

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN PREEKLAMPSI
YANG DI RAWAT DI RUMAH SAKIT**



Disusun oleh :

Susi Indrieni

P07220117075

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA 2020**

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN PREEKLAMPSI

YANG DI RAWAT DI RUMAH SAKIT

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)
Pada Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Disusun oleh :
Susi Indrieni
P07220117075

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA 2020

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Balikpapan, Mei 2020

Yang menyatakan

Materai
Rp 6000

Susi Indrieni

NIM. P07220117055

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI
UNTUK DIUJIKAN
TANGGAL, 13 MEI 2020

Oleh

Pembimbing

Sri Hazanah, S.ST.,SKM.,M.PH
NIDN. 4018126601

Pembimbing Pendamping

Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep.,Sp.Kep.Mat
NIDN. 4013106302

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep
NIP. 196803291994022001

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Klien Dengan Preeklampsia

Yang Di Rawat Di Rumah Sakit

Telah diuji

Pada tanggal, 13 Mei 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji

Ns. Siti Nuryanti, S.Kep.,M.Pd

NIDN. 4023126901

Penguji Anggota

1. Sri Hazanah, S.ST.,M.PH

NIDN. 4018126601

2. Ns. Grace C Sipasulta, M.Kep.,Sp.Kep.Mat

NIDN. 4018126601

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan

Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Prodi D-III

Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Hj. Umi Kalsum, S. Pd., M.Kes

NIP. 196508251985032001

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep.

NIP. 196803291994022001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

1. Nama : Susi Indrieni
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat, Tanggal Lahir : Bogor, 14 Mei 1978
4. Agama : Islam
5. Pekerjaan : Mahasiswa
6. Alamat : Balikpapan Regency CD 6 No.3
Sepinggan

B. Riwayat Pendidikan

1. TK. Kartita Riau Pekan Baru tahun 1985-1986
2. SDN Poncol Indah 1986 - 1991
3. SMPN Jati Asih Bekasi 1991 - 1993
4. SPK Persahabatan 1993 - 1996
5. Mahasiswa Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim tahun 2017
sampai sekarang

LEMBAR PERSEMBAHAN

Alhamdulillah saya panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat serta kemudahan yang dilimpahkan kepada saya selama menyelesaikan tugas akhir ini dengan segala kekurangan yang saya miliki. Rasa syukur tiada henti saya ucapkan kepada sang pemilik hidup karena telah menghadirkan orang-orang yang begitu hebat yang selalu mendampingi saya dengan cara apapun selama menjalani proses belajar serta penyelesai tugas akhir ini. Dengan segala kerendahan hati saya mempersembahkan karya sederhana ini kepada orang-orang yang saya cintai dan sayangi.

My Support System

Suami dan anak-anak tercinta

Teruntuk suami terima kasih atas sharing waktu untuk mengurus anak-anak, terima kasih jadi supir pribadi nganter keluar kota selama proses belajar ini, terima kasih materi yang harus dishare juga demi lancarnya proses kuliah ☺, alhamdulillah as always. Untuk anak-anakku Anabella, Afdhal dan Al Aqsho, terima kasih sudah mau menerima kondisi bunda yang teralihkan dalam mengurus kalian ya sayang, finally well done and we ready to move then creat our new comfort zone in Bandung, In shaa allah.

Dosen Pembimbing

Ibu Ns. Grace C.Sipasulta, M.Kep.,Sp.Kep.Mat
dan Ibu Sri Hazanah,S.ST.,M.PH.

Terima kasih telah meluangkan waktu, tenaga, pikiran dalam membimbing dan memberi semangat sampai dititik akhir saya menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga Allah Swt memberikan balasan atas kebaikan yang tak terhingga yang sudah ibu berikan kepada saya, in syaa allah akan selalu saya kenang dalam hidup saya, aamiin.

Dosen Keperawatan

Kepada dosen-dosen yang sangat luar biasa dan hebat,
Ibu Shoufiah, S.ST, Ibu Ns. Grace C.Sipasulta, M.Kep.,Sp.Kep.Mat,
Ibu Nurhayati, S.ST, Ibu Ns. Asnah S.Kep.,M.Pd, Ibu Ns. Siti
Nuryanti,S.Kep.,M.Pd, Ibu Rus Andraini, AKP.,M.PH, Ibu Ibu Sri
Hazanah,S.ST.,M.PH. Terima kasih atas kesabaran, ilmu dan
pengalaman yang di berikan, in shaa allah ilmu yang diberikan
bermanfaat bagi kami.

Angkatan 6

Terima kasih atas jiwa muda yang diberikan kepada saya mamaknya
angkatan 6, terima kasih atas semua pengalaman menjadi teman
sekaligus anak selama menjalani proses belajar 3 tahun ini, support
system di kampus yang sangat luar biasa. Thank you guys, together to
be happy and finally we did it guys

Bubuhan Makan-Makan

Fikky, Meiske, Miftah, Yunus, Widya, Jessyca dan Indri, tempat
sharing segala keluhan selama proses belajar, tempat ngelawak kalo
lagi mood boosternya down, makasich yaa udah mau jawabin chat
whatssapp walaupun diwaktu yang tidak memungkinkan. Sukses buat
kalian semua, i love you fellas, keep spirit and always positive think,
raih terus cita-citanya, never give up masa depan cerah menanti.

Widya Hartati, Hidayatun Najah, Apriliyani

Thank you so much, paling paham kalo lagi down, kadang suka amaze
seumuran kalian bisa berfikir jauh diatas saya, tetep jadi orang seperti
yang saya kenal, sukses kedepannya and keep in touch yaa.

TIM MATERNITAS

Selvy, Amalia, Sundari, Hanifah, Kiky, Della, Yustika, Noerjannah, Kiky
Roller coaster our life in this comunity so amazing guyss, Up and down
kita rasain bareng, makasich saling supportnya sampai detik detik
terakhir penyelesaian tugas akhirnya jangan pernah berhenti menebar
kebaikan dimanapun, kalian luar biasa
I love you guyss.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis dengan judul “Asuhan Keperawatan Klien Dengan Preeklamsi Yang Di Rawat Di Rumah Sakit” guna memenuhi persyaratan tugas akhir dalam penyelesaian pendidikan D3 Keperawatan.

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah, penulis banyak mengalami kesulitan dan hambatan akan tetapi semuanya bisa dilalui berkat bantuan dan bimbingan dari dosen serta berbagai pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. H. Supriyadi B., S.Kp.,M.Kep selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Hj. Umi Kalsum, S.Pd, M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Andi Lis AG, M.Kep selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep., Sp.Kep.Mat selaku Penanggung Jawab Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur. Dan sebagai pembimbing II yang bersedia memberikan ilmu dan waktunya selama proses bimbingan berlangsung.
5. Sri Hazanah, S.ST.,SKM.,M.PH selaku pembimbing I yang bersedia memberikan ilmu dan waktunya selama proses bimbingan berlangsung.

6. Dosen dan staff yang bersedia membantu selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Suami dan Anak-anak tercinta yang telah memberikan dukungan moril dan materil kepada penulis untuk menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Rekan – rekan seperjuangan angkatan 2017 Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur Program Studi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan.

Peneliti menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna dan mungkin masih terdapat banyak kesalahan, baik dari segi materi maupun teknik penulisan dan penyusunan, untuk itu masukan, saran, serta kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhirnya hanya kepada Tuhan Yang Maha Esa kita kembalikan semua urusan dan semoga dapat memberikan manfaat dan kebaikan bagi banyak pihak dan bernilai ibadah dihadapan Allah SWT.

Balikpapan, Mei 2020

Penulis

Susi Indrieni

ABSTRAK

“ ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN PREEKLAMPSI”

Preeklampsia suatu kumpulan gejala pada ibu hamil ditandai peningkatan tekanan darah sistolik $\geq 140/90$ MmHg, tingginya kadar protein dalam urine dengan usia kehamilan ≥ 20 minggu. Masalah preeklampsia selain berdampak pada ibu saat hamil, melahirkan, serta pasca persalinan juga memberikan dampak pada bayi yang dilahirkan. Penelitian ini bertujuan memberikan gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan preeklampsia.

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dalam bentuk *literatur review* asuhan keperawatan pada dua kasus klien dengan preeklampsia. Instrument pengambilan data menggunakan format pengkajian Roy melalui proses keperawatan pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Hasil analisa data pengkajian kedua kasus klien preeklampsia ditemukan keluhan masalah nyeri luka post operasi. Pada klien 1 dan 2 diagnosa ditegakkan sebanyak 9 masalah. Klien 1 ditemukan 6 masalah dan klien 2 ditemukan 3 masalah. Klien 1 terdapat tiga masalah yang sesuai SDKI. Sedangkan klien 2 terdapat satu masalah yang sesuai SDKI. Rencana keperawatan menggunakan SIKI, SLKI tetapi kedua klien tidak menggunakan. Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan pada kedua klien sesuai dengan perencanaan. Evaluasi pada klien 1 semua masalah teratasi dan pada klien 2 semua masalah belum teratasi

Dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah dilakukan terdapat perbedaan pemberian asuhan keperawatan pada klien preeklampsia, tergantung pada beberapa faktor baik internal maupun eksternal. Bagi perawat diharapkan dapat melakukan tindakan secara komprehensif dan meningkatkan keterampilan dalam melaksanakan asuhan keperawatan khususnya pada klien preeklampsia.

Kata Kunci : Preeklampsia, *Post Sectio Caesarian*, Asuhan Keperawatan.

“ NURSING CARE ON PREECLAMPSI CLIENTS”

ABSTRACT

Preeclampsia is a collection of symptoms in pregnant women characterized by an increase in systolic blood pressure $\geq 140/90$ MmHg, high levels of protein in urine with gestational age ≥ 20 weeks. The problem of preeclampsia in addition to having an impact on the mother during pregnancy, childbirth, and post-delivery also has an impact on the babies born. This study aims to provide an overview of the implementation of nursing care to clients with preeclampsia.

This study used a descriptive method in the form of a literature review of nursing care in two cases of clients with preeclampsia. The data collection instrument used Roy's assessment format through the nursing assessment process, nursing diagnoses, planning, implementation and evaluation.

The results of data analysis of the assessment of both preeclampsia client cases found complaints of postoperative wound pain. In clients 1 and 2 the diagnosis is up to 9 problems. Client 1 found 6 problems and client 2 found 3 problems. Client 1 there are three problems that are in accordance with the SDKI. Whereas client 2 has one problem which is in accordance with the SDKI. The nursing plan uses SIKI, SLKI but the two clients do not use. Nursing is performed on both clients in accordance with the plan. Evaluation on client 1 all issues are resolved and on client 2 all problems have not been resolved

From the implementation of nursing care that has been done there are differences in the provision of nursing care to preeclampsia clients, depending on several factors both internal and external. Nurses are expected to take comprehensive action and improve their skills in implementing nursing care, especially for preeclampsia clients.

Keyword : Preeclampsia, Post Sectio Caesarian, Nursing Care

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK.....	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR TABEL.....	xviii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	5
BAB II	6
TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Konsep Dasar Pre Eklampsia.....	6
1. Pengertian.....	6
2. Klasifikasi.....	7
3. Etiologi	7
4. Manifestasi Klinis.....	9
5. Patofisiologi.....	10
6. Komplikasi	12
7. Pemeriksaan Penunjang.....	13
8. Penatalaksanaan.....	14
B. Konsep Dasar <i>Sectio Caesaria</i>	15
1. Pengertian.....	15
2. Anatomi dan Fisiologi.....	15
3. Tipe -tipe <i>Sectio Caesaria</i>	19
4. Indikasi <i>Sectio Caesaria</i>	21
5. Komplikasi	22

6. Pemeriksaan Penunjang.....	23
7. Penatalaksanaan.....	23
C. Konsep Dasar Post Partum.....	26
1. Pengertian.....	26
2. Etiologi.....	26
3. Tahap – tahapan Post Partum.....	27
4. Perubahan Fisiologis Post Partum.....	28
5. Perubahan Adaptasi Psikologis.....	32
6. Patofisiologi.....	33
7. Komplikasi.....	35
8. Penatalaksanaan.....	36
D. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir.....	37
1. Pengertian.....	37
2. Ciri – Ciri Bayi Baru Lahir.....	38
3. Adaptasi Fisiologi Neonatus.....	39
4. Asuhan Bayi Baru Lahir.....	45
E. Konsep Masalah Keperawatan.....	53
1. Pengertian.....	53
2. Komponen Masalah Keperawatan.....	54
3. Pathway Pre Eklamsi.....	56
4. Masalah Keperawatan pada Pasien Dengan Pre Eklamsia.....	57
F. Konsep Model Adaptasi Calista Roy.....	62
1. Manusia.....	62
2. Lingkungan.....	65
3. Kesehatan.....	65
4. Keperawatan.....	66
G. Konsep Asuhan Keperawatan Klien Dengan Pre Eklamsi.....	66
1. Pengkajian.....	66
2. Diagnosa Keperawatan.....	69
3. Intervensi Keperawatan.....	70
4. Implementasi.....	79
5. Evaluasi.....	80
BAB III.....	81

METODE PENELITIAN	81
A. Desain Penelitian.....	81
B. Subyek Penelitian.....	81
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)	81
D. Lokasi dan Waktu Penelitian	82
E. Prosedur Penelitian	82
F. Metode dan instrumen pengumpulan data	83
G. Keabsahan Data.....	84
H. Pengolahan dan Analisis Data.....	84
BAB IV	85
HASIL DAN PEMBAHASAN	85
A. Hasil	85
1. Gambaran Lokasi Penelitian.....	85
2. Gambaran Asuhan Keperawatan	85
B. Pembahasan.....	142
1. Pengkajian	143
2. Diagnosa Keperawatan.....	147
3. Intervensi Keperawatan	152
4. Pelaksanaan/Implementasi Keperawatan	157
5. Evaluasi	158
BAB V	160
KESIMPULAN DAN SARAN	160
A. KESIMPULAN.....	160
B. SARAN.....	161
DAFTAR PUSTAKA.....	163
LAMPIRAN - LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Genitalia Eksterna	16
Gambar 2.2 Genitalia Interna	17

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Pre Eklampsi	54
--------------------------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Hasil Anamnesa & Pengkajian Klien Preeklampsia	86
Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Fisik Klien Preeklampsia	97
Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Penunjang Klien Preeklampsia	100
Tabel 4.4 Penatalaksanaan Therapi Klien Preeklampsia	101
Tabel 4.5 Hasil Data Fokus Klien Preeklampsia	102
Tabel 4.6 Hasil Analisa Data Klien Preeklampsia	106
Tabel 4.7 Hasil Diagnosa Keperawatan Klien Preeklampsia	111
Tabel 4.8 Hasil Intervensi Keperawatan Klien Preeklampsia	113
Tabel 4.9 Hasil Implementasi Keperawatan Klien Preeklampsia.....	121
Tabel 4.10 Hasil Evaluasi Klien Preeklampsia.....	137

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah
Lampiran 2	Format Pengkajian Keperawatan Maternitas
Lampiran 3	Format Analisa Data
Lampiran 4	Format Daftar Diagnosa Keperawatan
Lampiran 5	Format Perencanaan Keperawatan
Lampiran 6	Format Pelaksanaan Tindakan
Lampiran 7	Format Evaluasi Keperawatan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kehamilan serta persalinan merupakan suatu peristiwa alamiah dan hal yang sangat dinanti setiap ibu yang sedang menunggu proses kelahiran bayinya. Meskipun persalinan merupakan peristiwa fisiologis namun setiap proses persalinan yang terjadi beresiko mengalami komplikasi selama persalinan. Hal tersebut dapat memperburuk kondisi baik ibu maupun bayi selama persalinan berlangsung sehingga berdampak terjadinya kematian pada ibu dan bayi (Winancy, 2019).

Preeklampsia sebagai salah satu komplikasi persalinan didefinisikan sebagai suatu kumpulan gejala pada ibu hamil ditandai dengan peningkatan tekanan darah sistolik $\geq 140/90$ MmHg dan tingginya kadar protein pada urine (proteinuria) yang sering muncul pada usia kehamilan ≥ 20 minggu. Kedua kriteria ini masih menjadi definisi klasik preeklampsia, sedangkan untuk edema tidak lagi dipakai sebagai kriteria diagnostik karena sangat banyak ditemukan pada wanita dengan kehamilan normal (POGI, 2016).

Menurut Andriyani, (2012) dalam penelitiannya menyampaikan kejadian preeklampsi di negara Amerika Serikat dilaporkan 23,6 kasus per 1000 kelahiran. Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia dalam buku Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran menyampaikan untuk

kejadian preeklamsi di Indonesia sebanyak 128.273/tahun atau sekitar 5,3% (POGI, 2016). Di Provinsi Lampung sendiri tercatat kasus preeklamsi sebanyak 59 kasus sedangkan di Kabupaten Lampung Tengah sebesar 12,5% (Kurniasari, 2015).

Masalah preeklamsia bukan hanya berdampak pada ibu saat hamil dan melahirkan, namun juga menimbulkan masalah pasca persalinan akibat disfungsi endotel di berbagai organ. Dampak jangka panjang pada bayi yang dilahirkan ibu dengan preeklamsia antara lain bayi akan lahir prematur sehingga mengganggu semua organ pertumbuhan bayi. Sampai dengan saat ini penyebab preeklamsi belum diketahui secara pasti, beberapa faktor resiko yang menjadi dasar perkembangan kasus preeklamsi diantaranya adalah usia, primigravida, multigravida, jarak antar kehamilan, janin besar dan kehamilan dengan janin lebih dari satu (POGI, 2016).

Pentingnya dilakukan serangkaian pemeriksaan serta bagaimanapun proses penanganan persalinan berlangsung sangat berpengaruh terhadap kondisi ibu pasca persalinan, oleh karena itu penatalaksanaan awal pada masalah preeklamsi perlu dilakukan dengan mengidentifikasi faktor resiko untuk setiap ibu hamil melalui asuhan antenatal care sebab masalah preeklamsi pada awalnya tidak memberikan gejala dan tanda, namun dapat memperburuk kondisi ibu dan bayi dengan cepat. Tujuan utama penatalaksanaan preeklamsia adalah kondisi ibu yang aman dan persalinan bayi yang sehat. (POGI, 2016).

Setelah mengidentifikasi faktor resiko pada masa kehamilan, penatalaksanaan preeklampsia selanjutnya adalah tergantung dari usia gestasi ibu. Penatalaksanaan terapi definitif pada pasien preeklampsia dengan segera melakukan persalinan atau terminasi kehamilan atas indikasi mengancam nyawa ibu dan bayi baik dengan tindakan operatif *Sectio Caesarian* ataupun dengan persalinan normal (Khairani, 2020).

Perubahan kondisi pasca persalinan pada setiap ibu dengan preeklampsia tidak sama, hal ini dipengaruhi proses adaptasi ibu selama mengalami perubahan tersebut. Kemampuan untuk beradaptasi terhadap perubahan selama masa nifas mempengaruhi kebutuhan ibu baik secara fisiologis maupun psikologisnya. Dengan memberikan asuhan pada masa nifas diharapkan mampu memenuhi kebutuhan tersebut sehingga ibu dapat melakukan dan meningkatkan kemampuan secara mandiri terhadap perubahan yang terjadi pasca melahirkan (Rusniati, 2017).

Salah satu model asuhan keperawatan yang menekankan pada konsep perubahan adaptasi secara keseluruhan yaitu model keperawatan adaptasi Callista Roy atau "*Holistic Adaptif Sytem*". Model asuhan keperawatan yang diberikan menggunakan pendekatan perubahan kebutuhan fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan hubungan interdependensi selama sehat dan sakit. Derajat adaptasi dibentuk oleh dorongan tiga jenis stimulus yaitu : focal stimuli, kontesktual stimuli dan residual stimuli. Roy juga mengadaptasi nilai "*Humanisme*" dalam model konseptualnya A.H. Maslow. Menurut Roy *humanisme* dalam

keperawatan yaitu keyakinan terhadap kemampuan coping manusia untuk meningkatkan derajat kesehatan (Rakhman, 2014).

Peran perawat dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien preeklampsia bertujuan untuk menjaga kesehatan ibu dan bayi selama masa nifas serta mencegah terjadinya komplikasi pasca persalinan. Oleh sebab itu asuhan keperawatan pasien dengan preeklamsi dilakukan untuk meningkatkan penyesuaian diri pasien dalam menghadapi permasalahan yang berhubungan dengan kondisinya pasca melahirkan serta memfasilitasi potensi pasien untuk beradaptasi dalam menghadapi perubahan kebutuhan dasarnya.

Berdasarkan uraian diatas dan kejadian komplikasi yang banyak memberi dampak terhadap ibu dan bayi, peneliti tertarik melakukan studi kasus penelitian tentang **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Preeklamsi”**.

B. Rumusan Masalah

Bagaimanakah pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Preeklamsi Yang Dirawat Di Rumah Sakit?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mendeskripsikan gambaran tentang Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Preeklamsi Yang Dirawat Di Rumah Sakit.

2. Tujuan Khusus

1) Mengkaji Klien Dengan Preeklamsi.

- 2) Merumuskan Diagnosa Keperawatan Pada Klien Dengan Preeklamsi.
- 3) Menyusun Perencanaan Keperawatan Pada Klien Dengan Preeklamsi.
- 4) Melaksanakan Intervensi Pada Klien Dengan Preeklamsi.
- 5) Mengevaluasi Pada Klien Dengan Preeklamsi.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan peneliti dapat menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan intervensi dengan tepat untuk klien dengan masalah keperawatan pada kehamilan dan persalinan, khususnya klien dengan preeklamsi.

2. Bagi tempat penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan atau saran dan bahan dalam merencanakan asuhan keperawatan klien dengan preeklamsi.

3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah keluasan ilmu dibidang keperawatan dalam asuhan keperawatan klien dengan preeklamsi dan sebagai literatur dalam pembuatan karya tulis ilmiah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Pre Eklampsia

1. Pengertian

Preeklampsia merupakan gangguan hipertensi yang terjadi pada ibu hamil dengan usia kehamilan lebih dari 20 minggu yang ditandai dengan meningkatnya tekanan darah $\geq 140/90$ MmHg disertai dengan edema dan proteinuria (Faiqoh, 2014).

Preeklampsia merupakan kondisi spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan tingginya tekanan darah, tingginya kadar protein dalam urine serta edema. Diagnosis preeklampsia ditegakkan berdasarkan adanya hipertensi spesifik yang disebabkan kehamilan disertai dengan gangguan sistem organ lainnya pada usia kehamilan diatas 20 minggu. Preeklampsia, sebelumnya selalu didefinisikan dengan adanya hipertensi dan proteinuri yang baru terjadi pada kehamilan (*new onset hypertension with proteinuria*) (POGI, 2016).

Meskipun kedua kriteria ini masih menjadi definisi klasik preeklampsia, beberapa wanita lain menunjukkan adanya hipertensi disertai gangguan multisistem lain yang menunjukkan adanya kondisi berat dari preeklampsia meskipun pasien tersebut tidak mengalami proteinuri. Sedangkan, untuk edema tidak lagi dipakai sebagai kriteria

diagnostik karena sangat banyak ditemukan pada wanita dengan kehamilan normal (POGI, 2016).

2. Klasifikasi

Menurut (Sukarni, 2017) dalam bukunya menjelaskan hipertensi dalam kehamilan dibagi menjadi 2 golongan yaitu :

1) Preeklampsia Ringan

Kondisi dimana terjadi peningkatan tekanan darah 140/90 MmHg atau lebih dengan posisi pengukuran tekanan darah pada ibu baik duduk maupun telentang. Protein Uria 0,3 gr/lit atau +1/+2. Edema pada ekstermitas dan muka serta diikuti kenaikan berat badan > 1 Kg/per minggu.

2) Preeklampsia Berat

Kondisi dimana terjadi peningkatan tekanan darah 160/110 MmHg atau lebih. Protein Uria 5 gr/lit atau lebih, terdapat oliguria (Jumlah urine kurang dari 500 cc per 2 jam) serta adanya edema pada paru serta cyanosis. Adanya gangguan serebral, gangguan visus dan rasa nyeri pada epigastrium.

3. Etiologi

Sampai dengan saat ini penyebab utama preeklamsia masih belum diketahui secara pasti. Beberapa ahli percaya bahwa preeklamsia diawali dengan adanya kelainan pada plasenta, yaitu organ yang berfungsi menerima suplai darah dan nutrisi bagi bayi selama masih di dalam kandungan.

Teori lain menjelaskan preeklampsia sering terjadi pada Primigravida, Kehamilan Post Matur /Post Term serta Kehamilan Ganda. Berdasarkan teori teori tersebut preeklampsia sering juga disebut“ *Deseases Of Theory*” . Beberapa landasan teori yang dapat dikemukakan diantaranya adalah (Nuraini, 2011) :

1) Teori Genetik

Berdasarkan pada teori ini preeklampsia merupakan penyakit yang dapat diturunkan atau bersifat heriditer, faktor genetik menunjukkan kecenderungan meningkatnya frekuensi preeklampsi pada anak-anak dari ibu yang menderita preeklampsia, serta peran Renin-Angiotensin-Aldosteron-System (RAAS) dimana enzim renin merupakan enzim yang dihasilkan oleh ginjal dan berfungsi untuk meningkatkan tekanan darah bekerja sama dengan hormon aldosteron dan angiotensin lalu membentuk sistem.

2) Teori Immunologis

Preeklampsia sering terjadi pada kehamilan pertama dan jarang timbul pada kehamilan berikutnya. Hal ini dapat diterangkan bahwa pada kehamilan pertama pembentukan blocking antibodies terhadap antigen plasenta tidak sempurna.

3) Teori Prostaglandin & Tromboksan

Pada preeklampsia didapatkan kerusakan pada endotel vaskuler, sehingga terjadi penurunan produksi prostaglandin yang pada kehamilan normal meningkat, aktifitas penggumpalan dan fibrinolisis, yang

kemudian akan diganti trombin dan plasmin. Trombin akan mengkonsumsi antitrombin mentebabkan pelepasan tromboksan dan serotonin, sehingga terjadi vasospasme dan kerusakan endotel.

Menurut Marianti (2017) selain Primigravida, Kehamilan Ganda serta Riwayat Preeklampsia, beberapa faktor lainnya yang bisa meningkatkan resiko preeklamsia antara lain adalah :

- 1) Malnutrisi Berat.
- 2) Riwayat penyakit seperti : Diabetes Mellitus, Lupus, Hypertensi dan Penyakit Ginjal.
- 3) Jarak kehamilan yang cukup jauh dari kehamilan pertama.
- 4) Usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun.
- 5) Obesitas.
- 6) Riwayat keluarga dengan preeklampsia.

4. Manifestasi Klinis

Tanda klinis utama dari preeklampsia adalah tekanan darah yang terus meningkat, peningkatan tekanan darah mencapai 140/90 mm Hg atau lebih atau sering ditemukan nilai tekanan darah yang tinggi dalam 2 kali pemeriksaan rutin yang terpisah. Selain hipertensi, tanda klinis dan gejala lainnya dari preeklamsia adalah :

- 1) Tekanan darah sekurang-kurangnya 160 mmHg sistolik atau 110 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit menggunakan lengan yang sama.
- 2) Trombositopenia : trombosit < 100.000 / mikroliter.

- 3) Nyeri di daerah epigastrik / regio kanan atas abdomen.
- 4) Edema Paru.
- 5) Didapatkan gejala neurologis : stroke, nyeri kepala, gangguan visus.
- 6) Oligohidramnion

Beberapa penelitian terbaru menunjukkan rendahnya hubungan antara kuantitas protein urin terhadap luaran preeklampsia, sehingga kondisi protein urin masif (lebih dari 5 g) telah dieleminasi dari kriteria pemberatan preeklampsia (preeklampsia berat). Kriteria terbaru tidak lagi mengkategorikan lagi preeklampsia ringan, dikarenakan setiap preeklampsia merupakan kondisi yang berbahaya dan dapat mengakibatkan peningkatan morbiditas dan mortalitas secara signifikan dalam waktu singkat (POGI, 2016).

5. Patofisiologi

Pada preeklampsia terjadi spasme pembuluh darah yang disertai dengan retensi air dan garam. Pada biopsi ginjal ditemukan spasme hebat arteriola glomerulus. Pada beberapa kasus, lumen aretriola sedemikian sempitnya sehingga nyata dilalui oleh satu sel darah merah. Jadi jika semua arteriola di dalam tubuh mengalami spasme maka tekanan darah akan naik, sebagai usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigen jaringan dapat dicukupi. Sedangkan kenaikan berat badan dan edema yang disebabkan oleh penimbunan air yang berlebihan dalam ruangan interstisial belum diketahui sebabnya, mungkin karena retensi air

dan garam. Proteinuria dapat disebabkan oleh spasme arteriola sehingga terjadi perubahan pada glomerulus.

Vasokonstriksi merupakan dasar patogenesis preeklampsia yang dapat menimbulkan peningkatan total perifer resisten dan menimbulkan hipertensi. Adanya vasokonstriksi juga akan menimbulkan hipoksia pada endotel setempat, sehingga terjadi kerusakan endotel, kebocoran arteriola disertai perdarahan mikro tempat endotel.

Pada preeklampsia serum antioksidan kadarnya menurun dan plasenta menjadi sumber terjadinya peroksidase lemak. Sedangkan pada wanita hamil normal, serumnya mengandung transferin, ion tembaga dan sulfhidril yang berperan sebagai antioksidan yang cukup kuat. Peroksidase lemak beredar dalam aliran darah melalui ikatan lipoprotein. Peroksidase lemak ini akan sampai ke semua komponen sel yang dilewati termasuk sel-sel endotel tersebut. Rusaknya sel-sel endotel tersebut akan mengakibatkan antara lain ; adhesi dan agregasi trombosit, gangguan permeabilitas lapisan endotel terhadap plasma, terlepasnya enzim lisosom, tromboksan dan serotonin sebagai akibat rusaknya trombosit. Produksi tetrasiklin terhenti, terganggunya keseimbangan prostasiklin dan tromboksan, terjadi hipoksia plasenta akibat konsumsi oksigen dan peroksidase lemak (Nuraini, 2011).

6. Komplikasi

Komplikasi yang terberat dari preeklampsia adalah kematian ibu dan janin, namun beberapa komplikasi yang dapat terjadi baik pada ibu maupun janin adalah sebagai berikut (Marianti, 2017) :

1) Bagi Ibu

- a. Sindrom *HELLP* (*Haemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count*), adalah sindrom rusaknya sel darah merah, meningkatnya enzim liver, dan rendahnya jumlah trombosit.
- b. Eklamsia, preeklamsia bisa berkembang menjadi eklamsia yang ditandai dengan kejang-kejang.
- c. Penyakit kardiovaskular, risiko terkena penyakit yang berhubungan dengan fungsi jantung dan pembuluh darah akan meningkat jika mempunyai riwayat preeklamsia.
- d. Kegagalan organ, preeklamsia bisa menyebabkan disfungsi beberapa organ seperti, paru, ginjal, dan hati.
- e. Gangguan pembekuan darah, komplikasi yang timbul dapat berupa perdarahan karena kurangnya protein yang diperlukan untuk pembekuan darah, atau sebaliknya, terjadi penggumpalan darah yang menyebar karena protein tersebut terlalu aktif.
- f. Solusio plasenta, lepasnya plasenta dari dinding rahim sebelum kelahiran dapat mengakibatkan perdarahan serius dan kerusakan plasenta, yang akan membahayakan keselamatan wanita hamil dan janin.

- g. Stroke hemoragik, kondisi ini ditandai dengan pecahnya pembuluh darah otak akibat tingginya tekanan di dalam pembuluh tersebut. Ketika seseorang mengalami perdarahan di otak, sel-sel otak akan mengalami kerusakan karena adanya penekanan dari gumpalan darah, dan juga karena tidak mendapatkan pasokan oksigen akibat terputusnya aliran darah, kondisi inilah yang menyebabkan kerusakan otak atau bahkan kematian.

2) Bagi Janin

- a. Prematuritas.
- b. Kematian Janin.
- c. Terhambatnya pertumbuhan janin.
- d. Asfiksia Neonatorum.

7. Pemeriksaan Penunjang

Beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada preeklampsia adalah sebagai berikut (Abiee, 2012) :

1) Pemeriksaan Laboratorium

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

Ditemukan protein dalam urine.

- c. Pemeriksaan Fungsi hati
 - a) Bilirubin meningkat (N= < 1 mg/dl).
 - b) LDH (laktat dehidrogenase) meningkat.
 - c) Aspartat aminomtransferase (AST) > 60 ul.
 - d) Serum Glutamat piruvat transaminase (SGPT) meningkat (N= 15-45 u/ml).
 - e) Serum glutamat oxaloacetic trasaminase (SGOT) meningkat (N= <31 u/l).
 - f) Total protein serum menurun (N= 6,7-8,7 g/dl)
- d. Tes kimia darah
 - Asam urat meningkat (N= 2,4-2,7 mg/dl)

2) Radiologi

- a. Ultrasonografi

Ditemukan retardasi pertumbuhan janin intra uterus. Pernafasan intrauterus lambat, aktivitas janin lambat, dan volume cairan ketuban sedikit.
- b. Kardiotografi

Diketahui denyut jantung janin lemah.

8. Penatalaksanaan

Menurut (Pratiwi, 2017) penatalaksanaan pada preeklamsi adalah sebagai berikut :

- 1) Tirah Baring miring ke satu posisi.
- 2) Monitor tanda-tanda vital, refleks dan DJJ.

- 3) Diet tinggi kalori, tinggi protein, rendah karbohidrat lemak dan garam.
- 4) Pemenuhan kebutuhan cairan : Jika jumlah urine < 30 ml/jam pemberian cairan infus Ringer Laktat 60-125 ml/jam.
- 5) Pemberian obat-obatan sedative, anti hipertensi dan diuretik.
- 6) Monitor keadaan janin (Aminoscapy, Ultrasografi).

Monitor tanda-tanda kelahiran persiapan kelahiran dengan induksi partus pada usia kehamilan diatas 37 minggu.

B. Konsep Dasar *Sectio Caesaria*

1. Pengertian

Sectio caesarian adalah suatu tindakan pembedahan guna melahirkan anak melalui insisi dinding perut abdomen dan uterus (Oxorn & Forte, 2010). Sedangkan menurut Sarwono, (2011) *Sectio Caesarian* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram.

2. Anatomi dan Fisiologi

1) Anatomi dan Fisiologi Sistem Reproduksi

Anatomi fisiologi sistem reproduksi wanita dibagi menjadi 2 bagian yaitu: alat reproduksi wanita bagian dalam yang terletak di dalam rongga pelvis, dan alat reproduksi wanita bagian luar yang terletak di perineum (Bobak, 2010).

a. Struktur Eksterna

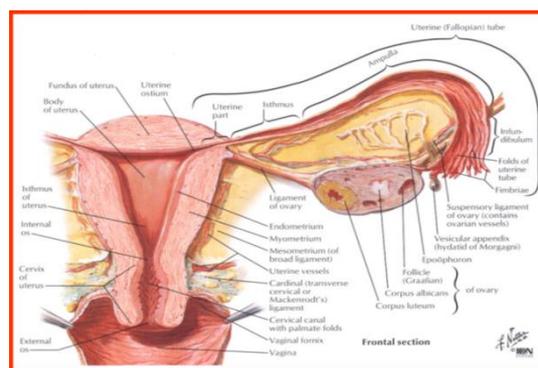


Gambar. 2.1 Sumber (Wijayanti, 2009)

- a) Vulva adalah penutup atau pembungkus yang berbentuk lonjong, berukuran panjang, mulai klitoris, kanan kiri dibatasi bibir kecil sampai ke belakang dibatasi perineum.
- b) Mons Pubis atau mons veneris merupakan jaringan lemak subkutan berbentuk bulat yang lunak dan padat serta merupakan jaringan ikat jarang di atas simfisis pubis.
- c) Labia Mayora adalah dua lipatan kulit panjang melengkung yang menutupi lemak dan jaringan kulit yang menyatu dengan mons pubis.
- d) Labia Minora terletak diantara dua labia mayora merupakan lipatan kulit yang panjang, sempit, tidak berambut yang memanjang ke arah dari bawah klitoris dan menyatu dengan fourchett.
- e) Klitoris adalah organ pendek berbentuk silinder dan yang terletak tepat di bawah arkus pubis. Jumlah pembuluh darah dan persarafan yang banyak membuat klitoris sangat sensitif terhadap suhu, sentuhan dan sensasi tekanan.

- f) Vestibulum suatu daerah yang berbentuk seperti perahu atau lojong, terletak di antara labia minora, klitoris dan fourchette.
- g) Perineum adalah daerah muskular yang ditutupi kulit antara introitus vagina dan anus. Perineum membentuk dasar badan perineum.

b. Struktur Interna



Gambar. 2.2 Sumber (Wijayanti, 2009)

- a) Ovarium terletak di setiap sisi uterus, di bawah dan di belakang tuba falopi. Dua ligamen mengikat ovarium pada tempatnya, yakni bagian mesovarium ligamen lebar uterus, yang memisahkan ovarium dari sisi dinding pelvis lateral kira-kira setinggi krista iliaka anterosuperior, dan ligamentum ovarii proprium, yang mengikat ovarium ke uterus.
- b) Tuba Falopii , sepasang tuba fallopi melekat pada fundus uterus. Tuba ini memanjang ke arah lateral, mencapai ujung bebas legamen lebar dan berlekuk-lekuk mengelilingi setiap ovarium.

c) Uterus adalah organ berdinding tebal, muskular, pipih, cekung yang tampak mirip buah pir yang terbalik. Uterus terdiri dari tiga bagian, fundus, korpus dan istmus. Vagina adalah suatu tuba berdinding tipis yang dapat melipat dan mampu meregang secara luas. Mukosa vagina berespon dengan cepat terhadap stimulasi estrogen dan progesteron.

2) Anatomi Fisiologi Kulit & Abdomen

- a. Lapisan Epidermis : Epidermis atau lapisan luar, terutama terdiri dari epitel skuamosa bertingkat. Lapisan luar terdiri dari keratin, protein bertanduk, Jaringan ini tidak memiliki pembuluh darah dan sel-selnya sangat rapat.
- b. Lapisan Dermis : Dermis adalah lapisan yang terdiri dari kolagen jaringan fibrosa dan elastin. Lapisan yang lebih dalam terletak pada jaringan subkutan dan fascia, lapisan ini mengandung pembuluh darah, pembuluh limfe dan saraf.
- c. Lapisan Subkutan : Lapisan ini mengandung sejumlah sel lemak, berisi banyak pembuluh darah dan ujung syaraf. Dalam hubungannya dengan tindakan *Sectio Caesarian*, lapisan ini adalah pengikat organ-organ yang ada di abdomen, khususnya uterus. Organ-organ di abdomen dilindungi oleh selaput tipis yang disebut peritonium. Dalam tindakan *Sectio Caesarian*, sayatan dilakukan dari kulit lapisan terluar (epidermis) sampai dinding uterus.

- d. Fasia : Di bawah kulit fascia superfisialis dibagi menjadi lapisan lemak yang dangkal, Camper's fascia, dan yang lebih dalam lapisan fibrosa. Para fascia transversalis dipisahkan dari peritoneum parietalis oleh variabel lapisan lemak. Fascias adalah lembar jaringan ikat atau mengikat bersama-sama meliputi struktur tubuh.
- e. Otot dinding perut anterior dan lateral : Rectus abdominis meluas dari bagian depan margo costalis di atas dan pubis di bagian bawah. Otot itu disilang oleh beberapa pita fibrosa dan berada didalam selubung. Linea alba adalah pita jaringan yang membentang pada garis tengah dari proceccuss xiphodius sternum ke simpisis pubis, memisahkan kedua musculus rectus abdominis.
- f. Otot dinding perut posterior : Quadrates lumbolus adalah otot pendek persegi pada bagian belakang abdomen, dari costa keduabelas diatas ke crista iliaca

3. Tipe -tipe *Sectio Caesaria*

Menurut Oxorn & Forte, (2010) tipe – tipe *Sectio Caesarian* yaitu :

1) Segmen bawah : insisi melintang

Tipe *Sectio Caesaria* ini memungkinkan abdomen dibuka dan uterus disingkapkan. Lipatan *vesicouterina (bladder flap)* yang terletak dengan sambungan segmen atas dan bawah uterus ditentukan dan disayat melintang, lipatan ini dilepaskan dari segmen bawah dan bersama-sama kandung kemih di dorong ke bawah serta ditarik agar

tidak menutupi lapang pandang. Keuntungan tipe ini adalah otot tidak dipotong tetapi dipisah kesamping sehingga dapat mengurangi perdarahan, kepala janin biasanya dibawah insisi sehingga mudah di ekstraksi. Kerugiannya adalah apabila segmen bawah belum terbentuk dengan baik, pembedahan melintang sukar dilakukan.

2) Segmen bawah : insisi membujur

Insisi membujur dibuat dengan skalpel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi. Keuntungan tipe ini yaitu dapat memperlebar insisi keatas apabila bayinya besar, pembentukan segmen bawah jelek, ada malposisi janin seperti letak lintang atau adanya anomali janin seperti kehamilan kembar yang menyatu. Kerugiannya adalah perdarahan dari tepi sayatan yang lebih banyak karena terpotongnya otot.

3) *Sectio Caesaria* secara klasik

Insisi longitudinal di garis tengah dibuat dengan skalpel ke dalam dinding anterior uterus dan dilebarkan keatas serta kebawah dengan gunting berujung tumpul. Indikasi pada tindakan ini bila bayi tercekam pada letak lintang, kasus *placenta previa anterior* serta malformasi uterus tertentu. Kerugiannya perdarahan lebih banyak karena *myometrium* harus dipotong, bayi sering diekstraksi bokong dahulu sehingga kemungkinan aspirasi cairan ketuban lebih besar serta insiden ruptur uteri pada kehamilan berikutnya lebih tinggi.

4) *Sectio Caesaria Extraperitoneal*

Pembedahan ini dikerjakan untuk menghindari perlunya histerektomi pada kasus-kasus yang mengalami infeksi luas dengan mencegah peritonitis generalisata yang sering bersifat fatal. Teknik pada prosedur ini relatif sulit, sering tanpa sengaja masuk kedalam *cavum peritoneal* dan insidensi cedera *vesica urinaria* meningkat.

5) *Histerektomi Caesaria*

Pembedahan ini merupakan *Sectio Caesaria* yang dilanjutkan dengan pengeluaran uterus. Indikasinya adalah perdarahan akibat atonia uteri setelah terapi konservatif gagal, perdarahan akibat placenta previa dan abruption placenta, ruptur uteri yang tidak dapat diperbaiki serta kasus kanker servik dan ovarium.

4. **Indikasi *Sectio Caesaria***

Tindakan *Sectio Caesaria* dilakukan apabila tidak memungkinkan dilakukan persalinan pervaginam disebabkan adanya resiko terhadap ibu atau janin dengan pertimbangan proses persalinan normal yang lama atau kegagalan dalam proses persalinan normal. Menurut Hartati & Maryunani, (2015) indikasi persalinan *Sectio Caesaria* dibagi menjadi :

- 1) Persalinan atas indikasi gawat ibu :
 - a. Proses persalinan normal yang lama atau kegagalan dalam proses persalinan.
 - b. Kondisi panggul sempit.
 - c. Plasenta menutupi jalan lahir.

- d. Komplikasi preeklampsia.
 - e. Ketuban Pecah Dini.
 - f. Bayi besar.
 - g. Kelainan letak
- 2) Persalinan atas indikasi gawat janin :
- a. Tali pusat menubung.
 - b. Infeksi intra partum.
 - c. Kehamilan kembar.
 - d. Kehamilan dengan kelainan kongenital.
 - e. Anomaly janin mislanya hidrosefalus.

5. Komplikasi

Komplikasi *Sectio Caesaria* menurut Oxorn & Forte, (2010) yaitu sebagai berikut :

- 1) Perdarahan yang terjadi karena adanya atonia uteri, pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeluarkan plasenta dan hematoma ligamentum latum.
- 2) Infeksi *Sectio Caesaria* bukan hanya terjadi di daerah insisi saja, tetapi dapat terjadi di daerah lain seperti traktus genitalia, traktus urinaria, paru-paru dan traktus respiratori atas.
- 3) Berkurangnya vaskuler bagian atas uterus sehingga dapat menyebabkan rupture uterus.
- 4) Ileus dan peritonitis.

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk *Sectio Caesaria* yaitu:

- 1) Laboratorium
 - a. Hemoglobin atau hematokrit (HB/HT) untuk mengkaji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan.
 - b. Leukosit (WBC) mengidentifikasi adanya infeksi.
 - c. Tes golongan darah, lama perdarahan, waktu pembekuan darah.
 - d. Urinalisis/kultur urine.
 - e. Pemeriksaan elektrolit.
- 2) Pemeriksaan ECG.
- 3) Pemeriksaan USG
- 4) Amniosentesis terhadap maturitas pari janin sesuai indikasi

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis post *Sectio Caesaria* antara lain sebagai berikut:

- 1) Pemberian cairan

Karena 6 jam pertama pasca operasi pasien masih puasa, maka pemberian cairan melalui intavena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 10%, garam fisiologi dan RL secara bergantian dan

jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

2) Diet

Pemberian cairan melalui infus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 - 10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

3) Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi :

- a. Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 - 10 jam setelah operasi.
- b. Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar.
- c. Hari kedua post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya.
- d. Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler).
- e. 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.

4) Kateterisasi

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

5) Pemberian obat-obatan

a. Antibiotik

Pemberian antibiotik dapat menurunkan resiko infeksi pada luka post *Secto Caesaria*, cara pemilihan dan pemberian antibiotic sangat berbeda-beda setiap institusi.

b. Analgetik

Untuk meredakan rasa nyeri post operasi, pemberian obat ini umumnya dibarengi dengan pemberian obat untuk memperlancar kerja saluran cerna.

c. Obat-obatan lain

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

6) Perawatan luka

Pada luka post operasi dilakukan perawatan untuk melihat kondisi balutan luka apakah ada rembesan darah atau cairan lainnya serta kondisi luka post operasi itu sendiri.

7) Pemeriksaan tanda-tanda vital

Identifikasi perubahan kondisi ibu pasca operasi untuk melihat adanya tanda-tanda infeksi, perdarahan serta kondisi lainnya.

8) Perawatan payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari I post operasi jika memungkinkan dan kondisi ibu sudah dapat mobilisasi penuh, maka dapat dilakukan management laktasi.

C. Konsep Dasar Post Partum

1. Pengertian

Post partum atau masa nifas (Purperium) adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat reproduksi kembali sampai ke keadaan normal sebelum hamil selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan (Bobak, 2010).

Postpartum adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih enam minggu (Supriyanti, 2017).

2. Etiologi

Penyebab persalinan menurut beberapa teori menghubungkan dengan faktor hormonal, struktur rahim, pengaruh tekanan pada saraf dan nutrisi, berikut beberapa faktor penyebab post partum, (Lisa Margareta, 2017) :

1) Teori Placenta Menjadi Tua

Turunnya kadar hormone estrogen dan progesteron menyebabkan kekejangan pembuluh darah yang menimbulkan kontraksi rahim.

2) Teori Penurunan Hormon

1-2 minggu sebelum partus mulai, terjadi penurunan hormon progesteron dan estrogen. Fungsi progesterone sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila progesteron turun.

3) Teori Iritasi Mekanik

Di belakang servik terlihat ganglion servikale (Fleksus Franterhauss). Bila ganglion ini digeser dan ditekan misalnya oleh kepala janin akan timbul kontraksi uterus.

4) Teori Distensi Rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang meyebabkan iskemik otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero-plasenta.

5) Induksi Partus

Dapat pula ditimbulkan dengan jalan ganggang laminaria yang dimasukkan kanalis servikalis dengan tujuan merangsang pleksus frankenhauser, amniotomi pemecahan ketuban.

3. Tahap – tahapan Post Partum

Masa post partum dibagi dalam tiga tahap sebagai berikut (Maryunani, 2016) :

1) Puerperium Dini (Immediate Puerperium)

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan masa kepulihan dimana ibu sudah diperbolehkan mobilisasi berdiri dan berjalan-jalan. Pada masa ini sering terjadi masalah misalnya Atonia Uteri oleh karenanya rutin dilakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah ibu dan suhu.

2) Puerperium Intermedial (Early Post Partum Period)

Masa puerperium minggu kedua sampai minggu keenam dimana terjadi masa pemulihan menyeluruh otot-otot dan alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu. Pada fase ini memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) Remote Puerperium (Late Post Partum Period)

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi, waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan atau tahunan.

4. Perubahan Fisiologis Post Partum

Pada post partum spontan akan terjadi perubahan fisiologis, berikut perubahan fisiologis yang dapat ditemukan pada ibu post partum:

1) Perubahan Sistem Reproduksi

- a. Perubahan uterus dimana uterus mengalami proses involusi akibat peningkatan kontraksi otot polos uterus segera setelah plasenta keluar. Dua belas jam pasca persalinan tinggi fundus uteri mencapai kurang lebih 1 cm diatas umbilikus. Beberapa hari kemudian perubahan involusi berlangsung dengan cepat. Pada hari ke enam post partum, fundus normal akan berada di pertengahan antara umbilikus dan simpisis pubis. Uterus mengeluarkan cairan sekret yang disebut lokia. Pada hari kedua pasca persalinan terdapat pengeluaran lokia rubra (kruenta), cairan yang keluar berwarna merah . Pada hari ke empat pasca persalinan, cairan yang keluar berwarna kecoklatan dan berlendir disebut lokia sanguinolenta. Kemudian cairan menjadi berwarna kuning kecoklatan disebut lokia serosa. Cairan berwarna putih kekuningan disebut dengan lokia alba, Lokia ini muncul selama 2-6 minggu pasca persalinan (Suherni, 2009).
- b. Serviks mengalami perubahan secara bertahap setelah melahirkan, menjadi lunak dan memendek setelah 18 jam persalinan. Serviks yang berdilatasi 10 cm saat melahirkan akan menutup secara bertahap setiap harinya. Hari keempat sampai keenam muara serviks berukuran lebih dari 2 cm.
- c. Vagina juga mengalami penekanan dan peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan. Hal ini mengakibatkan vagina

mengalami edema dan mungkin terjadi laserasi. Ukuran vagina akan kembali seperti sebelum hamil 6-8 minggu setelah melahirkan dan rugae akan kembali terlihat pada minggu keempat.

- d. Perineum terjadi edema dan eritema. Laserasi juga terjadi karena robek secara alami saat melahirkan atau sengaja dirobek untuk melebarkan jalan lahir. Pelebaran perineum dilakukan dengan cara episiotomy yang menimbulkan rasa ketidaknyamanan pada daerah perineum.

2) Sistem Pencernaan

Biasanya ibu akan mengalami konstipasi yang disebabkan karena otot-otot perut mengalami peregangan selama proses persalinan dan kurangnya asupan makanan berserat serta kurangnya aktivitas tubuh. Selain itu ibu merasa takut untuk buang air besar karena terdapat jahitan pada perineum. Buang air besar harus dilakukan 4 hari setelah persalinan. Jika masih terjadi konstipasi dapat diatasi dengan diet tinggi serat, peningkatan asupan cairan, dan ambulasi awal.

3) Sistem Perkemihan

Perubahan pada sistem perkemihan yaitu sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Penyebab keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih setelah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama

persalinan berlangsung. Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam satu sampai tiga hari setelah persalinan.

4) Sistem Endokrin

Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin, terutama pada hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut. Oksitosin disekresikan dari kelenjer otak bagian belakang. Selama tahap ketiga persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin. Hal tersebut membantu uterus kembali ke bentuk normal.

5) Perubahan tanda – tanda vital

Sehari setelah melahirkan suhu badan ibu akan mengalami kenaikan sedikit ($37,5 - 38^{\circ}\text{C}$) akibat kerja keras ketika melahirkan, kehilangan cairan, dan kelelahan. Biasanya pada hari ke-3 suhu badan naik lagi karena ada pembentukan ASI. Bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium (mastitis, tractus genitalis atau sistem lain). Denyut nadi normal pada orang dewasa adalah 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Tekanan darah biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah melahirkan karena adanya perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsi postpartum.

6) Perubahan Adaptasi Psikologis

Setelah persalinan yang merupakan pengalaman unik yang dialami ibu, masa nifas juga merupakan salah satu fase yang memerlukan adaptasi psikologis. Ikatan antara ibu dan bayi yang sudah lama terbentuk sebelum kelahiran akan semakin mendorong wanita untuk menjadi ibu yang sebenarnya. Inilah pentingnya rawat gabung atau rooming in pada ibu nifas agar ibu dapat leluasa menumbuhkan rasa kasih sayang kepada bayinya tidak hanya dari segi fisik seperti menyusui, mengganti popok saja tapi juga dari segi psikologis seperti menatap, mencium, menimang sehingga kasih sayang ibu dapat terus terjaga.

Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase sebagai berikut :

a. *Fase taking in*

Periode ketergantungan, fase ini dimulai hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir. Pada fase ini Ibu juga membutuhkan perlindungan dan pelayanan.

b. *Fase taking hold*

Fase yang berlangsung antara 3 - 10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai

perasaan sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah. Kita perlu berhati-hati menjaga komunikasi dengan ibu. Dukungan moral sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu.

c. *Fase letting go*

Periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Dimulai 10 setelah kelahiran. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap terjaga untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini. Ibu akan percaya diri dalam menjalani peran barunya. Sistem keluarga telah menyesuaikan diri dengan anggotanya yang baru. Tubuh pasien telah sembuh, perasaan rutusnya telah kembali dan kegiatan hubungan seksualnya telah dilakukan kembali (Setyaningrum, 2015).

5. Patofisiologi

Uterus pada waktu hamil penuh beratnya 11 kali berat sebelum hamil. Uterus akan mengalami proses involusi yang dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos. Proses involusi yang terjadi mempengaruhi perubahan dari berat uterus pasca melahirkan menjadi kira-kira 500 gram setelah 1 minggu pasca melahirkan dan menjadi 350 gram setelah 2 minggu pasca melahirkan. Satu minggu setelah melahirkan uterus berada di dalam panggul. Pada

minggu keenam, beratnya menjadi 50-60 gr. Peningkatan esterogen dan progesteron bertanggung jawab untuk pertumbuhan masif uterus selama hamil. Pada masa pasca partum penurunan kadar hormon menyebabkan terjadinya autolisis, merusak secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan. Sel-sel tambahan yang terbentuk selama masa hamil menetap. Inilah penyebab ukuran uterus sedikit lebih besar setelah hamil. Intesitas kontraksi otot polos uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, kondisi tersebut sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterin yang sangat besar.

Pada endometrium timbul trombosis, degenerasi dan nekrosis ditempat implantasi plasenta. Pada hari pertama endometrium yang kira-kira setebal 2-5 mm mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua dan selaput janin. Regenerasi endometrium terjadi dari sisa-sisa sel desidua basalis yang memakainya waktu 2 sampai 3 minggu.

Penurunan hormon human plasental lactogen, esterogen dan kortisol, serta placental enzyme insulinase membalik efek diabetagenik kehamilan. Sehingga kadar gula darah menurun secara bermakna pada masa puerperium. Kadar esterogen dan progesteron menurun secara mencolok setelah plasenta keluar, penurunan kadar esterogen berkaitan dengan pembengkakan payudara dan diuresis cairan ekstra seluler berlebih yang terakumulasi selama masa hamil.

Kadar prolaktin serum yang tinggi pada wanita menyusui berperan dalam menekan ovulasi. Karena kadar follikel-stimulating hormone

terbukti sama pada wanita menyusui dan tidak menyusui di simpulkan ovarium tidak berespon terhadap stimulasi FSH ketika kadar prolaktin meningkat.

6. Komplikasi

Perawat perlu memberikan informasi dan bimbingan pada ibu untuk dapat mengenali tanda-tanda bahaya pada masa nifas yang harus diperhatikan. Tanda-tanda bahaya yang perlu diperhatikan pada masa nifas ini adalah (Bobak, 2010) :

1) Perdarahan

Perdarahan post partum adalah kehilangan darah lebih dari 500 cc setelah kelahiran. Perdarahan post partum dapat diklasifikasi menurut kapan terjadinya, perdarahan dini terjadi 24 jam setelah melahirkan, perdarahan lanjut lebih dari 24 jam setelah melahirkan, syok hemoragik dapat berkembang cepat dan menjadi kasus lainnya. Tiga penyebab utama perdarahan antara lain : Atonia Uteri, Laserasi Jalan Lahir, Retensio Plasenta, Ruptur Uteri serta inversio Uteri.

2) Infeksi Puerperalis

Didefinisikan sebagai infeksi saluran reproduksi selama masa post partum. Ditandai adanya kenaikan suhu $> 38^{\circ}\text{C}$ dalam 2 hari selama 10 hari pertama post partum. Penyebab klasik adalah : streptococcus dan staphylococcus aureus dan organisasi lainnya.

3) Endometritis

Adalah infeksi dalam uterus paling banyak disebabkan oleh infeksi puerperalis. Bakteri vagina, pembedahan caesaria, ruptur membran memiliki resiko tinggi terjadinya endometritis.

4) Mastitis

Infeksi pada payudara. Bakteri masuk melalui fisura atau pecahnya puting susu akibat kesalahan tehnik menyusui, di awali dengan pembengkakan, mastitis umumnya di awali pada bulan pertama post partum.

5) Post Partum Depresi

Kasus ini kejadiannya berangsur-angsur, berkembang lambat sampai beberapa minggu, terjadi pada tahun pertama. Ibu bingung dan merasa takut pada dirinya. Tandanya antara lain, kurang konsentrasi, kesepian tidak aman, perasaan obsepsi cemas, kehilangan kontrol, dan lainnya. Wanita juga mengeluh bingung, nyeri kepala, gangguan makan, dysmenor, kesulitan menyusui, tidak tertarik pada sex, kehilanagan semangat.

7. Penatalaksanaan

- 1) Observasi 2 jam post partum untuk komplikasi perdarahan.
- 2) 6 – 8 jam pasca persalinan istirahat dan tidur tenang, usahakan miring kanan dan kiri.
- 3) Mobilisasi dimulai dengan latihan duduk lalu berjalan.

- 4) Diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup.
- 5) Perawatan Payudara :
 - a. Menjaga payudara tetap bersih dan terutama puting susu.
 - b. Menggunakan Bra yang menyokong payudara.
 - c. Apabila puting susu lecet, Oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali menyusui. Asi tetap dikeluarkan pada payudara yang lecet dan tetap diminumkan ke bayi menggunakan sendok. Menyusui tetap dilakukan pada puting susu yang tidak lecet.
 - d. Apabila payudara bengkak akibat pembendungan ASI lakukan pengompresan payudara dengan menggunakan kain basah dan hangat selama 5 menit.
 - e. Lakukan pengurutan pada payudara yang bengkak dari arah pangkal menuju puting susu. Lakukan selama 15 – 20 menit atau sampai bengkak berkurang.

D. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. Pengertian

Bayi baru lahir (Neonatus) normal adalah bayi yang baru lahir sampai usia 4 minggu dengan usia gestasi 38-42 minggu. Bayi lahir melalui jalan lahir dengan presentasi kepala secara spontan tanpa gangguan, menangis kuat, nafas secara spontan dan teratur, berat badan

antara 2500-4000 gram. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari (Widyawati, 2017).

Bayi baru lahir merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin (Anggraeni, 2011)

2. Ciri – Ciri Bayi Baru Lahir

Menurut (Indah, 2010) bayi baru lahir memiliki ciri – ciri sebagai berikut :

- 1) Bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri berat badan lahir 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, menghisap ASI dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan.
- 2) Bayi baru lahir normal memiliki panjang badan 48 – 52 Cm, lingkardada 30-38 cm, lingkarlengan 11-12 cm.
- 3) Bunyi jantung dalam menit pertama 180 x / menit yang kemudian turun sampai 140 x / menit hingga 120 x / menit pada waktu bayi berumur 30 menit.
- 4) Pernapasan 40 - 60 x / menit disertai dengan pernapasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan intercostals, serta rintihan hanya berlangsung 10 sampai 15 menit.
- 5) Lanugo tidak terlihat dan rambut kepala tumbuh sempurna, kuku agak panjang dan lemas.

- 6) Nilai apgar 7-10, refleks-refleks sudah terbentuk dengan baik (rooting, sucking, morro, grasping).
- 7) Organ genitalia organ genitalia pada bayi laki-laki testis sudah berada pada skrotum dan penis berlubang, pada bayi perempuan vagina dan uretra berlubang serta adanya labia minora dan mayora, labia mayora sudah menutupi labia minora.
- 8) Eliminasi baik urin dan mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium bewarna coklat kehijauan.

3. Adaptasi Fisiologi Neonatus

Perubahan – perubahan fisiologis pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut (Widyawati, 2017):

1) Perubahan sistem pernapasan / Respirasi

Selama dalam uterus, janin mendapatkan oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta dan paru paru berisi ± 20 cc / kgBB. Setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru paru. Walaupun janin memperlihatkan adanya gerakan napas sepanjang trimester II dan III. Paru-paru yang tidak matang akan mengurangi kelangsungan hidup bayi baru lahir sebelum usia 24 minggu. Hal ini disebabkan karena keterbatasan permukaan alveolus, ketidakmatangan sistem kapiler paru-paru dan tidak tercukupinya jumlah surfaktan. Faktor – faktor yang berperan pada rangsangan nafas pertama bayi adalah Hipoksia pada akhir persalinan, adanya kompresi paru - paru selama

persalinan yang merangsang masuknya udara ke dalam paru - paru secara mekanis, penimbunan CO₂ serta perubahan suhu.

2) Perubahan pada sistem peredaran darah / Sirkulasi

Setelah lahir darah bayi baru lahir harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan mengadakan sirkulasi melalui tubuh guna mengantarkan oksigen ke jaringan. Untuk membuat sirkulasi yang baik, kehidupan diluar rahim harus terjadi 2 perubahan besar yaitu penutupan foramen ovale pada atrium jantung dan perubahan duktus arteriosus antara paru-paru dan aorta. Perubahan sirkulasi ini terjadi akibat perubahan tekanan pada seluruh sistem pembuluh. Oksigen menyebabkan sistem pembuluh mengubah tekanan dengan cara mengurangi /meningkatkan resistensinya, sehingga mengubah aliran darah.

Dua peristiwa yang merubah tekanan dalam sistem pembuluh darah adalah :

a. Pada saat tali pusat dipotong

Resistensi pembuluh sistemik meningkat dan tekanan atrium kanan menurun. Tekanan atrium menurun karena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan tersebut. Hal ini menyebabkan penurunan volume dan tekanan atrium kanan itu sendiri. Kedua kejadian ini membantu darah dengan kandungan oksigen sedikit mengalir ke paru-paru untuk menjalani proses oksigenasi ulang.

b. Pernafasan pertama

Pernafasan pertama bayi menurunkan resistensi pada pembuluh darah paru-paru dan meningkatkan tekanan pada atrium kanan. Oksigen pada pernafasan ini menimbulkan relaksasi serta terbukanya sistem pembuluh darah paru. Peningkatan sirkulasi ke paru-paru mengakibatkan peningkatan volume darah disertai tekanan pada atrium kanan, dengan peningkatan tekanan atrium kanan dan penurunan pada atrium kiri, foramen ovale secara fungsional akan menutup. Vena umbilikus, duktus venosus dan arteri hipogastrika dari tali pusat menutup secara fungsional dalam beberapa menit setelah lahir dan setelah tali pusat diklem.

3) Perubahan Suhu / Termoregulasi

Pengendalian panas adalah cara kedua untuk menstabilkan fungsi pernafasan dan sirkulasi bayi. Termoregulasi adalah upaya mempertahankan keseimbangan pengeluaran panas. Bayi baru lahir belum dapat mengatur suhu tubuhnya, sehingga akan mengalami stress dengan adanya perubahan lingkungan dari dalam rahim ibu ke lingkungan luar yang suhunya lebih tinggi. Suhu dingin ini menyebabkan air ketuban menguap lewat kulit, pada lingkungan yang dingin, pembentukan suhu tanpa mekanisme menggigil merupakan usaha utama seorang bayi untuk mendapatkan kembali panas tubuhnya. Pembentukan suhu tanpa mekanisme menggigil ini

merupakan hasil penggunaan lemak coklat / brown fat untuk produksi panas. Lemak coklat terletak pada antara kedua scapula dan axila dan mampu meningkatkan panas tubuh sampai 100%. Untuk membakar lemak coklat, sering bayi harus menggunakan glukosa guna mendapatkan energi yang akan mengubah lemak menjadi panas. Lemak coklat tidak dapat diproduksi ulang oleh seorang bayi baru lahir. Cadangan lemak coklat ini akan habis dalam waktu singkat dengan adanya stress dingin. Semakin lama usia kehamilan semakin banyak persediaan lemak coklat bayi. Jika seorang bayi kedinginan, dia akan mulai mengalami hipoglikemia, hipoksia dan asidosis. Sehingga upaya pencegahan kehilangan panas merupakan prioritas utama dan tenaga kesehatan berkewajiban untuk meminimalkan kehilangan panas pada bayi baru lahir.

4) Hematologi

Hemoglobin bayi lebih banyak dari orang dewasa yaitu 14,5 – 22, 5 g/dl, tetapi merupakan hemoglobin Fe yaitu hemoglobin yang usianya lebih pendek dari orang dewasa (40-90 hari). Dengan simpanan Fe selama dalam kandungan, bayi akan membuat Hemoglobin yang baru, simpanan Fe dapat dipertahakan sampai usia 5 bulan.

5) Perubahan Sistem Renal

Pada usia kehamilan empat bulan, ginjal bayi sudah terbentuk dan sudah bisa memproduksi urine. Urine akan dikeluarkan kedalam

cairan amnion. Fungsi renal seperti orang dewasa baru bisa dipenuhi saat bayi berusia 2 bulan. Saat lahir biasanya bayi akan BAK sedikit dan kemudian tidak BAK selama 12 – 24 jam, kemudian akan BAK 6-10 x/jam. Urine berwarna kuning dan berjumlah 15-60 cc.KgBB.

6) Perubahan sistem Gastrointestinal

Sebelum lahir, janin cukup bulan akan mulai menghisap dan menelan. Reflek gumoh dan reflek batuk yang matang sudah terbentuk baik pada saat lahir. Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan (selain susu) masih terbatas. Hubungan antara esofagus bawah dan lambung masih belum sempurna yang mengakibatkan “gumoh” pada bayi baru lahir dan neonatus, kapasitas lambung masih terbatas kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. Kapasitas lambung ini akan bertambah secara lambat bersamaan dengan tumbuhnya bayi baru lahir.

7) Sistem Hepatika

Liver dan gall bladder dibentuk pada saat usia kehamilan 4 bulan. Liver dapat diraba pada bayi baru lahir 1 cm dibawah costa kanan karena liver memenuhi $\pm 40\%$ kavitas abdomen. 50 % bayi aterm mengalami hyperbilirubinemia yang fisiologis sebagai akibat frekuensi produksi bilirubin yang tinggi dari pemecahan RBC yang lebih banyak dari dewasa, selain itu ada sejumlah bilirubin yang diserap kembali dari usus halus.

8) Sistem Imunologi

Sistem imunologi pada bayi baru berkembang pada fase awal ekstra uterin dan belum aktif sampai dengan beberapa bulan. Selama 3 bulan pertama, bayi dilindungi oleh imunitas pasif dari ibu.

9) Sistem Integumen

Vernix caseosa, suatu lapisan putih seperti keju menutupi kulit bayi saat lahir. Fungsinya masih belum jelas, namun dalam 24 jam vernix caseosa akan diabsorpsi kulit dan hilang seluruhnya, jadi tidak perlu dibersihkan.

10) Sistem Reproduksi

a. Perempuan :

- a) Ovarium sudah berisi ribuan sel-sel primitive (folikel primordial).
- b) Peningkatan estrogen selama kehamilan diikuti dengan penurunan yang tiba-tiba saat kelahiran menyebabkan terjadinya pengeluaran darah atau mucus dari vagina disebut pseudomenstruasi.
- c) Genitalia eksterna edema dan hiperpigmentasi.
- d) Labia mayor dan minor sudah menutupi vestibulum.
- e) Vernix caseosa terdapat di kedua labia.

b. Laki – laki :

- a) Testis sudah turun ke dalam skrotum pada 90% bayi.
- b) Spermatogenesis belum terjadi, baru terjadi saat pubertas.

- c) Sering terjadi hidrieles yaitu akumulasi cairan disekitar testis yang kemudian hilang dengan sendirinya.

11) Sitem Muskuloskeletal

Pertumbuhan tulang terjadi cephalocaudal. Kepala mempunyai panjang $\frac{1}{4}$ dari panjang badan bayi, dengan lengan lebih panjang sedikit dari kaki. Ukuran bentuk kepala dapat sedikit berubah akibat penyesuaian dengan jalan lahir disebut molding.

4. Asuhan Bayi Baru Lahir

Menurut (Kumalasari, 2014) tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir adalah sebagai berikut :

- 1) Mencapai dan mempertahankan jalan nafas dan mendukung pernafasan.
- 2) Mempertahankan kehangatan dan mencegah hipotermia.
- 3) Memastikan keamanan dan mencegah cedera dan infeksi.
- 4) Mengidentifikasi masalah-masalah actual atau potensial yang memerlukan perhatian segera.
- 5) Memfasilitasi terbinanya hubungan dekat orang tua dan bayi.
- 6) Membantu orang tua dalam mengembangkan sikap sehat tentang praktik membesarkan anak.
- 7) Memberikan informasi kepada orang tua tentang perawatan bayi baru lahir.

Asuhan pada neonatus diberikan pada bayi segera setelah lahir untuk mengetahui apakah transisi dari kehidupan intrauterine ke

ekstrauterine berjalan dengan lancar dan tidak ada kelainan. Pemeriksaan medis komprehensif dilakukan dalam 24 jam pertama kehidupan dan dilanjutkan dengan pemeriksaan rutin neonatus. Asuhan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut :

1) Pencegahan Infeksi

Pencegahan infeksi merupakan penatalaksanaan awal yang harus dilakukan pada bayi baru lahir karena bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi. Upaya yang dilakukan untuk pencegahan terjadinya infeksi pada bayi baru lahir diantaranya adalah :

a. Pencegahan Infeksi Pada Tali Pusat

Upaya ini dilakukan dengan cara merawat tali pusat yang berarti menjaga agar luka tersebut tetap bersih, tidak terkena air kencing dan kotoran bayi. Pemakaian popok bayi diletakan disebelah bawah tali pusat. Apabila tali pusat kotor, cuci luka tali pusat dengan air bersih yang mengalir dengan sabun, segera di keringkan dengan kain kasa kering dan di bungkus dengan kasa tipis yang steril dan kering. Dilarang membubuhkan atau mengoleskan ramuan, abu dapur dan sebagainya pada luka tali pusat, sebab akan menyebabkan infeksi dan tetanus yang dapat berakhir dengan kematian neonatal. Tanda-tanda infeksi tali pusat yang harus di waspadai antara lain kulit sekitar tali pusat berwarna kemerahan, ada pus / nanah dan berbau busuk. Mengawasi dan segera melaporkan ke dokter jika pada tali pusat

di temukan perdarahan, pembengkakan, keluar cairan, tampak merah atau bau busuk.

b. Pencegahan Infeksi Pada Kulit

Beberapa cara yang di ketahui yang dapat mencegah terjadinya infeksi pada kulit bayi baru lahir atau penyakit infeksi lain adalah meletakkan bayi di dada ibu agar terjadi kontak kulit langsung ibu dan bayi, sehingga menyebabkan terjadi kolonisasi mikroorganisme yang ada di kulit dan saluran pencernaan bayi dengan mikroorganisme ibu yang cenderung bersifat nonpatogen, serta adanya zat antibodi bayi yang sudah terbentuk dan terkandung dalam air susu ibu.

c. Pencegahan Infeksi Pada Mata Bayi

Cara mencegah infeksi pada mata bayi baru lahir adalah merawat mata bayi baru lahir dengan mencuci tangan terlebih dahulu, membersihkan kedua mata segera setelah lahir dengan kapas atau sapu tangan halus dan bersih yang telah di bersihkan dengan air hangat. Dalam waktu 1 jam setelah bayi lahir, berikan salep obat tetes mata untuk mencegah oftalmia neonatrum (tetrasklin 1%, Eritrosmin 0,5% atau Nitras Argensi 1%), biarkan obat tetap pada mata bayi dan obat yang ada di sekitar mata jangan dibersihkan. Setelah selesai merawat mata bayi, cuci tangan kembali.

d. Imunisasi

Pada daerah resiko tinggi infeksi tuberkulosis, imunisasi BCG harus di berikan pada bayi segera setelah lahir. Pemberian dosis pertama tetesan polio di anjurkan pada bayi segera setelah lahir atau pada umur 2 minggu. Maksud pemberian imunisasi polio secara dini adalah untuk meningkatkan perlindungan awal. Imunisasi Hepatitis B sudah merupakan program nasional, meskipun pelaksanaannya di lakukan secara bertahap. Pada daerah resiko tinggi, pemberian imunisasi Hepatitis B di anjurkan pada bayi segera setelah lahir.

2) Melakukan Penilaian dan Inisiasi Pernapasan Spontan

Segera setelah bayi lahir, maka perlu dilakukan upaya inisiasi pernafasan spontan (0-30 detik) secara cepat dan tepat, dengan langkah-langkah :

- a. Melakukan penilaian kondisi bayi baru lahir secara cepat dan tepat, bayi diletakkan diatas perut ibu yang dilapisi dengan handuk. Pertanyaan yang perlu dipertimbangkan, yaitu
 - a) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekoneum ?
 - b) Apakah bayi bernafas spontan ?
 - c) Apakah kulit bayi berwarna kemerahan ?
 - d) Apakah tonus/ kekuatan otot bayi cukup ?
 - e) Apakah kehamilan ini cukup bulan ?

Bila kelima pertanyaan diatas jawabannya “ ya “, maka bayi dapat diberikan kepada ibunya untuk segera menciptakan hubungan emosional, kemudian dilakukan asuhan Bayi Baru Lahir Normal.

- b. Melakukan rangsangan taktil untuk mengaktifkan refleks pada tubuh bayi baru lahir. Salah satu teknik dalam melakukan rangsangan adalah dengan mengeringkan bayi. Cara ini dapat merangsang pernafasan spontan pada bayi yang sehat. Rangsangan taktil harus dilakukan secara lembut dan hati-hati. Rangsangan taktil yang dapat dilakukan, adalah :

- a) Dengan lembut gosok punggung, tubuh, kaki atau tangan (ekstremitas) 1 atau 2 kali.
- b) Dengan lembut, tepuk atau sentil telapak kaki bayi (1 atau 2 kali).

Rangsangan yang kasar, keras, atau terus menerus, tidak akan banyak menolong , malahan dapat membahayakan bayi.

3) Membebaskan Jalan Nafas

Apabila bayi tidak langsung menangis setelah dilakukan inisiasi pernapasan spontan, segera membersihkan jalan nafas dengan cara sebagai berikut:

- a. Letakkan bayi pada posisi terlentang di tempat yang keras dan hangat.

- b. Gulung sepotong kain dan letakkan di bawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk. Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah ke belakang.
 - c. Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokkan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kassa steril.
 - d. Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar.
 - e. Alat penghisap lendir mulut (De Lee) atau alat penghisap lainnya yang steril, tabung oksigen dengan selangnya harus sudah ditempat
 - f. Segera lakukan usaha menghisap mulut dan hidung.
 - g. Memantau dan mencatat usaha bernapas yang pertama (Apgar Score).
 - h. Warna kulit, adanya cairan atau mekonium dalam hidung atau mulut harus diperhatikan.
- 4) Pencegahan Kehilangan Panas

Mekanisme kehilangan panas pada neonatus sebagai berikut :

- a. Evaporasi

Penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan.

b. Konduksi

Kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin, meja, tempat tidur, timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi bila bayi diletakkan di atas benda-benda tersebut.

c. Konveksi

Kehilangan panas tubuh terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin, suhu ruangan yang dingin, adanya aliran udara dari kipas angin, hembusan udara melalui ventilasi, atau pendingin ruangan.

d. Radiasi

Kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi, karena benda-benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung).

5) Merawat Tali Pusat

- a. Setelah plasenta dilahirkan dan kondisi ibu dianggap stabil, ikat atau jepitkan klem plastik tali pusat pada puntung tali pusat.
- b. Celupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 % untuk membersihkan darah dan sekresi tubuh lainnya.
- c. Bilas tangan dengan air matang atau disinfeksi tingkat tinggi.

- d. Keringkan tangan (bersarung tangan) tersebut dengan handuk atau kain bersih dan kering.
 - e. Ikat ujung tali pusat sekitar 1 cm dari pusat bayi dengan menggunakan benang disinfeksi tingkat tinggi atau klem plastik tali pusat (disinfeksi tingkat tinggi atau steril). Lakukan simpul kunci atau jepitankan secara mantap klem tali pusat tertentu.
 - f. Jika menggunakan benang tali pusat, lingkarkan benang sekeliling ujung tali pusat dan dilakukan pengikatan kedua dengan simpul kunci dibagian tali pusat pada sisi yang berlawanan.
 - g. Lepaskan klem penjepit tali pusat dan letakkan di dalam larutan klorin 0,5%.
 - h. Selimuti ulang bayi dengan kain bersih dan kering, pastikan bahwa bagian kepala bayi tertutup dengan baik.
- 6) Mempertahankan Suhu Tubuh Bayi

Pada waktu lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus di bungkus hangat. Suhu tubuh bayi merupakan tolok ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya sudah stabil. Suhu bayi harus dicatat. Pencegah terjadinya kehilangan panas dengan keringkan bayi dan segera selimuti bayi menggunakan selimut atau kain bersih, kering dan hangat, tutup bagian kepala bayi. Anjurkan ibu untuk memeluk

dan menyusukan bayinya, tempatkan bayi di lingkungan yang hangat.

7) Pencegahan Perdarahan

Memberikan vitamin K untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir normal atau cukup bulan perlu di beri vitamin K per oral 1 mg / hari selama 3 hari, dan bayi beresiko tinggi di beri vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 mg IM.

8) Identifikasi Bayi

Alat pengenalan untuk memudahkan identifikasi bayi perlu di pasang segera pasca persalinan. Alat yang digunakan, hendaknya kebal air, dengan tepi yang halus tidak mudah melukai, tidak mudah sobek dan tidak mudah lepas. Pada alat atau gelang identifikasi harus tercantum nama (bayi, nyonya), tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin, unit, nama lengkap ibu. Di setiap tempat tidur harus diberi tanda dengan mencantumkan nama, tanggal lahir, nomor identifikasi.

E. Konsep Masalah Keperawatan

1. Pengertian

Masalah Keperawatan atau Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan mengidentifikasi respon individu, keluarga, dan komunitas terhadap

situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2. Komponen Masalah Keperawatan

Dalam konsep masalah keperawatan terdapat dua komponen utama yaitu masalah (problem) atau label diagnosis dan indikator diagnostik. Dalam perumusan masalah keperawatan pada dibagi menjadi 3 yaitu aktual, risiko, dan potensial. Masing-masing komponen diagnosis diuraikan sebagai berikut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017):

1) Masalah (Problem)

Masalah merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya. Label diagnosis terdiri atas Deskriptor atau penjabar dan fokus diagnostik.

2) Indikator Diagnostik

Indikator diagnostik terdiri atas penyebab, tanda/gejala, dan faktor risiko dengan uraian sebagai berikut :

- a. Penyebab (Etiology) merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan. Etiologi dapat mencakup empat kategori yaitu fisiologis, biologis atau psikologis, efek samping terapi/tindakan, situasional (lingkungan antar personal), maturasional.
- b. Tanda (sign) dan Gejala (Symptom). Tanda merupakan data objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan

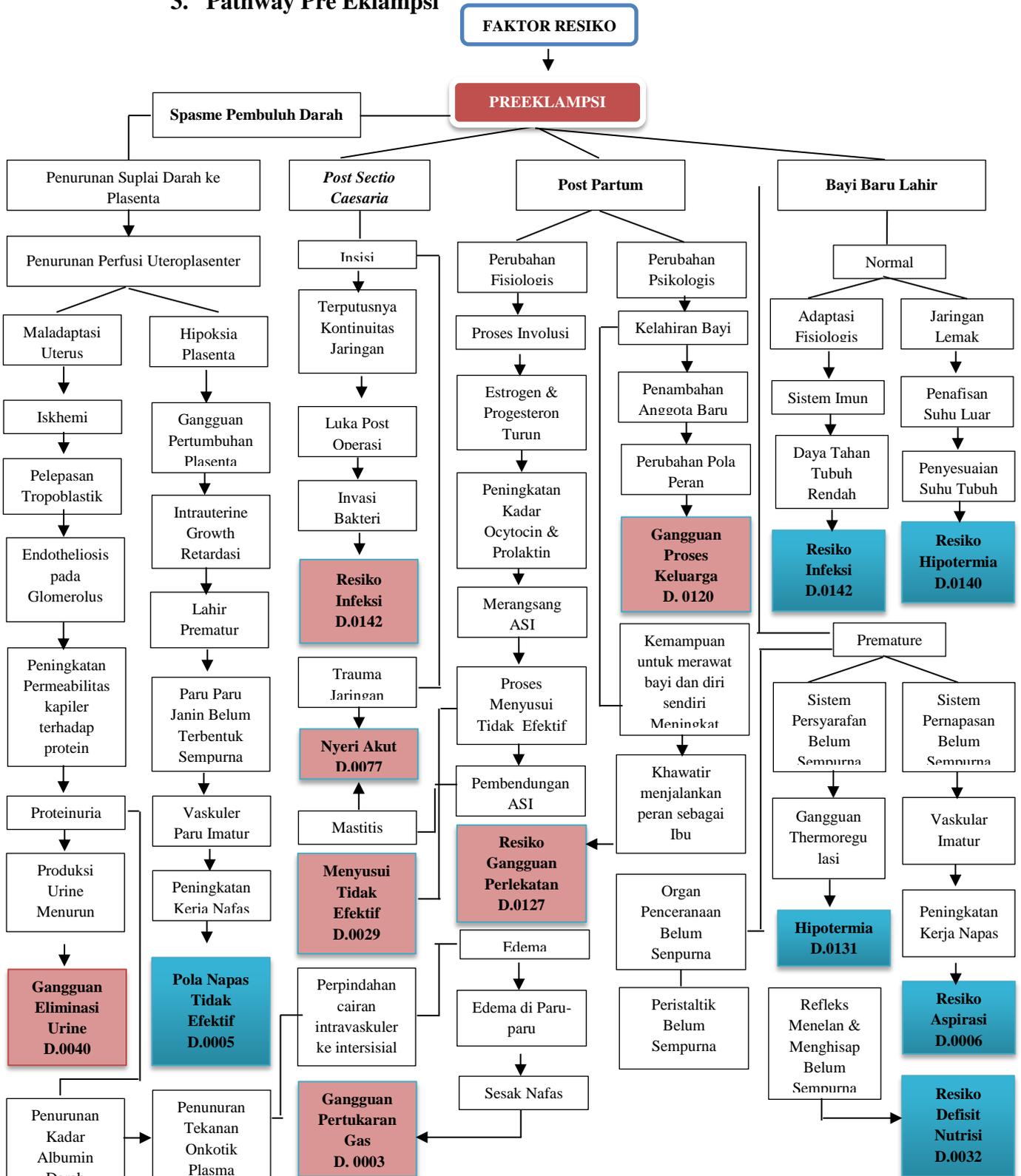
laboratorium dan prosedur diagnostic, sedangkan gejala merupakan data subjektif yang diperoleh dari hasil anamnesis.

Tanda/ gejala dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu :

- a) Kriteria mayor adalah tanda dan gejala yang ditemukan sekitar 80%-100% untuk validasi diagnosa.
 - b) Kriteria Minor adalah tanda dan gejala yang tidak harus ditemukan, namun dapat mendukung penegakan diagnosis.
- c. Faktor Resiko

Merupakan kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan klien mengalami masalah kesehatan. Pada diagnosa resiko tidak memiliki penyebab dan tanda/gejala, hanya memiliki faktor resiko.

3. Pathway Pre Eklampsi



Bagan 2.1

Sumber : (Marliana & Hani, 2018), (Tim Pokja Siki DPP PPNI, 2018)

4. Masalah Keperawatan pada Pasien Dengan Pre Eklampsia.

1) Masalah Keperawatan Pada Ibu.

a. Gangguan Pertukaran Gas (D.0003)

a) Definisi : Kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan/atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler.

b) Penyebab : Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi.

c) Batasan Karakteristik :

(1) Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnose gangguan pertukaran gas antara lain pasien mengeluh sesak napas, denyut nadi cepat serta adanya bunyi napas tambahan.

(2) Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnose gangguan pertukaran gas antara lain pasien mengeluh pusing, penglihatan kabur, dan pasien tampak gelisah.

b. Nyeri Akut (D.0077)

a) Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

b) Penyebab : Agen pencedera fisiologis (Peradangan : mastitis)

c) Batasan Karakteristik :

- (1) Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnose nyeri akut antara lain pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur.
- (2) Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnose nyeri akut antara lain tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri dan diaphoresis.

c. Gangguan Eliminasi Urine (D.0040)

- a) Definisi : Disfungsi eliminasi urine
- b) Penyebab : Penurunan kapasitas kandung kemih.
- c) Batasan Karakteristik : Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnose gangguan eliminasi urine antara lain pasien mengeluh berkemih tidak tuntas serta adanya distensi kandung kemih.

d. Resiko Infeksi (D.0142)

- a) Definisi : Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.
- b) Faktor Resiko : Efek prosedur invasive

e. Menyusui Tidak Efektif (D.0029)

a) Definisi : Kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui.

b) Penyebab : Agen pencedera fisik (antara lain; ketidakadekuatan refleks menghisap bayi dan payudara ibu bengkak)

c) Batasan Karakteristik :

(1) Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnose menyusui tidak efektif antara lain pasien mengeluh nyeri dan atau lecet pada payudara dan bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu.

(2) Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnose menyusui tidak efektif antara lain bayi menghisap tidak terus menerus, bayi menangis saat disusui serta bayi menolak untuk menghisap.

f. Gangguan Proses Keluarga (D.0120)

a) Definisi : Perubahan dalam hubungan atau fungsi keluarga.

b) Penyebab : Perubahan peran keluarga

c) Batasan Karakteristik :

(1) Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnose gangguan proses keluarga antara lain keluarga tidak mampu beradaptasi terhadap situasi

dan tidak mampu berkomunikasi secara terbuka diantara anggota keluarga.

- (2) Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnose gangguan proses keluarga antara lain keluarga mengeluh tidak mampu mengungkapkan perasaan secara leluasa dan keluarag tidak mampu memenuhi kebutuhan fisik/emosional/spiritual anggota keluarga.

g. Resiko Gangguan Perlekatan (D.0127)

- a) Definisi : Beresiko mengalami gangguan interaksi antara orang tua dengan bayi yang dapat mempengaruhi proses asah, asih dan asuh.
- b) Faktor Resiko : Khawatir menjalankan peran sebagai orang tua, ketidakmampuan orang tua memenuhi kebutuhan bayi, Prematuritas.

2) Masalah Keperawatan pada bayi

a. Pola nafas tidak efektif (D.0005)

- a) Definisi : Inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.
- b) Penyebab : Deformitas dinding dada.
- c) Batasan Karakteristik

- (1) Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnose pola nafas tidak efektif antara lain dipsnea,

penggunaan otot bantu pernafasan, fase ekspirasi memanjang, pola nafas abnormal.

- (2) Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnose pola nafas tidak efektif antara lain ortopnea, pernafasan cuping hidung, ventilasi semnit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun.

b. Resiko aspirasi (D.0006)

- a) Definisi : Beresiko mengalami masuknya sekresi gastrointestinal, sekresi orofaring, benda cair atau padat kedalam saluran trakeobronchial akibat disfungsi mekanisme protektif saluran nafas.
- b) Faktor Resiko : Ketidakmampuan koordinasi menghisap, menelan, dan bernafas.

c. Resiko Infeksi (D.0142)

- a) Definisi : Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.
- b) Faktor resiko : Ketidadekuatan pertahanan tubuh primer.

d. Resiko Hipotermi (D.0140)

- a) Definisi : Beresiko mengalami kegagalan termoregulasi yang dapat mengakibatkan suhu tubuh berada di bawah rentang normal.
- b) Faktor Resiko : Kurangnya lapisan lemak subkutan.

- e. Resiko Defisit Nutrisi (D.0032)
 - a) Definisi : Beresiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.
 - b) Faktor resiko : Ketidakmampuan menelan dan mencerna makanan.

F. Konsep Model Adaptasi Calista Roy

Teori adaptasi Roy pertama kali dikembangkan oleh Sister Calista Roy pada tahun 1964 – 1966 dan baru dioprasionalkan pada tahun 1968. Teori adaptasi memandang klien sebagai suatu sistem adaptasi dengan tujuan keperawatan membantu klien beradaptasi dan meningkatkan kesehatannya dengan cara mempertahankan perilaku adaptif serta merubah perilaku maladaptif. Ketidakmampuan beradaptasi terhadap tekanan lingkungan internal dan eksternal akan menyebabkan klien membutuhkan pelayanan kesehatan. Dalam memahami konsep model adaptasi, Roy menetapkan empat komponen elemen sentral paradigma keperawatan dalam model adaptasi tersebut yang terdiri dari manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan. Keempat elemen tersebut saling mempengaruhi satu sama lain karena merupakan suatu sistem (Hidayati, 2014).

1. Manusia

Roy mengemukakan bahwa manusia merupakan fokus utama yang menerima asuhan keperawatan, baik individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat. Manusia dipandang sebagai “*Holistic Adaptif System*” yang merupakan perpaduan antar konsep sistem dan konsep

adaptasi. Dalam konsep sistem, Roy mengemukakan manusia sebagai makhluk biopsikososial yang selalu berinteraksi dengan lingkungannya secara terus menerus, untuk mencapai suatu keseimbangan seseorang harus beradaptasi sesuai dengan perubahan yang terjadi dengan menggunakan coping, baik yang bersifat positif maupun negatif. Dalam konsep adaptasi Roy menggambarkan manusia secara holistik sebagai suatu kesatuan yang terdiri dari Input, Proses Kontrol, Efektor dan Output.

1) **Input**

Input berarti manusia menerima masukan dari lingkungan luar (*eksternal*) dan dalam (*internal*) dirinya sendiri. Roy mengidentifikasi bahwa input sebagai stimulus yang dibagi dalam tiga tingkatan yaitu :

- a. Stimulus fokal yaitu stimulus yang langsung dihadapi seseorang dan menimbulkan efek segera.
- b. Stimulus kontekstual yaitu semua stimulus baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur dan dilaporkan secara subyektif. Stimulus ini memnunjuk terjadinya keadaan tidak sehat (faktor presipitasi). Stimulus ini muncul secara bersamaan, dimana dapat menimbulkan respon negatif pada stimulus fokal.
- c. Stimulus residual merupakan faktor predisposisi berupa sikap, keyakinan dan paham individu yang dapat mempengaruhi terjadinya keadaan tidak sehat. Stimulus ini berkembang sesuai

pengalaman yang lalu dan menjadi proses belajar untuk mentoleransinya. Efek dari stimulus ini mungkin tidak tampak jelas bagi observer serta sering tidak disadari oleh individu.

2) Proses Kontrol

Roy menggunakan istilah mekanisme koping untuk menjelaskan proses kontrol. Beberapa mekanisme koping diturunkan secara genetik sebagai sistem pertahanan terhadap bakteri yang menyerang tubuh (sel darah putih). Roy memperkenalkan dua mekanisme kontrol (Subsistem) yaitu :

- a. Regulator mempunyai komponen-komponen input, proses dan output dan subsistem ini merupakan faktor bawaan dan berdasarkan respon fisiologis dan reaksi kimia tubuh. Subsistem regulator merupakan gambaran respon yang kaitannya dengan perubahan pada sistem saraf, endokrin dan kimia tubuh.
- b. Kognator dapat eksternal maupun internal, subsistem ini merupakan gambaran respon yang berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, pengambilan keputusan dan emosi. Respon output dari subsistem regulator dapat menjadi umpan balik untuk subsistem kognator. Persepsi atau proses informasi merupakan proses internal yang berhubungan dengan memperhatikan, memberi kode dan mengingat.

3) Efektor

Roy menggambarkan proses internal seseorang sebagai sistem dengan menetapkan sistem efektor. Sebagai sistem adaptasi, efektor

memiliki empat mode adaptasi meliputi fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi.

4) Output

Output adalah respon dari manusia itu sendiri, dapat berupa adaptif maupun inefektif. Respon ini ditampilkan sebagai perilaku yang dapat diamati, diukur, dirasakan atau secara subyektif dilaporkan oleh manusia. Respon yang adaptif akan meningkatkan integritas manusia sehingga terlihat orang tersebut mampu mempertahankan kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang, bereproduksi dan memiliki keahlian, sedangkan respon yang mal adaptif atau inefektif akan mengganggu integritas seseorang.

2. Lingkungan

Lingkungan adalah semua kondisi, keadaan dan pengaruh pengaruh disekitar individu yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku individu dan kelompok. Tugas seseorang adalah mendesign lingkungan untuk meningkatkan kemampuan adaptasi atau meminimalkan resiko yang akan terjadi pada saat terjadi perubahan.

3. Kesehatan

Definisi sehat menurut Roy adalah integritas atau keutuhan manusia meliputi fisiologis, psikologis dan sosial. Integritas ditunjukkan dengan adanya kemampuan untuk mempertahankan diri, tumbuh, berkembang dan beradaptasi secara terus menerus. Asuhan keperawatan yang diberikan bertujuan untuk memaksimalkan respon adaptif dan

meminimalkan respon inefektif individu dalam kondisi sehat maupun sakit.

4. Keperawatan

Tujuan keperawatan adalah meningkatkan respon adaptif melalui empat mode adaptasi. Untuk mencapai tujuan tersebut, perawat harus dapat mengatur stimulus fokal, kontekstual dan residual yang ada pada individu, dengan lebih menitikberatkan pada stimulus fokal, yang merupakan stimulus tertinggi.

G. Konsep Asuhan Keperawatan Klien Dengan Pre Eklamsi.

Proses keperawatan adalah metode dimana suatu konsep diterapkan dalam praktik keperawatan, terdiri atas lima tahap yang berurutan dan saling berhubungan, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Tahap- tahap tersebut berintegrasi terhadap fungsi intelektual problem-solving dalam mendefinisikan suatu asuhan keperawatan (Nur Salam, 2013).

Berikut lima tahap konsep asuhan keperawatan pada klien dengan preeklamsi:

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pengumpulan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan (Purba, 2019)

Pada tahap pengkajian peneliti memakai pendekatan dengan model keperawatan Adaptasi Roy. Proses pengumpulan data dimulai dengan mengkaji data demografi, dilanjutkan dengan pengkajian data stimuli umum, lalu pengkajian tahap pertama atau *First Level Assesment* yang meliputi fisiologi, konsep diri, fungsi peran dan ketergantungan atau *interdependensi*, kemudian pengkajian tahap kedua atau *Second Level Assesment* yang meliputi stimulus fokal, kontekstual dan residual. Pengkajian stimulus menitikberatkan pada faktor penyebab dan faktor pendukung munculnya perilaku respon yang tidak efektif (Hidayati, 2014).

1) **Data Demografi**

Mengkaji identitas klien dan pasangan klien yang meliputi : Nama, Umur, Pendidikan, Pekerjaan, Status Perkawina, Pernikahan, Lama Pernikahan, Agama, Suku, No. Rekam Medis, Sumber Informasi dan tanggal dilakukan pengkajian.

2) **Stimuli Umum**

Pada tahap ini selain Alasan masuk rumah sakit, Riwayat penyakit ibu sekarang dan Riwayat penyakit yang lalu perlu dikaji, apakah ibu ada menderita penyakit akut dan kronis. Pada riwayat penyakit keluarga hal yang perlu dikaji adalah jenis penyakit keturunan serta penyakit penyakit menular lainnya yang pernah diderita keluarga. Selanjutnya Riwayat Obsterti dan Gynecologi ibu yang perlu dikaji adalah segala hal yang berhubungan dengan riwayat menstruasi ibu termasuk menarche. Dilanjutkan dengan pengkajian terhadap

Riwayat ANC, Status obstetric ibu, Riwayat persalinan yang lalu, Riwayat perkawinan serta Riwayat pemakaian alat kontrasepsi.

3) ***First Level Assessment***

a. Pengkajian fungsi fisiologis

Pengkajian berhubungan dengan struktur dan fungsi tubuh, mengidentifikasi sembilan kebutuhan dasar fisiologis yang harus dipenuhi untuk mempertahankan integritas, terdistribusi dari 5 kebutuhan fisiologis dasar dan 4 kebutuhan fisiologis kompleks. Kesembilan kebutuhan fisiologis tersebut adalah : Oksigenasi, Nutrisi, Eliminasi, Aktifitas dan istirahat, Keamanan, Sensori, Cairan dan elektrolit, Fungsi neurologis, Fungsi endokrin.

b. Pengkajian konsep diri

Beberapa hal yang dapat mempengaruhi konsep diri pasien adalah dampak penyakit, perubahan akan memberi dampak pada gambaran diri, ideal diri, moral, etik dan spiritual pasien. Pengkajian difokuskan pada bagaimana penerimaan pasien terhadap penyakit, terapi yang dijalani, harapan pasien dan penatalaksanaan selanjutnya serta nilai yang diyakini terkait dengan penyakit dan terapinya.

c. Pengkajian fungsi peran

Fungsi peran berkaitan dengan pola-pola interaksi seseorang dalam hubungannya dengan orang lain, bagaimana peran klien dalam keluarga, adakah energy dan waktu pasien melakukan aktifitas dirumah, apakah pasien mempunyai pekerjaan tetap,

bagaimanan dampak penyakit saat ini terhadap peran klien, termasuk peran klien dalam masyarakat.

d. Pengkajian interdependensi

Pengkajian menggambarkan tentang ketergantungan atau hubungan klien dengan orang terdekat, siapakah orang yang paling bermakna dalam kehidupannya, sikap memberi dan menerima terhadap kebutuhan dan aktifitas kemasyarakatan. Kepuasan dan kasih sayang untuk mencapai integritas suatu hubungan serta keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian dalam menerima sesuatu untuk dirinya. Perlu juga dikaji bagaimana pasien memenuhi kebutuhan interdependensi dalam keterbatasan dan perubahan status kesehatan yang dialami.

4) *Second Level Assesment*

Pada tahap ini termasuk pengkajian stimuli yang signifikan terhadap perubahan perilaku seseorang.

2. Diagnosa Keperawatan

Masalah Keperawatan atau Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan mengidentifikasi respon individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan menurut teori adaptasi Roy diperoleh dari hasil pengkajian yang sudah dilakukan mengikuti 4 mode adaptasi yaitu fisiologi, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi serta dihubungkan dengan stimulus yang berkaitan Hidayati (2014). Sedangkan menurut Marlina & Hani (2018) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus preeklamsi sebagai berikut:

- 1) Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi (D.0003).
- 2) Nyeri akut b.d adgen pencedera fisiologis (D.0077).
- 3) Gangguan eliminasi urine b.d penurunan kapasitas kandung kemih (D.0040).
- 4) Resiko infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142).
- 5) Menyusui tidak efektif b.d payudara bengkak (D.0029).
- 6) Gangguan proses keluarga b.d perubahan peran keluarga (D.0120)
- 7) Resiko gangguan perlekatan d.d ketidakmampuan orangtua memenuhi kebutuhan bayi (D.0127).

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi Perencanaan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut. Perencanaan merupakan langkah awal dalam menentukan apa yang dilakukan untuk membantu klien dalam memenuhi serta mengatasi

masalah keperawatan yang telah ditentukan. Tahap perencanaan keperawatan adalah menentukan prioritas diagnose keperawatan, penetapan kriteria evaluasi dan merumuskan intervensi keperawatan (Purba, 2019).

Penerapan luaran keperawatan dengan menggunakan ketiga komponen luaran keperawatan yaitu Label, Ekspetasi dan Kriteria Hasil. Motode yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) :

1) Metode Dokumentasi Manual/tertulis

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu maka **Luaran Keperawatan Ekspetasi** dengan kriteria hasil :

- a. Kriteria 1 (Hasil)
- b. Kriteria 2 (Hasil)
- c. Dan seterusnya.

2) Metode Dokumentasi Berbasi Komputer

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu Luaran Keperawatan Ekspetasi dengan kriteri hasil :

- a. Kriteria 1 (Skor)
- b. Kriteria 2 (Skor)
- c. Dan seterusnya.

Komponen tindakan, yang dilakukan pada intervensi keperawatan terdiri atas Observasi, Terapeutik , Edukasi dan Kolaborasi (Tim Pokja Siki DPP PPNI, 2018)

Pendekatan intervensi keperawatan menurut Roy direncanakan dengan tujuan merubah stimulus fokal, kontekstual dan residual serta memperluas kemampuan koping klien pada tatanan yang adaptif sehingga kemampuan adaptasi meningkat, Fokus aktifitas dalam intervensi keperawatan ditujukan pada penyelesaian etiologi dalam diagnosa keperawatan klien (Hidayati, 2014).

Berikut Intervensi yang dapat dilakukan sesuai standar intervensi keperawatan Indonesia (Tim Pokja Siki DPP PPNI, 2018).

- 1) Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi (D.0003).
 - a. Tujuan umum : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu diharapkan pertukaran gas meningkat
 - b. Kriteria hasil :
 - a) Pasien melaporkan keluhan sesak berkurang.
 - b) Tidak terdenga bunyi nafas tambahan.
 - c) Tanda – tanda vital dalam batas normal
 - c. Intervensi (Dukungan Ventilasi) :
 - a) Observasi
 - (1) Identifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas.
 - (2) Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernafasan.
 - (3) Monitor status respirasi dan oksigenisasi.
 - b) Terapeutik
 - (1) Pertahankan kepatenan jalan nafas.

- (2) Berikan posisi semi fowler atau fowler.
 - (3) Fasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin.
 - (4) Berikan oksigenisasi sesuai kebutuhan.
- c) Edukasi
- (1) Ajarkan melakukan tehnik relaksasi nafas dalam
 - (2) Ajarkan mengubah posisi secara mandiri
- 2) Nyeri akut b.d adgen pencedera fisiologis (D.0077).
- a. Tujuan umum : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu diharapkan tingkat nyeri berkurang.
 - b. Kriteria hasil :
 - a) Pasien melaporkan keluhan nyeri berkurang
 - b) Keluhan nyeri meringis menurun
 - c) Pasien menunjukkan sikap protektif menurun.
 - d) Pasien tidak tampak gelisah.
 - c. Intervensi (Manajemen Nyari) :
 - a) Observasi
 - (1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri.
 - (2) Identifikasi skala nyeri.
 - (3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
 - (4) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
 - (5) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.

b) Terapeutik

- (1) Berikan tehnik norfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- (2) Fasilitasi istirahat dan tidur

c) Edukasi

- (1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri.
- (2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- (3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.
- (4) Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri.

d) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

3) Gangguan eliminasi urine b.d penurunan kapasitas kandung kemih (D.0040).

a. Tujuan Umum : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu diharapkan eliminasi urine pasien membaik.

b. Kriteria Hasil

- a) Pasien melaporkan sensasi berkemihnya meningkat.
- b) Pasien melaporkan dapat berkemih dengan tuntas.
- c) Tidak ada tandan – tanda distensi kadnung kemih.

- c. Intervensi (Manajemen Eliminasi Urine) :
 - a) Observasi
Monitor eliminasi urine (Frekuensi, konsistensi, volume dan warna).
 - b) Terapeutik
 - (1) Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih
 - (2) Ambil sampe urine tenga (*Midstream*).
 - c) Edukasi
 - (1) Identifikasi tanda dan gejala infeksi saluran kemih.
 - (2) Ajarkan mengambil spesimen urine *midstream*.
- 4) Resiko infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142).
 - a. Tujuan Umum : Setelah dilakukan intrevensi keperawatan selama waktu tertentu diharapkan tingkat infeksi menurun.
 - b. Kriteria Hasil
 - a) Tidak ada tandan –tanda infeksi (Demam, Nyeri, Kemerahan dan Bengkak).
 - b) Kadar sel darah putih membaik.
 - c. Intervensi (Pencegahan Infeksi)
 - a) Observasi
Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik.
 - b) Terapeutik
 - (1) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.
 - (2) Pertahankan tehnik aseptik pada psien beresiko tinggi.

- c) Edukasi
 - (1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
 - (2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.
 - (3) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka post operasi.
 - (4) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.
- 5) Menyusui tidak efektif b.d payudara bengkak (D.0029).
 - a. Tujuan Umum : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu diharapkan status menyusui membaik.
 - b. Kriteria Hasil :
 - a) Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat.
 - b) Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat.
 - c) Pancaran ASI meningkat
 - d) Suplai ASI adekuat meningkat.
 - e) Pasien melaporkan payudara tidak bengkak
 - c. Intervensi (Konseling Laktasi) :
 - a) Observasi
 - (1) Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui.
 - (2) Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui.
 - (3) Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui.
 - b) Terapeutik
 - (1) Gunakan tehnik mendengar aktif.

(2) Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar.

c) Edukasi

Ajarkan tehnik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu.

6) Gangguan proses keluarga b.d perubahan peran keluarga (D.0120)

a. Tujuan Umum : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu diharapkan kemampuan untuk berperan dalm fungsi keluarga membaik.

b. Kriteria Hasil

a) Keluarga melaporkan dapat meningkatkan adaptasi terhadap situasi.

b) Kemampuan keluarga berkomunikasi secara terbuka di antara anggota keluarga meningkat.

c. Intervensi (Dukungan Koping Keluarga)

a) Observasi

(1) Identifikasi respons emosional terhadap kondisi pasien saat ini.

(2) Identifikasi beban prognosi secara psikologis.

(3) Identifikasi pemahaman tentang perawatan setelah pulang.

b) Terapeutik

(1) Dengarkan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga.

(2) Terima nilai nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi.

(3) Hargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan.

c) Edukasi

Infomasikan fasilitas perawatan kesehatan yang tersedia.

7) Resiko gangguan perlekatan d.d ketidakmampuan orangtua memenuhi kebutuhan bayi (D.0127)

a. Tujuan Umum : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu diharapkan kemampuan berinteraksi ibu dan bayi meningkat.

b. Kriteria Hasil

a) Pasien menunjukkan peningkatan verbalisasi perasaan positif terhadap bayi.

b) Pasien menunjukkan peningkatan perilaku mencium bayi, tersenyum pada bayi, melakukan kontak mata dengan bayi, berbicara dengan bayi, berbicara kepada bayi serta berespon dengan isyarat bayi.

c) Pasien menunjukkan peningkatan dalam menggendong bayinya untuk menyusui.

c. Intervensi (Promosi Perlekatan) :

a) Observasi

(1) Monitor kegiatan menyusui.

(2) Identifikasi kemampuan bayi menghisap dan menelan ASI.

(3) Identifikasi payudara ibu.

(4) Monitor perlekatan saat menyusui

b) Terapeutik

Diskusikan dengan ibu masalah selama proses menyusui.

c) Edukasi

(1) Ajarkan ibu menopang seluruh tubuh bayi.

(2) Anjurkan ibu melepas pakaian bagian atas agar bayi dapat menyentuh payudara ibu.

(3) Ajarkan ibu agar bayi yang mendekati kearah payudara ibu dari bagian bawah.

(4) Anjurkan ibu untuk memegang payudara menggunakan jarinya seperti huruf “C”.

(5) Anjurkan ibu untuk menyusui pada saat mulut bayi terbuka lebar sehingga areola dapat masuk dengan sempurna.

(6) Ajarkan ibu mengenali tanda bayi siap menyusui.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry, 2011).

Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru.

5. Evaluasi

Evaluasi, yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri (Purba, 2019)9).

Pada tahap ini, hal yang dilakukan adalah membandingkan tingkah laku klien sebelum dan sesudah implementasi. Hal ini terkait kemampuan klien dengan preeklampsia primigravida dalam beradaptasi dan mencegah timbulnya kembali masalah yang pernah dialami. Pada klien preeklampsia multigravida dapat mengevaluasi kemampuan masalah adaptasi yang pernah dialami, kemampuan adaptasi ini meliputi seluruh aspek baik psiko maupun social (Hidayati, 2014).

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif analitik dalam bentuk *literatur review* untuk mengulas asuhan keperawatan klien dengan Preeklamsi yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

B. Subyek Penelitian

Subyek penelitian yang digunakan dalam *literatur review* asuhan keperawatan adalah dua kasus preeklampsia yang akan di review secara rinci dan mendalam.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Klien dengan preeklampsia baik primigravida maupun multigravida.
2. Klien post partum normal dan post sectio caesarian dengan preeklampsi.

Kriteria Eksklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Klien dengan kehamilan normal baik primigravida maupun multigravida
2. Klien post partum normal dan post section caesarian tanpa indikasi preeklampsi.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

1. Asuhan keperawatan preeklampsi adalah bentuk asuhan berupa pelayanan keperawatan professional yang diberikan kepada klien primigravida maupun multigravida dengan persalinan normal ataupun

sectio caesarian menggunakan metodologi proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Pengkajian menggunakan format instrumen Calista Roy, penegakkan diagnosa keperawatan berdasarkan SDKI, perencanaan berdasarkan SIKI dan SLKI. Masukkan normal dan sectio

2. Preeklampsi adalah suatu kumpulan gejala pada ibu hamil yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah sistolik $\geq 140/90$ mmHg dan proteinuria pada usia kehamilan ≥ 20 minggu dengan penatalaksanaan terapi definitif segera melakukan persalinan atau terminasi kehamilan atas indikasi mengancam nyawa ibu dan bayi baik dengan tindakan operatif Sectio Caesarian ataupun dengan persalinan normal.

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Balikpapan pada tanggal 15 April sampai dengan 15 April sampai dengan 08 Mei 2020.

E. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian ini dilakukan melalui tahap sebagai berikut :

1. Mahasiswa melakukan ujian proposal.
2. Mahasiswa melakukan perbaikan sesuai masukan dari penguji untuk memperoleh persetujuan pengambilan data.
3. Mahasiswa melakukan penyusunan penelitian berupa studi kasus dengan metode *literatur review* yang diawali dengan identifikasi laporan asuhan keperawatan terdahulu maupun melalui media internet.

4. Kasus yang telah diperoleh dikonsultasikan ke pembimbing setelah kasus disetujui kemudian mahasiswa membuat *review* kasus dari kedua subjek.
5. Mahasiswa membandingkan data-data hasil pengkajian menggunakan format Calista Roy antara konsep teori dan kasus.
6. Mahasiswa membandingkan penegakkan diagnosa keperawatan berdasarkan SDKI antara konsep teori dengan kasus.
7. Mahasiswa membandingkan penyusunan perencanaan berdasarkan SIKI dan SLKI antara konsep teori dengan kasus.
8. Mahasiswa membandingkan pelaksanaan pada kasus sesuai dengan perencanaan berdasarkan SIKI dan SLKI pada konsep teori.
9. Mahasiswa melihat kesesuaian pelaksanaan evaluasi terhadap tujuan dan kriteria hasil dengan diagnosa yang ditegakkan.
10. Mahasiswa membuat kesimpulan dan saran tentang masalah keperawatan yang ditemukan dalam *literatur review*.
11. Mahasiswa melakukan konsultasi kepada pembimbing.
12. Mahasiswa melakukan perbaikan sesuai masukan pada saat konsultasi dengan pembimbing.

F. Metode dan instrumen pengumpulan data

1. Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan pada penyusunan *literatur review* dengan melakukan identifikasi laporan asuhan keperawatan melalui media internet kemudian mengulas kasus dari kedua subyek.

2. Instrumen Pengumpulan Data

Pada studi kasus ini instrument yang digunakan adalah format pengkajian asuhan keperawatan maternitas Calista Roy.

G. Keabsahan Data

Keabsahan data dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data atau informasi yaitu mengumpulkan data yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan validitas data yang sesuai. Keabsahan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara peneliti melakukan *literatur review* Asuhan Keperawatan secara komprehensif.

H. Pengolahan dan Analisis Data

Pada literatur review, analisa data diolah menggunakan aturan yang disesuaikan dengan pendekatan studi kasus asuhan keperawatan. Dalam analisis data, data yang dikumpulkan dikaitkan dengan konsep, teori, prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dan menentukan masalah keperawatan. Cara analisis data : Validasi data, teliti kembali data yang telah terkumpul, Mengelompokan data berdasarkan kebutuhan bio-psoko-sosial-spiritual, Membandingkan data-data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi yang abnormal dengan konsep teori antara 2 responden dan membuat kesimpulan tentang masalah keperawatan yang ditemukan dalam studi kasus.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis menguraikan hasil *literatur review* asuhan keperawatan klien dengan pre eklampsia guna membahas tentang keterkaitan dan kesenjangan antara teori dan pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien preeklampsia. Kegiatan yang dilakukan menyesuaikan lima tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan. Berikut paparan literature studi kasus Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Pre Eklampsia:

A. Hasil

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Dalam studi kasus yang dilakukan peneliti menggunakan Ruang Rawat Inap Kebidanan Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi dari tanggal 07 Juni 2018 sampai tanggal 09 Juni 2018 dengan url address <http://repo.stikesperintis.ac.id/146/1/24%20MAYLISA%20PUTRI.pdf> dan Ruang Mawar Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan dari tanggal 22 Desember 2018 sampai tanggal 24 Desember 2018 dengan url address <https://repository.kertacendekia.ac.id/media/298882-asuhan-keperawatan-pada-ny-m-dengan-diag-9eacec69.pdf>.

2. Gambaran Asuhan Keperawatan

Hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada kedua pasien akan dijelaskan sebagai berikut:

1) Pengkajian

4.1 Tabel 1

Hasil Anamnesa & Pengkajian Klien dengan Preeklampsia di Ruang Rawat Inap Kebidanan Rumah Sakit dr. Achmad Mochtar Bukit Tinggi & Ruang Mawar RSUD Bangil tahun 2018

Item Pengkajian		Pasien 1	Pasien 2
Data Demografi			
1.	Nama	Ny.E	Ny. M
2.	Umur	22 Tahun	27 Tahun
3.	Pendidikan	SMP	SD
4.	Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Ibu Rumah Tangga
5.	Status Pernikahan	Menikah	Menikah
6.	Pernikahan ke	Data tidak tersedia	Data tidak tersedia
7.	Lama Pernikahan	Data tidak tersedia	Data tidak tersedia
8.	Agama	Islam	Islam
9.	Suku	Data tidak tersedia	Jawa
10.	Nomor Register	49XX.XX	Data tidak tersedia
11.	Sumber Informasi	Pasien	Pasien
12.	Tgl Pengkajian	Kamis, 07 Juni 2018	Sabtu, 22 Des 2018
Pengkajian Stimulus umum			
1.	Alasan masuk RS	DS : Klien mengatakan dirawat di ruang KB Rawatan RSUD Dr. A.M Bukittinggi post operasi Sectio Caesarian dengan indikasi PEB. Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, kakinya terasa berat dan sakit saat diangkat sehingga semua aktifitas pasien dibantu keluarga dan perawat. Klien mengatakan kepalanya terasa pusing, sering merasa mual dan kakinya bengkak semenjak klien hamil. Klien mengatakan bahwa sebelum hamil pasien tidak pernah dirawat dengan hipertensi. Klien mengatakan pernah	DS : Klien mengatakan masuk ruang IGD RSUD Bangil pada tanggal 21 Des 2018 pukul 22.00 dengan keluhan kontraksi dan tekanan darah 180/100 MmHg. Pada saat pengkajian klien dirawat diruang Mawar dengan Post Operasi Sectio Caesarian. Klien mengatakan nyeri abdomen dibagian bawah karena luka bekas operasi. Klienn mengatakan belum bisa miring kanan dan kiri.

		<p>memeriksa kehamilan ke Puskesmas dengan tekanan darah mencapai 180/120 MmHg.</p> <p>DO : Tanda – tanda vital TD : 150/100 MmHg, N : 96 x /mnt, S: 36,8 °C, RR : 20 x/mnt. Terdapat luka Post SC Horizontal dengan panjang 10 cm lebar 1-2 cm pada abdomen pasien. Klien tampak menahan sakit, Klien tampak susah mengangkat ekstermitasnya karena efek anastesi, kaki klien tampak edema.</p>	<p>DO : Tanda – tanda vital TD : 180/100 MmHg, N : 87 x /mnt, S : 37,8 C, RR : 25 x /mnt. Terdapat luka post operasi. Klien tampak lemas dan belum bisa menggerakkan kedua kakinya. Kemampuan untuk bergerak klien masih terbatas.</p>
2.	Riwayat Penyakit Sekarang	<p>DS : Klien mengatakan mengeluh nyeri pada luka bekas operasi, nyeri seperti disayat-sayat dan hilang timbul serta makin bertambah nyeri saat melakukan pergerakan atau aktifitas,</p> <p>DO : Klien tampak meringis, skala nyeri 4-5.</p>	<p>DS : Klien mengatakan mengeluh nyeri abdomen dibagian bawah karena luka bekas operasi, nyeri dirasakan seperti terbakar dan hilang timbul, nyeri makin bertambah saat klien bergerak.</p> <p>DO : Klien tampak meringis, skala nyeri 6.</p>
3.	Riwayat Penyakit yang lalu	<p>DS : Klien mengatakan tidak pernah dirawat dengan penyakit paru-paru, diabetes mellitus, jantung dan hipertensi.</p> <p>DO : -</p>	<p>DS : Klien mengatakan tidak ada penyakit yang pernah dialami dan tidak ada pengobatan yang didapat.</p> <p>DO : -</p>
4.	Riwayat Penyakit Keluarga	<p>DS : Klien mengatakan keluarga klien tidak ada yang menderita penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes mellitus, penyakit menular dan penyakit kejiwaan.</p> <p>DO : -</p>	<p>DS : Klien mengatakan mempunyai riwayat penyakit keluarga yaitu hipertensi, sedangkan untuk diabetes mellitus, jantung serta penyakit lainnya tidak ada.</p> <p>DO : -</p>
5.	Riwayat Obstetri dan Gynecology	<p>DS : Klien mengatakan menarch usia 10 tahun</p>	<p>DS : Klien mengatakan menarch usia 14 tahun</p>

		dengan siklus haid 28 hari dan lama hari haid selama 7 hari, klien mengganti pembalut dalam 24 jam sebanyak 3 kali dengan keluhan nyeri pada hari pertama haid. DO : -	dengan siklus 20 ahri dan lama hari haid selama 5-7 hari, klien mengganti pembalut dalam 24 jam sebanyak 3-4 kali dengan keluhan nyeri haid. DO : -
6.	Riwayat ANC	DS : Klien mengatakan pada saat hamil pernah memeriksakan kehamilannya di puskesmas dan tekanan darah mencapai 180/120 MmHg. DO : Klien 1 kali kontrol kehamilan di Puskesmas.	DS : - DO : Tidak ada data riwayat ANC Klien
7.	Status Obstetric	DS : Klien mengatakan memberikan ASI dengan cara di pompa DO : TFU 2 jari dibawah pusat , terdapat kontraksi uterus dengan kondisi uterus baik dan keras. Perdarahan 50 cc, lochea rubra. ASI yang dihasilkan hanya sedikit.	DS : - DO : TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, Perdarahan 200 cc, lochea rubra.
8.	Riwayat persalinan yang lalu	DS : - DO : Tidak ada data riwayat persalinan yang lalu.	DS : - DO : Klien melahirkan anak pertama 5 tahun yang lalu dengan jenis kelamin laki-laki, berat lahir 3900 gram panjang badan 48 cm, persalinan normal/spontan dan ditolong oleh bidan.
9.	Riwayat perkawinan	DS : Klien mengatakan sudah menikah DO : Dari data hasil anamnesa, klien sudah	DS : Klien mengatakan sudah menikah. DO : Dari data hasil anamnesa, klien sudah

		menikah, namun tidak ada data pernikahan klien yang keberapa dan lamanya menikah.	menikah, namun tidak ada data pernikahan klien yang keberapa dan lamanya menikah.
10.	Riwayat ginekologi	DS : - DO : Tidak ada data yang mendukung untuk riwayat ginekologi klien.	DS : DO : Tidak ada data yang mendukung untuk riwayat ginekologi klien.
11.	Riwayat KB	DS : - DO : Tidak ada data riwayat pemakaian KB.	DS : Klien mengatakan pernah menggunakan KB suntik sejak anak pertama usia 1 tahun, dan tidak ada masalah yang terjadi selama menggunakan KB. DO : -
<i>First Level Assessment</i>			
<i>Physiologi-physical mode</i>			
a.	Oksigenasi	DS : - DO : Paru-paru simetris kanan-kiri, Ekspansi dinding dada simetris, suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan, Pernafasan 20 x/mnt.	DS : - DO : Bentuk dada simetris, pola nafas reguler, suara nafas vesikuler, penggunaan otot bantu pernafasan tidak ada. nyeri dada tidak ada, irama jantung S1S2 tunggal, bunyi jantung dullness, Cianosis tidak ada, clubbing finger tidak ada. TD : 180/100 MmHg, N : 87 x /mnt.
b.	Nutrisi	DS : Klien mengatakan selama di rumah makan dalam sehari 3 kali dengan porsi sedang, jenis makanan nasi, sayur, lauk pauk dan buah. Klien mengatakan alergi terhadap makanan seperti telur, ayam, udang dan ikan laut. DO : Klien tampak mual	DS : - DO : Bising usus 8 x/hari,

		bising usus 12 x/menit. mukosa bibir kering, tidak ada sariawan, konjungtiva tidak anemis. Klien hari pertama post SC, masih dalam keadaan puasa.	BB Pasien : 47 Kg, TB : 145 , BMI : Mukosa bibir kering, Konjungtiva tidak anemis. Tidak ada kesulitan menelan.
c.	Eliminasi	DS : Klien mengatakan selama dirumah BAK 5 kali/hari, warna kuning, bau pesing. Klien mengatakan BAB 2 kali sehari, konsistensi lembek, warna kuning tidak mengalami konstipasi (sembelit) DO : Di Rumah Sakit BAK melalui Dower Cateter dengan produksi 500 cc, BAB belum ada semenjak habis melahirkan.	DS : - DO : Di Rumah Sakit BAK melalui Dower Catheter dengan produksi Urine 1500 cc, warna kuning pekat. Kebiasaan BAB klien 2 x/hari, konsistensi lembek warna kuning dan bau khas
d.	Aktifitas dan istirahat	DS : Klien mengatakan pekerjaannya sebagai IRT, pasien mengatakan selama di rumah sakit waktu tidur tidak menentu dan lama tidur 5-6 jam. Klien mengatakan kesulitan tidur saat ini, sering terbangun karena nyeri operasi. DO : -	DS : Klien mengatakan pekerjaannya sebagai Ibu Rumah Tangga. Klien mengatakan tidur istirahat/tidur cukup. DO : Lama tidur dirumah 7-8 jam, di rumah sakit 3-4 jam.
e.	Keamanan	DS : Klien mengatakan pernah kontrol kehamilan (ANC) di Puskesmas. Klien mengatakan untuk perawatan diri klien mandi hanya dilap, tidak ada gosok gigi,	DS :

		<p>DO: Dari data rekam medis tidak ada riwayat ANC pasien tertaur/tidak, tidak ada riwayat obat selama kehamilan yang dikonsumsi. Badan pasien tampak berkeringat, rambut tampak berminyak dan lepek.</p>	<p>DO: Tidak ada data riwayat ANC klien dari hasil anamnesa. Perawatan diri : klien mempunyai kebiasaan gosok gigi 1-2 x/hari.</p>
f.	Sensori	<p>DS : Klien mengatakan mengeluh nyeri pada luka bekas operasi.</p> <p>DO : Klien tampak menahan sakit. Klien tampak tidak memakai alat bantu penglihatan dan ukuran pupil 2 mm/2mm, fungsi penciuman baik, fungsi pengecapan normal, fungsi pendengaran baik.</p>	<p>DS : Klien mengatakan mengeluh nyeri abdomen dibagian bawah karena luka bekas post operasi.</p> <p>DO : Klien tampak meringis. Klien tidak ada menggunakan alat bantu penglihatan, ketajaman penciuman normal, ketajaman pendengaran normal, tidak ada menggunakan alat bantu dengar, fungsi pengecapan baik.</p>
g.	Cairan dan elektrolit	<p>DS : Klien mengatakan minum air putih / hari kurang lebih 1500 cc, pasien tidak memiliki kebiasaan minum teh atau kopi.</p> <p>DO : Klien terpasang infus RL 500 cc + drip MgSO4 40% 25 ml 20 tetes/menit pada tangan kanan dan Infus RL 500cc + drip ketorolac 1 amp 30 mg 20 tetes/menit di tangan kiri. Turgorkulit baik.</p>	<p>DS : -</p> <p>DO : Klien terpasang infus RL 500 cc /24 jam 21 tetes/menit. Turgor kulit baik.</p>
h.	Fungsi neurologis	<p>DS : -</p> <p>DO : Kesadaran composmentis. Kecemasan ada, pasien memikirkan bayinya yang</p>	<p>DS : -</p> <p>DO : Kesadaran composmentis, orientasi pasien baik. Kecemasan ada.</p>

		lahir prematur sehingga tidak bisa menyusui bayi secara langsung.	
i.	Fungsi endokrin	DS : - DO : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.	DS : - DO : Tidak ada data fungsi endokrin dari hasil anamnesa pasien.
j.	Pemeriksaan penunjang	DS : - DO : Pemeriksaan Darah lengkap tanggal 07-06-2018 Hemoglobin : 14.0 g/dl Leukosit : 26.19 10 ³ /uL Eritrosit : 4.50 10 ³ /uL Hematokrit : 41.5 % Protein Urine +3	DS : - DO : Pemeriksaan Lab HGB : 13,56 g/dl. HCT : 38.71 % MCV : 82.71 UM MCHC : 28.75 PG RDW : 35.02 g/dl PCT : 376 10/uL MPV : 7.517 g/dl
k.	Kolaborasi dengan dokter	DS: - DO: Obat yang klien peroleh Methyl Dupa 3 x 250 Mg Adalat Oros 1 x 500 Mg Dexamethason 1 x 1 Amp (IV) Ceftriaxone 2 x 1 Gr (IV) RL Drip MgSO4 500 cc Dext 5% 500 cc	DS: - DO: - Obat yang klien peroleh Injeksi Cefotaxime 750 Mg. Injeksi Kalnek 100 mg Injeksi Ketorolac 1 Amp/12 jam Injeksi Ranitidin 4 Mg. Injeksi Santagesik 2 mg. Infus RL 500 ml 21 tetes/menit dalam 24 jam. Drip MgSO4 40% dalam RD 5% / 24 jam.
<i>Self concept mode (konsep diri)</i>			
a.	<i>Physical self</i>	DS : Klien mengatakan merasa sedih terpisah dengan bayinya karea bayinya dirawat diruang perinatologi sehingga klien tidak bisa menyusui bayi secara langsung DO : Berdasarkan pengkajian psikologis klien berada pada proses adaptasi Taking In dimana klien berfokus	DS : - DO : -

		pada dirinya sendiri, ketidaknyaman, kurang tidur, kelelahan, ketergantungan pada orang lain sehingga aktifitas dibantu oleh keluarga dan perawat.	
b.	<i>Personal self</i>	DS :. Pasien mengatakan beragama islam dan rajin beribadah, pasien tidak melaksanakan sholat seperti biasa karena keadaanya saat sekarang ini. Pasien selalu berdzikir dan berdoa agar bayinya selalu sehat. DO : -	DS : - DO : Klien tampak sedih,cemas dan takut.
3.	<i>Role performance mode</i> (fungsi peran)	DS : Klien mengatakan pekerjaannya sebagai Ibu rumah tangga dan suaminya bekerja sebagai pedagang (wiraswasta dengan penghasilan kurang lebih 3.000.000/bulan, pasien merasa tercukupi dengan penghasilan keluarganya. Pasien mengatakan keluarga merasa senang dan bangga atas kelahiran anak pertamanya. DO : -	DS : Klien mengatakan pekerjaannya Ibu rumah tangga dan suaminya bekerja sebagai Petani. DO : Persepsi pasien setelah melahirkan ingin sembuh dan segera pulang kerumah, pasien ingin segera merawat anaknya dirumah.
4.	<i>Interdependence mode</i> (interpendensi)	DS : Klien mengatakan Ini adalah kelahiran anak pertamanya dan klien tahu cara merawat bayi baru lahir seperti cara memandikan. Membedong bayi, menggendong bayi, tetapi pasien belum pernah	DS : Klien mengatakan berencana merawat bayinya sendiri, klien mengatakan bisa merawat bayinya, klien mengatakan mengetahui cara pemberian nutrisi untuk bayinya karena ini anak ke-2, klien

		<p>melakukannya sendiri. Klien mengatakan kurang mengetahui tentang ASI Eksklusif dan cara perawatan payudara serta tehnik pemberian ASI yang benar.</p> <p>DO : -</p>	<p>mengatakan berencana menyusui ASI Eksklusif selama 6 bulan. Klien mengatakan tidak mengetahui cara perawatan payudara dengan benar meskipun ini anak ke-2.</p> <p>DO : -</p>
Second level assessment			
1.	Stimulus fokal	<p>DS : Klien mengatakan ini adalah kelahiran anak pertamanya, klien mengatakan merasa senang dan bangga atas kelahiran anak pertamanya.</p> <p>DO : Dari data rekam medis usia pasien 22 tahun, diagnosa medis G1P0A0.</p>	<p>DS : Klien mengatakan tidak mengetahui cara perawatan payudara dengan benar meskipun ini anak ke-2</p> <p>DO : Dari data rekam medis usia pasien 27 tahun, pasien melahirkan anak ke-2.</p>
2.	Stimulus kontekstual	<p>DS : Klien mengatakan merasa sedih terpisah dengan bayinya karena bayi dirawat diruang perinatologi. Pasien mengatakan tidak dapat melihat dan menyusui bayi secara langsung.</p> <p>DO : Bayi prematur dengan berat badan bayi 1400 gram.</p>	<p>DS :</p> <p>DO : Klien tampak kesulitan memperagakan perawatan payudara</p>
3.	Stimulus residual	<p>DS : Klien mengatakan sebelum hamil tidak pernah dirawat dengan penyakit hipertensi. Klien mengatakan pada saat hamil pernah memeriksakan kehamilannya ke Puskesmas dan tekanan darahnya mencapai 180/120 MmHg.</p>	<p>DS :-</p>

		DO : Klien tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi. Pemeriksaan ANC selama kehamilan hanya 1 kali.	DO : Klien tidak melakukan senam nifas.
--	--	---	---

Sumber : (Putri, 2018), (Agustina, 2018)

Interprestasi Data :

Berdasarkan tabel 4.1 dapat dijelaskan bahwa pengkajian yang diperoleh melalui wawancara dan observasi pada kedua pasien dengan penjelasan sebagai berikut :

Data demografi pasien 1 bernama Ny. E usia 22 tahun dan pasien 2 bernama Ny. M usia 27 tahun dengan status pendidikan pada pasien 1 adalah SMP dan pada pasien 2 adalah SD. Dalam pengkajian data pekerjaan baik pasien 1 dan pasien 2 memiliki kesamaan yaitu sebagai Ibu Rumah Tangga. Pada status pernikahan pada kedua pasien sama-sama sudah menikah begitu juga dengan agama baik pasien 1 dan pasien 2 beragama islam. Tanggal pengkajian pada pasien 1 pada tanggal 07 Juni 2018 sedangkan tanggal pengkajian pada pasien 2 pada tanggal 22 Des 2018.

Pada saat pengkajian dilakukan baik pasien 1 dan pasien 2 mengatakan dirawat di ruang perawatan post operasi *Sectio Caesarian* dengan indikasi PEB. Pasien 1 mengeluh nyeri luka bekas operasi, kakinya terasa berat dan sakit saat diangkat, pasien 1 juga mengeluh kepalanya terasa pusing, sering mual serta kakinya bengkak semenjak hamil. Pasien 1 sebelum hamil tidak pernah dirawat dengan hipertensi

namun pernah kontrol kehamilan di puskesmas. Untuk pasien 2 pada saat pengkajian pasien mengeluh nyeri abdomen dibagian bawah karena luka bekas operasi dan pasien belum bisa miring kanan dan kiri. Pasien 1 mengeluh nyeri pada luka bekas operasi seperti disayat-sayat, hilang timbul serta makin bertambah nyeri saat melakukan pergerakan atau aktifitas dengan skala nyeri 4-5, sedangkan pada pasien 2 keluhan nyeri pada abdomen bagian bawah karena luka bekas operasi dirasakan seperti terbakar dan hilang timbul, nyeri makin bertambah saat pasien bergerak dengan skala nyeri 6.

Dalam pengkajian riwayat penyakit yang lalu baik pasien 1 dan pasien 2 mempunyai kesamaan dimana keduanya tidak pernah dirawat dan tidak ada penyakit yang pernah dialami. Riwayat penyakit keluarga pada pasien 1 tidak ada yang menderita penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes mellitus, penyakit menular dan penyakit kejiwaan sedangkan untuk pasien 2 mempunyai riwayat penyakit keluarga yaitu hipertensi, sementara untuk penyakit diabetes mellitus, jantung serta penyakit lainnya keluarga tidak memiliki. Pasien 1 memiliki riwayat menarch usia 10 tahun dengan siklus haid 28 hari dan lama hari haid 7 hari, mengganti pembalut selama 24 jam sebanyak 3 kali serta mempunyai keluhan saat haid di hari pertama. Pasien 2 memiliki riwayat menarch usia 14 tahun dengan siklus 20 hari dan lama haid 5-7 hari, mengganti pembalut selama 24 jam sebanyak 3-4 kali serta tidak mempunyai keluhan selama haid. Pasien 1 pernah

memeriksa kehamilannya di Puskesmas, sedangkan pasien 2 tidak ada riwayat ANC selama kehamilannya. Status obstetri pada pasien 1 TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan 50 cc serta pengeluaran lochea rubra, pasien 1 memberikan ASI dengan cara dipompa. Status obstetri pasien 2 TFU 2 jari dibawah pusat dengan kontraksi uterus baik, perdarahan 200 cc dan pengeluaran lochea rubra.

Dalam riwayat persalinan yang lalu pada pasien 1 tidak ada sedangkan pada pasien 2 memiliki riwayat persalinan normal 5 tahun yang lalu dengan jenis kelamin anak pertama laki-laki, berat lahir 3900 gram, panjang badan 48 cm serta persalinan ditolong oleh Bidan. Riwayat perkawinan pada pasien 1 dan pasien 2 memiliki kesamaan yaitu sudah menikah. Untuk riwayat KB pada pasien 1 tidak memiliki riwayat pemakain KB sedangkan pada pasien 2 memiliki riwayat pemakain KB suntik sejak anak pertamanya berusia 1 tahun dan tidak memiliki keluhan selama menggunakan KB.

4.2 Tabel 2

Hasil Pemeriksaan Fisik Pasien dengan Preeklampsia di Ruang Rawat Inap Kebidanan Rumah Sakit dr. Achmad Mochtar Bukit Tinggi & Ruang Mawar RSUD Bangil tahun 2018

Item Pengkajian		Pasien 1	Pasien 2
A. Kondisi umum			
1.	TD	150/100 MmHg	180/100 MmHg
2.	Nadi	96 x/menit	87 x /menit
3.	Suhu	36,8°C	37,8°C
4.	RR	20 x/menit	25 x /menit
5.	GCS	-	-
B. Pemeriksaan fisik head to toe			
1.	Kepala dan rambut	Kepala Normocephal, rambut pasien panjang berwarna hitam tampak	Hasil anamnesa data tidak ada.

		sedikit berminyak dan berbau lepek, tampak sedikit berketombe, tidak ada terabab adanya benjolan, lesi dan luka.	
2.	Mata	Mata tampak simetris kiri dan kanan, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, mata bersih, pasien tampak tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan ukuran pupil 2mm/2mm.	Mata simetris, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, tidak ada kelainan strabismus, ketajaman penglihatan normal, alat bantu tidak ada.
3.	Hidung	Hidung tampak simetris, tidak tampak adanya secret, sinus dan polip. Fungsi penciuman baik dan tidak terpasang oksigen.	Hidung tidak ada epistaksis, mukosa hidung kering, secret tidak ada, ketajaman penciuman normal.
4.	Telinga	Telinga simetris kiri dan kanan, tidak ada serumen, tidak ditemukan peradangan, fungsi pendengaran.	Telinga simetris, ketajaman pendengaran normal, alat bantu pendengaran tidak ada.
5.	Mulut dan faring	Bibir dan mukosa mulut tampak kering, tidak ada peradangan pada mulut, pasien tidak memakai gigi palsu, gigi utuh tidak ada yang berlubang, gigi pasien tampak kurang bersih dan berbau, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, fungsi pengecap normal.	Mukosa mulut kering, bibir tidak ada labioskisis dan palatoskisis, tenggrogan tidak ada kesulitan menelan.
6.	Leher	Tidak teraba pembesaran kelenjar getah bening dan kelenjar thyroid, fungsi menelan baik	Hasil anamnesa data tidak ada.
7.	Payudara dan ketiak	Bentuk payudara simetris kiri dan kanan, belahan payudara tampak memerah dan mengelupas, warna sekitar areola hitam kecoklatan (Hyperpigmentasi), puting susu tampak menonjol, payudara terasa lembek, produksi ASI yang	Aerolla mammae berwarna coklat, papilla mammae menonjol, colostrum sudah keluar dan diberikan ke bayi.

		dihasilkan sedikit dan saat ditekan ada keluar colostrum.	
8	Abdomen	Bentuk abdomen simteris, warna kulit disekitar pusat berwarna coklat, terdapat striae gravidarum, terdapat luka operasi Sectio Caesarian dengan jenis memanjang horizontal tertutup perban dengan ukuran panjang sekitar 10 cm, lebar 1-2 cm. Bising usus 12 x/mnt. TFU 2 jari dibawah pusat	Nyeri dan terdapat luka post operasi.
8.	Genetalia dan anus	Terpasang Dower Catheter dengan produksi urine 500 cc dan pasien memakai pembalut. Lochea Rubra produksi 50 cc, warna merah kehitaman, bau amis, konsistensi encer. Perineum utuh tidak ada jahitan/robekan.	Terpasang dower catheter dengan produksi urine 1500 cc, Lochea rubra produksi 150 cc.
9.	Integument	Keadaan turgor kulit baik, tidak ada lesi, kulit tampak berkeriat, kaki tampak edema, tidak ada nyeri tekan, warna kulit sawo matang.	Turgor kulit baik, kulit lembab.
Pengkajian Bayi		Bayi Pasien 1	Pasien 2
A. Kondisi umum			
1.	Kesadaran	Baik	-
2.	Suhu	35,9° C	35° C
3.	Nadi	115 x /menit	-
4.	RR	42 x/menit	-
5.	Jenis Kelamin	Laki-laki	Laki-laki
6.	Berat Badan	1400 Gram	3200 gram
7.	Panjang Badan	40 cm	48 cm
8.	Lingkar Kepala	28 cm	-
9.	Lingkar Dada	27 cm	-
10.	LILA	6 cm	-
11.	Apgar Score	7/8	-

Sumber : (Putri, 2018), (Agustina, 2018)

Interprestasi Data :

Berdasarkan tabel 4.2 diatas dapat dijelaskan hasil pemeriksaan fisik pada pasien 1 ditemukan tekanan darah sudah mengalami penurunan yaitu 150/100 MmHg dan pada pengkajian bayi pasien 1, jenis kelamin bayi laki-laki, berat badan bayi rendah yaitu 1400 gram, apgar score 7/8. Sedangkan untuk pasien 2 ditemukan tekanan darah masih tinggi yaitu 180/100 MmHg dan suhu pasien 2 mencapai 37,8 C sementara untuk pengkajian bayi pasien 2 ditemukan jenis kelamin laki-laki dengan berat badan 3200 gram.

4.3 Tabel 3

Hasil Pemeriksaan Penunjang Pasien dengan Preeklampsia di Ruang Rawat Inap Kebidanan Rumah Sakit dr. Achmad Mochtar Bukit Tinggi & Ruang Mawar RSUD Bangil tahun 2018

Pemeriksaan Penunjang	Pasien 1	Pasien 2
Laboratorium	Pemeriksaan Darah lengkap tanggal 07-06-2018 1. Hemoglobin : 14.0 g/dl 2. Leukosit : 26.19 $10^3/uL^*$ 3. Eritrosit : 4.50 $10^3/uL$ 4. Hematokrit : 41.5 % Protein Urine +3	Pemeriksaan Lab 1. HGB : 13,56 g/dl. 2. HCT : 38.71 % 3. MCV : 82.71 UM 4. MCHC : 28.75 PG 5. RDW : 35.02 g/dl 6. PLT : 376 $10/uL$ 7. MPV : 7.517 g/dl
Rontgen	Tidak ada	Tidak ada
EKG	Tidak ada	Tidak ada
USG	Tidak ada	Tidak ada
Lain-lain : Patologi Anatomi (PA)	Tidak ada	Tidak ada

Sumber : (Putri, 2018), (Agustina, 2018)

Interprestasi Data :

Berdasarkan tabel 4.3 setelah hasil pemeriksaan fisik selanjutnya dapat dijelaskan hasil dari pemeriksaan penunjang dimana pada pasien 1 dan pasien 2 dilakukan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan laboratorium. Pada pasien 1 pemeriksaan laboratorium pada tanggal 07 Juni 2018 dengan hasil leukocyt 26, 19 10/uL dan Protein Urine +3 sedangkan pada pasien 2 tidak tercantum tanggal pemeriksaan.

4.4 Tabel 4

Hasil Penatalaksanaan Terapi Pasien dengan Preeklampsia di Ruang Rawat Inap Kebidanan Rumah Sakit dr. Achmad Mochtar Bukit Tinggi & Ruang Mawar RSUD Bangil tahun 2018

Pasien 1	Pasien 2
Obat yang pasien peroleh : - Methyl Dupa 3 x 250 Mg. - Adalat Oros 1 x 500. - Dexamethason 1 x 1 Amp (IV). - Ceftriaxone 2 x 1 Gr (IV). - RL Drip MgSO4 500 cc. - Dext 5% 500 cc	Obat yang pasien peroleh : - Injeksi Cefotaxime 750 Mg. - Injeksi Kalnek 100 mg. - Injeksi Ketorolac 1 Amp/12 jam. - Injeksi Ranitidin 4 Mg. - Injeksi Santagesik 2 mg. - Infus RL 500 ml 21 tetes/menit dalam 24 jam. - Drip MgSO4 40% dalam RD 5% / 24 jam.

Sumber : (Putri, 2018), (Agustina, 2018)

Interprestasi Data :

Berdasarkan tabel 4.4 selanjutnya dapat dijelaskan data penatalaksanaan terapi pemberian obat pada pasien 1 yaitu obat Anti hipertensi, antibiotik serta analgetik drip dalam cairan infus, sedangkan terapi pemberian obat pada pasien 2 yaitu obat anti perdarahan, analgetik, antibiotik serta anti hipertensi drip dalam cairan infus.

4.5 Tabel 5

Hasil Data Fokus Pasien dengan Preeklampsia di Ruang Rawat Inap Kebidanan Rumah Sakit dr. Achmad Mochtar Bukit Tinggi & Ruang Mawar RSUD Bangil tahun 2018

Data Fokus	
Pasien 1	Pasien 2
<p>DS :</p> <p>a) Pasien mengatakan dirawat di ruang KB Rawatan RSUD Dr. A.M Bukittinggi post operasi Sectio Caesaria dengan indikasi PEB.</p> <p>b) Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, kakinya terasa berat dan sakit saat diangkat sehingga semua aktifitas pasien dibantu keluarga dan perawat.</p> <p>c) Pasien mengatakan kepalanya pusing terasa mual mual dan kakinya bengkak semenjak pasien hamil.</p> <p>d) Pasien mengatakan sebelum hamil tidak pernah dirawat dengan penyakit hipertensi.</p> <p>e) Pasien mengatakan pernah memeriksakan kehamilannya di Puskesmas dengan Tekanan Darah mencapai 180/120 MmHg.</p> <p>f) Pasien mengatakan mengeluh nyeri pada luka bekas operasi, nyeri seperti disayat-sayat dan hilang timbul serta makin bertambah nyeri saat melakukan pergerakan atau aktifitas.</p> <p>g) Pasien mengatakan kakinya terasa berat dan sakit saat diangkat, sehingga semua aktifitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.</p> <p>h) Pasien mengatakan tidak pernah dirawat dengan penyakit paru-paru, diabetes mellitus, jantung dan hipertensi.</p> <p>i) Pasien mengatakan keluarga pasien tidak ada yang menderita penyakit keturunan seperti</p>	<p>DS :</p> <p>a) Pasien mengatakan masuk IGD RSUD Bangil pada tanggal 21 Des 2018 pukul 22.22 dengan keluhan kontraksi dan tekanan darah 180/110 MmHg.</p> <p>b) Pasien mengatakan post operasi Sectio Caesarian.</p> <p>c) Pasien mengatakan nyeri abdomen dibagian bawah karena luka bekas operasi.</p> <p>d) Pasien mengatakan belum bisa miring kanan dan kiri.</p> <p>e) Pasien mengatakan mengeluh nyeri abdomen dibagian bawah karena luka bekas operasi, nyeri dirasakan seperti terbakar dan hilang timbul, nyeri makin bertambah saat pasien bergerak.</p> <p>f) Pasien mengatakan tidak ada penyakit yang pernah dialami dan tidak ada pengobatan yang didapat.</p> <p>g) Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit keluarga yaitu hipertensi, sedangkan untuk diabetes mellitus, jantung serta penyakit lainnya tidak ada.</p> <p>h) Pasien mengatakan menarch usia 14 tahun dengan siklus 20 hari dan lama hari haid selama 5-7 hari, pasien mengannti pemablut dalam 24 jam sebanyak 3-4 kali dengan keluhan nyeri haid.</p> <p>i) Pasien mengatakan sudah menikah.</p> <p>j) Pasien mengatakan pernah menggunakan KB suntik sejak anak pertama berusia 1 tahun dan tidak ada masalah yang terjadi selama menggunakan KB.</p> <p>k) Pasien mengatakan pekerjaannya</p>

<p>hipertensi, diabetes mellitus, penyakit menular dan penyakit kejiwaan.</p> <p>j) Pasien mengatakan menarch usia 10 tahun dengan siklus haid 28 hari dan lama hari haid selama 7 hari, pasien mengganti pembalut dalam 24 jam sebanyak 3 kali. Pasien mengatakan keluhan nyeri haid pada hari pertama haid.</p> <p>k) Pasien mengatakan memberikan ASI dengan cara dipompa.</p> <p>l) Pasien mengatakan sudah menikah.</p> <p>m) Pasien mengatakan selama dirumah makan dalam sehari 3 kali dengan porsi sedang, jenis makanan nasi, sayur, lauk pauk dan buah, pasien mengatakan alergi terhadap makanan seperti telur, udang dan ikan laut.</p> <p>n) Pasien mengatakan selama dirumah BAK 5 kali/hari, warna kuning, bau pesing. Pasien mengatakan BAB 2 kali sehari, konsistensi lembek, warna kuning, pasien tidak mengalami konstipasi (Sembelit).</p> <p>o) Pasien mengatakan pekerjaannya sebagai IRT.</p> <p>p) Pasien mengatakan selama di rumah sakit waktu tidur tidak menentu dan lama tidur 5-6 jam.</p> <p>q) Pasien mengatakan kesulitan tidur saat ini, sering terbangun karena nyeri post operasi.</p> <p>r) Pasien mengatakan untuk perawatan diri pasien mandi hanya dilap, tidak ada gosok gigi.</p> <p>s) Pasien mengatakan minum air putih/hari kurang lebih 1500 cc.</p> <p>t) Pasien mengatakan beagama islam dan rajin beribadah, pasien selalu berdzikir dan berdoa agar bayinya selalu sehat.</p> <p>u) Pasien mengatakan suaminya bekerja sebagai pedagang dengan penghasilan 3.000.000/bulan, pasien merasa tercukupi dengan penghasilan keluarganya.</p>	<p>seorang Ibu Rumah Tangga.</p> <p>l) Pasien mengatakan istirahat/tidur cukup.</p> <p>m) Pasien mengatakan rencana merawat bayinya sendiri, pasien mengatakan bisa merawat bayinya.</p> <p>n) Pasien mengatakan mengetahui cara pemberian nutrisi untuk bayinya karena ini anak ke-2.</p> <p>o) Pasien mengatakan rencana menyusui ASI eksklusif selama 6 bulan.</p> <p>p) Pasien mengatakan tidak mengetahui cara perawatan payudara dengan benar meskipun ini anak ke-2</p>
---	--

<p>v) Pasien mengatakan tahu cara merawat bayi baru lahir seperti cara memandikan, membedong bayi, menggendong bayi, tetapi pasien belum pernah melakukannya sendiri.</p> <p>w) Pasien mengatakan kurang mengetahui tentang ASI Eksklusif dan cara perawatan payudara serta tehnik pemberian ASI yang benar.</p> <p>x) Pasien mengatakan ini adalah kelahiran anak pertamanya, pasien merasa senang dan bangga atas kelahiran anak pertamanya.</p> <p>y) Pasien mengatakan merasa sedih terpisah dengan bayinya karena bayi dirawat diruang perinatologi.</p> <p>z) Pasien mengatakan tidak dapat melihat dan menyusui bayi secara langsung.</p>	
<p>DO :</p> <p>a) Tanda – tanda vital : TD : 150/100 MmHg, N; 96 x/mnt, RR : 20 x /mnt, S: 36,7 C. Terdapat luka post SC Horizontal dengan panjang 10 cm, lebar 1-2 cm pada abdomen pasien.</p> <p>b) Pasien tampak menahan sakit.</p> <p>c) Pasien tampak susah mengangkat ekstermitasnya karena efek anastesi, kaki pasien tampak edema.</p> <p>d) Pasien tampak meringis, skala nyeri 4-5.</p> <p>e) Pasien 1 kali kontrol kehamilan di Puskesmas.</p> <p>f) TFU 2 jari dibawah pusat, terdapat kontraksi uterus dengan kondisi uterus baik dan keras. Perdarahan 50 cc, lochea rubra.</p> <p>g) ASI yang dihasilkan hanya sedikit.</p> <p>h) Pasien tampak mual, bising usus 12 x /mnt. Mukosa bibir kering tidak ada sariawan, konjungtiva tidak anemis, pasien masih dipuasakan.</p> <p>i) Pasien saat ini terpasang catheter</p>	<p>DO :</p> <p>a) Tanda – tanda vital : TD : 180/100 MmHg MmHg, N : 87 x /mnt, RR : 25 x /mnt, S : 37,8° C. Terdapat luka post operasi.</p> <p>b) Pasien tampak lemas dan belum bisa mengerakkan kedua kakinya, kemampuan untuk bergerak pasien masih terbatas.</p> <p>c) Pasien tampak meringis, skala nyeri 6.</p> <p>d) Tidak ada data riwayat ANC pasien.</p> <p>e) TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, perdarah 200 cc lochea rubra.</p> <p>f) Pasien melahirkan anak pertama 5 tahun yang lalu dengan jenis kelamin laki-laki dan berat lahir 3900 gram, panjan badan 48 cm, persalinan normal/spontan dan ditolong oleh bidan.</p> <p>g) Bising usus 8 x/menit, BB pasien : 47 Kg, TB : 145 cm, mukosa bibir kering, konjungtiva tidak anemis, tidak ada kesulitan menelan.</p> <p>h) Pasien menggunakan dower catheter dengan produksi urine 1500 cc.</p>

<p>dengan produksi urine 500 cc.</p> <p>j) Pasien belum ada BAB semenjak habis melahirkan.</p> <p>k) Badan pasien tampak berkeringat, rambut tampak berminyak dan lepek.</p> <p>l) Pasien tidak memakai alat bantu penglihatan, fungsi penciuman baik, fungsi pengecap normal, fungsi pendengaran baik.</p> <p>m) Pasien terpasang infus RL 500 cc + drip MgSO₄ 40% 25 ml 2o tetes/menit pada tangan kanan dan infus RL 500cc + drip ketorolac 30 mg 20 tetes/menit pada tangan kiri. Turgor kulit baik.</p> <p>n) Kesadaran composmentis, kecemasan ada, pasien memikinya bayinya yang lahir prematur sehingga tidak bisa menyusui secara langsung.</p> <p>o) Pasien tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.</p> <p>p) Pemeriksaan Darah tanggal 07-06-2018 : HB : 14,0 g/dl Leukocyt : 26,19 10/ul Eritrosit : 4.50 10/ul Hematokrit :41.5% Protein Urine : +3</p> <p>q) Obat yang pasien peroleh : - Methyl Dupa 3 x 250 Mg - Adalat Oros 1 x 500 Mg - Dexamethason 1 x 1 Amp (IV) - Ceftriaxone 2 x 1 Gr (IV) - RL Drip MgSO₄ 500 cc - Dext 5% 500 cc</p> <p>r) Pasien berada pada proses adaptasi Taking In, pasien berfokus pada dirinya sendiri, ketergantungan pada orang lain.</p> <p>s) Usia 22 tahun, diagnosa medis G1P0A0.</p> <p>t) Bayi prematur dengan berat badan bayi 1400 gram.</p>	<p>i) Lama tidur selama di rumah sakit 3-4 jam.</p> <p>j) Pasien mempunyai kebiasaan gosok gigi 1-2 kali/hari.</p> <p>k) Pasien terpasang infus RL 500 cc/24 jam 21 tetes/menit. Turgor kulit baik.</p> <p>l) Kesadaran composmentis, orientasi pasien baik. Kecemasan ada.</p> <p>m) Pemeriksaan haasil Lab : 1. HGB : 13,56 g/dl. 2. HCT : 38.71 % 3. MCV : 82.71 UM 4. MCHC : 28.75 PG 5. RDW : 35.02 g/dl 6. PCT : 376 10/uL 7. MPV : 7.517 g/dl</p> <p>n) Obat yang diperoleh : - Injeksi Cefotaxime 750 Mg. - Injeksi Kalnek 100 mg - Injeksi Ketorolac 1 Amp/12 jam - Injeksi Ranitidin 4 Mg. - Injeksi Santagesik 2 mg. - Infus RL 500 ml21 tetes/menit dalam 24 jam. - Drip MgSO₄ 40% dalam RD 5% / 24 jam.</p> <p>o) Persepsi pasien setelah melahirkan ingin sembuh dan segera pulang kerumah, pasien ingin segera merawat anaknya dirumah.</p> <p>p) Usia pasien 27 tahun pasien melahirkan anak ke-2.</p> <p>q) Pasien tampak bingung saat ditanya bagaiman cara melakukan perawatan payudara yang benar.</p>
---	---

Interprestasi Data :

Berdasarkan tabel 4.5 dapat disimpulkan data fokus yang diambil pada pasien 1 dan pasien 2 sesuai dari hasil pengkajian, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang serta penatalaksanaan terapi.

4.6 Tabel 6

Hasil Analisa Data Pasien dengan Preeklampsia di Ruang Rawat Inap Kebidanan Rumah Sakit dr. Achmad Mochtar Bukit Tinggi & Ruang Mawar RSUD Bangil tahun 2018

No	DATA	Etiologi	Masalah Keperawatan
Pasien 1			
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi. - Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi. - Klien mengatakan nyeri seperti di sayat- sayat dan terasa hilang timbul. - Klien mengatakan makin terasa nyeri pada saat melakukan pergerakan atau aktivitas. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis. - Terdapat luka post SC horizontal dengan panjang 10 cm, lebar 1-2 cm pada abdomen klien. - TD : 150/100 mmHg S : 36,80C, N : 96 kali / menit, RR : 20 kali / menit Wbc : 26,19 	Agen Pencedara Fisik	Nyeri.

	(10'3/ul) - Skala nyeri 4-5.		
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan makin terasa nyeri pada saat melakukan pergerakan atau aktivitas. - Klien mengatakan berat mengangkat kakinya. - Klien mengatakan semua aktivitas di bantu oleh perawat dan keluarga. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah. - Klien tampak susah mengangkat ekstermitasnya. - Klien terpasang infus. - Klien terpasang kateter. - Aktivitas klien tampak di bantu oleh perawat dan keluarga. 	Post Sectio Caesarian	Hambatan Mobilitas Fisik
3	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan alergi pada telur. - Klien mengatakan takut infeksi pada luka post SC. - Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi. - Klien mengatakan takut untuk bergerak karena ada bekas luka post SC di bagian abdomen. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak melindungi daerah jahitan. - Klien tampak menahan Sakit. - Luka tampak di balut dengan verban. - Setelah 6 jam sesudah 	Trauma Jaringan	Resiko Infeksi

	<p>operasi klien tampak malas untuk bergerak.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tidak memakan makanan yang di sediakan oleh rumah sakit seperti susu dan telur. - TD: 150 /100 S : 36,8 C N : 96 x/i RR : 20 x/i Wbc : 26,19 (10³/ul) 		
4.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sering merasa pusing. - Klien mengatakan sering merasa mual. - Klien mengatakan kakinya bengkak. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemas. - Kaki klien tampak oedema. - Klien tampak mual. - TD : 150/100 mmHg S : 36,80C N : 96 kali / menit R : 20 kali / men Wbc : 26,19 (10³/ul) Protein urine (++) 	Penurunan kardiak output Sekunder terhadap vasoplasma pembuluh darah.	Gangguan perfusi jaringan serebral
5.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan belum menyusui bayinya. - Klien mengatakan Asinya sedikit. - Klien mengatakan Asi di berikan dengan cara di pompa. - Klien mengatakan bayinya di rawat di perinatologi. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dalam kondisi puasa selama 6 jam post operasi SC. - Bayi di rawat di rungan 	Pemisahan ruangan bayi dengan ruangan ibu Post Partum.	Menyusui Tidak Efektif.

	<p>perinatologi. Payudara terasa lembek.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asi di berikan dengan cara di pompa. - Asi yang di keluarkan tampak sedikit. - Payudara saat di tekan colostrum (+). 		
6.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan belum mandi sejak 2 hari yang lalu. - Klien mengatakan bandannya berkeringat dan lengket. - Klien mengatakan tidak bisa ke kamar mandi. - Klien belum mampu melakukan aktivitas ringan. - Klien mengatakan belum bisa berhias sendiri. - Klien mengatakan badannya terasa berat. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wajah klien tampak berminyak. - Klien terpasang infus. - Klien terpasang kateter. - Badan klien tampak berkeringat. 	Luka Post SC	Defisit Perawatan Diri
Pasien 2			
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mangatakan nyeri pada bagian abdomen bekas post op. - P : Klien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah akibat pembedahan section caesarea. Q : nyeri seperti terbakar. R : nyeri pada abdomen bagian bawah. S :skala nyeri 6. 	<p><i>Post sc</i></p> <p>↓</p> <p>Luka <i>post sc</i></p> <p>↓</p> <p>Terputusnya Jaringan inkontuinitas</p>	Nyeri Akut

	<p>T : Nyeri saat dibuat gerak.</p> <p>DO.</p> <ul style="list-style-type: none"> - K/U cukup. - Tanda-tanda vital : TD. 180/100 mmHg, S . 37,8C, N . 87X/menit, R . 24x/menit. - Wajah tampak menyeringai. - Adanya nyeri tekan pada luka bekas pembedahan. - Adanya balutan kassa pada abdomen bagian bawah. 		
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan ke-2 kakinya lemah, jika kakinya digerakan. <p>DO.</p> <ul style="list-style-type: none"> - K/U cukup. - Tanda –tanda vital : TD. 180/100, S . 37,8C, N . 87X/menit, RR . 24X/menit - Klien tampak kesulitan untuk bergerak. - Klien belum bisa melakukan mobilisasi miring kanan-miring kiri. - Klien hanya berbaring ditempat tidur. - Kemampuan untuk bergerak terbatas. 	<p><i>Post SC</i></p> <p>↓</p> <p>Luka <i>post SC</i></p> <p>↓</p> <p>Penurunan kemampuan fungsi otot</p> <p>↓</p> <p>Efek anestesi</p>	Hambatan Mobilitas Fisik
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak mengetahui cara perawatan payudara dengan benar meskipun ini anak ke-2. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - K/U cukup. 	<p><i>Post SC</i></p> <p>↓</p> <p>Ansietas</p> <p>↓</p> <p>Kurang pengetahuan perawatan payudara</p>	Defisit Perawatan Payudara

	<ul style="list-style-type: none"> - Tanda-tanda vital: TD. 180/100 mmHg, S . 37,8C, N . 87x/menit, RR. 24x/menit. - Klien tampak bingung saat ditanya tentang bagaimana perawatan payudara. Saat tim medis memberi penyuluhan tentang perawatan payudara klien tampak kesulitan untuk memperagakannya sendiri. 		
--	---	--	--

Sumber : (Putri, 2018), (Agustina, 2018)

Interprestasi Data :

Berdasarkan tabel 4.6 setelah data fokus untuk pasien 1 dan pasien 2 selanjutnya dari hasil data fokus tersebut dibuat analisa data baik pada pasien 1 maupun pasien 2 guna menegakkan diagnosa keperawatan pada masing-masing pasien.

2) Diagnosa Keperawatan

4.7 Tabel 7

Diagnosa Keperawatan Pasien dengan Preeklampsia di Ruang Rawat Inap Kebidanan Rumah Sakit dr. Achmad Mochtar Bukit Tinggi & Ruang Mawar RSUD Bangil tahun 2018

No. Urut	Pasien 1		Pasien 2	
	Hari/ tanggal ditemukan	Diagnosa keperawatan	Hari/ tanggal ditemukan	Diagnosa keperawatan
1	Kamis, 07/06/2018	Nyeri berhubungan dengan agent cidera fisik.	Sabtu, 22/12/2018	Nyeri akut berhubungan dengan injury fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, <i>episiotomy</i>).

2.	Kamis, 07/06/2018	Hambatan Mobilisasi fisik berhubungan dengan post sc.	Sabtu, 22/12/2018	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan efek anestesi.
3.	Kamis, 07/06/2018	Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan.	Sabtu, 22/12/2018	Defisiensi kurang pengetahuan perawatan payudara berhubungan dengan kurangnya informasi
4.	Kamis, 07/06/2018	Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan kardiak output sekunder terhadap vasoplasme pembuluh darah.		
5.	Kamis, 07/06/2018	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan pemisahanruangan bayi dengan ruangan ibu post partum.		
6.	Kamis, 07/06/2018	Defisit perawatan diri berhubungan dengan luka post SC		

Sumber : (Putri, 2018), (Agustina, 2018)

Interprestasi Data :

Berdasarkan tabel 4.7 diatas, setelah melakukan pengkajian dan pengumpulan data pada pasien 1 dan pasien 2 ditemukan beberapa diagnosa keperawatan yang muncul. Untuk diagnosa keperawatan pada pasien 1 ditemukan 6 diagnosa yang muncul yaitu Nyeri berhubungan dengan agent cedera fisik, Hambatan Mobilisasi fisik berhubungan dengan post sc, Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan

kardiak output sekunder terhadap vasoplasme pembuluh darah, Menyusui tidak efektif berhubungan dengan pemisahanruangan bayi dengan ruangan ibu post partum dan Defisit perawatan diri berhubungan dengan luka post SC Sedangkan pada pasien 2 ditemukan 3 diagnosa yang muncul yaitu Nyeri akut berhubungan dengan injury fisik (pembedahan, trauma jalan lahir,episiotomy), Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan efek anestesi, Defisiensi kurang pengetahuan perawatan payudara, berhubungan dengan kurangnya informasi.

3) Perencanaan

4.8 Tabel 8

Perencanaan Keperawatan Pasien dengan Preeklampsia di Ruang Rawat Inap Kebidanan Rumah Sakit dr. Achmad Mochtar Bukit Tinggi & Ruang Mawar RSUD Bangil tahun 2018

Hari/ tanggal	DX. Kep	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Pasien 1			
Kamis, 07/06/2018	Nyeri b.d agen cedera fisik. DS : 1. Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi. 2. Klien mengatakan nyeri seperti di sayat- sayat. 3. Klien mengatakan nyeri terasa hilang timbul. 4. Klien mengatakan nyeri pada saat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: 1. Klien mengatakan nyeri berkurang. 2. Klien tampak rileks. 3. Klien ampu melakukan nafas dalam.	Management Nyeri: 1.1 Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi. 1.2 Observasi reaksi non verbal dari Ketidak nyamanan. 1.3 Tingkatkan istirahat. 1.4 Monitor tanda- tanda vital.

	<p>melakukan pergerakan atau aktivitas.</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak meringis. 2. Terdapat luka post SC horizontal dengan panjang 10 cm pada abdomen klien. 3. TD : 150/100 mmHg, S : 36,80C, N: 96 x/menit, RR:20 x/menit, Wbc : 26,19 (10³/ul) Skala nyeri 4-5 		<p>1.5 Anjurkan teknik relaksasi.</p> <p>1.6 Kolaborasi dalam pemberian analgetik.</p>
<p>Kamis, 07/06/2018</p>	<p>Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan post sc</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan saat bergerak luka post SC terasa sakit. 2. Klien mengatakan berat mengangkat kakinya. 3. Klien mengatakan semua aktivitas di bantu oleh perawat. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah. Klien tampak susah mengangkat 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien dapat meningkatkan dan melakukan aktifitas sesuai kemampuan tanpa disertai dengan nyeri.</p> <p>dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien meningkat dalam aktivitas fisik. 2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas. 3. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah. 	<p>2.1 Kaji kemampuan dalam mobilisasi.</p> <p>2.2 Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan.</p> <p>2.3 Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL.</p> <p>2.4 Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.</p>

	ekstermitasnya karena efek bius aktivitas klien sepenuhnya di bantu oleh perawat.		
Kamis, 07/06/2018	<p>Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaaringan</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan alergi pada telur. 2. Klien mengatakan takut infeksi pada luka post SC. 3. Klien mengatakan takut untuk bergerak karena ada bekas luka post SC di bagian abdomen. <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak melindungi daerah jahitan. 2. Klien tampak menahan sakit. 3. Luka tampak di balut dengan verban. 4. Setelah 6 jam sesudah operasi klien tampak malas untuk bergerak. 5. Klien tampak tidak memakan makanan yang 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan pasien tidak mengalami infeksi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi. 2. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi. 3. Jumlah leukosit dalam batas normal. 	<ol style="list-style-type: none"> 3.1 Pertahankan teknik Aseptik. 3.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan. 3.3 Berikan terapi antibiotik. 3.4 Tingkatkan intake nutrisi. 3.5 Monitor tanda dan gejala infeksi sistematik dan lokal. 3.6 Dorong pasien istirahat yang cukup. 3.7 Dorong masukan cairan oral dan diet tinggi protein, vitamin C dan zat besi. 3.8 Anjurkan klien untuk melakukan perawatan luka dan ganti verban. 3.9 Anjurkan klien untuk menjaga luka

	<p>di sediakan oleh rumah sakit seperti susu dan telur.</p> <p>6. TD: 150 /100 MmHg, S : 36,8 C, N : 96 x/i, RR : 20 x/i, Wbc : 26,19 (10³/ul)</p>		
Kamis 07/06/2018	<p>Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan kardiak output sekunder terhadap vasoplasme pembuluh darah</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sering merasa pusing. 2. Klien mengatakan sering merasa mual. 3. Klien mengatakan kakinya bengkak. <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak lemas. 2. Kaki klien tampak oedema. 3. Klien tampak mual. 4. TD : 150/100 mmHg, S : 36,8°C, N : 96 kali/ menit, R R : 20 kali / men, Wbc : 26,19 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan perfusi jaringan serebral teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan systole dan dalam rentang yang diharapkan. 2. Tidak ada ortostatik hipertensi. 3. Komunikasi jelas. 4. Menunjukkan konsentrasi dan orientasi. 5. Bebas dari aktivitas kejang. 	<ol style="list-style-type: none"> 4.1 Monitor TTV. 4.2 Monitor adanya diplopia pandangan kabur, nyeri kepala. 4.3 Monitor level kebingungan dan orientasi. 4.4 Catat perubahan pasien dalam merespon stimulus. 4.5 Monitor status cairan. 4.6 Tinggikan kepala 0-45° tergantung pada kondisi pasien dan order medis.

	(10 ³ /ul), Protein urine (++)		
Kamis 07/06/2018	<p>Menyusui tidak efektif berhubungan dengan pemisahan ruangan bayi dengan ruangan ibu post partum</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan belum menyusui bayinya. 2. Klien mengatakan Asinya sedikit. 3. Klien mengatakan Asi di berikan dengan cara di pompa. 4. Klien mengatakan bayinya di rawat di perinatologi <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bayi di rawat di rungan perinatologi. 2. Payudara terasa lembek. 3. Asi di berikan dengan cara di pompa. 4. Asi yang di keluarkantampak sedikit. 5. Payudara saat di tekan colostrum (+). 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan ibu menyusui bayi secara efektif dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kementapan pemberian ASI : Bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI. 2. Kemantapan Pemberian ASI : IBU : kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dan payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI. 3. Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/toddler. 4. Penyapihan Pemberian ASI : Diskontinuitas progresif pemberian ASI. 	<ol style="list-style-type: none"> 5.1 Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui. 5.2 Berikan informasi tentang laktasi dan teknik memompa Asi (secara manual atau pompa elektrik). 5.3 Berikan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI. 5.4 Pantau integritas kulit putting ibu. 5.5 Ajarkan pasien tentang prosedur dan teknik menyusui yang benar, cara perawatan payudara.
Kamis 07/06/201	Defisit perawatan diri berhubungan dengan luka post SC	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam ADLs klien dapat meningkat	6.1 Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri

		<p>dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien terbebas dari bau badan. 2. Menyatakan kenyamanan terhadap kemampuan untuk melakukan ADLs. 3. Dapat melakukan ADLs dengan bantuan 	<p>yang mandiri.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.2 Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan. 6.3 Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care. 6.4 Dorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki. 6.5 Dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya 6.6 Ajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk
Pasien 2			
Sabtu, 22/12/2018	Nyeri akut berhubungan dengan injury fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomy). Hambatan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24jam nyeri dapat berkurang.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaporkan bahwa nyeri berkurang. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Bina hubungan saling percaya. 1.2 Lakukan pengkajian nyeri secara 1.3 Komprensif termasuk lokasi,

	mobilitas fisik berhubungan dengan efek anestesi.	<ol style="list-style-type: none"> 2. Mampu mengenali skala nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri). 3. Wajah rileks 	<p>karakteristik, durasi, frekuensi, dan faktor penyebab.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.4 Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. 1.5 Mengajarkan tehnik distraksi dan relaksasi. 1.6 Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui nyeri yang dirasakan klien. 1.7 Perhatikan lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan dll). 1.8 Kolaborasi pemberian analgesik.
Sabtu, 22/12/2018	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan efek anestesi.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24jam dapat melakukan mobilisasi sesuai dengan kemampuan.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu mengatakan kemampuan aktivitas secara mandiri. 2. Dapat melakukan mobilisasi. 3. Klien mampu melakukan perawatan diri. 	<ol style="list-style-type: none"> 2.1 Kaji pengaruh aktivitas terhadap kondisi luka dan kondisi tubuh klien. 2.2 Atur tempat tempat tidur semifowler. 2.3 Anjurkan untuk melakukan gerakan kaki. 2.4 Bantu klien untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. 2.5 Evaluasi perkembangan klien dalam

			melakukan aktivitas secara bertahap. 2.6 Anjurkan klien untuk istirahat.
Sabtu, 22/12/2018	Defisiensi kurang pengetahuan perawatan payudara berhubungan dengan kurangnya informasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x30 menit klien mampu melakukan perawatan payudara. Kriteria hasil : 1. Klien mampu melakukan perawatan payudara sendiri. 2. Meningkatkan produksi ASI. 3. Mencegah terjadinya bendungan ASI.	3.1 Bina hubungan saling percaya. 3.2 Jelaskan pentingnya perawatan payudara. 3.3 Ciptakan lingkungan yang nyaman bagi ibu menyusui. 3.4 Ajarkan cara perawatan payudara dengan benar. 3.5 Memberikan posisi semi fowler saat menyusui.

Sumber : (Putri, 2018), (Agustina, 2018)

Interprestasi Data :

Berdasarkan tabel 4.8 setelah melakukan penegakan diagnosa keperawatan pada klien 1 dan 2 dibuat perencanaan tindakan keperawatan sesuai dengan masing-masing diagnosa yang ditemukan pada klien.

4) Pelaksanaan

4.9 Tabel 9

Pelaksanaan Keperawatan Pasien dengan Preeklampsia di Ruang Rawat Inap Kebidanan Rumah Sakit dr. Achmad Mochtar Bukit Tinggi & Ruang Mawar RSUD Bangil tahun 2018

Pasien 1		
Waktu pelaksanaan	Tindakan keperawatan	Evaluasi
Kamis 07 Juni 2018 09.15	Management Nyeri 1.1 Melakukan pengkajian Nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi. 1.2 Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan. 1.3 Meningkatkan istirahat. 1.4 Memonitor tanda-tanda vital. 1.5 Mengajarkan teknik Relaksasi. 1.6 Mengkolaborasi dalam pemberian analgetik	S : - Klien mengatakan nyeri pada jahitan post SC. - Klien mengatakan tidak nyaman pada luka jahitan post SC. - Klien mengatakan istirahat dan tidurnya terganggu karena luka post SC. O : - Klien tampak gelisah. - Klien tampak meringis saat mengubah posisi. - Skala nyeri 5 - TD:150/100 mmHg, S: 36,8 OC N: 96 kali/menit, R: 20 kali/menit. A : - Masalah belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan : - Ajarkan teknik relaksasi (Nafas dalam). - Memberikan analgetik (Ketorolak). - Pantau TTV.
	09.15	2.1 Mengkaji kemampuan dalam mobilisasi. 2.2 Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri

09.15	<p>sesuai kemampuan.</p> <p>2.3 Mendampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL.</p> <p>2.4 Mengajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan semua aktifitasnya di bantu oleh perawat. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sulit bergerak. - Klien tampak lemah. - Klien terpasang infus - Klien terpasang kateter - Semua aktifitas klien tampak di bantu oleh perawat. <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi.</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan teknik mobilisasi. - Mengatur posisi klien miring kiri, miring kanan, duduk dan berjalan.
	<p>3.1 Mempertahankan tehnik aseptik</p> <p>3.2 Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan</p> <p>3.3 Memeberikan terapi antibiotik</p> <p>3.4 Meningkatkan intake Nutrisi</p> <p>3.5 Memonitor tanda dan gejala lokal</p> <p>3.6 Mendorong pasien istirahat yang cukup.</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatkan nyeri pada luka post SC. - Pasien mengatakan nyeri terasa hilang timbul seperti disayat. - Pasien mengatkan takut infeksi pada luka post sc <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis. - Pasien masid dalam keadaan puasa, - Luka post SC pasien belum tampak karena masih ditutupi verban Dengan panjang 10 cm.

	<p>09.15</p> <p>4.1 Memonitor TTV 4.2 Memonitor adanya diploopia, pandangan kabur nyeri kepala. 4.3 Memonitor level kebingungan dan orientasi. 4.4 Mencatat perubahan pasien dalam merespon stimulus. 4.5 Memonitor status cairan. 4.6 Meningkatkan kepala 0-45 tergantung pada kondisi pasien.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wbc : 26.19 - Skala Nyeri 5 <p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Injeksi ceftriaxone. - Injeksi Metronidazol. - Monitor tanda dan gejala Infeksi. <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pusing. - Pasien mengatakan sakit kepala. - Pasien mengatakan Mual. - Pasien mengatakan kakinya bengkak. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas. - Pasien tampak meringis. - Kaki pasien tampak bengkak. <p>TD : 150/90 MmHG. S : 26,8 C, N: 96 x/mnt, RR : 20 x/mnt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Produksi urine 500 cc. <p>A : - Maslah belum teratsi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau TTV - Monitor Cairan : RL drip MGSOS 20 tts/mnt.
	<p>09.15</p> <p>6.1 Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui. 6.2 Memeberikan informasi tentang</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan belum melihat bayinya sejak dilahirkan.

	<p>laktasi dan tehnik memompa ASI (Secara manual atau pompa elektrik)</p> <p>6.3 Memberikan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI.</p> <p>6.4 Memantau integritas kulit puting ibu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan belum menyusui bayinya. - Pasien mengatakan ASI dipompa. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dalam keadann berpuasa. - Pasien tampak tidak menyesuaikan bayinya. - ASI yang diberikan dengan cara dipompa. - ASI pasien tampak sedikit, ASI yang dihasilkan hanya 2 cc. <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi tentang laktasi dan tehnik memompa ASI.
09.30	<p>6.1 Memonitor kemampuan pasien untuk perawatan diri yang mandiri.</p> <p>6.2 Memonitor kebutuhan pasien untuk alat-alat bantu kebersihan diri, berpakain, berhias, toileting dan makan.</p> <p>6.3 Menyediakan bantuan sampai pasien mampu secara utuh untuk melakukan selfcare.</p> <p>6.4 Mendorong pasien untuk melakukan aktifitas sehari – hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki.</p> <p>6.5 Mendorong untuk melakukan secara mandiri tapi beri bantuan ketika pasien tidk mampu</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakn badannya terasa nyaman setelah mandi. - Pasien mengatkan belum bisa berhias sendiri. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien melakukan perawatn diri : mandi dibantu oleh perawat. - Pasien terlihat senang dan nyaman. <p>A :</p> <p>Masalah defisit perawatn diri belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bantu pasien melakukan perawatan diri. - Dorong keluarga untuk membantu

	melakukannya. 6.6 Mengajarkan pasien /keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberina bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melihatnya.	pasien melakukan perawatn diri.
Jum'at, 08/06/2018 09.15	1.1 Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyaman. 1.2 Meningkatkan istirahat. 1.3 Memonitor tanda tanda vital. 1.4 Mengevaluasi tehnik relaksasi.	S ; - Pasien mengatakan nyeri pada bekas luka SC mulai berkurang. - Pasien mengataka nyeri saat melakukan pergerakan sudah berkurang. - Pasien mengatakn sudah bisa istirahat dan tidur dengan cukup karena nyeri sudah mulai berkurang. O : - Pasien tampak sedikit meringis sambil memegang area nyeri saat duduk dan berjalan. - Skala nyeri 4 - TD : 140/90 MmHg, S : 36,8 C, N : 84 x/mnt, RR : 20 x/mnt. A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan - Evaluasi tehnik relaksasi (Tarik nafas dalam). - Pantau TTV.
09.15	2.1 Mengevaluasi pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan. 2.2 Mendampingi dan	S : - Pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan badannya sedikit demi sedikit.

	<p>bantu pasien saat mobilisasi dan bantu kebutuhan ADL.</p> <p>2.3 Mengevaluasi pasien bagaiman merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan belum bisa berjalan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sudah tidak terpasang infus lagi. - Pasien sudah tidak terpasang kateter. - Pasien sudah mampu melakukan aktifitas secara perlahan. - Pasien dipindahkan ke ruangan pada jam 11.30 wib - Suami dan keluarga selalu mendampingi pasien dalam beraktifitas. <p>A :</p> <p>Sebagian masalah teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi tehnik mobilisasi. - Bantu pasien untuk memenuhi aktifitas sehari-hari.
09.15	<p>3.1 Mempertahankan tehnik aseptik .</p> <p>3.2 Memberikan terapi antibiotik.</p> <p>3.3 Meningkatkan intake nutrisi.</p> <p>3.4 Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal.</p> <p>3.5 Mendorong pasien istirahat yang cukup.</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada bekas jahitan sudah mulai berkurang. - Pasien mengatakan kapan balutan diganti. - Pasien mengatakan alergi pada telur. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tidak memakann makanan yang disediakan rumah sakit sperti telur dan susu. - Pasien tampak menghabiskan buburnya saja. - Luka pasien tampak bersih. - Tampak ada cairan darah keluar dari

	<p>4.1 Memonitor TTV</p> <p>4.2 Memonitor level kebingungan orientasi.</p> <p>4.3 Mencatat perubahan pasien dalam merespon stimulus.</p>	<p>bekas jahitan.</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan perawatan luka. - Ganti balutan 2 kali sehari. - Injeksi ceftriaxone 2x1 gr. - Patral 3 x 1 tab. - Vit.C 3 x 1 tab. <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pusingnya berkurang. - Pasien mengatakan sakit kepalanya berkurang. - Pasien mengatakan tidak mual lagi. - Pasien mengatakan kakinya masih bengkak. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tenang. - Pasien tampak lebih bersemangat dari sebelumnya. - Bengkak pada kaki pasien tampak berkurang. - Pasien sudah mulai berjalan tapi masih dibantu oleh suaminya. - TD : 140/90 MmHg, s: 36,8 C, N: 84 x/mnt. - RR : 20 x/mnt. - Banyak urine 600 cc <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau TTV
--	--	---

<p>09.15</p>	<p>5.1 Mengevaluasi tentang laktasi dan tehnik mempompa ASI (secara manual atau pompa)</p> <p>5.2 Mengevaluasi tentang keuntungan dan kerugian pemverian ASI.</p> <p>5.3 Memantau integritaas kulit puting susu.</p>	<p>Pantau output urine.</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sudah mulai banyak makan. - Pasien mengatakan belum menyusui bayinya. - Pasien mengatakan ASI masih dipompa - Pasien mengatakan ASInya sudah bisa keluar sedikit demi sedikit. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tidak menyusui bayinya. - Bayi masih diruang perinatologi. - ASI yang keluar tampak sedikit. - ASI dipompa ASI yang dihasilkan 5 cc. <p>A :</p> <p>Maslaah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau integritas kulit. - Penkes pengelolaan ASI Eksklusif.
<p>09.30</p>	<p>6.1 Memonitor kemampuan pasien untuk perawatan diri yang mandiri.</p> <p>6.2 Memonitor kebutuhan pasien untuk alat-alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.</p> <p>6.3 Menyediakan bantuan sampai pasien mampu secara utuh untuk melakukan selfcare.</p> <p>6.4 Mendorong pasien</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatkan tadi pagi badannya di lap oleh suaminya. - Pasien mengatkan badnnya terasa segar. - Pasien mengtakan sudah bisa melakukan akftitas ringan seperti menyisir rambut dan menyikat rambut. - Pasien mengatkan belum bisa mandi di kamar mandi.

	<p>4.1 Memonitor TTV</p> <p>4.2 Memonitor level kebingungan orientasi.</p> <p>4.3 Mencatat perubahan pasien dalam merespon stimulus.</p>	<p>Masalah mulai teratasi.</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan klien untuk menjaga luka agar tetap kering dan bersih. - Lakukan perawatan luka. - Ganti balutan <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak pusing lagi. - Klien mengatakan kepalanya tidak sakit lagi. - Klien mengatakan tidak mual lagi. - Klien mengatakan bengkak kakinya mulai berkurang. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak bersemangat - TD: 130/80 S : 36,8 C N : 84 kali/menit RR : 20 kali/menit - Banyak urine ± 700 cc. <p>A :</p> <p>Masalah mulai teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau TTV. - Pantau output urin. - Anjurkan klien untuk memakan obat herbal untuk menurunkan tekanan darah seperti mentimun, saledri, daun
--	--	--

	<p>5.1 Mengevaluasi tentang laktasi dan tehnik mempompa ASI (secara manual atau pompa).</p> <p>5.2 Mengevaluasi tentang keuntungan dan kerugian pemverian ASI.</p> <p>5.3 Memantau integritaas kulit puting susu.</p> <p>6.1 Memonitor kemampuan pasien untuk perawatan diri yang mandiri.</p> <p>6.2 Memonitor kebutuhan pasien untuk alat-alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.</p> <p>6.3 Menyediakan bantuan sampai pasien mampu secara utuh untuk melakukan selfcare.</p> <p>6.4 Mendorong pasien untuk melakukan aktifitas sehari – hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki.</p> <p>6.5 Mendorong untuk</p>	<p>alpukat.</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan belum menyusui bayinya. - Klien mengatakan Asi masih di pompa. - Klien mengatakan asinya sudah lebih banyak dari hari sebelumnya. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tidak menyusui bayinya - Bayi masih di ruang perinatologi. - Asi di pompa, keluar sekitar ± 8 cc. <p>A :</p> <p>Masalah mulaiteratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Breast care. - Perawatan payudara. <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tadi pagi sudah mandi diabntu oleh suaminya di kamar mandi. - Klien mengatakan badannya terasa segar. <p>Klien mengatakan sudah bisa berhias sendiri.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawatan diri klien tampak dibantu oleh
--	--	---

	<p>melakukan secara mandiri tapi beri bantuan ketika pasien tidak mampu melakukannya.</p> <p>6.6 Mengajak pasien /keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberina bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melihatnya.</p>	<p>suaminya.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak bersih dan rapi. <p>A: Masalah defisit perawatan diri : mandi mulai teratasi.</p> <p>P : Intervensi dihentikan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dorong keluarga untuk membantu klien melakukan perawatan diri
Klien 2		
Waktu pelaksanaan	Tindakan keperawatan	Evaluasi
Minggu, 23/12/2018	<p>Management Nyeri Management Nyeri</p> <p>1.1 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal.</p> <p>1.2 Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</p> <p>1.3 Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri</p> <p>1.5 Mengajarkan memonitor nyeri secara mandiri.</p> <p>1.6 Mengajarkan tehnik nonfarmokologis untuk mengurangi nyeri.</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di perut bagian bawah - P:Klien menyatakan nyeri akibat pembedahan. - Q:Nyeri seperti terbakar. - R:Nyeri pada abdomen bagian bawah. - S : skala 6. - T : nyeri sejak selesai melakukan operasi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - K/U cukup - Tanda – tanda vital TD: 160/90mmHg N : 85x/menit S : 37,7°C RR : 25x/menit - Terdapat balutan bekas luka operasi sesar. - Wajah tampak menyeringai. - Menggosok bagian yang nyeri. - Mengatupkan

<p style="text-align: center;">Minggu, 23/12/2018</p>	<p>2.1 Mengkaji pengaruh aktivitas terhadap kondisi luka dan kondisi tubuh klien.</p> <p>2.2 Mengatur tempat</p>	<p>rahang.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adanya nyeri tekanan pada luka bekas operasi. <p>A : Masalah belum teratasi P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pengkajian nyeri secara kompresif ermasuk lokasi. Karakteristik ,durasi , frekuensi ,kualitas , dan factor presipitasi. - Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. - Mengajarkan teknik distraksi dan relaxsasi. - Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien. - Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan. - Pencahayaan dan kebisingan. - Berkolaborasi pemberian analgesic <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih lemah untuk bergerak
--	--	--

	<p>tempat tidur semifowler.</p> <p>2.3 Mengajarkan untuk melakukan gerakan kaki.</p> <p>2.4 Membantu klien untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari.</p> <p>2.5 Mengevaluasi perkembangan klien dalam melakukan aktivitas secara bertahap.</p> <p>2.6 Mengajarkan klien untuk istirahat.</p>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - K/U cukup. - Tanda – tanda vital TD : 160/90mmHg N : 85x/menit S : 37,7°C RR : 25x/menit - Tampak sulit bergerak. - Tidak dapat melakukan Mobilisasi. - Klien tampak berbaring ditempat tidur. - Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM) : terbatas. - Mika/miki : belum bias mika/miki. - Terdapat balutan jahitan post operasi <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji pengaruh aktivitas. - terhadap kondisi luka dan kondisi tubuh umum. - Atur tempat tidur dalam posisi semi fowler. - Anjurkan menggerakkan kaki saat tidur. - Bantu klien memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari. - Evaluasi perkembangan kemampuan klien melakukan
--	--	--

	<p>3.1 Bina hubungan saling percaya.</p> <p>3.2 Jelaskan pentingnya perawatan payudara.</p> <p>3.3 Ciptakan lingkungan yang nyaman bagi ibu menyusui</p> <p>3.4 Ajarkan cara perawatan payudara dengan benar.</p> <p>3.5 Memberikan posisi semi fowler saat menyusui.</p>	<p>aktivitas.</p>
--	---	-------------------

Sumber : (Putri, 2018), (Agustina, 2018)

Interprestasi Data

Berdasarkan tabel 4.4 diatas bahwa Implementasi yang dilakukan berdasarkan dari rencana atau intervensi yang telah dibuat, tujuan melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi keperawatan agar kriteria hasil dapat tercapai.

5) Evaluasi

4.10 Tabel 10

Hasil Case Review Evaluasi Keperawatan Ibu Post Sectio
Caesarian dengan Preeklampsia di RSUD dr. Achmad Mochtar
Bukit Tinggi

Hari ke-	Diagnosa keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Pasien I		
Sabtu 09/06/2018 09.30	I	<p>S ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang - Pasien mengatakan sudah nyaman dengan keadaanya sekarang ini. <p>O ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tenang. - Skala Nyeri 3 - TD : 130/80 MmHg, S: 36,8, N: 84 x/mnt., RR : 20x/mnt. <p>A :</p> <p>Masalah mulai teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi tehnik relaksaasi (Nafas Dalam). - Pantau TTV
	II	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah bisa berjalan tanpa bantuan dari suaminya. - Pasien mengatakan mandi sudah dikamarnadi namun masih dibantu oleh keluarganya. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak berjalan tanpa di bandtu oleh suaminya.

	<p style="text-align: center;">III</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sudah bisa makan sendiri. - Pasien tampak mandi dikamar mandi dibantu suaminya. <p>A : Masalah mulai teratasi.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan Pertahankan tehnik mobilisasi.</p> <p>S : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada bekas jahitan mulai berkurang. </p> <p>O : <ul style="list-style-type: none"> - Disekitar luka tidak ada kemerahan. - Bekas luka tampak kering tidak ada keluar cairan. </p> <p>A : Masalah mulai teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan pasien untuk menjaga luka agar tetap kering dan bersih. - Lakukan perawatan luka - Ganti balutan. </p>
	<p style="text-align: center;">IV</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak pusing lagi. - Pasien mengatakan kepalanya tidak sakit lagi. - Pasien mengatakan tidak mual lagi - Pasien mengatakan

	V	<p>bengkak kakinya mulai berkurang.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak bersemangat - TD : 130/80 MmHg S : 36,8 C N: 84 x /mnt RR : 20 x /mnt. Produksi urine 700cc <p>A :</p> <p>Masalah mulai teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi Dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau TTV - Pantau output urin - Anjurkan pasien untuk memakan obat herbal untuk menurunkan tekanan darah seperti mentimun, seledri, daun alpukat. <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan belum menyusui bayinya. - Pasien mengatakan ASI masih dipompa. - Pasien mengatakan ASInya sudah lebih banyak dari hari sebelumnya. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak menyusui bayinya. - Bayi masih diruang perinatologi. <p>A :</p> <p>Masalah mulai teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>
--	---	--

	VI	<ul style="list-style-type: none"> - Breascare - Perawatan payudara. <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tadi pagi sudah mandi dibantu oleh suaminya di kamar mandi. - Pasien mengatakan badannya terasa segar. - Pasien mengatakan sudah bisa berhias diri. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawatan diri pasien tampak dibantu oleh suaminya. - Pasien tampak bersih dan rapi. <p>A :</p> <p>Masalah Teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dornong keluarga untuk membantu pasien melakukan perawatan diri.
Pasien II		
Senin 24/12/2018	I	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi di abdomen bagian bawah mulai berkurang. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 130/90 MmHg S : 36,4 C N : 80 x /mnt RR : 22 x /mnt <p>A :</p> <p>Maslah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p>

		<p>N : 85x/menit S : 37,7°C RR : 25x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak bingung saat ditanya tentang perawatan payudara Klien tidak mengetahui cara melakukan perawatan payudara <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratasi <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan pentingnya perawatan payudara. - Ciptakan lingkungan yang nyaman ketika memberi ASI. - Ajarkan cara perawatan payudara dengan benar
--	--	---

Sumber : (Putri, 2018), (Agustina, 2018)

Interprestasi Data

Berdasarkan tabel diatas, masalah keperawatan pada klien 1 mulai teratasi sedangkan pada klien 2 untuk defisit perawatan payudara belum teratasi.

B. Pembahasan

Pembahasan hasil review kasus ini akan membahas mengenai adanya kesesuaian dan kesenjangan antara teori dan pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien 1 dan klien 2 dengan kasus preeklampsi. Kegiatan

yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pada pengkajian ditemukan beberapa data yang ada pada kedua klien. Klien 1 bernama Ny. E, G1P0A0 umur 22 tahun dan klien 2 bernama Ny. M, G2P1A0 umur 27 tahun dengan diagnosa post operasi *Sectio Caesarian* atas indikasi PEB. Sebelum masuk rumah sakit klien 1 memiliki riwayat peningkatan tekanan darah hingga 180/120 MmHg, mengeluh pusing, mual serta protein urine positif 3, dan pada klien 2 memiliki riwayat peningkatan tekanan darah hingga 180/100 MmHg disertai kontraksi.

Sesuai dengan konsep dasar teori preeklampsia dijelaskan bahwa preeklampsia merupakan kondisi spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan tingginya tekanan darah, tingginya kadar protein dalam urine serta edema, diagnosis ditegakkan berdasarkan adanya hipertensi spesifik yang disebabkan kehamilan disertai dengan gangguan sistem organ lainnya pada usia kehamilan diatas 20 minggu, POGI, 2016.

Pengkajian ditemukan klien 1 belum pernah memiliki riwayat persalinan sebelumnya, sehingga kehamilan ini yang pertama bagi klien 1 sedangkan klien 2 memiliki riwayat persalinan normal 5 tahun yang lalu sehingga kehamilan ini yang kedua bagi klien 2. Hasil riwayat penyakit keluarga pada klien 1 tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi dalam keluarga, sedangkan klien 2 memiliki riwayat

penyakit dalam keluarga yaitu hipertensi. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut peneliti menghubungkan dengan teori menurut Marianti (2017) yang menjelaskan faktor resiko preeklampsia yaitu selain primigravida, kehamilan ganda serta riwayat preeklampsia, faktor lainnya yang bisa meningkatkan resiko preeklampsia adalah riwayat penyakit hipertensi serta jarak kehamilan yang cukup jauh dari kehamilan pertama.

Pengkajian riwayat penyakit sekarang ditemukan pada kedua klien memiliki kesamaan yaitu mengeluh nyeri pada luka post operasi *sectio caesarian*. Prosedur tindakan yang dilakukan pada klien 1 dan klien 2 sesuai dengan teori, Hartati & Maryunani 2015 tindakan *sectio caesaria* dilakukan apabila tidak memungkinkan dilakukan persalinan pervaginam disebabkan adanya resiko terhadap ibu atau janin diantaranya komplikasi preeklampsia.

Pada pengkajian pemeriksaan fisik klien 1 ditemukan tekanan darah 150/100 MmHg dan pemeriksaan abdomen TFU 2 jari dibawah pusat serta pengeluaran pervagina lochea rubra produksi 50 cc, warna merah kehitaman, bau amis, konsistensi encer. Sedangkan klien 2 ditemukan tekanan darah 180/100 MmHg dan pengeluaran pervagina Lochea rubra produksi 150 cc. Sesuai teori Suherni, 2009 menjelaskan perubahan sistem reproduksi pasca persalinan terhadap uterus yang mengalami proses involusi akibat peningkatan kontraksi otot polos uterus sehingga dua belas jam pasca persalinan, tinggi fundus uteri mencapai kurang lebih 1 cm diatas

umbilikus diikuti pengeluaran lochia rubra kluentia, cairan yang keluar berwarna merah.

Pemeriksaan fisik bayi klien 1 ditemukan berat badan bayi 1400 gram, panjang badan 40 cm, suhu badan 35,9° C, nadi 115 x /menit, pernapasan bayi 42 x/menit, lingkar kepala bayi 28 cm, lingkar dada bayi 27 cm, lila 6 cm dan apgar score 7/8. Sedangkan pada klien 2 ditemukan berat badan bayi 3200gram dengan panjang badan bayi 48 cm dan suhu 35°C. Menurut teori Kumalasari, (2014) asuhan pada neonatus diberikan pada bayi segera setelah lahir untuk mengetahui apakah transisi dari kehidupan intrauterine ke ekstrauterine berjalan dengan lancar dan tidak ada kelainan dengan melakukan pemeriksaan medis komprehensif dalam 24 jam pertama kehidupan dan dilanjutkan dengan pemeriksaan rutin neonatus.

Pengkajian pada penelitian ini menggunakan format pengkajian adaptasi Roy dimana pada tahap konsep diri ditemukan pada klien 1 merasa sedih terpisah dengan bayinya dan tidak bisa menyusui bayi secara langsung karena bayi dirawat diruang Perinatologi, namun klien selalu berdzikir dan berdoa agar bayinya sehat, aktifitas pasien masih dibantu keluarga. Pada klien 2 tidak ditemukan data pengkajian konsep diri. Pada pengkajian fungsi peran ditemukan pada klien 1 dan klien 2 seorang ibu rumah tangga, perbedaan terletak pada pekerjaan suami dimana klien 1 sebagai pedagang sedangkan klien 2 sebagai petani. Selanjutnya pengkajian ketergantungan atau interdependensi ditemukan

perbedaan, pada klien 1 merupakan kelahiran anak pertama, klien tahu cara merawat bayi namun belum dapat melakukannya, klien tidak mengetahui tentang ASI Eksklusif dan perawatan payudara sedangkan pada klien 2 ini merupakan kelahiran anak yang kedua, klien dapat merawat sendiri bayinya serta berencana memberikan ASI Eksklusif selama 6 bulan namun klien 2 tidak mengetahui tentang perawatan payudara.

Pada tahap pengkajian stimulus fokal ditemukan pada klien 1 mengatakan senang dan bangga atas kelahiran anak pertama dilanjutkan stimulus kontekstual pada klien 1 merasa sedih dengan kondisi bayinya saat ini kemudian pada stimulus residual klien 1 ditemukan ANC hanya 1 kali. Sedangkan pada klien 2 ditemukan hasil pengkajian stimulus fokal klien tidak mengetahui cara perawatan payudara meskipun sudah anak kedua dilanjutkan stimulus kontekstual, klien 2 tampak kesulitan memperagakan cara perawatan payudara kemudian untuk stimulus residual ditemukan klien tidak melakukan senam nifas.

Kesimpulan mengenai pembahasan pengkajian diatas menurut asumsi penulis klien dengan preeklampsia memiliki masalah kesehatan yang dapat dilihat sebagai suatu sistem adaptasi terhadap perubahan kebutuhan fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan hubungan interdependensi selama sehat dan sakit. Perawat dalam melakukan pengkajian harus menggali lebih dalam mengenai masalah atau

keluhan yang sedang dialami oleh klien dalam rentang sehat dan sakitnya sehingga mengetahui proses adaptasi terhadap masalah yang terjadi pada klien dan melakukan tindakan yang harus diberikan pada klien.

2. Diagnosa Keperawatan

Hasil review kasus pada klien 1 dan klien 2 penegakkan diagnosa sesuai dengan data fokus serta analisa data yang dikaji dari kedua klien tersebut. Pada klien1 ditemukan 6 diagnosa yang ditegakkan yaitu; Nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik, Hambatan Mobilisasi fisik berhubungan dengan post sc, Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan kardiak output sekunder terhadap vasoplasme pembuluh darah, Menyusui tidak efektif berhubungan dengan pemisahan ruangan bayi dengan ruangan ibu post partum, Defisit perawatan diri berhubungan dengan luka post SC. Sedangkan pada klien 2 ditemukan 3 diagnosa yang ditegakkan yaitu ; Nyeri akut berhubungan dengan injury fisik, (pembedahan, trauma jalan lahir,episiotomy), Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan efek anestesi, Defisiensi kurang pengetahuan perawatan payudara berhubungan dengan kurangnya informasi.

Menurut teori asuhan keperawatan preeklampsi Marlina & Hani, 2018 dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017 terdapat 7 diagnosa yang muncul pada kasus preeklampsi yaitu ; Gangguan Pertukaran

Gas, Gangguan Eliminasi Urine, Nyeri Akut, Resiko Infeksi, Gangguan Proses Keluarga, Gangguan Perlekatan, serta Menyusui Tidak Efektif. .

Diagnosa nyeri ditegakkan pada kedua klien sesuai dengan hasil pengkajian yang ditemukan pada klien 1 terdapat data subyektif klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi, nyeri seperti disayat-sayat dan hilang timbul serta makin bertambah nyeri saat melakukan pergerakan atau aktifitas, pada klien 2 ditemukan data subyektif klien mengeluh nyeri abdomenn bagian bawah karena luka bekas operasi, nyeri dirasakan seperti terbakar dan hilang timbul, nyeri makin bertambah saat klien bergerak. Dalam hasil pengkajian data obyektif klien 1 didapatkan hasil klien tampak meringis, skala nyeri 4-5 serta sulit tidur sedangkan pada klien 2 didapatkan data obyektif klien tampak meringis, skala nyeri 6.

Pada klien preeklamsi dengan post *sectio caesarian* nyeri yang ditimbulkan terjadi karena insisi prosedur operasi pada daerah abdomen sehingga menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan menimbulkan trauma pada jaringan, Marliana & Hani, 2018.

Perumusan penulisan diagnosa keperawatan nyeri yang terdapat pada klien 1 dan klien 2 menurut teori penulisan diagnosa maka menjadi Nyeri Akut D.0077 berhubungan dengan agen pencedera fisik prosedur operasi. Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosioanl yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau

fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Penegakkan diagnosa memenuhi validasi penegakkan diagnosa keperawatan sesuai teori yaitu sekitar 80 % - 100 % dari tanda mayor dan tanda minor sebagai pendukung. Kriteria mayor yang dapat ditemukan berupa data subyektif mengeluh nyeri dan data obyektif berupa tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat serta sulit tidur. Sedangkan kriteria minor yang dapat ditemukan berupa data obyektif tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri serta berfokus pada diri sendiri, Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017.

Diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan yang ditegakkan pada klien1, menurut hasil pengkajian ditemukan data subyektif klien mengatakan alergi pada telur, takut infeksi pada luka post operasi, nyeri pada luka bekas operasi serta takut untuk bergerak karena ada bekas luka post operasi sedangkan dalam data obyektif ditemukan klien tampak melindungi daerah jahitan, tampak menahan sakit, luka tampak dibalut verband, 6 jam sesudah operasi klien malas bergerak.

Klien preeklampsia dengan post operasi *sectio caesarian* akan mengalami insisi prosedur operasi yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan pada luka bekas operasi dengan kondisi lingkungan, perilaku personal hygiene serta daya tahan yang menurun

membuat invasi bakteri pada tubuh klien sehingga klien beresiko mengalami infeksi pada luka bekas operasi, Marlina & Hani, 2018.

Perumusan penulisan diagnosa keperawatan resiko infeksi yang terdapat pada klien 1 menurut teori penulisan diagnosa maka menjadi Resiko Infeksi D.0142 dibuktikan dengan efek prosedur invasif. Resiko infeksi merupakan suatu kondisi beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Penegakkan diagnosa sudah memenuhi validasi penegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan teori dimana pada diagnosa resiko tidak memiliki penyebab dan tanda/gejala namun memiliki faktor resiko berupa efek prosedur invasif.

Diagnosa menyusui tidak efektif yang ditegakkan pada klien 1 ditemukan data subyektif klien mengatakan merasa sedih terpisah dengan bayinya dan tidak bisa menyusui bayi secara langsung, ASInya hanya sedikit dan diberikan dengan cara dipompa, bayinya dirawat diruang perinatologi sedangkan dalam data obyektif ditemukan bayi dirawat diruang perinatologi, ASI diberikan dengan cara dipompa dan ASI yang keluar tampak sedikit.

Menyusui tidak efektif merupakan kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui, perubahan fisiologis yang dialami pada klien yaitu proses involusi akan mempengaruhi peningkatan ocytocin dan prolaktin untuk

merangsang ASI jika proses menyusui tidak efektif akan terjadi pembendungan ASI, Marlina & Hani, 2018.

Perumusan penulisan diagnosa keperawatan menyusui tidak efektif yang terdapat pada klien 1 menurut teori penulisan diagnosa maka menjadi Menyusui Tidak Efektif D.0029 dibuktikan dengan kecemasan maternal. Penegakan diagnosa belum memenuhi validasi penegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan teori yaitu sekitar 80%-100% dari tanda mayor dan tanda minor sebagai pendukung. Kriteria mayor dapat berupa data subyektif kecemasan maternal, kelelahan maternal dan data obyektif bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu, ASI tidak menetes/memancar, BAK bayi kurang dari 8x/24 jam, nyeri atau lecet terus menerus setelah minggu kedua. Sedangkan kriteria minor berupa data obyektif intake bayi tidak adekuat, bayi menghisap tidak terus menerus, bayi menangis saat disusui, bayi menolak untuk menghisap, Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017.

Berdasarkan uraian diatas perumusan penulisan diagnosa keperawatan belum semuanya memenuhi standard penulisan diagnosa keperawatan sesuai dengan SDKI. Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan dan sesuai teori pada klien 1 yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik prosedur operasi D.0077, Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif D.0142 serta Menyusui tidak efektif dibuktikan dengan kecemasan maternal D.0029. Sedangkan

diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada klien 2 yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik prosedur operasi D.0077.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang disusun pada klien 1 dengan diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencidera fisik prosedur operasi yaitu ; Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil klien mengatakan nyeri berkurang, klien tampak rileks, klien mampu melakukan nafas dalam. Intervensi yang dilakukan Management nyeri yaitu ; Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi dan frekuensi, observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan, tingkatkan istirahat, monitor tanda-tanda vital, anjurkan tehnik relaksasi, kolaborasi dalam pemberian analgetik.

Intervensi keperawatan yang disusun pada klien 2 dengan diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencidera fisik prosedur operasi yaitu ; Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil melaporkan bahwa nyeri berkurang, mampu mengenali skala nyeri; skala,intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri, wajah rileks. Intervensi yang dilakukan ; Bina hubungan saling percaya, lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi karakteristik, durasim frekuensi dan faktor penyebab, observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, mengajarkan tehnik ditraksi

dan relaksasi, gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui nyeri yang dirasakan klien, perhatikan lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri; suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan dll, kolaborasi pemberian analgetik.

Penerapan penulisan intervensi keperawatan yang tercantum pada klien 1 dan klien 2 menurut standar luaran dan standar intervensi keperawatan maka intervensi nyeri akut b.d agen pencedera fisik menjadi ; Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 6 jam diharapkan tingkat nyeri L.08066 berkurang dengan kriteria hasil ; pasien melaporkan keluhan nyeri berkurang, keluhan nyeri meringis menurun, pasien menunjukkan sikap protektif menurun, pasien tidak tampak gelisah. Intervensi keperawatanyang dilakukan yaitu Management Nyeri I.08238, Observasi ; identifikasi; lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik ; berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri; hipnosis, akupressur, kompres hangat.dingin, terapi imajinasi terbimbing, fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi ; Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri. Kolaborasi; pemberian analgetik jika perlu.

Intervensi keperawatan yang disusun pada klien 1 dengan diagnosa keperawatan Resiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif yaitu ; . Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien tidak mengalami infeksi dengan kriteria hasil klien bebas dari tanda dan gejala infeksi, menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal. Intervensi yang dilakukan ; Pertahankan tehnik aseptik, cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, berikan terapi antibiotik, tingkatna intake nutrisi, monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal, dorong pasien istirahat, dorong masukan cairan oral dan diet tinggi protein, vitamin c dan zat besi, anjurkan klien untuk melakukan perawatan luka dan ganti verban, anjurkan klien untuk menjaga luka agar tetap kering dan bersih.

Penerapan penulisan intervensi keperawatan yang tercantum pada klien 1 menurut standar luaran dan standar intervensi keperawatan maka intervensi keperawatan Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif menjadi ; Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi L.141137 menurun dengan kriteri hasil tanda-tanda infeksi menurun; demam, nyeri, kemerahan dan bengkak), kadar sel darah putih membaik. Intervensi yang dilakukan Pencegahan Infeksi I.14539, Observasi; Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, Terapeutik ; Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, perlihatkan

teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, Edukasi ; Jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka post operasi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

Intervensi keperawatan yang disusun pada klien 1 dengan diagnosa keperawatan Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kondisi situasional yaitu ; . Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan ibu menyusui bayi secara efektif dengan kriteria hasil kemandapan pemberian ASI pada bayi, kemandapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat, pemeliharaan pemberian ASI, penyapihan pemberian ASI . Intervensi yang dilakukan ; Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui, berikan informasi tentang laktasi dan tehnik memompa ASI, berikan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI, pantau integritas kulit puting ibu, ajarkan pasien tentang prosedur dan tehnik menyusui yang benar cara perawatan payudara.

Penerapan penulisan intervensi keperawatan yang tercantum pada klien 1 menurut standar luaran dan standar intervensi keperawatan maka intervensi keperawatan Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kondisi situasional menjadi ; Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status menyusui L.03029 meningkat dengan kriteri hasil perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat, kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar

meningkat, tetesan/pancaran ASI meningkat, suplai ASI adekuat meningkat serta kepercayaan diri ibu ibu meningkat. Intervensi yang dilakukan Konseling laktasi I.03093, Pijat laktasi I.03134 dan Promosi ASI eksklusif I.03135, Observasi; Identifikasi keadaan emosional dan ibu saat akan dilakukan konseling menyusui, identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui, identifikasi pengetahuan ibu tentang menyusui, monitor kondisi mammae dan puting, identifikasi kebutuhan laktasi bagi ibu pada antenatal, intranatal dan postnatal, Terapeutik ; Gunakan tehnik mendengarkan aktif , berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar, posisikan ibu dengan nyaman, pijat mulai dari kepala, leher, bahu punggung dan payudara, pijat dengan lembut dan secara melingkar, libatkan suami dan keluarga, gunakan sendok dan cangkir jika bayi belum bisa menyusu, diskusikan dengan keluarga tentang ASI Eksklusif, Edukasi ; Jelaskan program gizi dan persepsi pasien terhadap diet yang diprogramkan, jelaskan tujuan, manfaat tindakan pijat laktasi, jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi, jelaskan tanda-tanda bayi cukup ASI, anjurkan ibu memberikan nutrisi kepada bayi hanya dengan ASI, anjurkan ibu menjaga produksi ASI dengan memerah, walaupun kondisi ibu dan bayi terpisah.

Kesimpulan pembahasan intervensi dibuat belum sesuai dengan standar penulisan intervensi keperawatan SLKI dan SIKI.

4. Pelaksanaan/Implementasi Keperawatan

Implementasi pada klien 1 dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedara yang telah dilakukan yaitu ; melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan, meningkatkan istirahat, memonitor tanda-tanda vital, menganjurkan tehnik relaksasi serta kolaborasi dalam pemberian analgetik. Untuk implementasi dengan diagnosa resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif yang telah dilakukan yaitu ; mempertahankan tehnik aseptik, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, memberikan terapi antibiotik, meningkatkan intake nutrisi, memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal, mendorong klien istirahat yang cukup, dorong masukan cairan oral dan diet tinggi protein, vitamin c dan zat besi, anjurkan klien untuk melakukan perawatan luka dan ganti verban, anjurkan klien untuk menjaga luka agar tetap kering dan bersih. Sedangkan implementasi dengan diagnosa menyusui tidak efektif berhubungan dengan kondisi situasional yang telah dilakukan adalah : tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui, memberikan informasi tentang laktasi dan tehnik memompa ASI, memberikan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI, memantau integritas kulit puting ibu, mengajarkan klien tentang prosedur dan tehnik menyusui yang benar, cara perawatan.

Implementasi pada klien 2 dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedara fisik yang telah dilakukan adalah ; membina hubungan saling percaya, melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan, mengajarkan, tehnik distraksi dan relaksasi, menggunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalamannya nyeri klien, mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti, suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, berkolaborasi pemberian analgetik.

Berdasarkan uraian diatas dari intervensi yang sudah disusun telah dilakukan semua implementasi sesuai dengan intervensi pada klien 1 dan klien 2 dengan pelaksanaan tindakan selama 3 hari.

5. Evaluasi

Evaluasi pada pasien 1 dan pasien 2 dibuat berdasarkan catatan perkembangan pasien yang ada dalam pelaksanaan tindakan, dari hasil evaluasi tersebut dapat terlihat apakah masalah keperawatan pasien yang dialami teratasi atau tidak.

Hasil evaluasi yang dilakukan pada klien 1 terdapat diagnosa keperawatan teratasi setelah 3 hari dilakukan asuhan keperawatan yaitu diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif serta diagnosa menyusui tidak efektif berhubungan dengan kondisi situasional. Sedangkan pada klien 2 terdapat diagnosa yang teratasi

sebagian setelah 3 hari dilakukan asuhan keperawatan yaitu diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Sesuai hasil literatur review kasus penerapan asuhan keperawatan pada klien Ny. E dan Ny. M, penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Peneliti mampu melakukan pengkajian *review* kasus asuhan keperawatan pada klien Ny. E dan klien Ny. M dengan preklampsia. Kedua klien menunjukkan gejala yang sama pada saat masuk rumah sakit dengan peningkatan tekanan darah mencapai 180/100 MmHg. Klien 1 merupakan primigravida sedangkan klien 2 multigravida dengan jarak kehamilan yang cukup jauh, merupakan faktor resiko terhadap preklampsia. Pengkajian menggunakan format pengkajian menurut konsep teori adaptasi Calista Roy.

2. Diagnosa keperawatan

Pada klien 1 dan 2 diagnosa keperawatan belum semua menggunakan standar diagnosa keperawatan indonesia SDKI.

3. Intervensi

Intervensi yang dilakukan pada klien 1 dan klien 2 tidak menggunakan SLKI dan SIKI.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai dengan rencana tindakan yang telah disusun. Implementasi pada klien 1 dan klien 2 sesuai dengan kebutuhan klien dengan preeklampsia dengan post *sectio caesarian*. Implementasi pada klien 1 maupun klien 2 sudah dilaksanakan semua sesuai dengan intervensi yang disusun selama 3 hari.

5. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan pada klien 1 dan klien 2 sesuai dengan catatan perkembangan dalam bentuk SOAP. Pada klien 1 dari 3 diagnosa yang ditegakkan masalah teratasi semua, sedangkan pada klien 2 masalah teratasi sebagian dari 2 diagnosa yang ditegakkan.

B. SARAN

1. Bagi penulis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan, keterampilan, dan pengalaman, serta wawasan peneliti sendiri dalam melakukan penelitian ilmiah khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien preeklampsia. Diharapkan bagi peneliti selanjutnya dapat melakukan pengkajian secara holistik terkait dengan yang dialami oleh klien agar asuhan keperawatan dapat tercapai tepat sesuai dengan masalah yang ditemukan pada klien preeklampsia

2. Bagi tempat penelitian

Hasil penelitian yang peneliti lakukan diharapkan dapat menjadi bahan informasi bagi perawat dan pihak Rumah Sakit untuk dapat meningkatkan mutu pelayanan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Preeklampsia secara profesional dan komprehensif.

3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan khususnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan kasus preeklampsia secara komprehensif dan mengikuti perkembangan *literature – literatur* keperawatan yang terbaru serta memacu pada peneliti selanjutnya sehingga menjadi bahan pembandingan dalam melakukan penelitian pada klien dengan Preeklampsia.

DAFTAR PUSTAKA

- Abiee. (2012). *Askep Maternitas*. Retrieved from <https://galeriabiee.wordpress.com/kumpulan-askep/askep-maternitas/asuhan-keperawatan-pada-pasien-dengan-preeklampsia/>
- Agustina, L. (2018). *Asuhan Keperawatan Ny.M Post SC Indikasi PEB Di RSUD Bangil Pasuruan*. Retrieved from <https://repository.kertacendekia.ac.id/media/298882-asuhan-keperawatan-pada-ny-m-dengan-diag-9eacec69.pdf>.
- Andriyani, R. (2012). Faktor Risiko Kejadian Pre-Eklampsia di RSUD Arifin Achmad. *Jurnal Kesehatan Komunitas*. <https://doi.org/10.25311/jkk.vol2.iss1.38>
- Anggraeni, D. (2011). *Asuha Pada Bayi Baru Lahir*. 7–33.
- Bobak. (2010). Konsep Post Partum. *Post Partum*, 3(2), 9–16. Retrieved from <http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/126/jtptunimus-gdl-norhimawat-6281-2-babii.pdf>
- Faiqoh, E. (2014). Hubungan karakteristik ibu, anc dan kepatuhan perawatan ibu hamil dengan terjadinya preeklampsia. *Jurnal Berkala Epidemiologi*.
- Hartati & Maryunani. (2015). *Konsep Asuhan Persalinan Sectio Caesarian*. Retrieved from http://eprints.stikes-aisyiyah.ac.id/891/7/BAB_15_KU.pdf
- Hidayati, R. (2014). *Aplikasi Teori Adaptasi Dalam Asuhan Keperawatan*. Retrieved from http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/2016-3/20391269-SP-Rahma_Hidayati.pdf
- Indah, R. (2010). *Konsep dasar asuhan Neonatus, bayi & balita*.
- Khairani, Y. (2020). Penatalaksanaan Pre eklampsia. Retrieved from <http://www.alomedika.com> website: <https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrik-dan-ginekologi/preeklampsia/penatalaksanaan>
- Kumalasari, I. (2014). *Modul Bahan Ajar Asuhan Bayi Baru Lahir*. (November), 1–116.
- Kurniasari, D. (2015). Hubungan Usia , Paritas Dan Diabetes Mellitus Pada Kehamilan Dengan Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil Di Wilayah Kerja Puskesmas Rumbia Kabupaten Lampung Tengah Tahun 2014. *Jurnal Kesehatan Holistik*. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1096-9101\(1996\)19:1<23::AID-LSM4>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1096-9101(1996)19:1<23::AID-LSM4>3.0.CO;2-S)
- Lisa Margareta. (2017). *Konsep Dasar Post Partum*.

- Marianti. (2017). *Alodokter - Preeclampsia*. Retrieved from <https://www.alodokter.com/preeklamsia>
- Marliana & Hani, T. (2018). *WOC Preeklamsi*. Retrieved from <https://www.scribd.com/document/381045484/130854856-Pathway-Preeklamsi-doc>
- Maryunani, A. (2016). *Manajemen Kebidanan*. Jakarta.
- Nur Salam. (2013). *Proses Keperawatan*. Retrieved from fkep.unand.ac.id/images/Proses_kep.doc
- Nuraini, A. (2011). *Pre Eclampsia*. Retrieved from [http://repository.ump.ac.id/846/3/Affifah Nur Ariani BAB II.pdf](http://repository.ump.ac.id/846/3/Affifah%20Nur%20Ariani%20BAB%20II.pdf)
- Oxorn & Forte. (2010). *Patologi & Fisiologi Persalinan*. Retrieved from [https://books.google.co.id/books?id=SsWCb5m-sUMC&printsec=frontcover&dq=oxorn+%26+forte+2010&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwj20O2kqqPoAhU0huYKHVHsDq0Q6AEIQDAD#v=onepage&q=oxorn %26 forte 2010&f=false](https://books.google.co.id/books?id=SsWCb5m-sUMC&printsec=frontcover&dq=oxorn+%26+forte+2010&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwj20O2kqqPoAhU0huYKHVHsDq0Q6AEIQDAD#v=onepage&q=oxorn%20forte%202010&f=false)
- POGI. (2016). *PNPK Pre Eklamsi*. Retrieved from <https://pogi.or.id/publish/download/pnpk-dan-ppk/>
- Pratiwi, W. (2017). *Asuhan Keperawatan Pre Eklamsi*. Retrieved from https://www.academia.edu/36262522/PRE_EKLAMSI
- Purba, M. A. (2019). *Konsep Dasar Asuhan Keperawatan*. <https://doi.org/https://doi.org/10.31227/osf.io/pz42x>
- Putri, M. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. E Post SC Indikasi PEB*. Retrieved from [http://repo.stikesperintis.ac.id/146/1/24 MAYLISA PUTRI.pdf](http://repo.stikesperintis.ac.id/146/1/24%20MAYLISA%20PUTRI.pdf)
- Rakhman, S. (2014). *Teori Keperawatan Menurut Calista Roy*. Retrieved from <https://www.scribd.com/doc/214117927/Teori-Keperawatan-Menurut-Sister-Calista-Roy-Fon3>
- Rusniati, H. (2017). *Tindakan Keperawatan Post Partum Normal dan Adaptasi Fisiologi Pada Ibu Postpartum Di Rumah Sakit Aceh*. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*.
- Sarwono. (2011). *Konsep Dasar Sectio Caesarian*. Retrieved from [http://repository.ump.ac.id/1468/3/WIDIT LUPITA SARI BAB II.pdf](http://repository.ump.ac.id/1468/3/WIDIT%20LUPITA%20SARI%20BAB%20II.pdf)
- Setyaningrum, W. (2015). *Asuhan Keperawatan Post Partum*. 9–58.
- Suherni. (2009). *Asuhan Post Partum*. 7–37.
- Sukarni, I. (2017). *Patologi Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Neonatus Resiko*

Tinggi. Yogyakarta: Nuha Medika.

Supriyanti, E. (2017). Pengaruh Aromaterapi Lavender Terhadap Penurunan Intesitas Nyeri Pada Pasien Postpartum Normal Di RSUD Kota Semarang. *Jurnal Manajemen Asuhan Keperawatan*.
<https://doi.org/10.33655/mak.v1i1.3>

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*.

Tim Pokja Siki DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*.

Widyawati, T. (2017). *Konsep Bayi Baru Lahir*.

Wijayanti, D. (2009). *Reproduksi Wanita*.

Winancy, W. (2019). Penkes Preeklamsi untuk pengetahuan Ibu Hamil dalam menghadapi komplikasi. *Jurnal Bidan Cerdas (JBC)*.
<https://doi.org/10.33860/jbc.v2i1.149>

LAMPIRAN – LAMPIRAN

LEMBAR KONSUL

Nama Mahasiswa : Susi Indieni
 NIM : P07220117075
 Judul : ASUHAN KEPERAWATAN POST PARTUM DENGAN PRE EKLAMSI
 : SRI HARAHATI, S-ST, SKM-M. PT

NO	HARI/TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1.	12/01/20	KONSUL JUDUL PROPOSAL	<ul style="list-style-type: none"> - Buat judul sesuai kasus yang ada diruangan - Judul diganti ke m kasus tolak ada (-) 	
2.	25/01/20	COVER BAB I BAB II BAB III	<ul style="list-style-type: none"> - Judul dibuat PRAMATI terkasu - kata pengantar diuraikan lebih yang teringat dalam penulisan proposal - ALURCA lebih jelas - hal s, data kasus dituliskan dimasukkan - konsep ke post partum pre eklamsi - Anatomi fisiologi - Pathway - konsep bayi - Askep pre eklamsi - Askep bayi - subjek & literatur - Data Dokumentasi 	

LEMBAR KONSUL

Nama Mahasiswa : Susi Indieni
 NIM : P07220117075
 Judul : ASUHAN KEPERAWATAN POST PARTUM DENGAN PREEDLAMPSI
 Ruang : SRI HAZARAH, S. ST, SKM. M. PH.

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
3	08 Feb 20	BAB I LBM BAB II, Metodologi Penelitian Cover	Tambahkan tahun kepadan. acc. Tidak perlu pakai halaman	
4.	23/2 2020 Minggu	Bab I Daftar pustaka Lembar Persetujuan	acc Revisi: Ubah urutannya Acc → PPT.	

LEMBAR KONSUL

Nama Mahasiswa : Susi Indrieni
 NIM : P07220117075
 Judul Asuhan : ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN PREKLAMPSIA
 Ruang :
 Nama Pembimbing : Sri Hazanah, S.ST.,SKM.,M.P.H

NO	HARI/TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1.	Satu / 14 Mar 2020	1. Judul proposal dirubah menjadi "Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Pre Eklampsia" 2. Pathway diperbaiki.	- Ganti simbolnya & kasus yg ada di Army - Pathway Schilew dy judul dikasus yg terkait.	

LEMBAR KONSUL

Nama Mahasiswa : Susi Indieni
 NIM : P07220117075
 Judul : "Asuhan Keperawatan Klien Dengan Preeklampsia"
 Dosen Pembimbing 1 : Sri Hazanah, S.ST.,SKM.,M.PH

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1.	Minggu 19/04/2020	Konsultasi via Whatssapp Massenger mengenai teknis KTI Online	- Lihat dan Baca juknis KTI Online yang sudah di share.	
2.	Selasa 28/04/2020	Konsultasi via Whatssapp Massenger mengenai BAB IV dan BAB V	- BAB IV : Ruang lingkup lahan, klien I dan II datanya jangan sampai sama, klien tetap yang berbeda. Intervensi dibahas berdasarkan diagnosa klien masing masing dikaitkan dengan teorinya. - BAB V : Menjawab pertanyaan tujuan khusus.	
3.	Sabtu 02/05/2020	Konsultasi via Whatssapp Massenger mengenai kesepakatan pembahasan KTI	- Pembahasan perdiagnosa yang muncul dan dibahas mengacu pada proses keperawatan (Pengkajian s/d Evaluasi) - Pembahasan dimulai dengan pengkajian sampai dengan evaluasi. - Lihat buku panduan KTI online cara pembuatan pembahasana di BAB IV.	

LEMBAR KONSUL

Nama Mahasiswa : Susi Indieni
 NIM : P07220117075
 Judul : "Asuhan Keperawatan Klien Dengan Preeklampsia"
 Dosen Pembimbing 1 : Sri Hazanah, S.ST.,SKM.,M.PH

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
4.	Kamis 07/05/2020	Mengirimkan lapoean KTI via email dan konsultasi via Whatsapp Massenger.	- Lanjut buat laporan KTI BAB V.	
5.	Minggu 10/05/2020	Mengirimkan laporan KTI BAB IV dan BAB V via email dan Whatsapp Massenger	- Acc untuk diujikan seminar hasil KTI Online.	

LEMBAR KONSUL

Nama Mahasiswa : Susi Indieni
 NIM : P07220117075
 Judul : "Asuhan Keperawatan Klien Dengan Preeklampsia"
 Dosen Pembimbing 1 : Sri Hazanah, S.ST.,SKM.,M.PH

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1.	Rabu 27/05/2020	Mengirimkan hasil revisi laporan KTI post seminar hasil tanggal 13/05/2020 via email dan konsultasi via Whatsapp Massenger.	- BAB III bahasa diperbaiki mengikuti teknis KTI Online. - BAB V kesimpulan dan saran sesuaikan dengan hasil pembahasan.	
2.	Selasa 02/06/2020		- ACC Karya Tulis Ilmiah.	

LEMBAR KONSUL

Nama Mahasiswa : Susi Indieni
 NIM : P07220117075
 Judul : “ Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Peeklampsia “
 Dosen Pembimbing 2 : Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep.,Sp.Kep.Mat

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1.	Kamis 16/04/2020	Melapor via Whatsapp Massenger judul laporan KTI yang akan dibuat.	- Judul laporan KTI sesuai juknis KTI online yang sudah di share.	
2.	Senin 20/04/2020	Konsul materi BABIV tentang Hasil	<ul style="list-style-type: none"> - Referensi kasus bisa diambil dari kasus praktek sebelumnya atau dari angkatan sebelumnya, bila tidak ada yang sesuai dengan judul bisa dari internet. - Penulisan data sesuai dengan literatur yang diambil - Penulisan diagnosa, intervensi dan implementasi sesuai SDKI, SLKI, SIKI. 	
3.	Senin 05/05/2020	Konsultasi bersama via Video Call.	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk hasil data d disesuaikan dengan kasus yang diambil. - Pembahasan : isinya mengenai perbandingan 2 kasus dengan teori. 	

4.	Senin 11/05/2020	Konsultasi via Whatsapp Messenger mengenai BAB IV Hasil dan Pembahasan.	<ul style="list-style-type: none"> - Pada pengkajian s/d evaluasi, tiap bahasan harus berisi teori, hasil kasus dan asumsi/pendapat peneliti. - Teori yang digunakan tiap bagian, contoh : Pengkajian, bukan tentang apa itu pengkajian, tapi apa yang akan dikaji sesuai dengan kasusnya yang akan dibandingkan dengan kasus I dan kasus II. Apakah datanya sesuai atau tidak dengan teori. - Dilakukan sama untuk diagnosa, intervensi, implementasi s/d evaluasi. Kemudian diakhir tiap bagian buat asumsi/pendapat peneliti. - Bahasa yang digunakan mohon jangan parabola tapi to the point. Kurangi kata sambung yang tidak perlu. 	
5.	Selasa 12/05/2020	Konsultasi via Whatsapp Messenger mengenai BAB IV dan BAB V	<ul style="list-style-type: none"> - Penulisan data yang tidak ada datanya jangan dikosongkan tapi tulis tidak ada data, termasuk pendidikan dan pekerjaan. - Kesimpulan : diisi untuk menyimpulkan apa yang dibahas tiap bagian. - ACC print KTI untuk diujikan online. 	

LEMBAR KONSUL

Nama Mahasiswa : Susi Indieni
 NIM : P07220117075
 Judul : “ Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Preeklampsia “
 Dosen Pembimbing 2 : Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep.,Sp.Kep.Mat

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1.	Rabu 27/05/2020	Mengirim Hasil KTI revisi post seminar hasil via email		
2.	Kamis 04/06/2020	Konsultasi via Whatssapp Massenger hasil Revisi KTI	<ul style="list-style-type: none"> - Abstrak alinea 1 pendahuluan, ringkasan dari LBM sampai tujuan. - Kata kunci : 3 kata kunci saja - Pembahasan pengkajian perbandingan 2 kasus dengan teori. - Diagnosa, intervensi, implementasi sesuai SDKI, SLKI, SIKI. - Untuk pembahasan teori keperawatan disesuaikan. 	
3.	Kamis 02/07/2020	Mengirim hasil revisi via email		
4.	Kamis 09/07/2020	Konsultasi via Whatssapp Massenger	<ul style="list-style-type: none"> - Dalam lembar persembahan masih ada huruf yang kurang, diperbaiki. 	

			<ul style="list-style-type: none">- Nama lokasi klien dirawat tidak perlu dimasukkan pada pembahasan maupun kesimpulan.- Kesimpulan terlalu panjang. Singkat dan padat dan mudah dimengerti.- ACC untuk di Print dan kumpul KTI Hardfile di kampus.	
--	--	--	---	--



POLITEKNIK KESEHATAN
KALIMANTAN TIMUR

No. Form : Form. Pudir L25
Tgl. Terbit : 15 Sept' 11
Revisi : 00

**FORMAT PENGAJIAN MATERNITAS "POSTNATAL"
DENGAN PENDEKATAN TEORI ADAPTASI ROY**

A. Data demografi:

	Klien	Pasangan/Suami
Nama		
Umur		
Pendidikan		
Pekerjaan		
Status Pernikahan		
Pernikahan ke		
Lama Pernikahan		
Agama		
Suku		
No. RM		
Sumber informasi		
Tanggal pengkajian		

B. Pengkajian stimuli umum

1. Alasan Masuk RS:

.....
.....

2. Riwayat penyakit sekarang

.....
.....

3. Riwayat penyakit yang lalu:

a. Pernah menderita penyakit akut: ya / tidak

Bila ya sebutkan: Berapa lama:minggu hari

Dirawat di RS: ya / tidak

Pengobatan yang didapat:

b. Pernah menderita penyakit kronis: ya / tidak

Bila va sebutkan: Berapa lama : th.....bulan.....minggu hari

4. Riwayat penyakit keluarga

a. Riwayat penyakit keluarga yang diturunkan:

Penyakit	Dari ayah	Dari ibu
Hipertensi		
Kencing Manis		
Obesitas		
Jantung Koroner		
Asma		

b. Riwayat penyakit yang tidak diturunkan:

Penyakit	Dari Ayah	Dari Ibu	Dari Pasangan
Paru /TB			
Hepatitis			
PMS			
HIV/AIDS			
Cancer			

5. Riwayat Obstetri dan Gynecology

a. Riwayat Menstruasi

Menarche : tahun

Lama haid: hari, teratur/tidak teratur, siklus haid hari,

ganti pembalut dalam 24 jamkali,

keluhan selama haid:

6. Riwayat ANC

Usia kehamilan	Tempat	Keluhan	Obat didapat

7. Status Obstetri:

G.....P.....A.....H.....Nifas hari ke

ASI.Diberikanya / tidak, bila tidak maka cara mengatasi

TFU:cm

Kontraksi: ya/tidak, kondisi uterus

Luka jahitan Perineum ya / tidak,Bila yam aka REEDA.:

R.....

E

E

D

A

Perdarahancc, Lochea Ganti pembalutx / 24 jam

8. Riwayat Persalinan yang lalu

Anak ke	Sex	PB/BB	Kondisi skrg	Umur skrg	Penolong

9. Riwayat Perkawinan:

- Single/menikah/ janda
- Pernikahan ke :, Lama menikah:, *single partner*: ya/tidak
- Pasangan: *single partner*: Ya/tidak

10. Riwayat Ginekologi:

- Keputihan: ya/jarang/tidak, warna: jernih/putih susu/putih kekuningan/kehijauan
- Bau: ya/tidak Gatal: ya/tidak
- Ada bintik/luka di daerah vagina: ya/tidak
- Nyeri haid yang berlebihan: ya/tidak
- Perdarahan diluar siklus haid: ya/tidak
- Pasangan pernah menderita PMS: ya/tidak

11. Riwayat KB

Jenis KB	Tahun	Lama	Keluhan
Pil			
Suntik			
Implant/susuk			
IUD			

C. *First Level Assessment*1. *Physiologi-physical mode*a) Oksigenasi

Bentuk dada: normal/barrel/pigeonchest, ekspansi dinding dada: simetris/tidak, Penggunaan otot bantu pernafasan: ya/tidak, pernafasan cuping hidung: ya/tidak, RR:x/mnt, suara nafas: Vesikuler/ bronchovesikuler, Ronchi: ya/tidak, Wheezing: ya/tidak, CRT: <3 dtk/>3 dtk, bibir sianosis: ya/tidak, akral dingin: ya/tidak, letak *apex cordis*: ICS ke....., bunyi jantung S1,S2 normal: ya/tidak, Nadi:x/mnt, regular: ya/tidak, TD:..... mmHg, *clubbing finger*: ya/ tidak

b) Nutrisi

Makan dalam seharix, porsi : kecil/sedang/besar, jenis:.....
Mual: ya/kadang/tidak, muntah : ya/kadang/tidak, anorexia: ya/tidak,

bising usus:
 BB/TB:Kg/ cm, BB/TB sebelum hamil:kg/ cm,
 BMI: kurus/ normal/ overweight/ obesitas, LILA:cm,
 mukosa bibir lembab: ya/tidak, sariawan: ya/tidak, kesulitan menelan: ya/ tidak
 Conjunctiva anemis: ya/tidak, Hb.....gr/dl, Ht:.....%, albumin:.....

c) **Eliminasi**

BAK :X/ hr, warna: jernih/ pekat, bau : keton/ urea/ buah,
 nyeri saat miksi: ya/ tidak, darah dlm urine : ya/ tidak,
 DC : ya/ tidak, jika ya volml
 BAB :X/ hr, teratur : ya/ tidak, konsistensi: cair/ lunak/ padat/ keras, warna,
 bau, lendir : ada/ tidak, darah : ada/ tidak,
 nyeri saat BAB : ya/ tidak, konstipasi: ya/ tidak, keluhan

d) **Aktifitas dan istirahat**

Pekerjaan
 Tidur siang: ya/ jarang/ tidak , bila ya brp lamajam, tidur malam:jam,
 istirahat setelah bekerja lebih dari 2 jam: ya/jarang /tidak, mudah lelah: ya/tidak
 Kondisi sekarang mengganggu istirahat dan tidur: ya/tidak
 Nyeri hilang dengan istirahat dan tidur: ya/tidak
 Sering istirahat untuk mengurangi nyeri: ya/tidak
 Keterbatasan gerakan : ya/tidak, nyeri sendi : ya/ tidak,
 memerlukan bantuan saat beraktifitas: ya/ tidak,
 edema pada ekstremitas: ya/tidak

e) **Keamanan**

ANC teratur: ya/tidak
 Mengikuti nasihat dan petunjuk tenaga kesehatan: ya/tidak
 Tablet besi diminum secara teratur: ya/tidak
 Nyeri punggung : ya/ tidak .
 Perawatan diri

f) **Sensori**

Nyeri : ya/ tidak, kesemutan pada ekstremitas: ya/ tidak,
 penggunaan kacamata : ya/ tidak, pengecap: penurunan sensori : ya/ tidak,
 penciuman : menurun : ya/ tidak,
 alat bantu dengar : ya/ tidak, pupil : simetris: ya/ tidak

g) **Cairan dan elektrolit**

Intake cairan/hari:cc/gelas, Infus:.....kolf/hr, tetesan :/mnt
 Kebiasaan minum teh/ kopi : ya/tidak

Turgor kulit:
 Rasio intake output
 Nilai-nilai laboratorium : Hematokrit: Natrium: Clorida
 : Kalium: GDS :

h) Fungsi neurologi

Kesadaran :, orientasi : baik/ tidak, kecemasan : ya/ tidak,
 stress : ya/ tidak, bila ya disebabkan
 .kemampuan berfikir : baik/ tidak, ingatan : baik/ tidak

i) Fungsi endokrin

Penggunaan insulin : ya/ tidak, bila ya sejak
 Pembesaran kelenjar tiroid : ya/ tidak, bila ya sejak
 tanda penyimpangan hormonal : ya/ tidak, jika ya jelaskan

h). Pemeriksaan penunjang: Tgl:.....

Hasil Laboratorium: .Darah: Urine.....

Kolaborasi dengan dokter:

2. Self concept mode (konsep diri)

a) Physical self

Penerimaan terhadap kehamilan:
 Kehamilan direncanakan: ya/tidak

Persepsi ibu terhadap perubahan bentuk tubuh :

Hargadiri :

Pola seksual setelah hamil : berubah/tdk, bila berubah disebabkan

Pembatasan aktivitas setelah hamil : ya/tidak

Hubungan dengan keluarga : baik/ tidak, dukungan suami : ya/ tidak,

hubungan dengan teman : baik/ tidak,

hubungan dengan tetangga : baik/ tidak

b) Personal self

Kepercayaan diri

Kepercayaan terhadap Tuhan

3. Role performance mode (fungsi peran)

Persiapan menjadi orang tua :

Persepsi tentang peran baru :

Penerimaan keluarga terhadap anggota keluarga yang baru

4. Interdependence mode (interdependensi)

Dukungan dari keluarga :

Rencana terhadap kelahiran bayi :

Rencan aperawatan bayi :

D. Second level assessment

1. Stimulus fokal

2. Stimulus kontekstual

3. Stimulus residual

E. Diagnosa Keperawatan:

1.

2.

3.

Mahasiswa

(.....)

ANALISA DATA

Nama :

Ruang :

No. Reg :

Tanggal :

NO	DATA	Etiologi	Masalah Keperawatan

Prioritas Masalah

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama : _____ Ruang : _____
No. Reg : _____ Tanggal : _____

No.Dx.Kep	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan

Yang Membuat Intervensi

TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama : Ruang :
No. Reg : Tanggal :

No.	Hari/Tgl/ am	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	TTD

