



**KEMENKES POLTEKKES PADANG**

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

**KARYA TULIS ILMIAH**

**MELISYA TRI ANDARA**  
**NIM: 213110128**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
TAHUN 2024**



**KEMENKES POLTEKKES PADANG**

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

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan ke Program Studi D-III Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes  
Padang sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya  
Keperawatan**

**MELISYA TRI ANDARA**  
**NIM: 213110128**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
TAHUN 2024**

## LUMBAR PENCEKARAN

Karya Tulis Ilmiah (KTI) oleh

Nama : Asyrafirah Ananda  
NoIM : 11111000  
Institusi : IH Kaparwahan Padang  
Jumlah NIM : Angka Kaparwahan yang disusun dan dibuat  
tersebut yang terdiri dari beberapa orang di  
IPA Keparwahan yang sudah selesai di  
Padang

Tuliskan kembali apa yang telah dipelajari dalam praktik dan uraian  
tersebut salah satu parameter yang digunakan untuk memperoleh gelar  
dan status keparwahan pada program Studi IHI Keparwahan Padang  
adalah keparwahan Keparwahan Poltekkes Padang

Daftar Isi

Kata Pengantar : ibu dan bapak dosen dan mahasiswa  
Daftar Isi : ibu dan bapak dosen dan mahasiswa  
Bab I : ibu dan bapak dosen dan mahasiswa  
Bab II : ibu dan bapak dosen dan mahasiswa



Daftar Isi : ibu dan bapak dosen dan mahasiswa  
Bab I : ibu dan bapak dosen dan mahasiswa

Kepada

Komisaris Studi IHI Keparwahan Padang

ibu dan bapak dosen dan mahasiswa

No. ibu dan bapak dosen dan mahasiswa

011-19781021-1900905-1005

## KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadiran ALLAH SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Post Sectio Caesarea atas Indikasi Pre Eklampsia Berat di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024”. 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 dari ibu Ns. Elvia Metti, M.Kep, Sp.Kep.Mat selaku dosen pembimbing I, kepada Ibu Ns. Delima, S.Pd, S.Kep, M.Kes selaku dosen pembimbing II, yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Peneliti juga mengucapkan terimakasih kepada, Yth :

1. Bapak Dr. dr Dovy Djanas, Sp.OG(K) selaku direktur RSUP Dr.M.Djamil Padang.
2. Ibu Renidayati, M.Kep, Sp.Jiwa selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Padang.
3. Bapak Tasman, S.Kp, M.Kep, Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.
4. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.
5. Bapak Ns. Hendri Budi, M.Kep, Sp.MB selaku Pembimbing Akademik yang selalu memotivasi peneliti selama perkuliahan dan selama penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah.
6. Bapak dan ibu Dosen serta Staf Jurusan Keperawatan yang telah memberikan pengetahuan dan pengalaman selama perkuliahan.

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

Padang, 27 Mei 2024

Peneliti



**KEMENKES POLTEKKES PADANG  
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, April 2024  
MELISYA TRI ANDARA**

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post *Sectio Caesarea* Atas Indikasi Pre Eklamsia Berat di IRNA Kebidanan Dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang**  
Isi : xv + Halaman 94 + tabel 3 + Lampiran 11 + Gambar 1 + Bagan 1

**ABSTRAK**

Preeklamsia merupakan keracunan kehamilan setelah minggu ke dua puluh yang ditandai dengan hipertensi, proteinuria, serta edema. Komplikasi lanjutannya bisa menjadi eklamsia sehingga indikasi persalinan harus dilakukan secara *sectio caesarea*. Kasus *post SC* atas indikasi PEB di ruang Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang sebanyak 33 orang dari bulan Agustus-Oktober 2023. Tujuan penelitian ini mendeskripsikan penerapan asuhan keperawatan pada pasien *post SC* atas indikasi PEB di ruang Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Desain penelitian adalah deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian ini dilakukan di ruang rawat kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang dari bulan Agustus 2023 sampai Juni 2024. Asuhan Keperawatan dilakukan selama 5 hari (12 sampai 16 Februari 2024). Populasi yang ditemukan selama penelitian ada 4 orang ibu *post sectio caesarea* atas indikasi PEB dengan 1 partisipan yang dipilih sebagai sampel melalui teknik *purposive sampling*. Proses analisis keperawatan yang dilakukan peneliti yaitu pengkajian, menetapkan diagnosis, perencanaan, implementasi hingga evaluasi.

Hasil penelitian pada Ny. R (37 tahun) P3A1H4 dengan keluhan utama partisipan yaitu nyeri di ulu hati, kepala pusing, badan terasa lemah, tekanan darah 160/93 mmHg dan Hb rendah. Diagnosis utama adalah risiko perfusi serebral tidak efektif. Rencana keperawatan partisipan yaitu pemantauan tanda-tanda vital. Implementasi yang dilakukan yaitu pemberian obat antihipertensi untuk menurunkan tekanan darah, pemberian transfusi PRC 3 kolf. Masalah teratasi pada hari kelima dimana tanda-tanda vital dalam batas normal, dan kadar hemoglobin membaik.

Tenaga Kesehatan ruangan kebidanan diharapkan dapat mempertahankan asuhan keperawatan komprehensif serta dapat memantau tanda-tanda vital dan aspek psikologis terutama pada pasien *post SC* atas indikasi PEB.

**Kata Kunci : PEB, *Sectio Caesarea*, Asuhan Keperawatan**  
**Daftar Pustaka : 61 (2012-2023)**

**MINISTRY OF HEALTH POLTEKKES PADANG  
PADANG D-III NURSING STUDY PROGRAM**

**Scientific Writing, April 2024  
MELISYA TRI ANDARA**

**Nursing Care for Post Sectio Caesarea Patients with Indications of Severe Pre-Eclampsia at IRNA Obstetrics and Children's Hospital Dr. M. Djamil Padang**

Contents: xv + Page 94 + table 3 + Appendix 11 + Figure 1 + Chart 1

**ABSTRACT**

Preeclampsia is pregnancy poisoning after the twentieth week which is characterized by hypertension, proteinuria and edema. Further complications can be eclampsia so that the indication for delivery is to be carried out by caesarean section. Post SC case with indication of PEB in the Obstetrics ward of Dr. RSUP. M. Djamil Padang as many as 33 people from August-October 2023. The aim of this research is to describe the implementation of nursing care for post-SC patients for indications of PEB in the Midwifery ward of Dr. RSUP. M. Djamil Padang.

The research design is descriptive with a case study approach. This research was conducted in the obstetrics ward of Dr. RSUP. M. Djamil Padang from August 2023 to June 2024. Nursing care is provided for 5 days (12 to 16 February 2024). The population found during the research was 4 mothers post caesarean section with indications of PEB with 1 participant selected as a sample using a purposive sampling technique. The nursing analysis process carried out by researchers is assessment, diagnosis, planning, implementation and evaluation.

The results of research on Mrs. R (37 years old) P3A1H4 with the participant's main complaint, namely pain in the pit of the stomach, headache, body feeling weak, blood pressure 160/93 mmHg and low Hb. The primary diagnosis is the risk of ineffective cerebral perfusion. The participant's nursing plan is monitoring vital signs. The implementation carried out was administering antihypertensive drugs to lower blood pressure, administering PRC 3 kolf transfusions. The problem resolved on the fifth day when vital signs were within normal limits, and hemoglobin levels improved.

Midwifery ward health workers are expected to be able to maintain comprehensive nursing care and be able to monitor vital signs and psychological aspects, especially in post-SC patients with PEB indications.

**Keywords: PEB, Sectio Caesarea, Nursing Care  
Bibliography: 61 (2012-2023)**



## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Melisya Tri Andara  
NIM : 213110128  
Tempat/Tanggal Lahir : Gurun Panjang Kapuh/ 24 Mei 2004  
Agama : Islam  
Status perkawinan : Belum Kawin  
Nama Orang Tua  
Ayah : Syahrial  
Ibu : Heni Defita  
Alamat : Kampung Labuh, Desa Tanjung Durian Pasar  
Baru, Kecamatan Bayang, Kabupaten Pesisir  
Selatan

### Riwayat pendidikan

No	Pendidikan	Tahun Lulus
1	SDN 05 Pasar Baru	2009-2015
2	SMPN 02 Bayang	2015-2018
3	SMAN 02 Bayang	2018-2021
4	D-III Keperawatan Padang, Jurusan Keperawatan, Kemenkes Poltekkes Padang	2021-2024



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR .....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	v
ABSTRAK .....	vi
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	viii
PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT .....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR BAGAN .....	xii
DAFTAR GAMBAR .....	xiii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xv

### BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	8
C. Tujuan Penelitian .....	8
D. Manfaat Penelitian .....	9

### BAB II TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Sectio Caesarea .....	11
1. Pengertian Sectio Caesarea .....	11
2. Klasifikasi Sectio Caesarea .....	11
3. Indikasi Sectio Caesarea.....	12
4. Komplikasi Post Sectio Caesarea .....	14
B. Konsep Pre Eklamsia Berat.....	15
1. Definisi Pre Eklamsia .....	15
2. Klasifikasi Pre Eklamsia.....	15
3. Etiologi Pre Eklamsia.....	16
4. Manifestasi Klinis Pre Eklamsia .....	16
5. Patofisiologi Pre Eklamsia .....	17
6. WOC.....	20
7. Pemeriksaan Penunjang.....	21
8. Respon Tubuh Terhadap Perubahan Fisiologis.....	22
9. Penatalaksanaan Pasien Post SC Atas Indikasi PEB.....	23
10. Komplikasi Pre Eklamsia Berat .....	26
C. Konsep Dasar Post Partum.....	27
1. Pengertian Post Partum .....	27
2. Adaptasi Fisiologis.....	27
3. Adaptasi Psikologis.....	35
D. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Hipertensi .....	36
1. Pengkajian Keperawatan .....	36
2. Kemungkinan Diagnosis Keperawatan .....	40
3. Intervensi Keperawatan.....	41
4. Implementasi Keperawatan .....	49

5. Evaluasi Keperawatan .....	50
-------------------------------	----

### **BAB III METODOLOGI PENELITIAN**

A. Jenis Dan Desain Penelitian .....	51
B. Tempat Dan Waktu Penelitian .....	51
C. Populasi Dan Sampel .....	52
D. Alat/Instrument Pengumpulan Data .....	53
E. Teknik Pengumpulan Data .....	54
F. Jenis Data .....	56
G. Prosedur Pengambilan Data .....	57
H. Rencana Analisis .....	58

### **BAB IV DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN**

A. Deskripsi Kasus .....	59
1. Pengkajian Keperawatan .....	59
2. Diagnosis Keperawatan .....	62
3. Perencanaan Keperawatan .....	63
4. Implementasi Keperawatan .....	66
5. Evaluasi Keperawatan .....	67
B. Pembahasan .....	69
1. Pengkajian Keperawatan .....	69
2. Diagnosis Keperawatan .....	76
3. Perencanaan Keperawatan .....	81
4. Implementasi Keperawatan .....	85
5. Evaluasi Keperawatan .....	89

### **BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

A. Kesimpulan .....	92
B. Saran .....	93

### **DAFTAR PUSTAKA**

### **LAMPIRAN**

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 WOC Pre Eklamsia .....	20
----------------------------------	----

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Posisi luka <i>sectio caesarea</i> .....	12
---	----

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Proses Involusi Uterus .....	28
Tabel 2.2 Lokia .....	30
Tabel 2.3 Perencanaan Tindakan Keperawatan .....	41

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembar Konsultasi Pembimbing I
- Lampiran 2 : Lembar Konsultasi Pembimbing II
- Lampiran 3 : Lembar jadwal kegiatan karya tulis ilmiah (*Gant chart* kegiatan)
- Lampiran 4 : Surat izin survey pengambilan darat dari Institusi Poltekkes  
Kemenkes Padang
- Lampiran 5 : Surat izin survey pengambilan data dari RSUP DR.M.Djamil  
Padang
- Lampiran 6 : Surat Pengantar dari Poltekkes Kemenkes Padang untuk izin  
penelitian ke RSUP DR. M. Djamil Padang
- Lampiran 7 : Surat izin melakukan penelitian di RSUP DR. M. Djamil Padang
- Lampiran 8 : Surat persetujuan menjadi responden (*INFORMED CONSENT*)
- Lampiran 9 : Daftar Hadir Penelitian
- Lampiran 10 : Surat Selesai Penelitian
- Lampiran 11 : Format Asuhan Keperawatan Maternitas



# BAB I PENDAHULUAN

## A. Latar Belakang

Persalinan merupakan suatu peristiwa fisiologis yang akan dialami oleh setiap Ibu. Meskipun persalinan merupakan peristiwa fisiologis, namun setiap proses persalinan yang terjadi beresiko mengalami komplikasi. Hal tersebut dapat memperburuk kondisi Ibu maupun bayi sehingga berdampak terjadinya kematian Ibu dan bayi (Winancy, 2019).

Preeklamsia merupakan salah satu komplikasi utama yang menyebabkan sekitar 75% kematian ibu. Preeklamsia disebut juga dengan keracunan kehamilan yang ditandai dengan hipertensi, proteinuria serta edema setelah minggu ke-20 kehamilan pada gravida yang sebelumnya normal. Faktor risiko yang menyebabkan terjadinya preeklamsia yaitu umur ibu, jumlah paritas, jarak kehamilan, kehamilan multi/ganda, riwayat preeklamsia sebelumnya, riwayat keturunan, riwayat diabetes, hipertensi, penyakit ginjal dan riwayat pemeriksaan *antenatal care* (Reeder, Martin, & Griffin., 2017).

Preeklamsia dapat diklasifikasikan berdasarkan derajat keparahannya yaitu preeklamsia ringan dan preeklamsia berat. Preeklamsia ringan ditandai dengan tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg, proteinuria  $\geq 300$  mg/24 jam, dan edema. Sedangkan preeklamsia berat ditandai dengan tekanan darah  $\geq 160/110$  mmHg, proteinuria  $\geq 5$  g/24 jam, oliguria  $< 500$  cc/24 jam dan edema (Prawirohardjo, 2016).

Dampak dari preeklamsia pada ibu adalah eklamsia, edema paru, hemoragi otak (masif atau diseminata), gagal jantung kongestif, aritmia, infark miokard, KID, sindrom HELLP, sindrom distress pernapasan dewasa dan kerusakan endotelium intravaskular. Sedangkan dampak preeklamsia pada janin yaitu mengalami solusio plasenta, retardasi pertumbuhan intrauterus, hipoksia akut, kematian intrauterus dan prematuritas (Reeder, Martin, & Griffin., 2017).

Sindrom HELLP (Hemolysis, Elevated Liver Enzyme, Low Platelets Count) merupakan dampak serius dari PEB yang ditandai dengan hemolisis, peningkatan enzim hepar, disfungsi hepar dan trombositopenia. Jika hal tersebut dibiarkan maka akan menyebabkan kegagalan kardiopulmonar, gangguan pembekuan darah, perdarahan otak, ruptur hepar, dan kegagalan organ multipel. Oleh karena itu, penanganan PEB segera dan efektif sangat penting untuk mencegah agar tidak berkembang menjadi sindrom HELLP (Prawirohardjo, 2016).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2019 sekitar 295.000 wanita meninggal selama masa kehamilan dan persalinan pada tahun 2017. Angka kematian Ibu (AKI) di negara-negara berpenghasilan rendah pada tahun 2017 adalah 462 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan AKI di negara-negara berpenghasilan tinggi adalah 11 per 100.000 kelahiran hidup. Tingginya AKI terjadi sebagai akibat komplikasi selama masa kehamilan dan persalinan. Komplikasi utama yang menyebabkan kematian pada ibu adalah perdarahan, preeklamsia dan eklamsia, sepsis, emboli, dan komplikasi aborsi yang tidak aman.

Menurut data *World Health Organization* (WHO) tahun 2020 diperkirakan setiap hari terdapat 934 kasus preeklamsia terjadi di seluruh dunia. Sekitar 342.000 ibu hamil mengalami preeklamsia. Preeklamsia termasuk dalam tiga penyebab utama komplikasi selama kehamilan maupun dalam persalinan, yang pertama yaitu perdarahan (30%), preeklamsia/eklamsia (25%), dan infeksi (12%).

Penyebab kematian ibu pada tahun 2021 disebabkan oleh perdarahan (17,9%), preeklamsia dan eklamsia (14,6%), penyakit jantung (4,5%), infeksi (2,8%), gangguan metabolik (1,1%) dan gangguan sistem peredaran darah (0,9%). Sedangkan angka kematian Ibu melahirkan berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat meningkat pada tiga tahun terakhir. Penyebab kematian ibu terbanyak adalah perdarahan (26,4%) dan hipertensi (18,4%).

Berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Kota Padang pada tahun 2021 ditemukan 30 kasus penyebab kematian ibu. Kematian ibu terbanyak yaitu ibu nifas (56,6%), selanjutnya ibu hamil (23,3%) dan ibu bersalin (20%). Sementara jika dilihat berdasarkan usia ibu, angka kematian ibu yang terbanyak terjadi pada usia 20 s/d 34 tahun (53,3%) dan diatas 35 tahun (40%). Sebanyak 6,6% dari 30 kasus penyebab kematian ibu merupakan kasus hipertensi dalam kehamilan.

Hipertensi dalam kehamilan dapat meningkatkan resiko terjadinya PEB. Hipertensi dalam kehamilan dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah plasenta, mempengaruhi pasokan darah ke janin dan memicu respon tubuh yang menyebabkan preeklamsia. Tindakan yang dilakukan dalam menangani preeklamsia ialah melakukan pedoman terapi konservatif dan melakukan terminasi kehamilan di usia kehamilan yang masih preterm berupa tindakan *sectio caesarea*. Pencegahan agar preeklamsia tidak jatuh pada kondisi kejang dan menjadi eklampsia sangat penting dilakukan pengontrolan tekanan darah dengan pemberian anti antihipertensi, namun profilaksis kejang seperti pemberian MgSO<sub>4</sub> diketahui dapat menurunkan kejadian eklampsia pada pasien PEB (Amalia, 2020).

Magnesium sulfat (MgSO<sub>4</sub>) digunakan untuk mencegah kejang dapat diberikan melalui intravena dengan dosis 4 sampai 6 gr. Selain itu MgSO<sub>4</sub> juga bisa diberikan melalui intramuskular dengan dosis 10-20 mL 50% larutan (5-10gr). Selanjutnya dapat dimulai dosis rumatan yang disiapkan dengan menambah 40 gr MgSO<sub>4</sub> ke 1.000 ml dekstrosa 5% dalam cairan ringe laktat. Tindakan ini akan menghasilkan 2 g MgSO<sub>4</sub> per 50 ml larutan untuk dosis rumatan sebanyak 2g/jam (Reeder, Martin, & Griffin., 2017).

Ibu bersalin dengan PEB berindikasi melahirkan secara *sectio caesarea*. Hal tersebut dikarenakan PEB akan memicu terjadinya komplikasi kehamilan yang ditandai dengan tekanan darah tinggi dan kejang sebelum,

selama, atau setelah persalinan, sehingga disarankan untuk melakukan persalinan secara *sectio caesarea*. *Sectio caesarea* merupakan pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Reeder, Martin, & Griffin., 2017 ; Asta, Aisyah, & Silaban, 2023).

Angka persalinan dengan metode sesar telah meningkat diseluruh dunia. Menurut *World Health Organization* (WHO), rata-rata persalinan *sectio caesarea* yaitu 5%-15% per 1000 kelahiran di dunia. Di negara maju, prevalensi angka kejadian persalinan *sectio caesarea* mengalami peningkatan yaitu 46% di Cina dan 25% di Asia, Eropa, dan Amerika (WHO, 2019).

Tindakan sesar pada persalinan di Indonesia berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2018 adalah 17,6%, tertinggi di wilayah DKI Jakarta (31,3%) Kepulauan Riau (24,7%), dan Sumatera Barat (23,1%) dan terendah di Papua (6,7%). Jika dibandingkan dengan data dari hasil SDKI (Survei Demografi Dan Kesehatan Indonesia) tahun 2017 menunjukkan bahwa angka kejadian persalinan dengan tindakan SC sebanyak 17% dari total jumlah kelahiran di fasilitas kesehatan. Hal ini berarti terjadi peningkatan angka persalinan dengan metode SC. Sebanyak 18,8% persalinan SC dilakukan karena KPD dan 13,6% disebabkan oleh karena faktor lain, diantaranya yaitu kelainan letak pada janin, PEB dan riwayat SC.

Dampak psikologis dari *post sectio caesarea* terhadap ibu adalah memiliki emosional negatif yang ditandai dengan tingkat kecemasan, rasa marah, kekecewaan, dan kebingungan yang tinggi. Mereka mengekspresikan kecemasan tentang kondisi diri dan bayi mereka. Mereka mengalami marah atau depresi karena mereka berharap dapat melahirkan pervagiman. Mereka dapat merasa kehilangan karena tidak melahirkan pervagiman, tidak dapat menyaksikan kelahiran, atau merasa tidak mendapat dukungan dari pasangan atau keluarga. Ketidaknyamanan fisik yang dirasakan klien setelah pembedahan, ditambah dengan perasaan kecewa dan rasa

bersalahnya, dapat mempengaruhi kemampuan klien untuk menjalin ikatan dengan bayi baru lahir (Reeder, Martin, & Griffin., 2017).

Menurut penelitian Kurnia (2019) yang dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang didapatkan diagnosis utama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik. Rencana keperawatannya manajemen nyeri dan monitor tanda-tanda vital. Implementasinya melakukan penilaian yang komprehensif, mendukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu pengurangan nyeri dan melakukan pengukuran tanda-tanda vital. Evaluasinya ditemukan tindakan keperawatan dapat teratasi pada hari keenam.

Menurut penelitian Husna (2021) yang dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang didapatkan diagnosis keperawatan utama adalah risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. Rencana keperawatan yaitu manajemen peningkatan intrakranial, manajemen kejang. Implementasi yang dilakukan yaitu memonitor tekanan darah, memberikan terapi antikejang. Evaluasi ditemukan pada hari kelima kepalanya tidak sakit lagi, tekanan darah sudah membaik.

Menurut penelitian Putri (2023) yang dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang didapatkan diagnosis utama partisipan adalah risiko perfusi serebral tidak efektif. Rencana keperawatan partisipan yaitu pemantauan tanda-tanda vital. Implementasi yang dilakukan yaitu pemberian obat metildopa untuk menurunkan tekanan darah. Masalah teratasi pada hari kelima dimana tanda-tanda vital dalam batas normal, dan kadar hemoglobin membaik.

Rumah sakit umum pusat Dr. M. Djamil Padang merupakan rumah sakit rujukan terbesar di Sumatera Barat. Menurut data yang didapatkan dari rekam medis RSUP Dr. M. Djamil Padang, penderita PEB pada tahun 2020 sebanyak 177 orang, pada tahun 2021 mengalami penurunan sebanyak 152 orang dan mengalami kenaikan pada tahun 2022 yaitu

sebanyak 202 Orang penderita PEB yang dirawat di ruang rawat inap kebidanan.

Berdasarkan survei yang dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 25 Oktober 2023 di ruang rawat Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang didapatkan data dari bulan Agustus sampai bulan Oktober 2023 tercatat dari 83 orang yang dirawat dengan *post sectio caesarea* ditemukan sebanyak 33 orang yang mengalami *post sectio caesarea* atas indikasi PEB. Data dari petugas kesehatan di ruang rawat kebidanan RSUP Dr. M. Djamil didapatkan pada saat survei awal ada 1 orang pasien dengan *post sectio caesarea* atas indikasi PEB.

Hasil wawancara yang dilakukan peneliti dengan salah satu pasien *post sectio caesarea* atas indikasi PEB ( $P_4A_0H_4$ ). Pasien mengatakan melakukan *sectio caesarea* pada usia kehamilan 34-35 minggu. Pasien juga mengatakan bahwa pasien merupakan pasien *post sectio caesarea* hari ke-4. Pasien mengeluh sedikit pusing dan nyeri pada kepalanya, tekanan darahnya masih tinggi yaitu 156/110 mmHg dan luka masih terasa nyeri, pasien tampak edema pada ekstremitas atas dan bawah, dan pada saat melakukan aktivitas pasien dibantu oleh suaminya.

Pada saat peneliti melakukan pengamatan pada ibu dengan perawatan *post sectio caesarea* atas indikasi PEB masih terpasang alat monitor yang digunakan untuk memantau tekanan darah pasien dan pasien juga diberikan obat Nicardipine yang dimasukkan melalui impus yang terpasang pada tangan sebelah kanan pasien. Peneliti menanyakan tentang keluhan utama yang dirasakan ibu sebelum dibawa ke rumah sakit, dan pasien mengatakan sebelum dibawa ke Rumah Sakit pasien mengeluh nyeri kepala, nyeri perut yang menjalar ke ari-ari yang sudah berlangsung selama 2 hari, keluar lendir bercampur darah pervaginam.

Peneliti juga menanyakan terkait masalah psikologi pada pasien dan pasien mengatakan merasa khawatir karena bayinya saat ini dirawat terpisah diruangan NICU. Pasien mengatakan belum pernah melihat bayinya dan

belum pernah memberikan ASI secara langsung kepada bayinya. Peneliti juga menanyakan terkait kelancaran ASI ibu tersebut, dan ibu mengatakan bahwa ASI lancar dan ibu sudah memberikan ASI pertamanya kepada bayinya meskipun tidak secara langsung atau dipompa.

Wawancara yang peneliti lakukan pada salah seorang petugas kesehatan diruangan rawat inap kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang tentang penerapan asuhan keperawatan pasien dengan *post sectio caesarea* atas indikasi PEB. Petugas kesehatan telah melakukan pengkajian keperawatan yang meliputi pengumpulan data tentang identitas pasien, riwayat kesehatan, data pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang lainnya. Diagnosis keperawatan yang peneliti temukan saat kunjungan awal adalah nyeri akut, resiko infeksi, resiko perfusi serebral tidak efektif, resiko cedera, resiko perdarahan dan intoleransi aktivitas.

Rencana keperawatan yang diberikan yaitu berupa manajemen nyeri yaitu terapi nafas dalam, manajemen cairan, dan perawatan luka post partum. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh petugas kesehatan yaitu pemantauan tekanan darah setiap 3 jam sekali yaitu dengan terpasangnya monitor pada ibu *post sectio caesarea* atas indikasi PEB. Tindakan yang juga diberikan yaitu berupa kolaborasi regimen MgSO<sub>4</sub> sebagai anti kejang dan pemberian antibiotik yang bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka post partum.

Peran perawat penting dalam asuhan keperawatan pada pasien *post sectio caesarea* atas indikasi PEB. Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien preeklampsia bertujuan untuk menjaga kesehatan ibu maupun bayi selama masa nifas serta dapat mencegah terjadinya komplikasi pasca persalinan. Menurut Wiratama (2019) proses pengkajian mencakup pengumpulan data, penyusunan data, validasi data, pencatatan data. Pengumpulan data adalah alat utama dalam pengkajian awal pasien dan merupakan proses yang kontinyu untuk memperoleh informasi yang diperlukan untuk asuhan keperawatan. Nyeri yang dirasakan klien

merupakan gejala sisa yang diakibatkan oleh operasi *sectio caesarea* yang dilakukan.

Pada umumnya pasien *post sectio caesarea* mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi. Sekitar 60% klien menderita nyeri hebat, 25% nyeri sedang dan 15% nyeri ringan. Menurut Pertiwi, Hermawati, & Ardhia, (2023) diagnosa keperawatan yang diangkat adalah nyeri akut, risiko perfusi serebral tidak efektif, menyusui tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, defisit pengetahuan, dan risiko infeksi. Intervensi yang diterapkan berdasarkan Evidence Based Practices adalah kombinasi tarik napas dalam dan zikir pada nyeri akut, pemantauan dan pencatatan TTV pada risiko perfusi serebral tidak efektif, pijat oksitosin pada menyusui tidak efektif, pendampingan ambulasi dini untuk gangguan mobilitas fisik, memberikan pendidikan kesehatan pada defisit pengetahuan, dan mengajarkan cara perawatan luka post SC pada risiko infeksi.

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka peneliti telah selesai melakukan asuhan keperawatan pada pasien *post sectio caesarea* atas indikasi PEB di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2024.

## B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang maka rumusan masalah penelitian adalah bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien *post section caesarea* atas indikasi PEB di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang ?

## C. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan umum

Mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien *post section caesarea* atas indikasi PEB di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.



## 2. Tujuan khusus

Berdasarkan tujuan umum, dapat dibuat tujuan khusus sebagai berikut:

- a. Mampu mendeskripsikan pengkajian keperawatan pada pasien *post section caesarea* atas indikasi PEB di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- b. Mampu mendeskripsikan rumusan diagnosis keperawatan pada pasien *post section caesarea* atas indikasi PEB di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- c. Mampu mendeskripsikan intervensi keperawatan pada pasien *post section caesarea* atas indikasi PEB di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- d. Mampu mendeskripsikan implementasi keperawatan pada pasien *post section caesarea* atas indikasi PEB di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien *post section caesarea* atas indikasi PEB di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.

## D. Manfaat Penelitian

### 1. Manfaat Aplikatif

#### a. Bagi Peneliti

Mengaplikasikan dan menjadi sumber informasi serta kemampuan peneliti dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien *post sectio caesarea* atas indikasi PEB.

#### b. Institusi pendidikan

Dapat berbagi ilmu pengetahuan dan sebagai tempat bertukar pikiran serta acuan dalam meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien *post sectio caesarea* atas indikasi PEB.

### 2. Pengembangan keilmuan

#### a. Bagi institusi pendidikan

Manfaat yang diperoleh bagi institusi pendidikan adalah sebagai tambahan referensi dan pengembangan penelitian tentang asuhan keperawatan pada pasien *post sectio caesarea* atas indikasi PEB.

b. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu pembandingan dan masukan untuk penelitian selanjutnya serta dapat menambah ilmu pengetahuan dan dapat menjadi data dasar dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien *post sectio caesarea* atas indikasi PEB.

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### A. Konsep *sectio caesarea*

#### 1. Pengertian *sectio caesarea*

*Sectio caesarea* adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau suatu hysterotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (padila, 2015). *Sectio caesarea* adalah kelahiran janin melalui insisi yang dibuat pada dinding abdomen dan uterus (Reeder, Martin, & Griffin., 2017).

#### 2. Klasifikasi *sectio caesarea*

Menurut Reeder, Martin, & Griffin., (2017), *sectio caesara* dapat diklasifikasikan sebagai beriku :

##### a. Persalinan sesarea melintang (segmen-bawah)

Pelahiran sesarea melintang, atau segmen-bawah, merupakan kelahiran sesarea dengan membuat insisi pada segmen bawah uterus yang merupakan bagian paling tipis dengan aktivitas uterus yang paling sedikit, sehingga pada tipe insisi ini kehilangan darah minimal. Area ini lebih mudah mengalami pemulihan, dan mengurangi kemungkinan terjadinya ruptur jaringan parut pada kehamilan berikutnya. Selain itu juga insidensi peritonitis, ileus paralisis, dan perlekatan usus lebih rendah.

##### b. Sesarea klasik

Sebuah insisi tegak lurus dibuat langsung pada dinding korpus uterus. Janin dan plasenta dikeluarkan, dan insisi ditutup dengan tiga lapisan jahitan menggunakan benang yang dapat diserap. Tindakan ini dilakukan dengan menembus lapisan uterus yang paling tebal pada korpus uterus. Hal ini terutama bermanfaat ketika kantung kemih dan segmen bawah mengalami perlekatan yang ekstensif akibat seksio sesarea sebelumnya.

Karena sesarea klasik lebih ekstensif, yang memeberikan akses yang cepat pada janin, metode ini merupakan metode pilihan ketika terjadi perdarahan akut atau pada situasi darurat lainnya pada saat waktu sangat penting dan kehidupan wanita dan janin terancam. Lima kondisi lain yang juga memerlukan insisi klasik :

- 1) Janin *porterm* kurang dari 34 minggu dengan presentasi bokong, karena segmen bawah masih belum terbentuk secara adekuat dan insisi melintang mungkin terlalu sempit untuk melakukan palahiran janin tanpa menimbulkan trauma.
- 2) Akses ke segmen bawah uterus terhambat karena adanya jaringan fibrosa.
- 3) Akan dilakukan tindakan histerektomi segera setelah *sectio caesarea*.
- 4) *Sectio caesarea post mortem* dalam usaha untuk menyelamatkan janin yang hidup dari seorang ibu yang meninggal.
- 5) Terdapatnya kanker serviks invasif.



Gambar 2.1 Posisi Luka *Sectio Caesarea*

### 3. Indikasi

Indikasi persalinan sesarea yang dibenarkan dapat terjadi secara tunggal atau secara kombinasi, merupakan suatu hal yang sifatnya relatif. Menurut Reeder, Martin, & Griffin., (2017) indikasi sesarea dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

#### a. Ibu dan janin

Distosia (kemajuan persalinan yang abnormal) adalah indikasi yang paling umum kedua, dimana pada umumnya ditujukan

sebagai suatu kegagalan kemajuan dalam persalinan. Hal ini mungkin berhubungan dengan ketidaksesuaian antara ukuran panggul dengan ukuran kepala janin (disproporsi sefalopelvik), kegagalan induksi, atau aksi kontraksi uterus yang abnormal.

b. Ibu

Penyakit ibu yang berat, seperti penyakit jantung berat, diabetes melitus, PEB atau eklamsia, kanker serviks, atau infeksi berat (yaitu, virus herpes simpleks tipe II atau herpes genitalis dalam fase aktif atau dalam 2 minggu lesi aktif). Penyakit tersebut membutuhkan persalinan seksio sesarea karena beberapa alasan yaitu untuk mempercepat kelahiran dalam suatu kondisi yang kritis, karena klien dan janinnya tidak mampu menoleransi persalinan, atau janin akan terpajan dengan risiko bahaya yang meningkat saat melalui jalan lahir. Pembedahan uterus sebelumnya termasuk miomektomi, kelahiran sesarea sebelumnya dengan insisi klasik, atau rekonstruksi uterus. Obstruksi jalan lahir karena adanya fibroid atau tumor ovarium.

c. Janin

Gawat janin, seperti janin dengan kasus prolaps tali pusat, insufisiensi uteroplasenta berat, malpresentasi, seperti letak melintang dan janin dengan presentasi dahi. Kehamilan ganda dengan bagian terendah janin kembar adalah pada posisi melintang bokong.

d. Plasenta

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

- 1) Fetal distress
- 2) Komplikasi preeklampsia
- 3) Kegagalan persalinan dengan alat bantu
- 4) Bayi besar (makrosomia)
- 5) Masalah plasenta seperti plasenta previa
- 6) Riwayat persalinan *sectio caesarea* sebelumnya

- 7) CPD (Cephalo Pelvic Disproportion) yaitu proporsi panggul dan kepala bayi tidak pas, sehingga persalinan terhambat.

#### 4. Komplikasi *sectio cesarea*

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

##### a. Pada ibu

###### 1) Infeksi Puerperalis

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

###### 2) Perdarahan

Biasanya didefinisikan sebagai kehilangan darah lebih dari 1000 ml post *sectio cesarea*. Perdarahan disebabkan karena adanya laserasi sehingga banyaknya pembuluh darah yang terbuka, retensio plasenta, atonio uterus yang disebabkan oleh distensi kandung kemih. Perdarahan atau hemoragic dapat menyebabkan syok.

3) Komplikasi-komplikasi lain seperti kerusakan organ-organ seperti vesikaurinaria dan uterus.

4) Aspirasi atau komplikasi lain yang berhubungan dengan anastesi.

5) Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang.

##### b. Pada bayi

###### 1) Kelahiran bayi prematur

Kelahiran prematur adalah bayi yang lahir sebelum memasuki usia kehamilan 37 minggu. Kebanyakan bayi prematur akan

menderita beberapa komplikasi karena perkembangan organ mereka belum sempurna (Purwoastuti, 2015).

## 2) Kematian bayi

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

## B. Konsep Pre Eklamsia Berat

### 1. Pengertian Preeklamsia

Preeklamsia (tosemia gravidarum) adalah sekumpulan gejala yang timbul pada wanita hamil, bersalin dan nifas yang terdiri dari hipertensi, edema dan proteinuria yang muncul pada kehamilan 20 minggu sampai akhir minggu pertama setelah persalinan (Reeder, Martin, & Griffin., (2017) ; Ratnawati, 2020).

### 2. Kalsifikasi preeklamsia

Menurut Prawirohardjo (2016) preeklamsia dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

#### a. Preeklamsia Ringan

Preeklamsia ringan terjadi jika terdapat tanda-tanda berikut :

- 1) Tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg.
- 2) Proteinuria  $\geq 300$  mg/24 jam atau  $\geq 1+$  dipstik.
- 3) Edema pada lengan, muka, perut dan generalisata.

#### b. Preeklamsia berat

Preeklamsia berat adalah preeklamsia dengan tekanan darah sistolik  $\geq 160$  mmHg dan tekanan darah diastolik  $\geq 110$  mmHg disertai proteinuria  $\geq 5$  g/24 jam.

Preeklamsia berat ditandai sebagai berikut :

- 1) Tekanan darah  $\geq 160/110$  mmHg.
- 2) Proteinuria  $\geq 5$  g/24 jam atau 4+ dalam pemeriksaan kualitatif.
- 3) Oliguria yaitu produksi urin kurang dari 500 cc/24 jam.
- 4) Kenaikan kadar kreatinin plasma.

- 5) Penurunan kesadaran, nyeri kepala, skotoma dan pandangan kabur.
- 6) Nyeri epigastrium atau nyeri pada kuadran kanan atas abdomen (akibat tegangnya kapsula Glisson)
- 7) Edema paru-paru dan sianosis.
- 8) Hemolisis mikroangiopatik.
- 9) Trombositopenia berat  $< 100.000 \text{ sel/mm}^3$  atau penurunan trombosit dengan cepat.
- 10) Gangguan fungsi hepar (kerusakan hepatoselular) seperti peningkatan kadar alanin dan *aspartate aminotransferase*.
- 11) Pertumbuhan janin intaruterin yang terhambat.
- 12) Sindrom HELLP.

### 3. Etiologi Preeklamsia

#### a. Penyebab preeklamsia

Menurut Reeder, Martin, & Griffin., (2017) penyebab preeklamsia hingga saat ini belum diketahui. Banyak teori yang menerangkan penyebab penyakit itu, namun demikian tidak ada yang memberikan jawaban yang memuaskan. Teori yang dapat diterima menerangkan:

- 1) Preeklamsia terjadi karena bertambahnya frekuensi pada primigravida.
- 2) Mola Hidatidosa.
- 3) Preeklamsia terjadi pada wanita dengan usia reproduksi yang ektrim (usia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun).
- 4) Dapat terjadi pada multigravida yang mengalami kehamilan ganda, penyakit pembuluh darah seperti hipertensi kronis dan diabetes melitus serta penyakit ginjal kronik.

### 4. Manifestasi klinis Preeklamsia

Menurut Reeder, Martin, & Griffin., (2017) terdapat beberapa tanda dan gejala dari preelamsia yaitu sebagai berikut :



- a. Peningkatan tekanan darah pada pada usia kehamilan 20 minggu ditandai dengan peningkatan tekanan darah sistolik sebesar 30 mmHg dan peningkatan darah diastolik sebesar 15 mmHg.
- b. Kenaikan berat badan secara tiba-tiba yang disebabkan oleh penumpukan cairan dalam jaringan. Peningkatan berat badan tersebut dapat menimbulkan edema pada wajah dan jari yang dapat terlihat dengan jelas. Peningkatan berat badan sebanyak 0,5 kg / minggu merupakan keadaan yang normal, tetapi apabila wanita hamil mengalami peningkatan berat badan lebih dari 1 kg dalam 1 minggu atau sebanyak 3 kg dalam 1 bulan maka perlu dicurigai adanya preeklamsia.
- c. Terdapat protein dalam urin secara tiba-tiba.

Adapun tanda dan gejala dari PEB yaitu sebagai berikut :

- a. Sakit kepala berat dan terus menerus, biasanya pada kepala bagian depan atau oksipital.
- b. Penglihatan gelap atau kabur.
- c. Penurunan jumlah ekskresi urin (<400 mL/24 jam) dan peningkatan proteinuria ( $\geq 5$  g/24 jam).
- d. Nyeri epigastrium.
- e. Retardasi pertumbuhan janin.
- f. Dekompensasi jantung, edema paru atau sianosis.

## 5. Patofisiologi

Pada preeklampsia terdapat penurunan aliran darah. Perubahan ini menyebabkan prostaglandin plasenta menurun dan mengakibatkan iskemia uterus. Keadaan iskemia pada uterus, merangsang pelepasan bahan tropoblastik yaitu akibat hiperoksidase lemak dan pelepasan renin uterus. Bahan tropoblastik menyebabkan terjadinya endotheliosis menyebabkan pelepasan tromboplastin. Tromboplastin yang dilepaskan mengakibatkan pelepasan tromboksan dan aktivasi atau agregasi trombosit deposisi fibrin.

Pelepasan tromboksan akan menyebabkan terjadinya vasospasme sedangkan aktivasi/ agregasi trombosit deposisi fibrin akan menyebabkan koagulasi intravaskular yang mengakibatkan perfusi darah menurun dan konsumtif koagulapati. Konsumtif koagulapati mengakibatkan trombosit dan faktor pembekuan darah menurun dan menyebabkan gangguan faal hemostasis.

Renin uterus yang di keluarkan akan mengalir bersama darah sampai organ hati dan bersama- sama angiotensinogen menjadi angiotensi I dan selanjutnya menjadi angiotensin II. Angiotensin II bersama tromboksan akan menyebabkan terjadinya vasospasme. Vasospasme menyebabkan lumen arteriol menyempit. Lumen arteriol yang menyempit menyebabkan lumen hanya dapat dilewati oleh satu sel darah merah. Tekanan perifer akan meningkat agar oksigen mencukupi kebutuhan sehingga menyebabkan terjadinya hipertensi. Selain menyebabkan vasospasme, angiotensin II akan merangsang glandula suprarenal untuk mengeluarkan aldosteron. Vasospasme bersama dengan koagulasi intravaskular akan menyebabkan gangguan perfusi darah dan gangguan multi organ.

Gangguan multiorgan terjadi pada organ-organ tubuh diantaranya otak, darah, paru- paru, hati/ liver, renal dan plasenta. Pada otak akan dapat menyebabkan terjadinya edema serebri dan selanjutnya terjadi peningkatan tekanan intrakranial. Tekanan intrakranial yang meningkat menyebabkan terjadinya gangguan perfusi serebral, nyeri dan terjadinya kejang. Pada darah akan terjadi enditheliosis menyebabkan sel darah merah dan pembuluh darah pecah. Pecahnya pembuluh darah akan menyebabkan terjadinya pendarahan, sedangkan sel darah merah yang pecah akan menyebabkan terjadinya anemia hemolitik.

Pada paru-paru, terjadi kongesti vena pulmonal, perpindahan cairan sehingga akan mengakibatkan terjadinya edema paru. Edema paru akan menyebabkan terjadinya kerusakan pertukaran gas. Pada hati, vasokonstriksi pembuluh darah menyebabkan akan menyebabkan

gangguan kontraktilitas miokard sehingga menyebabkan payah jantung.

Pada ginjal, akibat pengaruh aldosteron, terjadi peningkatan reabsorpsi natrium dan menyebabkan retensi cairan dan dapat menyebabkan terjadinya edema. Selain itu, vasospasme arteriol pada ginjal akan menyebabkan penurunan *glomerulo filtration rate* (GFR) dan permeabilitas terhadap protein akan meningkat. Penurunan GFR tidak diimbangi dengan peningkatan reabsorpsi oleh tubulus sehingga menyebabkan diuresis menurun sehingga menyebabkan terjadinya oligouri dan anuria. Permeabilitas terhadap protein yang meningkat akan menyebabkan banyak protein akan lolos dari filtrasi glomerulus dan menyebabkan proteinuria.

Pada mata, akan terjadi spasmus arteriola selanjutnya menyebabkan oedem diskus optikus dan retina. Keadaan ini dapat menyebabkan terjadinya diplopia. Pada plasenta penurunan perfusi akan menyebabkan hipoksia/anoksia sebagai pemicu timbulnya gangguan pertumbuhan plasenta sehingga dapat berakibat terjadinya Intra Uterin Growth Retardation.

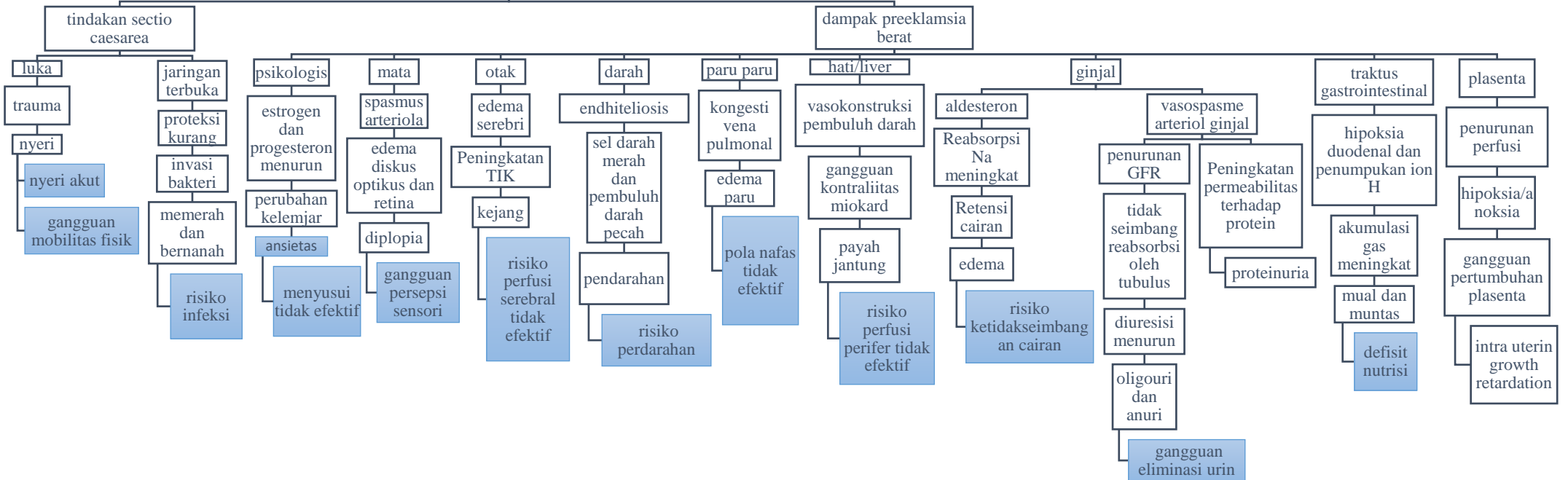
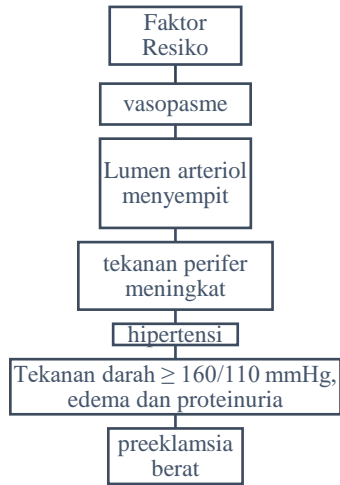
Hipertensi akan merangsang medula oblongata dan sistem saraf parasimpatis akan meningkat. Peningkatan saraf simpatis mempengaruhi traktus gastrointestinal dan ekstremitas. Pada traktus gastrointestinal dapat menyebabkan terjadinya hipoksia duodenal dan penumpukan ion H menyebabkan HCl meningkat sehingga dapat menyebabkan nyeri epigastrik. Selanjutnya akan terjadi akumulasi gas yang meningkat, merangsang mual dan timbulnya muntah. Pada ekstremitas dapat terjadi metabolisme anaerob menyebabkan ATP diproduksi dalam jumlah yang sedikit yaitu 2 ATP dan pembentukan asam laktat. Terbentuknya asam laktat dan sedikitnya ATP yang diproduksi akan menimbulkan keadaan cepat lelah, lemah. Keadaan hipertensi akan mengakibatkan seseorang kurang terpajan informasi (Sukarni, 2014).

6. WOC

Bagan 2.1 WOC

Sumber :  
 SDKI, 2016  
 Reeder, dkk. 2017  
 Sukardi, dkk. 2014

- Faktor Resiko :
- Umur ibu
  - Jamlah paritas
  - Jarak kehamilan
  - Kehamilan multi/ganda
  - Riwayat preeklamsia sebelumnya
  - Riwayat keturunan
  - Riwayat diabetes
  - Penyakit ginjal



## 7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Ratnawati (2020), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan diantaranya :

### a. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Pemeriksaan darah lengkap dengan hapusan darah.
  - a) Penurunan hemoglobin (nilai rujukan 12-14 gr%).
  - b) Hematokrit meningkat (nilai rujukan 37-43 vol%).
  - c) Trombosit menurun (nilai rujukan 150-450 ribu/mm<sup>3</sup>).
- 2) Urinalisis  
Ditemukan protein dalam urine.
- 3) Pemeriksaan fungsi hati
  - a) Bilirubin meningkat ( $N \leq 1$  mg/dl).
  - b) LDH (laktat dehidrogenase) meningkat.
  - c) Aspartat aminotransferase (AST)  $\geq 60$  ul.
  - d) Serum glutamat piruvat transaminase (SGPT) meningkat ( $N = 15-45$  u/ml).
  - e) Serum glutamat oxaloacetic transaminase (SGOT) meningkat ( $N < 31$  u/l).
  - f) Total protein serum menurun ( $N = 6,7-8,7$  g/dl).
- 4) Tes kimia darah  
Asam urat meningkat ( $N = 2,4 - 2,7$  mg/dl).

### b. Radiologi

- 1) Ultrasonografi  
Ditemukan retardasi pertumbuhan janin intrauterus. Pernapasan intrauterus lambat, aktivitas janin lambat, dan volume cairan ketuban sedikit.
- 2) Kardiografi  
Diketahui denyut jantung bayi lemah.
- 3) Data sosial ekonomi  
PEB banyak terjadi pada wanita dan golongan ekonomi rendah, karena mereka kurang mengonsumsi makanan yang

mengandung protein dan juga kurang melakukan perawatan antenatal yang teratur.

4) Data psikologis

Secara umum ibu yang mengalami preeklamsia dalam kondisi yang labil dan mudah marah, ibu merasa khawatir akan keadaan dirinya dan keadaan janin dalam kandungannya. Ibu takut jika nanti anaknya lahir cacat atau meninggal dunia, sehingga ia takut untuk melahirkan.

8. Respon tubuh terhadap perubahan fisiologis

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

a. Sistem Kardiovaskuler

Efek dari obat-obatan anestesi umum terhadap sistem kardiovaskuler yaitu depresi atau iritabilitas kardiovaskuler. Kemungkinan akan terjadi peningkatan tekanan darah  $> 120/80$  mmHg karena kerja jantung yang terlalu cepat akibat penurunan volume darah karena perdarahan yang terjadi pada pembedahan, terjadi peningkatan suhu tubuh serta nadi meningkat  $>100x$ /menit (Prawirohardjo, 2016).

b. Sistem Pencernaan

Penggunaan anestesi baik umum maupun spinal pada saat operasi akan menimbulkan efek samping terhadap sistem pencernaannya, yaitu akan memperlambat proses motilitas gastrointestinal, memperlambat pengembalian tonus dan menyebabkan mual. Pada hari pertama umumnya bising usus masih lemah akibat efek anestesi dan menyebabkan konstipasi (Prawirohardjo, 2016).

c. Sistem Perkemihan

Aktivitas ginjal bertambah pada masa nifas karena reduksi dari volume darah dan eksresi produk sampah dari autolisis. Puncak dari aktivitas ini terjadi pada hari pertama setelah kelahiran. Pada umumnya akan terjadi penurunan sensasi kandung kemih dan diuresis pada awal pasca melahirkan (Prawirohardjo, 2016)

d. Sistem Endokrin

Penurunan hormon estrogen dan progesteron terendah dapat terjadi pada satu minggu setelah persalinan. Penurunan estrogen menyebabkan prolaktin yang disekresi oleh *grandula hipofise anterior* 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 (Prawirohardjo, 2016)

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 (Prawirohardjo, 2016).

9. Penatalaksanaan Pasien Post SC Atas Indikasi PEB

1) Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis yang dapat diberikan seperti pemberian analgetik seperti morfin sulfat, obat-obatan *antiemetic* misalnya prometasin 25 mg yang biasanya diberikan bersama-sama dengan pemberian preparat narkotik. Selain itu pemeriksaan laboratorium (hemoglobin, hematokrit leukosit) dapat dilakukan secara rutin pada pagi hari setelah operasi. Hematokrit harus dipantau kembali bila terdapat kehilangan darah atau bila terdapat oliguria atau keadaan lain yang menunjukkan hipovolemi. Jika hematokrit stabil, pasien dapat melakukan ambulasi tanpa kesulitan apapun dan kemungkinan kecil jika terjadi kehilangan darah lebih lanjut (Prawirohardjo, 2016). Selanjutnya dapat diberikan obat anti kejang seperti MgSO<sub>4</sub> apabila ditemukan tanda dan gejala kejang. Adapun cara pemberian regimen magnesium sulfat (Prawirohardjo, 2016) :

a) *Loading dose*

Diberikan 4 gram MgSO<sub>4</sub> : intravena (40% dalam 10 cc)

selama 15 menit.

b) *Maintenance dose*

Diberikan 6 gram MgSO<sub>4</sub> 40% diencerkan dengan 15 cc aquadest dalam cairan RL/6 jam.

c) *Syarat-syarat pemberian MgSO<sub>4</sub>*

Harus tersedia antidotum MgSO<sub>4</sub>, bila terjadi intoksikasi yaitu kalsium glukonas 10% = 1 gr (10% dalam 10 cc) diberikan IV selama 3 menit, refleks patella (+) serta frekuensi pernafasan > 16 kali/menit dan tidak ada tanda-tanda distress nafas.

d) *Pemberian MgSO<sub>4</sub> dihentikan*

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

e) *Dosis terapeutik dan toksis MgSO<sub>4</sub>*

Dosis terapeutik : 4,8-8,4 mh/dl

Hilangnya reflek tendon : 12 mg/dl

Terhentinya pernafasan : 18 mg/dl

Terhentinya jantung : > 36 mg/dl

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

2) Penatalaksanaan keperawatan

1) Pemeriksaan Umum

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

2) Pemeriksaan khusus.

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

a) Pengontrolan Tanda-tanda Vital

Pengontrolan tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu yang dilakukan minimal setiap 4 jam sekali (Reeder, Martin, & Griffin., 2017).



- b) Fundus Uteri  
Pemeriksaan dapat dilakukan pada tinggi fundus uteri, kontraksi dan posisi fundus uteri tersebut.
  - c) Payudara  
Dapat dilakukan pemeriksaan puting susu, periksa apakah ada pembengkakan serta periksa kelancaran pengeluaran ASI.
  - d) Lochia  
Pemeriksaan terhadap jenis lochia, dapat berupa lochia rubra, serosa atau alba.
- 3) Terapi cairan dan diit
- Untuk pedoman umum, pemberian 3 liter larutan termasuk ringer laktat (RL) terbukti sudah cukup selama pembedahan dan dalam 24 jam pertama berikutnya. Meskipun demikian, jika output urin dibawah 30 ml/jam, pasien harus dievaluasi kembali. Pemberian minum dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 sampai 10 jam post operasi. Paling lambat pada hari kedua setelah operasi, sebagian besar pasien sudah dapat menerima makanan biasa. Pasien diharuskan memakan yang bergizi dan minum sebanyak 1.500 ml/hari (Reeder, Martin, & Griffin., 2017).
- 4) Mobilisasi
- Mobilisasi dilakukan secara bertahap seperti : miring kanan dan kiri yang dapat dimulai sejak 6-10 jam post operasi untuk mencegah thrombosis atau penyumbatan pembuluh darah, latihan pernafasan dapat dilakukan sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar (Reeder, Martin, & Griffin., 2017).
- 5) Ambulasi
- Pada hari pertama post operasi, pasien dengan bantuan perawat dapat bangun dari tempat tidur sebentar sekurang-kurangnya sebanyak 2 kali ambulasi sehingga preparat

analgesic yang baru saja diberikan akan mengurangi rasa nyeri. Pada hari kedua, pasien dapat berjalan ke kamar mandi dengan bantuan (Reeder, Martin, & Griffin., 2017).

#### 6) Perawatan Luka

Umumnya segera setelah cedera, respon peradangan menyebabkan peningkatan aliran darah ke area luka. Meningkatkan cairan dalam jaringan, serta akumulasi leukosit dan fibrosit. Leukosit yang memproduksi enzim proteolitik yang memakan jaringan yang mengalami cedera. Setelah beberapa hari kemudian, fibroblast akan membentuk benang-benang kolagen yang cukup akan melapisi jaringan yang rusak dan menutupi luka (Purwoastuti, 2015). Umumnya luka insisi diinspeksi setiap hari, paling lambat pada hari ketiga pasien sudah dapat mandi tanpa membahayakan luka insisi. Bila balutan luka basah dan berdarah harus dibuka dan diganti (Reeder, Martin, & Griffin., 2017).

### 10. Komplikasi Preeklamsia Berat

Menurut Reeder, Martin, & Griffin., (2017), komplikasi maternal yang disebabkan oleh preeklamsia berat dapat berupa seperti eklampsia, edema paru, hemoragic otak, gagal jantung kongestif, infark miokard, sindrom distress, dan kerusakan endotelium intravaskular. Sedangkan janin memiliki resiko mengalami solusio plasenta, retardasi pertumbuhan intrauterus, hipoksia akut, kematian intrauterus dan prematuritas.

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

- a. Pada ibu
  - 1) Eklampsia
  - 2) Solusio Plasenta
  - 3) Stroke
  - 4) Perdarahan subkapsula hepar
  - 5) Kelainan pembekuan darah (DIC)
  - 6) Sindrom HELLP (*hemolysis, elevated, liver, enzymes, dan low*

*platelet count*) Sindrom HELLP (hemolisis, peningkatan enzim hati, trombositopenia) merupakan komplikasi yang paling umum diderita oleh pasien dengan preeklampsia (Kusmardika & Puspitasari, 2022).

- 7) Ablosio retina
  - 8) Gagal jantung hingga syok dan kematian.
- b. Pada Janin
- 1) Terhambatnya pertumbuhan dalam uterus
  - 2) Prematur
  - 3) Distress fetal
  - 4) Asfiksia neonatorum
  - 5) Hipoksia janin
  - 6) Kematian dalam uterus
  - 7) Peningkatan angka kematian dan kesakitan perinatal.

### C. Konsep Dasar post partum

#### 1. Pengertian post partum

Post partum atau masa nifas (*puerperium*) adalah masa sesudah persalinan dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhirnya ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, masa nifas berlangsung selama  $\pm 6$  minggu (Aspiani, 2017 ; Reeder, Martin, & Griffin., 2017).

#### 2. Adaptasi fisiologi

Menurut Reeder, Martin, & Griffin., (2017) terdapat beberapa adaptasi fisiologis pada ibu post partum yaitu sebagai berikut :

##### a. Sistem Reproduksi

Sistem reproduksi mengalami perubahan selama masa nifas yang terjadi pada semua organ reproduksi internal mayor seperti uterus,

serviks, vagina, dan tuba falopii serta pada semua otot dan ligamen disekeliling organ reproduksi internal mayor tersebut.

#### 1) Uterus

Setelah kelahiran plasenta kondisi uterus akan menjadi massa jaring yang hampir padat, dimana dinding belakang dan dinding depan uterus saling menutup sehingga mengakibatkan rongga dibagian tengah uterus menjadi rata. Uterus akan mengalami involusi karena kontraksi uterus dan mengecilnya sel-sel miometrium. Selain itu involusi uterus juga terjadi karena proses otolisis, yaitu dipecahnya sebagian material protein pada uterus menjadi komponen yang lebih sederhana dan kemudian diabsorpsi.

Tabel 2.1 : Proses Involusi Uterus

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

## 2) Serviks

Setelah proses melahirkan, serviks akan mendatar dan sedikit tonus, tampak lunak dan edema serta mengalami banyak laserasi kecil. Ukuran serviks dapat mencapai dua jari dengan ketebalan 1 cm. Dalam 24 jam, serviks akan memendek dengan cepat dan menjadi lebih keras. Mulut serviks secara bertahap akan menutup dengan ukuran 2 sampai 3 cm setelah beberapa hari dan menjadi 1 cm setelah 1 minggu. Involusi serviks masih terus berlanjut hingga lebih dari 6 minggu dengan edema dan infiltrasi sel bundar yang masih terjadi selama tiga sampai empat bulan.

## 3) Vagina dan perineum

Setelah proses melahirkan, vagina akan menjadi lunak, introitus vagina akan mengalami edema dan eritematosa, tonus otot dan lubrikasi vagina menurun, serta mengalami laserasi sehingga menyebabkan penurunan respon seksual pada minggu pertama setelah melahirkan. Perineum juga akan mengalami edema dan ekimosis. Jika terdapat laserasi atau episiotomi bahkan infeksi tentu akan memperlama proses pemulihan. Rugae vagina muncul kembali pada minggu keempat postpartum dan masih kondisi merata dan tidak setebal pada nulipara. Proses lubrikasi kembali lebih cepat pada ibu yang tidak menyusui. Hal tersebut dapat berlangsung sampai lebih dari enam bulan. Akan tetapi beberapa perempuan mulai dapat kembali melakukan aktivitas seksualnya mulai bulan kedua atau ketiga postpartum.

## 4) Lokia

Pengeluaran pervaginam (rabas) yang berasal dari uterus, serviks dan vagina disebut juga dengan lokia. Lokia terdiri dari tiga jenis yaitu Lokia rubra, serosa, dan alba.

Tabel 2.2 : lokia

Jenis Lokia	Waktu pengeluaran	Karakteristik
Lokia Rubra	1-4 hari	Rabas berwarna merah terang, terdiri atas darah dengan sejumlah kecil lendir, partikel, desidua, dan sisa sel dari tempat plasenta
Lokia Serosa	Berlangsung dalam waktu 5-9 hari	Rabas cair berwarna merah muda mengarah coklat pucat atau kekuningan, terdiri dari darah yang sudah lama, serum, mukus, leukosit dan sisa jaringan.
Lokia Alba	Berlangsung 10- 14 hari. (Bisa sampai minggu ketiga sampai keenam)	Berwarna coklat keputih-putihan yang lebih encer dan transparan, berisi lebih banyak mukus dan leukosit.

#### 5) Tuba falopii dan ligamen

Perubahan histologik pada tuba falopii menunjukkan pengurangan ukuran sel-sel sekretorik, penurunan ukura dan jumlah sel-sel silia dan atropi epitelium tuba. Inflamasi nonbakteri yang sifatnya sementara pada lumen tuba muncul sekitar hari keempat. Setelah 6 sampai 8 minggu, epitelium mencapai kondisi fase folikular awal siklus menstruasi. Ligamen yang menyokong uterus, ovarium dan tuba falopii yang telah mengalami ketegangan dan tarikan yang kuat, relaksasi setelah proses melahirkan. Membutuhkan waktu sekitar 2-3 bulan agar ligamen tersebut kembali ke ukuran dan posisi normal.

#### 6) Otot penyokong panggul

Struktur penyokong otot dan fasia uterus dan vagina dapat mengalami cedera selama proses kelahiran bayi sehingga bisa mengalami relaksasi otot panggul yang dapat melemahkan dan memanjangkan struktur penyokong uterus, dinding vagina, rektum, uretra, dan vesika urinaria. Tipe relaksasi panggul yang

pailing sering terjadi adalah retrokel, enterokel, prolaps uterus, uretrokel, dan sistokel.

#### 7) Dinding abdomen

Proses involusi pada struktur abdomen membutuhkan waktu minimal enam minggu. Tonus otot kembali secara bertahap yang sangat bergantung pada kondisi tonus selama sebelum hamil, latihan dan jumlah jaringan adiposa. Jika otot abdomen mengalami regangan yang berlebihan atau bahkan kehilangan tonusnya dapat terjadi pemisahan/peregangan yang jelas yang dikenal dengan istilah Diastasis Rektus Abdominis (DRA).

#### 8) Payudara dan laktasi

Payudara merupakan salah satu alat reproduksi perempuan bagian luar yang terdiri dari badan payudara, puting susu dan areola. Badan payudara terdiri dari jaringan kelenjar payudara, saluran susu (duktus laktiferus), jaringan ikat, lemak, pembuluh darah, saraf dan pembuluh limfe. Payudara pada perempuan adalah organ yang berperan dalam proses menyusui.

Selama hamil, payudara dipersiapkan untuk laktasi (masa menyusui), dengan peningkatan kadar hormon kewanitaan (estrogen dan progesteron) dan hormon laktasi (prolaktin) serta hormon yang dikeluarkan plasenta. Selama persalinan dan nifas, laktasi dipertahankan oleh dua hormon penting yaitu hormon prolaktin (untuk meningkatkan produksi air susu/ASI) dan oksitosin (untuk penyemprotan ASI).

Setelah melahirkan, terjadi peningkatan produksi pengeluaran kolostrum selama 3-4 hari pertama. Kandungan kolostrum terdiri dari lebih banyak protein dan garam organik, sedikit lemak dan karbohidrat dibandingkan dengan kandungan pada ASI. Kolostrum juga mengandung imunoglobulin A yaitu antibodi gastrointestinal penting yang dibutuhkan bayi baru

lahir. Hari ketiga atau keempat barulah dimulai proses laktogenesis atau sekresi air susu. Suatu reflek neurohormonal yang berfungsi mengontrol pengeluaran air susu dan bekerja melewati jaras saraf aferen menuju hipotalamus disebut reflek let-down. Isapan bayi merupakan stimulus aferen utama, tetapi reflek let-down dapat diaktifkan melalui tangisan bayi (stimulus pendengaran) dan melihat bayi (stimulus visual). Kecemasan dan ketegangan, rasa dingin yang sangat, nyeri, stres dapat menghambat reflek let-down dan mengurangi pengeluaran air susu.

b. Sistem endokrin

Sistem endokrin berkaitan dengan perubahan sistem hormonal pada ibu post partum. Setelah proses melahirkan, kadar plasma hormon yang diproduksi oleh plasenta (hPL) menurun secara cepat sampai kadar yang tidak dapat terdeteksi dalam 24 jam. Kadar hormon chorionic gonadotropin menurun secara cepat setelah melahirkan tetapi tetap rendah sampai terjadi ovulasi. Kadar hormon estrogen menurun sebanyak 90% dalam 3 jam, terendah pada hari ke-7 dan kembali ke kadar folikuler dalam 3 minggu. Sedangkan kadar hormon progesteron menurun dalam 3 hari dibawah kadar fase luteal, tidak terdeteksi pada hari ke-7 dan kadarnya meningkat setelah ovulasi. Kadar FSH dan LH rendah selama 10-12 hari post partum. FSH meningkat ke fase folikular pada minggu ketiga. Sedangkan LH meningkat kadarnya setelah ovulasi pertama. Kadar prolaktin pada ibu yang tidak menyusui menurun ke kadar sebelum hamil dalam waktu 2 minggu. Sedangkan pada ibu yang menyusui, kadarnya akan meningkat saat ada isapan. Kadarnya tetap tinggi selama 6-12 bulan yang bergantung pada frekuensi menyusui.

c. Sistem kardiovaskuler dan hematologi

Perubahan yang terjadi pada sistem kardiovaskuler setelah proses



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

Perubahan volume darah postpartum terjadi dengan cepat, dimana terjadi peningkatan sementara 15-30% pada sirkulasi volume darah antara 12 dan 48 jam setelah melahirkan, yang mengakibatkan terjadinya hemodilusi. Volume darah total menurun ke kondisi sebelum hamil yaitu sebanyak 4 liter pada minggu keempat post partum. Kombinasi efek peningkatan aliran darah balik vena dan diuresis menyebabkan curah jantung 35% lebih besar pada masa awal postpartum. Tekanan darah mengalami sedikit perubahan dibawah normal dan hipotensi ortostatik dapat terjadi dalam 48 jam pertama postpartum. Bradikardia ringan 50-70 kali/menit dapat terus berlangsung selama 1 minggu. Frekuensi jantung kembali ke kondisi sebelum hamil sekitar 3 bulan post partum.

Perubahan pada sistem hematologi pada ibu postpartum mencakup komponen darah yaitu sel darah merah, sel darah putih, hemoglobin dan hematokrit. Selama masa postpartum tidak terjadi proses penghancuran sel darah merah. Sedangka nilai hematokrit kembali pada minggu keempat atau kelima. Jumlah sel darah putih mengalami peningkatan (leukositosis) selam 10-12 hari pertama post partum dengan nilai 20.000/mm<sup>3</sup> sampai 30.000/ mm<sup>3</sup>.

d. Sistem urinarius

Perubahan pada sistem urinarius berkaitan dengan penurunan fungsi ginjal karena penurunan kadar hormon steroid, yang akan kembali normal dalam 3 sampai 6 minggu termasuk aliran plasma ginjal, laju filtrasi glomerulus, kreatinin plasma dan kadar nitrogen. Proses pengeluaran janin dapat menyebabkan trauma pada uretra dan vesika urinaria. Mukosa vesika urinaria dapat mengalami edema dan hipertermia dengan penurunan tonus otot. Hal ini dapat berakibat terjadinya penurunan sensasi terhadap tekanan dan kapasitas vesika urinaria yang lebih besar. Adanya nyeri panggul akan menambah kurangnya sensasi untuk berkemih. Terjadinya diuresis postpartum dapat menyebabkan cepatnya pengisian vesika urinaria. Pembesaran vesika urinaria berkepanjangan dapat menjadikan atonia uteri. Maka perlu dilakukan pengosong kandung kemih yang adekuat sehingga tonusnya bisa pulih dalam waktu 5-7 hari.

e. Sistem gastrointestinal

Perubahan yang dialami ibu pada sistem gastrointestinal seperti motilitas dan tonus pada sistem gastrointestinal. Motilitas dan sistem gastrointestinal dapat kembali normal dalam waktu 2 minggu. Kebanyakan ibu postpartum merasa sangat haus pada 2 sampai 3 hari pertama postpartum karena perpendahan cairan antara ruang interstisial dan sirkulasi akibat diuresis. Ibu bahkan mengalami peningkatan nafsu makan dalam 1-2 post partum. Keluhan konstipasi sering dialami ibu postpartum karena terjadinya relaksasi uterus, rasa nyeri dan khawatir tentang luka perineum, menurunnya tonus otot abdomen, pembatasan intake menjelang partus dan adanya pengaruh pemberian laksatif.

f. Sistem neuromuskular

Perubahan yang dialami ibu selama kehamilan pada sistem neuromuskular yaitu ketidaknyamanan akibat penekanan saraf

karena pembesaran uterus dan retensi cairan tubuh yang memicu rasa baal atau rasa seperti disetrum pada jari-jari tangan yang sering dialami sekitar 5% perempuan. Setelah melahirkan, kondisi tersebut akan pulih, dimana relaksasi relatif dan meningkatnya pergerakan sendi panggul kembali ke stabilitas sebelum hamil pada sekitar minggu ke enam atau delapan post partum. Perubahan postural pun juga berangsur pulih. Akan tetapi bisa muncul keluhan baru pada sistem ini karena menggendong bayi baru lahir.

g. Sistem integumen dan suhu

Perubahan pada kulit yang sebelum hamil mengalami hiperpigmentasi, berangsur menghilang secara bertahap dalam waktu enam sampai delapan minggu postpartum. Kloasma (topeng kehamilan) juga membaik, walaupun mungkin tidak bisa menghilang secara sempurna. Spider angioma, striae atau stretch marks pada abdomen dan kaki bisa saja menghilang tapi tidak sempurna. Kenaikan suhu ringan yang sifatnya sementara dapat terjadi dalam 24 jam pertama postpartum karena proses kehangatan cairan/darah selama persalinan dan kurangnya asupan cairan. Demam juga bisa dialami ibu dalam 12 jam pertama karena pembengkakan vaskular dan limfatik payudara.

3. Adaptasi psikologi

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

a. Periode *Taking In*

Periode ini terjadi setelah 1-2 hari dari persalinan. Dalam masa ini terjadi interaksi dan kontak yang lama antara ayah, ibu dan bayi. Hal ini dapat dikatakan sebagai psikis honey moon yang tidak memerlukan hal-hal yang romantis, masing-masing saling memperhatikan bayinya dan menciptakan hubungan yang baru (Aspiani, 2017).

b. Periode *Taking Hold*

Berlangsung pada hari ke-3 sampai ke-4 post partum. Ibu berusaha bertanggung jawab terhadap bayinya dengan berusaha untuk menguasai keterampilan perawatan bayi. Pada periode ini ibu berkosen-trasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, misalnya buang air kecil atau buang air besar (Aspiani, 2017).

c. Periode *Letting Go*

Terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Pada masa ini ibu mengambil tanggung jawab terhadap bayi. Sedangkan stres emosional pada ibu nifas kadang-kadang dikarenakan kekecewaan yang berkaitan dengan mudah tersinggung dan terluka sehingga nafsu makan dan pola tidur terganggu. Manifestasi ini disebut dengan Post Partum Blues dimana terjadi pada hari ke 3-5 post partum (Aspiani, 2017).

D. Konsep asuhan keperawatan pada *post sectio caesarea* atasi indikasi PEB

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan. 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 (Ratnawati, 2020).

a. Identitas

Mengkaji identitas klien dan penanggung jawab yang meliputi nama, umur, agama, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, lamanya perkawinan dan alamat. Umur biasanya sering terjadi pada primi gravida, <20 tahun atau >35 tahun.

b. Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Pasien *post sectio caesarea* atas indikasi PEB biasanya mengeluh nyeri pada bekas operasi, klien mengeluh nyeri pada ulu hati atau epigastrium, selanjutnya klien juga merasakan sakit kepala, penglihatan kabur, mual dan muntah, tidak nafsu makan, serta bengkak pada ekstremitas.

b) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien dengan *post sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat biasanya sudah menderita hipertensi sebelum hamil. Biasanya klien pernah menderita penyakit ginjal kronis dan biasanya mudah terjadi pada klien yang obesitas. Klien biasanya memiliki riwayat kehamilan ganda, mola hidatidosa, hidramnion serta dengan riwayat kehamilan dengan preeklampsia atau eklampsia pada kehamilan sebelumnya dan pernah melahirkan dengan operasi *sectio caesarea* sebelumnya.

c) Riwayat kesehatan keluarga

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

c. Riwayat Perkawinan

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

d. Pemeriksaan fisik

1) Tekanan darah

Biasanya pasien dengan *post scetio caesarea* atas indikasi PEB akan mengalami tekanan darah tinggi (hipertensi) yaitu  $\geq 160/110$  mmHg

## 2) Kepala

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

## 3) Wajah

Pasien dengan *post sectio caesarea* atas indikasi PEB cenderung mengalami wajah pucat dan edema serta biasanya terdapat cloasma gravidarum.

## 4) Mata

Pasien dengan *post sectio caesarea* atas indikasi PEB biasanya mengalami konjungtiva sub anemis, sklera sedikit ikterik.

## 5) Hidung

Pasien dengan *post scetio caesarea* atas indikasi PEB biasanya tidak ada masalah pada hidung, hidung dapat dinilai dengan melikaht apakah terdapat pernafasan cupping hidung dan polip.

## 6) Telinga

Pasien dengan *post sectio caesarea* atas indikasi PEB biasanya tidak ada masalah pada telinga, telinga dapat dinilai kebersihannya, kesimetrisannya, dan kelainan fungsi pendengaran.

## 7) Mulut

Pasien dengan *post sectio caesarea* atas indikasi PEB biasanya tidak ada masalah pada mulut, mulut bisa dinilai kebersihannya dan lihat bibirnya sianosis atau tidak.

## 8) Leher

Pasien dengan *post sectio caesarea* atas indikasi PEB biasanya ditemukan adanya pembesaran kelenjar tiroid, periksa apakah ada pembesaran kelenjar getah bening dan vena jugularis.

## 9) Dada

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

#### 10) 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.

#### 11) Abdomen

Inspeksi : 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.

#### 12) Genitalia

Genitalia : Pada hari pertama partum klien terpasang kateter

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

b) Haemorhoid: Biasanya tidak ada haemorhoid.

#### 13) 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.

c. 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.

d. Data Psikologis

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

2. Kemungkinan diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada kasus *post sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat (PPNI, 2017) :

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



## 3. Rencana keperawatan

Tabel 2.3 Perencanaan Tindakan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		SLKI	SIKI
1	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dibuktikan dengan Hipertensi (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Kognitif meningkat 3. Sakit kepala menurun 4. Gelisah menurun 5. Kecemasan menurun 6. Demam menurun 7. Tekanan darah sistolik membaik 8. Tekanan darah diastolic membaik 9. Refleks saraf membaik.	Pemantauan tanda vital (I.02060) <b>Observasi</b> a. Monitor tekanan darah b. Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama ) c. Monitor pernapasan d. Monitor suhu tubuh e. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital <b>Terapeutik</b> a. Dokumentasikan hasil pemantauan <b>Edukasi</b> a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan b. Informasikan hasil pemantauan
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077) Subjektif : 1) Mengeluh nyeri  Objektif 1) Tampak meringis 2) Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) 3) Gelisah 4) Frekuensi nadi meningkat 5) Sulit tidur 6) Tekanan darah meningkat 7) Pola nafas berubah 8) Nafsu makan berubah 9) Menarik diri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x24 jam, diharapkan tingkat nyeri teratasi dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Frekuensi nadi membaik 6. Pola nafas membaik	Manajemen Nyeri (I. 08238) <b>Observasi</b> a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respon nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon Nyeri g. Identifikasi pengaruh

	10) Berfokus pada diri sendiri		<p>nyeri pada kualitas hidup</p> <p>h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>i. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>a. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri ( mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>c. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>d. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>b. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>e. Ajarkan teknik</p>
--	--------------------------------	--	--

			<p>nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
			<p>Pemberian Analgetik (I.08243)</p> <p><b>Observasi</b></p> <p>a. Identifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, ferkuensi, 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 efektifitas analgesik</p> <p><b>Terapeutik</b></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 efektifitas analgesic untuk mengoptimalkan respon pasien</p> <p>d. Dokumentasikan respon terhadap efek analgesic dan</p>

			<p>efek yang tidak diinginkan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>a. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>a. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi</p>
3	Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (D.0142)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan ..x 24 jam diharapkan masalah risiko infeksi teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demam menurun</li> <li>2. Kemerahan menurun</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Bengkak menurun</li> <li>5. Kadar sel darah putih membaik</li> </ol>	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p><b>Observasi</b></p> <p>a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik.</p> <p>b. Monitor tanda-tanda vital, monitor TFU, lochea, kontraksi uterus, konsistensi uterus, dan tanda-tanda infeksi (Gisela, 2023)</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>a. Batasi jumlah pengunjung</p> <p>b. Berikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>d. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>b. Ajarkan cara cuci tangan dengan benar</p> <p>c. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi</p> <p>d. Anjurkan mobilisasi dini (Pertiwi, Hermawati, &amp; Ardha, 2023)</p>

			<p>e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>f. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>a. kolaborasi pemberian obat antibiotik (Gisela, 2023)</p>
4	Risiko Perdarahan dibuktikan dengan komplikasi pasca partum	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien selama ..x24 jam diharapkan tingkat perdarahan menurun (L.02017) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kelembapan membran mukosa meningkat</li> <li>2) Perdarahan vagina menurun</li> <li>3) Hemoglobin membaik</li> <li>4) Hematokrit membaik</li> <li>5) Tekanan darah membaik</li> <li>6) Suhu tubuh membaik</li> </ol>	<p>Pencegahan Perdarahan (I. 02067)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor tanda dan gejala perdarahan</li> <li>b. Monitor nilai hematokrit /hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah</li> <li>c. Monitor tanda-tanda ortostatik</li> <li>d. Monitor koagulasi (mis. Prothrombin time (PT), partial thromboplastatin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan/atau platelet</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pertahankan bed rest selama perdarahan</li> <li>b. Batasi tindakan invasif, jika perlu</li> <li>c. Hindari pengukuran suhu rektal</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</li> <li>b. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi</li> <li>c. Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan</li> <li>d. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan</li> </ol>

			<p>vitamin K</p> <p>e. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>a. Kolaborasi pemberian obat kontrol perdarahan, jika perlu</p> <p>b. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu</p> <p>c. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</p>
5	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Parastesia</li> <li>2) Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)</li> </ol> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pengisian kapiler &gt;3 detik</li> <li>2) Nadi perifer menurun dan tidak teraba</li> <li>3) Akral teraba dingin</li> <li>4) Warna kulit pucat</li> <li>5) Turgor kulit menurun</li> <li>6) Edema</li> <li>7) Penyembuhan luka lambat</li> <li>8) Indeks ankle-brachial &lt;0,90</li> <li>9) Bruit femoral</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien selama ..x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat (L.02011) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Denyut nadi perifer meningkat</li> <li>2) Warna kulit pucat</li> <li>3) Edema perifer meningkat</li> <li>4) Pengisian kapiler membaik</li> <li>5) Akral membaik</li> <li>6) Tekanan darah sistolik membaik</li> <li>7) Tekanan darah diastolik membaik</li> </ol>	<p>Perawatan Sirkulasi (I.020079)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, anklebra chial index)</li> <li>b. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)</li> <li>c. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</li> <li>f. Memantau cairan intake dan output pasien (Pertiwi, Hermawati, &amp; Ardhia, 2023)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>b. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> <li>c. Hindari penekanan dan pemasangan</li> </ol>

			<p>tourniquet pada area yang cedera</p> <p>d. Lakukan pencegahan infeksi</p> <p>e. Lakukan hidrasi</p> <p>b. Berikan terapi farmakologi pencegahan kejang seperti MgSO<sub>4</sub>(Pertiwi, Hermawati, &amp; Ardha, 2023)</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>a. Anjurkan menggunakan obat penurunan tekanan darah, antikoagulan, dan penurunan kolesterol, jika perlu</p> <p>b. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</p> <p>c. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak, jenuh.)</p>
6	Risiko cedera dibuktikan dengan hipoksia jaringan (D.0136)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan ..x 24 jam masalah risiko cedera dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toleransi aktivitas meningkat</li> <li>2. Kejadian cedera menurun</li> <li>3. Luka/lecet menurun</li> <li>4. Ekspresi wajah kesakitan menurun</li> <li>5. Gangguan mobilitas</li> <li>6. Tekanan darah membaik</li> <li>7. Frekuensi nadi membaik</li> </ol>	<p>Pencegahan cedera (I.14537)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi lingkungan yang mengakibatkan cedera</li> <li>b. Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera</li> <li>c. Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstremitas bawah</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sediakan pencahayaan yang memadai</li> <li>b. Gunakan lampu tidur selama tidur</li> <li>c. Gunakan alas lantai bila resiko</li> </ol>

			<p>mengalami cedera serius</p> <p>d. Sediakan pispot atau urinal untuk eliminasi diatas tempat tidur</p> <p>e. Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau</p> <p>f. Pertahankan posisi tempat tidur diposisi terendah saat digunakan</p> <p>g. Pastikan roda tempat tidur atau kursi roda dalam kondisi terkunci</p> <p>h. Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan</p> <p>i. Diskusikan mengenai latihan dan terapi fisik yang diperlukan</p> <p>j. Diskusikan mengenai alat bantu mobilisasi</p> <p>k. Diskusikan bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi pasien</p> <p>l. Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan Pasien</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>a. Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga</p> <p>b. Anjurkan berganti posisi secara Perlahan</p>
			<p>Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p><b>Observasi</b></p> <p>a. Identifikasi factor risiko jatuh</p> <p>b. Identifikasi factor</p>



			<p>lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</p> <p>c. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala</p> <p>d. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>a. Orientasi ruangan pada pasien dan keluarga pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam keadaan terkunci</p> <p>b. Pasang hedrail tempat tidur</p> <p>c. Atur tempat tidur mekanis dalam posisi rendah</p> <p>d. Gunakan alat bantu berjalan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>a. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>b. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>c. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p> <p>d. Anjurkan melebarkan kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p>
--	--	--	---

#### 4. Implementasi keperawatan

Setelah rencana keperawatan tersusun, selanjutnya diterapkan tindakan yang nyata untuk mencapai hasil yang diharapkan berupa berkurangnya atau hilangnya masalah ibu. Tahap implementasi ini

terdiri dari beberapa kegiatan, yaitu validasi rencana keperawatan, menuliskan atau mendokumentasikan rencana keperawatan, serta melanjutkan pengumpulan data (Ratnawati, 2020).

Saat melakukan implementasi keperawatan, tidak harus mendetail dan jelas supaya semua tenaga keperawatan dapat menjalankan dengan baik dalam waktu yang telah ditentukan. Perawat dapat melaksanakan langsung atau bekerja sama dengan para tenaga pelaksana lainnya (Ratnawati, 2020).

#### 5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan akhir dari proses keperawatan, di mana perawat menilai hasil yang diharapkan terhadap perubahan dari ibu dan menilai sejauh mana masalah ibu dapat diatasi. Di samping itu, perawat juga memberikan umpan balik atau pengkajian ulang, seandainya tujuan yang ditetapkan belum tercapai, maka dalam hal ini proses keperawatan dapat dimodifikasikan (Ratnawati, 2020).

### **BAB III**

#### **METODE PENELITIAN**

##### **A. Jenis dan Desain Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah kualitatif. Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif (Descriptive Research) yang berbentuk studi kasus yang memaparkan gambaran asuhan keperawatan, dimana rancangan penelitian meliputi proses pengumpulan data dan informasi secara mendalam, mendetail, intensif, holistic, dan sistematis pada suatu klien, keluarga, kelompok yang cukup terbatas sehingga peneliti dapat menghayati, memahami dan mengerti bagaimana objek itu beroperasi atau berfungsi dengan sebenarnya. Penelitian deskriptif (Descriptive Reseach) adalah penelitian yang bertujuan uantuk menggambarkan suatu fenomena yang ada baik fenomena alam maupun fenomena buatan manusia yang digunakan untuk menganalisis atau menggambarkan sesuatu yang terjadi dalam populasi tertentu (Adiputra et al., 2021).

Studi kasus yang telah dilakukan yaitu Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Post Sectio Cesarea* Atas Indikasi PEB di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024.

##### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

###### **1. Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilakukan pada pasien Post Section Caesarea Atas Indikasi PEB di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.

###### **2. Waktu penelitian**

Waktu penelitian dilakukan pada bulan Agustus 2023 sampai bulan Juni 2024.

### C. Populasi dan Sampel

#### 1. Populasi

Populasi dalam penelitian adalah suatu objek atau subjek (manusia atau klien) yang akan diteliti dan memenuhi kriteria atau karakteristik yang telah ditentukan sebelumnya (Adiputra et al., 2021). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien Post Sectio Cesarea Atas Indikasi PEB di ruangan IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang. Populasi yang didapatkan oleh peneliti saat melakukan penelitian adalah sebanyak 4 orang.

#### 2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi yang dipilih melalui teknik sampling sehingga dianggap dapat mewakili atau representative populasi. Teknik sampling cara untuk menentukan sampel agar memperoleh sample yang sesuai dengan subjek penelitian (Adiputra et al., 2021). Sampel dari penelitian ini sebanyak 1 orang pasien Post Sectio Cesarea Atas Indikasi PEB yang dirawat di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2024 dengan menggunakan teknik purposive sampling, adalah suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut bisa mewakilkan karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya. Jika sampel yang ditemukan lebih dari satu, maka selanjutnya akan ditentukan dengan teknik random sampling, yaitu dengan mekanisme acak sederhana seperti dengan undian pada seluruh anggota populasi (Adiputra et al., 2021). Adapun cara kriteria sampel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

##### a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi merupakan karakteristik umum subjek penelitian pada populasi target dan sumber yang akan diteliti (Adiputra et al., 2021). Kriteria inklusi dari pasien yang akan diteliti diantaranya :

- 1) Pasien *post sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat yang bersedia menjadi responden penelitian.

- 2) Pasien *post sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat yang kooperatif dan mampu berkomunikasi baik.
- 3) Pasien *post sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat dengan rawatan hari pertama.

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan kriteria dari subjek penelitian yang tidak boleh ada, dan jika subjek mempunyai kriteria eksklusi maka subjek harus dikeluarkan dari penelitian (Adiputra et al., 2021). Kriteria eksklusi dari pasien yang akan diteliti diantaranya:

- 1) Pasien *post sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat yang mengalami penurunan kesadaran.
- 2) Pasien rawatan yang kurang dari 5 hari karena pulang paksa.

Pengambilan sampel penelitian diambil dari 1 orang dengan diagnosa *post sectio caesarea* atas indikasi PEB dimana pada tanggal 12 Februari 2024 didapatkan 1 sampel yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi, sehingga didapatkan Ny. R menjadi partisipan dalam penelitian.

D. Alat / Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah format asuhan keperawatan yaitu pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan. Instrumen lainnya seperti alat pelindung diri, tensimeter, stetoskop, thermometer, timbangan, microoise (alat ukur tinggi), penlight, dan reflex hammer. Instrumen pengumpulan data meliputi:

1. Format pengkajian keperawatan terdiri dari identitas pasien, identitas penanggung jawab, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.
2. Format analisa data terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, data subjektif, data objektif, masalah dan penyebab.

3. Format diagnosa keperawatan terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya masalah, serta tanggal dan paraf dipecahkannya masalah.
4. Format rencana asuhan keperawatan terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, diagnosis keperawatan, SDKI, SIKI.
5. Format implementasi keperawatan terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, dan implementasi keperawatan.
6. Format evaluasi keperawatan terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, evaluasi keperawatan dan paraf yang mengevaluasi tindakan keperawatan.

#### E. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan salah satu tahapan dalam penelitian. Teknik pengumpulan data adalah teknik atau metode yang digunakan untuk mengumpulkan data yang akan diteliti. Teknik pengumpulan data yang benar akan menghasilkan data memiliki kualitas (kredibilitas) tinggi (Adiputra et al., 2021).

Teknik pengumpulan data antara lain wawancara, observasi, pengukuran, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi.

##### 1. Wawancara

Wawancara atau interview adalah bentuk komunikasi verbal berupa percakapan yang bertujuan memperoleh informasi atau dapat diartikan suatu teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan tanya jawab antara peneliti dengan obyek yang diteliti (Abdussamad, 2021). Wawancara yang dilakukan dengan mewawancarai identitas pasien, identitas penanggung jawab, keluhan utama, ditanyakan aktifitas sehari-hari pasien dibantu keluarga atau biasa melakukan aktifitas secara mandiri. Selain itu ditanyakan juga pada pasien riwayat kesehatan pasien apakah pernah mengalami penyakit keturunan seperti DM, hipertensi, dan jantung serta riwayat pre eklampsia berat

sebelumnya. Selanjutnya menanyakan pola hidup pasien sebelum sakit, menanyakan apakah keluarga memiliki riwayat penyakit keturunan, hipertensi dan menanyakan pola coping stress pasien dalam dilakukan mengenai identitas pasien, kondisi lingkungan pasien dan activity daily(ADL) seperti makan, BAB, BAK, istirahat dan tidur.

## 2. Observasi

Observasi adalah tindakan berupa pengamatan yang dilakukan untuk memperoleh gambaran nyata suatu peristiwa atau kejadian untuk menjawab masalah penelitian. Pengamatan merupakan kegiatan yang melibatkan panca indra berupa penglihatan, penciuman, pendengaran, untuk memperoleh informasi yang diperlukan untuk menjawab masalah penelitian (Adiputra et al., 2021). Pada observasi ini, peneliti mengobservasi kondisi dari pasien, seperti keadaan umum, tanda dan gejala post section caesarea dengan indikasi PEB, luka operasi (ukuran, warna kulit sekitar luka, dan keadaan luka), pemantauan tanda-tanda kejang, edema, perdarahan. Pemantauan tanda-tanda vital yaitu nadi, pernafasan, tekanan darah, dan suhu. Pemantauan laboratorium seperti hasil pemeriksaan laboratorium pada darah (Hb, leukosit, trombosit, dan hematokrit).

## 3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah kegiatan melakukan pemeriksaan fisik klien untuk menentukan masalah kesehatan klien. pemeriksaan fisik dilakukan terhadap anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan dan keperawatan, berkaitan dengan keadaan fisik. Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada asuhan keperawatan ini meliputi pemeriksaan status fisiologis dan pemeriksaan secara head to toe mulai dari kepala, rambut, telinga, wajah, hidung, mulut, dada (thorak dan jantung), abdomen, serta ekstermitas.

## 4. Studi dokumentasi

Analisis dokumen adalah prosedur yang sistematis untuk mereview

dan mengevaluasi dokumen baik materi cetak maupun elektronik yang berbasis komputer dan ditransmisikan melalui internet (Adiputra et al., 2021). Dokumentasi dilakukan menggunakan format asuhan keperawatan, yang terdiri dari format pengkajian keperawatan, analisa data keperawatan, prioritas, format diagnosis keperawatan, format intervensi keperawatan, format implementasi keperawatan, format implementasi keperawatan dan format dokumentasi keperawatan.

## F. Jenis Data

### 1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari sumbernya dengan melakukan pengukuran, menghitung sendiri dalam bentuk angket, observasi, wawancara dan lain-lain (Asri et al., 2020). Data primer juga merupakan data yang diperoleh dari pasien secara langsung dengan melakukan wawancara dan berdasarkan pada hasil pengkajian ke pasien meliputi identitas pasien, identitas penanggung jawab, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang pada pasien post section caesarea atas indikasi PEB.

Data yang diperoleh dikelompokkan menjadi 2 macam, yaitu sebagai berikut:

#### a. Data objektif

Data objektif merupakan data yang berasal dari hasil pengamatan, dan /atau pemeriksaan, baik laboratorium maupun pemeriksaan penunjang medis lainnya (Ernawati, 2021). Data objektif yang didapatkan yaitu hasil pemeriksaan fisik mulai dari kepala, rambut, telinga, wajah, hidung, mulut, dada (thorak dan jantung), abdomen, serta ekstermitas.

#### b. Data subjektif

Data subjektif merupakan informasi yang diperoleh dari keterangan atau keluhan pasien (Ernawati, 2021). Data subjektif yang didapatkan antara lain identitas pasien, identitas penanggung jawab, dan riwayat kesehatan



## 2. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh secara tidak langsung dari orang lain yang berupa laporan, profil, buku pedoman, atau pustaka. Data sekunder dapat pula didapatkan dari catatan-catatan keperawatan, rekam medik pasien, dan lain-lain (Asri et al., 2020). Data sekunder umumnya berupa bukti, data penunjang (pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan diagnostik), catatan atau laporan historis yang telah tersusun dalam arsip yang tidak dipublikasikan seperti status pasien yang ada diruangan.

## G. Prosedur 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.

#### H. Rencana Analisis

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

## **BAB IV**

### **DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Deskripsi Kasus**

Penelitian ini telah dilaksanakan diruang rawat Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang yang berada dilantai dua tepatnya di ruang HCU 1. Penelitian ini melibatkan satu orang partisipan yaitu Ny. R berumur 37 tahun dengan pendidikan terakhir SMA. Ny. R memiliki diagnosa medik Post SC atas indikasi PEB, yang merupakan rujukan dari RS Yarsi Payakumbuh. Pasien masuk ke RSUP Dr. M. Djamil Padang melalui IGD pada tanggal 11 Februari 2024 pukul 17.08 WIB dengan keluhan nyeri di ulu hati, kepala terasa sakit dan pusing, badan terasa lemah dengan tekanan darah yaitu 180/110 mmHg.

#### **1. Pengkajian Keperawatan**

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 12 Februari 2023 pukul 10.30 WIB, Ny. R dirawat diruang HCU 1 kebidanan dengan P3A1H4 nifas hari pertama. Ny. R 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 dan tampak pucat, kepala pasien terasa sakit dan pusing. Tangan dan kaki pasien teraba dingin CRT >2 detik. Tampak adanya edema pada ekstremitas atas dan bawah pasien. Pasien juga mengatakan cemas dengan kondisi dirinya serta kondisi anaknya yang dirawat terpisah.

Riwayat kehamilan sebelumnya Ny. R mengatakan menderita hipertensi pada kehamilan sebelumnya. Ny. R juga mengatakan ada anggota keluarganya yang menderita hipertensi, yaitu ayahnya. Status kehamilan Ny. R yang sekarang adalah G4P3A1H4. Keluhan selama

kehamilan adalah Ny. R mengatakan sering merasa sakit kepala dan pusing, tekanan darah tinggi, badan terasa lemah dan juga letih.

Riwayat persalinan dan nifas yang lalu yaitu partisipan melahirkan anak pertama dan anak kedua secara normal, namun pada anak ketiga mengalami abortus karena hipertensi yang dialami oleh partisipan. Pada persalinan sekarang, pasien melahirkan pada tanggal 11 Februari 2024 pada pukul 23.30 WIB di RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan cara operasi sesar dan di tolong oleh Dokter. Ny. R melahirkan di usia kehamilan 30-31 minggu, bayi kembar berjenis kelamin laki-laki dan perempuan dengan berat bayi laki laki 1900 gram dan panjang badan 42 cm sedangkan berat bayi perempuan 1800 gram dan panjang badan 41cm. Keadaan anak sekarang mengalami hiperbilirubinemia dan dirawat di ruang NICU RS Siti Rahmah.

Ny. R mengatakan cemas dengan keadaannya karena badannya terasa lemah dan juga tekanan darahnya masih tinggi. Ny. R juga 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 RS Siti Rahmah.

Ny. R beragama Islam dan selalu berdoa kepada Allah SWT untuk kesembuhannya dan diberikan kesehatan dan perlindungan untuk anaknya. sejak dirawat dirumah sakit sampai sekarang ini pasien belum ada melaksanakan sholat. Pasien mengatakan, saat merasa takut dan cemas pasien mencoba berdzikir. Pasien meyakini yang terjadi pada dirinya saat ini adalah ujian baginya.

Ny. R mengatakan saat ini masih lemah, namun masih bisa melakukan beberapa aktivitas secara mandiri seperti makan dan minum, namun terkadang ada beberapa aktivitas masih dibantu oleh keluarga pasien.

Ny. R mengatakan makan dan minum dengan teratur. Saat sakit pasien makannya berupa nasi beserta lauk dan sayur diselingi dengan buah-buahan berupa pepaya dan pisang. Ny. R mengatakan selama sakit sulit untuk beristirahat dan tidur, karena bekas luka operasi pasien masih terasa nyeri.

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan tekanan darah 160/93 mmHg, nadi 86x/menit, suhu 37,5°C, pernapasan 22x/menit. Pada pemeriksaan kepala yaitu hidung, telinga dan rambut didapatkan data dalam batas normal dan tidak ada keluhan tetapi pada bibir tampak pucat, kongjungtiva anemis dan pada hidung tampak terpasang oksigen nasal kanul 3 liter. Pada pemeriksaan leher didapatkan data dalam batas normal dan tidak ada keluhan.

Hasil pemeriksaan dada khususnya pada payudara didapatkan payudara simetris kiri dan kanan, areola mammae hiperpigmentasi atau menghitam, papila mammae menonjol, tidak lecet dan bersih. ASI tidak ada dan tidak ada pembekakan di payudara. Pada pemeriksaan paru-paru dan jantung didapatkan data dalam batas normal dan tidak ada keluhan. Hasil pemeriksaan abdomen ditemukan adanya striae, tampak ada linea alba, adanya luka bekas operasi dibawah umbilikus, posisi luka operasi sesar melintang, luka tampak tertutup dengan perban, ukuran luka kurang lebih 15 cm, saat dilakukan palpasi ada nyeri tekan area bekas luka operasi sesar. Tinggi fundus uteri berada sejajar pusat dan kontraksi uterus teraba keras. Hasil pemeriksaan genitalia lochea rubra warna merah terang dan konsistensi encer.

Saat dilakukan pemeriksaan ekstremitas atas Ny. R terpasang IVFD RL 20 tetes per menit dengan drip MgSO<sub>4</sub> 8 gr 20 tetes per menit, dan RL drip Oxytocin 20 tpm ditangan sebelah kiri, tangan klien teraba dingin dan tampak pucat, CRT > 2 detik, tampak edema pada tangan

pasien. Pada ekstremitas bawah kedua telapak kaki pasien terba dingin dan pucat, CRT > 2 detik, tampak edema pada kedua kaki pasien.

Data pemeriksaan laboratorium pada tanggal 12 Februari 2024 didapatkan hasil pemeriksaan hemoglobin 9,1 g/dl (normal 12-14 g/dl), leukosit  $13,18 \times 10^3/\text{mm}^3$  (normal 5-10  $10^3/\text{mm}^3$ ), hematokrit 32 % (normal 37-43%), RDW-CV 14,8% (normal 11,5-14,5 %).

Program Terapi dokter yang diberikan yaitu metildopa 3x500 mg, paracetamol 3x500 mg, Vitamin C 3x50 mg, Ceftriaxone 2x1 gr, SF 2x1 tablet, IVFD RL drip MgSO<sub>4</sub> 8 gr 20 tetes per menit, RL drip Oxytocin 2 amp 20 tetes per menit, Pronalgess 2 kp, tranfusi PRC 3 unit.

## 2. Diagnosis Keperawatan

Setelah dilakukan analisa data dari hasil pengkajian didapatkan masalah keperawatan utama pada Ny. R yaitu **risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi** ditandai dengan data subjektif yaitu Ny. R mengatakan kepalanya terasa sakit dan pusing. Adapun data objektifnya yaitu tekanan darah 160/93 mmHg, wajah tampak pucat, mukosa bibir tampak pucat, dan Ny. R juga tampak gelisah.

Diagnosis keperawatan kedua yaitu **perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin** ditandai dengan data subjektifnya yaitu Ny. R mengatakan badannya terasa lemah. Adapun objektifnya yaitu terdapat edema pada ekstremitas, akral teraba dingin, wajah pasien tampak pucat, mukosa bibir tampak kering dan pucat, konjungtiva anemis, CRT > 2 detik, tekanan darah 160/93 mmHg, nadi 86x/menit, dan Hb 9,1 g/dl.

Diagnosis keperawatan yang ketiga adalah **nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)** ditandai dengan

data subjektifnya yaitu Ny. R mengeluh nyeri padaluka bekas operasi dibagian bawah perutnya, mengatakan nyeri terasa hilang timbul dan terasa ditusuk-tusuk, nyeri terasa setiap kali melakukan pergerakan, skala nyeri 6, nyeri terasa selama lebih kurang 5 menit pada bekas operasi, Ny. R mengatakan sulit istirahat dan tidur karena nyeri. Adapun data objektifnya Ny. R tampak meringis dan gelisah, tampak ada luka operasi tertutupi perban pada bagian perut bawah dengan ukuran  $\pm$  15 cm, tekanan darah meningkat 160/93 mmHg, pernafasan 22x/menit, nadi 86x/menit.

Diagnosis keperawatan yang keempat untuk anak Ny. R adalah **menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan neonatus (prematuritas) dan tidak rawat gabung** ditandai dengan data subjektifnya yaitu Ny. R mengatakan tubuhnya terasa lemah/kelelahan, Ny. R mengeluh merasa cemas dengan kondisi bayinya, Ny. R mengeluh ASInya belum ada keluar sedikitpun. Adapun data objektifnya yaitu ASI Ny. R tidak keluar, tidak tampak pembengkakan pada payudara. Bayi Ny. R tidak menyusui secara langsung, karena bayi dirawat terpisah.

Diagnosis keperawatan yang kelima untuk anak Ny. R adalah **ansietas berhubungan dengan krisis situasional** ditandai dengan data subjektifnya yaitu Ny. R mengatakan cemas dengan keadaannya saat ini karena tekanan darahnya masih tinggi, Ny. R juga mengatakan cemas dengan kondisi bayinya yang dirawat terpisah dengannya dan juga mengeluh sulit tidur karena memikirkannya. Adapun data objektifnya yaitu Ny. R tampak gelisah, wajah klien tampak tegang dan sedih, nadi 86x/menit, pernafasan 22x/menit.

### 3. Rencana Keperawatan

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

yang dilakukan pada Ny. R. setelah ditegakan diagnosis keperawatan **risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi**. Intervensi yang direncanakan untuk 3x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteri hasil sakit kepala menurun, gelisah menurun, kecemasan menurun, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik. Rencana keperawatannya yaitu pemantauan tanda-tanda vital, identifikasi penyebab perubahan tanda vital, dokumentasikan hasil pemantauan dan anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah dan memberikan obat anti kejang.

Setelah ditegakan diagnosis keperawatan **perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin**, intervensi yang direncanakan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil denyut nadi perifer meingkat, edema perifer menurun, warna kulit pucat menurun, pengisian kapiler darah membaik, akral membaik, Hb membaik, tekanan darah membaik. Rencana keperawatannya yaitu perawatan sirkulasi yaitu periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, suhu), hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, lakukan hidrasi, anjurkan menggunakan obat penurunan tekanan darah, ajarkan mengonsumsi makanan rendah lemak untuk memperbaiki sirkulasi, pemberian produk darah PRC.

Setelah ditegakan diagnosis keperawatan **nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)**, intervensi yang direncanakan untuk 3x24 jam diharapkan 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 yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik nonfarmakologis (relaksasi otot progresif) untuk mengurangi nyeri,



kontrollingkungan yang memperberat rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan strategi meredakan nyeri, kolaborasi pemberian analgetik.

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

Setelah ditegakan diagnosis keperawatan **ansietas berhubungan dengan krisis situasional**, intervensi yang direncanakan untuk 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun. Rencana keperawatan yaitu reduksi ansietas yaitu identifikasi saat tingkat ansietas berubah, identifikasi kemampuan pengambilan keputusan, monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal), ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, temani pasien untuk mengurangi kecemasan, pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis, anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien, anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, latih teknik relaksasi.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan untuk Ny. R dilakukan selama 5 hari. Implementasi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat. Berikut adalah implementasi keperawatan yang dilakukan untuk Ny. R. dengan masalah keperawatan **risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi** adalah pemantauan tanda-tanda vital dengan tindakan keperawatan yaitu memonitor tekanan darah sekali 3 jam, frekuensi nadi, pernafasan, suhu tubuh dilakukan setiap harinya. Mendokumentasikan hasil pemantauan dan memberikan metildopa untuk menurunkan tekanan darah dan memberikan MgSO<sub>4</sub> sebagai anti kejang.

Implementasi yang dilakukan pada Ny. R dengan masalah keperawatan **perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin** adalah 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, membantu memberikan transfusi PRC 3 kolf selama 3 hari bertahap. Pada hari pertama memberikan transfusi darah PRC 1 kolf dan dilanjutkan pemberian 1 kolf darah lagi pada hari kedua oleh perawat ruangan. Pada hari keempat diberikan sebanyak 1 kolf PRC diberikan oleh perawat ruangan.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Ny. R dengan masalah keperawatan **nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)** 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 terapi nafas dalam, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, memberikan obat penurun nyeri yaitu pronalgess pada hari pertama dan paracetamol 500 mg untuk hari selanjutnya, memberikan terapi obat ceftriaxone 1 gr, memonitor tekanan darah setiap 3 jam sekali.

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

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk masalah yaitu **ansietas berhubungan dengan krisis situasional** yaitu menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, memantau tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal), menemani pasien untuk mengurangi kecemasan, mengajarkan klien teknik relaksasi yaitu terapi nafas dalam dan terapi murotal.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari selama 5 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada Ny. R pada diagnosis keperawatan **risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi** didapatkan masalah sudah teratasi pada kunjungan kelima yaitu pada tanggal 16 Februari 2024. Evaluasi subjektif pada kunjungan kelima yaitu Ny. R mengatakan sakit kepala dan pusingnya sudah menurun dan evaluasi objektif yaitu TD 123/80 mmHg, nadi

75x/menit, pernafasan 18x/menit, SpO2 98%, infus sudah tidak terpasang dan Ny. R sudah diizinkan pulang.

Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari selama 5 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada Ny. R pada diagnosis keperawatan **perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin** didapatkan masalah sudah mulai teratasi pada hari kelima yaitu pada tanggal 16 Februari 2024. Hasil evaluasi subjektif yang didapatkan adalah Ny. R 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. R sudah tidak tampak gelisah, tekanan darah sudah mulai membaik yaitu 123/80 mmHg, pernafasan 18x/menit, nadi 75x/menit, CRT < 3 detik, suhu tubuh 36,6°C, akral teraba hangat, konjungtiva tidak anemis, hasil pemeriksaan hemoglobin 10,4 g/dl, perfusi sudah membaik dan Ny.R sudah diizinkan pulang.

Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari selama 5 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada Ny. R pada diagnosis keperawatan **nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)** didapatkan masalah sudah mulai teratasi pada hari kelima yaitu pada tanggal 16 Februari 2024. Evaluasi subjektif yang didapatkan adalah Ny. R mengatakan nyeri pada luka bekas operasinya sudah berkurang, skala nyeri 2, meringis menurun, dan hasil evaluasi objektif yaitu TD 123/80 mmHg, nadi 75 x/menit, pernafasan 18x/menit, SpO2 98%, infus sudah tidak terpasang pada hari kelima kunjungan dan Ny. R sudah diizinkan pulang.

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan implementasi pada Ny. R dengan diagnosa keperawatan **menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya neonatus (prematuritas)** didapatkan

masalah sudah mulai teratasi, Ny. R mengatakan cemasnya sudah mulai berkurang, ASInya sudah mulai lancar dan banyak namun masih belum bisa menyusui bayinya secara langsung karena bayinya masih dirawat diruangan perinatologi.

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan implementasi pada Ny. R dengan diagnosa keperawatan **ansietas berhubungan dengan krisis situasional** didapatkan masalah sudah mulai teratasi, Ny. R mengatakan cemas dan gelisah sudah mulai berkurang.

## **B. Pembahasan Kasus**

Setelah melakukan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan meliputi pengkajian, menegakkan diagnosis, melakukan perencanaan tindakan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan. Pada pembahasan ini peneliti akan membahas kasus berdasarkan teori dan asuhan keperawatan tentang masalah post sectio sesarea atas indikasi PEB di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. D JAMIL Padang.

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Ibu post partum dengan status obstetri P3A1H4 (kehamilan ganda) dengan post *sectio caesarea* atas indikasi pre eklampsia berat, partisipan berusia 37 tahun datang dengan keluhan utama yaitu nyeri di ulu hati, kepala terasa sakit dan pusing, badan terasa lemah dengan tekanan darah yaitu 180/110 mmHg dan edema pada ekstremitas atas dan bawah.

Salah satu faktor risiko yang menyebabkan terjadinya preeklamsia adalah kehamilan ganda. Pertumbuhan janin ganda lebih sering mengalami gangguan dibandingkan janin tunggal (Setiawati, 2020). Menurut penelitian (Rahayu, 2023) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara kehamilan ganda dengan kejadian preeklamsia pada kehamilan. Kehamilan ganda memiliki resiko tinggi terjadinya preeklamsia dan komplikasi lainnya, sehingga ibu hamil diharapkan

melakukan pemeriksaan kehamilan minimal 6 kali pada pelayanan kesehatan.

Menurut analisa peneliti ada kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan pada partisipan bahwasanya ada hubungan antara kehamilan ganda dengan kejadian preeklampsia karena hiperplasentosis atau trofoblas yang berlebihan dapat menurunkan perfusi uteroplasenta yang dapat mempengaruhi aktivasi endotel yang dapat mengakibatkan terjadinya vasospasme hingga terjadinya hipertensi pada ibu hamil ganda.

Usia ibu pada masa kehamilan merupakan salah satu faktor yang menentukan tingkat risiko kehamilan dan persalinan. Wanita dengan usia <20 tahun dan >35 tahun memiliki risiko tinggi terhadap kejadian preeklampsia. Pada usia <20 tahun ukuran uterus belum mencapai ukuran yang normal untuk kehamilan, sehingga kemungkinan terjadinya gangguan dalam kehamilan seperti preeklampsia. Sedangkan pada usia >35 tahun terjadi proses degeneratif yang mengakibatkan perubahan struktural dan fungsional yang terjadi pada pembuluh darah perifer yang mempengaruhi perubahan tekanan darah, sehingga lebih rentan mengalami preeklampsia (Juniarty & Mandasari, 2023). Menurut penelitian (Andi, 2022) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara usia ibu dengan kejadian preeklampsia, dimana ibu hamil yang berusia <20 tahun dan >30 tahun cenderung lebih beresiko menderita preeklampsia dibandingkan ibu hamil yang berusia 20-35 tahun.

Menurut analisa peneliti ada kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan pada partisipan bahwasanya adanya hubungan antara usia partisipan dengan kejadian terjadinya pre eklampsia pada ibu hamil yaitu dengan usia partisipan yang sudah 37 tahun membuktikan bahwa wanita dengan usia lebih dari 35 tahun rentan mengalami

terjadinya preeklampsia. Hal tersebut terjadi karena seiring bertambahnya usia lebih rentan untuk terjadinya peningkatan tekanan darah.

Hasil pengkajian didapatkan partisipan mengeluh 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.

Nyeri yang dialami pasien post operasi terjadi setelah pembedahan, hal ini disebabkan karena terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter, bradikanin, serotonin, dan histamine. Rangsangan ini akan dihantarkan ke thalamus dan dipersepsikan sebagai nyeri. Nyeri yang dirasakan terjadi pada hari pertama setelah efek bius sudah habis, tetapi tidak semua wanita mengalami kadar nyeri yang sama. Perawat dapat mengetahui adanya nyeri dari keluhan pasien dan tanda umum atau respon fisiologis tubuh pasien terhadap nyeri. Sewaktu nyeri biasanya pasien akan tampak meringis, nadi meningkat, berkeringat, napas lebih cepat, pucat, menangis, dan tekanan darah meningkat (Renita, Santik, & Wahyuningsih, 2019). Menurut analisa peneliti ada kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan pada partisipan, dimana nyeri akut terjadi karena adanya kerusakan jaringan akibat proses pembedahan.

Hasil pengkajian partisipan mengeluh badannya terasa lemah, kepala pasien terasa sakit dan pusing. Tangan dan kaki pasien teraba dingin CRT >2 detik. Tampak adanya edema pada ekstremitas atas dan bawah partisipan.

Pada preeklamsia terjadi gangguan multiorgan salah satunya pada otak yang menyebabkan terjadinya edema serebri dan selanjutnya terjadi peningkatan tekanan intrakranial. Tekanan intrakranial yang meningkat menyebabkan terjadinya gangguan perfusi serebral, nyeri kepala dan terjadinya kejang (Sukarni, 2014). Pada umumnya, partisipan yang mengalami PEB sering mengalami sakit kepala yang hebat sebagai sebuah tanda awal sebelum terjadinya kejang, maka dari itu sakit kepala pada pasien PEB harus segera ditangani (Reeder, Martin, & Griffin., 2017).

Menurut analisa peneliti ada kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan pada klien, dimana sakit kepala pada klien merupakan dampak dari peningkatan tekanan intrakranial. Selain itu sakit kepala juga merupakan tanda awal sebelum terjadinya kejang. Dimana kejang yang terjadi merupakan komplikasi yang tidak diinginkan dari PEB.

Menurut penelitian (Kurniawati et al., 2023) menyatakan beberapa tanda dan gejala yang sering terjadi bagi penderita preeklampsia adalah pembengkakan pada wajah dan 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 edema pada ekstremitas dan wajah. Menurut analisa peneliti, terdapat kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan pada partisipan, yaitu partisipan mengalami pembengkakan atau edema pada ekstremitasnya.

Hasil pengkajian didapatkan bahwa partisipan diketahui menderita hipertensi pada kehamilan sebelumnya. Partisipan juga mengatakan ayahnya menderita hipertensi. Status kehamilan Ny. R yang sekarang



adalah G4P3A1H4 (kehamilan ganda). Keluhan selama kehamilan adalah Ny. R mengatakan sering merasa sakit kepala dan pusing, tekanan darah tinggi, badan terasa lemah dan juga letih.

Menurut (Cunningham, 2018) menyatakan bahwa angka kejadian preeklampsia akan meningkat pada ibu yang menderita hipertensi kronis, karena pembuluh darah plasenta sudah mengalami gangguan. Salah satu faktor predisposisi PEB ialah riwayat hipertensi, penyakit hipertensi vaskular sebelumnya, atau hipertensi esensial. Hipertensi yang diderita sebelum kehamilan mengakibatkan gangguan atau kerusakan pada organ-organ penting tubuh. Kehamilan itu sendiri membuat berat badan naik sehingga dapat mengakibatkan gangguan/kerusakan yang lebih parah, yang ditunjukkan dengan edema dan proteinuria. Menurut analisa peneliti ada kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan pada partisipan, bahwasanya partisipan sudah memiliki riwayat hipertensi sebelumnya.

Hasil pengkajian didapatkan data persalinan dan nifas yang lalu yaitu partisipan melahirkan anak pertama dan anak kedua secara normal, namun pada anak ketiga mengalami abortus karena hipertensi yang dialami oleh partisipan. Pada persalinan sekarang, pasien melahirkan dengan cara operasi sesar dan melahirkan diusia kehamilan 30-31 minggu, bayi kembar berjenis kelamin laki-laki dan perempuan dengan berat bayi laki laki 1900 gram dan panjang badan 42 cm sedangkan berat bayi perempuan 1800 gram dan panjang badan 41cm. Keadaan anak sekarang mengalami hiperbilirubin dan dirawat di ruang NICU RS Siti Rahmah.

Pada ibu hamil dengan hipertensi, tidak terjadi invasi sel-sel trofoblas pada lapisan otot arteri spiralis dan jaringan matriks sekitarnya, lapisan otot tetap kaku dan keras sehingga lumen arteri spiralis tidak

memungkinkan mengalami distensi dan vasodilatasi. Akibatnya, arteri spiralis relatif mengalami vasokonstriksi dan terjadilah kegagalan remodeling arteri spiralis, sehingga aliran darah uteroplasenta menurun dan terjadilah hipoksia dan iskhemia plasenta hingga menyebabkan terjadinya abortus (Ika & Ratnawati, 2016).

Kejadian kelahiran prematur yang dipengaruhi oleh preeklamsia akibat terjadinya spasme pembuluh darah. Menurunnya aliran darah ke plasenta mengakibatkan gangguan fungsi plasenta. Spasme arterioli yang mendadak dapat menyebabkan asfiksia berat. Jika spasme berlangsung lama akan mengganggu pertumbuhan janin. Jika terjadi peningkatan tonus dan kepekaan uterus terhadap rangsangan dapat menyebabkan partus prematurus (Khoriyah, Aini, & Purwanti, 2021).

Menurut analisa peneliti, ada kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan, yaitu faktor penyebab terjadinya PEB karena adanya hubungan kejadian preterm dengan preeklampsia berat dengan kasus yang dialami oleh partisipan yaitu dengan persalinan preterm dengan usia kehamilan 30-31 minggu gravid G4P2A1H2.

Dari hasil pengkajian partisipan mengatakan saat ini masih lemah, namun masih bisa sendiri seperti makan dan minum, namun terkadang ada beberapa aktivitas masih dibantu oleh keluarga. selama sakit partisipan sulit untuk beristirahat dan tidur, karena bekas luka operasi pasien masih terasa nyeri.

Menurut Maryunani (2013) pasien dengan *post sectio caesarea* atas indikasi PEB cenderung mengeluh lemah dan nyeri pada perut bekas operasi, sehingga sulit untuk beraktivitas. Menurut analisa peneliti ada kesesuaian antara teori dan kasus, dimana partisipan sulit beraktivitas dan beristirahat dikarenakan nyeri pada luka bekas

operasinya sehingga mengakibatkan aktivitas pasien terbatas dan dibantu oleh keluarga ataupun perawat.

Pemeriksaan fisik pada partisipan didapatkan bahwa tekanan darah 160/93 mmHg, nadi 76 kali per menit, suhu 37,5°C, pernapasan 22 kali per menit. 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.

Pada preeklampsia akan terjadi vasospasme, vasospasme menyebabkan lumen arterioli menyempit. Lumen arterioli yang menyempit menyebabkan lumen hanya dapat dilewati oleh satu sel darah merah. Tekanan perifer akan meningkat agar oksigen mencukupi kebutuhan sehingga menyebabkan terjadinya hipertensi (Sukarni, 2014). Menurut analisa peneliti, terdapat kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan pada partisipan, yaitu partisipan mengalami hipertensi.

Penyebab persalinan prematur adalah kehamilan ganda, hipertensi dalam kehamilan, PEB, perdarahan ante partum dan ketuban pecah dini. Proses produksi dan sekresi ASI dipengaruhi hormon prolaktin dan oksitosin. Hormon tersebut dipengaruhi oleh keadaan emosional, ibu yang memiliki tingkat stress yang tinggi dapat menghambat pengeluaran hormon-hormon tersebut. Keadaan emosional ibu yang tidak stabil akan mengurangi produksi ASI sehingga ibu merasa ASI yang diberikan tidak mencukupi kebutuhan bayi (Putri & Mufdillah, 2022).

Menurut analisa peneliti terdapat kesesuaian antara teori dengan kasus yaitu kelahiran prematur yang disebabkan oleh PEB dapat

mempengaruhi produksi dan sekresi ASI. Ibu post partum dengan PEB memiliki tingkat stress yang tinggi sehingga dapat menghambat pengeluaran hormon prolaktin dan oksitosin.

Hasil data pemeriksaan laboratorium pada tanggal 12 Februari 2023 didapatkan hasil hemoglobin 9,1 g/dl, leukosit  $13,18 \times 10^3/\text{mm}^3$ , hematokrit 32 %, PT 9 detik. Menurut Ratnawati (2020), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien *post sectio caesarea* atas indikasi adalah pemeriksaan darah lengkap dengan hasil pemeriksaan biasanya terjadi penurunan hemoglobin, peningkatan hematokrit, penurunan trombosit.

Menurut analisa peneliti, terdapat kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan pada partisipan, yaitu terjadinya penurunan Hb dan hematokrit pada partisipan dikarenakan adanya proses pembedahan.

## 2. **Diagnosis Keperawatan**

Berdasarkan SDKI (2017), diagnosis keperawatan *post sectio caesarea* atas indikasi PEB ada 13, yaitu Risiko perfusi serebral tidak efektif, nyeri akut, risiko infeksi, risiko perdarahan, perfusi perifer tidak efektif, ansietas, menyusui tidak efektif, risiko cedera, gangguan mobilitas fisik, pola nafas tidak efektif, gangguan eliminasi urin, resiko ketidakseimbangan cairan, gangguan persepsi sensori. Menetapkan diagnosis berdasarkan masalah dan keluhan yang di dapat dari pengkajian. Dalam menetapkan diagnosis keperawatan terdapat hanya 5 diagnosis yang diangkat, karena tidak ditemukan keluhan pada partisipan yang sesuai dengan diagnosis lainnya.

Berdasarkan hasil pengkajian, peneliti menemukan 5 diagnosis keperawatan 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 hambatan pada neonatus (prematuritas), Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

Diagnosa keperawatan yang pertama yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi. Diagnosis ini ditegaskan berdasarkan hasil pengkajian yang ditemukan, yaitu partisipan mengatakan kepalanya terasa sakit dan pusing, tekanan darah 160/93 mmHg, nadi 76 kali per menit, wajah tampak pucat, mukosa bibir tampak lembab dan pucat, Hb 9,1 g/dl, pemeriksaan laboratorium proteinuria +2.

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

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

Menurut analisa peneliti, terdapat kesesuaian teori dengan diagnosa kasus yang ditemukan yaitu partisipan mengatakan kepalanya terasa sakit dan pusing, tekanan darah meningkat yaitu 160/93 mmHg menunjukkan risiko terjadinya gangguan perfusi serebral disebabkan oleh hipertensi dalam kehamilan yang dialami oleh responden yang mengeluh kepalanya terasa sakit dan pusing.

Diagnosis keperawatan kedua yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Diagnosis ini ditegaskan berdasarkan hasil pengkajian yang ditemukan yaitu partisipan mengatakan badannya terasa lemah, akral teraba dingin, wajah pasien tampak pucat, mukosa bibi tampak kering dan pucat, terdapat edema pada ekstremitas, tekanan darah 160/93 mmHg, nadi 86 kali per menit, suhu, 37,5°C, Hb 9,1 g/dl.

Pada preeklampsia akan terjadi vasospasme, vasospasme menyebabkan lumen arteriol menyempit. Lumen arteriol yang menyempit menyebabkan lumen hanya dapat dilewati oleh satu sel darah merah. Tekanan perifer akan meningkat agar oksigen mencukupi kebutuhan sehingga menyebabkan terjadinya hipertensi (Sukarni, 2014).

Menurut analisa peneliti, diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin bisa ditegaskan pada partisipan karena sesuai dengan teori dan data subjektif dan objektif beserta data penunjang laboratorium. Data yang didapatkan yaitu akral teraba dingin, CRT >2 detik, warna kulit pucat, adanya edema pada ekstremitas, dan nilai Hb rendah yaitu 9,1 g/dl.

Diagnosis keperawatan yang ketiga adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi). Diagnosis ini ditegaskan berdasarkan hasil pengkajian yang ditemukan yaitu partisipan 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, partisipan tampak meringis dan gelisah, menunjukkan lokasi nyeri, tampak ada luka operasi tertutupi perban pada bagian perut bawah dengan ukuran lebih kurang 15 cm, mengalami sulit tidur karena nyeri terasa, tekanan darah 160/93 mmHg, pernafasan 22 kali per menit, nadi 86 kali per menit.

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

Diagnosis keperawatan yang keempat adalah menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan neonatus (prematunitas). Diagnosis ini ditegakan berdasarkan hasil pengkajian yang ditemukan yaitu partisipan mengatakan tubuhnya terasa lemah/kelelahan, merasa cemas dengan kondisi bayinya, mengeluh ASInya belum keluar, tidak tampak pembekakan pada payudara, bayi tidak menyusui secara langsung karena bayi dirawat terpisah.

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 menyusui, refleks isap pada bayi yang lemah, bayi sumbing, dan bayi yang terpisah dengan ibunya karena tidak dirawat gabung ataupun dalam keadaan sakit (Dewi, 2014).

Menurut analisa peneliti, ada kesesuaian anatara 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

Diagnosis keperawatan yang kelima adalah ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Diagnosis ini ditegakan berdasarkan hasil pengkajian yaitu partisipan mengatakan cemas dengan keadaannya saat ini karena tekanan darahnya masih tinggi, dan cemas dengan kondisi bayinya yang dirawat terpisah dengannya, tampak gelisah, wajah partisipan tampak tegang dan sedih, nadi 86 kali per menit, pernapasan 22 kali per menit.

Kecemasan merupakan bentuk adaptasi psikologis yang normal terhadap perubahan psikologis yang terjadi pada perempuan. Kecemasan adalah salah satu bentuk perubahan psikologis yang apabila berlangsung terus menerus dapat menyebabkan stress hingga depresi. Dukungan psikologis yang diperlukan oleh ibu hamil selain dari diri sendiri, pasangan dan lingkungan keluarganya. Kecemasan berkelanjutan yang bisa menyebabkan stress dan depresi yang akan berdampak pada kesehatan ibu dan janin (Trisiani & Hikmawati, 2021).

Menurut analisa peneliti, ada kesesuaian anatara teori dengan kasus yang ditemukan pada partisipan, dimana adanya cemas dan gelisah akibat kondisinya dan bayinya. Menyusui tidak efektif ini dapat



menyebabkan stres dan depresi yang akan berdampak pada kesehatan ibu dan janin.

Faktor pendukung tegaknya diagnosis keperawatan yaitu terdapat kaitan antara masalah, penyebab, tanda dan gejala sehingga memudahkan peneliti menegakkan diagnosis. Untuk mengatasi masalah yang ditemukan, peneliti menggunakan beberapa buku panduan untuk menegakkan diagnosis.

### **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 risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi yaitu pemantauan tanda-tanda vital, monitor tekanan darah, frekuensi nadi, pernafasan, suhu tubuh, dokumentasi hasil pemantauan, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, 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 mmHg (Guidelines, 2021). Obat metildopa termasuk dalam agonis reseptor alfa yang bekerja disistem saraf pusat dan menjadi obat antihipertensi yang paling sering digunakan pada kasus hipertensi dalam kehamilan.

Hal ini dikarenakan metildopa menjadi obat yang paling aman digunakan (POGI, 2016).

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

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

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

Menurut analisis peneliti, ada terdapat kesesuaian teori dengan intervensi keperawatan untuk masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan 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.

Rencana asuhan keperawatan yang dibuat untuk diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) yaitu manajemen nyeri seperti identifikasi lokasi, frekuensi, intensitas nyeri, skalanyeri, berikan teknik nonfarmakologis (relaksasi nafas dalam) untuk mengurangi nyeri, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri serta memfasilitasi istirahat dan tidur, tindakan kolaborasi pemberian analgetik.

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

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

Rencana asuhan keperawatan yang dibuat untuk diagnosis menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan neonatus (prematunitas) yaitu edukasi menyusui seperti identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, informasi tujuan atau keinginan menyusui, mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui, 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).

Menurut Wahyuni et al (2022) berbagai cara dapat dilakukan untuk meningkatkan dan memperlancar pengeluaran ASI dan menstimulasi reflek oksitosin, seperti pijat oksitosin, teknik marmet, kompres hangat, breast care (perawatan payudara), teknik massase rolling (punggung). Pijat oksitosin dilakukan untuk merangsang reflek oksitosin atau reflek let down. Selain untuk merangsang reflek let down manfaat pijat oksitosin dapat memberikan kenyamanan pada ibu, mengurangi bengkak, mengurangi sumbatan ASI, merangsang pelepasan hormon oksitosin, mempertahankan produksi ASI. Breast care merupakan pemeliharaan payudara yang dilakukan untuk memperlancar ASI dan menghindari kesulitan saat menyusui dengan melakukan pemijatan.

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

Rencana asuhan keperawatan yang dibuat untuk diagnosis ansietas berhubungan dengan krisis situasional yaitu terapi relaksasi seperti identifikasi saat tingkat ansietas berubah, identifikasi kemampuan pengambilan keputusan, monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal), ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, temani pasien untum mengurangi kecemasan, pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian,

informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis, anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien, anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, latih teknik relaksasi dengan terapi murottal.

Terapi murottal adalah salah satu penerapan Evidence Based Nursing (EBN) untuk mengurangi gangguan pemenuhan rasa cemas. Terapi murottal adalah terapi yang memperdengarkan rekaman suara Al-Qur'an yang dilakukan oleh seorang qori'i (pembaca Al-Qur'an). Tujuan dari EBN ini adalah dapat membantu menurunkan tingkat kecemasan yang dirasakan klien, dapat membantu membuat klien lebih rileks, dapat membantu menurunkan tekanan darah klien. Dalam penerapan EBN didapatkan bahwa terapi murottal dapat membantu menurunkan cemas (Sarwanto P, 2021).

#### **4. Implementasi Keperawatan**

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

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

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

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada partisipan dengan masalah keperawatan 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, pemberian transfusi PRC 3 kolf secara bertahap. Pada hari pertama peneliti memberikan 1 kolf PRC dipagi hari, dan dilanjutkan 1 kolf lagi pada sore harinya oleh perawat ruangan. Pada hari kedua pasien diberikan 1 kolf PRC oleh perawat ruangan.

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

Menurut analisis peneliti, terdapat kesesuaian antara teori dengan implementasi kasus yang sudah dilakukan pada Ny. R yaitu memeriksa sirkulasi perifer yang dilakukan untuk memantau tingkat keparahan dari kondisi pasien dan pemberian tablet zat besi (SF) yang bertujuan untuk mencegah dan menanggulangi anemia atau penurunan konsentrasi hemoglobin. Pemberian transfusi PRC juga dapat meningkatkan kadar hemoglobin dalam darah.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada partisipan dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri setiap harinya, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingati nyeri, memberikan dan mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi nafas dalam) untuk mengurangi rasa nyeri, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, memberikan obat penurun nyeri yaitu paracetamol 500 mg dan terapi obat ceftriaxone 1 gr setiap harinya, memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernafasan setiap 1 kali shift.

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

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

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk masalah menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan neonatus (prematuritas) dan tidak rawat gabung yaitu melakukan edukasi menyusui seperti mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan pasien menerima

informasi, mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui, mendukung ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui, memberikan konseling menyusui, menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi, mengajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (lancth on) dengan benar, mengajarkan perawatan payudara postpartum.

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

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

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk masalah yaitu ansietas berhubungan dengan krisis situasional yaitu menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, memantau tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal), menemani pasien untuk mengurangi kecemasan, mengajarkan klien teknik relaksasi yaitu terapi nafas dalam dan terapi murotal.

Terapi murottal Al-Quran dengan bacaan yang benar dan keteraturan irama akan mampu mendatangkan ketenangan dan meminimalkan kecemasan bagi mereka yang mendengarnya. Terapi ini juga dapat memberi motivasi dan memberi kekuatan untuk menghadapi masalah yang sedang dihadapi sehingga terapi ini dapat menurunkan ketegangan, menstabilkan tekanan darah dan membuat ibu menjadi



lebih tenang dalam menghadapi kecemasannya (Fitria, Naqiyah, & Navisah, 2022).

Menurut analisa peneliti, implementasi yang telah dilakukan sama dengan teori yang ada dan memiliki kesinambungan dari hasil yang telah diteliti. Menurut peneliti dengan dilakukannya terapi murottal dapat membuat klien merasa rileks dan menurunkan tingkat cemas yang dirasakan.

## **5. Evaluasi Keperawatan**

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. Hasil evaluasi subjektif pada kunjungan kelima yaitu partisipan mengatakan sakit kepala dan pusingnya sudah menurun dan evaluasi objektif yaitu TD 123/80 mmHg, nadi 75 kali per menit, pernafasan 18 kali per menit, SpO2 99%, infus sudah tidak terpasang pada hari kelima rawatan partisipan sudah diizinkan pulang.

Menurut analisa peneliti, hasil evaluasi pada diagnosis risiko perfusi serebral tidak efektif telah teratasi dibuktikan dengan telah tercapainya kriteria hasil yaitu sakit kepala menurun, tekanan darah membaik, gelisah menurun. Pemberian antihipertensi kepada partisipan yaitu seperti metildopa mampu membantu menurunkan tekanan darah pada partisipan.

Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari selama 5 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada diagnosis keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin didapatkan masalah sudah mulai teratasi pada hari kelima. Hasil evaluasi subjektif yang didapatkan partisipan 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 123/80 mmHg, pernafasan 18 kali per menit, nadi: 75x/menit, suhu 36,5°C, nilai hemoglobin yaitu 10,4 g/dl.

Menurut analisa peneliti hasil evaluasi pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin teratasi sebagian, perfusi meningkat setelah diberikan 3 kantong produk darah sehingga konsentrasi Hb pada partisipan meningkat dari pada konsentrasi Hb sebelumnya yaitu nilai Hb setelah diberikan 3 kantong darah meningkat menjadi 10,4 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. Evaluasi subjektif yang didapatkan adalah partisipan mengatakan nyeri pada luka bekas operasinya sudah berkurang, skala nyeri 2 dan evaluasi objektif yaitu TD 123/80 mmHg, nadi 75 kali per menit, pernafasan 18 kali per menit, SpO2 98%, infus sudah tidak terpasang dan partisipan sudah diizinkan pulang.

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

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan implementasi pada partisipan dengan diagnosis keperawatan menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya neonatus (prematunitas) didapatkan masalah sudah mulai teratasi, partisipan 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.

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.

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan implementasi pada partisipan dengan diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan krisis situasional didapatkan masalah sudah mulai teratasi, partisipan mengatakan cemas dan gelisah sudah mulai berkurang.

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 terapi murottal dapat membuat klien merasa rileks dan dan menurunkan tingkat kecemasan.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian asuhan keperawatan pada pasien *post sectio caesarea* atas indikasi PEB di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP DR. M. Djamil Padang tahun 2024, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

##### **1. Pengkajian Keperawatan**

Hasil pengkajian pada Ny. R 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 dan tampak pucat, kepala pasien terasa sakit dan pusing. Pasien juga tampak meringis dan gelisah karena nyeri yang terasa. Tangan dan kaki pasien teraba dingin CRT >2 detik. Tampak adanya edema pada ekstremitas atas dan bawah pasien. Pasien juga mengatakan cemas dengan kondisi dirinya serta kondisi anaknya yang dirawat terpisah.

##### **2. Diagnosa Keperawatan**

Terdapat 5 diagnosa keperawatan yang muncul, seperti 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 hambatan pada neonatus (prematuritas), Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

##### **3. Rencana keperawatan**

Rencana keperawatan yang dilakukan sesuai dengan SIKI (2018) yaitu

untuk diagnosis perfusi serebral tidak efektif yaitu pemantauan tanda-tanda vital, perfusi perifer tidak efektif yaitu perawatan sirkulasi, nyeri akut yaitu manajemen nyeri, menyusui tidak efektif yaitu edukasi menyusui, dan untuk ansietas yaitu terapi relaksasi.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan mengacu kepada 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 SLKI (2019). Evaluasi tersebut dilakukan pada masing-masing masalah yang muncul. Lima masalah keperawatan sudah teratasi dengan kriteria hasil yang sudah tercapai.

### **B. Saran**

#### 1. Bagi Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang

Melalui pimpinan diharapkan dapat memberikan motivasi kepada semua staf terkhusus pada perawat di ruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang agar memberikan pelayanan kepada pasien *post sectio caesarea* atas indikasi PEB 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 PEB di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.

3. Bagi instansi 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 pasien *post sectio caesarea* atas indikasi PEB di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan lebih baik lagi. Serta dapat memberikan implementasi keperawatan yang lebih komprehensif lagi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdussamad, Zuchri. 2021. *Metode Penelitian Kualitatif*. edited by Rapann. makasar.
- Adesy Asta, Siti Aisyah, & Titin Dewi Sartika Silaban. (2023). Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Persalinan Sectio Caearia. *Jurnal Aisyiyah Medika*, 8, 1–13.
- Adiputra, Made Sudarma; Ni Wayan Trisnadewi et al. 2021. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. edited by R. J. S. Watrianthos. Denpasar.
- Agustin, L. I. A. (2019). Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Ny. ” M ” Dengan Diagnosa Medis Post Sc Dengan Indikasi Pre Eklamsia Karya Tulis Ilmiah.
- Amalia, F. F. (2020). *Pengaruh Penggunaan MGSO4 Sebagai Terapi Pencegahan Kejang Pada Preeklamsia*. 2507(February), 1–9.
- Andi, N. A. (2022). Hubungan Usia dan Paritas Dengan Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Bersalin. *Fakumi Medical Journal*, 2(4), 280–287.
- Arda, D., & Hartaty, H. (2021). Penerapan Asuhan Keperawatan Post Op Section Caesarea dalam Indikasi Preeklampsia Berat. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(2), 447–451. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.631>
- Aspiani, R. Y. (2017). *Asuhan Keperawatan Maternitas Aplikasi NANDA, NIC, NOC* (A. Maftuhin (ed.)). CV. TRANS INFO MEDIA.
- Asri, H. N. H. A. A. F. R. ... Ria, R. I. (2020). *Metode Penelitian Kualitatif & Kuantitatif*.
- Astuti Setyaningsih, D. ... STIKES Al-Irsyad al-Islamiyyah Cilacap, K. (2020). Terapi Murrotal Al-Mulk Dalam Penurunan Kecemasan Ibu Dengan Pre Eklamsi. *Jurnal Kebidanan*, 6(3), 388–393.
- Ayi Nurlatifah, Weslei Daeli, & Bambang Suryadi. (2024). Prematuritas Berdampak Terjadinya Hiperbilirubinemia Pada Neonatus Di Perinatologi RS Dr. Hafiz Cianjur. *Jurnal Riset Rumpun Ilmu Kedokteran*, 3(1), 18–26. <https://doi.org/10.55606/jurrike.v3i1.2734>
- Ayu, N. (2016). *Patologi dan Patofisiologi Kebidanan*. Nuha Medika.
- Cunningham, F. G. (2018). *Obstetri Williams*. Edisi 23. Volume 1. Jakarta: EGC
- Dewi, V. N. L. (2014). *Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas*. (S. Carolina, Ed.). jakarta: Salemba Medika.

- Dinkes Padang. (2022). Laporan Tahunan Tahun 2021 Edisi Tahun 2022. *Dinkes Padang*, <https://dinkes.padang.go.id/laporan-tahunan-tahun>  
<https://dinkes.padang.go.id/laporan-tahunan-tahun-2021-edisi-tahun-2022>
- Dinkes Sumbar. (2021). *Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat*. 53(9), 1689–1699.
- Efendi, Y. ... Maryani, R. (2023). Analisis Faktor Risiko Penyebab Kejadian Hipertensi di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Sukmajaya Kota Depok Tahun 2022. *Jurnal Interprofesi Kesehatan Indonesia*, 2(2), 304–310. <https://doi.org/10.53801/jipki.v2i2.65>
- Fadhila, I., Herman, R. B. & Yusrawati, (2018). Hubungan Antara Tekanan Darah dan Fungsi Ginjal Pada Preeklamsi di RSUP DR. M. Djamil. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(1), 59-64. doi: 10.25077/jka.v7i1.780
- Fitria, L., Naqiyah, Z., & Navisah, Z. (2022). Murottal Al - Qur ' an Therapy Training on Reducing Anxiety in Post Partum Mothers in the Kendit Health Center Working Area. *Prosiding Midwifery Science Session Murottal*, 1(1), 40–45.
- Gauchan, S. (2019). Pain Assessment in Emergency Department of Teaching Hospital in Lalitpur. *Journal of Karnali Academy of Health Sciences*, 2(3), 209–213. <https://doi.org/10.3126/jkahs.v2i3.26657>
- Gisela, R. R. W. S. H. (2023). *Sektio Sesarea Atas Indikasi Preeklamsia Berat (PEB) DI RUMAH Institut Kesehatan Hermina*.
- Guidelines, Q. C. (2021). Hypertension and pregnancy clinical guideline education. Queensland Health.
- Hardani, dkk. (2020). *Metode Penelitian Kualitatif & Kuantitatif*. Yogyakarta : CV. Pustaka Ilmu Grup.
- Ika, T., & Ratnawati, S. 2016. Hubungan Antara Hipertensi Kronik Dengan Kejadian Abortus Pada Ibu Hamil. *Jurnal Penelitian Kesehatan*, 14(2), 105–110.
- Juniarty, E., & Mandasari, P. (2023). Hubungan Umur Ibu Dan Jarak Kehamilan Dengan Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Bersalin. *Cendekia Medika : Jurnal STIKES Al-Ma'arif Baturaja*, 8(1), 160–167.
- Kasus Nursing Care of Post-Partum Sectio Caesarea with Severe Pre-Eclampsia : A Case Study. *JIM FKep*, VII, 84–91.
- Khoriyah, U. H., Aini, I., & Purwanti, T. (2021). Hubungan Preeklampsia dengan Kejadian Persalinan Preterm. *Jurnal Kebidanan*, 11(1), 33–45. <https://doi.org/10.35874/jib.v11i1.857>



- Kemenkes, R. (2021). Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia. *Badan Pusat Statistik*.
- Kurniawati, D. ... Sulistyorini, L. (2023). Tanda dan Gejala pada Kehamilan dengan Preeklampsia di Wilayah Pertanian Jember. *SEHATMAS (Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat)*, 2(4), 1052–1060. <https://doi.org/10.55123/sehatmas.v2i4.2578>
- Kusmardika, D. A., & Puspitasari, R. D. (2022). Preeklampsia berat dengan HELLP sindrom dan IUFD. *Medula*, 12(2), 113–117.
- Luckyva, T., Ardhia, D., & Fitri, A. (2022). Asuhan Keperawatan Ibu Post Partum Sectio Caesarea Dengan Bsc : Suatu Studi Kasus Nursing Care For Postpartum Sectio Caesarea Mothers With BSC : A Case Study. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Syiah Kuala*, 1, 103–109.
- Maryunani, A. (2013). *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. CV. Trans Info Media.
- Nurmainah, F., M. H dan Mohamad, A. (2021). Profil Proteinuria Dan Tekanan Darah Pada Pasien Preeklampsia Berat Yang Menggunakan Antihipertensi. *Indonesian Journal of Clinical Pharmacy*. Volume 10, Nomor 2.
- Padila. (2016). *Keperawatan Maternitas*. Nuha Medika
- Pertiwi, R., Hermawati, D., & Ardhia, D. (2023). Asuhan Keperawatan Post-Partum Sectio Caesarea Dengan PEB ( Pre-Eklampsia Berat ): Suatu Studi Kasus Nursing Care of Post-Partum Sectio Caesarea with Severe Pre-Eclampsia : A Case Study. *JIM FKep*, VII, 84–91.
- POGI. (2016). PNPk Diagnosis Dan Tatalaksana Preeklampsia. Perkumpulan Obsetri dan Ginekologi Indonesia.
- PPNI. (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Edisi 1 Cetakan III. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Edisi 1 Cetakan II. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Edisi 1 Cetakan II. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Profil kesehatan indonesia tahun 2020. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta; 2021
- Prawirohardjo, S. (2016). *Ilmu Kebidanan Edisi Keempat*. PT. Bina Pustaka








- Purwoastuti. (2015). *Konsep dan Asuhan Kebidanan Maternal dan Neonatal*. Pustaka Baru Press.
- Putri, M. D. Y., & Mufdillah. (2022). Pemberian ASI pada bayi dengan kelahiran prematur (Breast milk in babies with premature birth). *Midwifery and Reproduction*, 5(2), 104–111.
- Putri, V. A. (2023). Karya tulis ilmiah. *Karya Tulis Ilmiah*, 8–11. [www.smapda-karangmojo.sch.id](http://www.smapda-karangmojo.sch.id)
- Rahayu, B. (2023). Hubungan Kehamilan Ganda dengan kejadian Preeklampsia Association of Multiple Pregnancies with The Incidence of Preeclampsia. *Jurnal Ilmiah Kebidanan, Fakultas Kesehatan Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta*, 10(2), 98–103.
- Ratnawati, A. (2020). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Pustaka Baru Press
- Renita, Santik, yunita dyah puspita, & Wahyuningsih, anik setyo. (2019). Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil. *Jurnal Kesehatan*, 5(1), 29–35.
- Reeder, S. J., Martin, L. L., & Koniak-Griffin., D. (2017). *Keperawatan Maternitas : Kesehatan Wanita, Bayi & Keluarga* (Edisi 18). EGC.
- Riskesdas. (2018). *badan penelitian dan pengembangan kesehatan kementrian RI tahun 2018*.
- Rukiah AY dkk. *Asuhan Kebidanan 4 Patologi Kebidanan*. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media; 2013.
- Sarwanto P, K. A. (2021). Evidence Based Nursing Terapi Murottal pada Klien Preeklampsia Post Sectio Caesaria. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Nasional*, 3(2), 1–12. <http://journal.unas.ac.id/health/article/view/1373>
- Setiwati, E. (2020). Hubungan Program Multipelpregnacy, Hypertension Kronis Dengan Acara Exlampsia Berat PRE Pada Ibu Yang Dilengkapi di DR. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin di 2019. *Jurnal Skala Kesehatan*, 11(2), 114–124. <https://doi.org/10.31964/jsk.v11i2.281>
- Siregar, N., & Yusuf, S. F. (2022). Edukasi Pentingnya epatuhan Mengonsumsi Tablet Fe Pada Ibu Hamil Di Desa Huta Holbung Kecamatan Angkola Muaratais Tahun 2022. *Jpmd*, 1(1), 2020–2022.
- Sukarni, D. (2014). *Patologi : Kehamilan, Persalinan, Nifas, dan Neonatus Risiko Tinggi*. Nuha Medika.
- Trisiani, D., & Hikmawati, R. 2021. (2021). Hubungan Kecemasan Ibu Hamil Terhadap Kejadian Preeklampsia Di Rsud Majalaya Kabupaten Bandung. *Jurnal Ilmiah Bidan*, 1(3), 14–18.









- Vijayanti, N., Isro'in, L., & Munawaroh, S. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum Dengan Masalah Keperawatan Menyusui Tidak Efektif Studi Kasus Di Ruang Melati RSUD Dr. Harjono Ponorogo. *Health Sciences Journal*, 6(2). <https://doi.org/10.24269/hsj.v6i2.1544>
- Wahyuni, Elly., Andriani Lusi., Sri Ynniarti., Yorita Epti. (2022). *Perawatan Kehamilan dan Menyusui Anaka pertama agar Bayi Lahir dan Sehat*. Jakarta : NEM
- WHO. (2019). *Maternal Mortality and Reproductive Health*. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality>
- World Health Organization. Maternal mortality [Internet]. (2019). Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Winancy, W. (2019). Penkes Preeklampsi untuk pengetahuan Ibu Hamil dalam menghadapi komplikasi. *Jurnal Bidan Cerdas (JBC)*.
- Wiratama, P. (2019). Langkah Awal Pengkajian Dalam Proses Keperawatan.

**LAMPIRA**

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

Nama : Melisya Tri Andara  
 NIM : 213110128  
 Pembimbing I : Ns. Hj. Elvia Meti, M. Kep, Sp. Kep, Mai  
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklamsia Berat di IRNA Kebidanan dan Anak RSUF Dr. M. Djamil Padang.

NO	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	18 Agustus 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsultasi judul</li> <li>- Arahan pembuatan BAB I</li> <li>- Fenomena terkait dalam BAB I sesuai sumber</li> <li>- Tata cara penulisan</li> </ul>	
2	28 Agustus 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acc judul karya tulis ilmiah</li> <li>- Melengkapi data</li> <li>- Mengarahkan survei awal</li> <li>- Lengkapi fenomena terham</li> </ul>	
3	25 Oktober 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsultasi BAB I</li> <li>- Penulisan judul diperbaiki</li> <li>- Ukuran logo diperbaiki</li> <li>- Buat main topik</li> <li>- Daftar pustaka dirut A-Z</li> <li>- Fenomena dan data penunjang dikaitkan</li> </ul>	
4	8 November 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsultasi BAB I - BAB III</li> <li>- Penulisan diperbaiki lagi</li> <li>- Tambahkan jurnal pada intervensi</li> <li>- Perbaiki daftar pustaka</li> </ul>	
5	15 Desember 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsultasi BAB I - BAB III</li> <li>- Perbaiki penulisan</li> <li>- Tambahkan jurnal pada intervensi</li> <li>- Wort dipahami</li> <li>- Arahan pengambilan sampel</li> </ul>	
6	2 Januari 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsultasi BAB I - BAB III</li> <li>- Jurnal ditambahkan</li> <li>- Perbaikan penulisan ditambahkan</li> <li>- Penulisan dalam tabel vikitip I spasi</li> <li>- Konsultasi BAB III pengambilan sampel</li> </ul>	
7	4 Januari 2024	ACC untuk ujian sidang proposal	

8	16 Januari 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki penulisan lembaran pengesahan, daftar isi</li> <li>- Sumber pada gambar kecil</li> <li>- Perbaiki tulisan pada daftar lampiran</li> </ul>	
9	17 Januari 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kroscek ulang proposal</li> <li>- Lanjutkan pada tim penguji lainnya</li> </ul>	
10	12 Februari 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsultasi laporan pasien</li> <li>- Konsultasi hasil pengkajian</li> </ul>	
11	17 Februari 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsultasi diagnosis keperawatan</li> <li>- Lanjutkan BAB IV</li> </ul>	
11	19 Februari 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsultasi BAB IV</li> <li>- Perbaiki tulisan proposal jadi karya tulis ilmiah</li> <li>- Perbaiki penulisan</li> <li>- Efisienkan penulisan</li> </ul>	
13	21 Mei 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsultasi BAB IV</li> <li>- Tambahkan riwayat kehamilan sekarang</li> <li>- Konsultasi BAB IV (pada pembahasan tidak boleh diulang kembali dari deskripsi kasus)</li> <li>- Pada pembahasan cukup munculkan masalah</li> <li>- Gabungkan paragraf agama dengan sosial</li> <li>- Efisienkan penulisan</li> <li>- Tonjolkan data penting</li> <li>- Kata singkatan dinarasikan</li> <li>- Perbaiki tulisan</li> </ul>	
14	22 Mei 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsultasi BAB IV, BAB V</li> <li>- Konsultasi abstrak</li> <li>- Perbaiki penulisan abstrak</li> <li>- Perbaiki penulisan</li> <li>- Perbaiki kalimat agar efektif</li> </ul>	
15	29 Mei 2024	<p>ACC untuk hasil sidang KTI → revisi                  ACC sidang 4 kali</p>	







**Catatan:**

- Lembar konsul harus dibawa setiap kali konsul
- Lembar konsul diserahkan kepada panitia sidang sebagai salah satu syarat pendaftaran sidang.

Mengstuhui,  
Ketua Prodi 133 Keperawatan Padang



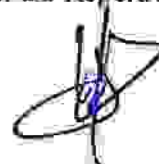
(Ns. Yessi Indriyanti, M.Kep)  
NIP. 197501211999032005

10	24 April 2024	- Perbaiki penulisan - Perbaiki penempatan huruf kapital (Agama) - Konsultasi Bab 4	
11	26 April 2024	- Perbaiki penulisan - Perbaiki rpan daftar pustaka - Perbaiki penulisan daftar pustaka	
11	20 Mei 2024	- Konsultasi bab 5 - Perbaiki penulisan - Perbaiki rpan	
13	28 Mei 2024	- Konsultasi bab 4 - bab 5 - Perbaiki penulisan - Perbaikan type dan penempatan huruf kapital	
14	21 Mei 2024	- Konsultasi abstrak - Perbaiki penulisan - Perbaiki rpan	
15	27 Mei 2024		

**Catatan :**

- Lembar konsul harus dihawa setiap kali konsul
- Lembar konsul diserahkan kepada panitia sidang sebagai salah satu syarat pendaftaran sidang.

Mengetahui,  
Kema Prodi D3 Keperawatan Padang



(Ns. Yessi Fadriyanti, N/ Kep)  
NIP. 197501211990032005



**JADWAL KEGIATAN KARYA TULIS ILMIAH**

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklamsia Berat di Ima Kebidanan dan Anak RSUP. DR. M. Djamil Padang tahun 2024

No.	Kegiatan	Agustus	September	Oktober	November	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni
1.	Mengumpulkan Referensi											
2.	Konsultasi Judul dengan Pembimbing											
3.	Pembuatan Proposal											
4.	Konsultasi Proposal											
5.	Pendaftaran Seminar Proposal											
6.	Seminar proposal											
7.	Perbaikan Proposal											
8.	Pengambilan Data, Pelaksanaan Penelitian, Penyusunan KTI											
9.	Konsultasi Hasil											
10.	Sidang Hasil											
11.	Perbaikan KTI											
12.	Pengumpulan KTI											
13.	Publikasi											

Padang, 27 Mei 2024

Pembimbing I



Ns. Hj. Elvia Meira, M.Kep., Sp.Kep.Mat  
NIP. 19800423 200212 2 001

Pembimbing II



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

Mahasiswa



Melissa Tri Andara  
NIM. 213110128



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG**

Jl. Simpang Pondok Kopi Nanggalo Padang 25146 Telepon (0751) 7053128 (*Hunting*)  
Website : <http://www.poltekkes-pdg.ac.id>  
Email : [direktorat@poltekkes-pdg.ac.id](mailto:direktorat@poltekkes-pdg.ac.id)



Nomor : PP.03.01/4298/2023  
Perihal : *Izin Pengambilan Data*

30 Agustus 2023

Kepada Yth.:

Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang

Di

Tempat

Dengan hormat,

Selubungan dengan dilaksanakannya Penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D. III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang Semester Ganjil TA. 2023/2024, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Pengambilan Data di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin ( nama mahasiswa terlampir )

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

03 September 2023  
Direktur Politeknik Kesehatan  
Kementerian Kesehatan Padang,



RENIDAYATI, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa  
NIP 197205201995032001

Lampiran Surat Tugas  
 Nomor : PP.03.01/4298/2023  
 Tanggal : 03-September 2023

**NAMA-NAMA MAHASISWA YANG MELAKUKAN PENGAMBILAN DATA**

NO	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL KTI
1	Tasya Yolanda Putri	213110152	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Sirosis Hepatis Di RSUP Dr M. Djamil Padang
2	Puti Rahima Dwi Andini	213110136	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ca Colon Di RSUP DR. M. Djamil Padang
3	Nasyiwa Ayumi Salsabila	213110134	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi Pada Pasien Dengan Chf Di RSUP DR M Djamil Padang
4	Afrida Yanti	213110082	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Kolostomi Dengan Indikasi Ca Colon Di RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
5	Elisa Safitri	213110102	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Serviks Di RSUP Dr M. Djamil Padang
6	Melisyia Tri Andara	213110128	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi PEB Di RSUP Dr M. Djamil Padang
7	Alifa Ramadhani	2131110084	Asuhan Keperawatan Gangguan Rasa Aman Nyaman Nyeri Pada Pasien Fraktur Di RSUP Dr M.Djamil Padang
8	Faulan Hamdani	213110106	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Fisik Pada Pasien Fraktur Femur Di RSUP Dr M.Djamil Padang
9	Dindriana Azzahra	213110098	Asuhan Keperawatan Gangguan Oksigenasi Pada Pasien TB Paru Di RSUP Dr M. Djamil Padang
10	Fitria Fatma	213110110	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ca Mammar Di RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
11	Atika Sania Azzahra	213110091	Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Rasa Aman Nyaman Nyeri Pada Pasien Ca Mammar Di RSUP DR.M.DJAMIL PADANG



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

Jalan Perintis Kemerdekaan Padang -25127 Telp. (0751) 32371, 810253, 810254, ext 245

Email : dkkat.mdjamil@yahoo.com

**NOTA DINAS**

Nomor: DP.03.01/XVI.1.3.2/156/IX/2023

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

Dari : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan

Hal : Izin Survei Awal

Tanggal : 11 September 2023

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

Nama : Melisya Tri Andara

NIM/BP : 213110128

Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

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

**"Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi PEB di RSUP Dr. M. Djamil Padang "**

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

MB: Seharus difasilitasi untuk  
mendapatkan data awal  
penelitian sesuai dengan  
topik yang diajukan dan  
sesuai aturan Rumah Sakit  
Padang, 02 Oktober 2023

dr. Hendra Permang, Sp.S(K), M. Blomed

MS. Yora Rahmi, S.kep



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG**

Jl. Simpang Pondok Kopi Nanggalo Padang 25146 Telepon (0751) 7058128 (Hunting)  
 Website : <http://www.poltekkes-pdg.ac.id>  
 Email : [direktorat@poltekkes-pdg.ac.id](mailto:direktorat@poltekkes-pdg.ac.id)



Nomor : PP.03.01/1905/2024  
 Perihal : **Penelitian**

27 Januari 2024

Kepada Yth. :

Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang

Di

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan dilaksanakannya Penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang Semester Genap TA. 2023/2024, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Penelitian di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin.

NO	NAMA	NIM	JUDUL KTI	LAMA PENELITIAN	TEMPAT PENELITIAN
1.	Melisyia Tri Andara	213110128	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklamsia Berat di Ima Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M Djamil Padang	29 Januari 2024 – 30 April 2024	RSUP Dr. M. Djamil Padang

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

Direktur Politeknik Kesehatan  
 Kementerian Kesehatan Padang,



RENIDAYATI, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa





**Kemenkes**

**Kementerian Kesehatan  
RS. M. Djamil**

Jalan Perintis Kemerdekaan Padang  
(0751) 8956666  
<https://rsdjamil.co.id>

**NOTA DINAS**

Nomor: DP.04.03/D.XVI.2.3/172.12024

Yth. Kepala Instalasi Rawat Inap (Kebidanan dan Anak)  
Dari Asisten Manajer Penelitian  
Hal Izin Melakukan Penelitian  
Tanggal : 02 Februari 2024

Sehubungan dengan surat Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang Nomor: PP.03.01/1905/2024 tanggal 27 Januari 2024 perihal tersebut di atas, bersama ini kami kirimkan peneliti:

Nama : Melisya Tri Andara  
NIM/BP : 213110128  
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

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

**"Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklamsia Berat di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang"**

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

Yth. Sub D. Mutu Keb - Anak  
Mohon di fasilitas penelitian  
Sudik kasus 763. 760

7/2-2024  
Pengawas Mutu

Ns. Alfitri, M.Kep., Sp.MB

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

## INFORMED CONCENT

### (Lembar Persetujuan)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Responden: : Rani Antingah  
Umur/Tgl. Lahir : 37 tahun  
Penanggung Jawab : Yen Hendra  
Hubungan : Suami

Setelah mendapat penjelasan dari saudara peneliti, saya bersedia menjadi responden pada penelitian atas nama Melisya Tri Andara Nim 213110128, Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.

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






Padang, 12 Februari, 2024  
Responden

(  )  
( Yen Hendra )



**DAFTAR HADIR PENELITIAN**

**Nama** : Melisya Tri Andara  
**NIM** : 213110128  
**Institusi** : Poltekkes Kemenkes Padang  
**Ruangan** : IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang  
**Judul** : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre-Eklamsia Berat di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2024

No	Hari/Tanggal	Nama Perawat	Tanda Tangan Perawat
1	Senin / 12 Februari 2024		
2	Selasa / 13 Februari 2024	<i>n</i>	
3	Kabu / 14 Februari 2024		
4	Kamis / 15 Februari 2024		
5	Jumat / 16 Februari 2024		
6			
7			

Mengetahui :

Kepala Ruang

  
 (  )



Kementerian Kesehatan  
RS M. Djamil

Jalan Perintis Kemerdekaan Padang  
(0751) 8956666  
<http://rsdjamil.co.id>

**SURAT KETERANGAN**

DP.04.03/D.XVI.2.3f.581/2024

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. Alfini, M.Kep, Sp.MB  
NIP : 197510102002121003  
Jabatan : Asisten Manajer Penelitian

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Melisya Tri Andara  
NIM/BP : 213110128  
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Telah selesai melakukan penelitian di Instalasi Rawat Inap (Kebidanan dan Anak) RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 12 Februari 2024 s/d 16 Februari 2024, guna pembuatan karya tulis/skripsi/tesis/disertasi yang berjudul :

**"Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklamsia Berat di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang"**

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan seperlunya.

Padang, 28 Mei 2024.

a.n. Manajer Penelitian  
Asisten Manajer Penelitian

Ns. Alfini, M.Kep, Sp.MB  
NIP. 197510102002121003



### FORMAT PENGKAJIAN

NAMA MAHASISWA : Melisya Tri Andara  
 NIM : 213110128  
 RUANGAN PRAKTIK : Ruang rawat kebidanan

#### 1. Identitas Klien

Nama : Ny. R  
 Umur : 37 Tahun  
 Pendidikan : SMA  
 Suku bangsa : Piliang  
 Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
 Agama : Islam  
 Alamat Rumah : Lankung, Nagari Situjuah Batua, Kecamatan Situjuah Limo Nagari, Kabupaten Limapuluh Kota

#### 2. Suami

Nama : Tn. Y  
 Umur : 39 Tahun  
 Pendidikan : SMP  
 Suku bangsa : Pitopang  
 Pekerjaan : Petani  
 Agama : Islam  
 Alamat Rumah : Dusun Lankung Situjuah Batua, Kecamatan Situjuah Limo Nagari, Kabupaten Limapuluh Kota.

#### 3. Diagnosa Dan Informasi Medik Yang Penting Waktu Masuk

Tanggal masuk : 11 Februari 2024  
 Tanggal Masuk Ruang Raway : 12 Februari 2024  
 No. Medical Record : 01.21.\*\*.\*\*  
 Ruang rawat : IRNA Kebidanan dan Anak  
 Diagnosa medik : PEB  
 Yang mengirim/merujuk : RS Yarsi Payakumbuh  
 Alasan Masuk : Memerlukan penanganan lanjut untuk ibu dan janin

#### 4. Riwayat Kesehatan

##### a. Riwayat Kesehatan Sekarang

- Keluhan Utama Masuk : masuk ke RSUP Dr. M. Djamil Padang melalui IGD pada tanggal 11 Februari 2024 pukul 17.08 WIB dengan keluhan nyeri di ulu hati, kepala terasa sakit dan pusing, badan terasa lemah dengan tekanan darah yaitu 180/110 mmHg.



- Keluhan saat ini ( waktu pengkajian) : 12 Februari 2024 (10.15 WIB)  
 Pasien masuk ke RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 11 Februari 2024 pukul 22.10 WIB, merupakan rujukan dari RS Yarsi Payakumbuh dengan keluhan nyeri ari-ari menjalar ke pinggang, keluar lendir bercampur darah, keluar air dari kemaluan, pusing dan sakit kepala. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 12 februari 2024 pada pukul 10.30 WIB, klien dirawat diruang HCU 1 kebidanan, pasien mengeluh nyeri, kepala terasa sakit, pusing, tekanan darah 160/93 mmHg. Ny.R dengan P4A1H4 merupakan nifas hari pertama. Ny.R mengeluh nyeri pada bekas operasi, nyeri terasa hilang timbul seperti di tusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri terasa lebih kurang 5 menit, klien juga mengatakan sulit bergerak karena setiap melakukan pergerakan akan terasa nyeri, pasien juga mengatakan sulit tidur dan istirahat, klien juga tampak meringis dan gelisah. Klien tampak pucat, kepala pasien terasa sakit dan pusing. Tangan dan kaki pasien teraba dingin CRT > 2 detik. Tampak adanya edema pada kedua tangan dan kaki.
  
- b. Riwayat Kesehatan Yang Lalu : Ny.R mengatakan menderita hipertensi pada kehamilan sebelumnya.
  
- c. Riwayat Kesehatan Keluarga : Ny. R mengatakan ada keluarganya yang memiliki riwayat hipertensi yaitu ayahnya.
  
- d. Riwayat ginekologi :
  - 1. Reproduksi
    - Riwayat Menstruasi
      - 1) Manarche (Umur) : 14 Tahun
      - 2) Siklus : 29 hari
      - 3) Lamanya : 6-7 hari
      - 4) Banyak : 3 kali ganti pembalut dalam sehari
      - 5) Warna : merah
      - 6) Bau : normal
      - 7) Dismenorhe : tidak ada
      - 8) Keluhan lain : tidak ada
  - 2. Perkawinan
    - Lama Perkawinan : 12 tahun
    - Berapa Kali Kawin : 1 kali
  
- e. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu : G4P4A1H4

NO	TGL/THN	TEMPAT PERSALINAN	CARA PERSALINAN	DITOLONG	ANAK (L/AK)	BB/PB	NIFAS	KEADAA N ANAK SEKARAN



**Kementerian Kesehatan**  
 Republik Indonesia  
 Jl. Jendral Sudirman (Pondok Kelapa) No. 60-61  
 Jakarta Selatan, DKI Jakarta 12165  
 Telp. (021) 5203028  
 Email: [info@kemkes.go.id](mailto:info@kemkes.go.id)

					P)			G
1	31-10-2012	RS Yarsi Payakumbuh	Normal	Bidan	P	3600 gr/59 cm	Normal	Sehat
2	17-06-2014	Bidan	Normal	Bidan	L	3900 gr/ 59 cm	Normal	Sehat

3	15-05-2023	RS Yarsi Payakumbuh	Normal	Bidan	P	200 gr /	Normal	Meninggal
4	12-02-2014	RSUP Dr. M. Djamil Padang	SC	Dokter	L& P	1900 gr & 1800 g	Normal	Sehat

f. Data Keluarga Berencana

- Pernah ikut KB/Tidak Metode : Ny.R mengatakan pernah menggunakan KB yaitu KB jenis Implan
- Rencana KB sekarang : tidak ada

g. Riwayat Kehamilan Sekarang

- Hamil Muda : Ny. R mengatakan tidak ada masalah
- Hamil Tua : Ny. R mengatakan Pusing dan BB naik dengan cepat

5. Data psikologis

- Kehamilan yang lalu : Diinginkan
- Kehamilan yang lahir sekarang : Tidak diinginkan
- Dukungan suami untuk menyusui : Ada
- Interaksi antara ibu dan bayi serta suami : Tidak ada interaksi karena bayi dirawat terpisah

Data psikologis lainnya : saat ini tidak ada interaksi antara ibu dan bayi karena ibu dan bayi terpisah rawatannya, karena bayi pasien dirawat diruangan NICU RS Siti Rahmah.

6. Data spiritual

Ny. R mengatakan bahwa ia beragama islam dan saat sehat pasien melaksanakan sholat 5 waktu. Namun sejak dirawat dirumah sakit sampai sekarang pasien belum ada melaksanakan sholat. Pasien meyakini yang terjadi pada dirinya saat ini adalah ujian baginya

7. Data ekonomi sosial

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

8. Aktivitas Sehari-hari

- Aktivitas (mandiri, dibantu, dll) :  
Ny. R mengatakan mandi baru 1x dengan mandi lap dan dibantu oleh perawat.
- Pola istirahat dan tidur :  
Ny. R mengatakan selama sakit sulit untuk istirahat dan tidur, karena bekas luka operasi pasien masih terasa sangat nyeri.
- Aktivitas makan/minum :  
Ny. R mengatakan makan dan minum dengan teratur. Saat sakit pasien makannya berupa nasi beserta lauk dan sayur diselingi dengan buah-buahan berupa pepaya dan pisang. Selama sakit pasien minum sebanyak  $\pm 2000$  cc dalam sehari. Pada hari pertama rawatan klien makan dibantu oleh perawat.
- Pola eliminasi urin dan defekasi:  
BAK  $\pm 1400$  ml dengan warna kuning dengan terpasang kateter, pasien mengatakan tidak ada rasa nyeri saat BAK, tidak urine disertai nanah, dan darah pada hasil pemeriksaan urinalisa laboratorium didapatkan hasil protein urin positif (+2). Ny.R mengatakan belum ada BAB sejak setelah operasi.



## 9. Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan umum
  - Kesadaran : Compos Mentis
  - Tekanan darah : 160/93 mmHg
  - Suhu : 37,5°C
  - Nadi : 86 x/ menit
  - Pernafasan : 22 x/ menit
- b) Kepala dan rambut :

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

- c) Muka (conjungtiva, sklera, mulut, gigi, bibir, hiperpigmentasi, dll) :

Wajah tampak pucat, tidak tampak edema pada wajah, mata simetris kiri dan kanan, conjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, reflek cahaya positif kiri dan kanan, pandangan pasien normal dan tidak kabur. Hidung simetris kiri dan kanan, tampak bersih, pernapasan tidak cuping hidung, pasien tampak terpasang oksigen nasal kanul 3 liter. Bibir simetris, tampak bersih, bibir tampak kering dan sedikit pucat. Telinga tampak simetris kiri dan kanan, tampak bersih, pendengaran pasien baik.

- d) Telinga :

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

- e) Leher :

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

- f) Dada
  - Paru :
    - I : Dada tampak simetris, tidak ada tarikan dinding dada saat bernapas.
    - P : Fremitus kiri dengan kanan
    - P : Sonor
    - A : Vesikuler
  - jantung :
    - I : Iktus kordis tidak terlihat
    - P : Iktus kordis teraba di RIC 5 mid klavikula
    - P : Pekak
    - A : Irama jantung teratur/ regular
- g) Payudara
  - Kesimetrisan : Tampak simetris kiri dan kanan
  - Areola mammae : Tampak menghitam
  - Papila mammae : Tampak menonjol, tidak lecet dan bersih
  - ASI/kolustrum : Ada, namun hanya sedikit
  - Pembengkakan : Tidak ada pembengkakan
  - Proses laktasi : Bayi tidak disusui secara langsung, bayi menghisap tidak terus menerus, proses menyusui diberikan dengan cara ASI dipompa manual menggunakan alat pemompa ASI yang kemudian diberikan kepada bayi, dikarenakan bayi dan sang ibu dirawat terpisah.

KELUHAN : ASI yang diproduksi oleh ibu hanya sedikit keluaranya.



## h) Perut

- Dinding abdomen : Tampak adanya striae
- Luka operasi : Tampak ada luka bekas operasi dibawah umbilikus, posisi luka operasi sesar melintang, luka tampak tertutup dengan perban
- Tinggi fundus uteri : pada hari pertama post sectio caesarea tinggi fundus uteri yaitu sejajar pusat



- Kontraksi uterus : kontraksi uterus ada dan teraba keras

- i) Ekstermitas : - Varises : tidak ada  
- Reflek patella : positif  
- Edema : ada

- j) Genitalia dan Anus  
Pasien terpasang kateter, tidak ada hemoroid, tidak ada varises, tidak ada kelainan. Lochae Rubra, Konsistensi Encer

#### 10. Pemeriksaan penunjang

##### Data laboratorium

Pada pemeriksaan laboratorium tanggal 12 Februari 2024 didapatkan hasil sebagai berikut :

Pemeriksaan	Nilai	Nilai normal
Hemoglobin	9,1 g/dl	12-14 g/dl
Leukosit	13,18 $10^3/mm^3$	5-10 $10^3/mm^3$
Hematokrit	32 %	37-43 %
RDW-CV	14,8 %	11,5-14,5 %
PT	9,8 detik	9,96 – 13,36 detik

Pada pemeriksaan laboratorium tanggal 14 Februari 2024 didapatkan hasil sebagai berikut :

Pemeriksaan	Nilai	Nilai Normal
Hemoglobin	9,8 g/dl	12-14 g/dl
Leukosit	17,45	5-10 $10^3/mm^3$
Hematokrit	31 %	37-43 %
Eritrosit	3,65 $10^3/\mu L$	4 - 4,5 $10^3/\mu L$
Neutrofil Segmen	80 %	50 – 70 %
Bilirubin Total	0,2 g/dL	0,3 – 1,0 g/dL
RDW-CV	15,2 %	11,5 – 14,5 %
PT	9 detik	9,96-13,3 detik

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

Pemeriksaan	Nilai	Nilai Normal
Hemoglobin	10,4 g/dl	12-14 g/dl
Leukosit	10,21 $10^3/mm^3$	5-10 $10^3/mm^3$
Hematokrit	33 %	37-43 %
RDW-CV	14,7 %	11,5 – 14,5 %



Kementerian Kesehatan  
Pusat Data dan Statistik

Jl. Sekeloa Tengah No. 10, Gedung 10  
Pusat Data dan Statistik  
Jakarta Selatan 12110  
Telp. (021) 5203028  
Email: pusatdata@kemkes.go.id

11. Program terapi dokter
  - a) Metildopa 3x500 mg
  - b) Paracetamol 3x500 mg
  - c) Vitamin C 3x50 mg
  - d) Ceftriaxone 2x1 gr
  - e) SF 2x1 tab
  - f) IVFD RL + drip MgSO<sub>4</sub> dosis maintenance
  - g) RL drip Oxytocin 2 amp 20 tpm
  - h) Pronalgess 2 kp
  - i) Transfusi PRC 3 unit



## ANALISIS DATA

No	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1	<p><b>Data Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny R mengatakan kepalanya terasa sakit dan pusing</li> </ul> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD meningkat : 160/93 mmHg</li> <li>- Wajah tampak pucat</li> <li>- Ny.R tampak gelisah</li> <li>- Hb : 9,1 g/dl</li> <li>- Ny R terapi IVFD RL + drip MgSO4 dosis maintenance.</li> </ul>	Hipertensi	Risiko perfusi serebral tidak efektif
2	<p><b>Data Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny R mengatakan tubuhnya terasa lemah</li> </ul> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wajah pasien tampak pucat</li> <li>- Akral terasa dingin</li> <li>- Hb : 9,1 g/dl</li> <li>- CRT &gt; 2 detik</li> <li>- Nadi : 86x/menit</li> <li>- Konjungtiva anemis</li> <li>- Mukosa bibir tampak pucat</li> <li>- Terdapat edema pada ekstremitas</li> </ul>	Penurunan konsentrasi hemoglobin	Perfusi perifer tidak efektif
3	<p><b>Data Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. R mengeluh nyeri pada luka bekas operasi di bagian bawah perutnya</li> <li>- Nyeri terasa hilang timbul dan terasa ditusuk-tusuk</li> <li>- Ny. R mengatakan skala nyeri 6</li> <li>- Terasa lamanya lebih kurang 5 menit</li> <li>- Ny. R mengatakan nyeri terasa setiap melakukan pergerakan.</li> </ul>	Agen pencidera fisik (prosesur operasi)	Nyeri akut



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. R mengatakan sulit tidur karena nyeri</li> </ul> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. R tampak meringis dan gelisah</li> <li>- Ny. R menunjukkan lokasi nyeri, tampak ada luka operasi tertutupi perban pada bagian perut bawah dengan ukuran <math>\pm</math> 15 cm</li> <li>- Tekanan darah meningkat : 160/93mmHg</li> <li>- RR : 22x/menit</li> <li>- Nadi : 86x/menit</li> </ul>		
4	<p><b>Data Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. R mengatakan merasa cemas dengan kondisi dirinya dan bayinya</li> <li>- Ny. R mengeluh ASI nya keluar hanya sedikit</li> </ul> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ASI Ny. R hanya keluar sedikit (tidak memancar),</li> <li>- Bayi Ny. R tidak menyusu secara langsung pada ibunya, karena bayi Ny. R dirawat terpisah dan ASI Ny. R dipompa kemudian diantar oleh keluarga keruangan bayinya dirawat.</li> </ul>	hambatan pada neonatus (prematunitas) dan tidak rawat gabung	Menyusui tidak efektif
5	<p><b>Data Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. R mengatakan cemas dengan keadaannya saat ini karena tekanan darahnya masih tinggi,</li> <li>- Ny. R juga mengatakan cemas dengan kondisi bayinya yang dirawat terpisah dengannya</li> <li>- Ny. R mengeluh sulit tidur</li> </ul> <p><b>Data Objektif :</b></p>	Krisis Situasional	Ansietas



Kementerian Kesehatan  
 Republik Indonesia

↳ Jalan Sisingang Pondok Kelapa Nagregan  
 Palembang, Sumatera Barat 25110  
 (0751) 296128  
 https://pdk.kemkes.go.id

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. R tampak gelisah,</li> <li>- wajah klien tampak tegang dan sedih</li> <li>- N : 86x/menit</li> <li>- RR : 22x/menit.</li> </ul>		
--	--	--	--



### DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Muncul	Tanggal Teratasi	Tanda Tangan
1	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan Hipertensi	12 Februari 2024	16 Februari 2024	
2	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	12 Februari 2024	16 Februari 2024	
3	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	12 Februari 2024	16 Februari 2024	
4	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan pada neonatus (prematunitas) dan tidak rawat gabung	12 Februari 2024	16 Februari 2024	
5	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional	12 Februari 2024	16 Februari 2024	

### INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : 1. Sakit kepala menurun 2. Gelisah menurun 3. Kecemasan menurun 4. Tekanan darah sistolik membaik 5. Tekanan darah diastolic membaik	Pemantauan tanda vital (I.06198) <b>Observasi</b> a. Monitor tekanan darah b. Monitor frekuensi nadi c. Monitor pernapasan d. Monitor suhu tubuh e. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital  <b>Terapeutik</b> a. Dokumentasikan hasil



			<p>pementauan</p> <p>b. Berikan terapi farmakologi pencegahan kejang seperti MgSO<sub>4</sub></p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>b. Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i></p>
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"> <li>1) Denyut nadi perifer meningkat</li> <li>2) Warna kulit pucat menurun</li> <li>3) Edema perifer menurun</li> <li>4) Pengisian kapiler membaik</li> <li>5) Akral membaik</li> <li>6) Tekanan darah sistolik membaik</li> <li>7) Tekanan darah diastolik membaik</li> </ol>	<p>Perawatan Sirkulasi (I.020079)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, anklebra chial index)</li> <li>b. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)</li> <li>c. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>b. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> <li>c. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera</li> <li>d. Lakukan hidrasi</li> </ol> <p>Edukasi</p>



			<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan menggunakan obat penurunan tekanan darah</li> <li>b. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</li> <li>c. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak, jenuh.)</li> </ul>
3	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan tingkat nyeri teratasi dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Sikap protektif menurun</li> <li>4. Gelisah menurun</li> <li>5. Tekanan darah membaik</li> <li>6. Pola nafas membaik</li> </ul>	<p>Manajemen Nyeri (I. 08238)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri</li> <li>b. Identifikasi skala nyeri</li> <li>c. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>e. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>f. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>g. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi nafas dalam)</li> <li>b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri ( mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>c. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan penyebab,</li> </ul>





			<p>periode, dan pemicu nyeri</p> <p>b. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>c. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>d. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
4	<p>Menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan pada neonatus (prematunitas) dan tidak rawat gabung</p>	<p>Setelah dilakukan asuhankeperawatan 3x24 jam diharapkan status menyusui membaik (L.03029) dengan kriteriahasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tetesan/pancaran ASI meningkat</li> <li>2) Suplai ASI adekuat meningkat</li> <li>3) Kelehan maternal menurun</li> <li>4) Kecemasan maternal menurun</li> </ol>	<p><b>Edukasi Menyusui (I.12393)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi kesiapandan kemampuan menerima informasi</li> <li>b. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>b. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>c. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</li> <li>d. Libatkan sistem pendukung suami, keluarga, dan tenaga kesehatan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan konseling menyusui</li> <li>b. Jelaskan manfaat</li> </ol>



			<p>menyusui bagi ibu dan bayi</p> <p>c. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar</p> <p>d. Ajarkan perawatan payudara postpartum (Memerah ASI, pijatoksitosin)</p>
5	<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional</p>	<p>Setelah dilakukan asuhankeperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteriahasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>2. Perilaku gelisah menurun</li> <li>3. Perilaku tegang menurun</li> <li>4. Pola tidur membaik</li> </ol>	<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. identifikasi saat tingkat ansietas berubah</li> <li>b. identifikasi kemampuan pengambilan keputusan,</li> <li>c. monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal).</li> </ol> <p><b>terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan.</li> <li>b. temani pasien untum mengurangi kecemasan.</li> <li>c. pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian.</li> </ol> <p><b>edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. informasikan secara faktual mengenal diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>b. anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien</li> </ol>



			<p>c. anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi,</p> <p>d. latih teknik relaksasi.</p>
--	--	--	---

**IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN**

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Tanda Tangan
Senin/ 12 Februari 2024	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tekanan darah (sekali 3 jam)</li> <li>2. Memonitor frekuensi nadi, pernafasan, suhu tubuh</li> <li>3. Mengidentifikasi penyebab perubahan tanda vital</li> <li>4. Mendokumentasikan hasil pemantauan</li> <li>5. Memberikan terapi obat metildopa 500 mg</li> <li>6. Memberikan IVFD RL drip MgSO4 drip MgSO4 dosis maintenance.</li> </ol>	<p>S : Ny. R mengatakan kepalanya masih terasa sakit dan pusing</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 160/93 mmHg</li> <li>- HR : 86 x/menit</li> <li>- RR : 22x/menit</li> <li>- SpO2 : 98%</li> <li>- Wajah tampak pucat</li> </ul> <p>A : Risiko Perfusi Serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan yaitu pemberian terapi metildopa 500 mg oleh petugas ruangan</p>	
	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)</li> <li>2. Melakukan hidrasi IVFD RL</li> <li>3. Menganjurkan mengonsumsi makanan rendah lemak untuk memperbaiki sirkulasi</li> </ol>	<p>S : Ny. R mengatakan tubuhnya masih terasa lemah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wajah pasien masih tampak pucat</li> <li>- Akral masih teraba dingin</li> </ul>	



		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Memberikan SF 1 tablet</li> <li>5. Memberikan transfusi PRC 1 kolf (diberikan oleh petugas ruangan)</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mukosa bibir tampak pucat</li> <li>- TD : 160/93 mmHg</li> <li>- HR : 86x/menit</li> <li>- RR : 22x/menit</li> <li>- SpO2: 98%</li> <li>- Hb : 9,1 g/dl</li> <li>- Ny. S masih tampak edema</li> <li>- CRT &gt;2 detik</li> </ul> <p>A : Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pemberian tranfusi PRC 1 kolf oleh petugas ruangan</li> </ul>	
	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi responnyeri non verbal</li> <li>4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>6. Menjelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>7. Memberikan Pronalgess 2 kp</li> <li>8. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasinafas dalam) untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. R masih mengeluh nyeri pada luka bekas operasinya</li> <li>- Nyeri terasa hilang timbul dan seperti ditusuk- tusuk</li> <li>- Skala nyeri 6</li> <li>- Nyeri terasa setiap kali melakukan pergerakan</li> <li>- Ny.R mengatakan masih sulit tidur karena nyeri</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak ada luka operasi diperut bagian bawah yang tertutupi perban</li> <li>- Ny. R tampak meringis</li> <li>- Ny.R tampak</li> </ul>	



Kementerian Kesehatan  
Republik Indonesia

18100 Sisinggih Pondok Kelah Nangroe  
Gulany, Sumatera Barat 25100  
(0751) 268128  
<https://polikkes-poli.com>

			<p>gelisah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah masih tinggi yaitu : 160/93 mmHg</li> <li>- RR : 22x/menit</li> <li>- HR : 86x/menit</li> </ul> <p>A : Nyeri akut belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p>	
	Menyusui tidak efektif berhubungandengan hambatan pada neonatus (prematunitas) dan tidak rawat gabung	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui</li> <li>3. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</li> <li>4. Melibatkan sistem pendukung suami, keluarga, dan tenaga kesehatan</li> <li>5. Memberikan konseling menyusui</li> <li>6. Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</li> <li>7. Mengajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar</li> <li>8. Mengajarkan perawatan payudara postpartum (Memerah ASI, pijat oksitosin)</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny.R mengatakan tubuhnya masih terasa lemah/kelelahan</li> <li>- Ny. S mengatakan masih merasa cemas dengan kondisi dirinya dan bayinya</li> <li>- Ny. S mengeluh ASInya tidak keluar</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ASI Ny. R tidak keluar</li> <li>- Bayi Ny. R masih tidak menyusu secara langsung pada ibunya, karena bayi Ny. R dirawat terpisah</li> </ul> <p>A : Menyusui tidak efektif belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	
	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>2. memantau tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</li> <li>3. menemani pasien untuk mengurangi kecemasan</li> <li>4. mengajarkan klien teknik</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. R mengatakan masih cemas dengan keadaannya saat ini karena tekanan darahnya masih tinggi</li> <li>- Ny. R juga</li> </ul>	



		relaksasi yaitu terapi nafas dalam dan terapi murotal.	<p>mengatakan masih cemas dengan kondisi bayinya yang dirawat terpisah dengannya.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. R tampak gelisah</li> <li>- wajah klien tampak tegang dan sedih</li> <li>- N : 86x/menit,</li> <li>- RR : 22x/menit</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
Selasa/ 13 Februari 2024	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tekanan darah (sekali 3 jam)</li> <li>2. Memonitor frekuensi nadi, pernafasan, suhu tubuh</li> <li>3. Mengidentifikasi penyebab perubahan tanda vital</li> <li>4. Mendokumentasikan hasil pemantauan</li> <li>5. Memberikan terapi obat metildopa 500 mg</li> </ol>	<p>S : Ny. R mengatakan kepalanya masih terasa sakit dan pusing</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 140/85 mmHg</li> <li>- HR : 80x/menit</li> <li>- RR : 19x/menit</li> <li>- SpO2 : 98%</li> <li>- Wajah tampak pucat</li> </ul> <p>A : Risiko Perfusi Serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan yaitu pemberian terapi obat metildopa 500 mg</p>	
	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)</li> <li>2. Melakukan hidrasi IVFD RL</li> <li>3. Menganjurkan mengonsumsi makanan rendah lemak untuk memperbaiki sirkulasi</li> </ol>	<p>S : Ny. R mengatakan tubuhnya masih terasa lemah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akral masih teraba dingin</li> <li>- Wajah pasien</li> </ul>	



Kementerian Kesehatan

Poliklinik Tumor

Jl. Dr. Sardjito No. 101-102, Gedung 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000

(021) 2068128

https://poliklinik.kemkes.go.id

https://poliklinik.kemkes.go.id

		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Memberikan SF 1 tablet</li> <li>5. Memberikan transfusi PRC 1 kolf (diberikan oleh petugas ruangan)</li> </ol>	<p>masih tampak pucat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mukosa bibir tampak pucat</li> <li>- TD : 140/85 mmHg</li> <li>- HR : 80x/menit</li> <li>- RR : 19x/menit</li> <li>- SpO2: 98%</li> <li>- Hb : 9,8</li> <li>- Ny. R masih tampak edema</li> <li>- CRT &gt;2 detik</li> </ul> <p>A : Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan</p>	
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>3. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa</li> <li>4. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi nafas dalam) untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>5. Mengkolaborasikan pemberian obat ceftriaxon 1 gr</li> <li>6. Memberikan paracetamol 500 mg</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. R masih mengeluh nyeri pada luka bekas operasinya</li> <li>- Nyeri terasa hilang timbul dan seperti ditusuk- tusuk</li> <li>- Skala nyeri 4</li> <li>- Nyeri terasa setiap kali melakukan pergerakan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak ada luka operasi diperut bagian bawah yang tertutupi perban</li> <li>- Ny. R masih tampak meringis</li> <li>- Ny.R masih tampak gelisah</li> <li>- Tekanan darah masih tinggi yaitu : 140/85 mmHg</li> <li>- RR : 19x/menit</li> </ul>		



			<p>- HR : 80x/menit</p> <p>A : Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan pada neonatus (prematunitas) dan tidak rawat gabung	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui</li> <li>3. Melibatkan sistem pendukung suami, keluarga, dan tenaga kesehatan</li> <li>4. Memberikan konseling menyusui</li> <li>5. Mengajarkan perawatan payudara postpartum (Memerah ASI, pijat oksitosin)</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. S mengatakan masih merasa cemas dengan kondisi dirinya dan bayinya</li> <li>- Ny. S mengeluh ASI nya keluar hanya sedikit</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ASI Ny. R hanya keluar sedikit (tidak memancar),</li> <li>- Bayi Ny. R masih tidak menyusu secara langsung pada ibunya, karena bayi Ny. R dirawat terpisah</li> </ul> <p>A : Menyusui tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>2. memantau tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</li> <li>3. menemani pasien untuk mengurangi kecemasan</li> <li>4. mengajarkan klien teknik relaksasi yaitu terapi nafas dalam dan terapi mural.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. R mengatakan masih cemas dengan keadaannya saat ini karena tekanan darahnya masih tinggi</li> <li>- Ny. R juga mengatakan masih cemas dengan kondisi bayinya yang dirawat terpisah dengannya.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. R tampak</li> </ul>	





			<p>gelisah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wajah klien tampak tegang dan sedih</li> <li>- N : 80x/menit,</li> <li>- RR : 19x/menit.</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
Rabu/ 14 Februari 2024	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tekanan darah (sekali 3 jam)</li> <li>2. Memonitor frekuensi nadi, pernafasan, suhu tubuh</li> <li>3. Mengidentifikasi penyebab perubahan tanda vital</li> <li>4. Mendokumentasikan hasil pemantauan</li> <li>5. Memberikan terapi obat metildopa 500 mg</li> </ol>	<p>S : Ny. R mengatakan kepalanya masih terasa sakit dan pusing</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 135/80 mmHg</li> <li>- HR : 72x/menit</li> <li>- RR : 19x/menit</li> <li>- SpO2 : 98%</li> <li>- Wajah tampak pucat</li> </ul> <p>A : Risiko Perfusi Serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)</li> <li>2. Melakukan hidrasi IVFD RL</li> <li>3. Menganjurkan mengonsumsi makanan rendah lemak untuk memperbaiki sirkulasi</li> <li>4. Memberikan SF 1 tablet</li> </ol>	<p>S : Ny. R mengatakan tubuhnya masih terasa lemah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akral masih terasa dingin</li> <li>- Wajah pasien masih tampak pucat</li> <li>- Mukosa bibir tampak pucat</li> <li>- TD : 135/80 mmHg</li> <li>- HR : 72x/menit</li> <li>- RR : 19x/menit</li> <li>- SpO2: 98%</li> <li>- Hb : 9,7</li> <li>- Ny. S masih</li> </ul>	



Kementerian Kesehatan

Pelayanan Kesehatan

RSUD Sisinggih Pondok Kelah Nangroe

Bulang, Sumatera Barat 25111

(0751) 266128

<https://polikkes-pdl.com>

			<p>tampak edema</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CRT &gt;2 detik</li> </ul> <p>A : Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan (pemberian tranfusi PRC 1 kolf oleh petugas ruangan)</p>	
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>3. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa</li> <li>4. Menjelaskan strategimeredakan nyeri</li> <li>5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi nafas dalam) untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>6. Memberikan terapi obat ceftriaxone 1 gr</li> <li>7. Memberikan paracetamol 500 mg</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. R masih mengeluh nyeri pada luka bekas operasinya</li> <li>- Nyeri terasa hilang timbul dan seperti ditusuk- tusuk</li> <li>- Skala nyeri 3</li> <li>- Nyeri terasa setiap kali melakukan pergerakan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak ada luka operasi diperut bagian bawah yang tertutupi perban</li> <li>- Ny. R masih tampak meringis</li> <li>- Ny.R masih tampak gelisah</li> <li>- TD: 135/80 mmHg</li> <li>- RR : 19x/menit</li> <li>- HR : 72x/menit</li> </ul> <p>A : Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>		
Menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan pada neonatus (prematunitas) dan tidak rawat gabung	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kesiapan dankemampuan menerima informasi</li> <li>2. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui</li> <li>3. Melibatkan sistem</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. S mengatakan masih merasa cemas dengan kondisi dirinya dan</li> </ul>		



		<p>pendukungsuami, keluarga, dan tenaga kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memberikan konseling menyusui</li> <li>Mengajarkan perawatan payudara postpartum (Memerah ASI, pijat oksitosin)</li> </ol>	<p>bayinya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ny. S mengeluh ASInya keluar hanya sedikit</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ASI Ny. R sudah mulai keluar 5 ml</li> <li>Bayi Ny. R masih tidak menyusui secara langsung pada ibunya, karena bayi Ny. R dirawat terpisah</li> </ul> <p>A : Menyusui tidak efektif belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>memantau tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</li> <li>menemani pasien untuk mengurangi kecemasan</li> <li>mengajarkan klien teknik relaksasi yaitu terapi nafas dalam dan terapi mural.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ny. R mengatakan cemas dengan keadaannya saat ini sudah berkurang</li> <li>Ny. R juga mengatakan masih cemas dengan kondisi bayinya yang dirawat terpisah dengannya.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ny. R tampak gelisah</li> <li>wajah klien tampak tegang dan sedih</li> <li>N : 72x/menit,</li> <li>RR : 19x/menit.</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan</p>	
<p>Kamis/ 15 Februari 2024</p>	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memonitor tekanan darah (sekali 3 jam)</li> <li>Memonitor frekuensi nadi, pernafasan, suhu tubuh</li> <li>Mengidentifikasi penyebab</li> </ol>	<p>S : Ny. R mengatakan saki kepala dan pusing sudah mulai berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>TD : 130/78</li> </ul>	



Kementerian Kesehatan

Poliklinik Tumor

Jl. H. Sembiring Parindas-Kep. Negeri 000

Padang, Sumatera Barat 25119

(0751) 268128

<https://polikkes-padi.com>

		<p>perubahan tanda vital</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Mendokumentasikan hasil pemantauan</li> <li>5. Memberikan terapi obat metildopa 500 mg</li> <li>6. Memberikan paracetamol 500 mg</li> </ol>	<p>mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HR : 74x/menit</li> <li>- RR : 19x/menit</li> <li>- SpO2 : 98%</li> </ul> <p>A : Risiko Perfusi Serebral tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)</li> <li>2. Menganjurkan mengonsumsi makanan rendah lemak untuk memperbaiki sirkulasi</li> <li>3. Memberikan SF 1 tablet</li> <li>4. Memberikan transfusi PRC 1 kolf (diberikan oleh petugas ruangan)</li> </ol>	<p>S : Ny. R mengatakan tubuhnya masih terasa lemah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wajah pasien masih tampak pucat</li> <li>- TD : 130/78 mmHg</li> <li>- HR : 74x/menit</li> <li>- RR : 19x/menit</li> <li>- SpO2: 98%</li> <li>- Hb : 10,2</li> <li>- Edema sudah mulai berkurang</li> <li>- CRT &lt; 2 detik</li> </ul> <p>A : Perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan (pemberian tranfusi PRC 1 kolf oleh petugas ruangan)</p>	
	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>3. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa</li> <li>4. Menjelaskan strategimeredakan nyeri</li> <li>5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasinafas</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. R masih mengeluh nyeri pada luka bekas operasinya</li> <li>- Nyeri terasa hilang timbul dan seperti ditusuk- tusuk</li> <li>- Skala nyeri 3</li> </ul>	



Kementerian Kesehatan

Pusat Kesehatan Masyarakat

Jl. Dr. Sardjito No. 101, Yogyakarta 55162

Telp. (0271) 5634128

Faks. (0271) 5634128

https://pukmas.kemkes.go.id

		<p>dalam) untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>6. Memberikan terapi obat ceftriaxone 1 gram</p> <p>8. Memberikan paracetamol 500 mg</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyeri terasa setiap kali melakukan pergerakan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak ada luka operasi diperut bagian bawah yang tertutupi perban</li> <li>- Ny. R masih tampak meringis</li> <li>- Ny.R masih tampak gelisah</li> <li>- TD: 130/78 mmHg</li> <li>- RR : 19x/menit</li> <li>- HR : 74x/menit</li> </ul> <p>A : Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan pada neonatus (prematuritas) dan tidak rawat gabung	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</li> <li>3. Melibatkan sistem pendukung suami, keluarga, dan tenaga kesehatan</li> <li>4. Memberikan konseling menyusui</li> <li>5. Mengajarkan perawatan payudara postpartum (Memerah ASI, pijat oksitosin)</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. S mengatakan masih merasa cemas dengan kondisi dirinya dan bayinya</li> <li>- Ny. S mengatakan asinya sudah keluar cukup banyak</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ASI Ny. R sudah mulai keluar 20 ml</li> <li>- Bayi Ny. R masih tidak menyusui secara langsung pada ibunya, karena bayi Ny. R dirawat terpisah</li> </ul> <p>A : Menyusui tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	



	Ansietas berhubungan dengan stresor	<ol style="list-style-type: none"> <li>menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>memantau tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</li> <li>menemani pasien untuk mengurangi kecemasan</li> <li>mengajarkan klien teknik relaksasi yaitu terapi nafas dalam dan terapi mural.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ny. R mengatakan cemas dengan keadaannya saat ini sudah berkurang</li> <li>Ny. R juga mengatakan cemas dengan kondisi bayinya yang dirawat terpisah dengannya sudah mulai berkurang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ny. R tampak gelisah</li> <li>wajah klien tampak tegang dan sedih</li> <li>N : 74x/menit,</li> <li>RR : 19x/menit.</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
Jum'at/ 16 Februari 2024	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memonitor tekanan darah (sekali 3 jam)</li> <li>Memonitor frekuensi nadi, pernafasan, suhu tubuh</li> <li>Mengidentifikasi penyebab perubahan tanda vital</li> <li>Mendokumentasikan hasil pemantauan</li> <li>Memberikan terapi obat metildopa 500 mg</li> </ol>	<p>S : Ny. R mengatakan Sakit kepala dan Pusing sudah tidak ada lagi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>TD : 130/70 mmHg</li> <li>HR : 82x/menit</li> <li>RR : 19x/menit</li> <li>SpO2 : 98%</li> <li>Wajah tampak pucat</li> </ul> <p>A : Risiko Perfusi Serebral tidak efektif teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)</li> <li>Menganjurkan mengonsumsi makanan rendah lemak untuk</li> </ol>	<p>S : Ny. R mengatakan tubuhnya sudah tidak lemah lagi</p> <p>O :</p>	



		<p>memperbaiki sirkulasi</p> <p>3. Memberikan SF 2 tablet</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pucat pada wajah pasien sudah berkurang</li> <li>- akral teraba hangat</li> <li>- TD : 130/70 mmHg</li> <li>- HR : 82x/menit</li> <li>- RR : 19x/menit</li> <li>- SpO2: 98%</li> <li>- Hb : 10,4</li> <li>- Edema sudah mulai berkurang</li> <li>- CRT &lt; 2 detik</li> </ul> <p>A : Perfusi perifer tidak efektif teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>3. Memonitor keberhasilan terapi nonfarmakologis yang telah di ajarkan</li> <li>4. Mengajukan memonitor nyeri secara mandiri</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. R mengatakan nyeri sudah mulai berkurang</li> <li>- Ny. R mengatakan skala nyeri : 2</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak ada luka operasi diperut bagian bawah yang tertutupi perban</li> <li>- Ny. R sudah tidak tampak meringis lagi</li> <li>- Ny.R sudah tidak tampak gelisah</li> <li>- TD: 130/70 mmHg</li> <li>- RR : 19x/menit</li> <li>- HR : 82x/menit</li> </ul> <p>A : Nyeri akut teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	



	<p>Menyusui tidak efektif berhubungan dengan hambatan pada neonatus (prematunitas) dan tidak rawat gabung</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</li> <li>3. Melibatkan sistem pendukung suami, keluarga, dan tenaga kesehatan</li> <li>4. Memberikan konseling menyusui</li> <li>5. Mengajarkan perawatan payudara postpartum (Memerah ASI, pijat oksitosin)</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. S mengatakan cemas dengan kondisi dirinya dan bayinya suah berkurang</li> <li>- Ny. S mengatakan asinya sudah keluar cukup banyak</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ASI Ny. R sudah mulai keluar 50 ml</li> <li>- Bayi Ny. R masih tidak menyusu secara langsung pada ibunya, karena bayi Ny. R dirawat terpisah</li> </ul> <p>A : Menyusui tidak efektif teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
	<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>2. memantau tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</li> <li>3. menemani pasien untuk mengurangi kecemasan</li> <li>4. mengajarkan klien teknik relaksasi yaitu terapi nafas dalam dan terapi mural.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. R mengatakan sudah tidak cemas dengan keadaannya saat ini</li> <li>- Ny. R juga mengatakan cemas dengan kondisi bayinya yang dirawat terpisah dengannya sudah mulai berkurang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. R tampak gelisah</li> <li>- wajah klien tampak tegang dan sedih</li> <li>- N : 74x/menit,</li> <li>- RR : 19x/menit.</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	



## KTI Mellsya Tri Andara.docx

ORIGINALITY REPORT

<b>4%</b>	<b>3%</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>
<b>SIMILARITY INDEX</b>	<b>INTERNET SOURCES</b>	<b>PUBLICATIONS</b>	<b>STUDENT PAPERS</b>

RELEVANT SOURCES

<b>1</b>	<a href="http://www.scribd.com">www.scribd.com</a> <small>Internet Source</small>	<b>1%</b>
<b>2</b>	<a href="http://ipkperawatan.blogspot.com">ipkperawatan.blogspot.com</a> <small>Internet Source</small>	<b>&lt;1%</b>
<b>3</b>	<a href="http://murezaoktaviansyah.blogspot.com">murezaoktaviansyah.blogspot.com</a> <small>Internet Source</small>	<b>&lt;1%</b>
<b>4</b>	<a href="#">Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan</a> <small>Internet Paper</small>	<b>&lt;1%</b>
<b>5</b>	<a href="http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id">repository.poltekkes-kaltim.ac.id</a> <small>Internet Source</small>	<b>&lt;1%</b>
<b>6</b>	<a href="http://himi.pdfcookie.com">himi.pdfcookie.com</a> <small>Internet Source</small>	<b>&lt;1%</b>
<b>7</b>	<a href="http://situswa.wordpress.com">situswa.wordpress.com</a> <small>Internet Source</small>	<b>&lt;1%</b>
<b>8</b>	<a href="http://repository.unair.ac.id">repository.unair.ac.id</a> <small>Internet Source</small>	<b>&lt;1%</b>
<b>9</b>	<a href="http://pdfcookie.com">pdfcookie.com</a> <small>Internet Source</small>	<b>&lt;1%</b>