

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN PREEKLAMPSIA



Haswita, Skp, M.kes
Eko Prabowo, S. Kep, Ns, M.kes

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN PREEKLAMPSIA

Haswita, S.Kp., M.Kes

Eko Prabowo, S.Kep., Ns., M.Kes

**PENERBIT
PUSTAKA YAYASAN RUSTIDA
JEMBER**

ASUHAN KEPERAWATAN PASIHEN DENGAN PREEKLAMSI

Diterbitkan dalam Bahasa Indonesia
Oleh Penerbit Pustaka Yayasan Rustida, Desember 2018
Jalan Gajah Mada 249 Jember

Penulis : Haswita, S.Kp., M.Kes
Eko Prabowo, S. Kep, Ns., M. Kes

Editor : Drs. Totok Sudarto, M.M.

Hak cipta dilindungi oleh Undang-Undang
Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau
seluruh isi buku ini tanpa seizin Penerbit dan Penulis

ISBN : 978-602-50894-7-3
vi+128, 14,5 cm x 21 cm

Cetakan Pertama, 2018

Kata Pengantar

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT karena hanya dengan rahmat-Nya kita dapat menyelesaikan pembuatan buku Asuhan Keperawatan Pasien dengan Preeklamsi.

Buku ini dapat terbit berkat bantuan dari berbagai pihak, untuk itu penyusun mengucapkan banyak terima kasih semua pihak yang telah membantu kami, terutama Kemenristekdikti yang telah memberikan dana penelitian sehingga menghasilkan buku ini sebagai luarannya.

Penyusunan buku ini ditujukan sebagai pegangan bagi Mahasiswa dan Petugas Kesehatan pada perawatan pasien Preeklamsi di Fasilitas Kesehatan.

Diharapkan dengan buku ini, Mahasiswa dan Petugas Kesehatan dapat terbantu, karena buku ini berisikan tentang konsep dan asuhan keperawatan pasien preeklamsi.

Penulis

DAFTAR ISI

Bab 1	Konsep Dasar Preeklamsia dan Eklampsia.....	1
	Definisi Preeklamsia dan Eklampsia.....	1
	Etiologi Preeklamsia	2
	Klasifikasi Preeklamsia/Eklampsia	3
	Manifestasi Klinis Preeklamsia/Eklampsia.....	4
	Faktor–Faktor yang Mempengaruhi Preeklamsia..	7
	Patofisiologi	9
	Komplikasi Preeklamsia /Eklampsia.....	11
	Pencegahan Preeklamsia/Eklampsia	12
Bab 2	Konsep Perawatan Antenatal, Intranatal dan Postnatal	13
	Prenatal Care (Antenatal) /Kehamilan	13
	Intranatal Care / Persalinan	21
	Postnatal Care / Masa Nifas	35
Bab 3	Konsep Asuhan Keperawatan Pasien Post Sectio Caesarea dengan Preeklamsia	45
	Pengkajian	45
	Diagnosa Keperawatan	58
	Intervensi Keperawatan	58
	Implementasi	56

	Evaluasi	63
Bab 4	Asuhan Keperawatan Pasien Post Sectio Caesarea dengan Preeklamsi (Studi Kasus).....	65
	Pengkajian	65
	Diagnosa Keperawatan	78
	Intervensi Keperawatan	83
	Implementasi	91
	Evaluasi	100
Daftar Pustaka		115
Glosarium.....		117
Indeks		123
Biodata Pengarang		127

BAB 1

KONSEP DASAR PREEKLAMPSIA DAN EKLAMPSIA

Diharapkan mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan Definisi Preeklamsia
2. Menjelaskan Etiologi Preeklamsia
3. Menjelaskan Klasifikasi Preeklamsia
4. Menjelaskan Manifestasi Klinis Preeklamsia
5. Menjelaskan Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Preeklamsia
6. Menjelaskan Patofisiologi Preeklamsia
7. Menjelaskan Komplikasi Preeklamsia
8. Menjelaskan Pencegahan Preeklamsia

Definisi Preeklamsia dan Eklampsia

Preeklamsia adalah penyakit yang ditandai dengan adanya hipertensi, proteinuria dan edema yang timbul selama kehamilan atau sampai 48 jam postpartum. Umumnya terjadi pada trimester III kehamilan. Preeklamsia dikenal juga dengan sebutan *Pregnancy Induced Hypertension (PIH)* gestosis atau toksemia kehamilan (Maryunani, dkk, 2012)

Preeklamsia didefinisikan sebagai gangguan yang terjadi pada trimester kedua kehamilan dan mengalami regresi setelah kelahiran, ditandai dengan kemunculan sedikitnya dua dari tiga tanda utama, yaitu hipertensi, edema, dan proteinuria (Mary dan Mandy, 2010)

Preeklamsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi pada triwulan ke-3 kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada molahidatidosa. Preeklamsia dibagi dalam golongan ringan dan berat (Abdul, dkk, 2006).

Berdasarkan definisi diatas preeklamsia adalah sindrom yang ditandai dengan tekanan darah tinggi, kenaikan kadar protein dalam urin dan pembengkakan pada tungkai, dapat terjadi selama kehamilan sampai dengan 48 jam post partum. Jika preeklamsia

bertambah parah dapat menyebabkan Eklampsia.

Eklampsia adalah kejang pada wanita hamil, dalam persalinan, atau masa nifas yang disertai gejala-gejala preeklampsia (hipertensi, edema dan protein uria). Eklampsia merupakan kelanjutan dari preeklampsia berat dengan tambahan gejala kejang dan atau koma. Biasanya diawali dengan memburuknya preeklampsia dan terjadi gejala-gejala nyeri kepala, dan hiperrefleksia, setelah itu baru terjadi kejang (Wiknjosastro, 2006)

Etiologi Preeklampsia dan Eklampsia

Penyebab timbulnya preeklampsia pada ibu hamil belum diketahui secara pasti, tetapi pada umumnya disebabkan oleh (*vasospasme arteriola*). Faktor-faktor lain yang diperkirakan akan mempengaruhi timbulnya preeklampsia antara lain: primigravida, kehamilan ganda, hidramnion, molahidatidosa, multigravida, malnutrisi berat, usia ibu kurang dari 18 tahun atau lebih dari 35 tahun serta anemia (Maryunani, dkk, 2012).

Dalam penelitian Rozikhan (2007), sebab preeklampsia dan eklampsia sampai sekarang belum diketahui. Telah banyak teori yang mencoba menerangkan sebab musabab penyakit tersebut, akan tetapi tidak ada yang memberikan jawaban yang memuaskan. Teori yang diterima harus dapat menerangkan hal-hal berikut: (1) primigraviditas, kehamilan ganda, hidramnion dan molahidatidosa; (2) semakin tuanya kehamilan; (3) terjadinya perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dalam uterus; dan (4) timbulnya hipertensi, edema, proteinuria, kejang dan koma. Salah satu teori yang dikemukakan ialah bahwa eklampsia disebabkan ischaemia rahim dan plasenta (*ischemaemia uteroplacentae*). Selama kehamilan uterus memerlukan darah lebih banyak. Pada molahidatidosa, hidramnion, kehamilan ganda, pada akhir kehamilan, pada persalinan, juga pada penyakit pembuluh darah ibu, diabetes, peredaran darah dalam dinding rahim kurang, maka keluarlah zat-zat dari plasenta atau desidua yang menyebabkan *vasospasmus* dan hipertensi. Tetapi dengan teori ini tidak dapat diterangkan semua hal yang berkaitan dengan

penyakit tersebut. Ternyata tidak hanya satu faktor yang menyebabkan preeklamsia dan eklampsia.

Dan dalam penelitian Prabowo, E., Haswita, Puspitasari, L.A., (2018), faktor pemicu terhadap terjadinya preeklamsia terdiri dari umur, riwayat preeklamsia sebelumnya, riwayat hipertensi sebelum hamil, status gizi (IMT), hasilnya bahwa variabel umur memiliki pengaruh paling dominan terhadap kejadian preeklamsia di RSUD Genteng dan RSUD Blambangan Kabupaten Banyuwangi dari hasil uji regresi logistic nilai OR sebesar 0.635.

Beberapa teori lain mencoba menjelaskan tentang etiologi preeklamsia/eklampsia, antara lain:

1. Disfungsi sel endotel
2. Reaksi antigen-antibodi
3. Perfungsi plasenta yang tidak adekuat
4. Perubahan reaktivitas vaskuler
5. Ketidakseimbangan antara prostasiklin dan tromboksan
6. Penurunan laju filtrasi glomerulus dengan retensi air dan garam
7. Penurunan volume intravaskuler
8. Peningkatan sensitifitas system saraf pusat
9. *Disseminated intravascular coagulation* (DIC)
10. Iskemia uterus
11. Faktor diet
12. Faktor genetik (Wahyudin, 2006)

Klasifikasi Preeklamsia/eklampsia

Preeklampsia dibagi dalam golongan ringan dan berat.

Preeklampsia dikatakan ringan apabila ditemukan tanda-tanda dibawah ini:

1. Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih, atau kenaikan diastole 15 mmHg atau lebih, dan kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih.
2. Edema umum, kaki, jari tangan, dan wajah atau kenaikan BB 1 Kg atau lebih per minggu

3. Proteinuria yang dapat dihitung 0,3 gram atau lebih per liter, kualitatif 1+ atau 2+ pada urine kateter/mid stream (Mitayani, 2013)

Dan Preeklamsia digolongkan berat bila satu atau lebih tanda/gejala dibawah ini di temukan:

1. Tekanan sistolik 160 mmHg, atau tekanan diastolik 110 mmHg atau lebih
2. Proteinuria 5 gr atau lebih dalam 24 jam : +3 atau +4 pada pemeriksaan kualitatif
3. Oliguria, air kencing 400 ml atau kurang dari 24 jam
4. Keluhan serebral, gangguan pengelihatatan atau nyeri daerah epigastrium
5. Edema paru-paru (Abdul, dkk, 2006)

Manifestasi Klinis Preeklamsia/Eklamsia

Menurut Rozikhan (2007) tanda dan gejala preeklamsia adalah sebagai berikut:

1. Hipertensi
Hipertensi biasanya timbul lebih dahulu dari pada tanda-tanda lain. Bila peningkatan tekanan darah tercatat pada waktu kunjungan pertama kali dalam trimester pertama atau kedua awal, ini mungkin menunjukkan bahwa penderita menderita hipertensi kronik. Tetapi bila tekanan darah ini meninggi dan tercatat pada akhir trimester kedua dan ketiga, mungkin penderita menderita preeklamsia. Peningkatan tekanan sistolik sekurang-kurangnya 30 mmHg, atau peningkatan tekanan diastolik sekurang-kurangnya 15 mmHg, atau adanya tekanan sistolik sekurang-kurangnya 140 mmHg, atau tekanan diastolik sekurang-kurangnya 90 mmHg atau lebih atau dengan kenaikan 20 mmHg atau lebih, ini sudah dapat dibuat sebagai diagnose. Penentuan tekanan darah dilakukan minimal 2 kali dengan jarak waktu 6 jam pada keadaan istirahat. Tetapi bila diastolik sudah mencapai

100 mmHg atau lebih, ini sebuah indikasi terjadi preeklamsia berat.

2. Edema

Edema ialah penimbunan cairan secara umum dan kelebihan dalam jaringan tubuh, dan biasanya dapat diketahui dari kenaikan berat badan serta pembengkakan pada kaki, jari-jari tangan, dan muka, atau pembengkakan pada ekstremitas dan muka. Edema pretibial yang ringan sering ditemukan pada kehamilan biasa, sehingga tidak seberapa berarti untuk penentuan diagnosa preeklamsia. Kenaikan berat badan $\frac{1}{2}$ kg setiap minggu dalam kehamilan masih dianggap normal, tetapi bila kenaikan 1 kg seminggu beberapa kali atau 3 kg dalam sebulan preeklamsia harus dicurigai. Atau bila terjadi pertambahan berat badan lebih dari 2,5 kg tiap minggu pada akhir kehamilan, mungkin merupakan tanda preeklamsia. Bertambahnya berat badan disebabkan retensi air dalam jaringan dan kemudian edema nampak dan edema tidak hilang dengan istirahat. Hal ini perlu menimbulkan kewaspadaan terhadap timbulnya preeklamsia. Edema dapat terjadi pada semua derajat PIH (Hipertensi dalam kehamilan) tetapi hanya mempunyai nilai sedikit diagnostik kecuali jika edemanya general.

Menurut (Maryunani, 2016) cara menentukan edema yaitu sebagai berikut:

- a. Kriteria menentukan adanya edema adalah nilai positif jika terjadi edema di daerah tibia, lumbosakral, wajah dan tangan.
- b. Bila sulit menentukan tingkat edema, maka metode dibawah ini dapat digunakan adalah sebagai berikut:
 - + = Sedikit edema pada daerah kaki pretibia
 - ++ = Edema ditentukan pada ekstremitas bawah
 - +++ = Edema pada muka, tangan, abdomen bagian bawah
 - ++++ = Anasarka disertai asites.

3. Proteinuria

Proteinuria berarti konsentrasi protein dalam air kencing yang melebihi 0,3 g/liter dalam air kencing 24 jam atau pemeriksaan kualitatif menunjukkan 1+ atau 2+ (menggunakan metode turbidimetrik standard) atau 1g/liter atau lebih dalam air kencing yang dikeluarkan dengan kateter atau *midstream* untuk memperoleh urin yang bersih yang diambil minimal 2 kali dengan jarak 6 jam. Proteinuria biasanya timbul lebih lambat dari hipertensi dan tambah berat badan. Proteinuria sering ditemukan pada pre-eklamsia, karena vasospasmus pembuluh-pembuluh darah ginjal. Karena itu harus dianggap sebagai tanda yang cukup serius.

Kemudian tanda dan gejala preeklamsia menurut (Maryunani, dkk, 2012) adalah:

- a. Hipertensi dengan tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih, diukur minimal 2 kali dengan jarak waktu 6 jam pada keadaan istirahat.
- b. Proteinuria 5 gram/24 jam atau lebih, +++ atau ++++ pada pemeriksaan kualitatif. Oliguria, urine 400 ml/24 jam atau kurang
- c. Edema paru-paru, sianosis.
- d. Tanda gejala lain yaitu sakit kepala yang berat, masalah pengelihatn, pandangan kabur dan spasme arteri retina pada funduskopi, nyeri epigastrium, mual atau muntah serta emosi mudah marah
- e. Pertumbuhan janin intrauterine terlambat
- f. Adanya HELLP syndrome (*H= Hemolysis, ELL= Elevated Liver Enzym, P= Low Plat*)

Kriteria menentukan adanya edema adalah: nilai positif jika edema di daerah tibia, lumbosakral, wajah (kelopak mata), dan tangan, terutamasetelah bangun tidur dipagi hari.

Sedangkan menurut Muryani (2012), eklamsia diawali dengan memburuknya gejala yang terdapat pada pre-eklamsia yang meliputi nyeri kepala, gangguan penglihatan, mual yang hebat, nyeri diepigastrium, hiper-refleksi. Apabila

gejala tersebut tidak tertangani dengan baik maka akan menimbulkan kejang, terutama pada persalinan.

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Pre-eklamsia/ Eklamsia

Preeklamsia/eklamsia merupakan penyulit dalam kehamilan yang belum diketahui dengan pasti penyebabnya. Akan tetapi beberapa teori menyimpulkan beberapa faktor yang mempengaruhinya (Indraini 2012). Sedangkan Menurut Langelo, dkk 2012 angka kejadian preeklamsia/eklamsia dipengaruhi oleh umur, parietas dan pemeriksaan kehamilan (*Ante Natal Care*).

Beberapa faktor pemicu yang mempengaruhi kejadian preeklamsia/eklamsia, antara lain:

1. Faktor genetik

Preeklamsia/eklamsia merupakan penyakit yang lebih sering ditemukan pada anak wanita dari ibu penderita preeklamsia (Royston dan Armstrong, 1994). Sedangkan menurut Zhang 1997 riwayat preeklamsia/eklamsia pada ibu, anak perempuan, saudara perempuan, cucu perempuan, dari seorang ibu hamil maka ia akan beresiko 2 sampai 5 kali lebih tinggi mengalami preeklamsia/eklamsia.

2. Faktor imunologis

Hipotesis yang populer saat ini ialah hipotesa gangguan adaptasi imunologis. Janin mengandung antigen dari ayahnya yang asing bagi ibu yang sedang hamil. Dukungan teori tersebut datang dari studi epidemiologi yang memperlihatkan dampak berganti pasangan dan inseminasi dari donasi (Zhang,1997)

3. Faktor graviditas

Preeklamsia/eklamsia pada umumnya diperkirakan sebagai penyakit pada kehamilan pertama. Apabila kehamilan pertama normal, maka kejadian preeklamsia/eklamsia akan menurun, bahkan abortus pada kehamilan sebelumnya merupakan faktor protektif terhadap kejadian preeklamsia/eklamsia. Hal ini dikarenakan pada primigravida pemben-

tukan antibody penghambat sempurna sehingga meningkatkan resiko terjadinya preeklamsia/eklamsia (Indraini, 2012).

Pernyataan tersebut sejalan dengan Taber dan Marshall yang menyatakan preeklamsia/eklamsia merupakan gangguan kehamilan yang banyak ditemukan pada pasien primigravida.

4. Faktor umur

Usia sangat mempengaruhi kehamilan, usia yang baik untuk hamil berkisar antara 20-35 tahun. Pada usia tersebut alat reproduksi wanita telah berkembang dan berfungsi secara maksimal. Sebaliknya pada wanita dengan usia dibawah 20 tahun atau diatas 35 tahun kurang baik untuk hamil. Karena kehamilan pada usia ini memiliki resiko tinggi, seperti terjadinya keguguran atau kegagalan persalinan, bahkan bisa menyebabkan kematian. Wanita yang usianya lebih tua memiliki tingkat risiko komplikasi melahirkan yang lebih tinggi dibandingkan dengan yang lebih muda. Bagi wanita yang berusia diatas 35 tahun, selain fisik mulai melemah, juga kemungkinan munculnya berbagai risiko gangguan kesehatan, seperti darah tinggi, diabetes, dan berbagai penyakit lainnya (Gunawan, 2010). Dibuktikan dengan penelitian yang dilaksanakan oleh Prabowo, E. dkk (2018) umur merupakan faktor pemicu yang paling dominan terjadinya preeklamsia, hasil rekapitulasi penelitian bahwa sebagian besar responden atau > 50% yang mengalami preeklamsia adalah usia diatas 35 tahun dan kurang dari 20 tahun.

5. Faktor usia gestasi

Menurut Royston Dollar (2008), preeklamsia biasanya muncul setelah usia kehamilan 20 minggu. Gejalanya adalah kenaikan tekanan darah. Jika terjadi di bawah 20 minggu, masih dikategorikan hipertensi kronis. Sebagian besar kasus preeklamsia terjadi pada usia kehamilan > 37 minggu dan makin tua kehamilan makin berisiko untuk terjadinya preeklamsia.

6. Faktor IMT (Indeks Massa Tubuh)
Diketahui secara umum bahwa perempuan obesitas memiliki risiko untuk mengalami preeklamsia/eklamsia 3½ kali lebih tinggi jika dibandingkan dengan wanita yang berat badannya ideal dan kurus.
7. Faktor bayi
Angka kejadian preeklamsia/eklamsia tiga kali lebih tinggi pada kehamilan kembar dibandingkan dengan kehamilan tunggal.
8. Faktor ras
Ras kulit hitam berisiko terkena preeklamsia ringan dan tidak menunjukkan hubungan yang bermakna pada preeklamsia berat.
9. Faktor riwayat penyakit
Peningkatan risiko preeklamsia/eklamsia dapat terjadi pada ibu yang memiliki riwayat hipertensi kronis, diabetes dan adanya riwayat preeklamsia/eklamsia sebelumnya.
10. Faktor lingkungan
Pendidikan dan pekerjaan ibu hamil mempengaruhi terjadinya preeklamsia/eklamsia. dimana ibu yang bekerja diluar lebih berisiko daripada ibu rumah tangga

Patofisiologi

Pada preeklamsia terdapat penurunan aliran darah. Perubahan ini menyebabkan prostaglandin plasenta menurun dan mengakibatkan iskemia uterus. Keadaan iskemia pada uterus, merangsang pelepasan bahan tropoblastik yaitu akibat hiperoksidase lemak dan pelepasan renin uterus. Bahan tropoblastik menyebabkan terjadinya endotheolisis menyebabkan pelepasan tromboplastin. Tromboplastin yang dilepaskan mengakibatkan pelepasan tromboksan akan menyebabkan terjadinya koagulasi intravaskular yang mengakibatkan perfusi darah menurun dan konsumtif koagulapati.

Konsumtif koagulapati mengakibatkan trombosit dan faktor pembekuan darah menurun dan menyebabkan gangguan faal he-

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

Gangguan multi organ terjadi pada organ-organ tubuh diantaranya otak, darah, paru-paru, jantung, renal, mata, dan plasenta. Pada otak akan dapat menyebabkan terjadi edema serebri dan selanjutnya terjadi peningkatan tekanan intrakranial. Tekanan intrakranial yang meningkat menyebabkan terjadinya gangguan perfusi serebral, nyeri, dan terjadinya kejang sehingga menimbulkan diagnosa keperawatan risiko cedera. Pada darah akan terjadi endoteliosis menyebabkan sel darah merah dan pembuluh darah pecah. Pecahnya pembuluh darah akan menyebabkan terjadinya pendarahan, sedangkan sel darah merah yang pecah akan menyebabkan terjadinya anemia hemolitik. Pada paru-paru, aliran darah akan meningkat menyebabkan terjadinya kongesti vena pulmonal, perpindahan cairan sehingga akan mengakibatkan terjadinya edema paru. Edema paru akan menyebabkan terjadinya gangguan pertukaran gas. Pada jantung, vasokonstriksi pembuluh darah menyebabkan gangguan kontraktilitas miokard sehingga menyebabkan payah jantung dan muncullah diagnosa keperawatan penurunan curah jantung. Pada ginjal, akibat pengaruh aldosteron, terjadi peningkatan reabsorpsi natrium dan menyebabkan retensi cairan dan dapat menyebabkan terjadinya edema sehingga muncullah diagnosa keperawatan kelebihan volume cairan. Selain itu, vasospasme arteriol pada ginjal akan menyebabkan penurunan GFR dan permeabilitas terhadap protein akan meningkat. Penurunan GFR

tidak diimbangi dengan peningkatan reabsorpsi oleh tubulus menyebabkan diuresis menurun sehingga terjadi oliguri sampai dengan anuri dan muncullah diagnosa keperawatan gangguan eliminasi urin. Permeabilitas terhadap protein yang meningkat akan menyebabkan banyak protein akan lolos dari filtrasi glomerulus dan menyebabkan proteinuria. Pada mata, akan terjadi spasmus arteriola selanjutnya menyebabkan edema diskus optikus dan retina. Keadaan ini menyebabkan terjadinya diplopia dan muncullah diagnosa keperawatan resiko cedera. Pada plasenta penurunan perfusi akan menyebabkan hipoksia/anoksia sebagai pemicu timbulnya gangguan pertumbuhan plasenta sehingga dapat berakibat terjadinya *Intra Uterin Growth Retardation* dan muncullah diagnosa keperawatan risiko gawat janin.

Hipertensi akan merangsang medula oblongata dan sistem saraf parasimpatis akan meningkat. Peningkatan saraf parasimpatis mempengaruhi traktus gastrointestinal dan ekstremitas. Pada traktus gastrointestinal dapat menyebabkan terjadinya hipoksia duodenal dan penumpukan ion H menyebabkan HCL meningkat sehingga dapat menyebabkan nyeri epigastrik. Selanjutnya akan terjadi akumulasi gas yang meningkat, merangsang mual dan timbulnya muntah sehingga muncul diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Pada ekstremitas dapat terjadi metabolisme anaerob menyebabkan ATP diproduksi dalam jumlah yang sedikit yaitu 2 ATP dan pembentukan asam laktat sehingga akan menimbulkan keadaan cepat lelah, lemah dan muncullah diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas. Keadaan hipertensi akan mengakibatkan seseorang kurang terpajan informasi dan muncullah diagnosa keperawatan kurang pengetahuan (Sukarni, I., Sudarti, 2014)

Komplikasi Preeklamsia/Eklamsia

Menurut Mitayani (2013) komplikasi yang dapat terjadi pada klien Preeklamsia Berat sebagai berikut:

- a. Pada ibu
 - 1) Eklamsia

- 2) Solusio plasenta
 - 3) Perdarahan sukapsula hepar
 - 4) Kelainan pembekuan darah (DIC)
 - 5) Sindrom HELLP (hemolisis, elevated, liver, enzim, dan low platelet count)
 - 6) Ablasio retina
 - 7) Gagal jantung hingga syok dan kematian
- b. Pada janin
- 1) Terhambatnya pertumbuhan dalam uterus
 - 2) Prematur
 - 3) Asfiksia neonatorum
 - 4) Kematian dalam uterus
 - 5) Peningkatan angka kematian dan kesakitan perinatal.

Komplikasi preeklamsia yang lain adalah : gagal ginjal, perdarahan otak, gagal jantung dan edema paru (Vivian dan Tri Sunarsih, 2010). Menurut Briley (2006) penyebab utama kematian maternal pada PEB (preeklamsia berat) adalah perdarahan cerebral dan sindrom gawat pernafasan dewasa akut.

Pencegahan Preeklamsia/Eklamsia

Pencegahan timbulnya preeklamsia dapat dilakukan dengan pemeriksaan *antenatal care* secara teratur. Gejala ini ini dapat ditangani secara tepat. Penyuluhan tentang manfaat istirahat akan banyak berguna dalam pencegahan. Istirahat tidak selalu berarti tirah baring di tempat tidur, tetapi ibu masih dapat melakukan kegiatan sehari-hari, hanya dikurangi antara kegiatan tersebut, ibu dianjurkan duduk atau berbaring. Nutrisi penting untuk diperhatikan selama hamil, terutama protein. Diet protein yang adekuat bermanfaat untuk pertumbuhan dan perbaikan sel dan transformasi lipid (Maryunani, dkk, 2012).

BAB 2

KONSEP PERAWATAN ANTENATAL, INTRANATAL DAN POSTNATAL

Diharapkan mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan Konsep Prenatal (Antenatal)/Kehamilan
2. Menjelaskan Konsep Intranatal Care/Persalinan
3. Menjelaskan Konsep Postnatal Care/Masa Nifas

PRENATAL CARE (ANTENATAL) / KEHAMILAN

Definisi Masa Prenatal / Kehamilan

Masa prenatal dimulai pada saat terjadinya proses konsepsi, yakni pertemuan antara sperma dan ovum hingga berakhir pada saat bayi dilahirkan. Masa ini berlangsung antara 180 sampai 344 hari lamanya (Diah, 2013).

Tahap-tahap Perkembangan Masa Prenatal

Para ahli membagi pertumbuhan dan perkembangan masa prenatal menjadi tiga tahap, yaitu: (Diah, 2013)

1. Tahap Germinal

Tahap germinal (praembrionik) merupakan awal dari kehidupan manusia. Proses ini dimulai ketika sperma melakukan penetrasi terhadap sel telur dalam proses pembuahan yang normalnya terjadi akibat hubungan seksual antara laki-laki dan perempuan. Pada tahap ini zygote terbentuk, kemudian bergerak ke bawah tuba falopi menuju rahim. Zygote ini merupakan sel tunggal yang kemudian akan mengalami perkembangbiakan menjadi dua sel identik. Sel-sel tersebut terus berkembang menjadi jutaan sel. Proses perkembangan zygote di dalam rahim ini disebut blastosyst. Bagian luar blastosyst akan menjadi plasenta, sedangkan bagian dalam akan menjadi

embrio. Pada minggu kedua, placenta mulai terbentuk. Bagian dalam sel memadat dan berkembang menjadi tiga lapisan yang disebut piringan embrionik (*embryonic disc*), yaitu: (a) ectoderm, lapisan paling luar yang akan berkembang menjadi kulit janin, (b) endoderm, lapisan paling dalam yang bakal menjadi organ-organ internal, seperti sistem pernafasan, sistem pencernaan, pancreas atau organ internal lainnya, (c) mesoderm, lapisan tengah yang berfungsi untuk memisahkan antara kulit dalam, otot-otot, tulang, sistem sirkulasi udara maupun pengeluaran lain (anus). Zigote yang sudah menjadi calon makhluk hidup mulai menempel pada dinding rahim. Proses menempel atau melekatnya zigot pada dinding rahim setelah masa konsepsi dinamakan implantasi.

2. Tahap Embrio

Tahap embrio dimulai ketika zigot telah tertanam dengan baik pada dinding rahim. Dalam tahap ini, sistem dan organ dasar bayi mulai terbentuk dari susunan sel. Masa ini dianggap sebagai masa yang kritis karena bentuk fisik yang saat itu berkembang pesat dapat terganggu oleh kondisi yang kurang baik. Bila organism memperoleh perawatan intensif, maka ia akan berkembang menjadi individu yang normal, sehat fisik maupun psikis. Sebaliknya bila kurang memperoleh perhatian dengan baik, organism akan berkembang menjadi individu yang abnormal, baik fisik ataupun psikis. Diantara placenta dan bayi terdapat tiga pembuluh darah mirip tali panjang yang disebut tali pusar. Salah satu pembuluh ini berfungsi untuk mengangkut darah yang berisi sari makanan dan oksigen dari placenta ke bayi, Dua saluran yang lainnya berfungsi untuk melakukan transportasi darah yang berisi karbondioksida dan pembuangan dari bayi ke placenta. Jika kita mengikuti perkembangan embrio, kita akan menemukan setelah empat minggu, proses differensiasi mulai terjadi dimana sekelompok sel di dalam embrio mengubah dirinya menjadi bentuk organ tertentu yang lebih besar.

3. Tahap Janin

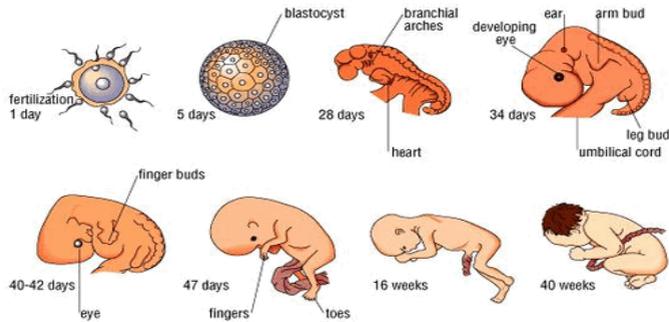
Masa ini memiliki pertumbuhan yang sangat cepat. Embrio

yang berkembang menjadi janin sudah memiliki organ-organ internal (jantung, paru-paru, usus besar dan sebagainya) dan eksternal (tangan, kaki, jari-jari kepala) secara lengkap. Janin makin memanjang dan system organ tubuh berkembang semakin kompleks. Hal ini akan terus berlangsung hingga organisme itu matang dan siap untuk dilahirkan.

Periode Janin (akhir bulan kedua perhitungan menurut bulan sampai lahir):

- a. Terjadi perubahan pada bagian-bagian tubuh yang telah terbentuk, baik dalam bentuk/rupa maupun perubahan aktual, dan terjadi perubahan dalam fungsi. Tidak tampak bentuk-bentuk baru pada saat ini.
- b. Pada akhir bulan ketiga, beberapa organ dalam cukup berkembang sehingga dapat mulai berfungsi. Denyut jantung janin dapat diketahui sekitar minggu kelima belas.
- c. Pada akhir bulan kelima, berbagai organ dalam telah menempati posisi hampir seperti posisi di dalam tubuh dewasa.
- d. Sel-sel saraf, yang ada sejak minggu ketiga, jumlahnya meningkat pesat selama bulan-bulan kedua, ketiga, dan keempat. Apakah peningkatan pada saat ini akan terus berlangsung atau tidak, bergantung pada kondisi di dalam tubuh ibu, seperti kekurangan gizi yang sebaliknya mempengaruhi perkembangan sel saraf terutama dalam bulan-bulan terakhir periode prenatal.
- e. Biasanya gerak-gerak janin tampak pertama kali antara minggu kedelapan belas dan dua puluh. Kemudian meningkat cepat sampai akhir bulan kesembilan di mana gerakan mulai berkembang karena penuhnya pembungkus janin dan tekanan pada otak janin pada saat janin mengambil posisi kepala di bawah di daerah pinggul dalam persiapan untuk lahir. Gerak-gerak janin ini berlainan macamnya, yaitu menggelinding dan menendang, gerak pendek atau cepat.
- f. Pada akhir bulan ketujuh, janin sudah cukup berkembang dan dapat hidup bila lahir sebelum waktunya.

- g. Pada akhir bulan kedelapan, tubuh janin sudah lengkap terbentuk, meskipun lebih kecil dibandingkan dengan bayi normal yang cukup bulannya.



Gambar 2.1 Tahap-tahap Perkembangan Masa Prenatal

Definisi Antenatal Care

Pemeriksaan *antenatal care* (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil. Sehingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar (Manuaba, 2007).

Pemeriksaan kehamilan atau ANC merupakan pemeriksaan ibu hamil baik fisik dan mental serta menyelamatkan ibu dan anak dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas, sehingga keadaan mereka post partum sehat dan normal, tidak hanya fisik tetapi juga mental (Wiknjosastro, 2005).

Tujuan Antenatal Care

Tujuan pengawasan wanita hamil ialah menyiapkan sebaik-baiknya fisik dan mental, serta menyelamatkan ibu dan anak dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas, sehingga keadaan ibu post partum sehat dan normal, tidak hanya fisik akan tetapi juga mental. Ini berarti dalam antenatal care harus diusahakan agar :

1. Wanita hamil sampai akhir kehamilan sekurang kurangnya harus sama sehatnya atau lebih sehat;
2. Adanya kelainan fisik atau psikologik harus ditemukan dini dan diobati,
3. Wanita melahirkan tanpa kesulitan dan bayi yang dilahirkan sehat fisik dan mental (Wiknjosastro, 2005)

Cara Pelayanan Antenatal Care

Cara pelayanan antenatal, disesuaikan dengan standar pelayanan antenatal menurut Depkes RI yang terdiri dari :

1. Kunjungan Pertama
 - a. Catat identitas ibu hamil
 - b. Catat kehamilan sekarang
 - c. Catat riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu
 - d. Catat penggunaan cara kontrasepsi sebelum kehamilan
 - e. Pemeriksaan fisik diagnostik dan laboratorium
 - f. Pemeriksaan obstetrik
 - g. Pemberian imunisasi tetanus toxoid (TT)
 - h. Pemberian obat rutin seperti tablet Fe, calcium, multi-
vitamin, dan mineral lainnya serta obat-obatan khusus atas
indikasi.
 - i. Penyuluhan/konseling.
2. Jadwal Kunjungan Ibu Hamil
Setiap wanita hamil menghadapi resiko komplikasi yang bisa mengancam jiwanya. Oleh karena itu, wanita hamil memerlukan sedikitnya empat kali kunjungan selama periode antenatal:
 - a. Satu kali kunjungan selama trimester satu (< 14 minggu) atau K1
 - b. Satu kali kunjungan selama trimester kedua (antara minggu 14 – 28) atau K2
 - c. Dua kali kunjungan selama trimester ketiga (antara minggu 28 – 36 dan sesudah minggu ke 36) atau K3 dan K4 (Saifudin, dkk., 2002).
 - d. Perlu segera memeriksakan kehamilan bila dilaksanakan

- ada gangguan atau bila janin tidak bergerak lebih dari 12 jam (Pusdiknakes, 2003).
3. Pada setiap kunjungan antenatal, perlu didapatkan informasi yang sangat penting.
 - a. Trimester pertama sebelum minggu ke 14
 - 1) Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil.
 - 2) Mendeteksi masalah dan menanganinya
 - 3) Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonatorum, anemia kekurangan zat besi, penggunaan praktek tradisional yang merugikan
 - 4) Memulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi
 - 5) Mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat dan sebagainya)
 - b. Trimester kedua sebelum minggu ke 28
Sama seperti diatas, ditambah kewaspadaan khusus mengenai preeklamsia (tanya ibu tentang gejala – gejala preeklamsia, pantau tekanan darah, evaluasi edema, periksa untuk apakah ada kehamilan ganda)
 - c. Trimester ketiga antara minggu ke 28-36
Sama seperti diatas, ditambah palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda.
 - d. Trimester ketiga setelah 36 minggu
Sama seperti diatas, ditambah deteksi letak bayi yang tidak normal, atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran di rumah sakit. (Saifuddin, dkk., 2002)
 4. Pelayanan/asuhan standar minimal termasuk “7 T”:
 - a. (Timbang) berat badan
 - b. Ukur (Tekanan) darah
 - c. (Tinggi) fundus uteri
 - d. Pemberian imunisasi (Tetanus Toxoid)
 - e. Pemberian Tablet zat besi, minimum 90 tablet selama kehamilan
 - f. Tes terhadap penyakit menular sexual

- g. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan (Saifudin, 2002).

Kebijakan Pelayanan Antenatal

1. Kebijakan Program

Kebijakan Departemen Kesehatan dalam upaya mempercepat penurunan AKI dan AKB pada dasarnya mengacu kepada intervensi strategis “Empat *Pilar Safe Motherhood*” yaitu meliputi : Keluarga Berencana, ANC, Persalinan Bersih dan Aman, dan Pelayanan Obstetri Essensial.

Pendekatan pelayanan obstetrik dan neonatal kepada setiap ibu hamil ini sesuai dengan pendekatan *Making Pregnancy Safer* (MPS), yang mempunyai 3 (tiga) pesan kunci yaitu :

- a. Setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih.
- b. Setiap komplikasi obstetrik dan neonatal mendapat pelayanan yang adekuat.
- c. Setiap perempuan dalam usia subur mempunyai akses pencegahan dan penatalaksanaan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganannya komplikasi keguguran.

2. Kebijakan teknis

Pelayanan/asuhan antenatal ini hanya dapat diberikan oleh tenaga kesehatan profesional dan tidak dapat di berikan oleh dukun bayi. Untuk itu perlu kebijakan teknis untuk ibu hamil secara keseluruhan yang bertujuan untuk mengurangi resiko dan komplikasi kehamilan secara dini.

Kebijakan teknis itu dapat meliputi komponen-komponen sebagai berikut:

- a. Mengupayakan kehamilan yang sehat
- b. Melakukan deteksi dini komplikasi, melakukan penatalaksanaan awal serta rujukan bila diperlukan.
- c. Persiapan persalinan yang bersih dan aman
- d. Perencanaan antisipstif dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi komplikasi.

Beberapa kebijakan teknis pelayanan antenatal rutin yang

selama ini dilaksanakan dalam rangka peningkatan cakupan pelayanan antara lain meliputi :

- a. Deteksi dini ibu hamil melalui kegiatan P4K dengan stiker dan buku KIA, dengan melibatkan kader dan perangkat desa serta kegiatan kelompok Kelas Ibu Hamil.
- b. Peningkatan kemampuan penjangkauan ibu hamil melalui kegiatan kemitraan Bidan dan Dukun.
- c. Peningkatan akses ke pelayanan dengan kunjungan rumah.
- d. Peningkatan akses pelayanan persalinan dengan rumah tunggu. (Depkes, 2009).

Intervensi Dalam Pelayanan Antenatal Care

Intervensi dalam pelayanan antenatal care adalah perlakuan yang diberikan kepada ibu hamil setelah dibuat diagnosa kehamilan.

Adapun intervensi dalam pelayanan antenatal care adalah :

1. Intervensi Dasar

a. Pemberian Tetanus Toxoid (TT)

Tujuan pemberian TT adalah untuk melindungi janin dari tetanus neonatorum, pemberian TT baru menimbulkan efek perlindungan bila diberikan sekurang-kurangnya 2 kali dengan interval minimal 4 minggu, kecuali bila sebelumnya ibu telah mendapatkan TT 2 kali pada kehamilan yang lalu atau pada masa calon pengantin, maka TT cukup diberikan satu kali (TT ulang). Untuk menjaga efektifitas vaksin perlu diperhatikan cara penyimpanan serta dosis pemberian yang tepat. Dosis dan pemberian 0,5 cc pada lengan atas.

b. Pemberian Vitamin Zat Besi

1) Tujuan pemberian tablet Fe adalah untuk memenuhi kebutuhan Fe pada ibu hamil dan nifas karena pada masa kehamilan dan nifas kebutuhan meningkat.

2) Di mulai dengan memberikan satu sehari sesegera mungkin setelah rasa mual hilang. Tiap tablet mengandung FeSO₄ 320 Mg (zat besi 60 Mg) dan Asam Folat 500 Mg, minimal masing-masing 90 tablet. Tablet

besi sebaiknya tidak di minum bersama teh atau kopi, karena mengganggu penyerapan (Saifudin, 2002).

2. Intervensi Khusus

Intervensi khusus adalah melakukan khusus yang diberikan kepada ibu hamil sesuai dengan faktor resiko dan kelainan yang ditemukan, meliputi:

Faktor resiko, meliputi:

- a. Umur: Terlalu muda, yaitu dibawah 20 tahun atau terlalu tua, yaitu diatas 35 tahun
- b. Paritas: Paritas 0 (primi gravidarum, belum pernah melahirkan) atau Paritas > 3
- c. Interval: Jarak persalinan terakhir dengan awal kehamilan sekurang- kurangnya 2 tahun.
- d. Tinggi badan kurang dari 145 cm
- e. Lingkar lengan atas kurang dari 23,5 cm
- f. Komplikasi Kehamilan
 - 1) Komplikasi obstetri langsung: Perdarahan, Preeklamsia/ eklamsia, Kelainan letak lintang, sungsang primi grvida, Anak besar, hidramnion, kelainan kembar, Ketuban pecah dini dalam kehamilan.
 - 2) Komplikasi obstetri tidak langsung: Penyakit jantung, Hepatitis, TBC (Tuberkolosis), Anemia, Malaria, Diabetes mellitus
 - 3) Komplikasi yang berhubungan dengan obstetri, komplikasi akibat kecelakaan (kendaraan, keracunan, kebakaran) (Mochtar R, 1998).

INTRANATAL CARE / PERSALINAN

Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (APN, 2007).

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan pelepasan plasenta (Varney, 2006).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Bentuk persalinan dibagi menjadi 3 yaitu: 1) persalinan spontan bial persalinan berlangsung dengan tenaga sendiri, 2) persalinan buatan bila persalinan dengan rangsangan sehingga terdapat kekuatan untuk persalinan, 3) persalinan anjuran (Manuaba, 2009).

Kala Dalam Persalinan

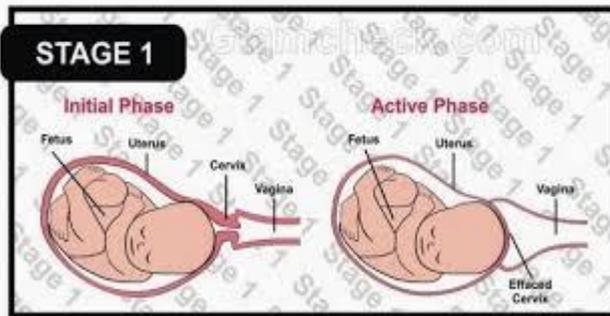
I. Kala I

Dimulai dari saat persalinan sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini berlangsung antara 18-24 jam, terbagi dalam 2 fase yaitu:

- a. Fase laten: berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3cm.
- b. Fase aktif dibagi dalam 3 fase yaitu :
 - 1) Fase akselerasi: dalam waktu 3 jam pembukaan 3 cm tersebut menjadi 4 cm,
 - 2) Fase dilatasi maksimal: dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm,
 - 3) Fase deselerasi : pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9cm menjadi lengkap.

Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multi-gravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif, dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Mekanisme membukanya serviks berbeda antara pada primigravida dan multigravida, pada yang pertama ostium uteri internum akan membuka terlebih dahulu, sehingga serviks akan

mendatar dan menipis. Baru kemudian osteum uteri eksternum membuka. Pada multigravida osteum uteri internum sudah sedikit terbuka. Osteum uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam saat yang sama. Ketuban akan pecah dengan sendiri ketika pembukaan hampir atau sudah lengkap. Tidak jarang ketuban harus dipecahkan ketika pembukaan hampir lengkap atau telah lengkap. Bila ketuban telah pecah sebelum pembukaan mencapai 5 cm, disebut ketuban pecah dini. Kala I selesai apabila pembukaan serviks uteri telah lengkap. Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan pada multigravida kira-kira 7 jam.

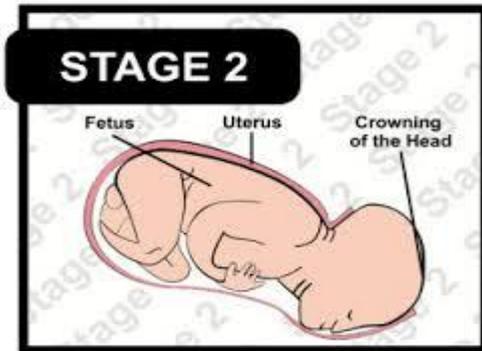


Gambar 2.2 Proses Kala I

2. Kala II

Pada kala II his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. Karena biasanya dalam hal ini janin sudah masuk ruang panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengedan. Wanita merasa pula tekanan pada rectum dan hendak buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka, labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his. Bila dasar panggul sudah lebih berelaksasi, kepala tidak masuk lagi di luar his, dengan his dan kekuatan mengedan maksimal kepala janin dilahirkan

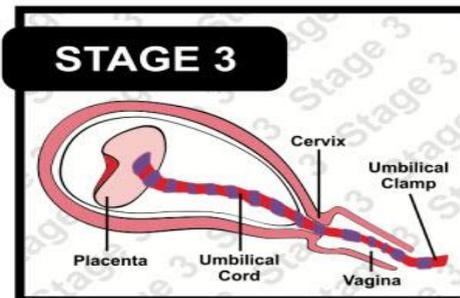
dengan suboksiput di bawah simfisis dan dahi, muka, dan dagu melewati perineum. Setelah istirahat sebentar, his mulai lagi untuk mengeluarkan badan dan anggota bayi. Pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multipara rata-rata 0,5 jam.



Gambar 2.3 Proses Kala II

3. Kala III

Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus kontraksi lagi untuk melepas plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah.



Gambar 2.4 Proses Kala III

4. Kala IV

Dimulai saat plasenta lahir sampai 2 jam pertama post partum. Keduanya baru saja mengalami perubahan fisik yang luar biasa. Rata-rata perdarahan normal adalah 250 cc. Perdarahan persalinan yang lebih dari 500cc adalah perdarahan abnormal (Prawirohardjo, 2007).

Penyebab Persalinan

Penyebab timbulnya persalinan sampai sekarang belum diketahui secara pasti/jelas. Terdapat beberapa teori antara lain : (Wiknjosastro, 2008)

1. Penurunan kadar progesteron :
Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya Estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar Progesteron dan Estrogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar Progesteron menurun sehingga timbul his.
2. Teori oxytosin :
Pada akhir kehamilan kadar oxytosin bertambah. Oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim.
3. Keregangan otot-otot :
Seperti halnya dengan kandung kencing dan lambung bila dindingnya teregang oleh karena isinya bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan.
4. Pengaruh janin :
Hypofise dan kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan oleh karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa.
5. Teori Prostaglandin :
Prostaglandin yang dihasilkan oleh decidua, disangka menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan

menunjukkan bahwa Prostaglandin F2 dan E2 yang diberikan secara intra vena, intra dan extra-amnial menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan. Hal ini juga di sokong dengan adanya kadar Prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu-ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.

Tanda dan Gejala

Tanda-tanda persalinan adalah: (Manuaba, 2007)

1. Tanda persalinan sudah dekat (awal persalinan)

a. Terjadi lightening

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan:

- 1) Kontraksi Braxton hicks
- 2) Ketegangan dinding perut
- 3) Ketegangan ligamentum rotandum
- 4) Gaya berat janin dimana kepala ke arah bawah

b. Masuknya kepala bayi ke pintu atas panggul dirasakan ibu hamil:

- 1) Terasa ringan dibagian atas, rasa sesaknya berkurang
- 2) Dibagian bawah terasa sesak
- 3) Terjadi kesulitan saat berjalan
- 4) Sering miksi (beser kencing)
- 5) Terjadi his permulaan

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi Braxton Hicks dikemukakan sebagai keluhan karena rasa sakit dan mengganggu terjadi perubahan keseimbangan estrogen, progesteron, dan memberikan kesempatan rangsangan oksitosin. Dengan makin tua hamil, pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering sebagai his palsu.

c. Sifat his permulaan (palsu)

- 1) Rasa nyeri ringan dibagian bawah

- 2) Datangnya tidak teratur
 - 3) Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda
 - 4) Durasinya pendek
 - 5) Tidak bertambah bila beraktifitas
- d. Tanda persalinan

Menurut Varney, H., dkk. (2006) tanda-tanda persalinan:

1) Terjadi His persalinan

Sifat dari his palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang memberi pengaruh signifikan pada serviks. Persalinan palsu ini dapat terjadi sehari-hari bahkan tiga atau empat minggu sebelum persalinan sejati. Sifatnya his pendahuluan ini tidak teratur yang memancar dari pinggang ke perut bagian bawah. Lamanya kontraksi pendek dan tidak bertambah kuat bila dibawa berjalan malah sering berkurang.

His persalinan mempunyai sifat nyeri yang di sebabkan oleh kontraksi dari otot – otot rahim yang fisiologis. Nyeri karena disebabkan oleh anoxia dari sel – sel otot waktu kontraksi, perasaan nyeri tergantung juga pada ambang nyeri dari penderita yang ditentukan oleh keadaan jiwanya, kontraksi rahim bersifat: Lamanya kontraksi berlangsung 45 detik sampai 75 detik. Kekuatan kontraksi menimbulkan naiknya tekanan intrauterine sampai 35 mmHg. Pada permulaan persalinan his timbul sekali dalam 10 menit, pada kala pengeluaran sekali dalam 2 menit. Perubahan serviks juga terjadi akibat intensitas Braxton hicks.

2) Terjadinya pengeluaran lendir bercampur darah

Lightening yang mulai dikira – kira dua minggu sebelum persalinan, adalah penurunan bagian persentasi bayi ke dalam pelpis minor. Wanita sering disebut lightening sebagai kepala bagian sudah turun, namun hal ini menimbulkan rasa tidak nyaman yang lain akibat tekanan bagian persentasi di area pelvis minor. *Blood show* paling sering terlihat sebagai rabas lender bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dari perdarahan murni. Hal ini merupakan tanda persalinan yang akan terjadi, biasanya

dalam 24 hingga 48 jam.

Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Faktor – faktor yang mempengaruhi persalinan sebagai berikut:
(Sumarah, 2009)

1. Tenaga (*Power*)
 - a. His (kontraksi otot rahim)
 - b. Kontraksi otot dinding perut
 - c. Kontraksi dengan diafragma pelvis atau kekuatan mengejan
 - d. Ketegangan dan kontraksi ligamentum rotundum
 - e. Janin dan plasenta (*Passenger*)
2. Jalan lahir (*Passageway*)
 - a. Jalan lahir keras
 - 1) Pintu atas panggul (inlet) dibatasi oleh Linea Innominata
 - 2) Pintu tengah panggul (midlet) dibatasi oleh Spina Ischiadica
 - 3) Pintu bawah panggul (outlet) dibatasi oleh Symphysis dan arkus pubis
 - b. Jalan lahir lunak
Jalan lahir lunak yang berperan pada persalinan adalah segmen bawah rahim, serviks uteri dan vagina. Disamping itu otot-otot, jaringan ikat dan ligamen yang menyokong alat-alat urogenital juga sangat berperan pada persalinan.
3. *Passanger*
Cara penumpang (*passanger*) atau janin bergerak disepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni : ukuran kepala janin, presentasi letak kepala, letak, sikap, dan posisi janin.
4. Psikologikal respon
Penampilan dan perilaku wanita serta pasangannya secara keseluruhan merupakan petunjuk yang berharga tentang jenis dukungan yang ia akan perlukan.
5. Posisi ibu
Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi per-

salinan.

Posisi tegak memberikan sejumlah keuntungan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki

Sirkulasi. Posisi tegak meliputi posisi berdiri berjalan, duduk, dan jongkok.

Mekanisme Persalinan Normal

Mekanisme persalinan merupakan gerakan janin dalam menyesuaikan dengan ukuran dirinya dengan ukuran panggul saat kepala melewati panggul.

1. Engagement (Penurunan kepala)

Bila diameter biparietal kepala melewati pintu atas panggul, kepala dikatakan telah menancap (*engaged*) pada pintu atas panggul.

Penurunan adalah gerakan bagian presentasi melewati panggul. Penurunan terjadi akibat tiga kekuatan yaitu tekanan dari cairan amnion, tekanan langsung kontraksi fundus pada janin, dan kontraksi diafragma serta otot-otot abdomen ibu.

2. Fleksi

Fleksi yaitu segera setelah kepala yang turun tertahan oleh serviks, dinding panggul, atau dasar panggul, dalam keadaan normal fleksi terjadi dan dagu didekatkan ke arah dada janin.

3. Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam dimulai pada bidang setinggi spina iskiadika. Setiap kali terjadi kontraksi kepala janin diarahkan ke bawah lengkung pubis, dan kepala hampir selalu berputar saat mencapai otot panggul.

4. Ekstensi

Saat kepala janin mencapai perineum, kepala akan defleksi ke arah anterior oleh perineum. Mula-mula oksiput melewati permukaan bawah simfisis pubis, kemudian kepala muncul keluar akibat ekstensi.

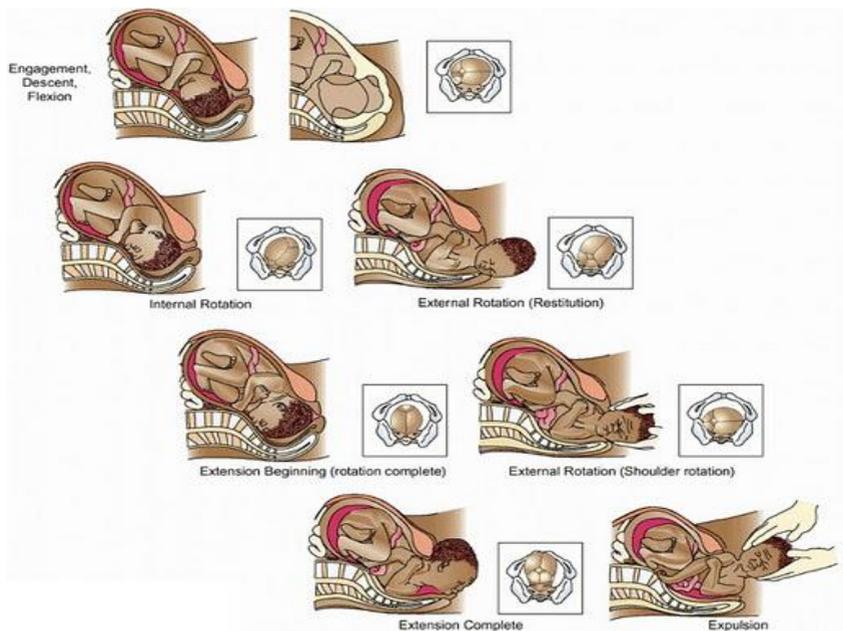
5. Restitusi dan putaran paksi luar

Restitusi adalah gerakan berputar setelah kepala bayi lahir

hingga mencapai posisi yang sama dengan saat ia memasuki pintu atas. Putaran paksi luar terjadi saat bahu engaged dan turun dengan gerakan mirip dengan gerakan kepala.

6. Ekspulsi

Setelah bahu keluar, kepala dan bahu diangkat ke atas tulang pubis ibu dan badan bayi di keluarkan dengan gerakan fleksi lateral ke arah simfisis pubis (Cunningham dkk, 2013; McKinney, 2013).



Gambar 2.5 Mekanisme Penurunan Kepala saat Melahirkan Normal

Adaptasi/Perubahan Fisiologi dan Psikologi

I. Adaptasi janin

a. Denyut jantung janin (DJJ)

Untuk memprediksikan keadaan janin yang berkaitan

dengan oksigenasi DJJ rata-rata pada aterm adalah 140 denyut/menit sedangkan DJJ normal ialah 110 sampai 160 denyut/ menit

b. Sirkulasi janin

Sirkulasi janin dipengaruhi oleh posisi ibu, kontraksi uterus, tekanan darah, dan aliran darah tali pusat, kontraksi uterus selama masa persalinan cenderung mengurangi sirkulasi melalui anterior spirallis, sehingga mengurangi perfusi melalui ruang intervillosa.

c. Pernafasan dan perilaku lain janin

Perubahan-perubahan tertentu menstimulasi kemoreseptor pada aorta dan badan carotid guna mempersiapkan janin untuk memulai pernafasan setelah lahir. Perubahan yang terjadi: 1) 7-2 ml air ketuban diperas keluar dari paru-paru (selama persalinan pervaginam), 2) Tekanan oksigen (PO₂) janin menurun, 3) Tekanan karbondioksida (PCO₂) arteri meningkat, 4) PH arteri menurun.

2. Adaptasi ibu

a. Perubahan kardiovaskuler

Pada setiap kontraksi, 2100 ml darah dikeluarkan dari uterus dan masuk kedalam system vaskuler ibu. Hal ini meningkatkan curah jantung sekitar 10-15% pada tahap I persalinan dan sekitar 30-50% pada tahap II persalinan.

b. Perubahan pernafasan

Peningkatan aktivitas fisik dan peningkatan pemakaian O₂ terlihat dari peningkatan frekuensi pernafasan. Hiperventilasi dapat menyebabkan alkalosis respiratorik (PH meningkat) hipoksia dan hipokapnea (CO₂ menurun)

c. Perubahan pada ginjal

Pada trimester ke II kandung kemih menjadi organ abdomen. Apakah terisi kandung kemih dapat teraba diatas simpisis pubis. Selama persalinan wanita dapat mengalami kesulitan untuk berkemih secara spontan akibat dari: 1) Edema jaringan akibat tekanan bagian presentasi, 2) Rasa tidak nyaman, 3) Sedasi dan rasa malu.

- d. Perubahan integument
Terlihat pada daya distensibilitas daerah introitus vagina (muara vagina). Pada setiap individu tingkat distensibilitas berbeda, meskipun 30 meregang namun dapat terjadi robekan-robekan kecil pada kulit sekitar introitus vagina meskipun tidak dilakukan episiotomi/ terjadi laserasi
- e. Perubahan muskuloskeletal
Dapat mengalami stress selama masa persalinan. Diaphoresis, keletihan, proteinuria dan kemungkinan peningkatan suhu menyertai peningkatan aktivitas yang menyolok. Nyeri punggung dan nyeri sendi terjadi sebagai akibat semakin renggangnya sendi pada masa aterm.
- f. Perubahan neurologis
Menunjukkan bahwa timbul stress dan rasa tidak nyaman pada masa persalinan. Perubahan sensori terjadi saat wanita masuk ke tahap I persalinan dan masuk ke setiap tahap berikutnya. Mula-mula wanita terasa euphoria kemudian menjadi serius dan mengalami amnesia diantara fraksi selama tahap ke II akibatnya wanita merasa senang atau merasa letih saat melahirkan.
- g. Perubahan pencernaan
Bibir dan mulut dapat menjadi kering akibat wanita bernafas melalui mulut, dehidrasi, dan sebagai respon emosi terhadap persalinan. Selama persalinan, motilitas dan absorpsi saluran cerna menurun dan waktu pemsangan lambung menjadi lambat. Mual, muntah, dan sendawa juga terjadi sebagai respon refleksi terhadap dilatasi serviks lengkap.
- h. Perubahan endokrin
Sistem endokrin aktif selama persalinan. Awitan persalinan dapat diakibatkan oleh penurunann kadar progesteron dan peningkatan estrogen, prostaglandin dan oksitosin. Metabolisme meningkat dan kadar aliran darah dapat menurun akibat proses persalinan (Johariah, 2012).

Perubahan fisiologis persalinan sebagai berikut: (Salmah, 2006)

1. Tekanan darah
Tekanan darah meningkat selama terjadinya kontraksi (sistolik rata-rata naik, darah kembali normal pada level sebelum persalinan. Rasa sakit, takut dan cemas juga akan meningkatkan tekanan darah).
2. Metabolisme
Metabolisme karbohidrat aerob dan anaerob akan meningkat secara berangsur disebabkan karena kecemasan dan aktifitas otot skeletal. Peningkatan ini ditandai dengan adanya peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, kardiak output, pernafasan dan cairan yang hilang.
3. Suhu tubuh
Karena terjadi peningkatan metabolisme, maka suhu tubuh sedikit meningkat selama persalinan, terutama selama dan segera setelah persalinan. Peningkatan ini jangan melebihi 0,50C sampai dengan 10C.
4. Detak jantung
Berhubungan dengan peningkatan metabolisme, detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi. Antara kontraksi, detak jantung sedikit meningkat dibandingkan sebelum persalinan.
5. Pernafasan
Karena terjadi peningkatan metabolisme, maka sedikit terjadi peningkatan tidak normal dan bisa menyebabkan alkalosis.
6. Perubahan pada ginjal
Poliuria sering terjadi selama persalinan, mungkin disebabkan oleh peningkatan kardiak output, peningkatan filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Proteinuria yang sedikit dianggap biasa dalam persalinan.
7. Perubahan gastrointestinal
Motilitas lambung dan absorpsi makanan padat secara substansial berkurang banyak sekali selama persalinan. Selain itu, pengeluaran getah lambung berkurang, menyebabkan aktifitas pencernaan hampir berhenti, dan pengosongan lambung menjadi sangat lamban. Cairan tidak berpengaruh

dan meninggalkan perut dalam tempo yang biasa. Mual dan muntah biasa terjadi sampai ibu mencapai akhir kala.

8. Perubahan hematologi

Hemoglobin meningkat sampai 1,2 gram/100 ml selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca bersalin kecuali ada perdarahan post partum.

Perubahan Psikologis pada persalinan adalah; (Simkin Penny, Dkk, 2008)

1. Kala I

Pada ibu primi bahkan multi terkadang bereaksi berlebihan terhadap persalinan awal dengan terlalu banyak memberi perhatian pada kontraksi, menjadi tegang, timbul kecemasan atau perasaan aneh terhadap tubuh. Sebagian besar wanita mengalami perasaan tidak enak atau gelisah (ketidakkampuan untuk merasa nyaman dalam posisi apapun dalam waktu lama).

Pada tahap laten, semangat ibu cukup tinggi; pada tahap aktif, ibu menjadi serius, diam, dan sibuk dengan kontraksi. Seorang wanita bahkan mungkin akan merasa terjebak dalam persalinan saat menyadari tidak ada jalan keluar selain menuntaskan persalinan. Kesadaran ini kadang disebut “saat menerima kebenaran yang mencerminkan semacam krisis, dimana ibu menyadari tidak dapat mengendalikan proses persalinan

2. Kala II

Pada fase peralihan dari kala I ke kala II ditandai dengan sensasi yang kuat dan kebingungan mengenai apa yang harus dilakukan. Untuk beberapa wanita desakan mengejan merupakan salah satu aspek memuaskan sedangkan untuk yang lainnya merasakan desakan mengejan dirasa mengganggu dan menyakitkan. Setelah terlepas dari sensasi peralihan kala I ditandai dengan rasa nyeri berkurang, perasaan menjadi tenang, dapat berpikir jernih kembali, beristirahat, kembali bersemangat, dan mengenali orang-orang disekitarnya. Selama kala II, ibu bekerja sama dengan persalinannya melalui

gerak menekan secara sadar dan bergerak ke posisi yang membantu kelahiran.

3. Kala III

Sesudah bayi lahir, akan ada masa tenang yang singkat; kemudian rahim kembali berkontraksi sehingga ibu perlu melanjutkan relaksasi dan penapasan terpola karena rahim kadang-kadang mengalami kram yang hebat. Atau sebaliknya, perhatian ibu tercurah seluruhnya pada bayi sehingga hampir tidak menyadari terjadinya tahap ketiga ini.

4. Kala IV

Saat-saat ini adalah saat jatuh cinta dan merupakan tahapan yang penting dalam membentuk keterikatan. Pada tahap ini ibu akan merasakan bahagia, lega, atau bahkan euforia dengan bayi dan rasa terima kasih kepada orang-orang yang telah membantu. Sebaliknya ibu membutuhkan sedikit waktu untuk menyesuaikan diri terhadap kenyataan bahwa dia tidak lagi dalam persalinan, keadaan tidak hamil dan sudah menjadi seorang ibu.

POST NATAL CARE / NIFAS

Definisi Masa Nifas

Masa nifas (*purperium*) yang dimaksud adalah plasenta lahir sampai berakhir kemudian alat kandungan kembali seperti keadaan semula (Sulistyawati, 2009).

Masa nifas adalah masa dimana organ reproduksi kembali ke keadaan tidak hamil dengan membutuhkan waktu kurang lebih 6 minggu (Asih & Risneni, 2016).

Berdasarkan definisi diatas masa nifas merupakan masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas disebut juga masa *postpartum* atau *puerperium* yaitu masa sesudah persalinan, masa perubahan, pemulihan, penyembuhan, dan pengembangan alat-alat kandungan/reproduksi, seperti sebelum hamil yang lamanya 6 minggu atau 42 hari pasca persalinan.

Pada masa nifas ini, tubuh melakukan penyesuaian diri baik dari fisik maupun psikososial terhadap proses melahirkan yang dimulai segera setelah plasenta lahir sampai tubuh menyesuaikan diri secara sempurna dan/atau berakhir ketika organ-organ kandungan kembali mendekati keadaan sebelum hamil yang berlangsung selama 6 minggu (42 hari).

Periode Nifas

Periode nifas terdiri dari; (Soleha, S., 2009)

1. *Periode Immediate Postpartum*
Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah, dan suhu.
2. *Periode Early Postpartum (24 jam-1 minggu)*
Pada fase ini bidan 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. *Periode Late Postpartum (1 minggu-5 minggu)*
Pada periode ini bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB.

Perubahan Masa Nifas

Pada masa nifas ini terjadi perubahan - perubahan, yaitu : Perubahan Fisiologi dan Perubahan Psikologi (Asih & Risneni, 2016)

1. Perubahan Fisiologis Masa Nifas
 - a. Perubahan sistem reproduksi
Menurut (Asih & Risneni, 2016) organ dalam sistem reproduksi yang mengalami perubahan seperti:
 - 1) *Uterus*
Fundus uteri kira-kira sepusat dalam hari pertama

bersalin. Penyusutan antara 1-1,5 cm atau sekitar 1 jari per hari. Dalam 10- 12 hari uterus tidak teraba lagi di abdomen karena sudah masuk di bawah simfisis.

2) *Afterpains*

Pada primipara, tonus uterus meningkat sehingga fundus pada umumnya tetap kencang dan keras.

3) *Lochea*

a) *Lochea rubra (Cruenta)*

Terjadi pada hari ke 1-2 post partum, berwarna merah dengan mengandung darah dari luka pada plasenta dan serabut dari decidua dan chorion.

b) *Lochea sanguilenta*

Berwarna merah kuning, berisi darah lendir, hari ke tiga sampai ke tujuh paska persalinan.

c) *Lochea serosa*

Keluar pada hari ke 7-14, berwarna kecoklatan dengan mengandung lebih banyak serum, dan lebih sedikit darah terhadap leukosit dan laserasi plasenta.

d) *Lochea alba*

Sejak 2-6 minggu setelah persalinan, warnanya putih kekuning-kuningan mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

4) Tempat plasenta

Saat plasenta keluar normalnya uterus berkontraksi dan relaksasi sehingga volume/ruang tempat plasenta berkurang atau berubah cepat dalam 1 hari setelah persalinan berkerut sampai diameter 7,5 cm.

5) Perineum, vagina, vulva dan anus

Pada awal nifas, *Rugae* mulai tampak pada minggu ketiga. Pada anus umumnya terlihat hemoroid dengan ukuran mengecil beberapa minggu postpartum.

b. Perubahan sistem pencernaan

Konstipasi dapat terjadi pada awal puerperium akibat dari kurangnya makanan dan pengendalian terhadap BAB. BAB secara spontan bisa tertunda selama dua sampai tiga hari

setelah ibu melahirkan. Keadaan ini biasa disebabkan karena tonus otot usus menurun (Sulistiyawati, 2009).

c. Perubahan sistem perkemihan

Terjadi diuresis yang sangat banyak dalam hari pertama puerperium. Diuresis yang banyak setelah persalinan sampai 5 hari postpartum. Dinding saluran kencing memperlihatkan edema dan hyperanemia. Kadang-kadang edema dari trigonum menimbulkan obstruksi dari uretra sehingga terjadi retensio urin. Dilatasi ureter dan pyelum, normal kembali dalam waktu 2 minggu.

d. Perubahan sistem muskuloskeletal

Pada sistem muskuloskeletal yang terjadi mencakup hal yang membantu relaksasi dan hipermobilitas sendi serta perubahan pada pusat berat ibu karena pembesaran uterus. Stabilisasi sendi lengkap akan terjadi pada minggu ke-6 sampai ke-8 setelah wanita melahirkan.

e. Perubahan sistem endokrin

1) Oksitosin

Dalam sirkulasi darah akan mengakibatkan kontraksi otot uterus sehingga dapat membantu proses involusi uterus.

2) Prolaktin

Prolaktin mengalami penurunan yang dikeluarkan dengan glandula pituitary anterior yang bereaksi terhadap alveoli dari payudara sehingga menstimulasi produksi ASI.

3) HCG, HPL, Estrogen dan Progesteron

Pada plasenta terlepas dari dinding uterus dan lahir, tingkat hormon HCG, HPL, Estrogen dan progesteron terjadi penurunan dengan cepat, normalnya setelah 7 hari.

4) Pemulihan ovulasi dan menstruasi

Pada masa pemulihan ibu khususnya dapat menyusui, namun, ovulasi tidak menentu terjadinya sebelum 20 minggu, dan tidak terjadi juga pada usia 28 minggu pada ibu dengan menyusui minimal 6 bulan. Pada ibu yang

tidak menyusui ovulasi dan menstruasi biasanya mulai antara 7- 10 minggu.

f. Perubahan tanda-tanda vital

1) Temperatur

Selama 24 jam pertama dapat meningkat sampai 38 derajat celcius akibat efek dehidrasi persalinan. Setelah 24 jam wanita tidak harus demam.

2) Denyut nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa adalah 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat (Sulistyawati, 2009).

3) Pernafasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi (Sulistyawati, 2009).

4) Tekanan darah

Sedikit berubah atau menetap.

g. Perubahan sistem kardiovaskuler

Pada beberapa hari pertama setelah kelahiran, fibrinogen, plasminogen, dan faktor pembekuan menurun cukup cepat. Akan tetapi darah lebih mampu untuk melakukan koagulasi dengan peningkatan viskositas, dan ini berakibat meningkatkan risiko thrombosis.

h. Perubahan sistem hematologi

Lekositosis terjadi peningkatan, sel darah putih dapat berjumlah 15.000 selama persalinan, namun tetap meningkat pada beberapa hari pertama post partum. Yang dibuktikan dengan jumlah sel darah putih meningkat sampai 25.000-30.000, pada keadaan patologi jika ibu mengalami partus lama, Hb, Ht dan eritrosit jumlahnya dapat berubah dalam awal nifas.

i. Perubahan berat badan

Ibu nifas kehilangan 5 sampai 6 kg pada waktu melahirkan, dan 3 sampai 5 kg selama minggu pertama masa nifas. Dapat terjadi kehilangan cairan melalui keringat dan terjadi peningkatan jumlah urine yang menyebabkan penurunan berat badan mencapai 2,5 kg selama masa pasca partum.

- j. Perubahan kulit
Pada kehamilan terjadi pigmentasi kulit di beberapa tempat karena proses hormonal. Pigmentasi ini berupa kloasma gravidarum pada pipi, hiperpigmentasi kulit di payudara, hiperpigmentasi kulit di dinding perut. Kemudian setelah persalinan, hormonal berkurang sehingga hiperpigmentasi pun menghilang.
2. Perubahan Psikologi Masa Nifas
Perubahan psikologis pada ibu disebabkan kesan pertama, penyesuaian emosional, *postpartum blues* menjadi orang tua merupakan hal kritis yang disebut *fase honeymoon* yaitu fase kritis setelah anak lahir dimana terjadi kontak yang lama antara ibu, ayah, dan anak.
Adaptasi psikologis postpartum menurut teori rubin dibagi dalam 3 periode yaitu sebagai berikut: (Mansur, H., 2009)
- a. *Fase taking in*
Perhatian ibu terutama pada kebutuhan dirinya, mungkin pasif dan ketergantungan (berlangsung selama 2 hari). Ibu tidak menginginkan kontak dengan bayinya tetapi bukan tidak memperhatikan. Dalam fase ini yang diperlukan ibu adalah informasi tentang bayinya, bukan cara merawat bayinya. Ibu mengenang pengalaman melahirkan yang baru dialaminya untuk memulihkan tenaga memerlukan tidur dan asupan nutrisi yang adekuat.
- b. *Fase taking hold*
Fase ini berlangsung selama 10 hari dimana ibu berusaha mandiri dan berinisiatif, perhatian terhadap kemampuan menguasai fungsi tubuhnya, ingin belajar tentang perawatan dirinya dan bayinya, serta timbul rasa kurang percaya diri sehingga perlu dibimbing.
- c. *Fase letting go*
Ibu merasa bahwa bayinya merupakan bagian dari dirinya, mendapat peran dan tanggung jawab baru. Terjadi peningkatan kemandirian dalam perawatan diri sendiri dan bayinya serta penyesuaian dalam hubungan keluarga termasuk bayi.

Kebutuhan Dasar Ibu Pada Masa Nifas

Menurut pendapat (Sulistyawati, 2009) kebutuhan dasar pada ibu masa nifas yaitu:

1. Kebutuhan Gizi ibu menyusui

Ibu menyusui harus mendapatkan tambahan zat makanan sebesar 800 kkal karena digunakan untuk memproduksi ASI dan aktivitas terhadap ibu.

Anjuran pemenuhan gizi ibu menyusui, antara lain:

- a. Anjurkan untuk mengonsumsi tambahan seperti kalori tiap hari sebanyak 500 kalori
- b. Makan dengan diet yang berimbang, cukup protein, mineral, dan vitamin
- c. Minum minimal 3 liter setiap hari, terutama setelah menyusui
- d. Anjurkan ibu menggunakan atau meminum tablet zat besi selama masa nifas
- e. Anjurkan meminum kapsul vitamin A agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

2. Ambulasi dini

Manfaat dari ambulasi dini yaitu untuk memperlancar sirkulasi darah dan pengeluaran cairan vagina serta mengembalikan tonus otot vena. Untuk tahap ambulasi bisa dilakukan dengan miring kanan atau miring kiri terlebih dahulu jika ibu sudah kuat maka di anjurkan untuk duduk dan selanjutnya berdiri (Asih & Risneni, 2016). Kemudian membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya untuk berjalan.

Keuntungan dari ambulasi dini, antara lain:

- a. Penderita merasa lebih sehat dan lebih kuat
- b. Terjadi perbaikan faal usus dan kandung kemih
- c. Memberikan bimbingan kepada ibu mengenai cara merawat bayinya agar mandiri
- d. Lebih sesuai dengan keadaan Indonesia (lebih ekonomis).

3. Eliminasi

6 jam pertama post partum, pasien dapat buang air kecil. Apabila urine tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan, misalnya infeksi. Hal ini karena pasien menahan air kencing, takut akan merasakan sakit pada luka kalsinasi.

Dalam 24 jam pertama, pasien harus dapat buang air besar karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan semakin lancar. Feses yang tertahan di usus terserap oleh usus. Untuk meningkatkan volume feses, anjurkan pasien untuk makan tinggi serat dan banyak minum air putih.

4. Kebersihan diri

Ibu mengalami kelelahan dan kondisi psikisnya belum stabil, sehingga pada ibu post partum belum cukup kooperatif untuk membersihkan dirinya.

Langkah terhadap perawatan kebersihan diri terhadap ibu post partum, yaitu dengan:

- a. Menjaga kebersihan di seluruh tubuh dengan tujuan untuk mencegah adanya infeksi dan alergi kulit.
- b. Kemudian membersihkan daerah genitalnya dengan sabun dan air. Ibu dapat mengerti dalam membersihkan daerah vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah anus.
- c. Setelah dibersihkan melakukan penggantian pembalut setiap kali darah penuh, dengan minimal 2 kali sehari
- d. Mencari tempat cuci tangan, sabun dan air setiap kali ia selesai membersihkan daerah kemaluannya.
- e. Pakaian yang dipakai sebaiknya terbuat dari bahan yang mudah menyerap keringat karena produksi keringat menjadi banyak. Dianjurkan memakai pakaian yang longgar agar daerah dada dan payudara tidak tertekan.
- f. Kebersihan rambut, gangguan hormon akan terjadi pada ibu setelah melahirkan yaitu terjadi kerontokan pada rambut ibu, rambut akan tipis dibandingkan dengan keadaan normal. Namun akan pulih kembali setelah beberapa bulan. Cuci rambut dengan conditioner yang

- cukup, lalu sisir menggunakan sisir yang lembut. Hindari penggunaan pengering rambut.
- g. Kebersihan kulit, ekstra cairan pada tubuh akan keluar setelah persalinan. Dalam minggu pertama setelah melahirkan, keringat yang dikeluarkan ibu akan lebih banyak dari hari-hari biasanya. Ibu dianjurkan untuk menjaga agar kulit tetap kering dan mandi lebih sering.
 - h. Apabila mempunyai luka episiotomy dan operasi sectio sesaria segera menghindari dengan menyentuh daerah luka agar tidak terjadi infeksi.
5. Istirahat
Ibu post partum dengan tujuan beristirahat karena untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Keluarga agar disarankan dalam memberikan kesempatan kepada ibu untuk beristirahat yang cukup sebagai persiapan energi dalam pemberian ASI.
6. Seksual
Pada seksual aman bagi ibu post partum, karena begitu darah merah berhenti, ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina.
7. Perawatan payudara
Menurut Asih dan Risneni (2016) mencegah tersumbatnya saluran susu sehingga memperlancar air susu dan sirkulasi darah adalah tujuan dari perawatan payudara. Perawatan payudara secara teratur dianjurkan sedini mungkin, mulai dari 1-2 hari setelah bayi lahir, perawatan dilakukan selama 2 kali sehari. Perawatan payudara pada ibu nifas antara lain :
- a. Ibu harus menjaga payudara tetap kering, terutama pada puting susu ibu harus tetap kering dan bersih.
 - b. Ibu dianjurkan untuk menggunakan BH yang menyokong payudara sehingga asi dapat keluar dengan lancar.
 - c. Colostrum atau asi bisa mengobati lecet pada puting susu ibu, oleskan colostrum pada sekitar puting susu ibu setiap kali ibu menyusui. Bayi bisa disusui dengan payudara yang puting susunya tidak lecet.
 - d. Jika kedua puting lecet ibu dianjurkan untuk mengisti-

rahatkannya selama 24 jam dengan tidak menyusui terlebih dahulu.

- e. Apabila payudara bengkak akibat pembendungan ASI. Lakukan:
- 1) Payudara bisa dikompres menggunakan air hangat selama 5 menit.
 - 2) Mengurut payudara dari pangkal menuju ujung yaitu puting.
 - 3) Agar payudara menjadi lunak maka harus dikeluarkan menggunakan tangan.
 - 4) Susukan bayi setiap 2-3 jam. Jika bayi tidak dapat menghisap seluruh ASI sisanya dikeluarkan dengan tangan ibu.
 - 5) Letakkan kain dingin pada payudara ibu setelah selesai menyusui

BAB 3

KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN PASIE POST SECTIO CAESAREA DENGAN PREEKLAMPSIA

Diharapkan mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan Tahapan Pengkajian
2. Menjelaskan Tahapan Diagnosa Keperawatan
3. Menjelaskan Tahapan Perencanaan
4. Menjelaskan Tahapan Implementasi
5. Menjelaskan Tahapan Evaluasi

PENGAJIAN

1. Identitas
Terjadi pada usia ibu kurang 18 tahun atau lebih dari 35 tahun (Maryunani, 2016).
2. Status kesehatan saat ini
 - a. Alasan Periksa/ MRS
Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih, adanya gangguan serebral, gangguan penglihatan, nyeri kepala, dan nyeri pada epigastrium, mual dan muntah, terdapat edema pada ekstremitas, proteinuria lebih dari 3 gr (Nurarif & Kusuma, 2016)
 - b. Keluhan utama
Edema, tekanan darah 160/110 mmHg (Solehati & Kokasih, 2015).
3. Riwayat obstetrik
 - a. Riwayat menstruasi
Menarche, siklus, teratur tidak, lama, warna, bau, banyak, flour albus, dismenorhe, HPHT (hari pertama haid terakhir) untuk menghitung usia kehamilan ibu, TP (taksiran persalinan) (Pudiastuti, 2012).
 - b. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

- Riwayat kehamilan terjadi hipertensi, dan berisiko dilakukan persalinan pervaginam, sehingga harus berakhir dengan persalinan sectio caesarea, jika tetap melakukan persalinan pervaginam dapat juga mengalami abortus (Solehati & Kokasih, 2015).
- c. Genogram
Keluarga yang mempunyai penyakit keturunan seperti hipertensi, maka akan mengalami resiko tinggi terjadinya preeklamsia (Pudiastuti, 2012).
 - d. Riwayat kehamilan sekarang
Biasanya Preeklamsia berat terjadi pada kehamilan >20 minggu (Maryunani, 2016)
 - e. Riwayat persalinan sekarang
Pada umumnya, ibu hamil yang menderita PEB berakhir dengan persalinan sectio caesarea (Solehati & Kokasih, 2015).
4. Riwayat keluarga berencana
Pemakaian kontrasepsi pada sebelum kehamilan berpengaruh signifikan terhadap kejadian preeklamsia (Setiawan, Rizky, 2016)
 5. Riwayat kesehatan
Pada riwayat kesehatan terdapat riwayat yang pernah dialami oleh ibu yang mencakup; ibu pernah menderita penyakit hipertensi sebelum hamil, mempunyai riwayat preeklamsia pada kehamilan terdahulu, mudah terjadi pada ibu dengan obesitas, pernah menderita penyakit ginjal kronis (Maryunani, 2016). Selain riwayat tersebut terdapat riwayat penyakit keluarga yaitu ada yang mempunyai riwayat preeklamsia dan eklamsia dalam keluarga atau penyakit keturunan (Sukarni & Sudarti, 2014).
 6. Masalah psikososial
Masalah psikososial sering muncul akibat nyeri yang dialami oleh klien paska operasi sectio caesarea yang dapat mempengaruhi keadaan psikologis pasien dalam jangka waktu yang lama, sehingga mengakibatkan ketakutan, mengganggu

proses pengenalan ibu dan bayi, dan menyebabkan ibu merasa tertekan, hal ini akan mengakibatkan produksi ASI menurun atau ASI tidak keluar (Solehati & Kokasih, 2015).

7. Kebutuhan Dasar
 - a. Pola nutrisi dan metabolisme
Menurut (Maryunani, 2016) setelah paska operasi 6 jam puasa dan paska operasi pasien akan merasakan mual dan muntah selama 12 jam.
 - b. Pola eliminasi
 - 1) Buang Air Kecil
Adanya ketidakmampuan kandung kemih untuk mengosongkan urin, adanya keinginan buang air kecil yang harus segera dikeluarkan, adanya perasaan nyeri saat berkemih (Solehati & Kokasih, 2015).
 - 2) Buang Air Besar
Buang air besar menjadi tidak lancar karena adanya konstipasi (Asih & Risneni, 2016).
 - c. Pola kebersihan diri
Karena kondisi psikis yang belum stabil, biasanya ibu post partum masih belum cukup kooperatif untuk membersihkan dirinya (Sulistiyawati, 2009).
 - d. Pola istirahat tidur
Adanya nyeri pada luka post op dan pusing masih dirasakan, hal ini yang menyebabkan ibu sulit tidur (Solehati & Kokasih, 2015).
 - e. Pola aktivitas dan latihan
Biasanya ibu tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasa karena masih terbaring lemah, biasanya paska persalinan ibu diajarkan mobilisasi miring kanan dan kiri, serta sulit untuk berkonsentrasi karena adanya rasa nyeri (Solikhah, 2011).
 - f. Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan
Menggambarkan kebiasaan seperti merokok, minuman keras, dan ketergantungan obat. Jelas hal ini akan ber-

pengaruh terhadap ibu dan bayinya (Sukarni & Sudarti, 2014).

8. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum

Pada ibu post sectio caesarea biasanya composmentis setelah efek anestesi (Sulistyawati, 2009).

1) Tekanan darah

Tekanan darah tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah meningkat pada saat post partum dan ini menandakan adanya preeklamsia (Sulistyawati, 2009).

2) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa 16-24 kali permenit. Pernafasan lambat pada post partum karena terjadi pemulihan. Pernafasan ini berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Kemudian pada suhu, pernafasan pada masa postpartum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok (Heryani, 2012).

3) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali permenit. Paska melahirkan, denyut nadi dapat menjadi bradikardia maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan postpartum (Heryani, 2012).

4) Suhu

Dalam 1 hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit (37,5- 38°C) (Sulistyawati, 2009).

b. Kepala dan rambut

Bersih, tidak ada pembengkakan, persebaran rambut rata, rambut tampak berantakan, terjadi pusing akibat tekanan darah yang tinggi (Hartati & Maryunani, 2015, p. 85).

- c. Mata
Konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, respon cahaya pupil isokor +/+ dengan diameter 2 mm, ekspresi wajah tampak meringis dengan mengetahui skala nyeri dan gelisah akibat luka operasi (Hartati & Maryunani, 2015).
- d. Hidung
Tidak ada sekret tidak ada polip, tidak mengalami sinusitis, dan tidak ada nyeri tekan (Hartati & Maryunani, 2015).
- e. Mulut dan tenggorokan
Mulut mukosa bibir terasa kering, tidak terdapat stomatitis pada lidah dan geraham berfungsi dengan baik, tidak terdapat caries (Hartati & Maryunani, 2015).
- f. Telinga
Tidak mengalami penurunan pendengaran, bersih dan tidak ada serumen (Hartati & Maryunani, 2015).
- g. Leher
Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada kaku kuduk (Hartati & Maryunani, 2015).
- h. Dada dan Payudara

Paru-paru

Pergerakan dada teratur, tidak ada kelainan, vocal fremitus kanan/ kiri sama, terdengar suara sonor dan tidak ada wheezing ataupun rochi.

Payudara

Colostrum keluar, ASI keluar, mammae membesar, aerola berwarna kehitaman, papila menonjol tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan (Pudiastuti, 2012). Payudara membesar karena vaskularisasi dan engorgement (bengkak karena peningkatan prolaktin pada hari I-III (Sulistyawati, 2009).

- i. Sirkulasi jantung
Ictus cordis tidak tampak, ictus cordis teraba di ICS 5-6 midclavicula sinistra, pada saat diperkusi terlihat suara pekak, suara jantung terdengar bunyi jantung S1-S2 tunggal (Hartati & Maryunani, 2015).
- j. Abdomen
Biasanya terdapat striae pada dinding abdomen, adanya luka jahitan operasi, tidak ada edem, adanya nyeri tekan pada luka insisi post op sectio caesarea, peristaltik usus menurun, (Solehati & Kokasih, 2015). Pada fundus uteri sepusat dalam hari pertama bersalin, penyusutan antara 1-1,5 cm atau sekitar 1 jari perhari. Waktu involusi bayi lahir TFU setinggi pusat, berat uterus 1000 gram, diameter uterus 12,5 cm dan saat dipalpasi keras (Asih & Risneni, 2016).
- k. Genetalia
Adanya pengeluaran lochea rubra pada hari pertama sampai hari kedua post partum, warnanya merah mengandung darah dari luka pada plasenta, serabut dari decidua dan chorion serta berbau amis atau anyir, pada perineum dan anus tidak edem dan juga tidak ada luka jahitan (Asih & Risneni, 2016, pp. 68-69).
- l. Ekstremitas (muskuloskeletal)
Pada ekstremitas atas tidak ada edema ataupun varises, biasanya terpasang infus line. Pada ekstremitas bawah tidak ada edema persendian ekstremitas bawah lemah, refleks lemah, pergerakan terbatas, tonus otot (Asih & Risneni, 2016).

5555	5555
4444	4444
Kulit/ Integumen	

Terdapat luka operasi, warna kulit pucat, turgor kulit ≤ 2 detik, CRT ≤ 2 detik, akral hangat (Asih & Risneni, 2016).

9. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan urinalis

Protein meningkat Proteinuria 5 gram/ 24 jam atau lebih, +++ atau ++++ pada pemeriksaan (Nurarif & Kusuma, 2016).

b. Hemoglobin/ hematokrit

Menunjukkan penurunan Hb/ Ht dan peningkatan jumlah sel darah putih (Maryunani & Yulianingsih, 2009).

10. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan farmakologi pada paska sectio caesarea indikasi PEB:

a. Pengobatan medicinal

1) Infus RL

2) Pemberian MgSO₄

Cara pemberian MgSO₄:

Intravena kontinue (infusion pump)

Dosis awal :

4 gr dilarutkan ke dalam 100 cc RL.

Dosis pemeliharaan: 10 gr dalam 500 cc RL, 20-30 tetes/ menit.

Pemberian melalui intramuskular secara berkala

Dosis awal: 4 gr MgSO₄ i.m dengan kecepatan 1 gr/ menit.

Dosis pemeliharaan: 4 gr MgSO₄ i.m setiap 4 jam (Pudiasuti, 2012).

Syarat-syarat pemberian:

a) Tersedia antidotum : Kalsium glukonat 1 gr

b) Refleks patela (+)

c) Respirasi minimal 16x /menit

d) Produksi urine minimal 30 ml/ jam (Maryunani, 2016).

MgSO₄ dihentikan bila:

a) Ada tanda-tanda intoksikasi

b) Setelah 24 jam pasca salin

- c) 6 jam pasca salin sudah terjadi perbaikan tekanan darah (Pudiastuti, 2012).
- 3) Antihipertensi diberikan bila :
Tekanan darah sistolik >160 mmHg, diastolik >110 mmHg
 - a) Nifedipin 5 mg sublingual, jika tidak baik setelah 10 menit, beri tambahan 5 mg sublingual.
 - b) Metildopa 500 mg/hari per oral (Myrtha, 2015, p. 265).
- 4) Kaji ulang prinsip perawatan paska bedah
 - a) Klien perlu observasi hingga klien mampu mempertahankan patensi jalan nafas dan stabilisas kardiovaskuler serta mampu berkomunikasi
 - b) Setelah pulih dari anestesi, tanda-tanda vital klien, perlu diobservasi tiap setengah jam pada dua jam pertama
 - c) Klien diperbolehkan minum setelah 6 jam paska operasi dan makan setelah mual hilang, dengan ketentuan bahwa klien benar-benar pulih dari anestesi dan diit dengan cara bertahap (minum bebas, makanan lunak dan bisa dilanjutkan dengan makan biasa).
 - d) Perban luka diganti setelah 24 jam pertama, sekaligus dinilai keadaan luka operasi (Maryunani, 2016).
- 5) Jika terdapat tanda infeksi, berikan antibiotik kombinasi sampai pasien bebas demam selama 48 jam, Ampicilin 2 gram IV setiap 6 jam dan Gentamicin 5 mg/ Kg BB setiap 24 jam dan Metronidazole 500 mg IV setiap 8 jam.
- 6) Berikan analgesik jika perlu (Hartati & Maryunani, 2015).
- 7) Postpartum boleh diberikan uterotonik dan per-infus. Nilai kembali tekanan darah dan nadi, observasi perdarahan dalam 2 jam pertama setelah partus, transfusi jika diperlukan (Mayunani, 2016).

- b. Penatalaksanaan non farmakologi pada sectio caesarea
Penatalaksanaan non farmakologi dengan cara relaksasi posisi ibu tetap berbaring, tidak ada gerakan fisik, mata terpejam dengan mengedurkan seluruh tubuh lemas-kan sambil menarik nafas dalam dari hidung dan keluarkan pelan-pelan dari mulut seperti meniup balon dan lakukan selama 5- 10 menit. Bisa juga menggunakan distraksi dengan cara pengalihan dari fokus perhatian nyeri ke tempat yang menyenangkan (Hartati, 2015). Serta jika perlu berikan aromaterapi sehingga dapat meningkatkan kesehatan fisik, emosi, dan mengurangi rasa nyeri (Solehati & Kokasih, 2015).

DIAGNOSA KEPERAWATAN

- I. Nyeri akut b.d agen injuri fisik (pembedahan)
Definisi : perasaan sensori 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.
Penyebab:
 - a. Agen pencedera fisiologis (mis, inflamasi, iskemia, neoplasma)
 - b. Agen pencedera kimiawi (mis, luka bakar, bahan kimia iritan)
 - c. Agen pencedera fisik (mis, amputasi, terbakar, tepotong, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).Gejala dan Tanda Mayor
 - a. Subjektif
 - 1) Mengeluh nyeri
 - b. Objektif
 - 1) Tampak meringis
 - 2) Bersikap protektif (misal: waspada posisi menghindari nyeri)
 - 3) Gelisah

- 4) Frekuensi nadi meningkat
- 5) Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

- a. Objektif
 - 1) Tekanan darah meningkat
 - 2) Pola nafas berubah
 - 3) Nafsu makan berubah
 - 4) Proses berfikir terganggu
 - 5) Menarik diri
 - 6) Berfokus pada diri sendiri
 - 7) Diaforesis

Kondisi Klinis Terkait

- a. Kondisi pembedahan
- b. Cedera traumatis
- c. Infeksi
- d. Sindrom koroner akut
- e. Glaukoma (PPNI, 2016).

2. Risiko perdarahan b.d tindakan pembedahan

Definisi : Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh).

- a. Faktor Risiko :
 - 1) Aneurisme
 - 2) Gangguan gastrointestinal (misal: Ulkus lambung, polip, varises)
 - 3) Gangguan fungsi hati (misal: Sirosis hepatitis)
 - 4) Komplikasi kehamilan (misal: Ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abrupsis, kehamilan kembar)
 - 5) Komplikasi pasca partum (misal: Atoni uterus, retensi plasenta)
 - 6) Gangguan koagulasi (misal: Trombositopenia)
 - 7) Efek agen farmakologis
 - 8) Tindakan pembedahan
 - 9) Trauma

- 10) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan pen-
darahan
 - 11) Proses keganasan.
Kondisi klinis terkait
 - 1) Tindakan pembedahan
 - 2) Trauma
 - 3) Trombositopenia (PPNI, 2016).
3. Gangguan mobilitas fisik b.d kelemahan
- Definisi: Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.
- Penyebab
- a. Perubahan metabolisme
 - b. Penurunan kekuatan otot
 - c. Gangguan neuromuskular
 - d. Nyeri
 - e. Kekakuan sendi
 - f. Penurunan masa otot
 - g. Efek agen farmakologis
 - h. Gangguan musculoskeletal
- Gejala dan tanda mayor
- Subjektif
- Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
- Objektif
- a. Kekuatan otot menurun
 - b. Rentang gerak menurun
- Gejala dan tanda minor
- Subjektif
- a. Nyeri saat bergerak
 - b. Enggan melakukan pergerakan
 - c. Merasa emas saat bergerak
- Objektif
- a. Sendi kaku
 - b. Gerakan tidak terkoordinasi
 - c. Gerakan terbatas
 - d. Fisik lemah
- Kondisi klinis terkait

- a. Cedera medula spinalis
 - b. Trauma (PPNI, 2016).
4. Konstipasi b.d kelemahan otot abdomen
 Definisi: penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak.
 Penyebab:
 a. Penurunan gastrointestinal
 b. Kelemahan otot abdomen
 Gejala dan tanda mayor
 Subjektif:
 a. Defekasi kurang dari 2 kali seminggu
 b. Pengeluaran feses lama dan sulit
 Objektif:
 a. Feses keras
 b. Peristaltik usus menurun
 Gejala dan tanda minor
 Subjektif:
 a. Mengejan saat defekasi
 Objektif
 a. Distensi abdomen
 b. Kelemahan umum
 c. Teraba massa pada rektal
 Kondisi klinis terkait
 a. Hemoroid
 b. Kehamilan (PPNI, 2016).
5. Gangguan integritas kulit b.d kerusakan kulit bekas operasi
 Definisi : kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia,otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen).
 Penyebab :
 a. Perubahan sirkulasi
 b. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
 b. Kekurangan atau kelebihan volume cairan
 c. Efek terapi radiasi
 d. Neuropati perifer

- e. Perubahan hormonal
- Gejala dan Tanda Mayor :
Objektif
- a. Kerusakan jaringan dan/ atau lapisan kulit
- Gejala dan Tanda Minor :
Objektif
- a. Nyeri
- b. Perdarahan
- b. Kemerahan
- c. Hematoma
- Kondisi Klinis Terkait :
a. Imobilisasi
- b. Gagal jantung kongestif
- b. Gagal ginjal
- c. Diabetes melitus
- d. Imunodefisiensi (mis, AIDS) (PPNI, 2016).
- 6. Risiko infeksi b.d tindakan invasif
Definisi : berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.
Faktor Risiko :
a. Penyakit kronis (mis, diabetes melitus)
- b. Efek prosedur invasif
- c. Malnutrisi
- d. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- e. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh prime:
 - 1) Gangguan peristaltik
 - 2) Kerusakan integritas kulit
 - 3) Perubahan sekresi pH
 - 4) Penurunan kerja siliaris
 - 5) Merokok
 - 6) Status cairan tubuh
- f. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder:
 - 1) Penurunan hemoglobin
 - 2) Imunosupresi
 - 3) Leukopenia

- 4) Supresi respon inflamasi
- 5) Vaksinasi tidak adekuat.

Kondisi klinis Terkait:

- a. Tindakan invasif
- b. Gangguan fungsi hati (PPNI, 2016).

INTERVENSI KEPERAWATAN

I. Nyeri akut b.d agen injuri fisik (pembedahan)

a. Kriteria Hasil:

- 1) Memperlihatkan teknik relaksasi secara individual yang efektif untuk mencapai kenyamanan
- 2) Mempertahankan tingkat nyeri pada skala (0-2)
- 3) Menggunakan tindakan meredakan nyeri dengan analgesik dan non analgesik secara tepat
- 4) Tidak mengalami gangguan dalam frekuensi pernapasan, frekuensi jantung, atau tekanan darah
- 5) Dapat mengenali faktor penyebab nyeri dengan menunjukkan dapat beradaptasi dengan nyeri
- 6) Melaporkan pola tidur yang baik
- 7) Melaporkan kesejahteraan fisik dan psikologis

b. Aktivitas Keperawatan:

Pengkajian :

- 1) Pantau tanda-tanda vital
- 2) Kaji skala nyeri pasien untuk menilai nyeri atau ketidaknyamanan pada skala 0 sampai 10 (0= tidak ada nyeri atau tidak nyaman, 10= nyeri hebat)
- 3) Manajemen nyeri (NIC):
 - a) Lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik

Penyuluhan untuk pasien atau keluarga :

- 1) Berikan pengetahuan penyebab nyeri.

Aktivitas kolaboratif:

- 1) Kolaborasikan dengan dokter tentang pemberian analgesik

Aktivitas lain:

- 1) Lakukan perubahan posisi, relaksasi, ganti linen tempat tidur bila diperlukan.
- 2) Bantu pasien untuk lebih berfokus pada aktivitas, bukan pada nyeri dan rasa tidak nyaman dengan melakukan pengalihan (Wilkinson, 2016).

2. Risiko Perdarahan b.d tindakan pembedahan

a. Kriteria Hasil:

- 1) Mengalami perdarahan minimal atau tidak ada perdarahan yang tampak (misal: jahitan tidak lebih dari satu balutan setiap 4 jam)
- 2) Mempunyai tekanan darah, nadi, dan pernapasan dalam batas normal.

b. Aktivitas keperawatan

Pengkajian

- 1) Amati insisi dan luka untuk perdarahan yang tampak
- 2) Amati proses penyembuhan luka
- 3) Amati balutan untuk perdarahan yang tampak
- 4) Pantau tanda-tanda vital, terutama tekanan darah, dan nadi
- 5) Periksa kadar hemoglobin dan kematokrit

Penyuluhan untuk pasien/keluarga

- 1) Beritahu tanda perdarahan dan saran untuk memberi tahu perawat ketika terjadi perdarahan

Aktivitas kolaboratif

- 1) Kolaborasikan dengan dokter pemberian obat uterotonika

Aktivitas lain

- 1) Observasi kontraksi uterus
- 2) Observasi TFU
- 3) Observasi lochea (Wilkinson, 2016).

3. Gangguan mobilitas fisik b.d kelemahan

a. Kriteria hasil :

- 1) Meminta bantuan untuk aktivitas mobilisasi, jika diperlukan.
- 2) Melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri
- 3) Menyangga berat badan
- 4) Berjalan tanpa bantuan
- 5) Berpindah dari dan ke bed atau kursi roda

Aktivitas keperawatan

Pengkajian

Aktivitas keperawatan tingkat 1

- 1) Ajarkan dan bantu pasien dalam proses berjalan (seperti: dari tempat tidur ke kursi)

Aktivitas keperawatan tingkat 2

- 1) Kaji kebutuhan belajar pasien
- 2) Instruksikan pasien untuk menyangga berat badannya
- 3) Awasi seluruh upaya mobilitas dan bantu pasien jika diperlukan

Aktivitas keperawatan tingkat 3 dan 4

- 1) Berikan motivasi kepada pasien untuk mempertahankan atau mengembalikan mobilitas sendi dan otot.
- 2) Dukung pasien atau keluarga keterbatasan dengan realistik (Wilkinson, 2016).

4. Konstipasi b.d kelemahan otot abdomen

a. Kriteria Hasil:

- 1) Menunjukkan pengetahuan program defekasi yang dibutuhkan untuk mengatasi efek samping obat.
- 2) Melaporkan keluarnya feses disertai berkurangnya nyeri dan mengejan.
- 3) Memperlihatkan hidrasi yang adekuat (mis, turgor kulit baik, asupan cairan baik).

b. Aktivitas keperawatan

Pengkajian:

Kaji dan dokumentasikan:

- a) Warna dan konsistensi

- b) Frekuensi, warna dan konsistensi feses
 - c) Keluarnya flatus
 - d) Ada atau tidak ada bising usus dan distensi abdomen pada keempat kuadran abdomen
- Penyuluhan untuk pasien/keluarga
- 1) Tekankan pentingnya menghindari mengejan selama defekasi untuk mencegah perubahan pada tanda vital, atau perdarahan
- Aktivitas kolaborasi
- 1) Konsultasi dengan ahli gizi untuk meningkatkan serat dan cairan dalam diet
- Aktivitas lain
- 1) Anjurkan aktivitas optimal untuk merangsang eliminasi defekasi pasien
 - 2) Berikan privasi dan keamanan untuk pasien selama eliminasi defekasi. (Wilkinson, 2016, pp. 96-98).
- 5 Gangguan kerusakan integritas kulit b.d kerusakan kulit bekas operasi
- a. Kriteria Hasil:
 - 1) Pasien atau keluarga menunjukkan rutinitas perawatan kulit atau perawatan luka yang optimal
 - 2) Drainase purulen (atau lainnya) atau bau luka
 - 3) Tidak terdapat nekrosis dan perluasan luka ke jaringan dibawah kulit, serta pembentukan saluran sinus berkurang atau tidak ada
 - 4) Eritema kulit dan eritema disekitar luka minimal.
 - b. Aktivitas keperawatan

Pengkajian

 - 1) Penurunan area insisi (NIC): inspeksi luka pada setiap mengganti balutan
 - 2) Kaji luka terhadap karakteristik berikut: lokasi, luas dan kedalaman, adanya karakter eksudat (termasuk kekenyalan, warna dan bau), ada atau tidaknya atau epitelialisasi, ada atau tidaknya jaringan nekrotik, ada atau

tidaknya tanda - tanda infeksi luka setempat, ada atau tidaknya perluasan luka ke jaringan dibawah kulit dan pembentukan saluran sinus.

Penyuluhan untuk pasien/ keluarga

- 1) Ajarkan perawatan luka insisi pembedahan, termasuk tanda dan gejala infeksi, cara mempertahankan luka insisi tetap kering saat mandi, dan mengurangi penekanan pada insisi tersebut

Aktivitas kolaboratif

- 1) Konsultasikan pada ahli gizi tentang makanan tinggi protein, mineral, kalori dan vitamin

Aktivitas lain

- 1) Lakukan perawatan luka atau perawatan kulit secara rutin yang dapat meliputi tindakan berikut: ubah dan atur posisi pasien secara sering, pertahankan jaringan sekitar terbebas dari drainase dan kelembapan yang berlebihan, lindungi pasien dari konstaminasi feces atau urine
- 2) Bersihkan dan balut area insisi pembedahan menggunakan prinsip steril atau tindakan aseptis medis berikut, jika perlu: gunakan sarung tangan sekali pakai (steril, jika perlu), bersihkan area insisi dari area “bersih ke kotor” menggunakan satu kasa atau satu sisi kasa pada setiap usapan, bersihkan area sekitar jahitan atau steples, menggunakan lidi kapas steril, bersihkan ujung drainase, bergerak dengan gerakan berputar dan pusat ke luar, gunakan preparat antiseptik, sesuai program (Wilkinson, 2016).

6. Risiko infeksi b.d tindakan invasif

a. Kriteria Hasil

- 1) Terbebas dari tanda dan gejala infeksi
- 2) Memperlihatkan higiene personal yang adekuat
- 3) Menggambarkan faktor yang menunjang penularan

infeksi

- 4) Melaporkan tanda dan gejala infeksi serta mengikuti prosedur skrining dan pemantauan.

b. Aktivitas Keperawatan

Pengkajian

- 1) Pantau adanya tanda dan gejala infeksi (seperti, suhu tubuh, denyut jantung, penampilan luka, sekresi, penampilan urine, suhu kulit, lesi kulit, keletihan, dan malaise.
- 2) Kaji faktor yang dapat meningkatkan kerentanan terhadap infeksi
- 3) Pantau hasil laboratorium
Penyuluhan untuk Pasien/Keluarga :
 - 1) Ajarkan pasien teknik mencuci tangan yang benar
 - 2) Ajarkan pada pengunjung untuk mencuci tangan sewaktu masuk dan meninggalkan ruang pasien

Aktivitas Kolaboratif :

- 1) Pengendalian Infeksi (NIC): berikan terapi antibiotik, bila diperlukan

Aktivitas Lain :

- 1) Batasi jumlah pengunjung, bila diperlukan (Wilkinson, 2016).

IMPLEMENTASI

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

EVALUASI

Evaluasi keperawatan menggunakan teknik S.O.A.P pada klien dengan post sectio caesarea dengan indikasi PEB H-0 gangguan rasa

nyaman nyeri, bila menemukan masalah baru menggunakan S.O.A.P.I.E.R evaluasi meliputi evaluasi / catatan perkembangan yang dialami oleh klien setelah diberikan implementasi keperawatan (Mitayani, 2013).

BAB 4

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN POST SECTIO CAESAREA DENGAN PREEKLAMPSIA (STUDI KASUS)

Diharapkan mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan Tahapan Pengkajian
2. Menjelaskan Tahapan Diagnosa Keperawatan
3. Menjelaskan Tahapan Perencanaan
4. Menjelaskan Tahapan Implementasi
5. Menjelaskan Tahapan Evaluasi

PENGKAJIAN

Pengkajian tanggal 29 juni 2018 jam 07.00 WIB. Pengambilan data dilakukan melalui wawancara ke keluarga, observasi dan pemeriksaan fisik serta dari catatan keperawatan maupun catatan dokter

I. Identitas Klien

Tabel 4.1 Identitas Klien Yang Mengalami Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi PEB Hari Ke-0 di RSUD X.

Identitas Klien	Klien	Penanggung jawab
Nama	Ny. T	Tn. R
Umur	39 Tahun	39 Tahun
Jenis Kelamin	Wanita	Laki-Laki
Suku Bangsa	WNI	WNI
Agama	Islam	Islam
Pekerjaan	Wiraswasta	Wiraswasta
Pendidikan	SMA	SMA
Status	Kawin	Kawin
Pernikahan	X	X
Alamat	28-06-2018	

Tanggal MRS	14.00 Wib
Jam Masuk	G4P2A1 Post SC
Diagnosa	Hari Ke-0 Indikasi PEB

2. Status Kesehatan Saat Ini

a. Alasan Periksa/ MRS

Tabel 4.2 Status Kesehatan Saat Ini Klien Yang Mengalami Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi PEB Hari Ke-0 di RSUD X.

Status kesehatan	Klien
Alasan Periksa / MRS	Pasien datang via IGD tanggal 28-06-2018 jam 14.00 Wib rujukan dari Puskesmas dengan kehamilan 39 minggu yang mengeluhkan nyeri perut hilang timbul, sakit kepala dengan tekanan darah 170/110mmHg, penglihatan kabur, kaki bengkak, protein urine kualitatif +3. Sempat 3 hari sebelum dibawa ke RS pasien mengalami mual muntah sebanyak 2x, merasa kenceng-kenceng dan gerakan janin aktif kemudian dipindah di ruangan bersalin jam 20.05 wib, dari ruangan, pasien dianjurkan untuk SC pada tgl 29-06-2018 jam 02.00 wib.
Keluhan Utama	Pasien selesai operasi jam 02.35 wib, pada jam 07.30 wib pasien dinyatakan hilang dari anestesi dan pasien mengatakan pusing berputar, mual.

3. Riwayat Obstetri

a. Riwayat Menstruasi

Tabel 4.3 Riwayat Menstruasi Klien yang mengalami Post Sectio Caesarea dengan Indikasi PEB Hari Ke-0 di RSUD X.

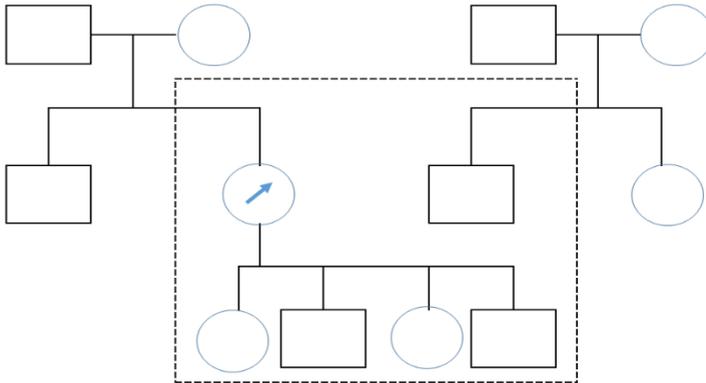
Riwayat Obstetri	Klien
Riwayat Menstruasi:	
Menarche	12 tahun
Banyaknya	±50 cc
HPHT	25/09/2017
HPL	02/07/2018
Siklus	Teratur (28- 35 hari)
Lamanya	7 hari
Keluhan	Tidak ada keluhan

b. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

Tabel 4.4 Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu klien Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi PEB Hari Ke-0 di RSUD X

Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas	Klien
Tahun	2018
Umur kehamilan	39- 40 minggu
Jenis persalinan	<i>Sectio Caesarea</i>
Penolong persalinan	Dokter
Penyulit persalinan	PEB
Perdarahan nifas	± 50 cc
Jenis kelamin anak	Laki-laki
BB anak	3200 gr
PB	52 cm

c. Genogram



Keterangan

- | | | | |
|----|-----------|---|------------------|
| ○ | Perempuan | | garis keturunan |
| □ | Laki-laki | — | garis perkawinan |
| ⊙↗ | Pasien | × | meninggal |

Gambar 4.1 Genogram Klien Yang Mengalami Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi PEB Hari Ke-0 di RSUD X.

a. Riwayat Kehamilan Sekarang

Tabel 4.5 Riwayat Kehamilan Sekarang, Klien Yang Mengalami Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi PEB Hari Ke-0 di RSUD X

Status kesehatan	Klien
Diagnosa	G4P2A1 Post SC hari ke-0 indikasi PEB
Imunisasi	Pada trimester I TT 5 sudah dilakukan (TT lengkap)
ANC:	
- Trimester I	Kunjungan 1x
Keluhan selama hamil:	Mual muntah, susah tidur, dan nafsu makan menurun
Terapi yang digunakan:	Fe 1x 1 (pil), antiemetik
KIE:	Makan sedikit tapi sering.
- Trimester II	Kunjungan 1 x
Keluhan selama hamil:	
Terapi yang digunakan:	Tidak ada keluhan Fe 1x 1 (pil)
KIE:	Tetap menjaga pola makan yang teratur dan bergizi
- Trimester III	Kunjungan 2 x
Keluhan selama hamil:	Pinggang terasa sakit, kaki bengkak, kenceng-kenceng.
Terapi yang digunakan:	Aspilet 1 x ½
KIE:	Istirahat yang cukup
Riwayat saat hamil trimester ke-III:	Sebelumnya pasien sudah kontrol ke puskesmas pada tanggal 25/06/2018 dan disarankan untuk dirujuk di RS, karena adanya tekanan darah yang tinggi yaitu

160/100 mmHg, tetapi pasien tidak mau berangkat. Pada tanggal 28/06/2018 pasien masuk RS dengan diagnosa G4P2A1 UK 39-40 minggu + PEB karena mengeluh sakit kepala, pandangan kabur, kaki bengkak, muntah 2x, protein urine +3, kencing-kencing dan dari RS pasien dianjurkan untuk rawat inap.

b. Riwayat Persalinan Sekarang
 Tabel 4.6 Riwayat Persalinan Sekarang Pada Klien Yang Mengalami Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi PEB Hari Ke-0 di RSUD X.

Riwayat persalinan sekarang	Klien
Tipe persalinan	<p>Tanggal 29/06/2018 jam 02.00 wib dilakukan jenis persalinan buatan yaitu <i>Sectio Caesarea</i> dengan diagnosa G4P2O1 PEB dan selesai pada jam 02.35 wib menggunakan anestesi SAB.</p> <p>Bayi lahir tanggal 29/06/2018 jam 02.15 wib dengan jenis kelamin laki-laki, apgar score 5-6 (Asfiksia Sedang), dan terdapat anus.</p> <p>Bayi baru lahir dengan berat badan 3200 gr, panjang badan 52 cm, lingkar kepala 35 cm, lingkar dada 33 cm, suhu 36,5 °C, nadi 142x /menit, RR 40x /menit.</p> <p>Plasenta lahir manual lengkap. dan perdarahan ± 200 cc, urine ± 100 cc.</p>

4. Riwayat Keluarga Berencana

Tabel 4.7 Riwayat Keluarga Berencana Pada Klien Yang Mengalami Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi PEB Hari Ke-0 di RSUD X.

Riwayat keluarga berencana	Klien
Melaksanakan KB	Ya
Bila ya jenis kontrasepsi yang digunakan	Suntik 3 bulan
Mulai kapan menggunakan kontrasepsi	Dari lahir anak pertama
Masalah yang terjadi	Tidak ada masalah

5. Riwayat kesehatan

Tabel 4.8 Riwayat Kesehatan Pada Klien Yang Mengalami Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi PEB Hari Ke-0 di RSUD X.

Riwayat kesehatan	Klien
Penyakit yang pernah dialami Ibu	Klien tidak pernah mengalami penyakit yang hipertensi sebelumnya
Pengobatan yang didapat	Jika sakit biasa klien hanya membeli obat di apotik
Riwayat penyakit keluarga	Ibu klien menderita hipertensi dan pernah mengalami preeklamsia sebelumnya

6. Riwayat Psikososial

Tabel 4.9 Riwayat Psikososial Pada Klien Yang Mengalami Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi PEB Hari Ke-0 di RSUD X.

Riwayat Psikososial	Klien
Persepsi ibu setelah bersalin:	Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi tetapi senang dengan kelahiran anak pertamanya iya

Apakah keadaan ini menimbulkan perubahan terhadap kehidupan sehari-hari?

Harapan yang Ibu inginkan setelah bersalin:

Ibu tinggal dengan siapa?

Sikap anggota keluarga terhadap keadaan saat ini?

Bayi mampu melekat pada payudara ibu, ASI menetes, bayi menghisap tidak terus menerus, bayi tidak menangis saat disuisi, bayi tidak menolak untuk menghisap, bayi tidak rewel

Dengan suami dan juga anaknya

Baik dan bahagia

7. Kebutuhan Dasar

Tabel 4.10 Kebutuhan Dasar Pada Klien Yang Mengalami Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi PEB Hari Ke-0 di RSUD X.

Pola kebutuhan dasar	Klien	
	Sebelum	Sesudah
1) Pola nutrisi & metabolisme	Selama hamil klien makan 3x sehari dengan mengkonsumsi sayur-sayuran, lauk pauk, namun terkadang klien sering mengkonsumsi makanan yang asin-asin, dan makanan yang berlemak. Makanan yang siap saji seperti mie instan serta minum air putih 6- 7 gelas sehari.	Puasa dan muntah

2) Pola eliminasi	a. Buang Air Kecil	BAK sebanyak 5-7x sehari, berwarna kuning pekat, bau amoniak, tidak ada keluhan	Ibu memakai selang kateter, urine berwarna kuning pekat, volume 1550 cc 5 jam paska operasi Ibu belum BAB karena takut ada luka jahitan
	b. Buang Air Besar	Selama hamil BAB 2x sehari berwarna kuning, lembek dan tidak ada keluhan	Ibu belum bisa menjaga kebersihan dirinya sendiri karena masih lemah setelah operasi, ibu dibantu oleh petugas kesehatan menyeka tubuhnya dan vulva hygiene
3) Pola kebersihan diri		Klien mandi 2-3x sehari, gosok gigi 2x sehari, ganti pakaian 2x sehari selesai mandi, untuk kebersihan vulva ibu mencuci kemaluannya setiap selesai BAB dan BAK dengan cara membasuhnya dari arah depan ke belakang untuk mencegah infeksi yang disebabkan oleh kuman dan bakteri.	Klien merasa terganggu dengan tidurnya karena masih merasakan nyeri luka jahitan bekas operasi dan sakit kepala serta pusing Ibu tidak melakukan aktivitas apa-apa karena masih terbaring lemah, ibu belajar miring kanan dan
4) Pola istirahat tidur		Selama hamil klien tidur siang \pm 1 jam sehari (pukul 14.00- 15.00 wib), tidur malam \pm 6 jam sehari (pukul 22.00- 04.00 wib)	
5) Pola aktivitas dan latihan		Selama hamil ibu mengerjakan pekerjaan rumah	

Sebelum masuk RS:	yang tidak terlalu berat seperti memasak, menyapu, dan mencuci pakaian	kiri dan sulit berkonsentrasi. Klien mengatakan tidak merokok, minuman keras dan ketergantungan obat
6) Pola kebiasaan yang mempengaruhi:	Klien mengatakan tidak merokok, minuman keras dan ketergantungan obat, namun suami klien perokok aktif	

8. Pemeriksaan fisik

Tabel 4.11 Pemeriksaan Fisik Pada Klien Yang Mengalami Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi PEB Hari Ke-0 di RSUD X.

Head To toe	Klien
Keadaan umum	Lemah, kesadaran apatis, GCS E3-V4-M6
Tekanan darah	144/78 mmHg
Respirasi	22x /menit
Nadi	100x /menit
Suhu	36°C
MAP	96
SPO2	97
Tinggi badan	150 cm
Berat badan	65 kg
Kepala dan rambut	Pasien mengatakan pusing seperti berputar-putar, rambut berantakan, persebaran rambut rata, bersih tidak ada pembengkakan.
Mata	Simetris, konjungtiva anemis, respon cahaya pupil isokor +/+ dengan diameter 2 mm, sklera tidak ikterik dan sering berair, ekspresi wajah tampak meringis dan gelisah dengan skala nyeri 8.

Hidung	Tidak ada sekret, tidak ada polip, tidak mengalami sinusitis, dan tidak ada nyeri tekan.
Mulut dan tenggorokan	Mulut mukosa bibir kering, tidak ada stomatitis pada dan geraham berfungsi dengan baik, tidak ada karies.
Telinga	Tidak mengalami penurunan pendengaran, telinga bersih, dan tidak ada serumen.
Leher:	I: Tidak mengalami pembesaran kelenjar tiroid P: Tidak ada nyeri tekan dan tidak ada kaku kuduk

Dada	I :Pergerakan dada teratur
Paru-paru	P :Vocal fremitus kanan / kiri sama P :Sonor A: Tidak ada suara nafas tambahan ronchi/ wheezing
Payudara	I: Simetris, mammae membesar, papila menonjol, aerola berwarna kehitaman, ASI tidak keluar, colostrum keluar sedikit P: Tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan
Sirkulasi Jantung	I: Ictus cordis tidak tampak P: Ictus cordis teraba di ICS 5- 6 midclavicula sinistra P: Pekak A: S1 dan S2 tunggal (lup-dup)
Abdomen	I: Adanya luka jahitan operasi berbentuk horizontal, sepanjang \pm 13 cm dibagian perut bawah yaitu di atas simpisis pubis, luka tertutup dengan kasa steril, tidak ada perdarahan atau rembesan pada area luka, tidak

	ada oedem, bentuk perut cembung, terdapat striae				
	A: Bising usus 8x /menit				
	P: Adanya nyeri tekan pada luka <i>post op</i> , TFU setinggi pusat dan kontraksi uterus teraba keras				
Genetalia	P: Suara tympani				
Perineum dan anus	I: Keluar lochea rubra, keluar perdarahan pervagina ± 50 cc, banyaknya ganti pembalut 2x, bau amis, DC: 1550 cc selama 5 jam paska operasi, berwarna kuning pekat, keadaan vulva bersih				
Ekstremitas Atas	Tidak ada oedem dan tidak ada luka jahitan Tidak ada oedem pada ekstremitas atas, tidak ada varises, terpasang infus line pada tangan kanan				
Bawah	Terdapat oedem + daerah kaki pretibia, persendian ekstremitas bawah lemah, kesulitan menggerakkan kaki, refleks lemah pada ekstremitas bawah,				
	<table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5555</td> <td style="padding: 0 10px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">4444</td> <td style="padding: 0 10px;">4444</td> </tr> </table>	5555	5555	4444	4444
5555	5555				
4444	4444				
Integument	I : Warna kulit pucat P : Turgor kulit ≤ 2 detik, CRT < 2 detik, akrak dingin.				

9. Pemeriksaan penunjang

Tabel 4.12 Pemeriksaan Penunjang Pada Klien Yang Mengalami Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi PEB Hari Ke-0 di RSUD Genteng.

Pemeriksaan	Klien	Normal
URINALISA	Tanggal 28/06/2018	
Makroskopis	Kuning jernih	
Ph	7,0	4,5- 8,0
Berat jenis	1010	1000- 1030
Protein	Positif +3	Negatif
Reduksi	Negatif	Negatif
Katen	Positif	Negatif
SGOT	16	<31 U/l
SGPT	10	<34 U/l
Urea	28	17- 43 mg/dl
Creatinin	0,8	0,6- 1,1 mg/ dl
	Tanggal 29/06/2018	
HGB	9,4 gr/ dL	11,5- 16,5 gr/ dL
RBC	4,23 (10^6 / UL)	4-5
HCT	30,7%	37-45
MCV	72,6 (fL)	82- 92
MCH	22,2 (Pg)	27- 31
MCHC	30,6 (g/ dL)	32- 37
RDW- SD	46,6 (fL)	35- 47
RDW- CV	18,6+ (%)	11,5- 14,5
WBC	13,74 (10^3 / UL)	4,3- 10,8
EO%	0,1%	1,0 - 3,0
BASO%	0,3%	0- 2
NEUT%	89,7%	50- 70
LYMPH%	3,9%	18- 42
MONO%	6,0 %	2- 11
EO#	0,01 (10^3 / uL)	
BASO#	0,04 (10^3 / uL)	

NEUT#	12,32+ (10 ³ / uL)	
LYMPH#	0,54- (10 ³ / uL)	
MONO#	0,83+ (10 ³ / uL)	
DARAH LENGKAP:		
Hemoglobin	9,4 gr/ dL	11- 16
Leukosit	13.700	4000-10000
Hematokrit	31%	37- 54 %
Trombosit	277.000	150000- 400000

10. Terapi medis

Tabel 4.13 Terapi Medis Pada Klien Yang Mengalami Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi PEB Hari Ke-0 di RSUD X.

Tanggal 28/ 06/ 2018
RL+ Drip Oxytocin 2 ampul 17 tpm
D 5% + Drip MgSO4 40% s/d 24 jam 17 tpm
Injeksi bolus IV line:
- Ketorolax 3x 30 mg
- Tramadol 3x 50 mg
- Kalnex 100 mg/ ml

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Analisa Data

Tabel 4.14 Analisa Data Pada Klien Yang Mengalami Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi PEB Hari Ke-0 di RSUD X.

Data	Etiologi	Masalah
DS: pasien mengatakan pusing berputar	Perubahan perfusi otak menurun	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral
DO:	↓	
1. GCS E3-V4-M6	suplai O2 menurun	
2. Muntah 1x	↓	

3. Pergerakan terbatas
4. Respon cahaya pupil +/-, isokor 2/2 mm
5. MAP 96, SPO2 97
6. O2 nasal kanul 3 lpm
7. TD: 144/ 78 mmHg
8. S: 36 C, akral dingin
9. N: 100x /menit

kelemahan



ketidakefektifan perfusi jaringan serebral

DS: Klien mengatakan badannya terasa lemas

DO:

1. TFU teraba keras dan setinggi pusat
2. Keluar lochea rubra, berbau amis, dan keluar sebanyak ± 50 cc
3. Hb 9,4 gr/ dL
4. Ht 31%

Post partum nifas



Penurunan progesteron dan esterogen



Kontraksi uterus



Pengeluaran lochea



Risiko perdarahan

Risiko perdarahan

DS: Klien mengatakan nyeri saat bergerak

DO:

1. Tampak lemah
2. Pergerakan terbatas, klien terbaring ditempat tidur
3. Kesulitan miring kanan kiri

Post partum nifas



Penurunan progesteron dan esterogen



Pengeluaran lochea



Hb menurun



Gangguan mobilitas fisik

<p>4. Aktivitas dibantu oleh keluarga</p> <p>5. Tonus otot</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">5555</td> <td style="padding: 2px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">4444</td> <td style="padding: 2px;">4444</td> </tr> </table>	5555	5555	4444	4444	<p>O2 menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kelemahan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan mobilitas fisik</p>	
5555	5555					
4444	4444					
<p>DS: Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terlihat wajah meringis 2. Gelisah 3. Skala nyeri 8, sulit tidur 4. Pasien masih puasa 5. Tidak konsentrasi 6. Keringat dingin 7. TD: 144/ 78 mmHg 8. S: 36 C, N: 100x /menit, RR 20 x/menit 	<p>Sectio Cesarea</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>luka post op</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>jaringan terputus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>merangsang area sensorik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>gangguan rasa nyaman nyeri</p>	<p>Gangguan rasa nyaman nyeri</p>				
<p>DS:-</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat luka bekas operasi berbentuk horizontal ± 13 cm, luka tertutup kasa kering dan steril serta hepafik 2. Leukosit 13.700 3. Hb 9,4 gr/dL 	<p>Persalinan sectio caesarea</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Luka post operasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Media inflamasi oleh patogen</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Daya tahan tubuh menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Risiko Infeksi</p>	<p>Risiko Infeksi</p>				

-
4. S: 36 C, N: 100x
/menit, RR 20
x/menit
 5. Urine keluar 1550
cc dalam 5 jam
paska persalinan
dan berwarna
pekat

DS: Klien mengatakan
anak masih sulit
menetek

DO:

1. Bayi tidak mampu
melekat pada
payudara ibu
2. ASI tidak menetes
3. Bayi menghisap
tidak terus
menerus
4. Bayi menangis saat
disusui
5. Bayi menolak untuk
menghisap
6. Bayi rewel dan
menangis terus

Peningkatan hormon
prolaktin dan oksitosin

Ketidakefektifan
pemberian ASI



2. Daftar Prioritas Masalah Keperawatan

Tabel 4.15 Daftar Prioritas Masalah Keperawatan Pada
Klien Yang Mengalami Post Sectio Caesarea
Dengan Indikasi PEB Hari Ke-0 di RSUD X.

No	Tanggal muncul	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	29/06/2018	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d suplai O2 menurun yang ditandai dengan klien mengatakan pusing seperti berputar, GCS E3-

		V4-M6, muntah 1x, pergerakan terbatas, respon cahaya pupil +/+, isokor 2/2 mm, MAP 96, SPO2 97, O2 nasal kanul 3 lpm, RR: 22x/menit, TD: 144/ 78 mmHg, S: 36°C, akral dingin, N: 100x /menit				
2.	29/06/2018	Risiko perdarahan b/d tindakan pembedahan yang ditandai dengan klien mengatakan badannya terasa lemas, TFU teraba keras dan setinggi pusat, keluar lochea rubra, berbau amis, dan keluar sebanyak ± 50 cc, Hb 9,4 gr/dL, Ht 31%				
3.	29/06/2018	Gangguan mobilitas fisik b/d kelemahan yang ditandai dengan klien mengatakan nyeri saat bergerak, klien tampak lemah, pergerakan terbatas, klien terbaring ditempat tidur, kesulitan miring kanan kiri, aktivitas dibantu oleh keluarga, tonus otot				
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">5555</td> <td style="padding: 2px 10px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px 10px;">4444</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px 10px;">4444</td> </tr> </table>	5555	5555	4444	4444
5555	5555					
4444	4444					
4.	29/06/2018	Gangguan rasa nyaman nyeri b/d tindakan pembedahan yang ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, terlihat wajah meringis, gelisah, sulit tidur, tidak konsentrasi, skala nyeri 8, klien masih puasa, keringat dingin/ diaforesis, TD: 144/ 78 mmHg, S: 36°C, N: 100x /menit, RR 22 x/menit.				
5.	29/06/2018	Risiko infeksi b/d luka post op terdapat luka bekas operasi berbentuk horizontal ± 13 cm, luka tertutup kasa kering dan steril serta heparik, leukosit 13.700, Hb 9,4 g/dL, N:				

		100x/menit, RR: 20x/menit, S:36C, Urine keluar 1550 cc dalam 5 jam paska persalinan, berwarna pekat
6.	29/06/2018	Ketidakefektifan pemberian ASI b/d ketidakefektifan refleks menghisap bayi yang ditandai dengan klien mengatakan anak masih sulit menetek, keadaan umum lemah, ASI tidak keluar, colustrum keluar sedikit, posisi menyusui masih salah, bayi menangis di payudara ibu, isapan bayi lemah

INTERVENSI

Tabel 4.16 Intervensi Pada Klien Yang Mengalami Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi PEB Hari Ke-0 di RSUD X.

Dx Keperawatan (tujuan & kriteria hasil)	Intervensi (NIC)	Rasional
DX I Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral	Pengkajian 1. Kaji tekanan darah dan pernafasan klien 2. Pantau tingkat kesadaran klien	1. Membantu mengetahui perkembangan klien 2. Mengetahui GCS yang dialami klien
Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x 24 jam diharapkan masalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral dapat teratasi dengan kriteria hasil:	Aktivitas kolaboratif 1. Mengatur posisi head up sudut 30 derajat	1. Melancarkan aliran O2 ke otak

<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mengalami sakit kepala dengan dan tanda-tanda vital dalam batas normal 2. Terbebas dari kejang 3. Mempunyai pupil yang sama besar dan reaktif dengan reflek cahaya +/-, isokor 3/3 mm 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Kolaborasi pemberian terapi obat anti hipertensi <p>Aktivitas lain</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan O₂ sesuai kebutuhan 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Mengatasi perfusi serebral tidak efektif <ol style="list-style-type: none"> 1. Menambah kebutuhan oksigen
<p>DX 2</p> <p>Risiko perdarahan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x 24 jam diharapkan masalah risiko perdarahan dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengalami perdarahan minimal atau tidak perdarahan yang tampak 2. Mempunyai tekanan darah, nadi dan 	<p>Pengkajian</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Amati insisi dan luka untuk perdarahan yang tampak 2. Amati proses penyembuhan luka 3. Amati balutan untuk perdarahan yang tampak 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui luka, mengobservasi adanya perdarahan 2. proses penyembuhan masing-masing tergantung dari lukanya 3. Mengetahui balutan terdapat perdarahan yang cukup banyak/sedikit yang dapat mengakibatkan risiko infeksi

pernafasan dalam batas normal	4. Pantau tanda-tanda vital, terutama tekanan darah, dan nadi	4. Membantu mengetahui perkembangan klien
	5. Periksa kadar hemoglobin dan kematokrit	5. Mengetahui Hb dan Ht meningkat atau menurun
	Penyuluhan	
	1. Beritahu tanda perdarahan dan saran untuk memberi tahu perawat ketika terjadi perdarahan	1. Mengetahui tindakan keperawatan selanjutnya
	Aktivitas kolaboratif	
	1. Kolaborasikan dengan dokter pemberian obat uterotonika	1. Menghentikan terjadinya perdarahan
	Aktivitas lain	
	1. Observasi kontraksi uterus	1. Mengetahui lemah atau kuat
	2. Observasi TFU	2. Untuk tinggi fundus uteri teraba lunak atau keras, lunak menandakan adanya perdarahan
	3. Observasi lochea	3. Mengetahui warna lochea dan keluarnya lochea

<p>DX 3 Gangguan mobilitas fisik</p> <p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meminta bantuan untuk aktivitas mobilisasi, jika diperlukan. 2. Melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri miring kanan kiri, duduk dan berjalan 3. Menyangga berat badan 4. Berjalan tanpa bantuan 5. Berpindah dari dan ke kursi atau kursi roda 	<p>Pengkajian Aktivitas keperawatan tingkat 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan dan bantu pasien dalam proses berjalan (seperti: dari tempat tidur ke kursi) <p>Aktivitas keperawatan tingkat 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji kebutuhan belajar pasien 2. Instruksikan pasien untuk menyangga berat badannya 3. Awasi seluruh upaya mobilitas pada pasien, bantu jika perlu <p>Aktivitas keperawatan tingkat 3 dan 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan motivasi kepada pasien untuk mempertahankan dan mengembalikan mobilitas sendi dan otot 2. Dukung pasien atau keluarga dalam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mempertahankan atau meningkatkan kekuatan dan ketahanan otot 1. Untuk mencegah terjadinya jatuh pada klien dan membantu jika diperlukan 2. Mencegah resiko jatuh 3. melatih klien menjadi mandiri 1. Meningkatkan kemauan dan mempertahankan atau mengembalikan mobilitas sendi dan otot 2. membantu klien agar dapat
---	--	---

	keterbatasan dengan realistis	aktivitas seperti biasa
<p>DX 4 Gangguan rasa nyaman nyeri Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x 24 jam diharapkan masalah dapat beradaptasi pada nyeri dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan teknik relaksasi secara efektif 2. Mempertahankan tingkat nyeri pada skala (0-2) 3. Menggunakan tindakan keperawatan meredakan nyeri dengan analgesik dan non analgesik secara tepat 4. Tidak mengalami gangguan dalam frekuensi pernapasan, frekuensi jantung, atau tekanan darah 	<p>Pengkajian :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau tanda-tanda vital 2. Kaji skala nyeri pasien untuk menilai nyeri atau ketidaknyamanan pada skala 0 sampai 10 (0= tidak ada nyeri atau tidak nyaman, (0= nyeri hebat) 3. Lakukan pengkajian nyeri dengan komprehensif meliputi lokasi, karakteristik <p>Penyuluhan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan pengetahuan tentang penyebab nyeri <p>Aktivitas kolaboratif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan dokter tentang pemberian analgesik <p>Aktivitas lain:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan perubahan posisi, relaksasi, ganti 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui perkembangan klien 2. Mengetahui tingkat keparahan nyeri 3. Untuk mengetahui tindakan keperawatan selanjutnya 1. Meningkatkan pengetahuan kepada klien dan juga keluarga klien 1. Analgesik akan mengurangi nyeri anda Mencegah nyeri bertambah 1. Untuk memberikan posisi

<p>5. Dapat mengenali faktor penyebab dengan menunjukkan dapat beradaptasi dengan nyeri</p> <p>6. Melaporkan pola tidur yang baik</p> <p>7. Melaporkan kesejahteraan fisik dan psikologis</p>	<p>linen tempat tidur bila diperlukan</p> <p>2. Bantu pasien untuk lebih berfokus pada aktivitas, bukan pada nyeri dan rasa tidak nyaman dengan melakukan pengalihan</p>	<p>yang nyaman pada klien</p> <p>2. Dengan cara pengalihan baik digunakan agar tidak terfokus dengan nyeri</p>
<p>DX 5</p> <p>Risiko infeksi</p> <p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x 24 jam diharapkan masalah risiko infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terbebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Memperlihatkan higiene personal yang adekuat 3. Menggambarkan faktor yang menunjang penularan infeksi 4. Melaporkan tanda dan gejala infeksi serta mengikuti 	<p>Pengkajian</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau adanya tanda dan gejala infeksi (seperti, suhu tubuh, denyut jantung, penampilan luka, sekresi, penampilan urine, suhu kulit, lesi kulit, keletihan, dan malaise) 2. Kaji faktor yang dapat meningkatkan kerentanan terhadap infeksi 3. Pantau tanda-tanda vital dan hasil laboratorium <p>Penyuluhan untuk Pasien/Keluarga :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jika didapatkan tanda gejala infeksi, segera dilakukan penanganan 2. Mengetahui faktor penyebab infeksi 3. Perubahan tanda-tanda vital dan hasil laboratorium dapat menjadi tanda dan gejala infeksi

<p>prosedur skrining dan pemantauan.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan pasien/ keluarga teknik mencuci tangan yang benar 2. Ajarkan pada pengunjung untuk mencuci tangan sewaktu masuk dan meninggalkan ruang pasien 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah timbulnya mikroorganisme patogen 2. Mencegah timbulnya mikroorganisme patogen terhadap pengunjung ke pasien, pasien ke pengunjung
	<p>Aktivitas Kolaboratif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengendalian Infeksi (NIC): berikan terapi antibiotik, bila diperlukan <p>Aktivitas Lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dapat mematikan patogen penyebab infeksi 1. Mengurangi faktor infeksi ke pasien ataupun ke pengunjung.
<p>DX 6 Ketidakefektifan pemberian ASI</p> <p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x 24 jam diharapkan masalah ketidakefektifan pemberian ASI dapat</p>	<p>Pengkajian</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji pengetahuan dan pengalaman ibu dalam pemberian ASI 2. Kaji kemampuan bayi mengisap secara efektif 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan pengetahuan kepada klien dan keluarga klien 2. Mengetahui refleks mengisap bayi kuat atau lemah

teratasi dengan kriteria hasil:	3. Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting	3. Memudahkan bayi untuk mengisap ASI
1. Mempertahankan keefektifan pemberian ASI	Penyuluhan 1. Anjurkan untuk menggunakan kedua payudaranya setiap kali menyusui	1. Mencegah adanya pembengkakan
2. Percaya diri terkait pemberian ASI	Aktivitas lain 1. Lakukan perawatan payudara	1. Dilakukan apabila jika ASI tidak keluar
3. Mengenali isyarat lapar dari bayi	2. Anjurkan kepada ibu untuk memompa ASI	2. Meningkatkan produksi ASI
4. Mengindikasikan kepuasan terhadap proses pemberian ASI		
5. Mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI		

IMPLEMENTASI

Tabel 4.17 Implementasi Pada Klien Yang Mengalami Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi PEB Hari Ke-0 di RSUD X.

Diagnosa keperawatan	Jam	Hari Jumat (29 Juni 2018)	Jam	Hari Sabtu (30 Juni 2018)	Jam	Hari Minggu (1 Juli 2018)
Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d suplai O ₂ menurun	10.58	Memberikan O ₂ R/: O ₂ nasal kanul 3 lpm, pasien merasa nyaman	11.05	Mengatur posisi head up sudut 30 R/: SPO ₂ 98, penglihatan tidak kabur, MAP 98	08.30	Melaksanakan advis dokter R/ methylodopa 250 mg, diminum secara oral dan sesudah makan
	11.00	Mengatur posisi head up sudut 30° R/: SPO ₂ 96, MAP 94	11.10	Memberikan O ₂ kanul 3 lpm, pasien merasa nyaman	12.00	Mengobservasi TTV R/: TD 120/ 80 mmHg, nadi 80x /menit, RR 18x /menit, 36,5 C, akral hangat Respon cahaya pupil +/- dengan diameter 3 mm
	13.00	Melaksanakan advis dokter R/: inj. Ketorolax 30 mg Inj. Tramadol 50 mg Inj. Kalnex 100 mg/ml Obat telah masuk lewat bolus IV dan tidak ada alergi	11.15	*Mengganti cairan infus R/: D5% drip ketorolax 1 amp, 17 tpm		
			15.00	Melaksanakan advis dokter R/: methylodopa 250 mg per oral diminum sesudah makan	12.10	Memantau tingkat kesadaran klien R/: GCS E4-V5-M6
	13.10	Memantau tingkat kesadaran klien R/: GCS E3-V4-M6	15.10	Memantau tingkat kesadaran klien R/: GCS E3-V5-M6		
	16.00	*Memberikan cairan infus 24 jam R/: D5% drip SM 40 % 17 tpm, klien tidak kejang				

Risiko perdarahan b/d tindakan pembedahan	08.00	Memantau kadar hemoglobin dan kematokrit R/: 9,4 gr / dL	08.00	Memantau kadar hemoglobin dan kematokrit R/: 10.5 gr / dL	07.00	Mengamati insisi dan luka untuk perdarahan yang tampak R/: luka terbalut dengan kasa, dan tidak ada perdarahan yang tampak pada area luka post op
	11.00	*Mengganti cairan infus R/: cairan RL+ Oxytocin 2 amp 17 tpm	15.00	Melaksanakan advis dokter R/ methylergometrine 0,125 mg, diminum secara oral dan sesudah makan		
	16.20	Memberikan penjelasan kepada klien dan keluarga untuk melaporkan jika ada tanda-tanda perdarahan R/: klien dan keluarga mengerti dan kooperatif	15.05	Mengamati insisi dan luka untuk perdarahan yang tampak R/: luka terbalut dengan kasa, dan tidak ada perdarahan yang tampak pada area luka post op.	08.00	Mengobservasi kontraksi uterus R/: kontraksi uterus kuat
	16.25	Mengamati insisi dan luka untuk perdarahan yang tampak R/: luka terbalut dengan kasa, dan tidak ada perdarahan yang tampak pada area luka post op.	16.20	Mengobservasi kontraksi uterus R/: kontraksi uterus kuat	08.10	Mengobservasi TFU R/: TFU 3 jari dibawah pusat dan teraba keras
	16.28	Mengobservasi TFU dan kontraksi uterus R/: TFU setinggi pusat dan teraba keras, kontraksi uterus kuat	16.25	Mengobservasi TFU R/: TFU 2 jari dibawah pusat dan teraba keras	08.20	Mengobsevasi lochea R/: keluar berwarna coklat, keluar 10 cc,
	16.35	Mengobsevasi lochea R/: keluar lochea rubra berwarna merah, keluar	16.30	Mengobsevasi lochea R/: keluar lochea rubra berwarna merah, keluar ±40 cc	08.30	Melaksanakan advis dokter R/ methylergometrine 0,125 mg, diminum secara oral dan sesudah makan
			16.35	Mengamati proses penyembuhan luka R/: di daerah luka bekas operasi didapatkan tidak gatal dan memerah	09.00	Mengamati proses penyembuhan luka R/: di daerah luka bekas operasi didapatkan tidak gatal dan memerah

		±50 cc, urine 500 cc dibuang selama 6 jam		didapatkan tidak gatal & memerah		
	21.00	Melaksanakan advis dokter R/: inj. Ketorolax 30 mg . Inj. Tramadol 50 mg. Inj. Kalnex 100 mg/ml Obat telah masuk lewal bolus IV dan tidak ada alergi.				
Gangguan mobilitas fisik b/d kelemahan	10.20	*Mengkaji pengetahuan klien dalam mobilitas miring kanan kiri R/: klien dan keluarga tidak mengetahui bahwa miring kanan kiri duduk itu penting bagi masa pemulihan	14.50	Menginstruksikan pasien untuk menyangga berat badannya. R/: klien tidak kuat menyangga badannya saat duduk	08.30	Memberikan motivasi pasien untuk mempertahankan atau mobilitas sendi dan otot R/: pasien semangat dan melakukan aktivitas masih dengan hati-hati.
	11.45	Memberikan HE kepada keluarga dan klien sudah bisa flatus diperbolehkan minum dan makan R/: klien flatus sebanyak 2 x	15.10	*Mengajarkan mobilisasi miring kanan kiri R/: klien dapat miring kanan kiri tanpa bantuan keluarga.	09.00	*Melibatkan keluarga dalam membantu klien dalam mobilisasi R/: keluarga bersedia membantu klien
	14.30	Menginstruksikan pasien untuk menyangga berat badannya	15.15	Memberikan motivasi pasien untuk mempertahankan atau mengembalikan mobilitas sendi	09.10	Menginstruksikan pasien untuk menjaga berat badannya R/: klien kuat menyangga badannya saat

	R/: klien lemah		dan otot R/: pasien kurang semangat dalam latihan duduk		duduk.
		15.20	Mengajarkan dan dukung klien darn latihan duduk R/: pasien bersedia	10.05	Mengajarkan klien berjalan R/: klien dapat berjalan
14.31	*Mengajarkan klien mobilisasi pada 10 jam post operasi secto caesarea dengan miring kanan kiri bisa menggerakkan menggeser dan menekuk lutut	15.25	*Melibatkan keluarga dalam membantu klien dalam mobilisasi R/: keluarga bersedia membantu klien	11.00	Mengawasi seluruh upaya mobilisasi R/: pasien bisa duduk dengan mandiri, bisa miring kanan kiri dan menggeser serta menekuk kaki dan juga berjalan.
16.00	*Mengajarkan dan menjelaskan klien tentang mobilisasi dini dengan menggeser, menekuk kaki dan menjelaskan kepada klien dan keluarga. R/: klien dan keluarga mendengarkan memperhatikan penjelasan dari perawat dan klien tampak lemah.	15.40	Mengawasi seluruh upaya mobilisasi R/: pasien bisa duduk dengan bantuan keluarga bisa miring kanan kiri dan menggeser serta menekuk kaki tanpa bantuan	13.00	Mengkaji kebutuhan belajar pasien R/: klien berjalan duduk bisa dengan mandiri.
		16.00	*Membantu menyeka klien R/: klien bersedia diseka.		
16.20	Kaji kebutuhan belajar pasien	17.00	Mengajarkan dan bantu pasien dalam proses berjalan		

		R/: klien masih tidak mau belajar miring kanan kiri karena saat dibuat bergerak terasa sulit dan terasa nyeri pada area luka operasi.	18.00	(misalnya dari tempat tidur ke kursi) R/: klien tidak mau karena pusing dan mau muntah. Mengkaji kebutuhan belajar pasien R/: klien bisa miring kanan kiri tetapi saat duduk masih dengan bantuan keluarga.		
	16.30	*Membantu menyiapkan air hangat dan menyeka klien R/: klien bersedia diseka.				
Gangguan rasa nyaman nyeri b/d tindakan pembedahan,	08.00	"Melakukan BHSP R/: klien mampu menyebut nama, dan kooperatif dalam tindakan keperawatan,	08.00	Memantau TTV R/: TD 130/78 mmHg, nadi 80x/menit RR 18x/menit respon caya pupil +/- isokor 3/3 mm.	07.00	Memantau TTV R/: TD 130/78 mmHg. Nadi 80x/menit RR 18x/menit Respon cahaya pupil +/- isokor 3/3 mm
	08.05	Melakukan pengkajian nyeri R/: terdapat luka jahitan operasi berbentuk horizontal +/- 13 cm di bagian perut bawah yaitu diatas simpisis publis, nyeri seperti tertusuk jarum	09.30	Mengkaji skala nyeri R/: skala nyeri 3, terlihat wajah datar	07.10	Mengkaji skala nyeri R/: skala nyeri 3, terlihat wajah datar
	08.10	Memberikan pengetahuan tentang penyebab nyeri pada klien dan keluarga. R/: klien mengerti dan mencoba	09.45	Melakukan perubahan posisi, relaksasi ganti linen tempat tidur bila diperlukan R/: posisi klein berbaring di tempat tidur, mengikuti nafas dalam 3 x	07.15	Mengatur posisi yang benar dan nyaman. R/: posisi klien berbaring di tempat tidur.
					08.30	Melaksanakan advis dokter R/: asam mefenamat 500

		beradaptasi dengan nyeri luka operasi.				mg diminum secara oral dan sesudah makan.
	08.15	Memantau TTV R/: TD 144/90 mmHg. Nadi 98x/menit suhu 36° C RR. 18x/menit Respon cahaya pupil +/- osokor 2/2 mm	10.00	Membantu untuk focus pada aktivitas bukan pada nyeri R/: setiap kali keluarga berkunjung klien bercakap-cakap dengan keluarga.	09.00	Membantu untuk focus pada aktivitas bukan pada nyeri R/: klien mengatakan nyeri berkurang saat bisa beraktivitas.
	08.20	Mengkaji skala nyeri R/: skala nyeri 8 terlihat wajah meringis	11.00	Melaksanakan advis dokter R/: inj. Ketorolax 30 mg. Inj. Kalnex 100 mg/ml. Obat telah masuk lewal bolus IV tidak ada alergi.		
	08.25	Melakukan perubahan posisi relaksasi ganti linen tempat tidur bila Diperlukan R/: posisi klien berbaring di tempat tidur, mengikuti nafas dalam 3 x.				
	10.35	Membantu untuk focus pada aktivitas bukan pada nyeri R/: klien terbaring lemah.				
Risiko Infeksi	07.00	Memantau hasil laboratorium R/: leukosit mengalami peningkatan 13.700	07.00	Memberikan HE tentang diit tinggi protein yang dapat mempengaruhi proses penyembuhan	07.00	Memberikan HE tentang diit tinggi protein yang dapat mempengaruhi proses penyembuhan

			luka R/: klien dan keluarga mendengarkan dan mengerti.	luka R/: klien dan keluarga mendengarkan dan mengerti	
07.05	Memantau tanda dan gejala infeksi R/: luka horizontal 13 cm tertutup kasa kering tidak ada cairan yang keluar dari luka	10.00	Mengajarkan pasien teknik mencuci tangan yang benar R/: pasien lemah dan terbaring di tempat tidur.	07.15	Memantau tanda dan gejala infeksi R/: luka horizontal 13 cm tertutup kasa kering, tidak ada cairan yang keluar dari luka urine 600 cc berwarna jernih selama 8 jam dan kateter dilepas.
07.25	Mengamati penampilan hygiene personal untuk perlindungan terhadap infeksi R/: tampak pengeluaran lochea rubra di underpad dan darah terkena selimut pasien.	11.00	Mengajarkan kepada pengunjung untuk mencuci tangan sewaktu masuk dan meninggalkan ruang pasien. R/: pengunjung kooperatif dalam mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien dan tangan bersih.		
08.00	Membatasi jumlah pengunjung R/: keluarga kooperatif dan tidak banyak yang jenguk	11.05	Membatasi jumlah pengunjung R/: keluarga kooperatif dan tidak banyak yang jenguk.		
		15.00	Memantau tanda dan gejala infeksi R/: luka tertutup kasa kering tidak ada cairan yang keluar dari luka, urine 1200 cc dibuang		

				berwarna jernih selama 16 jam.		
			16.00	Mengamati penampilan hygiene personal untuk perlindungan terhadap infeksi R/: keluarga pasien dapat mengganti selimut yang terkena darah	10.00	Mengamati penampilan hygiene personal untuk perlindungan terhadap infeksi R/: tidak tampak pengeluaran lochea sanguilenta di underpad
Ketidak efektifan pemberian ASI b/d adekuat-an refleks menghisap bayi	10.00	Mengkaji pengetahuan dan pengalaman ibu dalam pemberian ASI R/: ibu tidak mengerti pemberian ASI yang benar karena pertama kali mempunyai anak, kurang percayadiri dalam menyusui dan klien dapat mengerti disaat bayi lapar.	16.40	Mengkaji pengetahuan dan pengalaman ibu dalam pemberian ASI R/: klien percaya diri dalam menyusui dan klien dapat mengerti disaat bayinya lapar	11.03	Mengkaji pengetahuan dan pengalaman ibu dalam pemberian ASI R/: klien percaya diri dalam menyusui dan klien dapat mengerti di saat bayinya lapar
	10.30	Mengkaji kemampuan bayi mengisap secara efektif. R/: bayi menangis rewel dan isapannya lemah.	16.45	Memantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting R/: bayi mencari puting ibu tetapi bayi tidak mau menetek	11.05	Mengkaji kemampuan bayi secara efektif. R/: bayi tidak menangis rewel dan isapannya lemah
	10.45	Memantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting. R/: bayi mencari puting ibu tetapi tidak mau	16.50	Mengkaji kemampuan bayi mengisap secara efektif R/: bayi menangis, rewel dan isapannya lemah	12.00	Melakukan perawatan payudara dan mengekop R/: ASI keluar sedikit 10 cc.
			16.55	Mengajarkan ibu menggunakan cara menyedot		

	menetek.		ASI dengan alat seperti spuit R/: ASI keluar sedikit
10.50	Menganjurkan untuk menggunakan kedua payudaranya setiap kali menyusui. R/: ibu menyusui bayinya dengan kedua payudaranya dan merasa kurang puas karena tidak keluar.	18.00	Melakukan perawatan payudara R/: ASI keluar sedikit.
		19.00	Mengajarkan untuk menggunakan kedua payudaranya setiap kali menyusui R/: Ibu menyusui bayinya dengan kedua payudaranya kurang puas karena ASI keluar sedikit.

EVALUASI

Tabel 4.18 Evaluasi Pada Klien Yang Mengalami Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi PEB Hari Ke-0 di RSUD X.

Diagnosa keperawatan	Jam	Hari Jumat (29 Juni 2018)	Jam	Hari Sabtu (30 Juni 2018)	Jam	Hari Minggu (1 Juli 2018)
Ketidak efektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan suplai O2 menurun	21.00	<p>S: Klien mengatakan pusing berkurang saat dibuat tidur</p> <p>O: -Klien tidak sakit kepala atau pusing TD 129/83 mmHg. Nadi 98x/menit, suhu 36°C, akral dingin RR 20x/menit, MAP 96,SPO2 97 , GCS E3-V4 -M6 kesadaran apatis -Klien terbebas dari kejang -Pupil isokor +/-, 3/3mm</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan (no. 1,2,3,4,5)</p>	21.00	<p>S: Klien mengatakan pusing berkurang saat dibuat duduk</p> <p>O: - Masih pusing atau sakit kepala TD 128/80 mmHg. Nadi 80x/menit, akral hangat, GCS E3-V5-M6 kesadaran compomentis, MAP 98 SPO2 100.</p> <p>- Klien terbebas dari kejang - Pupil isokor +/-, 3/3 mm</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan interval (No.1,2,4)</p>	13.00	<p>S: Klien mengatakan sudah tidak pusing saat duduk dari beraktivitas</p> <p>O: - Tidak pusing atau sakit kepala GCS E4-V5-M6 kesadaran composmen-tis. TD 120/80 mmHg. Nadi 82x/menit, RR 18x/menit, akral hangat</p> <p>- Klien terbebas dari kejang - Pupil isokor +/-,3/3 mm</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan, pasien pulang. KIE</p> <p>- Diet rendah garam - Istirahat yang cukup dan mengontrol tekanan darah secara rutin - Terapi : Methyldopa 250 mg 3 x l</p>

					sehari Diminum secara oral dan sesudah makan kemudian dilanjut kontrol tanggal 5/7/2018 pada hari ke 7 di poli hamil dan dirawat luka	
Risiko pendarahan b/d tindakan pembedahan	21.00	S: Klien mengatakan badannya terasa lemas O: - Mengalami pendarahan minimal yaitu keluar lochea rubra keluar \pm 30 cc, TFU setinggi pusat, teraba keras - K/u cukup, TD 129/83 mmHg, Nadi 98x/menit, RR 20x/menit. A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan (no 1,2,3,4,5,7,8,9)	21.00	S: Klien mengatakan badannya terasa lemas O: - Mengalami pendarahan minimal yaitu keluar lochea rubra keluar \pm 20 cc , TFU 2 jari dibawah pusat dan teraba keras. - TD 128/80 mmHg. Nadi 80x/menit RR 20 x/menit. A: Masalah teratasi sebagian. P: Lanjutkan intervensi (no. 1,2,3,4,7,8,9)	13.00	S: Klien mengatakan badannya sudah lebih baik dari sebelumnya. O : - Tidak ada pendarahan yang nampak keluarlochea sanguienta keluar 10 cc dan TFU 3 jari dibawah pusat dan teraba keras - K/u baik, TD 120/90 mmHg. Nadi 82x/menit RR 18x/menit. A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan pasien pulang. KIE : Menjaga kebutuhan istirahat yang cukup Terapi : Methyllergo-

					metrine 0,125 mg 3x1 diminum secara oral dan sesudah makan, kemudian dilanjut kontrol tanggal 5/7/2018 pada hari ke 7 di poli hamil dan dirawat luka.	
Gangguan mobilitas fisik b/d kelemahan	21.00	S: Klien mengatakan nyeri saat bergerak O: - Klien bisa miring kanan kiri, menggerakkan menggeser dan menekuk kaki dengan meminta bantuan keluarga - Aktivitas dibantu seluruhnya - Tidak kuat dalam menyangga badannya saat miring kanan kiri - Tidak bisa berjalan, pasien tirah baring - Klien tidak mau berpindah dari bed ke kursi roda karena pusing dan mual - tonus otot <u>55551 5555</u> 44441 4444	21.00	S: Klien mengatakan sudah bisa miring kanan kiri. O: - Klien bisa miring kanan kiri, menggeser menekuk kaki bisa menggerakkan kaki dengan tidak meminta bantuan, tetapi jika duduk dengan bantuan keluarga - Aktivitas masih dibantu - Kuat dalam menyangga badannya saat miring kanan kiri - Tidak bisa berjalan, pasien tirah baring - Klien tidak mau berpindah dari bed ke kursi roda - Klien tidak mau berpindah dari bed ke kursi roda karena nyeri saat dibuat bergerak - Tonus otot <u>555515555</u>	13.00	S: Klien mengatakan sudah bisa beraktivitas tanpa bantuan O: - Klien bisa miring kanan dan kiri tanpa bantuan dapat menggeser menekuk kaki duduk dengan mandiri - Melakukan aktivitas mandiri - Dapat menyanggah berat badan saat duduk dan berjalan - Berjalan tanpa bantuan - Klien dapat berpindah dari bed ke kursi roda - Tonus otot <u>555515555</u> 444414444 A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan pasien pulang KIE:

		A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan (no. 1,2,3,4,5,6)	444414444	A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi (no.1,2,3,4,5)	Jangan bekerja yang terlalu berat.	
Gangguan rasa nyaman nyeri b/d tindakan pembedahan	21.00	S: Klien mengatakan nyeri luka bekas operasi berkurang O: - Posisi klien berbaring di tempat tidur mengikuti nafas dalam 3 x - Skala nyeri 4 - Menggunakan tindakan meredakan nyeri dengan analgesik Inj. Tramadol 50mg. Lewat bolus IV/line - K/u cukup , TD 129/83 mmHg, Nadi 96x/menit - Klien tidak bisa beradaptasi dengan nyeri luka operasi - Klien bisa tidur meski terkadang mudah terbangun - Ekspresi wajah tampak menyeringai	21.00	S: Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah berkurang O: - Posisi klien berbaring di tempat tidur dapat mengikuti nafas dalam 3 x - Skala nyeri 3 - Menggunakan tindakan meredakan nyeri dengan analgesik Inj. Tramadol 50 mg. Lewat bolus IV line - K/u cukup, TD 130/78 mmHg, Nadi 80x/menit. - Klien masih tidak bisa beradaptasi dengan nyeri luka operasi - Pola tidur cukup baik - Terlihat wajah datar. A: Masalah teratasi P: Lanjutkan intervensi	13.00	S: Klien mengatakan nyeri berkurang bekas operasi O: - Posisi klien duduk, jika nyeri pasien nafas dalam 3x - Skala nyeri 2 - Menggunakan tindakan meredakan nyeri dengan analgesik asam mefenamat 500 mg. - Klien dapat beradaptasi dengan nyeri luka operasi - K/u baik, TD 120/90 mmHg, Nadi 82x/menit. - Klien dapat mengatur pola tidurnya - Terlihat wajah senang dari senyum karena sudah diperbolehkan pulang.

			A: Masalah teratasi P: Intevensi dilanjutkan (no.1,2,5,6,7)	(no. 1,2,4,5,6,7)		A: Masalah tercapai P: Intervensi dihentikan pasien pulang KIE: Harus diit tinggi protein sehingga dapat mempercepat penyembuhan luka operasi Kontrol hari ke 7 ke poli hamil dan rawat luka.
Ketidak efektivan pemberian ASI b/d ketidakadeku atan refleks menghisap bayi	21.00	21.00	S: Klien mengatakan anak masih sulit menetek O: -Bayi mencari puting ibu tetapi bayi tidak mau menetek - Ibu mengerti pemberian ASI yang benar karena baru pertama kali mempunyai anak serta kurang percaya diri dalam menyusui. -Klien dapat mengerti di saat bayinya lapar - Ibu menyusui bayinya dengan kedua payudara dan merasa kurang puas karena ASI tidak keluar -Bayi menangis, rewel, ASI	S: Klien mengatakan anak masih sulit menetek O: - Bayi mencari puting ibu dan bayi tidak mau menetek - Klien percaya diri dalam menyusui - Klien dapat mengerti di saat bayinya lapar - Ibu menyusui bayinya dengan kedua payudaranya kurang puas karena ASI keluar sedikit. - Bayi menangis, rewel. ASI keluar sedikit, refleks isapan bayi lemah, colustrum keluar sedikit A: Masalah teratasi sebagian	21.00	S: Klien mengatakan anak masih sulit menetek. O: - Bayi mencari puting ibu dan bayi mau menetek - Klien percaya diri dalam menyusui - Klien dapat mengerti di saat bayinya lapar - Ibu menyusui bayinya dengan kedua payudaranya dan merasa kurang puas karena ASI nya keluar sedikit. - Ibu dapat menyusui dan bayinya tidak menangis atau rewel

keluar sedikit refleks isapan bayi lemah colustrum keluar sedikit.	P: Lanjutkan intervensi (no. 1,2,5)	A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan (no. 3,4,5,6) Pasien pulang KIE: - Diit dengan makanan yang bergizi agar dapat memproduksi ASI lancar - Lakukan perawatan payudara - Mengompres payudara dengan air hangat - Jika ASI tidak keluar lakukan pengekopan pada payudara.
A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan (no.1,2,3,5,6)		

PEMBAHASAN

PENGAJIAN

1. Riwayat kesehatan

Terjadi kesenjangan pada riwayat kesehatan pada pasien ditemukan bahwa klien tidak pernah mengalami penyakit hipertensi sebelumnya namun pada ibu klien terdapat riwayat hipertensi dan juga pernah mengalami preeklamsia.

Menurut (Perry & Potter dalam Hardianto 2011) penyebab hipertensi pada ibu hamil tidak berbeda dengan penyebab

kondisi normal yaitu dipicu peningkatan tekanan aliran darah yang dipompa oleh jantung sehingga menyebabkan kerusakan dinding arteri di pembuluh darah. Secara umum hipertensi pada usia muda disebabkan karena pola hidup dan pola makan yang tidak sehat yang kerap dilakukan oleh ibu hamil seperti stress berkepanjangan, kurangnya olahraga ditambah dengan mengkonsumsi garam berlebihan, menu makanan yang siap saji dan mengandung lemak jenuh. Dari stress berkepanjangan berefek pada kehamilan, secara fisiologis seperti perubahan suasana hati akibat adanya perubahan hormon, kelelahan, sakit punggung, kekhawatiran yang muncul terhadap kehamilan dan persalinan sehingga mengakibatkan tekanan darah klien menjadi tinggi. Sedangkan menurut (Maryunani, 2016) preeklamsia dapat terjadi karena ada yang mempunyai riwayat preeklamsia dan eklamsia dalam keluarga atau penyakit keturunan (Sukarni & Sudarti, 2014).

Menurut penulis, hipertensi dapat terjadi pada ibu hamil karena sewaktu ibu hamil tidak memperhatikan kesehatannya terutama pada gaya hidup yang kurang sehat, atau pola makan yang tidak sehat. sehingga pada usia muda dapat terjadi hipertensi dan juga preeklamsia pada kehamilannya. Kemudian bisa juga dilihat dari riwayat keluarga ada yang mengalami preeklamsia yaitu ibunya klien sendiri, hal ini dipengaruhi adanya perubahan gen yang merupakan kondisi turun temurun dalam keluarga.

2. Pola eliminasi urin

Terjadi kesenjangan pada pola eliminasi (buang air kecil) pada pasien ditemukan bahwa klien memakai selang kateter, urine berwarna pekat dengan volume 1550 cc dalam 5 jam paska persalinan.

Menurut (Solehati & Kokasih, 2015) pola eliminasi buang air kecil didapatkan adanya ketidakmampuan kandung kemih untuk mengosongkan urin, adanya keinginan buang air kecil yang harus segera dikeluarkan, serta adanya perasaan nyeri

saat berkemih. Kateter adalah sebuah alat berbentuk pipa yang dimasukkan ke dalam kandung kemih dengan tujuan dilakukan pemasangan kateter yaitu membantu memenuhi kebutuhan klien untuk mengosongkan kandung kemih, terutama pada pasien akan operasi. Membantu melatih kembali atau memulihkan pengendalian kandung kemih secara normal, menjaga agar kandung kemih tidak boleh tegang sehingga menekan unsur lain (Manuaba, 2010).

Menurut penulis, dipasang selang kateter karena pasien dilakukan operasi sectio caesarea dan masih dalam observasi sehingga pemasangan kateter bertujuan untuk membantu pasien mengosongkan kandung kemih, apabila kandung kemih tidak kosong akan menekan organ lain kemudian membantu pasien memulihkan pengendalian kandung kemih secara normal, dan bertujuan untuk mengetahui keluarnya urine sesuai dengan input atau intake cairan.

3. Keadaan umum

Terjadi kesenjangan pada keadaan umum dimana pada pasien ditemukan pada klien tingkat kesadaran apatis, GCS E3-V4-M6.

Menurut (Sulistiyawati, 2009) pada ibu post sectio caesarea biasanya tingkat kesadaran composmentis setelah efek anestesi. Namun menurut pendapat (Manuaba, 2010) lamanya ketidaksadaran tidak selalu sama yang berarti secara perlahan lahan penderita menjadi sadar lagi, akan tetapi dapat terjadi bahwa sebelum itu timbul serangan baru yang berulang sehingga penderita tetap dalam keadaan kesadaran apatis, selama serangan tekanan darah meningkat yang menyebabkan pusing terus menerus sehingga terjadi penurunan suplai O₂ menurun dan nadi cepat.

Menurut penulis keadaan umum terlihat apatis dengan GCS E3-V4-M6, hal ini terjadi karena serangan baru yang berulang dan mengakibatkan suplai O₂ menurun, dimana pada pasien terlihat keadaan sadar, tetapi acuh tak acuh terhadap keadaan disekitarnya. Dengan pasien dapat memberi respon

yang adekuat bila diberikan stimulus, klien hanya dapat membuka mata saat dipanggil namanya, kemudian saat diajak bicara klien terlihat bingung, dan klien mampu mengikuti perintah sederhana seperti menunjukkan jumlah jari-jari dari angka yang disebut oleh penulis.

4. Suhu

Terjadi kesenjangan pada suhu dimana pada pasien ditemukan 36°C .

Menurut (Sulistyawati, 2009) ditemukan dalam 1 hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit ($37,5 - 38^{\circ}\text{C}$) karena adanya peningkatan basal metabolisme rate yang digunakan dalam proses involusi. Sedangkan menurut (Solehati & Kokasih, 2015) suhu tubuh di antara $36-38^{\circ}\text{C}$ merupakan perubahan fisiologis yang normal untuk ibu post partum sampai hari ketiga.

Menurut penulis, suhu klien sudah normal dalam 24 jam paska persalinan, klien tidak mengalami kenaikan pada suhu yang dijelaskan menurut teori.

5. Pemeriksaan fisik pada payudara

Terjadi kesenjangan pada pemeriksaan fisik payudara dimana pada pasien ditemukan ASI tidak keluar, colostrum keluar sedikit.

Menurut (Anggraini, 2010) faktor kelahiran bisa menyebabkan ASI tidak kunjung keluar karena ibu stres atau mengalami persalinan traumatik karena proses persalinan yang sangat lama atau dilakukan dengan operasi caesarea, penggunaan cairan infus (intravena) yang banyak, selama proses persalinan dapat mengakibatkan payudara bengkak dan ketersediaan ASI tertunda sampai payudara kembali normal, obat penghilang rasa sakit, dan bentuk puting payudara yang tidak biasa, seperti puting payudara datar atau masuk ke dalam.

Menurut penulis, pasien mengalami trauma dalam persalinan caesarea, pasien menggunakan obat penghilang rasa sakit, dan menggunakan cairan infus (intravena) sehingga dapat menghambat keluarnya ASI, akibatnya pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan bayinya, karena ASI belum keluar. ASI yang lancar dipengaruhi oleh isapan bayi sendiri. Jadi semakin sering bayi mengisap payudara ibu untuk mendapatkan ASI, semakin lancar ASI yang keluar. Sejak awal ibu belum bisa maksimal memberikan ASI nya pada bayi karena post operasisectio caesarea, maka isapan bayi pada payudara juga frekwensinya minimal efeknya produksi ASI sedikit.

6. Penatalaksanaan

Terjadi kesenjangan pada penatalaksanaan dimana pada pasien diberikan infus D5% drip MgSO₄ 40% selama 24 jam paska persalinan dan dilakukan perawatan luka setelah hari ke-7 post operasi di ruang poli hamil dan mengobservasi luka.

Menurut (Pudiastuti, 2012) pemberian infus diberikan RL dengan drip MgSO₄ 40% dan pemberian infus D5% drip MgSO₄ 40% 17 tetes/ menit berfungsi untuk mencegah terjadinya kejang. Perawatan luka dilakukan setelah hari ke-7 post operasi karena tidak ada perdarahan yang tampak atau rembesan pada luka. Sedangkan perban luka diganti setelah 24 jam pertama, sekaligus dinilai keadaan luka operasi, hal ini terjadi perdarahan sampai darahnya menembus diatas kasa, kemudian luka perlu ditutup dengan kasa steril, sehingga sisa darah dapat diserap oleh kasa. Dengan menutup luka dapat mencegah terjadinya kontaminasi. Sehingga pada saat mengganti kasa yang lama perlu diperhatikan tehnik aseptik supaya tidak terjadi infeksi (Maryunani, 2016).

Menurut penulis, pemberian infus D5% drip MgSO₄ 40% dengan tetesan 17 tpm dalam 24 jam paska persalinan, fungsinya sama saja untuk mencegah terjadinya kejang. Pada

perawatan luka dilakukan pada hari ke-7, karena sehabis operasi, luka tersebut langsung ditutup dengan kasa steril saat dikamar operasi dan biasanya tidak perlu diganti sampai diangkat jahitannya, kecuali terdapat perdarahan sampai darahnya menembus diatas kasa, barulah diganti dengan kasa steril kembali.

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi pada klien diagnosa keperawatan yang muncul antara lain: ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, risiko perdarahan, ketidakefektifan pemberian ASI, gangguan mobilitas fisik, gangguan rasa nyaman nyeri, risiko infeksi. Sedangkan menurut (Nuratif & Kusuma, 2016) dan (Solehati & kokasih, 2015), klien dengan post sectio caesarea indikasi PEB bisa muncul gangguan rasa nyaman nyeri, risiko perdarahan, gangguan mobilitas fisik, konstipasi, gangguan integritas kulit, risiko infeksi.

Pada studi kasus ini muncul diagnosa tambahan yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral dan juga ketidakefektifan pemberian ASI pada klien post SC.

1. Pada diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral. Terjadi diagnosa tambahan dikarenakan klien mengalami sakit kepala masih tetap bertambah, keadaan lemah, GCS E3-V4-M6, muntah 1x, pergerakan terbatas, respon cahaya pupil +/- dengan diameter 2 mm, MAP 96, SPO2 97, O2 nasal kanul 3 lpm, TD: 144/ 78 mmHg, S: 36 C, akral dingin, N: 100x /menit.

Menurut teori (Wilkinson, 2015) mendefinisikan bahwa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berarti terjadi penurunan oksigen yang mengakibatkan kegagalan pengiriman nutrisi ke jaringan pada tingkat kapiler. Tanda-tanda peningkatan TIK yaitu sakit kepala, mual dan muntah, penglihatan ganda, tekanan darah meningkat, merasa bingung, linglung, gelisah atau timbul perubahan perilaku (Sukarni & Sudarti, 2014).

Menurut penulis, klien terjadi tanda-tanda peningkatan TIK dengan klien mengalami pusing terus menerus, muntah, GCS E3-V4-M6, respon cahaya pupil +/+, isokor dengan diameter 2 mm dan juga pergerakan terbatas karena terdapat luka bekas operasi. Hal ini menyebabkan suplai O₂ menurun sehingga terpasang monitor, O₂ nasal kanul 3 lpm dan mengobservasi klien setiap 30 menit sekali.

2. Terdapat diagnosa ketidakefektifan pemberian ASI
Terjadi diagnosa tambahan dikarenakan klien mengeluhkan anak sulit menetek, keadaan umum lemah, ASI tidak keluar, colostrum keluar sedikit, bayi menangis di payudara ibu, isapan bayi lemah.

Menurut teori (Wilkinson, 2015) mendefinisikan bahwa ketidakefektifan pemberian ASI yaitu ketidakpuasan atau kesulitan ibu maupun bayi dalam proses pemberian ASI. Sedangkan menurut (Anggraini, 2010) mengalami penurunan produksi dan pengeluaran ASI pada hari-hari pertama setelah melahirkan, hal ini dapat disebabkan karena kurangnya rangsangan hormon prolaktin dan oksitosin yang sangat berperan dalam kelancaran produksi dan pengeluaran ASI. Menurut penulis, bayi sulit menetek karena ASI klien tidak mau keluar sehingga bayi menangis terus menerus, begitu juga dengan refleksi isapan bayi pun lemah, hal ini jika ASI klien tidak keluar maka dilakukan dengan cara perawatan payudara dan memompanya untuk mendapatkan ASI. Karena dengan isapan bayi dapat merangsang hormon oksitosin, sehingga ASI dapat keluar.

Pada studi kasus ini diagnosa yang tidak muncul yaitu konstipasi dan gangguan integritas kulit pada post SC hari ke-0.

1. Konstipasi

Diagnosa konstipasi tidak muncul dikarenakan klien takut BAB dan terdapat luka post sectio caesarea di bagian perut bawah simpisis pubis.

Menurut teori (Wilkinson, 2015) berdasarkan tinjauan pustaka adalah penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak yang dibuktikan dengan defekasi kurang dari 2 kali seminggu. Sedangkan menurut (Solehati & kokasih, 2015) pada pasien post sectio caesarea secara khas terjadi kelemahan pada abdomen sehingga menyebabkan motilitas cerna mengalami penurunan yang di sebabkan beberapa hal yaitu efek obat anestesi, menurunnya hormon progesteron dan kurangnya mobilisasi dini.

Jadi menurut penulis, dikatakan konstipasi jika klien tidak bisa BAB > 3 hari dan feses keras yang menyebabkan kelemahan otot abdomen. Serta terjadi fisiologis pada klien post SC hari ke-0 karena klien tidak mengonsumsi makanan apapun atau klien puasa, sehingga tidak ada yang diolah di sistem pencernaan yang menyebabkan feses keras.

2. Pada diagnosa kerusakan integritas kulit

Diagnosa kerusakan integritas kulit tidak muncul, karena pada faktanya, klien mengalami pembedahan yang bersifat buatan atau tidak alami dengan melakukan sayatan disepanjang perut.

Menurut teori (Wilkinson, 2015) berdasarkan tinjauan pustaka kerusakan integritas kulit adalah perubahan epidermis dan dermis atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen). Pada intervensi tidak ada tindakan mandiri keperawatan untuk menangani jenis kerusakan pada sectio caesarea. Sedangkan pada Sectio caesarea yaitu operasi melahirkan bayi dengan sayatan sepanjang perut dan rahim wanita hamil, sehingga kondisi seperti ini dapat sembuh dengan sendirinya (Triyana, 2013).

Menurut penulis, diagnosa ini tidak terdapat pada klien post SC, sebab tidak ada tindakan mandiri keperawatan untuk menangani jenis kerusakan ini dan biasanya kondisi ini sembuh sendiri.

INTERVENSI

Berdasarkan intervensi dari tahap perencanaan pembuatan intervensi asuhan keperawatan pada klien yang mengalami post sectio caesarea hari ke-0 di ruang bersalin RSUD X telah disusun berdasarkan masalah keperawatan yang muncul.

IMPLEMENTASI

Berdasarkan implementasi pada klien, tindakan keperawatan yang dilakukan sudah sesuai dengan rencana keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya.

Namun pada diagnosa gangguan mobilitas fisik pelaksanaan tindakan sudah sesuai dengan perencanaan yang telah disusun sebelumnya karena disesuaikan dengan kondisi klien. Pada implementasi yang diberikan ada beberapa tambahan tindakan seperti membantu menyiapkan air hangat dan menyeka klien, mengajarkan klien mobilisasi pada 10 jam post operasi sectio caesarea dengan miring kanan kiri, mengajarkan dan menjelaskan klien tentang mobilisasi dini dengan menggeser, menekuk kaki dan menjelaskan kepada klien dan keluarga, memberikan KIE kepada keluarga dan klien tentang jika klien sudah bisa flatus diperbolehkan minum dan makan, serta mengkaji pengetahuan klien dalam mobilisasi miring kanan kiri.

Menurut (Solehati & kokasih, 2015) dalam memandikan klien adalah tindakan keperawatan dengan pasien tidak mampu beraktivitas secara mandiri, sehingga memerlukan bantuan orang lain. Sedangkan menurut (Hartati & Maryunani, 2015) pada post sectio caesarea klien dianjurkan untuk mobilisasi yang berarti suatu pergerakan, posisi dan adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan dengan persalinan sectio caesarea.

Menurut penulis membantu menyiapkan air hangat dan menyeka klien, karena klien masih belum bisa berjalan ke kamar mandi, maka klien perlu diseka dan mengajarkan mobilisasi pada klien

dengan tujuan dapat memperlancar sirkulasi aliran darah. Namun jika tidak dilatih dengan mobilisasi, efek samping terhadap luka tersebut terlihat kaku dan aliran darah tidak berjalan dengan lancar.

EVALUASI

Berdasarkan hasil dari tabel evaluasi pada klien post operasi sectio caesarea dengan 6 diagnosa keperawatan 5 teratasi dalam batas waktu 3 hari dan 1 teratasi sebagian, menunjukkan perkembangan membaik, pasien dapat beraktivitas dengan baik sehingga diperbolehkan pulang.

DAFTAR PUSTAKA

- Asih & Risneni.(2016). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Bobak,M.Irene.(2004).*Perawatan Maternitas dan Gynekologi*. Bandung:VIA PKP.
- Dinkes Prov.Jatim.(2016). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur*. Surabaya: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Hartati & Maryunani.(2015). *Asuhan Keperawatan Ibu Postpartum Seksio Sesarea*.Jakarta:CV. Trans Info Media.
- Heryani. (2012). *Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Dan Menyusui* . Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Mansur, Herawati. (2009). *Psikologi Ibu dan Anak untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Manuaba, Ida Bagus. (2007). *Ilmu Kebidanan, Penyakit kandungan, dan keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Maryunani & Yulianingsih. (2009). *Asuhan Kegawatdaruratan Dalam Kebidanan*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Maryunani. (2016). *Asuhan Kegawatdaruratan Dalam Kebidanan*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Maryunani. (2016). *Buku Praktis Kehamilan Dan Persalinan Patologis*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Maryunani, A. (2016). *Manajemen Kebidanan Terlengkap*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Mitayani. (2013). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Myrtha. (2015). *Penatalaksanaan Tekanan Darah Pada Pre-eklamsia*. CDK-227 Vol. 42 no. 4, 262-266.
- Nasrullah. (2014). *Etika dan Hukum Keperawatan Untuk Mahasiswa dan Praktisi Keperawatan*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Nurarif & Kusuma. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis*. Jogjakarta: Mediaction.
- Nurhayati, dkk. (2015). *Relaksasi Autogenik Terhadap Penurunan Skala*. *Skolastik Keperawatan vol. 1 No.2*, 52-61.

- Oxord & william. (2010). *Ilmu Kebidanan: Patologi & Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta: Yayasan Essentia Medica.
- PPNI. (2016). *SDKI*. Jakarta: DPP PPNI.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
- Pudiastuti. (2012). *Asuhan Kebidanan Hamil Normal dan Patologi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Solehati & Kokasih. (2015). *Konsep dan Aplikasi Relaksasi dalam Keperawatan Maternitas*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Solikhah. (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Kehamilan, Persalinan dan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sukarni & Sudarti. (2014). *Patologi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sulistiyawati. (2009). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas*. Yogyakarta: CV. Andi Offset.
- Syifa,dkk. (2017). Hubungan Usia Ibu, Graviditas, Riwayat Pre-Eklamsia Berat. *profesi medika Vol. 11 No.1, 11*.
- Triyana, Y. (2013). *Panduan Klinis Kehamilan dan Persalinan*. Yogyakarta: D-Medika.
- Varney, Hellen, dkk. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4 Volume I*. Jakarta: EGC
- Walyani, E. (2015). *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Wilkinson. (2016). *Diagnosis Keperawatan*. Jakarta: EGC.

GLOSARIUM

Abortus: Pengguguran kandungan atau aborsi (bahasa Latin: abortus) adalah berakhirnya kehamilan dengan dikeluarkannya janin (fetus) atau embrio sebelum memiliki kemampuan untuk bertahan hidup di luar rahim, sehingga mengakibatkan kematiannya.

Adenosina trifosfat (ATP): Suatu nukleotida yang dalam biokimia dikenal sebagai "satuan molekular" pertukaran energi intraselular; artinya, ATP dapat digunakan untuk menyimpan dan mentranspor energi kimia dalam sel.

Analgesik: Istilah yang digunakan untuk mewakili sekelompok obat yang digunakan sebagai penahan sakit.

Anemia: Kekurangan darah, keadaan saat jumlah sel darah merah atau jumlah hemoglobin (protein pembawa oksigen) dalam sel darah merah berada di bawah normal.

Aterm: Janin dikatakan cukup bulan apabila usia kehamilannya mencapai 38-42 minggu.

Atonia uteri: Kondisi pada wanita di mana rahim gagal berkontraksi setelah persalinan bayi. Kondisi ini dapat mengakibatkan pendarahan pascapersalinan yang dapat membahayakan nyawa.

Blastosyst: Blastosis atau blastosista (bahasa Inggris: blastocyst) adalah struktur yang terbentuk pada tahap awal gestasi vertebrata. Blastosis didahului oleh morula, dan memiliki massa sel dalam atau embrioblas yang kemudian membentuk embrio dan lapisan luar sel atau trofoblas yang mengelilingi massa sel dalam dan blastosol. Blastosis manusia terdiri dari 70-100 sel.

Bradikardia: Kondisi individu yang memiliki denyut jantung yang lambat, biasanya di bawah 60 denyut per menit bagi orang dewasa.

Braxton hicks: Kontraksi palsu yaitu kontraksi rahim sporadis yang umumnya terjadi pada trimester kedua atau ketiga, meskipun pada umumnya tidak semua ibu hamil mengalami kontraksi palsu.

Decidua: Sebuah membran mukosa yang melapisi rahim (endometrium), yang berubah selama kehamilan dan diluruhkan pada saat nifas atau menstruasi.

Diuresis: Mempunyai dua pengertian, pertama menunjukkan adanya penambahan volume urin yang diproduksi dan yang kedua menunjukkan jumlah pengeluaran (kehilangan) zat-zat terlarut dan air.

DIC (Disseminated intravascular coagulation): Kondisi terjadinya pembekuan darah pada pembuluh darah kecil tubuh. Pembekuan darah ini dapat mengurangi atau menghambat aliran darah melalui pembuluh darah, yang dapat merusak organ tubuh.

Diplopia : Suatu gangguan penglihatan di mana pasien akan melihat dua gambar dari satu objek yang berdekatan (penglihatan ganda).

Dismenorhe: Nyeri perut yang berasal dari kram rahim dan terjadi selama menstruasi.

Edema: Istilah yang digunakan untuk merujuk pada kondisi bengkak pada jaringan lunak seperti kulit.

Ektremitas: Anggota gerak, adalah perpanjangan dari anggota tubuh utama. Pada tubuh manusia, ekstremitas atas dan bawah masing-masing disebut lengan dan kaki.

Engagement: Peristiwa ketika diameter biparietal melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang/oblik di dalam jalan lahir dan sedikit fleksi.

Endotheolisis: Pembengkakan sitoplasma sel endotelial tubulus ginjal tanpa kelainan struktur lainnya.

Episiotomy: Sayatan yang dibuat pada perineum (jaringan di antara jalan lahir bayi dan anus) pada saat proses persalinan

Epigastrium: Daerah ulu hati, letak ulu hati berada di bawah tulang dada dan di atas pusar, serta berada di antara tulang rusuk.

Euforia: Perasaan nyaman atau perasaan gembira yang berlebihan

Fibrinogen: Salah satu protein yang disintesis oleh hati yang merupakan reaktan fase akut berbentuk globulin beta. Protein ini berguna untuk membantu proses hemostasis dengan mensti-

mulasi pembentukan trombus.

Flour albus: Keputihan merupakan sekresi vaginal pada wanita

Fundus uteri: Titik tertinggi dari rahim. Tinggi fundus uteri (TFU) adalah jarak antara titik simfisis pubis dan fundus uteri yang biasanya dilakukan oleh dokter atau bidan.

Glomerular filtration rate (GFR): Laju filtrasi glomerular (LFG) yaitu laju rata-rata penyingkapan darah yang terjadi di glomerulus yaitu sekitar 25% dari total curah jantung per menit $\pm 1,300$ ml. LFG digunakan sebagai salah satu indikator menilai fungsi ginjal. Biasanya digunakan untuk menghitung bersihan kreatinin yang selanjutnya dimasukkan kedalam formula.

Glaukoma: Kerusakan saraf mata yang menyebabkan gangguan penglihatan dan kebutaan.

Hemoroid (Wasir): Pembengkakan yang berisi pembuluh darah yang membesar. Pembuluh darah yang terkena wasir berada di dalam atau di sekitar bokong, yaitu di dalam rektum atau di dalam anus.

Hemostasis: Gabungan untuk segala prosedur yang dilakukan oleh tubuh untuk melindungi diri dari proses pendarahan. Hemostasis juga dapat diartikan sebagai mekanisme alami dari tubuh untuk menghentikan kehilangan darah yang berlebihan.

Kelenjar Hipofise: Suatu kelenjar yang terletak di dasar tengkorak dibawah Hypothalamus yang memegang peranan penting dalam sekresi hormon dari semua organ-organ endokrin

Hidrogen klorida (HCL): Asam klorida yaitu larutan akuatik dari gas. Ia adalah asam kuat, dan merupakan komponen utama dalam asam lambung.

Hidramnion: Cairan ketuban yang berlebihan, jika diukur dengan USG didapati Indeks Cairan Amnion (ICA) melebihi 95 persentil pada usia kehamilan atau lebih dari 8 cm/ lebih.

Hiperrefleksia: Iritabilitas susunan syaraf pusat

Hiperventilasi: Kondisi saat lebih banyak mengeluarkan karbon dioksida daripada menghirupnya. Karbon dioksida dalam tubuh pun berkurang. Level rendah tersebut memicu penyempitan pembuluh darah yang memasok darah ke otak. Ketika hal

itu terjadi, maka akan merasa ‘melayang’ dan kesemutan pada jari. Bahkan kasus hiperventilasi yang parah dapat menyebabkan kehilangan kesadaran alias pingsan.

Intra-amnial

Kelenjar suprarenal: Kelenjar endokrin berbentuk segitiga yang terletak di atas ginjal. Kelenjar ini bertanggung jawab pada respon stress pada sintesis kortikosteroid dan katekolamin, termasuk kortisol dan hormon adrenalin.

Koagulasi: Suatu proses yang rumit di dalam sistem koloid darah yang memicu partikel koloidal terdispersi untuk memulai proses pembekuan dan membentuk trombus. Koagulasi adalah bagian penting dari hemostasis, yaitu saat penambalan dinding pembuluh darah yang rusak oleh keping darah dan faktor koagulasi (yang mengandung fibrin) untuk menghentikan pendarahan dan memulai proses perbaikan.

Malnutrisi: Keadaan dimana tubuh tidak mendapat asupan gizi yang cukup, malnutrisi dapat juga disebut keadaan yang disebabkan oleh ketidakseimbangan di antara pengambilan makanan dengan kebutuhan gizi untuk mempertahankan kesehatan.

Menarche: Istilah medis untuk usia kali pertama menstruasi.

Motilitas: Kemampuan suatu organisme untuk bergerak secara independen, menggunakan energi metabolik.

Molahidatidosa: Hamil anggur adalah kehamilan abnormal berupa tumor jinak yang terbentuk akibat kegagalan pembentukan janin.

Multigravida: Gravida adalah seorang ibu yang sedang hamil. Primigravida adalah seorang ibu yang sedang hamil untuk pertama kali. Multigravida adalah seorang ibu yang hamil lebih dari 1 sampai 5 kali.

Miometrium: Lapisan tengah dari dinding rahim yang terdiri dari sel-sel otot polos dan mendukung jaringan stroma dan pembuluh darah. Miometrium merupakan bagian uterus yang memegang peranan penting dan terdiri atas banyak jaringan otot

Oliguri: Kondisi di mana jumlah urine sedikit, tapi belum separah anuria.

Obesitas: Kondisi kronis akibat penumpukan lemak dalam tubuh yang sangat tinggi.

Palpasi: Metode pemeriksaan di mana penguji merasakan ukuran, kekuatan, atau letak sesuatu (dari bagian tubuh di mana penguji ialah praktisi kesehatan).

Perineum: Area kulit antara liang vagina dengan anus (dubur) yang dapat robek ketika melahirkan atau secara sengaja digunting guna melebarkan jalan keluar bayi (episiotomi).

PIH (Pregnancy Induced Hypertension): Sebutan dalam istilah kesehatan (medis) bagi wanita hamil yang menderita hipertensi. PIH adalah Kenaikan nilai tekanan sistolik 30 mmHg/ lebih atau kenaikan tekanan distolik 15 mmHg di atas tekanan dasar. Peningkatan darah terjadi minimal dengan 2 kali pemeriksaan, jarak 4-6 jam dengan teknik dan alat yang standar.

Proteinuria: Memiliki protein dalam urin. Proteinuria juga disebut albuminuria atau urin albumin adalah suatu kondisi di mana urin mengandung jumlah protein yang tidak normal.

Prostasiklin : Sintesis oleh endotel pembuluh darah dan korteks renalis mempunyai sifat vasodilator dan penghambat agregasi trombosit.

Puerperium : Masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pulihnya kembali alat kandungan yang lamanya 6 minggu

Reflektoris: Menimbulkan rangsangan terhadap saraf, peredaran darah yang menimbulkan proses vaso dilatasi lokal sehingga memperlancar peredaran darah. Selain itu saraf motorik yang merangsang meningkatkan tonus otot

Sianosis: Kondisi warna kebiru-biruan pada kulit dan selaput lendir karena kekurangan oksigen dalam darah.

Tetanus Toxoid: Vaksin yang diberikan untuk mencegah penyakit tetanus.

Trigonum: Daerah yang bersudut tiga, triangle, dan trigone.

Toksemia: Komplikasi kehamilan yang ditandai dengan tekanan darah tinggi dan adanya protein dalam urine setelah masa keha-

milan 20 minggu. Gejalanya termasuk kenaikan berat badan yang cepat dan mudah banyak berkeringat. Jika tidak ditangani, preeklamsia dapat menyebabkan eklamsia yang lebih serius.

Tromboksan: Lipid yang penting bagi produksi gumpalan tubuh

Trofoblas: Sel yang membentuk lapisan luar blastokis. Sel-sel ini memberikan nutrisi embrio dan berkembang menjadi bagian besar dari plasenta. Mereka terbentuk selama tahap pertama kehamilan dan merupakan sel pertama untuk membedakan dari telur yang telah dibuahi.

Trofoblas gestasional (TG): Penyakit yang terjadi pada saat kehamilan, penyakit ini terjadi pada sel-sel trofoblas.

Tromboplastin: Zat yang memulai proses pembekuan darah. Zat ini dilepaskan dari jaringan yang cedera dan/ atau dibentuk oleh disintegrasi trombosit bersama dengan beberapa faktor plasma.

Trombositopenia: Kondisi yang terjadi akibat kurangnya jumlah platelet atau trombosit, sel darah yang berperan penting pada proses pembekuan darah.

Viskositas: Ukuran kekentalan suatu fluida yang menunjukkan besar kecilnya gesekan internal fluida.

Vasospasme: Kejang mendadak pembuluh darah, sebuah fenomena yang sering terjadi aneurisma pecah setelah. Ketika darah mengalir dari aneurisma ke dalam ruang subaraknoid, membran, sempit pelindung di sekitar otak, perdarahan subarachnoid (SAH) telah terjadi.

Vasokonstriksi: Penyempitan pembuluh darah karena mekanisme atau rangsangan tertentu pada tubuh.

INDEX

abdomen, 5, 26, 29, 31, 37, 50, 54, 56,60,61,75,112
Afterpains, 37
anaerob, 11, 33,
antenatal care, 12, 16, 17,20
antibody, 8
antigen-antibodi, 3
arteriol, 10,11
Asfiksia, 12,70
blastosyst, 13
Braxton hicks, 26
desidua, 2
diabetes, 2, 8, 9
diastole, 3
edema, 1, 2, 3,4,5,6,10,11,12,18,45
Eklamsia, 2, 3,4,5,6,7,105,106
endoderm, 14
endotel, 3
endotheolisis, 9
epigastrium, 4, 6, 45
Essensial, 19
Estrogen, 25,26,32
GFR, 10
Hepatitis, 21
hidramnion, 2, 23
hipertensi, 1, 2, 3, 4,5, 6, 8, 9, 10,11, 46,52,71,84,105
Hypofise, 23
implantasi, 14
Indeks Massa Tubuh, 9
iskemia, 9, 53
Janin, 7, 11,12,14,15,16,17,18,20,22,23,25
kehamilan ganda, 2, 18
konsepsi, 14, 22

ligamentum, 24, 25
Lochea, 33
molahidatidosa, 1, 2
multigravida, 2, 21
neonatorum, 11, 17, 19
obstetric, 16, 18
Oliguria, 4, 6
output, 29, 30
ovum, 13
Penyakit jantung, 20
Perdarahan, 11, 20, 22, 50, 52, 60
Perineum, 34, 67
plasenta, 2, 3, 9, 11, 13, 20, 21, 22, 25, 31, 32, 33, 34, 44,
48
post partum, 1, 15, 33, 35, 37, 38, 39, 42, 43, 44, 98
Preeklampsia, 1
Prematur, 11
primigravida, 2, 7, 21, 22, 24
primipara, 33
progesteron, 23, 24, 35, 71, 101
Prostaglandin, 23
prostasiklin, 3
proteinuria, 1, 2, 10, 28, 40
Proteinuria, 4, 5, 6, 30, 45
reproduksi, 7, 15, 31, 32, 33
sensitifitas, 3
serviks, 21, 24, 25, 26, 29, 33
sexual, 18
sindrom, 1, 11
sistolik, 3, 4, 29, 46
sperma, 13
suprarenal, 9, 23
tetanus toxoid, 16
Tetanus Toxoid, 18, 19

trimester, 1, 4, 17,18,31,69
tromboplastin, 9
vagina, 28, 32, 37, 41
vasokonstriksi, 10
vasospasmus, 2, 6
vulva, 23,37,42,73
Zygote, 13

BIODATA PENGARANG

Haswita, S.Kp., M.Kes



Haswita, S.Kp., M.Kes lahir di Medan pada tanggal 22 Juni 1978. Lulus Sarjana Muda Ilmu Keperawatan dari Akademi Keperawatan RS. Haji Medan pada tahun 1999, lulus S1 Keperawatan dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Binawan Jakarta pada tahun 2005, dan lulus S2 Magister Kedokteran Keluarga dari Universitas Sebelas Maret, Surakarta pada tahun 2013

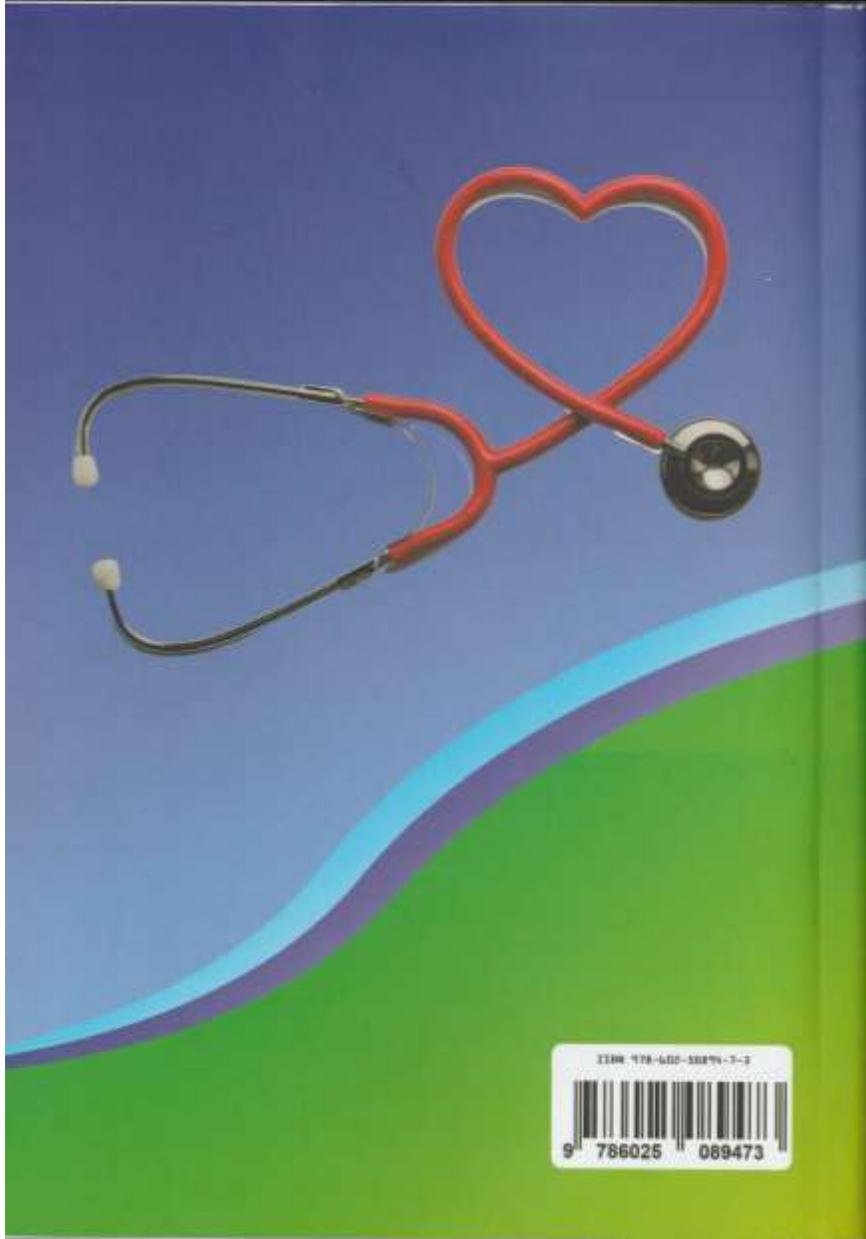
Sekarang sebagai Dosen di Akademi Kesehatan Rustida, Banyuwangi.

Eko Prabowo, S.Kep., Ns., M.Kes



Eko Prabowo, S.Kep., Ns., M.Kes lahir di Banyuwangi pada tanggal 31 Agustus 1977. Lulus Sarjana Muda Ilmu Keperawatan dari Akademi Keperawatan Kosgoro pada tahun 1998, lulus S1 Keperawatan dari Universitas Airlangga Surabaya pada tahun 2003, dan lulus S2 Magister Kedokteran Keluarga dari Universitas Sebelas Maret Surakarta pada tahun 2012.

Sekarang sebagai Dosen di Akademi Kesehatan Rustida, Banyuwangi.



ISBN 978-602-50874-3-3



9 786025 089473