



POLTEKKES KEMENKES PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN POST SECTIO
CAESAREA ATAS INDIKASI PRE EKLAMPSIA BERAT DI IRNA
KEBIDANAN DAN ANAK RSUP Dr. M. DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

VIVI APRILIA PUTRI

NIM : 203110199

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG

JURUSAN KEPERAWATAN

TAHUN 2023



POLTEKKES KEMENKES PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN POST SECTIO
CAESAREA ATAS INDIKASI PRE EKLAMPSIA BERAT DI IRNA
KEBIDANAN DAN ANAK RSUP Dr. M. DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

*Diajukan ke Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan
Kemenkes Padang Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan*

VIVI APRILIA PUTRI

NIM : 203110199

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2023**

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh

Nama : Vivi Aprilia Putri
NIM : 203110199
Program Studi : D-III Keperawatan Padang
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Post Section
Caesarean atas Indikasi Pre Eklampsia Beres di RMA
Nekhlagan dan Anak (R11/PTD-M/Diano) Padang

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan saat memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D-III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.

DEWAN PENGUJI

Ketua Penguji	Ns. Dj. Elvia Merli, M.Kep.Sr.Kep.Ma	()
Penguji 1	Ns. Hj. Timawati, S.NCM.Kes	()
Penguji 2	Dr.Hj. Metri Lidya, S.Kp.M.Hiuned	()
Penguji 3	Ns. Datinia, S.Pd.M.Kes	()

Ditandatangani di : Poltekkes Kemenkes Padang

Tanggal : 26 Mei 2023

Mengesahkan

Ketua Prati D-III Keperawatan Padang
Poltekkes Kesehatan Padang



Ns. Yessi Padriyanti, S.Kep.M.Kep
NIP : 19750121 199903 2 002

KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadiran ALLAH SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan Judul **“Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Post Sectio Caesarea atas Indikasi Pre Eklampsia Berat di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023”**. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat yang harus di penuhi untuk memperoleh gelar ahli madya keperawatan.

Peneliti menyadari bahwa dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini banyak mendapat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Untuk itu dalam kesempatan ini peneliti menghaturkan rasa hormat dan terimakasih atas bantuan dan bimbingan dari ibu Dr. Metri Lidya, S.Kp, M. Biomed selaku pembimbing I, kepada Ibu Ns. Delima, S.Pd, S.Kep, M.Kes selaku pembimbing II, yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Peneliti juga mengucapkan terimakasih kepada, Yth :

1. Ibu Renidayati, M.Kep, Sp.Jiwa selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Padang.
2. Bapak Dr. H. Yusirwan Yusuf, Sp, BA(K), MARS selaku pimpinan RSUP Dr.M.Djamil Padang.
3. Bapak Tasman, S.Kp, M.Kep, Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.
4. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.
5. Ibu Murniati Muchhtar, SKM, M. Biomed selaku Pembimbing Akademik yang selalu memotivasi peneliti selama perkuliahan dan selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
6. Bapak dan ibu Dosen serta Staf Jurusan Keperawatan yang telah memberikan pengetahuan dan pengalaman selama perkuliahan.

7. Terimakasih kepada kedua orang tua dan keluarga yang telah memberikan banyak do'a, kasih sayang serta semangat kepada peneliti dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Terimakasih juga kepada sahabat terdekat peneliti yaitu Amanda Tiara Nelsa, Nadila Puspitasari, Rubby Asa Salsabilla H. D, Salsabiella, dan Sindu Aulizahra yang selalu ada dan memberikan dukungan kepada peneliti dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
9. Teman-teman seperjuangan mahasiswa Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang Program studi D-III keperawatan Padang Tahun 2020 serta semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan yang telah membantu dan memberi dukungan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari karya tulis ilmiah ini masih belum sempurna walaupun peneliti sudah berusaha semaksimal mungkin, dan dengan bantuan berbagai pihak untuk itu demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini, peneliti mengharapkan kritik serta saran yang membangun dari pembaca. Semoga hasil penelitian ini bermanfaat bagi pembaca.

Padang, Mei 2023

Vivi Aprilia Putri

LEMBAR ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik di kutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Vivi Aprilia Putri

NIM : 203110199

Tanda Tangan : 

Tanggal : 26 Mei 2023

LEMBAR PERSetujuan

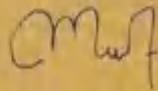
Karya Tulis Ilmiah

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Post Sectio Caesarea atas Indikasi Pre Eklampsia Berat di IRNA Kabupaten dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023" telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim penguji ujian Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kesehatan Padang.

Padang, 22 Mei 2023

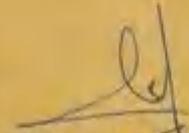
Menyetujui,

Pembimbing I



Dr. Hj. Metri Lidya, S.Kp.M.Biomed
NIP. 19650518198803 2 002

Pembimbing II



Ns. Delima, S.Pd.S.Kep.M.Kes
NIP. 19680418 198803 2 001

Mengetahui,

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang
Politeknik Kesehatan Padang



Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep
NIP : 19750121 199903 2 002

vi

Poltekkes Kemenkes Padang

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, Mei 2023
Vivi Aprilia Putri**

“Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Post *Sectio Caesarea* atas Indikasi Pre Eklampsia Berat di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang”

Isi : xiii + 93 Halaman + 2 tabel + 12 Lampiran

ABSTRAK

Pre eklampsia berat (PEB) merupakan sekumpulan gejala yang timbul dalam kehamilan pada wanita hamil dan bersalin ditandai dengan tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih, edema, dan proteinuria pada kehamilan 20 minggu. Indikasi persalinan harus dilakukan secara *sectio caesarea* karena dapat mengancam nyawa ibu seperti kejang pada pre eklampsia berat dan gawat janin seperti masalah *fetal distress*. Penderita PEB yang dirawat di RSUP Dr. M. Djamil Padang dari bulan Agustus-November 2022 yaitu sebanyak 25 orang. Tujuan penelitian ini mendeskripsikan asuhan keperawatan pasien post *sectio caesarea* atas indikasi PEB di ruang kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Desain penelitian adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus yang dilakukan di ruang rawat kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang dari bulan Oktober 2022 sampai Juni 2023. Populasi didapatkan berjumlah satu orang pasien post SC atas indikasi PEB dengan 1 sampel dipilih sesuai kriteria inklusi dan eksklusi. Proses analisis dilakukan dari pengkajian, menetapkan diagnosis, perencanaan, implementasi hingga evaluasi.

Hasil penelitian didapatkan keluhan utama pada partisipan yaitu nyeri di ulu hati, kepala terasa, pusing, badan terasa lemah dan tekanan darah 160/93 mmHg, hasil laboratorium Hb dan albumin rendah. Diagnosis utama partisipan adalah risiko perfusi serebral tidak efektif. Rencana keperawatan partisipan yaitu pemantauan tanda-tanda vital. Implementasi yang dilakukan yaitu pemberian obat metildopa untuk menurunkan tekanan darah, pemberian transfusi PRC 3 kolf, albumin 1 kolf. Masalah teratasi pada hari kelima dimana tanda-tanda vital dalam batas normal, dan kadar hemoglobin membaik.

Harapan bagi perawat ruangan kebidanan untuk dapat mempertahankan asuhan keperawatan yang komprehensif serta dapat memperhatikan pada bagian tanda-tanda vital, kejang dan tanda-tanda perdarahan terutama pada pasien post SC atas indikasi PEB.

**Kata kunci : Sectio Caesarea, PEB, Asuhan Keperawatan.
Daftar Pustaka : 50 (2012-2023)**

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Vivi Aprilia Putri
NIM : 203110199
Tempat / Tanggal Lahir : Padang / 22 April 2001
Status Perkawinan : Belum Menikah
Agama : Islam
Nama Orang Tua
Ayah : Jamaluddin
Ibu : Eli
Alamat : Jl. By KM 25 Katanahan, RT 04/RW 09
Anak Air, Kel. Batipuh Panjang, Kec. Koto
Tengah

Riwayat Pendidikan

NO	Pendidikan	Tahun Ajaran
1.	SD N 56 Anak Air	2008 - 2014
2.	SMP N 26 Kota Padang	2014 - 2017
3.	SMA N 8 Padang	2017 - 2020
4.	Prodi D-III Keperawatan Padang, Poltekkes Kemenkes RI Padang	2020 - 2023

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
LEMBAR ORISINALITAS	v
LEMBAR PERSETUJUAN	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Sectio Caesarea.....	9
1. Pengertian Sectio Caesarea	9
2. Klasifikasi Sectio Caesarea.....	9
3. Indikasi Sectio Caesarea	10
4. Komplikasi Post Sectio Caesarea	11
B. Konsep Pre Eklampsia Berat	12
1. Pengertian Pre Eklampsia	12
2. Klasifikasi Preeklampsia.....	12
3. Etiologi Pre Eklampsia	13
4. Manifestasi Klinis Pre Eklampsia.....	13
5. Patofisiologi Pre Eklampsia Berat	15
6. WOC	16
7. Pemeriksaan Penunjang	17
8. Respon Tubuh Terhadap Perubahan Fisiologis	17
9. Penatalaksanaan Pasien Post SC Atas Indikasi PEB	19
10. Komplikasi Pre Eklampsia Berat	22
C. Konsep Dasar Post Partum	23
1. Pengertian Post Partum.....	23
2. Adaptasi Fisiologi	23
3. Adaptasi Psikologi	28
D. Konsep Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea atas Indikasi PEB	28
1. Pengkajian Keperawatan.....	28
2. Kemungkinan Diagnosis Keperawatan.....	34
3. Rencana Keperawatan.....	35
4. Implementasi Keperawatan	46
5. Evaluasi Keperawatan	46
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	47

B. Tempat dan Waktu Penelitian	47
C. Populasi dan Sampel	47
D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data	48
E. Jenis-jenis Data	49
F. Langkah-langkah Penelitian	49
G. Teknik Pengumpulan Data	50
H. Analisis Keperawatan	52
BAB IV DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS	
A. Deskripsi Kasus	
1. Pengkajian Keperawatan	53
2. Diagnosis Keperawatan	58
3. Perencanaan Keperawatan	60
4. Implementasi Keperawatan	62
5. Evaluasi Keperawatan	65
B. Pembahasan Kasus	
1. Pengkajian Keperawatan	67
2. Diagnosis Keperawatan	72
3. Perencanaan Keperawatan	78
4. Implementasi Keperawatan	82
5. Evaluasi Keperawatan	87
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	92
B. Saran	93
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Posisi Luka Post Sectio Caesarea.....	10
--	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perubahan Uterus	25
Tabel 2.2 Perencanaan Tindakan Keperawatan	35

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Karya Tulis Ilmiah
- Lampiran 2 Lembar Konsultasi Pembimbing I
- Lampiran 3 Lembar Konsultasi Pembimbing II
- Lampiran 4 Surat Pengantar dari Poltekkes Kemenkes Padang untuk pengambilan data dan studi awal ke RSUP DR. M. Djamil
- Lampiran 5 Surat pengambilan data dan melakukan studi awal dari RSUP DR. M. Djamil Padang
- Lampiran 6 Surat Pengantar dari Poltekkes Kemenkes Padang untuk izin penelitian ke RSUP DR. M. Djamil Padang
- Lampiran 7 Surat izin melakukan penelitian di RSUP DR. M. Djamil Padang
- Lampiran 8 Persetujuan *Informed consent*
- Lampiran 9 Daftar Hadir Penelitian
- Lampiran 10 Surat selesai penelitian
- Lampiran 11 Media Leaflet
- Lampiran 12 Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Maternitas

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sectio caesarea merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu *histerotomi* untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Arda & Hartaty, 2021).

Preeklampsia merupakan kelainan multi sistemik yang terjadi pada kehamilan yang ditandai dengan adanya hipertensi dan edema, serta dapat disertai proteinuria, biasanya terjadi pada usia kehamilan 20 minggu ke atas dalam triwulan ketiga dari kehamilan, yang sering terjadi pada kehamilan 37 minggu, ataupun dapat terjadi sesudah persalinan. Preeklampsia merupakan sindrom spesifik kehamilan yang terutama berkaitan dengan berkurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivasi endotel, yang bermanifestasi dengan adanya peningkatan tekanan darah dan proteinuria (Lalenoh, 2018).

Seorang wanita yang mempunyai penyakit atau riwayat penyakit seperti hipertensi, preeklamsi, penyakit jantung termasuk dalam kategori ibu berisiko tinggi, salah satu dari beberapa riwayat penyakit tersebut yang paling banyak menjadi rujukan tindakan bedah caesar yaitu preeklamsi (Safitri, 2020). Penyebab preeklampsia hingga saat ini belum diketahui. Teori yang dapat diterima menerangkan yaitu bertambahnya frekuensi pada primigraviditas, kehamilan ganda, hindramnion, dan mola hidatidosa, bertambahnya frekuensi karena semakin tua kehamilan, dapat terjadi perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dalam uterus, timbulnya hipertensi, edema, proteinuria, kejang, dan koma (Ratnawati, 2020).

Preeklampsia dapat timbul pada sebelum, selama serta setelah persalinan. Faktor-faktor risiko terjadinya preeklampsia antara lain primigravida, primipaternitas,

umur, riwayat preeklampsia atau, penyakit ginjal dan hipertensi yang sudah ada sebelum hamil, kehamilan ganda, serta obesitas. Tetapi dari beberapa faktor-faktor risiko ini masih sulit ditentukan faktor yang dominan (Sumampouw, 2019).

Manifestasi klinik yang paling penting sebagai tanda dari pre-eklampsia yaitu proteinuria, hipertensi, dan edema. Secara teoritik urutan gejala tersebut adalah edema, hipertensi dan proteinuria (Karima et al., 2015). Gambaran klinik preeklampsia biasanya timbul dalam urutan penambahan berat badan yang berlebihan di ikuti edema, hipertensi dan akhirnya proteinuria. Pada preeklampsia berat didapatkan sakit kepala di daerah frontal, penglihatan kabur, ada edema selaput mata pada funduskopi, nyeri di daerah epigastrium, mual dan muntah. (Aditya, 2019).

World Health Organization (WHO) melaporkan mengenai status kesehatan nasional pada capaian target Sustainable Development Goals (SDGs) menyatakan secara global sekitar 830 wanita meninggal setiap harinya karena komplikasi selama kehamilan dan persalinan, dengan tingkat Angka Kematian Ibu sebanyak 216 per 100.000 kelahiran hidup sebanyak 99% kematian ibu akibat masalah kehamilan, persalinan atau kelahiran terjadi di negara-negara berkembang. Rasio Angka Kematian Ibu masih dirasa cukup tinggi sebagaimana ditargetkan menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (WHO, 2017).

Angka persalinan dengan metode sesar telah meningkat di seluruh dunia dan melebihi batas kisaran 10%-15% yang direkomendasikan *World Health Organization* (WHO) dalam upaya penyelamatan nyawa ibu dan bayi. Amerika Latin dan wilayah Karibia menjadi penyumbang angka metode sesar tertinggi yaitu 40,5 persen, diikuti oleh Eropa (25%), Asia (19,2%) dan Afrika (7,3%) (Arda & Hartaty, 2021).

Pada tahun 2021 Angka Kematian Ibu menunjukkan (AKI) 7.389 kematian di Indonesia. Jumlah ini menunjukkan peningkatan dibandingkan tahun 2020 sebesar 4.627 kematian. Penyebab kematian ibu masih didominasi oleh tiga penyebab

utama yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan dan infeksi. Berdasarkan penyebab, sebagian besar kematian ibu pada tahun 2021 terkait salah satunya yaitu hipertensi dalam kehamilan sebanyak 1.077 kasus (Kemenkes RI, 2021). Data dari hasil SDKI (Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia) tahun 2017 menunjukkan bahwa angka kejadian persalinan dengan tindakan SC sebanyak 17% dari total jumlah kelahiran difasilitas kesehatan. Hal ini terjadi peningkatan angka persalinan dengan metode SC. Sebanyak 18,8 % persalinan SC dilakukan karena KPD dan 13,6% disebabkan oleh faktor lain, diantaranya yaitu kelainan letak pada janin, PEB dan riwayat SC. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 di Indonesia menunjukkan prevalensi tindakan sesar pada persalinan adalah 17,6%, tertinggi di wilayah DKI Jakarta (31,3%) dan terendah dan di Papua (6,7%) (Sulistianingsih & Bantas, 2018).

Gambaran permasalahan Program Kesehatan Masyarakat di Provinsi Sumatera Barat secara umum dapat dilihat dari masih adanya kematian Ibu melahirkan untuk 3 (tiga) tahun berjalan masih berfluktuatif sebesar 111 orang (2018), 116 orang (2019) dan 125 orang (2020). Penyebab kematian ibu terbanyak adalah perdarahan sebesar 26,4% dan hipertensi sebesar 18,4%. Untuk jumlah kematian bayi juga masih berfluktuatif yaitu 788 bayi (2018), 810 bayi (2019) dan 775 bayi (2020). Penyebab kematian bayi masih didominasi oleh Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) sebesar 21,55% dan asfiksia sebesar 19,22% (Dinkes Sumbar, 2020).

RSUP Dr. M. Djamil Padang merupakan salah satu rumah sakit rujukan terbesar di Sumatera Barat. Berdasarkan data yang didapatkan dari rekam medis RSUP Dr. M. Djamil Padang, pada tahun 2021 sebanyak 152 orang penderita preeklampsia berat yang dirawat di instalasi rawat inap kebidanan telah dilakukan tindakan *sectio caesarea*. Angka tersebut menurun dari tahun sebelumnya yaitu pada tahun 2020 sebanyak 173 orang sedangkan pada tahun 2019 data yang didapatkan yaitu sebanyak 92 orang.

Dampak terberat preeklampsia yaitu kematian ibu dan janin, upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi dampak tersebut adalah dengan melahirkan anak

hidup dari ibu yang menderita preeklampsia. Komplikasi yang biasanya terjadi pada preeklampsia, yaitu solusio plasenta, hemolisis, perdarahan otak, kelainan mata, edema paru, nekrosis hati, kelainan ginjal (Aditya, 2019). Bayi yang dilahirkan oleh wanita yang memiliki riwayat penyakit preeklampsia memiliki skor Apgar yang lebih rendah, peningkatan risiko kejang, dan ensefalopati selama periode neonatal dan dua kali risiko kematian neonatal dibandingkan dengan bayi yang lahir dari wanita tanpa preeklampsia. Selain berisiko tinggi pada janin, penyakit preeklampsia juga dapat memberi pengaruh terhadap ibu. Risiko kesehatan yang timbul dapat menjadi lebih berat apabila keadaan preeklampsia jatuh pada kondisi kejang eklampsia (Ofori et al., 2020).

Hasil penelitian Amalia (2020) preeklampsia berat dapat menjadi eklampsia apabila terjadi kejang sebagai salah satu manifestasinya. Kejang pada preeklampsia dapat berkomplikasi menimbulkan sindroma ibu dan sindroma bayi. Langkah tatalaksana komprehensif dapat dilakukan dengan melakukan pencegahan kejadian kejang pada preeklampsia agar tidak menjadi eklampsia. Tatalaksana secara komprehensif dilakukan dengan melakukan edukasi, istirahat dan restriksi garam, terapi aspirin dosis rendah, terapi antihipertensi, suplementasi kalsium, suplementasi antioksidan, dan manajemen aktif perawatan preeklampsia. Magnesium sulfat telah digunakan sebagai antikonvulsan sejak lama dan terbukti memiliki efikasi yang lebih baik dari antikejang lainnya. Magnesium sulfat juga dapat menurunkan penggunaan antihipertensi pada pasien preeklampsia, menurunkan angka kematian dan berperan sebagai agen neuroprotektif pada bayi premature (Ofori et al., 2020).

Peran perawat penting dalam asuhan keperawatan pada pasien post sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat. Menurut Wiratama (2019) bahwa proses pengkajian mencakup : pengumpulan data, penyusunan data, validasi data, pencatatan data. Menurut Agustin (2019) diagnosa keperawatan post Sectio Caesarea dengan indikasi pre-eklampsia berat terbagi menjadi; Nyeri akut berhubungan dengan injury fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi), Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan efek anestesi, nyeri, Ansietas

berhubungan dengan perubahan dan fungsi peran, Kurangnya perawatan diri berhubungan dengan nyeri, Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan/luka bekas operasi, risiko cedera yang dibuktikan hipoksia jaringan.

Hasil penelitian (Arda & Hartaty, 2021) menunjukkan intervensi keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (pembedahan). Nyeri yang tidak tertangani dengan baik dapat menimbulkan gangguan pada sistem pernafasan, kardiovaskuler, muskuloskeletal dan mobilitas pasien. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa evaluasi keperawatan mengacu pada kriteria tujuan. Evaluasi masalah keperawatan dilakukan dengan melihat perkembangan kondisi atau respon dari pasien (Arda & Hartaty, 2021).

Penatalaksanaan preeklampsia lebih ditekankan pada pencegahan kejang dan pengontrolan tekanan darah. Pemberian anti kejang Magnesium sulfat (MgSO₄) merupakan pilihan pertama dalam tatalaksana preeklampsia berat, pemberian jalur intravena dapat diberikan dengan loding dose 4 gram diencerkan dalam 10 ml cairan aquades diberikan selama 15 hingga 20 menit bolus lambat. Selanjutnya dapat memulai dosis rumatan MgSO₄ 6 gram 500 ml cairan Ringer laktat dengan kecepatan dosis 1 gram/jam atau sekitar 28 tetes makro permenit. Penatalaksanaan tekanan darah dan pencegahan kejang dapat menurunkan risiko komplikasi (Andalas M et al., 2017).

Berdasarkan survei yang dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 5 Desember 2022 di ruang rawat Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang didapatkan data dari bulan Agustus sampai bulan November 2022 tercatat dari 121 orang yang dirawat dengan post *sectio caesarea* ditemukan sebanyak 25 orang (20,6%) yang mengalami post *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat. Data yang didapatkan dari petugas kesehatan yang bertugas diruangan rawat kebidanan RSUP Dr. M. Djamil didapatkan pada saat penelitian bahwa ada 1 orang pasien dengan post *sectio caesarea* atas indikasi pre eklampsia berat.

Hasil wawancara yang dilakukan peneliti dengan salah satu pasien post *sectio caesarea* atas indikasi pre eklampsia berat mengatakan bahwa pasien merupakan pasien post *sectio* hari ke-3. Pasien mengeluh sedikit pusing dan nyeri pada kepalanya, tekanan darahnya masih tinggi yaitu 150/110 mmHg dan luka pada post sectionya masih terasa nyeri, pasien tampak edema pada ekstremitas atas dan bawah, dan pada saat melakukan aktivitas pasien dibantu oleh suaminya. Pada saat peneliti melakukan pengamatan ibu dengan perawatan dengan post *sectio* atas indikasi preeklampsia ini masih terpantau dan terpasang alat monitor yang digunakan untuk memantau tekanan darah pasien. Pasien juga mengatakan merasa cukup khawatir karena bayinya saat ini dirawat terpisah dengannya karena bayinya membutuhkan perawatan yang lebih intensif yang dirawat diruangan NICU. Namun sesekali pasien dapat melihat keadaan anaknya langsung ke ruangan, sekaligus memberikan ASI untuk bayinya. Peneliti juga menanyakan terkait kelancaran ASI ibu tersebut, dan ibu mengatakan bahwa ASInya lancar dan sudah memberikan ASI pertamanya kepada bayinya.

Wawancara yang telah peneliti lakukan pada salah satu petugas kesehatan yang bertugas diruangan tentang penerapan asuhan keperawatan pasien dengan post *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat. Petugas kesehatan juga mengatakan telah melakukan pengkajian keperawatan yang meliputi pengumpulan data tentang identitas pasien, riwayat kesehatan, data pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang lainnya. Diagnosa keperawatan yang peneliti temukan saat kunjungan awal adalah nyeri akut, resiko infeksi, resiko perfusi serebral tidak efektif, resiko cedera, resiko perdarahan dan intoleransi aktivitas. Rencana keperawatan yang diberikan yaitu berupa manajemen nyeri, manajemen cairan, perawatan luka post partum. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh petugas kesehatan yaitu pemantauan tekanan darah setiap waktunya yaitu dengan terpasangnya monitor pada ibu post *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat. Tindakan yang juga diberikan yaitu berupa kolaborasi regimen MgSO₄ sebagai anti kejang dan pemberian antibiotik yang bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka post partum.

Berdasarkan uraian fenomena diatas maka peneliti telah selesai menerapkan asuhan keperawatan pada pasien post *sectio caesarea* atas indikasi pre eklampsia berat di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2023.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien post *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien post *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat di RSUP Dr. M. Djamil Padang

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan pengkajian keperawatan pada pasien *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat di RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- b. Mendeskripsikan diagnosis keperawatan pada pasien *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat di RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- c. Mendeskripsikan rencana tindakan keperawatan pada pasien *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat di RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- d. Mendeskripsikan implementasi keperawatan pada pasien *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat di RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- e. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

D. Manfaat Penelitian

1. Aplikatif

a. Bagi Peneliti

Untuk mengaplikasi dan menambah wawasan ilmu pengetahuan serta kemampuan penulis dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien post *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat.

b. Bagi Fasilitas Kesehatan

Diharapkan dapat memberikan sumbangan pikiran serta acuan dalam meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien post *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat.

2. Pengembangan Keilmuan

a. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai sumber bacaan di pustaka dan sebagai pembanding untuk penelitian selanjutnya serta dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan keperawatan pada pasien post *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat.

b. Bagi Penelitian selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan bagi penelitian selanjutnya untuk menambahkan pengetahuan dan dapat menjadi data dasar dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Sectio Caesarea

1. Pengertian Sectio Caesarea

Sectio caesarea didefinisikan sebagai suatu persalinan yang dilakukan ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan karena berisiko kepada komplikasi medis lainnya (Purwoastuti, 2015). *Sectio caesarea* merupakan suatu kelahiran janin melalui insisi yang dibuat pada dinding abdomen dan uterus, tindakan ini dipertimbangkan sebagai pembedahan abdomen mayor (Reeder, dkk, 2014).

2. Klasifikasi Sectio Caesarea

Menurut Reeder, dkk (2014), klasifikasi *sectio caesarea* ada dua, diantaranya:

1. Persalinan Caesarea Melintang

Pelahiran caesarea melintang atau segmen-bawah, merupakan kelahiran sesarea yang pada umumnya dipilih karena berbagai alasan. Insisi dibuat pada segmen bawah uterus, yang merupakan bagian paling tipis dengan aktivitas uterus yang paling sedikit, maka pada tipe insisi secara segmen bawah ini kehilangan darah dapat diminimalkan. Area ini lebih mudah mengalami pemulihan, dan mengurangi kemungkinan terjadinya ruptur jaringan parut pada kehamilan berikutnya. Selain itu, juga insidensi peritonitis, ileus paralisis, dan perlekatan usus lebih rendah.

2. Persalinan Caesarea Klasik

Sebuah insisi tegak lurus dibuat langsung pada dinding korpus uterus, janin dan plasenta dikeluarkan, dan insisi ditutup dengan tiga lapisan jahitan. Tindakan ini dilakukan dengan menembus lapisan uterus yang paling tebal pada korpus uterus. Hal ini bermanfaat ketika kandung kemih dan segmen bawah mengalami perlekatan yang ekstensif akibat *sectio caesarea* sebelumnya. Kadangkala, tindakan

ini dipilih saat janin dalam posisi melintang atau pada kasus plasenta previa anterior.



Gambar 2.1 Posisi Luka Sectio Caesarea

3. Indikasi Sectio Caesarea

Menurut Reeder, dkk (2014), indikasi persalinan caesarea yang dibenarkan dapat terjadi secara tunggal atau secara kombinasi, merupakan suatu hal yang sifatnya relatif dari pada mutlak.

1. Ibu dan janin

Distosia, hal ini mungkin berhubungan dengan ketidaksesuaian antara ukuran panggul dengan ukuran kepala janin (disproporsi sefalopelvik), kegagalan induksi, dan aksi uterus yang abnormal.

2. Ibu

Penyakit ibu yang berat, seperti penyakit jantung, diabetes mellitus, pre eklampsia berat atau eklampsia dan kanker serviks. Pembedahan uterus sebelumnya, seperti miomektomi, kelahiran sesarea sebelumnya dengan insisi klasik, atau rekonstruksi uterus. Obstruksi jalan lahir karena adanya fibriod atau tumor ovarium.

3. Janin

Gawat janin, seperti janin dengan kasus prolaps tali pusat, insufisiensi uteroplasenta berat, malpresentasi seperti janin letak lintang.

4. Plasenta

Plasenta previa, pemisahan plasenta sebelum waktunya (solusio). Menurut Purwoastuti (2015), indikasi yang dapat dilakukan sectio caesarea diantaranya :

a. Fetal distress

- b. Komplikasi preeklampsia
- c. Kegagalan persalinan dengan alat bantu
- d. Bayi besar (makrosomia)
- e. Masalah plasenta seperti plasenta previa
- f. Riwayat persalinan sectio caesarea sebelumnya
- g. CPD (Cephalo Pelvic Disproportion) yaitu proporsi panggul dan kepala bayi tidak pas, sehingga persalinan terhambat.

4. Komplikasi Post Sectio Caesarea

Menurut Sofian, (2012), komplikasi yang dapat terjadi sectio caesarea diantaranya :

1. Pada ibu
 - a. Infeksi Puerperalis

Infeksi puerperalis adalah infeksi bakteri pada traktus genitalia yang muncul setelah persalinan, biasanya dari endometrium bekas insersi plasenta. Tanda dan gejalanya seperti suhu tubuh 39°C sampai 40°C, pada palpasi uterus teraba membesar, lembek dan klien mengeluh nyeri, lokea banyak dan berbau. Penanganannya dengan pemberian antibiotik, pemberian cairan dan tindakan lainnya seperti untuk kelancaran pengaliran lokea, pasien dianjurkan untuk posisi fowler (Maryunani, 2013).
 - b. Perdarahan

Biasanya didefinisikan sebagai kehilangan darah lebih dari 1000 ml post sectio caesarea. Perdarahan disebabkan karena adanya laserasi sehingga banyaknya pembuluh darah yang terbuka, retensio plasenta, atonio uterus yang disebabkan oleh distensi kandung kemih. Perdarahan atau hemoragic dapat menyebabkan syok.
 - c. Komplikasi-komplikasi lain seperti kerusakan organ-organ seperti vesikaurinaria dan uterus.
 - d. Aspirasi atau komplikasi lain yang berhubungan dengan anastesi.
 - e. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang.

2. Pada bayi

a. Kelahiran bayi *premature*

Kelahiran prematur adalah bayi yang lahir sebelum memasuki usia kehamilan 37 minggu. Kebanyakan bayi prematur akan menderita beberapa komplikasi karena perkembangan organ mereka belum sempurna (Purwoastuti, 2015).

b. Kematian bayi

Kematian bayi *sectio caesarea* bergantung pada keadaan janin sebelum operasi, angka kematian bayi sekitar 4-7%.

B. Konsep Pre Eklampsia Berat

1. Pengertian Pre Eklampsia

Preeklampsia (Toksemia Gravidarum) merupakan sekumpulan gejala yang timbul pada wanita hamil, bersalin dan nifas yang terdiri dari hipertensi, edema, dan proteinuria yang muncul pada kehamilan 20 minggu sampai akhir minggu pertama setelah persalinan (Ratnawati, 2020).

2. Klasifikasi Preeklampsia

a. Preeklampsia Ringan

Preeklampsia ringan terjadi jika terdapat tanda-tanda sebagai berikut :

- 1) Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih yang diukur pada posisi berbaring terlentang atau kenaikan diastolik 15 mmHg atau lebih atau kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih.
- 2) Cara pengukuran sekurang-kurangnya pada 2 kali pemeriksaan dengan jarak periksa 1 jam, sebaiknya 6 jam.
- 3) Edema umum, kaki, jari tangan, dan muka atau kenaikan berat 1 kg atau lebih per minggu.
- 4) Proteinuria memiliki berat 0,3 gram atau per liter, kualitatif 1+ atau 2+ pada urin kateter atau midstream

b. Preeklampsia berat

Preeklampsia berat ditandai sebagai berikut :

- 1) Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih
- 2) Proteinuria 5 gram atau lebih per liter
- 3) Oliguria yaitu jumlah urin kurang dari 500 cc per 24 jam
- 4) Adanya gangguan serebral, gangguan visus, dan rasa nyeri pada epigastrium
- 5) Terdapat edema paru dan sianosis.

3. Etiologi Pre Eklampsia

a. Penyebab pre eklampsia

Penyebab pre eklampsia hingga saat ini belum diketahui. Banyak teori yang menerangkan penyebab penyakit itu, namun demikian tidak ada yang memberikan jawaban yang memuaskan. Teori yang dapat diterima menerangkan ;

- 1) Penyebab pre eklampsia yaitu bertambahnya frekuensi pada primigraviditas, kehamilan ganda, hidramnion, dan mola hidatidosa
- 2) Bertambahnya frekuensi karena semakin tua kehamilan
- 3) Dapat terjadi perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dalam uterus
- 4) Timbulnya hipertensi, edema, proteinuria, kejang, dan koma.

b. Prakiraan Etiologi

Beberapa teori menyatakan, prakiraan etiologi dari kelainan tersebut, sehingga kelainan ini sering dikenal sebagai *the diseases of theory*. Adapun teori-teori itu antara lain:

- 1) Faktor imunologis
- 2) Faktor genetik/familial
- 3) Faktor predisposisi

4. Manifestasi Klinis Pre Eklampsia

a. Penyebab hipertensi dan proteinuria

Hipertensi dan proteinuria merupakan dua gejala penting pada preeklampsia, tetapi ibu hamil jarang menyadari hal ini. Penyebab dua masalah ini adalah:

1) Tekanan darah

Peningkatan tekanan darah merupakan tanda awal yang penting pada preeklampsia. Tekanan diastolik merupakan tanda prognostik yang lebih akurat dibandingkan dengan tekanan sistolik. Tekanan diastolik sebesar 90 mmHg atau lebih yang terjadi terus-menerus menunjukkan keadaan abnormal.

2) Kenaikan berat badan

Penilaian kenaikan berat badan pada ibu hamil preeklampsia, yaitu:

- a) Peningkatan berat badan yang tiba-tiba mendahului serangan preeklampsia dan bahkan merupakan tanda pertama preeklampsia pada sebagian besar ibu hamil.
- b) Peningkatan BB normal adalah 0,5 kg per minggu. Bila 1 kg dalam seminggu, maka kemungkinan akan terjadinya preeklampsia harus dicurigai.
- c) Peningkatan berat badan terutama disebabkan retensi cairan dan ditemukan sebelum timbul gejala edema yang terlihat jelas seperti kelopak mata yang bengkak atau jaringan tangan yang membesar.

3) Proteinuria

Pada preeklampsia ringan, proteinuria hanya minimal positif satu, positif dua atau tidak sama sekali. Pada kasus berat, proteinuria dapat ditemukan dan dapat mencapai 10g/dL. Proteinuria hampir selalu timbul kemudian dibandingkan BB yang berlebihan.

b. Gejala-gejala subjektif preeklampsia

Beberapa gejala subjektif preeklampsia, antara lain:

1) Nyeri kepala

Nyeri kepala jarang ditemukan pada kasus preeklampsia ringan, tetapi sering terjadi pada kasus-kasus yang berat. Nyeri kepala

sering terjadi pada daerah frontal dan oksipital. Gangguan ini tidak akan sembuh dengan pemberian analgesik biasa.

2) Nyeri epigastrium

Nyeri epigastrium merupakan keluhan yang sering ditemukan pada preeklampsia berat. Keluhan ini disebabkan karena tekanan pada kapsula hepar akibat edema atau perdarahan.

3) Gangguan penglihatan

Keluhan penglihatan yang terganggu dapat disebabkan oleh spasme arterial, iskemia, dan edema retina. Adapun dalam kasus-kasus yang langka disebabkan oleh ablosio retina.

5. Patofisiologi Pre Eklampsia Berat

Menurut Ratnawati (2020) patofisiologi preeklampsia yaitu :

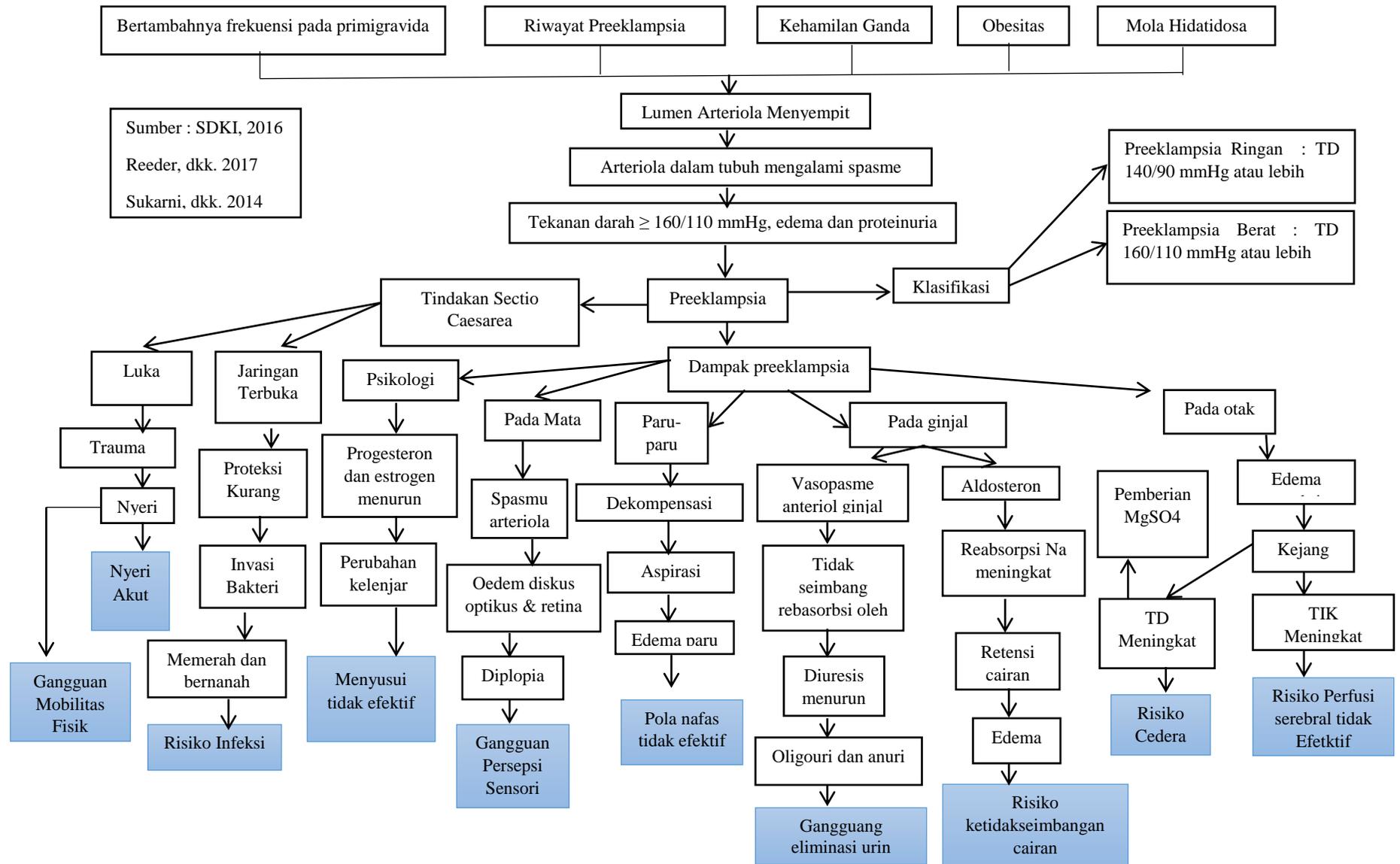
Pada preeklampsia terjadi spasme pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Pada biopsi ginjal, ditemukan spasme yang hebat pada arteriola glomerulus. Pada beberapa kasus, lumen arteriola sedemikian sempitnya, sehingga hanya dapat dilalui satu sel darah merah.

Jika semua arteriola dalam tubuh mengalami spasme, maka tekanan darah dengan sendirinya akan naik sebagai usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigenasi jaringan dapat tercukupi. Pada mata, akan terjadi spasmu arteriola selanjutnya menyebabkan *oedem diskus optikus* dan retina. Keadaan ini dapat menyebabkan terjadinya diplopia dan memunculkan diagnosis keperawatan risiko cedera dan gangguan persepsi sensori.

Pada plasenta, penurunan perfusi akan menyebabkan hipoksia/anoksia sebagai pemicu timbulnya gangguan pertumbuhan plasenta sehingga dapat berakibat terjadinya intra uterin *Growth Retardation* serta memunculkan diagnosis keperawatan risiko gawat janin.

Kenaikan berat badan dan edema yang disebabkan penimbunan air yang berlebihan dalam ruangan interstisial belum diketahui sebabnya, ada yang menyatakan. Hal itu disebabkan oleh retensi air dan garam. Proteinuria diduga disebabkan oleh spasme arteriola, sehingga terjadi perubahan pada glomerulus.

6. WOC



7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (N. Ayu, 2016), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan diantaranya :

1. Pemeriksaan Laboratorium
 - a. Pemeriksaan Darah Lengkap
 - 1) Ureum darah (untuk melihat kerusakan pada ginjal)
 - 2) Penurunan hemoglobin (nilai rujukan 12-14 gr%).
 - 3) Hematokrit meningkat (nilai rujukan 37-43 vol %).
 - 4) Trombosit menurun (nilai rujukan 150.000-450.000/mm³)
 - b. Pemeriksaan Fungsi Hati
 - 1) Bilirubin meningkat (N= <1 mg/Dl)
 - 2) LDH (*Laktat Dehidrogenase*) meningkat
 - 3) *Aspartat Aminomtransferase* (AST) >60 U1
 - 4) Serum *Glutamat Piruvat Transaminase* (SPGT) meningkat (N=15-45 u/ml)
 - 5) Serum *Glutamat Oxaloacetic Transaminase* (SGOT) meningkat (N= < 31u/ml)
 - 6) Total protein serum menurun (N=6,7-8,7 g/Dl)
 - c. Tes Kimia Darah

Asam urat meningkat (normalnya yaitu 2,4-2,7 mg/dl).
 - d. Pemeriksaan retina untuk mendeteksi perubahan pada pembuluh darah retina
 - e. Pemeriksaan kadar human laktogen plasenta (HPL) dan *esteriol* didalam plasmaserta urin untuk menilai unit fetoplasenta.
2. Pemeriksaan Radiologi

Elektrokardiogram (EKG) dan foto dada menunjukkan pembesaran ventrikel dan kardiomegali.

8. Respon Tubuh Terhadap Perubahan Fisiologis

Respon tubuh terhadap perubahan fisiologis pada pasien *post sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat diantaranya :

a. Sistem Kardiovaskuler

Efek dari obat-obatan anestesi umum terhadap system kardiovaskuler yaitu depresi atau iritabilitas kardiovaskuler. Kemungkinan akan terjadi peningkatan tekanan darah $> 120/80$ mmHg karena kerja jantung yang terlalu cepat akibat penurunan volume darah karena perdarahan yang terjadi pada pembedahan, terjadi peningkatan suhu tubuh serta nadi meningkat $>100x$ /menit.

b. Sistem Pencernaan

Penggunaan anestesi baik umum maupun spinal pada saat operasi akan menimbulkan efek samping terhadap sistem pencernaannya, yaitu akan memperlambat proses motilitas gastrointestinal, memperlambat pengembalian tonus dan menyebabkan mual. Pada hari pertama umumnya bising usus masih lemah akibat efek anestesi dan menyebabkan konstipasi.

c. Sistem Perkemihan

Aktivitas ginjal bertambah pada masa nifas karena reduksi dari volume darah dan eksresi produk sampah dari autolisis. Puncak dari aktivitas ini terjadi pada hari pertama setelah kelahiran. Pada umumnya akan terjadi penurunan sensasi kandung kemih dan diuresis pada awal pasca melahirkan.

d. Sistem Endokrin

Penurunan hormon estrogen dan progesteron terendah dapat terjadi pada satu minggu setelah persalinan. Penurunan estrogen menyebabkan prolaktin yang disekresi oleh *grandula hipofise anterior* berekasi pada alveolus payudara dan merangsang produksi susu. Pada wanita yang menyusui kadar prolaktin terus tinggi dan pengeluaran FSH di ovarium ditekan. Pada wanita yang tidak menyusui kadar prolaktin turun pada hari ke 14 sampai 21 post partum.

e. Sistem Musculoskeletal

Efek anestesi umum akan mempengaruhi seluruh ekstremitas atas maupun bawah. Sedangkan pada anestesi spinal hanya bagian ekstremitas bawah yang dipengaruhi meliputi pergerakan, sensasi dan kekuatan ototnya.

9. Penatalaksanaan Pasien Post SC Atas Indikasi PEB

a. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis yang dapat diberikan seperti pemberian analgetik seperti morfin sulfat, obat-obatan *antiemetic* misalnya prometasin 25 mg yang biasanya diberikan bersama-sama dengan pemberian preparat narkotik. Selain itu pemeriksaan laboratorium (hemoglobin, hematokrit leukosit) dapat dilakukan secara rutin pada pagi hari setelah operasi. Hematokrit harus dipantau kembali bila terdapat kehilangan darah atau bila terdapat oliguria atau keadaan lain yang menunjukkan hipovolemi. Jika hematokrit stabil, pasien dapat melakukan ambulasi tanpa kesulitan apapun dan kemungkinan kecil jika terjadi kehilangan darah lebih lanjut (Prawirohardjo, 2013). Selanjutnya dapat diberikan obat anti kejang seperti MgSO₄ apabila ditemukan tanda dan gejala kejang. Adapun cara pemberian regimen magnesium sulfat (Prawirohardjo, 2013).

a) *Loading dose*

Diberikan 4 gram MgSO₄ : intravena (40% dalam 10 cc) selama 15 menit.

b) *Maintenance dose*

Diberikan 6 gram MgSO₄ 40% diencerkan dengan 15 cc aquadest dalam cairan RL/6 jam.

c) *Syarat-syarat pemberian MgSO₄*

Harus tersedia antidotum MgSO₄, bila terjadi intoksikasi yaitu kalsium glukonas 10% = 1 gr (10% dalam 10 cc) diberikan IV selama 3 menit, refleks patella (+) serta frekuensi pernafasan > 16 kali/menit dan tidak ada tanda-tanda distress nafas.

d) *Pemberian MgSO₄ dihentikan*

Apabila terdapat tanda-tanda intoksikasi, setelah 24 jam pasca persalinan atau 24 jam setelah kejang berakhir.

e) *Dosis terapeutik dan toksis MgSO₄*

Dosis terapeutik

Hilangnya reflek tendon 12 mg/dl

Terhentinya pernafasan 18 mg/dl

Terhentinya jantung > 36 mg/dl

Diuretikum tidak diberikan kecuali bila ada tanda-tanda edema paru, payah jantung atau edema anasarka. Diuretikum yang diberikan seperti furosemid 40 mg secara IM.

b. Penatalaksanaan Keperawatan

1) Pemeriksaan Umum

Pemeriksaan secara umum yang dapat dilakukan meliputi adalah pemeriksaan kesadaran serta keluhan yang terjadi.

2) Pemeriksaan khusus

Menurut Padila (2015), pemeriksaan khusus yang dapat dilakukan diantaranya :

a) Pengontrolan Tanda-tanda Vital

Pengontrolan tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu yang dilakukan minimal setiap 4 jam sekali (Reeder, dkk, 2014).

b) Fundus Uteri

Pemeriksaan dapat dilakukan pada : tinggi fundus uteri, kontraksi dan posisi fundus uteri tersebut.

c) Payudara

Dapat dilakukan pemeriksaan puting susu, periksa apakah ada pembengkakan serta periksa kelancaran pengeluaran ASI.

d) Lochia

Pemeriksaan terhadap jenis lochia, dapat berupa lochia rubra, serosa atau alba.

3) Terapi cairan dan diit

Untuk pedoman umum, pemberian 3 liter larutan termasuk ringer laktat (RL) terbukti sudah cukup selama pembedahan dan dalam 24 jam pertama berikutnya. Meskipun demikian, jika output urin dibawah 30 ml/jam, pasien harus dievaluasi kembali. Pemberian minum dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 sampai 10 jam post operasi. Paling lambat pada hari kedua setelah operasi, sebagian besar pasien sudah

dapat menerima makanan biasa. Pasien diharuskan memakan yang bergizi dan minum sebanyak 1.500 ml/hari (Reeder, dkk, 2014)

4) Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap seperti : miring kanan dan kiri yang dapat dimulai sejak 6-10 jam post operasi untuk mencegah thrombosis atau penyumbatan pembuluh darah, latihan pernafasan dapat dilakukan sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar (Reeder, dkk, 2014). Keuntungan dari mobilisasi dini adalah melancarkan pengeluaran lochia, mengurangi infeksi purperium, dan mempercepat involusi dan memperlancar fungsi gastrointestinal dan alat perkemihan serta meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat pengeluaran ASI dan sisa metabolisme lainnya (Padila, 2015).

5) Ambulasi

Pada hari pertama post operasi, pasien dengan bantuan perawat dapat bangun dari tempat tidur sebentar sekurang-kurangnya sebanyak 2 kali ambulasi sehingga preparat analgesic yang baru saja diberikan akan mengurangi rasa nyeri. Pada hari kedua, pasien dapat berjalan ke kamar mandi dengan bantuan (Reedder, dkk, 2014).

6) Perawatan Luka

Umumnya segera setelah cedera, respon peradangan menyebabkan peningkatan aliran darah ke area luka. Meningkatkan cairan dalam jaringan, serta akumulasi leukosit dan fibrosit. Leukosit yang memproduksi enzim proteolitik yang memakan jaringan yang mengalami cedera. Setelah beberapa hari kemudian, fibroblast akan membentuk benang-benang kolagen yang cukup akan melapisi jaringan yang rusak dan menutupi luka (Purwoastuti, 2015). Umumnya luka insisi diinspeksi setiap hari, paling lambat pada hari ketiga pasien sudah dapat mandi tanpa membahayakan luka insisi. Bila balutan luka basah dan berdarah harus dibuka dan diganti (Reeder, dkk, 2014).

10. Komplikasi Pre Eklampsia Berat

Menurut Reeder, dkk (2014), komplikasi maternal yang disebabkan oleh preeklampsia berat dapat berupa seperti eklampsia, edema paru, hemoragic otak, gagal jantung kongestif, infark miokard, sindrom distress, dan kerusakan endotelium intravaskular. Sedangkan janin memiliki resiko mengalami solusio plasenta, retardasi pertumbuhan intrauterus, hipoksia akut, kematian intrauterus dan prematuritas.

Menurut Ayu (2016), komplikasi dari preeklampsia berat, antara lain:

a. Pada ibu

- 1) Eklampsia
- 2) Solusio Plasenta
- 3) Stroke
- 4) Perdarahan subkapsula hepar
- 5) Kelainan pembekuan darah (DIC)
- 6) Sindrom HELLP (*hemolisis, elevated, liver, enzymes, dan low platelet count*)
Sindrom HELLP (hemolisis, peningkatan enzim hati, trombositopenia) merupakan komplikasi yang paling umum diderita oleh pasien dengan preeklampsia (Kusmardika & Puspitasari, 2022).
- 7) Ablosio retina
- 8) Gagal jantung hingga syok dan kematian

b. Pada Janin

- 1) Terhambatnya pertumbuhan dalam uterus
- 2) Prematur
- 3) Distress fetal
- 4) Asfiksia neonatorum
- 5) Hipoksia janin
- 6) Kematian dalam uterus
- 7) Peningkatan angka kematian dan kesakitan perinatal.

C. Konsep Dasar Post Partum

1. Pengertian Post Partum

Post partum atau masa nifas adalah masa sesudah persalinan dapat juga disebut masa nifas (puerperium) yaitu masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pulihnya kembali alat kandungan yang lamanya kurang lebih 6 minggu. Post partum adalah masa 6 minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi sampai kembali ke keadaan normal sebelum hamil (Padila, 2015).

2. Adaptasi Fisiologi

Perubahan Fisik pada Post Partum :

1) Sistem Kardiovaskuler

Perubahan yang terjadi pada sistem kardiovaskuler setelah proses melahirkan, dalam beberapa hari tekanan darah, frekuensi jantung, konsumsi oksigen dan jumlah cairan total umumnya kembali ke kondisi sebelum hamil. Perubahan lainnya memerlukan waktu yang lebih lama (beberapa minggu). Perubahan volume darah berhubungan dengan kehilangan darah dan diuresis setelah melahirkan. Rata-rata kehilangan darah proses persalinan normal pervaginam sekitar 400 – 500 ml. Sedangkan persalinan secara seksio sesaria sering kali leboh dari 1000 ml. Hilangnya fungsi endokrin plasenta mngurangi vasodilatasi. Bantalan vaskuler maternal berkurang 10-15% saat sirkulasi uteroplacenta hilang dan cairan esktravaskuler domobilisasi untuk dikeluarkan oleh ginjal (Reeder, dkk, 2014).

Perubahan volume darah postpartum terjadi dengan cepat, dimana terjadi peningkatan sementara 15-30% pada sirkulasi volume darah antara 12 dan 48 jam setelah melahirkan, yang mengakibatkan terjadinya hemodilusi. Volume darah total menurun ke kondisi sebelum hamil yaitu sebanyak 4 liter pada minggu keempat post partum. Kombinasi efek peningkatan aliran darah balik vena dan diuresis menyebabkan curah

jantung 35% lebih besar pada masa awal postpartum. Tekanan darah mengalami sedikit perubahan dibawah normal dan hipotensi ortostatik dapat terjadi dalam 48 jam pertama postpartum. Bradikardia ringan 50-70 kali/menit dapat terus berlangsung selama 1 minggu. Frekuensi jantung kembali ke kondisi sebelum hamil sekitar 3 bulan post partum (Ayu, Ike Puspasari, 2022).

2) Sistem Urologi :

- a. Diuresis pada awal periode pasca partum
- b. Penurunan sensasi kandung kemih

3) Sistem endokrin :

Plasenta lahir, penurunan hormon estrogen dan progesteron, kadar terendah dicapai pada kira-kira satu minggu pasca partum.

4) Sistem Pencernaan

Gangguan defekasi : konstipasi progesteron, penurunan tekanan otot abdomen, kurang cairan dan rasa takut nyeri pada luka episiotomi atau ruptur perineum.

5) Sistem Integumen

- a. Suhu meningkat sampai 38 derajat karena kelelahan dan diaporesis/diuresis pada 24 jam pertama.
- b. Hiperpigmentasi berkurang.

6) Sistem Muskuluskeletal

- a. Dinding abdomen meregang, tampak longgar dan lembek, diastasis otot recti abdominis.
- b. Perubahan pusat berat saat hamil-hipermobilitas sendi.

7) Uterus

Setelah plasenta lahir uterus merupakan alat yang keras, karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya. Perubahan uterus setelah melahirkan dapat dilihat tabel dibawah ini :

Tabel 2.1
Perubahan Uterus

Waktu (setelah melahirkan)	Tinggi Fundus Uteri	Perkiraan Berat Uterus
2-4 jam	Setinggi umbilikus (12-14 cm diatas simfisis pubis)	1000 gram
12 jam	1 cm dibawah umbilikus atau bisa agak lebih tinggi	
2-3 hari	2-3 cm dibawah umbilikus	
6 hari	Pertengahan umbilikus-simfisis pubis	
9-10 hari	Tidak teraba	500 gram (akhir minggu pertama)
Akhir minggu kedua	Tidak teraba	350 gram
6 minggu	Tidak teraba	40-60 gram

Sumber : (Reeder, Martin and Griffin, 2014); (Pillitteri, 2010); (Metti, Elvia, et al, 2022)

8) Perubahan pada serviks dan vagina

Beberapa hari setelah persalinan ostium eksternum dan dilalui oleh 2 jari, pada pada akhir minggu pertama dapat dilalui oleh 1 jari saja. Karena hiperplasi ini dan karena retraksi dari serviks, robekan serviks jadi sembuh. Vagina yang sangat diregang waktu persalinan, lambat laun mencapai ukuran yang normal. Pada minggu ke 3 post partum ruggae mulai nampak kembali.

Rasa sakit yang disebut after pains (meriang atau mules-mules) disebabkan kontraksi rahim biasanya berlangsung 3-4 hari pasca persalinan. Perlu diberikan pengertian biasanya pada ibu mengenai hal ini dan bila terlalu mengganggu analgesik.

9) Lochia

Lochia adalah cairan yang dikeluarkan dari uterus melalui vagina dalam masa nifas. Lochia bersifat alkalis, jumlahnya lebih banyak dari darah menstruasi. Lochia ini berbau anyir dalam keadaan normal, tetapi tidak busuk. Pengeluaran lochia dapat dibagi berdasarkan jumlah dan warnanya yaitu lochia rubra berwarna merah dan hitam terdiri dari sel desidua, verniks kaseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, sisa darah dan keluar mulai hari pertama sampai hari ketiga. Lochia sangunolenta berwarna putih bercampur merah mulai hari ketiga sampai hari ketujuh. Lochia serosa berwarna kekuningan dari hari ketujuh sampai hari keempat belas. Lochia alba berwarna putih setelah hari keempat belas.

10) Dinding perut dan peritonium

Setelah persalinan dinding perut longgar karena diregang begitu lama, biasanya akan pulih dalam 6 minggu. Ligamen fascia dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu partus setelah bayi lahir berangsur angsur mengecil dan pulih kembali. Tidak jarang uterus jatuh ke belakang menjadi retrofleksi karena ligamnetum rotundum jadi kendur. Untuk memulihkan kembali sebaiknya dengan latihan-latihan pasca persalinan.

11) Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan secara normal volume darah untuk mengakomodasi penambahan aliran darah yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh darah uterus. Penurunan dari estrogen mengakibatkan diuresis yang menyebabkan volume plasma menurun secara cepat pada kondisi normal. Keadaan ini terjadi pada 24 jam sampai 48 jam pertama setelah kelahiran. Selama ini klien mengalami sering kencing. Perurunan progesteron membantu mengurangi retensi cairan sehubungan dengan penambahan vaskularisasi jaringan selama kehamilan.

12) Ginjal

Aktivitas ginjal bertambah pada masa nifas karena reduksi dari volume darah dan ekskresi produk sampah dari autolysis. Puncak dari aktivitas ini terjadi pada hari pertama post partum.

13) Oxytoxin

Oxytoxin disekresi oleh kelenjar hipofise posterior dan bereaksi pada otot uterus dan jaringan payudara. Selama kala tiga persalinan aksi oxytoxin menyebabkan pelepasan plasenta. Setelah itu oxytoxin bereaksi untuk kestabilan kontraksi uterus, memperkecil bekas tempat perlekatan plasenta dan mencegah perdarahan. Pada wanita yang memilih untuk menyusui bayinya, isapan bayi menstimulasi ekskresi oxytoxin dimana keadaan ini membantu kelanjutan involusi uterus dan pengeluaran susu. Setelah plasenta lahir, sirkulasi HCG, estrogen, progesteron dan hormon laktogen plasenta menurun cepat, keadaan ini menyebabkan perubahan fisiologis pada ibu nifas.

14) Prolaktin

Penurunan estrogen menyebabkan prolaktin yang disekresi oleh glandula hipofise anterior bereaksi pada alveolus payudara dan merangsang produksi susu. Pada wanita yang menyusui kadar prolaktin terus tinggi dan pengeluaran FSH di ovarium ditekan. Pada wanita yang tidak menyusui kadar prolaktin turun pada hari ke 14 sampai 21 post partum dan penurunan ini mengakibatkan FSH disekresi kelenjar hipofise anterior untuk bereaksi pada ovarium yang menyebabkan pengeluaran estrogen dan progesteron dalam kadar normal, perkembangan normal folikel de graaf, ovulasi dan menstruasi.

15) Laktasi

Pada hari ke-3 post partum, buah dada menjadi besar, keras dan nyeri. Ini menandai permulaan sekresi air susu, dan kalau areola mammae dipijat, keluarlah cairan puting dari puting susu.

16) Tanda-tanda vital

Perubahan tanda-tanda vital pada masa nifas meliputi :

Normal : Tekanan darah < 140/90 mmHg, mungkin bisa naik dari tingkat disaat persalinan 1-3 hari post partum. Suhu tubuh < 38°C, denyut nadi 60-100 x/menit.

Abnormal : Tekanan darah > 140/90 mmHg, suhu > 38°C, denyut nadi > 100 x/menit.

3. Adaptasi Psikologi

Perubahan psikologi masa nifas menurut Reva-Rubin terbagi menjadi dalam 3 tahap yaitu :

1) *Fase Takin In (Dependent)*

Periode ini terjadi setelah 1-2 hari dari persalinan. Dalam masa ini terjadi interaksi dan kontak yang lama antara ayah, ibu, dan bayi. Hal ini dapat dikatakan sebagai psikis honeymoon yang tidak memerlukan hal-hal yang romantis, masing-masing saling memperlihatkan bayinya dan menciptakan hubungan yang baru (Padila, 2015).

2) *Fase Taking Hold (Dependent-Independent)*

Berlangsung pada hari ke-3 sampai ke-4 post partum. Ibu berusaha bertanggung jawab terhadap bayinya dengan berusaha untuk menguasai keterampilan perawatan bayi. Pada periode ini ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, misalnya buang air kecil atau buang air besar (Padila, 2015).

3) *Fase Letting Go (Independent)*

Terjadi setelah ibu pulang kerumah. Pada masa ini ibu mengambil tanggung jawab terhadap bayi. Sedangkan stres emosional pada ibu nifas kadang-kadang dikarenakan kekecewaan yang berkaitan dengan mudah tersinggung dan terluka sehingga nafsu makan menurun dan pola tidur terganggu. Manifestasi ini disebut dengan post partum blues dimana terjadi pada hari ke 3-5 post partum (Padila, 2015).

D. Konsep Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea atas Indikasi PEB

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah ide dasar dari proses keperawatan, yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pelanggan untuk mengidentifikasi dan mengidentifikasi masalah fisik, psikologis, sosial dan spiritual, kesehatan dan kebutuhan keperawatan pelanggan (Dermawan, 2016).

1. Identitas Klien

Wanita kelompok usia biasanya <20 tahun atau >35 tahun, kehamilan primigravida atau multigravida .

2. Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien dengan post sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat cenderung mengeluh nyeri pada perut bekas operasi, klien merasa sakit kepala, terasa sakit di ulu hati atau nyeri epigastrium. Selanjutnya klien biasanya mengeluh penglihatan kabur, mual dan muntah, tidak ada nafsu dan bengkak pada ekstremitas.

b) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien dengan post sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat cenderung sudah menderita hipertensi sebelum hamil, klien mempunyai riwayat preeklampsia pada kehamilan terdahulu pernah melahirkan dengan operasi sectio caesarea sebelumnya. Biasanya klien pernah menderita penyakit ginjal kronis dan biasanya klien mengalami obesitas.

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien dengan post sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat cenderung memiliki anggota keluarga yang menderita penyakit keturunan seperti jantung, DM, hipertensi. Kemungkinan pada anggota keluarga ada yang mempunyai riwayat preeklampsia dan eklampsia.

3. Riwayat Perkawinan

Pasien dengan post caesarea atas indikasi preeklampsia berat cenderung terjadi pada wanita yang menikah dibawah usia 20 tahun atau di atas 35 tahun.

4. Pola-pola Fugsi Kesehatan

1) Pola Persepsi

Pasien dengan post sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat cenderung kurang pengetahuan tentang hipertensi dalam kehamilan, dan cara pencegahan, penanganan dan perawatan.

2) Pola nutrisi

Pasien dengan post sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat cenderung mengalami peningkatan nafsu makan karena ada keinginan untuk menyusui bayinya.

3) Pola Eliminasi

Pasien dengan post sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat cenderung mengalami perasaan sering/susah kencing selama masa nifas.

4) Pola Istirahat dan Tidur

Pasien dengan post sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat cenderung mengalami perubahan pada pola istirahat dan tidur karena adanya kehadiran sang bayi dan nyeri abdomen bagian bawah bekas operasi.

5) Pola Hubungan dan Peran

Pasien dengan sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat cenderung mengalami perubahan peran pada klien, karena kehadiran bayi sehingga menambah anggota baru dalam keluarga.

6) Pola Sensori dan Kognitif

Pasien dengan sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat cenderung mengalami perubahan pola sensori, klien merasakan nyeri pada bekas luka dibagian bawah abdomen, pola kognitif biasanya klien nifas primipara terjadinya kurangnya pengetahuan merawat bayinya.

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Pasien dengan post sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat cenderung mengalami kecemasan terhadap keadaan kesehatannya.

8) Pola Reproduksi dan Sosial

Pasien dengan post scetio caesarea atas indikasi preeklampsia berat cenderung mengalami disfungsi seksual yaitu perubahan dalam hubungan seksual atau fungsi dari seksual yang tidak adekuat karena adanya proses persalinan dan nifas.

5. Pemeriksaan Fisik

1) Tekanan Darah

Tekanan darah tinggi (Hipertensi), yaitu 160/110 mmHg atau lebih.

2) Kepala

Pasien dengan post scetio caesarea atas indikasi preeklampsia berat biasanya tidak ada masalah pada kepala, kepala dapat dinilai kebersihan, serta pada rambut apakah ada kerontokan.

3) Wajah

Pasien dengan post sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat cenderung mengalami wajah pucat, dan biasanya terdapat cloasma gravidarum.

4) Mata

Pasien dengan post sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat cenderung mengalami konjungtiva sub anemis, sklera sedikit ikterik.

5) Telinga

Telinga simetris, pada telinga dapat dinilai bagaimana kebersihannya. Periksa adakah cairan yang keluar dari telinga.

6) Hidung

Pada hidung tidak terdapat pernafasan cupping hidung dan polip.

7) Leher

Biasanya ditemukan adanya pembesaran kelenjar tiroid, periksa apakah ada pembesaran kelenjar getah bening dan vena jugularis.

8) Dada

Biasanya pada paru-paru, retraksi dinding dada tidak ada, dan pada jantung biasanya ictus cordis tidak terlihat, dan batas-batas jantung tidak melebar.

9) Payudara/Mamae

Inspeksi : Pada payudara biasanya tidak simetris, pada areola mammae terjadi hiperpigmentasi, papila mammae menonjol/datar/ dan tampak bersih atau tidak

Palpasi : ASI/kolostrum ada tetapi sedikit, payudara teraba membengkak dan keras.

10) Abdomen

Inspeksi : Akan tampak ada luka bekas operasi, biasanya tampak ada luka bekas operasi dibawah umbilikus, posisi luka operasi sesar melintang, luka tampak tertutup dengan perban, ukuran luka kurang lebih 15 cm, tinggi fundus uteri yaitu sejajar pusat, biasanya tampak ada striae, linea nigra atau alba.

Palpasi : Pada hari pertama post sectio caesarea tinggi fundus uteri yaitu sejajar pusat, posisi uterus medial atau lateral, kontraksi uterus bisa teraba keras atau lunak.

11) Genitalia

Genitalia : Pada hari pertama partum klien terpasang kateter

a. Lochea: Pada fase immediet yang terjadi pada 24 jam pertama, jenis lochea rubra yang pada umumnya berswarna merah muda. Selanjutnya pada fase early yang dimulai 24 jam pertama sampai satu minggu, jenis lochea sanginolenta dimulai hari ke 3-7 hari post partum, jenis lochea serosa yang dimulai dari hari 7-14 hari pasca persalinan, dan lochea alba setelah 2 minggu post partum.

b. Haemorhoid: Biasanya tidak ada haemorhoid.

12) Ekstremitas

Atas : Klien terpasang infus, tampak ada edema, biasanya teraba dingin, dan tampak sedikit pucat.

Bawah : Biasanya ada edema, biasanya tidak terdapat varises, biasanya teraba sedikit dingin, dan tampak sedikit pucat.

6. Data Sosial Ekonomi

Umumnya preeklampsia berat lebih banyak terjadi pada wanita dari golongan ekonomi rendah dimana mereka kurang mengkonsumsi makanan yang mengandung protein dan juga kurang melakukan perawatan antenatal yang teratur.

7. Data Psikologis

Biasanya klien preeklampsia ini berada dalam kondisi cemas, labil dan mudah marah, klien merasa khawatir akan keadaan dirinya dan keadaan bayinya.

2. Kemungkinan Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada kasus post sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat (PPNI, 2016) :

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
- c. Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif
- d. Risiko cedera dibuktikan dengan hipoksia jaringan
- e. Risiko perdarahan dibuktikan dengan komplikasi pasca partum
- f. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas
- g. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostik
- h. Risiko ketidakseimbangan cairan ditandai dengan prosedur pembedahan mayor
- i. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin.
- j. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan
- k. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- l. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung, payudara bengkak

3. Rencana Keperawatan

Tabel 2.2

Perencanaan Tindakan Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		SLKI	SIKI
1.	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dibuktikan dengan Hipertensi (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Kognitif meningkat 3. Sakit kepala menurun 4. Gelisah menurun 5. Kecemasan menurun 6. Demam menurun 7. Tekanan darah sistolik membaik 8. Tekanan darah diastolic membaik 9. Refleks saraf membaik.	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi a. Periksa sirkulasi perifer b. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi c. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik a. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi b. Lakukan pencegahan infeksi c. Lakukan hidrasi Edukasi a. Anjurkan berhenti merokok b. Anjurkan berolahraga rutin c. Anjurkan minum obat penurunan tekanan darah
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x24 jam, masalah nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil :	Manajemen Nyeri (I. 08238) Observasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik,

	<p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p><i>Subjektif :</i> 1. Mengeluh nyeri</p> <p><i>Objektif :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur <p>Gejala dan tanda Minor</p> <p><i>Subjektif :</i> (Tidak tersedia)</p> <p><i>Objektif :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berfikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Sikap protektif menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Frekuensi nadi membaik (5) 6. Pola nafas membaik (5) 	<p>durasi, frekuensi, intensitas nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respon nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan i. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi musik,
--	---	---	---

			<p>biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>b. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>c. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>d. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>b. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p>
--	--	--	---

			<p>Pemberian Analgetik (I.08243)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, ferkuensi, durasi) b. Identifikasi riwayat alergi obat c. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik, (mis. Narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri d. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik e. Monitor efektifitas analgesik <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, <i>jika perlu</i> b. Pertimbangan penggunaan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum c. Tetapkan target efektifitas analgesic untuk
--	--	--	--

			<p>mengoptimalkan respon pasien</p> <p>d. Dokumentasikan respon terhadap efek analgesic dan efek yang tidak diinginkan</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi</p>
3.	<p>Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (D.0142)</p> <p>Faktor Risiko</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit kronis (mis. Diabetes mellitus) 2. Efek prosedur invasif 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan. 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : <ol style="list-style-type: none"> 1) Gangguan peristaltik 2) Kerusakan integritas kulit 3) Perubahan sekresi pH 4) Penurunan kerahsiliaaris 5) Ketuban pecah lama 6) Ketuban pecah sebelum waktunya 7) Merokok, status cairan tubuh 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan ..x 24 jam diharapkan masalah risiko infeksi teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun (5) 2. Kemerahan menurun (5) 3. Nyeri menurun (5) 4. Bengkak menurun (5) 5. Kadar sel darah putih membaik (5) 	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi riwayat kesehatan dan riwayat alergi b. Identifikasi kontraindikasi pemberian imunisasi c. Identifikasi status imunisasi setiap kunjungan ke pelayanan kesehatan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Berikan suntikan pada bayi dibagian paha anterolateral b. Dokumentasikan informasi vaksinasi c. Jadwalkan imunisasi pada interval waktu yang tepat <p>Edukasi</p> <p>a. Jelaskan tujuan, manfaat, resiko</p>

	<p>6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Penurunan hemoglobin 2) Imunosupresi 3) Leukopenia 4) Supresi respon inflamasi 5) Vaksinasi tidak adekuat. 		<p>yang terjadi, jadwal dan efek samping</p> <ol style="list-style-type: none"> b. Informasikan imunisasi yang diwajibkan
4.	<p>Risiko cedera dibuktikan dengan hipoksia jaringan (D.0136)</p> <p>Faktor Risiko</p> <p><i>Eksternal :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terpapar patogen 2. Terpapar zat kimia toksik 3. Terpapar agen nosokomial 4. Ketidaknyamanan transportasi <p><i>Internal :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidaknormalan profil darah 2. Perubahan orientasi afektif 3. Perubahan sensasi 4. Disfungsi autoimun 5. Disfungsi biokimia 6. Hipoksia jaringan 7. Kegagalan mekanisme pertahanan tubuh 8. Malnutrisi 9. Perubahan fungsi psikomotor 10. Perubahan fungsi kognitif 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan ..x 24 jam masalah risiko cedera dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toleransi aktivitas meningkat (5) 2. Kejadian cedera menurun (5) 3. Luka/lecet menurun (5) 4. Ekspresi wajah kesakitan menurun (5) 5. Gangguan mobilitas 6. Tekanan darah membaik (5) 7. Frekuensi nadi membaik (5) 	<p>Pencegahan cedera (I.14537)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi lingkungan yang mengakibatkan cedera b. Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera c. Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstremitas bawah <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sediakan pencahayaan yang memadai b. Gunakan lampu tidur selama tidur c. Gunakan alas lantai bila resiko mengalami cedera serius d. Sediakan pispot atau urinal untuk eliminasi diatas tempat tidur e. Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau f. Pertahankan

			<p>posisi tempat tidur diposisi terendah saat digunakan</p> <ul style="list-style-type: none"> g. Pastikan roda tempat tidur atau kursi roda dalam kondisi terkunci h. Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan i. Diskusikan mengenai latihan dan terapi fisik yang diperlukan j. Diskusikan mengenai alat bantu mobilisasi k. Diskusikan bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi pasien l. Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga b. Anjurkan berganti posisi secara perlahan <p>Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi factor
--	--	--	---

			<p>risiko jatuh</p> <ol style="list-style-type: none"> b. Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh c. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala d. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Orientasi ruangan pada pasien dan keluarga pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam keadaan terkunci b. Pasang hedrail tempat tidur c. Atur tempat tidur mekanis dalam posisi rendah d. Gunakan alat bantu berjalan <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah b. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin c. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh d. Anjurkan
--	--	--	--

			melebarkan kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
5.	Risiko Perdarahan dibuktikan dengan komplikasi pasca partum	Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien selama ..x24 jam diharapkan tingkat perdarahan menurun (L.02017) dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1) Kelembapan membran mukosa meningkat 2) Perdarahan vagina menurun 3) Hemoglobin membaik 4) Hematokrit membaik 5) Tekanan darah membaik 6) Suhu tubuh membaik 	<p>Pencegahan Perdarahan (I. 02067)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor tanda dan gejala perdarahan b. Monitor nilai hematokrit /hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah c. Monitor tanda-tanda ortostatik d. Monitor koagulasi (mis. Prothrombin time (PT), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan/atau platelet <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pertahankan bed rest selama perdarahan b. Batasi tindakan invasif, jika perlu c. Hindari pengukuran suhu rektal <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan b. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

			<p>untuk menghindari konstipasi</p> <p>c. Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan</p> <p>d. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K</p> <p>e. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi pemberian obat kontrol perdarahan, jika perlu</p> <p>b. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu</p> <p>c. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</p>
6.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien selama ..x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat (L.02011) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Denyut nadi perifer meningkat 2) Warna kulit pucat 3) Edema perifer meningkat 4) Pengisian kapiler membaik 5) Akral 	<p>Perawatan Sirkulasi (I.020079)</p> <p>Observasi</p> <p>a. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, <i>anklebrachial index</i>)</p> <p>b. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)</p> <p>c. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak</p>

		membaik 6) Tekanan darah sistolik membaik 7) Tekanan darah diastolik membaik	pada ekstremitas Terapeutik a. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi b. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi c. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera d. Lakukan pencegahan infeksi e. Lakukan hidrasi Edukasi a. Anjurkan menggunakan obat penurunan tekanan darah, antikoagulan, dan penurunan kolesterol, jika perlu b. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur c. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak, jenuh.
--	--	--	---

Sumber :

(PPNI, 2016), (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018), (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap pelaksanaan dari rencana keperawatan yang telah dibuat oleh perawat untuk pasien dengan tujuan hasil yang diharapkan bisa tercapai. Tindakan keperawatan yang dilakukan harus konsisten antara rencana keperawatan dengan pelaksanaan agar tujuan hasil yang telah ditetapkan bisa terwujud (Damanik, 2020).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah proses akhir dari hasil dari mengkaji respon pasien setelah dilakukan beberapa intervensi keperawatan yang telah diberikan sebelumnya. Evaluasi keperawatan dilakukan secara kontinuitas dalam menentukan rencana keperawatan yang efektif dan bagaimana rencana keperawatan yang efektif dan bagaimana rencana yang akan dilanjutkan, direvisi atau dihentikan setelah masalah diselesaikan dengan baik (Damanik, 2020).

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif yaitu suatu metode penelitian yang bertujuan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan peristiwa penting berdasarkan fenomena yang didapatkan melalui studi kasus (Kartika, 2017). Hasil yang didapatkan oleh peneliti adalah deskripsi asuhan keperawatan pada pasien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklampsia Berat diruangan IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini telah selesai dilakukan pada pasien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklampsia Berat di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang. Waktu penelitian dilakukan mulai bulan Oktober 2022-Juni 2023, dan penerapan asuhan keperawatan dilaksanakan pada tanggal 13 Februari-17 Februari 2023.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian yang akan diteliti yang mana dapat berupa orang, benda, gejala, atau wilayah yang ingin diketahui peneliti (Kartika, 2017). Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien post sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat yang dirawat diruangan IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang. Populasi yang didapatkan oleh peneliti saat melakukan penelitian adalah sebanyak 1 orang.

2. Sampel

Sampel merupakan sebagian dari keseluruhan objek yang akan diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi, atau sampel adalah elemen-elemen populasi yang dipilih berdasarkan kemampuan mewakilinya (Kartika, 2017). Sampel dalam penelitian ini merupakan satu orang pasien post sectio caesarea atas indikasi pre eklampsia berat yang dirawat di IRNA Kebidanan dan Anak

RSUP Dr. M. Djamil Padang. Adapun kriteria inklusi dan kriteria eksklusi dari penelitian ini adalah :

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi yang akan diteliti (Nursalam, 2016).

- 1) Pasien *post sectio caesarea* dengan indikasi preeklampsia berat yang bersedia menjadi responden penelitian.
- 2) Pasien *post sectio caesarea* dengan indikasi preeklampsia berat yang kooperatif dan mampu berkomunikasi baik.

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dan studi karena berbagai sebab (Kartika, 2017).

- 1) Pasien rencana pindah ruangan dari kebidanan ke ruang rawatan umum.
- 2) Pasien *post sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat yang mengalami penurunan kesadaran
- 3) Pasien rawatan yang kurang dari 5 hari karena pulang paksa.

Pengambilan sampel penelitian diambil dari 1 orang dengan diagnosa *post sectio caesarea* atas indikasi pre eklampsia berat dimana sampel pada tanggal 13 Februari 2023 didapatkan 1 sampel masuk ke dalam kriteria inklusi dan kriteria eksklusi, sehingga didapatkan Ny. S menjadi partisipan dalam penelitian.

D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan beberapa alat untuk mengumpulkan data. Alat atau instrument pengumpulan data yang digunakan adalah format asuhan keperawatan, tensimeter, stetoskop, thermometer, timbangan BB, penlight, reflex hammer dan meteran. Instrumen pengumpulan data meliputi :

- a. Format pengkajian keperawatan terdiri dari : identitas pasien, identitas penanggung jawab, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

- b. Format analisa data terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, data subjektif, data objektif, masalah dan penyebab.
- c. Format diagnosa keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya masalah, serta tanggal dan paraf dipecahkannya masalah.
- d. Format rencana asuhan keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, diagnosis keperawatan, SDKI, SIKI.
- e. Format implementasi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, dan implementasi keperawatan.
- f. Format evaluasi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, evaluasi keperawatan dan paraf yang mengevaluasi tindakan keperawatan.

E. Jenis-jenis Data

1. Data primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan langsung dari pasien seperti pengkajian kepada pasien, meliputi : identitas pasien, riwayat kesehatan pasien, pola aktivitas sehari-hari dirumah, dirumah sakit, dan pemeriksaan fisik terhadap pasien.

2. Data sekunder

Data sekunder merupakan sumber data penelitian yang diperoleh langsung dari rekam medik, serta dari dokumentasi di ruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang. Data sekunder umumnya berupa bukti, data penunjang (pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan diagnostik), catatan atau laporan historis yang telah tersusun dalam arsip yang tidak dipublikasikan seperti status pasien yang ada diruangan.

F. Langkah-langkah Penelitian

- 1. Peneliti mengurus surat izin penelitian dari instalasi asal penelitian yaitu Poltekkes Kemenkes Padang ke RSUP Dr. M. Djamil Padang.

2. Setelah mendapatkan surat izin dari RSUP Dr. M. Djamil Padang, surat tersebut diserahkan ke pihak Instalasi Kebidanan dan Anak serta meminta izin untuk melakukan penelitian.
3. Peneliti berkoordinasi dengan kepala ruangan untuk penentuan sampel penelitian
4. Peneliti melakukan pemilihan sampel sebanyak 1 orang pasien post sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat.
5. Peneliti melakukan pendekatan pada 1 orang pasien post sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat
6. Peneliti menjelaskan tentang tujuan dilakukannya penelitian dan memberikan informed consent kepada responden dan keluarga.
7. Peneliti membuat kontrak waktu pada partisipan dan keluarga untuk pertemuan selanjutnya.
8. Peneliti melakukan pengkajian keperawatan kepada partisipan menggunakan metode wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik.
9. Peneliti merumuskan diagnosis keperawatan yang muncul pada partisipan.
10. Peneliti membuat perencanaan asuhan keperawatan yang akan diberikan kepada responden
11. Peneliti melakukan asuhan keperawatan pada responden.
12. Peneliti mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan pada responden.
13. Peneliti mendokumentasikan proses asuhan keperawatan yang telah diberikan pada partisipan mulai dari pengkajian keperawatan sampai evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan.

G. Teknik Pengumpulan Data

Peneliti akan melakukan wawancara, pengukuran, observasi, dan dokumentasi untuk sumber data yang sama secara serempak.

1. Wawancara

Dalam penelitian ini wawancara dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara bebas terpimpin. Wawancara jenis ini merupakan kombinasi dari wawancara tidak terpimpin dan wawancara terpimpin.

Meskipun dapat unsur, tetapi ada pengaruh pembicara secara tegas dan mengarah. Jadi wawancara ini mempunyai ciri yang fleksibelitas tetapi arahnya jelas. Artinya pewawancara diberi kebebasan yang diharapkan dan responden secara bebas dapat memberikan informasi selengkap mungkin. Wawancara yang dilakukan dengan mewawancarai identitas pasien, identitas penanggung jawab, keluhan utama, ditanyakan aktifitas sehari-hari pasien dibantu keluarga atau biasa melakukan aktifitas secara mandiri. Selain itu ditanyakan juga pada pasien riwayat kesehatan pasien apakah pernah mengalami penyakit keturunan seperti DM, hipertensi, dan jantung serta riwayat pre eklampsia berat sebelumnya. Selanjutnya menanyakan pola hidup pasien sebelum sakit, menanyakan apakah keluarga memiliki riwayat penyakit keturunan, hipertensi dan menanyakan pola coping stress pasien dalam dilakukan mengenai identitas pasien, kondisi lingkungan pasien dan activity daily (ADL) seperti makan, BAB, BAK, istirahat dan tidur.

2. Pengukuran

Pengukuran adalah cara pengumpulan data penelitian dengan mengukur objek (Supardi & Rustika, 2013). Peneliti melakukan pemantauan kondisi pasien dengan metoda pengukuran menggunakan alat ukur pemeriksaan, seperti pengukuran tekanan darah, pengukuran lingkaran lengan atas, menghitung frekuensi nadi, menghitung frekuensi pernafasan, pengukuran suhu menggunakan termometer, pemeriksaan fisik dari kepala sampai ekstremitas. Melakukan pengukuran nyeri dengan menggunakan skala nyeri numeric.

3. Observasi

Observasi adalah cara pengumpulan data penelitian melalui pengamatan terhadap suatu objek atau proses, baik secara visual maupun alat (Supardi & Rustika, 2013). Pada observasi ini, peneliti mengobservasi atau melihat kondisi dari pasien, seperti keadaan umum, tanda-tanda dan gejala post *sectio cesarea* dengan indikasi pre eklampsia berat, luka operasi (ukuran, warna kulit disekitar luka, dan keadaan luka), pemantauan tanda-tanda kejang, edema, perdarahan. Observasi dari

implementasi atau tindakan yang telah dilakukan pada pasien dengan post *sectio caesarea* atas indikasi pre eklampsia berat. Pemantauan tanda-tanda vital yaitu nadi, pernafasan, tekanan darah dan suhu. Pemantauan laboratorium seperti hasil pemeriksaan laboratorium pada darah (Hb, leukosit, trombosit, hematokrit, albumin).

4. Studi Dokumentasi

Peneliti menggunakan dokumentasi dari rumah sakit untuk menunjang penelitian yang akan dilakukan. Dokumentasi keperawatan yang didapatkan yaitu catatan perkembangan pasien, hasil pemeriksaan laboratorium seperti Hb, Ht, trombosit, leukosit, dan data pengobatan pasien, catatan tindakan apa yang telah dilakukan.

H. Analisis Keperawatan

Rencana analisis yang dilakukan dalam penelitian ini adalah menganalisis semua temuan pada tahap proses keperawatan dengan menggunakan konsep dan teori keperawatan pada pasien post *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat. Data yang ditemukan saat pengkajian dikelompokkan dan dianalisis berdasarkan data subjektif dan objektif, sehingga dapat dirumuskan diagnosis keperawatan, kemudian menyusun rencana keperawatan serta melakukan implementasi dan evaluasi keperawatan pada pasien post *sectio caesarea* dengan indikasi preeklampsia berat. Analisis selanjutnya akan membandingkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien kelolaan dengan kriteria hasil dari SLKI yang telah dibuat dan membandingkan dengan teori yang ada dan penelitian terdahulu.

BAB IV DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Kasus

Penelitian ini dilakukan diruang rawat Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang yang berada dilantai dua tepatnya di Ruang HCU Melati 6 dengan melibatkan satu orang partisipan yaitu Ny. S berumur 41 tahun yang memiliki diagnosa medik Post SC atas indikasi PEB, yang merupakan rujukan dari RS BKM Painan, alasan masuk yaitu pasien dirujuk dari RS BKM Painan dengan G5P4A0H4 gravid preterm 27-28 minggu, PEB dengan bekas SC. Pasien masuk ke RSUP Dr. M. Djamil Padang melalui IGD pada tanggal 11 Februari pukul 02.20 WIB dengan keluhan nyeri di ulu hati, kepala terasa sakit dan pusing, badan terasa lemah dengan tekanan darah yaitu 220/184 mmHg. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 13 Februari 2023 pada pukul 10.30 WIB, klien dirawat diruang kebidanan (Melati 6) pasien mengeluh nyeri , kepala terasa sakit, pusing, badan terasa lemah, tekanan darah masing tinggi yaitu 160/93 mmHg. Ny. S dengan P5A0H5 merupakan nifas hari pertama.

1. Pengkajian Keperawatan

Ny. S berusia 41 tahun dengan pendidikan terakhir SMA, suku bangsa minang, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, agama islam, dan beralamat di Pasar Baru Dusun, Bayang, Painan. Suami Ny. S bernama Tn. Z berusia 48 tahun, dengan pendidikan terakhir SMA, suku bangsa minang, pekerjaan sebagai wiraswasta, agama islam, keluarga terdekat pasie yaitu suami pasien sendiri..

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 13 Februari 2023 pukul 10.30 WIB, Ny. S dirawat diruang HCU kebidanan Melati 6 dengan P5A0H5 nifas pada hari pertama. Ny. S mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di perut bagian bawah, nyeri terasa hilang timbul seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri terasa lebih kurang 5 menit di perut bagian bawah, pasien juga mengatakan sulit untuk

bergerak karena nyeri timbul secara bersamaan, pasien juga mengatakan jika sulit tidur atau beristirahat. Pasien juga mengeluh badannya terasa lemah dan tampak pucat, kepala pasien terasa sakit dan pusing. Pasien juga tampak meringis dan gelisah karena nyeri yang terasa. Tangan dan kaki pasien teraba dingin CRT >2 detik. Tampak adanya edema pada ekstremitas atas dan bawah pasien.

Riwayat kesehatan dahulu didapatkan Ny. S mengatakan bahwa sebelumnya memang sudah menderita hipertensi sejak tahun 2017 namun tidak memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus, dan penyakit jantung. Ny. S mengatakan bahwa pertama kali dirawat di rumah sakit, sebelumnya belum pernah dirawat di rumah sakit. Ny. S mengatakan ada anggota keluarganya yang menderita hipertensi, yaitu ayahnya, keluarga Ny. S tidak ada memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus, penyakit jantung dan penyakit keturunan lainnya.

Ny. S mengatakan pertama kali datang haid pada umur 12 tahun, siklus 28 hari dan teratur, lamanya haid 6-7 hari, biasanya haid banyak dihari pertama, warna haid merah, bau normal, dismenorhe tidak ada, keluhan lain tidak ada. HPHT Ny. S yaitu pada tanggal 7 Agustus 2022. Ny.S mengatakan ini adalah pernikahan pertamanya dan usia pernikahannya yaitu 18 tahun.

Status kehamilan Ny. S yang sekarang adalah G5P4A0H4 nifas hari pertama dan sebelumnya belum pernah melahirkan atau dirawat di rumah sakit. Keluhan selama kehamilan adalah Ny. S mengatakan sering merasa sakit kepala dan pusing, tekanan darah tinggi, badan terasa lemah dan juga letih. Riwayat persalinan dan nifas yang lalu yaitu anak pertama hingga anak keempat lahir secara normal dengan berat badan dan panjang badan normal, dilahirkan di bidan terdekat dan kondisi anak saat ini baik dan sehat.

Pada persalinan sekarang, pasien melahirkan pada tanggal 12 Februari 2023 pada pukul 13.30 WIB di RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan cara operasi sesar dan di tolong oleh Dokter. Anak Ny. S melahirkan diusia kehamilan 27-28 minggu, bayi berjenis kelamin perempuan dengan berat 1030 gram dan panjang badan 35 cm. Keadaan anak sekarang cukup baik dan dirawat di ruang perinatologi (NICU). Ny. S mengatakan pernah menggunakan KB, yaitu KB jenis suntik. Pada saat hamil sebelumnya Ny. S mengatakan menggunakan KB suntik.

Ny. S mengatakan cemas dengan keadaannya karena badannya terasa lemah dan juga tekanan darahnya masih tinggi dan cemas dengan keadaan bayinya yang dirawat terpisah. Dukungan dari keluarga untuk menyusui ada, namun saat ini tidak ada interaksi antara ibu dan bayi karena bayi dirawat di ruang NICU yang terpisah dengan ruang rawat ibunya.

Ny. S mengatakan bahwa pasien beragama islam dan saat sehat pasien ada melaksanakan sholat 5 waktu dan sesekali membaca Al-Qur'an. Namun sejak dirawat dirumah sakit sampai sekarang ini pasien belum ada melaksanakan sholat. Pasien mengatakan, saat merasa takut dan cemas pasien mencoba berdzikir. Pasien meyakini yang terjadi pada dirinya saat ini adalah ujian baginya.

Ny. S mengatakan saat ini masih lemah, namun masih bisa sendiri seperti makan dan minum, namun terkadang ada beberapa aktivitas masih dibantu oleh keluarga pasien. Untuk aktivitas mandi dan lainnya dibantu oleh keluarga pasien. Ny. S mengatakan makan dan minum dengan teratur. Saat sakit pasien makannya berupa nasi beserta lauk dan sayur diselingi dengan buah-buahan berupa pepaya dan pisang. Selama sakit pasien minum sebanyak kurang lebih 2000 cc dalam sehari. Ny. S mengatakan selama sakit sulit untuk

beristirahat dan tidur, karena bekas luka operasi pasien masih terasa nyeri.

Saat dilakukan pemeriksaan fisik pada Ny. S didapatkan bahwa keadaan umum lemah dengan kesadaran compos mentis. Tekanan darah 160/93 mmHg, nadi 76x/menit, suhu 37,5°C, pernapasan 23x/menit. Tinggi badan 165 cm dan berat badan 80 kg. Pada pemeriksaan kepala yaitu kepala simetris, tidak terdapat benjolan dan lesi. Rambut panjang berwarna hitam bersih, tidak ada ketombe, tidak ada lesi, tidak ada rambut rontok. Wajah tampak pucat, tidak tampak edema pada wajah. Mata pasien simetris kiri dan kanan, kongjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, reflek cahaya positif kiri dan kanan, pandangan pasien normal dan tidak kabur. Hidung simetris kiri dan kanan, tampak bersih, pernafasan tidak cuping hidung, pasien tampak terpasang oksigen nasal kanul 3 liter. Bibir tidak sianosis, simetris, tampak bersih, bibir tampak lembab dan sedikit pucat. Telinga tampak simetris kiri dan kanan, tampak bersih, pendengaran pasien baik. Leher tidak ada pembesaran kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid, dan tidak ada lesi.

Pada saat pemeriksaan thoraks jantung dilakukan inspeksi iktus kordis tidak terlihat, saat dilakukan palpasi iktus kordis teraba di RIC 5 midklavikula, saat dilakukan perkusi suara pekak, dan saat dilakukan auskultasi irama jantung teratur/regular. Pada pemeriksaan thoraks paru saat dilakukan inspeksi dada tampak simetris, tidak ada tarikan dinding dada saat bernafas, fremitus kiri dan kanan, saat dilakukan palpasi tidak ada nyeri tekan, saat dilakukan perkusi suara sonor, dan saat dilakukan auskultasi terdengar suara vesikuler.

Pada saat dilakukan pemeriksaan pada mammae, bentuk mammae simetris kiri dan kanan, areola mammae hiperpigmentasi atau menghitam, papila mammae menonjol, tidak lecet dan bersih. ASI

kolustrum ada, namun hanya sedikit, tidak ada pembekakan di payudara. Saat dilakukan pemeriksaan pada perut abdomen saat dilakukan inspeksi tampak adanya striae, tampak adanya luka bekas operasi dibawah umbilikus, posisi luka operasi sesar melintang, luka tampak tertutup dengan perban, ukuran luka kurang lebih 15 cm tinggi fundus uteri yaitu sejajar pusat. Saat dilakukan palpasi teraba ada nyeri tekan area bekas luka operasi sesar, kontraksi uterus pasien ada dan teraba cukup keras, pada saat dilakukan perkusi terdengar timpani, saat dilakukan auskultasi terdengar bising usus 10x/menit.

Saat dilakukan pemeriksaan ekstremitas atas Ny. S terpasang IVFD RL 20 tetes/i dengan drip nicardipine 2 amp dalam 50 cc NaCl di tangan sebelah kiri, tangan klien teraba dingin dan tampak pucat, CRT > 2 detik, tampak edema pada tangan pasien. Pada ekstremitas bawah kedua telapak kaki pasien teraba dingin dan pucat, CRT > 2 detik, tampak edema pada kedua kaki pasien.

Data pemeriksaan laboratorium pada tanggal 12 Februari 2023 didapatkan hasil pemeriksaan hemoglobin 9,7 g/dl (normal 12-14 g/dl), leukosit $30,55 \times 10^3/\text{mm}^3$ (normal $5-10 \times 10^3/\text{mm}^3$), hematokrit 24 % (normal 37-43%), trombosit $143 \times 10^3/\text{mm}^3$ (nilai normal 150-400 $10^3/\text{mm}^3$). Data pemeriksaan laboratorium pada tanggal 14 Februari 2023 didapatkan hasil hemoglobin 6,7 g/dl (nilai normal 12-14 g/dl), leukosit $18,4 \times 10^3/\text{mm}^3$ (nilai normal $5-10 \times 10^3/\text{mm}^3$), hematokrit 18 % (nilai normal 37-43%), trombosit $143 \times 10^3/\text{mm}^3$ (nilai normal 150-400 $10^3/\text{mm}^3$), albumin 2,3 g/dl (nilai normal (3,3-4,5 g/dl), natrium 120 mmol/L (nilai normal 139-146 mmol/L, Kalium 4,5 mmol/L (nilai normal 4,2-6,2 mmol/L), Korida 81 mmol/L (nilai normal 104-109 mmol/L), Kalsium 8,4 mg/dl (nilai normal 8,5-11,0 mg/dl), APTT 28,6 detik, PT 8,6 detik. Data pemeriksaan laboratorium pada tanggal 16 Februari 2023 didapatkan hasil hemoglobin 9,8 g/dl (nilai normal 12-14 g/dl), leukosit $10,5 \times 10^3/\text{mm}^3$ (nilai normal 5-10

$10^3/\text{mm}^3$), hematokrit 40 % (nilai normal 37-43%), trombosit $152 \times 10^3/\text{mm}^3$ (nilai normal 150-400 $10^3/\text{mm}^3$), albumin 3,2 g/dl (nilai normal (3,3-4,5 g/dl).

Program Terapi dokter yang diberikan yaitu metildopa 3x500 mg, paracetamol 3x500 mg, Vitamin C 3x50 mg, Vitamin K 3x10 mg, Ceftriaxone 2x1 gr, SF 2x1 tablet, IVFD RL drip Nicardipine 2 amp dalam 50 cc NaCl, Dexametaxone ampl 2x6 mg, transamin 3x500 mg, tranfusi PRC 2 unit, transfusi albumin 20 % 1 flc.

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data pengkajian dan observasi yang dilakukan peneliti terhadap Ny. S ditemukan beberapa masalah keperawatan yang muncul yaitu **risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, risiko perdarahan dibuktikan dengan komplikasi pasca partum, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan pada neonatus (prematuritas).**

Setelah dilakukan analisa data dari hasil pengkajian tersebut didapatkan masalah keperawatan pada Ny. S yaitu masalah keperawatan pertama yaitu **risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi** ditandai dengan data subjektif yaitu Ny. S mengatakan kepalanya terasa sakit dan pusing. Adapun data objektifnya yaitu tekanan darah 160/93 mmHg, nadi 76x/menit, wajah tampak pucat, mukosa bibir tampak lembab dan pucat.

Diagnosis keperawatan kedua **risiko perdarahan dibuktikan dengan komplikasi pasca partum** ditandai dengan data

subjektifnya yaitu Ny. S mengatakan setelah operasi sesar, darah nifasnya terasa mengalir banyak. Adapun data objektifnya yaitu tekanan darah 160/93 mmHg, nadi 76x/menit, trombosit 143.000/mm³, hematokrit 18 %, albumin 2,3 g/dl, Hb 6,7 g/dl, APTT 28,6 detik, PT 8,6 detik, jenis lochea rubra berwarna merah pekat.

Diagnosis keperawatan ketiga yaitu **perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin** ditandai dengan data subjektifnya yaitu Ny. S mengatakan badannya terasa lemah. Adapun data Adapun data objektifnya yaitu akral teraba dingin, wajah pasien tampak pucat, mukosa bibi tampak kering dan pucat, terdapat edema pada ekstremitas, tekanan darah 160/93 mmHg, nadi 76x/menit, suhu, 37,5°C, albumin 2,3 g/dl, saat melakukan pengkajian data laboratorium pada hari Senin, 13 Februari 2023 didapatkan data Hb 6,7 g/dl.

Diagnosis keperawatan yang keempat adalah **nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)** ditandai dengan data subjektifnya yaitu Ny. S mengeluh nyeri pada luka bekas operasi dibagian bawah perutnya, mengatakan nyeri terasa hilang timbul dan terasa ditusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri terasa lamanya lebih kurang 5 menit di perut bagian bawah. Adapun data objektifnya Ny. S tampak meringis dan gelisah, Ny. S menunjukkan lokasi nyeri di perut bagian bawah, tampak ada luka operasi tertutupi perban pada bagian perut bawah dengan ukuran ± 15 cm, Ny. S mengalami sulit tidur karena nyeri terasa, tekanan darah meningkat : 160/93 mmHg, pernafasan 23x/menit, nadi 76x/menit.

Diagnosis keperawatan yang kelima untuk anak Ny. S adalah **menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan**

neonatus (prematunitas) dan tidak rawat gabung ditandai dengan data subjektifnya yaitu Ny. S mengatakan tubuhnya terasa lemah/kelelahan, mengeluh merasa cemas dengan kondisi bayinya, mengeluh ASInya keluar hanya sedikit. Adapun data objektifnya yaitu ASI Ny.S hanya keluar sedikit (tidak terlalu memancar), tidak tampak pembengkakan pada payudara. Bayi Ny. S menghisap tidak terus menerus, tidak menyusu secara langsung, karena bayi dirawat terpisah dan ASI Ny. S dipompa kemudian diantar oleh keluarganya menggunakan kantong ASI.

3. Rencana Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. S mengacu pada SLKI dan SIKI (2018). Berikut adalah intervensi keperawatan yang dilakukan pada Ny. S :

Perencanaan keperawatan yang dibuat untuk diagnosis keperawatan yaitu **risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi** untuk 3x24 jam perfusi serebral meningkat, dengan kriteri hasil : sakit kepala menurun, gelisah menurun, kecemasan menurun, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik. Intervensi keperawatan yaitu pemantauan tanda-tanda vital: **tindakan observasi** yaitu monitor tekanan darah, frekuensi nadi, pernafasan, suhu tubuh, identifikasi penyebab perubahan tanda vital. **Tindakan terapeutik** yang dilakukan yaitu dokumentasikan hasil pemantauan. **Tindakan edukasi** yaitu anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah.

Perencanaan keperawatan yang dibuat untuk diagnosis keperawatan yaitu **risiko perdarahan dibuktikan dengan komplikasi pasca partum** selama 3x24 jam diharapkan tingkat perdarahan menurun (L.02017) dengan kriteria hasil kelembapan membran mukosa meningkat, perdarahan vagina menurun,

hemoglobin membaik, hematokrit membaik, tekanan darah membaik, suhu tubuh membaik. Intervensi keperawatan yaitu pencegahan perdarahan : **tindakan observasi** yaitu monitor tanda dan gejala perdarahan, monitor nilai hematokrit, hemoglobin, monitor koagulasi. **Tindakan terapeutik** yaitu pertahankan bed rest selama perdarahan, batasi tindakan invasif. **Tindakan edukasi** yaitu jelaskan tanda dan gejala perdarahan, anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi, anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan, anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K. **Tindakan kolaborasi** yaitu kolaborasi pemberian obat kontrol perdarahan.

Perencanaan keperawatan yang dibuat untuk **diagnosis perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin** selama 3x24 jam dengan tujuan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: denyut nadi perifer meingkat, edema perifer menurun, warna kulit pucat menurun, pengisian kapiler darah membaik, akral teraba membaik, Hb membaik, tekanan darah membaik. Intervensi keperawatannya yaitu perawatan sirkulasi : **tindakan observasi** yaitu periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, suhu). **Tindakan Terapeutik** yaitu hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, lakukan hidrasi. **Tindakan edukasi** yaitu anjurkan menggunakan obat penurunan tekanan darah, ajarkan mengonsumsi makanan rendah lemak untuk memperbaiki sirkulasi. **Tindakan kolaborasi** yaitu pemberian produk darah PRC.

Perencanaan keperawatan yang dibuat untuk diagnosis **nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)** untuk 3x24 jam dengan tujuan tingkat tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun,

gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, tekanan darah membaik, pola tidur membaik. Intervensi keperawatan yaitu manajemen nyeri: **tindakan observasi** yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. **Tindakan terapeutik** yaitu berikan teknik norfarmakologis (relaksasi nafas dalam) untuk mengurangi nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur. **Tindakan edukasi** yaitu jelaskan strategi meredakan nyeri. **Tindakan kolaborasi** yaitu kolaborasi pemberian analgetik.

Perencanaan keperawatan yang dibuat untuk diagnosis **menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan neonatus (prematunitas)** untuk 3x24 jam diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil : tetesan pancaran ASI meningkat, suplai ASI adekuat meningkat, kelelahan maternal menurun, kecemasan maternal menurun. Intervensi keperawatannya yaitu edukasi menyusui : **tindakan observasi** yaitu identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, informasi tujuan atau keinginan menyusui. **Tindakan terapeutik** yaitu berikan kesempatan untuk bertanya, dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui, libatkan sistem pendukung suami, keluarga, dan tenaga kesehatan. **Tindakan edukasi** yaitu berikan konseling menyusui, jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi, ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (*lacth on*) dengan benar, ajarkan perawatan payudara postpartum (memerah ASI, pijat oksitosin).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan untuk Ny. S dilakukan selama 5 hari. Implementasi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan rencana

asuhan keperawatan yang telah dibuat. Berikut adalah implementasi keperawatan yang dilakukan untuk Ny. S.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Ny. S dengan masalah keperawatan **risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi** dari tanggal 13-17 Februari 2023 adalah pemantauan tanda-tanda vital dengan tindakan keperawatan yaitu memonitor tekanan darah sekali 3 jam, frekuensi nadi, pernafasan, suhu tubuh dilakukan setiap harinya. Mendokumentasikan hasil pemantauan DAN memberikan metildopa untuk menurunkan tekanan darah.

Implementasi yang dilakukan pada Ny. S dengan masalah keperawatan **risiko perdarahan dibuktikan dengan komplikasi pasca partum** dari tanggal 13-17 Februari 2023 yaitu memonitor tanda dan gejala perdarahan, memonitor nilai hematokrit dan hemoglobin, memonitor koagulasi, membatasi tindakan invasif, menjelaskan tanda dan gejala perdarahan, pemberian hidrasi IVFD RL setiap harinya, memberikan asupan makanan dan vitamin K 10 mg. Membantu memberikan obat kontrol perdarahan transamin 500 mg kapan perlu, memberikan Vitamin C 50 mg setiap harinya.

Implementasi yang dilakukan pada Ny. S dengan masalah keperawatan **perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin** dari tanggal 13-17 Februari 2023 yaitu memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, CRT pasien, warna, suhu, melakukan hidrasi IVFD RL, mengajarkan mengonsumsi makanan rendah lemak untuk memperbaiki sirkulasi, memberikan tablet SF 1 tablet, memberikan terapi obat kortikosteroid dexametaxone ampl 6 mg, membantu memberikan transfusi PRC 3 kolf selama 3 hari bertahap. Pada hari pertama memberikan transfusi darah PRC 1 kolf dan dilanjutkan pemberian

1 kolf darah lagi pada sore harinya oleh perawat diruangan. Pada hari kedua diberikan sebanyak 1 kolf PRC dan transfusi albumin 20 % 1 flc pada hari ketiga diberikan oleh perawat ruangan.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Ny. S dengan masalah keperawatan **nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)** dari tanggal 13-17 Februari 2023 yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingati nyeri dilakukan setiap hari. Memberikan dan mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan relaksasi nafas dalam. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, memberikan individu obat penurun nyeri yaitu paracetamol 500 mg, memberikan terapi obat ceftriaxone 1 gr, memonitor tekanan darah setiap harinya.

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk masalah **menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan neonatus (prematuritas) dan tidak rawat gabung** yaitu melakukan edukasi menyusui seperti mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan pasien menerima informasi, mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui, mendukung ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui, memberikan konseling menyusui, menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi, mengajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (lancth on) dengan benar, mengajarkan cara pemerah ASI, dan pijat oksitosin.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari selama 5 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada Ny. S pada diagnosis keperawatan **risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi** didapatkan masalah sudah teratasi pada kunjungan kelima yaitu pada tanggal 17 Februari 2023. Evaluasi subjektif pada kunjungan kelima yaitu Ny. S mengatakan sakit kepala dan pusingnya sudah menurun dan evaluasi objektif yaitu TD 133/80 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 18x/menit, SpO2 98%, infus sudah tidak terpasang dan Ny. S sudah diizinkan pulang.

Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari selama 5 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada Ny. S pada diagnosis keperawatan **risiko perdarahan dibuktikan dengan komplikasi pasca partum** didapatkan masalah sudah mulai teratasi pada hari kelima yaitu pada tanggal 17 Februari 2023. Evaluasi subjektif yang didapatkan adalah Ny. S mengatakan bahwa darah nifasnya sudah mengalir sedikit. Adapun evaluasi objektifnya yaitu TD 133/80 mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 18x/menit, suhu 36,7°C, SpO2 98%, Hematokrit 40%, Trombosit $152 \cdot 10^3/\text{mm}^3$, membran mukosa tampak kering, Ny. S pucat sudah berkurang dan sudah diizinkan pulang.

Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari selama 5 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada Ny. S pada diagnosis keperawatan **perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin** didapatkan masalah sudah mulai teratasi pada hari kelima yaitu pada tanggal 17 Februari 2023. Hasil evaluasi subjektif yang didapatkan adalah Ny. S mengatakan nyeri pada luka bekas operasinya sudah berkurang. Adapun hasil evaluasi objektif yang didapatkan yaitu tampak ada

luka operasi diperut bagian bawah yang tertutupi perban, Ny. S sudah tidak tampak gelisah, tekanan darah sudah mulai membaik yaitu 133/89 mmHg, pernafasan 18x/menit, nadi 80x/menit, CRT < 3 detik, suhu tubuh 36,5°C, akral teraba hangat, konjungtiva tidak anemis, hasil pemeriksaan hemoglobin 9,8 g/dl, dan nilai albumin 3,2 g/dl, perfusi sudah membaik dan Ny.S sudah diizinkan pulang.

Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari selama 5 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada Ny. S pada diagnosis keperawatan **nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)** didapatkan masalah sudah mulai teratasi pada hari kelima yaitu pada tanggal 17 Februari 2023. Evaluasi subjektif yang didapatkan adalah Ny. S mengatakan nyeri pada luka bekas operasinya sudah berkurang, skala nyeri 2, meringis menurun, dan hasil evaluasi objektif yaitu TD 133/80 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 18x/menit, SpO2 98%, infus sudah tidak terpasang pada hari kelima kunjungan dan Ny. S sudah diizinkan pulang.

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan implementasi pada Ny. S dengan diagnosa keperawatan **menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya neonatus (prematuritas)** didapatkan masalah sudah mulai teratasi, Ny. S mengatakan cemasnya sudah mulai berkurang, ASInya sudah mulai lancar dan banyak namun masih belum bisa menyusui bayinya secara langsung karena bayinya masih dirawat diruangan perinatologi.

B. Pembahasan Kasus

Setelah melaksanakan pendampingan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan Post Sectio Caesarea atas Indikasi Pre Eklampsia Berat diruangan Kebidanan lantai 2 RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 13-17 Februari 2023, maka pada pembahasan kasus ini peneliti akan menganalisa data hasil penelitian dengan membahas kesenjangan antara teori dengan hasil temuan peneliti saat proses keperawatan yang dimulai dari proses pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian Keperawatan

Saat dilakukan penelitian usia partisipan dengan post *sectio caesarea* atas indikasi pre eklampsia berat ini adalah partisipan berusia 41 tahun. Keluhan utama yang dirasakan partisipan yaitu nyeri di ulu hati, kepala terasa sakit dan pusing, badan terasa lemah dengan tekanan darah yaitu 160/93 mmHg.

Wanita dengan usia lebih dari 35 tahun kemungkinan telah terjadi proses degeneratif yang mempengaruhi pembuluh darah perifer sehingga terjadi perubahan fungsional dan struktural yang berperan pada perubahan tekanan darah, sehingga lebih rentan mengalami preeklampsia. Wanita usia lebih dari 35 tahun lebih rentan untuk mengalami preeklampsia dibandingkan wanita pada usia 20-35 tahun. Pada ibu hamil dengan usia di atas 35 tahun memiliki kemungkinan 1,5 kali menderita preeklampsia dibandingkan ibu hamil dengan usia kurang dari 35 tahun (Kusumawati & Wijayanti, 2019). Menurut penelitian (Rifaldi Rayi et al., 2023) menyatakan bahwa ada hubungan antara umur dengan kejadian preeklampsia. Ibu dengan umur berisiko (umur < 20 dan > 35 tahun) memiliki risiko 6,8 kali mengalami preeklampsia dibandingkan ibu dengan umur tidak berisiko (20-35 tahun).

Menurut analisa peneliti ada kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan pada partisipan bahwasanya adanya hubungan faktor risiko usia partisipan dengan kejadian terjadinya pre eklampsia pada ibu hamil yaitu dengan usia partisipan yang sudah 41 tahun membuktikan bahwa wanita dengan usia lebih dari 35 tahun sangat mudah mengalami terjadinya pre eklampsia.

Menurut Reeder, dkk (2014) manifestasi klinis dari PEB lainnya yaitu sakit kepala terus menerus, nyeri ulu hati dan penglihatan kabur. Menurut ACOG (2016) menyebutkan beberapa tanda dan gejala preeklampsia adalah pembengkakan pada wajah dan kaki, sakit kepala dan penglihatan kabur, tekanan darah tinggi dan nyeri ulu hati, serta produksi urine menurun.

Menurut analisa peneliti juga terdapat ada kesesuaian terori dengan kasus yaitu pada saat dilakukan pengkajian partisipan mengalami nyeri ulu hati, sakit kepala terus menerus dan pusing dengan tekanan darah tinggi, adanya pembekakan pada ekstremitas pasien. Nyeri epigastrium atau nyeri pada ulu hati merupakan keluhan yang sering ditemukan pada preeklampsia berat. Keluhan ini disebabkan karena tekanan pada kapsula hepar akibat edema atau perdarahan.

Keluhan lainnya yang dirasakan partisipan yaitu Ny. S mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di perut bagian bawah, nyeri terasa hilang timbul seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri terasa lebih kurang 5 menit, pasien juga mengatakan sulit untuk bergerak karena nyeri timbul secara bersamaan, pasien juga mengatakan jika sulit tidur atau beristirahat. Pasien juga tampak meringis dan gelisah karena nyeri yang terasa. Tangan dan kaki pasien teraba dingin CRT >2 detik.

Pengkajian nyeri dapat diukur berdasarkan lokasi nyeri, durasi nyeri (menit, jam, hari atau bulan), irama/periode nya (terus menerus, hilang timbul, periode bertambah atau berkurangnya intensitas) dan kualitas (nyeri seperti ditusuk, terbakar, atau seperti ditekan), hal tersebut biasanya disingkat dalam bentuk P,Q,R,S,T (Gauchan, 2019). Nyeri dapat disebabkan oleh berbagai stimulus seperti mekanik, ternal, kimia, atau elektrik pada ujung-ujung saraf. Perawat dapat mengetahui adanya nyeri dari keluhan pasien dan tanda umum atau respon fisiologis tubuh pasien terhadap nyeri. Sewaktu nyeri biasanya pasien akan tampak meringis, nadi meningkat, berkeringat, napas lebih cepat, pucat, menangis, dan tekanan darah meningkat (Muzalfah et al, 2018).

Menurut analisa peneliti ada kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan pada klien, dimana nyeri akut terjadi karena adanya kerusakan jaringan, karena proses pembedahan. Badan lemah bisa dikarenakan karena kurangnya transportasi oksigen ke otak yang diakibatkan karena rendahnya Hb, dimana Hb berikatan dengan oksigen sehingga menjadi HbO₂. Kurangnya transportasi HbO₂ tersebut membuat pasien menjadi sesak nafas.

Partisipan mengatakan bahwa sebelumnya memang sudah menderita hipertensi sejak tahun 2017 namun tidak memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus, dan penyakit jantung. Ny. S mengatakan bahwa pertama kali dirawat di rumah sakit, sebelumnya Ny. S belum pernah dirawat dirumah sakit.

Menurut Malha et al., (2018) orang dengan hipertensi sebelum kehamilan (hipertensi kronis) memiliki risiko 4-5 kali terjadi preeklampsia pada kehamilannya. Angka kejadian hipertensi kronis pada kehamilan yang disertai preeklampsia sebesar 25 %. Sedangkan bila tanpa hipertensi kronis angka kejadian

preeklampsia hanya 5%. Menurut analisa peneliti, ada kesesuaian antara teori dan kasus yaitu partisipan sudah memiliki riwayat hipertensi sebelumnya, selain itu partisipan tidak memiliki penyakit kelainan sebelumnya.

Ny. S mengatakan ada anggota keluarganya yang menderita hipertensi, yaitu ayahnya, keluarga Ny. S tidak ada memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus, penyakit jantung dan penyakit keturunan lainnya.

Menurut Efendi et al (2023) berdasarkan riwayat risiko penyakit keturunan, dapat dilihat bahwa seseorang keluarga bisa salah satunya mempunyai penyakit hipertensi dari anggota keluarga sebelumnya dapat menunjukkan bahwa hipertensi merupakan penyakit keturunan, tidak hanya hipertensi penyakit lainnya seperti penyakit diabetes mellitus. Menurut analisa peneliti, ada kesesuaian antara teori dan kasus yaitu bahwa partisipan salah satu orang tuanya menderita hipertensi.

Partisipan mengatakan menikah saat usia 23 tahun dan menikah hanya satu kali. Usia perkawinan partisipan saat ini sudah 18 tahun dan memiliki 5 orang anak dan pada anak kelima pasien dilahirkan secara SC dalam persalinan preterm dengan usia kehamilan 27-28 minggu.

Menurut penelitian (Luckyva et al., 2022) mengenai hubungan paritas dan preeklampsi dengan kejadian persalinan preterm di RSUD Provinsi NTB dapat disimpulkan bahwa pada penelitian ini distribusi frekuensi paritas didapatkan sebanyak 169 ibu dan didapatkan sebanyak 84 ibu dengan persalinan preterm dan 136 ibu dengan persalinan aterm.

Menurut analisa peneliti, ada kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan, yaitu faktor penyebab terjadinya PEB karena adanya hubungan paritas dengan preeklampsia berat dengan kasus yang dialami oleh Ny.S yaitu dengan persalinan preterm dengan usia kehamilan 27-28 minggu gravid G5P4A0H4. Paritas sangat mempengaruhi risiko terjadinya preeklampsia pada masa kehamilan, persalinan maupun nifas ibu. Hal ini dikaitkan dengan adaptasi ibu yang baru pertama kali hamil, kemampuan organ reproduksi bagi ibu yang hamil lebih dari 4 kali.

Status kehamilan Ny. S yang sekarang adalah G5P4A0H4 nifas hari pertama, keluhan selama kehamilan adalah Ny. S mengatakan sering merasa sakit kepala dan pusing, tekanan darah tinggi, badan terasa lemah dan juga letih. Ny. S mengatakan saat ini masih lemah, namun masih bisa sendiri seperti makan dan minum, namun terkadang ada beberapa aktivitas masih dibantu oleh keluarga. Ny. S mengatakan selama sakit sulit untuk beristirahat dan tidur, karena bekas luka operasi pasien masih terasa nyeri.

Menurut Mitayani (2013) pasien dengan post sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat cenderung mengeluh lemah dan nyeri pada perut bekas operasi, sehingga sulit untuk beraktivitas. Menurut analisa peneliti ada kesesuaian antara teori dan kasus, dimana partisipan sulit beraktivitas dan beristirahat dikarenakan nyeri pada luka bekas operasinya sehingga mengakibatkan aktivitas pasien terbatas dan dibantu oleh keluarga ataupun perawat.

Pemeriksaan fisik pada Ny. S didapatkan bahwa keadaan umum lemah dengan kesadaran compos mentis. Tekanan darah 160/93 mmHg, nadi 76x/menit, suhu 37,5°C, pernapasan 23x/menit. Pada pemeriksaan head to toe ditemukan wajah tampak pucat,

kongjungtiva anemis, bibir sedikit pucat. ASI kolustrum ada, namun hanya keluar sedikit, pada perut abdomen teraba ada nyeri tekan area bekas luka operasi sesar, ekstremitas atas klien teraba dingin dan tampak pucat, CRT > 2 detik, tampak edema pada ekstremitas.

ACOG (2016) dan Lim (2018) menyebutkan beberapa tanda dan gejala preeklampsia adalah pembengkakan pada wajah atau kaki, sakit kepala dan penglihatan kabur, tekanan darah tinggi dan nyeri ulu hati, serta produksi urine menurun. Pembengkakan pada kaki bisa disebabkan karena adanya penumpukan cairan serta karena protein yang dikeluarkan oleh tubuh dalam jumlah berlebih sehingga dapat bermanifestasi menjadi oedema pada ekstremitas dan wajah. Menurut analisa peneliti, terdapat kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan pada partisipan, yaitu partisipan mengalami pembengkakan atau edema pada ekstremitasnya.

Hasil data pemeriksaan laboratorium pada tanggal 13 Februari 2023 didapatkan hasil hemoglobin 6,7 g/dl, leukosit $18,4 \times 10^3/\text{mm}^3$, hematokrit 18 %, albumin 2,3 g/dl, Klorida 81 mmol/L, APTT 28,6 detik, PT 8,6 detik. Terjadinya penurunan Hb pada partisipan dikarenakan pada diagnosis dikarenakan adanya proses pembedahan, sedangkan leukosit yang meningkat disebabkan karena proses inflamasi atau peradangan pada luka sehingga terjadi peningkatan kadar leukosit.

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan analisis data yang dilakukan pada kasus, diagnosis keperawatan yang muncul pada partisipan ada tiga yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi),

menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan pada neonatus (prematunitas) dan tidak rawat gabung.

Diagnosa keperawatan yang pertama yaitu **risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi**. Data subjektif yaitu Ny. S mengatakan kepalanya terasa sakit dan pusing. Adapun data objektifnya yaitu tekanan darah 160/93 mmHg, nadi 76x/menit, wajah tampak pucat, mukosa bibir tampak lembab dan pucat, Hb 6,7 g/dl, pemeriksaan laboratorium proteinuria +2.

Menurut Prawirohardjo (2013), nyeri kepala pada hipertensi tersebut terjadi karena kerusakan vaskuler dan vasokonstriksi arteriol dan vasopasme sistemik yang menyebabkan terjadinya penurunan suplai oksigen ke otak sehingga menyebabkan nyeri. Peningkatan darah ini mengakibatkan terjadinya kerusakan vaskuler, vasokonstriksi arteriol, dan vasopasme sistemik yang berisiko pada gangguan perfusi jaringan (serebral, perifer, renal), risiko penurunan darah ke plasenta (Prawirohardjo, 2013).

Patofisiologi preeklamsia terjadi pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Pada biopsi ginjal ditemukan spasme hebat arteriola glomerulus. Pada beberapa kasus, lumen arteriola sedemikian sempitnya sehingga hanya dapat dilalui oleh satu sel darah merah. Jadi jika semua arteriola dalam tubuh mengalami spasme, maka tekanan darah akan naik, sebagai usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigenasi jaringan dapat dicukupi. Proteinuria dapat disebabkan oleh spasme arteriola sehingga terjadi perubahan pada glomerulus (Indah, 2016). Menurut Fadhila et al., (2018) preeklamsi terjadi akibat kegagalan kegagalan dari invasi sel sitostrofoblas pada arteri spiralis, sehingga arteri spiralis tetap kaku dan menyebabkan terjadinya iskemia plasenta. Iskemia plasenta akan memicu terjadinya

disfungsi endotel, yang bisa mengganggu fungsi ginjal dan berdampak terhadap peningkatan kadar urea dan kreatinin.

Menurut hasil penelitian Yuanita, Vera (2021) preeklampsia pada ibu hamil dapat berakibat mengganggu dan menghambat aliran darah yang berfungsi dan pertumbuhan janinnya menjadi lambat. Akibat dari suplai zat-zat gizi dan oksigen untuk kebutuhan janin yang terhambat, sehingga terjadinya janin tumbuh lambat dalam lahir dan akhirnya melahirkan dengan persalinan prematur.

Menurut analisa peneliti, terdapat kesesuaian teori dengan diagnosa kasus yang ditemukan yaitu data subjektif bahwa Ny. S mengatakan kepalanya terasa sakit dan pusing, tekanan darah meningkat yaitu 160/93 mmHg menunjukkan risiko terjadinya gangguan perfusi serebral disebabkan oleh hipertensi dalam kehamilan yang dialami oleh responden yang mengeluh kepalanya terasa sakit dan pusing. Tekanan darah yang naik bertujuan untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigenasi jaringan dapat dicukupi.

Diagnosis keperawatan kedua **risiko perdarahan dibuktikan dengan komplikasi pasca partum** ditandai dengan data subjektifnya yaitu Ny. S mengatakan setelah operasi sesar, darah nifasnya terasa mengalir banyak. Adapun data objektifnya yaitu tekanan darah 160/93 mmHg, nadi 76x/menit, hematokrit 18 %, Hb 6,7 g/dl, APTT 28,6 detik, PT 8,6 detik. Ny. S diberikan terapi obat transamin 3x500 mg.

Dalam penelitian Melzana et al., (2023) hasil data subjektif dan data objektif yang didapatkan yaitu darah nifas banyak, dihari kedua rawatan sudah 5 kali ganti pembalut dengan darah nifas yang sudah keluar lebih kurang 300 cc. Pasien mengeluh pusing,

nyeri dibagian bawah abdomen, dan pasien tampak lemas. Perdarahan postpartum disebabkan antara lain umur ibu, jarak antar kelahiran, factor malposisi dan malpresentasi janin, riwayat komplikasi dan anemia. Pada ibu hamil dengan anemia memiliki kadar hb < 10 gr%. Kekurangan kadar hb dalam darah mengakibatkan kurangnya oksigen yang dibawa ke sel tubuh maupun sel otak dan uterus. Jumlah oksigen dalam darah yang kurang menyebabkan otot-otot dalam uterus tidak dapat berkontraksi dengan adekuat sehingga timbul atonia uteri yang mengakibatkan perdarahan banyak (Aryani, 2017).

Menurut analisa peneliti, ada kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan pada partisipan, masalah keperawatan risiko perdarahan dibuktikan dengan komplikasi pasca partum dapat ditegakkan karena didapatkan data pasien mengatakan darah nifasnya terasa banyak mengalir, dan hasil observasi tekanan darah pasien meningkat, pasien tampak lemah dan mengeluh pusing.

Diagnosis keperawatan ketiga yaitu **perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin** ditandai dengan data subjektifnya yaitu Ny. S mengatakan badannya terasa lemah. Adapun data objektifnya yaitu akral teraba dingin, wajah pasien tampak pucat, mukosa bibi tampak kering dan pucat, terdapat edema pada ekstremitas, tekanan darah 160/93 mmHg, nadi 76x/menit, suhu, 37,5°C, albumin 2,3 g/dl, Hb 6,7 g/dl.

Hal ini sesuai dengan teori (PPNI, 2016) yang mana tanda dan gejala mayor/mimor pada masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin yaitu data subjektifnya terdapat nyeri ekstremitas dan

data objektifnya yaitu akral teraba dingin, warna kulit pucat, konjungtiva anemis, pengisian kapiler >2 detik, dan adanya edema.

Menurut analisis peneliti, diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin bisa ditegakkan pada Ny. S karena sesuai dengan teori dan data subjektif dan objektif beserta data penunjang laboratorium. Data yang didapatkan dari Ny. S yaitu akral teraba dingin, CRT >2 detik, warna kulit pucat, adanya edema pada ekstremitas, dan nilai Hb rendah yaitu 6,7 g/dl.

Diagnosis keperawatan yang kedua adalah **nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)** ditandai dengan data subjektifnya yaitu Ny. S mengeluh nyeri pada luka bekas operasi dibagian bawah perutnya, mengatakan nyeri terasa hilang timbul dan tersa ditusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri terasa lamanya lebih kurang 15 menit. Adapun data objektifnya Ny. S tampak meringis dan gelisah, Ny. S menunjukkan lokasi nyeri, tampak ada luka operasi tertutupi perban pada bagian perut bawah dengan ukuran \pm 15 cm, Ny. S mengalami sulit tidur karena nyeri terasa, tekanan darah meningkat : 160/93 mmHg, pernafasan 23x/menit, nadi 76x/menit.

Menurut Rukiah, A.Y, (2015), nyeri akut terjadi karena pengalaman sensori dan emosi tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan yang aktual atau potensial, awitan yang tiba-tiba atau perlahan dengan intensitas ringan sampai berat. Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berta yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2016). Menurut analisa peneliti, ada kesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan

pada partisipan, dimana nyeri akut terjadi karena adanya kerusakan jaringan, karena proses pembedahan.

Diagnosis keperawatan yang keempat untuk anak Ny. S adalah **menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan neonatus (prematuritas)** ditandai dengan data subjektifnya yaitu Ny. S mengatakan tubuhnya terasa lemah/kelelahan, Ny.S mengatakan merasa cemas dengan kondisi bayinya, Ny. S mengeluh ASInya keluar hanya sedikit. Adapun data objektifnya yaitu ASI Ny.S hanya keluar sedikit (tidak terlalu memancar), tidak tampak pembekakan pada payudara Ny. S, bayi Ny.S tidak menyusu secara langsung, karena bayi Ny. S dirawat terpisah dan ASI Ny. S dipompa kemudian diantar oleh keluarganya Ny. S menggunakan kantong ASI.

Menyusui tidak efektif adalah sebuah kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui (PPNI, 2016). Selain pada ibu, bayi pun juga akan mengalami masalah-masalah yang dapat menghambat dalam pemberian ASI seperti, keengganan bayi dalam menyusu, refleks isap pada bayi yang lemah, bayi sumbing, dan bayi yang terpisah dengan ibunya karena tidak dirawat gabung ataupun dalam keadaan sakit (Dewi, 2014).

Menurut analisa peneliti, ada kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan pada partisipan, dimana adanya menyusui tidak efektif karna ASI yang tidak memancar dan juga bayinya yang dirawat terpisah dengan ibunya sehingga mengakibatkan tidak terpenuhinya proses menyusui bagi bayi. Menyusui tidak efektif ini berdampak besar terhadap tumbuh kembang dari sang bayi sendiri, selain itu juga dapat berdampak pada kematian yang dikarenakan diare. ASI ini sendiri memiliki manfaat yang dapat menambah

kekebalan dalam tubuh bayi serta perlindungan dan kehangatan melalui kontak dengan kulit ibunya, dapat mengurangi perdarahan serta konservasi zat besi, protein, dan zat lainnya.

3. Rencana Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan yang dibuat untuk diagnosis keperawatan yaitu **risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi** yaitu pemantauan tanda-tanda vital: monitor tekanan darah, frekuensi nadi, pernafasan, suhu tubuh, dokumentasi hasil pemantauan, tindakan edukasi yaitu jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan. Tindakan kolaborasi pemberian obat pengontrol tekanan darah yaitu metildopa.

Pemberian antihipertensi dapat diberikan pada pasien preeklampsia berat dan preeklampsia ringan dengan tekanan darah yang ≥ 150 - 160 mmHg pada tekanan sistolnya dan ≥ 100 - 110 mmHg pada tekanan diastolnya. Target penurunan tekanan darah pada preeklampsia ringan yaitu kurang dari 130/80 mmHg, sedangkan target penurunan tekanan darah pada preeklampsia berat yaitu kurang dari 150/90 mmHg (Guidelines, 2021). Obat metildopa termasuk dalam agonis reseptor alfa yang bekerja disistem saraf pusat dan menjadi obat antihipertensi yang paling sering digunakan pada kasus hipertensi dalam kehamilan. Hal ini dikarenakan metildopa menjadi obat yang paling aman digunakan (POGI, 2016).

Menurut analisa peneliti, terdapat kesesuaian antara teori dengan hasil yang diberikan kepada responden, yaitu pemantauan tanda-tanda vital yang bertujuan untuk memonitor adanya tekanan darah abnormal. Penanganan farmakologis yang dapat diberikan kepada pasien untuk mengurangi gejala tekanan darah tinggi yaitu dengan

pemberian antihipertensi (metildopa) untuk menurunkan tekanan darah.

Perencanaan keperawatan yang dibuat untuk diagnosis keperawatan yaitu **risiko perdarahan dibuktikan dengan komplikasi pasca partum** selama 3x24 jam diharapkan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil kelembapan membran mukosa meningkat, perdarahan vagina menurun, hemoglobin membaik, hematokrit membaik, tekanan darah membaik, suhu tubuh membaik. Intervensi keperawatan yaitu pencegahan perdarahan : Tindakan observasi yaitu monitor tanda dan gejala perdarahan, monitor nilai hematokrit dan hemoglobin, monitor koagulasi. Tindakan terapeutik yaitu membatasi tindakan invasif. Tindakan edukasi yaitu jelaskan tanda dan gejala perdarahan, anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K. Tindakan kolaborasi yaitu kolaborasi pemberian obat kontrol perdarahan.

Dalam penelitian (Melzana et al., 2023) didapatkan bahwa intervensi yang dilakukan peneliti pada pasien dengan risiko perdarahan adalah monitor tanda dan gejala perdarahan, monitor nilai trombosit, monitor kondisi luka post section caesarea, anjurkan segera melapor jika ada tanda dan gejala perdarahan, kolaborasi pemberian kortikosteroid.

Menurut analisa peneliti, terdapat ada kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan intervensi yang dapat diberikan kepada pasien dengan masalah risiko perdarahan yaitu pencegahan perdarahan yaitu memonitor adanya perdarahan pervagina, memonitor nilai hematokrit, memonitor koagulasi, anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K.

Perencanaan keperawatan yang dibuat untuk diagnosis **perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin** yaitu perawatan sirkulasi : tindakan observasi yaitu periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, CRT, suhu), hindari pengukuran tekanan darah berulang pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, lakukan hidrasi. Tindakan edukasi yaitu anjurkan menggunakan obat penurunan tekanan darah, ajarkan mengonsumsi makanan rendah lemak untuk memperbaiki sirkulasi. Memberikan transfusi darah PRC pada pasien.

Perencanaan keperawatan pada diagnosis perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (SIKI, 2018) adalah intervensi keperawatannya yaitu perawatan sirkulasi : periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, anklebrachial index), identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi), monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, lakukan hidrasi.

Menurut analisis peneliti, ada terdapat kesesuaian teori dengan intervensi keperawatan untuk masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan konsentrasi hemoglobin yang mana bisa diatasi dengan cara perawatan sirkulasi yaitu monitor sirkulasi perifer, pengisian kapiler, warna kulit, suhu, monitor panas dan nyeri atau bengkak pada ekstremitas Ny. S.

Rencana asuhan keperawatan yang dibuat untuk diagnosis keperawatan **nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)** yaitu manajemen nyeri: tindakan observasi yaitu identifikasi lokasi, frekuensi, intensitas nyeri, skala

nyeri. Tindakan terapeutik yaitu berikan teknik nonfarmakologis (relaksasi nafas dalam) untuk mengurangi nyeri, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri serta memfasilitasi istirahat dan tidur, tindakan kolaborasi pemberian analgetik.

Hasil penelitian (Luckyva et al., 2022) bahwa intervensi yang diajarkan kepada pasien untuk mengurangi nyeri adalah relaksasi napas dalam. Saat dilakukan teknik relaksasi nafas dalam, terjadi relaksasi otot pada bagian dada yang mengalami penyempitan akibat peningkatan hormone prostaglandin sehingga aliran darah di tubuh akan meningkat akibat perluasan pembuluh darah. Setelah itu akan terjadi pelepasan hormone endorphin dan enkefalin yang bertugas memutuskan rantai reseptor nyeri.

Menurut analisa peneliti, terdapat kesesuaian antara teori dengan hasil yang diberikan kepada partisipan, yaitu penanganan nonfarmakologis dengan mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam akan membantu partisipan dalam mereduksi nyeri. Dengan diberikannya teknik nonfarmakologis berupa teknik relaksasi nafas dalam tersebut bisa membantu partisipan lebih rileks serta bisa mengaplikasikannya secara mandiri dengan mudah.

Rencana asuhan keperawatan yang dibuat untuk diagnosis **menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan neonatus (prematunitas)** yaitu edukasi menyusui : tindakan observasi yaitu identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, informasi tujuan atau keinginan menyusui, tindakan terapeutik yaitu mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui, tindakan edukasi yaitu berikan konseling menyusui , jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi, ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar, ajarkan

perawatan payudara postpartum (memerah ASI dan pijat oksitosin).

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018) adalah bimbingan teknik menyusui yang tepat atau konseling laktasi. Selain itu ada juga tindakan yang dapat mendukung konseling laktasi, yaitu pemdampingan proses menyusui, dan pemberian kesempatan menghisap pada bayi. Dari masalah menyusui tidak efektif ini akan dilakukan beberapa tindakan yang akan didapati kriteria hasil dari status menyusui, seperti perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat, kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat, tetesan/ pancaran ASI meningkat, suplai ASI adekuat meningkat, dan lecet pada puting menurun (SLKI, 2018).

Menurut analisa peneliti, terdapat kesesuai antara teori dengan dengan diagnosa kasus menyusui tidak efektif yang ditemui pada Ny. S yaitu memberikan edukasi berupa konseling menyusui teknik perelakatan (lancth on) yang benar, bertujuan untuk memenuhi proses menyusui pada bayi agar lebih efektif sehingga asupan gizi pada bayi lebih terpenuhi. Dengan intervensi perawatan payudara berupa pijat oksitosin tersebut tentu bertujuan agar membantu sang ibu dalam memproduksi lebih banyak ASI.

4. Implementasi Keperawatan

Peneliti melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun dalam perencanaan keperawatan menurut SIKI (2018) dan dipilih sesuai dengan kondisi kesehatan partisipan saat itu. Implementasi keperawatan pada partisipan dilakukan pada tanggal 13-17 Februari 2023.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Ny. S dengan masalah keperawatan **risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi** dari tanggal 13-17 Februari 2023 adalah pemantauan tandan-tanda vital dengan tindakan keperawatan yaitu memonitor tekanan darah (sekali 3 jam), memonitor frekuensi nadi, pernafasan, suhu tubuh, tindakan memberikan metildopa untuk menurunkan tekanan darah.

Menurut Nurmainah, dkk (2021) pre eklampsia berat merupakan kondisi preeklampsia dengan tekanan darah sistolik/tekanan darah diastolik $\geq 160 \geq 110$ mmHg dan proteinuria > 300 mg/24 jam atau dipstick $> (+1)$. Preeklampsia berat yang tidak terkontrol dapat berkembang menjadi penyakit kardiovaskuler seperti stroke, infark miokard, gagal ginjal. Manajemen pengobatan preeklampsia berat dapat dilakukan dengan pemberian antihipertensi. Menurut penelitian Rahayu et al., (2022) implementasi yang dapat diberikan adalah mengkolaborasi pemberian antihipertensi (metildopa 30 mg) yang diberikan melalui intravena.

Menurut analisa peneliti, terdapat kesesuaian antara teori dengan hasil yang diberikan kepada responden, yaitu dengan pengobatan pada penderita preeklampsia berat dapat dilakukan dengan pemberian antihipertensi seperti metildopa untuk menurunkan tekanan darah. Implementasi yang dapat diberikan pada partisipan yaitu dengan melakukan pemeriksaan atau memonitor tekanan darah yang bertujuan untuk menentukan adanya peningkatan tekanan darah pada pasien.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada partisipan dengan masalah keperawatan **risiko perdarahan dibuktikan dengan komplikasi pasca partum** yaitu memonitor tanda dan gejala perdarahan, memonitor nilai hematokrit dan hemoglobin,

menganjurkan pasien untuk mengurangi pergerakan berlebihan, menjelaskan tanda dan gejala perdarahan, menganjurkan meningkatkan asupan cairan, tindakan memberikan asupan makanan dan vitamin K (10 mg), menganjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan, tindakan pemberian obat kontrol perdarahan transamin (500 mg), memberikan Vitamin C (50 mg).

Menurut (Melzana et al., 2023) implementasi yang telah dilakukan pada pasien adalah memonitor tanda dan gejala perdarahan, memonitor koagulasi dan kolaborasi produk darah. Menurut (Fountain, J. H., & Lappin, 2021) dimana manfaat trombosit di dalam tubuh adalah untuk mempertahankan keseimbangan pada endotel vaskular yang akan menyatukan sekelompok trombosit menjadi fibrin sehingga mencegah kehilangan darah secara signifikan. Selama hari rawatan pasiennya mendapatkan transamin 500 g/18 jam.

Menurut analisa peneliti, terdapat ada kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan implementasi yang dapat diberikan kepada pasien dengan masalah risiko perdarahan yaitu pencegahan perdarahan yaitu memonitor adanya perdarahan pervagina, memonitor nilai hematokrit, memonitor koagulasi, mempertahankan bed rest, anjurkan meningkatkan asupan cairan, anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K. Adanya pemberian terapi obat berupa transamin 3x500 untuk mengatasi pencegahan perdarahan pada pasien.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada partisipan dengan masalah keperawatan **perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin** yaitu memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, cek CRT, suhu tubuh) setiap harinya. Melakukan hidrasi IVFD RL, mengajarkan partisipan

mengonsumsi makanan rendah lemak untuk memperbaiki sirkulasi memberikan SF 1 tablet, tindakan pemberian dexametaxone ampl 6 mg, pemberian transfusi PRC 3 kolf secara bertahap. Pada hari pertama peneliti memberikan 1 kolf PRC dipagi hari, dan dilanjutkan 1 kolf lagi pada sore harinya oleh perawat ruangan. Pada hari kedua pasien diberikan 1 kolf PRC, dan pada hari ketiga pasien diberikan juga transfusi albumin 20 % 1 flc oleh perawat ruangan.

Implementasi yang dilakukan adalah sesuai dengan teori yaitu memeriksa sirkulasi perifer (mulai dari nadi, edema, pengisian kapiler, warna kulit, suhu, dan faktor risiko gangguan sirkulasi (SDKI, 2016). Menurut Siregar & Yusuf, (2022) Pemberian tablet Fe merupakan salah satu upaya penting dalam mencegah dan menanggulangi anemia, khususnya anemia kekurangan besi.

Menurut analisis peneliti, terdapat kesesuaian antara teori dengan implementasi kasus yang sudah dilakukan pada Ny. S yaitu memeriksa sirkulasi perifer dan memonitor nyeri pada ekstremitas, memberikan hidrasi berupa IVFD RL, dan pemberian tablet zat besi (SF) yang bertujuan untuk mencegah dan menanggulangi anemia atau penurunan konsentrasi hemoglobin. Pemberian transfusi PRC juga dapat meningkatkan kadar hemoglobin dalam darah.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada partisipan dengan masalah keperawatan **nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)** yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri setiap harinya, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingati nyeri, memberikan dan mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi nafas dalam) untuk

mengurangi rasa nyeri, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, memberikan obat penurun nyeri yaitu paracetamol 500 mg dan terapi obat ceftriaxone 1 gr setiap harinya, memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernafasan setiap 1 kali shift .

Menurut Rahayu et al., (2022) implementasi yang dilakukannya adalah pengkajian nyeri secara komprehensif. Setelah dilakukan pengkajian nyeri, tindakan yang dilakukan edukasi manajemen nyeri dengan teknik non farmakologi seperti teknik relaksasi. Teknik relaksasi membuat pasien dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri (Sulung, 2017).

Menurut analisa peneliti, terdapat kesesuaian antara teori dengan hasil yang diberikan kepada partisipan, yaitu penanganan nonfarmakologis atau tindakan implementasi dengan mengajarkan teknik relaksasi nafas bertujuan untuk mengalihkan perhatian pasien agar tidak berfokus pada nyeri yang dirasakan. dalam akan membantu partisipan dalam mereduksi nyeri. Pemberian obat penurun nyeri dan analgetik berupaya untuk mengurangi rasa nyeri bila sewaktu nyeri terasa mengganggu partisipan.

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk masalah **menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan neonatus (prematuritas) dan tidak rawat gabung** yaitu melakukan edukasi menyusui seperti mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan pasien menerima informasi, mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui, mendukung ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui, memberikan konseling menyusui, menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi, mengajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (lancth on) dengan benar, mengajarkan perawatan payudara postpartum.

Dari hasil penelitian (Vijayanti et al., 2022) bahwa tindakan yang dilakukan adalah edukasi tentang pentingnya menyusui, tindakan ini bertujuan untuk menambah wawasan dan mengulang wawasan klien tentang menyusui dan juga mengajarkan teknik pijat oksitosin yang bertujuan untuk membuat klien merasa rileks dan juga dapat memperlancar produksi ASI.

Menurut analisa peneliti, implementasi yang telah dilakukan sama dengan teori yang ada dan memiliki kesinambungan dari hasil yang telah diteliti. Menurut peneliti dengan dilakukannya edukasi menyusui dan teknik pijat oksitosin dapat membuat klien merasa rileks dan produksi ASI akan menjadi lancar.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan pada tanggal 13 Februari 2023 sampai dengan tanggal 17 Februari 2023. Metode penelitian Subjektif, Objektif, Assesment, Planning (SOAP) untuk mengetahui keefektifan tindakan yang telah dilakukan.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pada partisipan, untuk diagnosis keperawatan **risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi** didapatkan masalah sudah teratasi pada kunjungan kelima yaitu pada tanggal 17 Februari 2023. Hasil evaluasi subjektif pada kunjungan kelima yaitu Ny. S mengatakan sakit kepala dan pusingnya sudah menurun dan evaluasi objektif yaitu TD 133/80 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 18x/menit, SpO2 98%, infus sudah tidak terpasang pada hari kelima rawatan dan Ny. S sudah diizinkan pulang.

Menurut analisa peneliti, hasil evaluasi pada diagnosis risiko perfusi serebral tidak efektif telah teratasi dibuktikan dengan telah

tercapainya kriteria hasil yaitu sakit kepala menurun, tekanan darah membaik, gelisah menurun. Pemberian antihipertensi kepada partisipan yaitu seperti metildopa mampu membantu menurunkan tekanan darah pada partisipan.

Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari selama 5 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada Ny. S pada diagnosis keperawatan **risiko perdarahan dibuktikan dengan komplikasi pasca partum** didapatkan masalah sudah mulai teratasi pada hari kelima yaitu pada tanggal 17 Februari 2023. Hasil evaluasi subjektif yang didapatkan adalah Ny. S mengatakan bahwa darah nifasnya sudah mengalir sedikit. Hasil evaluasi objektifnya yaitu TD : 133/80 mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 18x/menit, suhu 36,7°C, SpO₂: 98%, Ht 40 %, nilai trombosit 152 10³/mm³, membran mukosa tampak kering, partisipan pucatnya sudah berkurang.

Menurut analisa peneliti, hasil evaluasi pada diagnosis risiko perdarahan telah teratasi dibuktikan dengan telah tercapainya kriteria hasil yaitu perdarahan pervagina sudah menurun, hemoglobin membaik, hematokrit membaik, tekanan darah membaik, akral membaik. Sehingga partisipan diperbolehkan pulang pada hari rawatan kelima.

Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari selama 5 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada Ny. S pada diagnosis keperawatan **perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin** didapatkan masalah sudah mulai teratasi pada hari kelima yaitu pada tanggal 17 Februari 2023. Hasil evaluasi subjektif yang didapatkan adalah Ny. S mengatakan tubuh terasa lemahnya sudah berkurang. Adapun hasil evaluasi objektif yang didapatkan yaitu akral teraba hangat, pucat

sudah berkurang, CRT < 2 detik, mukosa bibir lembab, tekanan darah sudah mulai membaik yaitu 133/89 mmHg, pernafasan 18x/menit, nadi: 80x/menit, suhu 36,5°C, nilai hemoglobin yaitu 9,8 g/dl, nilai albumin 3,2 g/dl.

Menurut analisa peneliti hasil evaluasi pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin teratasi sebagian, perfusi meningkat setelah diberikan 3 kantong produk darah sehingga konsentrasi Hb pada partisipan meningkat dari pada konsentrasi Hb sebelumnya yaitu nilai Hb setelah diberikan 3 kantong darah meningkat menjadi 9,8 g/dl, akral membaik, CRT membaik, pucat menurun.

Evaluasi keperawatan didapatkan pada diagnosis keperawatan **nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)** didapatkan masalah sudah mulai teratasi pada hari kelima yaitu pada tanggal 17 Februari 2023. Evaluasi subjektif yang didapatkan adalah Ny. S mengatakan nyeri pada luka bekas operasinya sudah berkurang, skala nyeri 2 dan evaluasi objektif yaitu TD 133/80 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 18x/menit, SpO2 98%, infus sudah tidak terpasang dan Ny. S sudah diizinkan pulang.

Menurut analisis peneliti, hasil evaluasi pada diagnosis nyeri akut telah teratasi dibuktikan dengan telah tercapainya kriteria hasil yaitu keluhan nyeri menurun, skala nyeri membaik, tekanan darah membaik, meringis menurun, pola tidur membaik, gelisah menurun, dan sulit tidur menurun.

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan implementasi pada Ny. S dengan diagnosis keperawatan **menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya neonatus**

(**prematurnitas**) didapatkan masalah sudah mulai teratasi, Ny. S mengatakan cemasnya sudah mulai berkurang, ASInya sudah mulai lancar dan banyak namun masih belum bisa menyusui bayinya secara langsung karena bayinya masih dirawat diruangan perinatologi.

Menurut analisa peneliti evaluasi hasil yang telah didapatkan sama dengan teori yang ada dan memiliki kesinambungan dari hasil yang telah diteliti. Menurut peneliti dengan dilakukannya edukasi menyusui dan teknik pijat oksitosin dapat membuat klien merasa rileks dan produksi ASI menjadi lancar.

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian asuhan keperawatan pada pasien post sectio caesarea atas indikasi pre eklampsia berat di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian didapatkan pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasinya pada perut bagian bawah, skala nyeri 6, nyeri terasa hilang timbul seperti ditusuk-tusuk, nyeri terasa lebih kurang 5 menit, pasien mengatakan sulit untuk bergerak karena nyeri timbul secara bersamaan, pasien juga mengatakan agak sulit tidur atau beristirahat. Pasien juga mengeluh badannya terasa lemah dan tampak pucat, kepala pasien terasa sakit dan pusing. Pasien juga tampak meringis dan gelisah karena mengeluh nyeri yang dirasakannya. Pasien mengatakan bahwa sebelumnya pernah menderita hipertensi sejak tahun 2017 dan mengatakan bahwa ada anggota keluarganya yang menderita hipertensi, yaitu ayahnya pasien. Pada pemeriksaan fisik pada Ny. S keadaan umum lemah. Tekanan darah 160/93, nadi 76x/menit, suhu 37,5°C, pernafasan 23x/menit. Wajah tampak pucat, tidak tampak edema pada wajah, kongjungtiva anemis, pandangan pasien normal dan tidak kabur, nbir tampak sedikit pucat.

Pada saat dilakukan pemeriksaan pada mammae, areola mammae hiperpigmentasi atau menghitam, ASI Kolustrum ada, namun hanya sedikit, tidak ada pembekakan di di payudara. Saat dilakukan pemeriksaan pada abdomen saat dilakukan inspeksi tampak adanya striae, tampak adanya luka bekas operasi dibawah umbilikus, posisi luka operasi sesar melintang, luka tampak tertutup dengan perban, ukuran luka kurang lebih 15 cm, tinggi fundus uteri yaitu sejajar

pusat. Saat dilakukan palpasi teraba ada nyeri tekan area bekas luka operasi sesar, kontraksi uterus pasien normal/ada dan teraba keras. Data pemeriksaan laboratorium 13 Februari 2023 didapatkan hasil hemoglobin 6,7 g/dl, leukosit $18,4 \times 10^3/\text{mm}^3$, hematokrit 18 %, trombosit $143 \times 10^3/\text{mm}^3$, albumin 2,3 g/dl, natrium 120 mmol/L (nilai normal 139-146 mmol/L, Klorida 81 mmol/L, Kalsium 8,4 mg/dl (nilai normal 8,5-11,0 mg/dl).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan muncul pada pasien yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, risiko perdarahan dibuktikan dengan komplikasi pasca partum, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan pada noenatus (prematunitas).

3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan untuk diagnosis perfusi serebral tidak efektif yaitu pemantauan tanda-tanda vital, risiko perdarahan yaitu pencegahan perdarahan, perfusi perifer tidak efektif yaitu perawatan sirkulasi, nyeri akut yaitu manajemen nyeri dan untuk menyusui tidak efektif yaitu edukasi menyusui.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah disusun. Implementasi keperawatan dilakukan sesuai rencana keperawatan selama lima hari.

5. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi yang dilakukan selama lima hari dilakukan secara komprehensif dengan acuan rencana asuhan keperawatan SDKI,

SLKI, dan SIKI hasil penelitian didapatkan risiko perfusi serebral membaik, risiko perdarahan menurun, perfusi perifer meningkat, nyeri menurun, status menyusui membaik.

B. Saran

1. Bagi Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang

Melalui pimpinan diharapkan dapat memberikan motivasi kepada semua staf terkhusus pada perawat diruang irna kebidanan dan anak RSUP Dr. M. Djamil Padang agar memberikan pelayanan kepada pasien post sectio caesarea atas indikasi pre eklamsia berat secara optimal dan meningkatkan mutu dalam pelayanan di rumah sakit.

2. Bagi Ruang Rawat Kebidanan Dan Anak

Studi kasus yang peneliti lakukan dapat menjadi sumber bacaan. menambah pengetahuan. masukan pelaksanaan asuhan keperawatan secara profesional dalam melaksanakan rawatan pada pasien post sectio Caesarea atas indikasi pre eklamsia berat RSUP Dr. M. Djamil Padang.

3. Bagi instiusi pendidikan

Dapat meningkatkan mutu pendidikan sehingga terciptanya lulusan perawat yang profesional, terampil dan bermutu yang mampu memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh berdasarkan kode etik keperawatan.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat memberikan asuhan keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang khususnya pada pasien dengan kanker serviks dengan lebih baik lagi. Serta dapat memberikan implementasi keperawatan yang lebih komprehensif lagi.

DAFTAR PUSTAKA

- ACOG. (2016). *Preeclampsia and High Blood Pressure During Pregnancy*. <https://www.acog.org/womens-health/faqs/preeclampsia-and-high-blood-pressure-during-pregnancy>
- Aditya, N. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Ny. D Dengan Diagnosa Medis Post Sectio Caesarea Indikasi Pre Eklampsia Berat Di Rs Bangil Pasuruan. *Kerta Cendekia Nursing Academy*, 1–119. <http://eprints.kertacendekia.ac.id/id/eprint/69/1/KTI NORA.pdf>
- Admin, & Vera Yuanita. (2021). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Kelahiran Preterm Di Rsud Banyuasin Tahun 2017-2018. *Jurnal Kesehatan Dan Pembangunan*, 11(22), 84–96. <https://doi.org/10.52047/jkp.v11i22.116>
- Andalas M, Ramadana KA, & Rudiyanto. (2017). Eklampsia Postpartum: Sebuah Tinjauan Kasus. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 17(1), 33–37.
- Arda, D., & Hartaty, H. (2021). Penerapan Asuhan Keperawatan Post Op Section Caesarea dalam Indikasi Preeklampsia Berat. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(2), 447–451. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.631>
- Aryani, F. (2017). Hubungan Anemia Pada Saat Kehamilan Dengan Kejadian Perdarahan Post Partum Di Rsud Panembahan Senopati Bantul. *Skripsi Universitas Aisyiyah Yogyakarta*, 1–11. <http://digilib.unisayogya.ac.id/2710/>
- Ayu, I. P., Kuntoadi, G. B., Panjaitan, N., Putri, N. R., Arda, D., Anitasari, B., & Marwiyah, N. (2022). *Keperawatan Maternitas*. PT. Global Eksekutif Teknologi Anggota IKAPI No. 033/SBA.
- Ayu, N. (2016). *Patologi dan Patofisiologi Kebidanan*. Nuha Medika.
- Damanik, R. K. (2020). *Pengembangan Desain Sistem Informasi Manajemen Keperawatan (P. N (ed.)*. Ahli Media Press.
- Dewi, V. N. L. dan T. S. (2014). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Salemba Medika.
- Efendi, Y., Arum, A. C., Ulina, D., Zaki, F. L., Mustafa, M. P., & Maryani, R. (2023). *Analisis Faktor Risiko Penyebab Kejadian Hipertensi di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Sukmajaya Kota Depok Tahun 2022*. 2(2), 304–310.
- Malha et al., (2018). *Hypertension in Pregnancy in Hypertension : A Companion to Braunwald's Heart Disease (Third Edition) Ch 39*. Elsevier.

- Fadhila, I., Herman, R. B., & Yusrawati, Y. (2018). Hubungan Antara Tekanan Darah Dan Fungsi Ginjal Pada Preeklamsia di RSUP DR. M. Djamil. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(1), 59. <https://doi.org/10.25077/jka.v7i1.780>
- Fountain, J. H., & Lappin, Sarah L. (2021). *Physiology Platelet*. Stat Pearls Publishing.
- Gauchan, S. (2019). Pain assessment in emergency department. *Journal of Karnali Academy of Health Sciences*, 2(3), 209–213.
- Guidelines, Q. C. (2021). Hypertension and pregnancy clinical guideline education. *Queensland Health*.
- Indah. (2016). Hubungan antara Preeklamsia dalam Kehamilan dengan Kejadian Asfiksia pada Bayi Baru Lahir. *Majority*, 5(5), 57.
- K. H. L. (2018). *Preeklamsia*. *Medscape*. <https://emedicine.medscape.com/article/1476919-%0Aoverview#a1>.
- Karima, N. M., Machmud, R., & Yusrawati, Y. (2015). Hubungan Faktor Risiko dengan Kejadian Pre-Eklampsia Berat di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(2), 556–561. <https://doi.org/10.25077/jka.v4i2.299>
- Kartika. (2017). *Dasar-dasar Riset Keperawatan dan Pengolahan Data Statistik*. CV. Trans Info Medika.
- Kemendes RI. (2021). *Profil Kesehatan Indonesia (B. Hardhana, F. Sibuea, & W. Widiantini (eds.))*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kusmardika, D. A., & Puspitasari, R. D. (2022). Preeklampsia berat dengan HELLP sindrom dan IUFD. *Medula*, 12(2), 113–117.
- Kusumawati, W., & Wijayanti, A. R. (2019). Gambaran Faktor-Faktor Risiko Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Bersalin dengan Preeklampsia (Di RS Aura Syifa Kabupaten Kediri bulan Februari–April tahun 2016). *Jurnal Kebidanan*, 6(2), 139–146. <https://doi.org/10.35890/jkdh.v6i2.43>
- Lalenoh, D. C. (2018). *Preeklampsia Berat dan Eklampsia: Tatalaksana Anestesia Perioperatif*. Deepublish.
- Luckyva, T., Ardhia, D., & Fitri, A. (2022). Asuhan Keperawatan Ibu Post Partum Sectio Caesarea Dengan Bsc: Suatu Studi Kasus Nursing Care For Postpartum Sectio Caesarea Mothers With BSC: A Case Study. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Syiah Kuala*, 1, 103–109.
- Maryunani, A. (2013). *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. CV. Trans Info Media.

- Melzana, T., Fitri, A., & Kiftia, M. (2023). *Studi Kasus : JIM FKep Volume I Nomor 1 Tahun 2023 Penerapan Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea Dengan Oligohidramnion : Studi Kasus Application of Nursing Care Post Caesarean Section with Oligohidramnion : A Case Study. I*, 1–8.
- Muzalfah, R. et al. (2018). Kejadian Preeklampsia pada Ibu Bersalin. *Higea Journal of Public Health Research and Development*, Vol. 2 No. 3.
- Nurmainah, F., M. H dan Mohamad, A. (2021). Profil Proteinuria Dan Tekanan Darah Pada Pasien Preeklampsia Berat Yang Menggunakan Antihipertensi. *Indonesian Journal of Clinical Pharmacy. Volume 10, Nomor 2*.
- Nursalam. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika.
- Ofori, D. A., Anjarwalla, P., Mwaura, L., Jamnadass, R., Stevenson, P. C., Smith, P., Koch, W., Kukula-Koch, (2020). Pengaruh Penggunaan Mgso4 Sebagai Terapi Pencegahan Kejang Pada Preeklampsia. *Molecules*, 2(1), 1–12. <http://clik.dva.gov.au/rehabilitation-library/1-introduction-rehabilitation%0>
- Padila. (n.d.). *Keperawatan Maternitas*. Nuha Medika.
- POGI. (2016). *PNPK Diagnosis Dan Tatalaksana Preeklampsia*. Perkumpulan Obsetri dan Ginekologi Indonesia.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1*. DPP PPNI.
- Prawirohardjo, S. (2013). *Ilmu Kebidanan Edisi Keempat*. PT. Bina Pustaka.
- Purwoastuti. (2015). *Konsep dan Asuhan Kebidanan Maternal dan Neonatal*. Pustaka Baru Press.
- Rahayu, A., Kiftia, M., Ardhia, D., Program Studi Profesi Ners, M., Keperawatan Universitas Syiah Kuala Banda Aceh, F., & Keilmuan Keperawatan Maternitas, B. (2022). *Asuhan Keperawatan Ibu Post Sectio Caesarea Dengan Preeklampsia Dan Hellp Syndrome: Suatu Studi Kasus Nursing Care For Post Sectio Caesarea Mother With Preeclampsia and HELLP Syndrome : A Case Study. 1*.
- Ratnawati, A. (2020). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Pustaka Baru Press.
- Reeder, dkk. (2014). *Keperawatan Maternitas : Kesehatan Wanita Bayi & Keluarga, Edisi 18*. EGC.
- Rifaldi Rayi Dzikrulloh, Ismawati, & Noormartany. (2023). Hubungan Antara Paritas, Interval Paritas, dan Usia Ibu dengan Kejadian Preeklampsia di Kabupaten Karawang Tahun 2021. *Bandung Conference Series: Medical*

Science, 3(1), 1–7. <https://doi.org/10.29313/bcsms.v3i1.7142>

Rukiah, A.Y, D. (2015). *Konsep Kebidanan*. Cv.Trans Info Media.

Safitri, M. (2020). *Komplikasi Pasca Persalinan Sectio Caesarea : Narrative Review*. 40.

Siregar, N., & Yusuf, S. F. (2022). Edukasi Pentingnya epatuhan Mengonsumsi Tablet Fe Pada Ibu Hamil Di Desa Huta Holbung Kecamatan Angkola Muaratais Tahun 2022. *Jpmd*, 1(1), 2020–2022.

Sofian, A. (2012). *Rustam Mochtar Sinopsis Obstetri : Obstetri Operatif*. EGC.

Sulistianingsih, A. R., & Bantas, K. (2018). Peluang Menggunakan Metode Sesar Pada Persalinan Di Indonesia (Analisis Data Sdki Tahun 2017). *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 9(2), 125–133.

Sulung, N. & S. D. R. (2017). Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Intensitas Nyeri. *Jurnal Endurance* 2(3) (397-405). <http://download.garuda.ristekdikti.go.id>

Sumampouw. (2019). Gambaran Preeklampsia Berat Dan Eklampsia Ditinjau Dari Faktor Risiko di RSUP Prof. DR. R. D. Kandou Manado. *Jurnal Medik Dan Rehabilitasi (JMR)*, 1(3), 1–5.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. DPP PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1*. DPP PPNI.

Vijayanti, N., Isro'in, L., & Munawaroh, S. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum Dengan Masalah Keperawatan Menyusui Tidak Efektif Studi Kasus Di Ruang Melati RSUD Dr. Harjono Ponorogo. *Health Sciences Journal*, 6(2). <https://doi.org/10.24269/hsj.v6i2.1544>

LAMPIRAN



Lampiran 1

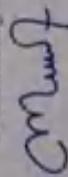
Lampiran 1

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI PRE EKLAMPSIA BERAT DI
IRNA KEBIDANAN DAN ANAK RSUD Dr. M. DJAMIL PADANG TAHUN 2022

NO	KEGIATAN	NOVEMBER	DESEMBER	JANUARI	FEBRUARI	MARET	APRIL	MEI	JUNI
1.	Konsultasi dan ACC Judul Proposal								
2.	Pembuatan dan Konsultasi Proposal								
3.	Pendaftaran Sidang Proposal								
4.	Sidang proposal								
5.	Perbaikan Proposal								
6.	Penelitian dan Penyusunan								
7.	Pendaftaran Ujian KTI								
8.	Sidang KTI								
9.	Perbaikan KTI								
10.	Pengumpulan perbaikan KTI								
11.	Publikasi								

Padang, Mei 2023

Pembimbing I



Dr. Hj. Metri Lidyw, S.Kp, M. Biomed
NIP. 19650518198803 2 002

Pembimbing II



Ns. Delfina, S.Pd, S.Kep, M.Kes
NIP. 19680418 198805 2 001

Mahasiswa



Vivi Aprilia Putri
203110199

Poltekkes Kamernas Padang

Lampiran 2

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

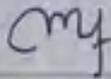
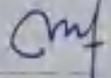
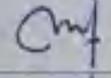
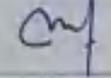
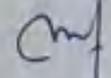
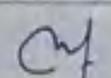
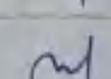
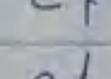
Nama : Vivi Aprilia Putri

NIM : 203110199

Pembimbing I : Dr. Hj. Metri Lidya, S.Kp.M.Biomed

Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre-Eklampsia Berat di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M.Djamil Padang

IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2023

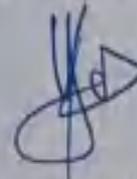
NO	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	17 Oktober 2022	ACC judul penelitian	
2	20 Oktober 2022	Konsultasi BAB I	
3	16 Desember 2022	Konsul BAB I, dan BAB II	
4	20 Desember 2022	Konsul BAB I, II, dan III	
5	22 Desember 2022	Lengkapi data dan lampiran	
6	23 Desember 2022	Konsultasi Perbaiki BAB III	
7	24 Desember 2022	Lengkapi semua lampiran	
8	28 Desember 2022	ACC Ujian Proposal	

9	22 Februari 2023	Konsultasi Awal Keperawatan	
10	9 Mei 2023	Konsultasi BAB III, dan BAB IV	
11	11 Mei 2023	Konsultasi revisi BAB III, IV, dan BAB V	
12	12 Mei 2023	Konsultasi BAB IV, V, dan Abstrak	
13	19 Mei 2023	Konsultasi BAB I sampai BAB V Lengkapi semua lampiran	
14	22 Mei 2023	ACC Ujian Hasil	

Catatan :

1. Lembar konsul harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sidang sebagai salah syarat pendaftaran sidang

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang



Ns.Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep

NIP : 19750121 199903 2 002

Lampiran 3

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

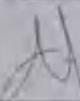
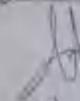
Nama : Vivi Aprilia Putri

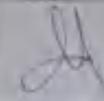
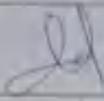
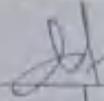
NIM : 203110199

Pembimbing II : Ns. Delima, S.Pd.M.Kes

Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre-Eklampsia Berat di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M.Djamil Padang

IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2023

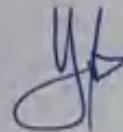
NO	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	19 Oktober 2022	Konsultasi dan ACC judul penelitian	
2	15 Desember 2022	Konsultasi BAB I Proposal	
3	16 Desember 2022	Konsultasi BAB I dan BAB II Proposal	
4	22 Desember 2022	Konsultasi BAB I, II, dan III Proposal	
5	23 Desember 2022	Konsultasi BAB I, II, dan III Proposal	
6	24 Desember 2022	Konsultasi BAB I, II, dan III Proposal	
7	28 Desember 2022	ACC untuk Seminar Proposal	
8	11 Mei 2023	Konsultasi hasil penelitian Asuhan Keperawatan	

9	12 Mei 2023	Konsultasi BAB IV dan BAB V	
10	15 Mei 2023	Konsultasi abstrak, BAB III, IV, dan V	
11	17 Mei 2023	- Konsultasi revisi abstrak, BAB III, IV, dan V - Lengkapi semua lampiran	
12	22 Mei 2023	ACC Ujian Hasil	
13			
14			

Catatan :

1. Lembar konsul harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sidang sebagai salah syarat pendaftaran sidang.

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang



Ns. Yessi Fadrianti, S.Kep, M.Kep

NIP : 19750121 199903 2 002

Lampiran 4

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG
Jl. SMPN 1 PADANG KOTA MANGGALAJI TELP. (0751) 7903391 FAX. (0751) 7903328 PADANG 28144
Jurusan Keperawatan (0751) 7911848, Prodi Keperawatan Sains (0751) 20444, Jurusan Kesehatan Lingkungan (0751) 791817-5648
Jurusan Gizi (0751) 7911743, Jurusan Kebidanan (0751) 443128 Prodi Kebidanan BidanMagel (0751) 32474
Jurusan Keperawatan Gigi (0751) 21805-21875, Jurusan Prostesi Kesehatan
Website : <http://www.poltekkes.idg.ac.id>

Nomor : PP.03.01/07099/2022
Lamp : 1 eks
Perihal : Izin Survey Data

28 Oktober 2022

Kepada Yth.
Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang
Di
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan dilaksanakannya Penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang Semester Ganjil TA. 2022/2023, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Survey Data di instansi yang Bapak/Ibu Pimpin (Nama Mahasiswa Terlampir).

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.


Direktur Poltekkes Kemenkes Padang
Dr. Nurhan Muslim, SKM, M.Si
Nip. 196101131986031002



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG



BL. BINTANG PONDOK SUPI BANGUNAN (01) 7071113, 7061204-7061205 (0751) 7061209 PADANG 25144
Jurusan Keperawatan (0751) 7061204, Prodi Keperawatan Anak (0751) 20641, Jurusan Kesehatan Lingkungan (0751) 7061207-0409
Jurusan Gizi (0751) 7061208, Jurusan Kebidanan (0751) 443120 Prodi Kebidanan Substitusi (0751) 02474,
Jurusan Keperawatan Gigi (0751) 23045-23075, Jurusan Perawatan Kesehatan
Website : <http://www.poltekkes.uns.ac.id>

Lampiran :
Nomor : PP.01.01/ /2022
Tanggal : 28 Oktober 2022

NAMA-NAMA MAHASISWA YANG MELAKUKAN SURVEY DATA

NO	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL KTI
1	Fauzi syaputra	203110170	Asuhan keperawatan pada pasien fraktur femur di ruangan Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang.
2	Sindu Aulizahra	203110192	Asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker payudara di IRNA bedah wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang.
3	Vivi Aprilia Putri	203110199	Asuhan keperawatan pada pasien post sectio caesarea atas indikasi pre eklamsia berat di IRNA kebidanan dan anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.
4	Salsabihla	203110190	Asuhan keperawatan pada pasien fraktur femur di IRNA TC RSUP Dr. M. Djamil Padang.
5	Nadila Puspitasari	203110179	Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik pada pasien fraktur di RSUP Dr. M. Djamil Padang.
6	Sherina Permata Rala Buktie	203110191	Asuhan Keperawatan pada pasien TB paru dengan efusi pleura di IRNA penyakit dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang.
7	Ramadhani Husna	203110188	Asuhan keperawatan pada pasien Diabetes melitus tipe 2 dengan pre dan post amputasi di RSUP Dr. M. Djamil Padang.
8	Nezila Masasari	203110181	Asuhan keperawatan gangguan rasa aman nyaman nyeri pada pasien ca. Mammae di RSUP Dr. M. Djamil Padang.
9	Syahriul Rahman	203110195	Asuhan keperawatan gangguan personal hygiene pada pasien stroke di Ruang Saraf RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Lampiran 5



RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM
KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN

Jalan Perintis Kemerdekaan Padang -25127 Telp. (0751) 32171, 810253, 810254, ext 245
Email : dikat.rdjamil@yahoo.com

NOTA DINAS

Nomor: LB.01.02/XVI.1.3.2/SP/X/2022

Yth. : 1. Ka. Instalasi Kebidanan dan Anak
2. Ka. Instalasi Rekam Medis

Dari : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan

Hal : Izin Survei Awal

Tanggal : 28 Oktober 2022

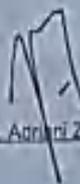
Sehubungan dengan peneliti tersebut di bawah ini akan melakukan studi pendahuluan guna menyusun proposal penelitian, maka dengan ini kami mohon bantuannya untuk memberikan data awal/keterangan kepada:

Nama : Vivi Aprilia Putri
NIM/BP : 203110199
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk mendapatkan informasi di Bagian Bapak/Ibu dalam rangka melakukan penelitian dengan judul:

"Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Sectio Caesarea atas Indikasi Pre Eklamsia Berat di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang"

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.


dr. Antri Zanti

118 Sejalan untuk dipertimbangkan
melakukan pengembalian data awal
dengan judul yang diajukan dan
kamu program PS

1 |
Rahm. & Dikawatir W...
ke IPK kebidan...
KJP
Wanda Nurul F...
17-10-2022

Lampiran 6



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG

IL. SUMPANG PONDOK KOPU WANGGALU YELP (0751) 705300 FAX: (0751) 705120 PADANG 25144
Jurusan Keperawatan (0751) 7051848, Prodi Keperawatan Salok (0751) 29145, Jurusan Kesehatan Lingkungan (0751) 7051817-5468
Jurusan Gizi (0751) 7051769, Jurusan Kebidanan (0751) 443128 Prodi Kebidanan Bukittinggi (0752) 82474
Jurusan Keperawatan Gigi (0752) 23085-21975, Jurusan Promosi Kesehatan
Website : <http://www.poltekkes-pdg.ac.id>

Nomor : PP.03.01/ 00000 / 2023
Perihal : Izin Penelitian 06 Januari 2023

Kepada Yth. :
Direktur RSUP Dr.M.Djamil Padang
Di
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan telah dilaksanakannya Ujian Seminar Proposal Karya Tulis Ilmiah / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D 3 Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan *Penelitian* di Institusi yang Bapak/Ibu Pimpinan an :

NO	N A M A / NIM	JUDUL KTI
1	Vivi Aprilia Putri / 203110199	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Post Sectio Caesarea atas Indikasi Pre Eklampsia Berat di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M.Djamil Padang

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.



Direktur, *Bendayati S. Kp, M.Kep, Sp. Jiwa*
NIP.197201281995032001

Lampiran 7



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT (JUMU) PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG
Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127
Phone : (0751) 32371, 810253, 810254 Fax : (0751) 32371
Website : www.rsdjamil.go.id, Email : rsjupadang@yahoo.com



Nomor : LB/01.02/XVI.1.3.2/243/11/2023
Perihal : Izin Melakukan Penelitian
a.n. **Vivi Aprilia Putri**

07 Februari 2023

Yang terhormat,
Direktur Poltekkes Kemenkes Padang
Di
Tempat

Sehubungan dengan surat Direktur Poltekkes Kemenkes Padang Nomor PP.03.01/00147/2023 tanggal 06 Januari 2023 perihal tersebut di atas, bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk memberi izin kepada:

Nama : Vivi Aprilia Putri
NIM/BP : 203110199
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk melakukan penelitian di Instalasi yang Bapak/Ibu pimpin dalam rangka pembuatan karya tulis/skripsi/tesis dengan judul:

"Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Post Sectio Caesarea atas Indikasi Pre Eklampsia Berat di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M Djamil Padang"

Dengan catatan sebagai berikut:

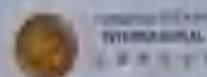
1. Penelitian yang bersifat intervensi, harus mendapat persetujuan dari panitia etik penelitian kesehatan dengan dikeluarkannya "Ethical Clearance".
2. Semua informasi yang diperoleh di RSUP Dr. M. Djamil Padang semata-mata digunakan untuk perkembangan ilmu pengetahuan dan tidak disebarluaskan pada pihak lain yang tidak berkepentingan.
3. Harus menyerahkan 1 (satu) eksemplar karya tulis ke Bagian Diklit RSUP, Dr. M. Djamil Padang (dalam bentuk soft copy/upload link: dit.lit@bangsupmdjamil).
4. Segala hal yang menyangkut pembiayaan penelitian adalah tanggung jawab si peneliti.

Demiikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

a.n. Koordinator Pendidikan & Penelitian
Sub Koordinator Penelitian & Pengembangan

dr. Adnan Zairi
NIP. 1973011120060112008

Tembusan:
1. Instalasi Terkait
2. Yang bersangkutan



Lampiran ..

INSTALASI RAWAT INAP KEBIDANAN & ANAK
RSUP Dr.M.DJAMIL PADANG
LEMBARAN DISPOSISI

Indek : 73 Tgl Terima : 7/2-23	Rahasia : Segera : Biasa :
Kode : Asli/Tembusan	Tanggal Penyelesaian :
Tanggal : 7/2-2023	
Nomor : LB.01.02 /XVI 1.3.2/263/II /2023	
Asal : Diricek	
Isi Ringkas : Iain melakukan Reuelition an. Vivi Aprilia Putri	
Instruksi / Informasi	Diteruskan kepada :  + Dr. dr. Hj. Roza Sriyanti, SpOG (K) NIP: 197402272010012001

Lampiran ..



RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM
KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN
Jalan Perintis Kemerdekaan Padang -25127 Telp. (0751) 32371, 810252, 810254, ext 245
Email : drmm.mrdjamil@yahoo.com

NOTA DINAS
Nomor: LB.01.02/XVI.1.3.2/263/II/2023

Yth. : Ka. Instalasi Rawat Inap Kebidanan dan Anak
Dan : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan
Hal : Izin Melakukan Penelitian
Tanggal : 07 Februari 2023

Sehubungan dengan surat Direktur Poltekkes Kemenkes Padang Nomor. PP.03.01/00147/2023 tanggal 08 Januari 2023 perihal tersebut di atas, bersama ini kami kirimkan peneliti:

Nama : Vivi Aprilia Putri
NIM/BP : 203110199
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk melakukan penelitian di Instalasi yang Bapak/Ibu pimpin dalam rangka pembuatan karya tulis/skripsi/tesis dengan judul :

"Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Post Sectio Caesarea atas Indikasi Pre Eklampsia Berat di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M Djamil Padang "

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

*No. Sejalan untuk dipertahankan pelaksanaan penelitian sesuai judul yang diajukan dan sesuai dengan standar di Rumah Sakit.
Padang : 9 Februari 2023
Ka IPF Kebidanan
Winda Reswari, S.Pd, M.Keb*

Note : Mohon disampaikan kembali apabila yang bersangkutan telah selesai pengambilan data penelitian


dr. Adrisni Zanic

Lampiran 8

INFORMED CONCENT

(Lembar Persetujuan)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Responden : Sabria Wini
Umur/Tgl. Lahir : 41 Tahun
Penanggung Jawab : Zulkifli
Hubungan : Suami

Setelah mendapat penjelasan dari saudara peneliti, saya bersedia menjadi responden pada penelitian atas nama Vivi Aprilia Putri, NIM 203110199, Mahasiswa Prodi D 3 Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.

Demikian surat persetujuan ini saya tanda tangan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Padang, 13 Februari 2023

Responden



(Sabria Wini)

Lampiran 9

POLTEKKES KEMENKES PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG

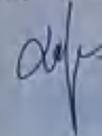
DAFTAR HADIR PENELITIAN

Nama : Vivi Aprilia Putri
NIM : 203110199
Institusi : Poltekkes Kemenkes Padang
Ruangan : IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang

No.	Hari/Tanggal	Nama Perawat	Tanda Tangan Petugas
1.	13/02-2023 / Senin		
2.	Selasa /14-02-2023		
3.	Rabu /15-02-2023		
4.	Kamis /16-02-2023		
5.	Jumat /17-02-2023		
6.			
7.			

Mengetahui :

Kepala Ruangan



Lampiran 10

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM DUSAT DR. M. DJAMIL PADANG
Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127
Phone : (0751) 32371, 410253, 810254 Fax : (0751) 32371
Website : www.rsdjamil.co.id, Email : rsdjamil@yahoo.com

SURAT KETERANGAN
DP.03.01/XVI.1.3.2023.IV/2023

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Adnani Zanir
NIP : 197309112008012008
Jabatan : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Vivi Aprilia Putri
NIM/BP : 203110189
Instansi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Telah selesai melakukan penelitian di IRNA Kebidanan Anak RSUD Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 13 Februari 2023 s.d 17 Februari 2023, guna pembuatan karya tulis/skripsi/tesis/disertasi yang berjudul :

"Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Post Sectio Caesarea atas Indikasi Pre Eklampsia Berat di IRNA Kebidanan dan Anak RSUD Dr. M Djamil Padang"

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Padang, 19 Mei 2023

a.n. Koordinator Pendidikan & Penelitian
Sub Koordinator Penelitian & Pengembangan


dr. Adnani Zanir
NIP. 197309112008012008

 RSUD DR. M. DJAMIL PADANG
19 20 21 22 23

Lampiran 12 : Format Asuhan Keperawatan Maternitas

FORMAT DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS

A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

1. Identitas Klien

Nama : Ny. S
Umur : 41 tahun
Pendidikan : SMA
Suku bangsa : Indonesia
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Agama : Islam
Alamat Rumah : Pasar Baru Dusun, Bayang

2. Suami

Nama : Tn. Z
Umur : 48 tahun
Pendidikan : SMA
Suku bangsa : Indonesia
Pekerjaan : Wiraswasta
Agama : Islam
Alamat Rumah : Pasar Baru Dusun, Bayang

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

- Keluhan Saat Ini (Waktu Pengkajian) : 13 Februari 2023 (10.30 WIB)

Pasien masuk ke RSUP Dr. M. Djamil Padang melalui IGD pada tanggal 11 Februari 2023 pukul 02.20 WIB, merupakan rujukan dari RS BKM Painan dengan keluhan nyeri di ulu hati, pusing, sakit kepala dan badan terasa lemah dengan tekanan darah yaitu 220/184 mmHg. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 13 Februari 2023 pada pukul 10.30 WIB, klien dirawat diruang HCU kebidanan (Melati 6) pasien mengeluh nyeri, kepala terasa sakit, pusing, badan terasa lemah, tekanan darah masing tinggi yaitu 160/93 mmHg. Ny. S dengan P5A0H5 merupakan

nifas hari pertama. Ny. S mengeluh nyeri pada luka bekas operasinya pada perut bagian bawah, nyeri terasa hilang timbul seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri terasa lebih kurang 5 menit, pasien juga mengatakan sulit untuk bergerak karena nyeri timbul secara bersamaan, pasien juga mengatakan jika sulit tidur atau beristirahat. Pasien juga mengeluh badannya terasa lemah dan tampak pucat, kepala pasien terasa sakit dan pusing. Pasien juga tampak meringis dan gelisah karena mengeluh nyeri. Tangan dan kaki pasien teraba dingin CRT >2 detik. Tampak adanya edema pada kedua tangan dan kaki pasien.

b. Riwayat Kesehatan Dahulu :

Ny. S mengatakan bahwa klien sebelumnya memang sudah menderita hipertensi sejak tahun 2017 dan belum pernah dirawat sebelumnya di rumah sakit. Karena sebelumnya Ny. S melahirkan anak-anaknya di bidan terdekat.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga :

Ny. S mengatakan ada keluarganya yang menderita hipertensi, yaitu ayahnya, keluarganya Ny. S tidak ada memiliki riwayat diabetes mellitus, penyakit jantung dan penyakit lainnya.

d. Riwayat Haid/Status Ginekologi

- 1) Pertama Haid : 12 tahun
- 2) Siklus : 28 hari
- 3) Banyak : 6-7 hari
- 4) Warna : Merah
- 5) Bau : Normal
- 6) Dismenorrhe : Tidak ada
- 7) Keluhan lain : Tidak ada

e. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang lalu :

- 1) HPHT : 7 Agustus 2022

- 2) Taksiran Persalinan :
 3) Status Perkawinan : Kawin
 4) Riwayat Kehamilan

Status kehamilan yang sekarang G:5, P:4, A:0, H:4 Gravid 27-28 minggu

- 5) Riwayat Persalinan dan Nifas yang lalu

No.	Tgl/ Thn	Tempat Persalinan	Cara Persalinan	Ditolong	Anak (L/P)	BB/PB	Riwayat Nifas	Keadaan Anak Sekarang
1	2005	Bidan	Normal	Bidan	Laki-laki	2500/	Normal	Sehat
2	2007	Bidan	Normal	Bidan	Perempuan	2800/	Normal	Sehat
3	2013	Bidan	Normal	Bidan	Laki-laki	2700/	Normal	Sehat
4	2019	Rumah	Normal	Bidan	Laki-laki	1800/	Normal	Sehat
5	2023	RSUP Dr.M. Djamil Padang	SC	Dokter	Perempuan	1030/3 5	Normal	Sehat

f. Riwayat Persalinan Sekarang

- Jenis Persalinan : SC
- Ditolong Oleh : Dokter
- Jenis Kelamin Bayi : Perempuan
- Panjang dan Berat Badan : 35 cm dan 1030 gr

g. Data Keluarga Berencana

- Pernah Ikut KB/Tidak, Metoda :

Ny. S mengatakan pernah menggunakan KB, yaitu KB jenis suntik. Saat ini Ny. S mengatakan bahwa ia menggunakan KB jenis suntik.

- Rencana KB Sekarang : Ada

4. Data Psikologis

- Kehamilan Yang Lalu : Diinginkan
- Kehamilan Yang Lahir Sekarang : Diinginkan
- Dukungan Suami Untuk Menyusui : Ada
- Interaksi Antara Ibu dan Bayi serta Suami

Data Psikologis lainnya : saat ini tidak ada interaksi antara ibu dan bayi karena ibu dan bayi terpisah rawatannya, karena bayi pasien dirawat diruangan NICU

5. Data Spiritual :

Ny. S mengatakan bahwa ia beragama islam dan saat sehat pasien ada melaksanakan sholat 5 waktu dan sesekali membaca Al-Qur'an. Namun sejak dirawat dirumah sakit sampai sekarang pasien belum ada melaksanakan sholat. Pasien mengatakan, saat pasien merasa takut dan cemas pasien mencoba berdzikir. Pasien meyakini yang terjadi pada dirinya saat ini adalah ujian baginya.

6. Data Sosial Ekonomi :

Ny. S mengatakan bahwa ia ada berinteraksi dengan tetangga sekitar dilakukan dengan lancar, untuk pendapatan utama keluarga itu berasal dari suami. Dan untuk pengobatan kesehatan keluarga pasien yang digunakan yaitu asuransi kesehatan BPJS kesehatan.

7. Aktivitas sehari-hari selama dirawat :

a. Makan/Minum :

Ny. S mengatakan makan dan minum dengan teratur. Saat sakit pasien makannya berupa nasi beserta lauk dan sayur diselingi dengan buah-

buah-buahan berupa pepaya dan pisang. Selama sakit pasien minum sebanyak \pm 2000 cc dalam sehari

b. Pola istirahat dan tidur :

Ny. S mengatakan selama sakit sulit untuk istirahat dan tidur, karena bekas luka operasi pasien masih terasa sangat nyeri.

c. Personal hygiene :

Ny. S mengatakan mandi baru 1x dengan mandi lap dan dibantu oleh keluarganya.

d. BAK :

BAK \pm 600 ml dengan warna kuning dengan terpasang kateter, pasien mengatakan tidak ada rasa nyeri saat BAK, tidak urine disertai nanah, dan darah pada hasil pemeriksaan urinalisa laboratorium didapatkan hasil protein urin positif (+2)

e. BAB :

Ny. S mengatakan baru 1x BAB

8. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

- Kesadaran	: Compos mentis
- Tekanan Darah	: 160/93 mmHg
- Suhu	: 37,5°C
- Nadi	: 76x/menit
- Pernafasan	: 23x/menit
- Tinggi Badan	: 165 cm
- Berat Badan	: 80 kg

b. Kulit :

Kulit berwarna sawo matang, bersih, tidak terdapat luka dan bekas operasi sebelumnya.

c. Kepala dan Rambut :

Rambut panjang berwarna hitam, bersih, tidak ada ketombe, tidak ada lesi, tidak ada rambut rontok.

d. Wajah :

Wajah tampak pucat, tidak tampak edema pada wajah.

e. Mata :

Simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, reflek cahaya positif kiri dan kanan, pandangan pasien normal dan tidak kabur.

f. Hidung :

Simetris kiri dan kanan, tampak bersih, pernapasan tidak cuping hidung, pasien tampak terpasang oksigen nasal kanul 3 liter.

g. Bibir :

Tidak sianosis, simetris, tampak bersih, bibir tampak lembab dan sedikit pucat.

h. Telinga :

Telinga tampak simetris kiri dan kanan, tampak bersih, pendengaran pasien baik.

i. Leher :

Leher tidak teraba pembesaran kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid, dan tidak ada lesi dan luka.

j. Dada (Paru, jantung) :

Jantung

I : Iktus kordis tidak terlihat

P : Iktus kordis teraba di RIC 5 midklavikula

P : Pekak

A : Irama jantung teratur/ regular

Paru :

I : Dada tampak simetris, tidak ada tarikan dinding dada saat bernapas.

P : Fremitus kiri dengan kanan

P : Sonor

A : Vesikuler

k. Payudara/Mamae

- Kesimetrisan : Tampak simetris kiri dan kanan
- Areola mammae : Tampak menghitam
- Papila mammae : Tampak menonjol, tidak lecet dan bersih
- ASI/Kolustrum : Ada, namun hanya sedikit
- Pembengkakan : Tidak ada pembengkakan
- Proses Laktasi : Bayi tidak disusui secara langsung, bayi menghisap tidak terus menerus, proses menyusui diberikan dengan cara ASI dipompa manual menggunakan alat pemompa ASI yang kemudian diberikan kepada bayi, dikarenakan bayi dan sang ibu dirawat terpisah.

Keluhan : ASI yang diproduksi oleh ibu hanya sedikit keluarnya.

l. Perut

- 1) Inspeksi : tampak adanya striae, tampak ada luka bekas operasi dibawah umbilikus, posisi luka operasi sesar melintang, luka tampak tertutup dengan perban, ukuran luka kurang lebih 15 cm, pada hari pertama post sectio caesarea tinggi fundus uteri yaitu sejajar pusat.
- 2) Palpasi : ada nyeri tekan pada area bekas luka operasi sesar, kontraksi uterus pasien normal/ada dan teraba keras
- 3) Perkusi : terdengar timpani
- 4) Auskultasi : terdengar bising usus 10x/menit

m. Ekstremitas

a. Ekstremitas atas :

Ny. S tampak terpasang IVFD RL 20 tetes/i + drip Nicardipine 2 amp dalam 50 NaCl di tangan sebelah kiri, tangan klien teraba dingin dan tampak pucat, CRT >2 detik, tampak edema pada tangan pasien.

b. Ekstremitas bawah :

Kedua telapak kaki pasien teraba dingin dan pucat, CRT >2 detik, tampak edema pada kedua kaki pasien.

c. Genitalia dan anus

Pasien terpasang kateter, tidak ada hemoroid, tidak ada varises, tidak ada kelainan. Pasien mengatakan darah nifasnya mengalir banyak.

9. Data Penunjang

a. Data laboratorium

Pada pemeriksaan laboratorium tanggal 12 Februari 2023 didapatkan hasil sebagai berikut :

Pemeriksaan	Nilai	Nilai normal
Hemoglobin	9,7 g/dl	12-14 g/dl
Leukosit	30,55 $10^3/mm^3$	5-10 $10^3/mm^3$
Hematokrit	24 %	37-43 %
Trombosit	143 $10^3/mm^3$	150-400 $10^3/mm^3$

Pada pemeriksaan laboratorium tanggal 13 Februari 2023 didapatkan hasil sebagai berikut :

Pemeriksaan	Nilai	Nilai Normal
Hemoglobin	6,7 g/dl	12-14 g/dl
Leukosit	18,4	5-10 $10^3/mm^3$
Hematokrit	18 %	37-43 %
Trombosit	143 $10^3/mm^3$	150-400 $10^3/mm^3$
Albumin	2,3 g/dl	3,3-4,5 g/dl
Natrium	120 mmol/L	139-146 mmol/ L
Kalium	4,5 mmol/L	4,2-6,2 mmol/L
Klorida	81 mmol/ L	104-109 mmol/ L
Kalsium	8,4 mg/dl	8,5-11,0 mg/dl
APTT	28,6 detik	23,83-1,2 detik
PT	8,6 detik	9,1-12,5 detik

Pada pemeriksaan laboratorium tanggal 16 Februari 2023 didapatkan hasil sebagai berikut :

Pemeriksaan	Nilai	Nilai normal
Hemoglobin	9,8 g/dl	12-14 g/dl
Leukosit	10,5 10 ³ / mm ³	5-10 10 ³ /mm ³
Hematokrit	40 %	37-43 %
Trombosit	152 10 ³ /mm ³	150-400 10 ³ /mm ³
Albumin	3,2 g/dl	3,3-4,5 g/dl

10. Program Terapi Dokter

- Obat Oral :
- 1) Metildopa 3x500 mg
- 2) Paracetamol 3x500 mg
- 3) Vitamin C 3x50 mg
- 4) Vitamin K 3x10 mg
- 5) Ceftriaxone 2x1 gr
- 6) SF 2x1 tab
- 7) IVFD RL + drip Nicardipine 2 amp dalam 50 cc NaCl
- 8) Dexametaxone ampl 2x6 mg
- 9) Transamin 3x500 mg
- 10) Transfusi PRC 3 unit
- 11) Tranfusi albumin 20 % 1 unit

ANALISA DATA

Nama Klien : Ny. S
 No. MR : 01.15.82.26

NO.	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	<p>DS: Ny. S mengatakan kepalanya terasa sakit dan pusing</p> <p>DO : 1. TD meningkat : 160/93 mmHg 2. Nadi : 76x/menit 3. Wajah tampak pucat, mukosa bibir tampak lembab dan pucat 4. Hb : 6,7 g/dl</p>	Hipertensi	Risiko Perfusi Serebral tidak Efektif
2.	<p>DS : Ny. S mengatakan setelah operasi sesar, pasien mengatakan darah nifas terasa mengalir.</p> <p>DO : 1. TD : 160/93 mmHg 2. Nadi : 76x/menit 3. Trombosit 143.000/mm³, 4. Hematokrit : 18 % 6. Hb : 6,7 g/dl 7. APTT : 28.6 detik 8. PT : 8.6 detik</p>	Komplikasi Pasca Partum	Risiko perdarahan
3.	<p>DS : 1. Ny. S mengatakan tubuhnya terasa lemah</p> <p>DO : 1. Akral teraba dingin 2. Wajah pasien tampak</p>	Penurunan konsentrasi hemoglobin	Perfusi Perifer Tidak Efektif

	<p>pucat</p> <p>3. CRT >2 detik</p> <p>4. Hb : 6,7 g/dl</p> <p>5. Konjungtiva anemis</p> <p>6. Mukosa bibir tampak pucat</p> <p>8. Terdapat edema pada ekstremitas</p>		
4.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. S mengeluh nyeri pada luka bekas operasi di bagian bawah perutnya - Nyeri terasa hilang timbul dan terasa ditusuk-tusuk - Ny. S skala nyeri 6 - Terasa lamanya lebih kurang 5 menit <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. S tampak meringis dan gelisah - Ny. S menunjukkan lokasi nyeri, tampak ada luka operasi tertutupi perban pada bagian perut bawah dengan ukuran \pm 15 cm - Ny. S mengalami sulit tidur karena nyeri yang terasa - Tekanan darah meningkat : 160/93 mmHg - RR : 23x/menit - Nadi : 76x/menit 	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Nyeri Akut
5.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. S mengatakan tubuhnya terasa lemah/kelelahan - Ny. S mengatakan merasa cemas dengan kondisi bayinya - Ny. S mengeluh ASInya keluar hanya sedikit 	Hambatan pada neonatus (prematuritas) dan tidak rawat gabung	Menyusui Tidak Efektif

	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none">- ASI Ny. S hanya keluar sedikit (tidak terlalu memancar), tidak tampak pembengkakan pada payudara Ny.S- Bayi menghisap tidak terus menerus- Bayi Ny. S tidak menyusui secara langsung pada ibunya, karena bayi Ny. S dirawat terpisah dan ASI Ny. S dipompa kemudian diantar oleh keluarga keruangan bayinya dirawat.		
--	--	--	--

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. S

No. MR : 01.15.xx.xx

NO.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal muncul	Tanggal Teratasi	Tanda Tangan
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	13 Februari 2023	17 Februari 2023	
2.	Risiko perdarahan dibuktikan dengan komplikasi pasca partum	13 Februari 2023	17 Februari 2023	
3.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	13 Februari 2023	17 Februari 2023	
4.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	13 Februari 2023	17 Februari 2023	
5.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan pada neonatus (prematuritas) dan tidak rawat gabung	13 Februari 2023	17 Februari 2023	

RENCANA KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. S

No. MR : 01.15.xx.xx

NO.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Perencanaan
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral (L.02014) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sakit kepala menurun 2) Gelisah menurun 3) Kecemasan menurun 4) Tekanan darah sistolik membaik 5) Tekanan darah diastolik membaik 	<p>Pemantauan Tanda Vital (I.02060)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor tekanan darah b. Monitor frekuensi nadi c. Monitor pernafasan d. Monitor suhu tubuh e. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan b. Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i>
2.	Risiko perdarahan dibuktikan dengan komplikasi pasca partum	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien selama 3x24 jam diharapkan tingkat perdarahan menurun (L.02017) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kelembapan membran mukosa meningkat 2) Perdarahan vagina menurun 3) Hemoglobin membaik 4) Hematokrit membaik 5) Tekanan darah 	<p>Pencegahan Perdarahan (I.02067)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor tanda dan gejala perdarahan b. Monitor nilai hematokrit /hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah c. Monitor tanda-tanda ortostatik d. Monitor koagulasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pertahankan bed rest selama perdarahan

		<p>membaik</p> <p>6) Suhu tubuh membaik</p>	<p>b. Batasi tindakan invasif, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tanda dan gejala perdarahan Anjurkan meningkatkan asupan cairan Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian obat kontrol perdarahan Kolaborasi pemberian produk darah
3.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat (L.02011) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Denyut nadi perifer meningkat Warna kulit pucat Edema perifer meningkat Pengisian kapiler membaik Akral membaik Tekanan darah sistolik membaik Tekanan darah diastolik membaik 	<p>Perawatan Sirkulasi (I.020079)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Periksa sirkulasi perifer (Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi Lakukan pencegahan infeksi Lakukan hidrasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan menggunakan obat penurunan tekanan

			<p>darah</p> <p>b. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</p> <p>c. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi</p>
4.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Gelisah menurun 4) Kesulitan tidur menurun 5) Tekanan darah membaik 6) Pola tidur membaik 	<p>Manajemen Nyeri (I. 08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri d. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi nafas dalam) b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) c. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat d. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

			<p>Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
5	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan neonatus (prematurnitas) dan tidak rawat gabung	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan status menyusui membaik (L.03029) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tetesan/pancaran ASI meningkat 2) Suplai ASI adekuat meningkat 3) Kelehan maternal menurun 4) Kecemasan maternal menurun 	<p>Edukasi Menyusui (I.12393)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sedikan materi dan media pendidikan kesehatan b. Berikan kesempatan untuk bertanya c. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui d. Libatkan sistem pendukung suami, keluarga, dan tenaga kesehatan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Berikan konseling menyusui b. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi c. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar d. Ajarkan perawatan payudara postpartum (Memerah ASI, pijat oksitosin)

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. S
 No. MR : 01.15.xx.xx

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Tanda Tanga n
Senin/ 13 Februari 2023	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tekanan darah (sekali 3 jam) 2. Memonitor frekuensi nadi, pernafasan, suhu tubuh 3. Mengidentifikasi penyebab perubahan tanda vital 4. Mendokumentasikan hasil pemantauan 5. Memberikan terapi obat metildopa 500 mg 6. Memberikan paracetamol 500 mg 7. Memberikan IVFD RL, drip nicardipine 2 amp dalam 50 cc NaCl 	<p>S : Ny. S mengatakan kepalanya masih terasa sakit dan pusing</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 145/87 mmHg - HR : 74x/menit - RR : 21x/menit - SpO2 : 98% - Wajah tampak pucat <p>A : Risiko Perfusi Serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan yaitu pemberian drip nicardipine 2 amp dalam 50 cc NaCl oleh petugas ruangan</p>	
	Risiko perdarahan dibuktikan dengan komplikasi pasca partum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala perdarahan 2. Memonitor nilai hematokrit/hemoglobin 3. Memonitor koagulasi 4. Membatasi tindakan invasif 5. Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan 6. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan 	<p>S : Ny. S mengatakan bahwa darah nifasnya masih mengalir banyak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 145/87 mmHg - HR : 74x/menit 	

		<ol style="list-style-type: none"> 7. Memberikan asupan makanan dan vitamin K 10 mg 8. Menganjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan 9. Mengkolaborasi pemberian obat kontrol perdarahan transamin 500 mg 10. Memberikan Vitamin C 50 mg 	<ul style="list-style-type: none"> - RR : 21x/menit - SpO2: 98% - Membran mukosa tampak kering - Ny. S tampak pucat <p>A : Risiko perdarahan belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2. Melakukan hidrasi IVFD RL 3. Menganjurkan mengonsumsi makanan rendah lemak untuk memperbaiki sirkulasi 4. Memberikan SF 1 tablet 5. Memberikan dexametaxone ampl 6 mg 6. Memberikan transfusi PRC 1 kolf (dibantu oleh peneliti) dan albumin 20% 1 flc (diberikan oleh petugas diruangan) 	<p>S : Ny. S mengatakan tubuhnya masih terasa lemah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akral masih teraba dingin - Wajah pasien masih tampak pucat - Mukosa bibir tampak pucat - TD : 145/87 mmHg - HR : 74x/menit - RR : 21x/menit - SpO2: 98% - Ny. S masih tampak edema - CRT >2 detik <p>A : Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - pemberian tranfusi PRC 1 kolf oleh petugas ruangan 	

	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur invasif)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa 6. Menjelaskan strategi meredakan nyeri 7. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi nafas dalam) untuk mengurangi rasa nyeri 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. S masih mengeluh nyeri pada luka bekas operasinya - Nyeri terasa hilang timbul dan seperti ditusuk-tusuk - Skala nyeri 6 <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak ada luka operasi diperut bagian bawah yang tertutupi perban - Ny. S tampak meringis - Ny. S tampak gelisah - Tekanan darah masih tinggi yaitu : 145/87 mmHg - RR : 21x/menit - HR : 74x/menit <p>A : Nyeri akut belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	---	---	--

	<p>Menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan neonatus (prematunitas) dan tidak rawat gabung</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui 3. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 4. Melibatkan sistem pendukung suami, keluarga, dan tenaga kesehatan 5. Memberikan konseling menyusui 6. Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 7. Mengajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar 8. Mengajarkan perawatan payudara postpartum (Memerah ASI, pijat oksitosin) 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. S mengatakan tubuhnya masih terasa lemah/kelelahan - Ny. S mengatakan masih merasa cemas dengan kondisi bayinya - Ny. S mengeluh ASInya keluar hanya sedikit <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASI Ny. S hanya keluar sedikit (tidak terlalu memancar), tidak tampak pembengkakan pada payudara Ny.S - Bayi Ny. S masih tidak menyusu secara langsung pada ibunya, karena bayi Ny. S dirawat terpisah <p>A : Menyusui tidak efektif belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	
<p>Selasa/ 14 Februari 2023</p>	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tekanan darah 2. Memonitor frekuensi nadi 3. Memonitor pernafasan 4. Memonitor suhu tubuh 5. Mengidentifikasi penyebab perubahan tanda vital 6. Mendokumentasikan hasil pemantauan 7. Memberikan terapi obat metildopa 500 mg 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. S mengatakan kepalanya masih terasa sakit dan pusing <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 151/95 mmHg 	

			<ul style="list-style-type: none"> - HR : 94x/menit - RR : 19x/menit - SpO2 : 98% - Wajah masih tampak pucat <p>A : Risiko Perfusi Serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
	Risiko perdarahan dibuktikan dengan komplikasi pasca partum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala perdarahan 2. Memonitor nilai hematokrit/hemoglobin 3. Memonitor koagulasi 4. Membatasi tindakan invasif, 5. Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan 6. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi 7. Memberikan asupan makanan dan vitamin K 3x10 mg 8. Menganjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan 9. Mengkolaborasi pemberian obat kontrol perdarahan transamin 500 mg 10. Memberikan Vitamin C 50 mg 	<p>S : Ny. S mengatakan bahwa darah nifasnya masih mengalir banyak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 151/95 mmHg - HR : 94x/menit - RR : 19x/menit - SpO2: 98% - Membran mukosa tampak kering - Ny. S tampak pucat <p>A : Risiko perdarahan belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	

	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa sirkulasi perifer 2. Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas 3. Menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 4. Melakukan pencegahan infeksi 5. Melakukan hidrasi IVFD RL 6. Mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. rendah lemak, jenuh) 7. Memberikan SF 1 tablet 8. Membantu petugas memberikan transfusi darah PRC 1 kolf 	<p>S : Ny. S mengatakan tubuhnya masih terasa lemah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akral masih terasa dingin - Wajah pasien masih tampak pucat - Mukosa bibir tampak pucat - TD : 151/95 mmHg - HR : 94x/menit - RR : 19x/menit - SpO2: 98% - Ny. S masih tampak edema - CRT >2 detik <p>A : Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan pemberian transfusi PRC 1 kolf oleh perawat diruangan.</p>	
	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 4. Memonitor efek samping penggunaan analgetik 5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi nafas dalam) untuk mengurangi rasa nyeri 6. Mengkolaborasi pemberian terapi obat ceftriaxone 1 gr 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. S masih mengeluh nyeri pada luka bekas operasinya - Nyeri terasa hilang timbul dan seperti ditusuk-tusuk - Skala nyeri 4 <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak ada luka operasi diperut 	

		7. Memberikan paracetamol 500 mg	<p>bagian bawah yang tertutupi perban</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. S masih tampak meringis - Ny. S gelisah tampak berkurang - Tekanan darah masih tinggi yaitu : 151/95 mmHg - RR : 19x/menit - HR : 94x/menit <p>A : Nyeri akut belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p>	
	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan neonatus (prematunitas) dan tidak rawat gabung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui 3. Memberikan kesempatan untuk bertanya 4. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 5. Melibatkan sistem pendukung suami, keluarga, dan tenaga kesehatan 6. Memberikan konseling menyusui 7. Mengajarkan perawatan payudara postpartum (Memerah ASI) 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. S mengatakan masih merasa cemas dengan kondisi bayinya - Ny. S mengeluh ASInya keluar masih sedikit <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASI Ny. S masih keluar sedikit (tidak terlalu memancar), tidak tampak pembengkakan pada payudara Ny.S - Bayi Ny. S 	

			<p>masih tidak menyusui secara langsung pada ibunya, karena bayi Ny. S dirawat terpisah</p> <p>A : Menyusui tidak efektif belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	
Rabu/ 15 Februari 2023	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tekanan darah (satu kali dalam 3 jam) 2. Memonitor frekuensi nadi 3. Memonitor pernafasan 4. Memonitor suhu tubuh 5. Mengidentifikasi penyebab perubahan tanda vital 6. Mendokumentasikan hasil pemantauan 7. Memberikan terapi obat metildopa 500 mg 	<p>S : Ny. S mengatakan sakit kepala dan pusingnya sudah mulai berkurang</p> <p>O : - TD : 147/82 mmHg - HR : 81x/menit - RR : 20x/menit - SpO2 : 98%</p> <p>A : Risiko Perfusi Serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
	Risiko perdarahan dibuktikan dengan komplikasi pasca partum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala perdarahan 2. Memonitor nilai hematokrit/hemoglobin 3. Memonitor koagulasi 4. Membatasi tindakan invasif, jika perlu 5. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi 6. Memberikan asupan makanan dan vitamin K 10 mg 7. Mengkolaborasi pemberian obat kontrol perdarahan transamin 500 mg 	<p>S : Ny. S mengatakan bahwa darah nifasnya masih mengalir banyak</p> <p>O : - TD : 147/82 mmHg - HR : 81x/menit - RR : 20x/menit - SpO2: 98% - Membran mukosa tampak kering</p>	

		8. Memberikan Vitamin C 50 mg	<ul style="list-style-type: none"> - Ny. S tampak pucat <p>A : Risiko perdarahan belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2. Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas 3. Melakukan pencegahan infeksi 4. Melakukan hidrasi IVFD RL 5. Mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (lemak, jenuh) 6. Memberikan terapi obat SF 1 tablet 	<p>S : Ny. S mengatakan tubuhnya masih terasa lemah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akral masih teraba dingin - Wajah pasien masih tampak pucat - Mukosa bibir tampak pucat - TD : 147/82 mmHg - HR : 81x/menit - RR : 20x/menit - SpO2: 98% - Ny. S masih tampak edema - CRT >2 detik <p>A : Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. S masih mengeluh nyeri pada luka bekas operasinya sudah mulai berkurang - Nyeri terasa hilang timbul 	

		<ol style="list-style-type: none"> 5. Memonitor efek samping penggunaan analgetik 6. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 7. Memberikan terapi obat ceftriaxone 1 gram 8. Memberikan terapi obat dexametasone 500 mg 	<ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 3 <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak ada luka operasi diperut bagian bawah yang tertutupi perban - Ny. S masih tampak meringis - Ny. S gelisah tampak berkurang - Tekanan darah masih tinggi yaitu : 147/82 mmHg - RR : 20x/menit - HR : 81x/menit <p>A : Nyeri akut teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan neonatus (prematunitas) dan tidak rawat gabung</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui 3. Memberikan kesempatan untuk bertanya 4. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 5. Melibatkan sistem pendukung suami, keluarga, dan tenaga kesehatan 6. Memberikan konseling 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. S mengatakan cemas dengan kondisi bayinya sudah mulai berkurang - Ny. S mengeluh ASInya keluar masih sedikit <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASI Ny. S masih keluar sedikit (tidak terlalu) 	

		<p>menyusui</p> <p>7. Mengajarkan perawatan payudara postpartum (pijat oksitosin)</p>	<p>memancar), tidak tampak pembengkakan pada payudara Ny.S</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bayi Ny. S masih tidak menyusui secara langsung pada ibunya, karena bayi Ny. S dirawat terpisah <p>A : Menyusui tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
Kamis/ 16 Februari 2023	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tekanan darah (satu kali dalam 3 jam) 2. Memonitor frekuensi nadi 3. Memonitor pernafasan 4. Memonitor suhu tubuh 5. Mendokumentasikan hasil pemantauan 6. Memberikan metildopa 500 mg 	<p>S : Ny. S mengatakan sakit kepala dan pusingnya sudah mulai berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 138/93 mmHg - HR : 76x/menit - RR : 20x/menit - SpO2 : 98% <p>A : Risiko Perfusi Serebral tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
	Risiko perdarahan dibuktikan dengan komplikasi pasca partum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala perdarahan 2. Memonitor koagulasi 3. Membatasi tindakan invasif, 4. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan untuk 	<p>S : Ny. S mengatakan bahwa darah nifasnya masih mengalir banyak</p>	

		<p>menghindari konstipasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Memberikan asupan makanan dan vitamin K 10 mg 6. Menganjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan 7. Memberikan Vitamin C 50 mg 	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 138/93 mmHg - HR : 76x/menit - RR : 20x/menit - SpO2: 98% - Membran mukosa tampak kering - Ny. S tampak pucat - Ht : 40 % - Trombosit : 152 10³/mm³ <p>A : Risiko perdarahan belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) satu kali dalam 1 sift penelitian. 2. Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas 3. Melakukan pencegahan infeksi 4. Melakukan hidrasi IVFD RL 5. Mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (rendah lemak, jenuh) 6. Memberikan SF 1 tablet 	<p>S : Ny. S mengatakan tubuhnya masih terasa lemah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wajah pasien masih tampak pucat - TD : 138/93 mmHg - HR : 76x/menit - RR : 20x/menit - SpO2: 98% - Ny. S masih tampak edema - CRT <2 detik - Hb : 9,8 g/dl - Albumin : 3,2 g/d/ <p>A : Perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian</p>	

			P : Intervensi dilanjutkan	
	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 3. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 4. Memonitor efek samping penggunaan analgetik 5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi nafas dalam) 6. Memberikan terapi obat ceftriaxone 1 gram 	S : <ul style="list-style-type: none"> - Ny. S masih mengeluh nyeri pada luka bekas operasinya sudah mulai berkurang - Nyeri terasa hilang timbul - Skala nyeri 3 O : <ul style="list-style-type: none"> - Tampak ada luka operasi diperut bagian bawah yang tertutupi perban - Ny. S gelisah tampak berkurang - Tekanan darah masih tinggi yaitu : 138/83 mmHg - RR : 20x/menit - HR : 76x/menit A : Nyeri akut etratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan	
	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan neonatus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui 	S : <ul style="list-style-type: none"> - Ny. S mengatakan cemas dengan kondisi bayinya 	

	(prematunitas) dan tidak rawat gabung	<ol style="list-style-type: none"> 3. Memberikan kesempatan untuk bertanya 4. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 5. Memberikan konseling menyusui 6. Mengajarkan perawatan payudara postpartum (Pijat payudara) 	<p>sudah mulai berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. S mengatakan ASInya sudah mulai memancar cukup banyak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASI Ny. S sudah mulai memancar cukup banyak, tidak ada pembengkakan pada payudara Ny.S - Bayi Ny. S masih tidak menyusu secara langsung pada ibunya, karena bayi Ny. S dirawat terpisah <p>A : Menyusui tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
Jum'at/ 17 Februari 2023	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tekanan darah (satu kali dalam 3 jam) 2. Memonitor frekuensi nadi 3. Memonitor pernafasan 4. Memonitor suhu tubuh 5. Mendokumentasikan hasil pemantauan 6. Memberikan obat metildopa 	<p>S :</p> <p>Ny. S mengatakan sakit kepala dan pusingnya sudah hilang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 133/80 mmHg - HR : 80x/menit - RR : 18x/menit - SpO2 : 98% <p>A : Risiko Perfusi Serebral tidak efektif teratasi</p>	

			P : Intervensi dihentikan	
	Risiko perdarahan dibuktikan dengan komplikasi pasca partum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala perdarahan 2. Memonitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah 3. Mengajukan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi 4. Memberikan asupan makanan dan vitamin K 10 mg 5. Memberikan Vitamin C 50 mg 	<p>S : Ny. S mengatakan bahwa darah nifasnya sudah mengalir sedikit</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 133/80 mmHg - HR : 80x/menit - RR : 18x/menit - Suhu : 36,7°C - SpO2: 98% - Membran mukosa tampak kering - Ny. S tampak pucat <p>A : Risiko perdarahan sudah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) satu kali dalam 1 sift penelitian. 2. Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas 3. Melakukan hidrasi IVFD RL 4. Mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (rendah lemak, jenuh) 5. Memberikan SF 2 tablet 	<p>S : Ny. S mengatakan tubuh terasa lemahnya sudah berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akral teraba hangat - Wajah pasien pucatnya sudah berkurang - Mukosa bibir tampak lembab - TD : 133/89 mmHg - HR : 70x/menit - RR : 18x/menit - Suhu : 36,7°C - SpO2: 98% 	

			<ul style="list-style-type: none"> - CRT <2 detik <p>A : Perfusi perifer tidak efektif teratasi P : Intervensi dihentikan</p>	
	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam) 5. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. S mengatakan nyeri pada luka bekas operasinya sudah berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak ada luka operasi diperut bagian bawah yang tertutupi perban - Ny. S sudah tidak tampak gelisah - Tekanan darah sudah mulai membaik: 133/89 mmHg - RR : 18x/menit - HR : 80x/menit <p>A : Nyeri akut teratasi P: Intervensi dihentikan</p>	

	<p>Menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan neonatus (prematunitas) dan tidak rawat gabung</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Memberikan kesempatan untuk bertanya 3. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 4. Memberikan konseling menyusui 5. Mengajarkan perawatan payudara postpartum (Pijat payudara, pijat oksitosin) 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. S mengatakan cemas dengan kondisi bayinya sudah berkurang - Ny. S mengatakan ASInya sudah mulai memancar banyak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASI Ny. S sudah mulai memancar cukup banyak, tidak ada pembengkakan pada payudara Ny.S - Bayi Ny. S masih tidak menyusu secara langsung pada ibunya, karena bayi Ny. S dirawat terpisah <p>A : Menyusui tidak efektif P : Intervensi dihentikan</p>	
--	--	---	---	--