

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Pre Eklampsia Ringan (PER)

1. Pengertian

Pre Eklampsia adalah kelainan multi organ spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan terjadinya hipertensi, edema dan proteinuria tetapi tidak menunjukkan tanda-tanda kelainan vaskular / hipertensi sebelumnya, sedangkan gejalanya biasanya muncul setelah kehamilan berumur 20 minggu (Ari Sulistyawati, 2009).

Pre Eklampsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan ke-3 kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada molahidatidosa (Mitayani, 2011).

2. Anatomi fisiologi

a. Organ Genitalia Eksterna

1) *Vulva* (pukas) atau pudenda

Meliputi seluruh struktur eksternal yang dapat dilihat mulai dari pubis sampai perineum, yaitu mons veneris, labia mayora dan labia minora, klitoris, selaput dara (*hymen*), vestibulum, maura uretra, berbagai kelenjar dan struktur vascular.

2) *Mons Veneris* atau *Mons Pubis*

Bagian yang menonjol, terdiri jaringan lemak yang menutupi depan *symphysis pubis*. Setelah pubertas kulit tertutup oleh rambut.

3) *Labia Mayora*

Lonjong dan menonjol, berasal dari monsveneris dan berjalan ke bawah dan belakang. *Labia mayora sinistra* dan *dextra* bersatu di sebelah belakang. Bagian luar seperti kulit biasa, bagian dalam selaput lendir dan mengandung kelenjar sebacea.

4) *Labia Minora*

Lipatan di sebelah medial dari labia mayora. Kedua lipatan (kiri & kanan) bertemu diatas (*preputium clitoridis*) dan dibawah clitoris.

5) *Klitoris*

Suatu tunggul *erectil*. Mengandung banyak syaraf sensoris dan pembuluh darah. analog penis.

6) *Vestibulum*

Rongga sebelah lateral dibatasi kedua labia minora, anterior oleh *clitoris*, dorsal oleh *fourchet*. Terdapat muara *vafina urethra* dan 4 lubang kecil (2 kelenjar *bartholini* dan 2 kelenjar skene)

7) *Gl. Vestibulum Majoris Bartholini*

Kelenjar terpenting daerah *culva* yang mengeluarkan sekret mucus terutama saat *coitus*

8) Selaput dara (*Hymen*)

Lapisan tipis penutup sebagian besar *inroitus vafinae*. Berlubang sebesar ujung jari sehingga getah genetalia interna dan darah haid dapat mengalir. Bila tertutup sama sekali disebut *hymen occlusivum*. Setelah partus hanya tersisa pada pinggiran *introitus* dan disebut *curunculae myrtiformis*.

9) *Introitus vagina*

Mempunyai bentuk dan ukuran yang berbeda-beda pada seseorang *virgo* selalu dilindungi oleh labia minora yang baru bisa dilihat jika bibir kecil ini dibuka. *Intriutus vagina* ditutupi oleh selaput dara (*hymen*)

10) *Perineum*

Terletak antara vulva dan anus, panjangnya rata-rata 4 cm. jaringan yang mendukung *perineum* yang utama adalah *diagfragma pelvis* dan *diagfragma urogenitalis*. *Perineum* mendapatkan pasokan darah terutama dari arteri *puvende interna* dan cabang-cabangnya. Persyarafan *parineum* terutama oleh *nervus pudendus* dan cabang-cabangnya. Oleh sebab itu dalam menjahit robekan *perineum* dapat dilakukan anestesi blok *pudendus*.

b. Organ Genitalia Interna

1) *Vagina* (Liang kemaluan/liang senggama)

Saluran musculo-membranosa penghubung *uterus-vulva*. *Vagina* berada diantara kandung kencing dan *rectum*. Terdapat lipatan di

dinding tersusun *circulair (rugae)*. Selaput lendir *vagina* tidak memiliki kelenjar (hanya kulit). Puncak vagina terdapat bagian *cervix* yang menonjol (*portio*) dan membagi vagina menjadi 4 (*fornix anterior, posterior* dan *lateral* kanan-kiri). Faal penting vagina adalah saluran pengeluaran haid dan sekret uterus, alat persetubuhan dan jalan lahir.

2) *Uterus*

Selama tidak hamil ada di *pervis minor* (antara *vesica urinaria* dan *rectum*). Sebagian besar tertutup *peritoneum*. Bagian bawah permukaan dapat lekat dinding belakang *visca urinaria*. Berongga dengan bentuk bola lampu gepeng, terdiri dari *corpus uteri* (segi tiga) dan *cervix uteri (silindris)*. Bentuk dan ukuran uterus berbeda-beda tergantung dari usia dan pernah melahirkan atau belum.

3) *Tuba fallopi*

Tuba fallopi terdiri atas *Pars interstitialis, pars ismika, pars billaris infundibulum*. Bagian luar tuba diliputi oleh *peritoneum viserale* yang merupakan bagian dari *memontum latim*. *Tuba fallopi* Fungsi utamanya membawa *ovum* yang dilepaskan ovarium ke jurusan *cavum uteri*.

4) *Ovarium* (indung telur)

Pada umumnya mempunyai 2 bidang telur kanan dan kiri. *ovarium* berukuran kira-kira sebesar ibu jari tangan dengan ukuran panjang kira-kira 4cm, tebal kira-kira, 1,5 cm.

3. Etiologi

Penyebab pre eklampsia saat ini tidak bisa diketahui dengan pasti, walaupun penelitian yang dilakukan terhadap penyakit ini sudah sedemikian maju. Semuanya baru didasarkan pada teori yang dihubungkan dengan kejadian. Itulah sebab pre eklampsia disebut juga "*Disease of Theory*", menurut Lia Yulianti, 2010 teori yang dapat diterima harus dapat menerangkan hal berikut :

- a. *Primigraviditas*, kehamilan ganda, *hidramnion*.
- b. Tuanya kehamilan.

- c. Kematian janin dalam uterus.
- d. *Hipertensi, edema, proteinuria*, kejang, dan koma.

4. Patofisiologi

Vasokonstriksi merupakan dasar patogenesis PER. *Vasokonstriksi* menimbulkan peningkatan total perifer resisten dan menimbulkan hipertensi. Adanya *vasokonstriksi* juga akan menimbulkan hipoksia pada *endotel* setempat, sehingga terjadi kerusakan endotel, kebocoran *arterole* disertai perdarahan mikro pada tempat endotel. Selain itu hubel mengatakan bahwa adanya *vasokonstriksi arteri spiralis* akan menyebabkan terjadinya penurunan perfusi *uteroplaster* yang selanjutnya akan menimbulkan sumber reaksi *hiperoksidase* lemak, sedangkan proses *hiperoksidase* itu sendiri memerlukan peningkatan konsumsi oksigen, sehingga dengan demikian akan mengganggu metabolisme didalam sel peroksidase lemak adalah hasil proses oksidase lemak tak jenuh yang menghasilkan hiperoksidase lemak jenuh. *Peroksidase* lemak merupakan radikal bebas. Apabila keseimbangan antara *peroksida* terganggu, dimana peroksida dan oksidan lebih dominan, maka akan timbul keadaan yang disebut stress oksidatif.

Pada PE-E serum anti oksidan kadarnya menurun dan plasenta menjadi sumber terjadinya *peroksidase* lemak. Sedangkan pada wanita hamil normal, ion tembaga dan *sulfhidril* yang berperan sebagai anti oksida yang cukup kuat. *Peroksidase* lemak beredar dalam aliran darah melalui ikatan lipo protein. *Peroksidase* lemak ini akan sampai kesemua komponen sel yang dilewati termasuk sel-sel endotel yang akan mengakibatkan rusaknya sel-sel *endotel* tersebut. Rusaknya sel-sel *endotel* tersebut akan mengakibatkan antara lain gangguan permeabilitas lapisan *endotel* terhadap plasma, terlepasnya enzim lisosom, *tromboksen* dan *serotonin* sebagai akibat rusaknya trombosit, produksi *protasiklin* terhenti, terganggunya keseimbangan prostasiklin dan tromboksen, terjadinya hipoksia plasenta akibat konsumsi oksigen oleh peroksidase lemak. (Aiyeyeh rukiyah, 2010).

5. Manifestasi klinik

Manifestasi klinik menurut Mitayani (2009) mulai dengan kenaikan berat badan diikuti edema kaki dan tangan, kenaikan tekanan darah dan terakhir menjadi proteinuria. Pada pre eklamsia ringan gejala subyektif belum dijumpahi tetapi pada preeklamsia berat diikuti keluhan subyektif, meliputi :

- a. Sakit kepala terutama didaerah frontalis
- b. Rasa nyeri didaerah epigastrium
- c. Gangguan pengelihatn mata menjadi kabur
- d. Terdapat mual sampai muntah
- e. Gangguan pernafasan sampai sianosis
- f. Terjadi gangguan kesadaran
- g. Dengan pengeluaran proteinuria keadaan penyakit semakin berat, karena terjadi gangguan fungsi ginjal

6. Komplikasi

Bergantung pada derajat pre eklamsia yang dialami. Namun yang termasuk komplikasi pre eklamsia menurut Mitayani (2009) antara lain :

1. Pada ibu
 - a. Eklamsia.
 - b. Solusio plasenta.
 - c. Perdarahan subkapsula hepar.
 - d. Kelainan pembekuan darah.
 - e. Ablasio retina.
 - f. Gagal jantung hingga syok dan kematian.
2. Pada janin
 - a. Terhambatnya pertumbuhan dalam uterus.
 - b. Prematur.
 - c. Asfiksia neonatorum.
 - d. Kematian dalam uterus.
 - e. Peningkatan angka kematian dan kesakitan perinatal.

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut Nita Norma dan Mustika Dwi (2013) yang diberikan pada pasien *Post SC* indikasi *Pre Eklamsi Ringan* diantaranya :

- a. Penatalaksanaan secara medis
 - 1) *Analgesik* diberikan setiap 3 – 4 jam atau bila diperlukan seperti *Asammefenamat*, *Ketorolak*, *tramodol*.
 - 2) Pemberian transfusi darah bila terjadi perdarahan pertum yang hebat.
 - 3) Pemberian antibiotik seperti seperti *cefotaxim*, *ceftriaxon* dan lain-lain.
Walaupun pemberian antibiotik sesudah *Sectio Caesaria* efektif dapat dipersoalkan, namun pada umumnya pemberiannya dianjurkan.
 - 4) Pemberian cairan parenteral seperti *Ringer Laktat* dan *NaCl*.
- b. Penatalaksanaan keperawatan
 - 1) Periksa dan catat tanda – tanda vital setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada 4 jam kemudian.
 - 2) Perdarahan dan urin harus dipantau secara ketat.

B. Sectio Carsarea

1. Pengertian

Sarwono (2009) mendefinisikan *Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram. Sedangkan menurut Jitowiyono (2010) *Sectio Caesarea* adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat badan diatas 500 gram, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Dan menurut Amru Sofian (2012) *Sectio Caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding depan perut.

2. Macam-macam

Macam-macam *Sectio Caesarea* menurut Sharon J. Reeder, Leonide L. Martin & Deborah Koniak Grivin (2011), Membagi *sectio caesarea* menjadi dua yaitu :

a. *Sectio caesarea transperitonealis*.

- 1) *Sectio caesarea klasik*, merupakan pembedahan dimana pembedahan dilakukan dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. Keuntungan tindakan ini adalah mengeluarkan janin lebih cepat, tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik dan sayatan bias diperpanjang proksimal dan distal. Kerugian yang dapat muncul adalah infeksi mudah menyebar secara intra abdominal dan lebih sering terjadi ruptura uteri spontan pada persalinan berikutnya.
- 2) *Sectio caesarea profunda* dikenal juga dengan sebutan *low cervical* yaitu sayatan pada segmen bawah rahim. Keuntungannya adalah penjahitan luka lebih mudah, kemungkinan ruptur uteri spontan lebih kecil dibandingkan dengan *sectio caesarea* dengan cara klasik, sedangkan kekurangannya yaitu perdarahan yang banyak dan keluhan pada kandung kemih postoperative tinggi.

b. *Sectio caesarea ekstraperitonealis*.

Sectio caesarea ekstraperitonealis, yaitu *sectio caesarea* berulang pada seorang pasien yang pernah melakukan *sectio caesarea* sebelumnya. Biasanya dilakukan di atas bekas luka yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan insisi dinding dan fasia abdomen sementara peritoneum dipotong. Pada saat ini pembedahan ini tidak banyak dilakukan lagi untuk mengurangi bahaya infeksi puerperal.

3. Indikasi

Indikasi *sectio caesarea* menurut Reeder, Sharon J, 2011 sebagai berikut :

a. Ibu dan janin

Indikasi paling umum kedua (30%), yang pada umumnya ditujukan sebagai suatu kegagalan kemajuan dalam persalinan. Hal

ini mungkin berhubungan dengan ketidak sesuaian antara ukuran panggul dengan ukuran kepala janin.

b. Ibu

Penyakit ibu yang berat, seperti penyakit jantung berat, pre eklampsia berat dan eklampsia. Penyakit tersebut membutuhkan persalinan SC karena berbagai alasan untuk mempercepat kelahiran dalam suatu kondisi yang kritis.

c. Janin

Gawat janin, seperti janin dengan kasus prolaps tali pusat, *insufisiensi uterop plasenta* berat, malpresentasi, seperti letak melintang, janin dengan presentasi dahi. Kehamilan ganda dengan bagian terendah janin kembar adalah posisi melintang bokong.

d. Plasenta

Plasenta previa pemisahan plasenta sebelum waktunya.

C. Masa Nifas

1. Pengertian masa nifas

Menurut Setyo Retno dan Sri Handayani masa nifas (*puerperium*) (2011) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra-hamil. Lama masa nifas ini yaitu 6-8 minggu. Sedangkan menurut Marmi (2011) masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan plasenta berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu. Jadi masa nifas (*puerperium*) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari.

2. Klasifikasi

Pembagian masa nifas menurut Suherni (2008) dibagi dalam 3 periode yaitu sebagai berikut :

- a. Puerperium dini adalah kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam dianggap telah bersih.

- b. Puerperium intermedial adalah keputihan yang menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.
- c. Remote puerperium adalah waktu persalinan mempunyai komplikasi waktu untuk bisa berminggu-minggu, atau bulanan atau tahunan.

3. Perubahan psikologis dan fisiologis masa nifas

- a. Perubahan psikologis masa nifas menurut Marmi, 2011 adalah sebagai berikut :

1) *Fase taking in*

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 fase ini yang diperlukan ibu adalah informasi tentang bayinya, bukan cara merawat bayi.

2) *Fase taking hold*

Fase kedua masa nifas adalah *fase taking hold* ibu berusaha mandiri dan berinisiatif. Perhatian terhadap kemampuan mengatasi fungsi tubuhnya misalnya kelancaran buang air besar hormone 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, untuk mengetahui bahwa itu adalah normal.

3) *Fase letting go*

Adalah fase kemandirian dimulai minggu ke 5 dan ke 6 setelah melahirkan kelahiran sistem keluarga telah menyesuaikan diri dengan keluarga yang baru, secara fisik sudah mampu untuk menerima tanggung jawab normal dan tidak menerima peran sakit, tahap ini akan terus berlanjut sampai terganggu oleh periode ketergantungan lainnya.

b. Perubahan fisiologis

1) Uterus

- a) Berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.
- b) Perubahan tinggi fundus uteri menurut masa involusi

Tabel 1.1 perubahan tinggi fundus uteri menurut masa involusi

Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	$\frac{1}{2}$ pusat – simpisis	500 gram
2 minggu	Tak teraba	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

2) *Lochea*

Adalah cairan atau secret yang keluar berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Macam-macam lochea :

- a) *Lochea rubra (cruenta)*, yaitu lochea yang berwarna merah segar, mengandung sisa-sisa selaput, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo dan mekoneum. Keluar hari 1-2 post partum.
- b) *Lochea sanguinolenta*, berwarna merah kekuningan, berisi darah dan lendir, keluar pada hari 3-7 post partum.
- c) *Lochea serosa*, berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi. Keluar pada hari 14-17 post partum.
- d) *Lochea alba*, yaitu cairan berwarna putih, keluar setelah 2 minggu.
- e) *Lochea purulenta* yaitu *lochea* yang keluar jika terjadi infeksi, berupa cairan seperti nanah, berbau busuk.
- f) *Lochiostasis*, yaitu *lochea* yang keluarnya tidak lancar.

3) *Serviks*

Mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah bayi lahir, ostium eksterna dapat dimasuki oleh tangan, setelah 2 jam dapat dimasuki oleh 2-3 jari tangan, setelah 6 minggu post partum *serviks* menutup kembali. Adanya robekan kecil saat dilatasi, maka *serviks* tidak dapat kembali seperti keadaan tidak hamil tapi hanya berupa lubang yang sudah sembuh, tertutup dan berbentuk celah.

4) *Vagina dan vulva*

- a) Mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan.
- b) Kedua organ tetap dalam keadaan kendur.
- c) Setelah 3 minggu *vulva* dan *vagina* kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae pada vagina berangsur-angsur akan muncul kembali.
- d) Himen mengalami ruptur pada saat melahirkan bayi dan tersisa kulit yang disebut *karunkulae mirtiformis*.
- e) Penurunan estrogen pasca partum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae.
- f) Vagina yang semula teregang berangsur-angsur menyempit.

5) *Perineum*

Perineum menjadi kendur sebelumnya merengang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke-5, *perineum* sudah mendapatkan kembali sebagian tunusnya, sekalipun tetap lebih kendur dari keadaan sebelum hamil.

c. Perubahan sistem pencernaan

Ibu biasanya lapar segera setelah melahirkan, sehingga ia boleh mengonsumsi makanan ringan. Setelah benar-benar pulih dari efek *analgesia*, *anastesia*, dan kelelahan, kebanyakan ibu merasa sangat lapar. Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal. Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama dua sampai tiga hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini bisa disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, edema sebelum melahirkan, kurang makan atau dehidrasi.

d. Perubahan sistem urinarius

Setelah plasenta lahir hormone estrogen akan menurun yang mengakibatkan terjadinya diuresis (estrogen bersifat menahan air). BAK dapat tertunda sampai 8 jam post partum,

kesulitan BAK ini dapat disebabkan karena *spasme sfingter* dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami penekanan kepala janin dan tulang pubis selama proses persalinan. Setelah 12-36 jam post partum urine akan dikeluarkan dalam jumlah besar. Pada saat hamil terjadi peningkatan cairan *ekstraselluler* 50% dan setelah melahirkan cairan ini akan di eliminasi bersama-sama urin.

e. Perubahan sistem muskuloskeletal

Adaptasi sistem muskuloskeletal ibu yang terjadi selama masa hamil berlangsung secara terbalik pada masa pascapartum. Adaptasi ini mencakup hal-hal yang membantu relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan berat badan ibu akibat pembesaran rahim. Stabilisasi sendi lengkap pada minggu ke-6 sampai minggu ke-8 setelah wanita melahirkan. Akan tetapi, walaupun semua sendi lain kembali normal sebelum hamil, kaki wanita tidak mengalami perubahan setelah melahirkan. Wanita yang baru menjadi ibu akan memerlukan sepatu yang ukurannya lebih besar.

f. Perubahan sistem gastrointestinal

BAB biasanya tertunda selama 2-3 hari setelah melahirkannya karena edema persalinan, diit cairan, obat analgesik selama persalinan, dan perineum yang terasa sangat sakit. Faal usus akan kembali normal setelah 2-3 hari post partum.

g. Perubahan tanda vital

Peningkatan tekanan sistolik atau diastolic meningkat 4 hari pasca persalina, hipotensi orthostatik dapat timbul dalam waktu 48 jam pertama. Pernafasan dalam rentang normal sebelum melahirkan. Denyut nadi dan volume sekuncup lebih tinggi selama 1 jam pertama setelah bayi lahir. Suhu dalam 24 jam pertama meningkat sampai 38°C akibat dari dehidrasi selama persalinan.

h. Perubahan sistem kardiovaskuler

Pada persalinan normal kehilangan darah sekitar 200-250ml, sedangkan pada persalinan *sectio caesarea*, pengeluaran daerah 2 kali lipatnya. Perubahan terdiri dari volume

darah dan kadar hematokrit. Setelah persalinan volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menyebabkan beban pada jantung dan akan menimbulkan dekompensasi Cordis. Pada pasien dengan vitum cardio keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan tumbuhnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti semula. Umumnya, ini terjadi pada 3-5 hari postpartum.

i. Perubahan sistem neurologi

Rasa tidak nyaman neurologis yang diinduksi kehamilan akan menghilang setelah wanita melahirkan. Eliminasi edema fisiologis melalui diuresis setelah bayi lahir menghilangkan sindrom *carpal tunnel* dengan mengurangi kompresi syaraf median. Rasa kesemutan periodik pada jari yang dialami wanita hamil biasanya hilang setelah bayi lahir.

D. Konsep Keperawatan

1. Pengkajian menurut Joyce (2014)

a. Identitas atau biodata

- 1) Identitas pasien, terdiri dari nama, umur, agama, pendidikan, alamat, tanggal masuk, tanggal partus, dan jenis partus.
- 2) Identitas penanggung jawab, terdiri dari nama, umur, pendidikan, agama, alamat, dan hubungan dengan pasien.

b. Keluhan utama

Apa yang dikeluhkan dan dirasakan pasien saat pengkajian.

c. Riwayat penyakit sekarang

Gangguan pada waktu hamil muda, tempat pemeriksaanya dan obat apa saja yang pernah diberikan, kapan HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) dan HPL (Hari Perkiraan Lahir).

d. Riwayat penyakit dahulu

Apakah dahulu pasien pernah dirawat di rumah sakit dan pernah menjalani pembedahan, riwayat reproduksi pasien, dan adakah anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit menular dan menurun.

- e. Riwayat haid
Kapan pasien haid pertama kali, siklus menstruasi, lamanya, dan adakah keluhan saat haid.
- f. Riwayat persalinan
Jenis persalinan saat ini, lama persalinan, jumlah perdarahan, dan keadaan umum pasien.
- g. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu
(G ?, P ?, A ?) atau kehamilan keberapa? Sudah melahirkan barang kali? Dan apakah dulu pernah mengalami abortu atau keguguran?
- h. Riwayat kontrasepsi
Apakah pasien menjadi aseptor KB atau tidak, jenis kontrasepsi apa yang digunakan dan berapa lama pasien aseptor KB, adakah keluhan selama menjadi aseptor.
- i. Pengkajian 11 pola fungsi menurut gordon's
 - 1) Riwayat keperawatan untuk pola persepsi kesehatan penanganan kesehatan. Menggambarkan pola pemahaman pasien tentang kesehatan dan kesejahteraan serta bagaimana keseharian pasien.
 - 2) Riwayat keperawatan untuk pola nutrisi-metabolik dan suplai gizi, terdiri dari pola konsumsi makanan dan cairan, keadaan kulit, dan membran mukosa, suhu tubuh, tinggi badan dan berat badan.
 - 3) Riwayat keperawatan untuk pola eliminasi
Menggambarkan pola ekskresi (usus besar, kandung kemih dan kulit) perubahan atau gangguan dan metode yang digunakan untuk mengendalikannya.
 - 4) Riwayat keperawatan untuk pola aktivitas latihan
Menggambarkan pola olah raga pasien, aktivitas pasien untuk mengisi waktu luang dan rekreasi termasuk aktivitas sehari-hari, dan faktor-faktor yang mempengaruhi pola aktivitas (seperti otot syaraf respirasi dan sirkulasi)
 - 5) Riwayat keperawatan untuk pola istirahat dan tidur
Menggambarkan pola tidur pasien, istirahat dan rekreasi serta bantuan untuk merubah pola tersebut.

- 6) Riwayat keperawatan untuk pola persepsi kognitif
Menggambarkan pola persepsi sensori pasien (penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecap dan peraba), melaporkan mengenai persepsi nyeri dan kemampuan fungsi kognitif pasien.
 - 7) Riwayat keperawatan untuk pola persepsi diri atau konsep diri
Menggambarkan bagaimana pasien memandang dirinya sendiri, kemampuan pasien, gambaran diri dan perasaan pasien.
 - 8) Riwayat keperawatan untuk Pola peran atau hubungan
Menggambarkan pola keterikatan peran hubungan peran hubungan pasien, meliputi persepsi terhadap peran utama dan tanggung jawab dalam situasi kehidupan saat ini.
 - 9) Riwayat keperawatan untuk pola reproduksi
Menggambarkan adanya gangguan atau tidak dalam hubungan seksualitas termasuk status reproduksi wanita.
 - 10) Riwayat keperawatan untuk koping-toleransi stress
Menggambarkan pola koping umum dan keaktifan koping pasien dalam mentoleransi stress
 - 11) Riwayat kesehatan untuk pola ini atau kepercayaan (termasuk kepercayaan spiritual) yang mengarahkan pada pilihan dan kepuasan gaya hidup.
- j. Pemeriksaan fisik
- 1) Keadaan umum
Keadaan pasien setelah melahirkan.
 - 2) Kesadaran dan vital sign
Bagaimana kesadaran dan vital sign pasien (tekanan, nadi, respirasi dan suhu tubuh) setelah melahirkan.
 - 3) Mata
Periksa keadaan konjungtiva apakah ada tanda anemis, sklera ikterik atau tidak.
 - 4) Muka
Adakah cloasma gravidarium atau topeng kehamilan, pucat.
 - 5) Leher
Adakah pembesaran kelenjar troid, pembesaran JVP dan adakah nyeri telan.

6) Dada

a) Inspeksi

Periksa bentuk, kesimetrisan, kebersihan, adanya kelainan pada puting, dan areola mammae.

b) Palpasi

Adakah nyeri tekan, adakah benjolan, apakah ASI atau kolestrom sudah keluar atau belum.

7) Abdomen

a) Inspeksi

Periksa kebersihan, adakah linea nigra, striae, luka post operasi, dan berapa panjang lukanya

b) Palpasi

Periksa tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, luka post operasi, adakah penumpukan distensi bladder, jika ada luka operasi adakah pus, kontraksi uterus.

c) Auskultasi

Berapa frekuensi peristaltik usus dalam satu menit.

8) Genetalia

Periksa ada tidaknya pembengkakan pada vagina, pengeluaran lochea (jenis, warna, bau, jumlah), frekuensi ganti pembalut, sifat pengeluaran (menetes, merembas atau memancar) pada parinium utuh, terpasang kateter atau tidak.

9) Ekstremitas

a) Atas

Periksa kelengkapan anggota gerak, adakah edema atau tidak, adakah keterbatasan gerak atau tidak, terpasang infus di bagian mana.

b) Bawah

Periksa adakah edema atau tidak, adakah tromboflebitis, adalah varises, adakah nyeri tungkai (homan sign) dan adakah keterbatasan gerak.

k. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan menunjang menurut Mitayani (2009) adalah sebagai berikut :

a) Pemeriksaan darah lengkap dengan hapusan

1) Pemeriksaan laboratorium

Penurunan hemoglobin (nilai rujukan untuk wanita hamil 12-14 gr %), hematokrit meningkat (nilai rujukan 37-43 vol %), trombosit menurun (nilai rujukan 150-450 ribu/mm³).

2) Urinalisis

Ditemukan protein dalam urine.

3) Pemeriksaan fungsi hati

Billirubin meningkat (N=0,3 mg/dl), LDH (Laktat Dehidrogenase) meningkat, total protein serum menurun (N=6,7-8,7 g/dl).

4) Tes kimia darah

Asam urat meningkat (N=2,4-2,7 mg/dl).

b) Radiologi

1) Ultrasonografi

Ditemukannya retradasi pertumbuhan janin intra uterus. Pernafasan intrauterus lambat, aktifitas janin lambat, dan volume cairan ketuban sedikit.

2) *Cardiotokography*

Diketahui denyut jantung janin lemah

2. Diagnosa dan intervensi keperawatan

Diagnosa yang mungkin muncul pada post partum atau ibu nifas menurut Aplikasi Nanda NIC-NOC (2013) adalah :

a. Nyeri akut b/d agen injuri fisik (*luka post sectio caesarea*)

Tujuan dilakukan tindakan keperawatan diharapkan lien dapat mengontrol nyerinya, dengan kriteria hasil klien mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri), melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, skala nyeri 1-3, wajah tampak rileks, tanda-vital dalam batas normal.

Intervensi Kaji nyeri secara komprehensif termasuk lokal, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan skala nyeri (PQRST), rasional untuk mengetahui skala nyeri klien dan merencanakan tindakan yang paling efektif untuk meredakan nyeri. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan (nyeri), R/ laporan secara verbal atau non verbal (gangguan tidur, mata sayu, tampak capek, sulit atau hati-hati dalam bergerak, menyeringai), tingkah laku ekspresif (contoh gelisah, merintih, menangis, waspada, iritabel, nafas panjang atau berkeleluhan kesah), pasien dapat menyebutkan lokasi, penyebab, intensitas, skala, dan waktu nyeri itu muncul. Monitor tanda-tanda vital, R/ untuk menentukan kenyamanan dan kebutuhan klien lebih lanjut. Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi (reaksi nafas dalam), R/ teknik pereda nyeri non infasif dapat mengurangi nyeri dengan menstimulus serabut syaraf berdiameter besar yang membawa informasi seperti sentuhan untuk menghalangi pengiriman nyeri. Kolaborasi dalam pemberian analgetik, R/ untuk mengurangi rasa nyeri.

b. Resiko infeksi b/d prosedur invasif

Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien dapat mengetahui cara mengontrol infeksi dan dapat mengontrol infeksi dengan kriteria hasil klien terbebas dan tanda-tanda infeksi (rubor, dolor, calor, tumor, fungsiolesa), menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal, menunjukkan perilaku hidup sehat.

Intervensi monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal, R/ untuk mengetahui adanya tanda-tanda infeksi sejak dini. Monitor jumlah leukosit, R/ pada umumnya jumlah leukosit meningkat menandakan adanya infeksi. Lakukan perawatan luka operasi sectio caesarea dengan prinsip aseptik, R/ untuk mempercepat proses penyembuhan luka. Pertahankan cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan, R/ untuk menghindari terjadinya penularan periyakit. Kolaborasi dalam pemberian antibiotic sesuai indikasi, R/ untuk mencegah terjadinya infeksi.

- c. Resiko defisit volume cairan b/d pengeluaran yang berlebihan, perdarahan, diuresis, keringat berlebih.

Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan pemenuhan cairan klien dapat terpenuhi dengan kriteria hasil tidak ada tanda dehidrasi, resolusi edema, haluaran urine diatas 30 ml/jam, kulit kenyal atau turgor kulit baik. Intervensi observasi tanda vital setiap 4 jam, R/ untuk mengetahui keadaan umum klien. Observasi warna urine, R/ untuk mengidentifikasi penyimpangan dan hasil yang diharapkan. Anjurkan klien untuk minum banyak, R/ agar kebutuhan masukan cairan oral dapat terpenuhi. Observasi balance cairan, R/ untuk mengidentifikasi keseimbangan cairan klien secara adekuat dan teratur. Konsultasi dengan dokter bila manifestasi kelebihan cairan terjadi, R/ untuk mencegah terjadinya kelebihan cairan yang berisiko terjadinya cedema paru.

- d. Resiko perdarahan b/d komplikasi pascapartum (atonia uteri)

Tujuan setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan perdarahan berkurang dengan kriteria hasil tekanan darah dalam batas normal, Hb dan hematokrit dalam batasnornal, perdarahan berkurang.

Intervensi monitor tanda-tanda vital, R/ untuk mengetahui keadaan umum klien. Monitor Hb dan Ht, R/ untuk mengetahui terjadi anemia atau tidak. Kaji kontraksi uterus, R/ kontraksi uterus lembek menandakan adanya atonia uteri. Observasi pengeluaran perdarahan pervagina, R/ untuk mengetahui jumlah perdarahan yang keluar. Lakukan massage uterus, R/ untuk merangsang kontraksi uterus agar perdarahan berkurang.

- e. Gangguan pola tidur.

Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kualitas tidur klien baik dengan kriteria hasil jumlah jam tidur dalam batas normal 6-7 jam/ hari, pola tidur dan kualitas dalam batas normal, mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur.

Intervensi monitor waktu tidur klien, R/ untuk mengetahui kualitas tidur klien. Monitor atau catat kebutuhan tidur klien setiap hari, R/ mengetahui adakah gangguan tidur atau tidak. Jelaskan

pentingnya tidur yang edekuat, R/ kebutuhan yang terpenuhi dengan cukup mengurangi kelelahan. Koaborasi dalam pemberian obat tidur sesuai dengan indikasi, R/ untuk mengurangi gangguan tidur.

- f. Perubahan pola eliminasi BAB (Konstipasi) b/d kurang mobilisasi, diet yang tidak edekuat, trauma persalinan.

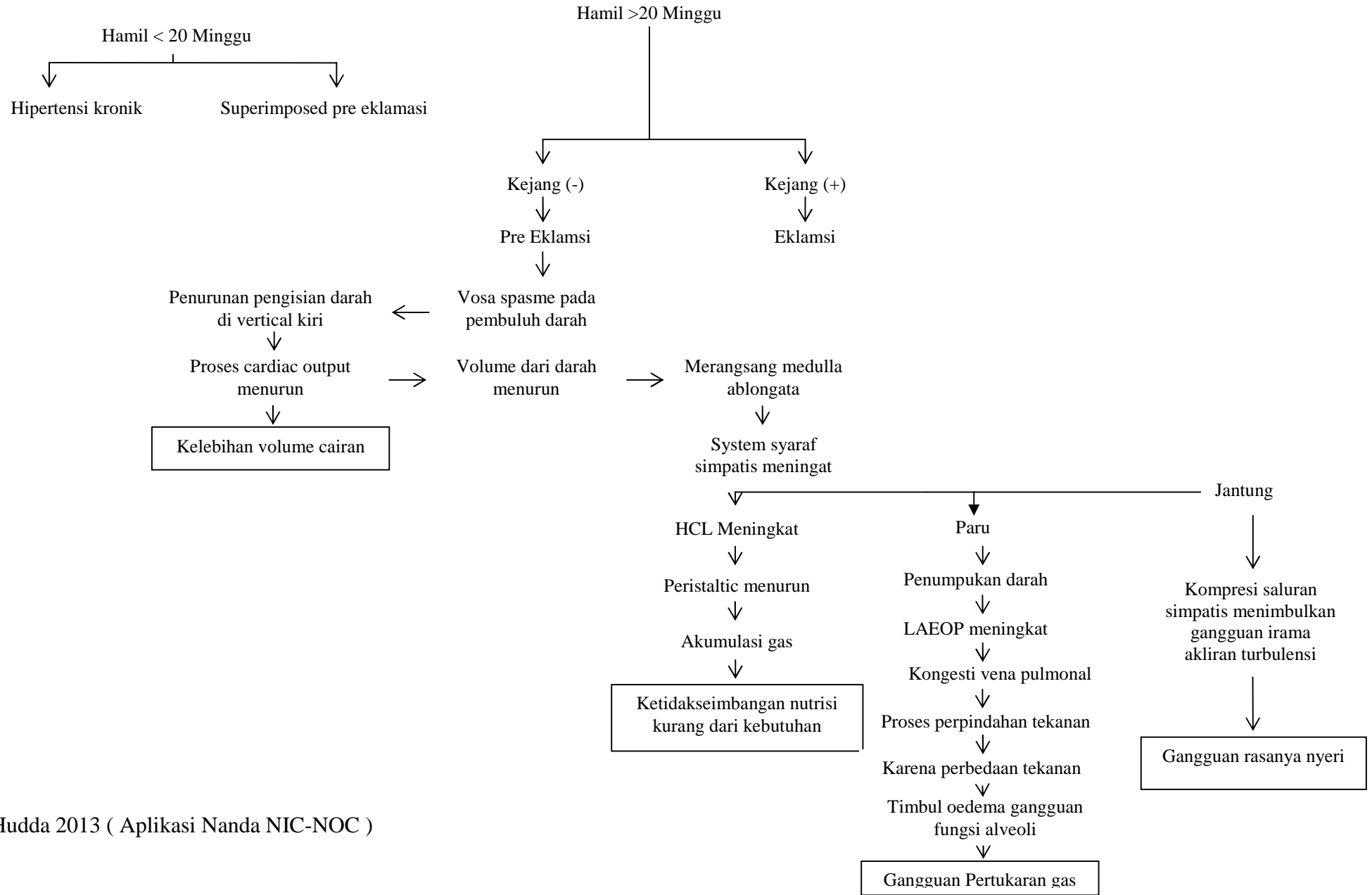
Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan klien dapat eliminasi (BAB) secara teratur dengan kriteria hasil pola eliminasi teratur, feses lunak, warna khas feses dan bau khas, tidak ada kesulitan BAB.

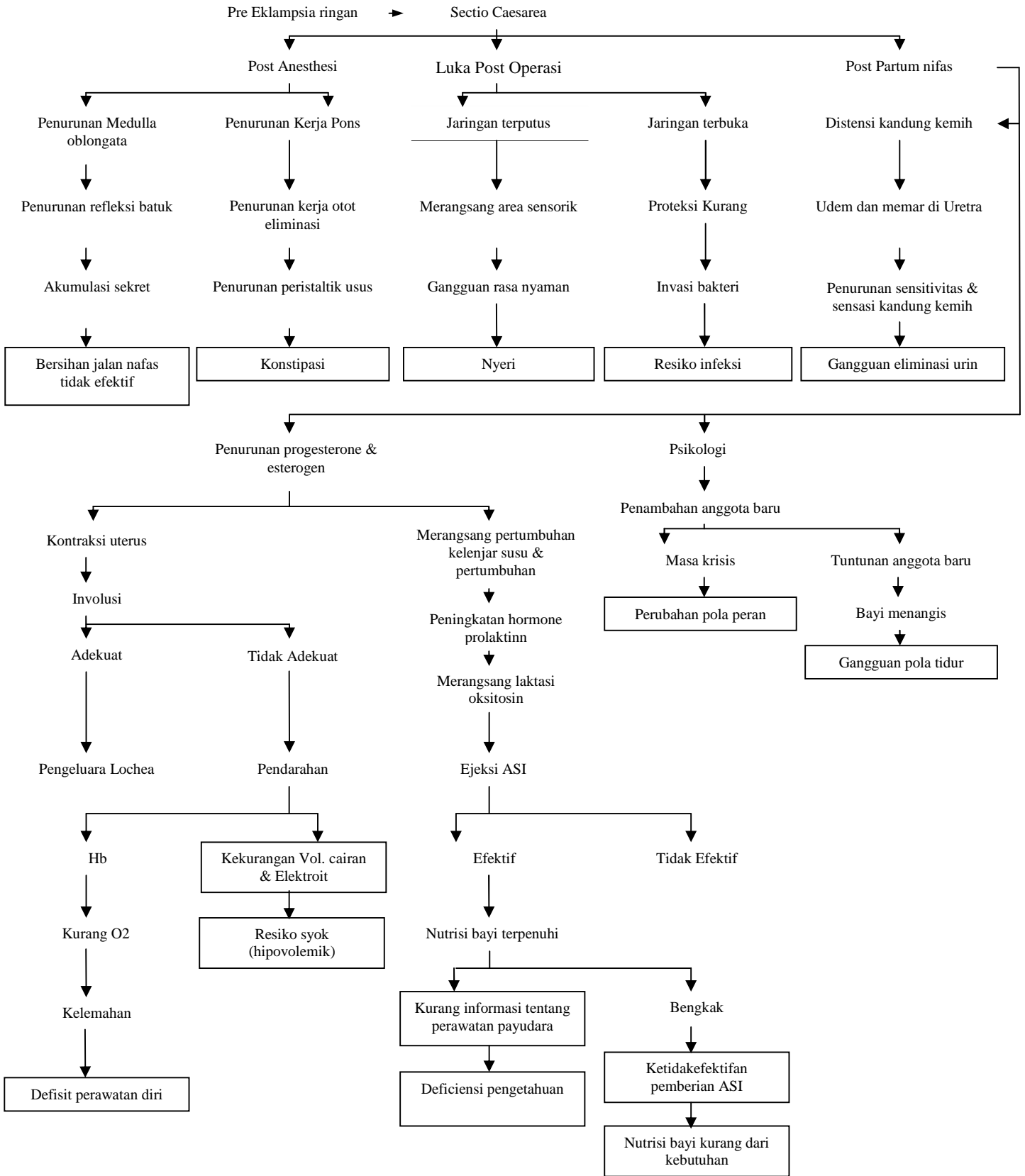
Intervensi kaji pola BAB, kesulitan BAB, warna, bau, konsistensi dan jumlah, R/ mengidentifikasi penyimpangan dan kemajuan dalam pola eliminasi (BAB). Anjurkan klien untuk minum banyak 2.500-3.000 ml/24jam, R/ cairan dalam jumlah yang cukup mencegah terjadinya penyerapan cairan dalam rectum secara berlebih. Kaji bising usus setiap 8 jam, R/ bising usus mengidentifikasi pencernaan dalam kondisi baik. Anjurkan klien untuk makan banyak serat seperti buah-buahan dan sayur-sayuran hijau, R/ kandungan serat yang cukup dapat mengurangi konstipasi.

- g. Defisit pengetahuan b/d kurangnya informasi tentang program KB.

Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien dapat mengetahui program KB dengan kriteria hasil pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang program KB, pasien dan keluarga menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat kesehatan.

Intervensi kaji pengetahuan pasien tentang program KB, R/ mengetahui pengetahuan klien tentang program KB. Beritahu pengertian, tujuan dan macam-macam KB, R/ agar mengerti tentang pengertian, tujuan dan macam-macam KB. Diskusi pada klien KB yang cocok digunakan, R/ agar dapat menentukan KB Cocok digunakan. Evaluasi tingkat pengetahuan klien setelah diberikan pendidikan kesehatan.





Amin Hudda 2013 (Aplikasi Nanda NIC-NOC)