

### BAB III

## LAPORAN KASUS DAN HASIL

### A. Laporan Asuhan Keperawatan

#### 1. Pengkajian

**Tabel 3.1 Hasil Anamnesis Biodata dan Riwayat Kesehatan  
Pasien Kala I Fase Laten dengan *Oligohidramnion***

Identitas Pasien	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Ny. D	Ny. I
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan
Umur	22 tahun	19 Tahun
Status Perkawinan	Kawin	Kawin
Pekerjaan	Pegawai Swasta	Ibu Rumah Tangga
Agama	Islam	Islam
Pendidikan Terakhir	SMA	SMA
Alamat	Kab. Bandung	Kab. Bandung
Diagnosa Medis	G1P0A0 Parturient 40 – 41 Minggu Kala I Fase Laten + Oligohidramnion	G1P0A0 40-41 Mg Kala I Fase Laten dengan Oligohidramnion
Nomor Register	205950	206723
Mrs/Tgl. Pengkajian	10-10-2022 jam 16.30/ 10-10-2022 jam 19.00 Tanggal Operasi SC: 11 Oktober 2022 Jam 08.00 WIB	24 Oktober 2022 jam 15.00/ 24 Oktober 2022 jam 15.30
Keluhan Utama	Pasien mengeluh nyeri perut	Pasien mengeluh nyeri perut
Riwayat Penyakit Sekarang	Pada tanggal 10 Oktober 2022 pukul 05.00 WIB, pasien mengatakan bahwa dirinya mengalami pendarahan di jalan lahir, juga merasakan keluarnya cairan dari jalan lahir. Kemudian pasien dibawa oleh suami untuk memeriksakan diri ke klinik kandungan. Setelah di USG, dokter menyatakan bahwa pasien mengalami oligohidramnion atau keadaan dimana cairan	Pada tanggal 24 oktober 2022, pasien, mengeluh mules sejak jam 2 siang, mules yang dirasakan masih jarang. Kemudian pasien memeriksakan diri ke klinik kandungan untuk dilakukan USG. Hasil USG menunjukkan; janin tunggal hidup, letak kepala, usia kehamilan 40-41 mg, plasenta normal, oligohidramnion, laki-laki 2900 gr. Dokter menyarankan agar pasien dirujuk ke RSUD Cicalengka untuk dilakukan observasi. Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 24 Oktober 2022 pukul 15.30 WIB pasien mengeluh nyeri/mulas pada

Identitas Pasien	Pasien 1	Pasien 2
	<p>ketuban kurang dari 500 cc. setelah itu, dokter merujuk pasien ke RSUD Cicalengka untuk menjalani perawatan. Pada saat dikaji pukul 19.00, pasien mengekuk nyeri perut. Nyeri dirasakan ketika pasien mengalami kontraksi, diawali dengan rasa mulas. Nyeri menjalar hingga ke punggung. Skala nyeri 4/10. Nyeri dirasakan hilang timbul. Nyeri yang dirasakan seperti mules BAB. Durasi nyeri <math>\pm</math> 3 menit, pasien tampak meringis. Pasien mengatakan cemas karena saat ini pasien belum kunjung melahirkan, pembukaan belum bertambah, padahal usia kandungannya sudah 40 – 41 minggu. Pasien juga mengatakan takut terjadi hal – hal yang tidak diinginkan kepada bayinya karena air ketubannya sedikit. Pasien mengatakan takut jika dirinya harus menjalani operasi sectio caesaria. Pasien bertanya kepada perawat mengenai prosedur SC.</p>	<p>perut akibat kontraksi, nyeri hanya dirasakan pada area perut saja dengan skala nyeri 5/10. Nyeri kontraksi yang dirasakan seperti mules akan bab dan dirasakan lebih sering dibandingkan dengan jam 14:00. Durasi nyeri <math>\pm</math> 5 menit. Pasien tampak meringis saat kontraksi dirasakan. Pasien tampak berubah posisi menjadi tidur menghadap ke kiri saat nyeri muncul. Pasien mengatakan ini adalah kehamilan pertamanya. Pasien mengatakan merasa cemas menghadapi persalinan karena belum pernah melahirkan</p>
Riwayat Kesehatan Dahulu	<p>Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit kronis hipertensi, asma, diabetes mellitus, jantung dan penyakit menular seperti TB, hepatitis dan HIV. Pasien mengatakan belum pernah dirawat di RS. Pasien mengatakan belum pernah dilakukan tindakan operasi sebelumnya. Tidak memiliki alergi obat ataupun makanan. Pasien tidak memiliki kebiasaan merokok, minum kopi dan minum alkohol. Pasien mengatakan pernah</p>	<p>Riwayat penyakit infeksi pada area saluran kemih dan kandungan disangkal. Riwayat penyakit menular seperti TBC, penyakit kuning, HIV disangkal. Pasien tidak memiliki riwayat alergi baik makanan maupun obat</p>

Identitas Pasien	Pasien 1	Pasien 2																														
	sakit gigi dan menjalani pengobatan ke dokter gigi, saat trimester pertama kehamilan.																															
Riwayat Kesehatan Keluarga	Pasien mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit menurun (seperti hipertensi, kanker, DM), penyakit menahun seperti jantung, penyakit menular (seperti TBC, hepatitis) dan tidak memiliki riwayat kehamilan kembar.	Pasien anak ke-1 dari tiga bersaudara, mengatakan tidak ada riwayat sakit asma, jantung, ginjal, hipertensi, DM dan penyakit infeksi lainnya pada keluarga pasien.																														
Riwayat Obstetri Dan Ginekologi	Kehamila saat ini merupakan kehamilan pertama pasien	Kehamila saat ini merupakan kehamilan pertama pasien																														
Riwayat Kehamilan Saat Ini	Pasien mengatakan lupa akan HPHT nya. Pergerakan bayi dirasakan sejak usia kehamilan 5 bulan, Pasien mengatakan sudah di suntik TT sebelum menikah. Saat hamil pasien tidak pernah mensapatkan imunisasi apapun. ANC dilakukan teratur di bidan. Pasien rutin mengkonsumsi vitamin penambah darah dan asam folat selama kehamilan. BB sebelum hamil 58 kg dan BB saat ini 79 kg. Pasien sempat menjalani USG 2 kali, saat usia kehamilan 38 minggu dan saat sebelum masuk RS. Taksiran Persalinan 08 Oktober 2022. Usia Kehamilan Usia kehamilan menurut perhitungan dengan HPHT dan tanggal pengkajian 40 minggu Berdasarkan TFU $8/7 \times 35 \text{ cm} = 40 \text{ Minggu}$	<p>Pasien merasa hamil 9 bulan, control rutin ke bidan, pergerakan janin dirasakan sejak kehamilan memasuki usia 4 bulan dan semakin aktif pada bulan ke7 hingga 9. HPHT: 15 Januari 2022, TFU : 32 cm Taksiran usia kehamilan berdasarkan HPHT</p> <p><b>Usia Kehamilan</b></p> $= \text{Tanggal Periksa} - \text{HPHT} \times 4 \frac{1}{3}$ <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">24</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: right;">10</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: right;">2022</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">15</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: right;">01</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: right;">2022</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">9</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: right;">9</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">↓ 1 mg 2 hari</p> <p><b>Usia Kehamilan</b></p> $= (9 \times 4) + (9 \times \frac{1}{3})$ <p><b>Usia Kehamilan = 36 + 3 = 39</b> Usia kehamilan = 40 minggu 2 hari Taksiran Partus TP = Tanggal + 7, Bulan + 9</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">15</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: right;">01</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: right;">2022</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">7</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: right;">9</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: right;">2022</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">08</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: right;">10</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> </table> <p>= 08 Oktober 2022</p>	24	-	10	-	2022	15	-	01	-	2022	9	-	9	-	0	15	-	01	-	2022	7	-	9	-	2022	08	-	10	-	0
24	-	10	-	2022																												
15	-	01	-	2022																												
9	-	9	-	0																												
15	-	01	-	2022																												
7	-	9	-	2022																												
08	-	10	-	0																												
Riwayat Ginekologi	Pasien mengatakan pertama kali haid usia 13 tahun, siklus teratur setiap bulan. Pasien mengatakan dalam satu	Pasien menstruasi untuk yang pertama kalinya (menarcho) pada usia 12 tahun, lama menstruasi 5 hari, terdapat																														

Identitas Pasien	Pasien 1	Pasien 2
	pasien mengganti pembalut 2-3x sehari terutama pada hari pertama dan kedua haid. Pasien selalu mengalami nyeri pada saat haid. Lamanya Haid, 6-7 hari warna darah merah. Pasien tidak ingat HPHT	keluhan nyeri menjelang menstruasi, HPHT 15 Januari 2022
Riwayat KB	Sebelum hamil pasien mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi	Pasien pernah menggunakan jenis alat kontrasepsi berupa suntik/3 bulan selama 1 tahun, memilih KB di tahun pernikahan awal karena merasa masih belum siap untuk hamil. Keluhan yang dirasakan selama menggunakan KB suntik yaitu merasa bertambah berat badan. Setelah persalinan yang sekarang pasien berencana kembali berKB namun dengan menggunakan jenis IUD sesuai arahan dari bidan sebelumnya.
Riwayat pernikahan	Ini merupakan pernikahan pertama baik bagi pasien maupun bagi suaminya, pasien menikah pada tahun 2020, usia pernikahan sekitar 2 tahun	Pasien menikah pada usia 19 tahun terhadap suaminya yang berusia 24 tahun, merupakan pernikahan yang pertama, usia pernikahan 2 tahun
Riwayat Persalinan saat ini	Jenis persalinan: SC Berdasarkan laporan operasi, pasien menjalani prosedur SC pada tanggal 11 Oktober 2022 pukul 08.00 WIB. Dilakukan pembedahan j=dengan jenis anestesi spinal. Bayi lahir perempuan pukul 08.30 dengan berat 3600 gr, Apgar score 1 menit pertama: 5, 5menit kedua: 9. Diberikan oksitosin 5 IU pada pukul 08.03. kontraksi uterus kuat, placenta lahir dengan utuh. Pendarahan 300 cc, tidak ada kassa yang tertinggal di abdomen. Luka pada lapisan luar dijahit secara subkutikuler. Pasien keluar dari kamar operasi pukul 08.50, dilakukan observasi di ruang recovery	Jenis persalinan: Spontan Bayi lahir pukul 22.50, Ketuban meconium. Jenis kelamin laki – laki. Apgar Score: 7/9, cek bayi kedua tidak ada, placenta lahir spontan, lengkap. BB bayi: 3175 pasien diberikan oksitosin 5 IU. Kontraksi uterus baik (keras). Placenta lengkap. Dilakukan episiotomy. Luka episiotomy grade II. Dilakukan hecting perineum.

Identitas Pasien	Pasien 1	Pasien 2
	room selama 2 jam. Pasien pindah ke ruang nifas pukul 11.00 WIB.	

**Tabel 3.2 Hasil observasi dan pemeriksaan fisik pada pasien dengan fase laten kala 1 dengan oligohidramnion**

Observasi dan pemeriksaan fisik	Pasien 1	Pasien 2
Keadaan Umum	Baik	Baik
Kesadaran	Compos mentis	Compos mentis
Pemeriksaan TTV	TD : 120/100 mmhg N: 100x/menit reguler, amplitudo normal dapat terdeteksi dengan mudah. S: 36,6°C R: 22x/ menit suara vesikuler, irama teratur BB : 79 kg BB sebelum hamil : 58 kg TB : 158 cm SpO2 : 98%	TD: 110/80 mmHg N: 76x/menit regular, amplitude normal dapat terdeteksi dengan mudah. S: 36,5°C R: 20x/menit, suara vesikuler, irama teratur BB: 68 kg BB sebelum hamil: 55 kg TB: 155 cm SpO2: 99%
Kenyamanan/Nyeri	Pasien mengeluh nyeri perut. Nyeri dirasakan ketika pasien mengalami kontraksi, diawali dengan rasa mulas. Nyeri menjalar hingga ke punggung. Nyeri yang dirasakan seperti mules BAB. Skala nyeri 4/10. Nyeri dirasakan hilang timbul. Durasi nyeri ± 3 menit. Pasien tampak meringis saat nyeri muncul.	Pasien mengeluh nyeri/mulas pada perut akibat kontraksi, nyeri hanya dirasakan pada area perut saja dengan skala nyeri 5/10. Nyeri kontraksi yang dirasakan seperti mules akan BAB. Pasien tampak meringis saat kontraksi dirasakan. Pasien tampak berubah posisi menjadi tidur menghadap ke kiri saat nyeri muncul.
Sistem pernafasan	Bentuk dada simetris kiri-kanan, pengembangan dinding dada simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada otot bantu pernapasan, suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan	Bentuk dada simetris, pengembangan dan pergerakan dada simetris, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, pola nafas regular, suara napas vesikuler, tidak terdapat suara napas tambahan, pasien tidak terpasang alat bantu napas.
Sistem kardiovaskuler	Konjungtiva tidak anemis, tidak ada suara jantung	Konjungtiva tidak anemis, bunyi jantung reguler, tidak

Observasi dan pemeriksaan fisik	Pasien 1	Pasien 2
	tambahan, dullness pada batas jantung saat di perkusi, akral hangat, CRT kembali <3 detik, tidak ada sianosis, tidak terdapat distensi vena jugularis, Homan Sign (-)	terdapat suara jantung tambahan, akral hangat, CRT <3 detik. Tidak terdapat Oedema. Tidak terdapat distensi vena jugularis, Homan Sign (-)
Sistem pencernaan	Mukosa bibir lembab warna merah muda tidak tampak tanda anemis/pucat, tidak terdapat caries gigi, tidak terdapat kesulitan menelan, bising usus 9x/menit, tidak ada kesulitan BAB, riwayat haemoroid atau BAB berdarah disangkal.	Mukosa bibir lembab warna merah muda tidak tampak tanda anemis/pucat, tidak terdapat caries gigi, tidak terdapat kesulitan menelan, bising usus 8x/menit, tidak ada kesulitan BAB, riwayat haemoroid atau BAB berdarah disangkal.
Sistem perkemihan	Kantung kemih kosong, tidak ada kesulitan pada saat BAK, terakhir BAK pada saat sebelum pengkajian.	Kantung kemih kosong, tidak ada kesulitan pada saat BAK, terakhir BAK pada saat masuk IGD.
Sistem persarafan	Kesadaran pasien compos mentis GCS 15 E:4, M:6, dan V:5, fungsi panca indera normal, reflek patella (+)	Kesadaran pasien compos mentis GCS 15 E:4, M:6, dan V:5, fungsi panca indera normal, reflek patella (+)
Sistem endokrin	Tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid	Tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid
Sistem reproduksi	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mamae: Bentuk payudara simetris kiri dan kanan, warna sekitar areola hitam kecoklatan (Hiperpigmentasi), puting susu tampak bersih, menonjol, tidak ada massa atau benjolan, tidak ada nyeri tekan, belum keluar kolostrum.</li> <li>Uterus: Leopold I : Teraba bagian bulat, lunak, tidak melenting (bokong), TFU 35 cm. Leopold II : Teraba bagian keras memanjang disebelah kiri ibu. Leopold III : Teraba bagian bulat, keras, melenting (kepala) di symphysis, sudah tidak bisa digoyangkan. Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP 2/5. HIS 1x10'10"</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mamae: Payudara bersih dan simetris, tidak ada pembengkakan dan nyeri tekan. Puting bersih, menonjol, dan berwarna kehitaman, keluar sedikit ASI (kolostrum). Aerola mammae berwarna coklat gelap</li> <li>Uterus: Hasil pemeriksaan Leopold I: TFU 32 cm, pada bagian fundus teraba lunak bulat dan tidak melenting. Leopold II: Letak punggung di sebelah kiri Ibu, ekstremitas di sebelah kanan ibu. Leopold III: letak kepala Leopold IV: kepala sudah tidak bisa digerakan, kepala sudah masuk ke PAP 2/5 bagian. DJJ</li> </ol>

Observasi dan pemeriksaan fisik	Pasien 1	Pasien 2
	DJJ 148 – 145x/menit reguler 3. Vulva: Vulva dan vagina tidak terdapat varises dan pembengkakan, tidak tampak varises, terdapat pendarahan bercampur lendir. Pada saat pemeriksaan dalam, portio tebal lunak pembukaan 1 cm letak kepala	152x/mt reguler. HIS 2x10 <sup>7</sup> /10” 3. Vulva: Discharge vagina lendir (keputihan), bentuk simetris, tidak tampak varises, perineum utuh. Pemeriksaan Dalam portio tebal lunak, pembukaan 2 cm, ketuban utuh
Sistem muskuloskeletal	Ekstremitas hangat, tidak ada lesi, tidak ada kemerahan dan tidak terdapat gangguan mobilitas pada tangan. Kedua kuku kemerahan, tidak ada edema dan tidak ada varises. Kekuatan otot: $\frac{5}{5} \mid \frac{5}{5}$	Bentuk dan gerak simetris, tidak terdapat tanda tanda deformitas, rentang gerak bebas, kekuatan otot : $\frac{5}{5} \mid \frac{5}{5}$
Sistem integument	Kulit tampak lembab, turgor kulit normal kembali dalam <2 detik. terdapat cloasma gravidarum, terdapat linea nigra berwarna hitam, terdapat striae gravidarum	Kulit tampak lembab, turgor kulit normal kembali dalam <2 detik. terdapat cloasma gravidarum, terdapat linea nigra berwarna hitam, terdapat striae gravidarum

**Tabel 3.3. Hasil pengkajian psikososial spiritual**

Item pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
Pola pikir	Pasien mengatakan ini adalah kehamilan pertamanya yang sangat diharapkan oleh pasien dan suami.	Pasien mengatakan akan menjalani proses persalinan yang pertama, berharap dapat lahir dengan normal dan lancar
Persepsi diri	Pasien berharap proses persalinannya lancar dan bayi lahir dengan sehat. Pasien mengatakan saat ini pasien merasa cemas karena pasien belum kunjung melahirkan, pembukaan belum bertambah, padahal usia kandungannya sudah 40 – 41 minggu. Pasien juga mengatakan takut terjadi hal – hal yang tidak diinginkan kepada bayinya karena air	Pasien mengatakan akan melahirkan dan mengatakan merasa cemas menghadapi proses persalinan karena belum pernah melahirkan. Pasien tampak gugup dan bertanya kepada ibunya dan bidan tentang bagaimana proses persalianan

Item pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
	ketubannya sedikit. Pasien mengatakan takut jika dirinya harus menjalani operasi sectio caesaria.	
Gaya komunikasi	Pasien mampu berkomunikasi dengan kooperatif, dan mampu menyampaikan perasaannya dengan baik.	Pasien dan keluarga kooperatif, berkomunikasi dengan menggunakan Bahasa sunda
Gambaran diri	Pasien mengatakan tidak terganggu dengan perubahan fisiknya saat hamil	Pasien mengatakan tidak terganggu dengan perubahan fisiknya saat hamil
Peran diri	Pasien adalah seorang istri yang sedang hamil anak pertama	Pasien adalah seorang istri yang sedang hamil anak pertama
Ideal diri	Pasien mengatakan ingin cepat pulang ke rumah, menyusui bayinya dan memenuhi perannya sebagai seorang ibu	Pasien mengatakan ingin cepat pulang kerumah, mengenalkan bayi pertamanya pada seluruh keluarganya
Identitas diri	Pasien adalah seorang perempuan dan seorang ibu rumah tangga. Pasien mengatakan sudah siap menjadi seorang ibu.	Pasien adalah seorang perempuan dan seorang ibu rumah tangga dan sekarang sudah siap menjadi seorang ibu yang akan mengurus anak dan suaminya.
Harga diri	Pasien merasa senang dan bersyukur dengan kehamilannya saat ini.	Pasien merasa senang dan bersyukur dengan kehamilannya saat ini.
Pengkajian HARS	Skor: 23 (kecemasan sedang)	Skor: 22 (kecemasan sedang)
Pengkajian Spiritual	Pasien mengatakan bahwa bayi yang di kandungnya saat ini adalah titipan dari Allah SWT.	Pasien mengatakan bahwa anak yang di kandungnya saat ini adalah titipan dari Allah SWT.
Penerimaan Sakit	Pasien mengataka bersyukur diberi titipan oleh Allah SWT	Pasien mengataka bersyukur diberi titipan oleh Allah SWT
Dukungan Sosial	Pasien mengatakan sumber dukungannya adalah suami dan anak-anaknya	Pasien mengatakan sumber dukungannya adalah suami
Ibadah	Pasien mengatakan rutin ibadah sholat 5 waktu, berdoa dan berdzikir.	Pasien mengatakan rutin ibadah sholat 5 waktu, berdoa dan berdzikir.

**Tabel 3.4 Hasil pengkajian aktifitas sehari-hari (ADL)**

Item pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
Nutrisi	Diit nasi dari Instalasi Gizi RS, baru akan diberi diit jam makan sore. Pasien terakhir makan siang	Diit nasi dari Instalasi Gizi RS, sudah diberi diit jam makan siang menunggu jam makan sore.
Eliminasi	Pasien baru masuk RS, terakhir BAB dirumah tadi pagi sebelum berangkat ke RS. Pasien BAK sebelum pengkajian.	Pasien baru masuk RS, belum BAB. Pasien BAK sebelum pengkajian.
Cairan	Minum 8-9 gelas/hari, air putih dan susu gelas	Sehari 6-8 gelas, air putih, teh manis
Olahraga	Tidak dapat dinilai	Tidak dapat dinilai
Higienitas	Pasien mengatakan baru tiba di rs, terakhir mandi pagi hari, pasien tampak berkeringat, kulit lengket. Rambut bersih, kuku pendek, tampak bersih	Mandi : 2x/hari terakhir mandi pagi hari, pasien tampak sedikit berkeringat, kulit bersih, rambut tampak lepek. Kuku pendek, tampak bersih.
Istirahat tidur	Belum terkaji, pasien baru datang di RS	Belum terkaji, pasien baru datang di RS
Kebiasaan konsumsi obat-obatan/minuman keras	Tidak ada	Tidak ada
Kebiasaan merokok	Tidak ada	Tidak ada

Tabel 3.5 Hasil Pemeriksaan Penunjang

Jenis Pemeriksaan	Nilai Rujukan	Hasil			
		Pasien 1 (Ny.D) 10-10-2022	Keterangan	Pasien 2 (Ny.I) 24-10-2022	Keterangan
HEMATOLOGI - Hemoglobin - Hematokrit - Leukosit - Trombosit	P: 11,7 – 15,5 P: 35 – 47 % 3.600-11.000 sel/mm <sup>3</sup> 150.000-400.000 sel/mm <sup>3</sup>	11,1 g/dl 32% 14.400 sel/mm <sup>3</sup> 400.000 sel/mm <sup>3</sup>	Normal Normal Normal Normal	13,1 g/dl 38 % 12.800 sel/mm <sup>3</sup> 176.000 sel/mm <sup>3</sup>	Normal Normal Normal Normal
HITUNG JENIS - Basofil - Eosinofil - N. Batang - N. Segmen - Limfosit - Monosit	0-1 % 2-4 % 3-5% 50-70 % 25-40% 2 – 8%	0 % 14 % 0 % 74 % 16 % 9%	Normal Normal Normal Normal Normal Normal	0% 0% 0% 83% 12% 5%	Normal Normal Normal Normal Normal Normal
KIMIA - Gula darah Sewaktu - Ureum - Kreatinin	<160 mg/Dl <50 mg/Dl 0,4 – 0,7 mg/Dl	79 mg/Dl 14 mg/Dl 0,80 mg/Dl	Normal Normal Normal		
SEROLOGI/IMUNOLOGI - HbsAG - ANTI HCV - ANTI HIV HASIL TES R1 - SIFILIS	Negative Negative Non reaktif Negatif	Negative Negative Non reaktif Negatif	Normal Normal Normal Normal	Negative Negative Non Reaktif Negatif	Normal Normal Normal Normal
Anti gen SARS Cov2	Negative	Negative	Normal	Normal	Normal
USG		GA: 39 minggu 5 hari EFW: 3324 gr Tinggi cairan ketuban ±1,56 cm		GA: 40 minggu EFW: 3234 gr Oligohidramnion	
CTG		Terlampir		Terlampir	

Tabel 3.6 Therapy

Pasien 1				Pasien 2			
Nama Obat	Dosis	Rute Pemberian	Jam pemberian	Nama Obat	Dosis	Rute Pemberian	Jam pemberian
Oxytocin	5 IU titrasi naik	IV (drip dalam RL 500 cc)	Mulai jam 19.00 WIB	Misoprostol tablet	¼ tab/6 jam	PO	Dosis ke-1 jam 16
Cefotaxime	1 Gram	I.V	17.00 – 01.00 – 08.00				

## 2. Diagnosa Keperawatan

**Tabel 3.7 Diagnosa keperawatan pasien dengan fase laten kala 1 dengan  
*Oligohidramnion***

No	Pasien 1		Pasien 2	
	Hari/ tanggal ditemukan	Diagnosa keperawatan	Hari/ tanggal ditemukan	Diagnosa keperawatan
1	10/10/2022	<p>Nyeri melahirkan bd dilatasi serviks</p> <p>DS: Pasien mengeskuh nyeri perut. Nyeri dirasakan ketika pasien mengalami kontraksi, diawali dengan rasa mulas. Nyeri menjalar hingga ke punggung. Nyeri yang dirasakan seperti mules BAB. Skala nyeri 4/10. Nyeri dirasakan hilang timbul.</p> <p>DO: - Pada saat nyeri wajah pasien tampak meringis - TD : 120/100 mmhg - N: 100x/menit reguler, amplitudo normal dapat terdeteksi dengan mudah. - S: 36,6°C - R: 22x/ menit suara vesikuler, irama teratur - SpO2 : 98% - HIS 1x10'10" - Pembukaan 1 cm - Pasien mendapatka terapi oksitosin 5 unit drip dalam</p>	24/10/2022	<p>Nyeri melahirkan bd dilatasi serviks</p> <p>DS: Pasien mengeluh nyeri/mulas pada perut akibat kontraksi, nyeri hanya dirasakan pada area perut saja dengan skala nyeri 5 (0-10). Nyeri kontraksi yang dirasakan seperti mules akan BAB.</p> <p>DO: - Pasien tampak meringis saat kontaksi dirasakan. - Pasien tampak berubah posisi menjadi tidur menghadap ke kiri saat nyeri muncul. - TD: 110/80 mmHg - N: 76x/menit reguler, amplitudo normal dapat terdeteksi dengan mudah. - S: 36,5°C - R: 20x/menit, suara vesikuler, irama teratur - SpO2: 99% - HIS 2X10'10" - Pembukaan 2 cm - Pasien mendapatkan terapi misoprostol ¼ tablet per 6 jam P.O - Hasil pemeriksaan Leopold. Leopold I: TFU 32 cm, pada bagian fundus teraba</p>

		<p>RL 500cc 15 tpm titrasi naik</p> <p>- Hasil pemeriksaan manuver leopold:          Leopold I : Teraba bagian bulat, lunak, tidak melenting (bokong), TFU 35 cm. Leopold II : Teraba bagian keras memanjang disebelah kiri ibu. Leopold III : Teraba bagian bulat, keras, melenting (kepala) di simphysis, sudah tidak bisa digoyangkan.          Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP 2/5.          HIS 1x10'10"          DJJ 148 – 145x/menit reguler</p>		<p>lunak bulat dan tidak melenting. Leopold II: Letak punggung di sebelah kiri Ibu, ekstremitas di sebelah kanan ibu. Leopold III: letak kepala Leopold IV: kepala sudah tidak bisa digerakan, kepala sudah masuk ke PAP 2/5 bagian. DJJ 152x/mt reguler. HIS 2x10'/10"</p>
2	10/10/2022	<p>Risiko cedera janin b.d induksi persalinan</p> <p>DS:          Pasien mengatakan bahwa dirinya sempat mengalami pendarahan sebelum masuk ke rumah sakit.</p> <p>DO:          - Hasil USG menunjukkan tinggi cairan ketuban ±1,56 cm          - DJJ 146x/menit          - Terpasang infus RL 500 cc + oxytocin 5 IU</p>	24/10/2022	<p>Risiko cedera janin b.d induksi persalinan</p> <p>DS:          Pasien mengatakan mules dirasakan masih jarang.</p> <p>DO:          - DJJ 152x/mt          - Hasil USG menunjukkan adanya oligohidramnion          - Mendapatkan therapy misoprostol ¼ tab PO tiap 6 jam          - Hasil CTG: DJJ 130-140x/menit, variabilitas &gt;5, HIS sering, tapi tidak adekuat</p>

		<p>drip 20 tetes/menit titrasi naik.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasil CTG menunjukkan: His jarang dan tidak adekuat, baseline DJJ 148 – 145x/menit, variabilitas &gt;5</li> </ul>		
3	10/10/2022	<p>Ansietas b.d kurang terpapar informasi proses persalinan</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan cemas karena saat ini pasien belum kunjung melahirkan</li> <li>- Pasien mengatakan takut jika dirinya harus menjalani operasi sectio caesaria</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien bertanya mengenai prosedur SC</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- TD : 120/100 mmhg</li> <li>- N : 100x/menit reguler, amplitudo normal dapat terdeteksi dengan mudah.</li> <li>- S : 36,6°C</li> <li>- R : 22x/ menit</li> <li>- Usia kehamilan 40-41 minggu</li> <li>- Pasien direncanakan menjalani prosedur SC</li> <li>- Pasien</li> </ul>	24/10/2022	<p>Ansietas bd kurang terpapar informasi proses persalinan</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan merasa cemas menghadapi persalinan karena belum pernah melahirkan</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak gugup dan bertanya tentang proses persalinan</li> <li>- G1P0A0 Gravida 40-41 mg</li> <li>- TD: 110/80 mmHg</li> <li>- N: 76x/menit regular, amplitude normal dapat terdeteksi dengan mudah.</li> <li>- S: 36,5°C</li> <li>- R: 20x/menit, suara vesikuler, irama teratur</li> </ul>

		mengalami pendarahan		
4.	10 – 10 - 2022	<p>Resiko infeksi b.d ketuban pecah sebelum waktunya</p> <p><b>DS:</b> Pasien mengatakan bahwa sudah keluar cairan dari jalan lahir sejak pukul 05.00 WIB (11 jam SMRS)</p> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leukosit 14.400 sel/mm<sup>3</sup></li> <li>- Hasil USG menunjukkan tinggi cairan ketuban ±1,56 cm</li> <li>- Pasien tampak berkeringat, kulit lengket.</li> </ul>		

### 3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 3.8 Perencanaan Keperawatan

Diagnosa keperawatan (SDKI)	Standar Luaran (SLKI) Kriteria Hasil	Perencanaan (SIKI)	Rasional
<p>Nyeri melahirkan</p> <p>Pasien 1 (Ny.D)</p> <p>DS: Pasien mengeluh nyeri perut. Nyeri dirasakan ketika pasien mengalami kontraksi, diawali dengan rasa mulas. Nyeri menjalar hingga ke punggung. Nyeri yang dirasakan seperti mules BAB. Skala nyeri 4/10. Nyeri dirasakan hilang timbul.</p> <p>DO: - Pada saat nyeri wajah pasien tampak meringis - TD : 120/100 mmhg - N: 100x/menit reguler, amplitudo normal dapat terdeteksi dengan mudah. - S: 36,6°C - R: 22x/ menit suara vesikuler, irama teratur - SpO2 : 98% - Leopold I : Teraba bagian bulat, lunak, tidak melenting (bokong), TFU 35 cm. Lepold II : Teraba bagian keras memanjang disebelah kiri ibu. Leopold III : Teraba bagian</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x60 menit, tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dapat mengontrol nyeri</li> <li>- Ekspresi wajah meringis berkurang</li> <li>- Frekuensi nadi normal (60-80x/menit)</li> <li>Skala nyeri berkurang (2/10)</li> </ul>	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi skala nyeri, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>b. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (<i>Deep Back Massage</i>).</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ajarkan keluarga pasien untuk menggunakan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Intensitas nyeri menggambarkan progress kesehatan pasien. Intensitas nyeri yang meningkat memberikan dampak terhadap kualitas hidup (Atmantika et al., 2014; Fitri, 2012)</li> <li>b. Persepsi nyeri dipengaruhi oleh banyak factor. tingkat pengetahuan, keyakinan, budaya (Septiani &amp; Ruhyana, 2015; Wijaya, 2014)</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ibu yang di masase 20 menit setiap jam selama tahapan persalinan yang dilakukan oleh petugas kesehatan, keluarga pasien ataupun pasien itu sendiri akan lebih bebas dari rasa sakit, karena masase merangsang tubuh melepaskan senyawa endorphin (Annisa et al., 2019).</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pijatan atau usapan yang lembut dapat membuat ibu merasa nyaman dan rileks selama persalinan yang disebabkan karena tubuh</li> </ul>

Diagnosa keperawatan (SDKI)	Standar Luaran (SLKI) Kriteria Hasil	Perencanaan (SIKI)	Rasional
<p>bulat, keras, melenting (kepala) di symphysis, sudah tidak bisa digoyangkan. Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP 2/5. HIS 1x10'10" DJJ 148 – 145x/menit reguler</p> <p>Pasien 2 (Ny.I) DS: Pasien mengeluh nyeri/mulas pada perut akibat kontraksi, nyeri hanya dirasakan pada area perut saja dengan skala nyeri 5 (0-10). Nyeri kontraksi yang dirasakan seperti mules akan BAB.</p> <p>DO:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis saat kontraksi dirasakan.</li> <li>- Pasien tampak berubah posisi menjadi tidur menghadap ke kiri saat nyeri muncul.</li> <li>- TD: 110/80 mmHg</li> <li>- N: 76x/menit regular, amplitude normal dapat terdeteksi dengan mudah.</li> <li>- S: 36,5°C</li> <li>- R: 20x/menit, suara vesikuler, irama teratur</li> <li>- SpO2: 99%</li> <li>- Leopold I: TFU 32 cm, pada bagian fundus teraba lunak bulat</li> </ul> </p>		<p>nyeri dengan teknik <i>deep back massage</i> yaitu dengan cara memberikan masase di punggung selama 20 menit, dan ajarkan pasien melafadzkan doa nyeri “ ’Audzubillahi wa qudroatihi min syarri maa ajidu wa ukhadziru”</p>	<p>melepaskan hormon endorphin yang dapat menciptakan perasaan nyaman dan enak, endorphin juga sebagai pereda sakit yang alami (Rejeki et al., 2022a)</p>

Diagnosa keperawatan (SDKI)	Standar Luaran (SLKI) Kriteria Hasil	Perencanaan (SIKI)	Rasional
<p>dan tidak melenting. Leopold II: Letak punggung di sebelah kiri Ibu, ekstremitas di sebelah kanan ibu. Leopold III: letak kepala Leopold IV: kepala sudah tidak bisa digerakan, kepala sudah masuk ke PAP 2/5 bagian. DJJ 152x/mt regular. HIS 2x10'/10''</p>			
<p>Risiko cedera janin</p> <p>Pasien 1 (Ny.D) DS: Pasien mengatakan bahwa dirinya sempat mengalami pendarahan sebelum masuk ke rumah sakit.</p> <p>DO: - Hasil USG menunjukkan tinggi cairan ketuban <math>\pm 1,56</math> cm - DJJ 146x/menit - Terpasang infus RL 500 cc + oxytocin 5 IU drip 20 tetes/menit titrasi naik. - Hasil CTG menunjukkan: His jarang dan tidak adekuat, baseline DJJ 148 – 145x/menit, variabilitas &gt;5</p> <p>Pasien 2 (Ny.I) DS:</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 4x60 menit, tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DJJ normal 120-160 x/mt</li> <li>- Gerakan janin 10x dalam 2 jam</li> </ul>	<p>Pemantauan DJJ Pengukuran Gerakan Janin Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi riwayat obstetrik</li> <li>b. Identifikasi adanya penggunaan obat, diet dan merokok</li> <li>c. Periksa DJJ selama 1 menit</li> <li>d. Monitor gerakan janin selama 12 jam</li> </ul> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Lakukan manuver leopold untuk menentukan letak janin</li> </ul>	<p>Pemantauan DJJ Pengukuran Gerakan Janin Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengetahui riwayat kehamilan pasien</li> <li>b. Mengetahui riwayat pengibatan ibu</li> <li>c. Untuk membantu mendeteksi perubahan pola detak jantung pada bayi</li> <li>d. Merupakan upaya untuk memantau kesejahteraan janinnya, secara tidak langsung sebagai upaya menurunkan angka kematian perinatal.</li> </ul> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Untuk menentukan posisi dan letak janin pada uterus, dapat juga berguna untuk memastikan usia kehamilan ibu</li> </ul>

Diagnosa keperawatan (SDKI)	Standar Luaran (SLKI) Kriteria Hasil	Perencanaan (SIKI)	Rasional
<p>Pasien mengatakan mules dirasakan masih jarang.</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DJJ 152x/mt</li> <li>- Hasil USG menunjukkan adanya oligohidramnion</li> <li>- Mendapatkan therapy misoprostol ¼ tab PO tiap 6 jam</li> <li>- Hasil CTG: DJJ 130-140x/menit, variabilitas &gt;5, HIS sering, tapi tidak adekuat</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Hitung dan catat gerakan janin minimal 10 kali gerakan dalam 12 jam. Lakukan dengan cara ibu mirirng ke kiri kemudian tempelkan tangan di perut dan rasakan gerakan janin sambil menghitungnya kemudian catat. Lakukan setiap 5-6 jam atau 3 kali sehari setelah makan</li> <li>c. Lakukan pemeriksaan CTG selama 20 menit setiap 8 jam</li> <li>d. Berikan oksigen 3 liter/menit jika gerakan janin belum mencapai 10x dalam 12 jam</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ajarkan ibu untuk menghitung gerakan janin dengan cara ibu mirirng ke kiri kemudian tempelkan tangan di perut dan rasakan gerakan janin sambil menghitungnya kemudian catat. Lakukan setiap 5-6 jam atau 3 kali sehari setelah makan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Pergerakan janin yang berkurang menandakan kondisi bahaya pada janin</li> <li>c. untuk mengetahui frekuensi dan keteraturan dan denyut jantung janin dan kontraksi rahim ibu</li> <li>d. untuk meencukupi pasokan oksigen pada bayi</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. agar ibu dapat menghitung gerakan janin sehingga membantu perawat untuk mengobservasi tanda – tanda kegawatan pada janin</li> <li>b. Agar janin memdapatkan oksigen secara optimal dengan</li> </ul>

Diagnosa keperawatan (SDKI)	Standar Luaran (SLKI) Kriteria Hasil	Perencanaan (SIKI)	Rasional
		b. Anjurkan posisi miring kiri saat menghitung gerakan Janina c. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan DJJ dan gerakan janin d. Informasikan hasil pemantauan	meningkatkan sirkulasi fetomaternal c. <i>Informed consent</i> penting dilakukan karena setiap pasien berhak mengetahui manfaat dan risiko dari setiap tindakan yang akan dijalannya d. Memberikan informasi mengenai perkembangan janin pada pasien
<b>Ansietas</b>  <b>Pasien 1 (Ny.D)</b> <b>DS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan cemas karena saat ini pasien belum kunjung melahirkan</li> <li>- Pasien mengatakan takut jika dirinya harus menjalani operasi sectio caesaria</li> </ul> <b>DO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien bertanya mengenai prosedur SC</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- TD : 120/100 mmhg</li> <li>- N : 100x/menit reguler, amplitudo normal dapat terdeteksi dengan mudah.</li> <li>- S : 36,6°C</li> </ul>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x60 menit, tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tidak terlalu cemas</li> <li>- Pasien tampak tenang</li> <li>- Nadi dalam rentang normal (60-100x/menit)</li> </ul>	<b>Reduksi Ansietas</b> <b>Observasi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah, kemampuan mengambil keputusan, dan monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal)</li> </ul> Terapeutik	<b>Observasi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pengkajian karakteristik ansietas dapat menentukan intervensinya. Kepuasan pasien dapat tercapai apabila petugas/perawat mampu memperlihatkan sikap peduli kepada pasien. Dalam bersikap peduli, perawat harus memiliki empati dalam menangani pasien. Ketika seorang perawat memberikan pelayanan dengan empati yang baik dalam hal ini, memberikan kata-kata yang lembut, sentuhan, memberikan harapan, dan selalu disamping pasien.(Hayuningsih &amp; Mutika, 2018)</li> </ul> Terapeutik

Diagnosa keperawatan (SDKI)	Standar Luaran (SLKI) Kriteria Hasil	Perencanaan (SIKI)	Rasional
<ul style="list-style-type: none"> <li>- R : 22x/ menit</li> <li>- Usia kehamilan 40-41 minggu</li> <li>- Pasien direncanakan menjalani prosedur SC</li> <li>- Pasien mengalami pendarahan</li> </ul> <p>Pasien 2 (Ny.I)</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan merasa cemas menghadapi persalinan karena belum pernah melahirkan</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak gugup dan bertanya tentang proses persalinan G1POA0 Gravida 40-41 mg</li> <li>- TD: 110/80 mmHg</li> <li>- N: 76x/menit regular, amplitude normal dapat terdeteksi dengan mudah.</li> <li>- S: 36,5°C</li> <li>- R: 20x/menit, suara vesikuler, irama teratur</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Bina hubungan saling percaya dengan pasien</li> <li>b. Libatkan keluarga untuk menemani pasien sebagai upaya untuk mengurangi ansietas</li> <li>c. Dengarkan setiap keluhan pasien dengan penuh perhatian. Lakukan dengan cara duduk berhadapan dengan pasien, posisi perawat ±60 cm dari pasien, menatap mata pasien dengan ramah dan tidak memberikan tatapan yang mengintimidasi pasien.</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Informasikan secara factual mengenai oligohidramnion (tindakan dan pengobatan), serta prosedur SC</li> <li>b. Latih tehnik relaksasi nafas dalam, dengan cara ambil nafas melalui hidung, tahan selama 5-10 detik, kemudian hembuskan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menumbuhkan rasa kepercayaan pasien</li> <li>b. Tidak membiarkan pasien sendiri akan menurunkan kecemasan</li> <li>c. Menumbuhkan rasa kepercayaan pasien terhadap perawat untuk mempermudah intervensi yang akan diberikan</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Informasikan mengenai penyakit yang diderita pasien beserta tujuan dari tindakan apa saja yang akan dilakukan oleh tenaga medis untuk menangani sakit yang diderita pasien</li> <li>b. Relaksasi nafas dalam dapat mengurangi kecemasan</li> </ul>

Diagnosa keperawatan (SDKI)	Standar Luaran (SLKI) Kriteria Hasil	Perencanaan (SIKI)	Rasional
		<p>melalui mulut secara perlahan-lahan</p> <p>c. Latih tehnik relaksasi dzikir dengan melafadzkan “Astagfirullahal’adzim, Subhanallah, Alhamdulillah, Allahu Akbar, Laailahailallah”</p>	<p>c. Dalam jurnal Islamika, (Niko, 2018) Terapi dzikir dapat memberikan pengaruh positif berupa perasaan optimisme, kelapangan dada, lebih bisa menguasai diri, serta perasaan tenang dan rileks. Oleh sebab itu, dzikir mampu membantu untuk kecemasan</p>
<p>Resiko Infeksi b.d ketuban pecah sebelum waktunya Pasien 1 (Ny.D) DS: Pasien mengatakan bahwa sudah keluar cairan dari jalan lahir sejak pukul 05.00 WIB (8 jam SMRS)</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leukosit 14.400 sel/mm<sup>3</sup></li> <li>- Hasil USG menunjukkan tinggi cairan ketuban ±1,56 cm</li> <li>- Pasien tampak berkeringat, kulit lengket.</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat infeksi menurun. Dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leukosit dalam rentang normal (3.600 – 11.000 sel/mm<sup>3</sup>)</li> <li>- Kulit pasien bersih</li> </ul>	<p>Pencegahan Infeksi Perawatan Kehamilan Resiko Tinggi Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi riwayat obsetris</li> <li>b. Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ul> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.</li> <li>b. Diskusikan persiapan persalinan dan kelahiran</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Informasikan kemungkinan intervensi</li> </ul>	<p>Perawatan Kehamilan Resiko Tinggi Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Untuk mengetahui riwayat penyulit kehamilan, agar intervensi yang dilakukan tepat</li> <li>b. Untuk mencegah terjadinya infeksi</li> </ul> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mencuci tangan dapat meminimalisir dan mencegah infeksi nosocomial.</li> <li>b. Mengurangi kecemasan ibu menghadapi proses persalinan dan kelahiran</li> </ul> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengurangi kecemasan ibu menghadapi proses persalinan dan kelahiran</li> </ul>

Diagnosa keperawatan (SDKI)	Standar Luaran (SLKI) Kriteria Hasil	Perencanaan (SIKI)	Rasional
		<p>selama proses kelahiran (induksi, perawatan SC)</p> <p>b. Anjurkan melakukan perawatan diri untuk mencegah infeksi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi dengan spesialis jika ditemukan tanda dan bahaya kehamilan</p> <p>b. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antibiotic cefotaxime 2x1 gr. IV</p>	<p>b. Personal hygiene yang baik dapat mengurangi resiko infeksi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Mencegah terjadinya cedera pada ibu dan janin</p> <p>b. Antibiotik profilaksis terbukti mengurangi infeksi dan dianjurkan untuk diberikan pada tindakan dengan infeksi risiko yang tinggi seperti pada infeksi bersih-terkontaminasi dan terkontaminasi (Vitaloka et al., 2021)</p>

#### 4. Implementasi

Tabel 3.9 Implementasi Keperawatan

Hari/ Tgl	Waktu	DX	Implementasi dan evaluasi pasien 1		Hari/ Tgl	Waktu	DX	Implementasi dan evaluasi pasien 1	
			Implementasi	Evaluasi				Implementasi	Evaluasi
Kamis/ 10-10-22	19.15	3	1. Mendengarkan setiap keluhan pasien dengan penuh perhatian. Lakukan dengan cara duduk berhadapan dengan pasien, posisi perawat ±60 cm dari pasien, menatap mata pasien dengan ramah dan tidak memberikan tatapan yang mengintimidasi pasien.	1. Pasien dapat menceritakan keluhannya	Kamis/ 24-10-22	15.30	3	1. Mendengarkan setiap keluhan pasien dengan penuh perhatian. Lakukan dengan cara duduk berhadapan dengan pasien, posisi perawat ±60 cm dari pasien, menatap mata pasien dengan ramah dan tidak memberikan tatapan yang mengintimidasi pasien	1. Pasien dapat menceritakan keluhannya
	19.20	3	2. Memberikan informasi mengenai oligohidramnion (tindakan dan pengobatan), serta prosedur SC	2. Pasien dapat menjelaskan kembali mengenai oligohidramnion (tindakan dan pengobatan), serta prosedur SC		15.45	3	2. Memberikan informasi mengenai oligohidramnion dan proses persalinan	2. Pasien dapat menjelaskan kembali mengenai oligohidramnion dan proses persalinan
	19.25	3	3. Melatih teknik relaksasi nafas dalam, dengan cara ambil nafas melalui hidung, tahan selama 5-10 detik, kemudian hembuskan melalui	3. Pasien melakukan tehnik relaksasi nafas dalam, dengan cara ambil nafas melalui hidung, tahan selama 5-10 detik, kemudian hembuskan melalui		16.00	3	3. Melatih teknik relaksasi nafas dalam, dengan cara ambil nafas melalui hidung, tahan selama 5-10 detik, kemudian hembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan, dilanjut dengan berdzikir dengan melafadzkan	3. Pasien melakukan tehnik relaksasi nafas dalam, dengan cara ambil nafas melalui hidung, tahan selama 5-10 detik, kemudian hembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan dilanjut dengan berdzikir melafadzkan "Astagfirullahal'adzim,

Hari/ Tgl	Waktu	DX	Implementasi dan evaluasi pasien 1		Hari/ Tgl	Waktu	DX	Implementasi dan evaluasi pasien 1	
			Implementasi	Evaluasi				Implementasi	Evaluasi
	19.28	2,4	mulut secara perlahan-lahan, dilanjut dengan berdzikir dengan melafadzkan "Astagfirullahal'adzi m, Subhanallah, Alhamdulillah, Allahu Akbar, Laailahailallah"	mulut secara perlahan-lahan dilanjut dengan berdzikir melafadzkan "Astagfirullahal'adzi m, Subhanallah, Alhamdulillah, AllahuAkbar, Laailahailallah". Pasien mengatakan merasa lebih tenang.		16.10	2	"Astagfirullahal'adzim , Subhanallah, Alhamdulillah, Allahu Akbar, Laailahailallah"	Subhanallah, Alhamdulillah, AllahuAkbar, Laailahailallah". Pasien mengatakan merasa lebih tenang.
			4. Mencuci tangan dengan menggunakan handrub dan Melakukan manuver leopard	4. Perawat mencuci tangan dan melakukan pemetiksaan leopard. Hasil pemeriksaan Leopold I: Teraba bagian bulat, lunak, tidak melenting (bokong), TFU 35 cm. Lepold II : Teraba bagian keras memanjang disebelah kiri ibu. Leopold III : Teraba bagian bulat, keras, melenting (kepala) di simphysis, sudah tidak bisa digoyangkan.		16.20	2	4. Melakukan manuver leopard	4. Leopold I: TFU 32 cm, pada bagian fundus teraba lunak bulat dan tidak melenting. Leopold II: Letak punggung di sebelah kiri Ibu, ekstremitas di sebelah kanan ibu. Leopold III: letak kepala Leopold IV: kepala sudah tidak bisa digerakan, kepala sudah masuk ke PAP 4/5 bagian
	19.35	2	5. Menjelaskan prosedur dan tujuan menghitung DJJ,	5. Pasien mengerti bahwa menghitung DJJ bertujuan untuk		16.25	2	5. Menjelaskan prosedur dan tujuan menghitung DJJ, yaitu untuk membantu mendeteksi perubahan pola detak jantung pada bayi	5. Pasien mengerti bahwa menghitung DJJ bertujuan untuk membantu mendeteksi perubahan pola detak jantung pada bayi
						16.45	2	6. Menghitung DJJ dan melakukan pemeriksaan CTG	6. Hasil CTG menunjukkan: DJJ 130-140x/menit, variabilitas >5, HIS sering, tapi tidak adekuat
								7. Menjelaskan hasil pemeriksaan DJJ dan	7. Pasien mengerti bahwa hasil pemeriksaannya

Hari/ Tgl	Waktu	DX	Implementasi dan evaluasi pasien 1		Hari/ Tgl	Waktu	DX	Implementasi dan evaluasi pasien 1	
			Implementasi	Evaluasi				Implementasi	Evaluasi
	19.38	2	yaitu untuk membantu mendeteksi perubahan pola detak jantung pada bayi	membantu mendeteksi perubahan pola detak jantung pada bayi		16.50	1	CTG dalam rentang normal (DJJ normal: 140-160x/menit)	normal, dan dapat menyebutkan bahwa DJJ normal adalah 140-160x/menit
	19.40	2	6. Menghitung DJJ selama 1 menit	6. DJJ: 146x/menit			8. Mengajarkan keluarga pasien untuk menggunakan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik <i>deep back massage</i> yaitu dengan cara memberikan masase di punggung selama 20 menit	8. Keluarga pasien dapat mempraktekkan instruksi perawat (memberikan masase di punggung selama 20 menit). Setelah di masase, pasien mengatakan keluhan nyeri berkurang (4/10)	
	20.00	2	7. Mengajarkan ibu cara menghitung gerakan janin dengan cara posisi ibu miring ke kiri kemudian hitung gerakan janin selama 20 menit. Perhitungan gerakan janin dilakukan setelah makan.	7. Ibu dapat mempraktekkan cara menghitung gerakan janin. Gerakan janin 2x dalam 20 menit.		17.20	1	9. Mengajarkan pasien melafadzkan doa nyeri “ ’Audzubillahi wa qudroatihi min syarri maa ajidu wa ukhadziru”	9. Pasien dapat melafadzkan doa nyeri: “ ’Audzubillahi wa qudroatihi min syarri maa ajidu wa ukhadziru”
			8. Melakukan pemeriksaan CTG	8. Hasil CTG menunjukkan: His jarang dan tidak adekuat, baseline DJJ 148-145x/menit, variabilitas >5		17.25	2	10. Memfasilitasi pasien untuk makan	10. Pasien memakan makanan dari RS
	20.20	1	9. Mengajarkan keluarga pasien untuk menggunakan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik <i>deep back massage</i> yaitu dengan cara memberikan	9. Keluarga pasien dapat mempraktekkan instruksi perawat (memberikan masase di punggung selama 20 menit). Setelah di masase, pasien mengatakan keluhan nyeri berkurang (3/10)		17.35	2	11. Mengajarkan ibu cara menghitung gerakan janin dengan cara posisi ibu miring ke kiri kemudian hitung gerakan janin selama 20 menit. Perhitungan gerakan janin dilakukan setelah	11. Ibu dapat mempraktekkan cara menghitung gerakan janin. Gerakan janin 2x dalam 20 menit

Hari/ Tgl	Waktu	DX	Implementasi dan evaluasi pasien 1		Hari/ Tgl	Waktu	DX	Implementasi dan evaluasi pasien 1	
			Implementasi	Evaluasi				Implementasi	Evaluasi
	20.40	1	masase di punggung selama 20 menit, 10. Mengajarkan pasien Melafadzkan doa nyeri “ ’Audzubillahi wa qudroatihi min syarri maa ajidu wa ukhadziru”	10. Pasien dapat melafadzkan doa nyeri: “ ’Audzubillahi wa qudroatihi min syarri maa ajidu wa ukhadziru”		18.00	1	12. Memasang metrolisa	12. Metrolisa terpasang dengan balom 100 cc
	20.45	2	11. Memasang oksigen 3 lpm	11. Oksigen terpasang 3 lpm		19.00	1,2	13. Memberikan terapi misoprostol ¼ tab P.O	13. Pasien Ny. Imeminum obat misoprostol ¼ tab P.O
	21.00	2	12. Mengatur tetesan infus (RL 500 cc + oksitosin 5 unit) menjadi 20 tpm titrasi naik setiap 30 menit.	12. Terpasang infus RL + oksitosin drip 5 unit 20 tpm.		21.15	1	14. Melakukan pemeriksaan dalam dan memeriksa HIS	14. Pembukaan 4 cm HIS 4x10°30”
	22.00	2,4	13. Mengobservasi DJJ, melakukan pemeriksaan dalam.	13. DJJ: 148x/menit. Hasil pemeriksaan dalam, pembukaan 1 cm, letak kepala sutura terpisah		21.30	1,2	15. Membuat partograph	15. Terlampir
	22.10	4	14. Melaporkan hasil pemeriksaan dalam kepada DPJP	14. Pasien direncanakan untuk menjalani prosedur SC tanggal 11 Oktober 2022 jam 08.00		21.45	1	16. Mengobservasi TTV, melakukan pemeriksaan dalam dan memeriksa DJJ	16. Ibu mengatakan mulas makin kuat seperti mau BAB. TD: 110/70, N: 100x/menit. Pembukaan 6 cm, presentasi kepala, sutura terpisah, ketuban utuh, penurunan kepala 2/5. DJJ: 148x/menit
	22.15	4	15. Memberikan informed consent kepada pasien terkait prosedur SC. (indikasi, resiko, dan prosedur)	15. Pasien mengerti dan mengungkapkan kesiapan untuk menjalani prosedur SC		22.10	1,2	17. Menganjurkan keluarga pasien untuk menggunakan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik <i>deep back massage</i> sambil membimbing pasien melafadzkan doa nyeri “ ’Audzubillahi wa qudroatihi min syarri maa ajidu wa ukhadziru”	17. Keluarga pasien memerikan terapi <i>deep back massage</i> dan pasien melafadzkan do’a nyeri.
						22.15	1,2	18. Mengobservasi TTV, melakukan	18. Ibu mengatakan mulas makin kuat seperti mau

Hari/ Tgl	Waktu	DX	Implementasi dan evaluasi pasien 1		Hari/ Tgl	Waktu	DX	Implementasi dan evaluasi pasien 1	
			Implementasi	Evaluasi				Implementasi	Evaluasi
Jumat/ 11-10-22	23.00	4	16. Melakukan persiapan SC (Menganjurkan pasien untuk makan dan minum, dan puasa 6 jam sebelum SC.)	16. Pasien diberika makan dan minum. Pasien mengatakan akan mulai puasa pukul 02.00				pemeriksaan dalam dan memeriksa DJJ	BAB. TD: 110/80, N: 100x/menit. Pembukaan 8 cm, presentasi kepala, sutura terpisah, ketuban utuh, penurunan kepala 4/5. DJJ: 148x/menit
	00.00	2	17. Mengobservasi DJJ dan cairan infus, mmeriksa kontraksi	17. DJJ: 152x/menit. Terpasang infus RL + Oksitosin drip 5 unit 40 tpm. HIS 4x10"30'		22.40	1	19. Mengobservasi TTV, TTV, melakukan pemeriksaan dalam dan memeriksa DJJ	19. TD: 110/80, N: 100x/menit. Pembukaan lengkap, presentasi kepala, sutura terpisah, ketuban utuh, penurunan kepala 4/5. DJJ: 148x/menit
	01.00	2	18. Mengobservasi DJJ	18. DJJ: 155x/menit. 152x/menit.					
	02.00	2	19. Mengobservasi DJJ	19. DJJ: 148x/menit.					
	03.00	2	20. Mengobservasi DJJ	20. DJJ 150x/menit					
	04.00	2	21. Mengobservasi DJJ	21. DJJ: 152x/menit					
	05.00	2,4	22. Mengobservasi DJJ, memberikan terapi cefotaxime 1 gr I.V	22. DJJ: 148x/menit, pasien diberikan terapi cefotaxime 1 gr I.V		22.45	1	20. Memasang APD, mengenyurkan ibu untuk minum teh manis hangat, membersihkan perineum, melakukan amniotomy, dan menolong kelahiran bayi. Mengkaji APGAR score	20. Ketuban meconium. Bayi lahir spontan, jenis kelamin laki – laki. A/S: 7/9, cek bayi kedua tidak ada, placenta lahir spontan, lengkap. BB bayi: 3175 gr, PB: 48 cm.
	05.30	4	23. Memfasilitasi pasien untuk mandi	23. Pasien mandi. Kulit tampak bersih.					
	06.00	2,4	24. Mengobservasi DJJ, memberikan informed consent kepada pasien untuk dilakukan pemasangan DC untuk persiapan SC	24. DJJ: 155x/menit Pasien mengerti dan bersedia dipasang DC		23.15	1,2	21. Melakukan episiotomy	21. Terdapat luka episiotomy grade II
	06.30					23.16	1,2	22. Memeriksa perut ibu untuk memastikan tidak adanya bayi kedua	22. Tidak ada bayi kedua
	07.00	2	25. Mengobservasi DJJ	25. DJJ: 153x/menit					
	07.03	1,2	26. Mengobservasi DJJ, melakukan terapi deepback massage selama 20 menit	26. DJJ: 150x/menit. Pasien mengatakan merasa lebih nyaman		23.17	4	23. Melakukan klem tali pusat 3 cm dari pusat bayi, mendorong tali pusat kea rah distal ibu	23. Tali pusat antara bayi dan placenta sudah terpisahkan.

Hari/ Tgl	Waktu	DX	Implementasi dan evaluasi pasien 1		Hari/ Tgl	Waktu	DX	Implementasi dan evaluasi pasien 1	
			Implementasi	Evaluasi				Implementasi	Evaluasi
	07.20	3	27. Melatih teknik relaksasi nafas dalam, dengan cara ambil nafas melalui hidung, tahan selama 5-10 detik, kemudian hembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan, dilanjut dengan berdzikir dengan melafadzkan "Astagfirullah'al'adzi m, Subhanallah, Alhamdulillah, Allahu Akbar, Laailahailallah"	setelah diberikan masase 27. Pasien melakukan tehnik relaksasi nafas dalam, dengan cara ambil nafas melalui hidung, tahan selama 5-10 detik, kemudian hembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan dilanjut dengan berdzikir dengan melafadzkan "Astagfirullah'al'adzi m, Subhanallah, Alhamdulillah, AllahuAkbar, Laailahailallah". Pasien mengatakan merasa lebih tenang.		23.18	4	kemudian jepit dan gunting diantara 2 klem. 24.Mengkaji tanda – tanda pelepasan placenta. memberikan therapy oxytocin 10 IU I.M	24. Pasien Ny. I mendapatkan oxytocin 10 IU I.M
						23.20	4	25.melakukan pregangan tali pusat terkendali dan pengeluaran placenta	25. Placenta keluar dalam 15 menit
						23.35	4	26.Mengecek kelengkapan placenta	26. Kotiledon dan selaput placenta utuh
						23.26	4	27.Mengukur jumlah pendarahan.	27. Pendarahan ±250 cc.
						23.30		28.Melakukan masase uterus, mengukur TFU dan mengobservasi kontraksi uterus.	28. Kontraksi uterus baik (keras). TFU 2 jari dibawah pusat
						23.35	4	29.Melakukan hecing	29. Dilakukan hecing pada luka episiotomy
	07.45	4	28. Mengantarkan pasien ke ruang operasi. Melakukan timbang terima dengan perawat kamar operasi (operan identitas pasien, DJJ, diagnose medis, rencana tindakan, hasil laboratorium, terapi yang didapatkan)	28. Pasien diantar ke ruang operasi. Perawat melakukan timbang terima dengan perawat kamar operasi meliputi identitas pasien, DJJ, diagnose medis, rencana tindakan, hasil laboratorium, terapi yang didapatkan		23.45	5	30. Mengobservasi TTV, kontraksi uterus, TFU, kandung kemih dan jumlah pendarahan	30. TD: 100/70, N: 90x/menit, S: 36,6°C, RR: 20x/menit. Kontraksi uterus keras, TFU 2 jari dibawah pusat. Pendarahan ±10 cc
						23.50	5	31. Membersihkan ibu dengan mengganti pakaian dan menyeka tubuh Ibu	31. Ibu tampak bersih dan nyaman

Hari/ Tgl	Waktu	DX	Implementasi dan evaluasi pasien 1		Hari/ Tgl	Waktu	DX	Implementasi dan evaluasi pasien 1	
			Implementasi	Evaluasi				Implementasi	Evaluasi
					Jumat/ 25-10-22	00.00	4	32. Mengobservasi TTV, kontraksi uterus, TFU, kandung kemih dan jumlah pendarahan	32. TD: 100/70, N: 90x/menit, S: 36,6°C, RR: 20x/menit. Kontraksi uterus keras, TFU 2 jari dibawah pusat. Pendarahan ±10 cc. kandung kemih kosong
						00.05	4	33. Melakukan IMD	33. Bayi dapat menemukan putting susu ibu, bayi dapat menyusu
						00.15	4	34. Mengobservasi TTV, kontraksi uterus, TFU, kandung kemih dan jumlah pendarahan	34. TD: 100/70, N: 90x/menit, S: 36,6°C, RR: 20x/menit. Kontraksi uterus keras, TFU 2 jari dibawah pusat. Pendarahan ±5cc. kandung kemih kosong
						00.30	4	35. Mengobservasi TTV, kontraksi uterus, TFU, kandung kemih dan jumlah pendarahan	35. TD: 110/70, N: 88x/menit, S: 36,6°C, RR: 20x/menit. Kontraksi uterus keras, TFU 2 jari dibawah pusat. Pendarahan ±5cc. kandung kemih kosong
						01.00	4	36. Mengobservasi TTV, kontraksi uterus, TFU, kandung kemih dan jumlah pendarahan	36. TD: 100/70, N: 88x/menit, S: 36,6°C, RR: 20x/menit. Kontraksi uterus keras, TFU 2 jari dibawah pusat. Pendarahan

Hari/ Tgl	Waktu	DX	Implementasi dan evaluasi pasien 1		Hari/ Tgl	Waktu	DX	Implementasi dan evaluasi pasien 1	
			Implementasi	Evaluasi				Implementasi	Evaluasi
						01.30	4	37. Mengobservasi TTV, kontraksi uterus, TFU, kandung kemih dan jumlah pendarahan	±5cc. kandung kemih kosong 37. TD: 100/70, N: 88x/menit, S: 36,6°C, RR: 20x/menit. Kontraksi uterus keras, TFU 2 jari dibawah pusat. Pendarahan ±10cc. kandung kemih kosong
						01.45	4	38. Memfasilitasi ibu untuk tidur	38. Ibu dapat beristirahat
Jumat/ 11-10-22	11.15	4	1. Perawat mencuci tangan dan melakukan pengkajian post partum (mengobservasi tanda-tanda vital, TFU, kontraksi uterus, lochea dan perdarahan)	1. Pasien mengatakan mules karena kontraksi pada uterus. TD: 120/80mmhg, N: 85x/mnt S: 36,8, RR: 20x/menit, pasien mengeluh mules karena kontraksi uterus, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan ±150cc, lochea rubra (pendarahan berwarna merah dan hitam)	Jumat/ 25-10-22	08.00	4	1. Menganjurkan pasien untuk BAK ke kamar mandi	1. Pasien BAK kem kamar mandi, kandung kemih kosong
	16.00	4	2. Mendiskusikan kebutuhan aktivitas dan istirahat selama masa postpartum.	2. Pasien diberitahu mengenai aktivitas dan istirahat pada ibu nifas yaitu seperti . Ibu harus cukup beristirahat, dimana		08.05	5	2. Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien	2. Perawat mencuci tangan
						08.15	5	3. Memonitor tanda-tanda infeksi pada luka	3. Tidak ada tanda – tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, perdarahan, rasa panas pada perineum
						08.20	4,5	4. Mengajarkan cara perawatan perineum yang tepat.	4. Pasien menatakan masih nyeri di area perineum. Pasien difasilitasi untuk mengganti pembalut sambil diberitahu cara melakukan perawatan perineum dengan cara vulva hygiene yang baik

Hari/ Tgl	Waktu	DX	Implementasi dan evaluasi pasien 1		Hari/ Tgl	Waktu	DX	Implementasi dan evaluasi pasien 1	
			Implementasi	Evaluasi				Implementasi	Evaluasi
	17.00	4	3. Mendiskusikan tentang perubahan fisik dan psikologis ibu postpartum	<p>Ibu harus tidur terlentang selama 8 jam post partum untuk mencegah perdarahan post partum. Setelah itu, mobilisasi perlu dilakukan agar tidak terjadi pembengkakan akibat tersumbatnya pembuluh darah Ibu. Mobilisasi hendaknya dilakukan secara bertahap. Dimulai dengan gerakan miring ke kanan dan ke kiri. Pada hari kedua Ibu telah dapat duduk, lalu pada hari ketiga Ibu telah dapat menggerakkan kaki yakni dengan jalan-jalan.</p> <p>3. Pasien diberitahu mengenai perubahan fisik dan psikologis masa nifas seperti perubahan pada psikologis masa nifas merupakan proses adaptasi dari seorang ibu nifas, dimana pada saat ini ibu akan lebih sensitif dalam segala</p>		09.00	4	5. Mengobservasi TTV, kontraksi uterus, TFU, kandung kemih dan jumlah pendarahan. Melakukan pemeriksaan homan sign	<p>dan benar serta menganjurkan mengganti pembalut 3-4 kali dalam sehari.</p> <p>5. TD: 100/70, N: 88x/menit, S: 36,6°C, RR: 20x/menit. Kontraksi uterus keras, TFU 2 jari dibawah pusat. Pendarahan ±10cc. kandung kemih kosong. Homan sign (-)</p>
						09.15	4	6. Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri : mengajarkan doa menghilangkan nyeri, distraksi (berkomunikasi dengan keluarga) teknik relaksasi nafas dalam	6. Pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam saat nyeri dan dibimbing berdoa untuk mengurangi rasa nyeri
						09.30	4	7. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	7. Pasien diberitahu jika nyeri dirasakan sangat hebat agar segera lapor ke bidan/perawat yang ada diruangan.
						09.45	4	8. Pasien diberitahu jika nyeri dirasakan sangat hebat agar segera lapor ke bidan/perawat yang ada diruangan.	8. Pasien diberitahu mengenai aktivitas dan istirahat pada ibu nifas yaitu seperti . Ibu harus cukup beristirahat. Selain itu, mobilisasi

Hari/ Tgl	Waktu	DX	Implementasi dan evaluasi pasien 1		Hari/ Tgl	Waktu	DX	Implementasi dan evaluasi pasien 1	
			Implementasi	Evaluasi				Implementasi	Evaluasi
	18.00	4	4. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala pendarahan yaitu darah berwarna merah segar, Nyeri pada perut bawah, Demam, Pernapasan cepat, Keringat dingin, Penurunan kesadaran, mengantuk atau pingsan.	hal, terutama yang berkaitan dengan dirinya serta bayinya dan perubahan fisik seperti payudara, vagina, uterus maupun perut 4. Pasien dan keluarga mengertin dapat menyebutkan kembali apa yang dijelaskan perawat. Tanda gejala perdarahan yaitu darah berwarna merah segar, Nyeri pada perut bawah, Demam, Pernapasan cepat, Keringat dingin, Penurunan kesadaran, mengantuk atau pingsan.		10.00	4,5	9. Memberikan therapy analgetik sesuai instruksi dokter Asam mefenamat 3 x 500 mg PO antibiotic Cefadroxil 2x500 mg PO	perlu dilakukan agar tidak terjadi pembengkakan akibat tersumbatnya pembuluh darah Ibu. 9. Pasien diberikan analgetik asam mefenamat 3x500 mg PO dan Cefadroxil 2x500 mg PO
	18.15	5	5. Mengajarkan cara perawatan perineum yang tepat.	5. Pasien dibantu mengganti pembalut sambil diberitahu cara melakukan perawatan perineum dengan cara vulva hygiene yang baik dan benar serta menganjurkan mengganti pembalut 3-4 kali dalam sehari.		11.00	4	10. Mendiskusikan tentang perubahan fisik dan psikologis ibu postpartum	10. Pasien diberitahu mengenai perubahan fisik dan psikologis masa nifas seperti perubahan pada psikologis masa nifas merupakan proses adaptasi dari seorang ibu nifas, dimana pada saat ini ibu akan lebih sensitif dalam segala hal, terutama yang berkaitan dengan dirinya serta bayinya dan perubahan fisik seperti payudara, vagina, uterus maupun perut
						16.00		11. Melakukan Aff infus, pasien pulang	11. Infus terlepas. Pasien persiapan pulang

Hari/ Tgl	Waktu	DX	Implementasi dan evaluasi pasien 1		Hari/ Tgl	Waktu	DX	Implementasi dan evaluasi pasien 1	
			Implementasi	Evaluasi				Implementasi	Evaluasi
	19.00	4,6	6. Mengkaji skala nyeri, Menganjurkan mobilisasi dini	6. Pasien mengeluh nyeri di daerah bekas operasi. Skala nyeri 5/10). Nyeri hanya dirasakan di area perut saja. Pasien melakukan gerakan mobilisasi dini miring kanan dan miring kiri dibantu oleh perawat dan keluarganya.					
	20.00	5	7. Memberikan terapi cefotaxime 2x1 gr	7. Pasien Ny. D diberikan Ceforaxime 1 gr IV					
	20.05	6	8. Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri : ajarkan doa menghilangkan nyeri, distraksi (berkomunikasi dengan keluarga) teknik relaksasi nafas dalam	8. Pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam saat nyeri dan dibimbing berdoa dan dzikir untuk mengurangi rasa nyeri					
	20.10	6	9. Memberikan therapy analgetik sesuai instruksi dokter Asam Mefenamat 3x500 mg PO untuk mengurangi nyeri	9. Pasien diberikan obat analgetik Asam mefenamat 3x1 tablet PO					
	20.15	6	10. Menganjurkan pasien memonitor nyeri secara mandiri	10. Pasien diberitahu jika nyeri dirasakan sangat hebat agar segera lapor					

Hari/ Tgl	Waktu	DX	Implementasi dan evaluasi pasien 1		Hari/ Tgl	Waktu	DX	Implementasi dan evaluasi pasien 1	
			Implementasi	Evaluasi				Implementasi	Evaluasi
				ke bidan/perawat yang ada diruangan					
Sabtu/ 12-10-22	08.00	5,6	1. Mencuci tangan. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri, Identifikasi respon nyeri non verbal, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Memonitor tanda – tanda infeksi	1. Terdapat luka operasi SC di bagian perut bawah, Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat, nyeri dirasakan hilang timbul, skala nyeri 6/10. Tidak ada tanda – tanda infeksi, tidak ada rembes					
	08.15	6	2. Memberikan antibiotic cefotaxime 2x1 gr IV	2. Pasien Ny.D mendapatkan terapi cefotaxime 2x1 gr IV					
	09.00	5	3. Mengobservasi tanda-tanda vital, TFU, kontraksi uterus, lochea dan perdarahan, human sign	3. TD: 120/80mmhg , N : 85x/mnt S : 36,8, RR : 20x/menit, pasien mengeluh mules karena kontraksi uterus, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan ±80cc, lochea rubra (pendarahan berwarna merah dan hitam). Homan Sign (-)					

Hari/ Tgl	Waktu	DX	Implementasi dan evaluasi pasien 1		Hari/ Tgl	Waktu	DX	Implementasi dan evaluasi pasien 1	
			Implementasi	Evaluasi				Implementasi	Evaluasi
	10.00	5,6	4. Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik	4. Pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam saat nyeri dan dibimbing berdoa dan dzikir untuk mengurangi rasa nyeri, pasien dianjurkan untuk selalu berdzikir ketika rasa nyeri muncul.					
	10.30	4,6	4. nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri : membimbing pasien untuk melafadzkan doa menghilangkan nyeri, distraksi (berkomunikasi dengan keluarga) teknik relaksasi nafas dalam						
	11.00	5	5. Membantu pasien untuk mobilisasi	5. Pasien dibantu untuk duduk oleh perawat dan keluarga					
	12.00	5	6. Memberikan obat analgetik asam mefenamat 3x1 PO untuk mengurangi nyeri	6. Pasien minum obat asam mefenamat 3x1 PO					
	12.05		7. Mempersiapkan pasien pulang. Melakukan aff infus, Aff DC.	7. Infus sudah terlepas, DC terlepas, pasien persiapan pulang					

## 5. Evaluasi

Tabel 3.10 Catatan Perkembangan

Hari/tanggal	DX. Keperawatan	Pasien 1	Pasien 2	Paraf
<p>Pasien 1 Kamis, 10 Oktober 2022</p> <p>Pasien 2 Kamis, 24 Oktober 2022</p>	Nyeri melahirkan bd dilatasi serviks	<p>Jam 20.00</p> <p>S: Pasien mengatakan nyeri berkurang. Nyeri yang dirasakan hilang timbul. Skala nyeri 2/10. Pasien mengatakan lebih nyaman saat ibunya melakukan masase punggung ketika nyeri muncul. Mulas masih jarang</p> <p>O: - Pasien tidak menunjukkan ekspresi meringis - TD 110/70 mmHg, N 92x/mt, R 20x/mt - DJJ 159x/mt, HIS 1x10'/10", pembukaan 1 cm</p> <p>A: Nyeri melahirkan teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi (identifikasi skala nyeri, memijat punggung pasien saat nyeri muncul, anjurkan pasien melafadzkan doa nyeri saat nyeri muncul).</p>	<p>Jam 20.00</p> <p>S: Pasien mengatakan nyeri semakin bertambah pada skala 2/10. Pasien mengatakan nyerinya berkurang saat suaminya melakukan masase punggung. Pada jam 21.15, HIS bertambah adekuat.</p> <p>O: - Pasien tidak meringis - TD 120/70 mmHg, N 107x/mt, R 24x/mt - DJJ 148x/mt, HIS 4x10'/20", pembukaan 5 cm - Proses persalinan memasuki Kala I Fase Aktif Memasuki kala II jam 21.45 - Bayi lahir pukul 22.50 - Terdapat luka episiotomy - TD: 100/70, N: 90x/menit, S: 36,6°C, RR: 20x/menit. - Kontraksi uterus keras, TFU 2 jari dibawah pusat. - Pendarahan ±10 cc</p> <p>A - Nyeri melahirkan teratasi - Ketidaknyamanan pasca partum - Resiko infeksi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi (perawatan pasca partum, pencegahan infeksi)</p>	Zr. Lola

Hari/tanggal	<b>DX. Keperawatan</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>	<b>Paraf</b>
Pasien 1 Kamis, 10 Oktober 2022  Pasien 2 Kamis, 24 Oktober 2022	Risiko cedera janin b.d induksi persalinan	Jam 20.00 S: Pasien megatakan mulas jarang. Namun saat mulas muncul, pasien merasakan nyeri hingga menjalar ke punggung O: - DJJ: 159x/menit - HIS 1x10 <sup>7</sup> /10 <sup>3</sup> , pembukaan 1 cm - Pemeriksaan CTG normal; HIS jarang tidak adekuat, baseline DJJ 150-160x/menit - Gerakan janin 10x dalam 2 jam A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi (monitor DJJ setiap 8 jam, berika therapy oksigen 2 lpm)	Jam 20.00 S: Pasien mengatakan sudah sering merasa mules O: - DJJ: 148x/menit - Pemeriksaan CTG normal, HIS adekuat, baseline DJJ 145-150x/menit - Gerakan janin 8x dalam 2 jam A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi (monitor DJJ)	Zr. Lola
Pasien 1 Kamis, 10 Oktober 2022  Pasien 2 Kamis, 24 Oktober 2022	Ansietas b.d kurang terpapar informasi proses persalinan	Jam 20.00 S: - Pasien mengatakan sudah siap menghadapi persaliman SC O: - TD 110/70 mmHg, N 80x/mt, R 20x/mt - Pasien tampak tenang A: Ansietas teratasi P: Hentikan intervensi	Jam 20.00 S: pasien mengatakan cemas berkurang, namun masih merasa cemas dengan persalinannya O: - Pasien memungkapkan rasa cemasnya - TD 120/70 mmHg, N 107x/mt, R 24x/mt A: Ansietas teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi (Bimbing pasien untuk berdzikir)	Zr. Lola

Hari/tanggal	<b>DX. Keperawatan</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>	<b>Paraf</b>
Pasien 1 Jumat, 11 Oktober 2022	Nyeri melahirkan b.d dilatasi serviks	<p>Jam 14.00</p> <p>S: Pasien mengatakan nyeri di bagian perut. Skala nyeri</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien telah menjalani prosedur SC</li> <li>- Terdapat luka jahitan di perut</li> <li>- TD: 120/80mmhg , N : 85x/mnt S : 36,8, RR : 20x/menit</li> <li>- TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan ±150cc, lochea rubra (pendarahan berwarna merah dan hitam)</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyeri melahirkan teratasi</li> <li>- Muncul masalah keperawatan baru: nyeri akut dan resiko pendarahan</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan intervensi (manajemen nyeri, perawatan pasca persalinan)</li> </ul>		
Pasien 1 Jumat, 11 Oktober 2022	Nyeri akut b.d prosedur invasive (operasi SC)	<p>Jam 14.00</p> <p>S: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi sedikit berkurang, nyeri dirasakan seperti disayat, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri dirasakan bertambah jika berubah posisi atau bergerak Skala nyeri 5/10</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat meringis</li> <li>- Terdapat luka post op SC</li> <li>- TD : 120/85 mmHg</li> </ul>		Zr. Lola

Hari/tanggal	DX. Keperawatan	Pasien 1	Pasien 2	Paraf
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- N : 87 x/mnt</li> <li>- S: 36,5°C</li> <li>- RR : 20x/mnt</li> </ul> A: Nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi (Manajemen Nyeri)		
Jumat, 11 Oktober 2022	Resiko perdarahan b.d komplikasi pasca partum	Jam 14.00 S: pasien mengatakan mules masih dirasakan tidak nyaman O: <ul style="list-style-type: none"> <li>- TFU 2 jari dibawah pusat</li> <li>- kontraksi uterus baik (keras)</li> <li>- tidak ada nyeri pada betis saat dilakukan pemeriksaan homan sign – perdarahan 150cc</li> <li>- TD : 110/70 mmHg</li> <li>- N : 87 x/mnt</li> <li>- : 36,8°C</li> <li>- RR: 20x/mnt</li> </ul> A: Risiko perdarahan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi (perawatan pasca persalinan dan pencegahan perdarahan)		Zr. Lola
Pasien 1 (Ny.D) Jumat, 11 Oktober 2022 Pasien 2 (Ny.I)	Resiko infeksi	Jam 14.00 S: - O: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kulit pasien lengket</li> <li>- Pasien diseka 1x sehari</li> <li>- Tidak terdapat tanda – tanda infeksi</li> </ul>	Jam 14.00 S: Pasien mengatakan nyeri pada area perineum berkurang O: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka episiotomy</li> </ul>	Zr. lola

Hari/tanggal	DX. Keperawatan	Pasien 1	Pasien 2	Paraf
Jumat, 25 Oktober 2022		A: Risiko infeksi tidak terjadi P: Lanjutkan intervensi	- S: 36,8 - Terdapat lochea lubra A: Resiko infeksi tidak terjadi Pasien persiapan pulang P: Lanjutkan intervensi (pencegahan infeksi pasien rencana pulang pukul 16.00)	
Pasien 1 Jumat, 11 Oktober 2022	Nyeri akut b.d prosedur invasive (operasi SC)	Jam 20.00 S: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi sedikit berkurang, nyeri dirasakan seperti disayat, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri dirasakan bertambah jika berubah posisi atau bergerak Skala nyeri 4/10 O: - Pasien terlihat meringis - Terdapat luka post op SC - TD : 110/70 mmHg - N : 87 x/mnt - S: 36,5°C - RR : 20x/mnt A: Nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi (Manajemen Nyeri)	-	Zr. lola
Jumat, 11 Oktober 2022	Resiko pendarahan b.d komplikasi pasca partum	Jam 20.00 S: pasien mengatakan mules masih dirasakan tidak nyaman O:	-	Zr. Lola

Hari/tanggal	DX. Keperawatan	Pasien 1	Pasien 2	Paraf
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- TFU 2 jari dibawah pusat</li> <li>- kontraksi uterus baik (keras)</li> <li>- tidak ada nyeri pada betis saat dilakukan pemeriksaan homan sign</li> <li>- perdarahan 80 cc</li> <li>- TD : 110/70 mmHg</li> <li>- N : 87 x/mnt</li> <li>- : 36,8°C</li> <li>- RR: 20x/mnt</li> </ul> <p>A: Risiko perdarahan belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi (perawatan pasca persalinan dan pencegahan perdarahan)</p>		
Pasien 1 (Ny.D) Jumat, 11 Oktober 2022	Resiko infeksi	<p>Jam 20.00</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kulit pasien bersih</li> <li>- Pasien diseka 1x sehari</li> <li>- Tidak terdapat tanda – tanda infeksi</li> </ul> <p>A: Risiko infeksi tidak terjadi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi (pencegahan infeksi)</p>		Zr. lola
	Ketidaknyamanan pasca partum b.d trauma perineum		<p>Jam 11.00</p> <p>S: Pasien mengatakan nyeri pada area perineum berkurang. Nyeri dirasakan seperti ditusuk – tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul. Nyeri bertambah saat bergerak dan berkurang saat pasien</p>	Zr. lola

Hari/tanggal	DX. Keperawatan	Pasien 1	Pasien 2	Paraf
			<p>beristirahat. pasien mengatakan mules masih dirasakan tidak nyaman. Skala nyeri 3/10</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat meringis saat bergerak</li> <li>- TFU 2 jari dibawah pusat</li> <li>- kontraksi uterus baik(keras)</li> <li>- tidak ada nyeri pada betis saat dilakukan pemeriksaan homan sign</li> <li>- TD : 110/70</li> <li>- N : 80x/mnt</li> <li>- S : 36,8°C</li> <li>- RR : 20x/mnt</li> </ul> <p>A:</p> <p>Ketidaknyamanan pasca partum belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi (perawatan pasca persalinan pada discharge planning. Pasien rencana pulang pukul 16.00)</p>	
Sabtu/ 12-10-22	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur SC)	<p>Jam 12.00</p> <p>S:</p> <p>Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi berkurang, nyeri dirasakan seperti disayat, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri dirasakan bertambah jika berubah posisi atau bergerak Skala nyeri 2/10</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meringis berkurang</li> <li>- Terdapat luka post op SC</li> </ul>		Zr. Lola

Hari/tanggal	DX. Keperawatan	Pasien 1	Pasien 2	Paraf
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 110/70 mmHg</li> <li>- N : 87 x/mnt</li> <li>- S: 36,5°C</li> <li>- RR : 20x/mnt</li> </ul> A: Nyeri akut teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi (Manajemen Nyeri pada discharge planning)		
Sabtu/ 12-10-22	Resiko pendarahan b.d komplikasi pasca partum	Jam 12.00 S: pasien mengatakan mules masih dirasakan tidak nyaman O: <ul style="list-style-type: none"> <li>- TFU 2 jari dibawah pusat</li> <li>- kontraksi uterus baik (keras)</li> <li>- tidak ada nyeri pada betis saat dilakukan pemeriksaan homan sign</li> <li>- perdarahan 80 cc</li> <li>- TD : 110/70 mmHg</li> <li>- N : 87 x/mnt</li> <li>- : 36,8°C</li> <li>- RR: 20x/mnt</li> </ul> A: Risiko perdarahan tidak terjadi P: Hentikan intervensi		Zr. Lola
Sabtu/ 12-10-22	Resiko infeksi b.d efek prosedur invasif	Jam 12.00 S: - O: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kulit pasien bersih</li> </ul>		Zr. Lola

Hari/tanggal	DX. Keperawatan	Pasien 1	Pasien 2	Paraf
		<ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien diseka 1x sehari</li><li>- Tidak terdapat tanda – tanda infeksi</li></ul> A: Risiko infeksi tidak terjadi P: Hentikan intervensi		