



POLTEKKES KEMENKES PADANG

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

KARYA TULIS ILMIAH

**NADIA NOVA DELZA
NIM : 193110142**

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG

JURUSAN KEPERAWATAN

2022



POLTEKKES KEMENKES PADANG

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

KARYA TULIS ILMIAH

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

NADIA NOVA DELZA

NIM : 193110142

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG

JURUSAN KEPERAWATAN

2022

BALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dipaparkan oleh:

Nama : Nafisa Nurul Dinda
NIM : 1911101142
Program Studi : D-III Keperawatan Padang
Jarak KCT : Analisis Keperawatan pada Pasien dengan Post Inzisi Cerebra
Area Indikasi Pre eklamsia Berat & IRNA Kebidanan dan
Anak RSUD Dr. M. Djamil Padang

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperlihatkan di Tes Pengisi Ujian Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang dan dinyatakan telah memenuhi syarat dan diterima.

DEWAN PENGUJI

Ketua pengisi : Dr. Delfira, S.Pd, S.Kep, M.Kes
Pengisi 1 : Ns. Zella Amelia Bde, M.Kep
Pengisi 2 : Ns. Elvia Mdm, M.Kep, Ip. Keperawatan
Pengisi 3 : Dr. Hj. Marni Lufas, S.Kp, M.Biomed

Di tempat : Poltekkes Kemenkes Padang
Tanggal : Agustus 2022

Mengmahar
Ketua program studi D-III Keperawatan Padang
Poltekkes Kemenkes Padang


Hj. N. Nurul M. Kep. Sp. Jwa

NIP : 197102201983012302

KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadiran ALLAH SWT yang telah melimpahkan rahmad dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini 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 Pada Tahun 2022”**. Peneliti menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan ibu **Ns. Elvia Metti, M.Kep., Sp.Kep, Mat** selaku pembimbing I dan ibu **Dr. Metri Lidya, S.Kp., M.Biomed** selaku pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Peneliti juga mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Dr. Burhan Muslim, SKM.M.Si selaku Direktur Poltekkes Kemenkes RI Padang.
2. Bapak Dr. dr. Yusirman Yusuf, Sp. B, Sp. BA(K), MARS selaku pimpinan RSUP Dr. M. Djamil Padang yang telah mengizinkan untuk pengambilan data dan melakukan survey awal.
3. Ibu Ns. Sila Dewi Anggredi, M.Kep. Sp.KMB selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI padang.
4. Ibu Heppi Sasmita, S.Kp, M. Kep, Sp. Jiwa selaku Ketua Program Studi Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang.
5. Bapak Ibu Dosen dan Staf yang telah membntu dan memberikan ilmu dalam pendidikan untuk bekal bagi peneliti selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang.
6. Pihak RSUP Dr. M. Djamil Padang yang telah mengizinkan untuk melakukan studi awal.
7. Teristimewa untuk Alm Jufrizal Nazar dan Despita Asra selaku orang tua saya yang telah memberikan doa dan dukunganya, sekaligus kasih sayang tiada hingga kepada saya. Serta saudara saya yang ikut mendukung saya dalam menyelesaikan pendidikan ini.
8. Teman-teman Euphoria 19 dan teman yang seperjuangan angkatan 2019

Keperawatan, serta sahabat dan penyemangat yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu yang telah banyak membantu peneliti dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

9. Tidak lupa untuk sahabat saya Yuni Mardatilah, Rifqa Nurul Husna dan Nela Nur Azurah yang telah bersedia mendengar keluh kesah saya dan selalu memberikan semangat untuk saya dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Peneliti menyadari Karya Tulis Ilmiah ini masih terdapat kekurangan. Oleh sebab itu peneliti mengharapkan tanggapan, kritikan dan saran yang membangun dari semua pihak untuk kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata, peneliti berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga nantinya dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Padang, Agustus 2022

Peneliti

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul "Analisa Keperawatan Pada Pasien Dengan Post Sektio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklamsi Berat Di IRNA Kebidanan Ibu Anak RSUD Dr. M. Djamil Padang" ini telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah Fakultas D-III Keperawatan Padang (PMKK) Kemenkes Padang.

Padang, Agustus 2022

Meneraju

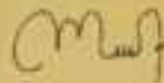
Pembimbing 1



N. Elva Merti, M.Kep, Ns, Kep. Man

NIP. 19800425 20023 2 001

Pembimbing 2



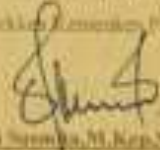
Dr. Netti Lita, S.Kn, M.Biomed

NIP. 19690128 19880 3 2 002

Mengetahui,

Katun Ilmiah D-III Keperawatan Padang

Poltekkes Kemenkes Padang



Herma Susanto, M.Kep, Ns, JIWA

NIP. 19701008 199301 3 002

LEMBAR ORISINALITAS

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

Nama : Nadia Nova Delia

NIM : 195110142

Tanda tangan : 

Tanggal : 22 Agustus 2022

**POLITEKNIK KESEHATAN PADANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, Juni 2022
Nadia Nova Delza**

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

Isi : xi + 68 halamam + 11 lampiran

ABSTRAK

Pre Eklamsia Berat (PEB) adalah suatu komplikasi kehamilan ditandai dengan hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai proteinuria dan oedema pada kehamilan 20 minggu atau lebih. Indikasi persalinannya harus dilakukan secara sectio caesarea karena dapat mengancam nyawa ibu dan janin. Penderita PEB yang dirawat di RSUP Dr. M. Djamil Padang dari bulan Oktober sampai Desember 2021 sebanyak 21 orang. Tujuan penelitian ini mendeskripsikan asuhan keperawatan pasien post SC atas indikasi PEB di ruang kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Desain penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus. Populasi sebanyak satu orang pasien post SC atas indikasi PEB dengan 1 sampel dipilih secara accidental sampling. Penelitian dilakukan di ruang rawat kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang, waktu studi kasus dimulai tanggal 09 sampai 13 Juni 2022. Proses analisis dilakukan dari pengkajian, menetapkan diagnosis, perencanaan, implementasi hingga evaluasi.

Hasil penelitian didapatkan keluhan utama pada partisipan yaitu pusing, sakit kepala, tekanan darah 160/100 mmHg, badan lemah dan nyeri. Diagnosis utama partisipan adalah risiko perfusi serebral tidak efektif. Rencana keperawatan partisipan yaitu pemantauan tanda-tanda vital. Implementasi yang dilakukan yaitu melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, memberikan metildopa untuk menurunkan tekanan darah. Masalah teratasi pada hari kelima dimana kadar hemoglobin sudah membaik dan tanda-tanda vital dalam batas normal.

Harapan bagi perawat ruangan kebidanan untuk dapat mempertahankan asuhan keperawatan yang komprehensif serta dapat menggali lebih dalam pada bagian aspek psikologis tentang perlekatan ibu bayi pada pasien post sectio caesarea atas indikasi pre eklampsia berat.

Kata Kunci: Sectio Caesarea, Pre Eklampsia Berat (PEB), Asuhan Keperawatan

Daftar Pustaka: 27 (2010-2021)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Nadia Nova Delza
NIM : 193110142
Tempat/ Tanggal Lahir : Padang / 5 November 2000
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Kawin
Alamat : Simp. Polda, Balai Baru, RT 01/RW 05

Nama Orang Tua
Ayah : Jufrizal Nazar
Ibu : Despita Asra

Riwayat Pendidikan

No	Riwayat Pendidikan	Tahun Ajaran
1	TK Aisyiyah 14 Ampang	2006-2007
2	SD N 10 Sungai Sapih	2007-2013
3	SMP N 27 Padang	2013-2016
4	SMA N 16 Padang	2016-2019
5	Prodi D-III Keperawatan Padang, Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemekes RI Padang	2019-2022

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	i
KATA PENGANTAR	ii
PERNYATAAN PERSETUJUAN	iv
LEMBAR ORISINALITAS	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	vii
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Sectio Caesarea	7
1. Pengertian Sectio Caesarea	7
2. Klasifikasi Sectio Caesarea	7
3. Indikasi Sectio Caesarea	8
4. Komplikasi Post Sectio Caesarea	9
B. Konsep Preeklampsia Berat	10
1. Pengertian Pre Eklampsia	10
2. Klasifikasi Preeklampsia	10
3. Etiologi Preeklampsia	11
4. Manifestasi Klinis Preeklampsia	11
5. Patofisiologi Preeklampsia Berat	12
6. WOC Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklampsia Berat	15
7. Pemeriksaan Penunjang	16
8. Respon Tubuh Terhadap Perubahan Fisiologis	16
9. Penatalaksanaan Pasien Post Sectio Caesarea atas indikasi Preeklampsia Berat	18
10. Komplikasi Pre Eklampsia Berat	21
C. Konsep Dasar Post Partum	22
1. Pengertian Post Partum	22
2. Adaptasi Fisiologi	22
3. Adaptasi Psikologi	26
D. Konsep Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea atas indikasi Pre Eklampsia Berat	27
1. Pengkajian Keperawatan	27

2.	Kemungkinan Diagnosa Keperawatan.....	31
3.	Rencana Keperawatan	32
4.	Implementasi Keperawatan	40
5.	Evaluasi	41
BAB III METODE PENELITIAN		
A.	Desain Penelitian	42
B.	Tempat dan Waktu penelitian	42
C.	Populasi dan Sampel	42
D.	Alat/ Instrument Pengumpulan Data	42
E.	Jenis-jenis Data	43
F.	Langkah-langkah Penelitian	44
G.	Teknik Pengumpulan Data	44
H.	Analisis Keperawatan	46
BAB IV DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS		
A.	Deskripsi Kasus	
1.	Pengkajian Keperawatan.....	47
2.	Diagnosa Keperawatan.....	51
3.	Intervensi Keperawatan.....	52
4.	Implementasi Keperawatan.....	53
5.	Evaluasi Keperawatan.....	54
B.	Pembahasan Kasus	
1.	Pengkajian Keperawatan.....	55
2.	Diagnosa Keperawatan.....	58
3.	Intervensi Keperawatan.....	61
4.	Implementasi Keperawatan.....	63
5.	Evaluasi Keperawatan.....	65
BAB V PENUTUP		
A.	Kesimpulan.....	68
B.	Saran.....	70
DAFTAR PUSTAKA		72

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Posisi Luka Post Sectio Caesarea	8
---	---

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 WOC Post Sectio Caesarea atas indikasi Pre eklamsia Berat15

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perubahan Uterus Setelah Melahirkan.....	23
Tabel 2.2 Perubahan TTV Pada Masa Nifas.....	26
Tabel 2.3 Perencanaan Tindakan Keperawatan	32

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Jadwal kegiatan Karya tulis Ilmiah
- Lampiran 2 : Lembar Bimbingan KTI
- Lampiran 3 : Surat Pengantar dari Poltekkes Kemenkes Padang untuk pengambilan data dan studi awal ke RSUP DR. M. Djamil Padang
- Lampiran 4 : Surat pengambilan data dan melakukan studi awal dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 5 : Surat Pengantar dari Poltekkes Kemenkes Padang untuk izin penelitian ke RSUP DR. M. Djamil Padang
- Lampiran 6 : Surat izin melakukan penelitian dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 7 : Persetujuan informed consent
- Lampiran 8 : Laporan asuhan keperawatan maternitas
- Lampiran 10 : Daftar hadir penelitian
- Lampiran 11 : Surat selesai penelitian dari RSUP Dr. M. Djamil Padang

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sectio caesaria merupakan suatu tindakan persalinan buatan, janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Putri, 2018). Sectio caesarea dilakukan atas beberapa indikasi, seperti kegagalan proses persalinan normal (dystosia), disproporsi kepala panggul (CPD), disfungsi uterus, komplikasi preeklampsia, plasenta previa, janin besar (makrosomia), gawat janin (fetal distress) dan malpresentasi janin. Tingginya angka kejadian preeklampsia merupakan faktor utama penyebab timbulnya eklamsi yang mengancam ibu bersalin, tingginya angka kematian ibu bersalin sebagai akibat perkembangan dari preeklamsi yang tidak terkontrol memberikan kontribusi yang sangat besar terhadap tingginya angka kematian, oleh sebab itu di lakukan tindakan Sectio Caesarea. (Devita, 2018).

Menurut Mitayani (2011), komplikasi dari preeklampsia bergantung pada derajat preeklampsia yang dialami. Komplikasi preeklampsia pada ibu yaitu eklamsia, solusio plasenta, perdarahan subkapsula hepar, kelainan pembekuan darah (DIC), sindrom HELLP (hemolisis, elevated, liver, enzymes, dan low platelet count) dan gagal jantung hingga syok dan kematian. Sedangkan komplikasi preeklampsia pada janin yaitu terhambatnya perkembangan uterus, prematur, asfiksia neonatorum, kematian dalam uterus, peningkatan angka kematian dan kesakitan perinatal.

World Health Organization (WHO) tahun 2016 menyebutkan setiap harinya sekitar 830 wanita meninggal karena komplikasi kehamilan dan persalinan. Komplikasi utama pada kehamilan dan persalinan yang menyebabkan hampir 75% kematian maternal seperti pendarahan, infeksi,

preeklamsia dan eklamsia. Di Indonesia terdapat sebesar 305 kematian ibu setiap 100.000 kelahiran hidup. Angka kematian ibu di Indonesia pada tahun 2016 tercatat sebanyak 4912 kasus kematian ibu, dimana angka tersebut mengalami penurunan dari tahun sebelumnya yaitu pada tahun 2015 tercatat sebanyak 4999 kasus kematian ibu (Kementrian Kesehatan RI, 2017).

Jumlah kematian ibu di provinsi Sumatera Barat tahun 2016 sebanyak 107 orang, menurun dibanding tahun sebelumnya. Selanjutnya data dari bulan (Januari-September) tahun 2017 tercatat jumlah kematian ibu sebanyak 82 orang, diantaranya kematian ibu yang disebabkan preeklamsia sebanyak 19 orang (Dinkes Sumbar, 2018)

RSUP. Dr. M. Djamil Padang merupakan rumah sakit rujukan terbesar di Sumatera Barat. Menurut data yang didapatkan dari rekam medis RSUP. Dr. M. Djamil Padang, pada tahun 2020 sebanyak 173 orang penderita preeklamsia berat yang dirawat di instalasi rawat inap kebidanan telah dilakukan tindakan sectio caesarea. Angka tersebut meningkat dari tahun sebelumnya yaitu pada tahun 2018 sebanyak 142 orang.

Penatalaksanaan keperawatan yang baik sangat dibutuhkan pada pasien post sectio caesarea atas indikasi preeklamsia berat, mengingat banyaknya komplikasi yang ditimbulkannya. 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. Komplikasi sectio caesarea diantaranya berupa perdarahan, yang dapat disebabkan karena laserasi atau sayatan pada dinding abdomen. Selain itu retensio plasenta, atonia uterus dan distensi kandung

kemih juga dapat mengakibatkan perdarahan yang apabila tidak cepat diatasi akan dapat menyebabkan syok. Komplikasi lain dapat berupa infeksi puerperalis, yaitu infeksi bakteri pada traktus genitalia yang muncul setelah persalinan dari endometrium bekas insersi plasenta (Medforth, 2011).

Pencegahan preeklamsi hanya dapat di capai secara umum yaitu dengan cara menganjurkan pola makan yang beryodium rendah serta berolahraga secara teratur saat kehamilan. Dianjurkan ibu hamil banyak istirahat (berbaring atau tidur miring) tetapi harus mutlak selalu tirah baring. Pada preeklamsi tidak perlu dilakukan retriaksi garam sepanjang fungsi ginjal masih normal. Untuk pasien post sectio caesarea dengan indikasi pre eklamsi berat di anjurkan minum air putih sedikit demi sedikit di berikan 6-10 jam kemudian dilakukan mobilisasi dan di ajarkan teknik bladder training. Konsep solusi yang di tawarkan peneliti kepada pasien post SC di antaranya memberikan health education tentang rawat luka dan teknik bagaimana cara untuk mengurangi rasa nyeri bekas SC (Aditya, 2019).

Peran perawat penting dalam asuhan keperawatan pada pasien post sectio caesarea atas indikasi preeklamsia berat. Pengkajian keperawatan pada pasien meliputi pemantauan semua sistem tubuh, jumlah kehilangan darah serta keseimbangan cairan. Pengkajian yang dilakukan juga mengarah pada tanda dan gejala preeklamsia berat seperti terjadinya peningkatan tekanan darah, sakit kepala terus menerus, penglihatan gelap atau kabur, edema, nyeri epigastrium, muntah dan letargi atau lemas (Reeder, 2014). Diagnosis keperawatan yang dapat muncul diantaranya nyeri akut, risiko infeksi, intoleransi aktifitas dan gangguan integritas kulit (PPNI, 2016). Perencanaan dan tindakan keperawatan untuk mencapai hasil yang diharapkan berupa manajemen cairan, manajemen nyeri, perawatan post partum. Evaluasi keperawatan penting dilakukan untuk menilai sejauh mana masalah yang dihadapi pasien dapat teratasi.

Hasil penelitian Fauziah dan Fitriana (2018) di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda menjelaskan kasus infeksi post sectio caesarea dan lambatnya proses penyembuhan luka operasi yang terjadi pada ibu post sectio caesarea merupakan

salah satunya disebabkan oleh tidak mau melakukan mobilisasi sedini mungkin karena salah satu manfaat dari mobilisasi dini ialah penderita akan merasa lebih sehat dan kuat dengan bergerak, otot-otot perut dan panggul akan kembali normal sehingga otot perutnya menjadi kuat kembali, bisa mengurangi rasa sakit menggunakan demikian bunda merasa sehat, membantu memperoleh kekuatan, mempercepat kesembuhan, fungsi usus dan kandung kemih lebih baik dan dengan bergerak akan merangsang peristaltik usus kembali normal dan aktifitas ini jua mempercepat organ-organ tubuh bekerja seperti semula.

Hasil penelitian Nurfajri dan Fella (2016) di RSUP Dr. M. Djamil Padang menyebutkan perencanaan keperawatan pada pasien post sectio caesarea atas indikasi pre eklampsia berat dengan pemberian regimen MgSO₄, pemberian anti hipertensi, pemantauan intake dan output cairan, memantau jumlah urin, pemantauan tekanan darah dan saturasi oksigen serta pemenuhan kebutuhan dasar ibu nifas khususnya personal hygiene ibu nifas.

Berdasarkan survey awal yang dilakukan tanggal 29 Desember 2021 di ruang rawat kebidan RSUP Dr. M. Djamil padang didapatkan data dari bulan Oktober sampai bulan Desember 2021 tercatat dari 100 orang yang dirawat dengan post sectio caesarea ditemukan sebanyak 21 orang yang mengalami post sectio caesarea atas indikasi preeklamsia berat. Wawancara yang penulis lakukan pada salah satu perawat yang bertugas diruangan tentang penerapan asuhan keperawatan pasien dengan post sectio caesarea atas indikasi preeklamsia berat. Perawat mengatakan sudah melakukan pengkajian keperawatan yang meliputi pengumpulan data tentang identitas pasien, riwayat kesehatan, data pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang lainnya. Diagnosis keperawatan yang ditemukan saat kunjungan awal adalah nyeri akut, resiko infeksi, resiko perdarahan dan intoleransi aktifitas. Rencana keperawatan berupa, manajemen nyeri, manajemen cairan, perawatan post partum. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan berupa kolaborasi pemberian regimen MgSO₄ sebagai anti kejang dan pemberian antibiotik yang bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi. Berdasarkan uraian diatas maka peneliti tertarik melakukan asuhan keperawatan pada pasien post sectio caesarea atas indikasi preeklamsia berat di

ruang rawat kebidanan RSUP. Dr. M. Djamil Padang tahun 2022.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien post sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat di ruang rawat kebidanan RSUP. Dr. M. Djamil Padang tahun 2022?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien post sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat di ruang rawat kebidanan RSUP. Dr. M. Djamil Padang tahun 2022

2. Tujuan Khusus

a. Mampu mendeskripsikan pengkajian keperawatan pada pasien post sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat di ruang rawat kebidanan RSUP. Dr. M. Djamil Padang tahun 2022

b. Mampu mendeskripsikan diagnosis keperawatan pada pasien post sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat di ruang rawat kebidanan RSUP. Dr. M. Djamil Padang tahun 2022

c. Mampu mendeskripsikan rencana tindakan keperawatan pada pasien post sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat di ruang rawat kebidanan RSUP. Dr. M. Djamil Padang tahun 2022

d. Mampu mendeskripsikan implementasi keperawatan pada pasien post sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat di ruang rawat kebidanan RSUP. Dr. M. Djamil Padang tahun 2022

e. Mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien post sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat di ruang rawat kebidanan RSUP. Dr. M. Djamil Padang tahun 2022

D. Manfaat Penelitian

1. Aplikatif

a. Bagi Peneliti

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

b. Bagi Fasilitas Kesehatan

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

2. Pengembangan Keilmuan

a. Bagi Institusi Pendidikan

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

b. Bagi penelitian selanjutnya

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Sectio Caesarea

1. Pengertian Sectio Caesarea

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

2. Klasifikasi Sectio Caesarea

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

1. Persalinan Caesarea Melintang

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

2. Persalinan Caesarea Klasik

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



Gambar 2.1 Posisi Luka Sectio Caesarea

3. Indikasi Sectio Caesarea

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

1. Ibu dan janin

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

2. Ibu

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

3. Janin

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

4. Plasenta

Plasenta previa, pemisahan plasenta sebelum waktunya (solusio).

Menurut Purwoastuti (2015), indikasi yang dapat dilakukan sectio caesarea diantaranya :

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

4. Komplikasi Post Sectio Caesarea

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

1. Pada ibu

a. Infeksi Puerperalis

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

b. Perdarahan

Biasanya didefinisikan sebagai kehilangan darah lebih dari 1000 ml post sectio caesarea. Perdarahan disebabkan karena adanya laserasi sehingga banyaknya pembuluh darah yang terbuka, retensio plasenta, atonia uterus yang di sebabkan oleh distensi kandung kemih. Perdarahan atau hemoragic dapat menyebabkan syok (Medforth, 2011).

c. Komplikasi-komplikasi lain seperti kerusakan organ-organ seperti vesikaurinaria dan uterus.

d. Aspirasi atau komplikasi lain yang berhubungan dengan anastesi.

- e. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang.
2. Pada bayi
- a. Kelahiran bayi premature
Kelahiran prematur adalah, bayi yang lahir sebelum memasuki usia kehamilan 37 minggu. Kebanyakan bayi prematur akan menderita beberapa komplikasi karena perkembangan organ mereka belum sempurna (Purwoastuti, 2015).
 - b. Kematian bayi
Kematian bayi pasca sectio caesarea bergantung pada keadaan janin sebelum operasi, angka kematian bayi sekitar 4-7%.

B. Konsep Pre Eklampsia Berat

1. Pengertian Pre Eklampsia

Preeklampsia merupakan timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan edema akibat kehamilan setelah usia kehamilan 20 minggu atau terjadi segera setelah persalinan (Aspiani, 2017). Preeklampsia adalah timbulnya hipertensi, proteinuria dan edema pada seseorang gravida yang tadinya normal, penyakit ini timbul sesudah minggu ke 20 dan paling sering terjadi pada primigravida (Purwoastuti, 2015).

2. Klasifikasi Preeklampsia

Klasifikasi preeklampsia menurut Mitayani (2013) dibagi menjadi dua golongan yaitu :

- a. Preeklampsia ringan, dengan tanda-tanda :
 - 1) Tekanan darah 140/90mmHg atau lebih, atau kenaikan diastolik 15 mmHg atau lebih, dan kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih.
 - 2) Edema pada kaki, jari tangan, dan wajah atau kenaikan BB 1 Kg atau lebih per minggu.
 - 3) Proteinuria kuantitatif 0,3 gram atau lebih perliter, kualitatif 1+ atau 2+

pada urine kateter atau mid stream.

- b. Preeklamsia berat, dengan tanda-tanda :
 - 1) Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih.
 - 2) Proteinuria 5 gram atau lebih per liter.
 - 3) Oliguria jumlah urine kurang dari 500 cc per 24 jam.
 - 4) Adanya gangguan serebral, dan rasa nyeri di epigastrium.
 - 5) Ada edema paru dan sianosis.

3. Etiologi Pre Eklampsia

Menurut Mitayani (2013), penyebab preeklampsia sampai sekarang belum diketahui. Telah terdapat banyak teori yang mencoba menerangkan sebab musabab penyakit tersebut, tetapi tidak ada yang memberikan jawaban yang memuaskan. Teori yang dapat diterima menerangkan sebagai berikut:

- a. Sering terjadi pada primigraviditas, kehamilan ganda, hidramnion, dan molahidatidosa.
- b. Sebab bertambahnya frekuensi dengan makin tuanya kehamilan.
- c. Sebab dapat terjadinya perbaikan keadaan ibu dengan kematian janin dalam uterus.
- d. Sebab jarang terjadi eklampsia pada kehamilan-kehamilan berikutnya.
- e. Sebab timbul hipertensi, edema, proteinuria, kejang dan koma.

4. Manifestasi Klinis Pre Eklamsia Berat

Menurut Reeder, dkk (2014) manifestasi klinis dari preeklampsia berat adalah:

- a. Sakit kepala berat terus menerus, biasanya pada kepala bagian depan atau oksipital
- b. Penglihatan gelap atau kabur
- c. Gangguan penglihatan dapat disebabkan oleh spasme arterial, iskemia, edemaretina dan ablasio retina.
- d. Penurunan jumlah ekskresi urine (<400 ml/24 jam), peningkatan proteinuria
- e. Nyeri epigastrik (gejala akhir)
- f. Retardasi pertumbuhan janin

g. Dekompensasi jantung, edema paru, atau sianosis.

Aspiani (2017), menyebutkan manifestasi klinis dari preeklampsia berat lainnya yaitu :

a. Penambahan berat badan yang berlebihan

Penambahan berat badan normal pada ibu hamil adalah 0,5 kg per minggu, apabila terjadi penambahan 1 kg dalam seminggu maka dapat dicurigai preeklampsia. Peningkatan berat badan terutama disebabkan karena retensi cairan (Mitayani, 2013).

b. Edema

Edema terlihat sebagai peningkatan berat badan, pembengkakan kaki, jari tangan dan muka.

c. Hipertensi

Tekanan darah 140/90 mmhg atau tekanan sistolik meningkat >30 mmhg dan tekanan diastolik >15 mmhg yang diukur setelah pasien beristirahat selama 30 menit.

d. Proteinuria

Bila terdapat protein sebanyak 0,3 g/liter dalam urine selama 24 jam

5. Patofisiologi Pre Eklamsia Berat

Bertambahnya frekuensi pada primigravida merupakan salah satu faktor penyebab preeklampsia. Selain itu hipertensi, edema, proteinuria, obesita dan diabetes mellitus juga merupakan faktor penyebab dari preeklampsia (Ayu, 2016). 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 agregasi trombosit fibrin. Pelepasan tromboksan akan menyebabkan terjadinya vasospasme sedangkan aktivasi/agresi trombosit deposisi fibrin akan menyebabkan koagulasi intravaskular yang mengakibatkan perfusi darah menurun dan komsutif

koagulapati.

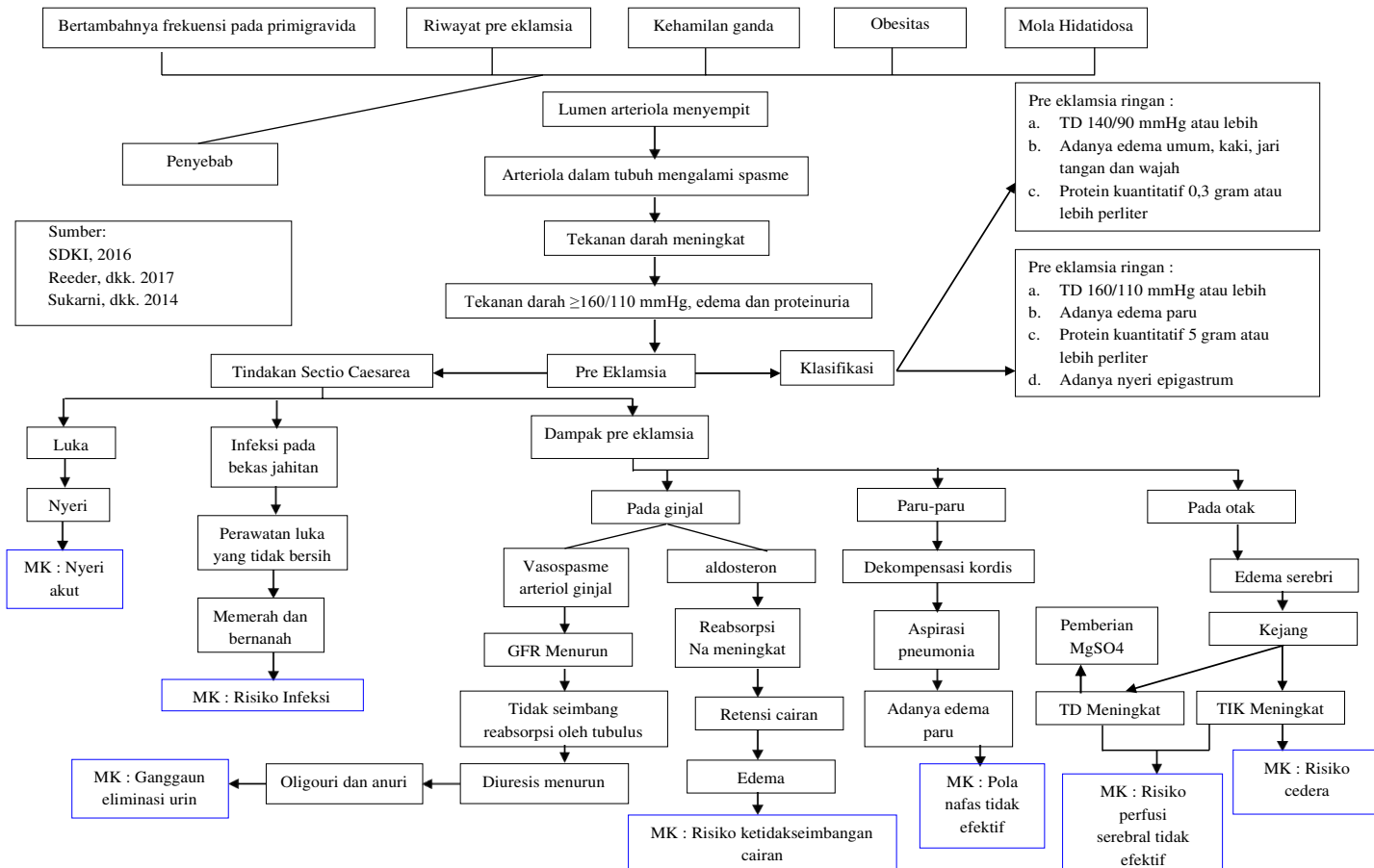
Konsumsi koagulapati mengakibatkan trombosit dan faktor pembekuan darah menurun dan menyebabkan gangguan fal hemostasis. Renin uterus yang dikeluarkan akan mengalir bersama darah sampai organ hati dan bersama-sama angiotensinogen menjadi angiotensin I dan selanjutnya menjadi angiotensin II. Angiotensin 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.

Vasospasme bersama dengan koagulasi intravaskular akan menyebabkan gangguan perfusi darah dan gangguan multi organ. Pada otak dapat menyebabkan terjadinya edema serebri dan selanjutnya terjadi peningkatan tekanan intrakranial. Tekanan intrakranial yang meningkat menyebabkan terjadinya gangguan perfusi serebral, nyeri dan terjadinya kejang sehingga menimbulkan masalah keperawatan risiko cedera. Pada darah akan terjadi enditheliosis menyebabkan sel darah merah dan pembuluh darah pecah akan menyebabkan terjadi anemia hemolitik. Selanjutnya ada aliran darah ke ginjal berkurang, filtrasi glomerulus menurun dan permeabilitas terhadap protein meningkat. Filtrasi glomerulus menurun tidak diimbangi dengan peningkatan reabsorpsi tubulus sehingga menyebabkan retensi garam dan air, sehingga urine yang keluar sedikit (oliguri) atau anuri. Oliguri atau anuri akan memunculkan masalah keperawatan gangguan eliminasi urin.

Pada mata, akan terjadi spasmus arteriola selanjutnya menyebabkan edema diskus optikus dan retina. Keadaan ini dapat menyebabkan terjadinya diplopia dan memunculkan masalah keperawatan risiko cedera. Pada plasenta penurunan perfusi akan menyebabkan hipoksia/anoksia sebagai pemicu timbulnya gangguan pertumbuhan plasenta. Sehingga dapat berakibat terjadinya Intra Growth Retardation. Hipertensi akan merangsang medula oblongata dan sistem saraf simpatis akan meningkat. Peningkatan saraf simpatis mempengaruhi traktus gastrointestinal yang menyebabkan terjadinya hipoksia duodenal dan penumpukan ion H menyebabkan HCL meningkat

sehingga menyebabkan nyeri epigastrik. Selanjutnya akan terjadi akumulasi gas yang meningkat, merangsang mual dan timbulnya muntah sehingga muncul masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Pada ektrimitas dapat terjadi metabolisme anaerob menyebabkan ATP diproduksi dalam jumlah yang sedikit yaitu 2 ATP dan pembentukan asam laktat dan sedikitnya ATP yang diproduksi akan menimbulkan keadaan cepat lelah, lemah sehingga muncul masalah keperawatan intoleransi aktivitas (Sukarni, 2014).

6. WOC



7. Pemeriksaan Penunjang

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

1. Pemeriksaan Laboratorium

a. Pemeriksaan Darah Lengkap

- 1) Ureum darah (untuk melihat kerusakan pada ginjal)
- 2) Penurunan hemoglobin (nilai rujukan 12-14 gr%).
- 3) Hematokrit meningkat (nilai rujukan 37-43 vol%).
- 4) Trombosit menurun (nilai rujukan 150.000-450.000/mm³)

b. Pemeriksaan Fungsi Hati

- 1) Bilirubin meningkat (N= < 1 mg/dL)
- 2) LDH (Laktat Dehidrogenase) meningkat
- 3) Aspartat Aminomtransferase (AST) > 60 uL
- 4) Serum Glutamat Piruvat Transaminase (SGPT) meningkat (N= 15-45 u/ml)
- 5) Serum Glutamat Oxaloacetic transaminase (SGOT) meningkat (N= < 31u/ml)
- 6) Total protein serum menurun (N= 6,7 – 8,7 g/dl)

c. Tes Kimia Darah

Asam urat meningkat (normalnya yaitu 2,4 – 2,7 mg/dl).

d. Pemeriksaan retina untuk mendeteksi perubahan pada pembuluh darah retina

e. Pemeriksaan kadar human laktogen plasenta (HPL) dan esteriol didalam plasmaserta urin untuk menilai faat unit fetoplasenta.

2. Pemeriksaan Radiologi

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

8. Respon Tubuh Terhadap Perubahan Fisiologis

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

a. Sistem Kardiovaskuler

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

b. Sistem Pencernaan

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

c. Sistem Perkemihan

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

d. Sistem Endokrin

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

e. Sistem Musculoskeletal

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

9. Penatalaksanaan Pasien Post SC Atas Indikasi PEB

a. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis yang dapat diberikan seperti pemberian analgetik seperti morfin sulfat, obat-obatan antiemetic misalnya prometasin 25 mg yang biasanya diberikan bersama-sama dengan pemberian preparat narkotik. Selain itu pemeriksaan laboratorium (hemoglobin, hematokrit, leukosit) dapat dilakukan secara rutin pada pagi hari setelah operasi. Hematokrit harus dipantau kembali bila terdapat kehilangan darah atau bila terdapat oliguria atau keadaan lain yang menunjukkan hipovolemi. Jika hematokrit stabil, pasien dapat melakukan ambulasi tanpa kesulitan apapun dan kemungkinan kecil jika terjadi kehilangan darah lebih lanjut (Prawirohardjo, 2013). Pada pemeriksaan hemoglobin, apabila ditemukan Hb dibawah 8% dipertimbangkan untuk transfusi (Prawirohardjo, 2013). Selanjutnya dapat diberikan obat anti kejang seperti $MgSO_4$ apabila ditemukan tanda dan gejala kejang. Adapun cara pemberian regimen magnesium sulfat (Prawirohardjo, 2013).

a) *Loading dose*

Diberikan 4 gram $MgSO_4$: intravena (40% dalam 10 cc) selama 15 menit.

b) *Maintenance dose*

Diberikan 6 gram $MgSO_4$ 40% di encerkan dengan 15 cc aquabidest dalam cairan RL / 6 jam.

c) *Syarat-syarat pemberian $MgSO_4$*

Harus tersedia antidotum $MgSO_4$, 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 $MgSO_4$ dihentikan*

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

e) *Dosis teraapeutik dan toksis MgSO₄*

Dosis teraapeutik	4,8 – 8,4 mg/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.

b. Penatalaksanaan Keperawatan

1) Pemeriksaan Umum

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

2) Pemeriksaan Khusus

Menurut Padila (2014), pemeriksaan khusus yang dapat dilakukan diantaranya :

a) Pengontrolan Tanda-Tanda Vital

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

b) Fundus uteri

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

c) Payudara

Dapat dilakukan pemeriksaan puting susu, periksa apakah ada pembengkakan serta periksa kelancara 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, 2014).

4) Mobilisasi

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

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, 2014).

6) Perawatan luka

Umumnya segera setelah cedera, respon peradangan menyebabkan peningkatan aliran darah ke area luka, meningkatkan cairan dalam jaringan, serta akumulasi leukosit dan fibrosit. Leukosit akan memproduksi enzim proteolitik yang memakan jaringan yang mengalami cedera. Setelah beberapa hari kemudian, fibroblast akan membentuk benang-benang kolagen pada tempat cedera. Pada akhirnya jumlah 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, 2014).

10. Komplikasi Pre Eklampsia Berat

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

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

a. Pada ibu

- 1). Eklampsia
- 2). Solusio plasenta
- 3). Stroke
- 4). Perdarahan subkapsula hepar
- 5). Kelainan pembekuan darah (DIC)
- 6). Sindrom HELLP (*hemolisis, elevated, liver, enzymes, dan low platelet count*)
- 7). Ablasio retina
- 8). Gagal jantung hingga syok dan kematian

b. Pada janin

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

C. Konsep Dasar Post Partum

1. Pengertian Post Partum

Post partum atau masa nifas adalah masa sesudah persalinan dapat juga disebut masa nifas (puerperium) yaitu masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pulihnya kembali alat kandungan yang lamanya kurang lebih 6 minggu. Post partum adalah masa 6 minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi sampai kembali ke keadaan normal sebelum hamil (Padila, 2014).

2. Adaptasi Fisiologi

Perubahan Fisik Pada Post Partum

1). Sistem Kardiovaskuler

- a. Curah Jantung meningkat
- b. Tekanan darah menurun ringan, karena penurunan tekanan intra pelvik.
- c. Nadi: Bradikardi sampai hari 6-10.
- d. Stasis darah pada ekstremitas bawah---- risiko tromboflebitis.
- e. Faktor pembekuan darah meningkat...risiko tromboemboli.

2). Sistem Urologi :

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

3). Sistem endokrin :

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

4). Sistem Pencernaan

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

5). Sistem Integumen

karena masih ada efek

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

- b. Hiperpigmentasi berkurang.
- 6). Sistem Muskuloskeletal
- a. Dinding abdomen meregang, tampak longgar dan lembek, Diastasis otot recti abdominis.
 - b. Perubahan pusat berat saat hamil ----hipermobilitas sendi.
- 7). Uterus

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

Involusi	TFU	Berat Uterus	Diameter Bekas Melekat Plasenta	Keadaan Servix
Setelah plasenta lahir	Sepusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut
1 Minggu	Pertengahan pusat symphisis	500 gr	7,5 cm	Dapat dilalui 2 jari
2 Minggu	Tak teraba	350 gr	5 cm	Dapat dimasuki 1 jari
6 Minggu	Seperti hamil 2 Minggu	50 gr	2,5 cm	Hampir kembali normal
8 Minggu	Normal	30 gr	0	Normal

Sumber : (Padila, 2014)

- 8). Perubahan pada cervix dan vagina

Beberapa hari setelah persalinan ostium eksternum dan dilalui oleh 2 jari, pada akhir minggu pertama dapat dilalui oleh 1 jari saja. Karena hiperplasi ini dan karena karena retraksi dari cervix, robekan cervix jadi sembuh.

Vagina yang sangat diregang waktu persalinan, lambat laun mencapai ukuran yang normal. Pada minggu ke 3 post partum ruggae mulai nampak kembali.

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

9). Lochia

Lochia adalah cairan yang dikeluarkan dari uterus melalui vagina dalam masa nifas. Lochia bersifat alkalis, jumlahnya lebih banyak dari darah menstruasi. Lochia ini berbau anyir dalam keadaan normal, tetapi tidak busuk.

Pengeluaran lochia dapat dibagi berdasarkan jumlah dan warnanya yaitu lochia rubra berwarna merah dan hitam terdiri dari sel desidua, verniks kaseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, sisa darah dan keluar mulai hari pertama sampai hari ketiga.

Lochia sanguinolenta berwarna putih bercampur merah mulai hari ketiga sampai hari ketujuh. Lochia serosa berwarna kekuningan dari hari ketujuh sampai hari keempat belas. Lochia alba berwarna putih setelah hari keempat belas (Manuaba, 1998:

10). Dinding perut dan peritonium

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

11). Sistim Kardiovaskuler

Selama kehamilan secara normal volume darah untuk mengakomodasi penambahan aliran darah yang diperlukan oleh placenta dan pembuluh darah uterus. Penurunan dari estrogen mengakibatkan diuresis yang menyebabkan volume plasma menurun secara cepat pada kondisi normal.

Keadaan ini terjadi pada 24 sampai 48 jam pertama setelah kelahiran. Selama ini klien mengalami sering kencing. Penurunan progesteron membantu mengurangi retensi cairan sehubungan dengan penambahan vaskularisasi jaringan selama kehamilan

12). Ginjal

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

13). Oxytoxin

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

14). Prolaktin

Penurunan estrogen menyebabkan prolaktin yang disekresi oleh glandula hipofise anterior bereaksi pada alveolus payudara dan merangsang produksi susu. Pada wanita yang menyusui kadar prolaktin terus tinggi dan pengeluaran FSH di ovarium ditekan. Pada wanita yang tidak menyusui kadar prolaktin turun pada hari ke 14 sampai 21 post partum dan penurunan

ini mengakibatkan FSH disekresi kelenjar hipofise anterior untuk bereaksi pada ovarium yang menyebabkan pengeluaran estrogen dan progesteron dalam kadar normal, perkembangan normal folikel de graaf, ovulasi dan menstruasi.

15). Laktasi

Pada hari ke-3 postpartum, buah dada menjadi besar, keras dan nyeri. Ini

menandai permulaan sekresi air susu, dan kalau areola mammae dipijat, keluarlah cairan puting dari puting susu.

16). Tanda-tanda vital

Perubahan tanda-tanda vital pada masa nifas meliputi:

Parameter	Penemuan normal	Penemuan abnormal
Tanda-tanda vital	Tekanan darah < 140/90 mmHg, mungkin bisa naik dari tingkat disaat persalinan 1-3 hari post partum. Suhu tubuh < 38 ⁰ C Denyut nadi 60-100 x/menit	Tekanan darah >140/90 mmHg Suhu > 38 ⁰ C Denyut nadi > 100 x/menit

3. Adaptasi Psikologi

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

1). Fase Taking In (dependent)

Periode ini terjadi setelah 1-2 hari dari persalinan. Dalam masa ini terjadi interaksi dan kontak yang lama antara ayah, ibu dan bayi. Hal ini dapat dikatakan sebagai psikis honey moon yang tidak memerlukan hal-hal yang romantis, masing-masing saling memperhatikan bayinya dan menciptakan hubungan yang baru (Padila, 2014).

2). Fase Taking Hold (dependent- independent)

Berlangsung pada hari ke-3 sampai ke-4 post partum. Ibu berusahabertanggung jawab terhadap bayinya dengan berusaha untuk menguasai ketrampilan perawatan bayi. Pada periode ini ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, misalnya buang air kecil atau buang air besar (Padila, 2014).

3). Fase Letting Go (independent)

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 (Padila, 2014).

D. Konsep Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi PEB

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Suatu proses kolaborasi melibatkan perawat, ibu, dan tim kesehatan lainnya. Pengkajian dilakukan melalui wawancara dan pemeriksaan fisik (Mitayani, 2013)

1. Identitas Klien

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

2. Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

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

b) Riwayat Kesehatan Dahulu

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

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien dengan post sectio caesarea atas indikasi preeklamsia berat cenderung memiliki anggota keluarga yang menderita penyakit

keturunan seperti jantung, DM, Hipertensi. Kemungkinan pada anggota keluarga ada yang mempunyai riwayat pre eklampsia dan eklampsia.

3. Riwayat Perkawinan

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

4. Pola-Pola Fungsi Kesehatan

1) Pola Persepsi

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

2) Pola Nutrisi

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

3) Pola Eliminasi

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

4) Pola Istirahat dan Tidur

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

5) Pola Hubungan dan Peran

Pasien dengan post sectio caesarea atas indikasi preeklamsia berat cenderung mengalami perubahan peran pada klien, karena kehadiran bayisehingga menambah anggota baru dalam keluarga.

6) Pola Sensori dan Kognitif

Pasien dengan post sectio caesarea atas indikasi preeklamsia berat cenderung mengalami perubahan pola sensori, klien merasakan nyeri pada bekas luka di bagian bawah abdomen, pada pola kognitif

biasanya klien nifas primipara terjadi kurangnya pengetahuan merawat bayinya.

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

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

8) Pola Reproduksi dan Sosial

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

5. Pemeriksaan Fisik

1) Tekanan Darah

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

2) Kepala

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

3) Wajah

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

4) Mata

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

5) Telinga

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

6) Hidung

Pada hidung tidak terdapat pernafasan cupping hidung dan polip

7) Leher

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

8) Dada

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

9) Payudara/Mamae

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

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

10) Abdomen

Inspeksi : Akan tampak ada luka bekas operasi, biasanya posisi luka operasi melintang atau tegak lurus, biasanya tampak ada striae, linea nigra atau alba

Palpasi : Pada hari pertama partum tinggi fundus uteri setinggi pusat, posisi uterus medial atau lateral, kontraksi uterus bisa teraba keras atau lunak.

11) Genitalia

Genitalia : Pada hari pertama partum klien terpasang kateter

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

b. Haemorhoid : Biasanya tidak ada haemoroid

12) Ekstremitas

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

Bawah : Biasanya ada edema, biasanya tidak terdapat

varises, biasanya teraba sedikit dingin, dan tampak sedikit pucat.

6. Data Sosial Ekonomi

Umumnya preeklampsia berat lebih banyak terjadi pada wanita dari golongan ekonomi rendah dimana mereka kurang mengkonsumsi makanan yang mengandung protein dan juga kurang melakukan perawatan antenatal yang teratur (Mitayani, 2013).

7. Data Psikologis

Biasanya klien preeklampsia ini berada dalam kondisi cemas, labil dan mudah marah, klien merasa khawatir akan keadaan dirinya dan keadaan bayinya (Mitayani, 2013).

2. Kemungkinan Diagnosis Keperawatan

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

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
- c. Risiko infeksi dibuktikan dengan dengan prosedur invasif
- d. Risiko cedera dibuktikan dengan hipoksia jaringan
- e. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas
- f. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostik
- g. Resiko ketidakseimbangan cairan ditandai dengan produr pembedahan mayor
- h. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

3. Rencana Keperawatan

Tabel
Perencanaan Tindakan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		SLKI	SIKI
1	Risiko perfusi serebral dibuktikan dengan hipertensi	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 (SLKI, L.02014)	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi a. Periksa sirkulasi perifer b. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi c. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik a. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi b. Lakukan pencegahan infeksi c. Lakukan hidrasi Edukasi a. Anjurkan berhenti merokok b. Anjurkan berolahraga rutin Anjurkan minum obat penurun tekanan darah
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x 24 jam, masalah nyeri akut teratasi	Manajemen Nyeri (I. 08238) Observasi 1. lokasi, karakteristik,

	<p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur 	<p>dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Sikap protektif menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Frekuensi nadi membaik (5) 6. Pola napas membaik (5) 	<p>durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik
	<p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif (tidak tersedia)</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada 		<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres

	<p>diri sendiri</p> <p>7. Diaforesis</p>		<p>hangat/dingin, terapi bermain)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i> <p>Pemberian Analgetik (I.08243)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi
--	--	--	--

			<p>karakteristik nyeri (mis. Pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi riwayat alergi obat 3. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. Narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri 4. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik 5. Monitor efektifitas analgesik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu 2. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum 3. Tetapkan target efektifitas analgesic untuk mengoptimalkan respon pasien
--	--	--	--

			<p>4. Dokumentasikan respon terhadap efek analgesic dan efek yang tidak diinginkan</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi</p>
3	<p>Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif</p> <p>Faktor Risiko</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit kronis (mis. diabetes. melitus). 2. Efek prosedur invasi. 3. Malnutrisi. 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan. 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : <ol style="list-style-type: none"> 1) Ganggua peristaltik 2) Kerusakan 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x 24 jam masalahrisiko infeksi teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun (5) 2. Kemerahan menurun (5) 3. Nyeri menurun (5) 4. Bengkak menurun (5) 5. Kadar sel darah putih membaik (5) 	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi riwayat kesehatan dan riwayat alergi 2. Identifikasi kontraindikasi pemberian imunisasi 3. Identifikasi status imunisasi setiap kunjungan ke pelayanan kesehatan <p>Terapeuti</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan suntikan pada pada bayi dibagian paha anterolateral 2. Dokumentasikan informasi vaksinasi 3. Jadwalkan imunisasi pada interval waktu yang tepat <p>Edukasi</p>

	<p>integritas kulit</p> <p>3) Perubahan sekresi pH</p> <p>4) Penurunan kerja siliaris</p> <p>5) Ketuban pecah lama</p> <p>6) Ketuban pecah sebelum waktunya,</p> <p>7) Merokok, statis cairan tubuh.</p> <p>6. Ketidakdekuatan pertahanan tubuh sekunder :</p> <p>1) Penurunan homolobin</p> <p>2) Imunosupresi</p> <p>3) Leukopenia</p> <p>4) Supresi respon inflamasi</p> <p>5) Vaksinasi tidak adekuat.</p>		<p>1. Jelaskan tujuan, manfaat, resiko yang terjadi, jadwal dan efek samping</p> <p>2. Informasikan imunisasi yang diwajibkan</p>
4	<p>Risiko cedera dibuktikan dengan hipoksia jaringan</p> <p>Faktor Risiko <i>Eksternal</i></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x 24 jam masalah risiko cedera dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Toleransi aktivitas meningkat (5)</p>	<p>Pencegahan cedera (I.14537)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi lingkungan yang mengakibatkan cedera</p> <p>2. Identifikasi obat yang</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terpapar patogen 2. Terpapar zat kimia toksik 3. Terpapar agen nosokomial 4. Ketidaknyamanan Transportasi 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Kejadian cedera menurun (5) 3. Luka/lecet menurun (5) 4. Ekspresi wajah kesakitan menurun (5) 5. Gangguan mobilitas 6. Tekanan darah membaik (5) 7. Frekuensi nadi membaik (5) 	<p>berotensi menyebabkan cedera</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstremitas bawah <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan pencahayaan yang memadai 2. Gunakan lampu tidur selama tidur 3. Gunakan alas lantai bila berisiko mengalami cedera serius 4. Sediakan pispot atau urinal untuk eliminasi diatas tempat tidur 5. Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau 6. Pertahankan posisi tempat tidur di posisi terendah saat digunakan 7. Pastikan roda tempat tidur atau kursi roda dalam kondisi terkunci 8. Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan 9. Diskusikan mengenai latihan dan terapi fisik
	<p><i>Internal</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidaknormalan profil darah 2. Perubahan orientasi afektif 3. Perubahan sensasi 4. Disfungsi autoimun 5. Disfungsi biokimia 6. Hipoksia jaringan 7. Kegagalan mekanisme pertahanan tubuh 8. Malnutrisi 9. Perubahan fungsi psikomotor 10. Perubahan fungsi 		

	kognitif		<p>yang diperlukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Diskusikan mengenai alat bantu mobilisasi 11. Diskusikan bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi pasien 12. Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga 2. Anjurkan berganti posisi secara perlahan <p>Pencegahan jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi factor risiko jatuh 2. Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 3. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala 4. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Orientasi ruangan pada
--	----------	--	--

			<p>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>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 4. Anjurkan melebarkan kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
--	--	--	---

Sumber : SDKI, SLKI, SIKI

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap keempat dalam proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Implementasi merupakan tindakan yang nyata untuk mencapai hasil yang diharapkan berupa berkurangnya

atau hilangnya masalah yang sedang dihadapi. Pada tahap implementasi ini terdiri dari beberapa kegiatan, yaitu validasi rencana keperawatan, menuliskan atau mendokumentasikan rencana keperawatan (Mitayani,2013).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan akhir dari proses keperawatan, dimana perawat menilai hasil yang diharapkan terhadap perubahan diri klien dan menilai sejauh mana masalah klien dapat diatasi. Perawat dapat memberikan umpan balik atau pengkajian ulang, seandainya tujuan yang ditetapkan belum tercapai, maka dalam hal ini proses keperawatan dapat dimodifikasi (Mitayani, 2013)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah *deskriptif*, dalam bentuk studi kasus. Penelitian *Deskriptif* yaitu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan untuk membuat gambaran atau deskriptif tentang suatu keadaan secara objektif dengan pendekatan studi kasus (Supardi, Sudihyo, 2013). Hasil yang didapatkan oleh peneliti adalah diskripsi asuhan keperawatan pada pasien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklamsia Berat di ruangan IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini telah selesai dilakukan pada pasien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklamsia Berat di IRNA kebidanan dan Anak RSUP. Dr. M. Djamil Padang. Waktu penelitian dilakukan mulai bulan Desember 2021 – Juni 2022, dan penerapan asuhan keperawatan dilaksanakan pada tanggal 09 Juni - 13 Juni 2022.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien post sectio caesarea atas indikasi preeklamsia berat yang dirawat di ruangan IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang. Populasi yang di dapatkan oleh peneliti saat melakukan penelitian adalah sebanyak 1 orang.

2. Sampel

Dalam pengambilan sampel penelitian ini menggunakan teknik sampling yaitu dengan *accidental sampling*. Sampel dalam penelitian ini merupakan pasien post sectio caesarea atas indikasi pre eklamsia berat yang dirawat di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.

D. Alat atau Instrumen Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan beberapa alat untuk mengumpulkan data. Alat atau instrument pengumpulan data yang digunakan adalah format asuhan keperawatan,

tensimeter, stetoskop, thermometer, timbangan BB, pengukuran LILA, *penlight*, *reflex hammer* dan meteran. Instrumen pengumpulan data meliputi :

- a. Format pengkajian keperawatan terdiri dari : identitas pasien, identitas penanggung jawab, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.
- b. Format analisa data terdiri dari : nama pasien, nomor rekan medik, data subjektif, data objektif, masalah, dan penyebab.
- c. Format diagnosa keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya masalah, serta tanggal dan paraf dipecahkannya masalah.
- d. Format rencana asuhan keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, SIKI dan SDKI.
- e. Format implementasi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, dan implementasi keperawatan.
- f. Format evaluasi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, evaluasi keperawatan dan paraf yang mengevaluasi tindakan keperawatan.

E. Jenis-jenis Data

1. Data primer

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

2. Data sekunder

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

F. Langkah-langkah Penelitian

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

G. Teknik Pengumpulan Data

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

1. Wawancara

Dalam penelitian ini wawancara dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara bebas terpimpin. Wawancara jenis ini merupakan kombinasi dari wawancara tidak terpimpin dan wawancara terpimpin. Meskipun dapat unsur kebebasan, tapi ada pengarah pembicara secara tegas dan mengarah. Jadi wawancara ini mempunyai ciri yang fleksibelitas tetapi arahnya jelas. Artinya pewawancara diberi kebebasan yang diharapkan dan responden secara bebas dapat memberikan informasi selengkap mungkin. Wawancara dapat dilakukan mengenai identitas pasien, riwayat kesehatan (keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwayat penyakit yang diderita sebelumnya dan riwayat kesehatan keluarga yang sebelumnya, kondisi lingkungan pasien, dan activity daily (ADL) seperti makan, minum, BAB, BAK, istirahat dan tidur.

2. Pengukuran

Pengukuran adalah cara pengumpulan data penelitian dengan mengukur objek (Supardi & Rustika, 2013). Peneliti melakukan pemantauan kondisi pasien dengan metoda pengukuran menggunakan alat ukur pemeriksaan, seperti menimbang berat badan, pengukuran tekanan darah, menghitung frekuensi nadi, menghitung frekuensi pernafasan, suhu, pemeriksaan fisik dari kepala sampai ekstremitas.

3. Observasi

Observasi adalah cara pengumpulan data penelitian melalui pengamatan terhadap suatu objek atau proses, baik secara visual maupun alat (Supardi & Rustika 2013). Pada observasi ini, peneliti akan mengobservasi atau melihat kondisi dari pasien, seperti keadaan umum pasien. Selain itu juga mengobservasi tindakan apa saja yang telah dilakukan pada pasien, misalnya pasien terpasang infus, kompres hangat, pemberian obat, terpasang oksigen. Observasi pemeriksaan fisik seperti luka operasi (ukuran, warna kulit disekitar luka, dan keadaan luka), pemantauan tanda- tanda kejang, edema, perdarahan. Pemantauan tanda-tanda vital yaitu nadi, pernapasan, tekanan darah dan suhu. Pemantauan laboratorium seperti hasil pemeriksaan laboratoirum pada darah (Hb, leukosit, trombosit, hematokrit, gula darah)

4. Studi Dokumentasi

Peneliti menggunakan dokumentasi dari rumah sakit untuk menunjang

penelitian yang akan dilakukan. Dokumentasi keperawatan yang didapatkan yaitu catatan perkembangan pasien, hasil pemeriksaan laboratorium seperti Hb, Ht, Trombosit, Leukosit, dan data pengobatan pasien, catatan tindakan apa yang telah dilakukan.

H. Analisis Keperawatan

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 kanker serviks. 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 DAN PEMBAHASAN KASUS

A. Deskripsi Kasus

Penelitian ini dilakukan di ruang rawat Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang yang berada di lantai dua dengan melibatkan satu orang partisipan yaitu Ny. D berumur 32 tahun yang memiliki diagnosa medik post SC atas indikasi PEB dengan Anemia, yang merujuk yaitu Rumah Sakit Rizki Bunda Lubuk Basung, alasan masuk yaitu pasien dirujuk dari Rumah Sakit Rizki Bunda dengan G3P2A0H2 gravid preterm 32-33 minggu, PEB dengan bekas SC dan Anemia. Pasien masuk ke RSUP Dr. M. Djamil Padang melalui IGD pada tanggal 05 Juni 2022 pukul 22.30 WIB, rujukan dari RS Rizki Bunda, Lubuk Basung dengan keluhan badan terasa lemah, pusing, sakit kepala dengan tekanan darah 167/95 mmHg.

1. Pengkajian Keperawatan

Ny. D berusia 32 tahun, pendidikan terakhir SD, suku bangsa minang, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, agama islam, dan beralamat di Ladang Panjang 3 Nagari Kabupaten Pasaman Kecamatan Lubuk Sikaping. Suami Ny. D bernama Tn. D berusia 38 tahun, pendidikan terakhir SD, suku bangsa minang, pekerjaan sebagai petani, agama islam, keluarga terdekat pasien yaitu suaminya sendiri.

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 09 Juni pukul 15.00 WIB, Ny. D dirawat diruang HCU kebidanan dengan P3A0H3 nifas hari pertama. Ny. D mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di perut bagian bawah, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri terasa hilang timbul, nyeri terasa lebih kurang 3-5 menit, pasien mengatakan nyeri semakin terasa saat pasien bergerak untuk mengubah posisi tidur. Pasien mengatakan badannya terasa lemah, kepala pusing, tangan dan kaki terasa dingin dan tampak pucat.

Ny. D mengatakan sebelumnya tidak pernah menderita hipertensi, diabetes melitus, dan penyakit jantung. Ny. D sebelumnya pernah dirawat di Rumah Sakit karena PEB dan melahirkan secara SC pada tahun 2020.

Ny. D mengatakan ada anggota keluarga yang menderita hipertensi, yaitu ibunya. Keluarga dari Tn. D tidak ada yang mempunyai riwayat hipertensi, jantung, diabetes melitus, dan penyakit generatif lainnya.

Ny. D mengatakan pertama kali datang haid pada umur 14 tahun, siklus teratur, lamanya haid 5-7 hari, biasanya haid banyak pada hari pertama, warna haid merah, bau khas, dismenore ada pada saat hari pertama haid. HPHT Ny. D pada tanggal 20 September 2021. Ny. D mengatakan ini pernikahan pertamanya dan usia pernikahannya yaitu 15 tahun.

Status kehamilan Ny. D yang sekarang adalah P3A0H3 nifas hari pertama, keluhan selama kehamilan adalah Ny. D mengatakan sering merasa pusing, sakit kepala dengan tekanan darah tinggi, badan lemah. Riwayat persalinan dan nifas yang lalu: anak pertama lahir pada tahun 2009 di bidan desa, lahir secara spontan (normal), anak berjenis kelamin perempuan, keadaan anak saat ini baik. Anak kedua lahir pada tahun 2020 di RSUP. Dr. M. Djamil Padang, lahir secara SC, anak berjenis kelamin laki-laki, keadaan anak saat ini baik.

Pada persalinan sekarang, pasien melahirkan pada tanggal 8 Juni 2022 pukul 20.00 WIB di RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan cara operasi sesar dan ditolong oleh Dokter. Anak Ny. D berjenis kelamin perempuan dengan berat 2300 gram dan panjang badan 35 cm. Keadaan anak sekarang baik di rawat di ruangan perinatologi.

Ny. D mengatakan pernah menggunakan KB, yaitu KB jenis pill dan juga suntik. Saat hamil sebelumnya Ny. D mengatakan menggunakan KB suntik.

Ny. D mengatakan cemas dengan keadaannya karena tekana darahnya masih tinggi dan keadaan bayinya. Dukungan dari ibu dari Ny. D untuk menyusui ada, namun interaksi dengan bayi belum ada karena bayi dirawat di ruang yang terpisah dengan ibunya.

Ny. D mengatakan saat sehat pasien ada sholat 5 waktu dan membaca Al-Quran. Namun sejak dirawat dirumah sakit Lubuk Basung sampai sekarang pasien belum ada sholat. Pasien mengatakan, saat pasien merasa takut dan cemas pasien ada membaca istighfar. Pasien meyakini yang terjadi pada dirinya saat ini adalah ujian baginya.

Interaksi dengan tetangga sekitar dilakukan dengan lancar, untuk pendapatan utama keluarga didapatkan oleh suami, asuransi yang digunakan yaitu BPJS kesehatan.

Ny. D mengatakan saat ini masih lemah, namun masih bisa menolong diri sendiri seperti makan dan minum, namun terkdang ada beberapa yang masih dibantu sedikit. Selanjutnya untuk mandi dan lainnya masih dengan bantuan. Ny. D mengatakan makan dan minum dengan teratur. Ny. D mengatakan sering makan malam dan suka makanan yang bersantan. Ny. D mengatakan susah untuk istirahat dan tidur, luka pada bekas operasi terasa sangat nyeri.

Saat dilakukan pemeriksaan fisik pada Ny. D, keadaan umum lemah dengan kesadaran compos mentis. Tekanan darah 167/95 mmHg, nadi 102 x/menit, suhu 37,5 C, pernafasan 20x/menit. Tinggi badan 155 cm dan berat badan 57 Kg. Pada pemeriksaan kepala bentuk kepa simetris, tidak terdapat benjolan dan lesi. Telinga simetris kiri dan kanan, pendengaran baik. Mata simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, pandangan bagus dan tidak kabur. Hidung simetris kiri dan kanan, tampak bersih, pernafasan cuping hidung tidak ada. Mukosa mulut tampak kering

dan pucat, dan tidak ada caries gigi lidah tampak bersih dan lidah tidak jatuh kedalam.

Pada pemeriksaan thoraks jantung saat dilakukan inspeksi iktus kordis tidak terlihat, saat dilakukan palpasi iktus kordis teraba, saat dilakukan perkusi suara pekak, dan saat dilakukan auskultasi jantung irama jantung teratur atau regular. Pada pemeriksaan thoraks paru saat dilakukan inspeksi pergerakan dinding dada simetris, tidak ada tarikan dinding dada saat bernapas dan fremitus kiri dan kanan sama, saat dilakukan palpasi tidak ada nyeri tekan, saat dilakukan perkusi suara sonor, dan saat dilakukan auskultasi suara vesikuler.

Saat dilakukan pemeriksaan pada mammae, bentuk mammae simetris kiri dan kanan, aerola mammae hiperpigmentasi, papila mammae menonjol, tampak bersih, teraba hangat dan padat. Saat dilakukan pemeriksaan pada abdomen saat dilakukan inspeksi tampak ada striae dan linea nigra, tampak ada luka bekas operasi melintang, luka tertutup perban dengan ukuran luka lebih kurang 15 cm, tinggi fundus uteri sejajar pusat, posisi uterus medial yaitu berada di tengah perut pasien. Saat dilakukan palpasi nyeri tekan ada pada perut luka bekas operasi, saat dilakukan perkusi bunyi timpani, dan saat dilakukan auskultasi bising usus 11x/menit.

Saat dilakukan pemeriksaan ekstremitas atas Ny. D terpasang IVFD RL 28 tetes/menit di tangan kiri, tangan Ny. D teraba dingin dan tampak pucat, CRT > 2 detik, tidak ada edema, pada ekstremitas bawah kedua telapak kaki teraba dingin dan tampak pucat, CRT > 2 detik, tidak ada edema pada kedua kaki.

Data pemeriksaan laboratorium pada pemeriksaan urinalisa didapatkan hasil protein urin positif (+2) (normal negatif). Data pemeriksaan laboratorium tanggal 09 Juni 2022 di dapatkan hasil hemoglobin 10,6 g/dl (normal 12-14 g/dl), leukosit $21,66 \times 10^3/\text{mm}^3$ (normal 5-10

$10^3/\text{mm}^3$), hematokrit 35% (normal 37-43%), total protein 4,5 g/dl (normal 6,6-8,7 g/dl), albumin 2,4 g/dl (3,8-5,0 g/dl), natrium 129 mmol/l (normal 136-145 mmol/l). Data pemeriksaan laboratorium tanggal 10 Juni 2022 di dapatkan hasil hemoglobin 10,3 g/dl (normal 12-14 g/dl), leukosit 14,42 $10^3/\text{mm}^3$ (normal 5-10 $10^3/\text{mm}^3$), hematokrit 32% (normal 37-43%), eritrosit 3,94 $10^6/\mu\text{l}$ (normal 4,00-4,50 $10^6/\mu\text{l}$), albumin 2,7 g/dl (normal 3,8-5,0), natrium 135 mmol/l (normal 136-145 mmol), total protein 5,0 g/dl (normal 6,6-8,7).

Program terapi yang diberikan yaitu metildopa 3x500 mg, paracetamol 3x500 mg, vit C 3x50 mg, asam mefenamat 3x500 mg, SF 2x1 tab, ceftriaxon 2x1 gr, IVFD RL regimen MgSO₄ 28 tts/menit.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data pengkajian dan observasi yang dilakukan peneliti terhadap Ny. D ditemukan beberapa masalah keperawatan yang muncul yaitu **risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi**, **nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)**, **risiko gangguan perlekatan dibuktikan dengan prematuritas**

Setelah dilaukan analisa data dari hasil pengkajian tersebut didapatkan masalah keperawatan pada Ny. D yaitu masalah keperawatan pertama yaitu **risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi** ditandai dengan data subjektifnya yaitu Ny. D badan terasa lemah, pusing, sakit kepala. Adapun data objektifnya yaitu tekanan darah 167/95 mmHg, nadi 102x/menit, mukosa bibir kering dan pucat, wajah tanpak pucat, detik, Hb: 10,3 g/dl, konjungtiva klien anemis.

Diagnosis keperawatan yang kedua adalah **nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)** ditandai dengan data subjektifnya yaitu Ny. D mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di perut bagian bawah, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri

terasa hilang timbul, dan terasa lebih kurang 3-5 menit. Adapun data objektifnya yaitu Ny. D menunjukkan lokasi nyeri, tampak ada luka operasi diperut bagian bawah, luka tertutupi perban dengan ukuran lebih kurang 15 cm, RR: 20x/menit, Nadi: 102x/menit.

Diagnosis keperawatan yang keempat untuk anak Ny. D adalah **risiko gangguan perlekatan dibuktikan dengan prematuritas** ditandai dengan data subjektifnya yaitu Ny. D mengatakan bayi lahir dengan usia kandungan 33 minggu dengan berat 2300 gram dan panjang badan 35 cm, saat dirawat terpisah dengan bayi ASI diantar oleh ibu Ny. D menggunakan kantong ASI, ASI banyak tidak terdapat keluhan.

3. Rencana Keperawatan

Intervensi Keperawatan yang dilakukan pada Ny. D mengacu pada SLKI dan SIKI (2018). Berikut adalah intervensi keperawatan yang dilakukan pada Ny. D :

Intervensi keperawatan yang dibuat untuk diagnosis keperawatan yaitu **risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi** untuk 5x24 jam perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil: sakit kepala menurun, gelisah menurun, kecemasan menurun, tekanan darah sistolik membaik, dan tekanan darah diastolik membaik. Intervensi keperawatan yaitu pemantauan tanda-tanda vital: observasi : monitor tekanan darah, monitor nadi, monitor pernapasan, monitor suhu tubuh, identifikasi penyebab perubahan tanda vital, terapeutik yaitu atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien dan dokumentasikan hasil pemantauan.

Intervensi keperawatan yang dibuat untuk diagnosis **nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)** untuk 5x 24 jam dengan tujuan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meriangis menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik. Intervensi

keperawatannya yaitu manajemen nyeri: observasi yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, terapeutik yaitu berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat/dingin), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), edukasi yaitu jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi yaitu kolaborasikan pemberian analgetik, jika perlu.

Intervensi keperawatan untuk anak Ny. D adalah **risiko gangguan perlekatan dibuktikan dengan prematuritas** untuk 5x24 jam dengan tujuan perlekatan meningkat dengan kriteria hasil: interaksi dengan bayi meningkat, menggendong bayi untuk diberikan susu meningkat. Intervensi keperawatannya yaitu mengidentifikasi kemampuan bayi menghisap dan menelan ASI.

4. Implementasi Keperawatan

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

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Ny. D dengan masalah keperawatan **risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi** dari tanggal 9-13 Juni 2022 adalah pemantauan tanda-tanda vital dengan tindakan keperawatan yaitu memonitor tekanan darah pasien, memonitor nadi, memonitor pernapasan, memonitor suhu tubuh, dan

memberikan metildopa untuk menurunkan tekanan darah.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Ny. D dengan masalah keperawatan **nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)** dari tanggal 9-13 Juni 2022 yaitu melakukan penilaian nyeri yang meliputi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus nyeri), mengajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi, memberikan individu penurun nyeri yang optimal dengan peresepan analgesic yaitu asam mefenamat 3x500 mg, mendukung istirahat/ tidur yang adekuat untuk membantu pengurangan nyeri, memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat.

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk masalah **risiko gangguan perlekatan dibuktikan dengan prematuritas** yaitu melakukan promosi perlekatan seperti interaksi dengan bayi, menggendong bayi untuk diberikan susu, mengidentifikasi kemampuan bayi menghisap dan menelan ASI.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari selama 5 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada Ny. D pada diagnosis keperawatan **risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi** didapatkan masalah sudah teratasi pada kunjungan kelima, yaitu tanggal 13 Juni 2022. Evaluasi subjektif pada kunjungan kelima yaitu keluhan sakit kepala dan pusing menurun dan evaluasi objektif yaitu 147/81 mmHg, sudah tidak terpasang infus lagi, dan Ny. D diizinkan pulang.

Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari selama 5 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada Ny. D pada diagnosis keperawatan **nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik**

(**prosedur operasi**) didapatkan masalah sudah mulai teratasi pada hari ke lima yaitu pada tanggal 13 Juni 2022. Evaluasi subjektif yang didapatkan adalah Ny. D mengatakan nyeri sudah berkurang, skala nyeri 2, nyeri terasa kadang-kadang dan evaluasi objektif yaitu TD 147/81 mmHg, Suhu 36,5 C, nadi 98x/menit, RR 20x/menit.

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan implementasi pada Ny. D dengan diagnosa keperawatan **risiko gangguan perlekatan dibuktikan dengan prematuritas** didapatkan masalah sudah mulai teratasi, Ny. D sudah berinteraksi dengan bayinya, sudah dapat menggendong dan memberikan ASI secara langsung.

B. Pembahasan Kasus

Setelah melaksanakan pendampingan asuhan keperawatan pada Ny. D dengan Post Sectio Caesarea atas indikasi Pre Eklamsia Berat di ruang Kebidanan lantai 2 RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 09-13 Juni, maka pada pembahasan kasus ini peneliti akan menganalisa data hasil penelitian dengan membahas kesenjangan antara teori dengan hasil temuan peneliti saat proses keperawatan yang dimulai dari proses pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan oleh peneliti tanggal 9 Juni 2022, ditemukan usia partisipan dengan pots SC atas indikasi PEB adalah berusia 32 tahun. .

Hasil pengkajian pada Ny. D keluhan utama masuk yaitu badan terasa lemah, pusing, sakit kepala dengan tekanan darah 167/95 mmHg. Menurut teori Mitayani (2013), preeklampsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi (tekanan darah tinggi), edema, dan proteinuria. Menurut Reeder, dkk (2014) manifestasi klinis dari PEB lainnya yaitu sakit kepala terus

menerus, nyeri ulu hati dan penglihatan kabur. Menurut analisa peneliti ada kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan pada partisipan. Partisipan mengalami sakit kepala dan sering pusing.

Pada pengkajian riwayat kesehatan sekarang partisipan mengeluh nyeri pada luka bekas operasi di perut bagian bawah, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri terasa hilang timbul, dan terasa lebih kurang 3-5 menit. Selain mengeluh nyeri, partisipan juga mengeluh pusing dan sakit kepala. Keluhan lainnya pada partisipan yaitu tangan dan kaki terasa dingin dan tampak pucat, dan nafas sedikit sesak.

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

Saat dikaji mengenai riwayat kesehatan dahulu partisipan mengatakan tekanan darah tinggi dialami saat hamil. Namun partisipan mengatakan pernah dirawat di Rumah Sakit RSUP Dr.M. Djamil Padang pada tahun 2020 karena alasan yang sama, yaitu sectio caesarea atas indikasi pre eklampsia berat.

Menurut Mitayani (2013), adapun faktor risiko terjadi preeklamsia salah satunya yaitu riwayat hipertensi. Menurut analisa peneliti, ada kesesuaian antara teori dan kasus yaitu partisipan sudah memiliki riwayat sectio caesarea sebelumnya karena preeklamsia. Selain itu partisipan tidak

memiliki riwayat penyakit kelainan darah, anemia dan abortus sebelumnya.

Pada pola aktivitas partisipan dibantu dan sebagian besar banyak dihabiskan diatas tempat tidur. Partisipan mengeluh sulit untuk beraktivitas karena saat banyak bergerak nyeri pada luka bekas operasi semakin terasa.

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

Partisipan mengatakan tidak memiliki riwayat abortus. Partisipan mengatakan menikah saat usia 19 tahun dan menikah hanya satu kali. Usia perkawinan partisipan saat ini sudah 15 tahun dan memiliki 3 orang anak. Partisipan pernah dilakukan sectio caesarea karena mengalami preeklamsia berat.

Menurut teori Kusmiyati, (2009) paritas adalah jumlah kehamilan terdahulu yang telah mencapai batas viabilitas dan telah dilahirkan, paritas merupakan salah satu faktor resiko preeklampsia. Hasil penelitian Rahayu (2012), menunjukkan bahwa paritas merupakan salah satu faktor resiko terjadinya preeklampsia sebesar 15,3 %. Menurut analisa peneliti, ada kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan, yaitu partisipan faktor penyebab terjadinya PEB karena adanya riwayat sectio caesarea atas indikasi PEB.

Pemeriksaan fisik pada partisipan didapatkan keadaan umum tampak lemah. Hasil pengukuran tekanan darah pada partisipan adalah 160/100 mmHg. Pada pemeriksaan head to toe, ditemukan konjungtiva anemis.

Pada pemeriksaan mulut didapatkan mukosa mulut partisipan tampak kering dan pucat. Selanjutnya pemeriksaan ekstremitas pada partisipan ditemukan kedua ekstremitas atas dan bawah tampak pucat dan teraba dingin.

Menurut teori Perry & Potter (2006), respon tubuh terhadap perubahan fisiologis pada pasien post sectio caesarea atas indikasi preeklamsia berat berupa perubahan tanda-tanda vital seperti tekanan darah dan nadi yang meningkat >100 x/menit. Menurut analisa peneliti, ada kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan pada partisipan, yaitu terjadi perubahan tanda-tanda vital pada kedua partisipan.

Peningkatan nadi dapat terjadi karena adanya nyeri pada luka bekas operasi yang dirasakan oleh partisipan tersebut. Konjungtiva pada partisipan tampak anemis, mukosa mulut tampak kering dan pucat, ekstremitas teraba dingin dan pucat disebabkan karena penurunan kadar hemoglobin pada partisipan tersebut, kadar hemoglobin yang rendah mengakibatkan menurunnya transportasi darah yang mengandung zat-zat makanan keseluruhan tubuh terutama bagian perifer, dimana bagian-bagian perifer pada tubuh salah satunya adalah bibir, kaonjungtiva dan ekstremitas. selain itu juga didapatkan ekstremitas teraba dingin dan tampak pucat.

Hasil pemeriksaan laboratorium partisipan bagian hematologi didapatkan hemoglobin 9,4 g/dl, leukosit $13,21 \times 10^3/\text{mm}^3$. Terjadinya penurunan Hb pada partisipan dikarenakan pada diagnosis medis disebutkan partisipan menderita anemia ringan dan ditambah dengan adanya proses pembedahan, leukosit yang meningkat disebabkan karena proses inflamasi atau peradangan pada luka sehingga terjadi peningkatan kadar leukosit.

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan analisis data yang dilakukan pada kasus, diagnosis

keperawatan yang muncul pada partisipan ada tiga yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Diagnosa keperawatan pertama yaitu **risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi**. Data subjektifnya yaitu Ny. D badan terasa lemah, pusing, sakit kepala. Adapun data objektifnya yaitu tekanan darah 167/95 mmHg, nadi 102x/menit, mukosa bibir kering dan pucat, wajah tampak pucat, detak, Hb: 10,3 g/dl, konjungtiva klien anemis.

Menurut Prawirohardjo (2013), Nyeri kepala pada hipertensi tersebut terjadi karena kerusakan vaskuler dan vasokonstriksi arteriol dan vasospasme sistemik yang menyebabkan terjadinya penurunan penurutan suplai oksigen ke otak sehingga menyebabkan nyeri.

Peningkatan darah ini mengakibatkan terjadinya kerusakan vaskuler, vasokonstriksi arteriol, dan vasospasme sistemik yang berisiko pada gangguan perfusi jaringan (serebral, perifer, renal), penurunan curah jantung dan risiko penurunan darah ke plasenta (Prawirohardjo, 2013 dan Reeder, 2014). Menurut analisa peneliti, terdapat kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan pada responden, risiko terjadinya gangguan perfusi serebral disebabkan oleh hipertensi dalam kehamilan yang sedang dialami oleh responden yang mengeluh sakit pada kepala dan terjadi kenaikan tekanan darah.

Diagnosis keperawatan kedua yaitu **nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)**. Data yang didapat dari partisipan yaitu, data subjektifnya partisipan mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di perut bagian bawah, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri terasa hilang timbul, dan terasa lebih kurang 3-5 menit. Adapun data objektifnya yaitu partisipan menunjukkan lokasi nyeri, tampak ada luka operasi di perut bagian bawah, luka tertutupi perban dengan

ukuran lebih kurang 15 cm, RR: 25x/menit, Nadi: 102x/menit.

Menurut Rukiah (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.

Menurut analisa peneliti, ada kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan pada klien, dimana nyeri akut terjadi karena adanya kerusakan jaringan, karena proses pembedahan.

Diagnosis keperawatan yang keempat untuk anak Ny. D adalah **risiko gangguan perlekatan dibuktikan dengan prematuritas** ditandai dengan data subjektifnya yaitu Ny. D mengatakan bayi lahir dengan usia kandungan 33 minggu dengan berat 2300 gram dan panjang badan 35 cm, saat dirawat terpisah dengan bayi ASI diantar oleh ibu Ny. D menggunakan kantong ASI, ASI banyak tidak terdapat keluhan.

Menurut Fauziah, N (2017), *attachment* (kemelekatan) adalah ikatan emosional abadi dan resiprokal antara bayi dan pengasuhnya, yang sama-sama memberikan kontribusi terhadap kualitas hubungan pengasuh-bayi. Kemelekatan juga diartikan sebagai ikatan afeksi kuat yang kita miliki dengan orang tertentu dalam hidup kita sehingga membuat kita merasa senang bila berinteraksi dengan mereka dan nyaman bila mereka berada di dekat kita di masa-masa tertekan.

Menurut Freud, kelekatan adalah apabila seorang bayi menjadi dekat dengan orang atau objek yang memberikan kepuasan oral. Bagi kebanyakan bayi, orang ini adalah ibunya, karena biasanya dialah yang menyusuinya dan memberikan makanan di saat bayi lapar (Santrock, 2011).

Menurut analisa peneliti, ada kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan pada klien, dimana ketidakpuasan ibu karna bayinya dirawat terpisah dengan ibu yang mengakibatkan tidak dapat menyusui bayinya secara langsung.

3. Rencana Asuhan Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan yang dibuat untuk diagnosis keperawatan yaitu **risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi** yaitu pemantauan tanda-tanda vital: monitor tekanan darah, monitor nadi, monitor pernapasan, monitor suhu tubuh, identifikasi penyebab perubahan tanda vital, terapeutik yaitu atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien dan dokumentasikan hasil pemantauan.

Menurut Atoilah & Kusnadi (2013), Penanganan pada hipertensi dalam kehamilan dapat dilakukan dengan dua cara yaitu farmakologis dan non farmakologis. Penanganan farmakologis adalah penanganan dengan menggunakan terapi medis atau obat-obatan, sedangkan penanganan nonfarmakologis dapat berupa terapi dan teknik relaksasi.

Menurut analisa peneliti, terdapat kesesuaian antara teori dengan hasil yang diberikan kepada responden, yaitu penanganan farmakologis dengan pengobatan pada penderita preeklamsia berat dapat dilakukan dengan pemberian antihipertensi (metildopa) untuk menurunkan tekanan darah.

Rencana asuhan keperawatan yang dibuat untuk diagnosis keperawatan **nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)** yaitu *manajemen nyeri*: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, berikan teknik non farmakologis untuk

mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam), jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi yaitu kolaborasikan pemberian analgetik, jika perlu.

Dalam jurnal Satrio, dkk (2013), ada sejumlah terapi yang dapat perawat lakukan dalam penatalaksanaan nyeri akut post operasi diantaranya yaitu dengan terapi farmakologis yaitu menggunakan obat analgetik dengan cara berkolaborasi dengan medis dan dapat juga dengan terapi nonfarmakologis yaitu dengan menggunakan teknik relaksasi maupun distraksi. Teknik relaksasi dapat digunakan saat individu dalam kondisi sehat atau sakit dan merupakan upaya pencegahan untuk membantu tubuh segar kembali dengan meminimalkan nyeri secara efektif. Teknik relaksasi yang digunakan dalam mengatasi nyeri post operasi di Rumah Sakit adalah dengan latihan nafas dalam. Adapun keuntungan dari teknik relaksasi nafas dalam antara lain dapat dilakukan setiap saat di mana saja dan kapan saja, caranya sangat mudah dan dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien, tanpa suatu media, dapat merilekskan otot-otot yang tegang.

Menurut anallisa peneliti, terdapat kesesuaian antara teori dengan hasil yang diberikan kepada responden, yaitu dengan mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam akan membantu responden dalam mereduksi nyeri.

Rencana asuhan keperawatan yang dibuat untuk diagnosa adalah **risiko gangguan perlekatan dibuktikan dengan prematuritas** yaitu *promosi perlekatan*: menganjurkan sering berinteraksi dengan bayi, menggendong bayi untuk diberikan susu, mengidentifikasi kemampuan bayi menghisap dan menelan ASI.

Menurut jurnal Yuni, dkk (2020), interaksi ibu dan bayi merupakan interaksi pertama dan terpenting bagi bayi dan mempengaruhi

perkembangan bayi dimasa depannya baik perkembangan bahasa, sosial emosional, perilaku maupun kognitif.

Menurut analisa peneliti, ada kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan pada responden, dimana ketidakpuasan ibu karna bayinya dirawat terpisah dengan ibu yang mengakibatkan tidak dapat menyusui bayinya secara langsung.

4. Implementasi Keperawatan

Peneliti melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun dalam perencanaan keperawatan menurut SLKI-SIKI (2017) dan dipilih sesuai dengan kondisi kesehatan partisipan saat itu. Implementasi keperawatan pada partisipan dilaksanakan dari tanggal 09 Juni 2022 sampai dengan 13 Juni 2022.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Ny. D dengan masalah keperawatan **risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi** dari tanggal 9 sampai 13 Juni 2022 adalah pemantauan tanda-tanda vital dengan tindakan keperawatan yaitu memonitor tekanan darah pasien, memonitor nadi, memonitor pernapasan, memonitor suhu tubuh, dan menganjurkan mengonsumsi obat metildopa untuk menurunkan tekanan darah.

Dalam jurnal Nurmainah, dkk (2021), preeklampsia berat merupakan kondisi preeklampsia dengan tekanan darah sistolik (TDS)/tekanan darah diastolik (TDD) $\geq 160 / \geq 110$ mmHg dan proteinuria > 300 mg/24 jam atau dipstik $> (+1)$. Preeklampsia berat yang tidak terkontrol dapat berkembang menjadi penyakit kardiovaskular seperti strok, infark miokard, gagal ginjal. Dokter harus berhati-hati terhadap komplikasi ibu dan bayi ketika proteinuria yang masif telah terdeteksi. Manajemen pengobatan preeklampsia berat dapat dilakukan dengan pemberian antihipertensi.

Menurut analisa peneliti, terdapat kesesuaian antara teori dengan hasil yang diberikan kepada responden, yaitu dengan pengobatan pada penderita preeklamsia berat dapat dilakukan dengan pemberian antihipertensi (metildopa) untuk menurunkan tekanan darah.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada partisipan dengan masalah keperawatan **nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)** yaitu melakukan penilaian nyeri yang meliputi (partisipan mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di perut bagian bawah, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri terasa hilang timbul, nyeri terasa lebih kurang 3-5 menit, pasien mengatakan nyeri semakin terasa saat pasien bergerak untuk mengubah posisi tidur), mengajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi (teknik relaksasi nafas dalam, menganjurkan untuk mengonsumsi penurun nyeri yang optimal dengan peresepan analgesic yaitu asam mefenamat , mendukung istirahat/ tidur yang adekuat untuk membantu pengurangan nyeri, memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat.

Dalam jurnal Stania (2016), adanya perbedaan intensitas nyeri responden disebabkan karena pemberian teknik relaksasi nafas dalam, jika teknik relaksasi nafas dalam dilakukan secara benar maka akan menimbulkan penurunan nyeri yang dirasakan sangat berkurang/optimal dan pasien sudah merasa nyaman dibanding sebelumnya, sebaliknya jika teknik relaksasi nafas dalam dilakukan dengan tidak benar, maka nyeri yang dirasakan sedikit berkurang namun masih terasa nyeri dan pasien merasa tidak nyaman dengan keadaannya. Hal ini dapat mempengaruhi intensitas nyeri, karena jika teknik relaksasi nafas dalam yang dilakukan secara berulang akan dapat menimbulkan rasa nyaman yang pada akhirnya akan meningkatkan toleran.

Menurut analisa peneliti, terdapat kesesuaian antara teori dengan hasil yang diberikan kepada responden, yaitu dengan mengajarkan teknik

relaksasi nafas dalam dan dapat dilakukan secara berulang akan dapat menimbulkan rasa nyaman yang pada akhirnya akan mengurangi rasa nyeri.

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk anak Ny. D adalah **risiko gangguan perlekatan dibuktikan dengan prematuritas** yaitu menganjurkan ibu untuk berinteraksi dengan bayinya, menggendong bayi untuk diberikan susu.

Menurut Freud (Santrock, 2011), kelekatan adalah apabila seorang bayi menjadi dekat dengan orang atau objek yang memberikan kepuasan oral. Bagi kebanyakan bayi, orang ini adalah ibunya, karena biasanya dialah yang menyusunya dan memberikan makanan di saat bayi lapar.

Menurut analisa peneliti, ada kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan pada responden, dimana ketidakpuasan ibu karena bayinya dirawat terpisah dengan ibu yang mengakibatkan tidak dapat menyusui bayinya secara langsung.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan pada tanggal 09 Juni 2022 sampai dengan 13 Juni 2022. Metode penelitian Subjektive, Objektive, Assesment, Planning (SOAP) untuk mengetahui keefektifan tindakan yang telah dilakukan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam pada partisipan, untuk diagnosis keperawatan **risiko perfusi serebral tidak efektif** didapatkan masalah sudah teratasi pada kunjungan kelima, yaitu tanggal 13 Juni 2022. Evaluasi subjektif pada kunjungan kelima yaitu keluhan sakit kepala dan pusing menurun dan evaluasi objektif yaitu 147/81 mmHg, sudah tidak terpasang infus lagi, dan Ny. D diizinkan pulang.

Menurut Atoilah & Kusnadi (2013), Penanganan pada hipertensi dalam kehamilan dapat dilakukan dengan dua cara yaitu farmakologis dan non

farmakologis. Penanganan farmakologis adalah penanganan dengan menggunakan terapi medis atau obat-obatan, sedangkan penanganan nonfarmakologis dapat berupa terapi dan teknik relaksasi.

Menurut analisa peneliti, terdapat kesesuaian antara teori dengan hasil yang diberikan kepada responden, yaitu penanganan farmakologis dengan pengobatan pada penderita preeklamsia berat dapat dilakukan dengan pemberian antihipertensi (metildopa) untuk menurunkan tekanan darah.

Evaluasi keperawatan yang didapatkan pada diagnosis keperawatan **nyeri akut** didapatkan masalah sudah mulai teratasi pada hari ke lima, hasil yang didapatkan adalah partisipan mengatakan nyeri sudah berkurang, skala nyeri 2, nyeri terasa kadang-kadang, TD 147/81 mmHg, Suhu 36,5 C, nadi 98x/menit, RR 22x/menit

Menurut Stania (2016), adanya perbedaan intensitas nyeri responden disebabkan karena pemberian teknik relaksasi nafas dalam, jika teknik relaksasi nafas dalam dilakukan secara benar maka akan menimbulkan penurunan nyeri yang dirasakan sangat berkurang/optimal dan pasien sudah merasa nyaman dibanding sebelumnya, sebaliknya jika teknik relaksasi nafas dalam dilakukan dengan tidak benar, maka nyeri yang dirasakan sedikit berkurang namun masih terasa nyeri dan pasien merasa tidak nyaman dengan keadaannya. Hal ini dapat mempengaruhi intensitas nyeri, karena jika teknik relaksasi nafas dalam yang dilakukan secara berulang akan dapat menimbulkan rasa nyaman yang pada akhirnya akan meningkatkan toleran.

Menurut analisa peneliti, terdapat kesesuaian antara teori dengan hasil yang diberikan kepada responden, yaitu dengan mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan dapat dilakukan secara berulang akan dapat menimbulkan rasa nyaman yang pada akhirnya akan mengurangi rasa nyeri.

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan implementasi pada Ny. D dengan diagnosa keperawatan **risiko gangguan perlekatan dibuktikan dengan prematuritas** didapatkan masalah sudah mulai teratasi, Ny. D sudah berinteraksi dengan bayinya, sudah dapat menggendong dan memberikan ASI secara langsung untuk 5x24 yaitu menganjurkan ibu untuk berinteraksi dengan bayinya, menggendong bayi untuk diberikan susu meningkat.

Menurut jurnal Yuni, dkk (2020), interaksi ibu dan bayi merupakan interaksi pertama dan terpenting bagi bayi dan mempengaruhi perkembangan bayi dimasa depannya baik perkembangan bahasa, sosial emosional, perilaku maupun kognitif.

Menurut analisa peneliti, ada kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan pada responden, dimana ketidakpuasan ibu karna bayinya dirawat terpisah dengan ibu yang mengakibatkan tidak dapat menyusui bayinya secara langsung.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

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

1. Pada saat dilakukan pengkajian pada hari kunjungan pertama Ny. D mengatakan mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di perut bagian bawah, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri terasa hilang timbul, nyeri terasa lebih kurang 3-5 menit, nyeri semakin terasa saat pasien bergerak untuk mengubah posisi tidur, badannya terasa lemah, kepala pusing, tangan dan kaki terasa dingin dan tampak pucat. Ny. D mengatakan sebelumnya tidak pernah menderita hipertensi, diabetes melitus, dan penyakit jantung. Ny. D sebelumnya pernah dirawat di Rumah Sakit karena PEB dan melahirkan secara SC pada tahun 2020. Ada anggota keluarga yang menderita hipertensi, yaitu ibunya.

Saat dilakukan pemeriksaan fisik pada Ny. D, keadaan umum lemah dengan kesadaran compos mentis. Tekanan darah 160/100 mmHg, nadi 102 x/menit, suhu 37,8 C, pernafasan 25x/menit. Tinggi badan 155 cm dan berat badan 57 Kg. Pada pemeriksaan kepala bentuk kepala simetris, tidak terdapat benjolan dan lesi. Telinga simetris kiri dan kanan, pendengaran baik. Mata simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, pandangan bagus dan tidak kabur. Hidung simetris kiri dan kanan, tampak bersih, terpasang nasal kanul 3 liter, pernafasan cuping hidung tidak ada. Mukosa mulut tampak kering dan pucat, dan tidak ada caries gigi lidah tampak bersih dan lidah tidak jatuh kedalam.

Pada pemeriksaan thoraks jantung iktus kordis tidak terlihat, iktus kordis teraba, suara pekak, dan jantung irama jantung teratur atau regular. Pada pemeriksaan thoraks paru pergerakan dinding dada simetris, tidak ada

tarikan dinding dada saat bernapas dan fremitus kiri dan kanan sama, tidak ada nyeri tekan, suara sonor, dan suara vesikuler. Pada pemeriksaan mammae, areola mammae sudah menghitam, papilla tampak menonjol dan menghitam, tidak ada pembengkakan pada payudara. Saat dilakukan pemeriksaan pada abdomen ada striae dan linea nigra, tampak ada luka bekas operasi melintang, luka tertutup perban dengan ukuran luka lebih kurang 15 cm, tinggi fundus uteri sejajar pusat, posisi uterus medial yaitu berada di tengah perut pasien. nyeri tekan ada pada perut luka bekas operasi, bunyi timpani, dan bising usus 11x/menit.

Data pemeriksaan laboratorium setelah di operasi tanggal 09 Juni 2022 di dapatkan hasil hemoglobin 10,6 g/dl (normal 12-14 g/dl), leukosit 21,66 103/mm³ (normal 5-10 103/mm³), hematokrit 35% (normal 37-43%), total protein 4,5 g/dl (normal 6.6-8.7 g/dl), albumin 2,4 g/dl (3,8-5,0 g/dl), natrium 129 mmol/l (normal 136-145 mmol/l). Data pemeriksaan laboratorium tanggal 10 Juni 2022 di dapatkan hasil hemoglobin 10,3 g/dl (normal 12-14 g/dl), leukosit 14,42 103/mm³ (normal 5-10 103/mm³), hematokrit 32% (normal 37-43%), eritrosit 3,94 106/ μ l (normal 4.00-4,50 106/ μ l), albumin 2,7 g/dl (normal 3,8-5,0), natrium 135 mmol/l (normal 136-145 mmol), total protein 5,0 g/dl (normal 6,6-8,7).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien yaitu risiko perfusi serebral dibuktikan dengan hipertensi, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), risiko gangguan perlekatan

3. Rencana keperawatan

Rencana keperawatan untuk diagnosis risiko perfusi serebral tidak efektif yaitu pemantauan tanda-tanda vital, nyeri akut yaitu manajemen nyeri dan untuk risiko gangguan perlekatan yaitu promosi perlekatan.

4. Implementasi keperawatan

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

5. Evaluasi keperawatan

Hasil evaluasi yang dilakukan selama lima hari dilakukan secara komprehensif dengan acuan rencana asuhan keperawatan SDKI, SLKI, dan SIKI hasil penelitian didapatkan perfusi perifer meningkat, tingkat nyeri menurun, toleransi aktifitas meningkat.

B. Saran

1. Bagi Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang

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

2. Bagi Ruang Rawat Kebidanan Dan Anak

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

3. Bagi instiusi pendidikan

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

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat memberikan asuhan keperawatan

khususnya pada pasien dengan kanker serviks dengan lebih baik lagi. Serta dapat memberikan implementasi keperawatan yang lebih komprehensif lagi.

Daftar Pustaka

- Aditya, N., Sulistyowati, A., & Riesmiyatiningdyah, R. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Ny. D Dengan Diagnosa Medis Post Sectio Caesarea Indikasi Pre Eklampsia Berat Di Rs Bangil pasuruan. *Kerta Cendekia Nursing Academy*. http://eprints.kertacendekia.ac.id/id/eprint/69/1/KTI_NORA.pdf
- Aspiani, R. (2017). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas Aplikasi NANDA, NIC dan NOC*. Jakarta: CV Trans Info Media
- Ayu, N. (2016). *Patologi dan Patofisiologi Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Bobak, L. (2010). *Keperawatan Maternitas, Edisi 4*. Jakarta: EGC
- Devita, N. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklampsia Berat Di Ruang Rawat Kebidanan Rsup Dr. M. Djamil Padang*. 1–174
- Dinkes Sumbar. (2018). *Profil Kesehatan Profil Kesehatan*
- Fauziah N. (2017). *Inisiasi Menyusui Dini Dan Bounding Attachment Dalam Peningkatan Kesehatan Secara Fisik Dan Psikis*. Jurnal Jumantik. Medan: Universitas Islam Negri Sumatera Utara.
- Kementrian Kesehatan RI. (2017). Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Maryunani, A. (2013). *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: CV. Trans Info Media
- Medforth, J. d. (2011). *Kebidanan Oxford dari Bidan Untuk Bidan*. Jakarta: EGC
- Mitayani. (2013). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Salemba Medika
- Mitayani. (2011). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Salemba Medika
- Nurmainah F. (2021). *Profil Proteinuria dan Tekanan Darah pada Pasien Preeklampsia Berat yang menggunakan Antihipertensi*. Jurnal Farmasi Klinik Indonesia. Pontianak: Fakultas Kedokteran, Universitas Tanjungpura
- Padila. (2014). *Keperawatan Maternitas* . Yogyakarta: Nuha Medika

- Putri, M. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. E Dengan P1a0 Post Sectio Caesarea Hari Ke-1 Atas Indikasi Peb Di Ruang Rawat Inap Kebidanan Rsud Dr. Ahcmad Mochtar Bukittinggi*. Stikes Perintis Padang
- Prawirohardjo, S. (2013). *Ilmu kebidanan edisi keempat*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Purwoastuti. (2015). *Konsep dan Asuhan Kebidanan Maternal dan Neonatal*. Pustaka Baru Pers
- Perry & Potter (2006). *Fundamental keperawatan*. Jakarta: Selemba Medika
- PPNI, T. P. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1*. Jakarta: Persatuan Perawat Indonesia
- Santrock, John, W. (2011). *Perkembangan masa Hidup edisi ketigabelas jilid 1*, Jakarta: Erlangga
- Satriyo A. (2013). *Terdapat Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Dengan Anestesi Umum Di Rsud Dr. Moewardi Surakarta*. Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informatika Kesehatan. Surakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES.
- Stania F. Y. Rampengan. (2016). *Pengaruh Teknik Relaksasi Dan Teknik Distraksi Terhadap Perubahan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Di Ruang Irina A Atas Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado*. Jurnal Kesehatan
- Sukarni, d. (2014). *Patologi: Kehamilan Persalinan, Nifas dan Neonatus Resiko Tinggi*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Reeder, dkk. (2014). *Keperawatan Maternitas: Kesehatan Wanita, Bayi & Keluarga, Edisi 18*. . Yogyakarta: EGC
- Yuni, A. (2020). *Faktor-faktor Yang Berkontribusi Dengan Interaksi Ibu-Bayi: Literature Review*. *Idea Nursing Jurnal*. Banda Aceh: Universitas Syiah Kuala Banda Aceh

LAMPIRAN



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

Nama : Nadia Nova Delza
 NIM : 193110142
 Pembimbing I : Ns. Elvia Menti, MKep, Sp.Kep.Mat
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Post Section Caisarean Atas
 Indikasi Pre Eklamsia Berat di IRNA Kebidanan dan Anak RSUD Dr.
 M. Djamil Padang

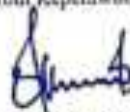
No	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	11 Agustus 2021	Memasukan alasan topik, lengkapi latar belakang dan kemukakan fenomena yang ditemui	
2	26 Agustus 2021	Konsultasi fenomena, konsultasi pembuatan latar belakang dan acc judul	
3	8 Oktober 2021	Periksa teknik penulisan BAB I, periksa latar belakang dan rapikan daftar pustaka	
4	21 Desember 2021	Konsultasi revisi BAB I, II, III proposal, teknik penulisan, tambahkan referensi terbaru, revisi metode penelitian dan rencana survey data	
5	29 Desember 2021	Tambahkan data survey awal dan konsultasi tempat penelitian	
6	11 Januari 2022	Konsultasi revisi penelitian BAB I, II, III proposal, rapikan penghubung antar kalimat, kalimat dalam paragraf dipersingkat	
7	13 Januari 2022	Konsultasi revisi penulisan BAB I, II, III, tambahkan data dari jurnal, tekankan pelaksanaan dikasus terbanyak, tambahkan jurnal tentang rencana intervensi	

8	14 Januari 2022	Konsultasi penulisan BAB III, revisi teknik pengumpulan data, prosedur penelitian dan flow chart	8
9	19 Januari 2022	Acc sidang proposal	8
10	24 Juni 2022	Konsultasi abstrak, BAB III, IV, dan V	8
11	15 Juni 2022	bagian perantara & pengantar	8
12	25 Juni 2022	Konsultasi revisi BAB III, IV, dan V Tambah dan perbaiki diagnosa	8
13	29 Juni 2022	Lengkap semua lampiran	8
14	29 Juni 2022	Acc usulan tesis	8

Catatan:

- Lembar konsul harus dibawa setiap kali konsultasi
- Lembar konsul diserahkan ke panitia sidang sebagai salah satu syarat pendaftaran sidang

Mengetahui,
Katus Prodi Keperawatan Padang



Harpi Sasmita, S.Kp, M. Kep, Sp. Jiwa
NIP. 19701020 199303 2 002

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

Nama : Nadia Nova Dilea
 NIM : 193110142
 Pembimbing II : Dr. Metri Lilya, S.Kp, M.Hiomed
 Judul : Analisis Keperawatan Pada Pasien dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklamsia Berat di IRNA Kebidanan dan Anak RSUD Dr. M. Djarul Padang

No	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	14 Desember 2021	Konsultasi dan ace judul	
2	14 Desember 2021	Melakukan konsal pertama BAB I	
3	14 Desember 2021	Melaksanakan konsal BAB I, II, III	
4	19 Januari 2022	Ace ajian sidang proposal	
5	24 Juni 2022	Konsultasi abstrak, BAB III, IV, dan V	
6	28 Juni 2022	Konsultasi revisi BAB III, IV, dan V Tambah dan perbaiki diagnosa	
7	28 Juni 2022	lengkap semua lampiran	

R	29-6-2022	ACC. ujian	cmj

Catatan :

- Lembar konsal harus dibawa setiap kali konsultasi
- Lembar konsal diserahkan ke panitia sidang sebagai salah satu syarat pendaftaran sidang

Mengetahui,
Ketua Padi Keperawatan Palang



Heppi Sasmita, S.Kp, M. Kep. Sp. Jwa
NIP. 19701020 199303 2 002



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG
Jl. Sisingang Puncak Koto Bangko Telo (0751) 761200 FAX: (0751) 761210 PADANG 26139
Email: psk@kemkes.go.id Web: www.kemkes.go.id



Nomor : PP.03.01/053/D/2021
Lamp. : -
Perihal : izin Survey Data

22 Desember 2021

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 V A, 2021/2022, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Survey Data di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin :

NO	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL KTI
1	Nadla Nova Delta	193110140	Audien Keperawatan pada Pasien Post Stroke Cacatan Atas Indikasi PEB di IRNA Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang

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

Direktur Poltekkes Kemenkes Padang

Dr. Barlian Maslin, SK.M.M.Si
Nip. 196601131986031002



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

Jl. Perintis Kemerdekaan Padang - 25127
Telp. (0751) 893324, 810253, 810254, ext 243
Email : dkat.edjamil@jkmoo.com

NOTA DINAS

Nomor : LB.01.02/XVI.1.3.2/144/XB/2021

Yth : 1. Ka. Instalasi Rekam Medis
2. Ka. Ima Kebidanan & Anak

Dari : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan
Hal : Izin Survei Awal
Tanggal : 29 Desember 2021

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 : Nada Nova Della
NIM/ BP : 193110140
Institusi : Program Studi D III Keperawatan Poltekkes 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 Ima Kebidanan & anak RSUP Dr. M. Djamil Padang"

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

NB: Solusi difasilitasi untuk
mendapatkan data awal/
keterangan guna menyusun
proposal penelitian sesuai
dengan topik yang diupayakan
dan sesuai dengan aliran
kemanusiaan
Padang, 29 Desember 2021


dr. Adrian Zanir

19. 10.21 Kasmal, Skep



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

Jalan Pemuda Kecamatan Padang - 25117 Telp. (0751) 31371, 30253, 310294, ext 240
 Email : rsup@rsupdrmdjamil.com

NOTA DINAS

Nomor: LB.01.02/AVI.1.3.2/649/2022

Yth. : Ka. Instalasi Kebidanan dan Anak
 Dari : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan
 Hal : Izin Melakukan Penelitian
 Tanggal : 18 Mei 2022

Sehubungan dengan surat Direktur Puskesmas Komerkes Padang Nomor PP.03.01/03113/2022 tanggal 27 April 2022 perihal tersebut di atas, bersama ini kami kirimkan pemberi:

Nama : Neda Niva Delfa
 NISNIP : 1001101142
 Instansi : Dit Program Studi Keperawatan Puskesmas Komerkes Padang

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

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

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

sk. Untuk dipelajari untuk melakukan penelitian pada unit yang diijinkan dan akan dibuat buku skripsi.

Padang, 18 Mei 2022
 Dr. A. Zaini

Dr. A. Zaini

Demikian surat permohonan kembali secara yang bersangkutan telah selesai pengembalian data penelitian.



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG**

Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127
Phone : (0751) 32371, 810253, 810254 Fax. (0751) 323731
Website : www.rudjamil.co.id, E-mail : rudjamil@yahoo.com



Nomor : LB.01.02/XVI.1.3.2/isyv/2022
Perihal : Izin Melakukan Penelitian
a.n. **Nadia Nova Delta**

18 Mei 2022

Yang terhormat,
Direktur Poltekkes Kemenkes Padang
Di
Tempat

Selubungan dengan surat Direktur Poltekkes Kemenkes Padang nomor
PP.03.01/03113/2022 tanggal 27 April 2022 perihal tersebut di atas, bersama ini kami
sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk memberi izin kepada:

Nama : Nadia Nova Delta
NIM/BP : 1931101142
Instansi : 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 Post Sectio Caesarea Atas Indikasi
Pre Eklamsia Berat di Ruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUD Dr. M.
Djamil Padang"**

Dengan catatan sebagai berikut:

1. Penelitian yang bersifat intervensi, harus mendapat persetujuan dari panitia etik penelitian kesehatan dengan dilaksanakannya "Ethical Clearance".
2. Semua informasi yang diperoleh di RSUD Dr. M. Djamil Padang semata-mata digunakan untuk perkembangan ilmu pengetahuan dan tidak disebarkan kepada pihak lain yang tidak berkepentingan.
3. Harus menyerahkan 1 (satu) eksemplar karya tulis ke Bagian Dikti RSUD Dr. M. Djamil Padang (dalam bentuk CD/soft copy/upload link: kt.fy@rsudjamilpadang.com).
4. Segala hal yang menyangkut pembiayaan penelitian adalah tanggung jawab si peneliti.

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

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



Tembusan :
1. Instalasi Terkait
2. Yang bersangkutan



TERAKREDITASI KARS
★★★★★

Lampiran

Pemohonan Menjadi Responden

Kepada Yth,
Bapak/Ibu calon Responden
Di Tempat

Dengan Hormat
Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nadia Nova Delza
NIM : 193110142
Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Padang.

Bersama ini kami memohon Bapak/Ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklamsia Berat Di IRNA Kebidanan Dan Anak RSUD. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022".

Penelitian ini bersifat sukarela, Ibu/Bapak dan keluarga boleh memutuskan untuk berpartisipasi atau mengajukan keberatan atas penelitian ini kapanpun bapak/ibu dan keluarga inginkan tanpa ada konsekuensi dan dampak tertentu.

Sebelum bapak/ibu memutuskan, saya akan menjelaskan beberapa hal sebagai bahan pertimbangan untuk ikut serta dalam penelitian ini, yaitu sebagai berikut:

1. Tujuan penelitian ini untuk melihat Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklamsia Berat Di IRNA Kebidanan Dan Anak RSUD. Dr. M. Djamil Padang.
2. Dalam penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya. Hasil penelitian ini akan diberikan inisial tempat peneliti bekerja dengan tetap menjaga kerahasiaan identitas bapak dan ibu.
3. Jika ada yang belum jelas, silakan ditanyakan kepada peneliti.
4. Jika bapak/ibu sudah memahami dan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian ini, silakan bapak/ibu menandatangani lembar persetujuan yang akan dilampirkan yaitu *informed consent*.

Padang, 05 Juli 2022



Peneliti: Nadia Nova Delza

Lampiran ----

INFORMED CONCENT

(Lembar Persetujuan)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Responden : Desi Marlina
Umur/ tgl lahir : 16 - 06 - 1986
Penanggung jawab : Evi
Hubungan : Ibu Kandung

Setelah mendapat penjelasan dari saudara peneliti, saya bersedia menjadi responden pada penelitian atas nama Nedis Nova Delta, NIM 193110142, Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

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

Padang, 19 Juni 2022

Responden

Desi Marlina

Lampiran

**PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)**

Setelah membaca dan mendengar penjelasan tentang maksud dan tujuan peneliti :

Judul : Analisis Keperawatan Pada Pasien Dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Pre Eklamsia Berat Di IRNA Kovidem Dan Anak RSUD. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022

Orang : Nadia Nova Delra


NIM : 193110142

Status : Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes RI Padang

Dengan ini saya menyatakan bersedia menjadi responden dan berperan serta dalam penelitian. Demikian surat persetujuan ini saya tanda tangani dengan sukarela tanpa ada unsur paksaan dari siapapun.

Padang, Juni 2022

Responden


Nadia Nova Delra

()

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS

A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

1. Identitas Klien

Nama : Ny. D
Umur : 32 tahun
Pendidikan : SD
Suku Bangsa : Indonesia
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Agama : Islam
Alamat Rumah : Ladang Panjang 3 Nagari Kabupaten Pasaman
Kecamatan Lubuk Sikaping

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. D
Umur : 38 tahun
Pendidikan : SD
Suku Bangsa : Islam
Pekerjaan : Buruh
Agama : Islam
Alamat Rumah : Ladang Panjang 3 Nagari Kabupaten Pasaman
Kecamatan Lubuk Sikaping

3. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

1. Keluhan Saat Ini (Waktu Pengkajian):

Pasien masuk ke RSUP Dr. M. Djamil Padang melalui IGD pada tanggal 05 Juni 2022 pukul 22.30 WIB, rujukan dari RS Rizki Bunda, Lubuk Basung dengan keluhan badan terasa lemah, pusing, sakit kepala dengan tekanan darah 167/95 mmHg. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 09 Juni pukul 15.00 WIB, klien dirawat diruang HCU kebidanan dengan P3A0H2 nifas hari pertama. Ny. D mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di perut bagian bawah, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri terasa hilang timbul, nyeri terasa lebih kurang 3-5

menit, pasien mengatakan nyeri semakin terasa saat pasien bergerak untuk mengubah posisi tidur. Pasien mengatakan badannya terasa lemah, kepala pusing, tangan dan kaki terasa dingin dan tanpak pucat.

2) Riwayat Kesehatan Yang Lalu:

Ny. D mengatakan sebelumnya tidak pernah menderita hipertensi, diabetes melitus, dan penyakit jantung. Ny. D sebelumnya pernah dirawat di Rumah Sakit karena PEB dan melahirkan secara SC pada tahun 2020.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga:

Ny. D mengatakan ada anggota keluarga yang menderita hipertensi, yaitu ibunya. Keluarga dari Tn. D tidak ada yang mempunyai riwayat hipertensi, jantung, diabetes melitus, dan penyakit generatif lainnya.

4) Riwayat Menstruasi:

- 1) Pertama Haid : 14 tahun
- 2) Siklus : 28 hari
- 3) Lama : 5-7 hari
- 4) Warna : Merah
- 5) Dismenorea : Ada pada saat hari pertama haid

5) Riwayat Obstetri:

- 1) HPHT : 20 September 2021
- 2) Taksiran Persalinan : 14 September 2022
- 3) Status Perkawinan : Kawin
- 4) Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu (GPAH) :
G: 3, P: 2, A: 0, H: 2.

Tabel Riwayat Kelahiran

No.	Tgl / Thn	Tempat Persalinan	Cara Persalinan	Penolong	JK Anak	BB/PB	Keadaan Anak sekarang
1.	2009	Klinik bidan	Normal	Bidan	Perempuan	3200gr/ 45cm	Normal
2	2020	RSUP Dr. M. Djamil Padang	SC	Doker	Laki-laki	2800gr/ 40 cm	Normal
3	2022	RSUP Dr. M. Djamil Padang	SC	Dokter	perempuan	2300gr/ 35 cm	Normal

6) Data Keluarga Berencana:

1. Pernah Ikut KB/Tidak, jelaskan :

Ny. D mengatakan pernah menggunakan KB, yaitu KB jenis pill dan juga suntik. Saat ini Ny. D mengatakan menggunakan KB suntik

4. Data Psikologis :

Ny. D mengatakan cemas dengan keadaannya karena tekana darahnya masih tinggi. Dukungan dari ibu dari Ny. D untuk menyusui ada, interaksi antara ibu dan bayi ada, tampak saat Ny. D berbicara saat bayinya menyusui. Ny. D berencana menyusui selama 6 bulan.

5. Data Spiritual :

Ny. D mengatakan saat sehat pasien ada sholat 5 waktu dan membaca Al-Quran. Namun sejak dirawat dirumah sakit Lubuk Basung sampai sekarang pasien belum ada sholat. Pasien mengatakan, saat pasien merasa takut dan cemas pasien ada membaca istighfar. Pasien meyakini yang terjadi pada dirinya saat ini adalah ujian baginya.

6. Data Sosial/Ekonomi :

Interaksi dengan tetangga sekitar dilakukan dengan lancar, untuk pendapatan

utama keluarga di dapatkan oleh suami, asuransi kesehatan keluarga yang digunakan yaitu BPJS kesehatan.

7. Aktivitas Sehari-hari di Rumah

1) Makan/Minum :

Ny. D mengatakan makan dan minum dengan teratur. Ny. D mengatakan sering makan malam dan suka makanan yang bersantan

2) Pola Istirahat/Tidur :

Ny. D mengatakan susah untuk istirahat dan tidur, luka pada bekas operasi terasa sangat nyeri.

3) Personal hygiene :

pasien mengatakan mandi baru 1x dengan mandi lap dan dibantu oleh perawat.

d. BAK :

BAK \pm 800 ml dengan warna kuning, Ny. D mengatakan tidak ada rasa nyeri saat BAK, tidak ada urine disertai nanah, dan darah pada hasil pemeriksaan urinalisa laboratorium didapatkan hasil protein urin positif (+2)

e. BAB :

Ny. D mengatakan belum ada BAB

8. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum:

1. Kesadaran : Compos mentis
2. Tekanan Darah : 160/100 mmHg
- 3) Suhu : 37,8°C
- 4) Nadi : 102x/menit
- 5) Pernapasan : 25x/menit
- 6) Tinggi Badan : 155 cm

7) Berat Badan : 57 kg

2) Kulit:

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

3) Rambut:

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

4) Wajah :

Tidak tampak edema pada wajah.

5) Mata:

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

f. Hidung:

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

g. Bibir:

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

h. Telinga:

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

i. Leher:

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

j. Thoraks:

Jantung

I: Iktus kordis tidak terlihat

P: Iktus kordis teraba di RIC 5 midklavikula

P: Pekak

A: Irama jantung teratur /regular

Paru:

I: Pergerakan dinding dada simetris, tidak ada tarikan dinding dada saat

bernapas.

P: Fremitus kiri sama dengan kanan

P: Sonor

A: Vesikuler

k. Payudara/ Mamae :

Payudara tampak simetris, areola mammae sudah menghitam, papilla tampak menonjol dan menghitam, tidak ada pembengkakan pada payudara.

l. Abdomen:

1) Inspeksi : Tampak striae, tampak ada luka bekas operasi di bawah umbilikus, posisi luka operasi melintang, luka tertutup perban dengan ukuran luka kurang lebih 15 cm, tinggi fundus uteri sejajar pusat,

2) Palpasi : ada nyeri tekan pada perut luka bekas operasi, kontraksi uterus pasien ada dan teraba keras

3) Perkusi : timpani

4) Auskultasi : bising usus 11x/menit

m. Genitalia :

Pasien terpasang kateter, tidak ada hemoroid, tidak ada varises.

n. Ekstremitas

a. Ekstremitas atas:

pasien terpasang IVFD RL + oksitosin 28 tetes/i di tangan sebelah kiri, tangan klien teraba dingin dan tampak pucat, CRT >2 detik, tidak ada edema, pada ekstremitas bawah: kedua telapak kaki teraba dingin dan tampak pucat, CRT >2 detik, tidak ada edema pada kedua kaki.

b. Ekstremitas bawah:

kedua telapak kaki teraba dingin dan tampak pucat, CRT >2 detik, tidak ada edema pada kedua kaki. Data Penunjang

9. Data Laboratorium

Pada pemeriksaan laboratorium tanggal 05 Juni 2022 didapatkan hasil

sebagai berikut:

Pemeriksaan	Nilai	Nilai Normal
Hemoglobin	9,4 g/dl	12-14 g/dL
leukosit	13,21 $10^3/\text{mm}^3$	5-10 $10^3/\text{mm}^3$
Hematokrit	30%	37-43%
Eritrosit	3,60 $10^6/\mu\text{l}$	4.00-4,50 $10^6/\mu\text{l}$
Protein Urine	Positif (2+)	Negatif

Pada pemeriksaan laboratorium tanggal 06 Juni 2022 didapatkan hasil sebagai berikut:

Pemeriksaan	Nilai	Nilai Normal
Hemoglobin	9,2 g/dl	12-14 g/dL
leukosit	11,00 $10^3/\text{mm}^3$	5-10 $10^3/\text{mm}^3$
Hematokrit	29%	37-43%
Eritrosit	3,51 $10^6/\mu\text{l}$	4.00-4,50 $10^6/\mu\text{l}$
Total protein	5,0 g/dl	6,6-8,7 g/dl
Albumin	2,5 g/dl	3,8-5,0 g/dl

Pada pemeriksaan laboratorium tanggal 09 Juni 2022 didapatkan hasil sebagai berikut:

Pemeriksaan	Nilai	Nilai Normal
Hemoglobin	10,6 g/dl	12-14 g/dL
leukosit	21,66 $10^3/\text{mm}^3$	5-10 $10^3/\text{mm}^3$
Hematokrit	35%	37-43%
Natrium	129 mmol/l	136-145 mmol/l
Total protein	4,5 g/dl	6,6-8,7 g/dl
Albumin	2,4 g/dl	3,8-5,0 g/dl

Pada pemeriksaan laboratorium tanggal 10 Juni 2022 didapatkan hasil sebagai berikut:

Pemeriksaan	Nilai	Nilai Normal
Hemoglobin	10,3 g/dl	12-14 g/dL
leukosit	12,42 $10^3/\text{mm}^3$	5-10 $10^3/\text{mm}^3$

Hematokrit	35%	37-43%
Eritrosit	3,94 106/ μ l	4.00-4,50 106/ μ l
Natrium	135 mmol/l	136-145 mmol/l
Total protein	5,0 g/dl	6,6-8,7 g/dl
Albumin	2,7 g/dl	3,8-5,0 g/dl

10. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan USG: Tidak ada

Pemeriksaan Radiologi: Tidak ada

Pemeriksaan Lainnya: Tidak ada

11. Program Terapi Dokter

1. Metildopa 3x500 mg
2. Paracetamol 3x500 mg
3. Vit C 3x50 mg
4. Asam mefenamat 3x500 mg
5. SF 2x1 tab
6. Ceftriaxon 2x1 gr
7. IVFD RL + oksitosin 2 ampul 28 tts/i
8. Ca glukonas 1x1

ANALISA DATA

No.	Data	Penyebab	Masalah
1.	DS: Ny. D mengatakan badannya terasa lemah, pusing, sakit kepala DO: 1. TD: 167/95 mmHg 2. Nadi 102x/menit 3. Mukosa bibir kering dan pucat, wajah tampak pucat, detik 4. Hb: 10,3 g/dl 5. Konjungtiva klien anemis.	Hipertensi	Risiko perfusi serebral tidak efektif
2	DS: 1. Ny. D mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di perut bagian bawah 2. Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk 3. Skala Nyeri 6 4. Nyeri terasa hilang timbul 5. Terasa lebih kurang 3-5 menit DO: 1. Ny. D menunjukkan lokasi nyeri, tampak ada luka operasi diperut bagian	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Nyeri akut

	<p>bawah, luka tertutupi perban dengan ukuran lebih kurang 15 cm</p> <p>2. RR 25x/menit</p> <p>3. Nadi 102x/menit</p>		
3	<p>DS:</p> <p>1. Ny. D mengatakan bayi lahir dengan usia kandungan 33 minggu dengan berat 2300 gram dan panjang badan 35 cm</p> <p>2. Saat dirawat terpisah dengan bayi ASI diantar oleh ibu Ny. D menggunakan kantong ASI, ASI banyak tidak terdapat keluhan.</p>	prematuritas	Risiko gangguan perlekatan

DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN

No	Diagnosis Keperawatan	Tanggal Muncul	Tanggal Teratasi	Tanda Tangan
1	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	09 Juni 2022	13 Juni 2022	
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	09 Juni 2022	13 Juni 2022	
3	Risiko gangguan perlekatan	09 Juni 2022	13 juni 2022	

RENCANA KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny. D

No. MR : 01.13.91.90

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Perencanaan
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x24 jam diharapkan Perfusi serebral (L.02014) meningkat dengan kriteria hasil : a. Sakit kepala menurun b. Gelisah menurun c. Kecemasan menurun d. Tekanan darah sistolik membaik e. Tekanan darah diastolik membaik	Pemantauan tanda vital (I.02060) Observasi a. Monitor tekanan darah b. Monitor frekuensi nadi c. Monitor pernafasan d. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital Terapeutik a. Dokumentasikan hasil pemantauan

2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 5x24 jam diharapkan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil: a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Gelisah menurun d. Frekuensi nadi membaik e. Pola napas membaik f. Tekanan darah membaik g. Pola tidur membaik	Manajemen Nyeri (I. 08238) <i>Observasi</i> a. lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, 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 nyeri pada kualitas hidup g. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 2. Terapeutik a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) b. Fasilitasi istirahat dan tidur c. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam

			<p>pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>3. Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>4. Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>
3.	Risiko gangguan perlekatan dibuktikan dengan prematuritas	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 5x24 jam diharapkan perlekatan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Interaksi dengan bayi meningkat b. Menggendong bayi untuk diberikan susu meningkat 	<p>Promosi Perlekatan (I.10342)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kemampuan bayi menghisap dan menelan ASI b. Hindari memegang kepala bayi

DAFTAR HADIR PENELITIAN

Nama : Nadia Nova Delta
Nim : 193110142
Institusi : Poltekkes Kemenkes RI 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 2022

No	Hari/Tanggal	TTD Mahasiswa	TTD Pegawai Ruang
	Minggu / 9 - 06 - 2022		
	Jumata / 10 - 06 - 2022		
	Sabtu / 11 - 06 - 2022		
	Minggu / 12 - 06 - 2022		
	Senin / 13 - 06 - 2022		

Padang, Juni 2022

Ka. Ruang Kebidanan

Lelly Dewanti, S. Tr. Keb
NIP. 19810401002

Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan sensasi atau persepsi yang terjadi bila kita mengalami cedera atau kerusakan pada tubuh kita. Nyeri dapat berupa sakit, panas, gatal, kesemutan seperti tertakar, tertusuk, atau terbakar.



Pembagian Nyeri

1. Nyeri akut (< 6 bulan)

Nyeri akut biasanya terjadi secara tiba-tiba dan biasanya berkaitan dengan cedera spesifik. Nyeri akut merupakan nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan.

2. Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri kronis atau menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik merupakan nyeri yang dirasakan selama lebih dari 6 bulan.



Tanda dan Gejala Nyeri

* SUARA

1. mengeris
2. mendah
3. mengeri' menguntukan atau



* EKSPRESI WAJAH

1. mengeris
2. mengeris lidah, mengeris gigi
3. mengeris ngut-mengeris atau mengeris
4. mengeris lidah

* PERGERAKAN TUBUH

1. mengeris
2. mengeris-mengeris
3. mengeris mengeris atau mengeris
4. mengeris mengeris mengeris
5. mengeris mengeris

* INTERAKSI SOSIAL

1. mengeris mengeris mengeris mengeris mengeris
2. mengeris mengeris mengeris mengeris mengeris
3. mengeris mengeris



Cara Mengurangi Nyeri

Distorsi

Distorsi adalah teknik untuk mengalihkan perhatian terhadap hal-hal lain sehingga lupa terhadap nyeri yang dirasakan.

Contoh :

1. Membayangkan hal-hal yang menarik dan indah



2. Membaca buku, Karaoke, bermain dengan binatang



3. Menonton TV



4. Mendengarkan musik, radio, dll



Relaksasi Tubuh (Distorsi)

1. Diptakan lingkungan yang tenang
2. Usahakan tetap rileks dan tenang
3. Menarik nafas dalam dari hidung dan menghirup paru-paru dengan udara melalui hidung 1,2,3
4. Perlahan-lahan udara diembuskan melalui mulut sambil melakukan obstruksi atau dan kembali rileks
5. Anjuran bernafas dengan irama normal 3 kali
6. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghirupkan melalui mulut secara perlahan-lahan
7. Mendistribusikan telapak tangan dan kaki rileks
8. Usahakan agar tetap konsentrasi / mata sambil terpejam
9. Pada saat konsentrasi perhatian pada daerah yang nyeri
10. Anjuran untuk mengurangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
11. Ulangi teknik 3 kali, dengan setiap istirahat singkat setiap 3 kali



Manajemen Nyeri Nonfarmakologi



Oleh :

NADIA NOVA DELZA

DOKUMENTASI

