**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. K DENGAN DIAGNOSA P1001 POST SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI PREEKLAMSIA BERAT (PEB) HARI KE-0 DI RUANG OBGYN/II**

**RUMAH SAKIT PREMIER**

**SURABAYA**



**Oleh:**

**MERLINA PRAHARA NITA, S.Kep**

**NIM. 193.0051**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

# KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. K DENGAN DIAGNOSA P1001 POST SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI PREEKLAMSIA BERAT (PEB) HARI KE-0 DI RUANG OBGYN/II**

**RUMAH SAKIT PREMIER**

**SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners**



**Oleh:**

**MERLINA PRAHARA NITA, S.Kep**

**NIM. 193.0051**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

# SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyataan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

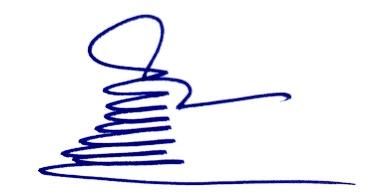
Surabaya, 22 Juli 2020

Penulis,



MERLINA PRAHARA NITA, S.Kep

NIM. 193.0051



# HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Merlina Prahara Nita, S.Kep

NIM : 193.0051

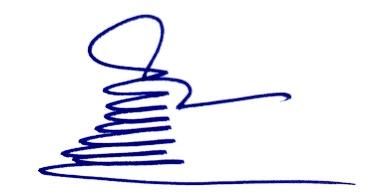
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

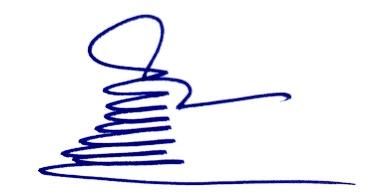
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. K Dengan Diagnosa P1001 Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Preeklamsia Berat (PEB) Hari Ke-0 Di Ruang Obgyn/Ii Rumah Sakit Premier Surabaya.

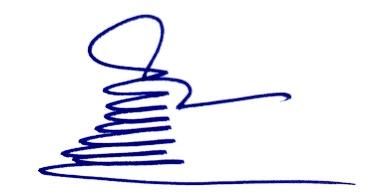
Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**NERS (Ns.)**

**Surabaya, 22 Juli 2020**

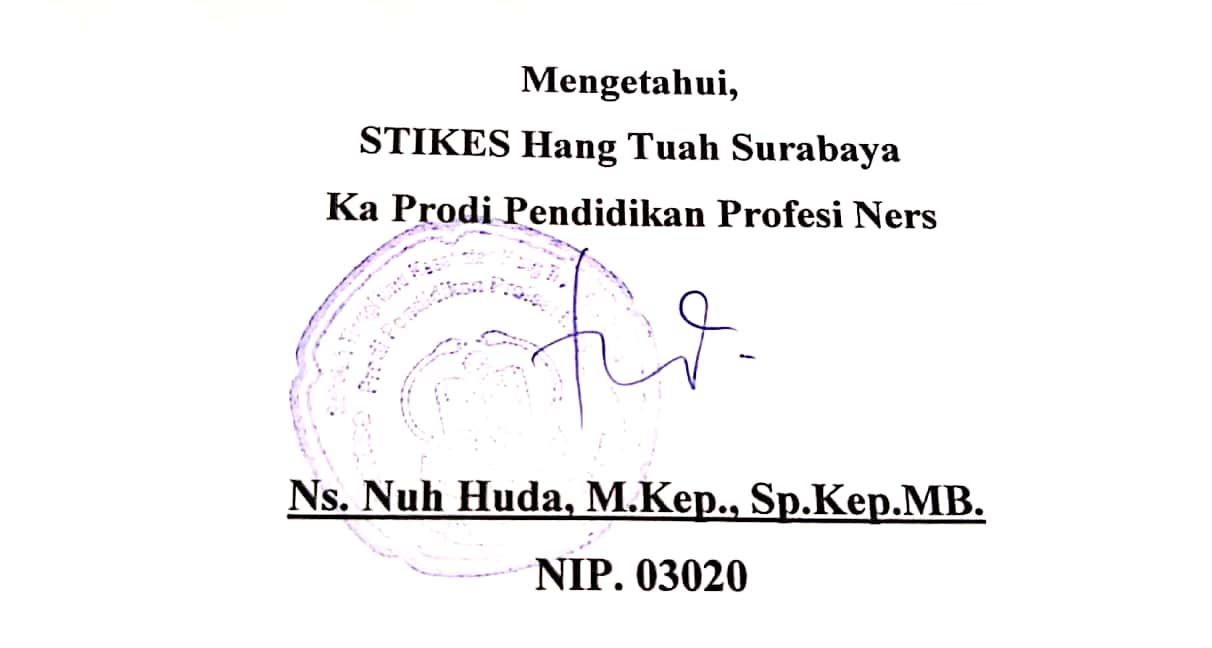
**Pembimbing**

****

****

**Puji Hastuti., S.Kep., Ns., M.Kep**

**NIP. 03010**

****

# HALAMAN PENGESAHAN

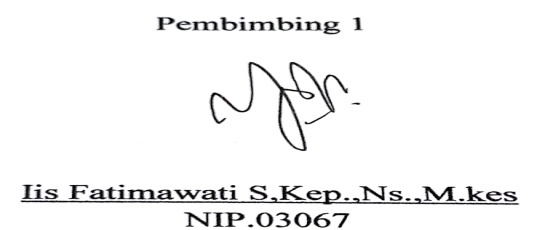
Nama : Merlina Prahara Nita

Nim : 1930051

Program Studi : Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. K Dengan Diagnosa P1001 Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Preeklamsia Berat (PEB) Hari Ke-0 Di Ruang Obgyn/II Rumah Sakit Premier Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji skripsi di STIKES Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “PROFESI NERS” pada Prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

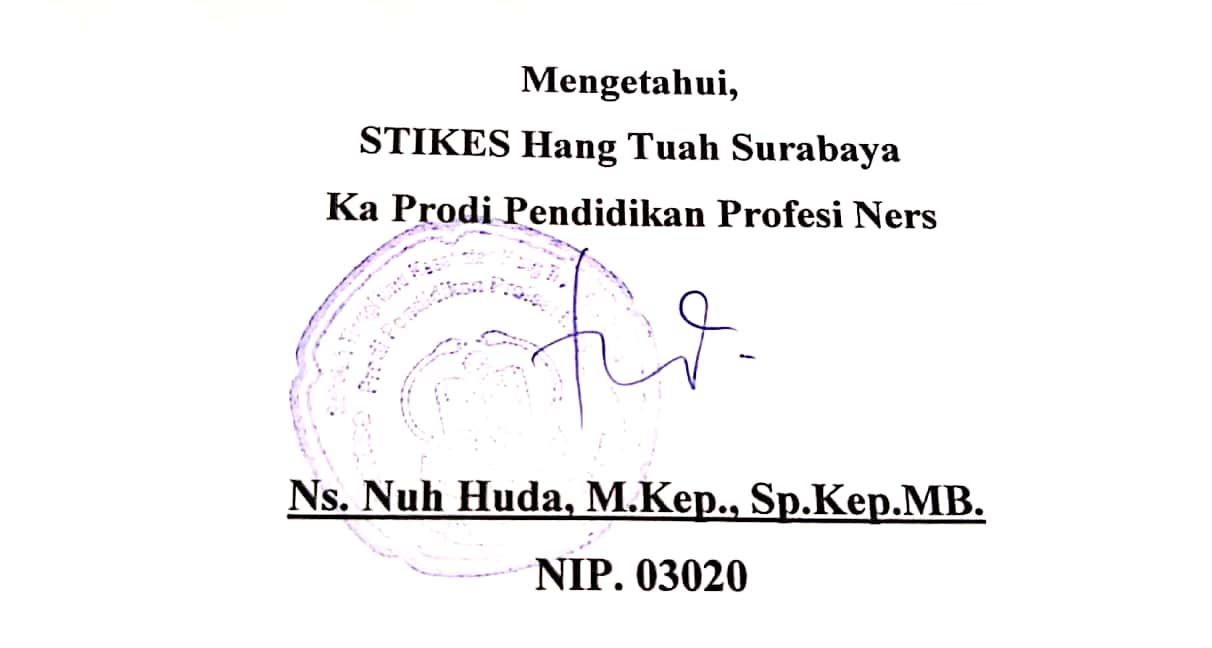
Penguji I : **Iis Fatmawati, S.Kep., Ns., M.Kes** 

 **NIP. 03067**

Penguji II : **Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kes**

**NIP.03010**

**Surabaya, 24 Juli 2020**



KATA PENGANTAR

Puji Syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak, yang telah ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Wiwiek Liestyaningrum, M.Kep. selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Bapak Nuh Huda, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
3. Iis Fatimawati, S.Kep., Ns., M.Kes selaku penguji yang memberikan msukan dan ilmu-ilmu baru bagi saya, saya sangat berterima kasih kepada bu Iis
4. Puji Hastuti., S.Kep., Ns., M.Kep selaku Pembimbing yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini agar sesuai dengan kriteria dan standar dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
5. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi – materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
6. Pasien beserta keluarga yang sangat membantu tersusunnya karya tulis ilmiah ini, dan telah menjadi narasumber yang sangat kooperatif sehingga sedikit banyak telah membantu penulis.
7. Orang tua tersayang yang senantiasa memberikan dukungan secara moral dan selalu mendoakan untuk kelancaran dan keberhasilan dalam penyelesaian penulisan karya tulis ilmiah ini.
8. Suami dan anak perempuanku tercinta yang selalu memberikan semangat dalam mengerjakan karya tulis ilmiah ini.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuan dan dukungannya. Penulis hanya bisa berdo’a semoga Allah SWT membalas amal baik dari semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 22 Juli 2020

Penulis

# DAFTAR ISI

Contents

[KARYA ILMIAH AKHITR i](#_Toc46396404)

[SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN ii](#_Toc46396405)

[HALAMAN PERSETUJUAN iii](#_Toc46396406)

HALAAN PENGESAHAN....................................................................................iv

[KATA PENGANTAR v](#_Toc46396407)

[DAFTAR ISI vi](#_Toc46396408)

[DAFTAR TABEL vii](#_Toc46396409)

[DAFTAR GAMBAR viii](#_Toc46396410)

[DAFTAR SINGKATAN ix](#_Toc46396411)

BAB 1 [PENDAHULUAN 1](#_Toc46396413)

[1.1 Latar Belakang 1](#_Toc46396414)

[1.2 Rumusan Masalah 4](#_Toc46396415)

[1.3 Tujuan 4](#_Toc46396416)

[1.3.1 Tujuan Umum 4](#_Toc46396417)

[1.3.2 Tujuan Khusus 4](#_Toc46396418)

[1.4 Manfaat 5](#_Toc46396419)

[1.5 Metode Penulisan 6](#_Toc46396420)

[1.6 Sistematika Penulisan 7](#_Toc46396421)

BAB 2 [TINJAUAN PUSTAKA 9](#_Toc46396423)

[2.1 Konsep Penyakit 9](#_Toc46396424)

[2.1.1 Pengertian 9](#_Toc46396425)

[2.1.2 Konsep Anatomi Fisiologi Kardiovaskuler 11](#_Toc46396426)

[2.1.3 Etiologi 14](#_Toc46396427)

[2.1.4 Klasifikasi preeklamsia 14](#_Toc46396428)

[2.1.5 Patofisiologi 15](#_Toc46396429)

[2.1.6 Manifestasi 16](#_Toc46396430)

[2.1.7 Komplikasi 17](#_Toc46396431)

[1.2.8 Penatalaksanaan 18](#_Toc46396432)

[1.2.9 WOC 21](#_Toc46396433)

[2.2 Konsep Teori Masa Nifas 24](#_Toc46396434)

[2.2.1 Definisi 24](#_Toc46396435)

[2.2.2 Fisiologi Nifas 24](#_Toc46396436)

[2.2.3 Patofisiologi Nifas 27](#_Toc46396437)

[2.3 Konsep Asuhan Keperawatan 30](#_Toc46396438)

[2.3.1 Pengkajian Keperawatan 31](#_Toc46396439)

[2.3.2 Diagnosa Keperawatan 34](#_Toc46396440)

[2.3.3 Perencanaan Keperawatan 35](#_Toc46396441)

[2.3.4 Pelaksanaan Keperawatan 41](#_Toc46396442)

[2.3.5 Evaluasi Keperawatan 41](#_Toc46396443)

BAB 3 [TINJAUAN KASUS 43](#_Toc46396445)

[3.1 Pengkajian 43](#_Toc46396446)

[3.1.1 Identitas 43](#_Toc46396447)

[3.1.2 Keluhan Utama 43](#_Toc46396448)

[3.1.3 Riwayat Kondisi Saat Ini 44](#_Toc46396449)

[3.1.4 Diagnosa Medik 44](#_Toc46396450)

[3.1.5 Riwayat Obstetri 44](#_Toc46396451)

[3.1.6 Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas 45](#_Toc46396452)

[3.1.7 Riwayat Keluarga Berencana 46](#_Toc46396453)

[3.1.8 Riwayat Kesehatan 46](#_Toc46396454)

[3.1.9 Riwayat Lingkungan 46](#_Toc46396455)

[3.1.10 Aspek Psikososial 46](#_Toc46396456)

[3.1.11 Kebutuhan Dasar Khusus (di Rumah dan di RS) 47](#_Toc46396457)

[3.1.12 Pemeriksaan Fisik 49](#_Toc46396458)

[3.1.13 Kesiapan Dalam Persalinan 51](#_Toc46396459)

[3.1.14 Riwayat Persalinan sekarang 52](#_Toc46396460)

[3.1.15 Data bayi 52](#_Toc46396461)

[3.1.16 Data Penunjang 52](#_Toc46396462)

[3.2 Diagnosa Keperawatan 54](#_Toc46396463)

[3.3 Prioritas Masalah 56](#_Toc46396464)

[3.4 Intervensi 57](#_Toc46396465)

[3.5 Implementasi Dan Evaluasi 61](#_Toc46396466)

BAB 4 [PEMBAHASAN 69](#_Toc46396468)

[4.1 Pengkajian 69](#_Toc46396469)

[4.2 Diagnosa Keperawatan 71](#_Toc46396470)

[4.3 Intervensi Kepearawatan 75](#_Toc46396471)

[4.4 Implementasi Keperawatan 78](#_Toc46396472)

[4.5 Evaluasi Keperawatan 83](#_Toc46396473)

BAB 5 [PENUTUP 85](#_Toc46396475)

[5.1 Kesimpulan 85](#_Toc46396476)

[5.2 Saran 87](#_Toc46396477)

[DAFTAR PUSTAKA 89](#_Toc46396478)

# DAFTAR TABEL

# Tabel 2.1 : Involusi Uterus.....................................................................................25

# Tabel 3.1 : Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas.......................................45

Tabel 3.2 : Kebutuhan Dasar Khusus...................................................................47

Tabel 3.3 : Hasil pemeriksaan penunjang............................................................52

Tabel 3.4 : Hasil pemeriksaan penunjang............................................................53

Tabel 3.5 : Diagnosa Keperawatan.......................................................................54

Tabel 3.5 : Prioritas Masalah.................................................................................56

Tabel 3.6 :Intervensi Keperawatan.....................................................................57

Tabel 3.7 : Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.......................................61

# 

# DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 : Sistem Kardiovaskuler.....................................................................11

Gambar 1.2 : Jantung Pusat Kardiovaskuler..........................................................12

# DAFTAR SINGKATAN

ANC : *Antenatal Care*

ASI : Air Susu Ibu

BAB : Buang Air Besar

BAK : Buang Air Kecil

HTP : Hari Tafsiran Persalinan

HPHT : Hari Pertama Haid Terakhir

IUFD : *Intrauterine Fetal Death*

KB : Keluarga Berencana

KEMENKES : Kementrian Kesehatan

LD : Lingkar Dada

LK : Lingkar Kepala

LL : Lingkar Lengan

PEB : *Preeclamsia* Berat

RISKESDAS : Riset Kesehatan Dasar

SC : *Sectio Caesarea*

SDKI : Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia

USG : *Ultrasonography*

# BAB 1

# PENDAHULUAN

## Latar Belakang

Kehamilan adalah proses yang normal, alamiah yang diawali dengan pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin dan dimulai sejak konsepsi sampai persalinan (Dewi & Sunarsih, 2011). Preeklampsia adalah hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai dengan proteinuria. Gejala klinik preeklampsia dibagi menjadi preeklampsia ringan dan preeklampsia berat. Preeklampsia berat adalah Preeklampsia dengan tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 110 mmHg disertai proteinuria > 5 g/24 jam. Beberapa komplikasi yang disebabkan oleh preeklamsia adalah solusio plasenta, hipofibrinogenemia, hemolisis, perdarahan otak. komplikasi ini merupakan penyebab utama kematian maternal penderita eklampsia, kelainan mata, kehilangan penglihatan untuk sementara, yang berlangsung sampai seminggu, dapat terjadi, nekrosis hati,Sindroma HELLP, yaitu hemolisis, elevated libver enzyms, dan low platelet, kelainan ginjal (Rukiyah dan Yulianti 2010).

Diseluruh dunia sekitar 76.000 wanita hamil meninggal setiap tahun akibat preeklamsia dan gangguan hipertensi lainnya pada kehamilan. Insiden preeklamsia di Amerika Serikat, Kanada, dan Eropa Barat berkisar 2-5% sedangkan di negara berkembang berkisar 4- 18% dari semua kehamilan (Patricia, Erna 2016). Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 mencatat angka kematian ibu (AKI) atau *Maternal Mortality Ratio* (MMR) di Indonesia diperkirakan sebesar 359 kematian maternal per 100.000 kelahiran hidup untuk periode 2008-2012. Penyebab kematian ibu di Indonesia masih didominasi oleh perdarahan (30,3%), hipertensi dalam kehamilan (27,1%), dan infeksi (7,3%). Angka Kematian Ibu (AKI) di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2012 adalah 97,41 per 100.000 KH yang cenderung turun, menjadi 97,39 per 100.000 KH pada tahun 2013 dan 93,52 per 100.000 KH pada tahun 2014 (Dinkes Jatim, 2015). Penyebab kematian utama ibu di Jawa Timur terutama preeklampsia/eklampsia yang meningkat dalam tahun 2010–2012. Proporsi kejadian preeklampsia/eklampsia di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2010 sebesar 26,92% yang meningkat menjadi 27,27% pada tahun 2011 dan 34,88% pada tahun 2012 (Dinkes Jatim, 2015). Angka kematian ibu di Kota Surabaya tahun 2015 sebesar 87,35 per 100.000 kelahiran hidup (Profil Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2016). Sedangkan menurut Data Laporan Kesehatan Kota Surabaya tahun 2013 penyebab kematian

ibu di Kota Surabaya tertinggi adalah preeklampsia eklampsia sebanyak 28,59%, HIV 10,24%, TB Paru 6,11%, Hepatitis 4,06%, lain-lain kasus 12,23%. Dari data

tersebut preeklampsia merupakan penyebab tertinggi AKI di kota Surabaya (Laporan Tahunan Profil Kesehatan Rumah Sakit dr.M.Soewandhie, 2013).

Faktor-faktor risiko terjadinya preeklampsia dan eklampsia antara lain primigravida, primipaternitas, umur, riwayat preeklampsia atau eklampsia, penyakit ginjal dan hipertensi yang sudah ada sebelum hamil, kehamilan ganda, serta obesitas. Preeklampsia memiliki dampak negatif yang sangat besar pada derajat kesehatan ibu dan perinatal, terutama di negara berkembang rendah (Bilano *et al.*, 2014). Perubahan yang didapatkan pada preeklampsia adalah adanya spasme pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Bila spasme arteriolar juga ditemukan di seluruh tubuh, maka dapat dipahami bahwa tekanan darah yang meningkat merupakan kompensasi mengatasi kenaikan tahanan perifer agar oksigenasi jaringan tetap tercukupi. Penyebab dari preeklampsia dan eklampsia masih belum diketahui secara jelas. Dampak preeklamsia-eklamsia pada janin dapat mengakibatkan berat badan lahir rendah akibat spasmus arteriol spinalis deciduas menurunkan aliran darah ke plasenta,yang mengakibatkan gangguan fungsi plasenta. Kerusakan plasenta ringan dapat menyebabkan hipoksia janin, keterbatasan pertumbuhan intrauterine (IUGR), dan jika kerusakan makin parah maka dapat berakibat prematuritas, dismaturitas dan IUFD atau kematian janin dalam kandungan. Dampak preeklamsia-eklamsia pada ibu yaitu solusisio plasenta,abruption plasenta, hipofibrinogrmia, hemolisis, perdarahan otak, kerusakan pembulu kapiler mata hingga kebutaan, edema paru, nekrosis hati, kerusakan jantung, sindrom HELLP, kelainan ginjal. Komplikasi terberat terjadinya preeklamsia-eklamsia adalah kematian ibu ( Devi dan Fiki 2015).

Salah satu upaya pemerintah di Indonesia untuk meminimalkan angka kejadian *Preeklamsia* pada ibu hamil adalah dengan mempersiapkan tenaga kesehatan yang terlatih, terampil dan profesional agar dapat melakukan deteksi dini dan pencegahan komplikasi pada ibu hamil selama kehamilan yang kemungkinan dapat menjadi parah sehingga kemungkinan *preeklamsia* pada ibu hamildapat diturunkan dan dicegah sedini mungkin. Selain itu, peran petugas kesehatan sangat dibutuhkan yaitu pada saat pemeriksaan *Antenatal Care* (ANC). Petugas kesehatan diharapkan mampu untuk memberikan konsultasi mengenai bahaya yang ditimbulkan akibat preeklamsia sehingga masyarakat memahami dan tau cara penanganan pada kejadian *preeklamsia* pada ibu hamil.

## Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan ini maka penulis akan melakukan kajian lebih dengan melakukan asuhan keperawatan Maternitas dengan diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Preeklamsia Berat (PEB) dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Ny.K dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Preeklamsia Berat (PEB) hari ke-0 di Ruang Obgyn/II Rumah Sakit Premier Surabaya?”

## Tujuan

### Tujuan Umum

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan pada Ny.K dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Preeklamsia Berat (PEB) hari ke-0 di Ruang Obgyn/II Rumah Sakit Premier Surabaya.

### Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada Ny.K dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Preeklamsia Berat (PEB) hari ke-0 di Ruang Obgyn/II Rumah Sakit Premier Surabaya.

1. Melakukan penegakan diagnosa keperawatan pada Ny.K dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Preeklamsia Berat (PEB) hari ke-0 di Ruang Obgyn/II Rumah Sakit Premier Surabaya.
2. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosa keperawatan pada Ny.K dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Preeklamsia Berat (PEB) hari ke-0 di Ruang Obgyn/II Rumah Sakit Premier Surabaya.
3. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny.K dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Preeklamsia Berat (PEB) hari ke-0 di Ruang Obgyn/II Rumah Sakit Premier Surabaya.
4. Melakukan evaluasi pada Ny.K dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Preeklamsia Berat (PEB) hari ke-0 di Ruang Obgyn/II Rumah Sakit Premier Surabaya.
5. Melakukan pendokumentasian pada Ny.K dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Preeklamsia Berat (PEB) hari ke-0 di Ruang Obgyn/II Rumah Sakit Premier Surabaya.
6. Membahas kesenjangan pada Ny.K dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Preeklamsia Berat (PEB) hari ke-0 di Ruang Obgyn/II Rumah Sakit Premier Surabaya.

## Manfaat

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini :

1. Akademis

Hasil studi kasus ini memberikan informasi terbaru bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada Ibu dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Preeklamsia Berat (PEB) hari ke-0.

1. Bagi pelayanan kesehatan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi acuan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada Ibu dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Preeklamsia Berat (PEB) hari ke-0.

1. Bagi peneliti

Hasil studi kasus ini dapat menjadi salah satu referensi bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada Ibu dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Preeklamsia Berat (PEB) hari ke-0.

1. Bagi profesi kesehatan

Sebagai riset keperawatan tentang studi kasus dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada Ibu dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Preeklamsia Berat (PEB) hari ke-0.

## Metode Penulisan

1. Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah - langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, dan evaluasi.

1. Teknik Pengumpulan Data
2. Wawancara

Data yang diambil atau diperoleh melelui percakapan baik dengan pasien dan rekam medis.

1. Observasi

Data diperoleh secara langsung melelui pengamatan terhadap reaksi dan sikap ibu yang diamati.

1. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik, laboratorium, dan radiologi, yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1. Sumber Data
2. Data Premier

Data Premier adalah data yang diperoleh dari pasien langsung.

1. Data Sekunder

Data Sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1. Studi Keputusan

Mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

## Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mepelajari dan memahami studi kasus ini , secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengatar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing – masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang Latar Belakang, Masalah, Tujuan, Manfaat, Penelitian dan sistematika Penulisan studi Kasus.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan Hiscrhsprung Pasca Operasi Abdominal Pull – Throught serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dan kenyataan yang dilapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran

1. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dam lampiran.

# BAB 2

# TINJAUAN PUSTAKA

## Konsep Penyakit Preeklamsia

### 2.1.1 Pengertian Preeklamsia

Preeklampsia adalah hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai dengan proteinuria. Gejala klinik preeklampsia dibagi menjadi preeklampsia ringan dan preeklampsia berat. Preeklampsia berat adalah Preeklampsia dengan tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 110 mmHg disertai proteinuria > 5 g/24 jam.1Preeklampsia dan eklampsia dapat timbul pada sebelum, selama, serta setelah persalinan.

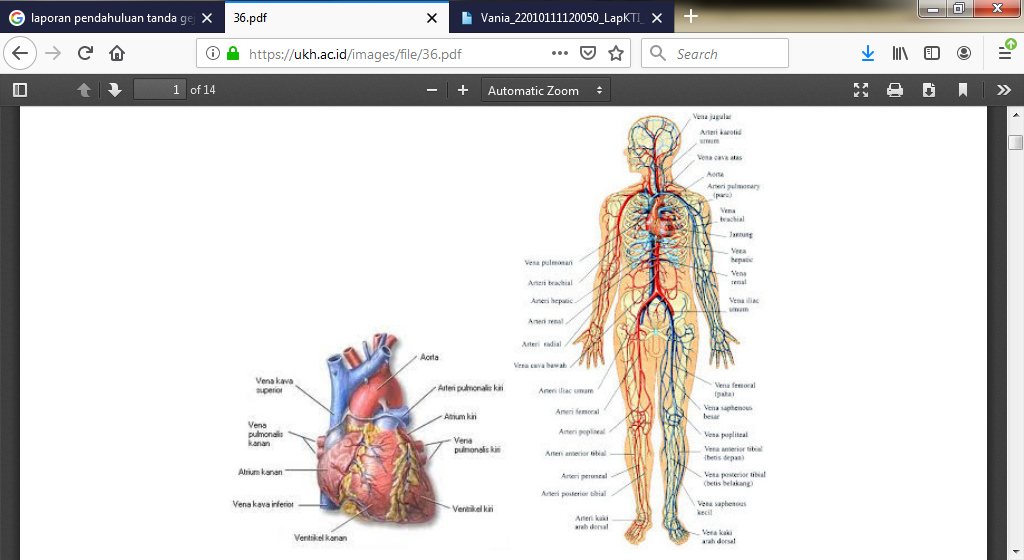
Menurut Mustika & Nita (2013), Preeklamsia adalah sekumpulan gejala yang secara spesifik hanya muncul selama kehamilan dengan usia kehamilan > 20 minggu. Preeklamsia dapat didiagnosis dengan kriteria antara lain :

1. Ada peningkatan tekanan darah selama kehamilan ( sistolik ≥ 140 mmHg atau diastolic ≥ 90 mmHg ), yang sebelumnya normal, disertai proteinuria (≥ 0,3 gram protein selama 24 jam atau ≥ 30 mg/dl dengan hasil reangen urine ≥ + 1).
2. Hipertensi selama kehamilan muncul tanpa protein uria perlu dicurigai adanya preeklamsia seiring kemajuan kehamilan, jika muncul gejala nyeri kepala, gangguan penglihatan, nyeri pada abdomen, nilai trombosit rendah dan kadar enzim ginjal abnormal.

*Preeclampsia* dan *eclampsia* merupakan penyakit hipertensi yang disebabkan oleh kehamilan yang ditandai dengan hipertensi, edema dan proteinuria setelah minggu ke 20 dan jika disertai kejang disebut *eclampsia*. (Nuryani *et al*, 2012).

*Preeklampsi* diketahui dengan adanya tanda-tanda seperti *hipertensi*, *proteinuria*, dan *oedem* pada ibu hamil. *Preeklampsi* timbul sesudah minggu ke 20 dan paling sering terjadi pada *primigravida* muda. *Eklampsi* adalah penyakit akut dengan kejang dan koma pada wanita hamil dan wanita nifas disertai dengan *hipertensi, proteinuria* dan *oedem* (Purwoastuti & Walyani, 2013).

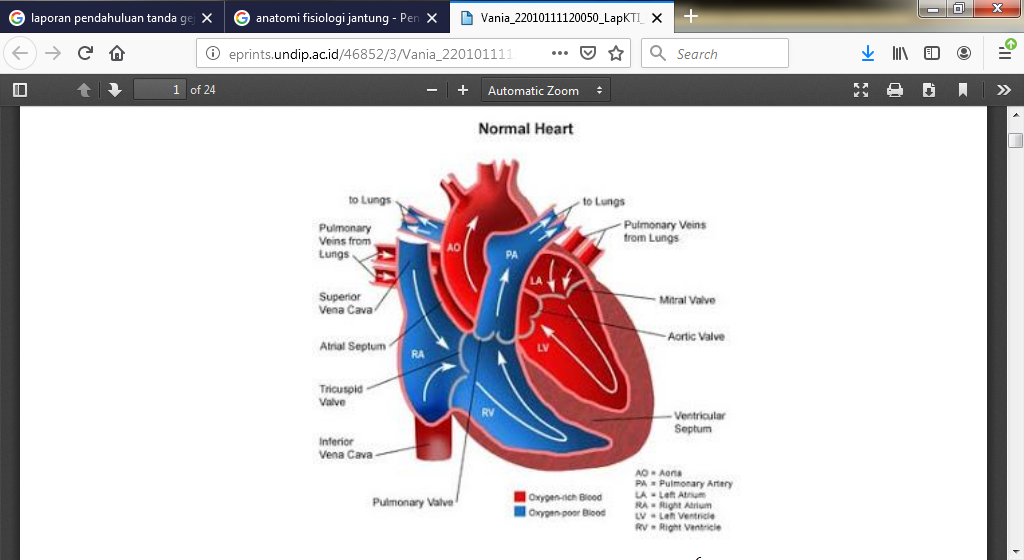
### 2.1.2 Konsep Anatomi Fisiologi Kardiovaskuler

****

Gambar 1.1 : Sistem Kardiovaskuler

Sistem kardiovaskuler merupakan organ sirkulsi darah yang terdiri dari jantung, komponen darah dan pembuluh darah yang berfungsi memberikan dan mengalirkan suplai oksigen dan nutrisi keseluruh jaringan tubuh yang di perlukan dalam proses metabolisme tubuh. Sistem kardivaskuler memerlukan banyak mekanisme yang bervariasi agar fungsi regulasinya dapat merespons aktivitas tubuh, salah satunya adalah meningkatkan aktivitas suplai darah agar aktivitas jaringan dapat terpenuhi. Pada keadaan berat, aliran darah tersebut, lebih banyak di arahkan pada organ-organ vital seperti jantung dan otak yang berfungsi memlihara dan mempertahankan sistem sirkulasi itu sendiri.

#### Anatomi Jantung

****

Gambar 1.2 : Jantung Pusat Kardiovaskuler

Jantung berbentuk seperti pir/kerucut seperti piramida terbalik dengan apeks (superior-posterior:C-II) berada di bawah dan basis ( anterior-inferior ICS –V) berada di atas. Pada basis jantung terdapat aorta, batang nadi paru, pembuluh balik atas dan bawah dan pembuluh balik. Jantung sebagai pusat sistem kardiovaskuler terletak di sebelah rongga dada (cavum thoraks) sebelah kiri yang terlindung oleh costae tepatnya pada mediastinum. Untuk mengetahui denyutan jantung, kita dapat memeriksa dibawah papilla mamae 2 jari setelahnya. Berat pada orang dewasa sekitar 250-350 gram. Hubungan jantung dengan alat sekitarnya yaitu: a)Dinding depan berhubungan dengan sternum dan kartilago kostalis setinggi kosta III-I. b)Samping berhubungan dengan paru dan fasies mediastilais. c)Atas setinggi torakal IV dan servikal II berhubungan dengan aorta pulmonalis, brongkus dekstra dan bronkus sinistra. d)Belakang alat-alat mediastinum posterior, esophagus, aorta desendes, vena azigos, dan kolumna vetebrata torakalis. e)Bagian bawah berhubungan dengan diafragma.

#### Ruang-ruang jantung

Jantung terdiri dari empat ruang yaitu:

1. Atrium dekstra: Terdiri dari rongga utama dan aurikula di luar, bagian dalamnya membentuk suatu rigi atau Krista terminalis.
2. Muara atrium kanan terdiri dari:
3. Vena cava superior
4. Vena cava inferior
5. Sinus koronarius
6. Osteum atrioventrikuler dekstra
7. Sisa fetal atrium kanan: fossa ovalis dan annulus ovalis
8. Ventrikel dekstra: berhubungan dengan atrium kanan melalui osteum atrioventrikel dekstrum dan dengan traktus pulmonalis melalui osteum pulmonalis. Dinding ventrikel kanan jauh lebih tebal dari atrium kanan terdiri dari:
9. Valvula triskuspidal
10. Valvula pulmonalis
11. Atrium sinistra: Terdiri dari rongga utama dan aurikula
12. Ventrikel sinistra: Berhubungan dengan atrium sinistra melalui osteum atrioventrikuler sinistra dan dengan aorta melalui osteum aorta terdiri dari:
13. Valvula mitralis
14. Valvula semilunaris aorta

### 2.1.3 Etiologi

Faktor risiko yang berkaitan dengan perkembangan penyakit (Mustika & Nita, 2013), antara lain:

1. Primigravida, kira-kira 85% preeklamsia terjadi pada kehamilan pertama
2. Grand multigravida
3. Janin besar
4. Distensi rahim berlebihan: hindramnion, hamil ganda, mola hidatidosa. Preeklamsia terjadi pada 14% samapai 20% kehamilan dengan janin lebih dari Satu
5. Obesitas atau kegemukan dan penyakit yang menyertai hamil seperti diabetes mellitus.
6. Pada ibu yang mengalami hipertensi kronis atau penyakit ginjal, insiden dapat mencapai 25%
7. Umur ibu di atas 35 tahun

### 2.1.4 Klasifikasi preeklamsia

Menurut Lalenoh (2018), Preeklamsia digolongkan ke dalam preeklamsia ringan dan preeklamsia berat dengan gejala dan tanda antara lain :

1. Preeklamsia ringan
2. Tekan darah, kenaikan tekanan darah systole ≥ 30mmHg atau diastole > 15 mmHg (dari tekanan darah sebelum hamil). Pada kehamilan 20 minggu atau lebih dari atau sistole ≥ 140 (< 160 mmHg) diastole ≥90 mmHg (≤ 110 mmHg) dengan interval pemeriksaan 6 jam.
3. Kenaikan berat badan 1 kg atau lebih dalam seminggu
4. Protein uria 0,3 gr atau lebih dengan tingkat kualitatif +1 sampai +2
5. Edema dependen, bengkak di mata, wajah, jari, bunyi pulmoner tidak terdengar
6. Hiperefleksi + 3, tidak ada klonus di pergelangan kaki
7. Pengeluaran urine sama dengan masukan ≥ 30 ml/jam
8. Nyeri kepala sementara, tidak ada gangguan penglihatan, tidak ada
9. Nyeri ulu hati
10. Preekalmsia berat
11. Tekanan darah ≥160/110 mmHg
12. Oliguria, urin kurang dari 400 cc/ 24 jam
13. Proteinuria lebih dari 3 gr/liter
14. Keluhan subjektif seperti nyeri epigastrium gangguan penglihatan, nyeri kepala, edema paru dan sianosis, gangguan kesadaran.
15. Pemeriksaan kadar enzim hati meningkat disertai ikterus, perdarahan pada retina, trombosit kurang dari 100.000/mm

### 2.1.5 Patofisiologi

Perubahan yang didapatkan pada preeklampsia adalah adanya spasme pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Bila spasme arteriolar juga ditemukan di seluruh tubuh, maka dapat dipahami bahwa tekanan darah yang meningkat merupakan kompensasi mengatasi kenaikan tahanan perifer agar oksigenasi jaringan tetap tercukupi. Sedangkan peningkatan berat badan dan edema yang disebabkan penimbunan cairan yang berlebihan dalam ruang interstitial belum diketahui penyebabnya. Beberapa literatur menyebutkan bahwa pada preeklampsia dijumpai kadar aldosteron yang rendah dan kadar prolaktin yang tinggi dibandingkan pada kehamilan normal. Aldosteron penting untuk mempertahankan volume plasma dan mengatur retensi air serta natrium. Pada preeklampsia permeabilitas pembuluh darah terhadap protein meningkat. Jika pada kehamilan normal tekanan darah turun karena vasodilatasi perifer yang diakibatkan turunnya tonus otot polos arteriol. Hal ini kemungkinan akibat meningkatnya kadar progesteron di sirkulasi, dan atau menurunnya kadar vasokonstriktor seperti angiotensin II, adrenalin, dan noradrenalin, dan atau menurunnya respon terhadap zat-zat vasokonstriktor. Semua hal tersebut akan meningkatkan produksi vasodilator atau prostanoid seperti PGE2 atau PGI2. Pada trimester ketiga akan terjadi peningkatan tekanan darah yang normal seperti tekanan darah sebelum hamil (Chandranita & Gde, 2012).

### 2.1.6 Manifestasi

Eklamsia merupakan kejang yang terjadi pada ibu hamil dengan tanda preeklamsia, preeklamsia sendiri merupakan kumpulan gejala yang terdiri dari hipertensi (tekanan darah ≥140/90 mmHg) bersama dengan protein urinaria yang terdiri pada usia kehamilan lebih dari 20 minggu, kejang pada eklamsia terdiri dari beberapa fase. Fase pertama terjadi adanya *twitching* pada wajah pada 20 detik pertama diikuti pada fase kedua timbulnya sentakan tonik-klonik pada badan dan ekstremitas pasien diikuti dengan fase penurunan kesadaran saat setelah kejang pasien dapat menjadi agitasi serta terjadi hiperventilasi (Triana & Sa, 2019).

Tanda dan gejala preeklamsia yang timbul seperti, pertambahan berat badan yang berlebihan, diikuti edema, hipertensi,dan akhirnya proteinuria. Pada preeklamsia ringan tidak ditemukan gejala-gejala subyektif. Pada Pre eklamsia berat didapatkan sakit kepala di daerah frontal, diplopia, penglihatan kabur, nyeri di daerah epigastrium, mual atau muntah. Gejala- gejala ini sering ditemukan pada preeklamsia yang meningkat dan merupakan petunjuk bahwa eklamsia timbul (Icemi & Wahyu, 2013).

### 2.1.7 Komplikasi

Rukiyah dan Yulianti (2010) mengatakan bahwa komplikasi yang terberat ialah kematian ibu dan janin. Beberapa komplikasi yang disebabkan oleh preeklamsia adalah :

1. Solusio plasenta. Komplikasi ini biasanya terjadi pada ibu yang menderita hipertensi akut dan lebih sering terjadi pada preeklampsia
2. Hipofibrinogenemia
3. Hemolisis. Penderita dengan preeklampsia berat kadang-kadang menunjukkan gejala klinik hemolisis yang dikenal dengan ikterus.
4. Perdarahan otak. Komplikasi ini merupakan penyebab utama kematian maternal penderita eklampsia
5. Kelainan mata. Kehilangan penglihatan untuk sementara, yang berlangsung sampai seminggu, dapat terjadi
6. Edema paru-paru
7. Nekrosis hati. Nekrosis periportal hati pada preeklampsia eklampsia merupakan akibat vasospasmus anteriol umum. Kelainan diduga khas untuk eklampsia, tetapi ternyata juga ditemukan pada penyakit lain
8. Sindroma HELLP, yaitu hemolisis, elevated libver enzyms, dan low platelet
9. Kelainan ginjal. Kelainan ini berupa endoteliosis glomerulus yaitu pembengkakan sitiplasma sel endotel tubulus ginjal tanpa kelainan struktur lainnya
10. Komplikasi lain. Lidah tergigit, trauma dan fraktura karena jatuh akibat kejang-kejang pneumonia aspirasi, dan DIC
11. Prematuritas, dismaturitas, dan kematian janin intrauterine

Marmi, dkk (2010) mengatakan bahwa bahaya eklampsia yaitu bahaya bagi ibu dan janin:

1. Bagi ibu

Perbedaan konvulsi dan kelelahan, jika frekuensi berulang hati gagal berkembang. Jika kenaikan hipertensi banyak, pada ibu dapat terjadi cerebral hemorrhage. Pasien dengan edema dan oliguria perkembangan paru-paru dapat bengkak atau gagal ginjal. Inhalasi darah atau mucus dapat menunjukkan asfiksia atau pneumonia. Dapat terjadi kegagalan hepar. Dari komplikasi-komplikasi ini dapat terjadi kefatalan.

1. Bagi janin Pada eklampsia antenatal, janin dapat terpengaruh dengan ketidakutuhan plasenta. Ini menunjukkan retardasi pertumbuhan intrauterine dan hipoksia. Selama sehat ketika ibu berhenti bernafas supply oksigen ke janin terganggu, selanjutnya berkurang.

### 1.2.8 Penatalaksanaan

Tujuan utama penangan preeklamsia adalah mencegah terjadinya eklamsia, melahirkan bayi tanpa asfiksia dengan skor APGAR baik, dan mencegah mortalitas maternal dan parietal (Chandranita & Gde, 2012). Penatalaksanaan preeklamsia antara lain :

1. Preeklamsia ringan

Istirahat di tempat tidur merupakan terapi utama dalam penganan preeklamsia ringan. Istirahat dengan berbaring pada sisi tubuh (miring kiri) menyebabkan aliran darah ke plasenta dan aliran darah ke ginjal meningkat, tekanan vena pada ekstermitas bawah menurun dan reabsorpsi cairan bertambah. Selain itu dengan istirahat di tempat tidur menurunkan tekanan darah. Apabila preeklamsia tersebut tidak membaik dengan penanggan konservatif, dalam hal ini kehamilan harus diterminasi jika mengancam nyawa maternal.

1. Preeklamsia berat

Pada pasien preeklamsia berat secara harus diberi obat sedative kuat untuk mencegah timbulnya kejang. Apabila sesudah 12-24 jam bahaya akut sudah diatasi, tindakan terbaik adalah menghentikan kehamilan sebagai pengobatan mencegah timbulnya kejang, dapat diberikan larutan magnesium sulfat (MgSO4) 20% dengan dosis 4gram secara intravena loading dose dalam 4-5 menit. Kemudian dilanjutkan dengan MgSo4 40% sebanyak 12 gram dalam 500cc ringer laktat (RL) atau sekitar 14 tetes/ menit. Tambahan magnesium sulfat hanya dapat diberikan jika diuresis pasien baik, reflex patella positif dan frekuensi pernafasan lebih dari 16 kali/ menit. Obat ini memiliki efek menenangkan, munurunkan tekanan darah dan meningkatkan diuresis selaian magnesium sulfat, pasien dengan preeklamsia dapat juga diberikan klorpromazin dengan dosis 50 mgsecara intramuscular ataupun diazepam 20 mg secara intramuscular. Pada persalinan PEB biasanya dilakukan secara sectio Caesar.

1. Non-Farmakologis untuk preeklamsia

Secara non-farmakologis yaitu menggunakan teknik rendam kaki dengan air hangat merupakan salah satu terapi alamiah yang bertujuan untuk meningkatan sirkulasi darah. Mengurangi, edema meningkatkan relaksasi otot menyehatkan jantung, mengendorkan otot-otot, menghilangkan stress, meningkatkan permeabilitas kapiler,sehingga sangat bermanfaat untuk terapi penurunan tekanan darah pada ibu hamil penderita preeklamsia. Secara ilmiah rendam kaki khususnya dengan air hangat mempunyai banyak manfaat bagi tubuh, khususnya dalam memperlancar peredaran darah. Banyak metode yang dapat diterapkan dengan merendam kaki dalam air hangat yang bertemperatur 37°-39°C karena dapat terjadi pergantian panas dingin yang akan menstabilkan kerja jantung dan aliran darah. Teknik rendam kaki dengan air hangat langkah yang perlu dipersiapkan adalah sebagai berikut: klien duduk di atas kursi dengan rileks dan bersandar.kemudian tuang air hangat dalam ember/baskom hingga suhu 37°-39°C kira-kira 2liter dari kom tersebut.rendam kaki sampai batas pergelangan ke dalam ember/baskom tersebut selama 15-20 menit, setelah itu keluarkan kedua kaki, bilas dengan air dingin, kemudian keringkan kaki (Lalenoh, 2018).

### 1.2.9 WOC

Faktor risiko:

* Primigravida
* Janin besar
* Obesitas
* Hipertensi

Spasme arteriola

Vasokonstriksi pembuluh darah

pean filtrasi ginjal

pean produksi renin

pean produksi

angiotensin II

**HIPERTENSI**

Ekstravasasi cairan intrastitial ke interstitial (ekstrasel)

Akumulasi cairan di jaringan

**EDEMA**

Kerusakan glomerulal

pean filtrasi ginjal

pean filtrasi natrium

Retensi garam dan air

**PROTEINURIA**

pean reabsorbsi protein

**Pre eklampsi**

Kurang informasi ttg penyakit pre eklampsi

**MK: Defisit**

**Pengetahuan**

Kesulitan pengaturan terapi/ pencegahan komplikasi

**MK: Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif**

B1

Ekstravasasi cairan

Rongga paru

Edema paru

**MK: Pola Napas Tidak Efektif**

B2

pean sirkulasi darah

pean suplai O2 ke janin

Vasokonstriksi PD

B3

SSP

Induksi edema otak

kan resisitensi otak

B4

pean diuresis

Oliguri

**MK:Gangguan Eliminasi urin**

B5

Akumulasi cairan pada abdomen

Acites

B6

Akumulasi cairan di interstitial

Edema ekstrimitas

**MK: Gangguan Mobilitas Fisik**

Menekan rongga abdomen&uterus

**MK: Risiko Cidera pada Ibu/Janin**

Gg sirkulasi otak

Kejang

Degenerasi plasenta

IUGR

**MK: Risiko Cidera pada Janin**

## Konsep Teori Sectio Caesaria

### 2.2.1 Pengertian

Section Caesaria adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding Rahim degan syarat Rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Sarwono, 2013).

Sectio Caesaria adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding rahim (Mansjoer, 2010).

Berdasarkan pengertian di atas maka dapat disimpulkan bahwa sectio caesaria dengan indikasi insufisiensi plasenta adalah adalah tindakan operasi untuk mengeluarkan bayi dengan insisi pada dinding abdomen dan uterus dalam keadaan utuh serta berat diatas 500 gram dengan indikasi insufisiensi plasenta.

### 2.2.2 Etiologi

Menurut (Prawirohardjo, 2011), penyebab faktor plasenta dikenal dengan insufisiensi plasenta. Faktor plasenta dapat dikembalikan pada faktor ibu. Insufisiensi plasenta umumnya berkaitan erat dengan aspek morfologi dari plasenta. Dipandang dari sudut kepentingan janin sebuah plasenta mempunyai fungsi-fungsi yaitu : respirasi, nutrisi, ekskresi, sebagai liver sementara (transient fetal liver), endokrin dan sebagai gudang penyimpanan dan pengatur fungsi metabolisme.

Dalam klinis fungsi ganda ini tidak dapat dipisah-pisahkan dengan nyata, yang dapat dikenal hanyalah tanda-tanda kegagalan keseluruhannya yang bisa nyata dalam masa hamil dan menyebabkan hambatan pertumbuhan intrauterin atau kematian intrauterin, atau menjadi nyata dalam waktu persalinan dengan timbulnya gawat janin atau hipoksia janin dengan segala akibatnya.

Ibu hamil yang beresiko tinggi, yaitu pada diabetes mellitus, hipertensi, pre-eklamsi, penyakit ginjal, penyakit jantung, primitua, perdarahan antepartum, iso-imunisasi rhesus, kehamilan ganda, post maturisasi, dan riwayat obstetrik yang buruk, maka janin harus dimonitor sebaik-baiknya

### 2.2.3 Indikasi dilakukan Sectio Caesaria

Sectio caesarea dilakukan atas 3 indikasi yaitu: faktor janin, kondisi fetus atau janin dalam kandungan menunjukan kondisi yang mengarah pada section, yaitu karena infusiensi plasenta. Maka keputusan persalinan dengan jalan section dapat diambil sebelum terjadinya persalinan.Berbeda ketika terjadi kelainan denyut jantung pada tes stres oksitosin dan pada perawataan mekonium dalam cairan omnion keduanya adalah indikator yang sangat penting

## 2.3 Konsep Teori Masa Nifas

### 2.3.1 Definisi

Masa nifas (puerperium) adalah masa pemulihan kembali mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil, lama masa nifas yaitu 6-8 minggu (Amru,2012).

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Walyani&Purwoastuti,2015).

Jadi masa nifas (puerperium) adalah masa pemulihan alat-alat kandungan dari persalinan hingga kembali ke kondisi seblum hamil, terjadi kurang lebih selama 6 minggu.

### 2.3.2 Fisiologi Nifas

Perubahan yang terjadi selama masa nifas post section caesarea antara lain:

1. Perubahan Sistem Reproduksi

Perubahan-perubahan alat genital ini dalam keseluruhan disebut involusi. Disamping involusi ini, terjadi juga perubahan-perubahan penting lain, yakni hemokonsentrasi dan timbulnya laktasi. Yang terakhir ini karena pengaruh lactogenic hormone dari kelenjer hipofisis terhadap kelenjar-kelenjar mammae.

1. Tinggi fundus dan kontraksi uterus, akibat proses involusi TFU mengalami penurunan sampai keadaan sebelum hamil. Kontraksi keras pada uterus berarti baik, dan sebaliknya.

Tabel 2.1 : Involusi Uterus

|  |  |
| --- | --- |
| Involusi uterus | TFU |
| Hari ke-1 | Setinggi pusat |
| Hari ke-2 | 1-2 jari di bawah pusat |
| Hari ke-3 | Pertengahan simpisis |
| Hari ke-7 | 3 jari di atas simpisis |
| Hari ke-9 | 1 jari di atas simpisis |
| Hari ke-10 atau ke-12 | Tidak teraba dari luar |

(Sarwono, 2010)

1. Lochea

Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa nifas. Jenis – Jenis Lochea menurut Suherni (2009), yaitu : Lochea rubra (Cruenta), berisi darah segar sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, vernix caseosa, lanugo dan meconium, selama 2 hari pasca persalinan. Lochea sanguinolenta, warnanya merah kuning berisi darah dan lender terjadi pada hari ke-3-7 pasca persalinan. Lochea serosa, berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah lagi pada hari ke-7-14 pasca persalinan. Lochea alba, cairan putih yang terjadinya pada hari setelah 2 minggu pasca persalinan. Lochea parulenta, ini karena terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk. Lochiotosis, lochea tidak lancar keluarnya.

1. Endometrium

Perubahan pada endometrium adalah trombosis, degenerasi, dan nekrosis ditempat implantasi plasenta. Pada hari pertama tebal endometrium 2,5 mm, mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua, dan selaput janin. Setelah tiga hari mulai rata, sehingga tidak ada pembentukan jaringan parut pada bekas implantasi plasenta (Saleha, 2009).

1. Serviks

Perubahan yang terjadi pada servik ialah bentuk servik agak mengangah seperti corong, segera setelah bayi lahir. Bentuk ini disebabkan oleh corpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan servik tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korvus dan servik berbentuk semacam cincin (Sulistyawati, 2009).

1. Perubahan Sistem Pencernaan

Sering terjadi konstipasi pada ibu setelah melahirkan. Hal ini disebabkan karena makanan padat dan kurang berserat selama persalinan. Disamping itu rasa takut buang air besar, sehubungan dengan jahitan pada perinium, jangan sampai lepas dan jangan takut akan rasa nyeri. Buang air besar harus dilakukan tiga sampai empat hari setelah persalinan (Sulistyawati, 2009).

1. Perubahan Perkemihan

Saluran kencing kembali normal dalam waktu 2-8 minggu, tergantung pada keadaan sebelum persalinan, lamanya partus kala dua dilalui, besarnya tekanan kepala yang menekan pada saat persalinan (Rahmawati, 2009).

1. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah melahirkan. Pembuluh-pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah plasenta dilahirkan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retropleksi karena ligamentum rotundum menjadi kendor. Tidak jarang pula wanita mengeluh kandungannya turun setelah melahirkan karena ligamen, fasia, jaringan penunjang alat genetalia menjadi kendor. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan (Sulistyawati, 2009).

1. Perubahan Tanda-tanda Vital

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 derajat celsius. Sesudah partus dapat naik kurang lebih 0,5 derajat celsius dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 8 derajat celsius. Sesudah dua jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Nila suhu lebih dari 38 derajat celsius, mungkin terjadi infeksi pada pasien. Nadi berkisar antara 60-80 denyutan permenit setelah partus, dan dapat terjadi Bradikardia. Bila terdapat takikardia dan suhu tubuh tidak panas. Mungkin ada pendarahan berlebihan atau ada vitium kordis pada penderita pada masa nifas umumnya denyut nadi labil dibandingkan dengan suhu tubuh.

Pernafasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula.Tekanan darah pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi postpartum akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam setengah bulan tanpa pengobatan (Saleha, 2009).

### 2.3.3 Patofisiologi Nifas

Patofisiologi masa nifas adalah suatu tanda yang abnormal yang mengindikasikan adanya bahaya/ komplikasi yang dapat terjadi selama masa nifas, apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu (Pusdiknakes,2011).

1. Perdarahan Post Partum

Perdarahan post partum adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir. Menurut waktu terjadinya di bagi atas 2 bagian, Perdarahan Post Partum Primer (Early Post Partum Hemorrhage) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir. Penyebab utama adalah atonia uteri, retensio placenta, sisa placenta dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama.Perdarahan post partum sekunder (Late Post Partum Hemorrhage) yang terjadi setelah 24 jam, biasanya terjadi antara hari ke 5 sampai 15 post partum. Penyebab utama adalah robekan jalan lahir dan sisa placenta.

Perdarahan post partum merupakan penyebab penting kematian maternal khususnya di negara berkembang. Faktor-faktor penyebab perdarahan post partum antara lain karena Grandemultipara., Jarak persalinan pendek kurang dari 2 tahun, Persalinan yang di lakukan dengan tindakan : pertolongan kala uri sebelum waktunya, pertolongan persalinan oleh dukun,persalinan dengan tindakan paksa, persalinan dengan narkosa

1. Lochea yang berbau busuk

Lochea adalah cairan yang dikeluarkan uterus melalui vagina dalam masa nifas sifat lochea alkalis, jumlah lebih banyak dari pengeluaran darah dan lendir waktu menstruasi dan berbau anyir (cairan ini berasal dari bekas melekatnya placenta).Apabila pengeluaran lochea lebih lama dari pada yang biasanya kemungkinan, tertinggalnya placenta atau selaput janin karena kontraksi uterus yang kurang baik, ibu yang tidak menyusui anaknya sehingga pengeluaran lochea rubra lebih banyak karena kontraksi uterus dengan cepat dan Infeksi jalan lahir, membuat kontraksi uterus kurang baik sehingga lebih lama mengeluarkan lochea dan lochea berbau anyir atau amis. Bila lochea bernanah dan berbau busuk, disertai nyeri perut bagian bawah kemungkinan diagnosisnya adalah metritis. Metritis adalah infeksi uterus setelah persalinan yang merupakan salah satu penyebab terbesar kematian ibu. Bila pengobatan terlambat atau kurang adekuat dapat menjadi abses pelvik, peritonitis, syok septik.

1. Pengecilan Rahim yang Terganggu

Involusi adalah keadaan uterus mengecil oleh kontraksi rahim dimana berat rahim dari 1000 gram saat setelah bersalin, menjadi 40-60mg 6 minggu kemudian. Bila pengecilan ini kurang baik atau terganggu di sebut sub-involusi. Faktor penyebab sub-involusi, antara lain: sisa plasenta dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri. Pada pemeriksaan bimanual di temukan uterus lebih besar dan lebih lembek dari seharusnya, fundus masih tinggi, lochea banyak dan berbau, dan tidak jarang terdapat pula perdarahan.

1. Nyeri pada perut dan pelvis

Tanda-tanda nyeri perut dan pelvis dapat menyebabkan komplikasi nifas seperti : Peritonitis. Peritonitis adalah peradangan pada peritonium, peritonitis umum dapat menyebabkan kematian 33% dari seluruh kematian karena infeksi. Menurut Rustam Mochtar(2002) gejala klinis peritonitis dibagi 2 yaitu,Peritonitis pelvio berbatas pada daerah pelvisTanda dan gejalanya demam, nyeri perut bagian bawah tetapi keadaan umum tetap baik, pada pemeriksaan dalam kavum daugles menonjol karena ada abses.Peritonitis umumTanda dan gejalanya: suhu meningkat nadi cepat dan kecil, perut nyeri tekan, pucat muka cekung, kulit dingin, anorexsia, kadang-kadang muntah.

1. Pusing dan lemas yang berlebih

Menurut Manuaba (2005), pusing merupakan tanda-tanda bahaya pada nifas, pusing bisa disebabkan oleh karena tekanan darah rendah (Sistol <> 160 mmHgdan distolnya 110 mmHg). Pusing dan lemas yang berlebihan dapat juga disebabkan oleh anemia bila kadar haemoglobin <>. Lemas yang berlebihan juga merupakan tanda-tanda bahaya, dimana keadaan lemas disebabkan oleh kurangnya istirahat dan kurangnya asupan kalori sehingga ibu kelihatan pucat, tekanan darah rendah.

1. Suhu Tubuh Ibu >38°C

Dalam beberapa hari setelah melahirkan suhu badan ibu sedikit baik antara 37,20C-37,8°C oleh karena reabsorbsi benda-benda dalam rahim dan mulainya laktasi, dalam hal ini disebut demam reabsorbsi. Hal itu adalah normal. Namun apabila terjadi peningkatan melebihi 38°C beturut-turut selama 2 hari kemungkinan terjadi infeksi. Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genetalia dalam masa nifas.

## 2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan cara sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama pasien dalam menentukan kebutuhan pasien dengan melakukan pengkajian, penentuan diagnosa, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan, serta pengevaluasian hasil asuhan yang telah diberikan dengan berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan.

### 2.4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien baik secara bio,pisiko, sosial dan spiritual (Dermawan 2012).

* + - 1. **Identitas Pasien**

Meliputi nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, tanggal masuk rumah sakit, nomor dan nomor registrasi.

* + - 1. **Riwayat Kesehatan**

1. **Riwayat penyakit dahulu**

Penyakit kronis atau menular dan menurun seperti jantung, hipertensi, DM, TBC, hepatitis, penyakit kelamin atau abortus.

1. **Riwayat penyakit sekarang**

Riwayat pada saat sebelum inpartu didapatkan cairan ketuban yang keluar pervaginam secara spontan kemudian tidak diikuti tanda-tanda persalinan.

1. **Riwayat penyakit keluarga**

Adakah penyakit keturunan dalam keluarga seperti jantung, DM, Hipertensi, TBC, penyakit kelamin, abortus, yang mungkin dapat diturunkan kepada pasien.

1. **Pola-pola Fungsi Kesehatan**
2. **Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan**

Pengetahuan tentang keperawatan kehamilan sekarang

1. **Pola nutrisi dan metabolisme**

Pada pasien nifas biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena dari keinginan untuk menyususi bayinya

1. **Pola aktivitas**

Pada pasien nifas pasien dapat melakukan aktivitas seperti biasanya, terbatas pada aktifitas ringan, tidak membutuhkan tenaga banyak, cepat lelah, dan didapatkan keterbatasan aktivitas karena mengalami kelemahan dan nyeri.

1. **Pola eliminasi**

Meliputi berapa kali BAB, konsistensi, warna, bau, dan pasien dengan Post Op Sectio Caesarea untuk BAK melalui dawer kateter yang sebelumnya terpasang.

1. **Pola istirahat dan tidur**

Pada pasien nifas terjadi perubahan pola istirahat dan tidur karena adanya kehadiran sang bayi dan nyeri setelah persalinan.

1. **Pola hubungan dan peran** Peran pasien dalam keluarga meliputi hubungan pasien dengan keluarga dan orang lain.
2. **Pola penanggulangan stress**

Biasanya pasien sering melamun dan cemas

1. **Pola sensori dan kognitif**

Pola sensori pasien merasakan nyeri pada perineum akibat luka jahitan dan nyeri perut akibat involusi uteri, pada pola kognitif pasien nifas primipara kurangnya pengetahuan merawat bayinya.

1. **Pola persepsi dan konsep diri**

Biasanya terjadi kecemasan terhadap keadaan kehamilannya, lebihl-lebih menjelang persalinan dampak psikologis pasien terjadi perubahan konsep diri antara lain body image dan ideal diri.

1. **Pola reproduksi dan social**

Terjadi disfungsi seksual yaitu perubahan dalam hubungan seksual atau fungsi dari seksual yang tidak adekuat karena adanya proses persalinan dan nifas.

1. **Pola keyakinan dan spiritual**

Pasien yang menganut agama islam selama keluar darah nifas atau masa nifas tidak diperbolehkan melaksanakan ibadah.

1. **Pemeriksaan Umum**

Pemeriksaan umum menurut (Yuli,2017) meliputi:

1. Keadaan umum, keadaan umum pasien biasanya lemah
2. Tanda-tanda vital, Tekanan darah normal atau menurun 80 kali permenit, suhu meningkat > 37,5 C dan respirasi meningkat.
3. **Pemeriksaan Head to toe**

Pemeriksaan fisik menurut (Yuli,2017) adalah:

1. Kepala, Meliputi bentuk wajah apakah simetris atau tidak, keadaan rambut dan keadaan kulit kepala.
2. Muka, Terlihat pucat dan tampak menahan sakit
3. Mata, Anemis atau tidak, dengan melihat konjungtiva merah segar atau merah pucat, sclera putih atau kuning.
4. Hidung, Ada terdapat polip atau tidak, bersih atau kotor
5. Gigi, Bersih atau kotor, ada karies atau tidak
6. Lidah, Bersih atau kotor
7. Bibir, Lembab atau kering
8. Telinga, Bersih atau kotor, ada benjolan kelenjar tiroid atau tidak.
9. Abdomen, ada tidaknya distensi abdomen, bagaimana dengan luka oprasi adakah perdarahan, berapa tinggi fundus uterinya, bagaimana dengan bising usus dan adakah nyeri tekan atau tidak.
10. Thoraks, Perlu dikaji kesimetrisan dada, ada tidaknya retraksi intercostal, pernapasan tertinggal, suara wheezing, ronchi, bagaimana irama dan frekuensi pernapasan.
11. Payudara, Perlu dikaji bentuk payudara, puting susu menonjol atau tidak dan pengeluaran ASI
12. Genetalia, Ada oedema atau tidak, adakah pengeluaran lochea dan bagaimana warnanya
13. Ektermitas, Simetris atau tidak, ada terdapat oedema atau tidak

### 2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat, sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial (SDKI, 2017).

1. Nyeri akut b.d agen pencedera luka Sectio Caesarea (D.0077)
2. Konstipasi b.d penurunan tonus otot (D.0049)
3. Inkontinensia Urin Stres b.d efek hormonal (D.0046)
4. Menyusui Tidak Efektif (D.0029)
5. Defisit perawatan diri b.d kelemahan (D.0109)
6. Defisit pengetahuan tentang perawatan melahirkan caesarea (D.0111)
7. Risiko Infeksi b.d tindakan invasive adanya luka Sectio Caesare (D.0142)

### 2.4.3 Perencanaan Keperawatan

Merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah menurunkan atau mengurangi masalah-masalah pasien. Perencanaan merupakan langkah ketiga dalam mebuat suatu proses keperawatan.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Diagnosa Keperawatan | Tujuan & Kriteria Hasil | Intervensi |
| 1. | Nyeri akut b.d agen pencedera luka Sectio Caesarea | Nyeri berkurang bahkan hilang dengan Kriteria Hasil :  - Mampu mengontrol nyeri(tahu penyebab, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)  - Melaporkan bahwa nyeri berkurang  - Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)  - Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang | 1. Tentukan karakteristik dan lokasi ketidaknyamanan. Perhatikan isyarat verbal seperti meringis, kaku dan gerakan melindungi atau terbatas. 2. Berikan informasi dan petunjukantisipasi mengenai penyebab ketidaknyamanan. 3. Evaluasi tekanan darah dan nadi 4. Perhatikan nyeri tekanan uterus dan adanya/ karakteristik nyeri penyerta 5. Lakukan latihan nafas dalam, spirometri intensif dan batuk dengan menggunakan prosedur yang tepat 6. Anjurkan ambulasi dini. Anjurkan menghindari makanan cairan pembentuk gas, kacangkacangan, kol, minuman karbonat, susu murni atau penggunaan sedotan untuk minuman. 7. Berikan analgesic sesuai indikasi |
| 2. | Konstipasi b.d penurunan tonus otot | Konstipasi dapat diatasi dengan Kriteria Hasil :  - Bebas dari ketidaknyamanan konstipasi  - Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi  - Fases lunak dan berbentuk | 1. Auskultasi terhadap adanya bising usus pada keempat kuadran setiap 4 jam setelah kelahiran 2. Palpasi abdomen, perhatikan distensi atau ketidaknyamanan 3. Anjurkan cairan oral yang adekuat, bila masukan oral sudah mulai kembali 4. Anjurkan latihan kaki dan pengencangan abdominal, tingkatkan ambulasi dini. 5. Identifikasi aktivitas-aktivitas dimana klien dapat menggunakannya dirumah untuk merangsang kerja usus |
| 3. | Inkontinensia Urin Stress b.d efek hormonal | Inkontinensia urin dapat diatasi dengan Kriteria Hasil:  -Mengidentifikasi keinginan berkemih  - Melakukan eliminasi secara mandiri  - Mengkonsumsi cairan dalam jumlah adekuat  - Tidak ada rasa sakit pada saat berkemih | 1. Perhatikan dan catat jumlah, warna, dan konsentrasi drainase urin. 2. Berikan cairan per oral. 3. Palpasi kandung kemih. Pantau tinggi fundus dan lokasi dan jumlah aliran lokhia. 4. Perhatikan tanda dan gejala infeksi saluran kemih (ISK) setelah pengangkatan kateter. 5. Pertahankan infuse intravena selama 24jam setelah pembedahan, sesuai indikasi. |
| 4. | Menyususi tidak efektif | Menyusui dapat efektif dengan Kriteria Hasil :  - Kemantapan pemberian ASI : bayi: perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI  - Kemantapan pemberian ASI: ibu: kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui  - Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi  - Pengetahuan pemberian ASI : tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenal laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI ibu mengenali isyarat lapar dari bayi, mengidentifikasi kepuasan terhadap pemberian ASI, mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI | 1. Evaluasi pola menghisap/ menelan bayi 2. Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting 3. Pantau integritas puting ibu 4. Demonstrasikan latihan menghisap, bila perlu 5. Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI 6. Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI 7. Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI |
| 5. | Defisit perawatan diri b.d kelemahan | Defisit perawatan diri dapat teratasi dengan Kriteria Hasil: - Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi - Perawatan diri: ADL | 1. Pastikan berat/durasi ketidak nyamanan. Perhatikan adanya sakit kepala pascaspinal. 2. Tentukan tipe-tipe anesthesia, perhatikan adanya pesanan atau protokl mengenai pengubahan posisi. 3. Ubah posisi klien setiap 1-2 jam, bantu dalam latihan paru, ambulasi, dan latihan kaki. 4. Berikan bantuan sesuai kebutuhan dengan higiene. 5. Berikan agens analgesic setiap 3-4 jam, sesuai kebutuhan. |
| 6. | Defisit pengetahuan b.d tentang perawatan melahirkan caesarea | Dapat mengetahui informasi dengan Kriteria Hasil:  - Pasien dan kelaurga menyatakan pemahaman tentang perawatan melahirkan Caesarea  - Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar  - Pasien dan kelaurga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/ tim kesehatan lainnya | 1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien 2. Jelaskan tentang perawatan melahirkan Caesarea 3. Gambarkan tanda bahaya setelah melahirkan 4. Identifikasi kemungkinan penyebab dengan cara yang cepat 5. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat 6. Instruksikan pasien untuk mengenal tanda gejala bahaya |
| 7. | Resiko Infeksi b.d tindakan invasivedan adanya luka Sectio Caesare | Tidak terjadi infeksi dengan Kriteria Hasil :  - Pasien terbebas dari tanda gejala infeksi  - Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi  - Jumlah leukosit dalam batas normal  - Menunjukkan prilaku hidup sehat | 1. Kaji suhu, nadi dan jumlah sel darah putih 2. Perhatikan karakter dan jumlah aliran lochia dan konsistensi fundus 3. Perhatikan jumlah dan bau rabas lochia atau perubahan pada kemajuan normal dari rubra menjadi serosa 4. Anjurkan dan gunakan teknik mencuci tangan dengan cermat dan pembuangan pengalas kotoran dengan, pembalut dan linen terkontaminasi dengan tepat 5. Inspeksi balutan terhadap perdarahan berlebihan. Catat tanggal dranase pada balutan 6. Evaluasi kondisi putting, perhatikan adanya pecah-pecah, kemerahan, atau nyeri tekan. Anjurkan pemeriksaan payudara rutin 7. Dorong klien untuk mandi shower dengan air hangat setiap hari 8. Berikan antibiotic khusus untuk infeksi yang teridentifikasi |

### 2.4.4 Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan atau Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan : melaksanakan intervensi/ aktivitas yang telah ditemukan, pada tahap ini perawat siap membantu pasien atau orang terdekat menerima stress situasi atau prognosis, mencegah komplikasi, membantu program rehabilitas individu, memberikan informasi tentang penyakit, prosedur, prognosis dan kebutuhan pengobatan.

### 2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi menentukan kemajuan pasien terhadap pencapaian hasil yang diinginkan dan respon pasien terhadap dan keefektifan intervensi keperawatan. Kemudian mengganti rencana perawatan jika diperlukan.Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Ada 2 komponen untuk mengevaluasi kualitas tindakan keperawatan yaitu Proses Formatif dan hasil sumatif. Proses Formatif berfokus pada aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan tindakan keperawatan, evaluasi proses harus dilaksanakan segera setelah perencanaan dilaksanakan dan terus menerus dilaksanakan sampai tujuan tercapai.

Hasil sumatif berfokus pada perubahan prilaku/status kesehatan pasien pada akhir tindakanperawatan pasien, tipe ini dilaksanakan pada akhir tindakan secara paripurna. Disusun menggunakan SOAP dimana : S : Ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara objektif oleh pasien setelah diberikan implementasi keperawatan O : Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif A : Analisis perawat setelah mengetahui respon subjek dan objektif apakah telah tertasi, teratasi sebagian atau belum teratasi P : Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis Ada tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan keberhasilan tujuan tindakan yaitu tujuan tercapai apabila pasien menunjukkan perubahan sesuai kriteria hasil yang telah ditentukan,tujuan tercapai sebagian apabila jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria hasil yang telah ditetapkan, tujuan tidak tercapai jika klien menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali.(Suprajitno dalam Wardani, 2013)

# BAB 3

# TINJAUAN KASUS

Bab ini disajikan untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan maternitas dengan diagnosa medis post op sectio caesaria dengan indikasi ketuban pecah dini, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 10-12 Maret 2020 dengan data pengkajian pada tanggal 10 Maret 2020 jam 15.00 WIB di ruang Obgyn/II Rumah Sakit Premier Surabaya. Anamnesa diperoleh dari pasien dan file register sebagai berikut.

## Pengkajian

### 3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang Ibu bernama Ny.K usia 35 tahun. Pasien MRS pada tanggal 10 Maret 2020 pukul 07.30 WIB di ruang Obgyn/II Rumah Sakit Premier dan dilakukan pengkajian pada tanggal 10 Maret 2020 pukul 15.00. Pasien beragama islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Indonesia, pendidikan terkahir perguruan tinggi, pekerjaan Ibu sebagai Ibu rumah tangga. Pasien tinggal di Surabaya Pasien merupakan istri dari Tn. A, pekerjaan suami sebagai pegawai swasta.

### 3.1.2 Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri pada bekas luka operasi SC, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 8 (1-10).

### 3.1.3 Riwayat Kondisi Saat Ini

Pasien mengatakan pada tanggal 10 Maret 2020 (07.00 WIB) memeriksakan kehamilannya di bidan praktek mandiri dekat rumahnya karena pasien merasa kaki bengkak, dan kenceng-kenceng. Saat dilakukan pemeriksaan didapatkan usia kehamilan 39 minggu, TD 160/110 mmHg sehingga pasien disarankan untuk dirujuk di rumah sakit. Pada tanggal 10 Maret 2020 (07.30 WIB), pasien datang ke RSPS, pada pemeriksaan didapatkan TD 160/110 mmHg, kaki bengkak, dan protein urine kwalitatif +3 sehingga pasien dianjurkan untuk SC pada tanggal 10 Maret 2020 (09.00 WIB). Pada pukul 10.00 WIB, pasien selesai melakukan operasi, pasien dipindahkandiruang Obgyn/II pada pukul 13.00 WIB dan penulis melakukan pengkajian pada pukul 15.00 WIB saat pengkajian didapatkan data pasien mengatakan nyeri pada bagian luka bekas operasi, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 8 (1-10), nyeri yang dirasakan hilang timbul, kepala agak pusing. Tanda-tanda vital TD : 147/80 mmHg, nadi : 90x/menit, RR : 20x/menit.

### 3.1.4 Diagnosa Medik

P 0000I hari ke-0 + PEB

### 3.1.5 Riwayat Obstetri

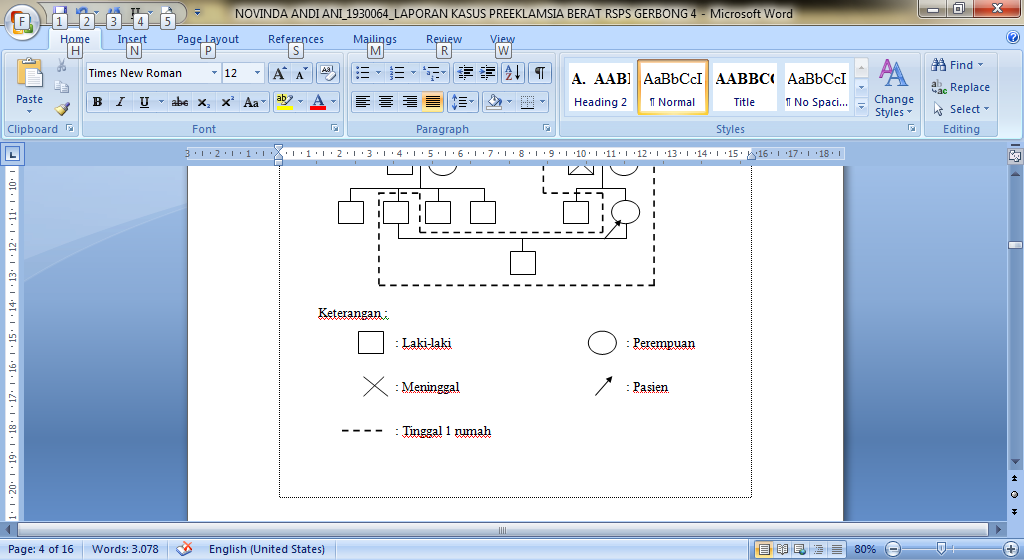
Pasien *menarche*pada usia 12 tahun, dengan siklus teratur, lamanya haid kurang lebih 5-7 hari dengan jumlah 3 kali ganti pembalut, pada saat ditanya HPHT pasien mengatakan lupa, tidak ada keluhan saat haid

### 3.1.6 Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas

Tabel 3.1 : Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas pada Ny.K dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Preeklamsia Berat (PEB) hari ke-0 di Ruang Obgyn/II Rumah Sakit Premier Surabaya.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Anak Ke | | Kehamilan | | Persalinan | | | Komplikasi Nifas | | | Anak | | |
| No | Usia Anak | Umur Kehamilan | Penyulit | Jenis | Penolong | Penyulit | Laserasi | Infeksi | Perdarahan | Jenis | BB | PJ |
| 1 | 0 hari | 38/39 minggu | PEB | SC | Dokter | PEB | - | - | - | Laki-laki | 3.3kg | 51cm |

Genogram :



### 3.1.7 Riwayat Keluarga Berencana

Ibu tidak melaksanakan program KB selama menikah, dan setelah melahirkan ibu berencana menggunakan KB Suntik 3 bulan.

### 3.1.8 Riwayat Kesehatan

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami penyakit apapun sebelumnya, pasien mengatakan hanya rutin memeriksakan kehamilannya dan mendapatkan vitamin dan dari kontrol kehamilannya, dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit diabetes, dan jantung, tetapi ibunya memiliki penyakit hipertensi.

### 3.1.9 Riwayat Lingkungan

Pasien mengatakan lingkungan rumahnya bersih, termasuk lingkungan sekitar rumahnya, pasien mengatakan rumahnya jauh dari bahaya, pabrik, atau limbah pembuangan pabrik, pasien mengatakan lingkungan rumahnya aman dan bersih.

### 3.1.10 Aspek Psikososial

Pasien mengatakan awalnya khawatir dan takut saat dianjurkan dokter untuk operasi/SC, namun setelah selesai terasa lebih lega karena melihat kondisi anaknya yang baik-baik saja. Namun pasien mengatakan cemas dan khawatir karena ASInya belum keluar banyak, dan takut ASInya tidak dapat keluar. Pasien tampak cemas dan bingung, kontak mata menurun, konsentrasi menurun. pasien mengatakan butuh waktu yang lebih lama dalam pemulihan kondisi setelah operasi SC dan segala aktivitasnya masih perlu dibantu oleh suami dan orangtua pasien, pasien mengatakan berharap segera pulih sehingga bisa bermain bersama dengan anaknya tanpa ada halangan atau rasa sakit, pasien tinggal bersama orang tuanya dan juga suami. : pasien mengatakan seluruh anggota keluarga selalu memberikan motivasi, bantuan, dan dukungan padanya. Pasien, sudah siap menjadi seorang ibu.

### 3.1.11 Kebutuhan Dasar Khusus (di Rumah dan di RS)

Tabel 3.2 : Kebutuhan Dasar Khusus Keperawatan pada Ny.K dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Preeklamsia Berat (PEB) hari ke-0 di Ruang Obgyn/II Rumah Sakit Premier Surabaya.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kebutuhan fisiologis** | **SMRS** | **MRS** |
| Pola Nutrisi | Frekwensi makan : 3x sehari  Nafsu makan : baik  Jenis makanan : nasi, lauk pauk, sayur, buah, juga ada cemilan snack (roti) ditambah susu khusus ibu hamil di minum saat pagi hari  Makanan yang tidak disukai/alergi/pantangan : tidak ada | Frekwensi makan : pasien masih belum makan (hari ke-0 post op sc)  Nafsu makan : pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada bekas operasi  Jenis makanan : -  Makanan yang tidak disukai/alergi/pantangan : tidak ada  Infs RL 500ml 21 tpm/24 jam |
| Pola eliminasi:  B A K  B A B | Frekwensi : 6-7 kali  Warna : kuning jernih  Keluhan saat BAK: tidak ada  Frekwensi : 1x sehari  Warna : kuning kecoklatan  Bau : khas feses  Konsistensi : lembek padat  Keluhan: tidak ada | * Frekwensi : Pasien tampak menggunakan foley kateter, jumlah ± 400cc * Warna : kekuningan, jernih, tidak ada endapan * Keluhan saat BAK : tidak ada   B A B   * Frekwensi : belum BAB * Warna : - * Bau : - * Konsistensi : -   Keluhan : tidak ada |
| Pola personal hygiene  Mandi  Oral hygiene  Cuci rambut | Frekwensi: 2x /hari  Sabun: ya  Frekwensi : 2x /hari  Waktu: pagi dan malam  Frekwensi : 1x/2 hari  Shampoo : ya | Frekwensi : 1x/hari  Sabun : ya  Diseka oleh keluarga  Frekwensi : -  Waktu : -  Frekwensi : -  Shampoo : - |
| Pola istirahat dan tidur | Lama tidur: 8-12 jam/hari  Tidur siang: 2 jam/hari (mulai pukul 13.00-15.00)  Tidur malam: 9 jam/hari (mulai pukul 21.00-06.00)  Kebiasaan sebelum tidur : mendengarkan lantunan ayat suci Al-Qur’an  Keluhan : tidak ada | Lama tidur: pasie post op sc hari ke-0 dan belum tidur  Kebiasaan sebelum tidur : mendengarkan lantunan ayat suci Al-Qur’an  Keluhan : tidak ada |
| Pola aktifitas dan latihan | Kegiatan dalam pekerjaan : memasak dan menyiapkan perlengkapan suami bekerja  Waktu bekerja : tidak  Olah raga : tidak  Jenisnya : tidak ada.  Frekwensi : .tidak pernah  Kegiatan waktu luang : belajar memasak  Keluhan dalam beraktifitas : mual muntah saat pagi hari | Kegiatan dalam pekerjaan : dibantu suami dan orangtua pasien  Waktu bekerja : -  Olah raga : -  Jenisnya : -  Frekwensi : -  Kegiatan waktu luang : Menyusui bayinya setiap 2 jam, bayi diletakkan diruang yang berbeda, jadi perawatan bayi dilakukan oleh perawat.  Keluhan dalam beraktifitas : nyeri pada bekas operasi saat bergerak |
| Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan | Merokok : tidak merokok  Minuman keras: tidak minum miras  Ketergantungan obat: tidak mengalami ketergantungan obat apapun | Merokok : tidak merokok  Minuman keras: tidak minum miras  Ketergantungan obat: tidak mengalami ketergantungan obat apapun |

### 3.1.12 Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum pasien baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 160/110 mmHg, nadi 99x/menit, respirasi 19x/menit, suhu 37,3ͦC, berat badan 67kg tinggi badan 163cm. Berikut ini adalah pemeriksaan *head to toe* pada pasien:

1. Kepala, mata kuping, hidung dan tenggorokan :

Pada pemeriksaan kepala tampak bentuk kepala simetris dan tidak ada keluhan pusing. Pada pemeriksaan mata tidak tampak adanya pembengkakan pada kelopak mata, gerakan mata simetris, konjungtiva anemis, sklera putih tidak ikterik, pupil bulat dan isokor, akomodasi atau pergerakan mata baik tidak ada strabismus atau juling. Pada pemeriksaan hidung Ny.K mengatajan tidak memiliki alergi debu ataupun dingin dan Ny.K tidak memiliki riwayat sinusitis. Bentuk hidung mancung dan septum simetris. Pada pemeriksaan mulut dan tenggorokan gigi geligi tampak utuh, pasien mengatakan tidak ada gangguan menelan. Mukosa bibir kering, kebersihan lidah bersih, ada caries gigi.

1. Dada dan Axilla

Payudara simetris, mamae membesar, papilla mamae menonjol, aerolla berwarna kehitaman, ASI belum keluar, colostrums keluar sedikit, tidak ada. pasien mengatakan cemas dan khawatir karena ASInya belum keluar banyak, dan takut ASInya tidak dapat keluar.

1. Pernafasan

Jalan nafas paten**,** suara nafas vesikuler kedua lapang paru, tidak tampak penggunaan otot-otot bantu pernafasan, tidak ada sekret dan tidak ada suara napas tambahan, RR 19x/menit. Tidak ada keluhan.

1. Sirkulasi jantung

Kecepatan denyut apical 97x/menit dengan nadi teraba lemah, CRT < 3 detik, S1 S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan, TD160/110 mmHg, Suhu 37,3°C (aksila). Tidak ada keluhan.

1. Abdomen

TFU setinggi pusat, ada kontraksi uterus teraba keras, ada luka jahitan operasi berbentuk horizontal sepanjang ± 13 cm dibagian perut bawah/di atas simpisis pubis, luka tertutup dengan kassa steril, tidak ada rembesan pada area luka, ada nyeri tekan pada luka post op/SC, bentuk perut cembung, terdapat striae, bising usus 8x/menit. Pasien tampak meringis kesakitan. Tanda-tanda infeksi : R: Rednes tidak ada, E: Edema tidak ada, E: Echimosis tidak ada, D: Discharge tidak ada, A: Approximate tidak ada. Keluhan : pasien mengatakan nyeri pada bekas luka operasi seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 8 (1-10), nyeri yang dirasakan hilang timbul, lebih sakit saat dipakai bergerak.

1. Genitourinary

Keluar lochea rubra, keluar perdarahan pervagina ± 50 cc, 2x ganti pembalut, kondisi vulva bersih, tidak ada hemorrhoid, tidak ada luka jahitan. Tidak ada keluhan.

1. Ekstrimitas (integumen/muskuloskeletal)

Warna kulit putih langsat, turgor kulit elastic, CRT < 3 detik, tidak ada kontraktur, tidak ada bekas luka operasi, rentang gerak sendi bebas, tidak ada oedema pada ekstremitas atas, terdapat oedema pada ekstremitas bawah, kekuatan otot 55555 55555 , tampak belum mampu mobilisasi mika-miki. Kaki lemas.

44444 44444

### 3.1.13 Kesiapan Dalam Persalinan

Pasien mengatakan sudah siap menjadi ibu karena sudah lama menunggu momongan, suami dan keluarga juga selalu mendukung dan membantu dalam hal apapun. Pasien mengatakan sudah banyak belajar baik dari konsultasi ke bidan ataupun dari youtube dan internet tentang tanda-tanda persalinan adalah perutnya akan terasa kencang dan rasanya seperti akan BAB, ada flek kemerahan, untuk menangani nyeri dapat dilakukan dengan menarik napas dengan bacaan istiqfar atau mengucapkan kata yang positif untuk pengalihan nyeri. Pasien mengatakan sebenarnya ingin melahirkan secara normal.

### 3.1.14 Riwayat Persalinan sekarang

pasien mengatakan masih ada rasa kenceng-kenceng, Pengeluaran pervaginan : keluar lochea rubra, keluar perdarahan pervagina ± 50 cc, 2x ganti pembalut. Pasien persalianan melalui post SC.

### 3.1.15 Data bayi

Bayi lahir tanggal 09 Maret 2020 pukul 10.00 WIB. Berjenis kelamin laki-laki, nilai APGAR 9 (bayi normal). Berat badan 3.3kg, panjang badan 51cm, lingkar kepala bayi 34cm, suhu 35ͦC, anus berlubang, perawatan tali pusat baik, perawatan mata baik.

### 3.1.16 Data Penunjang

**A. Hasil Urin Lengkap**

Tabel 3.3 : Hasil pemeriksaan penunjang pada Ny.K dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Preeklamsia Berat (PEB) hari ke-0 di Ruang Obgyn/II Rumah Sakit Premier Surabaya pada tanggal 10 Maret 2020/09.00 WIB

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pemeriksaan** | **Hasil** | **Nilai normal** |
| Makroskopis | Kuning jernih | - |
| pH | 7,40 | 7,35-7,45 |
| Berat jenis | 1010 | 1000-1030 |
| Proteinuria | Positif (+3) | Negative |
| Reduksi | Negative | Negative |
| Katen | Positif | Negative |
| SGOT | 16 | < 31U/I |
| SGPT | 10 | < 34 U/I |
| Urea | 28 | 17-43 mg/dL |
| Creatinin | 0,8 | 0,6-1,1 mg/dL |

**B. Hasil Darah Lengkap**

Tabel 3.4 : Hasil pemeriksaan penunjang pada Ny.K dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Preeklamsia Berat (PEB) hari ke-0 di Ruang Obgyn/II Rumah Sakit Premier Surabaya pada tanggal 10 Maret 2020/10.00 WIB

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pemeriksaan** | **Hasil** | **Nilai Normal** |
| WBC | 11,1 (10^3/uL) | 4,3-10,8 |
| Neotrofil % | 81,8 % | 39,3 – 37,7 |
| Limfosit % | 14,4 % | 18,0 – 48,3 |
| Monosit % | 3,2 % | 4,40 – 12,7 |
| Eosinofil % | 0,4 % | 0,600 – 7,30 |
| Basofil % | 0,7 % | 0,00 – 1,70 |
| Eritrosit (RBC) | 4,715 10/uL | 4,2 – 11,0 |
| Hemoglobin (HBG) | 13,56 g/dL | 12,0 – 16,0 |
| Hematokrit (HTC) | 38,71 % | 38,47 |
| MCV | 82,71 UM | 81,1 – 96,0 |
| MCHC | 28,75 PG | 27,0 – 31,2 |
| RDW | 35,02 g/dL | 31,8 – 35,4 |
| MPV | 7,517 dL | 6,90 – 10,6 |
| PCT | 376 10/dL | 155 – 366 |

Perencanaan diet :

* Makanan lunak (bubur) rendah garam
* Sari buah 750ml/hari
* Susu 750ml/hari
* Ciran yang dibutuhkan 2500ml/hari

Terapi yang didapat :

* Inj. IV Cefurexime 750 mg (antibiotik)
* Inj. IV Kalnek 100 mg (menghentikan perdarahan)
* Inj. IV Ketorolac 3x30 mg (obat anti inflamsi nonsteroid)
* Inj. IV Ranitidine 3x4 mg (antiemetik)
* Inj. IV Santagesik 2 ml (analgetik)
* Infs RL 500ml 7 tpm/24 jam
* D5% + Drip MgSO4 40% s/d 24 jam

## Diagnosa Keperawatan

Tabel 3.5 : Diagnosa Keperawatan pada Ny.K dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Preeklamsia Berat (PEB) hari ke-0 di Ruang Obgyn/II Rumah Sakit Premier Surabaya.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Data / faktor resiko** | **Etiologi** | | **Masalah** | |
| 1. | **DS :**  Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi/SC, nyeri seperti ditusuk-tusuk, hilang timbul dengan skala nyeri 7 (1-10)  **DO :**   * TTV : TD 144/91 mmHg, Nadi : 97x/menit, Respirasi : 20x/menit, Suhu : 37,4°C * Pasien tampak meringis kesakitan * Ada bekas luka operasi/SC * Nafsu makan menurun * Ada nyeri tekan pada luka bekas operasi/SC | Agen Pencedera Fisik (Post SC) | | Nyeri Akut  **SDKI, 2017**  **(D.0077)** | |
| 2. | **DS :**  Pasien mengatakan kakinya agak lemah, dan nyeri pada luka bekas operasi terutama saat bergerak  **DO :**   * Terdapat oedema pada ekstremitas bawah * Pasien belum mampu melakukan mobilisasi miring kanan-miring kiri * Kekuatan otot 55555 55555   44444 44444 | Efek agen farmakologis (anastesi) dan fisiologis (luka post op) | | Gangguan mobilitas fisik  **SDKI 2017**  **(D.0054)** | |
|  | **Ditandai dengan :**   * TTV : TD 144/91 mmHg, Nadi : 97x/menit, Respirasi : 20x/menit, Suhu : 37,4°C * Ada luka jahitan operasi berbentuk horizontal sepanjang ± 13 cm dibagian perut bawah/di atas simpisis pubis * Luka tertutup dengan kassa steril * Tidak ada rembesan pada area luka * Tanda-tanda infeksi : R:Rednes (-), E:Edema (-), E: Echimosis (-), D: Discharge (-), A: Approximate (-) * Hasil Laboratorium :   WBC : 9,8 (10^3/uL)  PCT : 376 10/dL | Faktor risiko : Kerusakan integritas kulit | | Risiko Infeksi  **SDKI 2017**  **(D.0142)** | |
| 4. | **DS :**  Pasien mengatakan cemas dan khawatir karena ASInya belum keluar banyak, dan takut ASInya tidak dapat keluar.  **DO :**   * Pasien tampak cemas dan bingung * Kontak mata menurun * Konsentrasi menurun * Ibu dan bayi dirawat terpisah | Tidak rawat gabung | | Menyusui tidak efektif  **SDKI, 2017**  **(D.0029)** | |
| **5** | **DS :**  Pasien mengatakan memiliki hipertensi semenjak kehamilan, sebelumya tidak memiliki riwayat hipertensi  **DO :**   1. CRT > 3 dtk 2. Turgor kulit menurun 3. Konjungtiva anemis 4. TD:144/91 mmHg 5. N: 97x/menit, 6. S: 37,4oC 7. RR: 20x/menit 8. Edema pada ekstermitas bawah | | Faktor Resiko : Peningkatan tekanan darah | | Resiko Perfusi Perifer Tidak Efekif  **SDKI, 2017**  **(D.0015)** |

## Prioritas Masalah

Tabel 3.5 : Prioritas Masalah pada Ny. K dengan G1P001, Persalinan dengan PEB di Ruang Obgyn/II RS PremierSurabaya.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | | **Tanggal** | | | **Paraf** |
| **Ditemukan** | | **Teratasi** |
|  |  | |  | |  |  |
| 1. | Nyeri Akut b/d Agen Pencedera Fisik (*Post op* SC) | | 10 Maret 2020 | | - | *M* |
| 2. | Gangguan mobilitas fisik b/d Efek agen farmakologis (anestesi) dan fisiologis (luka post op) | 10 Maret 2020 | | - | | *M* |
| 3. | Resiko perfusi perifer tidak efektif | 10 Maret 2020 | | - | | *M* |
| 4. | Risiko Infeksi | 10 Maret2020 | | **-** | | *M* |
| 5. | Menyusui tidak efektif b/d tidak rawat gabung | 10 Maret 2020 | | - | | *M* |

## Intervensi

Tabel 3.6 : Intervensi Keperawatan pada Ny. K dengan G1P001, Persalinan dengan PEB di Ruang Obgyn/II RS PremierSurabaya.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan &**  **Kriteria Hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1. | Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Cedera Biologis | Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan keluhan nyeri berkurang. Dengan kriteria hasil:   * 1. TTV dalam batas normal   2. Nafsu makan meningkat   3. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu meunggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri)   4. Keluhan nyeri menurun : 4 (1-10).   Ekspresi rileks | 1. Observasi tanda tanda vital 2. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, skala nyeri, intensitas nyeri. 3. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 4. Kontrol lingkungan/kondisi yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan, aktivitas, dll) 5. Anjurkan teknik nonfarmakologis tarik nafas dalam 6. Monitor keberhasilan terapi nonfarmakologis yang sudah diberikan 7. Anjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering 8. Kolaborasi dengan dokter pemberian terapi analgetik   (Inj. IV Ketorolac 3x30 mg, Inj. IV Santagesik 2 ml)   1. Kolaborasi dengan dokter pemberian terapi antiemetic   (Inj. IV Ranitidine 3x4 mg) | 1. Untuk mengetahui keadaan umum pasien 2. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, skala, intensitas nyeri. 3. Untuk mengevaluasi skala nyeri 4. Untuk menciptakan suasana lingkungan yang nyaman pada pasien 5. Untuk mengontrol dan mengurangi rasa nyeri secara nonfarmakologis 6. Untuk mengevaluasi keberhasilan terapi 7. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi secara adekuat meskipun dengan kondisi yang masih nyeri 8. Untuk menurunkan nyeri secara farmakologis 9. Untuk mencegah rasa mual dan diharapkan dapat mencegah terjadinya penurunan nafsu makan |
| 2 | Gangguan mobilitas fisik b/d Efek agen farmakologis (anestesi) dan fisiologis (luka bekas post op) | Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan mobilisasi sesuai dengan  kemampuandengan kriteria hasil:   1. Pasien dapat meningkatkan kemampuan mobilisasi 2. Verbalisasi pasien mampu melakukan mobilisasi secara bertahap 3. Pergerakkan ekstremitas bawah meningkat 4. Kekuatan otot 55555 55555   55555 55555 | 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 2. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi 4. Anjurkan pasien ambulasi sederhana yang harus dilakukan secara bertahap (miring kanan, miring kiri, duduk, berdiri, berjalan) 5. Jelaskan pada pasien mengenai tujuan dan prosedur ambulasi 6. Observasi edema dan kekuatan otot pada ektremitas bawah | 1. Untuk mengetahui kemampuan ambulasi pasien 2. Untuk mengetahui kondisi umum pasien 3. Untuk membantu ibu meningkatkan ambulasi dan bentuk dukungan keluarga 4. Untuk beradaptasi dengan kemampuan ambulasi pasien dan mencegah cidera saat memulai ambulasi 5. Untuk memberikan pengetahuan kepada pasien dan keluarga mengenai tahapan ambulasi 6. Untuk mengetahui perkembangan kekuatan otot dalam bergerak |
| 3. | Resiko Perfusi perifer tidak efektif faktor resiko peningkatan tekanan darah | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat. Dengan kriteria hasil :   1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Sensasi meningkat 3. Warna kulit pucat menurun 4. Parestesia menurun 5. Turgor kulit membaik | * + - 1. Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)       2. Identifikasi faktor risiko angguan sirkulasi (DM, CKD, perokok, hipertensi)       3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstermitas       4. Observasi tanda-tanda vital, penurunan frekuensi atau kekuatan nadi, tekanan darah, frekuensi nafas       5. Monitor CRT, elastisitas turgor kulit | 1. memantau perkembangan kondisi perfusi pasien  2. faktor penyebeb resiko dapat menentukan pengobatan yang akan diberikan  3. kemerahan, nyeri dan bengkak pada ekstermitas dapat mempengaruhi proses penyembuhan  4. Untuk mengetahui ttv pasien dan memantau status hemodinamika pasien.  5. Untuk mengetahui status perifer pada pasien |
| 4. | Risiko Infeksi | Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi dengan kriteria hasil:   1. TTV dalam batas normal 2. Tidak ada rembesan pada area bekas luka operasi 3. Tidak ada tanda-tanda infeksi 4. Hasil laboratorium dalam batas normal :   WBC : 4,3-10,8 (10^3/uL)  PCT : 155 – 366 /dL | 1. Monitor tanda & gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Cuci tangan sebelum & sesudah kontak dengan pasien 3. Ajarkan cuci tangan 6 langkah pada keluarga dan pasien 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi & cairan 5. Jelaskan tanda & gejala infeksi 6. Kolaborasi dengan dokter pemberian terapi antibiotic dan penghenti perdarahan   (Inj. IV Kalnek 100 mg, Inj. IV Cefurexime 750 mg) | 1. Untuk mengetahui kondisi luka *post op* 2. Untuk mempertahankan teknik aseptik dan mencegah infeksi nosokomial / ILO 3. Untuk pengetahuan pasien dan keluarga sebagai penerapan pola hidup bersih dan sehat 4. Untuk mempercepat pertumbuhan jaringan dan mempercepat penyembuhan luka 5. Untuk mencegah adanya infeksi yang memberat dan pasien agar menjaga kebersihan luka bekas operasi 6. Untuk mencegah terjadinya infeksi dan mengurangi atau mencegah terjadinya rembesan perdarahan pada bekas luka operasi |
| 5. | Menyusui tidak efektif b/d tidak rawat gabung | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien dapat menyusui anaknya dengan efektif, dengan kriteria hasil :   * + - 1. Bayi dapat menyusu pada ibunya       2. ASI dapat keluar dengan lancar | * + 1. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui     2. Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat     3. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi     4. Ajarkan perawatan payudara post partum (mis. Memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin) | * + - 1. agar ibu dapat percaya diri untuk menyusui anaknya       2. dengan adaya dukungan dari orang terdekat ibu akan merasa nyaman untuk menyusui       3. agar ibu tau pentungnya memberikan ASI pada anaknya.       4. perawatan payudara dapat memperlancar ASI |

## Implementasi Dan Evaluasi

Tabel 3.7 : Implementasi dan Evaluasi Keperawatan pada Ny. K dengan G1P001, Persalinan dengan PEB di Ruang Obgyn/II RS PremierSurabaya.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hari/tgl  Waktu | No. Dx | Implementasi | Paraf | Hari/tgl  Waktu | No. Dx | Catatan Perkembangan | Paraf |
| Selasa,  10 Maret 2020  18.00 WIB  18.15 WIB  18.20 WIB  18.25  18.25 WIB  18.25 WIB  18.30 WIB  18.00 WIB | 1,4  1.  1  2  3  3  3  4  4  5 | Mengobservasi tanda-tanda vital pasien (TD: 144/90mmHg, N: 85x/menit, S: 37,4C, RR: 19x/menit)  Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, skala nyeri, intensitas nyeri (lokasi : luka bekas operasi, karakteristik: seperti ditusuk-tusuk, durasi: tidak menentu, frekuensi: hilang timbul, sekala 8 (0-10))  Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan(pasien mengatakan tidak nyaman dengan rasa nyeri pada perutnya)  Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer 97x/menit, edema (-), pengisian kapiler >3 detik, warna kemerahan, suhu teraba hangat)  Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi(pasien belum bisa miring kiri miring kanan)  Memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi(pasien tampak lemah)  Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi (keluarga tampak membantu memiringkan pasien)  Memonitor tanda & gejala infeksi lokal dan sistemik (tidak terdapat tanda dan gejala infeksi)  Cuci tangan sebelum & sesudah kontak dengan pasien (perawat melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien)  Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui (ibu tampak percaya diri dengan mengatakan ingin memberi ASI pada anaknya) | *merlina* | Selasa,  10 Maret 2020 | 1. | S :  Pasien mengatakan luka operasinya terasa nyeri  O :   * + - 1. Pasien tampak meringis kesakitan       2. TD : 144/90 mmHg       3. N : 85x/menit       4. S : 37,4ͦC       5. RR : 19x/menit   A : masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan | *Merlina* |
| 2.  3.  4.  5 | S :  Pasien mengatakan batannya lemas  O :  Pasien tampak lemah   * 1. Nadi perifer 97x/menit   2. Edema : -   3. CRT : >3 detik   4. Warna kemerahan   5. Suhu teraba hangat   A : masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan  S :  Pasien mengatakan kakinya masih sedikit lemas  O :   1. Terdapat odema pada kedua kaki 2. Pasien dapat mobilisasi miring kanan dan miring kiri dengan bantuan suaminya 3. Kekuatan otot   55555 55555  44444 44444  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan  S :  Pasien mengatakan sudah sedikt mengerti tanda tanda infeksi yang dijelaskan oleh perawat.  O :  R:Rednes (-)  E:Edema (-)  E: Echimosis (-)  D: Discharge (-)  A: Approximate (-)  A : Masalah teratasi  P : Intervensi dilanjutkan  S :  Ibu mengatakan mengatakan ingin memberi ASI pada anaknya  O :   * + - 1. Keadaan umum pasien baik       2. Tingkat kesadaran composmentis       3. TD : 144/90 mmHg       4. N : 85x/menit       5. S : 37,4ͦC       6. RR : 19x/menit   A : Masalah Teratasi  P : Intervensi dilanjutkan |  |
| Rabu  11 Maret 2020  08.00 WIB  08.10  08.15 WIB  08.20 WIB  08.25 WIB  08.35 WIB  08.40 WIB  08.50 WIB  08.55  09.00  09.10 | 1,5  1  1  1  3  3  4  4  5  2  2 | Mengobservasi tanda-tanda vital pasien (TD 140/77mmHg, N 88x/menit, S 37,1C, RR 19x/menit)  Mengontrol lingkungan/kondisi yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan)  Menganjurkan teknik nonfarmakologis tarik nafas dalam (pasien melakukan tarik nafas dalam)  Menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering (pasien ingin akan buah yang ada di atas meja)  Menganjurkan pasien ambulasi sederhana yang harus dilakukan secara bertahap (pasien mencoba untuk miring kanan, miring kiri,)  Menjelaskan pada pasien mengenai tujuan dan prosedur ambulasi (pasien tampak mengerti apa yang dijelaskan perawat)  Mengajarkan cuci tangan 6 langkah  pada keluarga dan pasien (keluarga dan pasien tampak memperagakan apa yang diajarkan oleh perawat)  Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi (ibu tampak ingin makan buah yang ada di atas meja)  Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat (suami ikut serta mendukung istri untuk memberikan ASI pada bayi)  dentifikasi faktor risiko angguan sirkulasi (DM, CKD, perokok, hipertensi) (pasien mengatakan hipertensi hanya saat hamil, sebelunya tidak ada riwayat hipertensi, TD: 144/85mmHg)  Monitor panas, kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstermitas (kaki teraba hangat, warna kemerahan, tidak nyeri) | *merlina* | Rabu  11 Maret 2020 | 1  2  3.  3.  4. | S :  Pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang  O :   1. TD : 140/77 mmHg 2. N : 88x/menit 3. S : 37,1ͦC 4. RR : 19x/menit 5. Pasien tampak mempraktikkan teknik nonfarmakologis tarik nafas dalam 6. Pasien tampak memakan buah yang ada di meja 7. Sekala nyeri 5 (0-10)   A : masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan  S :  Pasien mengatakan masih pusing  O :   1. TD : 140/77 mmHg 2. N : 88x/menit 3. S : 37,1ͦC 4. RR : 19x/menit 5. Kaki teraba hangat 6. Warna kemerahan   A : Masalah belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan  S :  Pasien mengatakan bisa duduk dan berdiri sendiri dari tanpa bantuan keluarga.  O :   1. Pasien tampak duduk di samping tempat tidur 2. Pasien tampak berjalan sendiri tanpa bantuan keluarga   A : Masalah teratasi  P : Intervensi dilanjutkan  S :  Pasien mengatakan bisa melakukan cuci tangan 6 langkah    O :  Pasien tampak mempraktikkan cara memcuci tangan 6 langkah  A : Masalah teratasi  P : Intervensi dilanjutkan  S :  Pasien mengatakan mengetahui cara melakukan massase mamae.  O :   1. TD : 140/77 mmHg 2. N : 88x/menit 3. S : 37,1ͦC 4. RR : 19x/menit     A : masalah teratasi  P : intervensi dihentikan |  |
| Kamis  12 Maret 2020  13.00 WIB  13.10 WIB  13.15 WIB  13.20 WIB  13.25 WIB | 1,5,2  1  1  3  4  5  5  2 | Mengobservasi tanda-tanda vital (TD:140/70mmHg, N 88x/menit, S 36,7C, RR 20x/menit)  Melakukan Inj. IV Ketorolac 3x30 mg, Inj. IV Santagesik 2 ml(obat masuk melalui Inj. IV)  Melakukan Inj. IV Ranitidine 3x4 mg (obat masuk melalui Inj. IV)  Observasi edema dan kekuatan otot pada ektremitas bawah(kaki tampak bengkak, kekuatan otot ektermitas baeah 44444 44444)  Menjelaskan tanda & gejala infeksi(ibu dapat mengerti tanda dan gejala infeksi)  Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi (ibu dapat mengerti apa yang dijelaskan oleh perawat )  Ajarkan perawatan payudara post partum (mis. Memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)(ibu dapat memperagakan cara memerah ASI)  Monitor CRT, elastisitas turgor kulit (CRT >3/menit, turgor kulit sedikit berkerut) | *merlina* | Kamis  12 Maret 2020 | 1.  2.  3.  4.  5. | S :  Pasien mengatakan nyerinya berkurang  O :   1. TD : 140/70mmHg 2. N : 88x/menit 3. S : 36.7ͦC 4. RR : 20x/menit 5. Sekala nyeri 4 (0-10)   A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan  S :  Pasien mengatakan sedikit pusing  O :   1. TD : 140/70mmHg 2. N : 88x/menit 3. S : 36.7ͦC 4. RR : 20x/menit 5. Sekala nyeri 4 (0-10)   A : masalah teratasi sebagian  P : intervensi dilanjutkan  S :  Pasien mengatakan kakinya sudah tidak lemas lagi dan bisa dibuat berjalan  O :   1. Kaki tampak tidak bengkak 2. Pasien dapat berjalan sendiri   A : Masalah teratasi  P : Intervensi dihentikan  S :  Pasien mengatakan paham dengan tanda dan gejala infeksi yang di jelaskan oleh perawat.  O :   1. Pasien dapat menjelaskan kembali tanda dan gejala infeksi 2. Pasein dapat menjawab pertanyaan mengenai tanda dan gejala infeksi dengan benar.   S :  Pasien mengatakan Asinya keluar dengan lancar  O :   1. TD : 140/70mmHg 2. N : 88x/menit 3. S : 36.7ͦC 4. RR : 20x/menit 5. Sekala nyeri 4 (0-10)   A : Masalah teratasi  P : Intervensi dihentikan |  |

# BAB 4

# PEMBAHASAN

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada Ny.E dengan Post Op Sectio Caesarea dengan indikasi PEB di Ruang Obgyn/II RS Premier Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 10 Maret sampai 12 maret 2020. Melalui pendekatan studi kasus untuk menganalisi antara teori dan praktek di lapangan. Pembahasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

## Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksut dan tujuan penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien sehingga klien dan keluarga terbuka, mengerti, dan kooperatif.

Pada tinjauan kasus juga didapatkan gejala pasien mengatakan mengalami bengkak pada kedua kaki, hal ini sesuai dengan tanda gejala dari preeklampsia salah satunya ialah peningkatan berat badan dan edema ektermitas terutama disebabkan karena retensi cairan dan selalu dapat ditemukan sebelum timbul gejala edema yang terlihat jelas, seperti kelopak mata yang bengkak atau jaringan tangan dan kaki yang membesar (Marunani, 2016). Saat dilakukan pemeriksaan didapatkan TD 160/110 mmHg sehingga pasien disarankan untuk dirujuk di rumah sakit. pasien datang ke RSPS, pada pemeriksaan didapatkan TD 160/110 mmHg, kaki bengkak, dan protein urine kwalitatif +3, sesuai teori dari Nita & Mustika (2013) yang mengungkapan bahwa Pre-eklampsia berat adalah suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai proteinuria dan edema pada kehamilan 20 minggu atau lebih.

*Preeklampsi* diketahui dengan adanya tanda-tanda seperti *hipertensi*, *proteinuria*, dan *oedem* pada ibu hamil. *Preeklampsi* timbul sesudah minggu ke 20 dan paling sering terjadi pada *primigravida* muda (Purwoastuti & Walyani, 2013). Kondisi ini juga dialami oleh pasien sesaat sebelum dilakukannya operasi SC.

Pada riwayat obstertri pasien pertama kali mentruasi saat usia 12 tahun. Siklus mentruasi tidak teratur, lama mentruasi 5 sampai 7 hari. Seteleh menikah pasien belum pernah menggunakan KB dan setelah melahirkan pasien berencana akan menggunakan KB Suntik 3 bulan. Pasien mengatakan kehamilan kali ini merupakan kehamilan pertama. Pasien mengatakan tidak ada riwayat hipertensi sebelum kehamilan. Hal ini tidak selaras dengan tinjauan teori, pada tinjauan teroi primigravida mempunyai risiko lebih tinggi menderita preeklampsi (Sinclair, 2010). Preeklampsi lebih sering dijumpai pada primigravida karena keadaan patologis telah terjadi sejak impantansi, sehingga timbul iskemia plasenta yang kemudian dengan sindroma inflamasi (Triana, 2015). Menurut penulis, preeklampsia bisa terjadi pada pasien bisa disebabkan karena umur ibu 35 tahun, salah satu faktor risiko yang berkaitan dengan perkembangan penyakit adalah usis ibu diatas 35 tahun (Mustika & Nita, 2013).

Pada pemeriksaan fisik tinjauan teori, ibu hamil dengan preeklamsia akan ditemukan nafas pendek, terdengar nafas berisik dan ngorok, edema paru. Namun pada tinjauan kasus, pasien tidak ada keluhan nafas pendek atau sesak, suara nafas vesikuler (tidak ada suara nafas tambahan). Menurut penulis hal ini terjadi karena penumpukan cairan tidak sampai terjadi pada paru-paru, sehingga tidak menimbulkan masalah pada sistem pernafasan. Pada sistem kardiovaskuler ditemukan adanya peningkatan tekanan darah yaitu 160/110 mmHg dan peningkatan frewkensi nadi 99 x/menit, CRT > 3 detik, akral dingin basah pucat. Hal ini sesaui dengan tinjauan teori yang menyatakan *preeclampsia* adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria akibat kehamilan, setelah usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan (Langelo *et al*, 2012).

Pada tinjauan teori pemeriksaan urinalis pasien preeklampsia ditemukan roteinuria kuantitatif 0,3 gram atau lebih per liter, kualitatif 1+ atau 2+ pada urine kateter / midstream (Nita & Mustika, 2013). Pada pemeriksaan urinalis pada pasien ditemukan protein urine +3. Proteinuria disebabkan oleh spasme arteriola, sehingga terjadi perubahan pada glomerulus belum diketahui sebabnya, ada yang mengatakan di sebabkan oleh retensi air dan garam. Proteinuria mungkin disebabkan oleh spasme arteriola, sehingga terjadi perubahan pada glomerulus (Mitayani, 2011).

## Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan kasus ada 5 diagnosa keperawatan yang muncul karena disesuaikan dengan keadaan pasien yaitu :

* + 1. Nyeri Akut (**SDKI, 2017 D.0077)** berhubungan denganagen cedera fisik (post sc) ditandai dengan Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi/SC, nyeri seperti ditusuk-tusuk, hilang timbul dengan skala nyeri 8 (1-10)*.* Tanda-tanda vital TD 145/80 mmHg, nadi 99x/menit, respirasi 19x/menit, suhu 36,9ͦC. Pasien tampak meringis kesakitan, ada bekas luka SC, nafsu makan menurun, ada nyeri tekan pada luka bekas operasi. Nyeri akut dapat dideskripsikan sebagai nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah, dan memiliki awitan yang cepat, dengsn intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) serta berlangsung singkat (kurang dari enam bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang rusak. Nyeri akut biasanya berlangsung singkat. Pasien yang mengalami nyeri akut biasanya menunjukkan gejala perspirasi meningkat, denyut jantung dan tekanan darah.
    2. Gangguan mobilitas fisik **(SDKI 2017 D.0054)** berhubungan dengan efek agen farmakologis (anastesi) dan fisiologis (luka post operasi) ditandai dengan Pasien mengatakan kakinya agak lemah, dan nyeri pada luka bekas operasi terutama saat bergerak, terdapat odema pada ekstermitas bawah, kekuatan otot 55555 55555

44444 44444

Mobilitas atau mobilisasi merupakan suatu kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas dalam rangka mempertahankan kesehatannya, jadi gangguan mobilitas fisik adalah adanya gangguan atau ketidak mampuaan individu dalam melakukan suatu aktifitas fisik secara mandiri. Tujuan dari mobilisasi adalah untuk memenuhi kebutuhan dasar (termasuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari dan aktivitas rekreasi), mempertahankan diri (melindungi diri dari trauma), mempertahankan konsep diri, mengekspresikan emosi dengan gerakan tangan nonverbal.

* + 1. Resiko Perfusi perifer tidak efektif **(SDKI 2017 D.0015)** faktor resiko peningkatan tekanan darah ditandai dengan Pasien mengatakan memiliki hipertensi semenjak kehamilan, sebelumya tidak memiliki riwayat hipertensi, CRT > 3 dtk, turgor kulit menurun, konjungtiva anemis, TD:144/91 mmHg, N: 97x/menit, S: 37,4oC, RR: 20x/menit, edema pada ekstermitas bawah. Diagnosa perfusi perifer tidak efektif diprioritaskan karena kondisi ini mempengaruhi metabolisme tubuh akibat merupakan penurunan sirkulasi darah pada level kapiiler (SDKI, 2017). Hal ini sesuia dengan yang diungkapkan Mitayani (2011), pada preeklampsia terjadi spasme pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Pada biopsi ginjal ditemukan spasme yang hebat pada arteriola glomerulus. Pada beberapa kasus lumen arteriola sedemikian sempitnya sehingga hanya dapat dilalui satu sel darah merah. Jadi, jika semua arteriola dalam tubuh mengalami spesme, maka tekanan darah dengan sendirinya akan naik, sebagai usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigenasi jaringan dapat tercukupi.
    2. Resiko infeksi **(SDKI 2017 D.0142)** faktor resiko : kerusakan integritas kulit ditandai dengan tanda tanda vital 145/80 mmHg, nadi 99x/menit, respirasi 19x/menit, suhu 3,9ͦC. Ada luka jahitan operasi berbentuk horizontal sepanjang ± 13 cm dibagian perut bawah/di atas simpisis pubis,luka tertutup dengan kasa steril, tidak ada rembesan luka, Hasil Laboratorium : WBC : 9,8 (10^3/uL), PCT : 376 10/dL. Resiko infeksi adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik, faktor resiko yang mempengaruhi diantarnya : Penyakit Kronis, Efek prosedur Infasif, Malnutrisi, Peningkatan paparan organisme patogen lingkungn, Ketidakadekuatan pertahanan tubuh perifer (misalnya, Gangguan peristltik, Kerusakan integritas kulit, Perubahan sekresi PH, Penurunan kerja siliaris, Ketuban pecah lama, Ketuban pecah sebelum waktunya, Merokok, Statis cairan tubuh).
    3. Menyusui tidak efektif b.d tidak rawat gabung ditandai dengan Pasien mengatakan cemas dan khawatir karena ASInya belum keluar banyak, dan takut ASInya tidak dapat keluar, Pasien tampak cemas dan bingung,Kontak mata menurun,Konsentrasi menurun,Ibu dan bayi dirawat terpisah

## Intervensi Kepearawatan

Perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan kasus sasaran, dalam intervensinya dengan alasannya penulis ingin berupaya memandirikan klien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), keterampilan mengenai masalah (efektif) dan perubahan tingkah laku pasien (psikomotorik).

Tujuan tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaaan klien secara langsung. Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang di tetapkan.

1. Nyeri Akut (**SDKI, 2017 D.0077)** berhubungan denganagen cedera fisik (post sc)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan keluhan nyeri berkurang, dengan kriteria hasil : TTV dalam batas normal, Nafsu makan meningkat, Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu meunggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, Keluhan nyeri menurun : 4 (1-10). Ekspresi rileks.

Intervensi yang dilakukan : 1) Observasi tanda tanda vital. 2) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, skala nyeri, intensitas nyeri. 3) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. 4) Kontrol lingkungan/kondisi yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan, aktivitas, dll). 5) Anjurkan teknik nonfarmakologis tarik nafas dalam. 6) Monitor keberhasilan terapi nonfarmakologis yang sudah diberikan. 7) Anjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering. 8) Kolaborasi dengan dokter pemberian terapi analgetik (Inj. IV Ketorolac 3x30 mg, Inj. IV Santagesik 2 ml). 9) Kolaborasi dengan dokter pemberian terapi antiemetic (Inj. IV Ranitidine 3x4 mg).

1. Gangguan mobilitas fisik **(SDKI 2017 D.0054)** berhubungan dengan efek agen farmakologis (anastesi) dan fisiologis (luka post operasi)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan mobilisasi sesuai dengan kemampuan, dengan kriteria hasil : Pasien dapat meningkatkan kemampuan mobilisasi, Verbalisasi pasien mampu melakukan mobilisasi secara bertahap, Pergerakkan ekstremitas bawah meningkat.

Intervensi yang dilakukan : 1) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi. 2) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi. 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi. 4) Anjurkan pasien ambulasi sederhana yang harus dilakukan secara bertahap (miring kanan, miring kiri, duduk, berdiri, berjalan). 5) Jelaskan pada pasien mengenai tujuan dan prosedur ambulasi. 6) Observasi edema dan kekuatan otot pada ektremitas bawah.

1. Resiko Perfusi perifer tidak efektif **(SDKI 2017 D.0015)** faktor resiko peningkatan tekanan darah.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat. Dengan kriteria hasil : Kekuatan nadi perifer meningkat, sensasi meningkat, warna kulit pucat menurun, parestesia menurun, turgor kulit membaik.

Intervensi yang dilakukan : 1) Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu), 2) Identifikasi faktor risiko angguan sirkulasi (DM, CKD, perokok, hipertensi), 3) Monitor panas, kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstermitas, 4 ) Observasi tanda-tanda vital, penurunan frekuensi atau kekuatan nadi, tekanan darah, frekuensi nafas, 5 )Monitor CRT, elastisitas turgor kulit

1. Resiko infeksi **(SDKI 2017 D.0142)** faktor resiko : kerusakan integritas kulit.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi, dengan kriteria kasil : TTV dalam batas normal, Tidak ada rembesan pada area bekas luka operasi, Tidak ada tanda-tanda infeksi, Hasil laboratorium dalam batas normal : WBC : 4,3-10,8 (10^3/uL), PCT : 155 – 366 /dL.

Intervensi yang dilakukan :1) Monitor tanda & gejala infeksi lokal dan sistemik. 2) Cuci tangan sebelum & sesudah kontak dengan pasien. 3) Ajarkan cuci tangan 6 langkah pada keluarga dan pasien. 4) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi & cairan. 5) Jelaskan tanda & gejala infeksi. 6) Kolaborasi dengan dokter pemberian terapi antibiotic dan penghenti perdarahan (Inj. IV Kalnek 100 mg, Inj. IV Cefurexime 750 mg).

1. Menyusui tidak efektif b/d tidak rawat gabung.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien dapat menyusui anaknya dengan efektif, dengan kriteria hasil : Bayi dapat menyusu pada ibunya, ASI dapat keluar dengan lancar Intervensi yang dilakukan : 1) identifikasi kondisi umum pasien. 2) memonitor tanda-tanda vital pasien. 3) fasilitasi pemeriksaan penunjang. 3) mengajarkan cara massase mamae untuk memperlancar ASI.

## Implementasi Keperawatan

Menurut Nurjanah (2010) implementasi adalah pengelolaandan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Jenis tindakan pada implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri (independent), saling ketergantungan atau kolaborasi (interdependent), dan tindakanrujukan atau ketergantungan (dependent). Penulis dalam melakukan implementasi menggunakan jenis tindakan mandiri dan saling ketergantungan.

Implementasi dilakukan selama 3x24 jam masa perawatan, dan evaluasi dilakukan setiap hari. SOAP didokumetasikan sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan pada intervensi keperawatan.

* + - 1. Nyeri Akut (**SDKI, 2017 D.0077)** berhubungan denganagen cedera fisik (post sc). Intervensi yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sejak tanggal 10-12 Maret 2020. Implementasi yang dilakukan adalah :1) mengobservasi tanda tanda vital. 2) mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, skala nyeri, intensitas nyeri. 3) mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. 4) mengontrol lingkungan/kondisi yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan, aktivitas, dll). 5) menganjurkan teknik nonfarmakologis tarik nafas dalam. 6) memonitor keberhasilan terapi nonfarmakologis yang sudah diberikan. 7) menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering. 8) Kolaborasi dengan dokter pemberian terapi analgetik (Inj. IV Ketorolac 3x30 mg, Inj. IV Santagesik 2 ml). 9) Kolaborasi dengan dokter pemberian terapi antiemetic (Inj. IV Ranitidine 3x4 mg). Setelah dilaksanankannya intervensi manajemen non farmakologis nyeri dengan menggunakan tarik nafas dalam hasil yang didapat pasien mengatakan nyeri mulai berkurang menjadi 6 (0-10), yang awalnya sebelum melakukan intervensi nyeri masih di sekala 8 (0-10).

Penanganan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengurangi nyeri. Penanganan nyeri dengan tindakan relaksasi mencakup teknik relaksasi nafas dalam. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa relaksasi nafas dalam sangat efektif dalam menurunkan nyeri pasca operasi (Sehono, 2010).

* 1. Gangguan mobilitas fisik **(SDKI 2017 D.0054)** berhubungan dengan efek agen farmakologis (anastesi) dan fisiologis (luka post operasi). Intervensi yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sejak tanggal 10-12 Maret 2020. Implementasi yang dilakukan adalah : 1) mengdentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi. 2) memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi. 3) meliibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi. 4) menganjurkan pasien ambulasi sederhana yang harus dilakukan secara bertahap (miring kanan, miring kiri, duduk, berdiri, berjalan). 5) menjelaskan pada pasien mengenai tujuan dan prosedur ambulasi. 6) mengobservasi edema dan kekuatan otot pada ektremitas bawah. Setelah dilakukan intervensi pasien dengan bertahap dapat melakukan aktivitas sesuai dengan kemampuannya, misal setelah pasien post SC pasien masih belum bisa melakukan aktivitas ringan seperti miring kanan dan miring kiri, dengan latihan sesuai kemampuan pasien akan mempercepat proses pemuluhan.

Mobilisasi dini post sectio caesarea harus dilakukan secara bertahap. Tahap – tahap mobilisasi dini pada pasien post sectio caesarea adalah pada 6 jam pertama setelah operasi, pasien harus tirah baring dan hanya bisa menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki. Pasien diharuskan miring kiri dan kanan setelah 6-10 jam untuk mencegah thrombosis dan thromboemboli. Setelah 24 jam pasien dianjurkan belajar duduk, kemudian dilanjutkan dengan belajar berjalan. Beberapa keuntungan dari mobilisasi dini antara lain dapat melancarkan pengeluaran lokhea, mempercepat involusi uterus, melancarkan fungsi alat gastrointestinal, ibu merasa lebih sehat dan kuat, dan melancarkan peredaran darah serta mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme. Mobilisasi dini penting dilakukan untuk mempercepat kesembuhan ibu sehingga ibu dapat segera melakukan aktivias sehari-hari secara normal(Nurfitriani, 2017)

* 1. Resiko Perfusi perifer tidak efektif **(SDKI 2017 D.0009)** faktor resiko peningkatan tekanan darah. Intervensi yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sejak tanggal 10-12 Maret 2020. Implementasi yang dilakukan adalah : : 1) Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu), 2) Identifikasi faktor risiko angguan sirkulasi (DM, CKD, perokok, hipertensi), 3) Monitor panas, kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstermitas, 4 ) Observasi tanda-tanda vital, penurunan frekuensi atau kekuatan nadi, tekanan darah, frekuensi nafas, 5 )Monitor CRT, elastisitas turgor kulit. Setelah dilakukannya intervensi pasien mengatakan bahwa dia mengalami hipertensi hanya pada saat hamil, sebelum hamil tidak ada riwayat hipertensi.

Perubahan yang didapatkan pada preeklampsia adalah adanya spasme pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Bila spasme arteriolar juga ditemukan di seluruh tubuh, maka dapat dipahami bahwa tekanan darah yang meningkat merupakan kompensasi mengatasi kenaikan tahanan perifer agar oksigenasi jaringan tetap tercukupi (Chandranita & Gde, 2012).

* 1. Resiko infeksi **(SDKI 2017 D.0142)** faktor resiko : kerusakan integritas kulit. Intervensi yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sejak tanggal 10-12 Maret 2020. Implementasi yang dilakukan adalah : 1) memonitor tanda & gejala infeksi lokal dan sistemik. 2) mencuci tangan sebelum & sesudah kontak dengan pasien. 3) mengajarkan cuci tangan 6 langkah pada keluarga dan pasien. 4) menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi & cairan. 5) menjelaskan tanda & gejala infeksi. 6) Kolaborasi dengan dokter pemberian terapi antibiotic dan penghenti perdarahan (Inj. IV Kalnek 100 mg, Inj. IV Cefurexime 750 mg). Menjaga tangan tetap bersih dengan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dapat meminimalkan terjadinya infeksi nosokomial.

Mencuci tangan adalah proses membuang kotoran dan debu secara mekanik dari kulit kedua belah tangan dengan memakai sabun dan air.Mencuci tangan merupakan teknik dasar yang paling penting dalam pencegahan dan pengontrolan infeksi.WHO merekomendasikan cuci tangan sebagai tindakan penting dalam pencegahan kejadian infeksi (Innayah, 2015).

* 1. Menyusui tidak efektif **(SDKI 2017 D.0009)** berhubungan dengan tidak rawat gabung. Intervensi yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sejak tanggal 10-12 Maret 2020. Implementasi yang dilakukan adalah : Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui, Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat, Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi, Ajarkan perawatan payudara post partum (mis. Memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin). Setelah dilakukannya intervensi memerah ASI dengan tangan secara teratur setiap 2 jam sekali, didapatkan ASI perlahan mulai keluar.

Memerah ASI dengan tangan sangat direkomendasikan. Memerah ASI dengan tangan menghasilkan stimulus sentuhan yang memacu hormone laktasi dan memungkinkan ibu untuk memilih daerah-daerah khusus pada payudara bila ada saluran-saluran yang tersumbat. Bila pemerahan dengan tangan hanya satu-satunya cara untuk mengosongkan payudara, maka ibu harus didorong untuk memerah paling sedikit 8 kali sehari, termasuk dimalam hari ketika kadar prolaktin tinggi (Maria Porland, 2016).

Dalam melakukan implementasi ini ada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain : adanya kerja sama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan yang lainnya, tersedia sarana dan prasarana di ruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis. Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan dikarenakan pasien dan keluarga pasien kooperatif dengan perawat, sehingga rencana tindakan dapat dilakukan dengan baik.

## Evaluasi Keperawatan

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilakukan karena merupakan kasus secara umum sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

* + - * 1. Nyeri Akut (**SDKI, 2017 D.0077)** berhubungan denganagen cedera fisik (post sc). pasien mengatakan nyeri berkurang, sekala nyeri 4 (0-10), tensi 130/80 mmHg, nadi 88x/menit, keadaan umum baik. Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa masalah masih belum teratasi sepenuhnya.
        2. Gangguan mobilitas fisik **(SDKI 2017 D.0054)** berhubungan dengan efek agen farmakologis (anastesi) dan fisiologis (luka post operasi). pasien dapat mobilisasi sendiri tanpa bantuan, kondisi umum pasien baik, edema pada ektermitas bawah berkurang. Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa masalah masih belum teratasi sepenuhnya.
        3. Resiko Perfusi perifer tidak efektif **(SDKI 2017 D.0009)** faktor resiko peningkatan tekanan darah. Pasien mengatakan kepala sudah tidak pusing dan keadaan umum pasien tampak baik. Dari data diatas dapat disimpulkan masalah teratasi.
        4. Resiko infeksi **(SDKI 2017 D.0142)** faktor resiko : kerusakan integritas kulit. Tidak ada tanda dan gejala infeksi, suhu 36.7ͦC, hasil lab normal. Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa masalah teratasi.
        5. Menyusui tidak efektif **(SDKI 2017 D.0009)** berhubungan dengan tidak rawat gabung. Pasien sudah melakukan memerah ASI menggunakan tngan dan ASI keluar dengan bertahap. Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa masalah teratasi.

Pada akhir evaluasi tidak semua tujuan dapat tercapai, hal tersebut dikarenakan pasien masih membutuhkan tindakan lebih lanjut agar tidak ada masalah keperawatan lagi yang muncul dan pasien bisa diperbolehkan untuk segera pulang. Hasil evaluasi berjalan sesuai dengan rencana namun belum dapat terselesaikan dengan maksimal.

# BAB 5

# PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melakukan asuhan keperawatan secara langsung pada Ny.K dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Preeklamsia Berat (PEB) hari ke-0 di Ruang Obgyn/II Rumah Sakit Premier Surabaya, sebagai penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan persalinan PEB.

## 5.1 Kesimpulan

Setelah penulis menguraikan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pada Ny.K dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Preeklamsia Berat (PEB) hari ke-0 di Ruang Obgyn/II Rumah Sakit Premier Surabaya, maka penulis meyimpulkan sebagai berikut :

* + - 1. Pada pengkajian pasien Ny.K didapatkan didapatkan data fokus pasien mengalami keluhan edema pada ekstermitas, peningkatan tekanan darah, dan adanya protein urine +3.
      2. Perumusan masalah keperawatan pada Ny.K dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Preeklamsia Berat (PEB) hari ke-0 didasarkan pada masalah yang ditemukan yaitu : nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (Post SC), Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis (anastesi) dan fisiologis (luka post operasi), Resiko infeksi faktor resiko : kerusakan integritas kulit, Ansietas berhubungan dengan kurang pengetahuan.
      3. Intervensi disesuaikan dengan diagnosa keperawatan utama dengan tujuan utama adalah diharapkan keluhan nyeri berkurang, dengan kriteria hasil : TTV dalam batas normal, Nafsu makan meningkat, Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu meunggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, Keluhan nyeri menurun : 4 (1-10). Ekspresi rileks.
      4. Beberapa tindakan mandiri yang dapat dilakukan selama pemberian asuhan keperawatan ialah melakukan pengkajian dan observasi tanda vital, Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, skala nyeri, intensitas nyeri, Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, Observasi edema dan kekuatan otot pada ektremitas bawah.
      5. Evaluasi dilakukan untuk menilai perkembangan kondisi pasien dan hasil asuhan keperawatan. Selama tiga hari melakukan asuhan keperawatan pada pasien PEB secara keseluruhan ada yang sudah teratasi da ada yang belum teratasi karena kondisi pasien yang belum diperbolehkan untuk pulang dan masih membutuhkan observasi lebih lanjut.
      6. Dokumentasi asuhan keperawatan pasien dengan PEB ini berisi kegiatan pencatatan, dan laporan otentik. Kegiatan yang berkaitan dengan pengolahan pasien dipergunakan untuk mengungkapkan sesuatu yang aktual dan dapat dipertanggung jawabkan.

## 5.2 Saran

Guna mencapai keberhasilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien persalinan dengan PEB di masa yang akan datang saran dari penulis antara lain :

* 1. Bagi Keluarga

Diharapkan hasil studi kasus ini dapat menjadi tambahan pengetahuan yang bermanfaat bagi keluarga pasien tentang persalinan dengan PEB sehingga rasa cemas yang muncul akibat penyakit yang diderita terhadap pasien dapat teratasi.

* 1. Bagi Mahasiswa

Bagi mahasiswa agar lebih meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan.

* 1. Bagi Perawat

Bagi perawat ruangan khususnya di ruang sebagai petugas di Ruang Obgyn/II RS Premier Surabaya, pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat selalu berkordinasi dengan tim kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien persalinan dengan PEB.

* 1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan hasil studi kasus ini dapat menjadi acuan bagi rumah sakit untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan dan mempertahankan hubungan yang baik antara tim kesehatan maupun dengan pasien, sehingga dapat meningkatkan mutu pelayananasuhan keperawatan yang optimal padaumunya dan khususnya pasien persalinan dengan PEB.

# DAFTAR PUSTAKA

Ai Yeyeh, Rukiyah, Yulianti, Lia. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta : Trans Info Medika

Angsar, M. . (2010). *Hipertensi dalam Kehamilan Ilmu dalam Kebidanan*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Chandranita, I. A., & Gde, I. B. (2012). *Buku Ajar Patologi Obstetri Untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta: EGC.

Devi Kurniasari, Fiki Arifandini. 2015. *Hubungan Usia, Paritas Dan Miabetem Melitus Pada Kehamilan Dengan Kejadian Preeklamsia Pada Ibu Hamil Di Wilayah Kerja Puskesmas Rumbia Kabupaten Lampung Tenggah Tahun 2014.* Lampung : Jurnal Kesehatan Holostik Vol 9 No 3.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2015. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2012. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

Icemi, S., & Wahyu. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Lalenoh, D. C. (2018). *Pre Eklampsia Berat dan Eklampsia*. Yogyakarta: Deepublisher.

Mustika, D., & Nita, N. (2013). *Asuhan Kebidanan Patologi*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Purwoastuti dan Walyani. 2015. *Asuhan Kebidanan masa nifas dan menyusui.* Yokyakarta : Pustaka Baru Pres

Sarwono. (2013). No Title. In *Dalam Ilmu Kandungan*. Yayasan Bina Pustaka.

SDKI. (2017). No Title. In *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia:Definisi dan Indikator Diagnostik*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Sinclair Constance. 2010. *Buku Saku Kebidanan*. Jakarta : EGC.

Triana, E., & Sa, S. (2019). Eklampsia Antepartum pada G5P4A0H3 Gravid Preterm 33-34 Minggu + Sindrom HELLP + AKI + IUFD Laporan Kasus, *8*(Supplement 1), 79–83.

Yuli. 2017. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas, Aplikasi NANDA, NIC, dan NOC*. Jakarta : TIM

Lampiran 1

|  |  |
| --- | --- |
| Description: Description: akper3 | **STANDAR OPERASIONAL PEOSEDUR**  **TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM** |
| **Pengertian** | Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan, Selain dapat mengurangi ketegangan otot, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah |
| **Tujuan** | Untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress fisik maupun emosional yaitu dapat menurunkan intensitas nyeri dan mengurangi kecemasan |
| **Tahap Prainteraksi** | 1. Verifikasi data klien (nama, no identitas, tgl lahir) 2. Mencuci tangan |
| **Tahap Orientasi** | 1. Memberikan salam terapeutik dan memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien atau keluarga 3. Melakukan kontrak waktu dengan klien 4. Menanyakan kesiapan klien (informed consent) |
| **Tahap Kerja** | 1. Atur posisi klien agar rileks, tanpa beban fisik. Posisi dapat duduk atau jika tidak mampu dapat berbaring di tempat tidur. 2. Instruksikan klien untuk menarik atau menghirup nafas dalam dari hidung sehingga rongga paru-paru terisis oleh udara melalui hitungan 1, 2, 3, 4 kemudian ditahan sekitar 3-5 detik. 3. Instruksikan klien untuk menghembuskan nafas, hitung sampai tiga secara perlahan melalui mulut. 4. Instruksikan klien untuk berkonsentrasi supaya rasa cemas yang dirasakan bisa berkurang, bisa dengan memejamkan mata. 5. .Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga kecemasan pasien berkurang. 6. Ulangi sampai 10kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali. 7. Lakukan maksimal 5-10menit |
| **Tahap Terminasi** | 1. Evaluasi respon klien 2. Menjelaskan apabila membutuhkan perawat, bisa memanggil di ruang keperawatan 3. Berpamitan dengan klien, dengan komunikasi terapeutik. |
| **Referensi** | Rosyidi, Kholid.2013. Prosedur Praktik Keperawatan. Jakarta: TIM |

Lapiran 2

|  |  |
| --- | --- |
| Description: Description: akper3 | **STANDAR OPERASIONAL PEOSEDUR**  **MEMERAH ASI** |
| **Pengertian** | Kegiatan memerah ASI menggunakan tangan atau pompa yang berguna untuk menjaga produksi ASI dan kesehatan payudara. |
| **Tujuan** | Mempertahankan pasokan ASI supaya produksi ASI tetap meningkat |
| **Peralatan** | * 1. Cangkir   2. Alat perah ASI   3. Botol untuk tempat ASI |
| **Tahap Orientasi** | * + 1. Memberikan salam terapeutik dan memperkenalkan diri     2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien atau keluarga     3. Melakukan kontrak waktu dengan klien     4. Menanyakan kesiapan klien (informed consent) |
| **Tahap Kerja** | * + - 1. Siapkan wadah atau cangkir       2. Anjurkan ibu untuk cuci tangan sebelum dan sesudah memerah       3. Anjurkan ibu untuk duduk       4. Pegang wadah atau cangkir di bawah aerola dan puting ibu dengan tangan kiri       5. Letakkan ibu jari pada payudara diatas puting, dan jari telunjuk pada payudara dibawah puting, bersebrangan dengan ibu jari.       6. Menekan dan melepas payudara diantara ibu jari dan telunjuk beberapa kali. |
| **Tahap Terminasi** | * + - * 1. Evaluasi respon klien         2. Menjelaskan apabila membutuhkan perawat, bisa memanggil di ruang keperawatan         3. Berpamitan dengan klien, dengan komunikasi terapeutik. |
| **Referensi** | “Pelatihan konseling menyusui” Dinas Kesehatan Kabupaten Malang, Seksi Gizi Masyarakat. 2015 |

Lampiran 3

**SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)**

**PREEKLAMPSIA PADA KEHAMILAN DI RUANG OBGYN/II**

**RUMAH SAKIT PREMIER SURABAYA**

Description: akper3

Oleh

Merlina prahara nita

NIM.193.0051

progam studi PENDIDIKAN pROFESI KEPERAWATAN

sEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN hang tuah

surabaya

**2020**

**SATUAN ACARA PENYULUHAN PREEKLAMPSIA PADA KEHAMILAN** **DI RUANG OBGYN/II RS PREMIER SURABAYA**

Pokok Bahasan : Preeklmpsia Pada Kehamilan

Sasaran : Ny. K

Tempat : Ruang Obgyn/II RS Premier Surabaya

Waktu : Kamis, 12 Maret 2020

Pukul : 09.00 – 09.45 WIB

1. **Latar Belakang**

## Preeklampsia merupakan sindroma yang terjadi pada saat kehamilan masukpada minggu kedua puluh dengan tandadan gejala seperti hipertensi, proteinuria, kenaikan berat badan yang cepat (karena edema), mudah timbul kemerah-merahan, mual, nyeri lambung, oliguria, gelisah, dankesadaran menurun. Ciri khas diit iniadalah memperhatikan asupan garam danprotein. Menurut who tiap tahunnya diperkirakan 500.000 ibu meninggal akibat kehamilan dan persalinan, dimana90% dari jumlah kematian tersebut terjadidi negara-negara berkembang. Preeklampsia merupakan masalah utama kesehatan ibu di seluruh dunia, khususnya di negara berkembang termasuk indonesia, tingginya angka kematian yang disebabkan hipertensi dalam kehamilan atau preeklampsia dan eklampsia merupakan masalah di bidang obstetri,dan sampai saat ini yang menjadi penyebab dari kelainan ini juga belum diketahui secara pasti, oleh karena itu penanganannya belum definitif danmasih bersifat simptomatis. Teori-teorisulit untuk menentukan mana yang merupakan sebab, dan mana yang merupakan akibat, sehingga sampai saatini pengelolaan hipertensi dalam kehamilan barulah secara epirik dans imptomatik. Sistem pola rujukan yang belum memadai (kasus terlantar dan lain-lain) menyebabkan pula tingginya morbiditas dan mortalitas yang disebabkan oleh komplikasi penyakit. Page menyebutkan pada preeklampsia daneklampsia ditemukan adanya lingkaran setan *(inner vicious circle)* yang akan menghilang setelah dilakukan terminasi kehamilan. Preeklampsia dan eklampsia merupakan satu kesatuan penyakit, yang langsung disebabkan oleh kehamilan, walaupun belum jelas bagaimana hal itu dapat terjadi. Sindrome preeklamsia (ringan) dengan hipertensi, edema danproteinuria sering tidak diketahui atau tidak diperhatikan oleh wanita hamil, sehingga tanpa disadari dalam waktu singkat dapat terjadi preeklampsia berat bahkan eklampsia. Oleh karenaitu sangat penting pemeriksaan antenatal yang teratur, dan yang secara rutin mencari tanda-tanda preeklampsia dalam usaha pencegahan preeklampsia berat dan eklampsia.

1. **Tujuan Instruksional Umum (TIU)**

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan diharapkan peserta mampu memahami tentang preeklampsia pada kehamilan

1. **Tujuan Instruksional Khusus (TIK)**

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan selama 30 menit diharapkan peserta mampu :

1. Memahami pengertian dari preeklampsia
2. Mengetahui tanda dan gejala preeklampsia
3. Mengetahui diit nutrisi pada ibu hamil dengan preeklampsia
4. **Waktu**

Hari, Tanggal : Kamis, 12 Maret 2020

Tempat : Ruang Obgyn RS Premier Surabaya

Waktu : Pukul 09.00 – 09.45 WIB

1. **Materi**

Terlampir

1. **Metode**
2. Ceramah
3. Tanya Jawab
4. **Media**
5. Leaflet
6. **Proses KegiatanPenyuluhan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Tahap** | **Waktu**  **(menit)** | **Kegoatan** | |
| **Penyuluh** | **Sasaran** |
| 1 | Pembukaan | 5 menit | 1. Mengucapkan  salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan yang akan disampaikan | 1. Menjawab  salam 2. Menyimak 3. Mendengarkan |
| 2 | Inti | 15 menit | Menjelaskan :   1. Pengertian Preeklamsia 2. Tanda dan gejala Preeklasia 3. Perawatan ibu hamil dengan penyakit Preeklamsia 4. Memberikankesempatan kepada peserta untukbertanya | 1. Menyimak materi yang disampaikan 2. Mengajukan pertanyaan 3. Mendengarkan penyuluh 4. Menjawab pertanyaan 5. Respon peserta baik, tetap memperhatikan respon selama penyuluhan |
| 3 | Penutup | 10 menit | * 1. Menyimpulkan   2. Evaluasi   3. Mengucapkan  salam | 1. Bertanya 2. Menyimak 3. Menjawab salam |

1. **Evaluasi**
2. Kriteria Struktur
3. Kegiatan dilakukan di Ruang perawatan Obgyn/II RS Premier Surabaya
4. Pengorganisasian kegiatan dilakukan sebelum dan saat kegiatan berlangsung.
5. Kriteria Proses
6. Peserta antusias terhadap materi yang diberikan.
7. Peserta konsentrasi dan fokus mendengarkan materi.
8. Pesertadapat mengajukan beberapa pertanyaan.
9. Kriteria Hasil
10. Peserta memahami pengertian Preeklampsia
11. Peserta mengetahui tanda dan gejala preeklampsia
12. Peserta mengetahui diit nutrisi pada ibu hamil dengan preeklampsia
13. **MATERI**
    * 1. **Pengertian Preeklampsia**

*Preeclampsia* adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria akibat kehamilan, setelah usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan (Langelo *et al*, 2012).

*Preeclampsia* dan *eclampsia* merupakan penyakit hipertensi yang disebabkan oleh kehamilan yang ditandai dengan hipertensi, edema dan proteinuria setelah minggu ke 20 dan jika disertai kejang disebut *eclampsia*. (Nuryani *et al*, 2012).

*Preeclampsia* merupakan kondisi spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan adanya disfungsi plasenta dan respon maternal terhadap adanya inflamasi sistemik dengan aktivasi endotel dan koagulasi. Diagnosis *preeclampsia* ditegakkan berdasarkan adanya hipertensi dan proteinuria pada usia kehamilan diatas 20 minggu. Edema tidak lagi dipakai sebagai kriteria diagnostik karena sangat banyak ditemukan pada wanita dengan kehamilan normal (POGI, 2014).

Preeklampsia dengan tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 110 mmHg disertai proteinuria lebih 5 g/24 jam disebut sebagai preeklampsia berat. Preeklampsia berat adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi pada triwulan ke-3 kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada molahidatidosa (Maryunani, 2016).

## Etiologi Preeklampsia

## Penyebab preeklampsia sampai sekarang belum diketahui, namun terdapat beberapa faktor risiko untuk terjadinya preeklampsia antara lain:

* + - 1. Primigravida

Primigravida diartikan sebagai wanita yang hamil untuk pertama kalinya. Preeklampsia tidak jarang dikatakan sebagai penyakit primagravida karena memang lebih banyak terjadi pada primigravida daripada multigravida. Primigravida mempunyai risiko lebih tinggi menderita preeklampsi (Sinclair, 2010). Preeklampsi dipengaruhi oleh gravida, wanita primigravida mempunyai risiko yang lebih besar sekitar 7-10% jika dibandingkan dengan multigravida(Leveno, 2010). Preeklampsi lebih sering dijumpai pada primigravida karena keadaan patologis telah terjadi sejak impantansi, sehingga timbul iskemia plasenta yang kemudian dengan sindroma inflamasi (Triana, 2015).

* + - 1. Primipaternitas

Primipaternitas adalah kehamilan anak pertama dengan suami yang kedua. Berdasarkan teori intoleransi imunologik antara ibu dan janin dinyatakan bahwa ibu multipara yang menikah lagi mempunyai risiko lebih besar untuk terjadinya preeklampsia jika dibandingkan dengan suami yang sebelumnya.

* + - 1. Umur yang ekstrim

Kejadian preeklampsia berdasarkan usia banyak ditemukan pada kelompok usia ibu yang ekstrim yaitu kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun (Bobak, 2004). Menurut Potter (2005), tekanan darah meningkat seiring dengan pertambahan usia sehingga pada usia 35 tahun atau lebih terjadi peningkatkan risiko preeklamsia.

* + - 1. Hiperplasentosis

Hiperplasentosis ini misalnya terjadi pada mola hidatidosa, kehamilan multipel, diabetes mellitus, hidrops fetalis, dan bayi besar.

* + - 1. Riwayat pernah mengalami preeklampsia

Wanita dengan riwayat preeklampsia pada kehamilan pertamanya memiliki risiko 5 sampai 8 kali untuk mengalami preeklampsia lagi pada kehamilan keduanya. Sebaliknya, wanita dengan preeklampsia pada kehamilan keduanya, maka bila ditelusuri ke belakang ia memiliki 7 kali risiko lebih besar untuk memiliki riwayat preeklampsia pada kehamilan pertamanya bila dibandingkan dengan wanita yang tidak mengalami preeklampsia di kehamilannya yang kedua.

* + - 1. Riwayat keluarga yang pernah mengalami preeklampsia

Riwayat keluarga yang pernah mengalami preeklampsia akan meningkatkan risiko sebesar 3 kali lipat bagi ibu hamil. Wanita dengan preeklampsia berat cenderung memiliki ibu dengan riwayat preeklampsia pada kehamilannya terdahulu.

* + - 1. Penyakit ginjal dan hipertensi yang sudah ada sebelum hamil

Pada penelitian yang dilakukan oleh Davies dkk dengan menggunakan desain penelitian *case control study* dikemukakan bahwa pada populasi yang diselidikinya wanita dengan hipertensi kronik memiliki jumlah yang lebih banyak untuk mengalami preeklampsia dibandingkan dengan yang tidak memiliki riwayat penyakit ini.

* + - 1. Obesitas

Obesitas merupakan suatu penyakit multifaktorial yang terjadi akibat akumulasi jaringan lemak berlebihan sehingga dapat menganggu kesehatan. Indikator yang paling sering digunakan untuk menentukan berat badan lebih dan obesitas pada orang dewasa adalah indeks massa tubuh (IMT). Seseorang dikatakan obesitas bila memiliki IMT ≥ 25 kg/m2. Obesitas merupakan faktor risiko yang telah banyak diteliti terhadap terjadinya preeklampsia. Obesitas memicu kejadian preeklampsia melalui beberapa mekanisme, yaitu berupa superimposed preeclampsia, maupun melalui pemicu-pemicu metabolit maupun molekul-molekul mikro lainnya. Risiko preeklampsia meningkat sebesar 2 kali lipat setiap peningkatan berat badan sebesar 5-7 kg/m2 selain itu ditemukan adanya peningkatan risiko preeklampsia dengan adanya peningkatan IMT. Wanita dengan IMT> 35 sebelum kehamilan memiliki risiko empat kali lipat mengalami preeklampsia dibandingkan dengan wanita dengan IMT 19-27 (Wafiyatunisa dan Rodiani, 2016).

## Klasifikasi Dan Manifestasi Klinis

Menurut nita dan Mustika (2013) Preeklamsia digolongkan ke dalam preeklamsia ringan dan preeklamsia berat dengan gejala dan tanda sebegai berikut:

* + - * 1. Preeklampsia Ringan:

Preeklampsia ringan adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan edema setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera setelah kehamilan. Gejala ini dapat timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu pada penyakit trofoblas.

Tanda-tanda preeklampsia ringan :

1. Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih, yaitu kenaikan diastolik 15 mmHg atau lebih, dan kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih.
2. Edema umum, kaki, jari, tangan, dan wajah atau kenaikan BB 1 kg atau lebih per minggu.
3. Proteinuria kuantitatif 0,3 gram atau lebih per liter, kualitatif 1+ atau 2+ pada urine kateter / midstream.
   * + 1. Preeklampsia Berat

Pre-eklampsia berat adalah suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai proteinuria dan edema pada kehamilan 20 minggu atau lebih. Preeklampsia dikatakan berat apabila ditemukan satu atau lebih tanda-tanda di bawah ini:

1. Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih.
2. Proteinuria 5 gram atau lebih per liter.
3. Oiguria jumlah urine kurang dari 500 cc per 24 jam.
4. Adanya gangguan serebral, gangguan visus, dan rasa
5. Nyeri di epigastrium.
6. Ada edema paru dan sianosis

## Komplikasi

## Rukiyah dan yulianti (2010) mengatakan bahwa komplikasi yang terberat ialah kematian ibu dan janin. Usaha utama ialah melahirkan bayi hidup dari ibu yang menderita preeklampsia dan eklampsia.

1. Solusio plasenta. Komplikasi ini biasanya terjadi pada ibu yang menderita hipertensi akut dan lebih sering terjadi pada preeclampsia
2. Hipofibrinogenemia
3. Hemolisis. Penderita dengan preeklampsia berat kadang-kadang menunjukkan gejala klinik hemolisis yang dikenal dengan ikterus.
4. Perdarahan otak. Komplikasi ini merupakan penyebab utama kematian maternal penderita eklampsia
5. Kelainan mata. Kehilangan penglihatan untuk sementara, yang berlangsung sampai seminggu, dapat terjadi
6. Edema paru-paru
7. Nekrosis hati. Nekrosis periportal hati pada preeklampsia eklampsia merupakan akibat vasospasmus anteriol umum. Kelainan diduga khas untuk eklampsia, tetapi ternyata juga ditemukan pada penyakit lain.
8. Sindroma HELLP, yaitu hemolisis, elevated libver enzyms, dan low platelet
9. Kelainan ginjal. Kelainan ini berupa endoteliosis glomerulus yaitu pembengkakan sitiplasma sel endotel tubulus ginjal tanpa kelainan struktur lainnya
10. Komplikasi lain. Lidah tergigit, trauma dan fraktura karena jatuh akibat kejang-kejang pneumonia aspirasi, dan DIC
11. Prematuritas, dismaturitas, dan kematian janin intrauterine

Marmi, dkk (2010) mengatakan bahwa bahaya eklampsia yaitu bahaya bagi ibu dan janin:

1. Bagi ibu

Perbedaan konvulsi dan kelelahan, jika frekuensi berulang hati gagal berkembang. Jika kenaikan hipertensi banyak, pada ibu dapat terjadi cerebral hemorrhage. Pasien dengan edema dan oliguria perkembangan paru-paru dapat bengkak atau gagal ginjal. Inhalasi darah atau mucus dapat menunjukkan asfiksia atau pneumonia. Dapat terjadi kegagalan hepar. Dari komplikasi-komplikasi ini dapat terjadi kefatalan.

Terjadnya kematian maternal. Kematian maternal yaitu acute vacular accident, kerusakan pusat vital pada medula oblongata, trauma akibat konvulsi, perdarahan pasca partumatau perdarahan solusio plasenta, dan kegagalan total organ vital (kegagalan fungsi liver, kegagalan fungsi ginjal, dekompensasio kordis akut/ cardiac arrest, kematian perinatal janin intrauteri).

1. Bagi janin

Pada preeklampsia antenatal, janin dapat terpengaruh dengan ketidakutuhan plasenta. Ini menunjukkan retardasi pertumbuhan intrauterine dan hipoksia. Selama sehat ketika ibu berhenti bernafas supply oksigen ke janin terganggu, selanjutnya berkurang.

Kematian perinatal janin intrauteri terdiri dari akibat solusio plasenta, asfiksiaberat intrauteri akibat vasokonstriksi berat, bila hasil konsepsi tetap hidup dapat terjadi berat badan lahir rendahdan intrauterine growth retardatioan (IUGR).

## Diit Nutrisi Pada Ibu Hamil Dengan PEB

Ciri khas diet preeklamsi adalah memperhatikan asupan garam dan protein.

1. Tujuan dari pengaturan diet padapreeklamsi adalah :
   * + - 1. Mencapai dan mempertahankan status gizi normal.
         2. Mencapai dan mempertahankan tekanan darah normal.
         3. Mencegah dan mengurangi retensi garam dan air.
         4. Menjaga keseimbangan nitrogen
         5. Menjaga agar pertambahan berat badan tidak melebihi normal.
         6. Mengurangi atau mencegah timbulnya resiko lain atau penyulit baru pada saat kehamilan atau persalinan.
2. Syarat dari pemberian diet preeklamsiadalah :
   * + - 1. Energi dan semua zat gizi cukup, dalam keadaan berat makanan diberikan secara berangsur sesuai dengan kemampuan pasien menerima makanan.
         2. Penambahan energi tidak melebihi 300 kkal dari makanan atau diet sebelum hamil.
         3. Garam diberikan rendah sesuai dengan berat/ringannya retensi garam atau air.
         4. Penambahan berat badan diusahakan dibawah 3 kg / bulan atau dibawah 1kg / minggu.
         5. Protein tinggi (1 ½-2 Kg BB)
         6. Lemak sedang berupa lemak tidak jenuh tunggal dan lemak tidak jenuh ganda.
         7. Vitamin cukup, Vit C dan B6 diberikan sedikit lebih banyak.
         8. Mineral cukup terutama kalsium dan kalium.
         9. Bentuk makanan disesuaikan dengan kemampuan makan pasien.
         10. Cairan diberikan 2500 ml sehari pada saat ologuria, cairan dibatasi dan disesuaikan dengan cairan yang dibutuhkan tubuh.
3. Jenis diet Preeklamsi:
   * + - 1. Diet Preeklamsi Berat
     1. Makanan ini diberikan dalam bentuk cair yang terdiri dari susu dan sari buah.
     2. Jumlah cairan diberikan paling sedikit 1500 ml sehari
     3. Makanan ini kurang energi dan zat gizi karenanya hanya diberikan selama1-2 hari.
        + 1. Diet Preeklamsi Ringan
          2. Makanan ini mengandung protein tinggi dan garam rendah.
          3. Diberikan dalam bentuk lunak atau biasa.
          4. Makanan ini cukup semua zat gizi, jumlah energi harus disesuaikan dengan kenaikan BB.