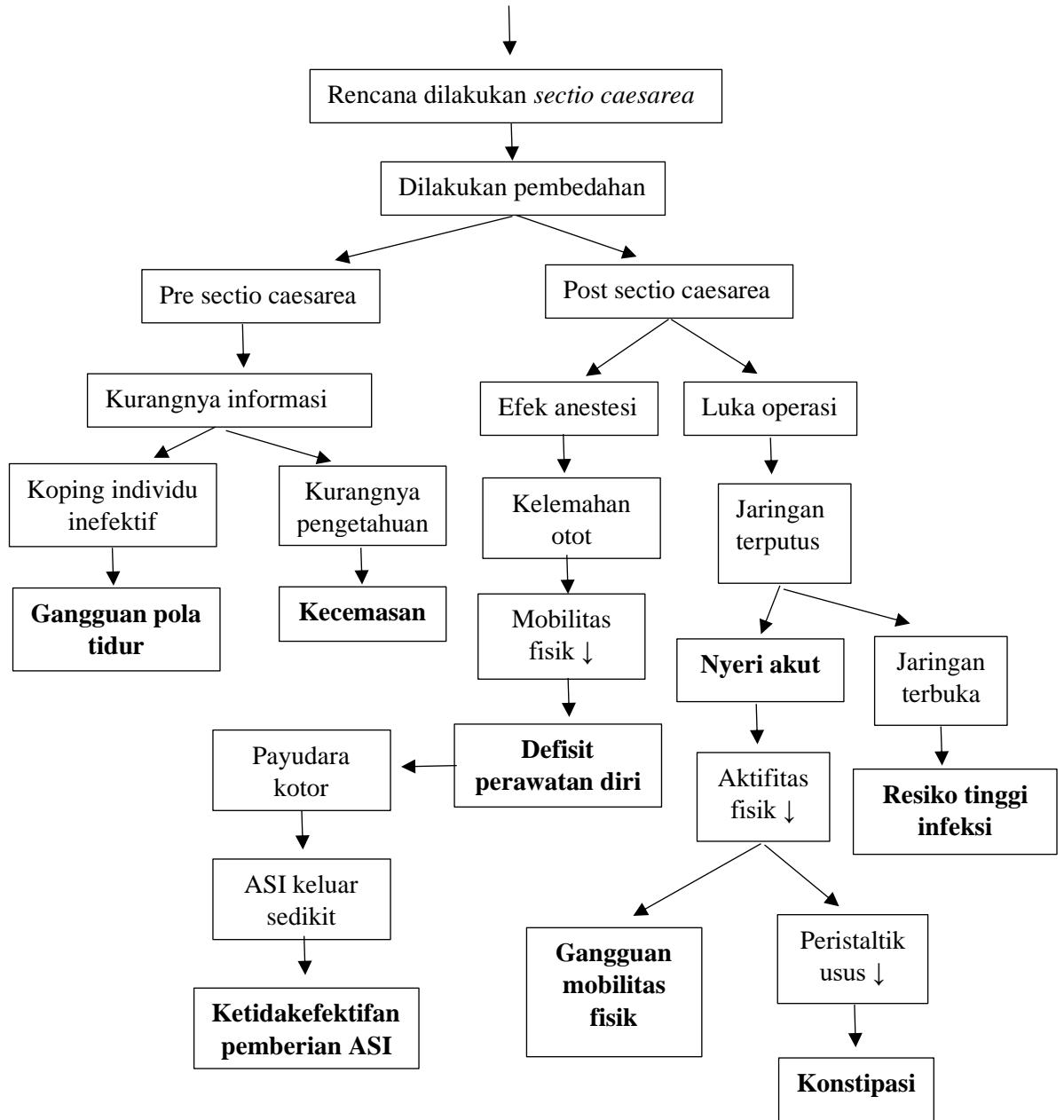
6. Keseimbangan air dan elektrolit

Pada preeklamsia, kadar gula darah naik untuk sementara, asam laktat dan asam organik lainnya pun naik, sehingga cadangan alkali turun. Hal tersebut biasanya terjadi akibat kejang.

Menurut (Nanda, 2015) ibu hamil dengan preeklamsia berat yang melakukan tindakan pembedahan atau melalui proses sesar akan mendapatkan luka pada bagian abdomen yang menyebabkan ibu hamil mengalami keluhan lain, misalnya nyeri dan gangguan pada rentang gerak. Gangguan mobilitas fisik dapat muncul akibat dari ketidakberdayaan ibu sebab rasa nyeri yang mengganggu pasca melahirkan.

6. Pathway





Sumber : Nanda, 2015

7. Komplikasi

Berikut merupakan komplikasi dari preeklamsia yang dapat terjadi pada ibu dan janin(Marianti, 2017):

a. Bagi ibu

- 1) Penyakit kardiovaskular, resiko terkena penyakit yang berhubungan dengan fungsi jantung dan pembuluh darah yang meningkat.
- 2) Kegagalan organ, seperti paru-paru, ginjal dan hati
- 3) Eklamsia, ditandai dengan kejang-kejang
- 4) Gangguan pembekuan darah, hal ini dapat terjadi karena kurangnya protein yang diperlukan untuk pembekuan darah.
- 5) Solusio plasenta, lepasnya plasenta dari dinding rahim dapat menebabkan perdarahan yang serius.
- 6) Stoke hemoragic, hal ini karena pecahnya pembuluh darah otak akibat tingginya tekanan di dalam pembuluh tersebut. Ini pula yang mengakibatkan kerusakan otak akibat terputusnya aliran darah, bahkan bisa menyebabkan kematian.
- 7) Sindrom *Haemolysis, Elevated Liver Enzymes And Low Platelet Count* (HELLP). Sindrom ini merupakan sindrom rusaknya sel darah merah, meningkatnya enzim liver dan rendahnya jumlah trombosit.

b. Bagi janin

- 1) Kematian janin
- 2) Gangguan pertumbuhan janin
- 3) Lahir prematur
- 4) Asfiksia neonatorum

8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Abiee, 2012), berikut adalah pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada preeklamsia:

- a. Pemeriksaan Laboratorium
 - 1) Pemeriksaan darah lengkap
 - a) Penurunan hemoglobin
 - b) Hematokrit meningkat
 - c) Trombosit menurun
 - 2) Urinalisis
Adanya protein dalam darah
 - 3) Pemeriksaan fungsi hati
 - a) Bilirubin meningkat
 - b) *Laktat dehidrogenase* meningkat
 - c) *Asparat aminomtransferase* meningkat
 - d) *Serum glutamat pirufat transaminase* meningkat
 - e) *Serum glutamat oxaloacetic transminase* meningkat
 - f) Total protein serum menurun.

4) Tes kimia darah

Asam urat meningkat

b. Radiologi

1) Ultrasonografi

Adanya aktifitas janin yang lambat, pernapasan intrauterus lambat, adanya retardasi pertumbuhan janin intra uterus dan volume cairan ketuban sedikit.

2) Kardiogram

Biasanya ditemukan denyut jantung bayi yang lemah.

9. Penatalaksanaan

a. Preeklamsia

Menurut (Pertiwi et al., 2023) penatalaksanaan pada preeklamsia adalah sebagai berikut:

1) Monitor tanda-tanda vital

2) Diet tinggi kalori, tinggi protein rendah karbohidrat, garam dan lemak

3) Pemberian obat-obatan antihipertensi dan diuretik sesuai anjuran

4) Pemberian tirah baring miring ke satu sisi.

5) Pemenuhan kebutuhan cairan.

b. Preeklamsia ringan

Menurut(Nurarif & Kusuma, 2015), istirahat merupakan tindakan efektif pada preeklamsia ringan, istirahat dengan berbaring pada satu sisi tubuh menyebabkan aliran darah ke plasenta dan aliran

darah ke ginjal meningkat, tekanan darah pada ekstremitas bawah menurun dan reabsorbsi cairan menambah.

c. Preeklamsia berat

Untuk pasien dengan preeklamsia berat dalam penanganannya harus menggunakan obat sedatif untuk mencegah kejang. Untuk mencegah kejang bisa diberikan larutan magnesium sulfat (mgSO_4) 20% dengan dosis 4 gram secara intravena loading dosis 4-5 menit. Kemudian, dilanjutkan dengan MgSO_4 40% sebanyak 12 gram dalam 500 cc RL dengan 12 tpm (Nurarif & Kusuma, 2015).

C. Konsep Dasar Mobilisasi

1. Pengertian Mobilisasi

Pada pasien post sc dianjurkan untuk menggerakkan anggota tubuhnya, setidaknya menggerakkan lengan, kaki, tangan dan jari-jari dalam 6 jam pertama setelah sc supaya kerja organ pencernaan segera normal(Sholika, 2019) .

Mobilisasi dini *post sectio caesarea* adalah suatu pergerakan posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan dengan persalinan *caesarea*. Untuk mencegah komplikasi post operasi sc ibu harus segera dilakukan mobilisasi sesuai dengan tahapannya. Karena setelah mengalami tindakan pembedahan, seorang ibu tidak disarankan untuk malas bergerak sebab akan menghambat kemandirian dan penyembuhan luka pasca operasi(Citrawati et al, 2021).

2. Tujuan Mobilisasi

Menurut (Sholika, 2019), tindakan mobilisasi dini dapat memperlancar pengeluaran lochea, mengurangi infeksi puerperium, mempercepat involusi uteri, meningkatkan kesembuhan atau pengembalian fungsi gastrointestinal dan alat reproduksi, memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat fungsi ASI dan sisa-sisa metabolisme.

Dilakukannya mobilisasi dini memiliki banyak tujuan, diantaranya yaitu agar peredaran darah lancar, pernapasan jadi membaik, memperlancar eliminasi urin, mempertahankan fungsi tubuh dan meningkatkan kemandirian pasien sehingga aktifitas pergerakan sehari-hari dapat segera terpenuhi(Citrawati et al., 2021).

3. Manfaat Mobilisasi Dini

Perawatan mobilisasi dini mempunyai keuntungan, melancarkan pengeluaran lokhea, mengurangi infeksi puerperium, mempercepat involusi uteri, melancarkan fungsi alat grastrointestinal dan alat kelamin, meningkatkan kelancaran perdarahan darah sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme, kesempatan yang baik untuk mengajar ibu memelihara/merawat anaknya (Vivian, Lia, & Sunarsih, 2011).

Manfaat mobilisasi pada ibu post seksio sesaria yaitu pada sistem kardiovaskuler dapat meningkatkan curah jantung, memperbaiki kontraksi miokardial, kemudian menguatkan otot jantung, menurunkan tekanan darah, memperbaiki aliran balik vena, pada sistem respirator

meningkatkan frekuensi dan kedalaman pernafasan, meningkatkan ventilasi alveolar, menurunkan kerja pernafasan, meningkatkan pengembangan diafragma pada sistem metabolismik dapat meningkatkan laju metabolisme basal, peningkatkan penggunaan glukosa dan asam lemak, meningkatkan pemecahan trigliseril, meningkatkan mobilisasi lambung, meningkatkan produksi panas tubuh (Chandranita Manuaba,2011).

Pada sistem muskuloskeletal memperbaiki tonus otot, meningkatkan mobilisasi secara mandiri, memperbaiki toleransi otot untuk latihan, mungkin meningkatkan masa otot pada sistem toleransi otot, meningkatkan toleransi, mengurangi kelemahan, meningkatkan toleransi terhadap stres, perasaan lebih baik, dan berkurangnya penyakit (Potter & Perry, 2005).

4. Faktor Yang Mempengaruhi Mobilisasi Dini

Faktor yang mempengaruhi mobilisasi dini antara lain faktor fisiologis seperti nyeri, peningkatan suhu tubuh, pendarahan. Faktor emosional yakni kecemasan, motivasi, dukungan sosial dan faktor perkembangan yakni usia dan status paritas(A Potter & Perry, 2006)

Faktor interna yakni meliputi jenis persalinan khususnya pada ibu pasca bedah, takut jahitannya lepas jika bergerak, kelelahan saat mengalami partus lama, keadaan umum dipengaruhi oleh penyakit penyerta ibu, persepsi nyeri tiap pasien berbeda, tindakan dengan anestesi, gaya hidup dan emosi. Sedangkan faktor eksterna meliputi dukungan

suami, keluarga, kebudayaan yang melarang bergerak dan kaki harus lurus, sosial ekonomi, pelayanan yang diberikan petugas, individu senantiasa menyesuaikan dengan lingkungan menurut kebutuhannya(Hartati, Setyowati & Afiyanti, 2014).

5. Tahap-Tahap Mobilisasi

Menurut (Citrawati et al., 2021), mobillisasi dini baik dilakukan secara bertahap, mulai dari gerakan yang mudah dan memungkin untuk dilakukan. 6 jam pertama ibu post partum masih istirahat, maka mobilisasi yang dilakukan cukup sederhana, contohnya seperti menggerakkan lengan, menggeser kaki, menggerakkan jari-jari dan mengangkat tumit.

a. Pada 6-10 jam pertama

Diharapkan ibu sudah dapat melakukan gerakan miring kanan maupun miring kiri, mengangkat tangan, menggeser kaki, menekuk lutut, mengangkat kaki dan menggeser badan.

b. Setelah 24 jam

Ibu dianjurkan untuk duduk, dapat mengangkat tangan setinggi mungkin, latihan pernapasan serta dapat makan minum secara mandiri.

c. Setelah mampu duduk secara mandiri, diharapkan ibu dapat belajar berjalan.

6. Penatalaksanaan mobilisasi

Menurut (Nadiya, 2018) pelaksanaan mobillisasi yaitu sebagai berikut :

a. Hari ke-1

- 1) Mencoba untuk miring kanan dan miring kiri yang bisa dimulai sejak 6 jam pertama setelah ibu sadar.
- 2) Latihan pernapasan dapat segera dilakukan setelah ibu sadar.

b. Hari ke-2

- 1) Ibu dapat duduk selama 5 menit sembari melakukan napas dalam diselingi dengan batuk-batuk ringan
- 2) Kemudian posisi tidur terlentang dapat dirubah mennjadi posisi semi fowler
- 3) Kemudian ibu dapat mencoba untuk duduk lebih lama

c. Hari ke 3-5

- 1) Ibu dapat mencoba untuk berlatih berjalan, berlatih untuk turun dari tempat tidur kemudian belajar untuk berjalan secara mandiri
- 2) Lakukan dengan bertahap dan teratur, diselingi pula dengan istirahat cukup. Hal ini efektif untuk membantu penyembuhan luka.

7. Standar Operasional Prosedur Dukungan Mobilisasi Fisik

Menurut buku Pedoman Standar Operasional Keperawatan(PPNI, 2018), SOP yang menjadi landasan dilakukannya dukungan mobilisasi fisik adalah sebagai berikut :

a. Definisi

Memfasilitasi pasien dalam melakukan aktivitas pergerakan.

b. Diagnosis keperawatan

- 1) Gangguan mobilitas fisik
- 2) Intoleransi aktifitas
- 3) Risiko luka tekan

c. Luaran keperawatan

- 1) Mobilitas fisik meningkat
- 2) Toleransi aktifitas meningkat
- 3) Integritas kulit meningkat

d. Prosedur

- 1) Identifikasi pasien minimal menggunakan dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan / atau nomor rekan medis)
- 2) Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
- 3) Siapkan alat dan bahan yang diperlukan :
 - a) Sarung tangan bersih, *jika perlu*
 - b) Bantal
- 4) Mencuci tangan
- 5) Pasang sarung tangan, *jika perlu*
- 6) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik
- 7) Identifikasi toleransi fisik dalam melakukan mobilisasi
- 8) Monitor jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi

- 9) Berikan posisi miring kanan selama maksimal 2 jam dan berikan sokongan bantal pada punggung
- 10) Berikan posisi miring kiri selama maksimal 2 jam dan berikan sokongan bantal pada punggung
- 11) Berikan posisi terlentang selama maksimal 2 jam
- 12) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
- 13) Libatkan keluarga dalam membantu pasien untuk melakukan mobillisasi
- 14) Lepaskan sarung tangan
- 15) Cuci tangan
- 16) Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien.

D. Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Post SC Dengan Indikasi Preeklamsia

1. Pengkajian

Dari data pengkajian bertujuan untuk didapatkannya informasi atau mengidentifikasi masalah fisik, psikologis, sosial dan spiritual, kesehatan dan kebutuhan keperawatan (Dermawan, 2016)

a. Identitas pasien

Identitas lengkap pasien, suami, penanggung jawab.

b. Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat sebelum inpartu sampai dengan ibu dibawa ke rumah sakit.

c. Riwayat kesehatan dahulu

Adanya riwayat SC, riwayat persalinan dengan preeklamsia, riwayat hipertensi dan riwayat penyakit berat atau menular lainnya.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Adanya keluarga yang memiliki riwayat hipertensi maupun riwayat penyakit berat atau menular lainnya.

2. Pemeriksaan umum

Menurut (Yuli, 2017) pemeriksaan umum pada ibu post SC dengan indikasi preeklamsia yaitu:

- a. Keadaan umum, biasanya lemah
- b. Tanda-tanda vital

3. Pengkajian pola fungsional

Menurut gordon :

- a. Pola persepsi dan manajemen kesehatan
- b. Pola nutrisi dan metabolismik
- c. Pola eliminasi
- d. Pola istirahat dan tidur
- e. Pola aktifitas dan latihan
- f. Pola persepsi dan kognitif
- g. Pola konsep diri
- h. Pola coping
- i. Pola seksual reproduksi
- j. Pola peran dan hubungan
- k. Pola nilai dan kepercayaan

4. Pemeriksaan fisik

a. Kepala

- 1) Rambut : Warna, bersih atau tidak, rontok atau tidak.
- 2) Alis : Mudah dicabut atau tidak
- 3) Mata : Keadaan konjungtiva, sclera
- 4) Muka : Ada edema atau tidak, khususnya di pagi hari, kloasma gravidarum.
- 5) Hidung : Kebersihan, ada secret atau tidak, ada polip atau tidak
- 6) Mulut : Warna bibir, ada stomatitis atau tidak
- 7) Gigi : Ada karies atau tidak, kebersihan, ada ginggivitas atau tidak
- 8) Telinga : Ada penumpukan serumen atau tidak, kesimetrisan.

b. Leher : Ada pembesaran kelenjar thyroid dan vena jugularis atau tidak

c. Dada dan axila : Ada pembesaran kelenjar limfe atau tidak

d. Mamae : Masih teraba lunak atau tidak pada hari I dan II post partum, mulai keluar kolostrum, hari III hangat dan berisi, hari IV keras dan produksi ASI meningkat.

e. Putting : Penonjolan putting, kondisi putting

f. Adbomen

Inspeksi : Kondisi luka sesar, ada infeksi pada luka sesar,

adakah pembesaran hati dan lien serta keadaan kandung kemih, adanya linea nigra, strie gravidarum, TFU, kontur kulit

Auskultasi : Peristaltik usus berapa kali permenit

Perkusi : Bunyi timpani, hypertimpani, redup

Palpasi : Supra pubik untuk mendeteksi bladder distensi

g. Ekstremitas

Superior : Kesimetrisan, keadaan kuku (bersih atau tidak, panjang atau pendek, pucat atau tidak)

Inferior : Kesimetrisan, keadaan kuku, ada luka atau tidak, ada edema atau tidak

h. Genitalia

1) Perinium : Intack, ruptur, episiotomi, tanda-tanda REEDA, jenis episiotomi.

2) Lochea : Warna, bau, jumlah

3) Rektum

5. Data Penunjang

a. Laboratorium

b. USG

c. Dll

6. Fokus intervensi

Menurut buku Standar Keperawatan Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (PPNI, 2018a, 2018b, 2018c) diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada ibu post sectio caesarea dengan indikasi PEB adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan spasme arteriola akibat tekanan darah tinggi (D.0077)

Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab :

- 1) Agen pencedera fisiologis
- 2) Agen pencedera kimiawi
- 3) Agen pencedera fisik

Gejala dan tanda mayor ;

Subjektif : mengeluh nyeri

Objektif :

- 1) Tampak meringis
- 2) Bersikap protektif
- 3) Gelisah
- 4) Frekuensi nadi meningkat

5) Sulit tidur

Gejala dan tanda minor ;

Subjektif : -

Objektif :

- 1) Tekanan darah meningkat
- 2) Pola napas berubah
- 3) Nafsu makan berubah
- 4) Proses berpikir terganggu
- 5) Menarik diri
- 6) Berfokus pada diri sendiri
- 7) diaforesis

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Dengan kriteria hasil (L.08066) :

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Sikap protektif menurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Kesulitan tidur menurun

Intervensi keperawatan nyeri akut

Manajemen nyeri (I.08238)

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri

- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- 7) Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup
- 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- 9) Monitor efek samping penggunaan analgesik

Terapeutik

- 1) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- 1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- 4) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*

- b. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan spasme arteriola retina (D.0085)

Definisi : perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan dan terdistorsi.

Penyebab :

- 1) Gangguan penglihatan
- 2) Gangguan pendengaran
- 3) Gangguan penghiduan
- 4) Gangguan perabaan
- 5) Hipoksia serebral
- 6) Penyalahgunaan zat
- 7) Usia lanjut
- 8) Pemajaman toksin lingkungan

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan persepsi sensori membaik. Dengan kriteria hasil (L.09083)) :

- 1) Verbalisasi mendengar bisikan menurun
- 2) Verbalisasi melihat bayangan menurun
- 3) Verbalisasi merasakan melalui indra perabaan menurun
- 4) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman menurun
- 5) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan menurun
- 6) Distorsi sensori menurun

- 7) Perilaku halusinasi menurun
- 8) Respon sesuai stimulus membaik

Intervensi keperawatan gangguan persepsi sensori

Manajemen halusinasi (I.09288)

Observasi

- 1) Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi
- 2) Monitor dan sesuaikan tingkat aktifitas dan stimulus lingkungan
- 3) Monitor isi halusinasi

Terapeutik

- 1) Pertahankan lingkungan yang aman
- 2) Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku
- 3) Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi
- 4) Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi

Edukasi

- 1) Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi
- 2) Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif halusinasi
- 3) Anjurkan melakukan distraksi
- 4) Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, *jika perlu*

c. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan edema paru (D.0005)

Definisi : inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.

Penyebab :

- 1) Depresi pusat pernapasan
- 2) Hambatan upaya napas
- 3) Deformitas dinding dada
- 4) Deformitas tulang dada
- 5) Gangguan neuromuskular
- 6) Gangguan neurologis
- 7) Imaturitas neurologis
- 8) Penurunan energi
- 9) Obesitas
- 10) Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru
- 11) Sindrom hipoventilasi
- 12) Kerusakan inervasi diafragma
- 13) Cedera pada medula spinalis
- 14) Efek agen farmakologis
- 15) Kecemasan

Gejala dan tanda mayor ;

Subjektif : dispnea

Objektif :

- 1) Penggunaan obat tertentu
- 2) Fase ekspirasi memanjang
- 3) Pola napas abnormal

Gejala dan tanda minor ;

Subjektif : ortopnea

Objektif :

- 1) Pernapasan *pursed-lip*
- 2) Pernapasan cuping hidung
- 3) Diameter thorak anterior posterior meningkat
- 4) Ventilasi semenit menurun
- 5) Kapasitas vital menurun
- 6) Tekanan ekspirasi menurun
- 7) Tekanan inspirasi menurun
- 8) Ekskursi dada berubah

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam

diharapkan pola napas membaik. Dengan kriteria hasil (L.01004) :

- 1) Dispnea menurun
- 2) Penggunaan otot bantu menurun
- 3) Pemanjangan fase ekspirasi menurun
- 4) Frekuensi napas membaik
- 5) Kedalaman napas membaik

Intervensi keperawatan pola napas tidak efektif

Manajemen jalan napas (I.01011)

Observasi

- 1) Monitor pola napas
- 2) Monitor bunyi napas tambahan
- 3) Monitor sputum

Terapeutik

- 1) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head-tilt* dan *chin-lift*
- 2) Posisikan semi fowler atau fowler
- 3) Berikan minuman hangat
- 4) Lakukan fisioterapi dada, *jika perlu*
- 5) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
- 6) Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal
- 7) Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill
- 8) Berikan oksigenasi, *jika perlu*

Edukasi

- 1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, *jika tidak kontraindikasi*
- 2) Anjurkan batuk efektif

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, *jika perlu*

d. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan retensi urin (D.0040)

Definisi : disfungsi eliminasi urin.

Penyebab :

- 1) Penurunan kapasitas kandung kemih
- 2) Iritasi kandung kemih
- 3) Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih
- 4) Efek tindakan medis dan diagnostik
- 5) Kelemahan otot pelvis
- 6) Ketidakmampuan mengakses toilet
- 7) Hambatan lingkungan
- 8) Ketidakmampuan mengkonsumsi kebutuhan eliminasi
- 9) Imaturitas

Gejala dan tanda mayor ;

Sujektif :

- 1) Desakan berkemih
- 2) Urin menetes
- 3) Sering buang air kecil
- 4) Nokturia
- 5) Mengompol
- 6) Enuresis

Objektif :

- 1) Distensi kandung kemih

- 2) Berkemih tidak tuntas
- 3) Volume residu urin meningkat

Gejala dan tanda minor ;

Subjektif :-

Objektif :-

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan eliminasi urin membaik. Dengan kriteria hasil (L.04034) :

- 1) Sensasi berkemih meningkat
- 2) Desakan berkemih menurun
- 3) Distensi kandung kemih menurun
- 4) Berkemih tidak tuntas menurun
- 5) Urin menetes menurun
- 6) Nokturia menurun
- 7) Mengompol menurun
- 8) Enuresis menurun

Intervensi gangguan eliminasi urin

Dukungan perawatan diri : BAB/BAK

Observasi

- 1) Identifikasi kebiasaan BAB/BAK sesuai usia
- 2) Monitor integritas kulit pasien

Terapeutik

- 1) Buka pakaian yang diperlukan untuk membutuhkan eliminasi
- 2) Dukung penggunaan toilet/pispol/urinal secara konsisten

- 3) Jaga privasi selama eliminasi
- 4) Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, *jika perlu*
- 5) Bersihkan alat bantu BAB/BAK setelah digunakan
- 6) Latih BAB/BAK sesuai jadwal, *jika perlu*
- 7) Sediakan alat bantu

Edukasi

- 1) Anjurkan BAB/BAK secara rutin
 - 2) Anjurkan ke kamar mandi/ toilet, *jika perlu*
- e. Hipovolemia berhubungan dengan proteinuria (D.0023)

Definisi : penurunan volume intavaskuler, interstisial, dan atau ekstraselular.

Penyebab :

- 1) Kehilangan cairan aktif
- 2) Kegagalan mekanisme regulasi
- 3) Peningkatan permeabilitas kapiler
- 4) Kekurangan intake cairan
- 5) Evaporasi

Gejala dan tanda mayor ;

Subjektif : -

Objektif :

- 1) Frekuensi nadi meningkat
- 2) Nadi teraba lemah
- 3) Tekanan darah menurun

- 4) Tekanan nadi menyempit
- 5) Turgor kulit menurun
- 6) Membran mukosa kering
- 7) Volume urin menurun
- 8) Hematokrit meningkat

Gejala dan tanda minor :

Subjektif :

- 1) Merasa lemah
- 2) Mengeluh haus

Objektif :

- 1) Pengisian vena menurun
- 2) Status mental berubah
- 3) Suhu tubuh meningkat
- 4) Konsentrasi urin meningkat
- 5) Berat badan turun tiba-tiba

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam

diharapkan status cairan membaik. Dengan kriteria hasil (L.03028) :

- 1) Frekuensi nadi membaik
- 2) Tekanan darah membaik
- 3) Tekanan nadi membaik
- 4) Membran mukosa membaik
- 5) Tekanan vena jugularis membaik
- 6) Kekuatan nadi meningkat

- 7) Turgor kulit meningkat
- 8) Output urin meningkat
- 9) Pengisian vena meningkat

Intervensi hipovolemia

Manajemen hipovolemia (I.03116)

Observasi

- 1) Periksa tanda dan gejala hipovolemia
- 2) Monitor intake dan output cairan

Terapeutik

- 1) Hitung kebutuhan cairan
- 2) Berikan posisi *modified trendelenburg*
- 3) Berikan asupan cairan oral

Edukais

- 1) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
- 2) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian cairan iv isotonis
- 2) Kolaborasi pemberian cairan iv hipotonik
- 3) Kolaborasi pemberian cairan koloid
- 4) Kolaborasi pemberian produk darah

- f. Perfusi perifer tidak efektif ditandai dengan aliran darah berkurang (D.0009)

Definisi : penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat menganggu metabolisme tubuh.

Penyebab :

- 1) Hiperglikemia
- 2) Penurunan konsentrasi hemoglobin
- 3) Peningkatan tekanan darah
- 4) Kekurangan volume cairan
- 5) Penurunan aliran arteri dan/ atau vena
- 6) Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat
- 7) Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit
- 8) Kurang aktifitas fisik

Gejala dan tanda mayor ;

Subjektif –

Objektif :

- 1) Pengisian kapiler >3 detik
- 2) Nadi perifer menurun atau tidak teraba
- 3) Akral teraba dingin
- 4) Warna kulit pucat
- 5) Turgor kulit menurun

Gejala dan tanda minor ;

Subjektif :

- 1) Parastesia
- 2) Nyeri ekstermitas

Objektif :

- 1) Edema
- 2) Penyembuhan luka lambat
- 3) Indeks *ankle-bracial* <0,90
- 4) Bruit femural

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat. Dengan kriteria hasil (L.02011):

- 1) Denyut nadi perifer meningkat
- 2) Penyembuhan luka meningkat
- 3) Sensasi meningkat
- 4) Warna kulit pucat menurun
- 5) Edema perifer menurun
- 6) Pengisian kapiler membaik
- 7) Akral membaik
- 8) Turgor kulit membaik

Intervensi keperawatan perfusi perifer tidak efektif

Perawatan sirkulasi (I.02079)

Observasi

- 1) Periksa sirkulasi perifer
- 2) Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi
- 3) Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas

Terapetik

- 1) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi
- 2) Hindari pengukuran tekanan darah di area keterbatasan perfusi
- 3) Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area cedera
- 4) Lakukan pencegahan infeksi
- 5) Lakukan perawatan kaki dan kuku
- 6) Lakukan hidrasi

Edukasi

- 1) Anjurkan berhenti merokok
- 2) Anjurkan berolahraga rutin
- 3) Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar
- 4) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurun kolesterol, *jika perlu*
- 5) Anjurkan minum obat penurun tekanan darah secara teratur
- 6) Anjurkan meneghindari penggunaan obat penyekat beta
- 7) Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat

- 8) Anjurkan program rehabilitasi vaskular
 - 9) Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi
 - 10) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan
- g. Nyeri akut berhubungan dengan adanya luka insisi (D.0077)

Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab :

- 1) Agen pencedera fisiologis
- 2) Agen pencedera kimiawi
- 3) Agen pencedera fisik

Gejala dan tanda mayor ;

Subjektif : mengeluh nyeri

Objektif :

- 1) Tampak meringis
- 2) Bersikap protektif
- 3) Gelisah
- 4) Frekuensi nadi meningkat
- 5) Sulit tidur

Gejala dan tanda minor ;

Subjektif : -

Objektif :

- 1) Tekanan darah meningkat
- 2) Pola napas berubah
- 3) Nafsu makan berubah
- 4) Proses berpikir terganggu
- 5) Menarik diri
- 6) Berfokus pada diri sendiri
- 7) diaforesis

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Dengan kriteria hasil (L.08066) :

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Sikap protektif menurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Kesulitan tidur menurun

Intervensi keperawatan nyeri akut (I.08238)

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri

- 7) Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup
- 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- 9) Monitor efek samping penggunaan analgesik

Terapeutik

- 1) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- 1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- 4) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*
- h. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan aktifitas fisik menurun (D.0054)

Definisi : keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Penyebab :

- 1) Kerusakan integritas struktur tulang
- 2) Perubahan metabolisme

- 3) Ketidakbugaran fisik
 - 4) Penurunan kendali otot
 - 5) Penurunan massa otot
 - 6) Penurunan kekuatan otot
 - 7) Keterlambatan perkembangan
 - 8) Kekakuan sendi
 - 9) Kontraktur
 - 10) Malnutrisi
 - 11) Gangguan muskuloskeletal
 - 12) Gangguan neuromuscular
 - 13) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
 - 14) Efek agen farmakologis
 - 15) Program pembatasan gerak
 - 16) Nyeri
 - 17) Kurang terpapar informasi tentang aktifitas fisik
 - 18) Kecemasan
 - 19) Gangguan kognitif
 - 20) Keengganan melakukan pergerakan
 - 21) Gangguan sensori persepsi
- Gejala dan tanda mayor ;
- Subjektif : Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
- Objektif :
- 1) Kekuatan otot menurun

2) ROM menurun

Gejala dan tanda minor :

- 1) Nyeri saat bergerak
- 2) Enggan melakukan pergerakan
- 3) Merasa cemas saat bergerak

Objektif :

- 1) Sendi kaku
- 2) Gerakan tidak terkoordinasi
- 3) Gerakan terbatas
- 4) Fisik lemah

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat. Dengan kriteria hasil (L.05042):

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Rentang gerak meningkat
- 4) Nyeri menurun
- 5) Kecemasan menurun
- 6) Kaku sendi menurun
- 7) Gerakan tidak terkoordinasi menurun
- 8) Gerakan terbatas menurun
- 9) Kelemahan fisik menurun

Intervensi gangguan mobilitas fisik

Dukungan ambulasi (I.06171)

Observasi

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
- 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi
- 4) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi

Terapeutik

- 1) Fasilitasi aktifitas ambulasi dengan alat bantu
- 2) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, *jika perlu*
- 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi

Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
- 2) Anjurkan melakukan ambulasi dini
- 3) Anjurkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan

Dukungan mobilisasi (I.05173)

Observasi

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi

4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik

1) Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu

4) Fasilitasi melakukan pergerakan, *jika perlu*

5) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan

Edukasi

4) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

5) Anjurkan melakukan mobilisasi dini

6) Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan

- i. Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan kekuatan tubuh
(D.0109)

Definisi : tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktifitas perawatan diri.

Penyebab :

1) Gangguan muskuloskeletal

2) Gangguan neuromuskular

3) Kelemahan

4) Gangguan psikologis dan atau psikotik

5) Penurunan motivasi/minat

Gejala dan tanda mayor ;

Subjektif : menolak melakukan perawatan diri

Objektif :

- 1) Tidak mampu mandi atau mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri
- 2) Minat melakukan perawatan diri kurang

Gejala dan tanda minor ;

Subjektif :-

Objektif :-

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah perawatan diri teratasi. Dengan kriteria hasil (L.11103) :

- 1) Kemampuan mandi meningkat
- 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
- 3) Kemampuan makan meningkat
- 4) Kemampuan ke toilet meningkat

Intervensi keperawatan defisit perawatan diri:

Dukungan perawatan diri (I.11348)

Tindakan :

- 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawata diri sesuai usia
- 2) Monitor tingkat kemandirian
- 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan

Terapeutik

- 1) Sediakan lingkungan yang terapeutik

- 2) Siapkan keperluan pribadi
- 3) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
- 4) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan
- 5) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
- 6) Jadwalkan rutinitas perawatan diri

Edukasi

- 1) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

j. Konstipasi berhubungan dengan peristaltik usus menurun (D.0149)

Definisi : penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak.

Penyebab :

Fisiologis

- 1) Penurunan motilitas gastrointestinal
- 2) Ketidakadekuatan pertumbuhan gigi
- 3) Ketidakcukupan diet
- 4) Ketidakcukupan asupan serat
- 5) Ketidakcukupan asupan cairan
- 6) Aganglionik

Psikologos

- 1) Konfusi
- 2) Depresi

3) Gangguan emosional

Situsional

- 1) Perubahan kebiasaan makan
- 2) Ketidakadekuatan toileting
- 3) Aktifitas harian kurang dari anjuran
- 4) Penyalahgunaan laktasit
- 5) Efek agen farmakologis
- 6) Ketidakteraturan kebiasaan defekasi
- 7) Kebiasaan menahan dorongan defekasi
- 8) Perubahan lingkungan

Gejala dan tanda mayor ;

Subjektif :

- 1) Defekasi kurang dari 2 kali seminggu
- 2) Pengeluaran feses lama dan sulit

Objektif :

- 1) Feses keras
- 2) Peristaltik usus menurun

Gejala dan tanda minor ;

Subjektif : mengejan saat defekasi

Objektif :

- 1) Distensi abdomen
- 2) Kelemahan umum
- 3) Teraba massa pada rektal

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik. Dengan kriteria hasil (L.04033) :

- 1) Keluhan defekasi lama dan sulit menurun
- 2) Mengejan saat defekasi menurun
- 3) Peristaltik usus membaik

Intervensi keperawatan konstipasi

Manajemen eliminasi fekal (I.04151)

Observasi

- 1) Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar
- 2) Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal
- 3) Monitor buang air besar
- 4) Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi atau impaksi

Terapeutik

- 1) Berikan air hangat setelah makan
- 2) Jadwalkan waktu defekasi bersama pasien
- 3) Sediakan makanan tinggi serat

Edukasi

- 1) Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus
- 2) Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi volume feses
- 3) Anjurkan meningkatkan aktifitas fisik, sesuai toleransi
- 4) Anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas

- 5) Anjurkan konsumsi makanan yang mengandung serat tinggi
- 6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan, *jika tidak ada kontraindikasi*

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat suppositoria anal, *jika perlu*
- k. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)

Definisi : kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui

Penyebab :

- 1) Ketidakadekuatan suplai asi
- 2) Hambatan pada neonatus
- 3) Anomali payudara ibu
- 4) Ketidakadekuatan reflek oksitosin
- 5) Ketidakadekuatan reflek menghisap bayi
- 6) Payudara bengkak
- 7) Riwayat operasi payudara
- 8) Kelahiran kembar

Gejala dan tanda mayor ;

Subjektif :

- 1) Kelelahan maternal
- 2) Kecemasan maternal

Objektif :

- 1) Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu
- 2) Asi tidak menetes
- 3) Bak bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam
- 4) Nyeri dan atau lecet terus menerus setelah minggu kedua

Gejala dan tanda minor ;

Subjektif : -

Objektif :

- 1) Intake bayi tidak adekuat
- 2) Bayi menghisap tidak terus menerus
- 3) Bayi menangis saat disusui

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan status menyusui membaik. Dengan kriteria hasil (L.03029):

- 1) Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat
- 2) Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat
- 3) Tetesan/pancaran ASI lancar meningkat
- 4) Puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan meningkat.

Intervensi keperawatan menyusui tidak efektif

Konseling laktasi (I.12393)

Observasi

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui

Terapeutik

- 1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- 2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesui kesepakatan
- 3) Berikan kesempatan untuk bertanya
- 4) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui
- 5) Libatkan sistem pendukung

Edukasi

- 1) Berikan konseling menyusui
- 2) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi
- 3) Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan
- 4) Ajarkan perawatan payudara anterpartum dengan mengkompres dengan kapas yang telah diberi minyak kelapa
- 5) Ajarkan perawatan payudara postpartum

1. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka insisi (D.0142)

Definisi : beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

Penyebab :

- 1) Penyakit kronis
- 2) Efek prosedur invasif
- 3) Malnutrisi
- 4) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- 5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
 - a) Gangguan peristaltik
 - b) Kerusakan integritas kulit

- c) Kerusakan sekresi pH
 - d) Penurunan kerja siliaris
 - e) Ketuban pecah lama
 - f) Ketuban pecah sebelum waktunya
 - g) Merokok
 - h) Statis cairan tubuh
- 6) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh skeunder
- a) Penurunan hemoglobin
 - b) Imunosupresi
 - c) Leukopenia
 - d) Supresi respon inflamasi
 - e) Vaksinansi tidak adekuat

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun. Dengan kriteria hasil (L.14137) :

- 1) Kemerahan menurun
- 2) Nyeri menurun bengkak menurun
- 3) Kadar sel darah putih membaik

Intervensi keperawatan resiko infeksi

Manajemen imunisasi/vaksinasi (I.14539)

Observasi

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik

- 1) Batasi jumlah pengunjung

- 2) Berikan perawatan kulit pada area edema
- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi

Edukasi

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 2) Ajarkan mencuci tangan dengan benar
- 3) Ajarkan etik batuk
- 4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- 5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- 6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pembeiran imunisasi, *jika perlu*
- m. Resiko cedera pada janin berhubungan dengan kebutuhan nutrisi janin yang tidak terpenuhi (D.0138)

Definisi : beresiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik pada janin selama proses kehamilan dan persalinan

Penyebab :

- 1) Besarnya ukuran janin
- 2) Malposisi janin
- 3) Induksi persalinan
- 4) Persalinan lama kala I,II, dan III
- 5) Disfungsi uterus

- 6) Kecemasan yang berlebihan tentang proses persalinan
 - 7) Riwayat persalinan sebelumnya
 - 8) Usia ibu (<15 tahun atau >35 tahun)
 - 9) Peritas banyak
 - 10) Efek metode /intervensi bedah selama persalinan
 - 11) Nyeri pada abdomen
 - 12) Nyeri pada jalan lahir
 - 13) Penggunaan alat bantu persalinan
 - 14) Kelelahan
 - 15) Merokok
 - 16) Efek agen farmakologis
 - 17) Pengaruh budaya
 - 18) Pola makan yang tidak sehat
 - 19) Faktor ekonomi
 - 20) Konsumsi alkohol
 - 21) Terpapar agen teratogen
- Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat cedera menurun. Dengan kriteria hasil (L.14136)
- 1) Toleransi aktifitas meningkat
 - 2) Nafsu makan meningkat
 - 3) Toleransi makanan meningkat
 - 4) Kejadian cedera menurun
 - 5) Luka/lecet menurun

- 6) Ketegangan otot menurun
- 7) Perdarahan menurun
- 8) Tekanan darah membaik
- 9) Frekuensi nadi membaik
- 10) Frekuensi napas membaik

Intervensi resiko cedera pada janin

Pemantauan denyut jantung bayi (I.02056)

Observasi

- 1) Identifikasi status obstretik
- 2) Identifikasi riwayat obstretik
- 3) Identifikasi adanya penggunaan obat, diet dan merokok
- 4) Identifikasi pemeriksaan kehamilan sebelumnya
- 5) Periksa denyut jantung janin selama 1menit
- 6) Monitor denyut jantung janin
- 7) Monitor tand avital ibu

Terapeutik

- 1) Atur posisi pasien
- 2) Lakukan *manuver leopold* untuk menentukan posisi janin

Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- 2) Informasikan hasil pemantauan, *jika perlu*

7. Implementasi Keperawatan

Menurut (Nursalam, 2009), penatalaksanaan merupakan kegiatan berupa rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Tahap implementasi di mulai setelah rencana intervensi di susun dan di tunjukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang di harapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik di laksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang memengaruhi masalah kesehatan klien.

8. Evaluasi Keperawatan

Menurut (Nursalam, 2009), Evaluasi adalah kegiatan penilaian hasil untuk melihat proses keperawatan yang menjadi tolak ukur suatu keberhasilan diagnosis keperawatan, rencana intervensi, dan implementasinya. Tahap evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor “kealpaan” yang terjadi selama tahap pengkajian, analisis, perencanaan, dan implementasi intervensi.

Evaluasi dilengkapi dengan Subjective (Subjektif) atau perkembangan keadaan dari pasien. Objective (Objektif) atau perkembangan yang bisa diamati. Assesment (Penilaian) atau data yang ditulis, contoh: teratasi atau belum, membaik atau menurun. Dan Planning (Perencanaan) atau rencana program tindakan selanjutnya.

E. Metodologi Penelitian

1. Jenis, Rancangan, Penelitian dan Pendekatan

Jenis Rancangan penelitian ini menggunakan metode studi kasus yang berfokus pada pemahaman mendalam mengenai asuhan keperawatan maternitas dengan fokus intervensi mobilisasi dini pada ibu *post sectio caesarea* hari ke-1 untuk meningkatkan kemandirian dan mempercepat kesembuhan luka operasi, yang bertujuan untuk mendapatkan pemahaman mendalam dan rinci dengan langkah-langkah meliputi pemilihan kasus, pengumpulan data melalui proses keperawatan untuk mendapatkan data primer dan sekunder pada kasus, analisa data, pelaporan temuan serta refleksi dan implikasi. Rancangan yang digunakan dalam penelitian karta tulis ilmiah ini yaitu studi kasus.

Studi kasus merupakan studi dengan cara meneliti satu permasalahan melalui unit kasus yang terdiri dari satu atau beberapa responden. Karya tulis ini menggambarkan studi kasus tentang asuhan keperawatan maternitas dengan fokus intervensi mobilisasi dini pada ibu post sc hari pertama dengan indikasi preeklamsia. Pendekatan penelitian studi kasus dengan menerapkan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan (Zahroh, 2021).

2. Subjek Penelitian

Subjek penelitian ini adalah pasien melahirkan dengan *post sectio caesaera* (SC) indikasi preeklamsia hari pertama.

3. Waktu dan Tempat

Peneliti berencana akan melakukan penelitian di RSUD Dr.R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi pada bulan Maret 2024.

4. Fokus Studi

Penelitian Karya Tulis Ilmiah ini berfokus pada pengelolaan asuhan keperawatan maternitas dengan fokus intervensi mobilisasi dini pada ibu post SC hari pertama dengan indikasi preeklamsia.

5. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian ini yaitu peralatan atau fasilitas dalam memudahkan pekerjaan dan untuk mencapai hasil baik saat mengumpulkan data oleh peneliti. Instrumen yang digunakan dalam Karya Tulis Ilmiah ini yaitu format pengkajian.

6. Metode Pengumpulan Data

Metode pengambilan data yang dipakai adalah data primer, sekunder, dan tersier. Data primer diperoleh dari pasien, data sekunder diperoleh dari pihak lain misalnya keluarga dan data penunjang sedangkan data tersier yang diperoleh dari hasil pemeriksaan terdahulu atau ringkasan perjalanan penyakit pasien.

Pengambilan data dalam karya tulis ilmiah ini menggunakan metode sebagai berikut :

- a) Wawancara, yaitu kegiatan bertanya secara langsung kepada responden yang diteliti dengan instrumen yang dapat digunakan berupa pedoman wawancara, daftar periksa atau check list.

- b) Observasi, yaitu pengamatan secara langsung pada responden untuk mengetahui perubahan atau hal-hal yang akan diteliti dengan instrumen yang dapat digunakan berupa lembar observasi dan panduan pengamatan.
- c) Studi dokumen atau teks, yaitu pengkajian dari dokumen tertulis seperti buku teks, majalah, surat kabar, surat-surat, laporan dinas, dan catatan kasus.

7. Etika Penelitian

Etika penelitian merupakan hal wajib yang dilakukan oleh peneliti untuk melindungi hak-hak calon responden yang akan menjadi bagian dari penelitian. Ada 3 jenis etika penelitian yang harus diperhatikan oleh peneliti, antara lain :

a) Informed Consent

Merupakan persetujuan responden untuk ikut serta sebagai bagian dalam penelitian. Lembar persetujuan ini bertujuan agar responden mengetahui maksud tujuan dari penelitian, maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak-haknya sebagai responden.

b) Anonymity

Merupakan bentuk menjaga kerahasiaan responden dengan cara tidak mencantumkan identitas responden secara lengkap mulai dari nama responden, nomor CM, alamat responden, dan lain

sebagainya tetapi peneliti akan memberikan inisial responden yang menunjukkan identitas dari responden tersebut.

c) *Confidentiality*

Merupakan sebuah usaha untuk menjaga kerahasiaan informasi responden yang telah diberikan. Cara ini dilakukan dengan cara menyimpan dalam bentuk file. Selain itu, data yang berbentuk hardcopy (laporan asuhan keperawatan) akan di simpan di ruang rekam medis rumah sakit atau di simpan dalam bentuk dokumen oleh peneliti.