

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. F P1A0 POST SECTIO SECAREA DENGAN
INDIKASI PRE EKLAMPSI BERAT DI RUANG MAWAR 1
RSDM SURAKARTA (ANNA AMANIA KHUSNAYAIN)

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. F P1A0 POST SECTIO
SECAREA DENGAN INDIKASI PRE EKLAMPSI BERAT DI
RUANG MAWAR 1 RSDM
SURAKARTA**

NASKAH PUBLIKASI



Oleh :
ANNA AMANIA KHUSNAYAIN
J200 110 008

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
2014**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. F P1A0 POST SECTIO SECAREA DENGAN
INDIKASI PRE EKLAMPSI BERAT DI RUANG MAWAR 1
RSDM SURAKARTA (ANNA AMANIA KHUSNAYAIN)

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. F P1A0 POST SECTIO SECAREA
DENGAN INDIKASI PRE EKLAMPSI BERAT DI RUANG MAWAR 1
RSDM SURAKARTA

(Anna Amania K, 2014, 50 halaman)

ABSTRAK

Latar Belakang : Post section secarea dengan indikasi pre eklamsi berat pada rumah sakit umum dengan penyebab terbanyak oleh timbulnya hipertensi disertai dengan proteinuria pada umur kehamilan lebih dari 20 minggu.

Tujuan : Untuk mengetahui asuhan keperawatan pada pasien dengan post section secarea dengan indikasi pre eklamsi berat meliputi pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

Hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam didapatkan hasil nyeri pasien berkurang dari skala 8 menjadi 3, tidak terjadi adanya tanda-tanda infeksi dan pasien dapat melakukan aktivitas secara mandiri.

Kesimpulan : Kerjasama antar tim kesehatan dan pasien/keluarga sangat diperlukan untuk keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien, komunikasi terapeutik dapat mendorong pasien lebih kooperatif, teknik relaksasi progresif dapat mengurangi rasa nyeri dan merupakan tindakan yang disukai pasien.

Kata Kunci : post section secarea, pre eklamsi berat, nyeri, resiko infeksi dan kelemahan aktivitas.

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. F P1A0 POST SECTIO SECAREA DENGAN
INDIKASI PRE EKLAMPSI BERAT DI RUANG MAWAR 1
RSDM SURAKARTA (ANNA AMANIA KHUSNAYAIN)

NURSING CARE IN NY . F P1A0 POST SECTIO SECAREA
INDICATION WITH PRE eclampsia WEIGHT IN THE ROSES 1
RSDM SURAKARTA

(Anna Amania K , 2014 , 50 pages)

ABSTRACT

Background : Post secarea section with an indication of severe pre eclampsia in public hospitals with the most common cause by the onset of hypertension accompanied with proteinuria in gestational age over 20 weeks .

Objective : To determine nursing care in patients with post section with indication secarea severe pre eclampsia include assessment , diagnosis , intervention , implementation , and evaluation of nursing .

Results : After 3x24 hour nursing actions for pain patients showed reduced from 8 to 3 scale , there is no signs of infection and the patient can perform activities independently .

Conclusion : Cooperation between the healthcare team and the patient / family is indispensable for the success of nursing care to the patient , the patient's therapeutic communication can encourage more cooperative , progressive relaxation techniques can reduce pain and is the preferred measure patient .

Keywords : post secarea section , pre- eclampsia severe , pain , risk of infection and weaknesses of activity .

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. F P1A0 POST SECTIO SECAREA DENGAN
INDIKASI PRE EKLAMPSI BERAT DI RUANG MAWAR 1
RSDM SURAKARTA (ANNA AMANIA KHUSNAYAIN)

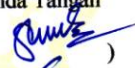

HALAMAN PENGESAHAN

Dipertahankan di depan Dosen Penguji Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa
Program Studi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta dan diterima
untuk melengkapi tugas-tugas dan memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan
program pendidikan Diploma III Keperawatan.

Hari : Sabtu

Tanggal : 19 Juli 2014

Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah

Nama Terang		Tanda Tangan
Penguji I	Sulastri, S.Kp., M.Kes	()
Penguji II	Winarsih Nur A, S.Kep., Ns., ETN., M.Kep	()

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Surakarta


Dra. Suwadij, M.Kes

NIP : 195311231983031002

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. F P1A0 POST SECTIO SECAREA DENGAN
INDIKASI PRE EKLAMPSI BERAT DI RUANG MAWAR 1
RSDM SURAKARTA (ANNA AMANIA KHUSNAYAIN)

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Asuhan keperawatan pasca persalinan diperlukan untuk meningkatkan status kesehatan ibu dan anak. Berakhirnya proses persalinan bukan berarti ibu terbebas dari bahaya atau komplikasi. Berbagai komplikasi dapat dialami ibu pada masa nifas dan bila tidak tertangani dengan baik akan memberi kontribusi yang cukup besar terhadap tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia.

Pre eklamsia adalah timbulnya hipertensi disertai dengan proteinuria pada umur kehamilan lebih dari 20 minggu atau segera setelah persalinan dan gangguan multisistem pada kehamilan yang dikarakteristikan disfungsi endotelial, peningkatan tekanan darah karena vasokonstriksi, proteinuria akibat kegagalan glomerulus, dan edema akibat peningkatan permeabilitas vaskuler (Fauziah, 2012).

Hasil Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007 menunjukkan bahwa secara nasional Angka Kematian Ibu di Indonesia adalah 228/100.000 kelahiran hidup, yang disebabkan oleh perdarahan 28%, eklamsia 12%, abortus 13%, sepsis 15%, partus lama 18%, dan penyebab lainnya 2%. Angka ini masih jauh dari target tujuan pembangunan milenium (Millenium Development Goals/MDGs), yakni hanya 102/100.000 kelahiran tahun 2015 (Depkes RI, 2010).

TINJAUAN PUSTAKA

1. Pengertian

Sectio caesarea adalah pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada

dinding abdomen dan uterus. Pembedahan Caesarea profesional yang pertama dilakukan di Amerika Serikat pada tahun 1827. Sebelum tahun 1800 sectio cesarea jarang dikerjakan dan biasanya fatal. Di London dan Edinburgh pada tahun 1877, dari 35 pembedahan cesarea terdapat 33 kematian ibu. Menjelang tahun 1877 sudah dilaksanakan 71 kali pembedahan caesarea di Amerika Serikat. Angka mortalitasnya 52 persen yang terutama disebabkan oleh infeksi dan perdarahan (Oxorn, dkk., 2010).

Pre eklamsia atau toksemia preeklantik (*pre eclamtic toxoemia*, PET) adalah penyebab utama mortalitas dan morbiditas ibu dan janin. Pre eklamsia dapat timbul pada masa antenatal, intrapartum, dan postnatal. Pre eklamsia dapat terjadi dengan tanda-tanda hipertensi dan proteinuria yang baru muncul di trimester kedua kehamilan yang selalu pulih di periode postnatal (Robson, 2012).

2. Etiologi

Hingga saat ini etiologi dan patogenesis dari pre-eklamsia masih belum diketahui dengan pasti. Namun hingga kini belum memuaskan sehingga pre-eklamsia sebagai the diseases of theories.

Adapun hipotesis yang diajukan diantaranya adalah (Fauziah, 2012) :

- a. Genetik
- b. Iskemik plasenta
- c. Hipoksia pada fetus dan plasenta
- d. Disfungsi endotel
- e. Imunologis

3. Klasifikasi Pre Eklamsi menurut (Nanda, 2013) :

- a. Pre Eklamsi Ringan
-

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. F P1A0 POST SECTIO SECAREA DENGAN
INDIKASI PRE EKLAMPSI BERAT DI RUANG MAWAR 1
RSDM SURAKARTA (ANNA AMANIA KHUSNAYAIN)

b. Pre Eklamsi Berat

4. Manifestasi Klinis PEB menurut (Nanda, 2013) :

- a. Nyeri kepala hebat pada bagian depan atau belakang kepala yang di ikuti dengan peningkatan tekanan darah yang abnormal.
- b. Iritabel ibu merasa gelisah dan tidak bisa bertoleransi dengan suara berisik atau gangguan lainnya.
- c. Nyeri perut pada bagian ulu hati yang terkadang disertai dengan muntah.
- d. Gangguan pernafasan sampai sianosis.
- e. Terjadi gangguan kesadaran.

5. Patofisiologi

Pada pre eklampsia terdapat penurunan plasma dalam sirkulasi dan terjadi peningkatan hematokrit. Perubahan ini menyebabkan penurunan perfusi ke organ , termasuk ke utero plasental fatal unit. Vasospasme merupakan dasar dari timbulnya proses pre eklampsia. Konstiksi vaskuler menyebabkan resistensi aliran darah dan timbulnya hipertensi arterial. Vasospasme dapat diakibatkan karena adanya peningkatan sensitifitas dari circulating pressors. Pre eklampsia yang berat dapat mengakibatkan kerusakan organ tubuh yang lain. Gangguan perfusi plasenta dapat sebagai pemicu timbulnya gangguan pertumbuhan plasenta sehingga dapat berakibat terjadinya Intra Uterin Growth Retardation.

TINJAUAN KEPERAWATAN

1. PENGKAJIAN

Menurut (Green and Wilkinson, 2012) :

a. Nutrisi

- Ds : 1) Makanan/cairan saat ini
2) Mual/Muntah
3) Permintaan untuk makanan khusus

Do :1) Berat badan pada akhir kehamilan

2) Berat badan saat ini

b. Eliminasi

Ds : 1) Berkemih dalam waktu 6 q jam setelah melahirkan (ya/tidak)

2) Waktu BAK/BAB terakhir

3) Sering berkemih atau panas berkemih.

4)Waktu defekasi pertama setelah melahirkan

Do :1) Kandung kemih dapat dipalpasi (ya/tidak)

2) Bising usus

3) Adanya episiotomi/laserasi perineum (jelaskan derajatnya)

c. Aktifitas/Istirahat

Ds : 1) Jumlah tidur/istirahat sebelum persalinan

2) Rencana pengaturan istirahat setelah kembali ke rumah

3)Melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri/bantuan (sebutkan)

4)Rencana untuk pemahaman latihan fisik guna memulihkan tonus otot abdomen dan perineum

Do : 1) Status mental, ketegajaan

2) Durasi persalinan

3) Melakukan ambulasi secara mandiri/dengan bantuan (sebutkan)

d. Persepsi Diri

Ds : 1) Perasaan tidak berdaya atau putus asa

2) Mengungkapkan tentang persalinan dan kelahiran, bagaimana persalinan dan

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. F P1A0 POST SECTIO SECAREA DENGAN
INDIKASI PRE EKLAMPSI BERAT DI RUANG MAWAR 1
RSDM SURAKARTA (ANNA AMANIA KHUSNAYAIN)

kelahiran tersebut sama/beda dari harapan ibu

- 3) Pernyataan tidak melakukan persalinan dan kelahiran "dengan baik.

Do : 1) Tingkat keterlibatan dalam pengambilan keputusan tentang asuhan diri dan bayi
2) Jumlah kontak mata

e. Seksualitas

Ds : 1) Kekhawatiran seksual (misal, kapan kembali melakukan hubungan seksual)
Kekhawatiran pasangan
2) Jenis alat kontrasepsi yang

direncanakan setelah pulang

Do:1)Masalah/komplikasi/penanganan intrapartum.
2)Pemeriksaan perineum (edema, ekimosis, episiotomi, leserasi)
3)Lokia (warna, jumlah, adanya bekuan)
4) Fundus uterus (keras/lunak, posisi)
5)Payudara (lunak, keras, bengkak, timbul kolostrum, kondisi puting)

f. Kenyamanan

Ds :1) Nyeri (lokasi, frekuensi, derajat, durasi):

Faktor pencetus, tindakan untuk mengurangi, gejala terkait

- 2) Ketidaknyamanan lain (misal, gatal)

Do :1) Manifestasi fisik (misal: meringis, berhati-hati)

2) Respons emosi

2) DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa yang bisa didapat dari (Nanda, 2013) adalah

- a. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan kerusakan fungsi glomerulus sekunder

terhadap penurunan cardiac output.

- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologi.
c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ventilasi-perfusi, hipoksia, sianosis.
d. Konstipasi.
e. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.
f. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan.
g. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik.

3) INTERVENSI

1. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan kerusakan fungsi glomerulus sekunder terhadap penurunan cardiac output.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam klien dapat Terbebas dari edema, efusi, anasarka, bunyi nafas bersih tidak ada dispneu, memelihara tekanan vena sentral dan terbebas dari kelelahan

Kriteria Hasil :Gangguan elektrolit
Ansietas

Perubahan tekanan darah

Dispneu

Intervensi :

- 1) Timbang popok atau pembalut jika perlu
 - 2) Pertahankan cairan intake dan output yang akurat
 - 3) Pasang urine kateter jika diperlukan
 - 4) Monitoring hasil HB yang sesuai dengan retensi cairan (BUN, Hmt, osmolitas, urin)
 - 5) Monitor vital sign
 - 6) Monitor status nutrisi
-

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. F P1A0 POST SECTIO SECAREA DENGAN
INDIKASI PRE EKLAMPSI BERAT DI RUANG MAWAR 1
RSDM SURAKARTA (ANNA AMANIA KHUSNAYAIN)

- 7) Kolaborasi diuretik sesuai instruksi
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik.
Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam nyeri klien berkurang.
Kriteria Hasil : Skala nyeri 0-1 Ibu mengatakan nyerinya berkurang sampai hilang ,
Tidak merasa nyeri saat mobilisasi ,
Tanda vital dalam batas normal
Intervensi :
- 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi
 - 2) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
 - 3) Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)
 - 4) Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
 - 5) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
 - 6) Tingkatkan istirahat
3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ventilasi-perfusi, hipoksia, sianosis
Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam klien dapat mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat, Memelihara kebersihan paru-paru dan bebas dari tanda-tanda distress pernafasan dan tanda-tanda vital dalam rentang normal.
Kriteria Hasil : pernafasan normal
Intervensi :
- 1) Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu
 - 2) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi
 - 3) Lakukan fisioterapi dada jika perlu
 - 4) Monitor respirasi dan status O₂
4. Konstipasi.
Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam klien dapat BAB sedini mungkin.
Kriteria Hasil : Akan mengeluarkan feses yang berbentuk dan lunak
Melaporkan kembali pola defekasi yang biasa
Intervensi :
- 1) Monitor tanda dan gejala konstipasi
 - 2) Monitor bising usus
 - 3) Monitor feses : frekuensi, konsistensi dan volume
 - 4) Kolaborasi pemberian laksatif
 - 5) Memantau bising usus
5. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.
Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam klien tidak ada tanda-tanda mal nutrisi.
Kriteria Hasil : berat badan menjadi normal
Intervensi :
- 1) Kaji adanya alergi makanan
 - 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan klien
 - 3) Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin c
 - 4) Berikan substansi gula
-

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. F P1A0 POST SECTIO SECAREA DENGAN
INDIKASI PRE EKLAMPSI BERAT DI RUANG MAWAR 1
RSDM SURAKARTA (ANNA AMANIA KHUSNAYAIN)

- 5) Yakinkan diet yang dimakan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
 - 6) Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)
 - 7) Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori.
6. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan.
Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi.
Kriteria Hasil : tidak ada tanda-tanda infeksi.
Intervensi :
- 1) Tinjau catatan persalinan dan kelahiran terkait infeksi yang sudah ada sebelumnya atau pajanan terhadap organisme infeksi.
 - 2) Lakukan penggantian pembalut dan perawatan perineal dengan sering, gunakan teknik dari depan kebelakang, hingga ibu dapat melakukannya sendiri.
 - 3) Pantau tanda-tanda vital, khususnya suhu dan nadi.
 - 4) Pantau warna dan bau lokia (pascapartum).
7. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik.
Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam mobilisasi klien tidak tergantung keluarga.
Kriteria Hasil : klien mampu miring kanan dan kekiri.
Intervensi :
1. Kaji tingkat kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas tiap hari.
 2. Observasi keadaan integritas kulit
3. Lakukan alih baring tiap 2 -4 jam
 4. Anjurkan pasien untuk melakukan aktivitas sesuai kemampuannya.
 5. Kolaborasi dengan fisioterapi
- TINJAUAN KASUS**
- A. Biodata
1. Identitas pasien
 - Nama : Ny. F
 - Alamat : Gemolong, Sragen
 - Umur : 24 Tahun
 - Agama : Islam
 - Pendidikan : SMA
 - Pekerjaan : Wiraswasta
 - Suku : Jawa
 2. Identitas Penanggung jawab
 - Nama : Tn. S
 - Pendidikan : 25 Tahun
 - Hub. dengan klien : Suami
- B. Pengkajian keperawatan
1. Keluhan utama
 - Pasien mengatakan nyeri pada daerah perut karena bekas jahitan post sc.
 2. Riwayat kesehatan sekarang
 - Pasien datang rujukan dari RS. Assalam Sragen Masuk jam 22.00 WIB dengan diagnosa G1P0A0 hamil aterm. Pasien langsung dibawa ke VK dan langsung dilakukan pemeriksaan, DJJ 140x/mnt, Tekanan Darah 220/100 mmHg. Jam 01.00 WIB advis dokter dilakukan operasi sesar karena tekanan darah pasien sangat tinggi. Pasien melahirkan dengan operasi sesar anak laki-laki dengan berat 2700 gram. Keadaan umum pasien baik dan operasi berjalan dengan baik. Lalu jam 03.00 WIB pasien di pindah ke ruang mawar. Saat dikaji pasien
-

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. F P1A0 POST SECTIO SECAREA DENGAN
INDIKASI PRE EKLAMPSI BERAT DI RUANG MAWAR 1
RSDM SURAKARTA (ANNA AMANIA KHUSNAYAIN)

mengatakan nyeri pada bekas luka post operasinya.

3. Riwayat kesehatan masa lalu

Pasien mengatakan tidak pernah menderita penyakit menular contoh HIV Aids, Hepatitis maupun penyakit menular sex lainnya dan tidak pernah menderita penyakit menahun seperti asma dll.

4. Rawat Gabung

Iya, untuk menjalin kasih sayang ibu dan bayi.

5. Activity Daily Living

a. Pola Nutrisi.

Selama hamil : pasien mengatakan makan 3x sehari (nasi, sayur, lauk). Minum 6-8 gelas/hari dan ditambah pasien juga minum susu prenatal.

Saat dikaji : pasien mengatakan puasa makan menunggu hingga flaktus.

b. Pola eliminasi

Selama hamil : pasien BAK $\pm 3x$ /hari, dan BAB 1x/hari

Saat dikaji : BAK saat di RS pasien memakan DC dan urine beg 300cc, BAB sudah bisa 1x setelah operasi.

c. Istirahat dan Tidur

Selama hamil : tidur siang 1jam, tidur malam pukul 21.00-05.00 lama ± 8 jam tidur nyenyak.

Saat dikaji : pasien mengatakan bisa tidur walaupun nyerinya terasa.

d. Pola Personal hygien

Selama hamil : pasien mengatakan mandi 2x sehari memakai sabun, dan keramas 2 hari sekali pakai shampo, gosok gigi 2x sehari pakai pasta gigi.

Saat dikaji : pasien mengatakan mandi 2x sehari dan gosok gigi 2x sehari

e. Mobilisasi dan Aktifitas

Selama hamil : Pasien mengatakan saat hamil sering jalan-jalan pagi dan melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri.

Saat dikaji : Pasien mengatakan melakukan aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarga.

C. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologi.
2. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan.
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik.

PEMBAHASAN

Pada bab ini menguraikan pembahasan tentang asuhan keperawatan pada Ny. F P1A0 post sc dengan indikasi PEB di Ruang Mawar 1 RSDM Surakarta. Kegiatan ini diawali dengan pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi serta dokumentasi keperawatan, data-data yang didapatkan adalah :

A. Diagnosa yang muncul di tinjauan teori

1. Pengertian diagnosa keperawatan
 - a. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan kerusakan fungsi glomerulus sekunder terhadap penurunan cardiac output. Kelebihan volume cairan adalah peningkatan retensi cairan elektrolit. (Green & Wilkinson, 2012).

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. F P1A0 POST SECTIO SECAREA DENGAN
INDIKASI PRE EKLAMPSI BERAT DI RUANG MAWAR 1
RSDM SURAKARTA (ANNA AMANIA KHUSNAYAIN)

- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologi.
Nyeri akut adalah pengalaman sensori atau emosi tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan actual atau potensial atau kondisi lain yang masuk dalam kriteria kerusakan tersebut, awitan tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang diantisipasi atau diprediksi durasi nyeri kurang dari 6 bulan. (Green & Wilkinson, 2012).
- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ventilasi-perfusi, hipoksia, sianosis.
Pola nafas adalah inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi yang adekuat. (Green & Wilkinson, 2012).
- d. Resiko konstipasi berhubungan dengan ketakutan mengalami defekasi yang nyeri akibat episiotomi
Resiko konstipasi adalah berisiko mengalami penurunan frekuensi normal defekasi, disertai kesulitan atau pengeluaran feses yang sangat keras dan kering. (Wilkinson dan Ahern, 2012)
- e. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.
Ketidakseimbangan nutrisi adalah asupan nutrisi tidak memadai untuk kebutuhan metabolis. (Wilkinson dan Ahern, 2012)
- f. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan.
Resiko infeksi adalah berisiko terhadap invasi organisme patogen. (Wilkinson & Ahern, 2009)
- g. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik.
Gangguan mobilitas fisik atau intoleransi aktivitas adalah kondisi ketidakcukupan energi fisiologis atau psikologis individu untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas harian yang diharuskan atau diinginkan. (Wilkinson & Ahern, 2009)
- B. Diagnosa yang muncul di kasus dan alasan penegakan diagnose keperawatan (tanda gejala yang mendukung)
1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologi.
Diagnosa ini bisa ditegakkan bila ada laporan nyeri individu yang diungkapkan atau disyaratkan, sikap melindungi, sikap tubuh yang tegang, berfokus pada diri sendiri atau penyempitan focus, gangguan tidur tekanan darah meningkat, nai meningkat, kemarahan yang meluap-luap dan perilaku distraksi (gelisah, mengerang, mendesah). (Green & Wilkinson, 2012).
Diagnosa ini diprioritaskan sebagai prioritas pertama karena didasarkan pada keluhan yang dirasakan pasien saat itu yaitu subyektif pasien mengatakan nyeri pada abdomen karena luka jahitan post sectio secarea, terasa seperti tertusu-tusuk. Data-data objektif ada luka jahitan pada abdomen. Hal ini akan mengakibatkan ketidaknyamanan pasien dan akan mengganggu aktivitas pasien.
-

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. F P1A0 POST SECTIO SECAREA DENGAN
INDIKASI PRE EKLAMPSI BERAT DI RUANG MAWAR 1
RSDM SURAKARTA (ANNA AMANIA KHUSNAYAIN)

2. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan.

Diagnosa ini dapat ditegakkan jika ada tanda-tanda persalinan lama, adanya luka perineum (misalnya, episiotomi atau laserasi) pecah ketuban lama sebelum kelahiran, tidak adekuatnya imunitas, kelahiran sesar. (Green & Wilkinson, 2012)

Alasan kenapa diagnose ini ditegakkan pada prioritas kedua karena pasien mengalami PEB pada persalinan ini dan dilakukan operasi sesar pada daerah abdomen. Data-data subyektif yang mendukung yaitu pasien mengatakan belum begitu mengerti tentang cara perawatan luka jahitan post sc, pasien mengatakan belum begitu mengerti tentang tanda-tanda infeksi. Data obyektifnya, vulva dan vagina tidak nampak adanya oedema dan varises, tetapi tampak kotor, terdapat luka post sc dengan jahitan 3 medialateral dengan chromic cutget 2/0.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik.

Diagnosa ini dapat ditegakkan jika ada tanda-tanda persalinan disfungsi, kelahiran sesar, infeksi nifas, dan depresi. (Green & Wilkinson, 2012).

Diagnosa ini diprioritaskan sebagai prioritas ketiga karena didasarkan pada keluhan yang dirasakan pasien saat itu yaitu subyektif pasien mengatakan lemas dan tidak bisa bergerak bebas. Data-data objektif klien

mengatakan dalam melakukan kegiatan sehari-hari dibantu oleh keluarga.

C. Diagnosa yang tidak muncul di kasus dan alasan tidak ditegakkan diagnosa keperawatan (tanda gejala yang mendukung)

1. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan kerusakan fungsi glomerulus sekunder terhadap penurunan cardiac output.

Pada kasus tidak dapat ditegakkan diagnosa ini, dengan adanya data subyektif yaitu pasien ansietas, pasien mengatakan sesak nafas atau dispneu, pasien mengatakan gelisah. Data obyektifnya yaitu perubahan elektrolit, suara nafas tidak normal, perubahan tekanan darah, perubahan status mental, edema, asupan melebihi haluaran. Berdasarkan teori diagnosa kelebihan volume cairan tidak dapat ditegakkan apabila tidak terdapat batasan karakteristik NANDA meliputi: gagal ginjal atau edema paru, gangguan integritas kulit, dan berpotensi gagal ginjal.

2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ventilasi-perfusi, hipoksia, sianosis.

Pada kasus tidak dapat ditegakkan diagnosa ini, dengan adanya data subyektif yaitu pasien mengatakan sesak nafas atau dispneu, dan nafas pendek. Data obyektifnya yaitu penurunan tekanan inspirasi dan ekspirasi, takipnea, dan nafas cuping hidung. Berdasarkan teori diagnosa gangguan pertukaran

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. F P1A0 POST SECTIO SECAREA DENGAN
INDIKASI PRE EKLAMPSI BERAT DI RUANG MAWAR 1
RSDM SURAKARTA (ANNA AMANIA KHUSNAYAIN)

gas tidak dapat ditegakkan apabila tidak terdapat batasan karakteristik NANDA meliputi:hiperventilasi, pernafasan dangkal sekunder akibat nyeri, atau dispnea fisiologis seperti yang terjadi akibat efek samping obat atau penyakit (misal., asma, reaksi alergi).

3. Konstipasi.

Pada kasus tidak dapat ditegakkan diagnosa ini, dengan adanya data subyektif yaitu pasien tidak merasa nyeri pada perut, pasien tidak merasa adanya tekanan pada rectum, pasien tidak merasa nyeri saat defekasi, pasien mengatakan tidak mengalami takut saat defekasi, pasien mengatakan buang air besar setiap hari, pasien mengatakan sering makan makanan yang berserat misal sayur-sayuran. Data obyektifnya, tidak ada perubahan pada suara abdomen bising usus 12x/menit, tidak ada masa pada abdomen, suara abdomen tympani, pasien mampu mengeluarkan feses dan tidak mengalami ketakutan saat defekasi. Berdasarkan teori diagnosa konstipasi tidak dapat ditegakkan apabila tidak terdapat batasan karakteristik NANDA meliputi: perubahan pola defekasi, distensi abdomen, adanya bercak darah ketika defekasi, adanya feses yang lembut dan menyerupai pasta pada rektum, darah merah segar keluar bersama feses.

4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Pada kasus tidak dapat ditegakkan diagnosa ini, dengan adanya data subyektif yaitu pasien mengatakan kram abdomen, nyeri abdomen, menolak makanan, persepsi ketidakmampuan untuk mencerna makanan. Data obyektifnya yaitu diare, bising usus hiperaktif, kurang informasi atau informasi salah, membran mukosa pucat. Berdasarkan teori diagnosa nutrisi tidak dapat ditegakkan apabila tidak terdapat batasan karakteristik NANDA meliputi:berat badan kurang dari 20 % atau lebih dibawah berat badan ideal untuk tinggi badan dan rangka tubuh, asupan makan kurang dari kebutuhan metabolik (baik kalori total maupun zat gisi tertentu),dan kehilangan berat badan dengan asupan makanan yang adekuat .

A. Pelaksanaan tindakan

1. Kelebihan/faktor pendukung

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologi.

Kelebihan pelaksanaan rencana tindakan ini adalah tindakan dapat dilakukan pada pasien karena pasien kooperatif dan bersosialisasi.

b. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan.

Kelebihan pelaksanaan rencana tindakan ini adalah pasien kooperatif dan bersedia dilakukan tindakan keperawatan untuk mencegah infeksi.

c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik.

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. F P1A0 POST SECTIO SECAREA DENGAN
INDIKASI PRE EKLAMPSI BERAT DI RUANG MAWAR 1
RSDM SURAKARTA (ANNA AMANIA KHUSNAYAIN)

Kelebihan pelaksanaan rencana tindakan ini adalah pasien kooperatif dan bersedia dilakukan tindakan keperawatan untuk mempertahankan aktivitas sesuai dengan kemampuan yang bisa.

2. Kelemahan/factor penghambat

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologi.

Kelemahan pelaksanaan tindakan ini adalah pasien tidak bersungguh-sungguh dikarenakan rasa nyeri yang hilang timbul

- b. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan.

Kelemahan dari pelaksanaan rencana tindakan ini adalah diharapkan kehati-hatian yang tinggi agar tidak terjadi cross infeksi.

- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik.

Kelemahan dari pelaksanaan rencana tindakan ini adalah diharapkan agar mampu melakukan kegiatan secara mandiri.

B. Hasil Evaluasi

1. Perbandingan dengan KH

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologi.

Evaluasi yang ditemukan pasien mengatakan nyeri berkurang (nyeri ringan), skala nyeri 2, wajah rileks dan tenang, pasien mulai banyak bergerak, tanda vital dalam batas normal hal ini sesuai dengan kriteria hasil yaitu Skala nyeri 0-1, ibu

mengatakan nyerinya berkurang sampai hilang, tidak merasa nyeri saat mobilisasi, tanda vital dalam batas normal. Masalah teratasi sebagian dan tindakan tetap dipertahankan yaitu relaksasi progresif saat nyeri timbul.

- b. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan.

Evaluasi Pasien mengatakan sudah berani membersihkan daerah perineum, setiap habis BAK maupun BAB dan mandi pasien membersihkan perineum, luka perineum tampak bersih dan kering. Hal ini sesuai dengan kriteria hasil yaitu tidak terdapat tanda-tanda infeksi. Masalah sudah teratasi, anjurkan pasien untuk melakukan perawatan perineum mandiri

- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik.

Evaluasi Pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri dan tidak dibantu keluarga. Hal ini sesuai kriteria hasil yaitu pasien dapat melakukan aktivitas dengan miring kekanan dan kiri. Masalah sudah teratasi, anjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara mandiri.

Simpulan

Sesuai dengan tujuan umum dan tujuan khusus, setelah melakukan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam. Penulis dapat mencapai tujuan umum yaitu

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. F P1A0 POST SECTIO SECAREA DENGAN
INDIKASI PRE EKLAMPSI BERAT DI RUANG MAWAR 1
RSDM SURAKARTA (ANNA AMANIA KHUSNAYAIN)

penulis mampu meningkatkan ketrampilan, kemampuan mengetahui, dan menerapkan asuhan keperawatan pada pasien post section secarea dengan indikasi pre eklampsi berat di ruang mawar 1 RSDM Surakarta. Serta mencapai tujuan khususnya yaitu penulis mampu melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun rencana tindakan, melakukan tindakan keperawatan dan mampu mengevaluasi tindakan keperawatan pada pasien post section secarea dengan indikasi pre eklampsi berat.

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, diperlukan kerjasama dari pihak yang berkompotensi baik pasien, keluarga, perawat, ataupun petugas medis lainnya, agar pasien mendapat asuhan keperawatan yang maksimal

Saran

1. Bagi Ilmu Keperawatan
Diharapkan sebagai tambahan wacana dalam pemberian asuhan keperawatan terhadap pasien dengan masalah post sectio secarea dengan indikasi pre eklampsi berat.
2. Bagi Pembaca
Disarankan untuk memahami hal-hal yang berkaitan dengan post sectio secarea dengan indikasi pre eklampsi berat, sehingga dapat dilakukan upaya-upaya yang bermanfaat untuk menghindari kasus diatas.
3. Bagi Rumah Sakit
Disarankan dapat meningkatkan mutu dan kualitas tindakan medis keperawatan khususnya dalam masalah post sectio secarea dengan indikasi pre eklampsi berat.

DAFTAR PUSTAKA

- Cunningham. 2013. *Obstetri Williams*. Jakarta : EGC
- Department Kesehatan Republik Indonesia, Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia. (Riskerdas).2010
- Depkes RI, 2011, Pedoman Pematanan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu Dan Anak (PWS-KIA), Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Kesehatan Keluarga, Jakarta
- Dutton, Densmore, Tuner. 2011. *Rujukan Cepat Kebidanan*. Jakarta : EGC
- Fauziyah Y. 2012. *Obstetri Patologi Untuk Mahasiswa Kebidanan Dan Keperawatan*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Manuaba. 2004. *Kepaniteraan Klinik Obstetri Dan Ginekologi*. Jakarta : EGC
- Nanda. 2013. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Dan Nanda NIC NOC*. Yogyakarta : Media Action
- Norwitz dan Schorge. 2008 . *At a Glance Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta : Erlangga
- Nugroho T. 2012. *Obsgyn Obstetri Dan Ginekologi Untuk Mahasiswa Kebidanan Dan*
-

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. F P1A0 POST SECTIO SECAREA DENGAN
INDIKASI PRE EKLAMPSI BERAT DI RUANG MAWAR 1
RSDM SURAKARTA (ANNA AMANIA KHUSNAYAIN)

Keperawatan . Yogyakarta :
Nuha Medika

Robson dan Waugh (ed) .2012.
*Patologi Pada Kehamilan
Manajemen Dan Asuhan
Kebidanan*. Jakarta : EGC

Silomba, Wantania, Kaeng. 2013.
*Karakteristik dan luaran pre
eklamsi di RSUP PROF. Dr.
RD. Kandau Manado*. Volume 1.
Nomor 1.

