

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N DENGAN
POST SECTIO CAESAREA HARI KE-0 ATAS
INDIKASI PREEKLAMSI BERAT
DI RUANG BAITU NISSA
RSI SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Nurul Umaya Dewi
NIM. 893.313.1024

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2011**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan tim penguji karya tulis ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada:

Hari : Selasa

Tanggal : 07 Juni 2011

Semarang, Juni 2011

Pembimbing

(Ns Tutik Rahayu, S. Kep)

NIK : 210.996.001

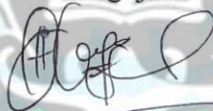
HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertanggung jawabkan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari selasa tanggal 7 Juni 2011 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 07 Juni 2011

Tim Penguji

Penguji I



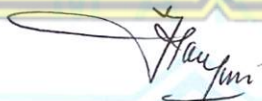
(Ns. Halimatul Mufida, S. Kep)

NIK: 210.909.017

UNISSULA

جامعة سلطان أحمد بن أبيه الإسلامية

Penguji II



(Ns. Sri Wahyuni, S.Kep)

NIK: 210.998.007

Penguji III



(Ns. Tutik Rahayu, S.kep)

NIK: 210.996.001

MOTTO

***“ Tidak ada usaha yang sia-sia selama masih ada kemauan untuk
mencapai tujuan ”***

***“Orang yang sabar adalah orang yang mau merangkai hal kecil untuk
akhirnya menjadi besar “***

***“ Berharap untuk menjadi sukses itu biasa, namun Berusaha untuk
menjadi sukses itu Luar Biasa”***

***“Ketika satu pintu tertutup, yakinlah akan ada ribuan pintu lain
yang akan terbuka “***

HALAMAN PERSEMBAHAN

Karya tulis ini penulis persembahkan kepada:

1. Bapak dan ibu yang selalu mendukung dan selalu memberikan yang terbaik bagi penulis, selalu mendoakan penulis agar dapat meraih yang terbaik di dalam kehidupan.
2. Kakakku tersayang (mas wawan) yang selalu memberikan dukungan moril dan materiil, serta mendoakan agar segera mencapaiapa yang penulis cita-citakan selama ini.
3. Tante dan Omku yang baik hati, yang selalu memperhatikanku, serta adik-adikku sepupu (wahyu dan gebyar) yang selalu menghiburku saat aku mulai lelah dengan segala aktivitasku.
4. Sahabat-sahabatku tersayang "BFF" (oliph, ishmi, ulin, nova, vita), Arsyad, Zohri, Erlin, yang telah menemaniku dan mendukung agar KTI ini segera selesai
5. Sahabatku di rumah Yessy, Dina, Fika dan teman-teman SMA ku yang selalu ada dalam suka dan duka.
6. Teman-teman DIII Keperawatan unissula angkatan 2008, yang telah menemani perjuanganku selama 3 tahun di bangku kuliah.
7. Teman-teman SEMA FIK yang telah memberikan pengetahuan tentang Organisasi.

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum 'alaikum Wr WB

Alhamdulillah dengan mengucapkan puji syukur kehadiran Allah SWT atas rahmat dan karunianya yang telah memberikan kemudahan pada penulis, sehingga sebuah karya tulis ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Dengan Post Sectio Caesarea Hari I Atas Indikasi Preeklamsi Berat di ruang Baitu Nissa RSI Islam Sultan Agung Semarang”**

Maksud dari penyusunan karya tulis ilmiah ini untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan program studi DIII Keperawatan. Karena keterbatasan waktu, pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki maka penulis menyadari ketidaksempurnaan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini. Namun, berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak akhirnya karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Untuk itu pada kesempatan ini Penulis mengucapkan terima kasih kepada :

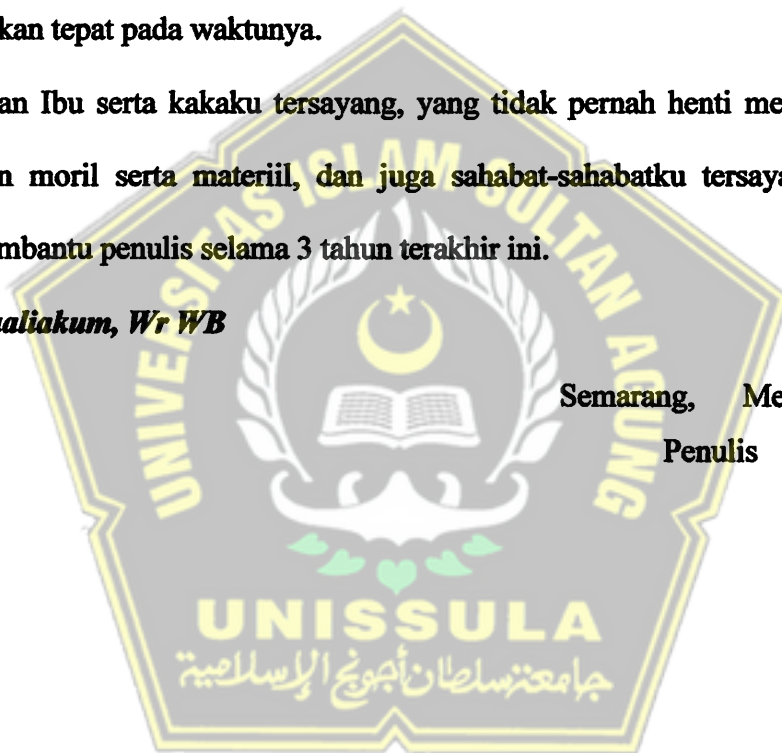
1. Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayahnya sehingga penulis mampu membuat karya tulis ilmiah ini.
2. Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, Msc, M. Eng, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Iwan Ardian, SKM selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Wahyu Endang Setyowati, SKM selaku ketua Program Studi di D III Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

5. Rumah Sakit Islam Sultan Agung, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis praktek disana, dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah penulis peroleh di Kampus, sehingga penulis mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ns. Tutik Rahayu, S. Kep selaku pembimbing, yang tidak pernah lelah memberikan bimbingan kepada penulis sehingga Karya Tulis Ilmiah Ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya.
7. Bapak dan Ibu serta kakaku tersayang, yang tidak pernah henti memberikan dukungan moril serta materiil, dan juga sahabat-sahabatku tersayang yang telah membantu penulis selama 3 tahun terakhir ini.

Wassalamualiakum, Wr WB

Semarang, Mei 2011

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
HALAMAN LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
BAB II KONSEP DASAR	4
A. Konsep Dasar Penyakit	4
1. Preeklamsi	4
a. Pengertian	4
b. Etiologi	4
c. Patofisiologi	7
2. Sectio Caesarea	10
a. Pengertian	10
b. Indikasi	11
c. Jenis- jenis sectio caesarea	11
d. Komplikasi	12
e. Pemeriksaan Diagnoostik	13
3. Post Partum	14
a. Pengertian	14
b. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Post Partum	15
c. Pathways	21
B. Konsep Keperawatan	22
1. Pengkajian	22

2. Penatalaksanaan Post Sectio Caesarea	23
3. Diagnosa Keperawatan	25
4. Fokus Intervensi	26
BAB III HASIL ASUHAN KEPERAWATAN	30
A. Pengkajian	30
B. Diagnosa Keperawatan	34
C. Rencana Keperawatan	35
D. Implementasi	36
E. Evaluasi	37
BAB IV PEMBAHASAN.....	39
A. Gangguan Rasa Nyaman Nyeri	39
B. Kurang Pengetahuan tentang Perawatan Payudara	42
C. Intoleransi Aktivitas.....	45
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	49
B. Saran	50
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



HALAMAN LAMPIRAN

1. Lembar Kesiediaan Membimbing
2. Lembar Persetujuan Konsultasi
3. Lembar Konsultasi
4. Askep
5. SAP Perawatan Payudara



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

World Health Organization (WHO) memperkirakan 585.000 perempuan meninggal setiap hari akibat komplikasi kehamilan, proses kelahiran dan aborsi yang tidak aman. Sekitar satu perempuan meninggal setiap menit (WHO, 2004).

Pre-eklamsia sebagai salah satu penyakit yang sering dijumpai pada ibu hamil dan masih merupakan salah satu penyebab kematian ibu. Pada tahun 2007 sampai sekarang di Amerika Serikat 1/3 dari kematian ibu disebabkan oleh pre-eklamsia. Komplikasi akibat kelainan hipertensi pada kematian secara konsisten dicantumkan diantara tiga penyebab yang lazim pada kematian ibu disemua negara-negara maju. Insiden yang dilaporkan bergantung pada kriteria diagnosis, dan kekurangan yang berbeda dari kesengajaan. Masih tinggi angka kematian ibu hamil dan melahirkan merupakan tantangan yang belum dapat diatasi di Indonesia berkaitan dengan 10 tahun kesepakatan Internasional Pembangunan Kependudukan (ICPD). Yang telah ditandatangani 179 negara termasuk di Indonesia (Unhass Makasar, 2007).

Ibu hamil yang mengalami pre-eklamsia 0-5 % berlanjut menjadi eklamsia kematian janin dengan pre-eklamsia sekitar 10 % dan kurang waktu eklamsia sekitar 20 % (Hamilton, 2003).

Berdasarkan laporan Puskesmas jumlah kematian ibu maternal di Kota Semarang pada tahun 2008 sebanyak 27 kasus dengan jumlah kelahiran hidup sebanyak 25.160 atau sekitar 107,31%. Dan pada tahun 2009 terdapat 204 kejadian perdarahan.(dkk semarang, 2009).

Salah satu penanganan alternatif yang digunakan untuk menghindari kematian pada ibu dan bayi karena preeklamsi yakni dengan operasi saesar (<http://www.conectique.com>).

Seksio sesarea atau pembedahan sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina, atau seksio sesarea adalah suatu histeretomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim dengan prosedur untuk menyelamatkan kehidupan (Wiknjosastro, 2005).

Menurut yang dilihat penulis selama melakukan praktek di RSI Sultan Agung Semarang dalam sehari kira-kira ada 2-5 persalinan dengan pembedahan caesar, hal ini menunjukkan bahwa , ternyata cukup besar persalinan dengan pembedahan caesar dan hal ini tidak menampik kemungkinan bahwa suatu saat nanti persalinan dengan indikasi caesar akan lebih banyak lagi. Hal ini dapat dikarenakan oleh kemajuan jaman yang diimbangi oleh kemajuan teknologi (RSISA Semarang, 2011).

Mengingat perawatan pasien dengan seksio sesarea merupakan masalah yang rawan karena banyaknya komplikasi yang bisa didapatkan baik dari ibu maupun janin seperti infeksi pada luka yang menganga, perdarahan, kkomplikasi terhadap anestesi, aspirasi metabolisme

pulmonary maka penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan keperawatan pada Ny. N dengan post operasi seksio sesarea atas indikasi preeklamsia berat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Memberikan asuhan keperawatan pada Ny.N dengan post operasi seksio sesarea atas indikasi preeklamsia berat.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada pasien post operasi caesarea atas indikasi preeklamsi berat di ruang Baitu Nissa' RSI Sultan Agung Semarang
- b. Menyusun diagnosa keperawatan meliputi, diagnosa, masalah dan kebutuhan pada ibu post operasi seksio caesarea dengan indikasi preeklamsi berat
- c. Menyusun intervensi keperawatan untuk diagnosa keperawatan pada ibu post operasi caesar
- d. Mengidentifikasi implementasi rencana tindakan pada ibu post operasi caesar
- e. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan yang telah diberikan pada ibu post operasi caesar.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Preeklamsi

a. Pengertian

Preeklampsia merupakan sindrom spesifik-kehamilan berupa berkurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivasi endotel, yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah dan proteinuria (Cunningham *et al*, 2003, Matthew warden, MD, 2005).

Preeklampsia terjadi pada umur kehamilan diatas 20 minggu, paling banyak terlihat pada umur kehamilan 37 minggu, tetapi dapat juga timbul kapan saja pada pertengahan kehamilan.

Preeklampsia dapat berkembang dari preeklampsia yang ringan sampai preeklampsia yang berat (George, 2007).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa preeklamsi adalah terjadinya peningkatan tekanan darah dan proteinuria pada usia kehamilan lebih dari 37 minggu.

b. Etiologi

Etiologi preeklampsia sampai saat ini belum diketahui dengan pasti. Banyak teori-teori yang dikemukakan oleh para ahli yang mencoba menerangkan penyebabnya, oleh karena itu disebut

“penyakit teori”; namun belum ada yang memberikan jawaban yang memuaskan. Teori sekarang yang dipakai sebagai penyebab preeklampsia adalah teori “iskemia plasenta”. Namun teori ini belum dapat menerangkan semua hal yang berkaitan dengan penyakit ini (Rustam(1998, dalam Sujiyatini,2010).

Adapun teori-teori tersebut adalah ;

1) Peran Prostaglandin dan Trombosit.

Pada preeklampsia dan eklampsia didapatkan kerusakan pada endotel vaskuler, sehingga sekresi vasodilatator prostaglandin oleh sel-sel endotelial plasenta berkurang, sedangkan pada kehamilan normal prostaglandin meningkat. Sekresi trombosit oleh trombosit bertambah sehingga timbul vasokonstriksi generalisata dan sekresi aldosteron menurun. Akibat perubahan ini menyebabkan pengurangan perfusi plasenta sebanyak 50%, hipertensi dan penurunan volume plasma (Y. Joko, 2002).

2) Peran Faktor Imunologis

Preeklampsia sering terjadi pada kehamilan I karena pada kehamilan I terjadi pembentukan *blocking antibodies* terhadap antigen plasenta tidak sempurna. Pada preeklampsia terjadi kompleks imun humoral dan aktivasi komplemen. Hal ini dapat diikuti dengan terjadinya pembentukan proteinuria (Y. Joko, 2002).

3) Peran Faktor Genetik

Preeklampsia hanya terjadi pada manusia. Preeklampsia meningkat pada anak dari ibu yang menderita preeklampsia (Y. Joko, 2002)

4) Iskemik dari uterus.

Terjadi karena penurunan aliran darah di uterus

5) Defisiensi kalsium.

Diketahui bahwa kalsium berfungsi membantu mempertahankan vasodilatasi dari pembuluh darah (Joanne, 2006).

6) Disfungsi dan aktivasi dari endotelial.

Kerusakan sel endotel vaskuler maternal memiliki peranan penting dalam patogenesis terjadinya preeklampsia. Fibronektin diketahui dilepaskan oleh sel endotel yang mengalami kerusakan dan meningkat secara signifikan dalam darah wanita hamil dengan preeklampsia. Kenaikan kadar fibronektin sudah dimulai pada trimester pertama kehamilan dan kadar fibronektin akan meningkat sesuai dengan kemajuan kehamilan (Sujiyatini, 2006).

c. Patofisiologi

Pada preeklampsia yang berat dan eklampsia dapat terjadi perburukan patologis pada sejumlah organ dan sistem yang kemungkinan diakibatkan oleh vasospasme dan iskemia (Cunningham, 2003). Wanita dengan hipertensi pada kehamilan dapat mengalami peningkatan respon terhadap berbagai substansi endogen (seperti prostaglandin, tromboxan) yang dapat menyebabkan vasospasme dan agregasi platelet. Penumpukan trombus dan pendarahan dapat mempengaruhi sistem saraf pusat yang ditandai dengan sakit kepala dan defisit saraf lokal dan kejang. Nekrosis ginjal dapat menyebabkan penurunan laju filtrasi glomerulus dan proteinuria. Kerusakan hepar dari nekrosis hepatoseluler menyebabkan nyeri epigastrium dan peningkatan tes fungsi hati. Manifestasi terhadap kardiovaskuler meliputi penurunan volume intavaskular, meningkatnya *cardiac output* dan peningkatan tahanan pembuluh perifer. Peningkatan hemolisis microangiopati menyebabkan anemia dan trombositopeni. Infark plasenta dan obstruksi plasenta menyebabkan pertumbuhan janin terhambat bahkan kematian janin dalam rahim (Michael, 2005).

Perubahan pada organ-organ :

1) Perubahan kardiovaskuler

Gangguan fungsi kardiovaskuler yang parah sering terjadi pada preeklampsia dan eklamsia. Berbagai gangguan tersebut pada dasarnya berkaitan dengan peningkatan *afterload* jantung akibat hipertensi, *preload* jantung yang secara nyata dipengaruhi oleh berkurangnya secara patologis hipervolemia kehamilan atau yang secara iatrogenik ditingkatkan oleh larutan onkotik atau kristaloid intravena, dan aktivasi endotel disertai ekstrasvasi ke dalam ruang ektravaskular terutama paru (Cunningham, 2003).

2) Metabolisme air dan elektrolit

Hemokonsentrasi yang menyerupai preeklampsia dan eklamsia tidak diketahui penyebabnya. Jumlah air dan natrium dalam tubuh lebih banyak pada penderita preeklampsia dan eklamsia daripada pada wanita hamil biasa atau penderita dengan hipertensi kronik. Penderita preeklampsia tidak dapat mengeluarkan dengan sempurna air dan garam yang diberikan. Hal ini disebabkan oleh filtrasi glomerulus menurun, sedangkan penyerapan kembali tubulus tidak berubah. Elektrolit, kristaloid, dan protein tidak menunjukkan perubahan yang nyata pada preeklampsia. Konsentrasi kalium, natrium, dan klorida dalam serum biasanya dalam batas normal (Trijatmo, 2005).

3) Mata

Dapat dijumpai adanya edema retina dan spasme pembuluh darah. Selain itu dapat terjadi ablasio retina yang disebabkan oleh edema intra-okuler dan merupakan salah satu indikasi untuk melakukan terminasi kehamilan. Gejala lain yang menunjukkan tanda preklamsia berat yang mengarah pada eklamsia adalah adanya skotoma, diplopia, dan ambliopia. Hal ini disebabkan oleh adanya perubahan peredaran darah dalam pusat penglihatan dikorteks serebri atau didalam retina (Rustam, 2001).

4) Otak

Pada penyakit yang belum berlanjut hanya ditemukan edema dan anemia pada korteks serebri, pada keadaan yang berlanjut dapat ditemukan perdarahan (Trijatmo, 2005).

5) Uterus

Aliran darah ke plasenta menurun dan menyebabkan gangguan pada plasenta, sehingga terjadi gangguan pertumbuhan janin dan karena kekurangan oksigen terjadi gawat janin. Pada preeklampsia dan eklamsia sering terjadi peningkatan tonus rahim dan kepekaan terhadap rangsangan, sehingga terjadi partus prematur.

6) Paru-paru

Kematian ibu pada preeklampsia dan eklamsia biasanya disebabkan oleh edema paru yang menimbulkan dekompensasi kordis. Bisa juga karena terjadinya aspirasi pneumonia, atau abses paru (Rustam, 2001).

2. Sectio Caesarea

a. Pengertian

Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina, atau seksio sesarea adalah suatu histeretomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim. (Mochtar (1992 dalam Jitowiyono, 2010).

Secksio sesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dikeluarkan melalui insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. (Sarwono (1992 dalam jitowiyono, 1991).

Seksio sesarea merupakan pembedahan obstetrik untuk melahirkan janin yang variabel melalui abdomen. (Farrer, 2001).

Seksio sesarea adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus (Wiknjosastro, 2005).

Seksio sesarea adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat badan diatas 500 gram. (siaksoft. net).

Dapat disimpulkan bahwa seksio sesarea merupakan suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding perut untuk membuka dinding uterus.

b. Indikasi

Indikasi dilakukan tindakan seksio sesarea , antara lain plasenta previa sentralis atau lateralis, panggul sempit (conjugata vera kurang dari 8 cm), disproporsi sefalopelvik, ruptur uteri mengancam pada riwayat SC berulang, partus lama, partus tak maju, distosia servik, pre eklampsi dan hipertensi, malpresentasi janin, antara lain letak lintang, letak bokong, presentasi dahi dan muka, serta gemeli.

c. Jenis seksio sesarea

Ada beberapa jenis operasi seksio sesarea , yang terdiri dari:

- 1) Seksio sesarea abdominalis, ada dua macam yaitu seksio sesarea transperitonealisasi dan seksio sesarea ekstraperitonealisasi. Seksio sesarea transperitonealisasi sendiri terdiri dari dua cara. Pertama seksio sesarea klasik dengan insisi memanjang pada korpus uteri yang mempunyai kelebihan mengeluarkan janin lebih cepat, tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik, dan sayatan bisa diperpanjang proksimal atau distal. Sedangkan kekurangan dari cara ini adalah infeksi mudah

menyebar secara intraabdominal karena tidak ada reperitonealisasi yang baik dan untuk persalinan berikutnya lebih sering terjadi ruptura uteri spontan. Yang kedua seksio sesarea ismika atau profunda dengan insisi pada segmen bawah rahim dengan kelebihan penjahitan luka lebih mudah, penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik, perdarahan kurang dan kemungkinan ruptura uteri spontan kurang/lebih kecil. Dan memiliki kekurangan luka dapat melebar ke kiri, bawah dan kanan sehingga mengakibatkan perdarahan yang banyak serta keluhan pada kandung kemih post operatif tinggi.

Sedangkan seksio sesarea ekstraperitonealisasi, yaitu tanpa membuka peritoneum parietalis, dengan demikian tidak membuka kavum abdominal.

- 2) Seksio sesarea vaginalis, menurut arah sayatan pada rahim, seksio sesarea dapat dilakukan dengan sayatan memanjang (longitudinal), sayatan melintang (transversal) dan sayatan huruf T (T-incision).

d. Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada seksio sesarea , yaitu :

- 1) Infeksi puerperal (nifas) yang terdiri dari; ringan, dengan kenaikan suhu beberapa hari saja. Sedang, dengan kenaikan suhu lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit

kembung. Dan berat, dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik. Hal ini sering dijumpai pada partus tak maju, dimana sebelumnya telah terjadi infeksi intrapartal karena ketuban yang telah pecah terlalu lama.

- 2) Perdarahan, disebabkan karena banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka, karena atonia uteri dan perdarahan pada plasenta
- 3) Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila repetonialisasi terlalu tinggi
- 4) Kemungkinan ruptura uteri spontan pada kehamilan mendatang (Kristyanasari, 2010).

e. Pemeriksaan Diagnostik

- 1) Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
 - a) Pemantauan EKG
 - b) JDL dengan diferensial
 - c) Elektrolit
 - d) Hemoglobin/ Hematokrit
 - e) Golongan dan pencocokan silang darah
 - f) Urinalisis
 - g) Amniosintesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
 - h) Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi

i) **Ultrasound sesuai pesanan (Tucker, Susan Martin (1998 dalam Jitowiyono, 2010).**

2) Penatalaksanaan medis

a) **Cairan IV sesuai indikasi.**

b) **Anestesia, regional atau general**

c) **Perjanjian dengan orang terdekat untuk tindakan sectio caessarea**

d) **Tes laboratorium/ diagnostik sesuai indikasi**

e) **Pemberian oksitosin sesuai indikasi**

f) **Tanda vital perprotokol ruangan pemulihan**

g) **Persiapan kulit pembedahan abdomen**

h) **Persetujuan ditandatangani**

i) **Pemasangan kateter folley**

3. Post Partum

a. Pengertian

Post partum atau masa nifas adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan kembali sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil. Lama masa nifas ini yaitu 6 sampai 8 minggu” (Mochtar,2002). Begitu pula menurut (Mansjoer, 2010), “masa nifas atau puerperium adalah masa partus selesai dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu”.

Post partum atau masa nifas dibagi dalam 3 periode (Mochtar, 2010), yaitu puerperium dini merupakan kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Puerperium intermedial merupakan kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya mencapai 6 sampai 8 minggu. Remote puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi.

b. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Post Partum

1) Perubahan Fisiologis

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Setelah bayi lahir, tinggi fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000 gram. Setelah plasenta lahir, tinggi fundus uteri kurang lebih 2 jari di bawah pusat, berat uterus kurang lebih 750 gram. Satu minggu setelah persalinan, tinggi fundus uteri antara pusat dan simfisis dengan berat uterus 500 gram. Satu minggu berikutnya tinggi fundus uteri sudah tidak teraba di atas simfisis dengan berat uterus kurang lebih 350 gram. Enam minggu setelah persalinan, tinggi fundus uteri bertambah kecil dengan berat kurang lebih 50 gram. Sedangkan kurang lebih delapan minggu setelah persalinan tinggi fundus uteri sudah

sebesar normal dengan berat 30 gram (Mochtar (1998, dalam kristyani, 2010).

Lokhea merupakan cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Lokhea rubra berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo dan mekoneum selama dua hari pasca persalinan. Lokhea sanguinolenta berwarna merah kuning berisi darah dan lendir antara hari ketiga sampai hari ketujuh pasca persalinan. Lokhea serosa berwarna kuning, cairan tidak mengandung darah lagi, terjadi pada hari ketujuh hingga hari keempat belas pasca persalinan. Lokhea alba cairan berwarna putih, setelah dua minggu. Bila lokhea tidak lancar disebut lokhiostatis, dan bila lokhea mengandung nanah karena terinfeksi disebut lokhea purulenta (Mochtar (1998 dalam Manuabba, 2001).

Setelah melahirkan, bentuk serviks agak menganga seperti corong berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan kecil. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah dua jam dapat dilalui 2-3 jari dan setelah 7 hari hanya dapat dilalui 1 jari (Mochtar (1998 dalam Sujiyatini, 2009).

Pada perineum perawat perlu mengkaji adanya tanda-tanda kemerahan, bengkak, dan ekhimosis pada

perineum. Jika ibu merasa nyeri pada daerah perineum, perawat harus segera memeriksa perineum, dikhawatirkan bila terjadi hematoma (Novak, 2002).

Setelah persalinan, pengaruh menekan dari estrogen dan progesteron terhadap hipofisis hilang, kemudian muncul kembali setelah plasenta lahir. Hormon di hipofisis yang berpengaruh yaitu hormon laktogenik (LH) atau hormon prolaktin. Prolaktin ini akan merangsang laktasi. Selain itu, lobus posterior hipofisis juga akan mengeluarkan hormon oksitosin yang merangsang mio epitel kelenjar susu berkontraksi sehingga air susu keluar. Umumnya produksi susu akan banyak pada hari ke 2-3 pasca persalinan. Pada hari pertama air susu mengandung kolostrum. Salah satu rangsangan terbaik untuk mengeluarkan ASI adalah dengan menyusui bayi (Mochtar, 2002).

Pada tanda-tanda vital selama periode post partum, 24 jam pertama suhu tubuh ibu sekitar 38° C. Suhu mungkin meningkat di atas 38° C pada 24 jam pertama dikarenakan dehidrasi. Perawat perlu mencurigai adanya infeksi bila suhu meningkat lebih dari 38° C setelah 24 jam pasca persalinan. Tekanan darah pada umumnya stabil. Bisa menurun karena terjadi perdarahan uterus. Jumlah nadi rata-rata 50-70 kali per

menit, biasa terjadi 6-10 hari dalam masa post partum (Novak, 2002).

Perubahan persarafan selama masa nifas adalah hasil dari adaptasi ibu selama kehamilan dan bisa jadi karena trauma ketika melahirkan (Bobak, 2006).

Pada masa post partum terjadi peningkatan kapasitas kandung kemih, bengkak dan memar jaringan di sekitar urethra, yang menurunkan sensitivitas penekanan cairan (urin) dan sensasi kandung kemih yang penuh, sehingga menimbulkan resiko distensi berlebihan, kesulitan mengosongkan dan penimbunan urin residu (Olds, 2001).

Pada kedua ekstremitas atas dan bawah dikaji apakah ada edema atau perubahan vaskuler. Ekstremitas bawah harus diobservasi apakah ada varises. Jika terdapat edema, dikaji adanya pitting edema, kenaikan suhu, pelebaran pembuluh vena dan kemerahan. Hal ini diduga sebagai tanda dari tromboplebitis. Ambulasi dini sesegera mungkin dilakukan untuk meningkatkan sirkulasi dan mencegah komplikasi (Sherwen, 2003).

Karakteristik dari fungsi normal usus adanya bising usus 5-34 kali permenit. Perut terkadang terjadi reaksi penolakan sesudah melahirkan, karena efek dari progesteron dan penurunan gerakan peristaltik. Perempuan dengan seksio

sesarea boleh menerima sedikit cairan setelah pembedahan, jika terdengar bising usus dapat mulai beralih ke makanan padat .

2) Perubahan Psikologis

Ada tiga fase

a) *Taking in phase.*

Pada fase ini biasanya perhatian ibu terutama terhadap kebutuhan dirinya, mungkin pasif dan tergantung berlangsung 1 – 2 hari. Ibu tidak menginginkan kontak dengan bayinya tetapi bukan berarti tidak memperhatikan. Dalam Phase yang diperlukan ibu adalah informasi tentang bayinya, bukan cara merawat bayi.

b) *Taking hold phase*

Phase kedua masa nifas adalah phase *taking hold* ibu berusaha mandiri dan berinisiatif. Perhatian terhadap kemampuan mengatasi fungsi tubuhnya misalnya kelancaran buang air besar hormon dan peran transisi. Hal-hal yang berkontribusi dengan post partal blues adalah rasa tidak nyaman, kelelahan, kehabisan tenaga. Dengan menangis sering dapat menurunkan tekanan. Bila orang tua kurang mengerti hal ini maka akan timbul rasa bersalah yang dapat mengakibatkan depresi. Untuk itu perlu

diadakan penyuluhan sebelumnya, untuk mengetahui bahwa itu adalah normal.

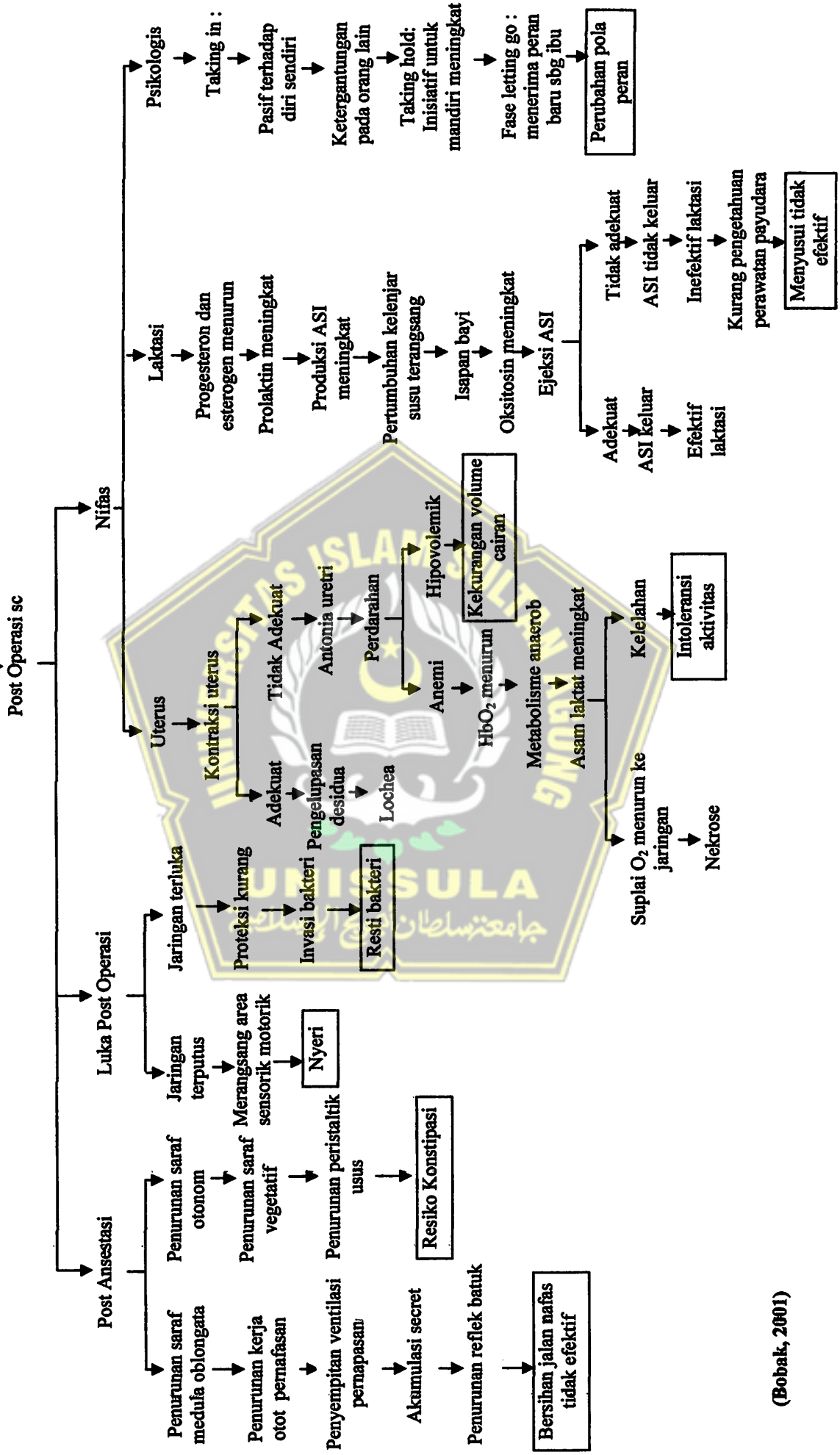
c) *Letting go phase*

Fase *letting go* merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya sudah meningkat (Manuabba, 2001).



C. PATHWAYS

Tekanan darah > 150mmHg pada usia kehamilan >20 minggu
 → Pre-eklamsi berat
 → Sectio Sesaria
 → Post Operasi sc



(Bobak, 2001)

B. Konsep Keperawatan

1. Pengkajian

Identitas klien dan penanggung jawab, Keluhan utama klien saat ini, Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas sebelumnya bagi klien multipara, Riwayat penyakit keluarga, dan juga keadaan klien meliputi :

a) Sirkulasi

b) Hipertensi dan pendarahan vagina yang mungkin terjadi.

Kemungkinan kehilangan darah selama prosedur pembedahan kira-kira 600-800 mL

c) Integritas ego

Dapat menunjukkan prosedur yang diantisipasi sebagai tanda kegagalan dan atau refleksi negatif pada kemampuan sebagai wanita. Menunjukkan labilitas emosional dari kegembiraan, ketakutan, menarik diri, atau kecemasan.

d) Makanan dan cairan

Abdomen lunak dengan tidak ada distensi (diet ditentukan).

e) Neurosensori

Kerusakan gerakan dan sensasi di bawah tingkat anestesi spinal epidural.

f) Nyeri / ketidaknyamanan

Mungkin mengeluh nyeri dari berbagai sumber karena trauma bedah, distensi kandung kemih , efek - efek anesthesia, nyeri tekan uterus mungkin ada.

g) Pernapasan

Bunyi paru - paru vesikuler dan terdengar jelas.

h) Keamanan

Balutan abdomen dapat tampak sedikit noda / kering dan utuh.

i) Seksualitas

Fundus kontraksi kuat dan terletak di umbilikus.
Aliran lochea sedang (Sarwono, 2005).

2. Penatalaksanaan Post Partum dengan Tindakan Seksio Sesarea

a) Perawatan luka ; secara steril, ganti balut hari ketiga, angkat jahitan sebagian hari kelima dan sisanya hari ketujuh

b) Pemberian cairan Cairan infus elektrolit ; Ringer Lactated, Dextrose 5%, tranfusi diberikan bila Hb turun

c) Mobilisasi

Konsep mobilisasi dini tetap merupakan landasan dasar, sehingga pulihnya fungsi alat vital dapat segera tercapai.

- 1) Mobilisasi fisik; setelah sadar pasien boleh miring, berikutnya duduk, kemudian jalan, infus dan kateter dibuka pada hari kedua atau ketiga.
- 2) Mobilisasi usus; setelah keadaan hari pertama dan keadaan baik, penderita boleh minum, diikuti makan bubur saring dan pada hari kedua-ketiga makan bubur, hari keempat-kelima nasi biasa dan boleh pulang.

3) Profilaksis antibiotik.

Infeksi selalu diperhitungkan dari adanya alat yang kurang steril, infeksi ascendens karena manipulasi vagina, sehingga pemberian antibiotik sangat penting untuk menghindari terjadinya sepsis sampai kematian.

Pertimbangan pemberian antibiotika dilihat dari bersifat profilaksis, bersifat terapi karena[sudah terjadi infeksi, berpedoman pada hasil tes sensitifitas, kualitas antibiotika yang akan diberikan dan cara pemberian antibiotika. Yang paling tepat adalah berdasarkan hasil test sensitifitas, tetapi memerlukan waktu sekitar 5-7 hari. Kini perkembangan produksi antibiotika sangat pesat, sehingga diperlukan kemampuan untuk memilihnya.

- d) Observasi tanda-tanda vital; tiap 15 menit, 30 menit, 1 jam selanjutnya 4 jam.

- e) Setelah operasi dianjurkan jangan hamil selama lebih kurang 3-4 tahun dengan memakai kontrasepsi, dianjurkan untuk bersalin di RS besar dan “once a cesarea not always a cesarean “ kecuali panggul sempit(Sarwono, 2005).

3. Diagnosa Keperawatan

- a) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi sekret sekunder terhadap efek anestesi (Carpenito, 2009).
- b) Resiko konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot abdomen (Doenges, 2001).
- c) Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan sekunder adanya luka post operasi (Doenges, 2001).
- d) Nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan sekunder luka post operasi (Doenges, 2001)
- e) Resiko syok hipovolemik berhubungan dengan terjadinya perdarahan (Doenges, 2001)
- f) Gangguan pola tidur berhubungan dengan faktor eksternal perubahan lingkungan (Carpenito, 2009).
- g) Ketidakefektifan menyusui berhubungan dengan kurangnya manajemen laktasi sekunder terhadap pembengkakan payudara (Carpenito, 2009).
- h) Kurangnya perawatan diri berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik (Doenges, 2001).

4. Fokus Intervensi

- a) **Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi sekret sekunder terhadap efek anestesi (Carpenito, 2009)**

Tujuannya adalah jalan napas efektif atau bersih dengan kriteria hasil tidak mengalami aspirasi, menunjukkan batuk efektif. Intervensinya anjurkan untuk batuk efektif, monitor tanda-tanda vital terutama frekuensi pernapasan, atur posisi klien dengan kepala miring tanpa bantal, pertahankan kelembaban udara inspirasi adekuat.

- b) **Resiko konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot abdomen (Doenges, 2001).**

Tujuannya adalah tidak terjadi konstipasi dengan kriteria hasil pasien dapat melakukan kembali kebiasaan defekasi. Intervensinya kaji pola defekasi pasien, auskultasi adanya bising usus, kaji adanya hemoroid, ajurkan ambulasi dini sesuai toleransi, anjurkan untuk makan makanan tinggi serat, berikan laksatif, pelunak feses, suppositoria atau enema.

- c) **Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan sekunder adanya luka post operasi (Doenges, 2001)**

Tujuannya agar tidak terjadi infeksi dengan kriteria hasil tanda-tanda vital dalam batas normal, tidak terdapat tanda-tanda infeksi, leukosit normal, luka operasi kering. Intervensi yang

dilakukan cuci tangan sebelum kontak dengan pasien, kaji tanda-tanda infeksi, monitor tanda-tanda vital, lakukan perawatan luka dengan teknik aseptik, pantau hasil laboratorium khususnya leukosit, berikan antibiotik sesuai advis.

d) Nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan sekunder luka post operasi (Doenges, 2001).

Tujuannya rasa nyeri berkurang dengan kriteria hasil pasien menunjukkan ekspresi wajah rileks, pasien mengatakan nyeri berkurang. Intervensinya kaji pencetus, intensitas, kualitas, lokasi dan skala nyeri, monitor tanda-tanda infeksi, berikan informasi pada klien bahwa rasa nyeri itu hal yang wajar, ajarkan pada klien manajemen nyeri, berikan klien posisi yang nyaman, berikan analgesik.

e) Resiko syok hipovolemik berhubungan dengan terjadinya perdarahan (Doenges, 2001)

Tujuannya tidak terjadi syok hipovolemik dengan kriteria hasil tanda-tanda vital stabil dalam batas normal, kontraksi uterus kuat. Intervensi yang dilakukan tempatkan pasien pada posisi recumben, kaji jenis persalinan dan anestesi, kehilangan darah pada persalinan, dan lama persalinan tahap II, catat lokasi dan konsistensi fundus uteri, kaji jumlah, warna dan sifat aliran lochea, kaji tanda-tanda vital setiap 15 menit sekali.

f) Gangguan pola tidur berhubungan dengan faktor eksternal perubahan lingkungan (Carpenito, 2009).

Tujuannya adalah agar tidak mengalami gangguan pola tidur dengan kriteria hasil pasien melaporkan peningkatan kemampuan untuk tidur. Intervensi yang dilakukan kaji tingkat kelelahan dan kebutuhan istirahat tidur pasien, kaji faktor-faktor penyebab yang mempengaruhi, kontrol gangguan lingkungan, berikan kesempatan ibu untuk mengungkapkan perasaannya.

g) Ketidakefektifan menyusui berhubungan dengan kurangnya manajemen laktasi sekunder terhadap pembengkakan payudara (Carpenito, 2009)

Tujuannya ibu dapat menyusui bayinya secara efektif dengan kriteria hasil ibu membuat keputusan menyusui bayinya. Intervensi yang dilakukan kaji faktor-faktor penyebab ketidakefektifan menyusui, dorong ibu untuk mengungkapkan masalahnya secara terbuka, kaji status keadaan ibu dan bayi, ajarkan perawatan payudara yang baik, ajarkan cara menyusui yang baik.

h) Kurangnya perawatan diri berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik (Doenges, 2001)

Tujuannya kebutuhan perawatan diri pasien terpenuhi dengan kriteria hasil pasien mendemonstrasikan teknik-teknik untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri. Intervensinya kaji ketidaknyamanan pada pasien, kaji status psikologi pasien, berikan bantuan perawatan sesuai kebutuhan, libatkan keluarga dalam perawatan pasien.



BAB III

HASIL ASUHAN KEPERAWATAN

Pada bab ini akan penulis paparkan hasil pengelolaan asuhan keperawatan pada klien post *Sectio Caesaria* dengan indikasi Preeklamsia Berat di Ruang Baitu Nisa RS Sultan Agung pada tanggal sampai 31 maret sampai dengan 02 April 2011 dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian sampai dengan evaluasi. Berikut penulis paparkan dari masing tahap-tahap tersebut :

A. Pengkajian

Pengkajian awal dilakukan pada tanggal 31 Maret 2011 jam 14.00 WIB, Pasien dikaji sekitar 5 jam *post sectio caesarea* atau *post sectio caesarea* hari ke-0 dengan cara tanya jawab langsung dengan pasien, suami pasien dan dari catatan medis pasien di ruang Baitu Nisa Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, Ny.N umur 36 tahun alamat Demak, agama Islam masuk ke rumah sakit tanggal 29 Maret 2011 dengan diagnosa *Post Sectio Caesaria* dengan indikasi *Preeklamsia Berat*, status obstetrik P₁A₂. Identitas penanggung jawab Tn. A, umur 40 tahun alamat Demak agama Islam hubungan dengan pasien sebagai suami dan pekerjaannya wiraswasta.

Keluhan utama pasien adalah nyeri pada luka post Operasi di perut tengah dan memanjang, kualitas nyeri sedang, nyeri menjalar hingga keseluruhan bagian perut, skala nyeri 6, waktu timbulnya nyeri saat klien beraktivitas.

Riwayat persalinan dahulu klien mengatakan sebelumnya belum pernah menjalani operasi SC. Namun klien sebelumnya pernah 2 kali mengalami abortus. Klien mengatakan tidak memiliki riwayat hipertensi.

Riwayat Persalinan Sekarang Klien melahirkan tanggal 31 Maret 2011 pukul 08.40 WIB. Melalui operasi SC lahir bayi perempuan dengan berat badan 2500gram. Apgar score pada menit pertama 9, menit kelima 10, menit kesepuluh 10.

Riwayat menstruasi klien mengatakan pertama kali haid pada usia 12 tahun lama haid 7 hari, siklus 28 hari, dan teratur setiap bulannya. Klien juga mengatakan tidak pernah mengalami masalah pada saat haid. Hari pertama haid terakhir klien pada tanggal 16 juni 2010.

Riwayat KB klien mengatakan tidak pernah menggunakan alat KB apapun karena sebelumnya klien pernah mengalami 2 kali abortus.

Pola aktivitas dan latihan klien mengatakan selama hamil klien mengatakan klien dapat beraktivitas seperti biasanya bekerja dan melakukan pekerjaan rumah, namun saat dirawat di rumah sakit klien mengatakan aktivitasnya hanya tidur berbaring di tempat tidur karena klien mengeluh nyeri jika beraktivitas, bahkan untuk duduk sendiripun

klien mengatakan belum mampu. Seluruh kebutuhan klien dibantu oleh keluarga dan perawat.

Pola Eliminasi klien mengatakan BAB normal setiap harinya adalah sekali sehari dan BAK normal setiap harinya 4kali sehari, namun setelah operasi klien mengatakan belum bisa BAB samasekali, pada klien terpasang kateter, banyaknya urine setelah post op sc pada kateter bag sebanyak 300cc dalam 8 jam.

Pola Nutrisi dan Metabolik sebelum hamil klien mengatakan makan habis 1 porsi 3 kali sehari, selama hamil klien juga makan 3 kali sehari sehingga asupan nutrisi untuk janinpun baik, setelah operasi sc klien mengatakan makan 3 kali sehari dengan diit rendah garam.

Keamanan dan Kenyamanan klien mengatakan merasa tidak nyaman karena nyeri di perut akibat luka bekas operasi.

Dari pemeriksaan fisik keadaan umum pasien lemah, kesadaran composmentis tekanan darah 150/100 mmHg, nadi 80x/ menit, suhu 36°C, respirasi 20x/ menit. Kulit lembab, konjunctiva anemis, palpebra anemis, sklera tidak ikterik, hidung bersih tidak ada polip, tidak ada pernapasan cuping hidung, gigi bersih, tidak ada stomatitis. Dada pada pemeriksaan yang dilakukan dengan inspeksi simetris, payudara simetris, tidak ada benjolan, puting tidak menonjol, areola hitam, kotor, asi sudah keluar sedikit, tidak ada penggunaan otot bantu napas., dengan pemeriksaan secara auskultasi pernapasan vesikuler. Perut mengecil, kulit mengendur, fundus uteri 2jari di bawah pusat, terlihat ada luka bekas

operasi di perut bagian tengah memanjang ke bawah. Ekstremitas atas ada edema, tangan kiri terpasang infuse RL 20 tetes/ menit, ekstremitas bawah terlihat edema. Genetalia lochea rubra 500cc dalam 8 jam, warna merah, terdapat stonsel, bau amis.

Dari hasil pemeriksaan fisik bayi, tanda-tanda vital Nadi 140x/menit, suhu 36⁰C, Respiratori rate 40x/menit. Berat Badan Bayi lahir 3100 gram, panjang bayi 48 cm, bentuk kepala mesocephal, suturae tidak melebar, fontael tidak menonjol, tidak ada caput succaedaneum, tidak ada chepal hematoma. Mata isokor, bersih, sudah diberi tetes mata. Telinga simetris kanan dan kiri, tidak ada keluaran dari lubang telinga. Mulut simetris. Hidung terdapat lubang hidung, tidak terdapat keluaran, tidak ada pernapasan cuping hidung. Leher bentuk simetris, tidak terdapat pembesaran kelenjar thyroid. Bunyi paru vesikuler, Respiratori rate 40x/menit, denyut jantung 120x/menit. Perut lembek, punggung simetris. Genetalia normal, tidak ada keluaran , terdapat lubang anus. Jari tangan dan kaki pergerakan normo aktif, tidak terdapat kelainan.

Dari hasil laboratorium tanggal 31 Maret 2011 didapatkan hasil : Hemoglobin 9,7 g/dL nilai normalnya 11,7- 15,5 gr/dL, Hematokrit 28,5% dari nilai normal 33-45 % , Leukosit 11,6 ribu/uL dari nilai normal 3,6- 11,0 ribu/uL, Eritrosit 3,53 Juta/uL dari nilai normal 3,8-5,2 juta/ uL, Trombosit 173 ribu/uL dari nilai normal 150- 440 ribu/ uL.

Therapy yang diberikan oleh dokter juntut Ny.N pada tanggal 31 maret 2011 yaitu infuse RL 20 tetes/menit, therapy peroral yang diberikan dopamet 2x 250 mg, diazepam 3x2mg, hifedipin 2x1 mg.

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan dari data pengkajian yang mucul pada Ny. N diperoleh diagnosa keperawatan yaitu:

Diagnosa yang pertama adalah gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan luka post operasi SC ditandai dengan klien mengatakan nyeri post operasi, klien mengatakan nyeri bertambah jika klien melakukan aktivitas, skala nyeri 6, nyeri terasa menjalar ke seluruh bagian perut, tekanan darah klien 150/100 mmHg, nadi 80x/ menit, suhu 36°C, respirasi 20x/ menit.

Diagnosa yang kedua yaitu kurang pengetahuan tentang perawatan payudara berhubungan dengan kurangnya informasi ditandai dengan klien mngatakan ASInya susah keluar, klien mengatakan tidak mengeetahui tentang perawatan payudara, puting susu tidak menonjol.

Diagnosa yang ketiga yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik ditandai dengan klien tampak lemah, klien mengatakan belum mampu duduk sendiri, nyeri bertambah jika digunakan untuk beraktivitas, semua kebutuhan klien dibantu oleh keluarga dan

perawat, tekanan darah klien 150/100 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36°C, respirasi 20x/menit.

C. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan yang sudah disusun untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul pada Ny. N yaitu :

Pada diagnosa pertama gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan luka post operasi SC, tujuan yang ingin dicapai adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan masalah dapat teratasi. Kriteria hasil : klien tampak relaks, klien merasa nyaman, klien menyatakan nyeri berkurang, skala nyeri menjadi 2. Adapun perencanaan yang dirumuskan adalah kaji karakteristik nyeri untuk mengetahui tingkat nyeri, berikan posisi senyaman mungkin pada klien digunakan untuk mengurangi rasa nyeri pada klien, ajarkan teknik distraksi dan relaksasi digunakan untuk mengurangi rasa nyeri, rawat luka dan ganti balut digunakan untuk memberikan rasa nyaman, kolaborasi pemberian analgetik digunakan bila nyeri sulit dihilangkan.

Pada diagnosa kedua kurangnya pengetahuan tentang perawatan payudara berhubungan dengan kurangnya informasi, tujuan yang ingin dicapai adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam ASI dapat keluar dengan lancar dengan kriteria hasil : puting susu menonjol, tidak terjadi pembengkakan, ASI dapat keluar dengan lancar, bayi tidak menangis saat disusui. Adapun perencanaan yang dirumuskan

adalah kaji pengetahuan klien tentang cara menyusui yang benar, berikan pengetahuan tentang perawatan payudara, berikan pengetahuan tentang pentingnya ASI bagi ibu dan bayi, ajarkan teknik breastcare.

Pada diagnosa ketiga gangguan mobilitas fisik intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik, tujuan yang ingin dicapai yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil klien dapat melakukan aktivitas secara mandiri, kebutuhan klien terpenuhi. Rencana tindakan yang dirumuskan yaitu kaji respon individu terhadap aktivitas untuk mengetahui kemampuan klien, tingkatkan aktivitas secara bertahap, motivasi untuk meningkatkan partisipasi keluarga untuk meningkatkan semangat klien, libatkan keluarga untuk memenuhi kebutuhan klien.

D. Implementasi

Dari perencanaan tindakan yang sudah dirumuskan tindakan yang telah dilakukan yaitu:

Pada diagnosa yang pertama yaitu gangguan rasa nyama nyeri tindakan yang dilakukan yaitu mengkaji keadaan umum klien dan respon klien pada saat dikaji klien mengatakan perut masih terasa nyeri namun skala nyeri berkurang menjadi 3, mengajarkan pada klien distraksi dan relaksasi dan klien mengatakan masih nyeri, memonitor tanda vital klien dan di dapatkan data tekanan darah 140/100mmHg, nadi 83x/menit, RR 20x/menit.

Pada diagnosa yang kedua yaitu kurang pengetahuan tentang perawatan payudara berhubungan dengan kurang pengetahuan tindakan yang dilakukan yaitu mengkaji tingkat pengetahuan klien tentang cara menyusui yang benar klien mengatakan bahwa klien belum mengetahui cara menyusui yang benar karena baru pertamakali punya anak, memberikan pendidikan kesehatan tentang cara menyusui yang benar serta cara perawatan payudara klien mengatakan mulai paham tentang cara perawatan payudara dan cara menyusui yang benar ,klien terlihat mau menyusui bayinya, mengajarkan cara breastcare klien mengatakan akan melakukan breastcare sendiri.

Pada diagnosa ketiga yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik, tindakan yang dilakukan yaitu mengkaji respon klien terhadap aktivitas dan respon klien terhadap aktivitas dan respon klien yaitu klien belum mampu duduk karena jika bergerak atau berpindah posisi akan bertambah nyeri, memotivasi klien untuk meningkatkan mobilitas secara bertahap dan respon klien berusaha untuk duduk dan miring kanan miring kiri, melibatkan keluarga dalam memenuhi kebutuhan klien.

E. Evaluasi

Sebagai langkah akhir dari proses keperawatan, evaluasi yang didapati dari tindakan yang dilakukan yaitu :

Pada diagnosa pertama evaluasi tindakan dilakukan tanggal 1 April 2011, hasil evaluasi yang diperoleh klien mengatakan masih nyeri namun

berkurang, klien masih lemah, skala nyeri 3, klien tampak tenang, TD :140/100 mmHg, nadi 82x/menit,RR 20 kali/menit. Dari data diatas analisa yang diperoleh yaitu masalah teratasi sebagian sehingga intervensi dilanjutkan dengan mengajarkan teknik distraksi relaksasi ketika klien merasa nyeri seperti teknik napas dalam dan berikan posisi yang nyaman.

Pada diagnosa kedua evaluasi tindakan dilakukan tanggal 2 April 2011, hasil evaluasi yang diperoleh klien mengatakan mulai mengerti tentang perawatan payudara, klien juga mengatakan mulai mengerti tentang cara menyusui yang benar, dari data analisa yang diperoleh yaitu masalah teratasi sebagian sehingga intervensi dilanjutkan dengan mengajarkan teknik breastcare pada klien.

Pada diagnosa ketiga evaluasi tindakan dilakukan tanggal 2 April 2011, hasil evaluasi yang diperoleh yaitu klien akan berusaha meningkatkan aktivitas, klien terlihat sudah mampu miring kanan kiri, klien terlihat belajar duduk, aktivitas klien bertambah, tekanan darah 140mmHg, nadi : 82 kali/ menit, suhu 36°C. Berdasarkan analisa yang diperoleh yaitu masalah Ny.N teratasi sebagian sehingga intervensi dilanjutkan dengan terus memotivasi klien untuk melakukan aktivitas secara bertahap.

BAB IV

PEMBAHASAN

Di dalam bab ini penulis akan membahas mengenai asuhan keperawatan pada kasus Ny.N dengan Post Sectio caesar atas indikasi preeklamsia berat di ruang Baittul Izzah RSI Sultan Agung Semarang selama 3 hari pada tanggal 31 Maret 2011 sampai 2 April 2011. Dalam memberikan asuhan keperawatan penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

A. Gangguan rasa nyaman Nyeri berhubungan dengan luka post operasi caesarea

Nyeri Akut adalah keadaan ketika individu mengalami dan melaporkan adanya sensasi tidak nyaman atau ketidaknyamanan yang parah yang berlangsung selama satu detik sampai kurang dari 6 bulan (Carpenito,2009). Dengan batasan karakteristik mayor : komunikasi (verbal atau penggunaan kode dideskripsikan dan minornya adalah mengatupkan rahang atau pergelangan) tentang nyeri yang tangan, perubahan kemampuan untuk melanjutkan aktivitas sebelumnya, agitasi, ansietas, peka terhadap rangsang, menggosok bagian yang nyeri, mengorok, postur tidak biasanya (lutut ke abdomen), ketidakaktifan atau imobilitas, masalah dengan konsentrasi, perubahan pada pola tidur, rasa takut mengalami cedera ulang, menarik bila disentuh, mata terbuka lebar atau sangat tajam, gambaran kurus, mual dan muntah (Carpenito, 2009).

Pada Ny. N telah ditemukan data-data yaitu Ny. N mengatakan nyeri pada perut (luka operasi), nyeri menjalar keseluruh bagian perut , dengan skala nyeri 6 (skala nyeri 0 – 10), nyeri semakin bertambah saat klien beraktivitas, data tersebut adalah sebagai batasan karakteristik subjektif serta ditemukan data klien terlihat meringis saat epigastrium ditekan, tekanan darah : 150/100 mmHg, nadi : 80 x/menit, suhu : 36°C, pernafasan : 20 x /menit, ekspresi wajah klien kesakitan menahan nyeri.

Penulis menegakan diagnosa gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan adanya luka post operasi sectio caesarea, penulis rasa belum tepat karena berdasarkan Carpenito problem dari diagnosa keperawatan yang tepat adalah nyeri akut sedangkan untuk etiologinya yang tepat menurut Carpenito (2007) adalah terputusnya kontuinitas jaringan skunder post pembedahan caesarea, jadi diagnosa yang tepat adalah nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontuinitas jaringan sekunder post pembedahan.

Etiologi dari problem pada Ny. N dengan post operasi caesarea, nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontuinitas jaringan skunder akibat operasi caesarea dimana nyeri pada Ny. N disebabkan adanya tluka post operasi caesar pada mukosa gaster seperti : pusing, nyeri, rasa tidak nyaman pada abdomen (perut terasa sakit).

Penulis memprioritaskan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan skunder akibat operasi caesarea sebagai prioritas utama karena menurut triage konsep nyeri merupakan urgent dan pada hiererki Maslow nyeri adalah kebutuhan fisiologis yang harus dipenuhi, karena jika kebutuhan fisiologis tersebut tidak terpenuhi maka akan berpengaruh pada kebutuhan fisiologis seperti terjadi peningkatan frekuensi pernapasan, peningkatan tekanan darah, peningkatan peristaltik yg berakibat diare dan perubahan psikologis karena dengan nyeri klien bisa mengakibatkan kecemasan sehingga masalah ini membutuhkan penanganan yang segera.

Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan skunder , penulis menetapkan beberapa rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah tersebut, dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x 24 jam klien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 2, klien tampak relaks. Adapun perencanaan yang dapat dilakukan sesuai dengan teori menurut Carpenito (2009) kaji penyebab nyeri, kaji skala nyeri, berikan posisi yang nyaman, ajarkan teknik distraksi relaksasi, monitor TTV klien.

Dan pada implementasi penulis pada tanggal 31 Maret 2011 pukul 14.30 WIB tindakan yang dilakukan penulis adalah mengajarkan teknik relaksasi yaitu tarik napas dalam, mengukur TTV klien sehingga didapatkan respon klien baik, klien mengatakan masih nyeri, klien terlihat meringis kesakitan , kualitas nyeri sedang, skala nyeri 6, nyeri semakin bertambah jika beraktivitas.

Hasil evaluasi pada tanggal 1 April 2011 pukul 21.00, klien mengatakan masih nyeri namun berkurang, klien masih lemah, skala nyeri 3, klien tampak tenang, Tekanan Darah 140/100mmHg, nadi 82x/menit, RR 20x/menit, suhu 36°C. Klien belum bisa mencapai kriteria hasil yang ditetapkan penulis karena keterbatasan waktu yang dimiliki oleh penulis untuk melakukan implementasi pada klien. Untuk itu penulis telah mendelegasikan kepada perawat ruangan yang bertugas untuk melanjutkan perencanaan yang belum dilakukan oleh penulis guna mengatasi masalah klien.

B. Kurang pengetahuan tentang perawatan payudara berhubungan dengan kurangnya informasi

Kurang pengetahuan adalah suatu kondisi dimana individu atau kelompok mengalami kekurangan pengetahuan kognitif atau ketrampilan psikomotor mengenai suatu keadaan dan rencana tindakan pengobatan (Carpenito, 2001). Kurang pengetahuan adalah tidak ada atau kurang informasi kognitif berhubungan dengan topic yang spesifik (Nanda, 2009). Batasan karakteristik mayor pada diagnosa kurang pengetahuan yaitu klien menyatakan tidak tahu, klien menyatakan cemas, batasan minor klien nampak gelisah.

Pada Ny. N telah ditemukan data-data yaitu data subyektif Ny.N mengatakan ASI nya tidak keluar, Klien mengatakan payudaranya sakit,klien mengatakan belum tahu tentang perawatan payudara, data obyektif yang telah penulis peroleh yaitu payudara klien bengkak, klien enggan menyusui bayinya.

Penulis menegakan diagnosa kurang pengetahuan tentang perawatan payudara, penulis rasa belum tepat karena menurut Carpenito (2009) , problem dari diagnosa keperawatan kurang pengetahuan tentang perawatan payudara yang lebih tepat adalah menyusui tidak efektif.

Etiologi dari diagnosa keperawatan pada Ny. N yaitu kurang informasi penulis rasa kurang tepat, karena menurut Carpenito (2009) etiologi yang tepat untuk masalah Ny. N adalah kurang pengetahuan perawatan payudara. Sehingga diagnosa yang tepat berdasarkan teori adalah menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang perawatan payudara.

Penulis memprioritaskan masalah ini pada prioritas kedua karena bila tidak ditegakan akan menimbulkan masalah-masalah dalam perawatan payudara dan laktasi seperti payudara bengkak, ASI tidak bisa keluar, abses payudara, puting lebih datar dan payudara terasa nyeri., nutrisi bayi tidak terpenuhi.

Diagnosa, penulis menetapkan perencanaan tindakan memberikan pengetahuan tentang perawatan payudara, memberikan penjelasan tentang manfaat ASI bagi ibu dan bayi, mengajarkan teknik breastcare. Dengan

tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam ASI dapat keluar dengan lancar dengan kriteria hasil klien mengetahui tentang perawatan payudara, puting susu bersih dan payudara tidak bengkak.

Adapun implementasi yang dilakukan penulis tanggal 1 April 2011 antara lain pukul 08.45 melakukan breastcare, respon klien baik, klien dapat memahami apa yang diajarkan perawat. Pada pukul 17.00 WIB di hari yang sama tindakan yang dilakukan yakni memberikan penjelasan tentang perawatan payudara dan manfaat ASI untuk ibu dan bayi, respon klien yakni klien mengatakan mengerti tentang apa yang dijelaskan oleh perawat, klien memperhatikan.

Evaluasi dilakukan pada tanggal 1 April 2011 pukul 18.00 WIB, dari implementasi pada diagnosa kedua yang telah dilakukan hasilnya adalah klien mengatakan sudah mengetahui perawatan payudara dan cara perawatannya serta manfaat dari perawatan payudara tersebut. Klien terlihat mengerti, puting susu klien terlihat bersih, payudara klien terlihat tidak terlalu bengkak lagi.

Dari hasil evaluasi tersebut menunjukkan bahwa implementasi yang penulis lakukan berhasil sehingga klien mengetahui dan mempraktekan apa yang dilakukan oleh klien. Sehingga dapat disimpulkan dari evaluasi pada diagnosa kedua masalah pada klien teratasi.

C. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan

Intoleransi aktivitas adalah penurunan kapasitas fisiologis seseorang untuk melakukan aktivitas sampai tingkat yang diinginkan atau diperlukan (magnan, (1987 dalam Carpenito,2009) batasan karakteristik mayor tekanan darah tidak meningkat bersamaan aktivitas, tekanan diastolik naik < 15mmHg, batasan minor kelelahan, keletihan, pucat atau sianosis, konfusi, vertigo (Carpenito,2009).

Defisit perawatan diri, hygiene/ mandi adalah keadaan ketika individu mengalami kegagalan kemampuan untuk melaksanakan atau menyelesaikan mandi/ aktivitas kebersihan untuk diri sendiri (Carpenito, 2007) batasan karakteristik kurang mandi sendiri (meliputi membasuh seluruh tubuh, menyisir rambut, menggosok gigi, melakukan perawatan kulit dan kuku serta menggunakan tatarias), tidak dapat atau tidak ingin untuk membasuh tubuh atau bagian tubuh, tidak dapat memperoleh sumber daya air, tidak dapat mengatur suhu atau aliran air, ketidak mampuan merasakan perlunya tindakan kebersihan (Carpenito, 2007)

Kurang perawatan diri (Doenges, 2001), dapat berhubungan dengan efek-efek anestesia, penurunan kekuatan dan ketahanan, ketidaknyamanan fisik. Kemungkinan dibuktikan oleh pengungkapan ketidakmampuan berpartisipasi dalam tingkat yang diinginkan.

Penulis menegakkan diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik karena pada klien didapatkan data subjektif klien mengatakan belum mampu duduk sendiri, nyeri bertambah

jika digunakan untuk beraktivitas, semua kebutuhan klien dibantu oleh keluarga dan perawat, sedangkan pada data obyektif didapatkan klien tampak lemah, tekanan darah klien 150/100 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36°C, respirasi 20x/menit. Dalam diagnosa ini penulis kurang mencantumkan data obyektif klien, penulis hanya mencantumkan TTV klien saat klien usai alih baring seharusnya penulis menuliskan TTV klien sebelum dan sesudah beraktivitas, keadaan umum klien setelah beraktivitas misal klien terlihat pucat, akral dingin, untuk lebih melengkapi data dari diagnosa ini.

Penulis menegakan diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik, penulis rasa untuk problem dari diagnosa tersebut belum tepat, karena menurut Carpenito (2007) dalam menegakan diagnosa intoleransi harus didapatkan data yang menunjukkan peningkatan frekuensi pernapasan, peningkatan frekuensi nadi. Sedangkan menurut Carpenito (2007) untuk problem defisit perawatan diri, mandi/ higiene, pada asuhan keperawatan Ny. N tidak dituliskan data yang sesuai dengan batasan karakteristi seperti kurang mandi sendiri, tidak memperoleh sumber air, tidak dapat mmengantur suhu/ aliran air. Sedangkan menurut Doenges (2001) dari data pengkajian yang didapatkan penulis masalah yang sesuai dengan adalah kurang perawatan diri hal ini ditunjukkan dari data pengkajian untuk semua kebutuhan klien dibantu oleh keluarga dan perawat. Sedangkan untuk etiologinya menurut Doenges (2001) belum tepat, karena etiologi menurut teori yang tepat adalah berhubungan dengan efek-efek anestesia, karena pada klien didapatkan data klien masih merasa bahwa kakinya terasa berat yang

menurut penulis adalah efek sisa dari pembiusan saat operasi caesarea, namun penulis tidak menuliskan data subyektif tersebut. Selain itu penulis juga dapat menegakan etiologi yang menurut Doenges (2001) adalah penurunan kekuatan dan ketahanan. Hal ini dapat dilihat dari data yang mengatakan bahwa klien masih tampak lemah. Kemudian penulis juga dapat mengangkat etiologi yang menurut penulis sesuai dengan data yang di lihat dan penulis dapat yang sesuai dengan Doenges (2001) yaitu ketidaknyamanan fisik hal ini dapat dilihat dari klien belum dapat duduk sendiri, jika klien beraktivitas nyeri yang klien rasa akan bertambah. Jadi dapat dilihat dari pembedaan di atas diagnosa yang benar menurut teori adalah kurang perawatan diri berhubungan dengan efek-efek anestesia, penurunan kekuatan dan ketahanan, dan ketidaknyamanan fisik.

Diagnosa kurang perawatan diri berhubungan dengan efek-efek anestesia, penurunan kekuatan dan ketahanan dan ketidaknyamanan fisik penulis menyusun asuhan keperawatan bertujuan agar klien mampu beraktivitas mandiri seperti biasanya tanpa dibantu oleh keluarga ataupun perawat. Namun intervensi yang dapat dilakukan belum sesuai dengan teori yaitu observasi respon klien terhadap aktivitas, ajarkan dan bantu klien untuk beraktivitas mandiri tanpa bantuan, anjurkan klien untuk tidur, istirahat, ajarkan aktivitas mandiri mulai dari ringan, pertahankan tambahan O₂ saat latihan, observasi RR, sebelum dan sesudah aktivitas dengan kriteria hasil klien mengatakan dapat beraktivitas kembali secara mandiri, objektif tidak ada perubahan TTV .

Evaluasi tanggal 2 April 2011 jam 14.00 WIB masalah kurang perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik dapat teratasi sebagian, namun klien belum mampu mencapai kriteria hasil yang telah ditetapkan penulis. Adapun hasil evaluasi didapatkan data subjektif klien mengatakan ketika beraktivitas mandiri terkadang nyeri masih terasa, sedangkan data objektifnya klien terlihat menahan nyeri ketika beraktivitas, terjadi perubahan frekuensi pernafasan ketika aktivitas seperti bangun dari tempat tidur, alih posisi ke posisi duduk, namun untuk aktivitas ringan seperti makan, minum, berbicara, tidak ada perubahan RR yaitu 24 x per menit. Analisa masalah teratasi sebagian, planning lanjutkan intervensi. Penulis telah mendelegasikan dan bekerjasama dengan atau kepada keluarga klien dan perawat ruangan agar tetap memantau kondisi klien sampai kondisi benar-benar stabil.

Hasil evaluasi diatas menyebutkan bahwa penulis telah melakukan semua intervensi, namun belum sesuai dengan teori yang telah penulis cantumkan pada konsep dasar menurut Carpenito (2007), disebabkan pada saat melakukan intervensi penulis hanya secara rasional saja, tidak menggunakan panduan buku saku diagnosa. Dan setelah diberikan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, diagnosa keperawatan dengan masalah kurang perawatan diri dapat teratasi sebagian, dikarenakan klien kurang mematuhi anjuran perawat untuk tidur atau istirahat. Klien merasa sudah mampu melakukan aktivitas mandiri.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Preeklamsi adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan/ atau edema setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan (Sujiyatini, 2009).

Banyak para ibu ataupun calon ibu yang sedang hamil tidak menyadari bahwa mereka mengalami preeklamsi, karena menurut mereka tanda gejala pada preeklamsi seperti terdapat edema adalah salah satu efek dari kehamilannya atau kenaikan berat badan karena kehamilannya.

Preeklamsi berat yang ditandai dengan edema dan kenaikan tekanan darah seringkali tidak terlalu diperhatikan oleh para ibu hamil. Jika preeklamsia terjadi akibatnya untuk menyelamatkan janin dan ibu maka diperlukan penanganan persalinan khusus dengan cara melakukan operasi sesar, hal ini dilakukan untuk meminimalisir terjadinya perdarahan hebat akibat preeklamsi berat pada persalinan normal.

Biasanya ibu yang melahirkan dengan post operasi secsio caesarea dengan indikasi Preeklamsi berat membutuhkan penanganan yang lebih intensive.

Pada kasus Ny. N penulis melakukan pengkajian dan membuat diagnosa keperawatan sesuai dengan masalah yang terjadi pada klien. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan oleh penulis antara lain : gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas

jaringan skunder, menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang perawatan payudara, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakaktifan sekunder akibat nyeri.

Dengan diagnosa yang penulis tegakkan, penulis membuat beberapa intervensi yang penulis rasa telah sesuai dengan teori yang ada, penulis juga telah melaksanakan implementasi sesuai dengan intervensi yang telah penulis buat. Sebagai contoh pada diagnosa pertama “gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan sekunder, penulis melakukan implementasi dengan mengkaji penyebab nyeri, mengajarkan klien teknik distraksi dan relaksasi. Tak hanya itu penulis juga mendokumentasikan setiap implementasi serta perkembangan pada klien.

B. Saran

1. Penulis

Penulis diharapkan bisa lebih baik dalam pelaksanaan implementasi pada Ibu post sectio caesarea agar selain menekankan perawatan pada masalah-masalah utama yang terjadi pada klien juga memberikan pendidikan kesehatan seperti pencegahan preeklamsi berulang, gizi apa saja yang diperlukan oleh ibu menyusui, perawatan tali pusat, tahap-tahap perkembangan batita, breast care, pijat bayi dan pendidikan kesehatan lain yang diperlukan oleh ibu yang baru melahirkan.

2. Lahan Praktek

Pelayanan terhadap pasien yang ada diharapkan bisa lebih baik sehingga menjadi contoh atau panutan yang lebih baik bagi mahasiswa praktek dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien dengan post operasi secsio caesarea.

3. Masyarakat

Masyarakat diharapkan dapat meningkatkan pengetahuannya dalam bidang kesehatan, dalam hal ini lebih diutamakan pada ibu hamil yang sudah memiliki riwayat hipertensi untuk berhati-hati agar tidak terjadi preeklamsi. Untuk itu masyarakat pada umumnya dan ibu-ibu hamil pada khususnya agar dapat mengetahui tentang gejala-gejala yang terjadi pada kasus preeklamsi agar ibu-ibu hamil tahu jika sudah terdapat gejala-gejala preeklamsi bisa segera mendatangi fasilitas kesehatan terdekat, agar tidak terjadi akibat yang lebih parah.

DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito L. J. (2009). *Diagnosa Keperawatan: Aplikasi pada Praktek Klinis ed.9*. Jakarta : EGC
- Carpenito, L.J. (2007). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan ed.10*. Jakarta : EGC
- Cunningham, Garry. F, Sheffield, Jeane. F, Kenneth J, Leveno, et all. (2009). *Obstetri William*. Jakarta : EGC
- Doenges, M E. (2001). *Rencana Perawatan Maternal/ Bayi*. Jakarta:EGC
- Farrer, Helen. (2001). *Perawatan Maternitas*. Jakarta : EGC
- Handini, Shanti(ed) dan Lia Astika Sari(ed). (2005). *Obstetri Patologi*. Jakarta : EGC
- <http://www.conectique.com>. Diunduh tanggal 9 Mei 2011
- Jitowiyono, Sugeng. (2010). *Asuhan Keperawatan Post Operasi*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Manuaba, I.B. (2001). *Kapita Selekt Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi dan KB*. Jakarta : EGC
- NANDA. (2009). *Diagnosa Keperawatan definisi dan Klasifikasi (terjemahan)*. Jakarta: EGC
- Olds, Sally B. (2001). *Keperawatan Maternitas Bayi Baru Lahir (terjemahan)*. Jakarta : EGC
- Purwaningsih, Wahyu dan Kritiyanasari. (2010). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Sarwono, Prawiroharjo.(2005). *Ilmu Kandungan, Cetakan ke-4*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama
- Sodikin, M.Kes. (2009). *Perawatan Tali Pusat*. Jakarta : EGC
- Sujiyatini. (2009). *Asuhan Patologi kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika

WHO. (2004). *Perawatan Ibu dan Bayi*. Jakarta: EGC

Winkjosastro, Hanifa. (2005). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

