

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)

Submission date: 11-Sep-2025 12:54PM (UTC+0900)

Submission ID: 2740698956 *by* ITSkes ICMe Jombang

File name: NURUL_BADIAH.docx (733.83K)

Word count: 17019

Character count: 108859

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PREEKLAMPSIA
BERAT (PEB) + INTRA UTERINE FETAL DEATH (IUD)
POST OPERASI SECTIO CAESAREA (SC)**

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



OLEH:

**NURUL BADIAH
246410022**

SAMPUL LUAR

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

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 ¹⁶ *World Health Organization* (WHO) tahun 2023, angka kejadian *sectio caesarea* (SC) secara global menunjukkan tren peningkatan, dari 21% pada tahun 2018, menjadi 23% ¹⁰⁰ 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?

¹⁶ 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.

² 1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi gambaran pengkajian keperawatan 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

3 1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai referensi dalam pengembangan ilmu keperawatan maternitas khususnya dalam penatalaksanaan asuhan keperawatan pada pasien preeklampsia berat (PEB) + *intra uterine fetaldeath (IUFD)* post operasi *sectio caesarea (SC)*.

3 1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pemahaman, serta dapat di implementasikan dalam pemberian asuhan keperawatan pasien sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan khususnya pada pasien *Post Sectio Caesarea (SC)* dengan Preeklampsia Berat (PEB) + *Intra Uterine Fetaldeath (IUFD)*.

BAB 2

⁸ TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Sectio Caesarea (SC)*

2.1.1 Definisi *Sectio Caesarea (SC)*

Operasi *sectio caesarea* merupakan prosedur ¹⁰ 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 Słabuszevska-Józwiak *et al.*, (2020) ¹¹ indikasi medis *sectio caesarea* didasarkan pada tiga faktor, yaitu faktor ibu, uteroplasenta, dan faktor janin.

1. Faktor ibu

Faktor maternal yang menjadi dasar pertimbangan tindakan *sectio caesarea* dapat dikategorikan menjadi ¹¹ 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 ¹¹ preeklampsia berat, penyakit jantung, diabetes melitus, maupun kanker serviks.

2. Faktor uteroplasenta

Faktor uteroplasenta dapat diklasifikasikan menjadi indikasi absolut dan indikasi relatif. Indikasi absolut meliputi riwayat pembedahan uterus sebelumnya (*sectio caesarea* klasik), ruptur uterus, obstruksi jalan lahir akibat fibroid, plasenta previa, serta abruptio plasenta dengan ukuran luas. Sementara

itu, ¹¹ indikasi relatif mencakup riwayat pembedahan uterus sebelumnya, seperti miomektomi dengan ketebalan penuh, serta presentasi funik (tali pusat) pada saat persalinan.

3. Faktor janin

Faktor janin sebagai ¹¹ indikasi sectio caesarea terdiri atas indikasi absolut dan relatif. Indikasi absolut mencakup gawat janin, ⁶³ prolaps tali pusat, malpresentasi (posisi melintang), makrosomia, kelainan janin seperti hidrosefalus, serta presentasi alis atau gabungan. Adapun indikasi relatif dapat berupa permintaan pasien meskipun persalinan normal memungkinkan.

⁶ 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 ⁵ 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. ⁵ 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 empat jam berikutnya.

- b. Melaksanakan pemantauan ketat terhadap perdarahan dan produksi urin.
- c. Mobilisasi: pada hari pertama pascaoperasi pasien dibantu untuk ¹⁰ 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

⁹⁵ 1. Pemeriksaan laboratorium

Penurunan kadar hemoglobin, dengan nilai rujukan normal pada wanita hamil yaitu 12–14 g/dL, peningkatan hematokrit dengan ⁶² 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 ⁹¹ 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 ⁵⁸ mempertahankan volume plasma serta mengatur retensi garam dan natrium.

3. ² Pemeriksaan fungsi hati

- a. Bilirubin meningkat (N-1 mg/dl)
- b. Laktat dehidrogenase (LDH) meningkat
- c. Aspartat aminotransferase (AST) > 60 ul
- d. Serum Glutamat piruvat transaminase (SGPT) meningkat (N=15-45)
- e. Serum glutamat oxaloacetic trasaminase (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

¹¹ Komplikasi dari tindakan *sectio caesarea* menurut Oxorn, H., & Forte. (2020), adalah sebagai berikut:

1. Perdarahan, kejadian ini dapat disebabkan karena atonia uteri, pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeluarkan plasenta, dan hematoma ligamen latum.

2. Infeksi puerperal (nifas), seperti traktus genitalia, insisi, traktus urinaria, paru-paru, dan traktus respiratorius atas.
3. Thrombophlebitis.
4. Cidera, dengan atau tanpa fistula seperti pada traktus urinaria dan usus.

⁹⁷ 2.2 *Intra Uterin Fetal Death (IUFD)*

2.2.1 ²⁰ Pengertian IUFD (*Intra Uterin Fetal Death*)

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. Kematian janin dalam kandungan (KJK) adalah keadaan tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin dalam kandungan.(KJDK)/IUFD sering dijumpai baik pada kehamilan dibawah 20 minggu/sesudah 20 minggu. (Sinopsis Obstetri, hal: 224).

IUFD adalah kematian janin dalam intrauteri dengan BB janin 500 gram atau lebih / janin pada umur kehamilan sekurang-kurangnya 20 minggu. Kematian janin dalam kandungan / IUFD adalah kehamilan yang terjadi saat usia kehamilan lebih dari 20 minggu dimana janin sudah mencapai ukuran 500 gram atau lebih. (dr. Nasdaldy, Sp.OG). Kehamilan janin dalam rahim (*IUFD*) adalah kematian janin setelah 20 minggu kehamilan tetapi sebelum permulaan persalinan. (Hacker, 2021)

⁶⁵ 2.2.2 Tanda dan Gejala IUFD

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

- ²⁵ 1. Riwayat tidak merasakan gerakan janin selama 3 hari, tidak ada pembesaran perut, kadang ada bercak cairan kecoklatan dari vagina, payudara melembut.
2. Gejala klinis kematian janin

Ukuran uterus mengecil dibandingkan dengan ukuran seharusnya.

3. Pemeriksaan hormone untuk melihat fungsi plasenta

Didapatkan kadar estriol urin atau estriol darah yang sangat menurun dibandingkan pada saat kehamilan.

4. USG

Tidak terlihat denyut jantung janin dan nafas janin, badan dan tungkai janin tidak terlihat bergerak, ukuran biparietal janin setelah 30 minggu terlihat tidak bertambah panjang pada setiap minggu, terlihat kerangka yang bertumpuk, tidak terlihat struktur janin, terlihat penumpukan tulang tengkorak dan reduksi cairan yang abnormal.

2.2.3 Etiologi IUFD

Kasus kematian janin 25-60% penyebabnya²⁴ tidak jelas. Kematian janin dapat disebabkan oleh faktor maternal, fetal atau kelainan patologik plasenta antara lain adalah:

a. Faktor maternal

Post term (> 42 minggu), diabetes melitus tidak terkontrol, sistemik lupus eritematosus, infeksi, hipertensi, preeklampsia, eklampsia, hemoglobinopati, umur ibu tua, penyakit rhesus, rupture uteri, antifosfolifid sindrom, hipotensi akut ibu, kematian ibu.

b. Faktor fetal (janin)

Hamil kembar, hamil tumbuh terlambat, kelaianan kongenital, kelainan genetik, infeksi.

c. Faktor plasenta

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

- d. Faktor resiko terjadinya kematian janin intrauterine meningkat pada usia ibu > 40 tahun, pada ibu infertile, kemokonsentrasi pada ibu, riwayat bayi dengan berat badan lahir rendah, infeksi ibu (ureplasma urealitikum), kegemukan, ayah berusia lanjut, (Prawirohardjo, 2022).

2.2.4 Patofisiologi IUFD

Ada beberapa faktor yang menyebabkan kematian janin (*IUFD*) dalam kandungan, antara lain:

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

Waspada jika ibu mengalami perdarahan hebat akibat plasenta previa (plasenta yang menutupi jalan lahir) atau solusio plasenta (terlepasnya plasenta dari tempat implantasinya di dalam uterus sebelum bayi dilahirkan). Otomatis Hb janin turun dan bisa picu kematian janin.

4. Kelainan kongenital (bawaan) bayi

Salah satu yang bisa mengakibatkan kematian janin adalah hidrops fetalis, yakni akumulasi cairan dalam tubuh janin. Jika akumulasi cairan terjadi dalam rongga dada bisa menyebabkan hambatan nafas bayi. Kerja jantung menjadi sangat berat akibat dari banyaknya cairan dalam jantung sehingga tubuh bayi mengalami pembengkakan atau terjadi kelainan pada paru-parunya.

5. Ketidakcocokan golongan darah ibu dan janin

Terutama pada golongan darah A, B, O. Kerap terjadi golongan darah anak A atau B, sedangkan Moms bergolongan O atau sebaliknya. Pasalnya, saat

masih dalam kandungan darah ibu dan janin akan saling mengalir lewat plasenta. Bila darah janin tidak cocok dengan darah ibunya, maka Moms akan membentuk zat antibodi.

6. Janin yang hiperaktif

Gerakan janin yang berlebihan, apalagi hanya pada satu arah saja, bisa mengakibatkan tali pusat yang menghubungkan ibu dengan janin terpelintir. Akibatnya, pembuluh darah yang mengalirkan suplai oksigen maupun nutrisi melalui plasenta ke janin akan tersumbat. Tak hanya itu, tidak menutup kemungkinan tali pusat tersebut bisa membentuk tali simpul yang mengakibatkan janin menjadi sulit bergerak. Hingga saat ini kondisi tali pusat terpelintir atau tersimpul tidak bisa terdeteksi. Sehingga, perlu diwaspadai bilamana ada gejala yang tidak biasa saat hamil.

7. Gawat janin

Bila air ketuban habis otomatis tali pusat terkompresi antara badan janin dengan ibunya. Kondisi ini bisa mengakibatkan janin 'tercekik' karena suplai oksigen dari Moms ke janin terhenti. Gejalanya dapat diketahui melalui *cardiotopografi* (CTG). Mula-mula detak jantung janin kencang, lama-kelamaan malah menurun hingga di bawah rata-rata.

8. Kehamilan lewat waktu (*postterm*)

Kehamilan lebih dari 42 minggu. Jika telah lewat waktu, plasenta akan mengalami penuaan sehingga fungsinya akan berkurang. Janin akan kekurangan asupan nutrisi dan oksigen. Cairan ketuban bisa berubah menjadi

sangat kental dan hijau, akibatnya cairan dapat terhisap masuk ke dalam paru-paru janin. Hal ini bisa dievaluasi melalui USG dengan *color doppler* sehingga bisa dilihat arus arteri umbilikal jantung ke janin. Jika demikian, kehamilan harus segera dihentikan dengan cara diinduksi. Itulah perlunya taksiran kehamilan pada awal kehamilan dan akhir kehamilan melalui USG.

9. Infeksi saat hamil

Saat hamil sebaiknya menjaga kondisi tubuh dengan baik guna menghindari berbagai infeksi bakteri atau virus. Bahkan, demam tinggi pada ibu bisa mengakibatkan janin tidak tahan akan panas tubuh ibunya.

10. Kelainan kromosom

Kelainan kromosom termasuk penyakit bawaan. Kematian janin akibat kelainan genetik biasanya baru terdeteksi saat kematian sudah terjadi, melalui otopsi bayi. Jarang dilakukan pemeriksaan kromosom saat janin masih dalam kandungan. Selain biayanya mahal, juga sangat berisiko. Karena harus mengambil air ketuban dari plasenta janin sehingga berisiko besar janin terinfeksi, bahkan lahir prematur (Nurizka, 2021).

2.2.5 Pemeriksaan Penunjang IUFD

1. Pemeriksaan Lab

- a. ¹²Reaksi biologis negative setelah 10 hari janin mati
- b. Hipofibrinogenemia setelah 4-5 minggu janin mati

2. Pemeriksaan Tambahan

a. USG:

- 1) Gerak anak tidak ada
- 2) Denyut jantung anak tidak ada

- 3) Tampak bekuan darah pada ruang jantung janin

b. X-Ray :

1) *Spalding's sign* (+) : tulang-tulang tengkorak janin saling tumpah tindih, pencairan otak dapat menyebabkan *overlapping* tulang tengkorak.

2) *Nanjouk's sign* (+) : tulang punggung janin sangat melengkung

3) *Robert's sign* (+) : tampak gelembung-gelembung gas pada pembuluh darah besar.

4) Tanda ini ditemui setelah janin mati paling kurang 12 jam

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

39

2.2.6 Klasifikasi IUFD

Kematian janin dapat dibagi menjadi 4 golongan, yaitu:

1. Golongan I : kematian sebelum masa kehamilan mencapai 20 minggu penuh
2. Golongan II: kematian sesudah ibu hamil 20-28 minggu
3. Golongan III: kematian sesudah masa kehamilan >28 minggu (*late fetal death*)
4. Golongan IV: kematian yang tidak dapat digolongkan pada ketiga golongan di atas

2.2.7 Komplikasi IUFD

35

1. Kematian janin akan menyebabkan desidua plasenta menjadi rusak menghasilkan tromboplastin masuk kedalam peredaran darah ibu pembekuan intravaskuler yang dimulai dari endotel pembuluh darah oleh trombosit terjadi pembekuan darah yang meluas *Disseminated intravascular coagulation*

hipofibrinogenemia (kadar fibrinogen < 100 mg%), biasa pada 4-5 minggu sesudah IUFD.

2. Kadar normal fibrinogen pada wanita hamil adalah 300-700mg%. Akibat kekurangan fibrinogen maka dapat terjadi *hemoragik post partum*. Partus biasanya berlangsung 2-3 minggu setelah janin mati.
3. Dampak psikologis dapat timbul pada ibu setelah lebih dari 2 minggu kematian janin yang dikandungnya.

2.3 Preeklampsia Berat (PEB)

2.3.1 Definisi Preeklampsia Berat (PEB)

Preeklampsia¹² ialah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan ke-3 kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada mola hidatidosa (Wiknjosastro, 2020).

Preeklampsia berat adalah suatu keadaan pada kehamilan dimana tekanan darah sistolik lebih dari 160 mmHg atau diastolik lebih dari 110 mmHg pada dua kali pemeriksaan yang setidaknya berjarak 6 jam dengan ibu posisi tirah baring (Bobak, 2021).

Jadi *Post Sectio Caesarea* dengan indikasi preeklampsia berat adalah masa setelah proses pengeluaran janin yang dapat hidup di luar kandungan dari dalam uterus ke dunia luar dengan menggunakan insisi pada perut dan uterus karena adanya hipertensi, edema dan proteinuria.

2.3.2 Etiologi

Penyebab preeklampsia berat sampai sekarang belum diketahui, tetapi dewasa ini banyak ditemukan sebab preeklampsia berat adalah iskemia plasenta

dan kelainan yang menyertai penyakit ini adalah Spasmus, Arteriola, Retensi natrium dan air juga koagulasi intravaskuler (Wiknjasastro, 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

Faktor predisposisi preeklampsia berat yang harus diwaspadai menurut Hanifa (2022) antara lain Nuliparitas, riwayat keluarga dengan Eklampsia dan preeklampsia berat, kehamilan ganda, diabetes, hipertensi dan molahidatidosa.

2.3.3 Patofisiologi

Patofisiologi preeklampsia berat ⁵setidaknya berkaitan dengan fisiologis kehamilan. Adaptasi fisiologis normal pada kehamilan meliputi peningkatan volume plasma darah, vasodilatasi, penurunan resistensi vaskuler sistemik, peningkatan curah jantung dan penurunan tekanan osmotik koloid pada preeklampsia. Volume plasma yang beredar menurun, sehingga terjadi hemokonsentrasi dan peningkatan hematokrit maternal. Perubahan ini membuat perfusi ke unit janin utero plasenta. Vasospasme siklik lebih lanjut

menurunkan perfusi organ dengan menghancurkan sel-sel darah merah, sehingga kapasitas oksigen maternal menurun.

Ada beberapa indikasi dilakukan tindakan operasi *sectio caesaria* antaranya karena preeklampsia berat, sebelum dilakukan tindakan operasi *sectio caesaria* perlu adanya persiapan, persiapan diantaranya yaitu premedikasi, pemasangan kateter dan anastesi yang kemudian baru dilakukan operasi.

Dilakukan operasi *caesaria* akan berpengaruh pada dua kondisi yaitu pertama, kondisi yang dikarenakan pengaruh anastesi, luka akibat operasi dan masa nifas, anastesi akan berpengaruh pada peristaltik usus, luka akibat operasi dan masa nifas, anastesi akan berpengaruh pada peristaltik usus, otot pernafasan dan kons pengaturan muntah. Sedangkan pada luka akibat operasi akan menyebabkan perdarahan, nyeri serta proteksi tubuh kurang. Pada masa nifas akan berpengaruh pada kontraksi uterus, lochea, dan laktasi. Kontraksi uterus yang berlebihan akan menyebabkan nyeri hebat. Sedangkan pada lochea yang berlebihan akan menimbulkan perdarahan pada masa laktasi progesteron dan estrogen akan merangsang kelenjar susu untuk mengeluarkan ASI.

Kondisi kedua adalah kondisi fisiologis yang terdiri dari tiga fase yaitu *taking in, taking hold, dan letting go*. Pada fase *taking in* terjadi saat satu sampai dua hari *post partum*, sedangkan ibu sangat tergantung pada orang lain. Fase yang kedua terjadi pada 3 hari *post partum*, ibu mulai makan dan minum sendiri, merawat diri dan bayinya. Untuk fase yang ketiga ibu dan keluarganya harus segera menyesuaikan diri terhadap interaksi antar anggota keluarga (Prawiroharjo, 2022).

2.3.4 Klasifikasi

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

1. Preeklampsia ⁸ Ringan

Pada kondisi ini terjadi peningkatan darah 140/90 atau lebih diukur dalam kondisi berbaring terlentang. Ditemukan edema pada kaki, muka jari tangan hingga kenaikan berat badan sampai 1 kg/ lebih. Proteinuria ditemukan dengan kuantitatif 0,3 mg atau lebih per liter.

2. Preeklampsia ⁸ Berat

Kondisi ini ditemukan pada ibu hamil dengan tekanan darah $\geq 160/110$, oliguria dengan jumlah urin < 400 cc/24 jam, adanya gangguan penglihatan, edema paru, gangguan serebral, nyeri epigastrium, pendarahan 19 retina hingga trombosit.

3. Eklampsia

⁸ Menurut Ari Lestari *et al.* (2019) eklampsia juga merupakan bentuk dari klinis yang terburuk dari preeklampsia, kemudian ditandai dengan kejang toniklonik yang disertai hipertensi, dan tidak disebabkan dengan kelainan sistemik lainnya, seperti ensefalitis, kelainan elektrolit dan *epilepsy*. Eklampsia adalah suatu keadaan yang dimana terjadi serangan kejang tiba-tiba dan diikuti dengan penurunan kesadaran atau koma pada seorang wanita hamil, persalinan atau masa nifas yang menunjukkan gejala preeklampsia sebelumnya. Kejang disini bersifat timbul mendadak pada wanita preeklampsia dan bukanlah diakibatkan oleh kelainan neurologis. Eklampsia merupakan komplikasi dari preeklampsia.

Menurut Verschueren *et al.* (2020) kasus eklampsia di afrika 72 perempuan (37/10.000 kelahiran hidup) teridentifikasi, termasuk dua

kematian ibu (kasus fatalitas 2,8%). Nulliparitas, keturunan Afrika dan remaja dikaitkan dengan eklampsia. Remaja dengan eklampsia memiliki tekanan darah yang jauh lebih rendah (150/100 mmHg) dibandingkan wanita dewasa (168/105 mmHg). Kejang pertama terjadi *antepartum* 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) menyebutkan bahwa ada beberapa tanda-tanda terjadinya preeklampsia berat, yaitu.:

- 22
1. Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg pada dua kali pemeriksaan yang setidaknya berjarak 6 jam dengan posisi ibu tirah baring.
2. Proteinuria >5 gram dalam urin 24 jam atau lebih dari +3 pada pemeriksaan diagnostik setidaknya pada 2x pemeriksaan acak menggunakan contoh urin yang diperoleh cara bersih dan berjarak setidaknya 4 jam.
3. Oliguria < 400 mml dalam 24 jam
4. Gangguan otak atau gangguan penglihatan
5. Nyeri ulu hati
6. Edema paru/sianosis

2.3.6 Faktor-Faktor Preeklampsia Berat

Terdapat 2 faktor preeklampsia berat yaitu internal dan eksternal :

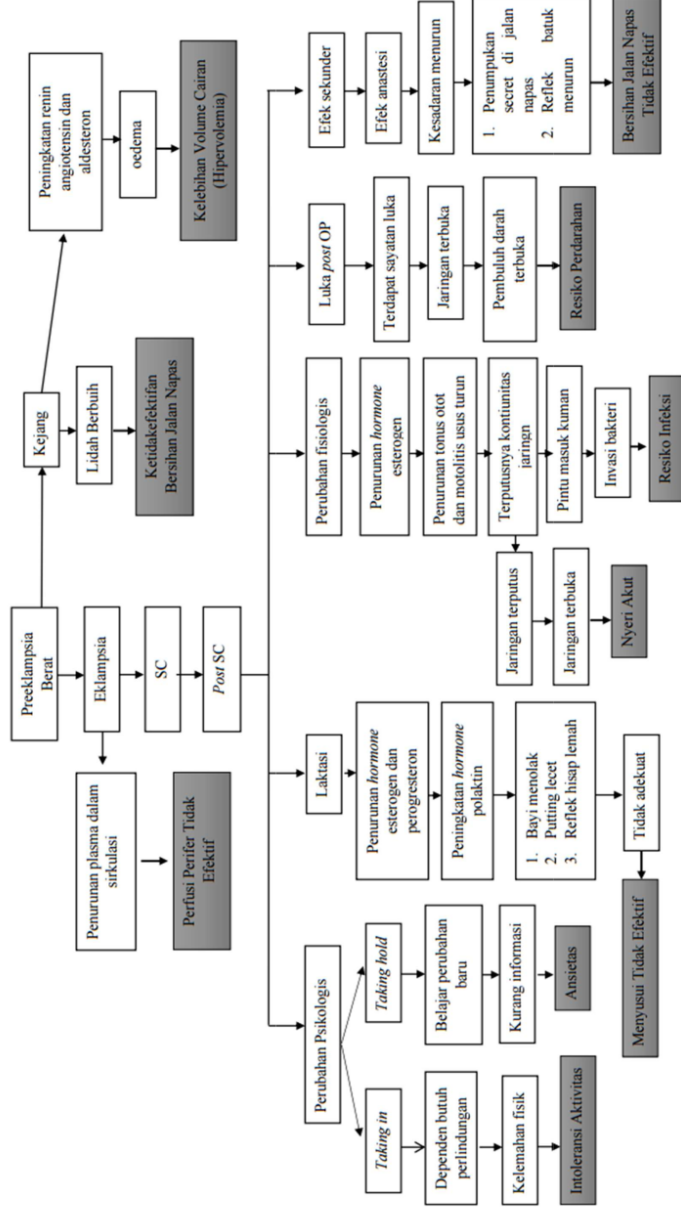
1. Faktor internal ibu usia ibu, obesitas, paritas, jarak kehamilan, riwayat keturunan, riwayat preeklampsia, stres dan kecemasan, serta riwayat hipertensi, jenis kelamin.
2. Faktor eksternal ibu paparan asap rokok, status pendidikan, riwayat *antenatal care/* ANC serta pengaruh zat gizi yang dikonsumsi ibu, riwayat KB, kepatuhan minum obat, kegelisahan pada ibu (psikologis) (Rika Gisella, 2023).

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

2.3.9 Pathway



Gambar 2.1 Pathway Preeklampsia Berat
Sumber: Prawiroharjo (2022)

6 2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

1 a. Data Subjektif

Data subjektif adalah data yang di dapat dari klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian, informasi tersebut tidak dapat ditentukan oleh tenaga kesehatan secara independen tetapi melalui suatu interaksi atau komunikasi. Data meliputi:

1) Identitas Klien

a) Umur

Umur untuk mengetahui faktor risiko pada ibu hamil dengan PEB dan IUFD biasanya terjadi pada usia <20 tahun atau >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.

15 2) Keluhan Utama

Berisi keluhan yang dirasakan saat pemeriksaan serta berhubungan dengan persalinan. Pada kasus ibu hamil dengan preeklampsia berat (PEB) + *intra uterine fetal death* (IUFD) keluhananya seperti tekanan darah tinggi, pembengkakan di wajah dan tangan, kelebihan protein dalam urine, pandangan kabur serta tidak merasakan gerakan janin. 108

3) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat penyakit dahulu

Bertujuan untuk mengetahui apakah pasien pernah mengalami riwayat PEB dan IUFD sebelumnya dan pernah mengalami SC berapa kali karena berpengaruh pada kehamilan selanjutnya.

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Bertujuan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini. Pada ibu dengan PEB dan IUFD, penyakit yang diderita ibu seperti toksemia, anemia, penyakit ginjal yang kronis dan penyakit demam yang akut.

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Dikaji untuk mengetahui adanya penyakit menurun dalam keluarga seperti asma, DM, hipertensi, jantung dan riwayat penyakit menular seperti TBC dan hepatitis, baik dalam keluarga ibu maupun ayah.

4) Riwayat Obstetri

a) Riwayat Haid

Pengkajian riwayat haid meliputi: menarche dimana umumnya usia pertama kali menstruasi di Indonesia adalah umur 12-16 tahun, siklus haid normal 21 hari hingga 30 hari, teratur.

Lama haid sekitar 2 hari sampai 7 hari paling lama 15 hari. Banyak darah yang dikeluarkan 10mL hingga 80mL per hari. Keluhan berupa rasa sakit, disminorea primer atau tidak merasakan sakit pada perut yang berlebihan maupun tidak ada keluhan.

b) Riwayat Kehamilan

Sekarang Riwayat kehamilan sekarang meliputi: HPHT dan siklus haid normal, gerak janin dirasakan ≥ 10 gerakan dalam 12 jam, tidak mengalami masalah dan tanda-tanda bahaya, merasakan keluhan yang lazim pada kehamilan; tidak merokok, mengonsumsi obat-obatan terlarang (termasuk jamu-jamuan) dan minuman beralkohol; kekhawatiran lain yang dirasakan. Pada ibu hamil dengan PEB dan IUFD biasanya mempunyai riwayat kehamilan ganda, hidramnion, preeklampsia, perdarahan antepartum seperti solusio plasenta, plasenta previa, pecahnya sinus marginalis, ketuban pecah dini, serviks inkompetensia, infeksi pada vagina asenden.

27
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. Ibu dengan PEB dan IUFD adanya riwayat abortus berulang dan preeklampsia berat sebelumnya.

²⁷
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.

⁴⁰
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.

¹
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.

¹⁵
7) Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

a) Pola Nutrisi

Pada ibu hamil peningkatan konsumsi makanan hingga 300 kalori per hari, mengonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, minum cukup cairan (menu seimbang) (Saifuddin, 2021).

Pada ibu yang kurang gizi dapat mempengaruhi terjadinya PEB dan IUFD.

¹⁵
b) Pola Eliminasi

Tonus dan motilitas lambung menurun serta usus terjadi reabsorpsi zat makanan, peristaltik usus lebih lambat sehingga menyebabkan obstipasi. Penekanan kandung kemih karena pengaruh hormon estrogen dan progesteron sehingga menyebabkan sering BAK. Pada ibu hamil dengan PEB dan IUFD biasanya disebabkan oleh adanya infeksi saluran kemih atau bakterinuria.

c) Pola Aktivitas

Wanita hamil boleh bekerja, tetapi jangan terlampau berat. Penekanan pada ligamen dan *pelvic*, cara berbaring, duduk, berjalan, berdiri dihindari jangan sampai mengakibatkan injuri karena jatuh. Pada ibu hamil dengan PEB dan IUFD ¹ biasanya melakukan pekerjaan yang terlalu berat.

d) Pola Istirahat dan Tidur

Pada ibu hamil sebaiknya banyak menggunakan waktu luangnya untuk banyak istirahat atau tidur walau bukan tidur betulan hanya baringkan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah.

e) Pola *Hygiene*

Menjaga kebersihan diri penting terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara membersihkan dengan air dan dikeringkan.

f) Pola Hidup Sehat

Gaya hidup seperti perokok, mengonsumsi obat-obatan, alkohol adalah hal yang sangat berbahaya bagi ibu dan bayinya. Pada ibu dengan PEB dan IUFD biasanya perokok berat atau lebih dari 10 batang/hari.

g) Data Psikososial dan Spiritual

Keadaan sosial budaya untuk mengetahui keadaan psikososial yang perlu ditanyakan jumlah anggota keluarga, dukungan moral dan materil keluarga, pandangan dan penerimaan keluarga terhadap kehamilan, kebiasaan yang menguntungkan dan merugikan, pandangan terhadap kehamilan, persalinan, dan BBL serta sistem dukungan terhadap ibu dan pengambil keputusan dalam keluarga sehingga dapat membantu ibu dalam merencanakan persalinan yang lebih baik.

b. Data Objektif

27

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) ¹ Berat Badan (BB) Sebelum atau Saat Ini

Kenaikan BB selama hamil rata-rata 9 sampai 13,5 kg (selama TM III 9,5 kg). Makanan diperlukan untuk pertumbuhan janin, plasenta, uterus, buah dada, dan kenaikan metabolisme.

d) ¹ Tinggi Badan (TB)

Ukuran normal tinggi badan yang baik untuk ibu hamil yaitu >145 cm. TB ibu hamil < 145 cm berisiko memiliki panggul sempit.

2) ¹ Pemeriksaan Fisik

Kepala : Mesosepal, rambut warna hitam, bersih, tidak mudah rontok.

Muka : Simetris, tidak edema, pada ibu dengan PEB dan IUFD.

¹ Mata : Konjungtiva pucat bila anemia, seklera putih, bersih, tidak ditemukan bengkak, tidak ada gangguan penglihatan.

Hidung : Bersih, tidak ditemukan polip, tidak ditemukan tanda infeksi, tidak ada nafas cuping hidung.

Mulut : Bibir merah muda, bibir lembab, warna lidah kemerahan, lidah bersih gigi bersih, tidak ditemukan caries tidak bau mulut, tidak ada stomatitis.

Telinga : Bersih, tidak ditemukan gangguan pendengaran, tidak ditemukan tanda infeksi.

Leher : Tidak ditemukan pembesaran kelenjar limfe kelenjar tiroid, dan vena jugularis.

Dada : Simetris denyut jantung normal, tidak ada retraksi dinding dada.

Payudara : Bentuk simetris, tidak teraba masa tidak ditemukan nyeri tekan, bersih.

Abdomen : Bentuk simetris, ditemukan luka bekas operasi jika ditemukan, tidak ditemukan benjolan abnormal.

Genitalia : Bersih, tidak ditemukan tanda-tanda infeksi, tidak ada hemoroid.

Ekstremitas : Atas (tidak ditemukan kelainan, bentuk simetris, turgor baik). Bawah (bentuk simetris, tidak ditemukan edema dan varises, turgor baik).

Anus : Tidak ditemukan hemoroid, bersih.

Refleks Patela : refleks patela +1 (normal rendah dengan sedikit kontraksi otot), dan +2 (normal dengan kekuatan otot yang dapat terlihat dan gerakan lengan atau tungkai).

3) Status Obstetrik

Inspeksi atau Pemeriksaan Penunjang

Muka : terdapat kloasma gravidarum, tidak ada edema wajah, tidak pucat.

Mamae : bentuk buah dada bulat, simetris, hiperpigmentasi puting susu dan aerola, puting susu menonjol, kolostrum sudah keluar.

Abdomen :menegang, pembesaran uterus sesuai usia kehamilan striae dan linea gravidarum, terdapat bekas operasi.

Vulva : keadaan perineum tidak ada tanda infeksi, tidak ada varises, tidak ada kondilomata, atau flour normal.

c. ¹⁵ 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

¹⁶ Tabel 2. 1 Diagnosa Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda Dan Gejala
¹¹	Nyeri Akut (D.0077) Etiologi: 1. Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan) 2. Agen pencedera	Nyeri akut merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan	Tanda dan Gejala Mayor: Subjektif: 1. Mengeluh nyeri Objektif: 1. Sulit tidur 2. Gelisah 3. Bersikap protektif (misal posisi menghindari nyeri,

No.	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda Dan Gejala
	fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma) 3. Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan).	60 aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Kondisi klinis terkait: 1. Cedera traumatis 2. Kondisi pembedahan 3. Infeksi 4. Glaukoma 5. Sindrom koroner akut	waspada) 84 Tampak meringis 5. Frekuensi nadi meningkat Tanda dan Gejala Minor: 1. Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: 1. Berfokus pada diri sendiri 2. Nafsu makan berubah 3. Tekanan darah meningkat 4. Pola napas berubah 5. Proses berfikir terganggu 6. Diaforesis 7. Menarik diri
2	1. Perfusion Perifer Tidak Efektif (D.0009) Etiologi: 1. Penurunan konsentrasi hemoglobin 2. Hiperglikemia 3. Peningkatan tekanan darah 4. Penurunan aliran arteri dan/atau vena 5. Kekurangan volume cairan 6. Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas) 7. Kurang aktivitas fisik 8. Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis. diabetes melitus, hiperlipidemia)	46 Perfusi perifer tidak efektif adalah penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh. Kondisi klinis terkait: 1. Tromboflebitis. 2. Anemia. 3. Diabetes melitus. 4. Gagal Jantung kongenital. 5. Trombosis arteri. 6. Trombosis vena dalam. 7. Kelainan jantung kongenital/ 8. Sindrom kompartemen. 9. Varises.	26 Tanda dan Gejala Mayor: Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: 1. Gurgor kulit menurun. 2. Pengisian kapiler > 3 detik. 3. Akral teraba dingin. 4. Nadi perifer menurun atau tidak teraba. 5. Warna kulit pucat. Tanda dan Gejala Minor: Subjektif: 1. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten). 2. Parastesia. Objektif: 1. Bruit femoral. 2. Penyembuhan luka lambat. 3. Edema. 4. Indeks ankle-brachial < 0,90.
3	Risiko Infeksi (D.0142)	Risiko infeksi merupakan	Tanda dan Gejala Mayor: Subjektif: (tidak tersedia)

No.	Diagnosa	Definisi	Tanda Dan Gejala
	13 Keperawatan	48	81
	Faktor risiko:	diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami peningkatan teraseng organisme patogenik.	Objektif: (tidak tersedia)
	1. Malnutrisi	Kondisi klinis terkait:	Tanda dan Gejala Minor:
	2. Penyakit kronis (mis: diabetes melitus)	1. Diabetes melitus.	Subjektif: (tidak tersedia)
	3. Efek prosedur invasif	2. AIDS.	Objektif: (tidak tersedia)
	4. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi pH, penurunan kerja siliaris, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya, merokok, statis cairan tubuh)	3. Penyakit paru obstruktif.	
	5. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan	4. Tindakan invasi.	
	6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin, imunosupresi, leukopenia, supresi respon inflamasi, vaksinasi tidak adekuat)	5. Kondisi penggunaan terapi steroid.	
		7. Luka bakar.	
		7. Penyalahgunaan obat.	
		8. Gagal ginjal.	
		9. Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW).	
		10. Kanker.	
		11. Imunosupresi.	
		12. Leukositopenia.	
		13. Gangguan fungsi hati.	
		14. Lymphedema.	
4	11 Ansietas (D.0080)	18	26
	Etiologi:	Ansietas merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang	Tanda dan Gejala Mayor:
	1. Krisis situasional		Subjektif:
	2. Krisis maturasional		1. Merasa bingung
	3. Kebutuhan tidak terpenuhi		2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
	4. Ancaman		3. Sulit berkonsentrasi
			Objektif:
			1. Tampak gelisah
			2. Tampak tegang

No.	Diagnosa	Definisi	Tanda Dan Gejala
16	Keperawatan terhadap konsep diri	memungkinkan individu melakukan	42 3. Sulit tidur
5.	Kekhawatiran mengalami kegagalan	Tindakan untuk menghadapi ancaman.	Tanda dan Gejala Minor: Subjektif:
6.	Ancaman terhadap kematian	Kondisi klinis terkait:	1. Mengeluh pusing.
7.	Disfungsi sistem keluarga	1. Penyakit ginjal : gagal ginjal akut/kronis, sindrome nefrotik	2. Palpitasi.
8.	Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan	2. Hipoalbuminemia	3. Anoreksia.
9.	Penyalahgunaan zat	3. Gagal jantung kongestif	4. Merasa tidak berdaya.
10.	Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi)	4. Kelainan hormon	Objektif:
44	sejak lahir)	5. Penyakit	1. Frekuensi napas meningkat.
11.	Kurang terpapar informasi		2. Tekanan darah meningkat.
12.	Terpapar bahaya lingkungan (mis: toksin, polutan, dan lain-lain)		3. Frekuensi nadi meningkat.
5.	Hipervolemia (D.0022) Etiologi: 1. Gangguan aliran balik vena 2. Gangguan mekanisme regulasi 3. Kelebihan asupan natrium 4. Kelebihan asupan cairan 5. Efek agen farmakologis (mis: kortikosteroid, chlorpropamide, tolbutamide, vincristine, tryptilinescarba mazepine)	70 Hipervolemia merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai peningkatan volume cairan intravaskular, interstitial, dan/atau traselular. Kondisi klinis terkait: 1. Penyakit ginjal : gagal ginjal akut/kronis, sindrome nefrotik 2. Gagal jantung kongestif 3. Hipoalbuminemia 4. Kelainan hormon 5. Penyakit hati (mis. sirosis, asites, kanker hati) 6. Imobilitas 7. Penyakit vena	13 Tanda dan Gejala Mayor: Subjektif: 1. Ortopnea 2. Dispenea 3. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) Objektif: 1. Ederma anasarka dan/atau 5. Ederma perifer 2. Jugular Venous Pressure (JVP) dan/atau Cental Venous Pressure (CVP) 6. eningkat 3. Berat badan meningkat dalam waktu singkat 4. Refleks hepatojugular positif Tanda dan Gejala Minor: Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: 1. Ditensi vena jugularis 2. Hepatomegali

No.	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda Dan Gejala
		perifer (mis. varises vena, trombus vena, plebtis)	13. Terdengar suara nafas tambahan 4. Kadar Hb/Ht turun 5. Oliguria 6. Kongesti paru 7. Intake lebih banyak dari output (balans cairan positif)
6.	37. 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. 6. Gangguan neurologis (mis elektroensefalo gram [EEG] positif, cedera kepala gangguan kejang). 7. Maturitas neurologis. 8. Penurunan energi. 9. Obesitas. 10. Kecemasan.Pos isi tubuh yang menghambat ekspansi paru. 11. Sindrom hipoventilasi. 12. Efek agen farmakologis. 13. Kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf CS ke	6. Pola napas tidak efektif merupakan adalah inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. - Kondisi klinis terkait: 1. Depresi sistem saraf pusat 2. Trauma thorax 3. Cedera kepala 4. 45. Iain bare syndrome 5. Multiple sclerosis 6. Stroke 7. Myasthenia gravis 8. Kuadriplegia 9. Intoksikasi alkohol	26. Tanda dan Gejala Mayor - Subyektif: 1. Dispnea - Obyektif: 1. Penggunaan otot bantu pernapasan 2. Pola napas abnormal 3. Fase ekspirasi memanjang 4. Adanya bunyi napas tambahan (mis. wheezing 19 les) - Tanda dan Gejala Minor: - Subjektif: 1. Ortopnea - Objektif: 1. Pernapasan pursed-lip. 2. Diameter thoraks anterior-posterior meningkat 3. Pernapasan cuping hidung. 22. Ventilasi semenit menurun 5. Kapasitas vital menurun 6. Tekanan inspirasi menurun 7. Tekanan ekspirasi menurun 8. Ekskursi dada berubah

No.	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda Dan Gejala
	atas). 14. Cedera pada medula spinalis.		
7.	Intoleransi Aktivitas (D.0056) Etiologi: 1. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen 2. Kelemahan 3. Tirah baring 4. Imobilitas 5. Gaya hidup monoton	Intoleransi aktivitas merupakan ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Kondisi klinis terkait: 1. Anemia 2. Penyakit Jantung Koroner 3. Gagal Jantung Kongestif 4. Penyakit katup jantung 5. Aritmia 6. Gangguan Metabolik 7. Penyakit paru Obstruktif Kronis (PPOK) 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. Dispnea saat/setelah aktivitas 2. Merasa lemah 3. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas Objektif 1. Turgor kulit menurun 2. Gambaran EKG menunjukkan iskemia 3. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas 4. Sianosis
8.	Menyusui Tidak Efektif (D.0056) Etiologi: Fisiologis 1. Ketidakadekuatan suplai ASI 2. Anomali payudara ibu (misal puting yang masuk ke dalam) 3. Hambatan pada neonatus (misal prematuritas, sumbing) 4. Ketidakadekuatan reflek menghisap bayi 5. Riwayat operasi payudara	Menyusui tidak efektif merupakan kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui. Kondisi klinis terkait: 1. Abses Payudara 2. Carpal tunnel syndrome 3. Mastitis	Tanda dan Gejala Mayor Subjektif 1. Kelelahan maternal 2. Kecemasan maternal Objektif 1. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu 2. BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam 3. ASI tidak menetas/memancar 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 menangis saat disusui 3. Bayi menghisap tidak

No.	Diagnosa	Definisi	Tanda Dan Gejala
17 Perawatan			
6.	Payudara bengkak		terus menerus
7.	Kelahiran kembar		4. Menolak untuk mengisap
	Situasional		5. Bayi rewel dan menangis terus dalam jam-jam pertama setelah menyusui
1.	Tidak rawat gabung		
2.	Kurangnya dukungan keluarga		
3.	Kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan atau metode menyusui		
4.	Faktor budaya		
13			
9.	Risiko Perdarahan (D.0012)	Risiko perdarahan dapat berisiko	Tanda dan Gejala Mayor: Subjektif: (tidak tersedia)
	Faktor Risiko:	mengalami kehilangan darah baik internal	Objektif: (tidak tersedia)
1.	Aneurisma	(terjadi di dalam tubuh)	Tanda dan Gejala Minor: Subjektif: (tidak tersedia)
2.	Proses Keganasan	eksternal (terjadi hingga keluar tubuh.	Objektif: (tidak tersedia)
3.	gama		
4.	Gangguan gastrointestinal (misal: Ulkus lambung, polip, ises).	Kondisi Klinis Terkait: 1. Aneurisma	
5.	Komplikasi kehamilan (misal: Ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abruptio, kehamilan kembar)	2. Varises	
6.	Gangguan fungsi hati (misal: Sirosis hepatitis)	3. Sirosis hepatitis	
7.	Tindakan pembedahan	4. Koagulopati Intravaskuler diseminata	
8.	Komplikasi pasca partum (misal: Atonia)	5. Trombositopenia	
		6. Ulkus lambung	
		7. Kanker	
		8. Plasenta	
		9. Previa/Abruptio	
		10. Ketuban pecah sebelum waktunya.	
		11. Atonia Uterus	
		12. Tindakan pembedahan.	
		13. Retensi Plasenta	
		13. Trauma	

No.	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda Dan Gejala
	uterus, retensi plasenta)		
9.	Efek agen farmakologis		
10.	Gangguan koagulasi (misal: Trombositopeni		
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: 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	21 Manajemen nyeri (1.08238) Tindakan Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, 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

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
		berulang (1-5)	10. Berikan
		12. Anoreksia (1-5)	7. Monitor efek samping penggunaan analgetik
		13. Perineum terasa tertekan (1-5)	Terapeutik:
		14. Uterus membulat (1-5)	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)
		15. Ketegangan otot (1-5)	9. Kontrol lingkungan yang memperparah nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
		16. Upil dilatasi (1-5)	10. Fasilitasi istirahat dan tidur.
		17. Muntah (1-5)	11. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
		18. Mual (1-5)	Edukasi:
		19. Frekuensi (1-5)	12. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
		20. Pola nafas (1-5)	13. Jelaskan strategi meredakan nyeri
		21. Tekanan darah (1-5)	14. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
		22. Proses berpikir (1-5)	15. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
		23. Fokus (1-5)	16. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
		24. Fungsi berkemih (1-5)	Kolaborasi
		25. Perilaku (1-5)	17. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
		26. Nafsu makan (1-5)	1. Perawatan Sirkulasi (I.02079)
		27. Pola tidur (1-5)	Observasi
		Keterangan:	1. Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index)
		1. Meningkatkan	2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi)
		2. Cukup Meningkatkan	
		3. Sedang	
		4. Cukup Menurun	
		5. Menurun	
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)	

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
	14	Keterangan: 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat	17 5. 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 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)	Setelah dilakukan	Edukasi Ansietas (I.09314)

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
	Anxietas	intervensi keperawatan diharapkan Ansietas (L.09093) 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) 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	18 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 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

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
			17. ³⁸ Latih ³⁸ penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat Latih teknik relaksasi Kolaborasi 18. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
4	Risiko Infeksi (D.0142)	Setelah tindakan keperawatan diharapkan Infeksi menurun. Kriteria Hasil: 1. Demam (1-5) 2. Kemerahan (1-5) 3. Nyeri (1-5) 4. Bengkak (1-5) 5. ³⁸ Kadar sel darah putih (1-5) Keterangan: 1. Meningkat 2. Cukup Meningkat 3. Sedang 4. Cukup Menurun 5. Menurun	2 ² dilakukan ² keperawatan ² Tingkat (L.14137) 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 intervensi diharapkan Keseimbangan Cairan Meningkat (L.03020) meningkat. Kriteria Hasil: 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) Keterangan: 1. Menurun 2. Cukup menurun	36 ³⁶ Manajemen ³⁶ Hipervolemia (I.03114) Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan) 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 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

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
		3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat	32 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 $\leq$ 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 therapy (CRRT) jika perlu
6.	56 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 46 pirasi (1-5) 4. Frekuensi napas (1-5) 5. Kedalaman napas (1-5) Keterangan: 1. Memburuk 2. Cukup Memburuk	19 Manajemen Jalan Napas (L.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

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
		3. Sedang 4. Cukup Membaik 5. Membaik	34. 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 membaik. Kriteria Hasil: 1. Kemudahan dalam beraktivitas sehari-hari (1-5) 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	14. Manajemen Energi (I.05178) Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama aktivitas melakukan Terapeutik 4. Sediakan lingkungan yang nyaman 5. Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif Berikan distraksi menyenangkan. aktivitas yang Edukasi 6. Anjurkan tirah baring melakukan aktivitas bertahap 7. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan
8.	Menyusui Tidak Efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan,	Edukasi Menyusui (I.12393) Observasi:

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
	(D.0056)	diharapkan Status Menyusui (L.03029) membaik. 22. teria 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) 107. Putting 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) 17. Bayi menangis setelah menyusu (1-5) 18. Frekuensi miksi bayi (1-5) 26. Keterangan: 1. Memburuk 2. Cukup Memburuk 3. Sedang 4. Cukup Membaik 5. Membaik	13. 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 epartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 13. Ajarkan perawatan payudara postpartum (misal Memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)
9.	Risiko Perdarahan (D.0012)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan Tingkat Perdarahan (L.02017)	Manajemen Trombolitik (I.02055) Observasi 1. Periksa kontraindikasi terapi

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
	Menurun.		23 trombolitik (misal: Riwayat trauma atau pembedahan, stroke, pembedahan saraf dalam 2bulan terakhir, ulkus gastrointestinal)
	Kriteria Hasil:		2. Monitor tekanan darah (setiap 15 menit pada 2 jam pertama, setiap 30 menit selama 6 jam berikutnya dan setiap 60 menit selama 16 43 berikutnya)
	1. Membran mukosa lembap (1-5)		3. Monitor sisi insersi terhadap 23 da-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)
	2. Kelembapan kulit (1-5)		4. Monitor respons terhadap terapi (misal: Normalisasi segmen ST, nyeri dada berkurang, disritmia tidak terjadi, kadar enzim jantung menurun)
	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)		Terapeutik
	2. Hematokrit (1-5)		5. Pasang monitor jantung selama terapi trombolitik dan 12-24 jam setelahnya
	3. Tekanan darah (1-5)		6. Berikan oksigen untuk mempertahankan SaO ₂ >94%
	4. Frekuensi Nadi (1-5)		7. Pasang akses intravena
	5. Suhu Tubuh (1-5)		8. Berikan agen trombolitik 23 uai indikasi
	Keterangan:		9. Hindari kepala tempat tidur >15 derajat
	1. Memburuk		10. Pertahankan tirah baring selama 6 jam setelah terapi
	2. Cukup Memburuk		11. Hentikan segera infus trombolitik jika terjadi perdarahan dan alergi
	3. Sedang		12. Lakukan penekanan pada sisi insersi selama 30 menit jika terjadi perdarahan
	4. Cukup Membaik		Edukasi
	5. Membaik		13. Jelaskan tujuan dan prosedur pemberian trombolitik
			14. Jelaskan efek samping pemberian trombolitik

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
			43
			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

6 Implementasi keperawatan adalah tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mencapai hasil yang diinginkan dari goal yang telah ditetapkan untuk pasien. 17 Tindakan keperawatan dilakukan dengan mengacu pada rencana tindakan/intervensi keperawatan yang telah ditetapkan/dibuat. 50 Agar implementasi/pelaksanaan perencanaan ini dapat tepat waktu dan efektif maka perlu mengidentifikasi prioritas perawatan, memantau dan mencatat respon pasien terhadap setiap intervensi yang dilaksanakan serta mendokumentasikan pelaksanaan perawatan.

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dalam asuhan keperawatan dapat dilakukan dalam dua tahap, yaitu tahap formatif dan tahap sumatif. Evaluasi formatif adalah proses evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan berlangsung, sementara evaluasi sumatif merupakan evaluasi yang dilakukan pada akhir dari asuhan keperawatan tersebut. (Mubarag, 2022).

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

1. *Subjective (S)*: Merujuk pada informasi yang disampaikan oleh keluarga atau pasien secara pribadi setelah intervensi keperawatan dilakukan.
2. *Objective (O)*: Mengacu pada temuan atau informasi yang diperoleh oleh perawat secara langsung setelah intervensi keperawatan telah dilakukan.
3. *Analysis (A)*: Melibatkan evaluasi hasil yang telah dicapai dengan membandingkannya dengan tujuan yang terkait dengan diagnosis pasien.
4. *Planning (P)*: Berdasarkan respon pasien yang diamati selama tahap evaluasi, rencana perawatan yang akan datang akan disusun..

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. ¹¹ *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 ³ (Partisipan)

Partisipan yang digunakan pada penelitian ini yaitu 1 klien *post operasi* ⁶⁴ *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 3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi

Penelitian ini akan dilakukan di ruang Nifas ⁵⁴ 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

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini bertujuan memperoleh informasi yang relevan dengan permasalahan penelitian, yaitu:

1. ³¹ Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan metode pengumpulan data dengan menelusuri informasi yang bersumber dari catatan, transkrip, buku, agenda, maupun dokumen lain yang relevan. Pada metode ini, objek yang diamati berupa dokumen atau benda tidak hidup. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan lembar asuhan keperawatan sebagai sumber data utama.

³ 3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dilakukan untuk memastikan bahwa data yang diperoleh melalui studi dokumentasi memiliki validitas yang baik. Selain memperhatikan integritas peneliti sebagai instrumen utama, keabsahan data juga diperiksa melalui beberapa metode berikut:

1. Peneliti melakukan triangulasi data dengan memanfaatkan tiga sumber informasi untuk memperkuat penjelasan terhadap tanggapan responden. Sumber data tersebut mencakup keluarga klien yang memiliki pengalaman serupa, perawat yang pernah menangani kasus sejenis, serta perawat pelaksana yang bertugas pada waktu penelitian berlangsung (Ennals & Fossey, 2021).

3.7 Analisa Data

Pengumpulan data dilakukan setelah peneliti berada di lapangan, kemudian dilanjutkan dengan proses analisis. Analisis data merupakan rangkaian kegiatan mengorganisasi data, membandingkannya dengan teori yang relevan, serta menyusun interpretasi untuk didiskusikan. Proses analisis dilakukan dengan menafsirkan hasil penelitian melalui interpretasi wawancara mendalam. ⁹³ Dalam penelitian ini, analisis data dilakukan melalui beberapa tahapan sebagai berikut:

1. Pengumpulan informasi

⁷⁷ Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi, dan studi dokumentasi. Data yang diperoleh dari tahap ⁷ pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi kemudian ditranskrip secara sistematis.

2. Mengurangi informasi

Merangkum catatan wawancara, memisahkannya menjadi data objektif dan subjektif, serta memverifikasinya melalui uji diagnostik dengan membandingkan hasil dengan nilai rujukan normal.

3. Penyampaian informasi

¹⁰² Penyajian data dilakukan dalam bentuk tabel dan uraian deskriptif, dengan tetap menjamin kerahasiaan responden melalui perlindungan identitas.

4. Pembahasan

Pembahasan data mencakup analisis temuan, perbandingan dengan hasil penelitian sebelumnya, serta penelaahan teori yang berkaitan dengan perilaku kesehatan dan kondisi kesehatan responden.

5. Kesimpulan

Penarikan kesimpulan dilakukan secara induktif, berdasarkan data yang diperoleh dari proses ¹² pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi.

3.8 Etika Penelitian

Etika penelitian merupakan aspek krusial yang perlu diperhatikan karena melibatkan subjek manusia secara langsung. Prinsip etika yang harus dipatuhi dalam penelitian antara lain:

1. *Ethical clearance*

Klirens etik (*Ethical clearance*) adalah instrumen untuk menilai sejauh mana proses penelitian memenuhi standar etika. ⁷⁸ Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik dari Komisi Etik ITS Kes ICMc Jombang dengan nomor sertifikat: 415/KEPK/ITSKESICME/VII/2025.

2. Persetujuan menjadi klien ⁷ (*Informed consent*)

Sebelum pelaksanaan penelitian, responden diberikan penjelasan mengenai maksud, tujuan, serta manfaat penelitian. Responden yang menyatakan kesediaannya berpartisipasi diminta untuk mengisi lembar persetujuan (*informed consent*), sedangkan mereka yang menolak tetap dihargai keputusannya.

3. Tanpa nama (*anonymity*)

Identitas asli responden tidak dicantumkan ³ pada lembar pengumpulan data, melainkan diganti dengan kode khusus guna menjaga kerahasiaan hasil penelitian.

4. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Seluruh informasi yang diperoleh dari penelitian disimpan secara rahasia,
dan ²⁷ hanya data yang relevan dengan tujuan penelitian yang dipublikasikan.

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 *Section 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: 36,8oC, 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: 36oC, 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 Kela- min	BB Lahir	Keadaan Bayi waktu lahir	Masalah Kehamilan
1	2025	<i>Sectio Caesarea (SC)</i>	Dokter	-	-	Mening- gal	Preeklamp- sia Berat (PEB), IUFD

Pengalaman menyusui : Tidak

f. **Riwayat Kehamilan Saat Ini**

Berapa kali periksa : 4 kali periksa selama masa kehamilan

n

Masalah kehamilan : Preeklampsia Berat dan IUFD

g. ¹⁶ 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. ⁷ Riwayat Ginekologi

Masalah Ginekologi : Tidak ada keputihan yang bersifat patologis

Riwayat KB : Belum pernah KB

⁶ 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 ²² klien ingin segera sembuh agar bisa berkumpul dengan keluarga dan dapat kembali beraktivitas seperti biasanya.

b. ⁷⁵ 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, ³ 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 ³ 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

⁷² 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.

¹⁰³ 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

Kedadaan 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*

3
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.

29
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.

3
6) Leher

Bentuk simetris, warna sawo matang, posisi trakea tengah, tidak ada pembesaran tiroid, dan tidak ada pembesaran 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, ³⁰suara nafas vesikuler.

b) Jantung

Ictus cordis tidak tampak, ³nyeri tidak ada, batas jantung kiri ICS 4-6, batas atas ICS 2, batas pinggang jantung ICS 3, ¹¹⁰bunyi jantung reguler S1 tunggal, S2 tunggal (lup dup).

c) Payu dara

payudara klien lunak, ³⁰puting 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, ¹⁰⁹ warna merah, konsisten kental bau amis.

Tidak ada hemoroid.

10) Ekstremitas

²¹ Kekuatan otot 5/5 5/5, turgor kulit menurun (> 2 detik), CRT > 2 ² detik,

warna kulit pucat, akral teraba dingin, terdapat edema pada ekstremitas

bawah ² kiri dan kanan. Warna kulit sawo matang, tidak ada

sianosis maupun parase.

6. Terapi Medis

³ Tabel 4. 3 Terapi Medis

Terapi Medis	Dosis Pemberian
Infus Ringer Laktat	500 cc/12 Jam
Injeksi MgSO4 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

³ Tabel 4. 4 Hasil Pemeriksaan Penunjang

Jenis Pemeriksaan	Hasil
Radioligi	Cardiomegaly
Thorax 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 /ul
	RBC	4.0	4.1-5.6 10 ⁶ /ul
	HGB	12.5	12.1-17.6 g/dl
	HCT	34.4	34.0-45.1 %
	PLT	313	152-296 10 ³ /ul
	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

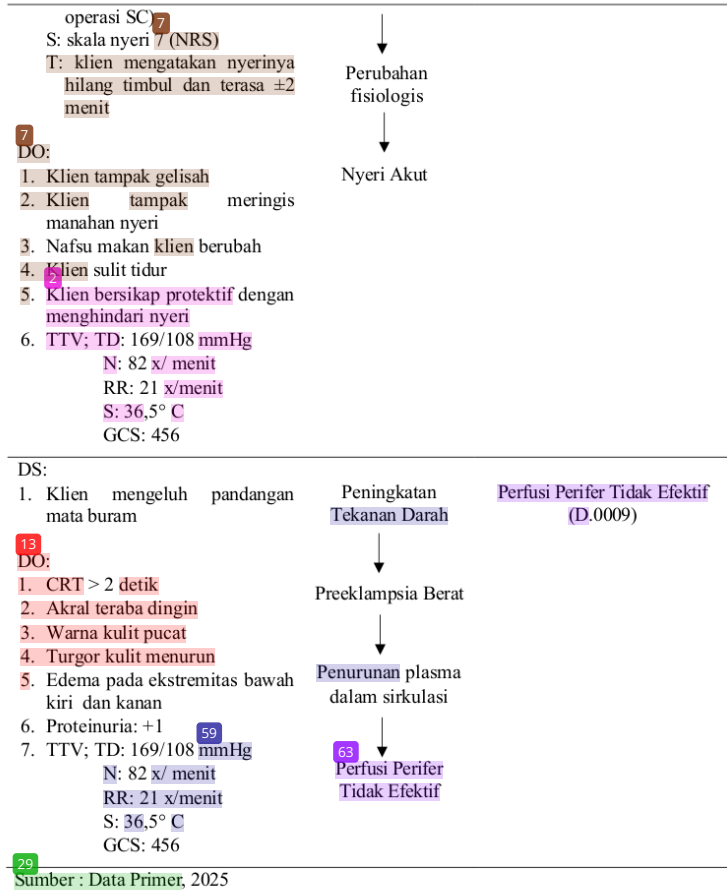
Jenis Pemeriksaan	Hasil	
21 CR	20.0	13.0-43.0 %
PCT	0.3	0.2-0.4 %
EO%	2.50	0.70-5.40 %
BASO%	0.40	0.00-1.00 %
NEUT%	59.9	42.5-71.0 %
LYMP%	31.3	20.4 - 44.6 %
MONO%	5.9	3.6-9.9 %
EO	0.27	0.04-0.43 10 ³ ul
BASO	0.04	0.02-0.09 10 ³ ul
MONO	0.63	0.33-0.91 10 ³ ul
NEUT	6.4	2.7 - 7.5 10 ³ ul
21 LYMP	3.3	1.5-3.7 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
21 Chlorida	107	98-107 mmol/l
Urine Lengkap:		
Makroskopis		
Berat jenis	1.0 ⁶¹	1.001 – 1.020
PH	5.0	4 ⁶¹ – 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	
R: perut bawah (luka bekas)	Caesaria	



4.1.4 Diagnosa Keperawatan

- Nyeri Akut (D.0077) b.d agen pencedera fisik
- 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
----	----------	------	------

No	Diagnosa	SLKI	10 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 membaik (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 tekanan darah	Perfusi Perifer (L.02011) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Pengisian kapiler cukup (3) 2. Akral cukup meningkat (4) 3. Warna kulit pucat cukup membaik (4) 4. Turgor kulit cukup	Perawatan Sirkulasi (1.02079) dan Pantauan Tanda Vital (1.06198) 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

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
		membaik (4)	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.	Hari / Diagnosa 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 sayat-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	
		07.15	Hasil: skala 7 (NRS) 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil: klien tampak gelisah dan meringis menahan nyeri, Klien bersikap protektif dengan menghindari nyeri	
		07.25	4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	
		07.30	Hasil: nyeri bertambah saat bergerak dan nyeri berkurang saat istirahat 5. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	

No. Diagnosa	Hari / tanggal	Jam (WIB)	Tindakan keperawatan	Paraf
			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	
		07.50	Hasil: mengajarkan relaksasi tarik napas dalam dan klien mengikuti arahan betugas dengan baik	
		08.00	7. Mengidentifikasi Riwayat alergi obat	
			Hasil: Klien mengatakan tidak ada riwayat alergi obat	
		08.05	8. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	
			Hasil: Klien mengatakan nyeri belum berkurang	
		08.15	9. Memberikan analgetik secara tepat	
		08.20	Hasil: klien diberikan obat pereda nyeri (injeksi metamizole 3x1 gram)	
			10. Berkolaborasi pemberian analgetik	
			Hasil: injeksi metamizole 3x1 gram	
		08.45	11. Memfasilitasi istirahat dan tidur	
			Hasil: klien bisa istirahat dan tidur, tapi masih sering terbangun karena merasa nyeri	
			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	 Nurul Badiah
			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)	
		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 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	

No. Diagnosa	Hari / tanggal	Jam (WIB)	Tindakan keperawatan	Paraf
		09.30	ekstremitas bawah kanan dan kiri	
		09.35	5. Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi Hasil: tidak mengukur tekanan darah pada ekstremitas yang bengkak	
		09.45	6. Memonitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh Hasil: TD: 163/100 mmHg, N: 78x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,5° C	
		10.00	7. Menginformasikan hasil pemantauan Hasil: hasil pemantauan selalu disampaikan kepada klien	
		10.30	8. Melakukan hidrasi Hasil: infus <i>Ringer Laktat</i> (RL) 500 ml/ 12 jam, klien minum air mineral 750 ml/12 Jam	
			9. Mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) Hasil: 6. menganjurkan klien untuk mengurangi konsumsi garam dan kopi secara berlebihan, serta mengkonsumsi 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 sayat-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 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	

No. Diagnosa	Hari / tanggal	Jam (WIB)	Tindakan keperawatan	Paraf
		07.30	dan nyeri berkurang saat istirahat	
		07.45	5. Berkolaborasi pemberian analgetik Hasil: injeksi metamizole 3x1 gram 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 ⁶ minum obat pengontrol tekana 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 SC) T: klien mengatakan nyerinya kadang-kadang	 Nurul Badiah
		07.05	2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: skala 3 (NRS)	

No. Diagnosa	Hari / tanggal	Jam (WIB)	Tindakan keperawatan	Paraf
		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 1 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 tekana 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 ki 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	
		09.40	6. Melakukan hidrasi Hasil: infus Ringer Laktat (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 ¼ 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: 456 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
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. Wama kulit pucat (2) 5. Edema pada ekstremitas bawah kiri dan kanan	 Nurul Badiah

No. Diagnosa	Hari / tanggal	Jam (WIB)	Evaluasi	Paraf
			3. TTV; TD: 160/90 mmHg (2) N: 82 x/ menit RR: 20 x/menit S: 36,5° C 7. GCS: 456 6. 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, pemapasan, suhu tubuh. 4. Informasikan hasil pemantauan 5. Lakukan hidrasi 6. Anjurkan minum obat pengontrol tekana darah secara teratur	
D.0077	Senin, 03/2/2025	52 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 7° C) 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 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	 Nurul Badiah

No. Diagnosa	Hari / tanggal	Jam (WIB)	Evaluasi	Paraf
			9. 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. Wama 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: Lakukan intervensi (1,,3,4,6,7,9) 1. Periksa sirkulasi perifer 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi 3. Monitor tekanan darah, nadi, pemapasan, suhu tubuh, 4. Informasikan hasil pemantauan 2. Lakukan hidrasi 6. Anjurkan minum obat pengontrol tekana 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 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	 Nurul Badiah

No. Diagnosa	Hari / tanggal	Jam (WIB)	Evaluasi	Paraf
			sehari (4) 5. Pola tidur cukup membaik (4) 6. Sikap protektif terhadap nyeri 19 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 bekurang O: 1. Akral teraba hangat (4) 2. CRT < 2 detik (4) 3. Warna kulit pucat cukup membaik (4) 4. Turgor kulit cukup membaik 5. Edema pada ekstremitas bawah kiri dan kanan kurang 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
Sumber : Data Primer, 2025				

4.2 Pembahasan

Penelitian ini mengulas kasus perawatan pada klien ⁵⁷ *Post Sectio Caesarea* dengan PEB + IUFD di ruang Nifas RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo. Lingkup

pembahasan meliputi beberapa tahap yaitu ³ 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 ⁷ klien mengeluh merasa nyeri pada luka bekas operasi SC, nyeri bertambah jika bergerak dan terasa ⁶⁸ 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, ¹³ akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, edema pada ekstremitas ³¹ 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 (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 patologis 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 di tegakkan berdasarkan hasil pengkajian dan keluhan klien.

³¹ Menurut 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 ⁹⁸ meningkatkan tekanan darah melalui aktivasi sistem saraf simpatis. ⁸³ Hal ini dapat memperlambat proses penyembuhan luka dan meningkatkan risiko komplikasi pasca operasi. Sedangkan menurut SDKI (2017) ² 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.

³ 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 : ⁷ klien mengeluh merasa nyeri pada luka bekas operasi SC, nyeri bertambah jika bergerak dan terasa seperti disayat-sayat, skala nyeri 7 (NRS), ⁷ 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 ⁶ perfusi perifer tidak efektif seperti: klien juga mengeluh pandangan matanya masih buram, CRT ¹³ > 2 detik, akral terasa dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, edema pada ekstremitas bawah kiri dan kanan TTV; TD: 169/108 mmHg,

²⁹ 4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang di berikan kepada ³¹ klien *Post Sectio Caesarea* hari ke-2 dengan PEB + IUFD dilakukan berdasarkan ⁶⁸ diagnosa keperawatan yang muncul yaitu yang pertama Nyeri Akut akan dilakukan ⁵³ 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, ² 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, ² 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, ⁶tekanan darah cukup, ⁶nafsu makan cukup ⁶membaik, pola tidur cukup ⁶membaik.

Sedangkan diagnosa yang kedua ¹³yaitu ¹³Perfusi Perifer Tidak Efektif akan dilakukan ¹³intervensi ¹³Perawatan Sirkulasi dan Pemantauan Tanda Vital dengan tindakan Observasi: Pemeriksaan ²sirkulasi perifer, Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi, Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas, Monitor ²tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh. Terapeutik: ⁹Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, Lakukan hidrasi. Edukasi: Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, ⁷Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi, Informasikan hasil pemantauan, jika perlu. ¹³Setelah dilakukan ¹³intervensi ¹³keperawatan 3x24 jam diharapkan ¹perfusi perifer meningkat, dengan kriteria hasil: pengisian kapiler cukup, ¹akral cukup meningkat, ¹warna kulit pucat cukup membaik, ¹turgor kulit cukup ¹membaik.

Menurut Schug S.A., *et. al.* (2020) nyeri akut pada pasien pasca *Seccio 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 ini⁷ 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*”¹¹¹ 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 ini⁷ 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.

Menurut² 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 SIKI yaitu Manajemen Nyeri (1.08238) dan Pemberian Analgesik (1.08243) ²⁸ 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, ² 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, ³⁶ 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) ² 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, ⁹ Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, Lakukan hidrasi, Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, ² Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi, ² Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang di berikan kepada klien ² 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 ⁶ minum obat pengontrol tekana darah secara teratur, ⁴⁷ 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 ³³ 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 ¹⁹ efektif menurunkan intensitas nyeri pada pasien pasca *Sectio 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 ¹⁰⁴ implementasi keperawatan yang dilakukan pada hari pertama, kedua, dan ketiga terdapat kesesuaian atau ⁶⁵ tidak ada kesenjangan antara teori dengan implementasi yang diberikan kepada klien dengan masalah ¹⁰ nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan nyeri pada luka bekas operasi SC, begitupun dengan masalah ⁶ 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 ⁹ observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (OTEK) standar intervensi keperawatan indonesia.

²⁹ 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 ⁷ pada hari pertama masalah keperawatan yang dialami klien belum teratasi. ⁷ 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) ²⁶ 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 ⁶⁴ 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 ² 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 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 3x24³ jam dengan metode SOAP, pada studi kasus Ny. A yang di lakukan pada tanggal 2 - 4 Februari 2025 yang terdiri dari subyektif, obyektif, analisa dan *planning* untuk mengatasi⁶ 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:¹⁹ klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi SC sudah bekurang, skala nyeri 3 (NRS) nyerinya kadang-kadang muncul, nafsu makan klien cukup membaik, pola tidur cukup membaik, sikap protektif terhadap nyeri cukup menurun, TTV; ⁶ ID: 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 bekurang,² akral teraba hangat, CRT < 2 detik, turgor kulit cukup membaik, Warna kulit pucat cukup membaik,¹⁴ edema pada ekstremitas bawah kiri dan kanan berkurang. Terdapat perubahan pada klien di hari ketiga berarti analisis masalah keperawatan tersebut teratasi dan intervensi dihentikan.

Evaluasi⁵⁷ 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: ⁹keluhan nyeri cukup menurun (4), ³⁸meringis cukup menurun (4), gelisah cukup menurun (4), kesulitan tidur cukup menurun (4), ³⁸sikap 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: ⁹pengisian 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 terasa 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 ² **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 ⁵⁵ **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: ⁹ **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 ⁷ **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. ⁹⁹ **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 Preeklampsia 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
- 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 *Sectio Caesarea*. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 23(2), pp.87–94. Available at: <https://doi.org/10.33361/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., Bjølseth, 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 29 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.

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

53%

SIMILARITY INDEX

52%

INTERNET SOURCES

12%

PUBLICATIONS

27%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

repository.stikeshangtuah-sby.ac.id

Internet Source

5%

2

repository.poltekkes-kaltim.ac.id

Internet Source

3%

3

repository.itskesicme.ac.id

Internet Source

3%

4

mhonavella.blogspot.com

Internet Source

3%

5

adoc.pub

Internet Source

3%

6

repository.poltekeskupang.ac.id

Internet Source

2%

7

repositori.uin-alauddin.ac.id

Internet Source

2%

8

eprints.umm.ac.id

Internet Source

2%

9

repository.stikstellamarismks.ac.id

Internet Source

2%

10

Submitted to Badan PPSPDM Kesehatan
Kementerian Kesehatan

Student Paper

2%

11	eprints.poltekkesjogja.ac.id Internet Source	1 %
12	www.scribd.com Internet Source	1 %
13	repository.poltekkes-tjk.ac.id Internet Source	1 %
14	dspace.umkt.ac.id Internet Source	1 %
15	arpusda.semarangkota.go.id Internet Source	1 %
16	repository.poltekkesbengkulu.ac.id Internet Source	1 %
17	repository.uds.ac.id Internet Source	1 %
18	repo.stikesbethesda.ac.id Internet Source	1 %
19	repository.lp4mstikeskhg.org Internet Source	1 %
20	harlindalinda.blogspot.co.id Internet Source	1 %
21	positori.ubs-ppni.ac.id Internet Source	1 %
22	pdfcoffee.com Internet Source	1 %
23	sites.google.com Internet Source	1 %
24	repository.um-palembang.ac.id Internet Source	1 %

25	onlinetutorforhomeworkhelp.com Internet Source	1 %
26	Submitted to Universitas Jember Student Paper	1 %
27	es.scribd.com Internet Source	1 %
28	repository.universitalirsyad.ac.id Internet Source	1 %
29	repo.stikesicme-jbg.ac.id Internet Source	<1 %
30	repository.unimugo.ac.id Internet Source	<1 %
31	samoke2012.wordpress.com Internet Source	<1 %
32	repository.um-surabaya.ac.id Internet Source	<1 %
33	Submitted to Universitas Muslim Indonesia Student Paper	<1 %
34	Submitted to Poltekkes Kemenkes Pontianak Student Paper	<1 %
35	rentinasmawati.wordpress.com Internet Source	<1 %
36	repository.stikessaptabakti.ac.id Internet Source	<1 %
37	repository.poltekkes-kdi.ac.id Internet Source	<1 %
38	Submitted to Universitas Andalas Student Paper	<1 %

39	sani-sanpig.blogspot.com Internet Source	<1 %
40	digilib.stikeskusumahusada.ac.id Internet Source	<1 %
41	stikespanakkukang.ac.id Internet Source	<1 %
42	Submitted to State Islamic University of Alauddin Makassar Student Paper	<1 %
43	www.dokumenakreditasipuskesmasfktf.com Internet Source	<1 %
44	repo.poltekkes-medan.ac.id Internet Source	<1 %
45	repo.stikmuhptk.ac.id Internet Source	<1 %
46	www.coursehero.com Internet Source	<1 %
47	jurnal.globalhealthsciencegroup.com Internet Source	<1 %
48	eprints.stikes-notokusumo.ac.id Internet Source	<1 %
49	Lita Riduan, Satria Jalu Saputra. "EFEKTIFITAS PIJAT REFLEKSI TERHADAP BUANG AIR BESAR (BAB) PADA PASIEN POST OPERASI SECTIO CAESAREA DENGAN ANESTESI SPINAL DI RUANG CAMAR I RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU", Jurnal Keperawatan Abdurrah, 2019 Publication	<1 %
50	fliphtml5.com	

51 sichesse.blogspot.com
Internet Source

<1 %

52 www.slideshare.net
Internet Source

<1 %

53 bachtiarofficial.blogspot.com
Internet Source

<1 %

54 Retno Dewi Prisusanti, Dinie Yulistya Pawestri,
Laura Putri Indiwani. "IMPLEMENTATION OF
THE PENDING INPATIENT CLAIM PROCESS
FOR BPJS KESEHATAN AT RSUD R.T.
NOTOPURO SIDOARJO", PREPOTIF : JURNAL
KESEHATAN MASYARAKAT, 2024
Publication

<1 %

55 repository.ub.ac.id
Internet Source

<1 %

56 Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan
Tinggi Indonesia Jawa Timur III
Student Paper

<1 %

57 eprints.kertacendekia.ac.id
Internet Source

<1 %

58 rizqidyan.wordpress.com
Internet Source

<1 %

59 repo.stikesperintis.ac.id
Internet Source

<1 %

60 Ardia Regita Cahyaningrum, Dian Ratna
Elmaghuroh. "Implementasi Teknik Relaksasi
Benson pada Pasien HNP (Hernia Nucleus
Pulposus) dengan Masalah Keperawatan

<1 %

Nyeri Akut Di RSUD dr. H. Koesnadi
Bondowoso", Health & Medical Sciences, 2023

Publication

61	fr.scribd.com Internet Source	<1 %
62	pt.scribd.com Internet Source	<1 %
63	123dok.com Internet Source	<1 %
64	media.neliti.com Internet Source	<1 %
65	repository.ucb.ac.id Internet Source	<1 %
66	Submitted to Universitas Bangka Belitung Student Paper	<1 %
67	doku.pub Internet Source	<1 %
68	www.ukh.ac.id Internet Source	<1 %
69	Submitted to National Forensic Sciences University Student Paper	<1 %
70	Submitted to Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang Student Paper	<1 %
71	eresources.thamrin.ac.id Internet Source	<1 %
72	repository.stikesmitrakeluarga.ac.id Internet Source	<1 %

73	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur Student Paper	<1 %
74	Nurlinda Nurlinda, Apriza Apriza, Sarina Dewi. "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. J DALAM PENURUNAN NYERI DENGAN KOMBINASI TERAPI MUROTTAL AL-QUR'AN SURAH AR-RAHMAN DENGAN MEDIA WARNA HIJAU PADA PASIEN KANKER SERVIKS DI RUANGAN TULIP RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU", SEHAT : Jurnal Kesehatan Terpadu, 2024 Publication	<1 %
75	nersmustarin.blogspot.com Internet Source	<1 %
76	repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet Source	<1 %
77	repository.unhas.ac.id Internet Source	<1 %
78	Arnianti, Esther Sanda Manapa, Mardiana Ahmad, Deviana Soraya Riu, Werna Nontji, Healthy Hidayanti. "Pengaruh Modul Deteksi Risiko Anemia pada Kehamilan terhadap Pengetahuan Ibu Hamil", Oksitosin : Jurnal Ilmiah Kebidanan, 2020 Publication	<1 %
79	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur II Student Paper	<1 %
80	Sri Handayani, Yopi Suryatim Pratiwi, Nurul Fatmawati. "PEMANFAATAN TANAMAN LOKAL SEBAGAI PELANCAR ASI (GALAKTOGOGUE)", Jurnal Kebidanan Malahayati, 2021	<1 %

- 81

budirahayu.ip-dynamic.com:81

Internet Source

<1 %
- 82

Agus Hidayat, Decki Adi Pratama, Yuli Widyastuti, Sri Handayani, Muhammad Anis Sumaji. "UPAYA PEMBERIAN TERAPI EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUE (EFT) UNTUK MENURUNKAN TINGKAT NYERI PADA PASIEN PRE OPERASI", Jurnal Kesehatan dan Kedokteran, 2022

Publication

<1 %
- 83

Muhammad Dzakiy Taufiiqul Hakiim Dzakiy. "ANGKA KEJADIAN KOMPLIKASI PASCA OPERASI TURP (Transurethral Resection Of The Prostate) PADA PASIEN BPH DI RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA PADA TAHUN 2021-2023", Surabaya Biomedical Journal, 2025

Publication

<1 %
- 84

Submitted to Sriwijaya University

Student Paper

<1 %
- 85

file.umj.ac.id

Internet Source

<1 %
- 86

leorulino.com

Internet Source

<1 %
- 87

repository.umb.ac.id

Internet Source

<1 %
- 88

sarafambarawa.wordpress.com

Internet Source

<1 %
- 89

Dea Putri Egiestine, Fonda Octarianingsih Shariff. "G4P3A0 Hamil 37 Minggu Dengan

<1 %

Preeklamsia Berat", THE JOURNAL OF Mother and Child Health Concerns, 2024

Publication

90	Juli Andri, Henni Febriawati, Padila Padila, Harsismanto J, Rahayu Susmita. "Nyeri pada Pasien Post Op Fraktur Ekstremitas Bawah dengan Pelaksanaan Mobilisasi dan Ambulasi Dini", Journal of Telenursing (JOTING), 2020	<1 %
----	--	------

Publication

91	ar.scribd.com	<1 %
----	---------------	------

Internet Source

92	irwankere.blogspot.com	<1 %
----	------------------------	------

Internet Source

93	jurnal.untan.ac.id	<1 %
----	--------------------	------

Internet Source

94	repositori.stikes-ppni.ac.id	<1 %
----	------------------------------	------

Internet Source

95	repository.stikesmukla.ac.id	<1 %
----	------------------------------	------

Internet Source

96	repositoryperpustakaanpoltekkespadang.site	<1 %
----	--	------

Internet Source

97	saidahainurika.blogspot.com	<1 %
----	-----------------------------	------

Internet Source

98	eprints.undip.ac.id	<1 %
----	---------------------	------

Internet Source

99	etheses.uin-malang.ac.id	<1 %
----	--------------------------	------

Internet Source

100	hadiono.org	<1 %
-----	-------------	------

Internet Source

jazirahkomputer.blogspot.com

101	Internet Source	<1 %
102	jurnalmahasiswa.unesa.ac.id Internet Source	<1 %
103	pdfcookie.com Internet Source	<1 %
104	prtomo.blogspot.com Internet Source	<1 %
105	repository.unjaya.ac.id Internet Source	<1 %
106	tirto.id Internet Source	<1 %
107	vbook.pub Internet Source	<1 %
108	wahyusetiyarini.blogspot.com Internet Source	<1 %
109	lib.ui.ac.id Internet Source	<1 %
110	sumber93.blogspot.com Internet Source	<1 %
111	Submitted to Poltekkes Kemenkes Malang Student Paper	<1 %

Exclude quotes On

Exclude matches Off

Exclude bibliography On