

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. P DENGAN POST SECTIO
CAESAREA ATAS INDIKASI PREEKLAMSIA BERAT DI IRNA
KEBIDANAN DAN ANAK RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**



TARISA APRIL WILYA

NIM. 223110315

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN PADANG

JURUSAN KEPERAWATAN

KEMENKES POLTEKKES PADANG

2025

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. P DENGAN POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI PREEKPLAMSIA BERAT DI IRNA KEBIDANAN DAN ANAK RSUP DR. M. DJAMIL PADANG

Diajukan ke Program Studi Diploma 3 Keperawatan Padang
Kemenkes Poltekkes Padang Sebagai Salah Satu Syarat
Meraih Gelar Ahli Madya Keperawatan



TARISA APRIL WILYA

NIM. 223110315

**PRODI D 3 KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
KEMENKES POLTEKKES PADANG**

2025

植物学报 (中文版) PLANT SCIENCE

George T. and Sarah T. Johnson, Economics and Psychology, 2333 30th Street, Denver, Colorado 80205
John P. and Linda P. Johnson, 1000 16th Street, Denver, Colorado 80202
R. S. and D. A. Johnson, 1000 16th Street, Denver, Colorado 80202

Thermal stress

Names: James and Kellie
Date: 12/11/09

Digitized by srujanika@gmail.com on 20-May-2019

卷之三

Reactive Groups

Aerobic training for older women

20

2010-07-29 10:27:04

For a Deal: Dickey's Barbecue Pit, Inc.



Mr. Fred L. Johnson, 213 Main
1924812119990200005

HALAMAN DEPAN SAHABAT
KARYA TULIS UMMAH

ASLI KARYA TULIS UMMAH YANG DIJALIN PADA PAPERAH AKA
DIBUKA PADA KEGIATAN BERSAMA-SAMA DALAM
RUMAH BERSAMA-SAMA

Bersama
Tariq Syah Wilan
22/11/2015

Declarasi dan dilanjutkan dengan
Perjanjian: 4 Januari 2015

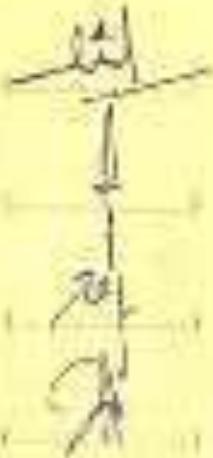
DESENTRALISASI PENGARUH

Ketua:
Nl. Darmo, S.Sos.I, M.M
NIP. 7980111980-2001

Anggota:
Kt. H. Teguh Wicaksono, S.Kep, M.Kep
NIP. 1960151980022002

Anggota:
Kt. Dhyu Vista, M.Kes, S.Kep, M.Kep
NIP. 198042200112001

Anggota:
Kt. Zulfa Achy, M.Kes, S.Kep, M.Kep
NIP. 197912100872001



Tulung, 01 Januari 2015
Surat Bantuan Dikirim ke Pemerintah Tulung



KATA PENGANTAR

Puji Syukur peneliti panjatkan Kepada Tuhan yang maha esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Post Sectio Caesarea atas Indikasi Preeklampsia Berat di Irna Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2025”. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat 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 mengucapkan rasa hormat dan terimakasih atas bantuan dan bimbingan dan pengarahan dari Ibu Ns. Elvia Metti,M.Kep,Sp.Kep.Mat Selaku pembimbing Utama dan ibu Ns. Zolla Amely Ilda S.Kep, M.Kep Selaku Pembimbing pendamping serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu.

Penulis pada kesempatan ini menyampaikan ucapan terimakasih kepada :

1. Ibu Renidayati, S.Kp, M.Kep, Sp. Jiwa selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Padang.
2. Bapak Tasman,S.Kp.M.Kep.Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan.
3. Ibu Ns. Yessi Fadrianti, S.Kep,M.Kep selaku Ketua prodi D3 Keperawatan Padang
4. Ibu Ns. Wira Heppy Nidia,S.Kep, MKM selaku Pembimbing Akademik dalam berlangsungnya pendidikan di Program studi D3 Keperawatan Padang
5. Teristimewa kepada orang tua tersayang Ayahanda Mar Antara dan Ibu Dewi Jufri. Terimakasih karena telah memberikan semangat dan dukungan serta restu yang tak dapat ternilai dengan apapun. Terimakasih atas segala pengorbanan dan ketulusan yang diberikan. Namun selalu senantiasa memberikan yang terbaik, tak kenal lelah mendoakan, mengusahakan, memberikan dukungan baik secara moral maupun finansial, serta

memprioritaskan pendidikan dan kebahagian anak-anaknya dibandingkan diri mereka sendiri. Semoga adanya Karya Tulis Ilmiah ini dapat membuat ayah dan bunda lebih bangga karena telah berhasil menjadikan anak perempuan satu-satunya ini menyadang gelar seperti yang diharapkan. Besar harapan penulis semoga ayah dan bunda sehat selalu, panjang umur, dan bisa menyaksikan keberhasilan pencapaian besar lainnya yang akan penulis raih dimasa yang akan datang.

6. Teruntuk adikku Harlan Maulana Ramadhan Dan Bili Tri Antara, terimakasih atas dukungan yang diberikan dan memberikan motivasi bagi penulis untuk meraih pencapaian besar kedepannya.
7. Kakakku Vivi Lyvia Rimenda,S.H Terimakasih atas dukungan moral dan material yang diberikan, terimakasih karena telah bersedia dijadikan tumpuan dalam mengambil keputusan dan terimakasih telah menjadi contoh yang baik untuk adiknya.
8. Sahabat Penulis Fenda Fatma, Sarah Novita, Anisa Fahira Pasha Terimakasih atas dukungan dan telah bersedia menjadi pendengar keluh kesah yang baik selama perkuliahan. Terimakasih karena telah memotivasi penulis untuk terus belajar dan meraih pencapaian besar berikutnya.
9. Teruntuk sahabat saya Viola Gusliza Amanda A.Md.Kep Terima kasih yang tak terhingga, Terimakasih atas segala dukungan,bantuan,dan semangat yang telah diberikan selama ini, Terimakasih juga atas tawa, canda serta kebersamaan yang telah kita lewati, penulis sangat bersyukur telah menjadi bagian dari segalanya, semoga persahabatan kita tetap abadi dan kita dapat meraih kesuksesan di masa depan yang akan datang.
10. Terima kasih juga penulis sampaikan kepada sahabat penulis yaitu BBM21 yang telah menjadi bagian dari perjalanan studi saya. Terima kasih atas kebersamaan, kekompakan, dan canda tawa yang telah kalian berikan. Kalian telah menjadi penyemangat di kala lelah, teman curhat yang menyenangkan, dan sahabat yang selalu ada. Semoga persahabatan kita terus berlanjut dan terus abadi.

11. Teruntuk orang yang paling istimewa dalam hidupku Penulis mengucapkan terima kasih yang tulus kepada Pangeran Ichsan S.T, terima kasih telah menjadi salah satu penyemangat, pendengar keluh kesah, penasehat yang baik atas kesabaran dan dukunganmu selama proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini. Saya sangat beruntung karena memiliki seseorang yang sangat baik hati sepertimu.
12. Terimakasih untuk diri sendiri Tarisa April Wilya Terimakasih karena telah bertanggung jawab untuk menyelesaikan apa yang telah dimulai. Terimakasih kasih sudah bertahan sejauh ini dan memilih berusaha dan merayakan dirimu sendiri sampai di titik ini, terima kasih tetap menjadi manusia yang selalu mau berusaha dan tidak lelah mencoba meskipun banyak lelah yang dirasakan. Terima kasih karena memutuskan tidak menyerah sesulit apapun proses perkuliahan ini dan telah menyelesaikannya sebaik dan semaksimal mungkin. Ini merupakan pencapaian yang patut dirayakan untuk diri sendiri. Berbahagialah selalu dimanapun berada Tarisa April Wilya Apapun kurang dan lebihmu mari merayakan diri sendiri.

Akhir kata, peneliti menyadari bahwa penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak terdapat kekurangan. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan tanggapan, kritikan, dan saran yang membangun dari semua pihak untuk mencapai kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Padang, 16 Juni 2025

Peneliti

KEMENKES POLTEKKES PADANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
Karya tulis ilmiah, April 2025
Tarisa April Wilya

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post *Sectio Caesarea* Atas Indikasi Pre Eklampsia Berat di Irna Kebidanan Dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang

Isi: xii + halaman 107 + tabel 2 + lampiran 12 + gambar 1 + Bagan 1

ABSTRAK

Preeklampsia merupakan komplikasi kehamilan yang ditandai oleh tekanan darah tinggi dan adanya protein dalam urin, biasanya muncul setelah usia kehamilan 20 minggu. Kasus post SC atas indikasi PEB di ruang Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang sebanyak 38 orang di bulan Oktober-Desember 2024. Tujuan penelitian ini mendeskripsikan penerapan asuhan keperawatan pada pasien post SC atas Indikasi PEB di ruang Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Pendekatan penelitian adalah deskriptif dengan desain studi kasus. Penelitian ini dilakukan di ruang HCU rawat kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang dari bulan Februari-April 2025. Asuhan keperawatan dilakukan selama 5 hari (17 sampai 21 Februari 2025). Populasi yang ditemukan selama penelitian ada 2 orang ibu post *section caesarea* atas indikasi PEB dengan 1 partisipan yang di pilih sebagai sampel melalui teknik purposive sampling. Proses analisis keperawatan yang dilakukan peneliti yaitu pengkajian, menetapkan diagnosis, perencanaan, implementasi hingga evaluasi.

Hasil penelitian pada Ny. P (38 tahun) post SC dengan keluhan utama partisipan yaitu nyeri di ulu hati, kepala pusing, badan terasa lemah, tekanan darah 187/110 mmHg dan Hb rendah yaitu 7,3 g/dl. Diagnosis utama adalah risiko perfusi serebral tidak efektif. Rencana keperawatan partisipan yaitu pemantauan tekanan intrakranial. Implementasi yang dilakukan yaitu pemberian obat antihipertensi untuk menurunkan tekanan darah, pemberian transfusi PRC 3 kolf. Evaluasi keperawatan pada hari kelima Ny. P mengatakan tekanan darah sudah mulai batas normal 133/89 mmHg, Hb sudah membaik yaitu 12 g/dl.

Tenaga Kesehatan ruangan kebidanan diharapkan dapat mempertahankan asuhan keperawatan komprehensif serta dapat pemantauan tekanan intrakranial dan aspek psikologis terutama pada pasien post SC atas indikasi PEB.

Kata Kunci: PEB, Sectio Caesarea, Asuhan Keperawatan

Daftar Pustaka: 53 (2013-2024)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Tarisa April Wilya

NIM : 223110315

Tempat/Tanggal Lahir : Salido/1 April 2004

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Status Perkawinan : Belum Menikah

Orang Tua

Ayah : Mar Antara

Ibu : Dewi Jufri, S.H

Alamat : Pesisir Selatan, Painan

Riwayat Pendidikan

| No | Jenis Pendidikan | Tempat Pendidikan | Tahun |
|----|--------------------------|---------------------------|-----------|
| 1. | Taman Kanak-Kanak | TK Dharma Wanita | 2009-2010 |
| 2. | Sekolah Dasar | SDN 07 Pasar Salido | 2010-2016 |
| 3. | Sekolah Menengah Pertama | MTSN 1 Pesisir Selatan | 2016-2019 |
| 4. | Sekolah Menengah Atas | SMA Negeri 1 Painan | 2019-2022 |
| 5. | D-III Keperawatan | Poltekkes Kemenkes Padang | 2022-2025 |

HALAHAN PERNYATAAN DEKLARASI ITAS

Kami yang berjumlah **dua** (dua) orang penulis naskah, dan berdasarkan perintah
oleh yang bertugasan di atas, telah menulis naskah dengan benar

Menulis

Tanggal April 2021

NOM

2211610

Hasan Syaiful



Tanda

Tanggal 10 April 2021

MONDAY 10 MAY 2004

10 May 2004 (10:00 AM - 11:00 AM)

Location: **10 May 2004**

10 May 2004



10 May 2004

10 May 2004

DAFTAR ISI

| | |
|--|------------------------------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN PENGESAHAN..... | ii |
| LEMBAR PERSETUJUAN | iii |
| KATA PENGANTAR..... | iv |
| ABSTRAK | vii |
| DAFTAR RIWAYAT HIDUP | viii |
| HALAMAN PERNYATAAN ORISIONALITAS | Error! Bookmark not defined. |
| PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT | Error! Bookmark not defined. |
| DAFTAR ISI..... | x |
| DAFTAR GAMBAR..... | xiii |
| DAFTAR TABEL..... | xiv |
| DAFTAR LAMPIRAN | xv |
| BAB I | 1 |
| PENDAHULUAN..... | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 6 |
| C. Tujuan Penelitian..... | 6 |
| D. Manfaat Penelitian | 7 |
| BAB II TINJUAN PUSTAKA..... | 8 |
| A. Konsep Preeklampsia berat Berat | 8 |
| B. Konsep Post Partum Dengan Sectio Caesarea | 13 |
| C. Penatalaksaan Pasien Post SC atas Indikasi PEB | 19 |
| D. Konsep Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi PEB .. | 27 |
| BAB III METODE PENELITIAN | 44 |
| A. Desain Peneliti | 44 |
| B. Tempat Dan Waktu Penelitian | 44 |
| C. Populasi Dan Sampel | 44 |
| D. Alat Atau Instrument Pengumpulan Data | 45 |
| E. Jenis Jenis Data..... | 46 |

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| F. Langkah Langkah Penelitian | 46 |
| G. Teknik Pengumpulan Data..... | 47 |
| H. Analisis Keperawatan..... | 49 |
| BAB IV | 50 |
| HASIL DAN PEMBAHASAN | 50 |
| A. Deskripsi Kasus | 50 |
| B. Pembahasan Kasus | 61 |
| BAB V..... | 81 |
| PENUTUP..... | 81 |
| A. Kesimpulan | 81 |
| B. Saran | 83 |
| DAFTAR PUSTAKA | 84 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|---|----|
| Gambar 2.1 WOC Preeklamsia Berat (PEB)..... | 16 |
|---|----|

DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Tabel 2.2 Involusi Uteri | 26 |
| Tabel 2.3 Perencanaan Tindakan Keperawatan | 33 |

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Karya Tulis Ilmiah (GANTCHART)
- Lampiran 2 Lembar Konsultasi Proposal Pembimbing 1
- Lampiran 3 Lembar Konsultasi Proposal Pembimbing 2
- Lampiran 4 Surat Izin Survey Awal dari Kemenkes Poltekkes Padang Untuk Pengambilan Data dan Survey Awal Ke RSUP M. Djamil Padang
- Lampiran 5 Surat Pengambilan Data Dan Melakukan Survey Awal Dari Rsup Dr. M Djamil Padang
- Lampiran Surat Pengantar dari Poltekkes Kemenkes Padang untuk izin Peneliti ke RSUP Dr. Mdjamil Padang
- Lampiran 7 Surat izin melakukan penelitian di Rsup Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 8 Surat Persetujuan menjadi responden (*INFORMED CONSENT*)
- Lampiran 9 Daftar Hadir Penelitian
- Lampiran 10 Surat selesai Penelitian
- Lampiran 11 Format Asuhan Keperawatan Maternitas
- Lampiran 12 Media(LEAFLET)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Preeklampsia merupakan komplikasi kehamilan yang cukup serius yaitu kondisi ketika tekanan darah ibu hamil meningkat disertai adanya protein di dalam urin. Kondisi ini diduga dipicu oleh plasenta janin yang tidak berfungsi atau berkembang dengan baik¹. Preeklampsia diklasifikasikan menjadi dua yaitu pertama preeklampsia berat merupakan keadaan ibu hamil yang ditandai dengan tekanan darah tinggi $\geq 160/110$ MmHg, bahkan terjadi penurunan kesadaran, dan kedua preeklampsia ringan ditandai dengan tekanan darah yang lebih dari 140/90 MmHg². Preeklampsia sering terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu hingga menjelang aterm dan biasanya disertai proteinuria³.

Penyakit ini mewakili serangkaian penyakit hipertensi pada kehamilan, dimulai dengan hipertensi gestasional dan berkembang menjadi manifestasi yang lebih parah, seperti eklampsia dan sindrom hemolysis, elevated liver enzyme, low platelet count (HELLP). Dikatakan sebagai PEB temuan riwayat yang paling umum pada pasien dengan preeklampsia adalah keluhan sakit kepala, gangguan penglihatan, nyeri kuadran kanan atas atau epigastrium, mual, muntah, sesak napas dan peningkatan pembengkakkan³. PEB masih merupakan salah satu penyebab morbiditas dan mortalitas ibu apabila tidak ditangani secara adekuat².

World Health Organization (WHO) pada tahun 2020 AKI didunia sebanyak 227.22 per 100.000 kelahiran hidup. Penyumbang terbesar dari angka kematian ibu merupakan negara berkembang yaitu 99%. Perempuan meninggal akibat komplikasi selama dan setelah kehamilan dan persalinan. Sebagian besar komplikasi ini berkembang selama kehamilan. Komplikasi

utama penyumbang 80% kematian ibu adalah perdarahan, infeksi, tekanan darah tinggi selama kehamilan (preeklampsia dan eklampsia) dan aborsi⁴.

Berdasarkan data WHO kasus preeklampsia tujuh kali lebih tinggi di negara berkembang dari negara maju dengan prevalensi (1,8%-18%). Sebagian besar penyebab kematian ibu di Indonesia disebabkan oleh penyebab lain-lain sebesar 34,2%, perdarahan sebesar 28,7%, hipertensi dalam kehamilan sebesar 23,9%, dan infeksi sebesar 4,6%⁵.

Profil Kesehatan Indonesia (2021) menunjukkan (AKI) meningkat pada tahun 2019–2020. Tahun 2020 terdapat 4.627 kasus kematian ibu hamil dibandingkan dengan 4.221 kematian di tahun 2019. Sebanyak 7.389 kematian ibu terjadi di Indonesia pada tahun 2021. Jumlah tersebut meningkat 56,69% dari tahun sebelumnya. Angka kematian ibu pada tahun 2022 mencapai 4.005 dan di tahun 2023 meningkat menjadi 4.129. Kasus Preeklampsia atau eklampsia merupakan penyebab kedua terbanyak kematian ibu setelah perdarahan⁶.

Menurut data profil Sumatera Barat pada tahun 2021 sebanyak 196 kasus dan di tahun 2022 sebanyak 113 kasus, di tahun 2023 sebanyak 110 kasus AKI PEB dengan tindakan sectio caesarea menurun dari 2021-2023. Untuk jumlah kematian bayi sebanyak 559 kasus pada tahun 2022, pada tahun 2023 sebanyak 575 kasus, angka tersebut meningkat. Penyebab kematian bayi terbesar disebabkan oleh Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR), dan asfikisia⁷.

Menurut data rekam medik RSUP Dr. M. Djamil Padang di ruang IRNA Kebidanan pada tahun 2022 didapatkan 58 orang penderita PEB yang telah dilakukan tindakan section caesarea. Pada tahun 2023 sebanyak 116 pasien diantaranya 78 pasien ibu hamil dengan PEB dan 38 pasien post SC atas indikasi PEB, angka tersebut meningkat dari tahun sebelumnya⁸.

Dampak preeklampsia dapat mengakibatkan kematian ibu, terjadinya prematuritas, serta dapat mengakibatkan Intra Uterin Growth Retardation (IUGR) dan kelahiran mati. Faktor yang sering dijumpai sebagai faktor risiko preeklampsia berat antara lain usia, paritas, riwayat preeklampsia sebelumnya, riwayat hipertensi, keturunan, antenatal care (pemeriksaan kehamilan), riwayat penggunaan KB, pengetahuan ibu hamil, pekerjaan ibu hamil⁹.

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. Gambaran klinik preeklampsia biasanya timbul dalam urutan pertambahan berat badan yang berlebihan diikuti 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 muntah¹⁰. Hasil penelitian¹¹ 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 premature¹².

Preeklampsia berat (PEB) memerlukan penacegahan yang optimal, yaitu observasi pasien untuk mengidentifikasi gejala atau tanda-tanda untuk

diagnosis dan penanganan yang tepat, seperti menentukan waktu lahir yang ideal untuk keselamatan ibu dan janin¹³. Pemberian magnesium sulfat (MgSO₄) adalah salah satu cara yang dapat dilakukan¹⁴.

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 dosis 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, pada ibu hamil dengan PEB biasanya disarankan untuk melahirkan dengan tindakan secara sectio caesarea, untuk menghindari resiko lebih lanjut pada ibu dan janin¹⁵.

Sectio caesarea merupakan suatu 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 untuk melahirkan janin dalam Rahim¹⁶ Operasi caesar dilakukan pada pasien yang mengalami kondisi seperti Tekanan darah tinggi dan terdapat protein dalam urine (preeklampsia).

Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif bagi ibu nifas yang menjalani persalinan section caesarea. Dalam usaha ini, perawat akan melakukan tindakan-tindakan penting seperti pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Perawat berperan besar dalam penanggulangan nyeri non farmakologis, Tujuan dari langkah-langkah tersebut adalah untuk mencegah timbulnya masalah kesehatan pada ibu nifas setelah operasi caesarea. Kemudian untuk intervensi yang akan diberikan

kepada klien dengan diagnose keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, luka post operasi section caesarea ialah kaji nyeri secara komprehensif, observasi reaksi non verbal, monitor tanda-tanda vital, dan ajarkan teknik relaksasi nafas¹⁷

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 pasien¹⁶

Survey awal yang dilakukan peneliti pada bulan desember 2024 di ruang rawat gabung RSUP Dr. M. Djamil Padang didapatkan 1 orang ibu berumur 30 tahun dengan berat badan 78 kg dan tinggi badan 158 cm, melahirkan post sectio caesarea dengan indikasi preeklampsia berat mengatakan bahwa bahwa pasien post sc hari ke 2 rawatan di HCU rawat gabung. 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. Pada saat peneliti melakukan pengamatan ibu dengan perawatan dengan post sectio atas indikasi preeklampsia berat, perawat pada pagi hari sudah melakukan tindakan memandikan pasien, memberikan terapi RL 500 ml, pemberian obat oral seperti nifedipin 10 mg, metildopa 250 mg, sefiksim 200 mg. Pasien mengatakan berat bayi saat lahir yaitu 3200 gr, panjang badan:48 cm Apgar/Score: 8/9 ini masih terpantau dan terpasang alat monitor yang digunakan untuk memantau tekanan darah pasien.dengan waktu rawatan 4 hari. diagnosa keperawatan yang peneliti temukan saat kunjungan awal adalah nyeri akut, resiko infeksi, resiko perfusi serebral tidak efektif.

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 2025.

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 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

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

TINJUAN PUSTAKA

A. Konsep Preeklampsia berat Berat

1. Pengertian Preeklampsia

Preeklampsia adalah komplikasi pada kehamilan yang ditandai tekanan darah tinggi atau hipertensi dan tanda-tanda kerusakan ginjal, misalnya kerusakan ginjal yang ditunjukkan oleh tingginya kadar protein pada urine (proteinuria). Preeklampsia juga sering dikenal dengan nama toksema atau hipertensi yang diinduksi kehamilan. Preeklampsia atau preeklampsi atau toksema akan sangat mungkin terjadi pada ibu hamil yang memiliki kelainan hipertensi. Hal yang membedakan preeklampsia dengan eklamsia adalah jika kelainan hipertensi pada ibu hamil disertai dengan kejang, sementara jika tidak terjadi kejang disebut dengan preeklampsia. Eklamsia terjadi ketika ibu hamil mengalami preeklampsia atau awitan kejang eklamptik di mana eklamsia ini bisa terjadi pada tiga fase yang disebut dengan antepartum atau selama kehamilan, intrapartum atau sebelum kehamilan dan pascapartum atau setelah kehamilan¹⁸.

2. Faktor Resiko Preeklampsia

Penyebab terjadinya preeklampsia sampai sekarang belum di ketahui secara pasti faktor-faktor menurut penelitian berpengaruh pada Preeklampsia yaitu¹⁹.

- a. Riwayat preeklampsia
- b. Primigravida
- c. Kehamilan ganda

Penyebab preeklampsia menurut beberapa teori yaitu seperti adanya penambahan frekuensi pada ibu hamil karena makin tuanya usia kehamilan biasanya terjadi pada yang primigravida, kehamilan ganda, hidramnion, molahidatidosa, timbulnya hipertensi, edema, proteinuria,

kejang, koma, diabetes melitus Hidrocepalus, obesitas dan umur ibu yang lebih dari 35 tahun.

3. Klasifikasi Preeklampsia

Klasifikasi Preeklampsia ada 2 diantarnya¹⁹.

- a. Preeklampsia ringan
 1. Untuk hasil pada pemeriksaan tekanan darah biasanya 140/90 mmHg atau +30/ +15 di atas nilai dasar setelah 6 jam.
 2. Edema yang dimasukkan dalam kriteria preeklampsia seperti edema pada lengan, muka, perut dan edema generalisata. Sedangkan untuk edema local tidak dimasukkan sebagai kriteria preeklampsia.
 3. Hasil Protein urine biasanya \geq 300mg/24 jam atau \geq 1 +dipstick.
- b. Preeklampsia berat
 1. Pemeriksaan tekanan darah dengan hasil 160/110 mmHg pada dua kesempatan terpisah sekitar 6 jam, pemeriksaan dilakukan dengan keadaan pasien berbaring.
 2. Hasil Proteinuria > 5 g dalam 24 jam (3+ sd 4+ pada dipstic).
 3. Oliguria (pengeluaran urine < 400 mL/24 jam).
 4. Kadar kreatin plasma meningkat.
 5. Mengakibatkan gangguan visus dan serebral sehingga menyebabkan penurunan kesadaran, nyeri kepala, skotoma dan pandangan kabur.
 6. Penyebab terganggunya kapsula glissom mengakibatkan terjadinya Nyeri episgatrum atau nyeri pada kuadran kanan atas abdomen.
 7. Bisa menyebabkan edema pada paru dan sianosis.
 8. Adanya hemolisis mikroangiopatiik.
 9. Terjadinya penurunan trombosit dengan cepat dan trombositopenia sel/mm³. mengakibatkan < 100.000 berat.

10. Peningkatan kadar alanine, asparte aminotransferase dan gangguan fungsi hepar. Etiologi Pre Eklamsi.

4. Etiologi Preeklampsia

Hingga saat ini belum diperoleh suatu kesepakatan tentang penyebab terjadinya preeklamsia sehingga istilah preeclampsia is a disease of theories oleh Zweifel tahun 1916 masih relevan. Para ahli mencoba mengungkapkan beberapa teori yang diduga menjadi penyebab preeklamsia antara lain, faktor imunologi, genetik, nutrisi, komponen vasoaktif, endotel, epigenetik dan lingkungan. Kejadian preeklamsia tinggi pada wanita nulipara dan umumnya tidak terulang pada kehamilan berikutnya. Kejadian preeklamsia pada primigravida diduga terjadi karena pembentukan blocking antibodies terhadap antigen plasenta yang tidak sempurna sehingga timbul efek yang merugikan, sedangkan pada kehamilan berikutnya pembentukan blocking antibodies-nya lebih sempurna karena telah terbentuk respons kekebalan pada kehamilan sebelumnya mengungkapkan bahwa kerusakan endotel terkait dengan preeklamsia yang dapat membawa perubahan umum pada keadaan biasa dan variasi menyeluruh dari iritasi intravaskular ibu pada kehamilan. Spekulasi ini masuk akal bahwa preeklamsia dipandang sebagai penyakit karena situasi dengan leukosit yang sangat aktif dalam darah ibu. Desidua mengandung sel yang berlebih jika teraktivasi dapat mengeluarkan agen yang berbahaya, kemudian agen ini sebagai mediator memulai terjadinya kerusakan sel²⁰.

5. Manifestasi Klinis Pre Eklampsia

- a. Penyebab hipertensi dan proteinuria

Hipertensi dan proteinuria merupakan dua gejala penting pada preeklamsia, tetapi ibu hamil jarang menyadari hal ini. Penyebab dua masalah ini adalah²¹

- 1) Tekanan darah

Peningkatan tekanan darah merupakan tanda peningkatan awal yang penting pada preeklamsia. 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 preeklamsia, yaitu:

- a) Peningkatan berat badan yang tiba-tiba men- dahului serangan preeklamsia dan bahkan kenaikan berat badan (BB) yang berlebihan merupakan tanda pertama preeklamsia pada sebagian besar ibu hamil.
- b) Peningkatan BB normal adalah 0,5 kg per minggu. Bila 1 kg dalam seminggu, maka kemungkinan akan terjadinya preeklamsia 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 preeklamsia ringan, proteinuria hanya minimal positif satu, positif dua atau tidak sama sekali. Pada kasus berat, proteinuria dapat ditemukan dan dapat mencapai 10 g/dL. Proteinuria hampir selalu timbul kemudian dibandingkan hipertensi dan kenaikan BB yang berlebihan.

a. Gejala-gejala subjektif preeklamsia

Beberapa gejala subjektif preeklamsia, antara lain :

1) Nyeri kepala

Nyeri kepala jarang ditemukan pada kasus preeklamsia 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 epigastrum merupakan keluhan yang sering ditemukan pada preeklamsia 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 ablasio retina. Pada preeklamsia ringan, tidak ditemukan tanda-tanda subjektif.

6. Patofisiologi Pre Eklampsia Berat

Vasokonstriksi arteriol, vasospasme sistemik, dan kerusakan pembuluh darah merupakan karakteristik terjadinya PIH. Sirkulasi arteri terganggu karena adanya segmen yang menyempit dan melebar yang berselang-seling. Kerja vasospastik tersebut merusak pembuluh darah akibat adanya penurunan suplai darah dan penjepitan pembuluh darah di area tempat terjadinya pelebaran. Apabila terjadi kerusakan pada endotelium pembuluh darah; trombosit, fibrinogen, dan hasil darah lainnya akan dilepaskan ke dalam interendotelium. Kerusakan pembuluh darah akan mengakibatkan peningkatan permeabilitas albumin dan akan mengakibatkan perpindahan cairan dari ruang intravaskular ke ruang ekstravaskular, yang terlihat secara klinis sebagai edema. menyajikan keadaan yang berkaitan erat dengan bentuk PIH ini, yang disebut sebagai PIH "kering", dan akan menimbulkan tanda dan gejala. Edema juga dapat berasal dari bentuk PIH lain, yang disebut sebagai PIH "basah", yaitu adanya peningkatan volume vaskular akibat adanya retensi air sekunder karena penurunan fungsi glomerulus, Perubahan patofisiologi yang terkait dengan preeklamsia akan menimbulkan tanda dan gejala trias khas, yang meliputi hipertensi, proteinuria, dan edema¹⁵. Pada pre eklampsia terdapat penurunan plasma dalam sirkulasi dan terjadi peningkatan hematokrit.

Perubahan sirkulenyebabkan penurunan perfusi ke organ, termasuk ke utero plasental fatal unit. Vasospasme merupakan dasar dari timbulnya proses pre eklampsia. Konstriksi vaskuler menyebabkan resistensi aliran darah dan timbulnya hipertensi arterial. Vasospasme dapat diakibatkan karena adanya peningkatan sensitifitas dari circulating pressors. Pre eklampsia yang berat dapat mengakibatkan kerusakan organ tubuh yang lain. Gangguan perfusi plasenta dapat sebagai pemicu timbulnya gangguan pertumbuhan plasenta sehingga dapat berakibat terjadinya Intra Uterin Growth Retardation²².

B. Konsep Post Partum Dengan Sectio Caesarea

1. Pengertian Post Partum Dengan Sectio Caesarea

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 hamil²³. Post partum dengan indikasi PEB maka tindakan yang harus dilakukan adalah Sectio caesarea merupakan teknik persalinan dengan cara membuat sayatan pada dinding uterus (histerotomi) melalui dinding depan abdomen (laparotomi). Definisi lain dari sectio caesarea adalah persalinan buatan untuk melahirkan janin melalui suatu insisi pada dinding abdomen dan uterus dalam keadaan utuh dengan berat janin di atas 500 gram dan atau usia kehamilan lebih dari 28 minggu²⁴. Sectio Caesarea merupakan suatu pelahiran janin melalui insisi yang dibuat pada dinding abdomen dan uterus, tindakan ini dipertimbangkan sebagai pembedahan abdomen mayor¹⁵. Terdapat beberapa jenis sectio caesarea pada tindakan pembedahan yang dilakukan dirumah sakit.

2. Klasifikasi Sectio Caesarea

Klasifikasi sectio caesarea ada lima diantarnya²⁴

a. Sectio Caesarea Klasik

Sectio caesarea dengan insisi vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan dikeluarkannya janin. Jenis insisi ini sudah jarang dilakukan karena sangat berisiko terjadinya komplikasi pasca operasi.

b. Sectio Caesarea dengan Insisi Mendatar di Atas Regio Vesica Urinaria

Metode insisi ini sangat umum dilakukan karena risiko perdarahan di area sayatan yang bisa diminimalisir dan proses penyembuhan luka operasi relatif jauh lebih cepat.

c. Histerektomi Caesarea

Metode bedah caesar pengangkatan uterus sekaligus dengan dikarenakan terjadinya komplikasi perdarahan yang sulit dihentikan atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan dari dinding uterus.

d. Sectio Caesarea Ismika Ekstraperitoneal

Metode dengan insisi pada dinding dan fasia abdomen dimana musculus rectus abdominalis dipisahkan secara tumpul. Kandung kemih diretraksi ke bawah untuk memaparkan SBR (segmen bawah rahim). Metode ini dilakukan untuk mengurangi risiko infeksi puerperalis.

e. Sectio Caesarea Berulang

Metode bedah caesar yang dilakukan pada pasien dengan riwayat operasi sectio caesarea sebelumnya.

3. Indikasi Sectio Caesarea

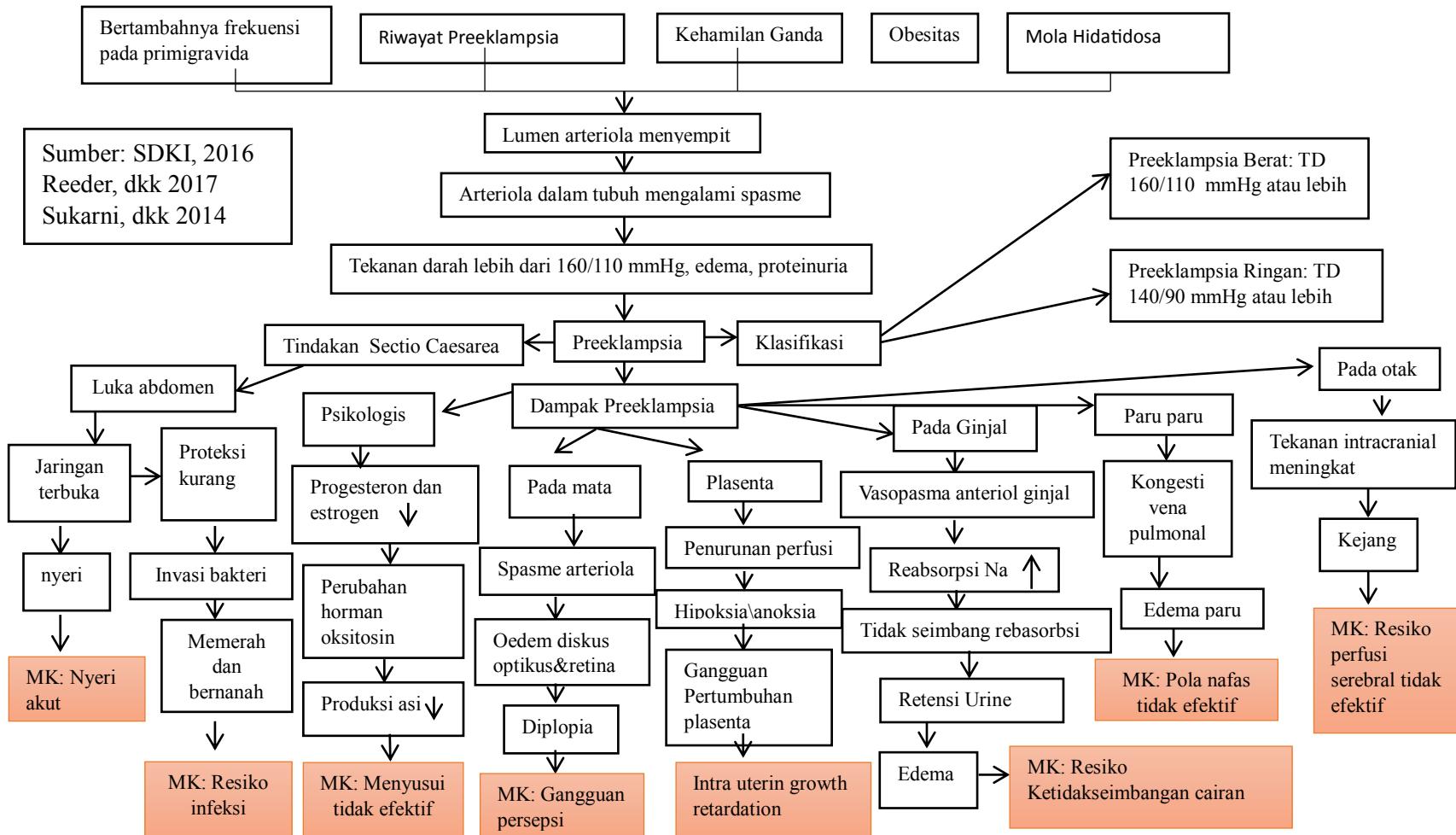
Indikasi Sectio Caesarea Keadaan di mana proses persalinan tidak dapat dilakukan melalui jalan lahir merupakan indikasi mutlak untuk dilakukan operasi sectio caesarea yang antara lain disebabkan karena terjadinya disproporsi kepala-panggul, presentasi dahi-muka, disfungsi uterus, distosia serviks, plasenta previa, janin besar, partus lama atau tidak ada kemajuan,

fetal distress, pre-eklamsia, malpresentasi janin dengan indikasi panggul sempit, gemelli dengan kondisi interlok, dan ruptura uteri yang mengancam. Kontra indikasi untuk dilakukan persalinan sectio caesarea antara lain karena kondisi janin mati, syok, anemia berat, dan kelainan kongenital berat²⁴.

4. Komplikasi Post Sectio Caesarea

Komplikasi yang mungkin terjadi pada post operasi sectio caesarea antara lain risiko terjadi perlukaan pada vesika urinari yang mengakibatkan perdarahan selama proses pembedahan, infeksi puerperalis, dan infeksi jahitan luka operasi yang biasanya disebabkan oleh ketuban pecah dini yang terlalu lama, atonia uteri dampak dari perdarahan yang tidak bisa dikontrol yang akhirnya mengakibatkan kondisi syok hipovolemik, risiko tinggi terjadi plasenta previa pada kehamilan berikutnya. Nyeri post sectio caesarea mengakibatkan syok neurogenik jika tidak mendapatkan penanganan yang tepat²⁴.

5. WOC PEB Bagan 2.1



6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Pemeriksaan darah lengkap dengan haptoglobin darah
 - a) Penurunan hemoglobin (nilai rujukan atau kadar normal hemoglobin untuk wanita hamil adalah 12-14 gr%)
 - b) Hematokrit meningkat (nilai rujukan 37-43 vol%)
 - c) Trombosit menurun (nilai rujukan 150 450 ribu/mm3)
- 2) Urinalis

Ditemukan protein dalam urine
- 3) Pemeriksaan fungsi hati
 - a) Bilirubin meningkat ($N \leq 1 \text{ mg/dl}$)
 - b) LDH (laktat dehidrogenase) meningkat
 - c) Aspartat aminotransferase (AST) $\geq 60 \text{ ul}$.
 - d) Serum glutamat pirufat transaminase (SGPT) meningkat ($N = 15 - 45 \text{ u/ml}$)
 - e) Serum glutamat oxaloacetic transaminase (SGOT) meningkat ($N \leq 31 \text{ u/l}$)
 - f) Total protein serum menurun ($N = 6, 7 - 8, 7 \text{ g/dl}$)
- 4) Tes kimia darah

Asam urat meningkat ($N = 2, 4 - 2, 7 \text{ mg/dl}$)

b. Radiologi

1) Ultrasonografi

Ditemukan retardasi pertumbuhan janin intrauterus. Pernafasan intrauterus lambat, aktivitas janin lambat, dan volume cairan ketuban sedikit.

2) Kardiogram

Diketahui denyut jantung bayi lemah

c. Data sosial ekonomi

Preeklamsia berat banyak terjadi pada wanita dan golongan ekonomi rendah, karena mereka kurang mengonsumsi makanan yang mengandung protein dan juga kurang melakukan perawatan antenatal yang teratur.

d. Data psikologis

Secara umum ibu yang mengalami pre- eklamsia dalam kondisi yang labil dan mudah marah, ibu merasa khawatir akan keadaan dirinya dan kedaan janin dalam kadungannya. Ibu takut jika nanti anaknya lahir cacat atau meninggal dunia, sehingga ia takut untuk melahirkan²¹.

7. Respon Tubuh Terhadap Perubahan Fisiologis

Respon tubuh terhadap perubahan fisiologis pada pasien post sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat diantaranya²³.

a. Sistem Kardiovaskuler

Efek dari obat-obatan anestesi umum terhadapa 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 $>100x/\text{menit}$.

b. Sistem Pencernaan

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

c. Sistem Perkemihan

Aktivitas ginjal bertambah pada masa nifas karena reduksi dari volume darah dan eksresi produk sampah dari autolysis. 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 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.

e. Sistem Musculoskeletal

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

C. Penatalaksanaan Pasien Post SC atas Indikasi PEB

1. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis yang dapat diberikan seperti pemebrihan 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. Selanjutnya dapat diberikan obat anti kejang seperti MgSO₄ apabila ditemukan tanda dan gejala kejang. Adapun cara pemberian regimen magnesium sulfat²³.

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 distres 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 anasarca. Diuretikum yang diberikan seperti furosemid 40 mg secara IM.

2. Penatalaksanaan Keperawatan

a. Pemeriksaan Umum

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

b. Pemeriksaan khusus

Menurut Padila (2015) pemeriksaan khusus yang dapat dilakukan diantaranya²³.

1) Pengontrolan Tanda-tanda Vital

Pengontrolan tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu yang dilakukan minimal setiap 4 jam sekali.

2) Fundus Uteri

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

3) Payudara

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

4) Lochia

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

1) 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 1.500ml/hari¹⁵.

2) Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap seperti : miring kanan dan kiri yang dapat dimulai sejak 6-10 jam post operasi untuk mencegah thrombosis ataupenyumbatan pembuluh darah, latihan pernafasan dapat dilakukan sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar¹⁵. 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 lainnya²³.

7) 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 bantuan¹⁵.

8) Perawatan Luka

Umumnya segera setelah cedera, respon peradangan menyebabkan peningkatan aliran darah ke area luka. Meningkatkan cairan dalam jaringan, serta akumulasi leukosit dan fibroosit. 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 diganti¹⁵

3. Komplikasi Pre Eklampsia Berat

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 prematuritas¹⁵.

Menurut Ayu (2016) komplikasi dari preeklampsia berat, antara lain²⁵.

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 preeclampsia.
 - 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

4. Adaptasi Fisiologi

Juga menjelaskan tentang perubahan-perubahan fisiologis yang terjadi pada masa nifas meliputi hal-hal berikut ini²⁶.

- a. Involusi uterus dan bagian lain pada saluran genetalia.
- b. Permulaan hingga proses laktasi.
- c. Perubahan fisiologis dalam berbagai sistem tubuh lain.
- d. Perubahan tanda-tanda vital meliputi:
 - 1) Suhu kisaran pada suhu tubuh normal adalah antara 36,5-37,5°C.
Kenaikan suhu tubuh dapat mengindikasikan adanya tanda infeksi.
 - 2) Denyut nadi pada kisaran normal adalah 60- 80x/menit. Frekuensi nadi yang cepat dapat juga mengindikasikan terjadinya infeksi.

- 3) Frekuensi pernapasan pada kisaran normal 12- 16x/menit di saat istirahat.
- 4) Tekanan darah harus kembali ke batas normal dalam 24 jam setelah kelahiran. Waspada adanya kenaikan tekanan darah sebagai salah satu tanda preeklampsi/eklampsi. Untuk diingat bahwa preeklampsi/eklampsi dapat terjadi selama kehamilan, persalinan dan bahkan berlangsung hingga postpartum. Secara lebih lengkap, bahasan tentang perubahan sistem tubuh pada masa postpartum ini dijelaskan sebagai berikut.

a) Involusi

Pengertian involusi adalah kembalinya uterus pada ukuran, tonus dan posisi sebelum hamil. Adapun mengenai proses terjadinya involusi dapat digambarkan sebagai berikut.

- (1) Iskemia: otot uterus berkontraksi dan berertraksi, membatasi aliran darah di dalam uterus.
- (2) Fagositosis: jaringan elastik dan fibrosa yang sangat banyak dipecahkan.
- (3) Autolisis: serabut otot dicerna oleh enzim-enzim proteolitik (lisosim).
- (4) Semua produk sisa masuk ke dalam aliran darah dan dikeluarkan melalui ginjal.
- (5) Lapisan desidua uterus terkikis dalam pengeluaran darah pervaginam dan endometrium yang baru mulai terbentuk dari sekitar 10 hari setelah kelahiran dan selesai pada minggu ke 6 pada akhir masa nifas.

setelah kelahiran, tempat perlekatan plasenta kira-kira seukuran telapak tangan, namun kemudian ukurannya mengecil secara cepat. Dalam waktu satu jam setelah kelahiran, tempat melekatnya plasenta normalnya terdiri dari banyak pembuluh darah yang mengalami trombosis yang pada

akhirnya mengalami organisasi. Pada akhir minggu kedua diameternya sekitar 3-4 cm. Gambaran involusi tempat perlekatan plasenta sebagai proses eksfoliasi, yang sebagian besar disebabkan oleh penipisan tempat implantasi oleh pertumbuhan jaringan endometrial. Jadi, involusi bukan merupakan absorpsi sederhana insitu. Eksfoliasi terdiri dari pemanjangan dan pertumbuhan ke bawah endometrium dari batas tempat perlekatan plasenta, serta perkembangan jaringan endometrial dari kelenjar dan stroma yang terdapat jauh di dalam desidua basalis setelah pemisahan plasenta. Eksfoliasi tempat perlekatan plasenta merupakan hasil dari peluruhan jaringan superfisial yang mengalami infark dan nekrotik yang diikuti oleh proses remodelling. Setelah plasenta terlepas, maka kadar estrogen, progesteron, Human Chorionic Gonadotropin (HCG), dan human placental lactogen dalam sirkulasi menurun. Hal ini selanjutnya menimbulkan perubahan fisiologis pada jaringan otot dan jaringan ikat serta berpengaruh besar pada sekresi prolaktin dari kelenjar hipofisis anterior. Setelah kosong, uterus tetap mempertahankan struktur muskularnya, dan tampak seperti kantung yang kosong. Oleh karena itu, harus diingat bahwa rongga uterus tetap berpotensi untuk membesar lagi, meskipun pada saat ini mengalami penurunan ukuran secara nyata. Hal ini mendasari kebutuhan untuk segera melakukan observasi Tinggi Fundus Uteri (TFU) dan derajat kontraksi uterus yang kemudian dilakukan secara teratur pada beberapa jam pertama setelah persalinan. Palpasi abdomen untuk melihat posisi uterus biasanya segera dilakukan setelah pelepasan plasenta untuk memastikan bahwa proses fisiologis yang dijelaskan sebelumnya mulai berlangsung. Pada palpasi abdomen fundus uteri seharusnya berada di tengah, posisinya setinggi atau sedikit di bawah umbilikus, dan seharusnya dalam keadaan kontraksi dan teraba keras ketika dipalpasi. Ibu mungkin akan mengalami ketidaknyamanan pada uterus atau abdomennya, terutama jika diberikan uterotonika untuk mempercepat proses fisiologis. Proses fisiologis merupakan landasan

pengetahuan yang penting bagi perawat dalam melakukan pemantauan proses fisiologis kembalinya uterus ke kondisi saat tidak hamil.

Tabel 2.2 involusi Uteri

| Involusi Uteri | Tanggal | Berat | Diameter |
|-----------------------|-----------------------|---------------|-----------------|
| | Fundus Uteri | Uterus | Uterus |
| Plasenta Lahir | Setingga Pusat | 1000 Gram | 12,5 cm |
| 7 Hari (Minggu) | Pertengahan | 500 gram | 7,5 cm |
| 1) | Pusat Dan Simpisis | | |
| 14 hari (Minggu) | Tidak Teraba | 350 gram | 5 cm |
| 2) | | | |
| 6 minggu | Normal | 60 gram | 2,5 cm |

sumber putri yesi ²⁶.

Perawat harus mencatat setiap adanya bekuan darah yang keluar dan kapan terjadinya. Bekuan darah dapat dikaitkan dengan episode perdarahan postpartum yang berlebihan atau memanjang dimasa yang akan datang.

D. Konsep Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi PEB

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan. Suatu proses kolaborasi melibatkan perawat, ibu dan tim kesehatan lainnya. Pengkajian dilakukan melalui wawancara dan pemeriksaan fisik. Dalam pengkajian dibutuhkan kecermatan dan ketelitian agar data yang terkumpul lebih akurat, sehingga dapat dikelompokkan dan dianalisis untuk mengetahui masalah dan kebutuhan ibu terhadap perawatan. Adapun pengkajian yang dilakukan pada ibu preeklampsia sebagai berikut²¹.

a. Identitas Klien

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

a. Riwayat Kesehatan

1) 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.

2) 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.

3) 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.

4) 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.

b. 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

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.

c. 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 tiidak 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 mamae terjadi hiperpigmentasi, papila mamae 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) Haemorrhoid: Biasanya tidak ada haemorrhoid.

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.

d. 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.

e. 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 berat²⁷.

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan Pemantauan tekanan intracranial
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
- c. Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasive
- 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 diagnostic
- h. Resiko ketidakseimbangan cairan ditandai dengan prosedur pendarahan
- 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 2.3 Perencanaan Tindakan Keperawatan

| NO | Diagnosa Keperawatan | SLKI | SIKI |
|----|--|---|---|
| 1. | Resiko perfusi serebral tidak efektif duktikan dengan Pemantauan tekanan intracranial(1.0 6198) | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun 4. Kecemasan menurun 5. Demam menurun 6. Tekanan darah sistolik membaik 7. Tekanan darah diastolic membaik 8. Refleks saraf membaik. | <p>Pemantauan Tekanan intracranial (1.06198)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi aliran cairan serebrospinal, hipertensi intrakranial idiopatik) b. Monitor peningkatan TD c. Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) d. Monitor penurunan frekuensi jantung e. Monitor irreguleritas irama napas f. Monitor penurunan tingkat kesadaran g. Monitor perlambatan atau ketidak simetrisan respon pupil h. Monitor kadar CO2 dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan i. Monitor jumlah |

| | | | |
|----|--|--|---|
| | | | <p>kecepatan,dan karakteristik drainase cairan serebrospinal</p> <p>j. Monitor efek stimulus lingkungan terhadap tik</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ambil sampel drainase cairan serebrospina b. Kalibrasi transduser c. Pertahan transdusitas sistem pemantauan d. Pertahankan posisi kepala dan leher netral e. Bilas sistem pemantauan, jika perlu f. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien g. Dokumentasi hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan b. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu |
| 2. | <p>Nyeri akut Berhubungan dengan agen pencendera fisik (D.0077)</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p><i>Subjektif :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri <p><i>Objektif :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam, masalah nyeriakut teratas dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Sikap protektif menurun (5) 4. Gelisah | <p>Manajemen Nyeri(I. 08238)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi,intensitas nyeri b. Identifikasi skalanya nyeri c. Identifikasi respon nyeri nonverbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | <p>2. meringis</p> <p>2. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)</p> <p>3. Gelisah</p> <p>4. Frekuensi nadi meningkat</p> <p>5. Sulit tidur</p> <p>Gejala dan tanda Minor</p> <p><i>Subjektif :</i> (Tidak tersedia)</p> <p><i>Objektif :</i></p> <p>1. Tekanan darah meningkat</p> <p>2. Pola nafas berubah</p> <p>3. Nafsu makan berubah</p> <p>4. Proses berfikir terganggu</p> <p>5. Menarik diri</p> <p>6. Berfokus padadiri sendiri</p> <p>7. Diaforesis</p> | <p>menurun (5)</p> <p>5. Frekuensi nadi membaik (5)</p> <p>6. Pola nafas membaik (5)</p> | <p>memperingan nyeri</p> <p>e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentangnyeri</p> <p>f. Identifikasi pengaruh budayaterhadap respon nyeri</p> <p>g. Identifikasi pengaruh nyepada kualitas hidup</p> <p>h. Monitor keberhasilan terapi komplementeryang sudah diberikan</p> <p>i. Monitor efeksamping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat,aroma terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>b. Control lingkungan yang memperberat rasanyeri (mis. Suhu ruangan, pencahaayaan, 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 segera tepat</p> <p>e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> |
|--|---|--|---|

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <p>Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> <p>Pemberian Analgetik (I.08243)</p> <p>Observasi</p> <p>a. Identifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)</p> <p>b. Identifikasi riwayat alergi obat</p> <p>c. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik, (mis. Narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri</p> <p>d. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik</p> <p>e. Monitor efektivitas analgesik</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu</p> <p>b. Pertimbangan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum</p> <p>c. Tetapkan target efektivitas analgesik untuk mengoptimalkan respon pasien</p> <p>d. Dokumentasikan respon terhadap efek analgesik 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</p> |
|--|--|--|---|

| | | | |
|----|---|---|----------------------------|
| | | | analgesik, sesuai indikasi |
| 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 invasive 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 kerha siliaris 5) Ketuban pecah lama 6) Ketuban pecah sebelum waktunya | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24jam diharapkan masalah risiko Infeksi teratasi</p> <p>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> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan, manfaat, resiko yang terjadi jadwal dan efek samping b. Informasikan imunisasi yang diwajibkan | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | <p>7) Merokok, status cairan tubuh</p> <p>6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Penurunan hemoglobi n 2) Imunosupresi 3) Leukopenia 4) Supresi respon inflamasi 5) Vaksinasi tidak adekuat | | |
| 4. | <p>Risiko cedera dibuktikan dengan hipoksia jaringan (D.0136)</p> <p>Faktor Risiko</p> <p>Eksternal :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terpapar patogen 2. Terpapar zat kimia Toksik 3. Terpapar agen Nosokomial 4. Ketidaknyamanan Transportasi | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x 24jam 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 Pencahaayaan,yang memadai |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>Internal:</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 pertahankan tubuh 8. Malnutrisi 9. Perubahan fungsi psikomotor 10. Perubahan fungsi Kognitif | <ol style="list-style-type: none"> 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 posisi tempat tidur diposisi terendah saat digunakan g. Pastikan roda tempat tidur atau kursi roda dalam kondisi terkunci h. Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan i. Diskusi 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> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan alasan |
|--|--|---|

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <p>intervensi pencegahan jatuhke pasien dan keluarga</p> <p>b. Anjurkan berganti posisi secara perlahan</p> <p>Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi factor risiko jatuh b. Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh c. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala d. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur kekursi roda dan sebaliknya <p>Terapeutik</p> <ul 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>Edukasi</p> <ul 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 |
|--|--|--|---|

| | | | |
|----|---|---|--|
| | | | <p>keseimbangan tubuh</p> <p>d. Anjurkan melebarkan kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p> |
| 5. | <p>Risiko Perdarahan dibuktikan dengan komplikasi pasca partum</p> | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien selama ..x24jam 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 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 |

| | | | |
|----|--|--|---|
| | | | <p>asupan cairan 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>Kalaborasi</p> <p>a. Kalaborasi pemberian obat kontrol perdarahan jika perlu</p> <p>b. Kalaborasi pemberian produk darah jika perlu</p> <p>c. Kalaborasi pemberian pelunak tinja jika perlu</p> |
| 6. | Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien selama ..x24jam diharapkan perfusi perifer meningkat (L.02011) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Denyut nadi perifer meningkat 2) Warna kulitpuat 3) Edema perifer meningkat 4) Pengisian kapiler membaik 5) Akral membaik 6) Tekanan darah sistolik membaik | <p>Perawatan Sirkulasi (I.020079)</p> <p>Observasi</p> <p>a. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, anklebrachial index)</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 pada ekstremitas</p> |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>7) Tekanan darah diastolik membaik</p> | <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Hindari pemasangan infusatau 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 <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 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)27,28,29

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 terwujud²⁸.

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 baik²⁸.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Peneliti

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan berbentuk studi kasus yang memaparkan gambaran asuhan keperawatan, dimana rancangan penelitian meliputi pengkajian satu unit secara intensif. Penelitian deskriptif adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan untuk membuat gambaran tentang keadaan pasien secara objektif dengan pendekatan studi kasus²⁹. 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 2024.

B. Tempat Dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan diruangan IRNA Kebidanan dan Anak RSUP. Dr. M. Djamil Kota Padang. Waktu penelitian dimulai pada bulan Desember 2024 sampai mei 2025. Asuhan keperawatan akan dilakukan selama 5 hari.

C. Populasi Dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah seluruh subjek yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki populasi²⁹. Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien ibu 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 sebanyak 2 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 mewakilinya³⁰.

Sampel dalam penelitian ini merupakan 1 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

- 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.
- 3) Pasien dirawat yang baru 2 hari di ruangan HCU Rawat Gabung

b. Kriteria Ekslusii

- 1) Pasien rencana pindah ruangan dari kebidanan ke ruang rawatan umum.
- 2) Pasien post sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat yang mengalami penurunan kesadaran.

Pengambilan Sampel peneliti di ambil dari 1 orang dengan diagnosa post secti caesarea atas indikasi preeklamsi berat dimana sampel pada tanggal 17 Februari 2025 didapatkan 1 sampel masuk ke dalam kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.

D. Alat Atau Instrument 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. Intrumen 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 pasien³⁰.

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 diruangan³⁰.

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. Pengukuran adalah cara pengumpulan data penelitian dengan mengukur objek (Supardi & Rustika). Peneliti melakukan pemantauan kondisi pasien dengan metoda pengukuran menggunakan alat ukur pemeriksaan, seperti pengukuran tekanan darah, pengukuran lingkar 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.

2. Observasi

Observasi adalah cara pengumpulan data penelitian melalui pengamatan terhadap suatu objek atau proses, baik secara visual maupun alat 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).

3. 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

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Kasus

Penelitian ini telah dilaksanakan diruang rawat gabung kebidanan RSUP Dr.M. Djamil Padang yang berada di lantai dua tepatnya di Ruang HCU 1 dengan melibatkan satu orang partisipasi yaitu Ny.P berumur 38 tahun yang diagnosa medik Post SC atas indikasi PEB yang merupakan rujukan dari RSUD Pasaman Barat, pasien dirujuk dari RSUD pasaman barat dengan kehamilan gravid 32-33 minggu. Pasien masuk ke RSUP Dr. M. Djamil Padang tanggal 14 Februari 2025 pukul 02.20 WIB dengan keluhan nyeri di ulu hati, kepala terasa sakit dan pusing, badan terasa lemah dengan tekanan darah 220/184 mmHg. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 17 Februari 2025 pada pukul 09.30 WIB. klien dirawat di ruang HCU 1 rawat gabung kebidanan, pasien mengeluh kepala terasa sakit, pusing, badan terasa lemah tekanan darah masih tinggi yaitu 187/110 mmHg.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pada tanggal 17 Februari 2025 pukul 09.30 WIB, Ny. P dirawat diruang HCU 1 kebidanan dengan G₃P₃A₀H₃ nifas hari ketiga. Ny. P 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 setiap pasien melakukan pergerakan, pasien juga mengatakan sulit tidur atau beristirahat. Pasien juga mengeluh badannya terasa lemah kepala pasien terasa sakit dan pusing, badan terasa mendingin, pasien mengeluh kaki dan tangannya bengkak. Pasien juga mengatakan cemas dengan kondisi dirinya serta kondisi anaknya yang dirawat terpisah.

Riwayat kehamilan sebelumnya Ny. P mengatakan menderita hipertensi pada kehamilan sebelumnya. Ny. P juga mengatakan ada anggota keluarganya yang menderita hipertensi, yaitu ayahnya. Status kehamilan Ny. P yang sekarang adalah G3P3A0H3. Keluhan selama kehamilan adalah Ny. P mengatakan sering merasa sakit kepala dan pusing, tekanan darah tinggi, badan terasa lemah dan juga letih.

Ny.P 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 kadang nyeri kadang tidak, keluhan lain tidak ada. HPHT Ny.P yaitu pada tanggal 5 Juli 2024 pernikahan pertamanya dan usia pernikahannya yaitu 17 tahun.

Status kehamilan Ny.P yang sekarang adalah G3P3AOH3 nifas hari ketiga. Keluhan selama kehamilan adalah Ny.P 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 vakum SC dan anak kedua SC atas indikasi PEB dilahirkan dirumah sakit RSUD pasaman dan kondisi anak saat ini baik dan sehat.

Riwayat persalinan sekarang pasien melahirkan pada tanggal 14 Februari 2025 pada pukul 03.50 WIB di RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan tindakan operasi section caesarea dan di tolong oleh dokter. Anak Ny.P melahirkan diusia 32-33 minggu, bayi berjenis kelamin laki-laki dengan berat 1100 gram dan panjang 35 cm. Keadaan anak sekarang berat bayi lahir rendah (BBLR) dirawat diruang di NICU Mdjamil Padang. Ny. P mengatakan cemas dengan keadaanya karena badannya terasa lemah dan juga tekanan darah 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. P mengatakan bahwa pasien beragama islam dan saat sehat pasien ada melaksanakan sholat 5 waktu dan sesekali membaca al quran, pasien mengatakan saat merasa takut dan cemas pasien mencoba berdzkir. Pasien meyakini yang terjadi pada dirinya saat ini adalah ujian baginya.

Ny. P mengatakan saat ini masih lemah, namun masih bisa sendiri seperti makan dan minum, namun terkadang ada beberapa aktivitas masih dibantu oleh perawat. Untuk aktivitas mandi dan lainnya dibantu perawat dan keluarganya, Ny. P mengatakan makan dan minum dengan teratur, saat sakit pasien makannya berupa nasi beserta lauk dan sayur diselengi dengan buah buahan berupa pisang dan papaya. Selama sakit pasien minum sebanyak kurang lebih 2000 cc dalam sehari, Ny. P mengatakan selama sakit sulit untuk beristirahat dan tidur karena luka bekas operasi masih terasa nyeri.

Pemeriksaan fisik pada Ny.P didapatkan bahwa keadaan umum lemah dengan kesadaran compos mentis, tekanan darah 189/110 mmHg, nadi 83x/menit, suhu 37,6 C, pernapasan 23x/menit, tinggi badan 165 cm dan berat badan 75 kg. pada pemeriksaan kepala yaitu kepala simetris, tidak ada 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 konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, reflek cahaya postif kiri dan kanan, pandangan pasien normal dan sedikit kabur. Hidung simetris kiri dan kanan tampak bersih, pernapasan 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 pemebesaran kelenjer getah bening dan kelenjer tiroid dan tidak ada lesi.

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 dan 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.

Pemeriksaan pada mamae, bentuk mamae simetris kiri dan kanan, areola mamae hiperpigmentasi atau menghitam, papila mamae 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 terdegar bising usus 10x/menit.

Pemeriksaan ekstermitas atas Ny.P terpasang IVFD RL 20 tetes/I dengan drip nicardipine 2 amp dalam 50cc Nacl di tangan sebelah kiri, tangan sebelah kiri, tangan klien teraba dingin dan tampak pucat CRT >2 detik, tampak edema pada tangan pasien. Pada ekstermitas bawah kedua telapak kaki pasien teraba dingin dan pucat, CRT >2 detik, tampak edema pada kedua kaki pasien.

Data pemeriksaan laboratorium pada tanggal 17 Februari 2025 didapatkan hasil pemeriksaan hamoglobin 7,3g/dl (normal 12-14 g/dl), leukosit 26,76 $10^3/\text{mm}^3$ (normal 5-10 $10^3/\text{mm}^3$), hematokrit 22% (normal

37-43%), trombosit $119\ 10^3/\text{mm}^3$ (nilai normal $150\text{-}400\ 10^3/\text{mm}^3$). **Data pemeriksaan laboratorium pada tanggal 18 Februari 2025** didapatkan hasil hemoglobin $9,3\ \text{g/dl}$ (nilai normal $12\text{-}14\ \text{g/dl}$), leukosit $18,33\ 10^3/\text{mm}^3$ (nilai normal $5\text{-}10\ 10^3/\text{mm}^3$), hematokrit 28% (nilai normal $37\text{-}43\%$), trombosit $136\ 10^3/\text{mm}^3$ (nilai normal $150\text{-}400\ 10^3/\text{mm}^3$), albumin $2,7\ \text{g/dl}$ (nilai normal $(3,8\text{-}50\ \text{g/dl})$, natrium $137\ \text{mmol/L}$ (nilai normal $136\text{-}145\ \text{mmol/L}$, Kalium $4,4\ \text{mmol/L}$ (nilai normal $3,4\text{-}4,5\ \text{mmol/L}$), Klorida $111\ \text{mmol/L}$ (nilai normal $97\text{-}111\ \text{mmol/L}$), Kalsium $9,1\ \text{mg/dl}$ (nilai normal $8,5\text{-}10,4\ \text{mg/dl}$), APTT $28,6$ detik, PT $8,6$ detik. **Data pemeriksaan laboratorium pada tanggal 19 Februari 2025** didapatkan hasil hemoglobin $11,4\ \text{g/dl}$ (nilai normal $12\text{-}14\ \text{g/dl}$), leukosit $17,61\ 10^3/\text{mm}^3$ (nilai normal $50\text{-}100/\text{mm}^3$), hematokrit 34% (nilai normal $37\text{-}43\%$), trombosit $160\ 10^3/\text{mm}^3$ (nilai normal $150\text{-}400\ 10^3/\text{mm}^3$), albumin $3,1\ \text{g/dl}$ (nilai normal $(3,8\text{-}50\ \text{g/dl})$.

Program terapi dokter yang diberikan yaitu metildopa $3\times500\ \text{mg}$, paracetamol $3\times500\ \text{mg}$, vitamin C $3\times50\ \text{mg}$, vitamin K $3\times10\ \text{mg}$, cefriaxone $2\times1\ \text{gr}$, sf 2×1 tablet, IVFD RL drip nicardipine $2\ \text{amp}$ dalam $50\ \text{cc NaCl}$. Dexsametaxon amp $2\times6\ \text{mg}$, transamin $3\times500\ \text{mg}$, Tranfusi PRC 3 unit, transfusi albumin $20\%\ 1\ \text{unit}$

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data pengkajian dan observasi yang dilakukan peneliti terhadap Ny.P ditemukan beberapa masalah keperawatan yang muncul yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung(payudara bengkak).

Setelah dilakukan analisa data dari hasil pengkajian tersebut didapatkan masalah keperawatan pada Ny. P yaitu masalah keperawatan pertama yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi ditandai dengan data subjektif yaitu Ny.P mengatakan kepalanya terasa sakit dan pusing. Adapun data objektifnya yaitu tekanan darah 187/110 mmHg, MAP 135, nadi 83x/menit, wajah tampak pucat, mukosa bibir tampak lembab dan pucat.

Diagnosis keperawatan kedua yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan data subjektifnya yaitu Ny.P mengatakan badannya terasa lemah. Adapun data objektifnya yaitu akral teraba dingin, wajah pasien tampak pucat, mukosa bibir tampak kering dan pucat, terdapat edema pada ekstremitas, tekanan darah 187/110 mmHg, nadi 83x/menit, suhu, 37,5°C, albumin 2,7 g/dl, saat melakukan pengkajian data laboratorium pada hari Senin, 17 Februari 2025 didapatkan data Hb 7,3 g/dl.

Diagnosis keperawatan yang ketiga adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan data subjektifnya yaitu Ny. P 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. P tampak meringis dan gelisah, Ny. P menunjukkan lokasi nyeri di perut bagian bawah, tampak ada luka operasi tertutupi perban pada bagian perut bawah dengan ukuran \pm 15 cm, Ny. P mengalami sulit tidur karena nyeri terasa, tekanan darah meningkat 187/110 mmHg, pernafasan 23x/menit, nadi 83x/menit.

Diagnosis keperawatan yang keempat untuk anak Ny.P adalah menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung ditandai dengan

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

3. Rencana Keperawatan

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

Perencanaan keperawatan yang dibuat untuk diagnosis keperawatan yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi untuk 3x24 jam perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil, sakit kepala menurun, gelisah menurun, kecemasan menurun, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik. Intervensi keperawatan yaitu pemantauan tekanan intrakranial 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 perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin selama 3x24 jam dengan tujuan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil denyut nadi perifer meningkat, 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 ektremitas 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 memperringan 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 tidak rawat gabung 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 post partum (memerah ASI, pijat oksitosin).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan untuk Ny. P dilakukan selama 5 hari. Implementasi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat. Berikut adalah implementasi keperawatan yang dilakukan oleh Ny.P.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Ny. P dengan masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi dari tanggal 17-21 Februari 2025 adalah pemantauan tekanan intrakranial dengan tindakan keperawatan yaitu memonitor tekanan darah sekali 3 jam, frekuensi nadi, pernafasan, suhu tubuh dilakukan setiap harinya, monitor penurunan tingkat kesadaran, monitor kadarCO₂ dan pertahanan dalam rentang yang di indikasikan, atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien, mendokumentasikan hasil pemantauan dan memberikan metildopa untuk menurunkan tekanan darah.

Implementasi yang dilakukan pada Ny. P dengan masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dari tanggal 17-21 Februari 2025 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 dianjutkan pemberian 1 kolf darah lagi pada sore harinya oleh perawat diruanga. 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. P dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dari tanggal 17-21 Februari 2025 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 gram memonitor tekanan darah setiap harinya.

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk masalah menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung 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 (lancht on) dengan benar, mengajarkan cara memerah ASI, dan pijat oksitosin.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari selama 5 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada Ny. P pada diagnosis keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi didapatkan masalah sudah teratasi pada kunjungan kelima yaitu pada tanggal 21 Februari 2025. Evaluasi subjektif pada kunjungan kelima yaitu Ny. P mengatakan sakit kepala dan pusingnya sudah menurun dan evaluasi objektif pada tekanan darah pada hari pertama 187/110 mmHg, nadi 83x/menit, pernafasan 23x/menit, SpO2: 98%, kemudian dihari kedua mengalami penurunan dengan tekanan darah

170/95 mmHg, nadi 94x/menit, pernafasan 22x/menit SpO2:98%, pada hari ketiga mengalami penurunan kembali dengan tekanan darah 160/93 mmHg, nadi 81x/menit, pernafasan 20x/menit SpO2 98%, namun belum memasuki angka normal, pada hari ke empat tekanan darah 145/80, nadi 76x/menit, pernafasan 20x/menit, SpO2 98%, pada hari kelima yaitu tekanan darah 133/80 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 18x/menit, SpO2 98%, peneliti menyimpulkan bahwa tekanan darah di hari kelima sudah jauh mengalami penurunan dibandingkan hari pertama. Infus sudah tidak terpasang dan Ny.P sudah diizinkan pulang.

Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari selama 5 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada Ny. P pada diagnosis keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin didapatkan masalah sudah mulai teratasi pada hari kelima yaitu pada tanggal 21 Februari 2025. Hasil evaluasi subjektif yang didapatkan adalah Ny. P 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. P sudah tidak tampak gelisah, tekanan darah sudah mulai membaik yaitu 133/80 mmHg, pernafasan 18x/menit, nadi 80x/menit, CRT < 3 detik, suhu tubuh 36,5°C, akral teraba hangat, konjungtiva tidak anemis, hasil pemeriksaan hemoglobin 11,4 g/dl, dan nilai albumin 3,1 g/dl, perfusi sudah membaik dan Ny.P sudah diizinkan pulang.

Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari selama 5 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada Ny. P pada diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencegah fisik (prosedur operasi) didapatkan masalah sudah mulai teratasi pada hari kelima yaitu pada tanggal 21 Februari 2025. Evaluasi subjektif yang didapatkan adalah Ny. P 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. P sudah diizinkan pulang.

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan implementasi pada Ny. P dengan diagnosa keperawatan menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung didapatkan masalah sudah mulai teratasi, Ny. P mengatakan cemasnya sudah mulai berkurang, ASI nya sudah mulai lancar dan banyak namun masih belum bisa menyusui bayinya secara langsung karena bayinya masih dirawat diruangan NICU.

B. Pembahasan Kasus

Setelah melaksanakan pendampingan asuhan keperawatan pada Ny. P dengan Post Sectio Caesarea atas Indikasi Preeklampsia Berat diruangan Kebidanan lantai 2 RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 17-21 Februari 2025, 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

Hasil pengkajian didapatkan bahwa Ny.P diketahui menderita hipertensi pada kehamilan sebelumnya, Ny.P juga mengatakan ayahnya juga menderita hipertensi. Ny. P berusia 38 tahun dengan diagnosis post SC atas indikasi PEB. Sebelumnya tekanan darah pasien 220/184 mmHg, saat peneliti melakukan pengkajian tekanan darah Ny.P 187/110 mmHg. Namun Ny. P tidak memiliki riwayat penyakit keturunan lainnya.

berdasarkan riwayat faktor risiko penyakit, dapat dilihat bahwa salah satu anggota keluarga bisa mempunyai penyakit hipertensi dari anggota

keluarga sebelumnya dapat menunjukkan bahwa hipertensi merupakan penyakit keturunan, tidak hanya hipertensi penyakit lainnya seperti penyakit diabetes mellitus³¹. Menurut analisa peneliti, ada kesesuaian antara teori dan kasus yang ada dibuktikan dengan salah satu orang tua dari partisipan menderita hipertensi yaitu ayahnya. Sesuai dengan teori yang telah ada bahwa faktor resiko terjadinya hipertensi adalah bisa dari riwayat penyakit keturunan.

Preeklampsia juga dapat menyebabkan gangguan kehamilan dengan tekanan darah tinggi disertai kerusakan organ, yang dapat mengganggu aliran darah ke plasenta. Hal ini menyebabkan penurunan suplai oksigen dan nutrisi ke janin, sehingga janin berisiko mengalami hipoksia dan gangguan pertumbuhan (IUGR)³². Menurut analisa peneliti, ada kesesuaian antara teori dan kasus yaitu partisipan memiliki riwayat hipertensi sebelum kehamilan, dan kehamilan yang terjadi memperberat kondisi partisipan.

Partisipan mengatakan menikah saat usia 23 tahun, usia pernikahan partisipan saat ini sudah 17 tahun dan memiliki 3 orang anak pada anak pertama melahirkan dengan tindakan SC vakum dan anak kedua dan ketiga pasien dilahirkan secara SC atas indikasi PEB dalam persalinan preterm dengan usia kehamilan 32-33 minggu.

Hasil penelitian Luckyva, mengenai hubungan paritas dan preeklampsia 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 aterm³³.

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.P yaitu dengan persalinan preterm dengan usia kehamilan 32-33 minggu gravid G₃P₃A₀H₃. Paritas sangat mempengaruhi risiko terjadinya preeklampsia pada masa kehamilan, persalinan maupun nifas ibu.

Status kehamilan Ny. P yang sekarang adalah G₃P₃A₀H₃ nifas hari ketiga, keluhan selama kehamilan adalah Ny. P mengatakan sering merasa sakit kepala dan pusing, tekanan darah tinggi, badan terasa lemah dan juga lelah. Ny. P mengatakan saat ini masih lemah, namun masih bisa sendiri seperti makan dan minum, namun terkadang ada beberapa aktivitas masih dibantu oleh perawat diruangan. Ny.P mengatakan selama sakit sulit untuk beristirahat dan tidur, karena bekas luka operasi pasien masih terasa nyeri.

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 perawat³⁴.

Partisipan mengatakan keluhan utama yang dirasakan partisipan yaitu nyeri di ulu hati, kepala terasa sakit dan pusing, badan terasa lemah dengan tekanan darah 187/110 mmHg, nadi 83 kali per,menit, suhu 37,5°C, pernapasan 23 kali per menit. Pemeriksaan fisik pada partisipan didapatkan Pada pemeriksaan head to toe ditemukan wajah tampak pucat, kongjungtiva anemis, bibir sedikit pucat. ASI belum keluar, 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 atas dan bawah.

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 wajah³⁵. Menurut analisa peneliti, terdapat kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan pada partisipan, yaitu partisipan mengalami pembengkakan atau edema pada ekstremitas atas dan bawah.

Pada usia 30 – 35 tahun atau lebih akan terjadi perubahan pada jaringan dan alat reproduksi serta jalan lahir tidak lentur lagi. Pada usia tersebut cenderung didapatkan penyakit lain dalam tubuh ibu, salah satunya hipertensi, Usia ibu yang terlalu tua saat hamil mengakibatkan gangguan fungsi organ karena proses degenerasi. Proses degenerasi organ reproduksi akan berdampak langsung pada kondisi ibu saat menjalani proses kehamilan dan persalinan yang salah satunya adalah preeklampsia³⁶.

Menurut analisa peneliti ada kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan pada partisipan bahwasanya adanya hubungan faktor risiko usia partisipan dengan kejadian terjadinya preeklampsia pada ibu hamil yaitu dengan usia partisipan yang sudah 38 tahun membuktikan bahwa wanita dengan usia lebih dari 35 tahun sangat mudah mengalami terjadinya preeklampsia.

manifestasi klinis dari PEB lainnya yaitu sakit kepala terus menerus, nyeri ulu hati dan penglihatan kabur¹⁵. 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 menurun³⁷.

Menurut analisa peneliti juga terdapat ada kesesuaian teori 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.

Keluhan lainnya yang dirasakan partisipan yaitu Ny. P 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 PQRST³⁸. 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 meningkat³⁹.

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 Hb(O2). Kurangnya transportasi Hb(O2) tersebut membuat pasien menjadi sesak nafas.

Hasil data pemeriksaan laboratorium pada tanggal 17 Februari 2025 didapatkan hasil hemoglobin 7,3 g/dl, leukosit $26,76 \cdot 10^3/\text{mm}^3$, hematokrit 22%, albumin 2,7 g/dl, Klorida 111 mmol/L, APTT 28,6 detik, PT 8,6 detik. Terjadinya penurun 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. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan analisis data yang dilakukan pada kasus, diagnosis keperawatan yang muncul pada partisipan ada empat yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan kosentrasi haemoglobin, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung.

Diagnosa keperawatan yang pertama yaitu **risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi**. Data subjektif yaitu Ny. P mengatakan kepalanya terasa sakit dan pusing. Adapun data objektifnya yaitu tekanan darah 187/110 mmHg, nadi 83x/menit, wajah tampak

pucat,mukosa bibir tampak lembab dan pucat, Hb 7,3 g/dl, pemeriksaan laboratorium proteinuria +2.

Menurut teori 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 plasenta⁴⁰.

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. 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 menganggu fungsi ginjal dan berdampak terhadap peningkatan kadar urea dan kreatinin⁴¹.

Menurut analisa peneliti, terdapat kesesuaian teori dengan diagnosa kasus yang ditemukan yaitu partisipan mengatakan kepalanya terasa sakit dan pusing, tekanan darah meningkat yaitu 187/110 mmHg menunjukkan risiko terjadinya gangguan perfusi serebral disebabkan oleh hipertensi dalam kehamilan yang dialami oleh responden yang mengeluh kepalanya terasa sakit dan pusing.

Diagnosis keperawatan kedua yaitu **perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin** ditandai dengan data subjektifnya yaitu Ny. P mengatakan badannya terasa lemah. Adapun data objektifnya yaitu akral teraba dingin, wajah pasien tampak pucat, mukosa bibir tampak kering dan pucat, terdapat edema pada ekstremitas, tekanan darah 187/110 mmHg, nadi 83x/menit, suhu, 37,5°C, albumin 2,7g/dl, Hb 7,3 g/dl.

Hal ini sesuai dengan teori PPNI, 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 edema²⁷.

Menurut analisis peneliti, diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin bisa ditegakkan pada Ny. P karena sesuai dengan teori dan data subjektif dan objektif beserta data penunjang laboratorium. Data yang didapatkan dari Ny. P yaitu akral teraba dingin, CRT >2 detik, warna kulit pucat, adanya edema pada ekstremitas, dan nilai Hb rendah yaitu 7,3 g/dl.

Diagnosis keperawatan yang ketiga adalah **nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)** ditandai dengan data subjektifnya yaitu Ny. P 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. P tampak meringis dan gelisah, Ny. P menunjukkan lokasi nyeri, tampak ada luka operasi tertutupi perban pada bagian perut bawah dengan ukuran ± 15 cm, Ny. P mengalami

sulit tidur karena nyeri terasa, tekanan darah meningkat : 187/110 mmHg, pernafasan 23x/menit, nadi 83x/menit.

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 bulan⁴². 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. P adalah **menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung** ditandai dengan data subjektifnya yaitu Ny.P mengatakan tubuhnya terasa lemah/kelelahan, Ny. P mengatakan merasa cemas dengan kondisi bayinya, Ny. P mengeluh ASInya keluar hanya sedikit. Adapun data objektifnya yaitu ASI Ny.P hanya keluar sedikit tidak terlalu memancar, tidak tampak pembekakan pada payudara Ny. P, bayi Ny.P tidak menyusu secara langsung, karena bayi Ny. P dirawat terpisah dan ASI Ny. P dipompa kemudian diantar oleh keluarganya menggunakan kantong ASI.

Menyusui tidak efektif adalah sebuah kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui. 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 yang⁴³.

Menurut analisa peneliti, ada kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan pada partisipan, dimana adanya menyusui tidak efektif karna ASI yang tidak memencar 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

Pada tahap perencanaan ini, peneliti melakukan penerapan asuhan keperawatan pada partisipan sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan. Perencanaan keperawatan telah disusun dan sesuai dengan teori dalam buku standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) sebagai berikut.

Rencana asuhan keperawatan yang dibuat untuk diagnosis keperawatan yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi yaitu pemantauan tekanan intracranial 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 $\geq 150-160$ mmHg pada tekanan sistolnya dan $\geq 100-110$ 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 mmHg⁴⁴. 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 digunakan¹³.

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 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, 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.⁴⁵

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 atas dan bawah Ny. P.

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 norfarmakologis (relaksasi nafas dalam) untuk mengurangi nyeri, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri serta memfasilitasi istirahat dan tidur, tindakan kolaborasi pemberian analgetik.

Hasil penelitian Luckyva, 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 nyeri³³.

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 tidak rawat gabung yaitu edukasi menyusu, 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) 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 memosisikan bayi dengan benar meningkat, tetesan/pancaran ASI meningkat, suplai ASI adekuat meningkat, dan lecet pada puting menurun⁴⁵.

Menurut analisa peneliti, terdapat kesesuai antara teori dengan dengan diagnosa kasus menyusui tidak efektif yang ditemui pada Ny. P yaitu memberikan edukasi berupa konseling menyusui teknik perelakatan (lancht 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 dan dipilih sesuai dengan kondisi kesehatan partisipan saat itu. Implementasi keperawatan pada partisipan dilakukan pada tanggal 17-21 Februari 2025.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Ny. P dengan masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi dari tanggal 17-21 Februari 2025 adalah pemantauan tekanan intrakranial dengan tindakan keperawatan yaitu memonitor tekanan darah sekali 3 jam, memonitor frekuensi nadi, pernafasan, suhu tubuh, tindakan memberikan metildopa untuk menurunkan tekanan darah.

Preeklampsia berat merupakan kondisi preeklampsia dengan tekanan darah sistolik/tekanan darah diastolik $\geq 160 \geq 110$ mmHg dan proteinuria > 300 mg/24 jam atau dipstik $> (+1)$. Preeklampsia berat yang tidak terkontrol dapat berkembang menjadi penyakit kardiovaskuler seperti stroke, infark miokard, gagal ginjal. Pengobatan preeklampsia berat dapat dilakukan dengan pemberian antihipertensi. Implementasi yang dapat diberikan adalah mengkolaborasikan pemberian antihipertensi (metildopa 30 mg) yang diberikan melalui intravena⁴⁶.

Menurut analisa peneliti, terdapat kesesuaian antara teori dengan hasil yang diberikan kepada partisipan, 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 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, memberikan 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. Menurut Siregar & Yusuf, Pemberian tablet Fe merupakan salah satu upaya penting dalam mencegah dan menanggulangi anemia, khususnya anemia kekurangan besi⁴⁷.

Menurut analisis peneliti, terdapat kesesuaian antara teori dengan implementasi kasus yang sudah dilakukan pada Ny. P 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 memperingat 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 sift .

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 nyeri⁴⁸.

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 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 (lancht on) dengan benar, mengajarkan perawatan payudara postpartum.

Di dukung oleh penelitian menyatakan 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 ASI⁴⁹.

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 17 Februari 2025 sampai dengan tanggal 21 Februari 2025. Metode penelitian Subjekif, 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 21 Februari 2025. Hasil evaluasi subjektif pada kunjungan kelima yaitu Ny. P 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. P sudah diizinkan pulang.

Menurut Putri Novita Surya, peningkatan tekanan darah dapat disebabkan oleh penyempitan atau kekakuan pembuluh darah, yang menyebabkan jantung bekerja lebih keras untuk memompa darah. Gejala umum yang dialami oleh penderita hipertensi antara lain sakit kepala, rasa lelah, pusing, sesak napas, mual, muntah, kegelisahan, penurunan kesadaran, serta kelemahan tubuh. Hipertensi dikategorikan ketika tekanan darah sistolik melebihi 140 mmHg dan tekanan diastolik melebihi 90 mmHg⁵⁰.

Menurut analisa peneliti bahwa hipertensi yang tidak terkontrol dapat mengganggu aliran darah ke otak, memicu gejala seperti pusing, sakit kepala, hingga penurunan kesadaran. Diagnosis risiko perfusi serebral tidak efektif 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. P pada diagnosis keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin didapatkan masalah sudah mulai teratasi pada hari kelima yaitu pada tanggal 21 Februari 2025. Hasil evaluasi subjektif yang didapatkan adalah Ny. P 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 12 g/dl, nilai albumin 3,1 g/dl.

Menurut Ahlia, Perfusi perifer tidak efektif dapat terjadi akibat vasospasme, disfungsi endotel, hipovolemia, serta penurunan curah jantung pascaoperasi. Kondisi ini menyebabkan aliran darah ke jaringan perifer menurun, sehingga suplai oksigen terganggu. Penurunan kadar hemoglobin akibat perdarahan atau hemodilusi semakin memperburuk kondisi karena mengurangi kapasitas darah dalam mengangkut oksigen. Akibatnya, jaringan perifer mengalami hipoksia, yang ditandai dengan kulit pucat, dingin, dan nadi perifer melemah. Kombinasi perfusi yang buruk dan kadar Hb rendah meningkatkan resiko komplikasi serius seperti syok dan gangguan fungsi organ⁵¹.

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 7,3 g/dl nilai Hb setelah diberikan 3 kantong darah meningkat menjadi 12 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 21 Februari 2025. Evaluasi subjektif yang didapatkan adalah Ny. P 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. P sudah diizinkan pulang.

Menurut Nurpadila, indikasi preeklampsia berat (PEB) rentan mengalami nyeri akut akibat trauma jaringan dari operasi dan respon inflamasi yang dipicu. Kondisi PEB yang melibatkan hipertensi dan gangguan perfusi mikrovascular memperburuk inflamasi dan memperlambat penyembuhan luka, sehingga meningkatkan intensitas nyeri. Disfungsi endotel dan edema jaringan juga berkontribusi terhadap nyeri yang dialami. Faktor psikologis seperti stres dan kecemasan turut mempengaruhi persepsi nyeri. Oleh karena itu, penanganan nyeri pada ibu post SC dengan PEB harus mengintegrasikan aspek fisiologis dan psiko sosial untuk mendukung pemulihan optimal⁵².

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.P dengan diagnosis keperawatan menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung didapatkan masalah sudah mulai teratasi, Ny. P mengatakan cemasnya sudah mulai berkurang, ASInya sudah mulai lancar dan banyak namun masih belum bisa menyusui bayinya secara langsung karena bayinya masih dirawat diruangan NICU Mdjamil Padang.

Menurut hasil penelitian Kurniawaty, menyusui yang disertai dengan penerapan teknik pijat oksitosin dapat membantu ibu merasa lebih rileks dan nyaman, sehingga berkontribusi terhadap kelancaran produksi ASI. Dengan demikian, intervensi ini terbukti efektif dalam membantu mengatasi ketidakefektifan menyusui terutama pada ibu post section caesarea⁵³.

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

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 Ny. P berumur 38 tahun dengan post SC hari ketiga 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 sulit tidur. 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 7 tahun. Tekanan darah 187/110 mmHg, Wajah tampak pucat, tidak tampak edema pada wajah, kongjungtiva anemis, pandangan pasien normal dan tidak kabur.

Saat dilakukan pemeriksaan pada abdomen saat dilakukan inspeksi tampak adanya stira, tampak adanya luka bekas operasi dibawah umbilikus, posisi luka operasi sesar melintang, luka tampak tertutup, ukuran luka kurang lebih 15 cm, tinggi fundus uteri yaitu sejajar pusat. kontraksi uterus pasien normal/ada dan teraba keras, hamoglobin 7,3g/ leukosit 26,76 $10^3/\text{mm}^3$ hematokrit 22% , trombosit 119 $10^3/\text{mm}^3$, albumin 2,7 g/dl.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan muncul pada pasien yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, nyeri akut

berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung.

3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan untuk diagnosis perfusi serebral tidak efektif yaitu pemantauan tekanan intracranial, 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, 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 preeeklampsia 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 preeklampsia berat 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

1. Kemenkes. Preeklamsia. 2023; Available from: https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2745/mengenal-preeklampsia
2. Sari DY, Humaeroh D, Bhakti P, Purwakarta A. Hubungan Karakteristik Ibu Bersalin Dengan Preeklampsia Berat. 2021;
3. Song MA, Rahmat A. Preeklamsia Berat (Peb). J Kesehat Masy. 2024;
4. World Health Organization(WHO),2020 I and young child feeding. Karakteristik Ibu Hamil Dengan Preeklampsia. 2023;
5. WHO. world health organization. severe preclampsia. 2022; Available from: <https://www.who.int/es/home/search-results?indexCatalogue=genericsearchindex1&searchQuery=preeklampsia&wordsMode=AnyWord>
6. Kemenkes. Profil Kesehatan Indonesia. 2021;
7. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatra Barat. Sumatera Barat Dalam Angka. Barat, Sumatera Angka,. 2024;54.
8. RSUP DR.M DJAMIL. Data Rekam Medik Post Sectio Caesarea Atas Indikasi PEB. 2023.
9. Daryanti MS, Yogyakarta UA. Karakteristik Ibu Hamil dengan Preeklampsia. 2020;
10. Ana Ratnawati. Asuhan Keperawatan Maternitas. 2021;
11. Amalia M, Harfiani E, Chairani A. Renal Function Disturbance in Severe Preeclamptic Women with Dyslipidemia at RSUD Class B. 2020;
12. Malahayati PJ, Malahayati U. Pengaruh Penggunaan MgSO4 Sebagai Terapi Pencegahan Kejang Pada Preeklampsia. 2020;7:393–400.
13. Nomor V. Peran Magnesium Sulfat dalam Penatalaksanaan Preeklampsia. J Penelit Perawat Prof. 2019;3(1):9–20.
14. Apriyana N. Gambaran paritis tentang pemanfaatan buku kia pada ibu hamil. 2024;6(2):322–8.
15. Reeder J, Sharon, Martin L, Leonida GKD. Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi & Keluarga. Jakarta; 2014.
16. Arda D, Hartaty H. Penerapan Asuhan Keperawatan Post Op Section Caesarea dalam Indikasi Preeklampsia Berat. J Ilm Kesehat Sandi Husada. 2021;10(2):447–51.
17. Dwi A, Jamon S. Asuhan Keperawatan Ibu Nifas Pada Ny F Post Sectio

- Caesarea Di Ruang Teratai Rsud Batara Siang Pangkep. Public Heal Med J. 2024;86–92.
18. Pratiwi Arantika F. Patologi Kehamilan. 2022.
 19. Merida Yunri. Buku Ajar Asuhan Persalinan Kegawatdaruratan Kala 1 [Internet]. Jakarta; 2023. Available from: https://books.google.co.id/books/about/Buku_Ajar_Asuhan_Persalinan_Kegawatdarur.html?hl=id&id=PcXAEAAAQBAJ&redir_esc=y
 20. Vaulinne B. Likopen Obat Masa Penurunan Resiko Preeklamsia [Internet]. Bandung; 2023. Available from: https://www.google.co.id/books/edition/LIKOPEN_OBAT_MASA_DEPAN_PENURUN_RISIKO_P/IGbXEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=etiologi+preeklamsia&pg=PR4&printsec=frontcover
 21. Ratnawati Ana. Asuhan Keperawatan Maternitas. Yogyakarta; 2020.
 22. Padila. Asuhan Keperawatan Maternitas II. 2015.
 23. Padila. Asuhan Keperawatan Maternitas II. Yogyakarta; 2015.
 24. Sugito Anggoro. Aromaterapi Dan Akupresur Pada Sectio Caesarea [Internet]. Jawa Tengah; 2023. Available from: https://www.google.co.id/books/edition/Aromaterapi_dan_Akupresur_pada_Sectio_Ca/la69EAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=definisi+sectio+caesarea&pg=PA6&printsec=frontcover
 25. Ayu Niwang. Patologi Dan Patofisiologi Kebidanan. Nuha Medika; 2016.
 26. Putri Yesi. Buku Ajar Fisiologi Kehamilan Persalinan Nifas, dan Bayi Baru Lahir [Internet]. Jawa Tengah; 2022. Available from: https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Ajar_Fisiologi_Kehamilan_Persalinan/inGfEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=inauthor:+Syami+Yuliani&pg=PP1&printsec=frontcover
 27. PPNI. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia SDKI Edisi 1. DPP PNI. 2017.
 28. Damanik rani kawati. Pengembangan Desain system informasi manajemen keperawatan. 2020; Available from: https://www.google.co.id/books/edition/PENGEMBANGAN_DESAIN_SYSTEM_INFORMASI_MAN/u7sPEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=buku+damanik+pengembangan+desain+sistem+informasi+manajemen+keperawatan&pg=PA93&printsec=frontcover
 29. Nursalam. Medologi Penelitian Ilmu Keperawatan. 2020.
 30. Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif. 2020.
 31. Efendi Y, Nina N, Arum AC, Ulina D, Zaki FL, Mustafa MP, et al. Analisis Faktor Risiko Penyebab Kejadian Hipertensi. J Interprofesi Kesehat

- Indones. 2023;2(2).
32. Haslan H, Trisutrisno I. Dampak Kejadian Preeklamsia dalam Kehamilan Terhadap Pertumbuhan Janin Intrauterine. J Ilm Kesehat Sandi Husada. 2022;11:445–54.
 33. Luckyva T, Ardhia D, Fitri A, Banda Aceh K, Keilmuan Keperawatan Maternitas B, Keperawatan Universitas Syiah Kuala Banda Aceh F. Asuhan Keperawatan Ibu Post Partum Sectio Caesarea Dengan BSC: Suatu Studi Kasus. 2022;6(1):103–9.
 34. Maryunani A. Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal [Internet]. Trans Info Media; 2013. Available from: https://www.google.co.id/books/edition/Asuhan_Kegawatdaruratan_Maternal_Neonata/b37-EAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=buku+maryunani+2013+asuhan+kegawatdaruratan+maternal+dan+neonatal&pg=PA154&printsec=frontcover
 35. ACOG. Preeclampsia and high Blood Pressure During Pregnancy [Internet]. 2016. Available from: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/preeclampsia-and-high-blood-pressure-during-pregnancy>
 36. Hutabarat RA, Suparman E, Wagey F. Karakteristik Preeklampsia. 2020;
 37. Dini Kurniawati, Adilah Mia Azubah, Eka Afidi Septiyono, Iis Rahmawati, Lantin Sulistyorini. Tanda dan Gejala pada Kehamilan dengan Preeklampsia. Semin Nas Kebidanan Unimus. 2023;
 38. Gauchan S. Pain Assessment in Emergency Department. J Karnali Acad Heal Sci. 2019;
 39. Muzalfah R, Santik YDP, Wahyuningsih AS. Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Bersalin. HIGEIA J Public Heal Res Dev. 2018;
 40. Prawirohardjo Sarwono. Ilmu Kebidanan Edisi Keempat. 2013.
 41. Djamil RM, Fadhila I, Herman RB. Hubungan Antara Tekanan Darah Dan Fungsi Ginjal. 2018;7(1):59–64.
 42. Rukiah AY dkk. Asuhan Kebidanan 4 Patologi Kebidanan. Jakarta Timur: CV Trans Info Media; 2013.
 43. Dewi VN. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas. Jakarta: Salemba Medika; 2014.
 44. Guidelines QC. Hypertension and pregnancy clinical guideline education. Queensland Health. 2021;
 45. Tim Pokja SIKI DPP PPNI. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. DPP PPNI. 2018.
 46. Nurmainah N, Hadad FM, Andrie M. Profil Proteinuria dan Tekanan Darah pada Pasien Preeklampsia Berat yang menggunakan Antihipertensi.

- Indones J Clin Pharm. 2021;10(2):79.
47. Siregar N, Yusuf SF. Edukasi Pentingnya Kepatuhan Mengkonsumsi Tablet Fe Pada Ibu Hamil. EjournalStikes darmais padang sidimpuan AcId [Internet]. 2022;2020-2. Available from: <https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/>
 48. Rahayu B. Hubungan Kehamilan Ganda dengan Kejadian Preeklampsia. Oksitosin J Ilm Kebidanan. 2023;10(2):98–103.
 49. Vijayanti, N., Isro' in, L & Munawaroh S perpu. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum Dengan Masalah Keperawatan Menyusui Tidak efektif. Braz Dent J. 2022;33(1):1–12.
 50. Putri NS, Firmanti TA, Agustina AD, W AP. Penerapan Slow Breathing Pada Asuhan Keperawatan Pasien Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif. J Keperawatan Muhammadiyah Alamat [Internet]. 2023;8(3):84–8. Available from: <http://eprints.stikesbanyuwangi.ac.id/id/eprint/202/>http://eprints.stikesbanyuwangi.ac.id/id/eprint/202/2/BAB 1-3.pdf
 51. Ahlia. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Post-Partum Sectio Caesarea dan Pre eklampsia Berat (PEB). 2023;2.
 52. Nurpadila Mia, Noviyanti L. Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea atas Indikasi Preeklampsia dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut. 2023;
 53. Kurniawaty, Sunarmi WRE. Penerapan Pijat Oksitosin Pada Ibu Post Sectio Caesarea Dengan Masalah Menyusui Tidak Efektif. 2023;3:43–7.

LAMPIRAN

JADWAL PENGOLAHAN
ASITAN KUTUBANTAU DAN PASTRY POREXION CAVIAR & ATAS DENGAN
FRUIT JAM/FRUIT JELAT DAN KUE KERING DAN KUE KERENCI DAN KUE KELUAR
DI DILAKUKAN DI BANDAR LAMPUNG

| NO | KODIMENTAR | WAKTU | | | | | | | | | | | |
|-----|----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 10.00-11.00 | 11.00-12.00 | 12.00-13.00 | 13.00-14.00 | 14.00-15.00 | 15.00-16.00 | 16.00-17.00 | 17.00-18.00 | 18.00-19.00 | 19.00-20.00 | 20.00-21.00 | 21.00-22.00 |
| 1. | Pengolahan dan Gulungan | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Pembilangan | | | | | | | | | | | | |
| 3. | 2 Kali pengulangan | | | | | | | | | | | | |
| 4. | Kemas pengulangan | | | | | | | | | | | | |
| 5. | Pembilangan | | | | | | | | | | | | |
| 6. | Pembilangan | | | | | | | | | | | | |
| 7. | 2 Kali pengulangan | | | | | | | | | | | | |
| 8. | Kemas KUE | | | | | | | | | | | | |
| 9. | 2 Kali pengulangan | | | | | | | | | | | | |
| 10. | Kemas KUE | | | | | | | | | | | | |
| 11. | Pengolahan | | | | | | | | | | | | |
| 12. | Pembilangan | | | | | | | | | | | | |

Pembilangan Gulungan

Ma. Huda Binti Haji Abdul Kader
1204100100000001

Pembilangan Pengulangan

Zu Zulfa Azura Binti Mohd Koy
1204100100000002

Makulah

Jasmin Azahira Md Ali
1204100100000003

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS SIAWAT
PROSES KONSEP KARAKTERISASI DAN KONSEP KONSEP KARAKTERISASI
SEMINAR POLITEKNIK PADING

Nama : Tulus Syahputra
Nim : 2021.06112
Pembimbing : N. Syahidah, M.M., M.Si
Judul : Analisis Kognitif pada Karakteristik Sosial
 Analisis Kognitif pada Karakteristik Sosial
 Analisis Kognitif pada Karakteristik Sosial
 Analisis Kognitif pada Karakteristik Sosial

| No | Tanggal | Kegiatan Akademik Pada Masa | Tulis |
|----|------------------|--|-------|
| 1 | 13 Januari 2024 | a. Konsolidasi b. Konsolidasi c. Analisis karakteristik d. Analisis karakteristik e. Analisis karakteristik f. Analisis karakteristik g. Analisis karakteristik h. Analisis karakteristik | ✓ |
| 2 | 20 Januari 2024 | a. Konsolidasi b. Konsolidasi c. Analisis karakteristik d. Analisis karakteristik e. Analisis karakteristik f. Analisis karakteristik g. Analisis karakteristik | ✓ |
| 3 | 26 Januari 2024 | a. Konsolidasi b. Konsolidasi | ✓ |
| 4 | 02 Februari 2024 | a. Konsolidasi b. Konsolidasi | ✓ |
| 5 | 13 Februari 2024 | a. Konsolidasi b. Konsolidasi | ✓ |
| 6 | 19 Februari 2024 | a. Konsolidasi b. Konsolidasi | ✓ |
| 7 | 26 Februari 2024 | a. Konsolidasi b. Konsolidasi | ✓ |
| 8 | 05 Maret 2024 | a. Konsolidasi b. Konsolidasi c. Analisis karakteristik | ✓ |
| 9 | 12 Maret 2024 | a. Konsolidasi b. Konsolidasi | ✓ |

| | | | |
|----|-------------|--|---|
| 8 | 22 nov 2009 | 4. <i>Leptothrix sp. sp. sp.</i> 5. <i>Leptothrix sp. sp. sp.</i> | ✓ |
| 11 | 27 nov 2009 | 3. <i>Leptothrix sp. sp. sp.</i> 4. <i>Leptothrix sp. sp. sp.</i> 5. <i>Leptothrix sp. sp. sp.</i> 6. <i>Leptothrix sp. sp. sp.</i> | ✓ |
| 12 | 28 nov 2009 | 3. <i>Leptothrix sp. sp. sp.</i> 4. <i>Leptothrix sp. sp. sp.</i> | ✓ |
| 13 | 28 nov 2009 | 3. <i>Leptothrix sp. sp. sp.</i> 4. <i>Leptothrix sp. sp. sp.</i> | ✓ |

Naar:
Dr. Ir. D.J.R. Kappeler, Ph.D.



LAMBAR KONSULTASI KARYA TULIS SEDARAH
PRODI DILIHES SARANTAS PADANG-SUERAH KOPERATIFAH
UNIVERSITAS POLTEKNEK PADANG

Nama : Tia mulyati, S.Pd.I
 NIM : 221110013
 Pendidikan : S2, D3, Sarjana Maxxstep M. Sc.
 Jurusan : Sistem Koperasi dan Perbankan, Pendidikan dan Pengembangan
 Nama Instansi : Pendidikan dan Pengembangan
 Nama Diklat : Pengembangan Kader Diklat dan Pengembangan
 Nama Diklat : Pengembangan Kader Diklat dan Pengembangan

| No. | Tanggal | Kegiatan dan Keterwujudannya | Tanda |
|-----|-----------------|--|-------|
| 1. | 16 Oktober 2014 | a. Konsultasi pokok b. AFT pokok c. Analisis pokok dan SAWI | ✓ |
| 2. | 02 Januari 2015 | a. Diskusi pokok b. Konsultasi pokok pokok pokok c. Konsultasi d. Pembelahan pokok e. Pembelahan pokok | ✓ |
| 3. | 03 Januari 2015 | a. Konsultasi pokok b. Makan bersama | ✓ |
| 4. | 04 Januari 2015 | a. Konsultasi b. Tantangan dan pengembangan | ✓ |
| 5. | 05 Januari 2015 | a. Pendidikan b. Organisasi pokok | ✓ |
| 6. | 06 Januari 2015 | a. Diskusi pokok b. Diskusi pokok | ✓ |
| 7. | 07 Januari 2015 | a. Diskusi pokok b. Diskusi pokok c. Analisis pokok | ✓ |
| 8. | 10 Maret 2015 | a. Konsultasi pokok b. Konsultasi pokok | ✓ |

| | | | |
|----|-------------|---|---|
| 6 | 28 nov 2009 | a. <u>Kernförmige Zysten</u> b. <u>Konkav konvexe</u> |  |
| 10 | 22.11.2009 | a. <u>Konkav</u> b. <u>Trichterförmige Zysten</u> |  |
| 11 | 27 nov 2009 | a. <u>Konkav</u> b. <u>Trichterförmige Zysten</u> c. <u>Obliqua zystenartig</u> |  |
| 12 | 28 nov 2009 | a. <u>Konkav</u> b. <u>Konkav konvexe</u> |  |
| 13 | 28 nov 2009 | a. <u>Konkav</u> b. <u>Zweilobiger konvex konkav</u> |  |

Abgesehen
Ku 7903 0-111 Keppler vom 10.12.09





Kemenkes

Konfirmasi Kesehatan

■ Rumah Sakit Islam Al-Kautsar
Padang, Sumatera Barat 25121
■ 071-76321
■ 071-76321444

Kode: 10000174000001204
Perihal: www.kemenkes.go.id

19 Desember 2024

Kepada Yth.:

Kepala DITUP Dr. Ir. Djoko, Pd.Dng

1.

Tujuan:

Dengan tujuan

Sehubungan dengan kesesuaian kesehatan pasien Kuya Taufik Sulis (XTC) / Lurah Bratik Kuta pada Masa Lahir Pada: 01-08-1980 di Rumah Sakit Islam Al-Kautsar Padang Kecamatan Kaliung, Tg. 2024-12-01, maka dengan izin sehat seorang Kepala DITUP berikut beratkan kesehatan Kuya Taufik Sulis (XTC) untuk melanjutkan ke Rumah Sakit Islam Al-Kautsar Padang Kecamatan Kaliung, Tg. 2024-12-01, untuk mendapatkan pemeriksaan kesehatan yang diperlukan.

| NO | NAMA | NIM | JENIS PEMERIKSAAN | TANGGAL KONSEP |
|----|--------------------|------------|---|---------------------|
| 1. | Taufik Sulis (XTC) | 1111111111 | Hasil Kesehatan pada hari lahir dengan RUMAH SAKIT ISLAM AL-KAUTSAR PADANG berdasarkan surat DOKTER DR. IR. DOKTER DNG Kaliung | 19-12-Desember-2024 |

Diketahui (pada) 19-12-2024, dan sebaiknya dilakukan 19-12-2024 berikut ini:
1. Surat ini berlaku selama 1 (satu) bulan.

Diketahui (pada) 19-12-2024, dan sebaiknya dilakukan 19-12-2024 berikut ini:
1. Surat ini berlaku selama 1 (satu) bulan.



Pemeriksaan: Dr. Ir. Djoko, Pd.Dng



Kommentar

• *Wolff, 1993* (1993) 13.6
• *Wolff, 1993* (1993) 13.6

1997-09-12 10:00:00

701 E. 10th Street, Tulsa, Okla. 74102
P.O. Box 10000, Tulsa, Okla. 74102

2010 microcensus integrated in English Population data (version 20100220-1) (c) Statistik Austria

"Pendekar Mengintip pernikahan pasangan Pak Didi dan Pakuwi. Pak Didi: Ahli Universitas Pendidikan Ganesha, Pakuwi: Ahli Universitas Islam Negeri Sultan Syarif Kasim Padang."

Constitutive basal transcription is also perturbed when heterochromatin is disrupted (34–36).

INFORMASI DILAKUKAN

(Lanjut dari halaman sebelumnya)

Yang berikutnya adalah informasi

Pada :

Nama : **PP. Mulyadi**
Dinas : **SD**
Tempat/Tanggal Lahir : **Surabaya, 04/07/1978**
No. KTP : **14.32.11.01**

Pada tanggal **10/07/2018** (Ketika ini)

Nama : **PP. Mulyadi**
Dinas : **SD**
Alamat : **Perumnas, Surabaya**
Keterangan : **Kenapa**

Rasanya, investigasi apakah ada faktor-faktor lain yang menyebabkan
kejadian tidak diambil ringan dan menurut hasil keputusan ini
diketahui bahwa sebab dari kejadian ini bukan karena faktor-faktor lain
yang bersifat D-2 (Kepada-waktu dan tempat tidak diketahui dan tidak pasti). Pada
kejadian ini tidak ada faktor-faktor lain yang menyebabkan kejadian ini.

Tulang, 14/07/2018

Pembuat surat :

(PP. Mulyadi)

Penerima :

(Kepala Dinas SD)

**MOVING FORWARD WITH THE FEDERAL
DEFENSE BUDGET BILL**

SECTION 11. *Wiley humor p... ...*

26



Kepausėliai Kepukaičiai

• **Individual Level of Knowledge Integration**
• **Group Level of Knowledge Integration**
• **Intercultural Knowledge Integration**
• **Intergenerational Knowledge Integration**
• **Intersubjective Knowledge Integration**

2020 RELEASE UNDER E.O. 14176

Translating the concept of human rights

name: Dr. Tadeusz S. Gajewski, PhD
ID: 100000000012001
place: Naukowa Misięga Wykładowcza

• Tambah Nabi Wilya
• 3331100000
• 03-452400000 - 03-452400001 - 03-452400002

În cadrul evenimentului, prezentat de Institutul Planeta Ierusalim (IPCI), Dr. Ir. Dorel I. Pătrulescu, Director, Facultatea de Măști și Inginerie, a spus că: „Pentru a obține rezultatele de la expoziție, trebuie să se respecte principiile de design și să se urmărească procedurile de lucru stabilite de către organizația de organizare a evenimentului”.

"*Autophagy* (Korean Society for Autophagy, Seoul, Korea, 2019, Frontiers in Cell and Developmental Biology, 7, 100000)

Chattanooga has been named the city with the most job opportunities in the southeast.

Решение № 20-1-18 2016
А.А. Шестаков Решение
Заседания Попечительского совета



Mr. Justice and Mrs. W. C. Gandy, D.T., FAMILY

Format Pengkajian Maternitas

A. Pengkajian maternitas

1. Identitas Klien

| | | |
|-------------|---|------------------|
| Nama | : | Ny.P |
| Umur | : | 38 Tahun |
| Pendidikan | : | SMA |
| Suku Bangsa | : | Indonesia |
| Pekerjaan | : | Ibu Rumah Tangga |
| Agama | : | Islam |
| Alamat | : | Pasaman Barat |

2. Suami

| | | |
|-------------|---|---------------|
| Nama | : | Tn. J |
| Umur | : | 45 Tahun |
| Pendidikan | : | SMA |
| Suku Bangsa | : | Indonesia |
| Pekerjaan | : | Pedagang |
| Agama | : | Islam |
| Alamat | : | Pasaman Barat |

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang:

Pasien masuk ke RSUP Dr. M. Djamil Padang melalui IGD dengan kehamilan 32-33 minggu pada tanggal 14 februari 2025 pukul 02.20 wib, merupakan rujukan dari RSUD Pasaman Barat dengan keluhan nyeri di ulu hati, pusing, sakit kepala dan badan terasa lemah dengan tekanan darah 220/184 mmHg, pada jam 03.50 pasien langsung di operasi dengan tindakan sectio caesar dan dirawat di ruang ICU selama 2 hari dan setelah itu pasien di pindahkan ke ruang HCU I rawat gabung kebidanan. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 17 februari 2025 pada pukul 09.30 wib, klien dirawat di ruang HCU 1 rawat gabung kebidanan, pasien mengeluh nyeri

pada luka bekas operasi pada perut bagian bawah, nyeri terasa hilang timbul seperti di tusuk 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 pucat , kepala pasien terasa sakit dan pusing. Pasien juga meringis dan gelisah karena mengeluh nyeri dan stress, dan pasien mengeluh badan nya terasa dingin.

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Ny.P mengatakan bahwa klien sebelumnya memang sudah menderita hipertensi, dan sudah pernah di rawat dirumah sakit. Ny.P juga mengatakan minum obat rutin yaitu obat ampolodipine,Ny. P mengatakan dengan anak keduanya juga mengalami tekanan darah tinggi saat hamil.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ny. P mengatakan ada keluarga nya menderita penyakit hipertensi yaitu ayahnya, keluarga Ny.P tidak memiliki riwayat diabetes mellitus. Penyakit jantung dan penyakit keturunan 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 : Kadang nyeri kadang tidak
- 7) Keluhan Lain : Tidak Ada

e. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu:

- 1) HPHT :5 Juli 2024
- 2) Taksiran Persalinan :20 Juli 2024
- 3) Status perkawinan : Kawin
- 4) Riwayat Kehamilan : Status kehamilan yang sekarang G3P3A0H3
Gravid 32-33 Minggu.

5) Riwayat Persalinan Nifas yang lalu

| NO | Tgl/ Thn | Riwayat Persalinan | Cara persalinan | Ditolong | Anak L/P | BB/PB | Riwayat nifas | Keadaan anak sekarang |
|----|-------------|----------------------------------|------------------------------|----------|-------------|------------------|---------------------------------------|-----------------------------|
| 1. | 2011 | RSUD Pasaman Barat | Vakum | Dokter | P | 3000/ | Normal | Sehat |
| 2. | 2014 | RSUD Pasaman Barat | SC dengan indikasi peb | Dokter | L | 2500/ | Normal | Sehat |
| 3. | 2025 | RSUP Dr.M Djamil Padang | SC dengan indiksi peb | Dokter | L | 1100 g/ 35 cm | BBLR dirawat di Nicu Mdjamil | |

f. Riwayat persalinan sekarang

- Jenis Persalinan : Sectio Caesarea
- Ditolong Oleh : Dokter
- Jenis Kelamin Bayi : laki laki
- Panjang Dan Berat Badan: 35cm/1100 gr

g. Data keluarga berencana

- Pernah ikut KB/Tidak, Metode: Ny. P mengatakan belum pernah menggunakan KB
- 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 di NICU Mdjamil Padang.

5. Data Spritual:

Ny.P mengatakan bahwa ia beraga islam dan saat sehat pasien ada melaksanakan sholat 5 waktu dan sesekali membaca al-quran, 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. P mengatakan bahwa ia ada berinteraksi dengan tetangga sekitar dilakukan dengan lancar, untuk pendapatan utama keluarga itu berasal dari suami. Dan untuk pengeobatan kesehatan keluarga pasien yang digunakan yaitu asuransi kesehatan BPJS kesehatan.

7. Aktivitas sehari hari selama dirawat:

a. Makan/Minum

Ny.P mengatakan makan dan minum dengan teratur, saat sakit pasien makannya berupa nasi beserta lauk dan sayur diselingi dengan buah-buahan berupa pisang. Selama sakit pasien minum sebanyak \pm 2000 cc dalam sehari

b. Pola Istirahat dan tidur:

Ny.P mengatakan selama sakit sulit untuk beristirahat dan tidur , karena nyeri di bekas operasinya dan stress.

c. Personal hygiene:

Ny.P mengatakan mandi baru 1x dengan mandi di lap dibantu oleh perawat.

d. BAK:

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

e. BAB

Ny.P mengatakan sudah 1x BAB

8. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum:

- | | |
|-----------------|----------------|
| - Kesadaran | :Compos Mentis |
| - Tekanan Darah | :187/110 mmHg |
| - Suhu | :37,6 c |
| - Nadi | :83x/menit |
| - Pernafasan | :23x/menit |
| - Tinggi badan | :160 cm |
| - Berat badan | :75 kg |

b. Kulit:

Kulit berwarna sawo matang dan bersih

c. Kepala dan Rambut

Rambut pendek 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, sclera 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 dan sedikit pucat.

h. Telinga:

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

i. Leher:

Leher tidak teraba pembesaran kelenjer getah bening dan kelenjer 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 batas jantung normal

A : Irama jantung teratur/ reguler

k. Paru

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

P : Fremitus kiri dengan kanan

P : Sonor

A : Vesikuler

l. Payudara/Mamae

- Kesimetrisan : Tampak simetris kiri dan kanan
- Areola mamae : Tampak kecoklatan
- Papilla mamae : Tampak menonjol, Tidak lecet dan bersih
- ASI/Kolustrum : Ada, tetapi hanya sedikit
- Pembengkakkan : ada pembengkakkan
- Proses laktasi : bayi tidak disusui secara langsung, proses menyusui diberikan dengan cara ASI di pompa manual menggunakan alat pemompa ASI yang kemudian diberikan kepada bayi, dikarenakan bayi dan sang ibu dirawat secara terpisah.
- Keluhan : ASI yang diperoleh ibu hanya sedikit keluarnya

m. Abdomen

1) Inspeksi:

Tampak ada striae, tampak ada luka bekas operasi dibawah umbilicus, posisi luka operasi sesar melintang, luka tampak tertutup dengan perban, ukuran luka 15 cm, pada hari pertama post section caesarea tinggi fundus sejajar pusat

2) Palpasi:

Ada nyeri takan pada area bekas luka operasi sesar, kontraksi uterus pasien normal/ada teraba keras

3) Perkusi:

Terdengar timpani

4) Auskultasi:

Terdengar bising usus 10x/menit

n. Ekstermitas

a. Ekstermitas Atas:

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

b. Ekstermitas 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.

9. Data Penunjang

a. Data Laboratorium

Pada pemeriksaan laboratorium tanggal 17 Februari 2025 didapatkan hasil sebagai berikut :

| Pemeriksaan | Nilai | Nilai normal |
|-------------|--------------------------|--------------|
| Hemoglobin | 7,3g/dl | 12-14g/dl |
| Leukosit | 26,76 $10^3/\text{mm}^3$ | 5.0-10.0 |
| Hematokrit | 22% | 37-43% |
| Trombosit | 119 $10^3/\text{mm}^3$ | 150-400 |

Pada pemeriksaan laboratorium tanggal 18 Februari 2025

didapatkan hasil sebagai berikut :

| Pemeriksaan | Nilai | Nilai Normal |
|-------------|------------------------|--------------|
| Hemoglobin | 9,3 g/dl | 12.0-14.0 |
| Leukosit | 18,33 | 5.0-10.0 |
| Hematokrit | 28% | 37.0-43.0 |
| Trombosit | 136 $10^3/\text{mm}^3$ | 150-400 |
| Albumin | 2,7 g/dl | 3,8-5.0 |
| Natrium | 137 mmol/L | 136-145 |

| | | |
|---------|------------|----------|
| Kalium | 4,4 mmol/L | 3,5-5,1 |
| Klorida | 111 mmol/L | 97-111 |
| Kalsium | 9,1 mg/dl | 8.1-10.4 |
| APTT | 28,6 detik | |
| PT | 8,6 detik | |

Pada pemeriksaan laboratorium tanggal 19 Februari 2025

didapatkan hasil sebagai berikut :

| Pemeriksaan | Nilai | Nilai normal |
|-------------|--------------------------|--------------|
| Hemoglobin | 11,4 g/dl | 12,0-14,0 |
| Leukosit | 17,61 $10^3/\text{mm}^3$ | 5,0-10,0 |
| Hematokrit | 34% | 37,0-43,0 |
| Trombosit | 160 $10^3/\text{mm}^3$ | 150-400 |
| Albumin | 3,1 g/dl | 3,8-5,0 |

10. Program Terapi Dokter:

- 1) Metildopa 3x500 mg
- 2) Parasetamol 3x500 mg
- 3) Vitamin C 3x50mg
- 4) Vitamin K3x10mg
- 5) Ceftriaxone 2x1 gr
- 6) SF 2x1 lembar
- 7) IVFD RL + drip Nicardipine 2 amp dalam 50 cc NaCl
- 8) Deksametakson ampl 2x6 mg
- 9) Transamin 3x500mg
- 10) Transfusi PRC 3 unit
- 11) Tranfusi albumin 20% 1 unit

ANALISA DATA

Nama Klien : Ny. P
 No. MR :

| NO. | DATA | PENYEBAB | MASALAH |
|-----|--|----------------------------------|---------------------------------------|
| 1. | <p>DS: Ny. P mengatakan kepalanya terasa sakit dan pusing</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TD meningkat : 187/110 mmHg 2. Nadi : 83x/menit 3. Wajah tampak pucat, mukosa bibir tampak lembab dan pucat 4. Hb : 7,3 g/dl | Hipertensi | Resiko perfusi serebral tidak efektif |
| 2. | <p>DS : 1. Ny. P mengatakan tubuhnya terasa lemah</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Akral teraba dingin 2. Wajah pasien tampak pucat 3. CRT >2 detik 4. Hb : 7,3 g/dl 5. Konjungtiva anemis 6. Mukosa bibir tampak pucat 7. Terdapat edema pada ekstremitas | Penurunan konsentrasi hemoglobin | Perfusi Perifer Tidak Efektif |

| | | | |
|----|---|---|------------------------|
| 3. | <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. P mengeluh nyeri pada luka bekas operasi di bagian bawah perutnya - Nyeri terasa hilang timbul dan terasa ditusuk-tusuk - Ny. P skala nyeri 6 - Terasa lamanya lebih kurang 5 menit <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. P tampak meringis dan gelisah - Ny. P menunjukkan lokasi nyeri, tampak ada luka operasi tertutupi perban pada bagian perut bawah dengan ukuran ± 15 cm - Ny. P mengalami sulit tidur karena nyeri yang terasa - Tekanan darah meningkat : 187/110 mmHg - RR : 23x/menit - Nadi : 83x/menit | Agen pencedera fisik (prosedur operasi) | Nyeri Akut |
| 4. | <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. P mengatakan tubuhnya terasa lemah/kelelahan - Ny. P mengatakan merasa cemas dengan kondisi bayinya - Ny. P mengeluh ASInya keluar hanya sedikit | tidak rawat gabung | Menyusui Tidak Efektif |

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

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. P
No. MR :

| NO. | Diagnosa Keperawatan | Tanggal muncul | Tanggal Teratasi | Tanda Tangan |
|-----|--|------------------|------------------|--------------|
| 1. | Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan Hipertensi | 17 Februari 2025 | 21 Februari 2025 | |
| 2. | Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hemoglobin | 19 Februari 2025 | 21 Februari 2025 | |
| 3. | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) | 20 Februari 2025 | 21 Februari 2025 | |
| 4. | Menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan pada neonatus (prematuritas) dan tidak rawat gabung | 21 Februari 2025 | 21 Februari 2025 | |

RENCANA KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. P

No. MR :

| NO. | Diagnosa Keperawatan | Tujuan | Perencanaan |
|-----|--|---|--|
| 1. | Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien selama 3x24 jam</p> <p>1) Sakit kepala menurun 2) Gelisah menurun 3) Kecemasan menurun 4) Tekanan darah sistolik membaik 5) Tekanan darah diastolik membaik</p> | <p>Pemantauan Tekanan Intrakranial</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi aliran cairan serebrospinal, hipertensi intrakranial idiopatik) b. Monitor peningkatan TD c. Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) d. Monitor penurunan frekuensi jantung e. Monitor irreguleritas irama napas f. Monitor penurunan tingkat kesadaran g. Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil . Monitor kadar CO2 dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan h. Monitor tekanan perfusi serebral i. Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase |

| | | | |
|----|---|---|---|
| | | | <p>j. cairan serebrospinal</p> <p>j. Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Informasikan hasil pemantauan, jika perlu |
| 2. | 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</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(diabetes perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi) Monitor panas, kemerahan nyeri, atau bengkak pada Ekstermitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi Lakukan pencegahan |

| | | | |
|----|---|---|---|
| | | | <p>Infeksi</p> <p>c. Lakukan hidrasi</p> <p>Edukasi</p> <p>-Anjurkan menggunakan obat penurunan tekanan Darah</p> <p>-Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</p> <p>- Ajarkan program dietuntuk memperbaiki sirkulasi(rendah lemak, jenuh)</p> <p>- anjurkan pemberian PRC</p> |
| 3. | 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</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitasnyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi faktor yangmemperberat dan memperingan nyeri d. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Berikan teknik nonfarmakolog is untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasinafas dalam) b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) c. Fasilitasi |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <p>istirahat dantidur</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan penyebab, periode, dan pemicunyeri Jelaskan strategi meredakan nyeri Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat Ajarkan teknik nonfarmakologis untukmengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <p>- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> |
|--|--|--|---|

| | | | |
|----|--|--|---|
| 4. | Menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan neonatus (prematuritas) 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"> Tetesan/pancaran ASI meningkat Suplai ASI adekuat meningkat Kelehan maternal | <p>Edukasi Menyusui</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi kesiapandan kemampuan menerima informasi Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui |
|----|--|--|---|

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | <p>4) menurun Kecemasan maternal menurun</p> | <p>Terapeutik</p> <ul 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> <ul 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

| Hari / tangga | Diagnosa Keperawatan | Implementasi Keperawatan | Evaluasi Keperawatan | TT D |
|------------------------------------|---|--|--|-----------------|
| I 17 Februari 2025 | Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hiperten si | <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. Mendokumentasi hasil pemantauan 5. Memberikan terapi obat metildopa 500 mg 6. Memberikan paracetamol 500 mg 7. Memberikan IVFD RL, dripnicardipine 2 amp dalam 50cc NaCl | <p>S : Ny. P mengatakan kepalanya masih terasa sakit dan pusing</p> <p>O : -TD : 187/110mmHg -HR : 83x/menit -RR : 23x/menit -SpO2 : 98%</p> <p>-Wajah tampak pucat</p> <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> | |
| 17 Februari 2025 | 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. Mengajurkan mengonsumsi makanan rendah lemak untuk memperbaiki sirkulasi 4. Memberikan SF 1 | <p>S : Ny. P mengatakan tubuhnya masih terasa lemah</p> <p>O : -Akral masih teraba dingin -Wajah pasien masih tampak pucat</p> <p>-Mukosa bibir tampak pucat</p> <p>-TD : 187/110 mmHg -HR : 83 x/menit -RR : 23x/menit -SpO2: 98%</p> <p>-Ny. P masih tampak edema</p> | |

| | | | |
|------------------------|---|--|---|
| | | tablet | -CRT >2 detik |
| 17 februari 2025 | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur invasi f) | 5. Memberikan dexametaxone ampl 6 mg 6. Memberikan transfusi PRC 1kolf (dibantu oleh peneliti) dan albumin 20% 1 flc (diberikan oleh petugas diruangan) | A : Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan -pemberiantranfusi PRC 1kolf oleh Petugas ruangan. |
| 17 Februari 2025 | Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung | 1. Mengidentifikasi asi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi ikasi respon nyeri non verbal 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingat nyeri 5. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa 6. Menjelaskan skan strategi meredakan nyeri 7. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasinafas dalam) untuk mengurangi rasa nyeri | S : -Ny P masih mengeluh nyeri pada luka bekas operasinya -Nyeri terasa hilang timbul dan seperti ditusuk-tusuk -Skala nyeri 6 O : -Tampak ada luka operasi diperut bagian bawah yang tertutupi perban -Ny. P tampak meringis -Ny. P tampak gelisah -Tekanan darah masih tinggi yaitu : 187/110 mmHg -RR :23x/menit -HR :83x/menit A : Nyeri akut belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan |
| 17 Februari 2025 | Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung | 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Mengidentifikasi | S : -Ny. P mengatakan tubuhnya masih terasa lemah/kelelahan -Ny. P mengatakan |

| | | | |
|------------------------|--|--|---|
| | | <p>tujuan atau keinginan menyusui</p> <ol style="list-style-type: none"> 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>masih merasacemas dengan kondisi bayinya</p> <p>-Ny. P mengeluh ASInya keluar hanya sedikit</p> <p>O : -ASI Ny. P hanya keluar sedikit (tidak Terlalu memancar), tidak tampak pembengkakan pada payudara Ny.P</p> <p>-Bayi Ny. P masih tidak menyusu secara langsung pada ibunya, karena bayi Ny.P dirawat terpisah</p> <p>A : Menyusui tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan</p> |
| 18 februari 2025 | Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hiperten si | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tekanan darah 2. Memonitor frekuensi nadi 3. Memonitor pernafasan 4. Memonitor suhu tubuh 5. Mengidentifika si penyebab perubahan tanda vital 6. Mendokument asikan hasil pemantauan 7. Memberikan terapi obatmetildopa 500 mg | <p>S : -Ny. P mengatakan kepalanya masih terasa sakit dan pusing</p> <p>O : -TD : 170/95 mmHg -HR : 94x/menit -RR : 22x/menit -SpO2 : 98% -Wajah masih tampak pucat</p> <p>A : Risiko Perfusi Serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutka n</p> |

| | | | |
|------------------|---|---|---|
| 18 februari 2025 | Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin | <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 darahdi area keterbatasan perfusi 4. Melakukan pencegahan infeksi 5. Melakukan hidrasi IVFD RL 6. Mengajarkan program diet untuk memperbaiki siirkulasi(mis. rendah lemak, jenuh) 7. Memberikan SF 1 tablet 8. Membantu petugas memberikan transfusi darahPRC 1 kolf | <p>S : Ny. 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 :170/95 mmHg -HR : 94x/menit -RR : 22x/menit -SpO2: 98% -Ny. P masih tampak edema -CRT >2 detik <p>A : Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan pemberian transfusi PRC 1 kolf olehperawat diruangan.</p> |
| 18 februari 2025 | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi skalar nyeri 2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingat nyeri 3. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yangsudah diberikan 4. Memonitor | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ny. P 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 bagian bawah yang tertutupi perban -Ny. P masih tampak meringis -Ny. P gelisah tampak berkurang |

| | | | | |
|------------------|---|---|--|---|
| | | | efek samping penggunaan analgetik | -Tekanan darah masih tinggi yaitu : 170/95 |
| | | | 5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi nafas dalam) untuk mengurangi rasa nyeri | mmHg -RR : 22x/menit -HR : 94x/menit A : Nyeri akut belum teratas P: Intervensi dilanjutkan |
| | | | 6. Mengkolaborasi pemberian terapi obatceftriaxone 1 gr | |
| | | | 7. Memberikan paracetamol500 mg | |
| 18 februari 2025 | Menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan neonatus (prematuritas) dan tidak rawat gabung | 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 pendukungsuami, keluarga, dan tenaga kesehatan 6. Memberikan konseling menyusui 7. Mengajarkan perawatanpayudara postpartum (Memerah ASI) | S : -Ny. P mengatakan masih merasa cemas dengan kondisi bayinya -Ny. P mengeluh ASInya keluar masih sedikit O : -ASI Ny. P masih keluar sedikit (tidak terlalu memancar), tidak tampak pembengkakan pada payudara Ny.p -Bayi Ny.p masih tidak menyusu secalangsung pada ibunya, karena bayi Ny.p dirawat terpisah A : Menyusui tidak efektif belum teratas P : Intervensi dilanjutkan | |
| 19 februari | Risiko perfusi serebral tidak | 1. Memonitor tekanan darah | S : Ny. p mengatakan | |

| | | | |
|------------------|---|--|--|
| 2025 | efektif dibuktikan dengan hipertensi | (satu kali dalam 3 jam) | sakit kepala dan pusingnya sudah mulai berkurang |
| 19 februari 2025 | Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin | <ol style="list-style-type: none"> 2. Memonitor frekuensi nadi 3. Memonitor pernafasan 4. Memonitor suhu tubuh 5. Mengidentifikasi penyebab perubahan perubahan tandavital 6. Mendokumentasikan hasil pemantauan 7. Memberikan terapi obat metildopa 500 mg | <p>O : -TD : 160/93 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> |
| 19 februari 2025 | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur | <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 1tablet | <p>S : Ny. P mengatakan tubuhnya masih terasa lemah</p> <p>O : -Akral masih teraba dingin -Wajah pasien masih tampak pucat -Mukosa bibir tampak pucat</p> <p>- TD : 160/93mmHg -HR : 81x/menit -RR : 20x/menit -SpO2: 98%</p> <p>-Ny.P masih tampak edema</p> <p>-CRT >2 detik</p> <p>A : Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> |
| 19 februari 2025 | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Mengidentifikasi respon | <p>S : -Ny.P masih mengeluh nyeri pada luka bekas operasinya sudah mulai berkurang</p> |

| | | | |
|------------------------|--|--|---|
| | operasi) | | |
| 19 Februari 2025 | Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung | <p>nyeri non verbal</p> <p>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingat nyeri</p> <p>4. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>5. Memonitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>6. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>7. Memberikan terapi obat ceftriaxone 1 gram</p> <p>8. Memberikan terapi obat dexametasona 500 mg</p> | <p>-Nyeri terasa hilang Timbul -Skala nyeri 3</p> <p>O : -Tampak ada luka operasi diperut bagian bawah yang tertutupi perban</p> <p>-Ny.P masih tampak meringis -Ny.P gelisah tampak berkurang -Tekanan darah masih tinggi yaitu : 160/93 mmHg</p> <p>-RR : 20x/menit -HR : 81x/menit A : Nyeri akut teratas sebagian P: Intervensi dilanjutkan</p> |
| | | <p>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>2. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui</p> <p>3. Memberikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>4. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri</p> | <p>S : -Ny. p mengatakan cemas dengan kondisi bayinya sudah mulai berkurang</p> <p>-Ny. p mengeluh ASInya keluar masih sedikit</p> <p>O : -ASI Ny.p masih keluar sedikit (tidak Terlalu memancar), tidak tampak pembengkakan pada</p> |

| | | | |
|------------------|---|--|--|
| | | dalammenusui | payudara Ny.p |
| | | 5. Melibatkan sistem pendukung suami, keluarga, dan tenaga kesehatan | -Bayi Ny.p masih tidak menyusu secara langsung pada ibunya, karena bayi Ny. p dirawat terpisah A : Menyusui tidak efektif teratas sebagian P : |
| | | 6. Memberikan konseling menyusui | Intervensi dilanjutka |
| | | 7. Mengajarkan perawatan payudara postpartum (pijatoktosin) | |
| 20 februari 2025 | 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. Mendokument asikan hasil pemantauan 6. Memberikan metildopa500 mg | <p>S : Ny. P mengatakan sakit kepala dan pusingnya sudah mulai berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 145/80 mmHg - HR : 76x/menit - RR : 20x/menit - SpO2 : 98% <p>A : Risiko Perfusi Serebral tidak efektif teratas sebagian P : Intervensi dilanjutkan</p> |
| 20 februari 2025 | 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 sifit penelitian. 2. Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas 3. Melakukan pencegahan | <p>S : Ny. p mengatakan tubuhnya masih terasa lemah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wajah pasien masih tampak pucat - TD : 145/80 mmHg - HR : 76x/menit - RR : 20x/menit - SpO2: 98% - Ny. p masih tampak edema - CRT <2 detik - Hb : |

| | | | |
|------------------|---|--|---|
| | | infeksi | - Albumin : |
| 20 februari 2025 | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) | 4. Melakukan hidrasi IVFD RL 5. Mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi(rendah lemak, jenuh) 6. Memberikan SF 1 tablet | A : Perfusi perifer tidak efektif teratasisebagian P : Intervensi dilanjutkan |
| | | 1. Mengidentifikasi skalanya nyeri 2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 3. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 4. Memonitor efek samping penggunaan analgetik 5. Mengajarkan teknik nonfarmako logis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi nafas dalam) 6. Memberikan terapi obat ceftriaxone 1 gram | S : - Ny. p masih mengeluh nyeri pada luka bekas operasinya sudah mulai berkurang - Nyeri terasa hilang timbul - Skala nyeri 3 O : - Tampak ada luka operasi diperut bagian bawah yang tertutupi perban - Ny. p gelisah tampak berkurang - Tekanan darah masih tinggi yaitu :145/80 mmHg - RR : 20x/menit - HR : 76x/menit |
| 20 februari 2025 | Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawatgabung | | A : Nyeri akut etratisasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan |
| | | 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Mengidentifikasi tujuan atau | S : - Ny. p mengatakan cemas dengan kondisi bayinya sudah mulai berkurang - Ny. p mengatakan ASInya sudah mulai memancar cukup |

| | | | |
|------------------------|---|--|--|
| | | keinginan menyusui | banyak |
| | | O : | |
| | | 3. Memberikan kesempatan untuk bertanya | - ASI Ny. p sudah mulai memancar cukup banyak, tidak ada pembengkakan pada payudara Ny.p |
| | | 4. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan dalam menyusui | - Bayi Ny.p masih tidak menyusu secara langsung pada ibunya, karena bayi Ny. p dirawat terpisah |
| | | 5. Memberikan konseling menyusui | A : Menyusui tidak efektif teratasi sebagian |
| | | 6. Mengajarkan perawatan payudara postpartum (Pijatpayudara) | P : Intervensi dilanjutkan |
| 21 Febru ri 2025 | Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi | 1. Memonitor tekanan darah (satu kali dalam 3 jam) | S : Ny. P mengatakan sakit kepala dan pusingnya sudah hilang |
| | | 2. Memonitor frekuensi nadi | O : - TD : 133/80 mmHg |
| | | 3. Memonitor pernafasan | - HR : 80x/menit |
| | | 4. Memonitor suhu tubuh | - RR : 18x/menit |
| | | 5. Mendokument asikan hasil pemantauan | - SpO2 : 98% |
| | | 6. Memberikan obatmetildopa | A : Risiko Perfusi Serebral tidak efektif teratasi P : Intervensi diberhentikan |
| 21 Febru ri 2025 | Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin | 1. Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) satu kali dalam 1 sifit penelitian. | S : Ny. P mengatakan tubuh terasa lemahnya sudah berkurang |
| | | 2. Memonitor panas, | O : - Akral teraba hangat - Wajah pasien pucatnya sudah berkurang - Mukosa bibir |

| | | | | |
|------------------|---|--|--|--|
| | | | kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas | tampak lembab |
| 21 Februari 2025 | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) | | <p>3. Melakukan hidrasi IVFD RL</p> <p>4. Mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi(rendah lemak, jenuh)</p> <p>5. Memberikan SF 2 tablet</p> | <ul style="list-style-type: none"> - TD : 133/89 mmHg - HR : 70x/menit - RR : 18x/menit - Suhu : 36,7°C - SpO2: 98% - CRT <2 detik <p>A : Perfusi perifer tidak efektif teratas</p> <p>P : Intervensi diberhentikan</p> |
| 21 Februari 2025 | Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak | | <p>1. Mengidentifikasi skalanya nyeri</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>3. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam)</p> <p>5. Mengajurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. P 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.P sudah tidak tampak gelisah - Tekanan darah sudah mulai membaik: 133/89 mmHg - RR: 18x/menit - HR : 80x/menit <p>A : Nyeri akut teratas</p> <p>P: Intervensi diberhentikan</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. P mengatakan cemas dengan kondisi bayinya |

| | | |
|--------------|--|---|
| rawat gabung | informasi | sudah berkurang |
| | 2. Memberikan kesempatan untuk bertanya | - Ny. P mengatakan ASInya sudah mulai memancar banyak |
| | 3. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui | O : |
| | 4. Memberikan konseling menyusui | - ASI Ny. P sudah mulai memancar cukup banyak, tidak ada pembengkakkan pada payudara Ny.P |
| | 5. Mengajarkan perawatan payudara postpartum (Pijat payudara, pijat oksitosin) | - Bayi Ny. P masih tidak menyusu secalangsung pada ibunya, karena bayi Ny. P dirawat terpisah |
| | | A : Menyusui tidak efektif |
| | | P : Intervensi diberhentikan |



PIJAT OKSITOSIN

Bisa tingkatkan ASI



Apa itu Pijat Oksitosin ?

Pijat oksitosin merupakan teknik pijat spesial di seputar kewanitaan untuk meningkatkan produksi ASI pada ibu menyusui.

Tujuan Pijat Oksitosin

Pijat oksitosin ini dilakukan untuk meningkatkan produksi ASI pada ibu menyusui. Tujuan lainnya adalah untuk mengurangi rasa sakit.

Manfaat Pijat Oksitosin

- Meningkatkan kualitas susu produksi
- Meningkatkan kenyamanan ibu menyusui
- Meningkatkan kualitas susu ASI
- Mengurangi produksi ASI ketika ibu menyusui
- Mengurangi produksi ASI ketika ibu menyusui

Kapan dilakukan pijat oksitosin ?

- Setelah melahirkan atau sekitar 48 jam setelah melahirkan
- Setelah ASI sudah masuk dan ibu menyusui

Prosedur

- 1 Ibu duduk di kursi, tangan di bantul, kepala di depannya dan lepaskan baju dianya.

- 2 Pijat begini sepanjang bahu dengan gerakan memutar, selama sebanyak 30s.



- 3 Pijat begini sepanjang bahu dengan gerakan memutar, selama sebanyak 30s.



- 4 Pijat begini sepanjang bahu dengan gerakan memutar, selama sebanyak 30s.



Perawatan Payudara



1

Kemudian cuci tangan dengan sabun dan air bersih. Gunakan sabun dengan konsentrasi 1:40000.



2

Periksa dan segera merawat tanda-tanda pertumbuhan payudara.



3

Ketahui bahwa selama rutin, hasil检测 yang akurat.



4

Hubungi klinik kesehatan terdekat di sekitar rumah.

5

Periksa seluruh kelenjar di sekitar dan kiri tulang belakang dengan gerakan memutar selama 30 s.

6

Periksa seluruh kelenjar di sekitar dan kiri tulang belakang dengan gerakan memutar selama 30 s.

7

Periksa seluruh kelenjar di sekitar dan kiri tulang belakang dengan gerakan memutar selama 30 s.

8

Periksa seluruh kelenjar di sekitar dan kiri tulang belakang dengan gerakan memutar selama 30 s.

5
Periksa seluruh kelenjar di sekitar dan kiri tulang belakang dengan gerakan memutar selama 30 s.



6
Periksa seluruh kelenjar di sekitar dan kiri tulang belakang dengan gerakan memutar selama 30 s.



7
Periksa seluruh kelenjar di sekitar dan kiri tulang belakang dengan gerakan memutar selama 30 s.



8
Periksa seluruh kelenjar di sekitar dan kiri tulang belakang dengan gerakan memutar selama 30 s.

4. Акапелла-группа
тако-бо



НЕЛАНЖАЛІ НАРДЫ ДАЛАМ

1. Сәлемдік аудио-зерттеу
2. Акапелла-группа «Тако-бо»
3. Аудио-зерттеу
4. Аудио-зерттеу
5. Аудио-зерттеу
6. Аудио-зерттеу
7. Аудио-зерттеу
8. Аудио-зерттеу
9. Аудио-зерттеу
10. Аудио-зерттеу
11. Аудио-зерттеу
12. Аудио-зерттеу
13. Аудио-зерттеу
14. Аудио-зерттеу
15. Аудио-зерттеу
16. Аудио-зерттеу
17. Аудио-зерттеу
18. Аудио-зерттеу
19. Аудио-зерттеу
20. Аудио-зерттеу

МАДДЕМЕН НҮРІ



Аудио-зерттеу

Distraksi

• Gawai elektronik
untuk mengalihfazahkan
kepada hal-hal
selain tugas-tugas yang
diberikan.

Contoh

1. Menggunakan teknologi
yang matang dan efektif



2. Memaksimalkan koran
sebagai hiburan.



Menonton TV



Turnitin Turnitin April 2014

Turnitin April 2014

23%
Original
3%
Plagiarism
0%
Suspicious
21%
Plagiarism

Turnitin April 2014

| | | |
|----|---|-----|
| 1 | Submitted to Politeknik Keperawatan Kementerian Risnawijaya Risnawijaya | 20% |
| 2 | www.scribd.com | <1% |
| 3 | www.scribd.com | <1% |
| 4 | www.scribd.com | <1% |
| 5 | Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Risnawijaya | <1% |
| 6 | repository.usd.ac.id | <1% |
| 7 | repository.usd.ac.id | <1% |
| 8 | Submitted to iAIN Bengkulu Risnawijaya | <1% |
| 9 | Submitted to unimil Risnawijaya | <1% |
| 10 | repository.usd.ac.id | <1% |
| 11 | repository.usd.ac.id | <1% |