

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PREEKLAMPSIA
BERAT (PEB) + *INTRA UTERINE FETALDEATH (IUFD)*
*POST OPERASI SECTIO CAESAREA (SC)***

(Di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah R.T. Notopuro Sidoarjo)



OLEH:

**NURUL BADIAH
246410022**

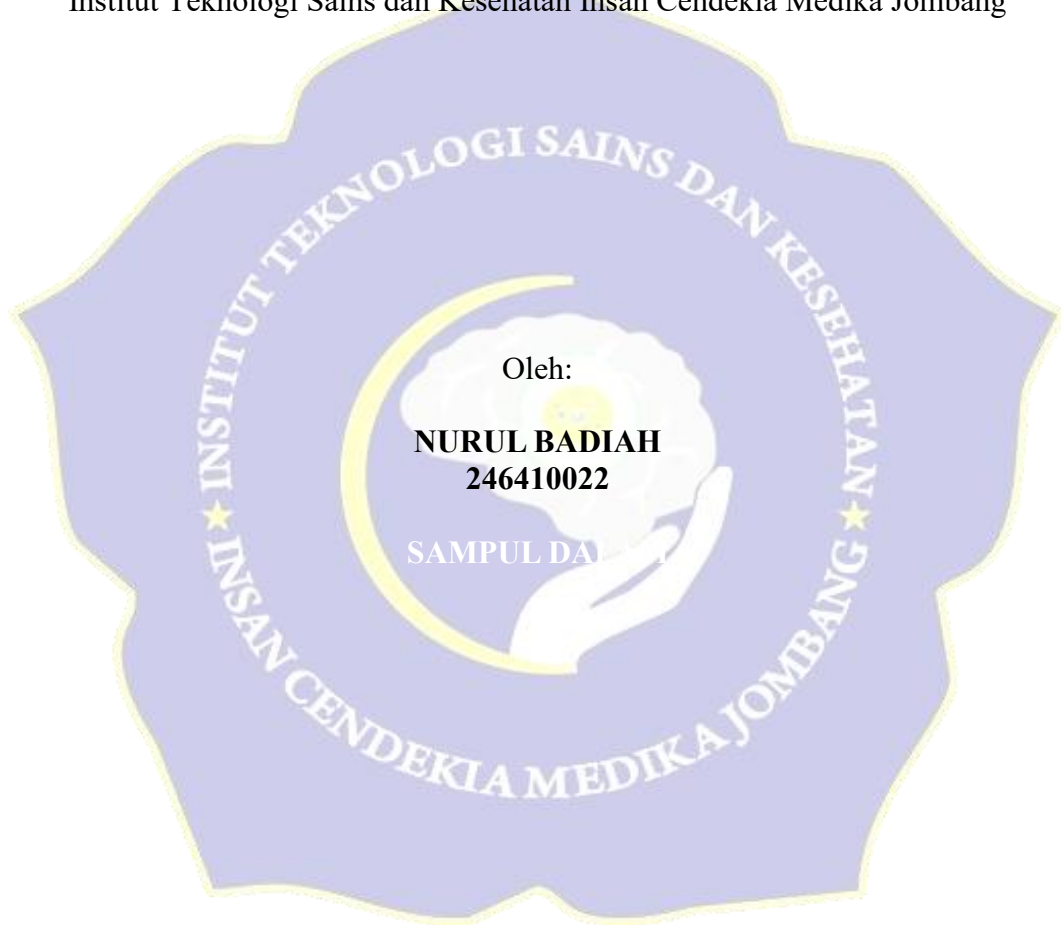
**FAKULTAS KESEHATAN PROGRAM STUDI PROFRSI NERS
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2025**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PREEKLAMPSIA
BERAT (PEB) + *INTRA UTERINE FETALDEATH (IUFD)*
*POST OPERASI SECTIO CAESAREA (SC)***

(Di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah R.T. Notopuro Sidoarjo)

KARYA ILMIAH AKHIR

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan
pada Program Studi Profesi Ners Fakultas Kesehatan
Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang



**FAKULTAS KESEHATAN PROGRAM STUDI PROFESI NERS
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG
JOMBANG
2025**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nurul Badi'ah

NIM : 246410022

Program Studi : Profesi Ners

Demi pengembangan ilmu pengetahuan menyatakan bahwa karya tulis ilmiah saya yang berjudul:

"Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Preeklampsia Berat (PEB) + *Intra Uterine Fetaldeath (IUFD) Post Operasi Sectio Caesarea (SC)* di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah R.T. Notopuro Sidoarjo".

Merupakan karya tulis ilmiah bukan milik orang lain yang secara keseluruhan adalah asli hasil karya penelitian penulis, kecuali teori maupun kutipan yang mana telah disebutkan sumbernya oleh penulis. Surat Pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila dikemudian hari terbukti pernyataan ini tidak benar, maka saya siap di proses sesuai hukum dan undang-undang yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 4 Agustus 2025

Yang Menyatakan
Peneliti



(Nurul Badi'ah)
NIM.246410022

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nurul Badi'ah

NIM : 246410022

Program Studi : Profesi Ners

Demi pengembangan ilmu pengetahuan menyatakan bahwa karya tulis ilmiah saya yang berjudul:

"Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Preeklampsia Berat (PEB) + *Intra Uterine Fetaldeath (IUFD) Post Operasi Sectio Caesarea (SC)* di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah R.T. Notopuro Sidoarjo".

Merupakan murni hasil karya tulis ilmiah yang ditulis oleh peneliti yang secara keseluruhan benar-benar orisinal dan bebas plagiasi, kecuali dalam bentuk teori maupun kutipan yang mana telah disebutkan sumbernya oleh penulis. Surat Pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila dikemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka saya bersedia mendapatkan sanksi sesuai undang-undang yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 4 Agustus 2025

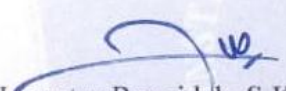
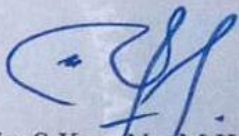
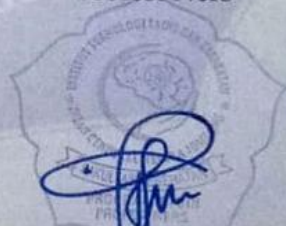
Yang Menyatakan
Peneliti


(Nurul Badi'ah)
NIM.246410022

LEMBAR PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR

Judul	: Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Preeklampsia Berat (PEB) + <i>Intra Uterine Fetaldeath (IUFD)</i> Post Operasi <i>Sectio Caesarea</i> (SC) di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah R.T. Notopuro Sidoarjo
Nama Mahasiswa	: Nurul Badiah
NIM	: 246410022
Program Studi	: Profesi Ners

TELAH DISETUJUI KOMISI PEMBIMBING

Pembimbing Ketua	Pembimbing Anggota
 <u>Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep</u> NIDN. 0723048301	 <u>Ifa Nofalia, S.Kep.,Ns.,M.Kep</u> NIDN. 071819004
Mengetahui,	
Dekan Fakultas Kesehatan	Ketua Program Studi
ITSKes ICMe Jombang	Profesi Ners
 <u>Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep</u> NIDN. 0723048301	 <u>Dwi Prasetyaningati, S.Kep.,Ns.,M.Kes</u> NIDN. 0726058101

LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir ini telah diajukan oleh:

Nama Mahasiswa : Nurul Badiah
NIM : 246410022
Program Studi : Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Preeklampsia Berat (PEB) + *Intra Uterine Fetaldeath (IUFD)* Post Operasi *Sectio Caesarea (SC)* di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah R.T. Notopuro Sidoarjo

Telah berhasil dipertahankan dan diuji di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Profesi Ners pada tanggal 4 Agustus 2025

Komisi Dewan Penguji,

Ketua Dewan Penguji : Hindyah Ike S., S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0707057901

Penguji I : Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0723048301

Penguji II : Ifa Nofalia, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 071819004

Mengetahui,

Dekan Fakultas Kesehatan
ITSKes ICMe Jombang



Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0723048301

Ketua Program Studi
Profesi Ners



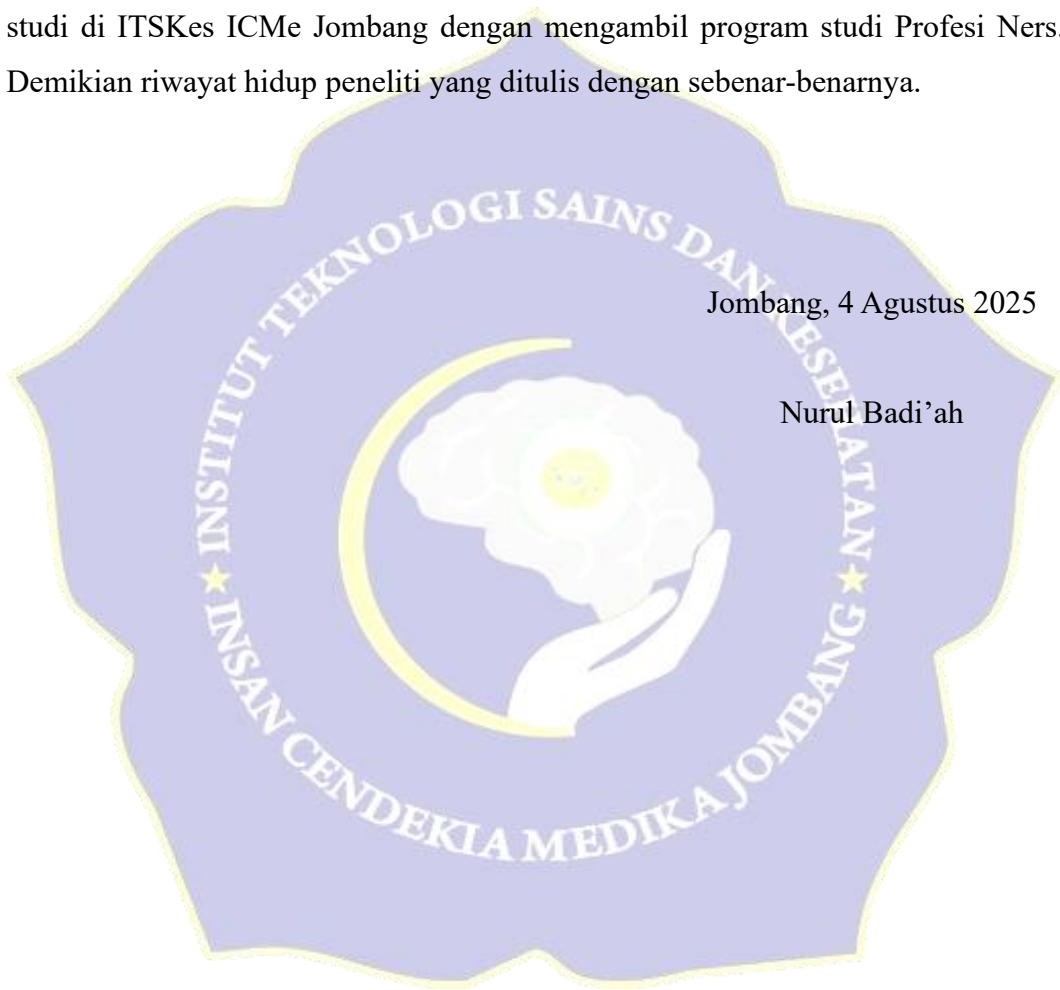
Dwi Prasetyaningati, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIDN. 0726058101

RIWAYAT HIDUP

Peneliti lahir di Kediri pada tanggal 18 November 2000 dari bapak Jumain dan ibu Asiyah, peneliti merupakan anak ketiga dari tiga bersaudara. Pada tahun 2007 peneliti lulus dari TK Salafiyah Banaran, 2014 peneliti lulus dari MI Salafiyah Banaran, tahun 2017 peneliti lulus dari MTs Al Fatah Badas, tahun 2020 peneliti lulus dari MA Al Fatah Badas, tahun 2024 peneliti lulus dari ITS Kes ICM dengan gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) dan pada tahun yang sama peneliti melanjutkan studi di ITS Kes ICM Jombang dengan mengambil program studi Profesi Ners. Demikian riwayat hidup peneliti yang ditulis dengan sebenar-benarnya.

Jombang, 4 Agustus 2025

Nurul Badi'ah



HALAMAN PERSEMBAHAN

Alhamdulillah puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan karuniaNya dan hidayahNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini sesuai dengan waktu yang dijadwalkan. Penulis persembahkan karya sederhana ini kepada:

1. Kedua malaikat tanpa sayap di hidup penulis, Ibu Asiyah dan Bapak Juma'in. Untuk setiap langkah lelah yang tak pernah kalian keluhkan, untuk setiap doa yang lirihnya mengiringi perjalanan ini, untuk setiap senyum yang menyembunyikan letih dan untuk setiap tetes air mata yang tak pernah kalian tunjukkan demi melihatku berdiri di titik ini. Terima kasih atas kasih sayang tanpa akhir, pengorbanan tanpa pamrih dan doa yang tak pernah terputus. Semoga karya sederhana ini menjadi persembahan kecil dari bakti yang tak akan pernah sebanding dengan semua yang telah kalian berikan.
2. Serta kakak-kakak terbaik penulis, Khoirun Nikmah dan Anang Nur Rohmat. Terima kasih telah menjadi saudara, sahabat, sekaligus penyemangat terbaik dalam setiap langkah penulis. Doa dan kasih kalian adalah kekuatan yang selalu menuntun penulis hingga di titik ini.
3. Untuk Diri Sendiri Nurul Badi'ah, yang telah melalui malam-malam penuh letih, menelan rasa ragu namun tetap melangkah. Terima kasih telah memilih bertahan ketika menyerah terasa lebih mudah. Terima kasih telah percaya bahwa setiap tetes keringat dan air mata akan berbuah manis pada waktunya. Apapun yang terjadi di masa depan jangan pernah berhenti berjuang, karena Allah Swt. serta do'a orang-orang yang menyayangimu selalu bersamamu.
4. Untuk sahabat-sahabat terbaik penulis, Putri Romadhoniatus Sholikhah, Tazqiatul Aulia dan Ika Putri Nur Milasari. Kehadiran kalian bukan hanya sebagai teman, tetapi juga keluarga yang Allah titipkan untuk menambah warna dan kekuatan dalam perjalanan ini. Tawa, doa, dan dukungan kalian adalah energi yang tak ternilai. Terima kasih telah menemani di saat senang, menguatkan di saat lemah, dan percaya saat aku meragukan diri sendiri. Semoga persahabatan ini selalu terjaga, dan semoga Allah membalas setiap kebaikan kalian dengan kebahagiaan yang tiada bertepe.

5. Untuk sahabat seperjuangan penulis, Nur Alfiyah dan Sandra Dewi Ilana, terima kasih telah berjalan bersama melewati hari-hari penuh cerita. Kita pernah lelah bersama, tertawa di tengah penat, bahkan menangis dalam diam. Kalian adalah bagian dari perjalanan yang membuat masa kuliah ini penuh warna dan makna. Semoga setiap kenangan yang kita ukir menjadi pengingat indah bahwa perjuangan ini layak dikenang, dan semoga Allah selalu merangkai persahabatan kita dalam kebaikan hingga akhir nanti.
6. Untuk orang terkasih, Virgi Awan yang telah kebersamaian penulis dan memberi warna dalam hidup penulis, yang kehadirannya menjadi rumah bagi hati dan senyumnya menjadi penyemangat di tengah rasa letih. Terima kasih telah menjadi cahaya, kekuatan, dan doa di setiap langkah penulis. Cinta dan kesabaranmu adalah anugerah terindah dalam perjalanan ini.
7. Ibu dosen pembimbing dan penguji, Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kes., Ifa Nofalia, S.Kep.,Ns.,M.Kep dan Hindyah Ike S., S.Kep.,Ns.,M.Kep. Terima kasih atas bimbingan, arahan, dan kesabaran yang telah Ibu berikan selama proses penyusunan karya ilmiah ini. Serta seluruh dosen ITSKes ICMe Jombang, terima kasih atas ilmu, bimbingan dan inspirasi yang menjadi bekal berharga bagi perjalanan penulis.
8. Pemerintah Republik Indonesia, melalui program KIP Kuliah, yang telah memberikan dukungan penuh dalam pembiayaan pendidikan penulis selama masa studi, sehingga penulis dapat menyelesaikan perkuliahan dengan baik.
9. Teman-teman Prodi Profesi Ners Angkatan 2024, terima kasih atas kebersamaan, dukungan, dan semangat yang telah kita bagi bersama. Perjalanan ini menjadi lebih berwarna dan bermakna karena tawa, kerja sama, dan persahabatan yang terjalin di antara kita.
10. Serta semua pihak yang telah membantu dan berperan dalam proses penelitian ini, terima kasih atas dukungan, bantuan, dan kerja sama yang telah diberikan. Setiap kebaikan yang tulus akan selalu menjadi bagian penting dari terselesaikannya karya sederhana ini.

MOTTO

“Tenang bukan berarti lemah, diam bukan berarti tak peduli —
aku hanya memilih untuk mendengar, memahami, dan berbicara saat kata-kata
benar-benar berarti.”

- Nurul Badi'ah -



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PREEKLAMPSIA
BERAT (PEB) + *INTRA UTERINE FETAL DEATH* (IUFD)
POST OPERASI SECTIO CAESAREA (SC)
(Di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah R.T. Notopuro Sidoarjo)**

Oleh:

Nurul Badiah, Inayatur Rosyidah, Ifa Nofalia
Profesi Ners Fakultas Kesehatan ITS Kes ICMe Jombang
nurulbadiah012@gmail.com

ABSTRAK

Pendahuluan: Preeklampsia berat (PEB) merupakan komplikasi kehamilan yang dapat menimbulkan risiko serius, termasuk *Intrauterine Fetal Death* (IUFD), sehingga sering membutuhkan penanganan melalui *sectio caesarea* (SC). Kondisi ini tidak hanya menimbulkan dampak fisik, tetapi juga psikologis pada ibu sehingga memerlukan asuhan keperawatan komprehensif. Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien *post SC* dengan PEB dan IUFD di ruang nifas RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo. **Metode:** Penelitian menggunakan metode studi kasus pada satu klien, Ny. A, usia 23 tahun, *post SC* hari ke-2 dengan PEB dan IUFD. Data dikumpulkan melalui studi dokumentasi, kemudian dianalisis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi. **Hasil:** Hasil pengkajian menunjukkan keluhan nyeri luka operasi (skala 7), gangguan tidur, nafsu makan menurun, pandangan buram, serta perfusi perifer tidak efektif (CRT > 2 detik, akral dingin, edema ekstremitas, tekanan darah 169/108 mmHg). Diagnosis keperawatan yang ditegakkan yaitu Nyeri Akut dan Perfusi Perifer Tidak Efektif. Intervensi difokuskan pada manajemen nyeri, pemberian analgesik, perawatan sirkulasi, dan pemantauan tanda vital. Implementasi dilakukan selama 3x24 jam sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Evaluasi menunjukkan adanya perbaikan signifikan: nyeri berkurang menjadi skala 3, kualitas tidur dan nafsu makan membaik, tekanan darah menurun menjadi 140/90 mmHg, perfusi perifer membaik ditandai CRT < 2 detik, akral hangat, serta edema berkurang. **Kesimpulan:** Asuhan keperawatan yang terstruktur dan berkesinambungan mampu mengatasi masalah nyeri akut dan perfusi perifer tidak efektif pada pasien *post SC* dengan PEB dan IUFD setelah dilakukan implementasi selama 3x24 jam. Hasil ini menegaskan pentingnya penerapan proses keperawatan berbasis standar untuk meningkatkan kualitas pemulihan pasien dengan komplikasi obstetrik kompleks.

Kata kunci: preeklampsia berat, IUFD, *sectio caesarea*, asuhan keperawatan

**NURSING CARE FOR PATIENTS WITH SEVERE PREECLAMPSIA +
INTRAUTERINE FETAL DEATH (IUFD)
POST SECTIO CAESAREA (SC)
(In the Maternity Ward of R.T. Notopuro Regional General Hospital Sidoarjo)**

By:

Nurul Badiah, Inayatur Rosyidah, Ifa Nofalia
Professional Nurse Program, Faculty of Health, ITS Kes ICM Jombang
nurulbadiah012@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: Severe preeclampsia was a pregnancy complication that posed serious risks, including intrauterine fetal death (IUFD), and often required management through section caesarea (SC). This condition caused both physical and psychological impacts on the mother; therefore, comprehensive nursing care was required. This study aimed to describe nursing care for a post SC patient with Severe preeclampsia and IUFD. **Methods:** This study used a case study method on Mrs. A, 23 years old, on the second day post SC with Severe preeclampsia and IUFD in the maternity ward of R.T. Notopuro Regional General Hospital Sidoarjo. Data were collected through study documentation, then analyzed using the nursing process approach, including assessment, diagnosis, intervention, implementation, and evaluation. **Results:** The assessment showed complaints of surgical wound pain (scale 7), sleep disturbance, decreased appetite, blurred vision, and ineffective peripheral perfusion (CRT > 2 seconds, cold extremities, edema, blood pressure 169/108 mmHg). The nursing diagnoses established were Acute Pain and Ineffective Peripheral Perfusion. Interventions included pain management, analgesic administration, circulation care, and vital sign monitoring. After 3x24 hours of nursing care, clinical improvements were observed: pain score decreased to 3, sleep and appetite improved, blood pressure stabilized (140/90 mmHg), capillary refill normalized (< 2 seconds), extremities became warm, and edema reduced. **Conclusion:** Structured nursing care effectively reduced acute pain and improved peripheral perfusion in post SC patients with Severe preeclampsia and IUFD within 3x24 hours of nursing care.

Keywords: severe preeclampsia, IUFD, section caesarea, nursing care

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat rahmat-Nya kami dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Preeklampsia Berat (PEB) + *Intra Uterine Fetaldeath (IUFD)* Post Operasi *Sectio Caesarea (SC)* di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah R.T. Notopuro Sidoarjo” ini dengan sebaik-baiknya. Karya Ilmiah Akhir ini digunakan setelah penulis melakukan penelitian. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gelar Ners (Ns) pada Program Studi Profesi Ners Fakultas Kesehatan ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang.

Karya Ilmiah Akhir ini telah banyak mendapat bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat Prof. Drs. Win Darmanto, M.Si.,Med.Sci.,Ph.D selaku Rektor ITSKes ICME Jombang, Dwi Prasetyaningati, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan, Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Dekan Fakultas Kesehatan ITSKes ICME Jombang serta selaku pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan serta motivasi kepada penulis dan Ifa Nofalia, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing kedua yang telah rela meluangkan waktu dan tenaganya untuk membantu dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.

Peneliti menyadari sepenuhnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih jauh dari sempurna, untuk itu perlunya masukan dan saran demi memperbaiki Karya Ilmiah Akhir ini.

Jombang, 4 Agustus 2025

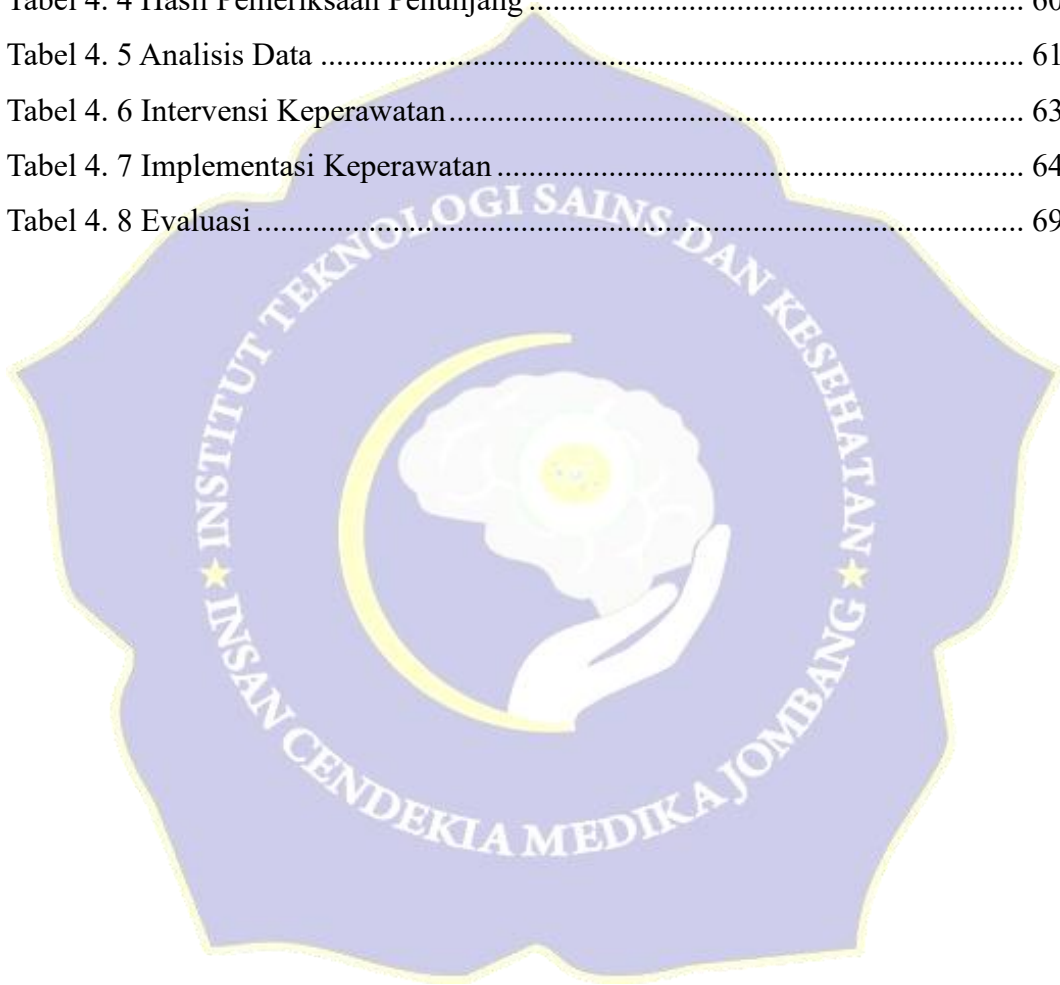
Penulis

DAFTAR ISI

SAMPUL LUAR.....	i
SAMPUL DALAM.....	ii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN.....	iii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR.....	v
LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR.....	vi
RIWAYAT HIDUP.....	vii
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	viii
MOTTO.....	x
ABSTRAK.....	xi
ABSTRACT.....	xii
KATA PENGANTAR.....	xiii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN.....	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan.....	4
1.4 Manfaat.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 <i>Sectio Caesarea (SC)</i>	6
2.2 <i>Intra Uterin Fetal Death (IUFD)</i>	9
2.3 Preeklampsia Berat (PEB).....	16
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan.....	22
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	47
3.1 Desain Penelitian.....	47
3.2 Batasan Istilah.....	47
3.3 Unit Analisis (Partisipan).....	48
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	48
3.5 Pengumpulan Data.....	49
3.6 Uji Keabsahan Data.....	49
3.7 Analisa Data.....	49
3.8 Etika Penelitian.....	51
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	52
4.1 Hasil.....	52
4.2 Pembahasan.....	73
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN.....	86
5.1 Kesimpulan.....	86
5.2 Saran.....	87
DAFTAR PUSTAKA.....	88
LAMPIRAN.....	90

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Diagnosa Keperawatan.....	30
Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan.....	36
Tabel 4. 1 Riwayat Kehamilan dan Persalinan Lalu	54
Tabel 4. 2 Aktivitas dan Latihan	56
Tabel 4. 3 Terapi Medis.....	60
Tabel 4. 4 Hasil Pemeriksaan Penunjang	60
Tabel 4. 5 Analisis Data	61
Tabel 4. 6 Intervensi Keperawatan.....	63
Tabel 4. 7 Implementasi Keperawatan	64
Tabel 4. 8 Evaluasi	69



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 <i>Pathway</i> Preeklampsia Berat.....	21
--	----



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan.....	90
Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	91
Lampiran 3 Lembar Penjelasan Penelitian.....	92
Lampiran 4 Format Asuhan Keperawatan.....	93
Lampiran 5 Lembar Bimbingan KIA Pembimbing 1.....	100
Lampiran 6 Lembar Bimbingan KIA Pembimbing 2.....	101
Lampiran 7 Hasil Uji Etik.....	102
Lampiran 8 Surat Pengecekan Judul KIA di Perpustakaan.....	103
Lampiran 9 Surat Keterangan Bebas Plagiasi.....	104
Lampiran 10 Hasil Turnitin Digital Receipt	105
Lampiran 11 Hasil Persentase Turnit	106
Lampiran 12 Surat Pernyataan Kesiapan Unggahan Karya Ilmiah Akhir.....	109



DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

Daftar Lambang

%	: persentase
>	: lebih dari
<	: kurang dari
≥	: lebih dari sama dengan
≤	: kurang dari sama dengan
°	: derajat

Daftar Singkatan

Kemkes RI	: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
WHO	: <i>World Health Organization</i>
SC	: <i>Sectio Caesarea</i>
PEB	: Preeklampsia Berat
IUFD	: <i>Intra Uterine Fetaldeath</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
KJDK	: Kematian Janin dalam Kandungan
BB	: Berat Badan
USG	: Ultrasonografi
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
SDKI	: Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
PPNI	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
C	: <i>Celsius</i>
RR	: <i>Respiratory Rate</i>
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
NRS	: <i>Numeric Rating Scale</i>
B.d	: Berhubungan dengan
Gr	: Gram

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan merupakan proses fisiologis yang diharapkan berakhir dengan persalinan yang aman bagi ibu maupun bayi. Namun demikian, tidak semua kehamilan berlangsung tanpa komplikasi. Salah satu gangguan kehamilan yang berisiko tinggi adalah preeklampsia berat (PEB). PEB ditandai dengan peningkatan tekanan darah $\geq 160/110$ mmHg yang disertai dengan proteinuria serta manifestasi klinis lain berupa gangguan fungsi organ, dan dapat menimbulkan dampak serius bagi ibu serta janin. Faktor utama yang mendasari terjadinya PEB yaitu gangguan perfusi plasenta, sehingga janin mengalami hipoksia kronis yang berpotensi menyebabkan kematian janin *intrauterin* (*Intra Uterine Fetal Death/IUFD*). Kondisi ini tidak hanya menimbulkan dampak psikologis yang signifikan bagi ibu, tetapi juga meningkatkan risiko terjadinya komplikasi medis seperti gangguan koagulasi dan infeksi. Dalam kasus demikian, salah satu intervensi yang dapat dilakukan adalah persalinan melalui operasi *sectio caesarea* (SC) (Sumaryati, Widodo, & Purwaningsih, 2023).

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) (2023) angka kejadian *sectio caesarea* (SC) secara global menunjukkan tren peningkatan, dari 21% pada tahun 2018, menjadi 23% pada tahun 2020, dan terus meningkat hingga mencapai 28,5% pada tahun 2023. Selain itu, WHO juga melaporkan bahwa sekitar 295.000 ibu hamil dan bayi baru lahir meninggal akibat preeklampsia berat maupun eklampsia, dengan persentase kematian mencapai 27%. Pada tahun yang sama,

WHO memperkirakan angka kematian janin di seluruh dunia berkisar antara 3,82 hingga 22,14 juta kasus. Di Indonesia, hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2023 menunjukkan bahwa prevalensi SC meningkat dari 15,3% pada tahun 2022 menjadi 17% pada tahun 2023. Sementara itu, berdasarkan data *Long Form* Sensus Penduduk tahun 2020, kasus lahir mati (*Intra Uterine Fetal Death/IUFD*) dihitung bersama dengan *stillbirth*, dengan angka kejadian sekitar 15 per 1.000 kelahiran hidup. Prevalensi preeklampsia berat di Indonesia diperkirakan berkisar antara 3,4% hingga 8,5%, dengan preeklampsia berat dan eklampsia menjadi penyebab kematian ibu sebesar 15–25%. Data tahun 2023 juga mencatat jumlah kematian ibu akibat preeklampsia di Indonesia mencapai 7.389 kasus, meningkat dibandingkan tahun sebelumnya yang berjumlah 4.200 kasus (Pangesti Dwi et al., 2023). Lebih lanjut, hasil pengumpulan data di RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo menunjukkan adanya 120 kasus preeklampsia berat dan 60 kasus IUFD setiap bulan. Khusus di ruang nifas RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo, pada periode Desember 2024 hingga Januari 2025, tercatat sebanyak 15 pasien dengan preeklampsia berat dan 5 pasien dengan IUFD.

Preeklampsia berat (PEB) merupakan salah satu komplikasi serius pada masa kehamilan yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah $\geq 160/110$ mmHg. Manifestasi klinis yang umum dijumpai meliputi edema pada wajah dan ekstremitas serta proteinuria. Apabila tidak ditangani secara tepat, kondisi ini berpotensi berkembang menjadi eklampsia maupun persalinan prematur. Salah satu intervensi yang kerap dilakukan pada kasus kehamilan dengan komplikasi termasuk PEB, yaitu persalinan melalui *sectio caesarea* (SC) (Dinas Kesehatan Aceh, 2023). Apabila tidak mendapat penanganan segera, PEB dapat menyebabkan kematian ibu

maupun janin, termasuk terjadinya *Intrauterine Fetal Death* (IUFD). Tindakan SC pada kasus IUFD bertujuan untuk mengeluarkan janin yang telah meninggal dari dalam rahim guna mencegah komplikasi lebih lanjut pada ibu. Meskipun prosedur ini diharapkan dapat menjaga keselamatan dan kesehatan ibu, tetap terdapat potensi risiko komplikasi, baik fisik maupun psikologis. Risiko fisik yang dapat muncul antara lain syok hipovolemik, nyeri pascaoperasi, infeksi, serta keterbatasan mobilisasi. Sementara itu, risiko psikologis dapat berupa gangguan emosi maupun keterlambatan pemulihan pascaoperasi (Rahmaningtyas, 2020).

Sectio caesarea (SC) merupakan salah satu intervensi medis yang direkomendasikan bagi ibu hamil dengan komplikasi preeklampsia berat maupun kasus *intrauterine fetal death* (IUFD). Tindakan ini bertujuan untuk menjaga stabilitas kondisi ibu, namun seringkali menimbulkan tantangan dalam proses pemulihan, khususnya pada fase perawatan di ruang nifas. Pada periode ini, pasien memerlukan asuhan keperawatan yang komprehensif dan berkesinambungan, meliputi pemantauan kondisi pascaoperasi, pengendalian tekanan darah, pemenuhan kebutuhan dasar, pemberian dukungan psikologis akibat kehilangan bayi, serta upaya pencegahan komplikasi lanjutan seperti infeksi dan perdarahan. Oleh karena itu, evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan menjadi penting sebagai dasar dalam upaya peningkatan mutu pelayanan di ruang nifas.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah gambaran asuhan keperawatan pada pasien dengan preeklampsia berat (PEB) + *intra uterine fetaldeath* (IUFD) post operasi *sectio caesarea* (SC) di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah R.T. Notopuro Sidoarjo?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Mengidentifikasi gambaran asuhan keperawatan pada pasien preeklampsia berat (PEB) + *intra uterine fetaldeath (IUFD)* post operasi *sectio caesarea (SC)* di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah R.T. Notopuro Sidoarjo.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi gambaran pengkajian keperawatan pada pasien preeklampsia berat (PEB) + *intra uterine fetaldeath (IUFD)* post operasi *sectio caesarea (SC)*.
2. Mengidentifikasi gambaran diagnosis keperawatan pada pasien preeklampsia berat (PEB) + *intra uterine fetaldeath (IUFD)* post operasi *sectio caesarea (SC)*.
3. Mengidentifikasi gambaran intervensi keperawatan pada pasien preeklampsia berat (PEB) + *intra uterine fetaldeath (IUFD)* post operasi *sectio caesarea (SC)*.
4. Mengidentifikasi gambaran implementasi keperawatan pada pasien preeklampsia berat (PEB) + *intra uterine fetaldeath (IUFD)* post operasi *sectio caesarea (SC)*.
5. Mengidentifikasi gambaran evaluasi keperawatan pada pasien preeklampsia berat (PEB) + *intra uterine fetaldeath (IUFD)* post operasi *sectio caesarea (SC)*.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan bisa menjadi referensi dalam memperkaya khasanah ilmu keperawatan, khususnya di bidang kesehatan ibu dan bayi, terutama terkait pemberian pelayanan keperawatan pada pasien dengan preeklampsia berat (PEB) dan *intrauterine fetal death (IUFD)* pasca operasi *sectio caesarea (SC)*.

1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan bisa meningkatkan pemahaman serta menjadi acuan dalam praktik pemberian asuhan keperawatan, sehingga mampu memperbaiki kualitas pelayanan, khususnya pada pasien *post sectio caesarea (SC)* dengan preeklampsia berat (PEB) dan *intrauterine fetal death (IUFD)*.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Sectio Caesarea (SC)*

2.1.1 Definisi *Sectio Caesarea (SC)*

Operasi *sectio caesarea* merupakan prosedur pembedahan untuk melahirkan janin melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus, dengan ketentuan bahwa uterus dalam kondisi utuh serta berat janin minimal 500 gr (Rahimi, 2021).

2.1.2 Indikasi

Menurut Ślabuszezwska-Józwiak *et al.*, (2020) indikasi medis *sectio caesarea* didasarkan pada tiga faktor, yaitu faktor ibu, uteroplasenta, dan janin.

1. Faktor ibu

Faktor maternal yang menjadi dasar pertimbangan tindakan *sectio caesarea* dapat dikategorikan menjadi indikasi absolut dan indikasi relatif. Indikasi absolut mencakup kegagalan induksi persalinan, distosia, serta disproporsi sefalopelvik. Sementara itu, indikasi relatif meliputi persalinan sesar elektif dan adanya penyakit maternal, antara lain preeklampsia berat, penyakit jantung, diabetes melitus, maupun kanker serviks.

2. Faktor uteroplasenta

Faktor uteroplasenta terbagi menjadi indikasi absolut dan relatif. Indikasi absolut mencakup riwayat *sectio caesarea* klasik, ruptur uteri, obstruksi jalan lahir akibat mioma, plasenta previa, dan abrupsio plasenta luas. Indikasi relatif meliputi riwayat miomektomi dengan ukuran besar serta presentasi tali pusat yang tidak normal saat persalinan.

3. Faktor janin

Indikasi janin untuk tindakan *sectio caesarea* terbagi menjadi indikasi absolut dan indikasi relatif. Indikasi absolut meliputi gawat janin, malpresentasi, makrosomia, serta kelainan kongenital seperti hidrocefalus. Sementara itu, indikasi relatif mencakup permintaan pasien meskipun persalinan pervaginam masih memungkinkan.

2.1.3 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang diberikan pada pasien *Post SC* diantaranya:

1. Penatalaksanaan secara medis

- a. Pemberian analgesik setiap tiga hingga empat jam atau sesuai kebutuhan, misalnya asam mefenamat, ketorolak, atau tramadol.
- b. Pemberian transfusi darah apabila terjadi perdarahan hebat pada area insisi.
- c. Pemberian antibiotik, seperti sefotaksim, seftriakson, dan sejenisnya. Meskipun efektivitas penggunaan antibiotik pada prosedur *sectio caesarea* masih diperdebatkan, pemberian antibiotik umumnya tetap direkomendasikan.
- d. Pemberian cairan parenteral, antara lain *ringer laktat* dan natrium klorida.

2. Penatalaksanaan secara keperawatan

- a. Melakukan pemeriksaan dan pencatatan tanda-tanda vital setiap 15 menit pada satu jam pertama, kemudian setiap 30 menit selama 4 jam berikutnya.
- b. Melaksanakan pemantauan ketat terhadap perdarahan dan produksi urin.
- c. Mobilisasi: pada hari pertama pascaoperasi pasien dibantu untuk bangun dari tempat tidur minimal dua kali, sedangkan pada hari kedua pasien diharapkan sudah mampu berjalan ke kamar mandi secara mandiri.

- d. Pemulangan: pasien dapat dipulangkan pada hari kelima pascaoperasi apabila tidak ditemukan adanya komplikasi.

2.1.4 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium

Penurunan kadar hemoglobin, dengan nilai rujukan normal pada wanita hamil yaitu 12–14 g/dL, peningkatan hematokrit dengan nilai rujukan 37–43%, serta penurunan jumlah trombosit dengan nilai rujukan 150.000–450.000/mm³, merupakan indikator penting dalam pemeriksaan laboratorium. Hematokrit sendiri merupakan persentase volume eritrosit dalam 100 mL darah.

Secara umum, trombosit memiliki masa hidup sekitar satu minggu dalam sirkulasi darah. Perannya sangat penting dalam mempertahankan integritas vaskular serta menunjang proses hemostasis. Secara morfologis, trombosit dapat ditemukan dalam dua bentuk, yaitu trombosit raksasa (*giant platelet*) dan trombosit yang bergerombol (*platelet clumping*). Kondisi trombositosis umumnya tidak menimbulkan gejala, namun pada sebagian kasus dapat berkembang menjadi kelainan mieloproliferatif. Sebaliknya, jumlah trombosit yang rendah atau trombositopenia dapat disebabkan oleh berbagai kondisi, antara lain sindrom HELLP, demam berdarah, koagulasi intravaskular diseminata (KID/DIC), supresi sumsum tulang, maupun idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP).

2. Urinalisis

Proteinuria merupakan salah satu temuan pada pemeriksaan urin pada pasien dengan preeklampsia. Peningkatan berat badan dan edema terjadi akibat penimbunan cairan dalam ruang interstisial. Pada kondisi ini, kadar aldosteron

dan prolaktin lebih tinggi dibandingkan dengan kehamilan normal. Selain itu, peningkatan permeabilitas pembuluh darah terhadap protein menyebabkan peran aldosteron menjadi penting dalam mempertahankan volume plasma serta mengatur retensi garam dan natrium.

3. Pemeriksaan fungsi hati

- a. Bilirubin meningkat (N-1 mg/dl)
- b. Laktat dehidrogenase (LDH) meningkat
- c. Aspartat aminotransferase (AST) > 60 u/l
- d. Serum Glutamat piruvat transaminase (SGPT) meningkat (N=15-45)
- e. Serum glutamat oxaloacetic transaminase (SGOT) meningkat (N=<31 u/l)
- f. Total protein serum menurun (N-6,7-8.7 g/dl) (Wahdi, 2021)

2.1.5 Komplikasi SC

Komplikasi dari tindakan *sectio caesarea* menurut Oxorn, H., & Forte. (2020), adalah sebagai berikut:

1. Pendarahan, yang bisa terjadi karena aton uterus, pembukaan luka pada rahim, kesulitan dalam melepas plasenta, serta hematoma pada ligamen lebar.
2. Infeksi puerperal, seperti pada saluran genital, luka operasi, saluran kemih, paru-paru, dan saluran pernapasan atas.
3. Trombophlebitis.
4. Cedera, dengan atau tanpa fistula, seperti pada saluran kemih dan usus.

2.2 Intra Uterin Fetal Death (IUFD)

2.2.1 Pengertian IUFD (*Intra Uterin Fetal Death*)

Kematian Janin dalam Kandungan (KJK/IUFD) didefinisikan sebagai kondisi ketika janin tidak menunjukkan tanda-tanda kehidupan di dalam rahim.

Kejadian ini dapat terjadi pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu maupun setelah 20 minggu. Secara lebih spesifik, KJK merujuk pada kematian janin selama masa kehamilan sebelum persalinan dimulai, yaitu pada usia kehamilan ≥ 28 minggu atau dengan berat janin ≥ 1000 gram. (Sinopsis Obstetri, hal: 224).

Intrauterine Fetal Death (IUFD) didefinisikan sebagai kematian janin di dalam rahim dengan usia kehamilan ≥ 20 minggu atau berat janin ≥ 500 gram. Kondisi ini terjadi setelah usia kehamilan melewati 20 minggu, namun sebelum proses persalinan dimulai (Nasdaldy, Sp. OG).

2.2.2 Tanda dan Gejala IUFD

Menurut Suryaningsih dkk. (2021), tanda gejala dari kematian janin yaitu:

1. Riwayat, Tidak ada gerakan janin yang dirasakan selama tiga hari, tidak terjadi pembesaran perut, keluar cairan vagina berwarna coklat secara intermiten, serta pembesaran payudara.

2. Pemeriksaan klinis

Ukuran uterus lebih kecil dari yang seharusnya sesuai usia kehamilan.

3. Pemeriksaan hormonal

Penurunan signifikan kadar estriol dalam urin atau darah yang mencerminkan gangguan fungsi plasenta.

4. Pemeriksaan ultrasonografi (USG)

Tidak terdeteksi denyut jantung maupun pernapasan janin, tidak ada pergerakan tubuh atau ekstremitas janin, tidak terjadi peningkatan diameter biparietal setelah usia kehamilan 30 minggu, terlihat tumpang tindih struktur tulang, gambaran struktur janin tidak jelas, serta adanya penumpukan tulang tengkorak dan penurunan cairan ketuban yang abnormal.

2.2.3 Etiologi IUFD

Kasus kematian janin 25-60% penyebabnya belum jelas. Kematian janin bisa disebabkan oleh faktor maternal, janin atau kelainan patologik pada plasenta yaitu sebagai berikut:

a. Faktor maternal

Kehamilan *post-term* (> 42 minggu), diabetes melitus tidak terkontrol, *systemic lupus erythematosus* (SLE), infeksi, hipertensi, preeklampsia, eklampsia, hemoglobinopati, usia ibu lanjut, penyakit rhesus, perdarahan uterus, sindrom antifosfolipid, hipotensi akut pada ibu, serta kematian maternal.

b. Faktor fetal (janin)

Kehamilan kembar, pertumbuhan janin terhambat (*intrauterine growth restriction/IUGR*), kelainan kongenital, gangguan genetik, serta infeksi.

c. Faktor plasenta

Kelainan tali pusat, lepasnya plasenta, ketuban pecah dini, vasa previa.

d. Faktor risiko kematian janin dalam rahim (IUFD) meningkat pada ibu dengan usia >40 tahun, riwayat infertilitas, paparan zat kimia dalam tubuh, riwayat kelahiran bayi dengan berat lahir rendah, adanya infeksi maternal (misalnya *Ureaplasma urealyticum*) obesitas, serta usia paternal yang lanjut (Prawirohardjo, 2022).

2.2.4 Patofisiologi IUFD

Terdapat sejumlah faktor yang dapat menyebabkan terjadinya kematian janin dalam kandungan (IUFD), antara lain:

1. Hipertensi atau tekanan darah tinggi
2. Preeklampsia dan eklampsia

3. Perdarahan.

Kewaspadaan perlu ditingkatkan apabila ibu mengalami perdarahan berat akibat plasenta previa (plasenta menutupi jalan lahir) atau solusio plasenta (lepasnya plasenta dari tempat implantasinya di rahim sebelum bayi lahir). Kondisi tersebut dapat menyebabkan penurunan kadar hemoglobin pada janin dan berpotensi mengakibatkan kematian janin dalam kandungan.

4. Kelainan kongenital (bawaan) bayi

Salah satu kondisi yang dapat menyebabkan kematian janin dalam kandungan yaitu hydrops fetalis, atau kondisi penumpukan cairan pada tubuh janin yang dapat mengganggu pernapasan, membebani kerja jantung, serta menimbulkan pembengkakan tubuh atau kelainan paru-paru, sehingga berisiko menyebabkan kematian janin.

5. Ketidakcocokan golongan darah ibu dan janin

Umumnya terjadi pada golongan darah A, B, dan O, misalnya ketika janin memiliki golongan darah A atau B sementara ibu bergolongan darah O, atau sebaliknya. Kondisi ini muncul karena aliran darah ibu dan janin saling berhubungan melalui plasenta, sehingga apabila terjadi ketidakcocokan, tubuh ibu akan membentuk antibodi terhadap sel darah janin.

6. Janin yang hiperaktif

Gerakan janin yang berlebihan terutama ke satu arah, dapat menyebabkan tali pusat menjadi terlilit. Kondisi ini berpotensi menghambat aliran darah yang membawa oksigen dan nutrisi dari plasenta ke janin. Selain itu, adanya simpul pada tali pusat juga dapat mengganggu pergerakan janin. Hingga saat ini, lilitan

atau simpul tali pusat belum dapat dideteksi secara pasti, sehingga kewaspadaan terhadap gejala yang tidak biasa selama kehamilan sangat diperlukan.

7. Gawat janin

Penurunan kebutuhan oksigen janin dapat terjadi ketika cairan amnion berkurang, sehingga tali pusat tertekan di antara janin dan dinding rahim ibu. Kondisi ini dapat menghambat aliran oksigen dari ibu ke janin dan berisiko menyebabkan asfiksia. Deteksi dapat dilakukan melalui *cardiotocography (CTG)*, yang umumnya menunjukkan peningkatan frekuensi denyut jantung janin pada awalnya, kemudian menurun hingga di bawah nilai normal.

8. Kehamilan lewat waktu (*postterm*)

Kehamilan *post-term* (>42 minggu) berisiko menimbulkan penurunan fungsi plasenta akibat proses penuaan, sehingga janin mengalami kekurangan oksigen dan nutrisi. Pada kondisi ini, cairan amnion dapat menjadi kental berwarna hijau dan berpotensi masuk ke paru-paru janin. Pemeriksaan ultrasonografi dengan *color Doppler* dapat digunakan untuk menilai aliran darah melalui arteri umbilikal. Jika ditemukan gangguan, kehamilan perlu segera diakhiri melalui induksi. Oleh karena itu, penentuan usia kehamilan secara akurat sejak awal hingga akhir dengan USG sangat penting dilakukan.

9. Infeksi saat hamil

Selama kehamilan, menjaga kondisi fisik yang optimal sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi bakteri maupun virus. Demam tinggi pada ibu berisiko membahayakan janin, karena janin tidak mampu mengimbangi peningkatan suhu tubuh ibu.

10. Kelainan kromosom

Kelainan kromosom merupakan kelainan bawaan yang dapat menyebabkan kematian janin. Kondisi ini biasanya terdeteksi melalui autopsi, karena pemeriksaan kromosom saat kehamilan jarang dilakukan akibat biaya tinggi dan risiko infeksi maupun persalinan prematur (Nurizka, 2021).

2.2.5 Pemeriksaan Penunjang IUFD

1. Pemeriksaan Lab

- a. Reaksi biologis dengan hasil negatif setelah 10 hari janin meninggal.
- b. Hipofibrinogenemia dapat ditemukan setelah 4–5 minggu janin meninggal.

2. Pemeriksaan Tambahan

a. USG:

- 1) Tidak terdapat gerakan janin.
- 2) Tidak terdeteksi denyut jantung janin.
- 3) Tampak adanya bekuan darah pada ruang jantung janin

b. X-Ray :

- 1) Tanda *Spalding* (+): terlihat tulang-tulang tengkorak janin saling bertumpukan (*overlapping*) akibat pencairan otak.
- 2) Tanda *Nanjouk* (+): tulang punggung janin tampak sangat melengkung.
- 3) Tanda *Robert* (+): terlihat gelembung-gelembung gas pada pembuluh darah besar.
- 4) Tanda-tanda ini umumnya muncul setelah janin meninggal setidaknya 12 jam.

c. Adanya akumulasi gas dalam jantung dan pembuluh darah besar janin.

2.2.6 Klasifikasi IUFD

ematian janin dapat diklasifikasikan menjadi empat kategori, yaitu:

1. Kategori I: kematian janin sebelum kehamilan mencapai 20 minggu penuh.
2. Kategori II: kematian janin pada usia kehamilan antara 20–28 minggu.
3. Kategori III: kematian janin setelah usia kehamilan lebih dari 28 minggu (kematian janin yang terlambat).
4. Kategori IV: kematian janin yang tidak dapat dimasukkan ke dalam ketiga kategori sebelumnya.

2.2.7 Komplikasi IUFD

1. Kematian janin dapat menyebabkan kerusakan pada plasenta dan desidua, sehingga tromboplastin masuk ke dalam sirkulasi maternal. Proses ini memicu aktivasi koagulasi intravaskular melalui agregasi trombosit pada lapisan endotel pembuluh darah, yang berlanjut menjadi pembekuan darah luas. Kondisi ini dapat berkembang menjadi *disseminated intravascular coagulation (DIC)* dan hipofibrinogenemia (kadar fibrinogen <100 mg%), biasanya muncul setelah 4–5 minggu pasca IUFD.
2. Kehamilan normal, kadar fibrinogen berkisar antara 300–700 mg%. Defisiensi fibrinogen dapat menimbulkan perdarahan masif pasca persalinan, sedangkan proses kelahiran umumnya terjadi 2–3 minggu pasca kematian janin.
3. IUFD juga dapat menimbulkan dampak psikologis yang signifikan pada ibu, yang umumnya muncul lebih dari dua minggu setelah kematian janin terjadi.

2.3 Preeklampsia Berat (PEB)

2.3.1 Definisi Preeklampsia Berat (PEB)

Preeklampsia merupakan gangguan kehamilan yang ditandai dengan hipertensi, edema, dan proteinuria akibat proses gestasi. Kondisi ini umumnya muncul pada trimester ketiga, meskipun dapat terjadi lebih awal, termasuk pada kasus kehamilan ektopik (Wiknjosastro, 2020).

Preeklampsia berat didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg atau diastolik ≥ 110 mmHg pada dua kali pemeriksaan dengan jarak minimal enam jam dalam posisi terlentang (Bobak, 2021).

Dengan demikian, *post-sectio caesarea* pada preeklampsia berat adalah periode setelah persalinan melalui pembedahan abdomen dan uterus pada ibu dengan kondisi hipertensi, edema, serta proteinuria.

2.3.2 Etiologi

Penyebab preeklampsia berat hingga saat ini belum diketahui secara pasti. Secara umum, kondisi ini diduga berhubungan dengan iskemia plasenta yang disertai spasme arteriolus, retensi natrium dan air, serta aktivasi koagulasi intravaskular (Wiknjosastro, 2020).

Penyebab preeklampsia berat sampai sekarang belum diketahui, telah terdapat teori yang mencoba menerangkan sebab musabab penyakit tersebut, akan tetapi tidak ada yang dapat memberi jawaban yang memuaskan. Teori yang dapat diterima antara lain :

1. Sebab bertambahnya frekuensi pada primigraviditas, kehamilan ganda, hidromnion, dan molahidatidosa
2. Sebab bertambahnya frekuensi dan makin tuanya kehamilan

3. Sebab dapat terjadinya, perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dan uterus
4. Sebab timbulnya hipertensi, edema, proteinuria, kejang dan koma

Menurut Hanifa (2022), faktor predisposisi yang perlu diwaspadai meliputi nulliparitas, riwayat keluarga dengan preeklampsia atau eklampsia, kehamilan ganda, diabetes, hipertensi, serta kehamilan mola.

2.3.3 Potofisiologi

Fisiopatologi preeklampsia berat berkaitan erat dengan proses fisiologis kehamilan. Pada kehamilan normal, terjadi adaptasi berupa peningkatan volume plasma, vasodilatasi, penurunan resistensi vaskular sistemik, peningkatan curah jantung, serta penurunan tekanan osmotik koloid. Sebaliknya, pada preeklampsia volume plasma menurun sehingga terjadi hemokonsentrasi dan peningkatan hematokrit maternal. Kondisi ini mengganggu perfusi plasenta-janin. Vasospasme yang berulang memperburuk perfusi organ, menyebabkan hemolisis sel darah merah, serta menurunkan kapasitas pengangkutan oksigen ibu.

Operasi *sectio caesarea* dapat menjadi salah satu pilihan intervensi pada kasus preeklampsia berat. Sebelum tindakan, diperlukan persiapan yang mencakup pemberian anestesi, pemasangan kateter, dan prosedur anestesi lanjutan sebelum dilakukan operasi.

Operasi *sectio caesarea* memengaruhi dua aspek utama. Pertama, aspek akibat tindakan medis, meliputi efek anestesi, luka operasi, dan masa nifas. Anestesi dapat memengaruhi peristaltik usus, fungsi otot pernapasan, serta kemampuan mengendalikan refleks muntah. Luka operasi menimbulkan perdarahan, nyeri, dan penurunan daya tahan tubuh. Pada masa nifas, kontraksi uterus, lochia, dan

produksi ASI turut dipengaruhi. Kontraksi uterus yang berlebihan menimbulkan nyeri hebat, sedangkan lochia berlebihan meningkatkan risiko perdarahan. Produksi ASI dipicu oleh rangsangan hormon progesteron dan estrogen terhadap kelenjar mammae.

Kedua, aspek fisiologis psikososial, yang terbagi dalam tiga tahap: (1) tahap menerima, terjadi pada 1–2 hari pascapersalinan, ketika ibu sangat bergantung pada orang lain; (2) tahap mengambil, umumnya pada hari ketiga, ditandai dengan kemampuan ibu memenuhi kebutuhan diri dan mulai merawat bayi; (3) tahap melepaskan, ketika ibu dan keluarga beradaptasi dengan peran serta interaksi baru dalam keluarga (Prawiroharjo, 2022).

2.3.4 Klasifikasi

Menurut Syahadatina *et al.*, (2021) preeklampsia terbagi menjadi:

1. Preeklampsia Ringan

Ditandai dengan peningkatan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg dalam posisi terlentang, edema pada tungkai, jari tangan, dan kaki, peningkatan berat badan ≥ 1 kg, serta proteinuria $\geq 0,3$ mg/L.

2. Preeklampsia Berat

Ditandai dengan tekanan darah $\geq 160/110$ mmHg, oliguria (< 400 cc/24 jam), gangguan penglihatan, edema paru, gangguan serebral, nyeri epigastrium, perdarahan retina, dan trombositopenia.

3. Eklampsia

Eklampsia merupakan manifestasi paling berat dari preeklampsia, ditandai dengan kejang tonik-klonik yang disertai hipertensi, tanpa adanya penyebab neurologis atau sistemik lain, seperti epilepsi, ketidakseimbangan elektrolit,

atau ensefalitis (Ari Lestari et al., 2019). Kondisi ini muncul secara tiba-tiba pada ibu hamil, saat persalinan, maupun masa nifas, biasanya didahului oleh gejala preeklampsia, dan sering disertai kehilangan kesadaran atau koma.

Menurut Verschueren *et al.* (2020) kasus eklampsia di afrika 72 perempuan (37/10.00~0 kelahiran hidup) teridentifikasi, termasuk dua kematian ibu (kasus fat~alitas 2,8%). Nulliparitas, keturunan Afrika dan remaja dikaitkan dengan eklampsia. Remaja dengan eklampsia memiliki tekanan darah yang jauh lebih rendah (15~0/100 mmHg) dibandingkan wanita dewasa (168/105 mmHg). Kejang pertama terjadi *ante partum* pada 54%, *intrapartum* pada 19%, dan *postpartum* pada 26%. Kejang berulang diamati pada 60%. MgSO₄ diberikan kepada 99% wanita; namun 26% tidak menerima dosis awal dan, pada 22% kasus, durasi MgSO₄.

2.3.5 Manifestasi Klinis

Menurut Bobak (2020), tanda-tanda preeklampsia berat meliputi:

1. Tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan diastolik ≥ 110 mmHg pada dua kali pemeriksaan dengan jarak minimal 6 jam dalam posisi berbaring.
2. Proteinuria ≥ 5 gram/24 jam atau $\geq +3$ pada pemeriksaan urine bersih acak sebanyak dua kali dengan selang ≥ 4 jam.
3. Oliguria dengan volume urine < 400 mL/24 jam.
4. Gangguan neurologis, seperti perubahan fungsi otak atau gangguan penglihatan.
5. Nyeri epigastrium.
6. Edema paru atau sianosis.

2.3.6 Faktor-Faktor Preeklampsia Berat

Menurut Rika Gisella (2023) faktor penyebab preeklampsia berat terbagi menjadi faktor internal dan eksternal:

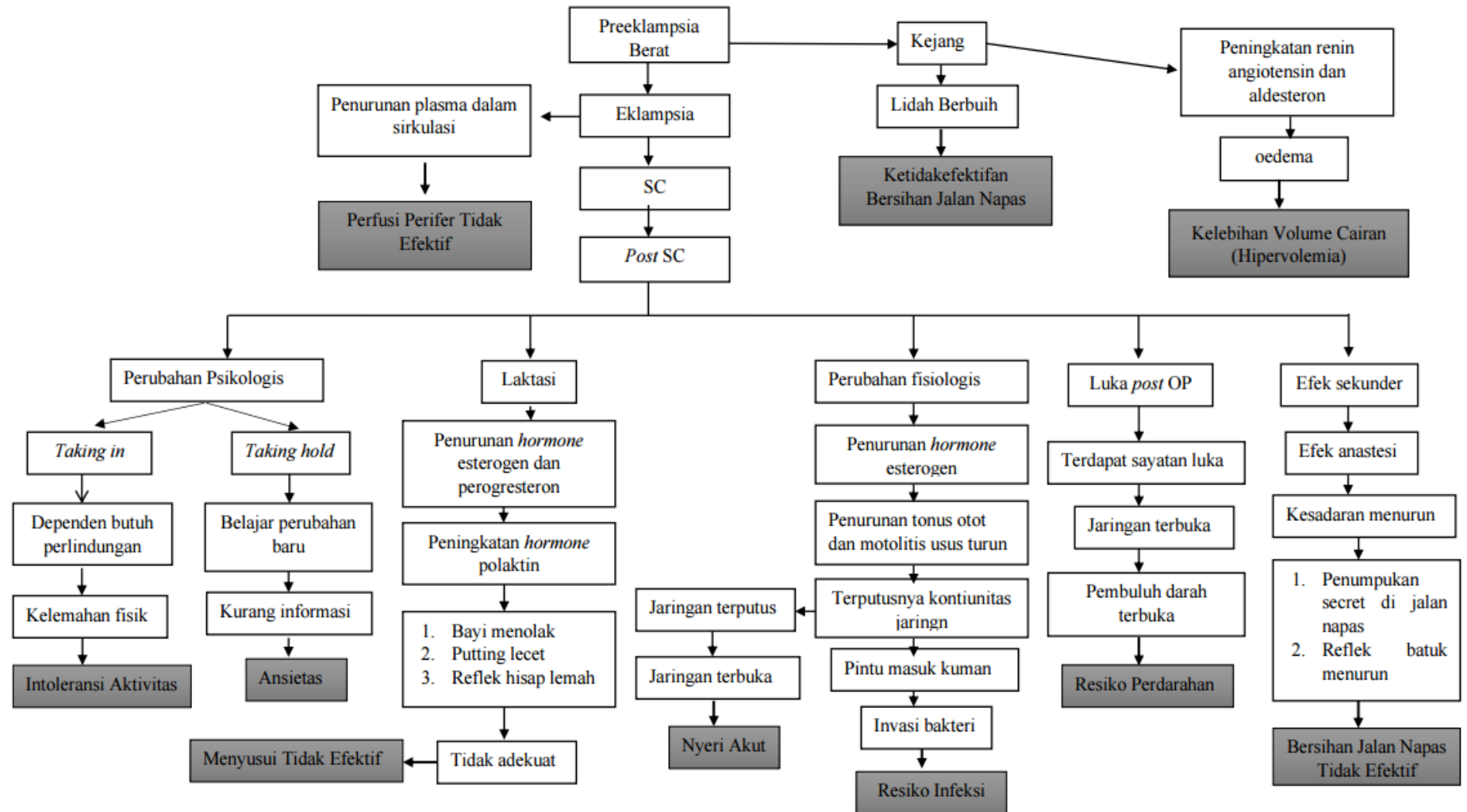
1. Faktor internal (maternal) mencakup usia ibu, obesitas, paritas, jarak antar kehamilan, riwayat keluarga, riwayat preeklampsia sebelumnya, stres dan kecemasan, riwayat hipertensi, serta jenis kelamin janin.
2. Faktor eksternal meliputi paparan asap rokok, tingkat pendidikan, riwayat pemeriksaan kehamilan (ANC), asupan nutrisi, riwayat penggunaan kontrasepsi, kepatuhan terhadap pengobatan, dan kondisi psikologis ibu.

2.3.7 Komplikasi

Menurut Syahadatina *et al.*, (2021) komplikasi preeklampsia berat dibagi menjadi dua yaitu pada ibu dan janin:

1. Komplikasi pada ibu
 - a. Eklampsia
 - b. Stroke
 - c. Gangguan pembekuan pada darah
 - d. Penyakit kardiovaskuler
2. Komplikasi pada janin
 - a. Bayi lahir prematur
 - b. Kematian pada janin
 - c. Pertumbuhan terhambat
 - d. Asfiksia neonatorum

2.3.8 Pathway



Gambar 2. 1 Pathway Preeklampsia Berat
Sumber: Prawiroharjo (2022)

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

a. Data Subjektif

Data subjektif merupakan informasi yang diperoleh dari klien berupa persepsi, pengalaman, atau pendapat mereka terkait suatu kondisi atau peristiwa. Data ini tidak dapat diukur secara langsung oleh tenaga kesehatan, melainkan dikumpulkan melalui interaksi atau komunikasi dengan klien. Data subjektif mencakup:

1) Identitas Klien

a) Umur

Umur ibu merupakan faktor risiko penting pada kehamilan dengan PEB dan IUFD yang paling sering terjadi pada ibu berusia <20 tahun atau >35 tahun 35 tahun.

b) Pekerjaan

Pekerjaan untuk mengetahui kemungkinan pengaruh pekerjaan yang membutuhkan tanggung jawab besar, jam kerja panjang, atau tekanan emosional tinggi dapat memicu stres yang dapat memengaruhi tekanan darah dan kesehatan kehamilan, serta dapat menunjukkan tingkat keadaan ekonomi keluarga.

2) Keluhan Utama

Berisi keluhan yang dirasakan saat pemeriksaan serta berhubungan dengan persalinan. Pada kasus ibu hamil dengan preeklampsia berat (PEB) + *intra uterine fetaldeath (IUFD)* keluhanannya seperti tekanan

darah tinggi, pembengkakan di wajah dan tangan, kelebihan protein dalam urine, pandangan kabur serta tidak merasakan gerakan janin.

3) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat penyakit dahulu

Bertujuan untuk mengetahui apakah pasien memiliki riwayat PEB, IUFD atau telah menjalani operasi sesar (SC) sebelumnya, karena faktor-faktor ini dapat memengaruhi kehamilan selanjutnya.

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Bertujuan untuk mengidentifikasi adanya penyakit yang sedang diderita. Pada ibu dengan riwayat PEB atau IUFD, kondisi yang mungkin ditemui meliputi trombositopenia, anemia, penyakit ginjal kronis, dan demam akut.

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Bertujuan untuk mendeteksi adanya penyakit genetik dalam keluarga, seperti asma, diabetes mellitus, hipertensi, penyakit jantung, serta riwayat penyakit menular seperti tuberkulosis dan hepatitis, baik dari pihak ibu maupun ayah.

4) Riwayat Obstetri

a) Riwayat Haid

Penilaian riwayat menstruasi meliputi usia menarche, dengan rata-rata di Indonesia antara 12–16 tahun; siklus menstruasi normal berkisar 21–30 hari dan teratur; durasi menstruasi 2–7 hari, dengan batas maksimal 15 hari; serta volume darah yang dikeluarkan sekitar

10–80 mL per hari. Keluhan yang mungkin muncul termasuk nyeri haid (dysmenorrhea primer) atau tidak ada keluhan nyeri berlebihan.

b) Riwayat Kehamilan

Riwayat kehamilan saat ini mencakup informasi mengenai hari pertama haid terakhir (HPHT) dan pola siklus haid, gerakan janin yang dirasakan ≥ 10 kali dalam 12 jam, tidak adanya masalah atau tanda bahaya kehamilan, serta keluhan umum selama kehamilan. Selain itu, ibu hamil tidak merokok, tidak menggunakan narkoba atau obat herbal terlarang, dan tidak mengonsumsi alkohol, serta terdapat kekhawatiran kesehatan lainnya. Pada kasus PEB dan IUFD, riwayat kehamilan sering meliputi kehamilan ganda, eklampsia, hidramnion, preeklampsia, perdarahan antepartum (misal aborsi, plasenta previa, perdarahan sinus marginal), ruptur membran prematur, inkompetensi serviks, dan infeksi vagina yang menyebar ke atas.

5) Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu

a) Kehamilan

Bertujuan untuk mengetahui berapa umur kehamilan, bagaimana letak janin dan berapa tinggi fundus uteri, apakah sesuai dengan umur kehamilan atau tidak. Pada ibu dengan PEB dan IUFD adanya riwayat abortus berulang dan preeklampsia berat sebelumnya.

b) Persalinan

Spontan atau buatan, lahir aterm atau prematur, ada atau tidak perdarahan, waktu persalinan ditolong oleh siapa, dimana tempat

melahirkan, ada atau tidak riwayat persalinan PEB atau IUFD sebelumnya.

c) Nifas

Bertujuan untuk mengetahui adakah komplikasi pada masa nifas sebelumnya, untuk dapat melakukan pencegahan atau waspada terhadap kemungkinan kekambuhan komplikasi

d) Anak

Bertujuan untuk mengetahui riwayat anak, jenis kelamin, hidup atau mati, kalau meninggal pada usia berapa dan sebab meninggal, berat badan dan panjang badan waktu lahir

6) Riwayat Keluarga Berencana (KB)

Bertujuan untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi dan apakah ada kegagalan dalam menjalankan program ber KB.

7) Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

a) Pola Nutrisi

Ibu hamil disarankan meningkatkan asupan kalori hingga 300 kkal per hari, mengonsumsi makanan kaya protein dan zat besi, serta menjaga kecukupan cairan untuk mendukung pola makan seimbang (Saifuddin, 2021). Kekurangan gizi pada ibu dapat berkontribusi terhadap terjadinya PEB dan IUFD.

b) Pola Eliminasi

Penurunan tonus dan motilitas lambung serta peningkatan reabsorpsi usus dapat memperlambat peristaltik, menyebabkan konstipasi. Frekuensi buang air kecil meningkat akibat kompresi kandung kemih oleh hormon estrogen dan progesteron. Pada ibu dengan PEB dan IUFD, hal ini sering terkait infeksi saluran kemih atau bakteriuria.

c) Pola Aktivitas

Ibu hamil dapat melakukan aktivitas, tetapi sebaiknya menghindari pekerjaan berat. Tekanan pada ligamen dan panggul serta posisi tertentu (berbaring, duduk, berdiri, berjalan) perlu diperhatikan untuk mencegah cedera akibat jatuh. Pada ibu dengan PEB dan IUFD, aktivitas fisik yang berlebihan sering terjadi.

d) Pola Istirahat dan Tidur

Ibu hamil dianjurkan memanfaatkan waktu senggang untuk beristirahat atau tidur, atau sekadar berbaring untuk meningkatkan sirkulasi darah dan mengurangi kelelahan.

e) Pola *Hygiene*

Kebersihan pribadi harus dijaga, terutama pada lipatan kulit seperti ketiak, area di bawah payudara, dan daerah genital, dengan membersihkan secara menyeluruh menggunakan air dan dikeringkan dengan baik.

f) Pola Hidup Sehat

Gaya Kebiasaan merokok, penggunaan narkoba, dan konsumsi alkohol berdampak negatif pada kesehatan ibu dan janin. Ibu dengan PEB dan IUFD umumnya memiliki riwayat merokok berat, misalnya lebih dari 10 batang per hari.

g) Data Psikososial dan Spiritual

Penilaian psikososial mencakup jumlah anggota keluarga, dukungan moral dan materi, sikap keluarga terhadap kehamilan, serta kebiasaan yang berdampak positif maupun negatif. Selain itu, dievaluasi pandangan keluarga mengenai kehamilan, persalinan, dan bayi baru lahir, serta sistem dukungan dan peran pengambil keputusan dalam keluarga, untuk membantu perencanaan persalinan yang lebih optimal bagi ibu.

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

Untuk mengetahui keadaan umum ibu apakah baik, lemah atau buruk.

b) Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran ibu apakah composmentis, apatis, somnolen.

c) Berat Badan (BB) Sebelum atau Saat Ini

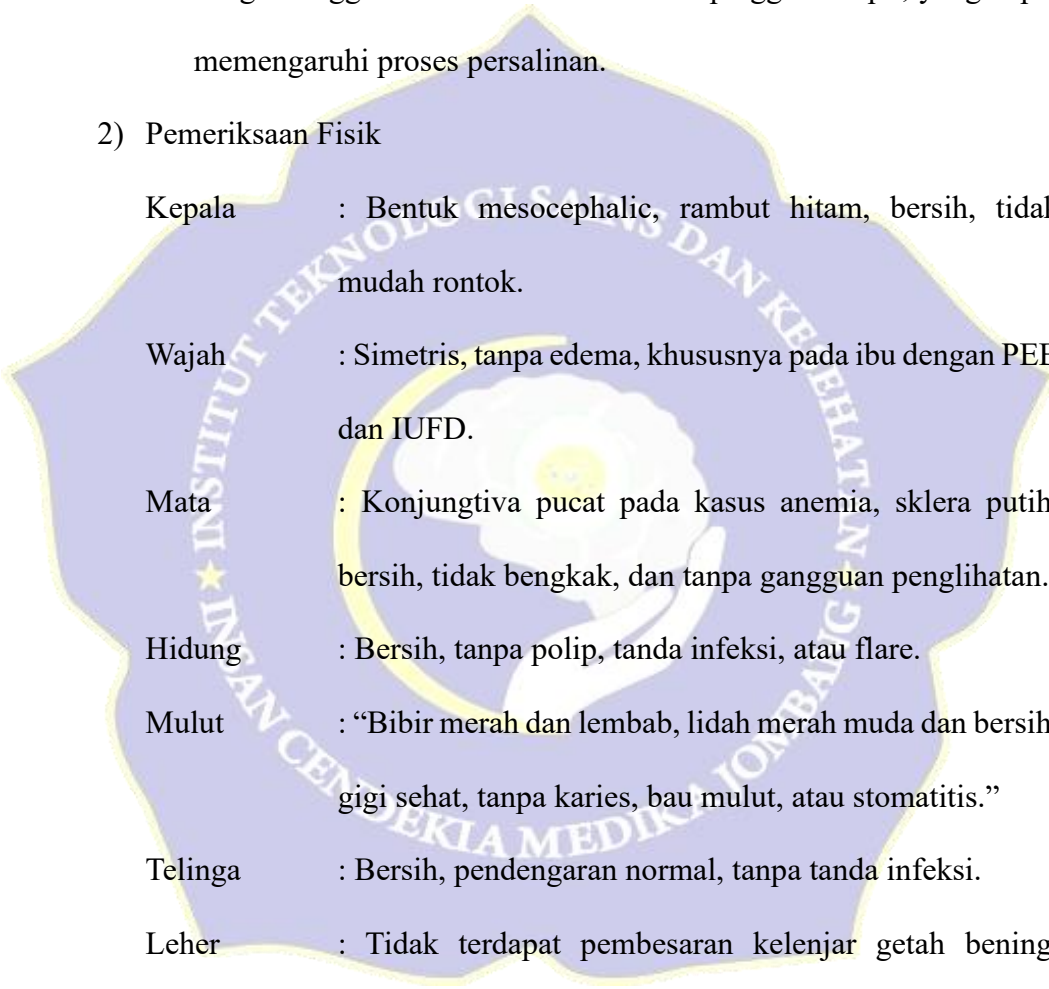
Kenaikan berat badan selama kehamilan rata-rata berkisar antara 9–13,5 kg, dengan kenaikan sekitar 9,5 kg pada trimester

ketiga. Penambahan berat ini diperlukan untuk mendukung pertumbuhan janin, plasenta, rahim, payudara, serta peningkatan metabolisme ibu.

d) Tinggi Badan (TB)

Tinggi badan normal wanita hamil sebaiknya >145 cm. Wanita dengan tinggi <145 cm memiliki risiko pinggul sempit, yang dapat memengaruhi proses persalinan.

2) Pemeriksaan Fisik



Kepala	: Bentuk mesocephalic, rambut hitam, bersih, tidak mudah rontok.
Wajah	: Simetris, tanpa edema, khususnya pada ibu dengan PEB dan IUFD.
Mata	: Konjungtiva pucat pada kasus anemia, sklera putih, bersih, tidak bengkak, dan tanpa gangguan penglihatan.
Hidung	: Bersih, tanpa polip, tanda infeksi, atau flare.
Mulut	: “Bibir merah dan lembab, lidah merah muda dan bersih, gigi sehat, tanpa karies, bau mulut, atau stomatitis.”
Telinga	: Bersih, pendengaran normal, tanpa tanda infeksi.
Leher	: Tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening, tiroid, atau vena jugularis.
Dada	: Simetris, denyut jantung normal, tanpa retraksi dinding dada.
Payudara	: Simetris, tidak ada massa atau nyeri, bersih.

Abdomen : Simetris, terdapat tanda operasi bila ada, tanpa massa abnormal.

Genetalia : Bersih, tanpa tanda infeksi atau hemoroid.

Ekstremitas : “Atas: Bentuk simetris, turgor normal, tanpa kelainan.
Bawah: Simetris, tanpa edema atau varises, turgor baik.”

Anus : Bersih, tanpa hemoroid.

Refleks Patela : +1 (rendah normal, sedikit kontraksi otot) hingga +2 (normal, kontraksi otot tampak jelas dengan gerakan ekstremitas).

3) Status Obstetrik

Inspeksi atau Pemeriksaan Penunjang

Muka : Terdapat tanda *chloasma gravidarum*, tanpa edema atau sianosis.

Mamae : Bulat, simetris, areola dan puting berwarna gelap, puting menonjol, kolostrum telah tersedia.

Abdomen : Tegang, ukuran rahim sesuai usia kehamilan, terdapat *stretch mark*, *linea gravidarum*, dan bekas operasi.

Vulva : Tidak terdapat tanda infeksi perineum, varises, atau kondiloma; flora normal.

c. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk mendukung ketepatan diagnosis PEB dan IUFD:

- 1) Pemeriksaan Laboratorium: darah rutin, kimia darah, golongan ABO, faktor rhesus, urinalisis, bakteriologi vagina, amniosentesis: surfaktan, gas dan PH darah janin.
- 2) USG untuk mengetahui usia gestasi, jumlah janin, besar janin, aktivitas janin, cacat kongenital, letak dan maturasi plasenta, volume cairan tuba dan kelainan uterus.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Tabel 2. 1 Diagnosa Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda Dan Gejala
1	Nyeri Akut (D.0077) Etiologi: 1. Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma) 2. Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan).	Nyeri akut merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Kondisi klinis terkait: 1. Kondisi pembedahan 2. Cedera traumatis 3. Infeksi 4. Sindrom koroner akut 5. Glaukoma	Tanda dan Gejala Mayor: Subjektif: 1. Mengeluh nyeri Objektif: 1. Gelisah 2. Tampak meringis 3. Sulit tidur 4. Bersikap protektif (misal posisi menghindari nyeri, waspada) 5. Frekuensi nadi meningkat Tanda dan Gejala Minor: Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: 1. Berfokus pada diri sendiri 2. Tekanan darah meningkat 3. Nafsu makan berubah 4. Pola napas berubah 5. Diaforesis 6. Proses berfikir terganggu 7. Menarik diri
2	Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009) Etiologi: 1. Hiperglikemia 2. Penurunan konsentrasi hemoglobin 3. Peningkatan tekanan darah	Perfusi perifer tidak efektif adalah penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh. Kondisi klinis terkait: 1. Tromboflebitis. 2. Diabetes melitus. 3. Anemia.	Tanda dan Gejala Mayor: Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: 1. Pengisian kapiler > 3 detik. 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba. 3. Akral teraba dingin. 4. Warna kulit pucat. 5. Turgor kulit menurun.

No.	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda Dan Gejala
4.	Kekurangan volume cairan	4. Gagal Jantung kongenital.	Tanda dan Gejala Minor: Subjektif: 1. Parastesia. 2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten). Objektif: 1. Edema. 2. Penyembuhan luka lambat. 3. Indeks ankle-brachial < 0,90. 4. Bruit femoral.
5.	Penurunan aliran arteri dan/atau vena	5. Kelainan jantung kongenital/	
6.	Kurang terpapar informasi	6. Thrombosis arteri.	
	tentang faktor pemberat (mis. merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas)	7. Varises.	
		8. Trombosis vena dalam.	
		9. Sindrom kompartemen.	
7.	Kurang terpapar informasi		
	tentang proses penyakit (mis. diabetes melitus, hiperlipidemia)		
8.	Kurang aktivitas fisik		
3	Risiko Infeksi (D.0142) Faktor risiko: 1. Penyakit kronis (mis: diabetes melitus) 2. Efek prosedur invasif 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 5. Ketidakadekuat an pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi pH, penurunan kerja siliaris, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum	Risiko infeksi merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami peningkatan terinfeksi organisme patogenik. Kondisi klinis terkait: 1. AIDS. 2. Luka bakar. 3. Penyakit paru obstruktif. 4. Diabetes melitus. 5. Tindakan invasi. 6. Kondisi penggunaan terapi steroid. 7. Penyalahgunaan obat. 8. Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW). 9. Kanker. 10. Gagal ginjal. 11. Imunosupresi. 12. Lymphedema. 13. Leukositopenia.	Tanda dan Gejala Mayor: Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: (tidak tersedia) Tanda dan Gejala Minor: Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: (tidak tersedia)

No.	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda Dan Gejala
	waktunya, merokok, statis cairan tubuh)	14. Gangguan fungsi hati.	
6.	Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin, imunosupresi, leukopenia, supresi respon inflamasi, vaksinasi tidak adekuat)		
4	Ansietas (D.0080) Etiologi: 1. Krisis situasional 2. Kebutuhan tidak terpenuhi 3. Krisis maturasional 4. Ancaman terhadap konsep diri 5. Ancaman terhadap kematian 6. Kekhawatiran mengalami kegagalan 7. Disfungsi sistem keluarga 8. Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan 9. Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir) 10. Penyalahgunaan zat 11. Terpapar bahaya lingkungan (mis: toksin, polutan, dan lain-lain)	Ansietas merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan Tindakan untuk menghadapi ancaman. Kondisi klinis terkait: 1. Penyakit ginjal : gagal ginjal akut/kronis, sindrome nefrotik 2. Hipoalbuminemia 3. Gagal jantung kongestif 4. Kelainan hormon 5. Penyakit	Tanda dan Gejala Mayor: Subjektif: 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi Objektif: 1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang 3. Sulit tidur Tanda dan Gejala Minor: Subjektif: 1. Mengeluh pusing. 2. Anoreksia. 3. Palpitasi. 4. Merasa tidak berdaya. Objektif: 1. Frekuensi napas meningkat. 2. Frekuensi nadi meningkat. 3. Tekanan darah meningkat. 4. Diaforesis. 5. Tremor. 6. Muka tampak pucat. 7. Suara bergetar. 8. Kontak mata buruk. 9. Sering berkemih. 10. Berorientasi pada masa lalu.

No.	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda Dan Gejala
12. Kurang terpapar informasi			
5.	Hipervolemia (D.0022) Etiologi: 1. Gangguan mekanisme regulasi 2. Kelebihan asupan cairan 3. Kelebihan asupan natrium 4. Gangguan aliran balik vena 5. Efek agen farmakologis (mis: kortikosteroid, chlorpropamide, tolbutamide, vincristine, tryptilinescarba mазepine)	Hipervolemia merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai peningkatan volume cairan intravaskular, interstitial, dan/atau intraselular. Kondisi klinis terkait: 1. Penyakit ginjal : gagal ginjal akut/kronis, sindrome nefrotik 2. Hipoalbuminemia 3. Gagal jantung kongestif 4. Kelainan hormon 5. Penyakit hati (mis. sirosis, asites, kanker hati) 6. Penyakit vena perifer (mis. varises vena, trombus vena, plebtis) 7. Imobilitas	Tanda dan Gejala Mayor: Subjektif: 1. Ortopnea 2. Dispenea 3. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) Objektif: 1. Ederma anasarka dan/atau ederma perifer 2. Berat badan meningkat dalam waktu singkat 3. Jugular Venous Pressure (JVP) dan/atau Cental Venous Pressure (CVP) meningkat 4. Refleks hepatojugular positif Tanda dan Gejala Minor: Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: 1. Ditensi vena jugularis 2. Terdengar suara nafas tambahan 3. Hepatomegali 4. Kadar Hb/Ht turun 5. Oliguria 6. Intake lebih banyak dari output (balans cairan positif) 7. Kongesti paru
6.	Pola Napas Tidak Efektif (D.0005) Etiologi: 1. Depresi pusat pernapasan 2. Hambatan upaya napas (mis. nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan) 3. Deformitas dinding dada. 4. Deformitas tulang dada. 5. Gangguan neuromuskular.	Pola napas tidak efektif merupakan diagnosis adalah inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Kondisi klinis terkait: 1. Depresi sistem saraf pusat 2. Cedera kepala 3. Trauma thorax 4. Gullain bare syndrome 5. Multiple sclerosis 6. Myasthenia gravis 7. Stroke	Tanda dan Gejala Mayor Subyektif: 1. Dispnea Obyektif: 1. Penggunaan otot bantu pernapasan 2. Fase ekspirasi memanjang 3. Pola napas abnormal 4. Adanya bunyi napas tambahan (mis. wheezing, rales) Tanda dan Gejala Minor: Subjektif: 1. Ortopnea Objektif: 1. Pernapasan pursed-lip.

No.	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda Dan Gejala
6.	Gangguan neurologis (mis elektroensefalogram [EEG] positif, cedera kepala gangguan kejang).	8. Kuadriplegia	2. Pernapasan cuping hidung.
7.	maturitas neurologis.	9. Intoksikasi alkohol	3. Diameter thoraks anterior - posterior meningkat
8.	Penurunan energi.		4. Ventilasi semenit menurun
9.	Obesitas.		5. Kapasitas vital menurun
10.	Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru.		6. Tekanan ekspirasi menurun
11.	Sindrom hipoventilasi.		7. Tekanan inspirasi menurun
12.	Kerusakan invasi diafragma (kerusakan saraf CS ke atas).		8. Ekskursi dada berubah
13.	Cedera pada medula spinalis.		
14.	Efek agen farmakologis.		
15.	Kecemasan.		
7.	Intoleransi Aktivitas (D.0056) Etiologi: 1. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen 2. Tirah baring 3. Kelemahan 4. Imobilitas 5. Gaya hidup monoton	Intoleransi aktivitas merupakan ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Kondisi klinis terkait: 1. Anemia 2. Gagal Jantung Kongestif 3. Penyakit Jantung Koroner 4. Penyakit katup jantung 5. Aritmia 6. Penyakit paru Obstruktif Kronis (PPOK) 7. Gangguan Metabolik 8. Gangguan Muskuloskeletal	Tanda dan Gejala Mayor Subjektif 1. Mengeluh lelah Objektif 1. frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi sehat Tanda dan Gejala Minor Subjektif 1. <u>Dispnea</u> saat/setelah aktivitas 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Merasa lemah Objektif 1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas

No.	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda Dan Gejala
			3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia 4. Sianosis
8.	Menyusui Tidak Efektif (D.0056) Etiologi: Fisiologis 1. Ketidakadekuatan suplai ASI 2. Hambatan pada neonatus (misal prematuritas, sumbing) 3. Anomali payudara ibu (misal puting yang masuk ke dalam) 4. Ketidakadekuatan refleks menghisap bayi 5. Payudara bengkak 6. Riwayat operasi payudara 7. Kelahiran kembar Situasional 1. Tidak rawat gabung 2. Kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan atau metode menyusui 3. Kurangnya dukungan keluarga 4. Faktor budaya	Menyusui tidak efektif merupakan kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui. Kondisi klinis terkait: 1. Abses Payudara 2. Mastitis 3. Carpal tunnel syndrome	Tanda dan Gejala Mayor Subjektif 1. Kelelahan maternal 2. Kecemasan maternal Objektif 1. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu 2. ASI tidak menetas/memancar 3. BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam 4. Nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua Tanda dan Gejala Minor Subjektif: (tidak tersedia) Objektif 1. Intake bayi tidak adekuat 2. Bayi menghisap tidak terus menerus 3. Bayi menangis saat disusui 4. Bayi rewel dan menangis terus dalam jam-jam pertama setelah menyusui 5. Menolak untuk mengisap
9.	Risiko Perdarahan (D.0012) Faktor Risiko: 1. Aneurisma 2. Trauma 3. Proses Keganasan	Risiko perdarahan dapat berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh).	Tanda dan Gejala Mayor: Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: (tidak tersedia) Tanda dan Gejala Minor: Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: (tidak tersedia)

No.	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda Dan Gejala
4.	Gangguan gastrointestinal (misal: Ulkus lambung, polip, varises).	Kondisi Klinis Terkait: 1. Aneurisma 2. Sirosis hepatitis 3. Varises 4. Koagulopati	
5.	Gangguan fungsi hati (misal: Sirosis hepatitis)	Intravaskuler diseminata 5. Ulkus lambung 6. Trombositopenia	
6.	Komplikasi kehamilan (misal: Ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abruptio, kehamilan kembar)	7. Kanker 8. Ketuban pecah sebelum waktunya. 9. Plasenta Previa/Abruptio 10. Atonia Uterus 11. Retensi Plasenta 12. Tindakan pembedahan.	
7.	Komplikasi pasca partum (misal: Atoni uterus, retensi plasenta)	13. Trauma	
8.	Gangguan koagulasi (misal: Trombositopenia)		
9.	Efek agen farmakologis		
10.	Tindakan pembedahan		
11.	Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan		

Sumber: SDKI (2017)

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	(D.0077) Nyeri Akut	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan Tingkat nyeri (L.08066) menurun. Kriteria Hasil:	Manajemen nyeri (1.08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
		1. Kemampuan menuntaskan aktivitas (1-5) 2. Keluhan nyeri (1-5) 3. Meringis (1-5) 4. Sikap protektif (1-5) 5. Gelisah (1-5) 6. Kesulitan tidur (1-5) 7. Menarik diri (1-5) 8. Berfokus pada diri sendiri (1-5) 9. Diaforesis (1-5) 10. Perasaan depresi atau tertekan (1-5) 11. Perasaan takut mengalami cedera berulang (1-5) 12. Anoreksia (1-5) 13. Perineum terasa tertekan (1-5) 14. Uterus teraba membulat (1-5) 15. Ketegangan otot (1-5) 16. Upl dilatasi (1-5) 17. Muntah (1-5) 18. Mual (1-5) 19. Frekuensi (1-5) 20. Pola nafas (1-5) 21. Tekanan darah (1-5) 22. Proses berpikir (1-5) 23. Fokus (1-5) 24. Fungsi berkemih (1-5) 25. Perilaku (1-5) 26. Nafsu makan (1-5) 27. Pola tidur (1-5)	intensitas nyeri . Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi respons nyeri non verbal 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengetahuan dan keyaninan tentang nyeri 5. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 7. Monitor efek samping penggunaan analgetik 8. Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 9. Kontrol lingkungan yang memperparah nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 10. Fasilitasi istirahat dan tidur. 11. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 12. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 13. Jelaskan strategi meredakan nyeri 14. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 15. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 16. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk
	Keterangan:		Edukasi:
	1. Meningkatkan		
	2. Cukup Meningkatkan		
	3. Sedang		
	4. Cukup Menurun		
	5. Menurun		

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
			mengurangi rasa nyeri Kolaborasi
			Kolaborasi
			17. Kolaborasi pemberian nalgetik, jika perlu
2	Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan Perfusi Perifer (L.02011) meningkat. Kriteria Hasil: 1. Pengisian kapiler (1-5) 2. Akral (1-5) 3. Warna kulit pucat (1-5) 4. Turgor kulit (1-5) Keterangan: 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi 1. Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index) 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik 4. Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 5. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 6. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera 7. Lakukan pencegahan infeksi 8. Lakukan perawatan kaki dan kuku 9. Lakukan hidrasi Edukasi 10. Anjurkan berhenti merokok 11. Anjurkan berolahraga rutin 12. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 13. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu 14. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 15. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta 16. Anjurkan melakukan

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
			perawatan kulit yang tepat (mis: melembabkan kulit kering pada kaki) 17. Anjurkan program rehabilitasi vaskular 18. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) 19. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).
3	(D.0080) Ansietas	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan Tingkat Ansietas menurun. Kriteria Hasil: 1. Verbalisasi kebingungan(1-5) 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi(1-5) 3. Perilaku gelisah(1-5) 4. Perilaku tegang(1-5) 5. Keluhan pusing(1-5) 6. Anoreksia(1-5) 7. Palpitasi(1-5) 8. Diaforesis(1-5) 9. Tremor(1-5) 10. Pucat(1-5) Keterangan: 1. Meningkat 2. Cukup Meningkat 3. Sedang 4. Cukup Menurun 5. Menurun Membaik 11. Konsentrasi(1-5) 12. Pola tidur(1-5) 13. Frekuensi pernapasan(1-5) 14. Frekuensi nadi(1-5) 15. Tekanan darah(1-5)	Edukasi Ansietas (I.09314) Tindakan Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik 4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 6. Pahami situasi yang membuat ansietas 7. Dengarkan dengan penuh perhatian 8. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 9. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 10. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 11. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
		16. Kontak mata(1-5) 17. Pola berkemih(1-5) 18. Orientasi(1-5) Keterangan: 1. Memburuk 2. Cukup Memburuk 3. Sedang 4. Cukup Membaik 5. Membaik	12. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 13. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 14. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 14. Anjurkan umelakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 15. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 16. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 17. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat Latih teknik relaksasi Kolaborasi 18. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
4	Risiko Infeksi (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Tingkat Infeksi (L.14137) menurun. Kriteria Hasil: 1. Demam (1-5) 2. Kemeraha (1-5) 3. Nyeri (1-5) 4. Bengkak (1-5) 5. Kadar sel darah putih (1-5) Keterangan: 1. Meningkat 2. Cukup Meningkat 3. Sedang 4. Cukup Menurun 5. Menurun	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 5. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 6. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 7. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
5.	Hipervolemia (D.0022)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan Keseimbangan Cairan Meningkat (L.03020) meningkat. Kriteria Hasil:	Manajemen Hipervolemia (I.03114) Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP)

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
		1. Asupan cairan (1-5) 2. Output urin (1-5) 3. Membrane mukosa lembab (1-5) 4. Edema (1-5) 5. Dehidrasi(1-5) 6. Tekanan darah (1-5) 7. Frekuensi nadi (1-5) 8. Kekuatan nadi (1-5) 9. Tekanan arteri rata-rata (1-5) 10. Mata cekung (1-5) 11. Turgor kulit (1-5)	meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan) 2. Identifikasi penyebab hypervolemia 3. Monitor status hemodinamik (mis: frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI) jika tersedia 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor tanda hemokonsentrasi (mis: kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine) 6. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis: kadar protein dan albumin meningkat) 7. Monitor kecepatan infus secara ketat 8. Monitor efek samping diuretic (mis: hipotensi ortostatik, hypovolemia, hipokalemia, hiponatremia) Terapeutik 9. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 10. Batasi asupan cairan dan garam 11. Tinggikan kepala tempat tidur 30 – 40 derajat Edukasi 12. Anjurkan melapor jika haluaran urin < 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam 13. Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari 14. Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi 15. Kolaborasi pemberian diuretic 16. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic 17. Kolaborasi pemberian continuous renal replacement

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
			therapy (CRRT) jika perlu
6.	Pola Napas Tidak Efektif (D.0005)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan Pola napas (L.01004) membaik. Kriteria Hasil: 1. Dispnea (1-5) 2. Penggunaan otot bantu napas (1-5) 3. Pemanjangan fase ekspirasi (1-5) 4. Frekuensi napas (1-5) 5. Kedalaman napas (1-5) Keterangan: 1. Memburuk 2. Cukup Memburuk 3. Sedang 4. Cukup Membaik 5. Membaik	Manajemen Jalan Napas (I.01011) Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 4. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma fraktur servikal) 5. Posisikan semi-fowler atau fowler 6. Berikan minum hangat 7. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 8. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 9. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 10. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill 11. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 12. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi 13. Ajarkan Teknik batuk efektif Kolaborasi 16. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.
7.	Intoleransi Aktivitas (D.0056)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan Toleransi aktivitas (L.03032) membaik. Kriteria Hasil: 1. Kemudahan dalam beraktivitas sehari-hari (1-5)	Manajemen Energi (1.05178) Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor lokasi dan. 3. ketidaknyamanan selama aktivitas melakukan Terapeutik

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
		2. Kekuatan otot bagian bawah (1-5) 3. Keluhan lelah (1-5) 4. Perasaan lemah (1-5) 5. Tekanan darah (1-5) 6. Frekuensi napas (1-5) Keterangan: 1. Memburuk 2. Cukup Memburuk 3. Sedang 4. Cukup Membaik 5. Membaik	4. Sediakan lingkungan yang nyaman 5. Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif Berikan distraksi menenangkan. aktivitas yang Edukasi 6. Anjurkan tirah baring Anjurkan melakukan aktivitas bertahap 7. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan
8.	Menyusui Tidak Efektif (D.0056)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan Status Menyusui membaik. Kriteria Hasil: 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu (1-5) 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar (1-5) 3. Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam (1-5) 4. Berat Badan Bayi (1-5) 5. Tetesan/pancaran ASI (1-5) 6. Suplai ASI adekuat (1-5) 7. Puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan (1-5) 8. Kepercayaan diri Ibu (1-5) 9. Bayi tidur setelah menyusu (1-5) 10. Payudara ibu kosong setelah menyusui (1-5) 11. Intake bayi (1-5) 12. Hisapan bayi (1-5) 13. Lecet pada puting (1-5) 14. Kelelahan maternal (1-5) 15. Kecemasan Maternal (1-5) 16. Bayi rewel (1-5)	Edukasi Menyusui (I.12393) Observasi: 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik: 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya 6. Dukungn ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 7. Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat Edukasi : 8. Berikan koseling menyusui 9. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 10. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (latch on) dengan benar 11. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 12. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
		17. Bayi menangis setelah menyusui (1-5) 18. Frekuensi miksi bayi (1-5) Keterangan: 1. Memburuk 2. Cukup Memburuk 3. Sedang 4. Cukup Membaik 5. Membaik	13. Ajarkan perawatan payudara postpartum (misal Memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)
9.	Risiko Perdarahan (D.0012)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan Tingkat Perdarahan Menurun. Kriteria Hasil: 1. Membran mukosa lembap (1-5) 2. Kelembapan kulit (1-5) 3. Kognitif (1-5) 4. Hemoptisis (1-5) 5. Hematuria (1-5) 6. Perdarahan Anus (1-5) 7. Distensi Abdomen (1-5) 8. Perdarahan vagina (1-5) 9. Perdarahan pasca operasi (1-5) Keterangan: 1. Meningkatkan 2. Cukup Meningkatkan 3. Sedang 4. Cukup Menurun 5. Menurun Membaik 1. Hemoglobin (1-5) 2. Hematokrit (1-5) 3. Tekanan darah (1-5) 4. Frekuensi Nadi (1-5) 5. Suhu Tubuh (1-5) Keterangan: 1. Memburuk 2. Cukup Memburuk 3. Sedang 4. Cukup Membaik 5. Membaik	Manajemen (I.02055) Trombolitik Observasi 1. Periksa kontraindikasi terapi trombolitik (misal: Riwayat trauma atau pembedahan, stroke, pembedahan saraf dalam 2bulan terakhir, ulkus gastrointestinal) 2. Monitor tekanan darah (setiap 15 menit pada 2 jam pertama, setiap 30 menit selama 6 jam berikutnya dan setiap 60 menit selama 16 jam berikutnya) 3. Monitor sisi insersi terhadap tanda-tanda perdarahan atau hematoma (misal: Setiap 15 menit pada 1 jam pertama, setiap 30 menit pada 1 jam kedua, dan setiap 1 jam hingga terapi dihentikan) 4. Monitor respons terhadap terapi (misal: Normalisasi segmen ST, nyeri dada berkurang, disritmia tidak terjadi, kadar enzim jantung menurun) Terapeutik 5. Pasang monitor jantung selama terapi trombolitik dan 12-24 jam setelahnya 6. Berikan oksigen untuk mempertahankan SaO ₂ >94% 7. Pasang akses intravena 8. Berikan agen trombolitik sesuai indikasi 9. Hindari kepala tempat tidur >15 derajat

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
			10. Pertahankan tirah baring selama 6 jam setelah terapi 11. Hentikan segera infus trombolitik jika terjadi perdarahan dan alergi 12. Lakukan penekanan pada sisi insersi selama 30 menit jika terjadi perdarahan Edukasi 13. Jelaskan tujuan dan prosedur pemberian trombolitik 14. Jelaskan efek samping pemberian trombolitik 15. Anjurkan ekstremitas sisi insersi tetap lurus 16. Anjurkan membatasi aktivitas untuk menurunkan risiko cedera dan perdarahan Kolaborasi 17. Kolaborasi pemeriksaan CT scan otak setelah 12-24 jam untuk evaluasi neurologis, jika perlu.

Sumber: SDKI (2017), SLKI (2019), SIKI (2018)

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi perawatan merupakan tindakan yang dilakukan perawat untuk mencapai hasil yang diharapkan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Tindakan ini berdasarkan rencana intervensi keperawatan yang telah dirumuskan. Agar pelaksanaan perawatan tepat waktu dan efektif, diperlukan penentuan prioritas, pemantauan serta pencatatan respons pasien terhadap setiap tindakan, dan dokumentasi pelaksanaan perawatan.

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dalam asuhan keperawatan dilakukan dalam dua tahap, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif dilaksanakan selama proses pemberian asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif dilakukan pada akhir pemberian asuhan (Mubarag, 2022).

Evaluasi dilakukan dengan menggunakan pendekatan *Subjective, Objective, Analysis, Planning* (SOAP).

1. *Subjective* (S): Informasi yang diberikan langsung oleh pasien atau keluarga setelah intervensi keperawatan dilakukan.
2. *Objective* (O): Temuan atau informasi yang diperoleh perawat secara langsung pasca intervensi keperawatan.
3. *Analysis* (A): Penilaian hasil yang dicapai dengan membandingkannya terhadap tujuan yang terkait dengan diagnosis pasien.
4. *Planning* (P): Perencanaan tindak lanjut asuhan berdasarkan respons pasien yang diamati selama tahap evaluasi.



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan kerangka yang digunakan sebagai acuan dalam pelaksanaan suatu penelitian. Desain ini bertujuan untuk memberikan arahan yang jelas dan sistematis bagi peneliti dalam menjalankan proses penelitiannya. (Fachruddin, 2023).

Penelitian ini menggunakan studi kasus untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada klien *post* operasi *sectio caesarea* yang mengalami preeklampsia berat + IUFD di RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah yang menerangkan istilah-istilah kunci sebagai fokus studi kasus penelitian ini yaitu:

1. Asuhan keperawatan merupakan cara atau metode dalam pemberian asuhan keperawatan yang sistematis dan terorganisasi, fokus terhadap reaksi atau respon unik terhadap masalah kesehatan kelompok maupun baik yang aktual maupun potensial (Bošnjaković, 2022).
2. Preeklampsia Berat merupakan suatu keadaan pada kehamilan dimana tekanan darah sistolik lebih dari 160 mmHg atau diastolik lebih dari 110 mmHg (Bobak, 2021).
3. *Intra Uterin Fetal Death (IUFD)* adalah kematian janin dalam kehamilan sebelum terjadi proses persalinan pada usia kehamilan 28 minggu ke atas atau BB janin lebih dari 1000 gram (Sinopsis Obstetri, hal: 224).

4. *Sectio caesarea* merupakan persalinan buatan, di mana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan rahim, dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Rahimi, 2021).

3.3 Unit Analisis (Partisipan)

Partisipan yang digunakan pada penelitian ini yaitu 1 klien *post operasi sectio caesarea (SC)* dengan preeklampsia berat + IUFD di ruang Nifas RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo. Kriteria klien:

1. *Post sectio caesarea (SC)* Hari ke-2
2. Usia 23 tahun
3. Tekanan darah 170/110 mmHg
4. Usia kehamilan 21/22 minggu
5. Ibu tidak merasakan gerakan janin sejak 1 minggu *pre sectio caesarea (SC)*

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi

Penelitian ini akan dilakukan di ruang Nifas RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo Jl. Mojopahit No.667, Sidowayah, Celep, Kec. Sidoarjo, Kabupaten Sidoarjo, Jawa Timur 61215.

2. Waktu Penelitian

Proses penyusunan perencanaan proposal hingga penyelesaian laporan hasil akhir penelitian dimulai bulan Februari - Juli 2025. Lamanya waktu pemberian asuhan keperawatan disesuaikan dengan keberhasilan target dari tindakan atau minimal 3 hari klien dirawat.

3.5 Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang dilakukan pada penelitian ini guna memperoleh data agar sesuai dengan permasalahan yaitu:

1. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan kegiatan mencari data dari sumber berupa catatan, transkrip, buku, agenda dan sebagainya. Yang diamati dalam studi dokumentasi yaitu benda mati. Dalam kasus ini peneliti menggunakan studi dokumentasi berupa lembar asuhan keperawatan.

3.6 Uji Keabsahan Data

Tujuan dari uji keabsahan data adalah untuk memastikan bahwa data dari studi dokumentasi yang tinggi adalah valid. Selain memeriksa integritas peneliti (peneliti sebagai alat utama), data juga diperiksa melalui metode berikut:

1. Peneliti melakukan triangulasi data dengan menggunakan tiga sumber data untuk menjelaskan tanggapan responden, adapun pihak lain dalam studi dokumentasi ini yaitu keluarga klien yang pernah mengalami kasus yang sama dengan klien, perawat yang pernah mengatasi masalah yang sama dengan klien dan perawat pelaksana yang jaga pada jam tersebut, data tersebut digunakan sebagai sumber informasi tambahan yang berhubungan dengan masalah yang diteliti (Ennals & Fossey, 2021).

3.7 Analisa Data

Pengumpulan data dimulai setelah peneliti tiba di lapangan, dan analisis dilakukan setelah semua data dikumpulkan. Analisis data mengumpulkan data,

membandingkannya dengan teori yang ada, dan memberikan pendapat untuk dibahas. Analisis dilakukan dengan memberikan penjelasan tentang jawaban penelitian yang ditemukan melalui interpretasi wawancara mendalam yang digunakan untuk menjawab rumusan pertanyaan penelitian. Penelitian ini menganalisis data dalam beberapa langkah:

1. Pengumpulan informasi

Wawancara, observasi, dan dokumentasi digunakan untuk mengumpulkan data. Hasilnya akan dicatat pada transkrip. Data dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi termasuk dalam kategori ini.

2. Mengurangi informasi

Buku catatan dari wawancara dirangkum, dibagi menjadi data objektif dan subjektif, diuji dengan uji diagnostik, dan dibandingkan dengan nilai normal.

3. Penyampaian informasi

Informasi disajikan menggunakan teks deskriptif dan tabel. Menjaga identitas responden menjamin kerahasiaan mereka.

4. Pembahasan

Data yang ditemukan kemudian didiskusikan, bandingkan dengan hasil penelitian sebelumnya, dan lakukan perbandingan teoretis antara perilaku kesehatan dan kesehatan.

5. Kesimpulan

Induksi digunakan untuk mengambil kesimpulan. Data dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi dikumpulkan.

3.8 Etika Penelitian

Etika penelitian merupakan masalah penting yang harus di perhatikan melihat bersinggungan langsung dengan manusia. Etika penelitian yang penting untuk di perhatikan yaitu:

1. *Ethical clearance*

Klirens etik (*Ethical clearance*) adalah instrumen untuk menilai sejauh mana proses penelitian memenuhi standar etika. Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik dari Komisi Etik ITSkes ICMes Jombang dengan nomor sertifikat: 415/KEPK/ITSKESICME/VII/2025.

2. Persetujuan menjadi klien (*Informed consent*)

Penjelasan diberikan terhadap responden sebelum di lakukannya penelitian guna mengetahui maksud atau tujuan dan manfaat penelitian. Lembar persetujuan diberikan untuk diisi apabila responden menyampaikan kesediaannya dan harus menghargai apabila tidak menyatakan kesediaannya untuk menjadi responden.

3. Tanpa nama (*anonymity*)

Jaminan diberikan dengan tidak di cantumkannya nama asli responden kemudian pada lembar pengumpulan data serta hasil penelitian diganti menggunakan kode guna menjaga kerahasiaan.

4. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Informasi yang diperoleh semuanya dijaga kerahasiaannya serta pada hasil riset yang di laporkan hanya data tertentu. Informasi yang memiliki hubungan dengan penelitian ini saja yang akan ditampilkan dan tidak digunakan untuk keperluan pribadi.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di ruang Nifas RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo Jl. Mojopahit No.667, Sidowayah, Celep, Kec. Sidoarjo, Kabupaten Sidoarjo, Jawa Timur 61215. Di Ruangan Nifas sendiri terbagi menjadi dua ruang yaitu: ruang Peristi Ibu 1 ditempati klien dengan ibu prenatal dan *post partum*, Peristi Ibu 2 ditempati klien dengan masalah penyakit dalam.

4.1.2 Asuhan Keperawatan

1. Identitas klien

Tanggal Masuk	: 01 Februari 2025
Jam Masuk	: 10.00 WIB
Tanggal Pengkajian	: 02 Februari 2025
Jam Pengkajian	: 07.00 WIB
No. RM	: 228xxxx
Nama	: Ny. A
Umur	: 23 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Pendidikan	: SMA
Alamat	: Taman, Sidoarjo
Status pernikahan	: Menikah

Diagnosa medis : P0A1 Post *Sectio Caesar* (SC) hari ke-2 dengan
PEB + IUFD.

2. Penanggung Jawab Pasien

Nama : Tn. S
Umur : 25 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Alamat : Taman, Sidoarjo
Hubungan dengan pasien : Suami

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien datang diantar keluarganya ke IGD RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo pada tanggal 1 Februari 2025 jam 10.00 WIB, klien mengeluh tidak merasakan gerakan janin sejak 1 minggu yang lalu (4 Januari 2025), klien juga mengeluh pandangannya buram sejak 2 minggu yang lalu. TTV; TD: 170/110 mmHg, N: 89x/menit, S: 36,8°C, RR: 20x/menit, GCS: 456. Kemudian klien di lakukan tindakan (SC) pada tanggal 1 Februari 2025 jam 18.45 WIB, setelah SC pasien di pindah ke Ruang Nifas pada jam 22.45 WIB dengan TTV; TD: 154/93 mmHg, N: 80x/menit, S: 36°C, RR: 20x/menit. Saat pengkajian pada tanggal 2 februari 2025 jam 07.00 WIB, klien mengeluh merasa nyeri pada luka bekas operasi SC, nyeri bertambah

jika bergerak dan terasa seperti disayat-sayat, skala nyeri 7 (NRS), klien mengatakan nyerinya hilang timbul dan terasa ± 2 menit. Klien mengatakan sulit tidur karena merasa nyeri, nafsu makan juga menurun, klien juga mengeluh pandangan matanya masih buram. Klien tampak gelisah dan meringis menahan nyeri, klien bersikap protektif dengan menghindari nyeri, TTV; TD: 169/108 mmHg, N: 82x/menit, S: 36,5°C, RR: 21x/menit, GCS: 456.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan ada riwayat hipertensi, klien mengatakan tidak ada riwayat diabetes melitus (DM), asma dan penyakit jantung koroner (PJK).

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan ibu klien memiliki riwayat hipertensi, diabetes melitus (DM), asma dan penyakit jantung koroner (PJK) disangkal.

e. Riwayat Kehamilan dan Persalinan Lalu

Tabel 4. 1 Riwayat Kehamilan dan Persalinan Lalu

No	Tahun	Tipe Persalinan	Penolong	Jenis Kelamin	BB Lahir	Keadaan Bayi waktu lahir	Masalah Kehamilan
1	2025	<i>Sectio Caesarea (SC)</i>	Dokter	-	-	Meninggal	Preeklampsia Berat (PEB), IUFD

Pengalaman menyusui : Tidak

f. Riwayat Kehamilan Saat Ini

Berapa kali periksa kehamilan : 4 kali periksa selama masa kehamilan

Masalah kehamilan : Preeklampsia Berat dan IUFD

g. Riwayat Persalinan Saat Ini

Jenis persalinan : *Sectio caesarea (SC)*

Tanggal/jam persalinan : 01 Februari 2025, 18.45 WIB
Jenis kelamin bayi : Bayi meninggal dalam kandungan
Perdarahan : 150 cc

h. Riwayat Ginekologi

Masalah Ginekologi : Tidak ada keputihan yang bersifat patologis
Riwayat KB : Belum pernah KB

4. Pola Fungsi Kesehatan

a. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Klien mengatakan tidak merokok, tidak meminum alkohol, tidak mengonsumsi obat-obatan, tidak memiliki riwayat alergi, harapan klien ingin segera sembuh agar bisa berkumpul dengan keluarga dan dapat kembali beraktifitas seperti biasanya.

b. Nutrisi dan Metabolik

Di rumah klien makan 3x dalam sehari dengan menu mencakup nasi, hidangan protein dan sayur. Di rumah sakit klien mendapatkan jenis diet Bubur TKTP 1600 kalori, jumlah porsi 3x dalam sehari hanya dimakan 1/2 porsi, nafsu makan menurun, pasien mengatakan tidak ada kesulitan menelan, jumlah cairan/minum 1500ml/24 jam untuk jenis cairan air mineral dan cairan infus *Ringer Laktat* (RL) 1000 ml/24 jam.

c. Aktivitas dan Latihan

Di rumah klien dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan sendiri, namun setelah di rawat di rumah sakit klien bisa melakukan aktivitas secara mandiri namun butuh bantuan orang lain saat berpindah dari tempat tidur.

Tabel 4. 2 Aktivitas dan Latihan

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan/minum	✓				
Mandi	✓				
Toileting					
Berpakaian	✓				
Berpindah			✓		
Mobilisasi di tempat tidur & ambulasi ROM	✓				
0: Mandiri	2: Dibantu orang		4: Tergantung total		

1: Menggunakan alat bantu 3: Dibantu orang lain dan alat

1) Alat bantu: Tidak ada

d. Istirahat dan Tidur

Klien mengatakan sebelum sakit memiliki kebiasaan tidur siang dan malam di rumah, lama tidur 7-8 jam/hari. Saat di rumah sakit klien mengatakan hanya tidur malam hari dan sering terbangun karena menahan nyeri dari luka bekas operasi, lama tidur 5-6 jam/hari. Klien tampak mengantuk dan menguap beberapa kali selama pengkajian.

e. Eliminasi

Klien mengatakan saat di rumah BAB 1-2x sehari, warna feses kuning kecokelatan, namun belum BAB sejak masuk rumah sakit. Klien BAK 6-7 kali sehari saat di rumah dan BAK 5-6 kali sehari, warna urin kuning jernih, jumlah urin 1600ml/24 jam, klien tidak terpasang kateter.

f. Pola Persepsi Diri (Konsep Diri)

Klien mengatakan merasa putus asa dan sedih karena bayinya meninggal, peran sekarang sebagai pasien, identitas diri klien sebagai ibu rumah tangga, klien merasa ideal ketika bisa beraktivitas kembali dengan normal, klien berdiskusi dengan keluarga saat mengambil keputusan, penampilan klien baik, sistem pendukung klien adalah keluarga, interaksi

dengan orang lain baik, agama yang dianut adalah Islam, nilai keyakinan klien mengatakan ingin segera sembuh dan percaya ini semua adalah cobaan dari Yang Maha Kuasa, klien masih sering melamun dan terkadang menangis.

g. Kognitif Perseptual

Keadaan mental klien baik, kesadaran composmentis, tampak gelisah, berbicara lancar dan jelas, kemampuan memahami baik, klien mampu mendengarkan dengan jelas, klien mengatakan pandangan matanya buram. Klien merasa nyeri pada luka bekas operasi SC.

5. Pemeriksaan Fisik

a. Observasi pemeriksaan fisik

Tekanan Darah	: 169/108 mmHg
Nadi	: 82 x/menit
Suhu	: 36,5 °C
RR	: 21 x/menit
GCS	: 456 (composmentis)
Status gizi	: Normal
Berat Badan	: 76 kg
Tinggi Badan	: 155 cm
Sikap	: Tampak gelisah, bersikap protektif dengan menghindari nyeri, tampak meringis menahan nyeri.

b. Pemeriksaan *Head to Toe*

1) Kepala

Warna rambut hitam, kuantitas rambut lebat, tekstur rambut halus, kulit kepala bersih, tidak ada lesi, bentuk kepala bulat, tidak ada benjolan.

2) Mata

Konjungtiva anemis, sclera putih, reflek pupil mengecil jika terkena cahaya, bola mata bulat sempurna. Klien mengeluh pandangan matanya buram.

3) Telinga

Bentuk daun telinga lebar dan lengkung sempurna, kesimetrisan telinga kanan dan kiri simetris, tidak ada pengeluaran cairan.

4) Hidung dan Sinus

Bentuk hidung simetris, warna sawo matang.

5) Mulut dan tenggorokan

Bibir pucat, mukosa kering, gigi bersih, lidah terdapat warna putih, faring tidak ada sumbatan.

6) Leher

Leher tampak simetris dengan warna sawo matang, trakea berada di posisi tengah, tanpa pembesaran tiroid maupun vena jugularis eksternal (JVP).

7) Thorax

a) Paru-paru

Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 21x/menit, kedalaman nafas normal, jenis pernafasan spontan, tidak ada retraksi dada, irama

nafas regular, ekspansi paru dada naik turun tidak sama, vocal fremitus seimbang, batas paru di antara costa ke 5 dan ke 6, suara nafas vesikuler.

b) Jantung

Ictus cordis tidak tampak, nyeri tidak ada, batas jantung kiri ICS 4-6, batas atas ICS 2, batas pinggang jantung ICS 3, bunyi jantung regular S1 tunggal, S2 tunggal (lup dup).

c) Payu dara

payudara klien lunak, puting susu menonjol keluar, ASI belum keluar.

8) Abdomen

Bentuk perut simetris, warna kulit sawo matang, bising usus 16x/menit. Klien mengeluh nyeri pada perut bawah bekas operasi SC, nyeri bertambah jika bergerak dan terasa seperti disayat-sayat, skala nyeri 7 (NRS), klien mengatakan nyerinya hilang timbul dan terasa ± 2 menit. Klien tampak meringis menahan nyeri dan bersikap protektif dengan menghindari nyeri.

9) Genetalia

Integritas kulit vagina normal tidak ada luka lecet, tidak ada edema. Keadaan perineum utuh, tidak ada tanda REEDA. Pengeluaran lochea 3 pembalut/hari, warna merah, konsisten kental bau amis. Tidak ada hemoroid.

10) Ekstremitas

Kekuatan otot dinilai 5/5 pada kedua sisi, turgor kulit menurun (>2 detik), *capillary refill time* (CRT) >2 detik, warna kulit pucat, akral terasa dingin, serta terdapat edema pada ekstremitas bawah kiri dan kanan. Warna kulit sawo matang, tanpa tanda sianosis maupun parestesia.

6. Terapi Medis

Tabel 4. 3 Terapi Medis

Terapi Medis	Dosis Pemberian
Infus Ringer Laktat	500 cc/12 Jam
Injeksi MgSO ₄ 40%	2,5 syringe pump
Injeksi Tranexamin Acid	3x1 ampul 500 mg
Injeksi Metamizole	3x1 gr
Injeksi Metoclopramide	3x10 mg
Per oral Adalat Oros	2x30 mg 1-0-1

Sumber : Rekam Medik Klien, 2025

7. Hasil Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4. 4 Hasil Pemeriksaan Penunjang

Jenis Pemeriksaan	Hasil
Radiologi Thorax	<i>Cardiomegaly</i>
Tanggal 01-2-2025	Pulmo tak tampak kelainan

Jenis Pemeriksaan	Hasil
Laboratorium	Pemeriksaan Hasil Lab: Nilai normal:
Tanggal 01-2-2024	Darah Lengkap:
WBC	11.65 4.79-11.34 $10^3/\mu\text{l}$
RBC	4.0 4.1-5.6 $10^6/\mu\text{l}$
HGB	12.5 12.1-17.6 g/dl
HCT	34.4 34.0-45.1 %
PLT	313 152-296 $10^3/\mu\text{l}$
MCV	86.4 71.8-92.0 fl
MCH	31.4 22.6-31.0 pg
MCHC	36.4 30.8-35.2 g/dl
RDW-SD	41.7 34.7-44.5 fl
RDW-CV	13.6 11.3-14.6 %
PDW	9.5 9.0-17.0 fl
MPV	9.4 9.0-13.0 fl
P-LCR	20.0 13.0-43.0 %
PCT	0.3 0.2-0.4 %
EO%	2.50 0.70-5.40 %
BASO%	0.40 0.00-1.00 %
NEUT%	59.9 42.5-71.0 %

Jenis Pemeriksaan	Hasil	
LYMP%	31.3	20.4 - 44.6 %
MONO%	5.9	3.6-9.9 %
EO	0.27	0.04-0.43 10^3 ul
BASO	0.04	0.02-0.09 10^3 ul
MONO	0.63	0.33-0.91 10^3 ul
NEUT	6.4	2.7 - 7.5 10^3 ul
LYMP	3.3	1.5-3.7 10^3 ul
Kimia Klinik:		
Gula Darah Sewaktu	70	45 – 145 mg/dl
Elektrolit:		
Natrium	137	136-145 mmol/l
Kalium	3.6	3.5-5.1 mmol/l
Chlorida	107	98-107 mmol/l
Urine Lengkap:		
Makroskopis		
Berat jenis	1.006	1.001 – 1.020
PH	5.0	4.8 – 7.4
Leukosit	Negatif	Negatif
Nitrit	Negatif	Negatif
Albumin	Positif 1	Negatif
Glukosa	Normal	Normal
Ion	Negatif	Negatif
Urobilinogen	Normal	Normal
Bilirubin	Negatif	Negatif
Eritrosit`	Negatif	Negatif
Makroskopis		
Eritrosit (Sedimen)	1-2	0-2
Leukosit (Sedimen)	1-2	0-2
Epitel	0-1	0-1
Silinder	Negatif	Negatif
Bakteri	Negatif	Negatif

Sumber : Radiologi dan laboratorium RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo

4.1.3 Analisis Data

Tabel 4. 5 Analisis Data

Analisis Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
DS:		
1. Klien mengeluh merasa nyeri pada luka bekas operasi SC	Agen Pencedera Fisik	Nyeri Akut (D.0077)
P: nyeri bertambah jika bergerak	↓	
Q: terasa seperti disayat-sayat	Post Sectio Caesaria	
R: perut bawah (luka bekas operasi SC)	↓	
S: skala nyeri 7 (NRS)	Perubahan fisiologis	
T: klien mengatakan nyerinya hilang timbul dan terasa ±2 menit	↓	
	Nyeri Akut	

DO:

1. Klien tampak gelisah
2. Klien tampak meringis manahan nyeri
3. Nafsu makan klien berubah
4. Klien sulit tidur
5. Klien bersikap protektif dengan menghindari nyeri
6. TTV; TD: 169/108 mmHg
N: 82 x/ menit
RR: 21 x/menit
S: 36,5° C
GCS: 456

DS:

1. Klien mengeluh pandangan mata buram
2. Peningkatan Tekanan Darah
3. Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)

DO:

1. CRT > 2 detik
2. Akral terasa dingin
3. Warna kulit pucat
4. Turgor kulit menurun
5. Edema pada ekstremitas bawah kiri dan kanan
6. Proteinuria: +1
7. TTV; TD: 169/108 mmHg
N: 82 x/ menit
RR: 21 x/menit
S: 36,5° C
GCS: 456

Peningkatan Tekanan Darah

Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)

↓
Preeklampsia Berat

↓
Penurunan plasma dalam sirkulasi

↓
Perfusi Perifer Tidak Efektif

Sumber : Data Primer, 2025

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri Akut (D.0077) b.d agen pencedera fisik
- b. Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009) b.d Peningkatan Tekanan Darah

4.1.5 Rencana Tindakan Keperawatan

Tabel 4. 6 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
1.	Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri cukup menurun (4) 2. Meringis cukup menurun (4) 3. Gelisah cukup menurun (4) 4. Kesulitan tidur cukup menurun (4) 5. Sikap protektif cukup menurun (4) 6. Tekanan darah cukup membaik (4) 7. Nafsu makan cukup membaik (4) 8. Pola tidur cukup memmbaik (4)	Manajemen Nyeri (1.08238) dan Pemberian Analgesik (1.08243) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi Riwayat alergi obat 6. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 7. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik: 8. Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 9. Fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi: 10. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 11. Berikan analgetik secara tepat 12. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 13. Kolaborasi pemberian analgetik
2.	Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009) berhubungan dengan peningkatan	Perfusi Perifer (L.02011) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Pengisian kapiler cukup (3)	Perawatan Sirkulasi (1.02079) dan Pemantauan Tanda Vital (1.06198) Observasi 1. Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index) 2. Identifikasi faktor risiko

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
	tekanan darah	2. Akral cukup meningkat (4) 3. Warna kulit pucat cukup membaik (4) 4. Turgor kulit cukup membaik (4)	gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas 4. Monitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh Terapeutik 5. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 6. Lakukan hidrasi Edukasi 7. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 8. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) 9. Informasikan hasil pemantauan.

Sumber : SDKI, SLKI, SIKI

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 4. 7 Implementasi Keperawatan

No. Diagnosa	Hari / tanggal	Jam (WIB)	Tindakan keperawatan	Paraf
D.0077	Minggu, 02/2/2025	07.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil: P: nyeri bertambah jika bergerak Q: terasa seperti disayat-sayat R: perut bawah (luka bekas operasi SC) T: klien mengatakan nyerinya hilang timbul dan terasa ± 2 menit	 Nurul Badiah
		07.05	2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: skala 7 (NRS)	
		07.15	3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil: klien tampak gelisah dan meringis menahan nyeri, Klien bersikap protektif dengan	

No. Diagnosa	Hari / tanggal	Jam (WIB)	Tindakan keperawatan	Paraf
			menghindari nyeri	
		07.25	4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil: nyeri bertambah saat bergerak dan nyeri berkurang saat istirahat	
		07.30	5. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Hasil: menjelaskan pada klien bahwa nyerinya disebabkan karena pasca operasi SC dan nyeri juga bisa dipicu karena rasa cemas atau stres yang berlebihan	
		07.40	6. Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Hasil: mengajarkan relaksasi tarik napas dalam dan klien mengikuti arahan betugas dengan baik	
		07.50	7. Mengidentifikasi Riwayat alergi obat Hasil: Klien mengatakan tidak ada riwayat alergi obat	
		08.00	8. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Hasil: Klien mengatakan nyeri belum berkurang	
		08.05	9. Memberikan analgetik secara tepat Hasil: klien diberikan obat pereda nyeri (injeksi metamizole 3x1 gram)	
		08.15	10. Berkolaborasi pemberian analgetik Hasil: injeksi metamizole 3x1 gram	
		08.20	11. Memfasilitasi istirahat dan tidur Hasil: klien bisa istirahat dan tidur, tapi masih sering terbangun karena merasa nyeri	
		08.45	12. Memonitor efek samping penggunaan analgetik Hasil: klien mengatakan mengantuk setelah disuntik obat	
D.0009	Minggu, 02/2/2025	08.50	1. Menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur Hasil: klien minum obat pengontrol tekanan darah secara rutin sesuai jam dan dosis yang sudah diresepkan (obat per oral Adalat Oros 2x30 mg 1-0-1)	 Nurul Badiah
		09.00	2. Memeriksa sirkulasi perifer Hasil: TD: 163/100 mmHg, N: 78x/menit, S: 36,5° C, CRT > 2 detik, warna kulit pucat, edema	

No. Diagnosa	Hari / tanggal	Jam (WIB)	Tindakan keperawatan	Paraf
			ekstremitas bawah kiri kanan	
		09.15	3. Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Hasil: tekanan darah tinggi	
		09.20	4. Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Hasil: terdapat bengkak pada ekstremitas bawah kanan dan kiri	
		09.30	5. Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi Hasil: tidak mengukur tekanan darah pada ekstremitas yang bengkak	
		09.35	6. Memonitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh Hasil: TD: 163/100 mmHg, N: 78x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,5°C	
		09.45	7. Menginformasikan hasil pemantauan Hasil: hasil pemantauan selalu disampaikan kepada klien	
		10.00	8. Melakukan hidrasi Hasil: infus <i>Ringer Laktat</i> (RL) 500 ml/ 12 jam, klien minum air mineral 750 ml/12 Jam	
		10.30	9. Mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) Hasil: menganjurkan klien untuk mengurangi konsumsi garam dan kopi secara berlebihan, serta mengonsumsi minyak ikan omega 3 yang berfungsi untuk kesehatan jantung dan mata	
D.0077	Senin, 03/2/2025	07.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil: P: nyeri bertambah jika bergerak Q: terasa seperti disayat-sayat R: perut bawah (luka bekas operasi SC) T: klien mengatakan nyerinya hilang timbul	 Nurul Badiah
		07.05	2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: skala 5 (NRS)	
		07.15	3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	

No. Diagnosa	Hari / tanggal	Jam (WIB)	Tindakan keperawatan	Paraf
			Hasil: klien tampak meringis menahan nyeri, klien bersikap protektif dengan menghindari nyeri	
		07.25	4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil: nyeri bertambah saat bergerak dan nyeri berkurang saat istirahat	
		07.30	5. Berkolaborasi pemberian analgetik Hasil: injeksi metamizole 3x1 gram	
		07.45	6. Memfasilitasi istirahat dan tidur Hasil: klien bisa istirahat dan tidur, tapi masih kadang-kadang terbangun karena merasa nyeri	
D.0009	Senin, 03/2/2025	08.00	1. Menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur Hasil: klien minum obat pengontrol tekanan darah secara rutin sesuai jam dan dosis yang sudah diresepkan (obat per oral Adalat Oros 2x30 mg 1-0-1)	 Nurul Badiah
		09.00	2. Memeriksa sirkulasi perifer Hasil: TD: 168/111 mmHg, N: 71x/menit, S: 36,5°C, CRT > 2 detik, warna kulit pucat, edema ekstremitas bawah kiri kanan	
		09.15	3. Memonitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh Hasil: TD: 168/111 mmHg, N: 71x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,5°C	
		09.25	4. Menginformasikan hasil pemantauan Hasil: hasil pemantauan selalu disampaikan kepada klien	
		09.30	5. Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Hasil: terdapat bengkak pada ekstremitas bawah kanan dan kiri	
		09.40	6. Melakukan hidrasi Hasil: infus Ringer Laktat (RL) 500 ml/ 12 jam, klien minum air mineral 750 ml/12 Jam	
D.0077	Selasa, 04/2/2025	07.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil: P: nyeri bertambah jika bergerak Q: terasa seperti disayat-sayat R: perut bawah (luka bekas operasi)	 Nurul Badiah

No. Diagnosa	Hari / tanggal	Jam (WIB)	Tindakan keperawatan	Paraf
			SC) T: klien mengatakan nyerinya kadang-kadang	
		07.05	2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: skala 3 (NRS)	
		07.15	3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil: klien tampak lebih tenang dan ekspresi menahan nyeri berkurang, sikap protektif dengan menghindari nyeri cukup menurun	
		07.25	4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil: nyeri bertambah saat aktivitas berat dan nyeri berkurang saat istirahat	
		07.30	5. Berkolaborasi pemberian analgetik Hasil: injeksi metamizole 3x1 gram	
		07.45	6. Memfasilitasi istirahat dan tidur Hasil: klien sudah bisa istirahat dan tidur dengan nyenyak	
D.0009	Selasa, 04/2/2025	08.00	1. Menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur Hasil: klien minum obat pengontrol tekanan darah secara rutin sesuai jam dan dosis yang sudah diresepkan (obat per oral Adalat Oros 2x30 mg 1-0-1)	 Nurul Badiah
		09.00	2. Memeriksa sirkulasi perifer Hasil: TD: 158/98 mmHg, N: 80x/menit, S: 36,5°C, CRT < 2 detik, warna kulit pucat cukup menurun, edema ekstremitas bawah kiri kanan berkurang	
		09.05	3. Memonitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh Hasil: TD: 158/98 mmHg, N: 80x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,5°C	
		09.20	4. Menginformasikan hasil pemantauan Hasil: hasil pemantauan selalu disampaikan kepada klien	
		09.30	5. Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Hasil: bengkak pada ekstremitas bawah kanan dan kiri sudah berkurang	

No. Diagnosa	Hari / tanggal	Jam (WIB)	Tindakan keperawatan	Paraf
		09.40	6. Melakukan hidrasi Hasil: infus <i>Ringer Laktat</i> (RL) 500 ml/ 12 jam, klien minum air mineral 750 ml/12 Jam	

Sumber : Data Primer, 2025

4.1.7 Evaluasi

Tabel 4. 8 Evaluasi

No. Diagnosa	Hari / tanggal	Jam (WIB)	Evaluasi	Paraf
D.0077	Minggu, 02/2/2025	13.30	S: Klien mengatakan merasa nyeri pada luka bekas operasinya (2) P: nyeri bertambah jika bergerak Q: terasa seperti disayat-sayat R: perut bawah (luka bekas operasi SC) S: skala 6 (NRS) T: klien mengatakan nyerinya hilang timbul dan terasa ± 2 menit O: 1. Keadaan umum lemah 2. Gelisah cukup meningkat (2) 3. Meringis cukup meningkat (2) 4. Klien tidak nafsu makan, makan $\frac{1}{4}$ porsi (1) 5. Klien sulit tidur karena merasakan nyeri (2) 6. Klien bersikap protektif dengan menghindari nyeri (2) 7. TTV; TD: 160/90 mmHg (2) N: 82 x/ menit RR: 20 x/menit S: 36,5° C 8. GCS: 4/5/6 A: Masalah nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi (1,2,,4,9,13) 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Kolaborasi pemberian analgetik 6. Fasilitasi istirahat dan tidur	 Nurul Badiah

No. Diagnosa	Hari / tanggal	Jam (WIB)	Evaluasi	Paraf
D.0009	Minggu, 02/2/2025	14.00	S: Klien mengatakan pandangan matanya masih buram O: 1. Akral teraba dingin (2) 2. CRT > 2 detik (2) 3. Turgor kulit menurun (1) 4. Warna kulit pucat (2) 5. Edema pada ekstremitas bawah kiri dan kanan 6. TTV; TD: 160/90 mmHg (2) N: 82 x/ menit RR: 20 x/menit S: 36,5° C 7. GCS: 456 A: Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi (1,,3,4,6,7,9) 1. Periksa sirkulasi perifer 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi 3. Monitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh. 4. Informasikan hasil pemantauan 5. Lakukan hidrasi 6. Anjurkan minum obat pengontrol tekana darah secara teratur	 Nurul Badiah
D.0077	Senin, 03/2/2025	13.30	S: Klien mengatakan masih merasa nyeri pada luka bekas operasinya (3) P: nyeri bertambah jika bergerak Q: terasa seperti disayat-sayat R: perut bawah (luka bekas operasi SC) S: skala 5 (NRS) T: klien mengatakan nyerinya hilang timbul O: 1. Keadaan umum baik 2. Klien masih gelisah dan meringis menahan nyeri (3) 3. Nafsu makan klien sedang, hanya dimakan ½ porsi (3) 4. Pola tidur klien sedang (3) 5. Klien masih bersikap protektif dengan menghindari nyeri (3) 6. TTV; TD: 162/98 mmHg (2) N: 79 x/ menit RR: 20 x/menit	 Nurul Badiah

No. Diagnosa	Hari / tanggal	Jam (WIB)	Evaluasi	Paraf
			S: 36,5° C 7. GCS: 456 A: Masalah nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi (1,2,3,4,9,13) 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Kolaborasi pemberian analgetik 6. Fasilitasi istirahat dan tidur	
D.0009	Senin, 03/2/2025	14.00	S: Klien mengatakan pandangan matanya masih buram O: 1. Akral teraba dingin (3) 2. CRT >2 detik (3) 3. Turgor kulit sedang (3) 4. Warna kulit masih pucat (3) 5. Edema pada ekstremitas bawah kiri dan kanan 6. TTV; TD: 162/98 mmHg (2) N: 79 x/ menit RR: 20 x/menit S: 36,5° C 7. GCS: 456 A: Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi (1,,3,4,6,7,9) 1. Periksa sirkulasi perifer 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi 3. Monitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh, 4. Informasikan hasil pemantauan 5. Lakukan hidrasi 6. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur	 Nurul Badiah
D.0077	Selasa, 04/2/2025	13.30	S: Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi sudah berkurang (4) P: nyeri bertambah jika bergerak Q: terasa seperti disayat-sayat	 Nurul Badiah

No. Diagnosa	Hari / tanggal	Jam (WIB)	Evaluasi	Paraf
			R: perut bawah (luka bekas operasi SC) S: skala 3 (NRS) T: klien mengatakan nyerinya kadang-kadang muncul O: 1. Keadaan umum baik 2. Gelisah cukup menurun (4) 3. Meringis cukup menurun (4) 4. Nafsu makan cukup membaik, klien makan habis 1 porsi 3x sehari (4) 5. Pola tidur cukup membaik (4) 6. Sikap protektif terhadap nyeri cukup menurun (\$) 7. TTV; TD: 140/90 mmHg (4) N: 76x/ menit RR: 20 x/menit S: 36,5° C 8. GCS: 456 A: Masalah nyeri akut teratasi P: Intervensi dihentikan	
D.0009	Selasa, 04/2/2025	14.00	S: Klien mengatakan pandangan matanya yang buram lumayan berkurang O: 1. Akral teraba hangat (4) 2. CRT < 2 detik (4) 3. Warna kulit pucat cukup membaik (4) 4. Turgor kulit cukup membaik (4) 5. Edema pada ekstremitas bawah kiri dan kanan berkurang 6. TTV; TD: 140/90 mmHg (4) N: 76x/ menit RR: 20 x/menit S: 36,5° C 7. GCS: 456 A: Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi P: Intervensi dihentikan	 Nurul Badiah

4.2 Pembahasan

Penelitian ini mengulas kasus perawatan pada klien *Post Sectio Caesarea* dengan PEB + IUFD di ruang Nifas RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo. Lingkup pembahasan meliputi beberapa tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

4.2.1 Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada klien Ny. A *Post Sectio Caesarea* dengan PEB + IUFD, didapatkan data klien mengeluh merasa nyeri pada luka bekas operasi SC, nyeri bertambah jika bergerak dan terasa seperti disayat-sayat, skala nyeri 7 (NRS), nyerinya hilang timbul dan terasa ± 2 menit, pandangan matanya masih buram. Dari hasil pemeriksaan klien tampak gelisah dan meringis menahan nyeri, sulit tidur, nafsu makan berubah, bersikap protektif menghindari nyeri, CRT > 2 detik, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, edema pada ekstremitas bawah kiri dan kanan TTV; TD: 169/108 mmHg, N: 82x/menit, S: 36,5°C, RR: 21x/menit, GCS: 456 (composmentis).

Menurut Smeltzer & Bare (2023) prosedur pembedahan memicu aktivasi reseptor nosiseptif yang menghasilkan sensasi nyeri, ditandai dengan keluhan nyeri hilang timbul, terasa seperti disayat, dan skala nyeri 7 *Numeric Rating Scale (NRS)*. Pergerakan fisik akan meningkatkan ketegangan pada jaringan sekitar luka, sehingga memperparah rasa nyeri. Nyeri juga dapat mengakibatkan gangguan tidur, penurunan nafsu makan, serta respon emosional seperti gelisah dan meringis menahan rasa sakit. Menurut *HelloSehat* (2025) karakteristik klinis PEB, yaitu hipertensi $\geq 160/110$ mmHg disertai tanda *end-organ damage* seperti gangguan penglihatan dan edema. Mekanisme patofisiologi PEB melibatkan disfungsi

endotel dan vasospasme pembuluh darah yang menyebabkan peningkatan resistensi vaskular sistemik dan gangguan perfusi jaringan. Hal ini dapat menjelaskan adanya penurunan turgor kulit, CRT > 2 detik, serta warna kulit pucat akibat perfusi perifer yang tidak optimal. Menurut WHO (2023) IUFD merupakan kematian janin intrauterin yang dapat memicu respon emosional dan fisiologis pada ibu, termasuk gangguan psikologis dan stres fisiologis yang dapat memperburuk stabilitas tekanan darah dan menurunkan kualitas pemulihan pasca operasi.

Menurut peneliti adanya keluhan nyeri skala 7 dengan karakter nyeri seperti disayat-sayat dan bertambah saat bergerak menunjukkan adanya respon inflamasi dan trauma jaringan akibat prosedur pembedahan. Keluhan nyeri yang memengaruhi kualitas tidur serta menurunkan nafsu makan mengindikasikan dampak signifikan terhadap kebutuhan dasar pasien. Selain itu, adanya tanda-tanda seperti CRT > 2 detik, akral dingin, kulit pucat, turgor kulit menurun, dan edema pada ekstremitas bawah mengarah pada perfusi perifer yang terganggu, kemungkinan berhubungan dengan proses patologi PEB yang menyebabkan vasospasme dan retensi cairan. Tekanan darah tinggi (169/108 mmHg) memperkuat indikasi bahwa pasien masih berada dalam fase risiko komplikasi kardiovaskular pasca operasi. Pandangan mata yang buram juga dapat menjadi manifestasi sisa dari gangguan perfusi serebral akibat PEB.

4.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien berdasarkan analisa data subyektif dan obyektif yang pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Sedangkan yang kedua yaitu perfusi perifer tidak efektif

berhubungan dengan peningkatan tekanan darah. Diagnosa keperawatan tersebut ditegakkan berdasarkan hasil pengkajian dan keluhan klien.

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Menurut Potter & Perry (2024) nyeri yang tidak terkelola dapat menghambat mobilisasi dini, mengganggu pola tidur dan nafsu makan, serta meningkatkan tekanan darah melalui aktivasi sistem saraf simpatis. Hal ini dapat memperlambat proses penyembuhan luka dan meningkatkan risiko komplikasi pasca operasi. Sedangkan menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) perfusi perifer tidak efektif adalah penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh. Menurut Cunningham (2023) patofisiologi PEB menjelaskan bahwa hipertensi pada kehamilan disebabkan oleh vasospasme sistemik dan disfungsi endotel yang mengakibatkan peningkatan resistensi vaskular menurunkan perfusi jaringan perifer. Menurut Prawirohardjo (2022) gangguan aliran darah perifer dapat menghambat distribusi oksigen dan nutrisi ke jaringan luka sehingga meningkatkan risiko keterlambatan penyembuhan dan infeksi. Kondisi ini semakin diperburuk oleh adanya edema pada ekstremitas, yang merupakan manifestasi dari peningkatan permeabilitas kapiler akibat hipertensi.

Menurut peneliti terdapat kesesuaian dalam menegakkan diagnosa keperawatan pada klien *Post Sectio Caesarea* dengan PEB + IUFD dengan teori yang ada. Kedua diagnosis keperawatan tersebut saling berkaitan dan berkontribusi terhadap status kesehatan klien. Nyeri akut yang tidak tertangani dapat

meningkatkan tekanan darah melalui respon stres, sementara perfusi perifer yang tidak efektif dapat menghambat penyembuhan luka *post sectio caesarea* dan dapat memperburuk nyeri. Penegakan diagnosa menurut peneliti sudah sesuai dengan teori dan kondisi klien yaitu terdapat tanda dan gejala mayor nyeri akut seperti : klien mengeluh merasa nyeri pada luka bekas operasi SC, nyeri bertambah jika bergerak dan terasa seperti disayat-sayat, skala nyeri 7 *Numeric Rating Scale (NRS)*, klien mengatakan nyerinya hilang timbul dan terasa ± 2 menit. Klien mengatakan sulit tidur karena merasa nyeri, nafsu makan juga menurun, klien tampak gelisah dan meringis menahan nyeri. Sedangkan tanda dan gejala mayor perfusi perifer tidak efektif seperti: klien juga mengeluh pandangan matanya masih buram, CRT > 2 detik, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, edema pada ekstremitas bawah kiri dan kanan TTV; TD: 169/108 mmHg,

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang di berikan kepada klien *Post Sectio Caesarea* hari ke-2 dengan PEB + IUFD dilakukan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul yaitu yang pertama Nyeri Akut akan dilakukan intervensi Manajemen Nyeri dan Pemberian Analgesik dengan tindakan observasi: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi riwayat alergi obat, monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik: berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi: jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk

mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi: kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: keluhan nyeri cukup menurun, meringis cukup menurun, gelisah cukup menurun, kesulitan tidur cukup menurun, sikap protektif terhadap nyeri cukup menurun, tekanan darah cukup, nafsu makan cukup membaik, pola tidur cukup membaik.

Sedangkan diagnosa yang kedua yaitu Perfusi Perifer Tidak Efektif akan dilakukan intervensi Perawatan Sirkulasi dan Pemantauan Tanda Vital dengan tindakan Observasi: Pemeriksaan sirkulasi perifer, Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi, Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas, Monitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh. Terapeutik: Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, Lakukan hidrasi. Edukasi: Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi, Informasikan hasil pemantauan, jika perlu. Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat, dengan kriteria hasil: pengisian kapiler cukup, akral cukup meningkat, warna kulit pucat cukup membaik, turgor kulit cukup membaik.

Menurut Schug S.A., *et. al.* (2020) nyeri akut pada pasien pasca *Section Caesarea* merupakan respons fisiologis akibat kerusakan jaringan dan proses inflamasi pada area insisi, yang dipicu oleh stimulasi nosiseptor dan diperberat oleh pergerakan. Pada klien, keluhan nyeri dengan skala 7 menurut *Numeric Rating Scale (NRS)*, disertai gelisah, gangguan tidur, dan penurunan nafsu makan, menunjukkan adanya gangguan pemenuhan kebutuhan dasar. Intervensi

manajemen nyeri yang dilaksanakan meliputi observasi karakteristik nyeri, penerapan teknik nonfarmakologis, edukasi penggunaan analgesik secara tepat, serta kolaborasi dalam pemberian analgesik. Pendekatan ini sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018) yang menekankan kombinasi metode farmakologis dan nonfarmakologis. Penelitian terdahulu oleh Azizah (2020) yang berjudul “Pengaruh manajemen nyeri farmakologis dan nonfarmakologis terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi *Section Caesarea*” menunjukkan bahwa intervensi terintegrasi mampu menurunkan intensitas nyeri dan meningkatkan kenyamanan pasien dalam kurun waktu 48–72 jam pasca pembedahan. Menurut *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2021) gangguan perfusi perifer pada pasien dengan preeklampsia berat ditandai dengan pengisian kapiler > 2 detik, akral dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, serta edema ekstremitas. Mekanisme ini disebabkan oleh vasospasme pembuluh darah dan retensi cairan sebagai akibat dari respon patologis PEB. Intervensi yang dilakukan mencakup pemantauan sirkulasi perifer, observasi tanda vital, pemberian hidrasi adekuat, edukasi kepatuhan konsumsi obat antihipertensi, dan pengaturan diet untuk mendukung sirkulasi. Strategi ini sejalan dengan Norgren *et. al.*, (2022) yang menyatakan bahwa pemantauan hemodinamik yang ketat serta pengelolaan cairan merupakan langkah kunci dalam meningkatkan perfusi jaringan. Evaluasi setelah 3×24 jam diharapkan menunjukkan perbaikan pengisian kapiler, peningkatan suhu akral, serta perbaikan warna kulit, yang menandakan optimalisasi sirkulasi perifer.

Menurut peneliti intervensi keperawatan yang direncanakan sesuai dengan pedoman SIKI namun ada intervensi yang tidak dicantumkan oleh peneliti karena

intervensi yang dirancang menyesuaikan kondisi yang terjadi pada klien saat ini. Dengan intervensi keperawatan yang dilakukan untuk menurunkan tingkat nyeri peneliti merancang intervensi sesuai buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yaitu Manajemen Nyeri (1.08238) dan Pemberian Analgesik (1.08243) antara lain: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi riwayat alergi obat, monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, monitor efek samping penggunaan analgetik, berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. Kemudian peneliti merancang intervensi yang kedua dilakukan untuk meningkatkan perfusi perifer dengan mengambil intervensi di buku SIKI yaitu Perawatan Sirkulasi (1.02079) dan Pemantauan Tanda Vital (1.06198) antara lain: Pemeriksaan sirkulasi perifer, Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi, Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas, Monitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh, Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, Lakukan hidrasi, Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi, Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang di berikan kepada klien sudah sesuai dengan intervensi yang di buat sebelumnya. Implementasi yang diberikan pada hari kesatu yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, mengidentifikasi Riwayat alergi obat, memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat, Berkolaborasi pemberian analgetik, memfasilitasi istirahat dan tidur, memonitor efek samping penggunaan analgetik. Pada hari kedua yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Berkolaborasi pemberian analgetik, memfasilitasi istirahat dan tidur. Pada hari ketiga yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Berkolaborasi pemberian analgetik, memfasilitasi istirahat dan tidur.

Implementasi diagnosa yang kedua pada hari pertama yaitu menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, memeriksa sirkulasi perifer, mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi, memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas, menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, memonitor tekanan darah, nadi,

pernapasan, suhu tubuh, menginformasikan hasil pemantauan, melakukan hidrasi, mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3). Pada hari kedua yaitu menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, memeriksa sirkulasi perifer, mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi, memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas, memonitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh, menginformasikan hasil pemantauan, melakukan hidrasi. Pada hari ketiga yaitu menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, memeriksa sirkulasi perifer, mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi, memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas, memonitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh, menginformasikan hasil pemantauan, melakukan hidrasi.

Pelaksanaan implementasi keperawatan yang terstruktur dan sesuai dengan rencana intervensi merupakan komponen penting dalam pencapaian tujuan asuhan keperawatan. Menurut Dihle, A., *et. al.*, (2021) menyatakan bahwa pelaksanaan manajemen nyeri yang meliputi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri; pemantauan respons nyeri nonverbal; penerapan teknik nonfarmakologis; edukasi penggunaan analgesik yang tepat; serta kolaborasi pemberian analgesik, terbukti efektif menurunkan intensitas nyeri pada pasien pasca *Seccio Caesarea* dalam periode 48–72 jam. Prinsip ini sejalan dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018), yang menekankan konsistensi dan ketepatan pelaksanaan intervensi sebagai kunci keberhasilan asuhan. Terkait dengan diagnosa perfusi perifer tidak efektif, menurut Nugraha (2021) pemantauan sirkulasi perifer secara berkala, identifikasi faktor risiko, edukasi kepatuhan minum

obat antihipertensi, pengelolaan hidrasi, serta pemberian edukasi diet rendah lemak jenuh dan kaya omega-3 dapat memperbaiki pengisian kapiler, meningkatkan suhu akral, serta mengurangi edema pada pasien dengan gangguan vaskular. Penelitian ini didukung oleh Black dan Hawks (2024), yang menyatakan bahwa optimalisasi perfusi perifer memerlukan pemantauan hemodinamik yang ketat dan intervensi terintegrasi yang melibatkan modifikasi faktor risiko.

Menurut peneliti implementasi keperawatan yang dilakukan pada hari pertama, kedua, dan ketiga terdapat kesesuaian atau tidak ada kesenjangan antara teori dengan implementasi yang diberikan kepada klien dengan masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan nyeri pada luka bekas operasi SC, begitupun dengan masalah perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah dibuktikan dengan klien mengeluh pandangan matanya buram, tekanan darah 169/108 mmHg. Klien menunjukkan peningkatan proses penyembuhan dalam hal ini menandakan tindakan yang dilakukan sudah tepat setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam keadaan pasien menjadi baik atau tingkat nyeri klien menurun dan perfusi perifer meningkat. Menurut peneliti jika implementasi sudah tidak dilakukan klien mengalami perubahan yang positif dalam peningkatan kesehatan, maka hal ini sesuai dengan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (OTEK) standar intervensi keperawatan Indonesia.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi perawatan selama 3 hari menunjukkan perkembangan yang baik bagi pasien. Hal ini menunjukkan telah terjadi perubahan positif dalam evaluasi keperawatan dengan menunjukkan peningkatan kondisi klien. Berdasarkan evaluasi keperawatan yang dilakukan Ny. A menggunakan metode SOAP pada hari

pertama masalah keperawatan yang dialami klien belum teratasi. Pada hari kedua masalah yang dialami klien masih belum teratasi. Sedangkan hari ketiga evaluasi pada diagnosa pertama dan diagnosa kedua menunjukkan kondisi yang lebih baik sehingga masalah klien teratasi.

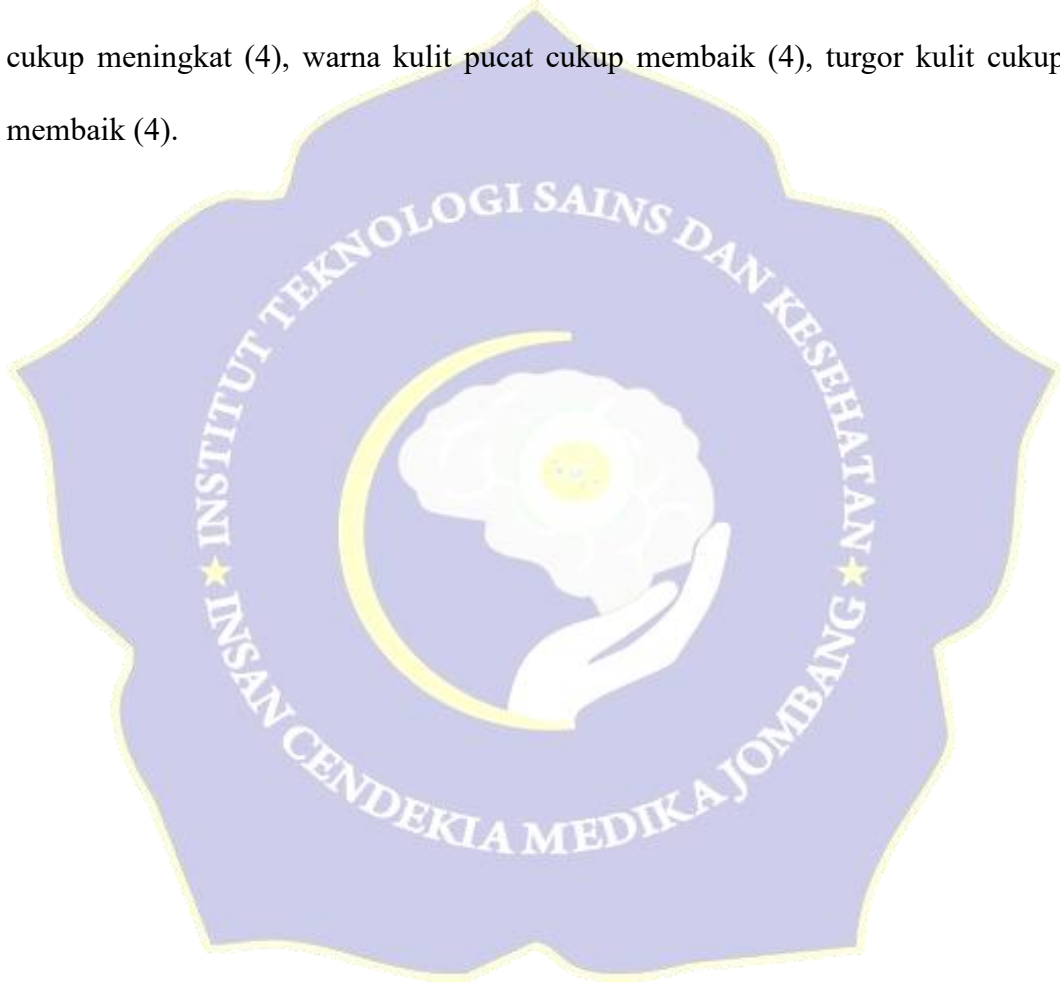
Menurut Herdman, T.H. & Kamitsuru, S. (2021) evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang berfungsi untuk menilai tingkat keberhasilan intervensi yang telah diberikan dengan membandingkan kondisi klien terhadap kriteria hasil yang telah ditetapkan. Pada kasus klien dengan diagnosa medis *Post Sectio Caesarea* hari ke-2 dengan Preeklampsia Berat (PEB) dan *Intra Uterine Fetal Death (IUFD)*, hasil evaluasi dalam waktu tiga hari menunjukkan bahwa diagnosa keperawatan Nyeri Akut dan Perfusi Perifer Tidak Efektif dapat teratasi sesuai indikator yang tercantum dalam Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Hasil ini sejalan dengan Raihana, A. & Rizkia, M. (2025) yang melaporkan bahwa pada klien pasca operasi dengan komplikasi obstetri, perbaikan gejala nyeri dan sirkulasi perifer umumnya mulai terlihat dalam rentang 48–72 jam setelah pemberian intervensi terintegrasi, terutama jika penatalaksanaan nyeri dan optimalisasi perfusi dilakukan secara simultan. Penurunan keluhan nyeri, meringis, gelisah, serta perbaikan nafsu makan dan pola tidur yang signifikan pada hari ketiga mencerminkan keberhasilan manajemen nyeri akut. Selain itu, adanya peningkatan pengisian kapiler, kehangatan akral, perbaikan warna kulit, dan peningkatan turgor kulit sesuai dengan kriteria hasil Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) Perfusi Perifer Membaik mendukung pernyataan Veri N., *et. al.*, (2021) bahwa pemantauan terstruktur terhadap parameter hemodinamik perifer berkontribusi signifikan terhadap keberhasilan

evaluasi asuhan. Dengan demikian, hasil ini menunjukkan bahwa intervensi keperawatan yang tepat sasaran dapat mempercepat pencapaian luaran positif pada klien dengan kondisi kompleks pasca operasi.

Menurut pendapat peneliti pada catatan perkembangan evaluasi keperawatan selama 3x24 jam dengan metode SOAP, pada studi kasus Ny. A yang dilakukan pada tanggal 2 - 4 Februari 2025 yang terdiri dari subyektif, obyektif, analisa dan *planning* untuk mengatasi masalah keperawatan Nyeri Akut dan Perfusi Perifer Tidak Efektif. Pada hari pertama dan kedua pasien belum memenuhi kriteria hasil. Hal ini dikarenakan keluhan dan tanda gejala pasien belum mengalami perubahan atau masalah belum teratasi. Di hari ketiga klien mengalami perubahan dan masalah Nyeri Akut teratasi, dengan hasil evaluasi: klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi SC sudah berkurang, skala nyeri 3 *Numeric Rating Scale (NRS)* nyerinya kadang-kadang muncul, nafsu makan klien cukup membaik, pola tidur cukup membaik, sikap protektif terhadap nyeri cukup menurun, TTV; TD: 140/90 mmHg, N: 76x/ menit S: 36,5° C, RR: 20x/menit. Begitupun dengan masalah Perfusi Perifer Tidak Efektif juga teratasi pada hari ketiga, dengan hasil evaluasi: klien mengatakan pandangan matanya yang buram lumayan berkurang, akral teraba hangat, CRT < 2 detik, turgor kulit cukup membaik, Warna kulit pucat cukup membaik, edema pada ekstremitas bawah kiri dan kanan berkurang. Terdapat perubahan pada klien di hari ketiga berarti analisis masalah keperawatan tersebut teratasi dan intervensi dihentikan.

Evaluasi Keperawatan pada klien dengan diagnosa medis *Post Sectio Caesarea* hari ke-2 dengan PEB + IUFD diperoleh hasil dalam waktu tiga hari. Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut dan Perfusi Perifer Tidak Efektif dapat teratasi

sesuai indikator yang sudah ditentukan dan disesuaikan dengan kriteria hasil. Berdasarkan SLKI Nyeri Akut yaitu: keluhan nyeri cukup menurun (4), meringis cukup menurun (4), gelisah cukup menurun (4), kesulitan tidur cukup menurun (4), sikap protektif terhadap nyeri cukup menurun (4), tekanan darah cukup membaik (4), nafsu makan cukup membaik (4), pola tidur cukup membaik (4). Sedangkan Perfusi Perifer Tidak Efektif yaitu: pengisian kapiler cukup membaik (4), akral cukup meningkat (4), warna kulit pucat cukup membaik (4), turgor kulit cukup membaik (4).



BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Berdasarkan pengkajian pada klien Ny. A dengan diagnosa medis *Post Sectio Caesarea* hari ke-2 dengan *Preeklampsia Berat* (PEB) dan *Intra Uterine Fetal Death (IUFD)* diperoleh data nyeri pada luka bekas operasi SC, nyeri bertambah jika bergerak dan terasa seperti disayat-sayat, skala nyeri 7 (NRS), nyerinya hilang timbul dan terasa ± 2 menit, sulit tidur, nafsu makan menurun, pandangan matanya masih buram, klien tampak gelisah dan meringis menahan nyeri, CRT > 2 detik, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, edema pada ekstremitas bawah kiri dan kanan TTV; TD: 169/108 mmHg, N: 82x/menit, S: 36,5°C.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. A yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dan Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan pada gangguan nyeri akut meliputi manajemen nyeri (1.08238) dan pemberian analgesik (1.08243), sedangkan intervensi keperawatan untuk perfusi perifer tidak efektif meliputi perawatan sirkulasi (1.02079) dan pemantauan tanda vital (1.06198).
4. Implementasi keperawatan dilakukan dengan pengamatan, tindakan mandiri, edukasi dan kerja sama dengan mengikuti tindakan yang telah dilakukan sesuai dengan SIKI 2019 untuk mencapai sasaran atau target yang diharapkan selama 3 x 24 jam.

5. Evaluasi Keperawatan pada klien diperoleh hasil dalam waktu tiga hari Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut dan Perfusi Perifer Tidak Efektif dapat teratasi sesuai indikator yang sudah ditentukan dan disesuaikan dengan kriteria hasil. Berdasarkan SLKI Nyeri Akut yaitu: keluhan nyeri cukup menurun (4), meringis cukup menurun (4), gelisah cukup menurun (4), kesulitan tidur cukup menurun (4), bersikap protektif cukup menurun (4), tekanan darah cukup membaik (4), nafsu makan cukup membaik (4), pola tidur cukup membaik (4). Sedangkan Perfusi Perifer Tidak Efektif yaitu: pengisian kapiler cukup membaik (4), akral cukup meningkat (4), warna kulit pucat cukup membaik (4), turgor kulit cukup membaik (4).

5.2 Saran

1. Bagi perawat

Perawat diharapkan mampu mengoptimalkan asuhan keperawatan pada pasien dengan PEB dan IUFD *post* operasi *sectio caesarea* melalui penerapan manajemen nyeri nonfarmakologis, pemantauan perfusi perifer secara sistematis, serta pemberian edukasi dan dukungan psikologis yang berkesinambungan kepada pasien dan keluarga.

2. Bagi peneliti selanjutnya

Penelitian selanjutnya diharapkan menggunakan metode kuantitatif atau *mixed-method* dengan jumlah partisipan yang lebih besar untuk mengevaluasi efektivitas intervensi keperawatan, sekaligus menggali aspek psikososial pasien dan keluarga secara lebih komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

- Pangesti Dwi *et al.* (2022). Faktor-Faktor Risiko Preeklamsi pada Ibu Hamil Berdasarkan Karakteristik Maternal di Kabupaten Banyumas. *NERSMID : Jurnal Keperawatan Dan Kebidanan*, 5(1), 113–122.
- Haslan, H., & Trisutrisno, I. (2022). Dampak Kejadian Preeklampsia dalam Kehamilan Terhadap Pertumbuhan Janin *Intrauterine*. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11, 445–454.
- Aggraini, L., Yanuar, T., & Farlikhatun, L. (2023). Dampak Kejadian Preeklampsia dalam Kehamilan Terhadap Pertumbuhan Janin *Intrauterine* di RSUD Koja Tahun 2023.
- Jovanovic, I., Ivanovic, K., Kostic, S., Tadic, J., Dugalic, S., Petronijevic, M., Gojnic, M., Petronijevic, M., & Vrzic-Petronijevic, S. (2023). *Intrauterine Fetal Death in Term Pregnancy—A Single Tertiary Clinic Study*. *Life*, 13(12), 2320.
- Mohamad, S. (2022). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian *Intra Uterine Fetal Death* Di RS Kota Gorontalo. *Jambura Journal*, 4, 44. <http://ejurnal.ung.ac.id/index.php/jjhsr/index>
- Hidayat, Aziz Alimul. (2020). *Metodeologi penelitian kebidanan dan teknik analisis data*. Jakarta : Salemba medika
- Riyanto, Agus. (2021). *Aplikasi Metodeologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- PPNI, T. P. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- PPNI, T. P. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- PPNI, T. P. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Kosasih, Cecep Eli, Solehati (2020), *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*, Edisi 4, Jakarta : EGC
- Mansjoer, A. (2021). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta : Salemba Medika
- Mirzanti, Hanifah, Desy Kurniawati (2022), *Obsgynacea*, Yogyakarta : Tosca Enterprise
- Aspiani, R. Y. (2022). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas*. Trans Info Media.
- Ayuningtyas, D., Oktarina, R., Misnaniarti, & Sutrisnawati, N. N. D. (2021). Etika Kesehatan pada Persalinan Melalui *Sectio Caesarea* Tanpa Indikasi Medis. 14. <https://doi.org/10.1080/14017430510009078> [diakses 9 Juli. 2025].
- Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Spong, C.Y. and Dashe, J.S. (2023) *Williams obstetrics*. 25th ed. New York: McGraw-Hill Education.

- Potter, P.A. and Perry, A.G. (2022) *Fundamentals of nursing*. 9th ed. St. Louis: Elsevier.
- Prawirohardjo, S. (2022) *Ilmu kebidanan*. 4th ed. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Smeltzer, S.C. and Bare, B.G. (2023) *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. 13th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization (WHO) (2023) *Stillbirth*. [online] Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/stillbirth> [diakses 14 Juli 2025].
- Azizah, N. (2020) Pengaruh manajemen nyeri farmakologis dan nonfarmakologis terhadap penurunan nyeri pada pasien *post* operasi *Seccio Caesarea*. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 23(2), pp.87–94. Available at: <https://doi.org/10.xxxx/jki.v23i2.2020> [diakses 29 Juli. 2025].
- Black, J.M. & Hawks, J.H. (2023) *Medical-surgical nursing: Clinical management for positive outcomes*. 9th ed. St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Nugraha, F. (2021) Pengaruh edukasi dan manajemen cairan terhadap perbaikan perfusi perifer pada pasien hipertensi. *Jurnal Keperawatan Medikal Bedah*, 7(1), pp.45–52.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2021) *Hypertension in pregnancy* (ACOG Practice Bulletin No. 222). Washington, DC: ACOG.
- Dihle, A., Bjolseth, G., & Helseth, S. (2021) *Evidence-based nursing interventions for managing acute pain in adults: A systematic review*. *Journal of Clinical Nursing*, 30(1-2), pp. 3–15.
- Norgren, L., et. al. (2022) *Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II)*. *Journal of Vascular Surgery*, 45(1), pp.S5–S67.
- Schug, S.A., Palmer, G.M., Scott, D.A., Halliwell, R., & Trinca, J. (2020) *Acute Pain Management: Scientific Evidence*. 5th ed. Melbourne: Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine.
- HelloSehat (2025) *Preeklampsia Berat (PEB): Gejala, Penyebab, Pengobatan, dll*. Available at: <https://hellosehat.com/kehamilan/kandungan/masalah-kehamilan/peb-preeklampsia-berat/> [diakses 27 Juli. 2025]
- Raihana, A. & Rizkia, M. (2025) 'Asuhan keperawatan pada pasien post sectio caesarea dengan Preeklampsia Berat (PEB): Studi kasus', *Indonesian Journal of Health Science*, 5(5), pp. 1047–1056. doi:10.54957/ijhs.v5i5.1666.
- Veri, N., Lajuna, L., Mutiah, C., Halimatussakdiah, H. & Dewita, D. (2024) 'Preeklampsia: patofisiologi, diagnosis, skrining, pencegahan dan penatalaksanaan', *Femina: Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 4(1), pp. 283–296. doi:10.30867/femina.v4i1.588.

LAMPIRAN

JADWAL KEGIATAN

[illegible]

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN*(INFORMED CONCENT)*

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti, saya yang bertanda-tangan dibawah ini:

Nama/No Responden :

Umur :

Jenis Kelamin :

Menyatakan (**bersedia/tidak bersedia**)* penelitian saya dijadikan sebagai studi kasus untuk memenuhi tugas Karya Ilmiah Akhir oleh saudari Nurul Badiah, Mahasiswa Profesi Ners Fakultas Kesehatan ITS Kes Insan Cendekia Medika Jombang yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Preeklampsia Berat (PEB) + *Intra Uterine Fetaldeath (IUFD)* Post Operasi *Sectio Caesarea (SC)* di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah R.T. Notopuro Sidoarjo”.

Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan sejujur-jujurnya tanpa paksaan dari pihak manapun.

Jombang,

Responden

(.....)

***NB: coret yang tidak perlu**

Lampiran 3 Lembar Penjelasan Penelitian

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Nurul Badiah

NIM : 246410022

Program studi : Profesi Ners

Saya saat ini sedang melakukan penelitian dengan judul: “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Preeklampsia Berat (PEB) + *Intra Uterine Fetaldeath (IUFD) Post Operasi Sectio Caesarea (SC)* di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah R.T. Notopuro Sidoarjo”.

Berikut ini adalah penjelasan tentang penelitian yang dilakukan dan terkait dengan keikutsertaan penderita Pneumonia sebagai responden dalam penelitian ini:

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada klien *post operasi Sectio Caesarea (SC)* dengan PEB + IUFD di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah R.T. Notopuro Sidoarjo.
2. Apabila selama penelitian responden merasa tidak nyaman, responden mempunyai hak untuk mengatakannya kepada peneliti.
3. Keikutsertaan responden pada penelitian ini bukanlah suatu paksaan melainkan atas dasar suka rela, oleh karena itu responden berhak untuk melanjutkan atau menghentikan keikutsertaannya karena alasan tertentu dan telah dikomunikasikan dengan peneliti terlebih dahulu.
4. Semua data yang dikumpulkan akan dirahasiakan dan tanpa nama. Data hanya disajikan dalam bentuk kode-kode dalam forum ilmiah khususnya ITSkes ICMe jombang.

Demikian penjelasan mengenai penelitian ini disampaikan. Saya berharap kepada calon responden dalam penelitian ini. Atas kesediaanya saya ucapkan terima kasih.

Jombang, 2025

Peneliti



Lampiran 4 Format Asuhan Keperawatan



ITSkes Insan Cendekia Medika Jombang
FAKULTAS KESEHATAN
Program Studi Profesi Ners

Jl Kemuning No. 57 A Candimulyo Jombang Jawa Timur Indonesia

SK. Kemendikbud Ristek No. 68/E/O/2022

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN POST PARTUM

Nama mahasiswa :

Tanggal pengkajian :

NIM :

Ruangan :

A. DATA UMUM KLIEN

1. Initial klien :
2. Usia :
3. Status perkawinan :
4. Lama kawin :
5. Jumlah perkawinan :
6. Agama :
7. Pekerjaan :
8. Pendidikan terakhir :
9. Alamat :
10. Diagnosa medis :

B. Keluhan utama :

C. Riwayat Penyakit Dahulu

D. Riwayat Penyakit Sekarang

E. Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

No	Tahun	Tipe persalinan	Penolong	Jenis kelamin	BB Lahir	Keadaan bayi waktu lahir	Masalah kehamilan
1							
2							
3							

F. Pengalaman menyusui :ya/tidak

Berapa lama :

G. Riwayat kehamilan saat ini

1. Berapa kali periksa hamil :
2. Masalah kehamilan :

H. Riwayat persalinan saat ini

1. Jenis persalinan: spontan (letkep/letsu)/SC a/i
Tanggal/jam :
2. Jenis kelamin bayi : L/P, BB/PB: gram/ cm, A/S :
3. Perdarahan cc

I. Riwayat ginekologi

1. Masalah ginekologi : fluor albus/menorrhagia/menometrorrhagia/DUB
2. Riwayat KB
Jenis :
lama pemakaian :
efek samping :

J. Data umum kesehatan saat ini

1. Status obstetri : P..... A.....P.....I.....A.....
2. Rooming in : ya/tidak, jika tidak alasan :
3. Keadaan umum : kesadaran :
BB/TB:kg/cm
TTV : TDmmHg, Nadix/menit, Suhu°C, RRx/menit
4. Pemeriksaan fisik
 - 1) Kepala
Bentuk :
Rambut :
Kulit kepala :
Masalah khusus :
 - 2) Mata
Kelopak mata :
Konjungtiva :
Sklera :
Pupil :
Masalah khusus :
 - 3) Hidung
Kebersihan :
Reaksi alergi :
Sinus :
Masalah khusus :
 - 4) Telinga
Kebersihan :
Fungsi pendengaran :

- Masalah khusus :
- 5) Mulut dan tenggorokan
 Rongga mulut :
 Gigi :
 Lidah :
 Tonsil :
 Kesulitan menelan :
 Masalah khusus :
- 6) Pemeriksaan fisik thorax :
 Inspeksi :
 Bentuk dada :
 Retraksi :
 Jantung :
 a. Ictus Cordis :
 b. Bunyi Jantung :
 c. Batas-batas jantung :
 d. Bunyi jantung tambahan :
 e. Data lain yang perlu ditambahkan :
 Paru :
 a. Frekuensi nafas :
 b. Suara nafas :
 c. Suara nafas tambahan :
 d. Nyeri dada :
 e. Data lain yang perlu ditambahkan :
 Payudara :
 a. Putting susu :
 b. Bentuk Putting :
 c. Areola :
 d. pengeluaran Colostrum :
 e. Data lain yang perlu ditambahkan :
- 7) Abdomen
 a. Involusio uteri
 b. Fundus uteri :
 TFU: Kontraksi : Posisi: UC:
 c. Kandung kemih : distensi/kosong
 d. Diastasis rekti abdominalis :
 e. Fungsi pencernaan :
 a) Bising usus :
 b) Skibala :
 c) Konstipasi :
 d) Meteorismus :
 f. Data lain yang perlu ditambahkan :
- 8) Perineum dan genital
 a. Vagina : integritas kulit/edema/memar/hematome
 b. Perineum: utuh/episiotomi/ruptur
 1. Tanda REEDA
 R : kemerahan :ya/tidak
 E : Bengkak :ya/tidak

E : Echimosis :ya/tidak

D : discharge :serum/pus/darah/tidak ada

A :approximate :baik/tidak

2. Kebersihan :

3. Lochea

Jumlah:

Jenis/warna:

Konsistensi

Bau:

4. Hemorrhoid

derajat :

lokasi:

berapa lama:

nyeri:ya/tidak

5. Masalah khusus :

9) Ekstremitas

a. ekstremitas atas :edema: ya/tidak, lokasi

b. ekstremitas bawah : edema : ya/tidak, lokasi

c. varises :ya/tidak, lokasi

d. tanda homan :+/-

e. masalah khusus :

5. Nutrisi dan cairan

a. asupan nutrisi :

b. nafsu makan : baik/kurang/tidak ada

c. asupan cairan :

6. Eliminasi :

a. BAK

1) Kebiasaan berkemih:

2) Produksi urine :

3) Warna urine :

4) Kesulitan berkemih :

b. BAB

1) Kebiasaan BAB :

2) Warna :

3) Konsistensi :

4) Kesulitan :

7. Istirahat dan tidur :

a. Pola tidur:

Kebiasaan tidur :

Lama :

Frekuensi :

Pola tidur saat ini :

Kesulitan tidur :

8. Mobilisasi dan latihan :

a. Tingkat mobilisasi :

b. Latihan/senam :

9. Keadaan mental

a. Adaptasi psikologis :

- b. Penerimaan terhadap kehamilan :
- 10. Kemampuan menyusui:
- 11. Obat-obatan :

K. Keadaan umum ibu

- a. TTV :
- b. Jenis persalinan :
- c. Proses persalinan :
 - Kala I : jam
 - Indikasi:
 - Kala II : menit
- d. Komplikasi persalinan :
 - Ibu :
 - Janin :
 - Lamanya ketuban pecah:
 - Kondisi ketuban :

L. Keadaan bayi saat lahir

- Lahir tanggal : jam :
- Kenis kelamin :
- Kelahiran : tunggal/gemeli
- NILAI APGAR skor :
 - Penilaian menit ke-1 :
 - Penilaian menit ke-5 :
- Tindakan resusitasi :
 - Ukuran Plasenta Tali Plasenta:
 - Berat plasenta :
 - Panjang tali pusat :
 - Jumlah pembuluh darah :
 - Kelainan :

B. Hasil pemeriksaan penunjang (Xray, USG, NST, CTG)

C. Terapi medis :

ANALISA DATA**Nama Pasien** :**No.RM:****Ruang** :

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan

Diagnosa Keperawatan

1.
2.
3.

Intervensi Keperawatan

Hari/tanggal	No. diagnosa	SLKI	SIKI

Implementasi Keperawatan

Nama Pasien :

No.RM :

Ruang :

Hari/Tanggal/Jam	No. Diagnosa	Implementasi keperawatan	Paraf

Evaluasi Keperawatan

Nama Pasien :

No.RM :

Ruang :

Hari/Tanggal/Jam	No. Diagnosa	Perkembangan	Paraf

Lampiran 5 Lembar Bimbingan KIA Pembimbing 1

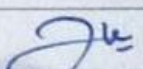
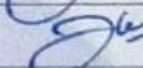
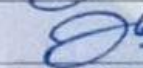
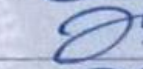
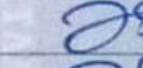
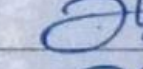
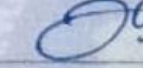
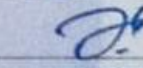
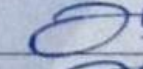
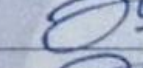
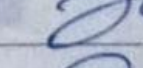
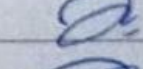
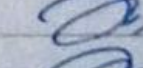
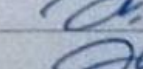
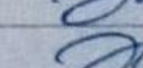
LEMBAR BIMBINGAN KIA PEMBIMBING 1

Nama Mahasiswa : Nurul Badiah

NIM : 246410022

Judul KIA : "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Preeklampsia Berat (PEB) + *Intra Uterine Fetaldeath* (IUFD) Post Operasi *Sectio Caesarea* (SC) di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah R.T. Notopuro Sidoarjo"

Nama Pembimbing : Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Hasil Bimbingan	Tanda tangan
1.	22/05/2025	Pengajuan Judul KIA	
2.	27/05/2025	Bimbingan BAB 1	
3.	03/06/2025	Bimbingan BAB 2 dan revisi BAB 1	
4.	06/06/2025	Bimbingan BAB 3 dan revisi BAB 1-2	
5.	10/06/2025	Bimbingan revisi BAB 3 dan penulisan	
6.	12/06/2025	Bimbingan revisi BAB 1-3	
7.	13/06/2025	Bimbingan revisi penulisan dan daftar pustaka	
8.	17/06/2025	ACC Proposal	
9.	01/07/2025	Bimbingan BAB 4	
10.	03/07/2025	Bimbingan revisi BAB 4	
11.	08/07/2025	Bimbingan revisi BAB 4 (pembahasan)	
12.	10/07/2025	Bimbingan BAB 5 dan revisi BAB 4	
13.	14/07/2025	Bimbingan revisi BAB 5	
14.	22/07/2025	Bimbingan Abstrak dan revisi BAB 4-5	
15.	28/07/2025	Bimbingan revisi penulisan dan Abstrak	
16.	30/07/2025	ACC KIA	

Lampiran 6 Lembar Bimbingan KIA Pembimbing 2

LEMBAR BIMBINGAN KIA PEMBIMBING 2

Nama Mahasiswa : Nurul Badiah

NIM : 246410022

Judul KIA : "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Preeklampsia Berat (PEB) + *Intra Uterine Fetaldeath (IUFD)* Post Operasi *Sectio Caesarea (SC)* di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah R.T. Notopuro Sidoarjo"

Nama Pembimbing : Ifa Nofalia, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Hasil Bimbingan	Tanda tangan
1.	22/05/2025	Pengajuan Judul KIA	
2.	27/05/2025	Bimbingan BAB 1	
3.	03/06/2025	Bimbingan BAB 2 dan revisi BAB 1	
4.	06/06/2025	Bimbingan BAB 3 dan revisi BAB 1-2	
5.	10/06/2025	Bimbingan revisi BAB 3 dan penulisan	
6.	12/06/2025	Bimbingan revisi BAB 1-3	
7.	13/06/2025	Bimbingan revisi penulisan dan daftar pustaka	
8.	17/06/2025	ACC Proposal	
9.	01/07/2025	Bimbingan BAB 4	
10.	03/07/2025	Bimbingan revisi BAB 4	
11.	08/07/2025	Bimbingan revisi BAB 4 (pembahasan)	
12.	10/07/2025	Bimbingan BAB 5 dan revisi BAB 4	
13.	14/07/2025	Bimbingan revisi BAB 5	
14.	22/07/2025	Bimbingan Abstrak dan revisi BAB 4-5	
15.	28/07/2025	Bimbingan revisi penulisan dan Abstrak	
16.	30/07/2025	ACC KIA	

Lampiran 7 Hasil Uji Etik



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE

Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang
Institute of Technology Science and Health Insan Cendekia Medika Jombang

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

“ETHICAL APPROVAL”
No.415/KEPK/ITSKESICME/VII/2025

Komite Etik Penelitian Kesehatan Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Ethics Committee of the Institute of Technology Science and Health Insan Cendekia Medika Jombang with regards of the protection of human rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

**Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengan Preeklampsia Berat (PEB)
+ Intra Uterine Fetaldeath (IUFD) Post Operasi Sectio Caesarea (SC)
Di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah R.T. Notopuro Sidoarjo**

Peneliti Utama : Nurul Badi'ah
Principal Investigator

Nama Institusi : ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang
Name of the Institution

Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : Jombang
Setting of Research

Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.
And approved the above - mentioned protocol.



Jombang, 21 Juli 2025
Ketua,



Dhita Yuniar Kristianingrum S.ST.,Bd.,M.Kes
NIK. 05.10.371

Lampiran 8 Surat Pengecekan Judul KIA di Perpustakaan

	PERPUSTAKAAN INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG
Kampus C : Jl. Kemuning No. 57 Candimulyo Jombang Telp. 0321-865446	

SURAT PERNYATAAN
Pengecekan Judul

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap : Nurul Badi'ah

NIM : 246410022

Prodi : Profesi Ners

Tempat/Tanggal Lahir: Kediri , 18 Novcmber 2000

Jenis Kelamin : Wanita

Alamat : Dsn. Gondang RT.002 RW.019 Ds. Sekoto Kec. Badas Kab. Kediri

No.Tlp/HP : 087806423396

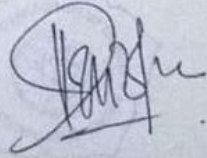
email : nurulbadiiah012@gmail.com

Judul Penelitian : **Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Preeklampsia Berat (PEB) + Intra Uterine Fetaldeath (IUFD) Post Operasi Sectio Caesarea (SC) di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah R.T. Notopuro Sidoarjo**

Menyatakan bahwa judul LTA/Skripsi diatas telah dilakukan pengecekan, dan judul tersebut **layak** untuk di ajukan sebagai judul Skripsi/LTA. Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dapat dijadikan sebagai referensi kepada dosen pembimbing dalam mengajukan judul LTA/Skripsi.

Jombang, 20 Agustus 2025

Mengetahui,
Kepala Perpustakaan



Dwi Nuriana, M.IP
NIK.01.08.112

Lampiran 9 Surat Keterangan Bebas Plagiasi



ITSKes

Insan Cendekia Medika

Jl Kemuning No. 57 A Candimulyo Jombang Jawa Timur Indonesia

SK. Kemendikbud Ristek No. 68/E/O/2022

SURAT KETERANGAN BEBAS PLAGIASI

Nomor : 090/AK/072039/IX/2025

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama	: Dr. Lusianah Meinawati, SST., S.Psi., M.Kes
NIDN	: 0718058503
Jabatan	: Wakil Rektor I
Institusi	: Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama Lengkap	: Nurul Badiah
NPM	: 246410022
Program Studi	: Profesi Ners
Fakultas	: Kesehatan
Judul	: Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Preeklampsia Berat (PEB) + Intra Uterine Fetaldeath (IUFD) Post Operasi Sectio Caesarea (SC) di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah R.T. Notopuro Sidoarjo

Telah melalui proses Check Plagiasi dan dinyatakan **BEBAS PLAGIASI** dengan persentase kemiripan sebesar **15%**.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk di gunakan sebagaimana mestinya.



Jombang, 17 September 2025
Wakil Rektor I
Dr. Lusianah Meinawati, SST., M.Kes
NIDN. 0718058503

Kampus A Jl. Kemuning No 57 A Candimulyo - Jombang
Kampus B Jl. Halmahera 33 Kaliwangi - Jombang
Website: www.itskes.id
Tlp. 0321 8494896 Fax : 0321 81941

Lampiran 10 Hasil *Turnitin Digital Receipt*



Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author:	ITSKes ICMe Jombang
Assignment title:	7. 제출 시 DB 미 저장 (No Repository)
Submission title:	ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PREEKLAMPSI...
File name:	NURUL_BADIAH.doc
File size:	1.16M
Page count:	90
Word count:	16,950
Character count:	107,921
Submission date:	16-Sep-2025 11:26AM (UTC+0900)
Submission ID:	2719249451



Copyright 2025 Turnitin. All rights reserved.

Lampiran 11 Hasil Persentase Turnit

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
PREEKLAMPSIA BERAT (PEB) + INTRA UTERINE FETALDEATH
(IUFD) POST OPERASI SECTIO CAESAREA (SC) (di Ruang Nifas
Rumah Sakit Umum Daerah R.T. Notopuro Sidoarjo)

ORIGINALITY REPORT

15%	14%	5%	7%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	eprints.kertacendekia.ac.id Internet Source	1 %
2	repository.stikeshangtuah-sby.ac.id Internet Source	1 %
3	journal.inspira.or.id Internet Source	<1 %
4	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	<1 %
5	repository.uin-alaudidin.ac.id Internet Source	<1 %
6	repository.unimugo.ac.id Internet Source	<1 %
7	repository.itskesicme.ac.id Internet Source	<1 %
8	Submitted to Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur Student Paper	<1 %
9	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	<1 %
10	www.dokumenakreditasipuskesmasfktp.com Internet Source	<1 %

11	repository.poltekkeskupang.ac.id Internet Source	<1 %
12	repository.poltekkes-tjk.ac.id Internet Source	<1 %
13	eprints.poltekkesjogja.ac.id Internet Source	<1 %
14	repository.poltekkesbengkulu.ac.id Internet Source	<1 %
15	digilib.itskesicme.ac.id Internet Source	<1 %
16	Submitted to Universitas Muslim Indonesia Student Paper	<1 %
17	repository.unai.edu Internet Source	<1 %
18	harlindalinda.blogspot.com Internet Source	<1 %
19	Submitted to Konsorsium Perguruan Tinggi Swasta Indonesia II Student Paper	<1 %
20	Submitted to National Forensic Sciences University Student Paper	<1 %
21	repository.universitalirsyad.ac.id Internet Source	<1 %
22	pdfcoffee.com Internet Source	<1 %
23	Submitted to University Of Tasmania Student Paper	<1 %
24	samoke2012.wordpress.com Internet Source	<1 %

25	Submitted to Sriwijaya University Student Paper	<1 %
26	Submitted to Universitas Jember Student Paper	<1 %
27	Submitted to Universitas Andalas Student Paper	<1 %
28	icha-fitri.blogspot.com Internet Source	<1 %
29	eprints.umm.ac.id Internet Source	<1 %
30	media.neliti.com Internet Source	<1 %
31	Submitted to HRUC Student Paper	<1 %
32	Submitted to University of Keele Student Paper	<1 %
33	journal.ipm2kpe.or.id Internet Source	<1 %
34	Submitted to Universitas Airlangga Student Paper	<1 %
35	Submitted to Universitas Kusuma Husada Surakarta Student Paper	<1 %
36	dspace.umkt.ac.id Internet Source	<1 %
37	repository.stikstellamarismks.ac.id Internet Source	<1 %
38	intisari.grid.id Internet Source	<1 %

Lampiran 12 Surat Pernyataan Kesediaan Unggahan Karya Ilmiah Akhir

**SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN UNGGAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Nurul Badiah

NIM : 246410022

Program Studi : Profesi Ners

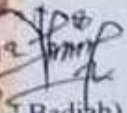
Demikian pengembangan ilmu pengetahuan menyetujui untuk memberikan kepada ITS Kes Insan Cendekia Medika Jombang Hak Bebas Royalti Non Eksklusif (*Non Exclusive Royalty Free Right*) Atas "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Preeklampsia Berat (PEB) + *Intra Uterine Fetal death (IUFD)* Post Operasi *Section Caesarea (SC)* di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah R.T. Notopuro Sidoarjo".

Hak Bebas Royalti Non Eksklusif Ini ITS Kes Insan Cendekia Medika Jombang berhak menyimpan alih KTI/SKRIPSI/MEDIA/FORMAT, mengolah dalam bentuk pangkalan data (Database), merawat KTI, merawat SKRIPSI, dan mempublikasikan Tugas Akhir Saya selama tetap menyantumkan nama Saya sebagai penulis/pencipta dan pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 4 Agustus 2025

Yang Menyatakan
Peneliti


(Nurul Badiah)
NIM.246410022