



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. N POST PARTUM
SECTIO CAESREA DENGAN INDIKASI PRE EKLAMPSIA
BERAT (PEB) DAN DIABETES MELITUS (DM) DI RUANG. E
RUMAH SAKIT SWASTA BEKASI DIMASA PANDEMI
COVID-19**

**DISUSUN OLEH:
ATIKAH PUTRI PURWANTI
201801007**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA KELUARGA
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
BEKASI
2021**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. N POST PARTUM
SECTIO CAESREA DENGAN INDIKASI PRE EKLAMPSIA
BERAT (PEB) DAN DIABETES MELITUS (DM) DI RUANG. E
RUMAH SAKIT SWASTA BEKASI DIMASA PANDEMI
COVID-19**

**DISUSUN OLEH:
ATIKAH PUTRI PURWANTI
201801007**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA KELUARGA
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
BEKASI
2021**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Atikah Putri Purwanti

Nim : 201801007

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Menyatakan bahwa Makalah Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Post Partum *Sectio Caesrea* Dengan Indikasi Pre Eklamsia Berat (PEB) dan Diabetes Melitus (DM) di Ruang E. Rumah Sakit Swasta Bekasi di Masa Pandemi COVID-19” yang dilaksanakan pada tanggal 30 April 2021 sampai 3 Mei 2021 adalah hasil karya sendiri dan semua sumber yang digunakan sudah saya nyatakan benar.

Orisinalitas makalah ilmiah ini tanpa ada unsur *plagiarism* baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

Bekasi, 18 Juni 2021

Yang Membuat Pernyataan



Atikah Putri Purwanti

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Post Partum *Sectio Caesrea* Dengan Indikasi Pre Eklamsia Berat (PEB) dan Diabetes Melitus (DM) di Ruang. E Rumah Sakit Swasta Bekasi di Masa Pandemi COVID-19” ini telah disusun oleh Atikah Putri Purwanti (201801007) dan telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang ahir dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 18 Juni 2021

Pembimbing Makalah Ilmiah



(Ns. Edita Astuti Panjaitan., S.Kep., M.Kep)

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Mitra Keluarga



(Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep.,Sp. Kep.MB)

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Post Partum *Sectio Caesrea* dengan Indikasi Pre Eklamsia Berat (PEB) dan Diabetes Melitus (DM) di Ruang. E Rumah Sakit Swasta Bekasi di Masa Pandemi COVID-19” yang disusun oleh Atikah Putri Purwanti (201801007) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan tim penguji pada tanggal 22 Juni 2021

Bekasi, 22 Juni 2021

Penguji I



(Ns. Lina Herida Pinem, S.Kep, M.Kep)

Penguji II



(Ns. Edita Astuti Panjaitan., S.Kep., M.Kep)

Nama : Atikah Putri Purwanti
NIM : 201801007
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Post Partum *Sectio Caesarea* Dengan Indikasi Pre Eklamsia Berat (PEB) dan Diabetes Melitus (DM) di Ruang. E Rumah Sakit Swasta Bekasi di Masa Pandemi COVID-19.
Halaman : xii+93 halaman+1 tabel
Pembimbing : Edita Astuti Panjaitan

ABSTRAK

Latar Belakang: Pre Eklamsia Berat (PEB) adalah tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih pada wanita hamil atau pada periode pasca bersalin disertai dengan proteinuria. PEB dan komplikasinya (eklampsia) juga menjadi salah satu penyebab utama kematian ibu. WHO memperkirakan kejadian preeklamsia menjadi tujuh kali lebih tinggi di negara berkembang (2,8% dari kelahiran hidup) dibandingkan di negara maju (0,4%). Sedangkan angka kejadian preeklamsia di Indonesia sekitar 3,4% - 8,5%. Angka kejadian preeklamsia di Indonesia berkisar antara 3-10% dari seluruh kehamilan.

Tujuan Umum: laporan kasus ini adalah untuk memperoleh gambaran nyata melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan post partum *Sectio Caesarea* atas Indikasi PEB melalui pendekatan proses keperawatan secara komprehensif.

Metode Penulisan: Dalam penyusunan laporan kasus ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan mengungkapkan fakta-fakta sesuai dengan data-data yang didapat.

Hasil: Dari hasil pengkajian didapatkan empat diagnosa yaitu: ketidaknyamanan pascapartum berhubungan dengan luka insisi SC dan kontraksi uterus, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pasca SC, menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang perawatan payudara dan pijat oksitosin, dan risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kehamilan dan penambahan BB. Diagnosa prioritas yang ditemukan adalah ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan luka insisi SC. Intervensi prioritas yang dipilih adalah identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala nyeri dan intensitas nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, ajarkan teknik non farmakologis: teknik relaksasi nafas dalam dan berikan obat analgetik sesuai program medis.

Kesimpulan dan Saran: Dengan melihat adanya komplikasi persalinan dengan metode SC dan tingginya prevalensi PEB di Indonesia serta dalam upaya untuk mencapai target pemerintah dalam menurunkan AKI peran perawat sangatlah dibutuhkan dalam merawat pasien. Diharapkan perawat mampu mengambil keputusan dan langkah yang tepat dalam menangani setiap pasien.

Keyword: Angka Kematian Ibu, PEB, Postpartum *Sectio Caesarea*.

Daftar Pustaka: 32 (2010-2021).

Name : Atikah Putri Purwanti
Student Number : 201801007
Study program : D III – Nursing
The Tittle of Scientific Paper : Nursing Care to Mrs. N postpartum *Sectio Caesarea* with indications of Severe Pre-Eclampsia (PEB) and Diabetes Melitus (DM) in E Room Hospital in Bekasi During the COVID-19 Pandemic.
Page : xii+93 pages+1 table
Supervisor : Edita Astuti Panjaitan

ABSTRACT

Background: Severe pre-eclampsia (PEB) is a blood pressure of 160/110 mmHg or more in pregnant women or in the postpartum period accompanied by proteinuria. PEB and its complications (eclampsia) are also one of the main causes of maternal death. WHO estimates the incidence of preeclampsia to be seven times higher in developing countries (2.8% of live births) than in developed countries (0.4%). While the incidence of preeclampsia in Indonesia is around 3.4% - 8.5%. The incidence of preeclampsia in Indonesia ranges from 3-10% of all pregnancies.

Main Objective: This case report is to obtain a real picture of carrying out nursing care for patients with post partum Sectio Caesarean on indications of PEB through a comprehensive nursing process approach.

Method in writing: In preparing this case report using a descriptive method, namely by revealing the facts in accordance with the data obtained.

Result: From the results of the study, four diagnoses were obtained, namely: postpartum discomfort related to the SC incision wound and uterine contractions, impaired physical mobility associated with post-SC pain, ineffective breastfeeding related to lack of exposure to information about breast care and oxytocin massage, and the risk of unstable blood glucose levels related to with pregnancy and weight gain. The priority diagnosis found was postpartum discomfort related to the SC incision wound. The priority interventions chosen were identification of location, characteristics, duration, frequency, quality, pain scale and pain intensity, identification of non-verbal pain responses, teaching non-pharmacological techniques: deep breathing relaxation techniques and administering analgesic drugs according to the medical program.

Conclusioan and recommendations: By looking at the complications of childbirth with the Sectio Caesarea method and the high prevalence of PEB in Indonesia as well as in an effort to achieve the government's target in reducing the Maternal Mortality Rate (MMR), the role of nurses is needed in treating patients. Nurses are expected to be able to take the right decisions and steps in dealing with each patient.

Keyword: *Maternal Mortality Rate, PEB, Postpartum Cesarean Section.*

Bibliography: 32 (2010-2021).

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat Rahmat dan Karunianya penulis dapat menyelesaikan Makalah Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.N Post Partum *Sectio Caesrea* dengan Indikasi Pre Eklamsia Berat (PEB) dan Diabetes Melitus (DM) di Ruang. E Rumah Sakit Swasta Bekasi di masa Pandemi COVID-19”.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan dan penyusunan Makalah ilmiah ini penulis menemukan banyak kesulitan, akan tetapi berkat bantuan, bimbingan, dorongan dari beberapa pihak, makalah ini dapat diselesaikan dengan baik. Maka dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih, kepada:

1. Ns. Edita Astuti Panjaitan, S.Kep.,M.Kep selaku dosen pembimbing Makalah Ilmiah serta penguji yang telah menyempatkan waktu untuk memberikan pengarahan, bimbingan, masukan, dorongan, motivasi dan saran yang bermanfaat selama proses pembuatan Makalah Ilmiah ini.
2. Ns. Lina Herida Pinem, S.Kep., M.Kep selaku dosen penguji yang telah memberikan motivasi dan masukan kepada penulis dalam penyusunan Makalah Ilmiah ini.
3. Ns. Renta Sianturi, S.Kep., M.Kep., Sp. Kep. J selaku dosen pembimbing akademik yang telah meluangkan waktunya untuk selalu memberikan motivasi dalam menyusun Makalah Ilmiah ini.
4. Diri saya sendiri, Atikah Putri Purwanti yang tidak terasa sudah melewati banyak tantangan hingga bisa sampai di titik ini. Terima kasih sudah sangat kuat, semoga bisa selalu kuat lagi untuk bangkit dikala sedang lelah dan merasa tidak mampu kedepannya.
5. Keluarga yang sayangi dan saya banggakan, bapak saya Purwadi, ibu saya Aminah, kakak saya Septi Ayu Ambarsari, keponakan saya Qiana Eshal Wijaya yang selalu menghibur disaat saya lelah, memberikan doa, semangat, motivasi untuk menyelesaikan pendidikan.
6. Para sahabat saya yang sudah seperti rumah kedua sejak masa sekolah, Puput Auditya Fitra, Nisrina Izatil Ismah, Rosita Herdianty Putri, Sheira Maghfira Maulani Utami, Tarina Tasya Amanda, Nidia Mustika Saputra, dan seluruh anggota Entar (wanda, fika, aisyah, nisrina, indah, eva, dhika, andika, dan said)

yang telah bersedia menghibur, mendengar keluh kesah penulis selama proses pembuatan Makalah Ilmiah ini serta semua dukungan, omelan, doa dan motivasinya.

7. Teman seperjuangan sejak dahulu masuk kuliah hingga saat ini, Fricilia Hadi Susena, Aulia Yoli Saputri, dan Syafira Rhamadania terima kasih telah menyadarkan saya dikala sedang terpuruk dan merasa tidak bisa apa-apa.
8. Kelompok Peminatan Keperawatan Maternitas, Azahra Safa Maurin, Sucianti, Visa Nauval, Wiwit Widyawati, Windy Febriyanti, dan teman-teman Angkatan VIII STIKes Mitra Keluarga yang telah memberikan bantuan, semangat, dan doa baik kepada penulis.
9. Pasien Kelolaan saya Ny. N dan suami Tn. M yang telah bersedia menjadi narasumber untuk penulis, terimakasih atas kepercayaannya kepada penulis, atas waktu, kesempatan dan pengalamannya.
10. Seluruh kakak tingkat dan kakak senior perawat di ruang *Nurse Station E* serta semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini dari awal hingga selesai.

Penulis sangat menyadari bahwa penulisan Makalah Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, karena keterbatasan pengetahuan serta kemampuan yang penulis miliki. Maka dalam kesempatan ini penulis mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun demi sempurnanya perbaikan penulisan Makalah Ilmiah ini. Demikian penulisan makalah ini disusun, semoga dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan bagi seluruh pembaca lain.

Bekasi, 10 Mei 2021



Penulis,
Atikah Putri Purwanti

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	5
C. Ruang Lingkup	5
D. Metode Penulisan	6
E. Sistematika Penulisan	6
BAB II.....	7
TINJAUAN TEORI	7
A. Pengertian Masa Nifas	7
B. Adaptasi Fisiologis pada Masa Nifas.....	7
C. Adaptasi Psikologis pada Masa Nifas	18
D. Konsep <i>Sectio Caesarea</i>	19
E. Konsep Teori Preeklamsia	23

F. Konsep Asuhan Keperawatan	31
BAB III	44
TINJAUAN KASUS	44
A. Pengkajian Keperawatan	44
B. Diagnosa Keperawatan	62
C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan.....	63
BAB IV	80
PEMBAHASAN	80
BAB V.....	91
PENUTUP.....	91
A. Kesimpulan	91
B. Saran.....	92
DAFTAR PUSTAKA	94
LAMPIRAN.....	97

DAFTAR TABEL

Table 1. Analisa Data.....	58
----------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lampiran Format Pengkajian EPDS.....	97
Lampiran 2. Materi Perawatan Payudara	100
Lampiran 3. Materi Pijat Oksitosin	102

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan adalah serangkaian kejadian pengeluaran bayi yang sudah cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, berlangsung dengan bantuan ataupun tanpa bantuan (kekuatan ibu sendiri). Macam-macam persalinan diantaranya persalinan spontan, persalinan anjuran, dan persalinan buatan (ekstraksi forceps, vakum dan operasi *sectio caesarea*).

Sectio Caesarea (SC) merupakan adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui depan perut atau vagina atau disebut juga histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim. Tindakan operasi SC dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu yang dikarenakan penyulit, bahaya dan komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervaginam (Mochtar, 2011). Permintaan ibu hamil untuk melakukan persalinan secara SC mengalami kecenderungan peningkatan dari waktu ke waktu. Peningkatan tersebut dapat terjadi karena berbagai alasan seperti, pembedahan menjadi lebih aman untuk ibu dan pembedahan traumatik vagina menjadi berkurang. Penyebab meningkatnya angka kejadian secara SC juga tidak lepas dari perluasan indikasi yang dilakukan SC dan kemajuan dalam teknik operasi dan anestesi serta obat-obat antibiotika (Oxorn & Forte, 2010).

Angka persalinan dengan metode SC telah meningkat di seluruh dunia dan komunitas kesehatan internasional telah mempertimbangkan tingkat ideal untuk operasi SC menjadi antara 10% dan 15%. Amerika latin menjadi negara penyumbang angka metode SC tertinggi yaitu (40,5%) dan diikuti oleh Eropa (25%), dan Asia (19,2%) (World Health Organization, 2019). Berdasarkan data (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2018), menyatakan terdapat (17,6%) persalinan dilakukan melalui SC di Indonesia. Provinsi tertinggi dengan persalinan melalui SC adalah DKI Jakarta (31,1%), Bali (30,2%), dan Sumatra Utara (23,9%). Sedangkan di provinsi Jawa Barat sendiri tercatat (15,5%)

menduduki urutan ke-17. Di dapatkan data dari *medical record* salah satu Rumah Sakit swasta di Bekasi jumlah persalinan metode SC sepanjang tahun 2020 adalah sebanyak 554 persalinan SC, persalinan SC dengan indikasi PEB sebanyak 3 orang. Persalinan dengan SC memiliki kemungkinan resiko lebih besar terjadi komplikasi dibandingkan persalinan normal. Faktor resiko yang paling banyak dari SC adalah akibat tindakan anestesi, jumlah darah yang dikeluarkan jauh lebih banyak dibandingkan persalinan pervaginam, komplikasi penyulit, radang endometrium (endometritis), pembekuan darah pembuluh balik (tromboplebitis), penyumbatan pembuluh darah (embolisme), pemulihan serta bentuk letak rahim menjadi tidak sempurna (Bramantyo, 2016). Prosedur SC memiliki efek samping antara lain beberapa hari pertama pasca persalinan akan menimbulkan rasa nyeri yang hebat pada daerah insisi, disebabkan oleh robeknya jaringan pada dinding perut dan dinding uterus yang kadarnya berbeda pada setiap ibu. Nyeri pada pasien dengan SC diakibatkan dari rahim yang sering berkontraksi karena masih dalam proses kembali ke bentuk semula dan juga rasa nyeri yang muncul dari daerah insisi operasi. Penanganan nyeri yang dilakukan bisa secara farmakologi dan non-farmakologi dengan tujuan untuk mengobati nyeri tersebut dengan cara menghilangkan gejala yang muncul. Pasien masih merasa nyeri dan tidak mampu beradaptasi dengan nyeri yang dirasakan apabila efek dari analgetik hilang sehingga dibutuhkan terapi non-farmakologis (Warsono et al., 2019).

Preeklampsia merupakan salah satu penyulit dalam proses persalinan yang kejadiannya senantiasa tetap tinggi. Tingginya angka kejadian preeklampsia merupakan faktor utama penyebab timbulnya eklamsi yang mengancam ibu bersalin, tingginya angka kematian ibu bersalin sebagai akibat perkembangan dari preeklamsi yang tidak terkontrol memberikan kontribusi yang sangat besar terhadap tingginya angka kematian, oleh sebab itu di lakukan tindakan SC.

Preeklampsia adalah tekanan darah sekurang kurangnya 140/90 mmHg pada dua kali pemeriksaan yang berjarak 4-6 jam pada wanita yang sebelumnya normotensi setelah kehamilan 20 minggu atau pada periode pasca bersalin dini disertai dengan proteinuria. Proteinurin minimal positif 1 atau pemeriksaan protein kuantitatif menunjukkan hasil > 300 mg per 24 jam (Kemenkes RI, 2013).

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat keberhasilan upaya kesehatan ibu. AKI adalah rasio kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya. Di setiap 100.000 kelahiran hidup yang disebabkan karena perdarahan mencapai 38,24% (111,2 per 100.000 kelahiran hidup), PEB 26,47% (76,97 per 100.000 kelahiran hidup), akibat penyakit bawaan 19,41 (56,44 per 100.000 kelahiran hidup), dan infeksi 5,88% (17,09 per 100.000 kelahiran hidup).

PEB dan komplikasinya (eklampsia) juga menjadi salah satu penyebab utama kematian ibu. Secara umum terjadi penurunan kematian ibu selama periode 1991-2015 dari 390 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup. Walaupun terjadi kecenderungan penurunan angka kematian ibu, namun tidak berhasil mencapai target *Millennium Development Goals* (MDGs) yang harus dicapai yaitu sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Hasil supas tahun 2015 memperlihatkan angka kematian ibu tiga kali lipat dibandingkan target MDGs (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Di seluruh dunia, kejadian preeklamsia berkisar antara 2% dan 10% dari kehamilan. Insiden preeklamsia, prekursor eklampsia, sangat bervariasi di seluruh dunia. WHO memperkirakan kejadian preeklamsia menjadi tujuh kali lebih tinggi di negara berkembang (2,8% dari kelahiran hidup) dibandingkan di negara maju (0,4%) (Osungbade & Ige, 2011). Sedangkan angka kejadian preeklamsia di Indonesia sekitar 3,4% - 8,5% (Legawati & Utama, 2017). Angka kejadian preeklamsia di Indonesia berkisar antara 3-10% dari seluruh kehamilan (Gloria, 2017).

Dengan melihat adanya komplikasi persalinan dengan metode SC dan tingginya prevalensi PEB di Indonesia serta dalam upaya untuk mencapai target pemerintah dalam menurunkan AKI peran perawat sangatlah dibutuhkan dalam merawat pasien.

Tanggung jawab penting perawat adalah memahami konsep proses kelahiran normal untuk mencegah serta mendeteksi penyimpangan dari persalinan dan kelahiran normal serta mengimplementasikan usaha keperawatan ketika terjadi

komplikasi. Perawatan optimal ibu bersalin, janin, dan keluarga yang mengalami komplikasi hanya dimungkinkan ketika perawat dan anggota tim keperawatan maternitas lainnya menggunakan pengetahuan dan kemampuan secara bersama-sama untuk memberikan perawatan yang kompeten dan berempati.

Peran perawat meliputi empat aspek, diantaranya promotif yaitu, upaya peningkatan kesehatan dengan cara memberikan pendidikan kesehatan tentang cara mengontrol tekanan darah agar tetap stabil dan informasi tentang kesehatan reproduksi salah satunya yaitu pemakaian kontrasepsi sehingga diharapkan pasien dapat memilih sendiri jenis kontrasepsi yang sesuai dengan keinginannya. Peran preventif yaitu, pencegahan dan meminimalisasi potensi resiko agar tidak terjadi komplikasi dengan cara menganjurkan pasien untuk mengontrol tekanan darah secara teratur, kontrol terjadinya perdarahan dan kontrol kontraksi uterus. Peran kuratif pada ibu postpartum yaitu pemberian obat antibiotik, analgetik, dan antihipertensi dengan cara berkolaborasi dengan tim medis lainnya yang bertujuan untuk mengatasi tanda dan gejala ibu postpartum dengan indikasi PEB. Peran rehabilitatif yaitu, upaya yang dilakukan perawat dalam masa pemulihan pasien dalam aspek biopsikososial dengan cara memandirikan pasien sehingga pasien dapat pulih, mampu beraktivitas sehari-hari, memotivasi pasien untuk minum obat secara teratur dan selalu control ke pelayanan kesehatan terdekat (Perwitasari et al., 2018).

Melihat fenomena PEB serta hasil survey penulis temukan, maka menurut penulis kasus PEB merupakan salah satu faktor yang sangat mempengaruhi AKI, khususnya di Indonesia. Merujuk dari data tersebut, maka penulis tertarik untuk menulis makalah tentang “Asuhan Keperawatan Pada Ny.N Post Partum *Section Caesrea* dengan Indikasi Pre Eklamsia Berat (PEB) di Ruang. E Rumah Sakit Swasta Bekasi di Masa Pandemi COVID-19”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Diperolehnya pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Asuhan Keperawatan Pada Ny.N Post Partum *Sectio Caesrea* dengan Indikasi Pre Eklamsia Berat (PEB) dan Diabetes Melitus (DM) di Ruang. E Rumah Sakit Swasta Bekasi di Masa Pandemi COVID-19.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan post partum *Sectio Caesrea* atas Indikasi PEB dan DM.
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan post partum *Sectio Caesrea* atas Indikasi PEB dan DM.
- c. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan post partum *Sectio Caesarea* atas indikasi PEB dan DM.
- d. Penulis mampu melakukan tindakan keperawatan pada pasien dengan post partum *Sectio Caesarea* atas indikasi PEB dan DM .
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan post partum *Sectio Caesarea* atas indikasi PEB dan DM .
- f. Penulis mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan kasus.
- g. Penulis mampu mengidentifikasi faktor- faktor pendukung, penghambat, serta mencari solusi/alternative dalam pemecahan masalah.
- h. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan post partum *Sectio Caesarea*.

C. Ruang Lingkup

Dalam penyusunan makalah ilmiah ini, penulis membatasi Asuhan Keperawatan Pada Asuhan Keperawatan Pada Ny.N Post Partum *Sectio Caesrea* dengan Indikasi Pre Eklamsia Berat (PEB) Diabetes Melitus (DM) di Ruang. E Rumah Sakit Swasta Bekasi di Masa Pandemi COVID-19 mulai dari tanggal 30 April 2021 sampai dengan 02 Mei 2021.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan makalah ilmiah ini menggunakan metode deskriptif yaitu memaparkan atau menggambarkan pemberian Asuhan Keperawatan Asuhan Keperawatan Pada Ny.N Post Partum *Sectio Caesrea* dengan Indikasi Pre Eklamsia Berat (PEB) dan Diabetes Melitus (DM) di Ruang. E Rumah Sakit Swasta Bekasi di Masa Pandemi COVID-19 melalui pendekatan proses keperawatan secara naratif. Untuk melengkapi makalah ilmiah ini digunakan pula berbagai sumber dan teknik penulisan:

1. Studi kasus yaitu dengan memberikan Asuhan Keperawatan secara langsung sehingga dapat memperoleh data yang akurat dari pasien dan keluarga untuk menghasilkan perbandingan antara teori dengan kasus.
2. Studi dokumentasi yaitu dengan cara melihat catatan keperawatan dan *medical record* yang berhubungan dengan pasien.
3. Studi kepustakaan yaitu dengan teknik mempelajari dan membaca data berdasarkan buku-buku yang berhubungan dengan kasus maupun media cetak seperti jurnal penelitian dan media elektronik lainnya.

E. Sistematika Penulisan

Makalah ilmiah ini terdiri dari lima BAB yang disusun secara sistematis, yaitu: BAB I: PENDAHULUAN, yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, runang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II: TINJAUAN TEORI yang terdiri dari pengertian, adaptasi fisiologi, adaptasi psikologis, konsep *sectio caesarea*, konsep teori PEB, dan konsep asuhan keperawatan. BAB III: TINJAUAN KASUS terdiri dari, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi. BAB IV: PEMBAHASAN, yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan. BAB V: PENUTUP yang terdiri dari kesimpulan dan saran. DAFTAR PUSTAKA.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dalam kurun waktu kurang lebih 6 minggu (Purwoastuti & Walyani, 2014).

Menurut (Lowdermilk et al., 2013) periode postpartum adalah jangka waktu antara lahirnya bayi dengan kembalinya organ reproduksi ke keadaan normal seperti sebelum hamil. Periode ini disebut juga masa nifas (*puerperium*), atau trimester keempat kehamilan, meskipun masa nifas secara tradisional dikatakan 6 minggu, lamanya bervariasi pada setiap wanita.

1. Periode Masa Nifas

Menurut Purwoastuti & Walyani (2014) tahapan atau periode masa nifas dibagi menjadi 3, yaitu:

- a. *Puerperium* dini, yaitu kepulihan ketika ibu telah diperbolehkan berdiri atau berjalan, serta beraktivitas layaknya wanita normal.
- b. *Puerperium intermedial*, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.
- c. *Remote puerperium*, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi.

B. Adaptasi Fisiologis pada Masa Nifas

Menurut Lowdermilk et al (2013) sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi postpartum. Organ-organ tubuh ibu yang mengalami perubahan setelah melahirkan adalah sebagai berikut:

1. Perubahan sistem reproduksi

a. Uterus

Kembalinya uterus dalam keadaan normal setelah melahirkan disebut involusi. Proses ini dimulai segera setelah ekspulsi plasenta (Kontraksi

miometrium plasenta menyebabkan pelepasan plasenta dari uterus) dengan kontraksi otot polos uterus.

Pada akhir kala tiga persalinan, uterus akan berada di tengah, kira-kira 2 cm di bawah umbilicus, dengan fundusnya berada di promontorium sacrum. Pada saat ini berat uterus sebesar 1000 gram. Dalam 12 jam, fundus akan naik menjadi setinggi umbilicus, atau sedikit dibawah atau diatas umbilicus. Kemudian fundus akan turun sekitar 1 cm setiap hari.

Seminggu setelah melahirkan, fundus biasanya beradar 4-5 jari dibawah umbilicus. Uterus harusnya sudah tidak bisa di palpasi dari abdomen setelah 2 minggu dan sudah kembali ke keadaan normal seperti sebelum hamil setelah 6 minggu.

Uterus yang pada saat cukup bulan beratnya sekitar 11 kali berat pada saat tidak hamil, akan berinvolusi menjadi sekita 500 gram pada minggu pertama postpartum dan 350 gram setelah 2 minggu. Setelah 6 minggu, berat uterus akan berkisar antara 60-80 gram.

b. Kontraksi

Selama 1-2 jam postpartum, kontraksi uterus akan berkurang intensitasnya dan menjadi tidak terkordinasi. Oleh karena itu uterus harus tetap keras dan berkontraksi dengan baik, oksitosin (Pitocin) biasanya di berikan secara intravena atau intramuskylar segera setelah plasenta keluar. Ibu yang berencana menyusui harus di motivasi untuk meletakkan bayi ke payudara secepatnya setelah lahir karena isapan bayi akan menstimulasi pelepasan oksitosin.

c. Nyeri postpartum

Pada ibu yang baru pertama kali melahirkan, tonus uterus biasanya baik, fundus secara umum tetap keras, dan ibu biasanya merasakan kram ringan. Relaksasi berkala dengan dengan kontraksi yang kuat lebih umum terjadi pada kehamilan berikutnya dan dapat menyebabkan rasa kram yang tidak enak yang disebut nyeri postpartum/afterpain yang menetap selama awal nifas. Rasa nyeri postpartum lebih terlihat setelah kelahiran di mana uterus sangat tersidtensi (contoh pada bayi besar, kehamilan multiple, polihdroamnion). Menyusui dan pemberian oksitosin eksogen biasanya

meningkatkan rasa nyeri ini karena keduanya menstimulasi kontraksi uterus.

d. Tempat plasenta

Segera setelah plasenta dan selaputnya keluar, kontraksi pembuluh darah dan thrombosis akan membuat tempat melekatnya plasenta menjadi area bernodul ireguler dan meninggi. Pertumbuhan endometrium ke atas ini akan menyebabkan terlepasnya jaringan nekrotik dan mencegah pebetukan jaringan parut yang merupakan ciri normal penyembuhan luka. Proses penyembuhan yang unik ini menyebabkan endometrium dapat kembali ke siklus perubahannya yang biasa menjadi tempat implantasi dan plasentasi pada kehamilan berikutnya. Regenerasi endometrium akan selesai pada hari ke 16 postpartum, kecuali pada tempat plasenta melekat. Regenerasi di tempat tersebut terjadi perlahan dan biasanya baru selesai sampai 6 minggu setelah melahirkan.

e. Lokhea

Akibat involusi uteri, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Percampuran antara darah dan desidua ini yang menjadi lokhea. Lokhea adalah ekskresi cairan Rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada di vagina normal. Lokhea mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita (Pitriani & Rika, 2014). Lokhea mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lokhea dapat dibagi menjadi 4 sebagai berikut:

- 1) Lokhea rubra (*crueanta*): berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks caseosa, lanugo, dan mekoneum selama 2 hari pasca persalinan.
- 2) Lokhea sanguilenta: berwarna merah kuning berisi darah dan lender yang keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 pasca persalinan.

- 3) Lokhea serosa: lokhea ini berbentuk serum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah lagi pada hari ke-7 sampai hari ke-14 pasca persalinan.
- 4) Lokhea alba: dimulai dari hari ke-14, berbentuk seperti cairan putih serta terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua. Selain lokhea yang sudah disebutkan, ada lokhea yang tidak normal yaitu:
 - a) lokhea purulenta; ini terjadi karena infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
 - b) lochiastasis: lokhea tidak lancar keluarnya (Astutik, 2015).

f. Serviks

Serviks terasa lunak segera setelah melahirkan. Endoserviks (bagian serviks yang menonjol ke dalam vagina) akan terlihat memar, edema, dan mungkin terdapat laserasi kecil. Selama 12-18 jam ke depan, serviks akan memendek dan mengeras. Ostium serviks yang membuka sampai 10 cm saat melahirkan, akan menutup perlahan. Pada hari kedua atau ketiga, serviks akan terbuka 2 sampai 3 cm, dan pada 1 minggu setelah melahirkan, serviks akan berdilatasi sebesar 1 cm. ostium serviks eksterna tidak akan lagi terlihat seperti sebelum hamil, bentuknya tidak lagi bulat. Laktasi akan menghambat produksi serviks dan lender lain yang produksinya dipengaruhi oleh estrogen dan ciri mukosa.

g. Vagina dan perineum

Berkurangnya estrogen postpartum berperan dalam tipisnya mukosa vagina dan tidak adanya rugae. Vagina yang tadinya sangat terdistensi dengan dinding yang halus, perlahan akan mengecil dan tonusnya akan kembali, meskipun tidak kembali seperti sebelum hamil. Awalnya lubang vagina akan terlihat kemerahan dan edema, terutama di daerah sekitar jahitan episiotomy atau laserasi.

h. Dukungan otot panggul

Struktur penyokong uterus dan vagina dapat terluca saat melahirkan dan berkontribusi pada masalah ginekologi di kemudian hari. Jaringan penyokong dasar panggul yang sobek atau terenggang saat melahirkan dapat membutuhkan waktu sampai 6 bulan untuk mendapatkan tonusnya

kembali. Latihan kegel, dapat membantu untuk memperkuat otot perineum dan meningkatkan penyembuhan.

2. Perubahan sistem Endokrin

a. Hormon plasenta

Perubahan hormon yang signifikan terjadi pada periode postpartum. Keluarnya plasenta akan menyebabkan penurunan secara dramatis dari hormone yang di produksi oleh organ tersebut. Menurunnya *hormone human chronic somatotropin*, estrogen, koristol, dan enzim insulinase plasenta akan membalikkan efek diabetogenic kehamilan, sehingga terjadi kadar gula darah yang relative lebih rendah pada masa nifas. Ibu dengan diabetes tipe 1 akan membutuhkan insulin yang jauh lebih sedikit dari pada saat akhir kehamilan sampai beberapa hari setelah kehamilan. Oleh karena perubahan hormone normal ini akan membuat periode transisi metabolisme karbohidrat, menginterpretasikan tes toleransi glukosa menjadi sulit pada saat seperti ini.

Kadar esterogen dan progesteron akan berkurang segera setelah keluarnya plasenta dan mencapai kadar terendahnya satu minggu setelah melahirkan. Kadar esterogen yang berkurang berhubungan dengan pembesaran payudara dan diuresis cairan ekstrasel yang berlebihan yang terakumulasi selama kehamilan.

Hormone *human Chorionic gonadotropin* (hCG) akan menghilang dengan cepat dari sirkulasi ibu. Meski demikian, karena hilangnya hCG dari ruang intrasel dan ekstraseluler perlu lebih banyak waktu, hormone masih dapat di deteksi di sistem tubuh ibu samapi 3-4 minggu postpartum.

b. Hormon pituitary dan fungsi ovarium

Ibu yang menyusui dan tidak menyusui cukup berbeda dalam hal waktu terjadinya ovulasi dan kembalinya menstruasi. Peningkatan kadar prolactin serum yang menetap pada ibu menyusui tampaknya bertanggung jawab dalam menekan ovulasi. Kadar prolactin di dalam darah akan meningkat secara progresif selama kehamilan dan tetap meningkat ibu yang menyusui. Durasi anovulasi ini dipengaruhi oleh frekuensi menyusui, durasi tiap menyusui, dan derajat kebutuhan pemberian makanan

tambahan. Kekuatan rangsang isap tiap bayi yang berbeda kemungkinan juga memengaruhi kadar prolactin.

Ovulasi dapat terjadi sejak hari ke 27 setelah melahirkan, dengan waktu rata-rata sekitar 70-75 hari. Menstruasi biasanya kembali setelah 4-6 minggu setelah melahirkan pada ibu yang tidak menyusui. Pada ibu yang menyusui waktu rata-rata sampai ovulasi kembali sekitar 6 bulan. Pada ibu menyusui kembalinya ovulasi dan menstruasi ditentukan oleh durasi dan frekuensi menyusui. Aliran menstruasi pertama setelah melahirkan biasanya lebih banyak dari normal. Setelah tiga sampai empat siklus, jumlah aliran menstruasi akan kembali seperti sebelum hamil.

3. Perubahan sistem abdomen

Ketika pasien berdiri pada hari-hari pertama setelah melahirkan, bagian abdomen akan menonjol dan tampak masih seperti hamil. Selama dua minggu pertama setelah melahirkan, dinding abdomen akan berelaksasi. Dibutuhkan sekitar 6 minggu agar dinding abdomen kembali ke keadaan sebelum hamil. Kulit akan mendapatkan kembali sebagian besar elastisitasnya, namun beberapa striae dapat menetap. Kembalinya tonus otot bergantung pada tonus otot sebelumnya, olahraga yang tepat, dan jumlah jaringan lemak yang ada. Kadang, dengan atau tanpa distensi yang berlebihan karena bayi yang besar atau lebih dari satu, otot dinding abdomen akan berpisah yang disebut diastatis rektus abdominis. Menetapnya keadaan ini dapat mengganggu ibu untuk ibu.

4. Perubahan sistem perkemihan

Perubahan hormon selama kehamilan dapat berperan pada meningkatnya fungsi ginjal, berkurangnya kadar steroid setelah melahirkan dapat menjelaskan penurunan fungsi ginjal yang terjadi pada masa nifas. Fungsi ginjal akan kembali normal dalam 1 bulan setelah melahirkan. Dibutuhkan 2-8 minggu sampai hypotonus dan dilatasi ureter dan pelvis ginjal yang terjadi karena kehamilan.

a. Komponen urine

Glikosuria ginjal yang diinduksi kehamilan akan menghilang 1 minggu postpartum, namun laktosuria dapat terjadi pada ibu yang menyusui.

Nitrogenurea darah akan meningkat pada masa nifas karena terjadi autolysis pada proses involusi uterus. Pemecahan protein berlebih di sel otot uterus juga berperan dalam proteinuria karena kehamilan, yang menghilang 6 minggu postpartum. Kadar nitrogenurea darah akan kembali seperti sebelum hamil 2 sampai 3 minggu setelah melahirkan. Ketonuria dapat terjadi pada ibu yang melahirkan dengan komplikasi atau setelah persalinan lama dengan dehidrasi.

b. Diuresis postpartum

Pada 12 jam setelah melahirkan, ibu akan mulai kehilangan cairan berlebih di jaringan yang berakumulasi selama kehamilan. Diafasis sering kali terjadi, terutama pada malam hari, 2-3 hari pertama postpartum. Diuresis postpartum dapat terjadi karena hilangnya tekanan vena yang meningkat di ekstremitas bawah, dan hilangnya peningkatan volume darah karena kehamilan juga membantu tubuh untuk membuang cairan berlebih. Hilangnya cairan lewat keringat dan peningkatan urine berperan dalam hilangnya berat badan sekitar 2,25 kg pada masa nifas.

c. Uretra dan kandung kemih

Kondisi trauma karena melahirkan, peningkatan kapasitas kandung kemih setelah melahirkan, dan efek anaestesi akan menyebabkan penurunan dorongan untuk berkemih. Selain itu, rasa nyeri di panggul karena tekanan saat melahirkan, laserasi atau episiotomy di vagina akan menurunkan atau mengubah refleks berkemih. Berkurangnya reflex berkemih dan diuresis postpartum akan menyebabkan distensi kandung kemih. Segera setelah melahirkan, perdarahan berlebih dapat terjadi karena distensi kandung kemih yang mendorong uterus keatas dan kesamping sehingga mencegah kntraksi uterus. Selanjutnya pada masa nifas, distensi berlebih akan menyebabkan kandung kemih semakin rentan terhadap infeksi dan menghambat kembalinya berkemih secara normal. Tonus otot kandung kemih biasanya akan kembali normal dengan pengosongan yang adekuat dalam 5-7 hari setelah melahirkan.

5. Perubahan sistem pencernaan

a. Nafsu makan

Ibu biasanya akan merasa lapar segera setelah melahirkan dan dapat menoleransi menu makanan yang ringan. Sebagian besar ibu akan sangat lapar setelah pulih dari anestesi, analgesik, dan kelelahan. Permintaan porsi makan dua kali lebih banyak dan cemilan yang sering merupakan hal yang umum.

b. Defekasi

Defekasi spontan mungkin baru terjadi 2-3 hari postpartum. Penundaan ini dapat disebabkan oleh berkurangnya tonus otot di usus selama melahirkan dan masa nifas, diare sebelum persalinan, kurangnya makan, dan dehidrasi. Ibu sering kali mengantisipasi rasa tidak nyaman selama pergerakan usus karena rasa nyeri di perineum karena episiotomi, laserasi atau hemoroid, dan menahan dorongan untuk defekasi. Pergerakan usus yang biasa dan teratur akan kembali setelah tonus usus kembali.

6. Perubahan payudara

a. Ibu yang menyusui

Selama 24 jam pertama setelah melahirkan, terjadi sedikit perubahan di jaringan payudara. Kolostrum, cairan kuning jernih dapat keluar dari payudara. Payudara perlahan akan menjadi lebih penuh dan berat ketika kolostrum berubah menjadi susu 72-96 jam setelah melahirkan. Perubahan ini sering disebut “keabadian air susu”. Payudara akan terasa hangat, keras dan agak nyeri. Air susu ibu (ASI) berwarna putih kebiruan yang terlihat seperti susu sebenarnya akan keluar dari payudara. Ketika kelenjar air susu dan salurannya penuh dengan susu, jaringan payudara akan terasa bernodul atau benjol. Namun tidak seperti benjolan yang berhubungan dengan penyakit di payudara atau kanker yang akan teraba terus pada lokasi yang sama. Benjolan yang berhubungan dengan air susu akan berpindah tempat. Pemakaian pakaian dalam harus yang pas dan duportif dapat digunakan untuk mengurangi rasa tidak nyaman. Beberapa ibu akan mengalami pembengkakan, namun dengan menyusui secara teratur dan

perawatan yang tepat kondisi ini bersifat sementara dan biasanya hanya berlangsung selama 24-48 jam.

b. Ibu yang tidak menyusui

Pada hari ke-3 atau ke-4, dapat terjadi pembengkakan. Payudara akan terdistensi, keras, nyeri bila dipegang dan terasa hangat (karena kongesti pembuluh darah). Distensi payudara terutama disebabkan oleh kongesti vena dan pembuluh darah limfe sementara, bukan karena akumulasi susu. Susu ada namun tidak keluar. Jaringan payudara di ketiak (ekor space) dan payudara atau puting tambahan pada garis air susu juga dapat terpengaruh.

7. Perubahan sistem kardiovaskular

a. Volume darah

Perubahan volume darah pada masa postpartum bergantung pada beberapa faktor, seperti hilangnya darah saat melahirkan dan jumlah cairan ekstrasvaskular (edema fisiologis) yang dimobilisasi dan di eksresi. Hypervolemia karena kehamilan (peningkatan volume darah sebesar 35% dari volume sebelumnya mendekati aterm) membuat wanita dapat menoleransi kehilangan darah yang cukup banyak saat melahirkan. Meskipun kehilangan darah, biasanya tidak sebanyak itu, darah yang hilang bisa sampai 500 ml (10% volume darah) pada kehamilan pervaginam dan 1000 ml (15-30 % volume darah) pada kelahiran SC. Selama beberapa hari setelah melahirkan, volume plasma akan semakin berkurang karena adanya diuresis.

Respons wanita terhadap kehilangan darah pada awal masa nifas berbeda dari wanita yang tidak hamil. Tiga perubahan fisiologis postpartum akan melindungi wanita dari peningkatan volume darah yaitu, eliminasi sirkulasi uteroplasenta yang mengurangi ukuran jaringan pembuluh darah ibu sampai 10-20, hilangnya fungsi endokrin plasenta akan menghilangkan rangsangan vasodilatasi dan mobilisasi cairan ekstrasvaskular yang disimpan selama kehamilan. Kenyataannya, pada hari ke 3 postpartum, volume plasma akan kembali ketika cairan ekstrasvaskular masuk kedalam pembuluh darah.

b. Curah jantung

Frekuensi denyut jantung, volume sekuncup, dan curah jantung akan mengikat selama kehamilan. Curah jantung akan tetap meningkat minimal sampai 48 jam pertama postpartum karena peningkatan volume sekuncup. Peningkatan volume sekuncup ini disebabkan oleh kemablinya darah kedalam sirkulasi ibu, karena penurunan yang cepat dari aliran darah uterus dan mobilisasi cairan ekstrasvaskular. Curah jantung berkurang sekitar 30 % dalam 2 minggu setelah melahirkan dan perlahan berkurang sampai seperti sebelum hamil 6-12 minggu postpartum pada sebagian besar wanita.

c. Tanda vital

Beberapa perubahan pada tanda vital sering kali terlihat dalam keadaan normal. Denyut jantung dan tekanan darah akan kembali ke nilai sebelum hamil dalam beberapa hari. Fungsi respirasi akan kembali ke keadaan sebelum hamil dengan cepat setelah melahirkan. Setelah uterus kosong, diafragma akan turun, axis normal jantung kembalikan, dan titik rangsang maksimal dan elektrokardiogram akan kembali.

d. Komponen darah

1) Hematokrit dan hemoglobin

Setelah melahirkan, volume darah total akan berkurang sekitar 16% dari nilai sebelum melahirkan, sehingga terjadi anemia sementara. Namun, pada 8 minggu setelah melahirkan jumlah sel darah merah akan meningkat, dan sebagian besar ibu akan mempunyai hematocrit normal.

2) hitung jenis sel darah putih

Leukositosis normal selama kehamilan rata-rata sekitar $12.000/\text{mm}^3$. Selama 10- 12 hari pertama setelah melahirkan, nilai sebesar $20.000-25.000/\text{mm}^3$ umum terjadi. Neutrophil merupakan sel darah putih terbanyak. Leukositosis dengan peningkatan laju endap darah yang juga normal akan mengaburkan diagnosis infeksi akut pada waktu ini.

3) Faktor pembekuan

Faktor pembekuan dan fibrinogen normalnya akan meningkat saat kehamilan dan tetap meningkat di awal masa nifas. Ketika digabungkan

dengan kerusakan dan imobilitas pembuluh darah, keadaan hiperkoagulabilitas ini dapat menyebabkan peningkatan resiko tromboemboli, terutama setelah operasi Caesar. Aktivitas fibrinolitik juga akan meningkat selama 1-4 hari setelah melahirkan.

4) Varikosisitas

Varikosisitas (varises) di tungkai dan sekitar anus umum terjadi setelah kehamilan. Varises, bahkan varises vulva yang jarang terjadi, akan segera mengecil setelah melahirkan. Perbaikan secara bedah tidak dipertimbangkan selama kehamilan. Regresi total atau hamper total dari varikosisitas diharapkan terjadi di masa postpartum.

8. Perubahan sistem saraf

Perubahan sistem saraf pada masa nifas di sebabkan oleh perbaikan adaptasi ibu dalam kehamilan serta karena trauma persalinan dan melahirkan. Ketidaknyamanan neurologis karena kehamilan akan menghilang setelah melahirkan. Eliminasi edema fisiologis dengan diuresis postpartum akan menghilangkan sindrom terowongan karpal dengan mengurangi kompresi saraf medianus. Rasa baal dan nyeri berkala di jari dialami 5% ibu hamil biasanya menghilang setelah melahirkan, kecuali ketika menggendong bayi, yang akan memperberat keluhan tersebut. Nyeri kepala memerlukan pemeriksaan yang seksama. Nyeri kepala post partum dapat di sebabkan oleh berbagai keadaan, termasuk preeklamsi, stress, bocornya cairan cerebrospinal ke ruang ekstradural saat menyuntikkan anastesi epidural atau spinal. Bergantung pada penyebab dan efektivitas terapi, durasi keluhan sakit kepala ini dapat bervariasi mulai dari 1 sampai 3 hari sampai beberapa minggu.

9. Perubahan sistem muskuloskeletal

Adaptasi sistem muskuloskeletal ibu yang terjadi saat hamil akan di balikkan pada saat masa nifas. Adaptasi ini termasuk relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat gravitasi ibu sebagai respons terhadap uterus yang membesar. Meskipun semua sendi lainnya kembali ke keadaan hamil, sendi di kaki tidak akan kembali. Ibu mungkin akan mendapatkan bahwa ukuran sepatunya membesar.

10. Perubahan sistem integumen

Kloasma kehamilan (topeng kehamilan) biasanya menghilang pada akhir kehamilan. Hiperpigmentasi aerola dan linea nigra mungkin tidak menghilang sepenuhnya setelah melahirkan. Beberapa ibu akan mempunyai warna yang lebih gelap secara permanen pada area tersebut. Striae gravidarum (*stretch marks*) di payudara, abdomen, panggul, dan paha akan memudar tapi biasanya tidak menghilang.

Pertumbuhan rambut akan menjadi lambat pada periode postpartum. Beberapa wanita dapat mengalami rambut rontok karena rambut yang rontok sementara lebih banyak dari pada rambut yang tumbuh. Rambut-rambut halus yang banyak pada saat hamil akan menghilang setelah melahirkan. Meski demikian, rambut yang kasar yang muncul selama kehamilan biasanya menetap. Kuku akan kembali ke konsistensi dan kekuatannya seperti sebelum hamil. Perubahan pada sistem integumen yang paling terlihat adalah munculnya keringat yang berlebihan.

11. Sistem imun

Tidak terdapat perubahan yang signifikan pada sistem imun ibu pada masa postpartum. Ibu dinyatakan membutuhkan vaksin rubella atau pencegahan isoimunisasi Rh.

C. Adaptasi Psikologis pada Masa Nifas

Menurut Purwoastuti & Walyani (2014) perubahan psikologis pada masa nifas, yaitu:

1. Fase *taking in*

Fase *taking in* yaitu periode ketergantungan, berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan, pada fase ini ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri, ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir.

2. Fase *taking hold*

Fase *taking hold* adalah periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan, pada fase ini timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi.

3. Fase *letting go*

Fase *letting go* adalah periode menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai orang tua, fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

D. Konsep *Sectio Caesarea*

1. Definisi

Persalinan SC adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Nurarif & Kusuma, 2015).

SC adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan di perut untuk mengeluarkan seorang bayi (Purwoastuti & Walyani, 2014)

2. Etiologi

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) etiologi SC ada dua yaitu sebagai berikut:

a. Etiologi yang berasal dari ibu

Yaitu pada *primigravida* (hamil pertama kali) dengan kelainan letak, primipara tua (kehamilan pertama dengan usia diatas 35 tahun) disertai kelainan letak ada, *disproporsi sefalo pelvik* (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solutio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM). gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya).

b. Etiologi yang berasal dari janin

Fetal distress atau gawat janin, mal persentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolaps tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau *forceps* ekstraksi.

3. Klasifikasi

Menurut Mochtar (2011), *sectio caesarea* dapat diklasifikasikan menjadi 4 (empat), yaitu:

a. *Sectio Caesarea* Transperitoneal Profunda

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah Rahim (*low servical transversal*) kira-kira 10 cm. perdarahan yang terjadi tidak sebanyak yang terjadi pada teknik klasik. Keuntungan lain adalah penjahitan luka lebih mudah kecilnya kemungkinan terjadi rupture uteri pada kelahiran berikutnya. Namun karena sayatan dilakukan secara melintang, jika tidak hati-hati makan menimbulkan risiko ikut terputusnya arteri uterine yang menyebabkan perdarahan lebih banyak.

b. *Sectio Caesarea* Ekstraperitoneal

Suatu Teknik yang dilakukan tanpa insisi peritoneum melainkan dengan mendorong lipatan peritoneum ke atas dan kandung kemih ke bawah atau ke garis-garis tengah, kemudian uterus dibuka dengan insisi di segmen bawah.

c. *Sectio Caesarea* Klasik

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 20 cm. keuntungannya dengan Teknik ini adalah janin dapat dikeluarkan lebih cepat dan tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih yang tertarik. Akan tetapi, kekurangannya bilamana terdapat infeksi, maka akan dengan mudah menyebar secara intraabdominal, juga tidak jarang ditemukan rupture uteri pada persalinan selanjutnya.

d. *Sectio Caesarea* Histerektomi

Pengangkatan uterus setelah tindakan SC oleh karena atonia uteri yang tidak dapat teratasi, pada keadaan uterus miomato usus besar dan banyak, atau keadaan rupture uteri yang tidak dapat diatasi.

4. Komplikasi

Menurut Amin & Hardani (2015) komplikasi pada pasien SC adalah:

a. Komplikasi pada ibu

Infeksi puerperalis, bisa bersifat ringan seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas, atau seperti peritonitis, sepsis dan sebagainya. Infeksi postoperative terjadi apabila sebelum pembedahan sudah ada gejala-gejala yang merupakan predisposisi terhadap kelainan itu (partus lama khususnya setelah ketuban pecah, tindakan vaginal sebelumnya). Pendarahan, bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri uterine ikut terbuka atau karena atonia uteri. Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kencing dan embolisme paru. Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak ialah kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa rupture uteri. Kemungkinan hal ini lebih banyak ditemukan sesudah SC.

b. Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kemih, dan embolisme paru.

c. Komplikasi Baru

Komplikasi yang kemudian tampak ialah kurang kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi rupture uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah SC klasik.

5. Penatalaksanaan

a. Pemberian Cairan

Karena 24 jam pertama pasien puasa, maka pasca operasi pemberian cairan per intravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya Dextrose (DS) 10% garam fisiologi dan Ringer Laktat (RL) secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfuse darah sesuai kebutuhan.

b. Diet

Pemberian cairan per infus biasanya dihentikan setelah pasien flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan per oral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 sampai 8 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi: miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 sampai 10 jam setelah operasi. Latihan pernafasan dapat dilakukan pasien sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah sadar, hari kedua post operasi, pasien dapat didudukan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya. Kemudian posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler). Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke 3 sampai hari ke 5 pasca operasi.

d. Katerisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan rasa tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24-48 jam atau lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan pasien.

e. Pemberian obat-obatan

Antibiotic cara pemilihan dan pemberian antibiotic sangat berbeda-beda sesuai indikasi.

f. Analgetik dan obat untk memperlancar kerja saluran pencernaan

Obat yang dapat diberikan melalui suppositoria adalah obat Kaltrofen supp 2x/24 jam. Obat yang diberikan melalui oral biasanya diberikan tramadol atau paracetamol setiap 6 jam, dan obat yang diberikan melalui injeksi biasanya ranitidine 75-90 mg diberikan setiap 6 jam bila perlu.

g. Obat-obatan lain

Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum penderita dapat diberikan caboransia, neurobian I dan vitamin C.

h. Perawatan luka

Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti.

i. Pemeriksaan rutin

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi dan pernafasan.

j. Perawatan payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan untuk menyusui, lalu bisa dilakukan pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi yang tujuannya bisa mengurangi rasa nyeri.

E. Konsep Teori Preeklamsia

1. Definisi Preeklamsia

Preeklamsia merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas (Pitriani & Rika, 2014). Definisi preeklamsia adalah terjadinya hipertensi dan proteinuria setelah usia kehamilan 20 minggu pada ibu yang tekanan darahnya normal, bila ada penyakit tropoblastik, preeklamsia bisa terjadi sebelum usia kehamilan 20 minggu (Lowdermilk et al., 2013).

2. Klasifikasi Preeklamsia

Menurut Pitriani & Rika (2014), preeklamsia dibagi menjadi 2 golongan yaitu preeklamsia ringan dan preeklamsia berat.

a. Preeklamsia Ringan (PER)

Tekanan darah 140/90 atau lebih yang diukur pada posisi berbaring terlentang, atau kenaikan diastolik 15 mmHg atau lebih, atau kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih. Cara pengukuran sekurang-kurangnya pada 2 kali pemeriksaan dengan jarak periksa 1 jam, sebaiknya dengan selang waktu 6 jam. Edema umum, kaki, jari tangan, serta wajah, atau kenaikan berat badan 1 kg atau lebih per minggu. Proteinuria 0,3 gr atau lebih per liter, kualitatif 1+ atau 2+ pada urine kateter atau *midstream*.

b. Preeklampsia Berat (PEB)

Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih, proteinuria 5 gr atau lebih per liter, oliguria, adalah jumlah urine kurang dari 500 cc per 24 jam. Adanya gangguan serebral, gangguan visus, serta rasa nyeri di epigastrium. Dan terdapat edema paru dan sianosis.

Preeklampsia, yang dapat diisolasi atau di tumpangkan pada hipertensi kronis diklasifikasikan dengan tekanan darah sistolik sama dengan atau lebih besar dari 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik sama dengan atau lebih besar dari 90 mmHg, yang harus diukur pada dua kesempatan yang jauh setidaknya 4-6 jam terpisah, di monitor tekanan darah yang dikalibrasi dan memadai. Disebut preeklampsia kronis atau berat harus ada salah satu dari kondisi berikut yaitu, proteinuria (ditunjukkan dengan rasio proteinuria/kreatininuria diatas 0,3 mg, atau dengan tes sipstik urin sama dengan atau diatas 1+, atau dengan proteinuria 24 jam diatas 300mg/24 jam), disfungsi organ ibu yang dapat berupa insufiensi ginjal, ditandai dengan kreatinin diatas 1,02 mg/dl; gangguan hati, ditandai dengan peningkatan transaminase dua kali di atas tingkat normal, atau nyeri hipokondrium kanan, atau epigastralgia dan terakhir adanya disfungsi uteroplasenta yaitu adanya hambatan pertumbuhan janin (Mayrink et al., 2018).

3. Etiologi

Timbulnya preeklampsia pada ibu hamil >20 minggu tidak diketahui pasti secara pasti penyebabnya, namun secara umum disebabkan vasopasme arteriola dan juga ada faktor lain yang dapat memengaruhi timbulnya preeklampsi diantaranya: hidroamino, primigravida, kehamilan ganda, molahidatidosa, malnutrisi berat, dan bisa dari faktor usia ibu yang kurang dari 18 tahun atau lebih dari 35 tahun serta anemia (Astutik, 2015).

Menurut Setyawati et al (2018) sementara hingga saat ini penyebab preeklampsia belum diketahui secara pasti. Namun berikut adalah faktor-faktor yang diperkirakan akan mempengaruhi timbulnya preeklampsia yaitu:

a. Status Pekerjaan

Ibu yang berkerja mempunyai kemungkinan 4 kali lebih besar untuk mengalami preeklampsia dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja. Hal ini sejalan dengan teori Klonof bahwa perempuan yang bekerja diluar rumah memiliki resiko lebih tinggi untuk mengalami preeklampsia jika dibandingkan dengan ibu rumah tangga. Hal ini dikaitkan dengan adanya aktivitas fisik dan stress. Sementara itu, adanya stress pada tubuh seseorang dapat merangsang pelepasan endotel pada pembuluh darah yang dapat menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah dan mengakibatkan peningkatan tekanan darah yang mengarah pada preeklampsia. Selain itu, pengaruh stress akan merangsang kelenjar anak ginjal atau adrenal untuk mengeluarkan hormone adrenalin. Hormone adrenalin akan bekerja dan memacu denyut jantung lebih cepat yang berdampak pada peningkatan tekanan darah.

b. Usia Ibu

Ibu yang berusia <20 tahun atau >35 tahun memiliki kemungkinan 3-4 kali lebih besar untuk mengalami preeklampsia dibandingkan dengan ibu yang berusia 20-35 tahun. Hal ini dikarenakan usia dapat mempengaruhi peningkatan dan penurunan fungsi tubuh manusia serta status kesehatan manusia yang dalam hal ini adalah ibu hamil. Pada usia <20 tahun diketahui bahwa orga reproduksi perempuan belum siap dan atau pada usia >35 tahun atau semakin bertambahnya usia ibu hamil, dapat terjadi proses degeneratif yang menyebabkan pembuluh darah yang selanjutnya menyebabkan terjadinya penyempitan pembuluh darah. Sehingga aliran darah memerlukan tekanan darah yang lebih besar agar dapat melalui pembuluh darah. Hal ini ditunjukkan dengan adanya peningkatan tekanan darah sebagai salah satu tanda dari preeklampsia.

c. Status Paritas

Ibu hamil primipara memiliki kemungkinan 4-5 kali lebih besar untuk mengalami preeklampsia dibandingkan dengan ibu hamil multipara bahkan grande multipara. Hal ini dapat terjadi karena pada kehamilan pertama cenderung terjadi kegagalan pembentukan *blocking* antibodies

terhadap antigen plasenta sehingga timbul respon imun yang tidak menguntungkan yang mengarah pada preeklampsia.

d. Obesitas

Ibu dengan obesitas memiliki kemungkinan 2-3 kali lebih besar untuk mengalami preeklampsia dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak obesitas. Obesitas disebabkan karena banyak faktor seperti faktor genetik, gangguan metabolik, dan konsumsi makanan yang berlebihan. Semakin gemuk seseorang maka jumlah darah yang ada pada tubuh juga akan semakin banyak sehingga akan semakin berat juga fungsi pompa jantungnya yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah. Jika hal ini berlangsung terus menerus tanpa penanganan, maka hal ini dapat mengarah pada terjadinya preeklampsia.

e. Riwayat Hipertensi

Ibu hamil dengan riwayat hipertensi memiliki kemungkinan 6 kali lebih besar untuk mengalami preeklampsia dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak memiliki riwayat hipertensi. Sebagian ibu hamil dengan riwayat hipertensi kronis, maka dapat terjadi perburukan kondisi hipertensi pada kehamilan berikutnya.

f. Riwayat Preeklampsia

Ibu hamil dengan riwayat preeklampsia memiliki kemungkinan 20 kali lebih besar untuk mengalami preeklampsia. Preeklampsia merupakan sindrom yang diturunkan. Sindrom ini lebih sering ditemukan pada anak perempuan dari ibu yang mempunyai riwayat preeklampsia atau mempunyai riwayat preeklampsia dalam keluarganya.

g. Riwayat Diabetes Melitus

Kejadian preeklampsia meningkat pada wanita dengan diabetes sebesar 3-4 kali. Pada wanita diabetes dengan hipertensi kronik memiliki kemungkinan 12 kali menderita preeklampsia. Peningkatan kadar glukosa memiliki efek yang sama pada perkembangan preeklampsia. Glukosa yang lebih selama kehamilan menghambat fungsi sel sitotrofoblas (CTB) dengan menginduksi pensinyalan jalur stress (P38 MAPK dan MMP-9

yang menyebabkan migrasi CTB dan komplikasi invasi, stress oksidatif yang menyebabkan hipoksia placentaria, dan peningkatan IL6 yang menyebabkan ketidakseimbangan angiogenik. Semua perubahan ini tampaknya berkontribusi pada jalur umum akhir yang mengarah ke plasentasi abnormal, sehingga berkembangnya preeklampsia (Tendean & Wagey, 2021).

4. Tanda dan Gejala

Menurut Nurarif & Kusuma (2016) tanda dan gejala PEB adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri kepala pada bagian depan dan belakang kepala diikuti tekanan darah tinggi dan juga sakit kepala yang terus menerus.
- b. Pandangan kabur dan kebutaan sementara.
- c. Ibu gelisah, bila mendengar suara berisik.
- d. Nyeri perut pada ulu hati disertai mual dan muntah.
- e. Gangguan pernafasan dan terjadi cyanosis.
- f. Penurunan kesadaran penurunan fungsi ginjal.

5. Patofisiologi

Menurut Peres et al (2018) meskipun merupakan penyakit yang dipelajari dengan baik, patofisiologi preeklampsia masih belum pasti. Beberapa fitur kunci dianggap memiliki peran dalam perkembangan preeklampsia, yang terutama dianggap sebagai gangguan vaskular. Penyebab paling mungkin untuk penyakit ini adalah kegagalan trofoblas invasi yang mengarah ke kegagalan transformasi arteri spiral uteri, dan kedalaman yang salah plasentasi. Trofoblas adalah sel pertama yang berdiferensiasi dari sel telur yang telah dibuahi, mereka membentuk membran luar plasenta, dan bertanggung jawab untuk nutrisi dan pertukaran oksigen antara ibu dan janin. Juga, sel pembunuh alami desidua (NK) dapat mengatur invasi trofoblas dan pertumbuhan vaskular, dua proses penting dalam perkembangan plasenta. Ekspresi yang tidak normal antigen permukaan sel NK dan kegagalan dalam regulasi sitotoksitas sel NK dan sitokin atau faktor angiogenik mungkin menjadi beberapa penyebab preeklampsia, mengakibatkan aliran darah tinggi dan keadaan bertekanan tinggi. Akibatnya, ada risiko tinggi untuk cedera

iskemia-reperfusi plasenta karena vasokonstriksi arteri ibu, yang akan menyebabkan pembentukan radikal oksigen reaktif dan disfungsi endotel lebih lanjut. Dengan demikian, preeklamsia dapat berhubungan dengan pelepasan berlebihan beberapa mediator oleh sel-sel endotel yang cedera.

Preeklampsia juga telah dikaitkan dengan trombositopenia. Faktanya, peran trombosit aktivasi pada preeklamsia telah dibuktikan melalui beberapa fitur, termasuk peningkatan ukuran dan umur yang berkurang, peningkatan kadar plasma ibu dari faktor trombosit 4 dan tromboglobulin, peningkatan produksi tromboksan B₂ oleh trombosit, dan pembentukan trombus di mikrosirkulasi beberapa organ target. Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, PGI₂, yang memiliki aksi vasodilator dan menghambat agregasi trombosit, menurun pada wanita dengan preeklamsia, sedangkan tromboksan A₂ meningkat, menyebabkan vasokonstriksi dan agregasi trombosit. Ini akan menyebabkan vasospasme dan konsumsi trombosit, yang merupakan karakteristik preeklamsia. Fitur penting lainnya pada wanita pra-eklampsia adalah generasi trombin yang berlebihan. Ini mungkin karena berbeda penyebab (disfungsi sel endotel, aktivasi trombosit, kemotaksis monosit, proliferasi) limfosit, aktivasi neutrofil, atau pembentukan faktor jaringan yang berlebihan sebagai respons terhadap aktivitas sitokin proinflamasi) yang berakhir dengan deposisi fibrin di beberapa sistem organ. Faktor lain telah terlibat dalam patogenesis preeklamsia, termasuk genetik, faktor lingkungan, dan gaya hidup. Faktor genetik dan lingkungan mengatur beberapa komponen yang menentukan kerentanan seorang wanita terhadap penyakit, seperti kecenderungan untuk hipertensi gangguan, penyakit autoimun, atau diabetes (faktor-faktor predisposisi untuk pre-eklampsia). Di sisi lain, berat badan yang berlebihan (indeks massa tubuh >35 Kg/m²) merupakan faktor risiko penting untuk penyakit, dengan risiko relatif 1,96 dalam interval kepercayaan 95% 1,34-2,87. Beberapa studi telah berfokus pada pengukuran biomarker yang berbeda untuk pre-eklampsia, termasuk tubuh ibu indeks massa, menyimpulkan bahwa kelebihan berat badan dan obesitas adalah salah satu faktor risiko yang paling penting untuk pre-eklampsia, dengan persentase

risiko yang dapat diatribusikan sebesar 64,9% jika dibandingkan dengan wanita dengan tubuh normal berat.

6. Komplikasi

Menurut Mitayani (2013) komplikasi yang dapat terjadi pada pasien PEB sebagai berikut:

a. Pada Ibu

- 1) Eklampsia
- 2) Solusio plasenta
- 3) Perdarahan sukapsula
- 4) Kelainan pembentukan darah
- 5) Sindrom HELLP (*hemolysis, elevated, liver, enzim, dan low platelet count*)
- 6) Ablasio retina
- 7) Gagal jantung hingga syok dan kematian

b. Pada Janin

- 1) Terhambatnya pertumbuhan dalam uterus
- 2) Premature
- 3) Asfiksia neonatorum
- 4) Kematian dalam uterus
- 5) Peningkatan angka kematian dan kesakitan perinatal

7. Penatalaksanaan

Pada pasien PEB penatalaksanaan yang tepat diberikan adalah semacam obat sedative dengan tujuan mencegah adanya kejang, sesudah 12 sampai 24 jam sudah teratasi, maka tindakan selanjutnya adalah menghentikan kehamilan juga diberikan larutan MgSO₄ 20% dengan dosis 4 gr secara intra vena loading dose dalam 4-5 menit dan masukan perlahan-lahan. Selanjutnya diberikan MgSO₄ 40% sebanyak 12 gr dalam 500 cc RL drip dengan 17 tetes/menit, dengan tujuan untuk menurunkan tekanan darah dan meningkatkan diuresis. Pada PEB diberikan juga klorpromazim dengan dosis 50 mg secara intramuscular ataupun diazepam 20 mg secara intramuscular (Nurarif & Kusuma, 2016).

Menurut Content & Process (2014) penanganan dan penatalaksanaan yang dapat diberikan adalah

- a. Selama persalinan dan kelahiran
 - 1) Induksi persalinan untuk wanita dengan PEB pada usia kehamilan ketika janin tidak layak atau tidak mungkin mencapai viabilitas dalam satu atau dua minggu.
 - 2) Persalinan dipercepat untuk wanita dengan PEB
 - 3) Magnesium sulfat lebih disukai dari pada antikonvulsan lainnya, untuk pencegahan eclampsia untuk wanita dengan PEB. Magnesium sulfat adalah antikonvulsan pilihan untuk wanita dengan PEB atau eclampsia. Jika memungkinkan, memberikan rejimen lengkap magnesium sulfat untuk wanita eclampsia atau PEB.
- b. Pascapersalinan
 - 1) Melanjutkan obat antihipertensi selama postpartum periode untuk wanita yang diobati dengan antihipertensi selama periode antenatal,
 - 2) Obati ibu hamil dengan obat antihipertensi selama masa nifas jika, mengalami masa nifas yang parah.

8. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan darah lengkap dengan gapusan darah
 - 1) Penurunan hemoglobin (nilai normal 12-13 gr %)
- b. Urinalisis
 - 1) Ditemukan protein dalam urine
- c. Pemeriksaan fungsi hati
 - 1) Bilirubin meningkat
 - 2) LDH (Laktat Dehidrogenase) meningkat
- d. Tes kimia darah
 - 1) Asam urat meningkat (normal 2,4-2,7 mg/dl)
- e. Rdiologi
 - 1) Ultrasonografi: ditemukan radiasi pertumbuhan janin intrauterus, pernafasan intrauterus lambat, aktivitas janin menjadi lambat, volume cairan ketuban sedikit.

- 2) Kasrdiotografi: diketahui detak jantung janin lemah (Nurarif & Kusuma, 2015)

F. Konsep Asuhan Keperawatan

Menurut Nursalam (2012) Konsep Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea dengan indikasi PEB adalah:

1. Pengkajian

a. Identitas Ibu

Sering terjadi pada usia <18 tahun atau >35 tahun. Status perkawinan pasien, dan pekerjaan. Terjadi pada primigravida tau multipara dengan usia lebih tua.

b. Riwayat Kesehatan

Pada pasien post SC dengan indikasi PEB terdapat nyeri pada bekas luka SC. Pada umumnya pasien post SC dengan indikasi PEB akan mengalami keterbatasan aktifitasnya karena ada nyeri pada bagian abdomennya ada luka bekas sayatanya, nyeri seperti di iris-iris atau ditusuk dengan skala nyeri 1 sampai 10.

c. Riwayat Penyakit

1) Riwayat Kesehatan Sebelumnya

Dalam riwayat kesehatan dahulu perlu dikaji apakah pasien pernah mengalami riwayat SC sebelumnya. Riwayat alergi terhadap obat dan makanan. Serta ada tidaknya penyakit yang dapat memperberat keadaan pasien seperti penyakit ginjal, anemia, vaskulerasensial, hipertensi kronik, DM dan penyakit lainnya.

2) Riwayat Kehamilan Yang Lalu

Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu perlu di ketahui tentang umur kehamilan, pemeriksaan kehamilan, informasi tentang umur kehamilan, imunisasi yang didapatkan, keluhan selama kehamilan, pernah mengalami abortus atau tidak, melahirkan dimana, di tolong siapa dan apakah ada penyulit selama kehamilan.

3) Riwayat Persalinan Sekarang

Riwayat persalinan sekarang meliputi, hari, tanggal, jam persalinan SC, penolong persalinan, penyulit persalinan (pada penderita PEB ibu akan mengalami kenaikan tekanan darah tinggi, edema, dan proteinuria), penanganan persalinan biasanya dilakukan SC, keadaan bayi hidup atau mati, dan biasanya pada kasus PEB bayi akan mengalami prematur atau Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR).

4) Riwayat Keluarga Berencana (KB)

Meliputi alat kontrasepsi yang di gunakan, lama penggunaan, keluhan selama penggunaan, jumlah anak yang di rencanakan, pada pasien post SC dengan indikasi PEB tidak ada hubungannya dengan jenis KB yang digunakan oleh pasien.

5) Riwayat Perkawinan

Meliputi usia pasien dan suami saat menikah, pernikahan yang ke berapa bagi pasien dan suami pasien. Pada pasien dengan PEB usia sangat mempengaruhi karena hamil ketika usia diatas 35 tahun rentan terhadap terjadinya PEB.

6) Pengkajian Nifas

Pada persalinan lalu apakah pernah mengalami demam, keadaan lochea, kondisi perdarahan selama nifas, tingkat aktifitas setelah melahirkan, keadaan perineal, abdominal, nyeri pada payudara, kesulitan eliminasi, keberhasilan pemberian ASI, dukungan keluarga, kontraksi kuat dan terletak di umbilicus.

2. Pemeriksaan Fisik

a. B1 (*Breathing*)

- 1) Inspeksi: Bentuk dada simetris atau tidak, ada otot bantu nafas, pola nafas regular atau ireguler biasanya terjadi perubahan akibat anestesi, frekuensi nafas normal 20-24x/menit.
- 2) Palpasi: Kaji vocal vremitus pasien, getarannya sama atau tidak.
- 3) Perkusi: Suara normalnya di dapatkan sonor.

4) Auskultasi: Normal suara nafas vesikuler, ada juga suara nafas tambahan tambahan seperti *ronchi*, *wheezing*, dan lain-lain.

b. B2 (*Blood*)

1) Inspeksi: Lihat ada atau tidaknya sianosis, anemis (jika terjadi syok akibat perdarahan postpartum)

2) Palpasi: Kaji CRT normalnya kembali <2 detik, akral hangat, cek nadi normal 60-100x/menit namun biasanya terdapat bradikardi pada post operasi dan takikardi (jika terjadi syok).

3) Perkusi: Perkusi dada jantung normal di dapatkan pekak

4) Auskultasi: Normal bunyi jantung S1 dan S2 tunggal, irama jantung reguler

c. B3 (*Brain*)

1) Inspeksi: Pasien post operasi terlihat cemas, cek kesadaran dan nilai GCS (normal 4-5-6), wajah tampak menyeringai tidak tampak

2) Palpasi: CRT <2 detik, nyeri pada luka bekas operasi

d. B4 (*Bledder*)

1) Inspeksi: Lihat menggunakan DC atau BAK spontan, biasanya terpasang DC karena hal itu merupakan salah satu prosedur operasi. Periksa pengeluaran lochea, warna, bau, dan jumlahnya, cek warna urine dan baunya.

2) Palpasi: Ada pembesaran bledder atau tidak, terdapat nyeri tekan atau tidak, biasanya ada nyeri tekan

e. B5 (*Bowel*)

1) Inspeksi: Lihat mukosa bibir kering atau lembab

2) Palpasi: Terdapat nyeri pada abdomen

3) Perkusi: Normal terdapat bunyi timpani dan redup bila terdapat cairan pada abdomen.

4) Auskultasi: Hitung bising usus, normalnya 5-15x/menit. Biasanya terjadi penurunan bising usus sehingga terjadi konstipasi.

f. B6 (*Bone: sistem tulang, otot dan integumen*)

1) Inspeksi: Biasanya terdapat adanya pembesaran payudara, adanya hiperpigmentasi aerola mammae dan papilla mammae.

- 2) Palpasi: Lihat turgor kulit elastis atau tidak, ada edema pada ekstremitas atau tidak, raba akralnya biasanya pada pasien post operasi terjadi hipotermi kemudian hipertermi.

g. B7 (Penginderaan)

- 1) Inspeksi: Pada pasien PEB tidak ditemukannya kerusakan penginderaan.

h. B8 (Endokrin)

- 1) Inspeksi: Lihat apakah ada pembesaran kelenjar thyoid normalnya tidak ada, pembesaran kelenjar parotis normalnya tidak ada,
 2) Palpasi: Tidak ada nyeri tekan pada kelenjar thyoid dan kelenjar **parotis**.

3. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium meliputi, Meliputi hemoglobin normalnya 12 sampai 16 g/dl, leukosit normalnya 4.000/ul sampai 10.500/ul, hematokrit 37% sampai 47%, trombosit 150.000/ul sampai 400.000/ul, kreatinin normalnya 0,6 mg/dl sampai 1,1 mg/dl, dan terdapat protein pada urine 0,003 sampai 3 gram/liter dengan nilai kualitatif.

4. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut (SDKI, 2016) adalah:

- a. Ketidaknyamanan Pasca Partum berhubungan dengan Trauma Perineum selama persalinan dan Involusi Uterus (D.0075).

Kategori : Psikologis

Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan

- b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri Luka Operasi (D.0054).

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Aktivitas/istirahat

- c. Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot (D.0049).

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Eliminasi

- d. Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi Tentang Pentingnya Menyusui dan Atau Metode Menyusui (D.0029).

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Nutrisi dan Cairan

- e. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis (tindakan anestesi) (D.0001).

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Respirasi

- f. Resiko Perdarahan berhubungan dengan Komplikasi Pasca Partum (D.0012).

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Sirkulasi

- g. Resiko Infeksi berhubungan dengan Adanya Luka Insisi (D.0141)

Kategori : Lingkungan

Subkategori : Keamanan dan Proteksi

- h. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostik (D.0040).

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Eliminasi

5. Intervensi Keperawatan

- a. Ketidaknyamanan Pasca Partum berhubungan dengan Trauma Perineum selama persalinan dan Involusi Uterus

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatanx24 jam diharapkan ketidaknyamanan teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan tidak nyaman menurun (1)
- 2) Meringis menurun (1)
- 3) Payudara bengkak menurun (5)
- 4) Tekanan darah dalam batas normal (sistolik : 80-120, diastolik : 60-80 mmHg) (5)
- 5) Frekuensi nadi dalam batas normal (60-100x/menit) (5)

Intervensi

Observasi:

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respons nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri
- 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik:

- 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (aromaterapi, terapi musik, terapi pijat, kompres hangat/dingin)
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi:

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- 5) Ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri Luka Operasi

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan ..x24 jam diharapkan mobilitas pasien meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Pergerakan aktivitas meningkat (5)
- 2) Kekuatan otot meningkat (5)
- 3) Nyeri menurun (5)
- 4) Kecemasan menurun (5)
- 5) Kaku sendi menurun (5)
- 6) Kelemahan fisik menurun (5)

Intervensi

Observasi:

- 1) Identifikasi nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- 3) Monitor tekanan darah dan nadi sebelum memulai pergerakan
- 4) Monitor keadaan umum saat melakukan pergerakan

Trapeutik:

- 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)
- 2) Fasilitasi melakukan pergerakan
- 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi:

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- 3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah tempat dari kasur ke kursi).

c. Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatanx24 jam diharapkan konstipasi dapat diatasi dengan kriteria hasil:

- 1) Kontrol pengeluaran feses meningkat (5)
- 2) Keluhan defekasi lama dan sulit menurun (5)

- 3) Menegjan saat defekasi menurun (5)
- 4) Konsistensi feses membaik (5)
- 5) Frekuensi BAB membaik (5)
- 6) Peristaltik usus membaik (5)

Intervensi

Observasi:

- 1) Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar
- 2) Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal
- 3) Monitor BAB (warna, frekuensi, konsistensi, volume)
- 4) Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi, atau impaksi

Terapeutik:

- 1) Berikan air hangat setelah makan
- 2) Jadwalkan waktu defekasi
- 3) Sediakan makanan tinggi serat

Edukasi:

- 1) Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltic usus
- 2) Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi dan volume feses
- 3) Anjurkan pengurangan makanan yang meningkatkan pembentukan gas
- 4) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian obat supositoria anal

d. Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi Tentang Pentingnya Menyusui dan Atau Metode Menyusui

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatanx24 jam diharapkan menyusui efektif dengan kriteria hasil:

- 1) Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat (5)
- 2) Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat (5)
- 3) Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat (5)
- 4) Miksi bayi lebih dari 8x/24 jam meningkat (5)
- 5) Tetesan/pancaran ASI adekuat meningkat (5)

- 6) Putting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan meningkat (5)
- 7) Kepercayaan diri ibu meningkat (5)

Intervensi

Observasi:

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui

Terapeutik:

- 1) Sediakan materi dan media Pendidikan kesehatan
- 2) Jadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- 3) Berikan kesempatan untuk bertanya
- 4) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui
- 5) Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan, dan masyarakat.

Edukasi:

- 1) Berikan konseling menyusui
- 2) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi
- 3) Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar
- 4) Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengkompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa
- 5) Ajarkan perawatan payudara postpartum (memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin).

- e. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis (tindakan anastesi)

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatanx24 jam diharapkan bersihan jalan napas kembali efektif dengan kriteria hasil:

- 1) Batuk efektif meningkat (5)
- 2) Produksi sputum menurun (5)
- 3) Gelisah menurun (5)
- 4) Sianosis menurun (5)
- 5) Sulit bicara menurun (5)
- 6) Frekuensi napas membaik (5)
- 7) Pola napas membaik (5)

Intervensi

Observasi:

- 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, nyeri)
- 2) Monitor bunyi suara napas tambahan
- 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

Terapeutik:

- 1) Posisikan semi fowler
- 2) Berikan minum hangat

Edukasi:

- 1) Anjurkan asupan cairan
- 2) Ajarkan Teknik batuk efektif

Kolaborasi:

- 1) Pemberian bronkodilator

f. Resiko Perdarahan berhubungan dengan Komplikasi Pasca Partum

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam diharapkan perdarahan menurun atau tidak terjadi dengan kriteria hasil:

- 1) Membran mukosa lembab meningkat (5)
- 2) Kelembaban kulit meningkat (5)
- 3) Perdarahan vagina menurun (5)
- 4) Perdarahan pasca operasi menurun (5)
- 5) Distensi abdomen menurun (5)
- 6) Tekanan darah membaik (5)
- 7) Frekuensi nadi membaik (5)
- 8) Hemoglobin membaik (5)
- 9) Hematocrit membaik (5)

Intervensi

Observasi:

- 1) Monitor tanda dan gejala perdarahan
- 2) Monitor hematocrit dan hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah
- 3) Monitor tanda-tanda vital

- 4) Monitor koagulasi (prothrombin *time*, fibrinogen, degradasi fibrin dan/atau platelet)

Terapeutik:

- 1) Pertahankan *bedrest* selama perdarahan
- 2) Batasi tindakan invasif
- 3) Gunakan Kasur pencegah decubitus
- 4) Hindari pengukuran suhu rektal

Edukasi:

- 1) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- 2) Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi
- 3) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan
- 2) Kolaborasi pemberian produk darah
- 3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja

g. Resiko Infeksi berhubungan dengan Adanya Luka Insisi

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam diharapkan pasien dapat meningkatkan pertahanan tubuh dengan kriteria hasil :

- 1) Demam menurun (5)
- 2) Kemerahan menurun (5)
- 3) Nyeri menurun (5)
- 4) Bengkak menurun (5)
- 5) Kadar sel darah putih membaik (5)

Intervensi

Observasi:

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik

Terapeutik:

- 1) Batasi jumlah pengunjung
- 2) Berikan perawatan kulit pada area edema
- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

4) Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi

Edukasi:

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- 3) Ajarkan etika batuk
- 4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- 5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian imunisasi

h. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostik

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatanx24 jam diharapkan masalah eliminasi urin pasien membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Desakan berkemih menurun (5)
- 2) Distensi kandung kemih menurun (5)
- 3) Berkemih tidak tuntas menurun (5)
- 4) Volume residu urine menurun (5)
- 5) Urine menetes menurun (5)
- 6) Nokturia menurun (5)

Intervensi

Observasi:

- 1) Identifikasi tanda dan gejala retensi urine atau inkontenensia urine
- 2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontenensia urine
- 3) Monitor eliminasi urine

Terapeutik:

- 1) Catat waktu-waktu dan haluan berkemih
- 2) Batasi asupan cairan
- 3) Ambil sampel urine tengah atau kultur

Edukasi:

- 1) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih
- 2) Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine

- 3) Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih
- 4) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/perkemihan
- 5) Anjurkan minum yang cukup
- 6) Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian obat suppositoria uretra

6. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang telah direncanakan keperawatan, tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi, pelaksanaan keperawatan/implementasi harus sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya dan pelaksanaan ini disesuaikan dengan masalah yang terjadi (Mitayani, 2013)

7. Evaluasi Keperawatan

Menurut (Adinda, 2019) Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan. Penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP/SOAPIER dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

S (Subjectif): adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.

O (Objectif): adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.

A (Analisis): adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.

P (*Planning*): adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Ny. N (37 tahun), Pendidikan terakhir SMA, pekerjaan sehari-hari sebagai ibu rumah tangga, suku bangsa Minangkabau, beragama Islam, alamat tinggal di Bekasi. Nama suami Tn. M (42 tahun) pendidikan terakhir D3 Informatika, bekerja sebagai karyawan bank, suku bangsa Betawi, warga negara Indonesia, Status perkawinan yaitu menikah dengan lama pernikahan 12 tahun.

2. Resume

Ny. N (37 tahun) datang ke rumah sakit pada hari jumat tanggal 29 April 2021 pukul 21.30 WIB, dirawat di ruang E kamar 325.6. G2P1A0 usia kehamilan 37-38 minggu. Rencana tindakan SC atas indikasi Hipertensi/atau (PEB) dan DM. Tanggal tafsiran persalinan 15 Mei 2021. Pasien mengatakan melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan di RS selama kehamilan ini dengan dokter *obgyn* dan dokter penyakit dalam. Dilakukan pemeriksaan Tanda-tanda Vital (TTV) dengan hasil Tekanan darah 190/110 mmHg, Nadi 94x/menit, Suhu 36°C, Rr 18x/menit, Persiapan untuk tindakan SC dilakukan rangkaian pemeriksaan yaitu pemeriksaan Antigen SARS-Cov2 dengan hasil *negative*, pemeriksaan foto thorax dengan hasil corakan bronchovaskuler di hili dalam batas normal, kedua hili tidak melebar, cor bentuk dan ukuran dalam batas normal, aorta tidak melebar, mediastinum tidak melebar, sinus dan diafragma baik tidak tampak pleural effusion, pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri (TFU) dengan hasil 2 jari dibawah Proceccus Xipoideus (PX) puki prescap, pemeriksaan darah lengkap pada pukul 21.00 wib, pukul 21.30 dilakukan pemeriksaan EKG dengan hasil 95 Sinus Ritme (SR), pemeriksaan CTG dengan hasil *reactive*, pemeriksaan Denyut Jantung Janin (DJJ) dengan hasil 140x/menit teratur, pukul 23.00 dilakukan pemeriksaan urine dengan hasil protein +1 dengan catatan dalam sedimen urine morfologi eritrosit normal, pukul 23.30 diberikan terapi obat Adalat oros 30 mg dan dopamet 250 mg melalui oral,

pukul 05.00 wib pasien mulai puasa, pukul 08.00 dilakukan pencukuran di daerah yang akan dioperasi, anamneses dan pengkajian fisik. Pukul 08.25 dilakukan pemeriksaan tekanan darah dengan hasil 162/104 mmHg, pemeriksaan Gula Darah Sewaktu (GDS) dengan hasil 117 gr/dl, dilakukam skin test dengan hasil *negative*, diberikan terapi Bactesyn 1,5 gr profilaksis melalui drip, Penatalaksanaan untuk persiapan SC adalah pemasangan infus RL 500 cc di tangan kiri vena metacarpal dan *dauer catheter* (DC).

Tindakan *Sectio Caesarea* tanggal 30 April 2021 pukul 10.45 Wib atas indikasi PEB dan DM. Jenis tindakan Obg-SC-Ttp tanpa penyulit. Lama pembedahan ± 50 menit dengan anestesi Spinal, selesai pukul 11.50 WIB. Perdarahan ± 150 cc. Bayi lahir di bantu vacum berjenis kelamin perempuan menangis kuat, air ketuban jernih, dilakukan suction, bayi dibawa ke infant warmer, dikeringkan, dihangatkan, tali pusat bayi dikompres dengan betadine di klem dan dipotong, setelah itu dipotong dan dibungkus dengan kassa. Diberikan vitamin K dan bayi dibawa ke ibu untuk dilakukan dilakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD). Bayi lahir dengan berat badan (BB) 3700 gram, Panjang badan (PB) 49 cm, *Appearance Pulse Grimace Activity Respiratory* (APGAR) 9/10, dan bayi di bawa ke runag bayi. Lingkar Kepala (LK): 33, Lingkar Dada (LD): 35, Lingkar Pinggul (LP): 34. Pasien dipindahkan ke ruang nifas pukul 14.15 WIB. Pasien Bedrest 12 jam post operasi. *Glasgow Coma Scale* (GCS) E4V5M6, tingkat ketergantungan pasien partial care. Dilakukan observasi TTV, TD: 160/92 mmHg, N: 95x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,5°C, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus kuat, lokhea rubra keluar dari pervaginam, berwarna merah segar, bau khas (amis), post operasi hari pertama, jumlah darah 2 pembalut penuh ± 100 cc/24 jam, riwayat perdarahan ± 150 cc. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan adalah mengobservasi area balutan luka tidak ada tanda tanda rembesan, mengobservasi kontraksi ada dan konsistensi uterus keras, tidak ada edema, pasien tenang dan dapat beristirahat. Dilakukan pemeriksaan TTV dengan hasil tekanan darah 162/110 mmHg, nadi 95x/menit, suhu 36,4°, RR 18x/menit. Tindakan kolaborasi yang telah

dilakukan adalah pemberian infus RL tutofusin 500ml/24 jam. Dari data diatas evaluasi secara umum, masalah belum teratasi.

3. Riwayat Keperawatan

a. Keluhan Utama (saat ini)

Pengkajian post partum SC diruang rawat nifas 30 April 2021 pukul 14.30 WIB. pasien merasa lemas disebabkan karena pasca operasi, pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, nyeri bertambah ketika merubah posisi miring ke arah kanan dan kiri, karakteristik nyeri seperti teriris kadang terbakar pada luka operasi, skala nyeri 7-8 (*numeric scale*), nyeri hilang timbul tanpa beraktivitas dan semakin parah saat melaukan pergerakan atau aktivitas. Pasien tampak meringis kesakitan. Pasien mengatakan merasa pusing pada bagian kepala belakang dan tengkuk.

b. Riwayat Persalinan Sekarang

Tindakan Sectio Caesarea tanggal 30 April 2021 pukul 10.45 Wib atas indikasi PEB dan DM. Jenis tindakan Obg-SC-Ttp tanpa penyulit. Lama pembedahan ± 50 menit dengan Anestesi Spinal, selesai pukul 11.50 WIB. Perdarahan ± 150 cc. Bayi lahir di bantu vacum berjenis kelamin perempuan menangis kuat, air ketuban jernih. Bayi lahir dengan berat badan (BB) 3700 gram, Panjang badan (PB) 49 cm, *Appearance Pulse Grimace Activity Respiratory* (APGAR) 9/10, dan bayi di bawa ke runag bayi. Lingkar Kepala (LK): 33, Lingkar Dada (LD): 35, Lingkar Pinggul (LP): 34.

c. Riwayat Menstruasi

Pasien mengalami menstruasi pertama kali pada usia 13 tahun, siklus menstruasi teratur, lamanya 7-8 hari. Pasien mengatakan haid terakhir pada tanggal 08 Agustus 2020 dengan lama 7 hari. Tidak ada keluhan yang menyertai haid dan tidak memiliki gangguan menstruasi.

d. Riwayat Obstetri

G2P1A0, anak hidup 1 jenis kelamin laki-laki, usia 9 tahun (UK 37-38 minggu), berat bayi lahir adalah 2400 gram.

e. Riwayat Ginekologi & Penyakit/ Pembedahan Sebelumnya

Pasien memiliki riwayat persalinan SC pada persalinan yang pertama. Saat ini dilakukan persalinan SC di tempat yang sama.

f. Riwayat kesehatan/ penyakit keluarga

Pasien mengatakan ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit Hipertensi yaitu ayah dan ibu Diabetes Melitus (DM). Pasien memiliki riwayat hipertensi kronik atau PEB.

g. Riwayat Keluarga Berencana (KB)

Pasien mengatakan tidak menggunakan kontrasepsi hormonal sejak setelah menikah dan setelah kelahiran anak pertamanya. Pasien mengatakan hanya menggunakan kontrasepsi alamiah atau sistem kalender. Pasca persalinan kedua pasien dengan suami berencana tetap tidak menggunakan kontrasepsi.

h. Riwayat Imunisasi Tetanus Toxoid (TT)

Pasien mengatakan imunisasi TT 1 sampai dengan TT 4 (lengkap).

i. Riwayat Psikososial & spiritual

Pasien mengatakan perasaannya dan keluarga tentang persalinan adalah senang. Persepsi pasien terhadap penyulit kehamilan (PEB) yang dialami merasa cemas meskipun tidak secemas pada saat kehamilan yang pertama. Perasaan pasien tentang persalinan tetap merasa khawatir dengan adanya riwayat penyakit Hipertensi dan DM yang di deritanya. Pasien mengatakan tidak ada larangan atau Batasan terkait proses persalinannya. Pasien mengatakan selalu berdoa supaya persalinannya berjalan lancar. Pasien dan suami mengatakan sudah siap dan sanggup untuk merawat bayinya. skor skala *Edinburgh Postpartum Depression Scale* (EPDS) 4.

j. Riwayat kebiasaan sehari-hari sebelum di rawat

1) Pola Nutrisi dan Cairan

Pola makan teratur (3 kali sehari), nafsu makan baik. Pasien mengatakan mengurangi makanan yang asin dan manis karena riwayat penyakitnya. BB sebelum hamil 68 kg, selama hamil 80 kg,

TB 160 kg, tidak ada edema pada wajah dan bagian ekstremitas, pasien mengatakan minum sekitar 1000-1500 cc/hari.

2) Eliminasi

Pasien mengatakan tidak ada masalah dan hambatan eliminasi, BAB 1 kali sehari terkadang 2 kali sehari terakhir BAB pada tanggal 01 Mei 2021 subuh dengan konsistensi cair, dengan konsistensi lunak, warna coklat, pasien mengatakan tidak ada keluhan pada saat BAB, BAK 4-5 kali 200 cc per hari dengan warna kekuningan, bau khas.

3) Personal Hygiene

Pasien mengatakan rutin menjaga kebersihan diri dengan mandi 2 kali sehari yaitu pada waktu pagi dan sore, *oral hygiene* 2 kali per hari, dan keramas 2 hari sekali.

4) Istirahat dan tidur

Pasien mengatakan selama hamil ada kebiasaan istirahat/tidur yaitu hanya bisa tertidur nyenyak pada saat menjelang waktu subuh atau sekitar pukul 3 pagi, lamanya sekitar 4-5 jam. Sebelum pukul itu pasien mengatakan tidurnya tidak nyenyak. Pasien mengatakan semakin mendekati hari kelahirannya pasien semakin kepiran karena sudah pernah ada pengalaman untuk melakukan persalinan secara SC. Tidur siang tidak teratur, lamanya 1-2 jam.

5) Pola Kebiasaan yang Memengaruhi Kesehatan

Pasien mengatakan ada konsumsi obat hipertensi selama kehamilan yaitu Dopamet. Pasien mengatakan tidak ada kebiasaan buruk yang dapat merugikan dan memperburuk kondisi kesehatan seperti merokok dan minum alkohol.

6) Aktivitas dan Latihan

Pasien mengatakan sehari-hari aktivitasnya adalah sebagai ibu rumah tangga. Pasien mengatakan jarang berolahraga, biasanya hanya 1 kali sebulan.

7) Pola Seksualitas

Pasien mengatakan tidak mempunyai masalah seksualitas. Pasien mengatakan speakat dengan suami hanya menggunakan kontrasepsi alamiah atau sistem kalender.

8) Status Ekonomi

Pasien mengatakan penghasilan lebih dari Rp.6.000.000 dan pengeluaran tiap bulan kurang lebih Rp.4.000.000 untuk keperluan sehari-harinya.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaan Umum

- 1) Kesadaran umum sakit sedang
- 2) Kesadaran compos mentis (CM)
- 3) Sistem Penglihatan

Fungsi penglihatan baik, tidak menggunakan alat bantu atau kaca mata. Posisi mata simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva pucat, kornea normal, sklera anikterik.

4) Sistem Pernafasan

Pasien mengatakan tidak ada batuk dan sesak nafas. Jalan nafas pasien bersih, frekuensi nafas 20x/menit dengan urutan irama teratur dan intensitas dalam, dengan urutan irama teratur dan kedalaman dalam, bunyi nafas terdengar vesikuler/normal. Pasien tidak tampak batuk.

5) Sistem Kardiovaskuler

Nadi pasien 95x/menit dengan irama teratur dan denyut nadi kuat. Tekanan darah 162/110 mmHg, suhu 36,4°C, tidak ada edema, irama sirkulasi jantung teratur, pasien tidak mengeluh sakit dada. CRT pasien <3 detik. Pasien tampak terpasang infus di tangan sebelah kiri bagian vena metakarpal. Tidak tampak pembengkakan pada lokasi infus, tidak tampak kemerahan pada lokasi infus.

6) Sistem Pencernaan

Pasien mengatakan tidak ada mual, tidak ada muntah. Pasien mengatakan nafsu untuk makan baik. Makan habis satu porsi piring,

Pasien mengatakan tidak ada kesulitan menelan. Hasil pemeriksaan tidak ada stomatitis, lidah bersih, tidak memakai gigi palsu. Bising usus 12x/menit. Pasien mengatakan belum BAB, terakhir BAB pada tanggal 01 Mei 2021 subuh dengan konsistensi cair, warna cokelat, pasien mengatakan tidak ada keluhan pada saat BAB, lingkaran lengan atas 39 cm, Pasien mengatakan TB: 162 cm, BB sebelum hamil 68 kg IMT: 26 (obesitas tingkat I), setelah hamil 80 kg, IMT: 31,2 (obesitas tingkat 2). setelah melahirkan BB 83 kg, IMT 32,4 (obesitas tingkat II), tidak ada riwayat alergi, ada pantangan pada makanan yaitu asin dan manis.

7) Sistem Syaraf Pusat

Tingkat kesadaran compos mentis sakit sedang. (GCS) E4V5M6, tingkat ketergantungan pasien partial care, pasien mengatakan ada kesulitan dalam bergerak karena pasca operasi terasa nyeri dan mengatakan merasa pusing pada bagian kepala belakang dan tengkuk.

8) Sistem Perkemihan

Eliminasi BAK 1 kali/24 jam post up DC, volume 50 cc, warna kekuningan bercampur darah sisa persalinan, volume urine di urine bag 600 cc. Pasien mengatakan tidak ada masalah saat berkemih.

9) Sistem Endokrin

Hasil pemeriksaan laboratorium hasil pemeriksaan Protein/Albumin 1+ dan GDS 117 g/dl (tpemeriksaan tanggal 30 April 2021).

10) Sistem Integumen

Terdapat luka post SC, tertutup kassa, horizontal ± 15 cm, luka tampak kering tidak ada rembesan darah. Warna kulit pada wajah tampak pucat, turgor kulit tampak elastis, kebersihan kulit baik, akral teraba dingin.

11) Sistem Muskuloskeletal

Pasien mengatakan tidak ada rasa nyeri pada bagian ekstremitas bawah, tidak ada tanda *hooman sign*, tidak ada tanda tromboflebitis, tidak ada edema dan varises pada kaki, pasien mengatakan

mengalami hambatan aktivitas karena kondisi fisik lemah, pasien merasa lemas disebabkan karena pasca operasi. Pasien mengatakan sulit saat bergerak karena nyeri, nyeri bertambah saat bergerak miring kanan dan kiri. Tingkat ketergantungan partial care, mobilisasi dan personal hygiene dibantu oleh suami dan perawat. Tidak ada atropi atau spasme pada anggota gerak atau skstremitas. Postur pasien tampak gemuk, posisi pasien tampak terlentang terkadang meringis kesakitan.

12) Pemeriksaan Payudara dan Axila

Ibu tampak sudah siap untuk merawat bayi dan menyusui bayinya. Payudara simetris, tidak ada bengkak, tidak ada rasa panas, tidak ada benjolan atau massa, tidak ada tanda peradangan, puting susu *exverted*, kedua payudara ibu teraba keras, ibu tampak sudah menyusui, asi sudah keluar beberapa tetes pada payudara yang sebelah kanan. Tidak ada pembesaran kelenjar pada axila. Pasien mengatakan kurang pengetahuan tentang cara perawatan payudara dan pijat payudara untuk melancarkan produksi asi. Pasien mengatakan terakhir merawat bayi sekitar 9 tahun yang lalu dan pasien mengatakan lupa tentang cara perawatan payudara. Pasien mengatakan ingin mengetahui cara perawatan payudara yang benar. Pasien tampak ingin tahu. Pasien mengatakan tidak tahu tentang pijat oksitosin. Pasien dan suami mengatakan tidak mengetahui cara melakukan pijat oksitosin. Pasien megatakan baru mendengar ada pijat yang dapat melancarkan ASI. Pasien dan suami tampak bingung.

13) Pemeriksaan Abdomen

Terdapat luka post SC, tertutup kassa, horizontal ± 15 cm, palpasi TFU 2 jari dibawah pusat. Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, nyeri bertambah ketika merubah posisi miring kearah kanan dan kiri, karakteristik nyeri seperti teriris kadang terbakar pada luka operasi, skala nyeri 7-8 (*numeric scale*), nyeri hilang timbul tanpa beraktivitas dan semakin parah saat melaukan pergerakan atau

aktivitas. Pasien tampak meringis kesakitan. REEDA: *Redness*/kemerahan tidak ada, edema/bengkak tidak ada, *ecchymosis*/kebiruan tidak ada, *discharge*/nanah tidak ada, *Approximation*/penyatuan jaringan luka menyatu dengan baik.

14) Sistem Reproduksi

TFU dua jari di bawah pusat, kontraksi/*afterpain* kuat, pemeriksaan genitalia vulva lembab, lochea rubra keluar dari pervaginam, berwarna merah segar, bau khas (amis), post operasi hari pertama, jumlah darah 2 pembalut penuh $\pm 100\text{cc}/24$ jam, riwayat perdarahan saat operasi ± 150 cc. luka tampak kering tidak ada rembesan. Tingkat ketergantungan pasien partial care, kebutuhan personal hygiene sebagian di bantu oleh suami dan perawat. Pasien tampak menghabiskan minum 900cc/hari, membran mukosa mulut pasien lembab, tidak ada mual dan muntah. *Balance Cairan* dalam 24 jam: intake (1600 cc+900 cc) – output (1000 cc+300cc+518cc) = +628cc.

5. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Laboratorium tanggal 29 April 2021 pukul 20.46 WIB

hasil pemeriksaan Protein/Albumin 1+, GDS 117 g/dl (nilai rujukan 60-140mg/dl), Hb 9,8 g/dl (nilai rujukan: 12,5-16,0), laju endap darah (LED) 16 mm/jam (nilai rujukan 0-15mm/jam), leukosit 6,570/ul (nilai rujukan 4000-10.500/ul), hematokrit 30 vol% (nilai rujukan 0-15 mm/jam), trombosit 348.000/ul (nilai rujukan 150.000-450.000), eritrosit 4,20 juta/ul (nilai rujukan 4.20-4.50juta/ul), basofil 1% (nilai rujukan 0-1%), eosinofill 2 (nilai rujukan 2-4%), batang 3 (nilai rujukan 3-5%), segmen 54% (nilai rujukan 50-70%), loimfosit 32% (nilai rujukan 25-40%), monosit 7% (nilai rujukan 2-8%), MCV 73 fl (nilai rujukan 78-100fl), MCH 24pg (nilai rujukan 27-31pg) , MCHC 33% (nilai rujukan 32-36%), masa pendarahan 3,00 menit (nilai rujukan 1.00-6,00), masa pembekuan 12,00 (nilai rujukan 9,00-15,00 menit), masa prothrombin 10,2 detik (nilai rujukan 9,4-11,3

detik), *International Normalized Ratio* (INR) 1,0, *control* 11,6, *Tes Activated Partial Thromboplastin Time* (APTT) hasil 23,4 (nilai rujukan 23,4-31,5detik), *control* 25,0 (nilai rujukan 20-28,2detik), golongan darah A, rhesus positive, *Netrophil Lymphocyte Ratio* (NLR) 1,83, SGOT 13u/l (nilai rujukan 0-32u/l), SGPT 7u/l (nilai rujukan 0-33u/l), ureum 16,6mg/dl (nilai rujukan 16,6-48,5mg/dl), creatinin 0,55mg/dl (nilai rujukan 0,51-0,95mg/dl), natrium 139 mmol/l (nilai rujukan 139-145mmol/l), kalium 3,41mmol/l (nilai rujukan 3,50-5,00), chloride 107 mmol/l (nilai rujukan 98-100 mmol/l), urinalisa: warna kuning keruh, BJ 1.020 (nilai rujukan 1,005-1,030), pH 6,0 (nilai rujukan 4,5-8,5), keton *negative*, glukosa *negative*, bilirubin *negative*, darah samar *negative*, nitrit *negative*, urobilinogen 0,2 EU/dl (nilai rujukan 0,1-1,0 EU/l), sedimen urine: leukosit 3-5/LPB (nilai rujukan 0-5LPB), eritrosit 1-2 (0-1/LPB), silinder *negative*, epitel 1+ (nilai rujukan +1), bakteri *negative*, kristal *negative*, lain-lain *negative*, HBsAg *nonreactive*, CRP kuantitatif 2,4mg/l (nilai rujukan <6mg/l).

Pemeriksaan Laboratorium tanggal 30 April 2021 pukul 15.33 WIB, hasil pemeriksaan hemoglobin 8,4 g/dl, GDS 153 mg/dl.

Pemeriksaan Laboratorium tanggal 01 Mei 2021 pukul 00.51 WIB, hasil pemeriksaan GDS 218 mg/dl.

Pemeriksaan Laboratorium tanggal 01 Mei 2021 pukul 10.34 WIB, hasil pemeriksaan GDS 210 mg/dl.

Pemeriksaan Laboratorium tanggal 01 Mei 2021 pukul 16.03 WIB, hasil pemeriksaan GDS 110 mg/dl.

Pemeriksaan Laboratorium tanggal 02 Mei 2021 pukul 06.00 WIB, hasil pemeriksaan GDS 166 mg/dl.

Pemeriksaan Laboratorium tanggal 02 Mei 2021 pukul 11.00 WIB, hasil pemeriksaan GDS 185 mg/dl.

Pemeriksaan Laboratorium tanggal 02 Mei 2021 pukul 16.00 WIB, hasil pemeriksaan GDS 128 mg/dl.

6. Penatalaksanaan

Pasien mendapat terapi infus RL Tutofusin 500 cc/24 jam, pemeriksaan GDS 3x/24 jam sebelum makan, obat-obatan oral: Metvell 3x1 (untuk

mencegah pendarahan postpartum), Asam Mefenamat 3x1 (meredakan nyeri), Dupamet 250 mg 3x1 (hipertensi), Adalat Oros 30 mg 2x1 (hipertensi), KSR 600 mg 2x1 (kalium), Ferospat 2x1 (vitamin untuk memenuhi zat besi), Laktafit 3x1 (penunjang produksi ASI), Metoprolol 50 mg ½ tab (hipertensi), obat-obatan injeksi: Novorapid 3x 14 unit ac, levemer 1x18 unit ac, obat-obatan Rectal: Kaltrofen Supp 2x1 (nyeri), obat-obatan sublingual: Nipedipine 60 mg (hipertensi) k/p jika TD >160 mmHg.

7. Data Fokus

Keadaan umum sakit sedang, kesadaran kompos mentis, hasil pemeriksaan TTV: TD: 162/110 mmHg, nadi 95x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,4°C.

a. Kebutuhan Fisiologis: Oksigen

Data subjektif: pasien mengatakan tidak batuk dan tidak ada sesak nafas.

Data Objektif: Jalan nafas pasien bersih, frekuensi nafas 20x/menit dengan urutan irama teratur dan intensitas dalam, dengan urutan irama teratur dan kedalaman dalam, bunyi nafas terdengar vesikuler/normal. Pasien tidak tampak batuk.

b. Kebutuhan Fisiologis: Cairan

Data subjektif: Pasien mengatakan lemas pasca SC, pasien mengatakan merasa pusing pada bagian kepala belakang dan tengkuk, pasien mengatakan ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit Hipertensi yaitu ayah dan ibu Diabetes Melitus (DM), pasien mengatakan ada riwayat persalinan SC dengan indikasi PEB 9 tahun yang lalu.

Data Objektif: Pasien tampak menghabiskan minum 900cc/hari, membran mukosa mulut pasien lembab, tidak ada mual dan muntah. Balance Cairan dalam 24 jam: intake (1600 cc+900 cc) – output (1000 cc+300cc+518cc) = +628cc. Pemeriksaan GDS pre operasi dengan hasil 117 gr/dl (tanggal 29 April 2021), hasil pemeriksaan pre operasi Protein/Albumin 1+, TB: 162 cm, BB sebelum hamil 68 kg IMT: 26

(obesitas tingkat I), Setelah hamil BB: 80 kg, IMT: 31,2 (obesitas tingkat 2), BB setelah melahirkan 83 kg, IMT 32,4 (obesitas tingkat II), Diet DM 1900 kalori.

c. Kebutuhan Fisiologi: Nutrisi

Data subjektif: Pasien mengatakan tidak ada mual, tidak ada muntah. Pasien mengatakan nafsu untuk makan baik. Makan habis satu porsi piring, Pasien mengatakan tidak ada kesulitan menelan. Tidak ada riwayat alergi, ada pantangan pada makanan yaitu asin dan manis.

Data Objektif: Hasil pemeriksaan tidak ada stomatitis, lidah bersih, tidak memakai gigi palsu. Bising usus 12x/menit, lingkaran atas pasien 39 cm, TB: 162 cm, BB sebelum hamil 68 kg IMT: 26 (obesitas tingkat I), setelah hamil 80 kg, IMT: 31,2 (obesitas tingkat 2). setelah melahirkan BB 83 kg, IMT 32,4 (obesitas tingkat II).

d. Kebutuhan Fisiologi: Eliminasi

Data Subjektif: Pasien mengatakan terakhir BAB pada tanggal 01 Mei 2021 subuh dengan konsistensi cair, warna coklat, pasien mengatakan tidak ada keluhan pada saat BAB, pasien mengatakan setelah lepas DC sudah BAK 1x dan pasien mengatakan tidak ada masalah dalam BAK.

Data Objektif: Bising usus 12x/menit, 1 kali/24 jam post up DC volume 50 cc, volume urine di urine bag 600 cc. Warna kekuningan bercampur darah sisa persalinan.

e. Kebutuhan Fisiologis: Aktivitas

Data Subjektif: Pasien mengatakan merasa lemas disebabkan karena pasca operasi. Pasien mengatakan sulit saat bergerak karena nyeri, nyeri bertambah saat bergerak miring kanan dan kiri. pasien mengatakan mengalami hambatan aktivitas karena kondisi fisik lemah, Pasien mengeluh lemas pasca SC, pasien mengeluh sulit menggerakkan badan dan ekstremitas, pasien merasa takut saat mencoba bergerak.

Data Objektif: Tingkat ketergantungan pasien partial care, mobilisasi dan personal hygiene dibantu oleh suami dan perawat. Pasien tampak enggan bergerak, pasien tampak meringis kesakitan, gerakan tidak

terkoordinasi, fisik tampak lemah, tingkat ketergantungan pasien: Partial care, rentang gerak (ROM) terbatas, pasien Bedrest 12 jam post operasi, kebutuhan aktivitas dan personal hygiene sebagian dibantu oleh suami, terpasang DC.

f. Kebutuhan Rasa Aman: Infeksi

Data Subjektif: Pasien mengatakan ada darah yang keluar dari kemaluannya, pasien mengatakan operasi hari pertama sudah mengganti sebanyak 2 pembalut penuh ($\pm 100\text{cc}/24$ jam), pasien mengatakan tidak ada rasa nyeri pada bagian extremitas bawah.

Data Objektif: Post operasi hari pertama, jumlah darah 2 pembalut penuh $\pm 100\text{cc}/24$ jam, riwayat perdarahan saat operasi ± 150 cc lokhea rubra, berwarna merah segar, bau khas (amis). Luka tampak kering tidak ada rembesan. Terdapat luka post SC, tertutup kassa, horizontal ± 15 cm, palpasi TFU 2 jari dibawah pusat, REEDA, *Redness*/kemerahan tidak ada, *edema*/bengkak tidak ada, *ecchymosis*/kebiruan tidak ada, *discharge*/nanah tidak ada, *Approximation*/penyatuan jaringan luka menyatu dengan baik. Tidak ada tanda tromboflebitis, Tidak ada tanda homan sign, tidak ada edema dan varises pada kaki.

g. Kebutuhan Rasa Nyaman: Nyeri

Data Subjektif: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, pasien mengatakan nyeri bertambah ketika merubah posisi miring ke arah kanan dan kiri,

Data Objektif: Luka insisi SC ± 15 cm, kontraksi uterus kuat dan keras, TFU 2 jari dibawah pusat, uterus teraba keras, pasien tampak meringis kesakitan, skala nyeri 7-8 (numeric scale), kuantitas: nyeri hilang timbul tanpa beraktivitas dan semakin parah saat melakukan pergerakan atau aktivitas, time: menetap, karakteristik: nyeri seperti teriris kadang terbakar pada luka operasi, I, TD: 162/110 mmHg, N: 95x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu $36,4^{\circ}\text{C}$.

h. Kebutuhan akan memiliki & kasih sayang

Data Subjektif: Pasien mengatakan perasaannya dan keluarga tentang persalinan adalah senang. Pasien mengatakan selalu berdoa supaya

persalinannya berjalan lancar. Pasien dan suami mengatakan sudah siap dan sanggup untuk merawat bayinya.

Data Objektif: skor skala Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) 4, menunjukkan bahwa resiko tidak depresi.

i. **Kebutuhan Aktualisasi diri**

Data Subjektif: Pasien mengatakan terakhir merawat bayi sekitar 9 tahun yang lalu dan pasien mengatakan lupa tentang cara perawatan payudara, pasien megatakan baru mendengar ada pijat yang dapat melancarkan ASI, pasien mengatakan ingin mengetahui cara perawatan payudara dan pijat oksitosin yang benar.

Data Objektif: Pasien tampak ingin tahu, kedua payudara ibu teraba keras, bayi tampak sudah disusui, sudah ada pengeluaran ASI, menetes pada payudara sebelah kanan, pasien dan suami tampak bingung.

8. Analisa Data

Table 1. Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>Data Subjektif:</p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi</p> <p>b. Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika merubah posisi miring ke arah kanan dan kiri</p> <p>Data Objektif</p> <p>a. Luka insisi SC \pm15 cm</p> <p>b. Kontraksi uterus kuat dan keras</p> <p>c. Pasien tampak meringis kesakitan</p> <p>d. skala nyeri 7-8 (<i>numeric scale</i>)</p> <p>e. Kuantitas: nyeri hilang timbul tanpa beraktivitas dan semakin parah saat melaukan pergerakan atau aktivitas</p> <p>f. <i>Time</i>: menetap</p> <p>g. Karakteristik: nyeri seperti teriris kadang</p>	<p>Ketidaknyamanan Pasca Partum</p>	<p>Trauma Perineum selama persalinan (luka insisi SC) dan kontraksi uterus</p>

	<p>terbakar pada luka operasi</p> <p>h. TD: 162/110 mmHg, N: 95x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,4°C</p>		
2	<p>Data Subjektif:</p> <p>a. Pasien mengeluh lemas pasca SC</p> <p>b. Pasien mengeluh sulit menggerakkan badan dan ekstremitas</p> <p>c. Pasien merasa takut saat mencoba bergerak.</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Pasien tampak enggan bergerak</p> <p>b. Pasien tampak meringis kesakitan</p> <p>c. Gerakan tidak terkoordinasi</p> <p>d. Fisik tampak lemah</p> <p>e. Tingkat ketergantungan pasien: Partial care</p> <p>f. Rentang gerak (ROM) terbatas</p> <p>g. Pasien Bedrest 12 jam post operasi</p> <p>h. Kebutuhan aktivitas dan <i>personal hygiene</i> sebagian dibantu oleh suami</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>	<p>Nyeri (pasca SC)</p>

	<p>i. Terpasang DC dan BAB pasca partum terakhir pada tanggal 01 Mei 2021 dengan konsistensi cair berwarna coklat</p>		
3.	<p>Data Subjektif:</p> <p>a. Pasien mengatakan terakhir merawat bayi sekitar 9 tahun yang lalu dan pasien mengatakan lupa tentang cara perawatan payudara.</p> <p>b. Pasien megatakan baru mendengar ada pijat yang dapat melancarkan ASI</p> <p>c. Pasien mengatakan ingin mengetahui cara perawatan payudara dan pijat oksitosin yang benar.</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Pasien tampak ingin tahu</p> <p>b. Kedua payudara ibu teraba keras.</p> <p>c. Bayi tampak sudah disusui</p> <p>d. Sudah ada pengeluaran ASI, menetes pada payudara sebelah kanan</p>	Menyusui Tidak Efektif	Kurang terpapar informasi tentang metode menyusui (Breast Care dan Pijat Oksitosin)

	e. Pasien dan suami tampak bingung.		
4.	<p>Data Subjektif:</p> <p>a. Pasien mengatakan lemas pasca SC</p> <p>b. Pasien mengatakan merasa pusing pada bagian kepala belakang dan tengkuk</p> <p>c. Pasien mengatakan ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit Hipertensi yaitu ayah dan ibu Diabetes Melitus (DM).</p> <p>d. Pasien mengatakan ada riwayat persalinan SC dengan indikasi PEB 9 tahun yang lalu</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Pemeriksaan GDS pre operasi dengan hasil 117 gr/dl (tanggal 29 April 2021)</p> <p>b. Hasil pemeriksaan pre operasi Protein/Albumin 1+</p> <p>c. TB: 162 cm</p> <p>d. BB sebelum hamil 68 kg IMT: 26 (obesitas tingkat I)</p>	Risiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	Kehamilan dan Pertambahan BB

	<p>e. Setelah hamil BB: 80 kg, IMT: 31,2 (obesitas tingkat 2)</p> <p>f. BB setelah melahirkan 83 kg, IMT 32,4 (obesitas tingkat II)</p> <p>h. Diet DM 1900 kalori</p>		
--	---	--	--

B. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidaknyamanan Pasca Partum berhubungan dengan Trauma Perineum selama persalinan (luka insisi SC) dan kontraksi uterus
Tanggal ditemukan : 30 April 2021
Tanggal teratasi : 02 Mei 2021
2. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri (pasca SC)
Tanggal ditemukan : 30 April 2021
Tanggal teratasi : 02 Mei 2021
3. Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan Kurang terpapar informasi tentang metode menyusui (Breast Care dan Pijat Oksitosin)
Tanggal ditemukan : 30 April 2021
Tanggal teratasi : 02 Mei 2021
4. Risiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Kehamilan dan Pertambahan BB
Tanggal ditemukan : 30 April 2021
Tanggal teratasi : 02 Mei 2021

C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan

1. Diagnosa pertama: Ketidaknyamanan Pasca Partum berhubungan dengan Trauma Perineum selama persalinan (luka insisi SC) dan kontraksi uterus.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun sampai dengan hilang.

Kriteria Hasil:

- a. Keluhan nyeri menurun sampai dengan hilang,
- b. Skala nyeri 0-3
- c. Pasien tampak tenang (tidak meringis)
- d. TTV dalam batas normal (tekanan darah 110/70-120/80 mmHg), Nadi 60-100x/menit, Suhu (36,5-37,5°C)

Rencana Tindakan Keperawatan:

Observasi:

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b. Identifikasi skala nyeri
- c. Identifikasi respon nyeri non verbal
- d. Observasi TTV: TD, N pasien/shift

Trapeutik

- a. Ajarkan teknik non farmakologis: teknik relaksasi nafas dalam/shift
- b. Fasilitasi istirahat dan tidur

Edukasi

- a. Jelaskan cara strategi meredakan nyeri

Kolaborasi

- a. Berikan obat Kaltrofen Supp 2x1 via rectal sesuai program medis
- b. Berikan obat Asam Mefenamat 3x1 melalui oral sesuai program medis

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 30 April 2021

Pukul 14.30 WIB memantau tanda-tanda vital pasien dengan hasil tekanan darah 160/92 mmHg, nadi 94x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 35,6°C.

Pukul 15.15 WIB mengajarkan pasien teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien akan mengikuti ajaran perawat untuk melakukan relaksasi nafas dalam.

Pukul 15.25 WIB mengidentifikasi respon non verbal pasien dengan hasil pasien tampak meringis

Pukul 15.30 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada bagian perut bawah atau pada luka operasi, pasien mengatakan nyeri seperti teriris, pasien mengatakan nyeri hilang timbul,, pasien tampak meringis kesakitan, pasien mengatakan nyeri timbul saat pasien melakukan sedikit pergerakan dan pada saat miring kanan dan kiri.

Pukul 15.30 WIB mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil pasien mengatakan skala nyeri 7.

Pukul 15.32 WIB mengajarkan teknik non farmakologis: teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien mampu melakukan dan pasien tampak masih merasa nyeri.

Pukul 15.40 WIB menjelaskan cara strategi meredakan nyeri dengan hasil pasien mengerti

Pukul 15.45 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur dengan hasil pasien mengatakan mau melakukan istirahat/tidur yang cukup .

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 19.00 WIB memberikan obat Kaltrofen Supp via rectal sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan pada pasien.

Pukul 19.00 WIB memberikan obat Asam Mefenamat melalui oral sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan pada pasien.

Pukul 20.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 162/90 mmHg, nadi 92x/menit, suhu 36°C.

Pukul 22.00 WIB mengkaji nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada luka operasi perut bagian bawah, pasien mengatakan nyeri seperti

teriris, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 7, pasien tampak meringis kesakitan.

Pukul 23.00 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur dengan hasil pasien sedang tidur.

Evaluasi Keperawatan Tanggal 30 April 2021 pukul 17.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi perut bagian bawah, pasien mengatakan nyeri seperti teriris, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 7, pasien masih tampak meringis kesakitan.

Objektif: Hasil tekanan darah 162/90 mmHg, Nadi 92x/menit, suhu 36°C, pasien tampak meringis kesakitan

Analisa: Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan 01 Mei 2021

Pukul 02.00 WIB meningkatkan tidur/istirahat yang cukup dengan hasil pasien sedang tidur.

Pukul 05.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 165/105 mmHg, nadi 92x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36°C.

Pukul 07.00 WIB memberikan terapi Kaltrofen Supp via rectal dengan hasil obat berhasil diberikan pada pasien.

Pukul 07.00 WIB memberikan obat Asam Mefenamat melalui oral sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan pada pasien

Pukul 08.30 WIB mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 165/104 mmHg, nadi 95x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36°C.

Pukul 08.45 WIB mengajarkan pasien Teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien akan mengikuti ajaran perawat untuk relaksasi nafas dalam.

Pukul 10.10 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada bagian perut bawah atau pada luka operasi, pasien mengatakan nyeri seperti teriris, pasien mengatakan nyeri hilang timbul,, pasien mengatakan nyeri

timbul saat pasien melakukan sedikit pergerakan dan pada saat miring kanan dan kiri.

Pukul 10.15 WIB mengkaji skala nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri skala nyeri 6

Pukul 10.20 WIB mengidentifikasi respon non verbal pasien dengan hasil pasien tampak meringis pasien tampak meringis,

Pukul 11.00 WIB menjelaskan cara strategi meredakan nyeri dengan hasil pasien mengerti.

Pukul 11.30 WIB mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 163/104 mmHg, nadi 90x/menit, suhu 36°C.

Pukul 13.00 WIB memberikan terapi Asam Mefenamat melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan pada pasien.

Pukul 13.00 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur dengan hasil pasien akan tidur.

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 15.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil 162/104 mmHg, nadi 88x/menit, pernafasan 19x/menit, suhu 36°C.

Pukul 17.00 WIB mengkaji skala nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri sudah berkurang menjadi skala 4

Pukul 17.05 WIB mengkaji mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada bagian perut bawah atau pada luka operasi sudah berkurang, pasien mengatakan rasanya seperti kesemutan agak perih, pasien mengatakan nyeri hilang timbul,, pasien mengatakan nyeri timbul saat pasien melakukan sedikit pergerakan dan pada saat miring kanan dan kiri.

Pukul 17.10 WIB mengidentifikasi respon non verbal pasien dengan hasil pasien sudah tampak tidak meringis.

Pukul 19.00 WIB memberikan terapi Kaltrofen Supp via rectal dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 19.00 WIB memberikan obat Asam Mefenamat melalui oral sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan pada pasien

Pukul 21.00 WIB memantau tanda-tanda vital dengan hasil 160/102 mmHg, nadi 85x/menit, suhu 36,4°C.

Evaluasi Keperawatan Tanggal 01 Mei 2021 pukul 17.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah atau pada luka operasi sudah berkurang menjadi skala 4, pasien mengatakan rasanya seperti kesemutan agak perih.

Objektif: keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, tekanan darah 160/102 mmHg, nadi 85x/menit, suhu 36,4°C, pasien tampak lebih tenang, sudah tidak meringis

Analisa: Masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai

Palnning: Lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 02 Mei 2021

Pukul 05.00 WIB mengobservasi TTV pasien dengan hasil tekanan darah 160/100 mmHg, nadi 85x/menit, suhu 36,5 °C.

Pukul 07.00 WIB memberikan terapi Kaltrofen Supp via rectal dengan hasil obat berhasil diberikan pada pasien.

Pukul 07.00 WIB memberikan obat Asam Mefenamat melalui oral sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan pada pasien

Pukul 08.30 WIB mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 165/105 mmHg, nadi 95x/menit, suhu 36°C.

Pukul 10.10 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri pasien dengan hasil nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah atau pada luka operasi sudah berkurang, nyeri terasa biasa saja sesekali seperti terjepit saat sedang bergerak, nyeri hilang timbul,

Pukul 10.12 WIB mengkaji skala nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 3.

Pukul 10.15 WIB mengidentifikasi respon non verbal pasien dengan hasil pasien sudah tampak tidak meringis pasien sudah tampak tidak meringis

Pukul 11.00 WIB mengajarkan pasien teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien akan mengikuti ajaran perawat untuk relaksasi nafas dalam.

Pukul 11.05 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur dengan hasil pasien berencana akan tidur.

Pukul 13.00 WIB memberikan terapi Asam Mefenamat melalui oral sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan pada pasien.

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore)

Pukul 15.00 WIB memantau tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 140/91 mmHg, nadi 88x/menit, pernafasan 19x/menit, suhu 36,5°C.

Pukul 17.00 WIB mengkaji skala nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada bagian perut atau pada luka operasi sudah berkurang menjadi skala 2.

Evaluasi keperawatan Tanggal 02 Mei 2021 pukul 17.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan nyeri pada bagian perut atau pada luka operasi sudah berkurang menjadi skala 2 pasien sudah tampak tidak meringis.

Objektif: tekanan darah 140/91 mmHg, nadi 88x/menit, pernafasan 19x/menit, suhu 36°C, keadaan umum pasien dengan pasien tampak sakit sedang, keadaan compos mentis.

Analisa: Masalah teratasi tujuan tercapai

Planning: Hentikan semua intervensi.

2. Diagnosa kedua: Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri (pasca SC)

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik pasien meningkat

Kriteria Hasil:

- a. Pergerakan ekstremitas meningkat
- b. Kekuatan otot meningkat
- c. Nyeri menurun
- d. Kecemasan atau rasa takut menurun
- e. Kelemahan fisik menurun
- f. Pasien mampu melakukan mobilisasi secara mandiri

Rencana Tindakan:**Observasi:**

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- c. Monitor tekanan darah dan nadi sebelum mulai mobilisasi
- d. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Trapeutik:

- a. Libatkan suami untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi:

- a. Anjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi secara bertahap:
 - 1) Post operasi hari ke-1: miring kanan kiri pada tempat tidur
 - 2) Post operasi hari ke-2: pindah tempat dari tempat tidur ke kursi dan berjalan ke kamar mandi
- b. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 30 April 2021

Pukul 15.00 WIB memonitor tekanan darah dan nadi dengan hasil tekanan darah 160/92 mmHg dan nadi 94x/menit.

Pukul 15.40 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan hasil pasien mengeluh takut untuk bergerak karena nyeri pasca operasi.

Evaluasi Keperawatan Tanggal 30 April 2021 Pukul 17.00 WIB**Subjektif:**

Objektif: pasien mengeluh takut untuk bergerak karena nyeri pasca operasi

Analisa: Masalah belum teratasi tujuan belum tercapai

Planning: lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 01 Mei 2021

Pukul 08.05 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan hasil pasien mengatakan masih merasakan rasa nyeri

Pukul 08.10 WIB mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 165/104 mmHg, nadi 95x/menit

Pukul 08.20 menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dengan hasil pasien mengerti dan menyetujui akan melakukan mobilisasi.

08.22 WIB melibatkan suami untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dengan hasil karena pasien masih merasa takut untuk bergerak maka ia setuju akan dibantu oleh suaminya.

08.25 WIB menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi secara bertahap (miring kanan dan kiri di tempat tidur) dengan hasil pasien mampu melakukan mobilisasi miring kanan dan kiri dengan dibantu oleh suami.

08.30 WIB mengidentifikasi toleransi fisik dalam pergerakan dengan hasil pasien mampu untuk mobilisasi di tempat tidur namun masih tampak takut

08.32 WIB memonitor keadaan umum saat melakukan pergerakan dengan hasil pasien masih tampak takut dan meringis menahan nyeri

Pukul 13.00 WIB mengidentifikasi toleransi fisik dalam pergerakan dengan hasil pasien sudah tampak bisa melakukan mobilisasi miring kanan dan kiri secara mandiri.

Pukul 13.02 WIB memonitor keadaan umum saat melakukan pergerakan dengan hasil pasien masih tampak takut namun sudah lebih agak berani dibandingkan sebelumnya.

Pukul 14.00 WIB membantu pasien ke kamar mandi dengan hasil pasien mengatakan kepalanya pusing dan pasien tampak lemas

Pelaksanaan Keperawatan (Shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 15.00 WIB mengidentifikasi toleransi fisik dalam pergerakan dengan hasil pasien dengan hasil pasien tampak sudah bisa duduk di tempat tidur

Pukul 17.00 WIB mengidentifikasi keadaan umum pasien dengan hasil pasien tampak sudah mulai mampu melakukan mobilisasi di tempat tidur dan sesekali tampak takut saat melakukan mobilisasi

Evaluasi Keperawatan Tanggal 01 Mei 2021 Pukul 17.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan masih sulit dan takut untuk melakukan pergerakan karena nyeri, namun lama kelamaan dirinya merasa harus memberanikan diri dan mencoba secara perlahan

Objektif: tekanan darah 162/104 mmHg, nadi 88x/menit, pernafasan 19x/menit, suhu 36°C, pasien sudah dapat melakukan pergerakan untuk miring kanan dan kiri, pasien tampak meringis nyeri saat duduk di tempat tidur dan ke kamar mandi, namun pasien tampak berusaha secara perlahan. Pasien tampak sudah mulai mampu dan sesekali tampak takut saat melakukan mobilisasi

Analisa: Masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai

Planning: lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 02 Mei 2021

Pukul 08.00 WIB mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan dengan hasil pasien sudah mampu mobilisasi berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi.

Pukul 08.05 WIB mengidentifikasi keadaan umum pasien dengan hasil pasien tampak sudah mulai mampu melakukan mobilisasi

Pukul 08.30 WIB mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 165/105 mmHg dan nadi 95x/menit.

Pukul 12.00 WIB mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan dengan hasil pasien tampak sudah mampu melakukan mobilisasi dari tempat tidur ke kamar mandi untuk BAK.

Pukul 12.05 WIB mengidentifikasi keadaan umum pasien dengan hasil pasien tampak sudah mulai mampu melakukan mobilisasi dan tampak lebih percaya diri

Evaluasi Keperawatan Tanggal 02 Mei 2021 Pukul 17.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan sudah dapat melakukan pergerakan untuk miring kanan dan kiri secara mandiri, pasien mengatakan dirinya sudah mampu duduk di pinggir tempat tidur dan ke kamar mandi secara mandiri, pasien mengatakan sudah mampu pindah dari tempat tidur ke kursi untuk makan secara mandiri, pasien mau mengikuti berjalan di lorong, pasien mengatakan sudah tidak takut untuk melakukan pergerakan dan nyerinya sudah berkurang.

Objektif: memantau tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 140/91 mmHg, nadi 88x/menit, pernafasan 19x/menit, suhu 36,5°C,

Analisa: Masalah teratasi tujuan tercapai

Planning: Hentikan semua intervensi

3. Diagnosa ketiga: Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan Kurang terpapar informasi tentang metode menyusui (Breast Care dan Pijat Oksitosin)

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan pasien dan suami terpapar atau mendapatkan informasi tentang perawatan payudara dan pijat oksitosin

Kriteria Hasil:

- a. Kemampuan ibu melakukan perawatan payudara meningkat

- b. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat
- c. Tetesan atau pancaran ASI meningkat
- d. Kepercayaan diri ibu meningkat

Rencana Tindakan:

Observasi:

- a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan pasien menerima informasi
- b. Sediakan materi dan media Pendidikan kesehatan

Terapeutik:

- a. Sediakan materi dan media Pendidikan kesehatan
- b. Jadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- c. Berikan kesempatan untuk bertanya
- d. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui

Edukasi:

- a. Ajarkan pasien cara merawat payudara
- b. Ajarkan suami atau keluarga cara melakukan pijat oksitosin

Kolaborasi:

- a. Berikan obat Laktafit 3x1 tablet melalui oral sesuai program medis

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 30 April 2021

Pukul 07.00 memberikan obat laktafit melalui oral sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan

Pukul 13.00 memberikan obat laktafit melalui oral sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan

Pelaksanaan Keperawatan (Shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 19.00 memberikan obat laktafit melalui oral sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 01 Mei 2021

Pukul 07.00 WIB memberikan obat laktafit melalui oral sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 09.30 WIB Mengkaji kesiapan dan kemampuan pasien untuk

menerima informasi materi pertama dengan hasil pasien mengatakan sudah siap

Pukul 08.00 WIB Menyiapkan media penyuluhan, alat seperti handuk, waslap, baby oil, dan kapas.

Pukul 09.30-09.35 WIB melakukan pembukaan (perkenalan, kontrak waktu, topik) dengan hasil pasien memperhatikan

Pukul 09.35- 09.50 WIB Menjelaskan dan mengajarkan pasien cara merawat payudara dengan hasil pasien mengatakan mengerti dan akan melakukannya. Pasien mengatakan payudaranya terasa lebih enteng. Pasien tampak mampu meredemonstrasikan cara merawat payudara.

Pukul 09.50-10.00 WIB melakukan evaluasi dan memberikan kesempatan untuk bertanya dengan hasil pasien mampu menyebutkan pengertian dari perawatan payudara, mampu menyebutkan 5 tujuan dilakukan perawatan payudara, dapat menyebutkan 6 alat yang dibutuhkan dalam perawatan payudara, dan pasien mampu meredemonstrasikan cara perawatan payudara.

Pukul 11.30 WIB mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui dengan hasil ibu tampak semangat dan antusias

Pukul 13.00 memberikan obat laktafit melalui oral sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pelaksanaan Keperawatan (Shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 19.00 memberikan obat laktafit melalui oral sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan

Evaluasi Keperawatan Tanggal 01 Mei 2021 Pukul 14.00

Subjektif: Pasien mengatakan mengerti dan mau melakukan kembali perawatan payudara, setelah dilakukan perawatan payudara pasien mengatakan payudaranya terasa lebih enteng.

Objektif: Pasien tampak mampu meredemonstrasikan cara merawat payudara.

Analisa: Masalah teratasi tujuan tercapai

Palnning: Hentikan semua intervensi

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 02 Mei 2021

Pukul 07.00 WIB memberikan obat laktatif melalui oral sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan

Pukul 08.10 WIB Mengkaji kesiapan pasien dan suami dalam menerima informasi materi kedua dengan hasil pasien dan suami sudah siap

Pukul 09.30 WIB Menyediakan media Pendidikan kesehatan berupa laptop dan booklet

Pukul 09.35-09.50 WIB Menjelaskan dan mengajarkan suami pasien cara melakukan pijat oksitosin dengan hasil suami pasien mengatakan mengerti dan mau melakukannya. Pasien mengatakan perasaannya saat dipijat enak, setelah dipijat ibu mengatakan merasa lebih relax. Suami pasien tampak mampu me redemonstrasi cara melakukan pijat oksitosin

Pukul 09.50-10.00 WIB melakukan evaluasi dan memberikan kesempatan untuk bertanya dengan hasil pasien Tn. M mampu menyebutkan pengertian pijat oksitosin, Ny. N mampu menjelaskan bagaimana ASI diproduksi, Tn. M mampu menyebutkan 3 tujuan dilakukan pijat oksitosin, Ny. N mampu menyebutkan 2 tujuan dilakukannya pijat oksitosin, Tn. M menyebutkan 3 cara agar pijat oksitosin efektif, Ny. N dapat menyebutkan cara agar pijat oksitosin efektif, Tn. M mampu me redemonstrasikan langka-langkah bagaimana cara pijat oksitosin

Pukul 11.30 WIB mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui dengan hasil ibu tampak semangat dan antusias

Pukul 09.55 WIB mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui dengan hasil ibu tampak semangat memberi ASI kepada anaknya

Pukul 13.00 memberikan obat laktatif melalui oral sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan

Pelaksanaan Keperawatan (Shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 19.00 memberikan obat laktafit melalui oral sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan

Evaluasi Keperawatan Tanggal 02 Mei 2021 Pukul 14.00

Subjektif: Suami pasien mengatakan mengerti dan mau melakukan pijat oksitosin. Pasien mengatakan perasaannya saat dipijat enak, setelah dipijat ibu mengatakan merasa lebih relax.

Objektif: Suami pasien mampu meredemonstrasikan pijat oksitosin. Pasien tampak aktif bertanya, ibu tampak semangat memberi ASI kepada anaknya

Analisa: masalah teratasi tujuan tercapai

Planning: Hentikan semua intervensi.

4. Diagnosa ke empat: Risiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Kehamilan dan Pertambahan BB

Kriteria Hasil:

- a. Rasa pusing menurun,
- b. Rasa lelah menurun
- c. Keadar glukosa dalam darah membaik atau nilai GDS dalam batas normal (60-140 mg/dl),

Rencana Tindakan:

Observasi:

- a. Monitor nilai GDS 3x/hari sebelum makan sesuai program medis

Teraupetik:

- a. Berikan asupan cairan oral

Edukasi:

- a. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga
- b. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri
- c. Anjurkan kepatuhan terhadap diet

Kolaborasi:

- a. Berikan obat levemer 1x18 unit sebelum makan sesuai program medis
- b. Berikan obat Novorapid 3x 14 unit sebelum makan sesuai program medis

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 30 Mei 2021

Pukul 15.33 WIB Memonitor nilai GDS dengan hasil 153 mg/dl

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 18.00 WIB memberikan obat Novorapid 14 unit sebelum makan malam sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan

Pukul 18.05 WIB memberikan asupan cairan dengan hasil pasien tampak mau minum, pasien mengatakan kepalanya masih pusing

Pukul 22.00 WIB memberikan obat Levemer 18 unit sebelum makan sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan

Evaluasi Keperawatan Tanggal 30 April 2021 pukul 17.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan kepalanya masih pusing

Objektif: hasil GDS 153 mg/dl, pasien tampak mau minum, terapi obat Novorapid 14 unit dan Levemer 18 unit berhasil diberikan

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan semua intervensi:

- a. Monitor nilai GDS 3x/hari sebelum makan sesuai program medis
- b. Berikan asupan oral
- c. Anjurkan kepatuhan terhadap diet
- d. Berikan obat levemer 1x18 unit sebelum makan sesuai program medis
- e. Berikan obat Novorapid 3x 14 unit sebelum makan sesuai program medis

Pelaksanaan Keperawatan 01 Mei 2021

Pukul 00.51 WIB Memonitor nilai GDS dengan hasil 218 mg/dl

Pukul 07.00 WIB Memberikan obat Novorapid 14 unit sebelum makan sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan

Pukul 07.10 WIB memberikan asupan cairan dengan hasil pasien tampak mau minum dan pasien mengatakan masih pusing namun sudah berkurang

Pukul 07.15 WIB menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga dengan hasil pasien mengerti dan mengatakan mau melakukan

Pukul 10.34 WIB memonitor nilai GDS dengan hasil 210 mg/dl

Pukul 12.00 WIB Memberikan obat Novorapid 14 unit sebelum makan sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan

Pukul 13.03 WIB menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri di rumah dengan hasil pasien mengerti

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 16.03 WIB memonitor nilai GDS dengan hasil 110 mg/dl

Pukul 22.00 WIB memberikan obat Levemer 18 unit sebelum makan sesuai program medis dengan hasil obat berhadil diberikan

Evaluasi Keperawatan Tanggal 01 Mei 2021 Pukul 14.00 WIB

Subjektif: pasien mengerti dan mengatakan mau melakukan dan pasien mengatakan masih pusing namun sudah berkurang

Objektif: nilai GDS pukul 00.51 wib 218 mg/dl, nilai GDS pukul 10.34 210 mg/dl, nilai GDS pukul 16.03 110 mg/dl

Analisa: masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai tercapai

Planning: lanjutkan intervensi:

- a. Monitor nilai GDS 3x/hari sebelum makan sesuai program medis
- b. Berikan asupan oral
- c. Anjurkan kepatuhan terhadap diet
- d. Berikan obat levemer 1x18 unit sebelum makan sesuai program medis
- e. Berikan obat Novorapid 3x 14 unit sebelum makan sesuai program medis

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 02 Mei 2021

Pukul 06.00 WIB memonitor nilai GDS dengan hasil 166 mg/dl

Pukul 07.00 WIB Memberikan obat Novorapid 14 unit sebelum makan sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan

Pukul 07.10 WIB memberikan asupan cairan dengan hasil pasien tampak mau minum dan pasien mengatakan sudah tidak pusing

Pukul 07.15 WIB menganjurkan kepatuhan terhadap diet dengan hasil pasien mengerti dan mengatakan mau melakukan

Pukul 11.00 WIB memonitor nilai GDS dengan hasil 185 mg/dl

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore)

Pukul 16.00 WIB memonitor nilai GDS dengan hasil 128 mg/dl

Pukul 22.00 WIB memberikan obat Levemer 18 unit sebelum makan sesuai program medis dengan hasil obat berhadil diberikan

Evaluasi keperawatan Tanggal 02 Mei 2021 pukul 17.00 WIB

Subjektif: pasien mengerti dan mengatakan mau melakukan dan pasien mengatakan sudah tidak pusing

Objektif: nilai GDS pukul 06.00 wib 166 mg/dl, nilai GDS pukul 11.00 185 mg/dl, nilai GDS pukul 16.00 128 mg/dl

Analisa: Masalah teratasi sebagian tujuan tercapai

Planning: lanjutkan semua intervensi:

- a. Monitor nilai GDS
- c. Anjurkan kepatuhan terhadap diet
- d. Berikan obat levemer 1x18 unit sebelum makan sesuai program medis
- e. Berikan obat Novorapid 3x 14 unit sebelum makan sesuai program medis

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara tinjauan teori dengan kasus yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Post Partum Sectio Caesrea Dengan Indikasi PEB dan Diabetes Melitus (DM) Di Ruang E. Rumah Sakit Swasta Bekasi di Masa Pandemi COVID-19”. Dalam bab ini pembahasan akan disesuaikan dengan tahapan proses keperawatan yaitu mulai dari bagian pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Penulis mulai melakukan pengkajian keperawatan pada tanggal 30 April 2021 dimulai pukul 14.30 wib sampai dengan tanggal 02 Mei 2021. Data yang didapatkan bersumber dari catatan rekam medis pasien, wawancara pada saat pengkajian, catatan keperawatan dan juga pemeriksaan fisik.

Menurut teori Mochtar (2011) tindakan operasi SC dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu yang dikarenakan penyulit, bahaya dan komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervaginam. Hal ini sudah sesuai dengan pada kasus Ny. N bahwa dilakukan tindakan SC atas indikasi PEB.

Menurut Mayrink et al (2018) preeklampsia, yang dapat diisolasi atau di tumpangkan pada hipertensi kronis diklasifikasikan dengan tekanan darah sistolik sama dengan atau lebih besar dari 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik sama dengan atau lebih besar dari 90 mmHg, yang harus diukur pada dua kesempatan yang jauh setidaknya 4-6 jam terpisah, di monitor tekanan darah yang dikalibrasi dan memadai. Disebut preeklampsia kronis atau berat harus ada salah satu dari kondisi berikut yaitu, proteinuria (ditunjukkan dengan rasio proteinuria/kreatininuria diatas 0,3 mg, atau dengan tes sipstik urin sama dengan atau diatas 1+, atau dengan proteinuria 24 jam diatas 300mg/24 jam), disfungsi organ ibu yang dapat berupa insufisiensi ginjal, ditandai dengan kreatinin diatas 1,02 mg/dl; gangguan hati, ditandai dengan peningkatan transaminase dua kali

di atas tingkat normal, atau nyeri hipokondrium kanan, atau epigastralgia dan terakhir adanya disfungsi uteroplasenta yaitu adanya hambatan pertumbuhan janin.

Berdasarkan teori Mayrink et al (2018) indikasi yang terjadi pada kasus Ny. N adalah benar adanya bahwa indikasi yang terjadi adalah sesuai dengan teori yaitu terjadinya preeklamsi dengan klasifikasi PEB yang ditandai dengan hasil pemeriksaan tekanan darah yang diukur dimulai dari awal pengkajian sampai proses keperawatan 3x24 jam yaitu dengan *range* hasil pemeriksaan tekanan darah sistolik pasien yaitu 140-190 mmHg, dan *range* tekanan diastolik pasien 90-110 mmHg. Tekanan darah tertinggi tercatat pada saat pasien dilakukan pemeriksaan awal masuk pada tanggal 29 April 2021 malam hari. Pada pemeriksaan urine di temukan proteinuria dengan hasil +1.

Menurut teori Nursalam (2012) indikasi terjadinya kehamilan dengan indikasi PEB sering terjadi pada usia >35 tahun. Hal ini membuktikan bahwa yang indikasi yang terjadi pada Ny. N adalah sesuai dengan teori dengan bukti usia >35 tahun yaitu Ny. N berusia 37 tahun.

Menurut Setyawati et al (2018) sementara hingga saat ini penyebab PEB belum diketahui secara pasti. Namun berikut adalah faktor-faktor yang diperkirakan akan mempengaruhi timbulnya preeklampsia yaitu, usia ibu, status pekerjaan, status paritas, obesitas, riwayat penyakit hipertensi, penyakit DM, dan riwayat preeklamsia. Faktor yang mempengaruhi selain faktor usia yang ditemukan pada kasus Ny. N adalah memiliki riwayat penyakit hipertensi, memiliki riwayat penyakit DM, memiliki riwayat persalinan dengan indikasi PEB, dan obesitas.

Menurut teori Nursalam (2012) riwayat kesehatan sekarang pada pasien post SC dengan indikasi PEB akan merasakan nyeri pada bagian abdomen karena ada bekas sayatan luka SC, nyeri seperti di iris-iris atau ditusuk dengan skala nyeri 1-10. Hal ini sesuai dengan teori, dengan didapatkan hasil pengkajian pada Ny.N

yaitu, pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, nyeri bertambah ketika merubah posisi miring ke arah kanan dan kiri, karakteristik nyeri seperti teriris kadang terbakar pada luka operasi, skala nyeri 7-8 (*numeric scale*), nyeri hilang timbul tanpa beraktivitas dan semakin parah saat melakukan pergerakan atau aktivitas. Pasien tampak meringis kesakitan. Pasien mengatakan merasa pusing pada bagian kepala belakang dan tengkuk.

Menurut (Nursalam, 2012) teori pengkajian keperawatan pasien terbutki memiliki riwayat penyakit yang memperberat keadaan yaitu memiliki riwayat persalinan SC atas indikasi PEB dan DM. Riwayat penyakit, telah terkaji bahwa Ny. N mengatakan ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit Hipertensi yaitu ayah dan ibu DM. Pasien juga memiliki riwayat persalian SC atas indikasi PEB dan DM pada 9 tahun yang lalu.

Pada pengkajian riwayat keluarga berencana (KB) penulis kurang teliti untuk mengkaji bagian waktu mulai dan sampai kapan pasien menggunakan kontrasepsi alami sebelum program kehamilan anak yang ke 2. Penulis hanya mengkaji jenis kontrasepsi yang digunakan oleh pasien.

Menurut teori (Mitayani, 2013) komplikasi yang dapat terjadi pada pasien PEB sebagai berikut yaitu, ada pada ibu seperti eclampsia, solusio plasenta, perdarahan sukapsula, kelainan pembentukan darah, sindrom HELLP (*hemolysis, elevated, liver, enzim, dan low platelet count*), ablasio retina, gagal jantung hingga syok dan kematian. Dan pada janin yang dapat terjadi terhambatnya pertumbuhan dalam uterus, premature, asfiksia neonatorum, kematian dalam uterus, peningkatan angka kematian dan kesakitan perinatal.

Setelah dilakukan pemeriksaan pada kasus Ny. N yang adalah pasien PEB tidak ditemukannya komplikasi yang terjadi seperti yang dijelaskan pada teori dengan bukti bahwa Pasien mengatakan rutin melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan di RS selama kehamilan ini dengan dokter *obgyn* dan dokter penyakit

dalam. Pasien juga mengatakan sudah ada pengalaman pada persalinan 9 tahun yang lalu sehingga sudah lebih hati-hati dengan kondisi dirinya.

Pada tahap pengkajian penulis menemukan faktor penghambat saat melakukan pengkajian keperawatan karena pasien terlihat amat kesakitan atau merasakan nyeri. Serta pada bagian pengkajian ini penulis sempat merasa bingung mengidentifikasi indikasi yang terjadi pada Ny. N apakah PER atau PEB.

Pada tahap pengkajian penulis juga menemukan faktor pendukung antara lain pasien dan suami yang sudah memberikan kepercayaan kepada penulis sehingga proses keperawatan yang dilakukan berjalan dengan lancar sampai di tahap ini serta semua perawat ruangan yang senantiasa selalu berbagi pengalaman sehingga penulis merasa lebih percaya diri.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2016) diagnosa keperawatan tentang postpartum dengan tindakan SC terdapat 8 diagnosa keperawatan, namun penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien. Diagnosa keperawatan yang menurut teori dituliskan namun tidak diangkat oleh penulis adalah sebagai berikut:

1. Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot dengan bukti bahwa pasien terakhir BAB pada tanggal 01 Mei 2021 dengan konsistensi cair, warna coklat, pasien mengatakan tidak ada keluhan pada saat BAB.
2. Resiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pasca partum tidak terjadi pada pasien dengan bukti lochea rubra keluar dari pervaginam, berwarna merah segar, bau khas (amis), post operasi hari pertama, jumlah darah 2 pembalut penuh $\pm 100\text{cc}/24$ jam, riwayat perdarahan saat operasi ± 150 cc.
3. Resiko Infeksi berhubungan dengan adanya luka insisi dengan bukti Episiotomi: REEDA, *Redness*/kemerahan tidak ada, edema/bengkak tidak ada, *ecchymosis*/kebiruan tidak ada, *Discharge*/nanah tidak ada,

Approximation/penyatuan jaringan luka menyatu dengan baik, *Homan sign: negative* dan tidak ada tanda tromboplebitis.

4. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis (tindakan anestesi) dengan bukti: Jalan nafas pasien bersih, frekuensi nafas 20x/menit dengan urutan irama teratur dan intensitas dalam, dengan urutan irama teratur dan kedalaman dalam, bunyi nafas terdengar vesikuler/normal. Pasien tidak tampak batuk.
5. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostic dengan bukti Bladder: 1x/24 jam post up DC volume 50 cc, volume urine di urine bag 600.

Pada bagian diagnosa keperawatan penulis kurang teliti untuk mengangkat diagnosa keperawatan perfusi perifer tidak efektif. Ditandai dengan pasien mengatakan merasa pusing pada bagian kepala belakang dan tengkuk. Serta dengan *range* hasil pemeriksaan tekanan darah sistolik pasien yaitu 140-190 mmHg, dan *range* tekanan diastolik pasien 90-110 mmHg.

Diagnosa keperawatan resiko infeksi seharusnya bisa dipertimbangkan untuk penulis angkat walaupun dengan bukti Episiotomi: REEDA, *Redness*/kemerahan tidak ada, edema/bengkak tidak ada, *ecchymosis*/kebiruan tidak ada, *Discharge*/nanah tidak ada, Approximation/penyatuan jaringan luka menyatu dengan baik, *Homan sign: negative* dan tidak ada tanda tromboplebitis pada pasien namun pasien memiliki riwayat penyakit DM, dimana pemulihan luka bekas operasi SC akan lebih lama sembuh dibandingkan dengan ibu yang tidak memiliki riwayat penyakit DM.

Terdapat satu diagnosa keperawatan yang yang tidak tertulis pada teori namun penulis angkat yaitu risiko ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan kehamilan dan penambahan BB. Alasan penulis mengangkat diagnosa ini adalah karena di dukung oleh data pasien mengatakan pusing pada bagian kepala belakang dan tengkuk, pasien

mengatakan lemas pasca SC, pasien mengatakan ada riwayat hipertensi, DM, dan riwayat persalinan dengan indikasi PEB, hasil pemeriksaan GDS pasien naik turun, dengan pemeriksaan pada saat sebelum operasi pada tanggal 30 April 2021 117 mg/dl dan terakhir pemeriksaan pada tanggal 02 Mei 2021 dengan hasil 128 mg/dl dengan rentang nilai normal 60-140 mg/dl.

C. Intervensi Keperawatan

Dalam teori tidak dituliskan batasan waktu dalam perencanaan keperawatan. Supaya bisa terlihat tingkat keberhasilan dari rencana yang sudah dibuat, penulis menuliskan batasan waktu yaitu 3x24 jam.

Pada bagian intervensi keperawatan penulis mengambil teori dari (SIKI, 2018). Di bawah ini adalah rencana keperawatan yang sudah sesuai dengan diagnosa yang diangkat,:

1. Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan (luka insisi SC) dan kontraksi uterus.
Menurut teori intervensi yang dapat dilakukan ada 19 namun penulis hanya melaksanakan 9 intervensi keperawatan dengan alasan disesuaikan dengan kondisi pasien. Rencana keperawatan yang penulis tulis:

Observasi:

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b. Identifikasi skala nyeri
- c. Identifikasi respon nyeri non verbal
- d. Observasi TTV: TD, N, S pasien/shift

Trapeutik

- c. Ajarkan teknik non farmakologis: teknik relaksasi nafas dalam/shift
- d. Fasilitasi istirahat dan tidur

Edukasi

- b. Jelaskan cara strategi meredakan nyeri

Kolaborasi

- c. Berikan obat Kaltrofen Supp 2x1 via rectal sesuai program medis
- d. Berikan obat Asam Mefenamat 3x1 melalui oral sesuai program medis

Penulis menambahkan intervensi keperawatan sesuai dengan kondisi pasien yaitu pantau tanda-tanda vital (TD, N, P, S) pasien per 4 jam.

Intervensi menurut teori yang tidak penulis masukkan kedalam kasus adalah: Identifikasi faktor yang memperingan dan memperberat nyeri: pasien sudah mengatakan bahwa nyeri pada luka operasi serta hilang timbul tanpa beraktivitas dan semakin parah saat melakukan pergerakan.

Alasan penulis memilih intervensi teknik non farmakologis relaksasi nafas dalam adalah karena pasien saat itu kondisinya sangat kesakitan sehingga penulis segera memberikan teknik yang paling sederhana dan tidak membutuhkan alat-alat yang harus dipersiapkan.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (pasca SC)

Menurut teori intervensi yang dapat dilakukan ada 10 namun penulis hanya melaksanakan 6 intervensi keperawatan dengan alasan disesuaikan dengan kondisi pasien. Rencana keperawatan yang penulis tulis:

Rencana keperawatan yang penulis tulis:

Observasi:

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- c. Monitor tekanan darah dan nadi sebelum mulai mobilisasi
- d. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Trapeutik:

- a. Libatkan suami untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi:

- a. Anjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi secara bertahap:
 - 3) Post operasi hari ke-1: miring kanan kiri pada tempat tidur
 - 4) Post operasi hari ke-2: pindah tempat dari tempat tidur ke kursi dan berjalan ke kamar mandi

b. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

Menurut teori terdapat 2 intervensi utama yaitu dukungan ambulasi dan dukungan mobilisasi. Menurut teori dituliskan intervensi keperawatan utama kedua yaitu dukungan mobilisasi. Alasan penulis mengambil intervensi ini adalah karena sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien yang ingin sekali cepat bisa mobilisasi walaupun merasakan sakit atau nyeri karena luka operasi SC.

3. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang metode menyusui (*breast care* dan pijat oksitosin)

Pada diagnosa ketiga penulis membuat intervensi keperawatan sesuai dengan kondisi pasien:

- a. Kaji kesiapan dan kemampuan pasien menerima informasi
- b. Sediakan materi dan media Pendidikan kesehatan
- c. Ajarkan pasien cara merawat payudara
- d. Ajarkan suami atau keluarga cara melakukan pijat oksitosin

Menurut teori ada 12 intervensi untuk diagnosa ini, namun pada kasus ini penulis membuat perencanaan atau intervensi keperawatan sebanyak 4 rencana. Alasan penulis hanya mengambil 4 rencana adalah dikarenakan disesuaikan dengan kondisi pasien dan suami yang membutuhkan informasi tentang perawatan payudara dan pijat oksitosin.

4. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kehamilan dan penambahan BB

- a. Monitor nilai GDS 3x/hari sebelum makan sesuai program medis
- b. Berikan asupan cairan oral
- c. Anjurkan kepatuhan terhadap diet
- d. Berikan obat Novorapid 3x14 unit sebelum makan sesuai program medis
- e. Berikan obat levemer 1x18 unit sebelum makan sesuai program medis

Menurut teori ada 17 rencana keperawatan untuk diagnosa ini, pada kasus ini penulis hanya membuat 5 rencana keperawatan sesuai dengan kondisi pasien.

Pada bagian intervensi atau perencanaan keperawatan yang telah di rencanakan oleh penulis adalah sesuai dengan penetapan tujuan dan kriteria hasil serta sesuai dengan referensi buku yang bisa di pertanggung jawabkan dan sesuai dengan kondisi pasien kelolaan dalam kasus ini. Penulis menambahkan intervensi keperawatan sesuai dengan kondisi pasien yaitu pantau tanda-tanda vital (TD, N, P, S) pasien per 4 jam.

D. Implementasi Keperawatan

Penulis melakukan pelaksanaan sesuai perencanaan yang sudah di buat berdasarkan diagnosa keperawatan masing-masing yang terdiri dari, ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan (luka insisi SC) dan involusi uterus, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (pasca SC), menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang metode menyusui (*breast care* dan pijat oksitosin), risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kehamilan dan penambahan BB.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap dimana kita dapat melihat setelah dilakukan proses keperawatan sesuai dengan waktu yang penulis tentukan yaitu 3x24 jam apakah terdapat perubahan dan seberapa banyak perubahannya. Berdasarkan diagnosa keperawatan yang sudah disusun evaluasi yang di dapatkan adalah:

1. Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan (luka insisi SC) dan involusi uterus

Setelah dilakukan tindakan 3x 24 jam diharapkan ketidaknyamanan pasca partum dan tingkat nyeri menurun sampai dengan hilang dengan kriteria hasil, keluhan tidak nyaman menurun, pasien tidak meringis, luka episiotomi membaik, kontraksi uterus meningkat, tanda-tanda vital dalam batas normal (tekanan darah 110/70-120/80 mmHg), Nadi 60-100x/menit, Suhu (36,5-37,5°C), nyeri (skala 1-3), pasien melaporkan nyeri berkurang dengan hasil:

pasien mengatakan nyeri pada bagian perut atau pada luka operasi sudah berkurang menjadi skala 2 pasien sudah tampak tidak meringis.

Objektif: tekanan darah 140/97 mmHg, nadi 88x/menit, pernafasan 19x/menit, suhu 36°C, keadaan umum pasien dengan pasien tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis. Masalah teratasi tujuan tercapai. Hentikan semua intervensi.

2. Gangguan/ hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (pasca SC).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik pasien membaik dan pasien tidak merasa takut untuk bergerak dengan kriteria hasil: pasien dapat menunjukkan peningkatan aktivitas secara mandiri. Dengan hasil pasien mengatakan sudah dapat melakukan pergerakan untuk miring kanan dan kiri secara mandiri, pasien mengatakan dirinya sudah mampu duduk di pinggir tempat tidur dan ke kamar mandi secara mandiri, pasien mengatakan sudah mampu pindah dari tempat tidur ke kursi untuk makan secara mandiri, pasien mau mengikuti berjalan di lorong, pasien mengatakan sudah tidak takut untuk melakukan pergerakan dan nyerinya sudah berkurang. tekanan darah 140/91 mmHg, nadi 88x/menit, pernafasan 19x/menit, suhu 36,5°C, masalah teratasi tujuan tercapai, hentikan semua intervensi.

3. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang metode menyusui (breast care dan pijat oksitosin)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan pasien dan suami terpapar atau mendapatkan informasi tentang perawatan payudara dan pijat oksitosin dengan kriteria hasil pasien mampu mendemonstrasikan langkah-langkah perawatan payudara dan suami mampu mendemonstrasikan langkah-langkah pijat oksitosin. Pasien mengatakan mengerti dan mau melakukan kembali perawatan payudara, setelah dilakukan perawatan payudara pasien mengatakan payudaranya terasa lebih enteng. Suami pasien mengatakan mengerti dan mau melakukan pijat oksitosin. Pasien mengatakan perasaannya saat dipijat enak, setelah dipijat ibu mengatakan merasa lebih rileks. Pasien tampak mampu mendemonstrasikan cara merawat payudara. Suami pasien mampu mendemonstrasikan pijat oksitosin. Pasien tampak aktif bertanya. masalah teratasi tujuan tercapai hentikan semua intervensi.

4. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kehamilan dan penambahan BB

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan Risiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah tidak terjadi dengan kriteria hasil rasa pusing menurun, kesadaran dalam batas normal, nilai GDS dalam batas normal (60-140 mg/dl) dengan hasil pasien mengerti dan mengatakan mau melakukan dan pasien mengatakan sudah tidak pusing, nilai GDS pukul 06.00 wib 166 mg/dl, nilai GDS pukul 11.00 185 mg/dl, nilai GDS pukul 16.00 128 mg/dl, masalah teratasi sebagian tujuan tercapai, lanjutkan semua intervensi.

Faktor pendukung yang penulis alami dalam melakukan tahapan evaluasi yaitu pasien mau berkerjasama untuk menyampaikan seluruh perubahan dan kemajuan yang dialaminya kepada penulis. Penulis tidak menemukan faktor penghambat.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Post Partum Sectio Caesrea Dengan Indikasi PEB Di Ruang. E Rumah Sakit Swasta Bekasi di Masa Pandemi COVID-19 dan membahas kesenjangan antara teori yang penulis gunakan dan kasus kelolaan sesuai dengan kondisi pasien, penulis menyimpulkan bahwa saat melakukan pengkajian keperawatan terhadap adanya pada pasien post SC dengan indikasi PEB akan merasakan nyeri pada bagian abdomen karena ada bekas sayatan luka SC, nyeri seperti di iris-iris atau ditusuk dengan skala nyeri 1-10. Hal ini sesuai dengan teori, dengan didapatkan hasil pengkajian pada Ny.N yaitu, pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, nyeri bertambah ketika merubah posisi miring ke arah kanan dan kiri, karakteristik nyeri seperti teriris kadang terbakar pada luka operasi, skala nyeri 7-8 (*numeric scale*), nyeri hilang timbul tanpa beraktivitas dan semakin parah saat melakukan pergerakan atau aktivitas. Pasien tampak meringis kesakitan.

Pada diagnosa keperawatan yang ada pada kasus adalah ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan (luka insisi SC) dan involusi uterus, gangguan/ hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (pasca SC), menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang metode menyusui (breast care dan pijat oksitosin), dan risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kehamilan dan penambahan BB. Untuk diagnosa keperawatan prioritas yang penulis angkat adalah ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan (luka insisi SC) dan involusi uterus.

Pada bagian intervensi atau perencanaan keperawatan yang telah di rencanakan oleh penulis adalah sesuai dengan penetapan tujuan dan kriteria hasil serta sesuai dengan referensi buku yang bisa di pertanggung jawabkan dan sesuai dengan kondisi pasien kelolaan dalam kasus ini. Penulis menambahkan intervensi keperawatan sesuai dengan kondisi pasien yaitu pantau tanda-tanda vital (TD,

N, P,) pasien. Dalam teori tidak dituliskan batasan waktu dalam perencanaan keperawatan. Supaya bisa terlihat tingkat keberhasilan dari rencana yang sudah dibuat, penulis menuliskan batasan waktu yaitu 3x24 jam.

Bagian pelaksanaan keperawatan penulis melakukan pelaksanaan sesuai perencanaan yang sudah di buat berdasarkan diagnosa keperawatan masing-masing yang terdiri dari, ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan (luka insisi SC) dan kontraksi uterus, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (pasca SC), menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang metode menyusui (breast care dan pijat oksitosin), risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kehamilan dan penambahan BB.

Evaluasi keperawatan yaitu sebagai proses keperawatan tahap akhir sebagai salah satu cara yang bisa kita lakukan untuk menjadi perbandingan antara teori dan kejadian realita berdasarkan dari tujuan dan kriteria hasil yang sudah di buat atau sudah direncanakan.

B. Saran

Setelah penulis melakukan melakukan asuhan keperawatan kepada Ny. N selama 3x24 jam dan menuliskan kesimpulan diatas izinkan penulis untuk menyampaikan beberapa saran, yaitu sebagai berikut:

1. Bagi penulis

Sangat diharapkan bagi penulis untuk menyiapkan beberapa hal sebelum melakukan asuhan keperawatan. Hal-hal yang harus dipersiapkan antara lain adalah terlebih dahulu memahami konsep teori sehingga sudah ada bayangan dan benar-benar memahami betul tentang mengapa alasan tersebut bisa terjadi pada pasien kelolaan, lebih mudah dalam menyusun agenda kegiatan yang akan dilakukan selanjutnya, dan sudah paham betul apa saja yang harus dilakukan untuk memenuhi kebutuhan pada pasien kelolaan.

2. Bagi institusi Pendidikan

Penulis berharap di saat pandemi COVID-19 seperti sekarang ini institusi pendidikan mampu memfasilitasi sumber referensi seperti buku dan jurnal penelitian yang mudah di akses oleh seluruh mahasiswa yang membutuhkan terutama yang sedang dalam proses pembuatan tugas akhir, karya tulis ilmiah dan skripsi.

DAFTAR PUSTAKA

- Adinda, D. (2019). *Komponen Dan Jenis-Jenis Evaluasi Dalam Asuhan Keperawatan*. <https://doi.org/10.31227/osf.io/dea5u>
- Amin, & Hardani. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda NIC-NOC Edisi Revisi Jilid 2*. Media Action.
- Astutik, R. (2015). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui*. Trans Info Media.
- Bramantyo, L. (2016). *Operasi Caesar Masalah dan Solusinya*. Pustaka Pembangunan Swadaya Nusantara.
- Content, G., & Process, D. (2014). *Who Recommendations For Prevention And Treatment Of Pre- Eclampsia And Eclampsia Implications And Actions*.
- Damanik, V. A. (2020). Hubungan Perawatan Payudara Dengan Kelancaran Asi Pada Ibu Nifas. *Jurnal Keperawatan Priority*, 3(2), 13–22. <https://doi.org/10.34012/jukep.v3i2.959>
- Fatmawati, L., Syaiful, Y., & Wulansari, N. A. (2019). Pengaruh Perawatan Payudara Terhadap Pengeluaran Asi Ibu Post Partum (*The Effect Of Breast Care In The Milk Output Of Post Partum Mother*). *Journal Of Ners Community*, 10(November), 169–184. <http://journal.unigres.ac.id/index.php/JNC/article/view/904/0>
- Gloria. (2017). *Terapi Preeklampsia Perlu Dikembangkan untuk Menekan Angka Kematian Ibu*.
- INDRASARI, N. (2019). Meningkatkan Kelancaran ASI dengan Metode Pijat Oksitoksin pada Ibu Post Partum. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik*, 15(1), 48. <https://doi.org/10.26630/jkep.v15i1.1325>
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2018*. Kementrian Kesehatan RI. website: <http://www.kemkes.go.id>
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Laporan Nasional Riskesdas 2018. In *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan* (p. 198).

http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf

Legawati, & Utama, N. R. (2017). *Analisis Faktor Risiko Kejadian Preeklampsia Berat Di RSUD Rujukan Kabupaten dan Provinsi Kalimantan Tengah*. *Jurnal Surya Medika*, 3(1), 1–18. journal.umpalangkaraya.ac.id

Lowdermilk, D. L., Perry, S., & Cashion, K. (2013). *Keperawatan Maternitas Buku 2* (8th ed.). Elsevier.

Mayrink, J., Costa, M., & Cecatti, J. (2018). *Preeclampsia in 2018: Revisiting Concepts, Physiopathology, and Prediction*. *Scientific World Journal*. <https://doi.org/10.1155/2018/6268276>

Mitayani. (2013). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Salemba Medika.

Mochtar, R. (2011). *Sinopsis Obstetri Fisiologi Patologi* (Jilid 2). Buku Kedokteran EGC.

Nurarif, A., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-NOC* (3rd ed.). Mediacion publishing.

Nurarif, A., & Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktik Berdasarkan Penerapan Diagnosis Nanda NIC NOC Dalam Berbagai Kasus Jilid 1*. Mediacion publishing.

Nursalam. (2012). *Proses dan Dokumentasi Proses Keperawatan*. Salemba Medika.

Osungbade, K., & Ige, O. K. (2011). *Public Health Perspectives of Preeclampsia in Developing Countries: Implication for Health System Strengthening*. *Journal of Pregnancy*. <https://doi.org/10.1155/2011/481095>

Oxorn, H., & Forte, W. R. (2010). *Ilmu Kebidanan Patologi dan Fisiologi Persalinan* (Yogyakarta). CV. Andi Offset.

Peres, G., Mariana, M., & Cairrão, E. (2018). *Pre-Eclampsia and Eclampsia: An Update on the Pharmacological Treatment Applied in Portugal*. *Journal of Cardiovascular Development and Disease*, 5(1), 3. <https://doi.org/10.3390/jcdd5010003>

- Perwitasari, N. D., Sukyati, I., Keperawatan, A., Rebo, P., Maternitas, D. K., & Timur, J. (2018). *Asuhan Keperawatan Pasca Partum Tindakan Sectio Caesarea Atas Indikasi Hipertensi Dalam Kehamilan*. 4(2), 124–137.
- Pitriani, R., & Rika, A. (2014). *Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Normal*. Depublish.
- Purwoastuti, E., & Walyani, E. S. (2014). *Konsep Kebidanan*. Pustaka Baru Press.
- SDKI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik* (T. P. S. D. PPNI (ed.)).
- Setyawati, A., Widiasih, R., & Ermiami, E. (2018). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklampsia Di Indonesia*. *Jurnal Perawat Indonesia*, 2(1), 32–40. <https://doi.org/10.32584/jpi.v2i1.38>
- SIKI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Defini dan Tindakan Keperawatan* (Tim Pokja SIKI DPP PPNI (ed.)).
- Tendean, H. M. M., & Wagey, F. W. (2021). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Terjadinya Preeklampsia*. *E-CliniC*, 9(1), 68–80. <https://doi.org/10.35790/ecl.9.1.2021.31960>
- Warsono, W., Fahmi, F. Y., & Iriantono, G. (2019). *Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Benson terhadap Intensitas Nyeri Pasien Post Sectio Caesarea di RS PKU Muhammadiyah Cepu*. *Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah*, 2(1), 44. <https://doi.org/10.32584/jikmb.v2i1.244>
- World Health Organization. (2019). *WHO Statement on Caesarean Section Rates*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Wulandari, P., Menik, K., & Khusnul, A. (2018). *Peningkatan Produksi ASI Ibu Post Partum melalui Tindakan Pijat Oksitosin*. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia [JIKI]*, 2(1), 33. <https://doi.org/10.31000/jiki.v2i1.1001>

LAMPIRAN

Lampiran 1. Lampiran Format Pengkajian EPDS

Nama : Ny. N

Usia : 37 tahun

Tanggal lahir bayi : 30 April 2021

Alamat : Bekasi Timur

Score:

Nomor 1, 2, 4 bobot nilai: 0,1,2,3

Nomor 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 bobot nilai: 3, 2, 1, 0

Score Maximum: 30

Score kemungkinan depresi: 10 atau lebih

Petunjuk: silahkan diisi dengan tanda (X) sesuai yang ibu rasakan pada waktu 7 hari terakhir.

1. Saya mampu tertawa dan melihat hal-hal yang lucu
 - Sama seperti saya selalu bisa
 - Tidak begitu banyak sekarang
 - Jelas tidak begitu banyak sekarang
 - Tidak sama sekali
2. Saya dapat melakukan hal-hal yang menyenangkan
 - Sebanyak yang pernah saya lakukan
 - Agak kurang dari biasanya
 - Kurang dari biasanya
 - Kurang dari bisasanya
 - Hamper tidak semuanya
3. Saya menyalahkan diri saya apabila terjadi sesuatu yang salah

- Ya, sebagian besar
Ya, beberapa saat
Tidak sangat sering
 Tidak, tidak pernah
4. Saya cemas atau khawatir dengan alasan yang tidak jelas
 Tidak, tidak sama sekali
Hampir tidak pernah
Ya, kadang-kadang
Ya, sangat sering
5. Saya merasa takut atau panik untuk alasan yang tidak jelas
Ya, cukup banyak
Ya, kadang-kadang
 Tidak, tidak banyak
Tidak, tidak sama sekali
6. Segala sesuatu terasa menjadi beban bagi saya
Ya, sebagian besar saya belum bisa mengatasi semuanya
Ya, kadang-kadang saya belum mengatasi semuanya
Tidak, sebagian besar telah saya atasi cukup baik
 Tidak, saya telah bisa mengatasi dengan baik
7. Saya begitu merasa tidak bahagia sehingga saya kesulitan tidur
Ya, sebagian besar waktu
Ya, kadang-kadang
Tidak sangat sering
 Tidak, tidak sama sekali
8. Saya merasa sedih atau sengsara
Ya, sebagian besar waktu
Ya, kadang-kadang
Tidak sangat sering
 Tidak, tidak sama sekali
9. Saya merasa begitu sedih sehingga saya menangis
Ya, hanya sebagian besar waktu
Ya, cukup sering

Hanya sesekali

Tidak, tidak pernah

10. Pikiran-pikiran untuk menyakiti diri terjadi bagi saya

Ya, cukup sering

Terkadang

Hampir tidak pernah

Tidak, tidak pernah

Total Score: 4

Lampiran 2. Materi Perawatan Payudara

Breast Care (perawatan payudara) adalah pemeliharaan buah dada atau payudara sehingga produksi Air Susu Ibu (ASI) lancar dan menghindari kesulitan menyusui.

1. Menurut Damanik (2020) tujuan perawatan payudara adalah:
 - a. Untuk memelihara kebersihan payudara
 - b. memperbanyak atau memperlancar pengeluaran ASI.
 - c. Memperlancar produksi ASI dengan merangsang kelenjar-kelenjar air susu melalui pemijatan,
 - d. Mencegah bendungan ASI atau pembengkakan payudara,
 - e. Melenturkan dan menguatkan puting
2. Alat yang harus dipersiapkan
 - a. Baby oil/minyak kelapa dalam tempatnya
 - b. Kapas
 - c. Dua handuk besar yang bersih dan kering, dua buah waslap
 - f. Wadah/mangkuk
 - g. Gelas
 - h. Air hangat dan air dingin dalam baskom
3. Cara Pijat Payudara menurut Fatmawati et al (2019)
 - a. Perawatan payudara dilakukan diawali dengan pengompresan pada puting susu dan apabila puting susu datar dilakukan pengurutan secara hoffman 5 sampai 10 kali pada puting susu, agar puting akan menonjol dan melenturkan puting susu, serta menjaga kebersihan sehingga memudahkan bayi untuk menghisap.
 - b. Setelah itu dilakukan perawatan payudara dengan gerakan pemijatan yang terdiri dari 3 gerakan,
 - 1) Yaitu gerakan pertama kedua telapak tangan diletakkan di tengah diantara kedua payudara dengan ujung jari menghadap kebawah, telapak tangan di tarik ke atas melingkari payudara dan menyangga payudara kemudian tangan dilepaskan dengan gerak cepat serta hati-hati ke arah depan selama 20-30 kali,

- 2) Gerakan yang kedua telapak tangan kiri menopang payudara kiri dan jari-jari, tangan kanan saling dirapatkan, sisi kelingking tangan kanan mengurut payudara kiri dari pangkal ke arah puting,
- 3) Gerakan yang ketiga telapak tangan kiri menopang payudara kiri, jari-jari tangan kanan dikepalkan kemudian tulang-tulang kepalan tangan kanan mengurut payudara dari pangkal ke arah puting (20-30 kali). Secara fisiologis perawatan payudara dengan merangsang buah dada akan mempengaruhi hypofise untuk mengeluarkan hormon progesteron dan estrogen lebih banyak lagi dan hormon oksitosin dengan merangsang kelenjar-kelenjar air susu melalui pemijatan.

Lampiran 3. Materi Pijat Oksitosin

1. Pengertian pijat oksitosin
Pijat oksitosin adalah pemijatan pada sepanjang tulang belakang (*vertebrae*) sampai tulang costae ke-5 sampai ke-6 dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan.
2. Cara ASI diproduksi
ASI diproduksi atas hasil kerja gabungan antara hormon dan refleksi. Refleksi Prolaktin yaitu refleksi pembentukan atau produksi ASI. Refleksi oksitosin yaitu reflek pengaliran atau pelepasan ASI (*let down reflex*) setelah diproduksi oleh sumber pembuat susu, ASI akan dikeluarkan dari sumber pembuat susu dan dialirkan ke saluran susu
3. Tujuan dilakukan pijat oksitosin:
 - a. Untuk merangsang reflek oksitosin (reflek *let down*). Dimana ibu akan merasa rileks dan nyaman
 - b. Untuk mengurangi bengkak
 - c. Mengurangi sumbatan pada ASI
 - d. Melepas hormone oksitosin
 - e. Mempertahankan produksi ASI ketika bayi dan ibu sakit
4. Cara agar pijat oksitosin dapat efektif menurut penelitian (Wulandari et al., 2018)
 - a. Pijat oksitosin bisa dilakukan segera sejak setelah ibu melahirkan bayinya dengan durasi 2-3 menit atau lebih.
 - b. Frekuensi pemberian pijatan 2 kali sehari.
 - c. Pijatan ini tidak harus dilakukan langsung oleh petugas kesehatan tetapi dapat dilakukan oleh suami atau anggota keluarga yang lain.
 - d. Karena teknik pijatan ini cukup mudah dilakukan dan tidak menggunakan alat tertentu diharapkan untuk rutin melakukan pijat oksitosin
 - e. Asupan nutrisi yang seimbang dan memperbanyak konsumsi sayuran hijau serta

- f. Dukungan suami dan keluarga juga sangat dibutuhkan untuk meningkatkan produksi dan pengeluaran ASI
5. Cara Melakukan Pijatan Oksitosin:
- a. Ibu duduk rileks bersandar, tangan dilipat, kepala di atasnya
 - b. Payudara tergantung lepas, tanpa bra
 - c. Suami memijat di sepanjang sisi tulang belakang
 - d. Gunakan 2 kepalan tangan, ibu jari menunjuk ke depan
 - e. Tekan kuat membentuk gerakan melingkar-lingkar kecil
 - f. Pijatan hingga sebatas tali bra
 - g. Lakukan 3-5 menit
- INDRASARI (2019)