

## Asuhan Keperawatan Pasca Partum Tindakan Sectio Caesarea Atas Indikasi Hipertensi Dalam Kehamilan

Novianti Dwi Perwitasari<sup>1</sup>, Ira Sukyati<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Akademi Keperawatan Pasar Rebo, Departemen Keperawatan Maternitas  
Jl Tanah Merdeka No 16, 17, 18, Jakarta Timur , 13750, Indonesia

[novianti.kpu@gmail.com](mailto:novianti.kpu@gmail.com)

[sukyatiira@gmail.com](mailto:sukyatiira@gmail.com)

### Abstrak

Ibu hamil dengan usia kehamilan 20 minggu sering mengalami hipertensi. Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi kehamilan yaitu usia (>35 tahun), faktor kehamilan, obesitas, dan riwayat hipertensi. Angka kematian akibat hipertensi dalam kehamilan di Indonesia semakin meningkat yaitu sebesar 27,1% pada tahun 2015 dan 33% pada tahun 2018. Tujuan dilakukan studi kasus yaitu mengetahui lebih mendalam masalah keperawatan yang muncul sehingga mampu membuat perencanaan yang tepat dan mencegah terjadi komplikasi seperti pre eklampsia, eklampsia, solusio plasenta dan lain- lain. Sedangkan pada janin : terhambatnya pertumbuhan janin dalam uterus, kelahiran prematur, asfiksia neonatorum, dan kematian janin. Populasi dalam penelitian ini adalah klien bernama Ny. D jenis kelamin perempuan, berusia 42 tahun dengan status perkawinan menikah dan mendapatkan sumber informasi dari klien dan keluarga. Berdasarkan data penelitian didapatkan hasil masalah keperawatan yaitu risiko penurunan curah jantung, nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik, risiko infeksi, intoleransi aktivitas, kelelahan, dan menyusui tidak efektif.

**Kata kunci:** sectio caesarea, hipertensi dalam kehamilan, diagnosa keperawatan.

### Abstract

*Pregnant women with gestational age of 20 weeks often experience hypertension. Some of the factors that influence the occurrence of gestational hypertension are age (> 35 years), pregnancy factors, obesity, and a history of hypertension. The mortality rate due to hypertension in pregnancy in Indonesia is increasing, namely by 27.1% in 2015 and 33% in 2018. The purpose of a case study is to find out more about nursing problems that arise so that they are able to make proper planning and prevent complications such as pre eclampsia, eclampsia, placental abruption and others. Whereas in the fetus: stunted fetal growth in the uterus, premature birth, neonatal asphyxia, and fetal death. The population in this study was a client named Ny. D is female, 42 years old with married marital status and obtaining information sources from clients and family. Based on the research data, it was found that the results of nursing problems were the risk of decreased cardiac output, acute pain associated with physical injury agents, risk of infection, activity intolerance, fatigue, and ineffective breastfeeding.*

**Keywords:** *sectio caesarea, hypertension in pregnancy, nursing diagnosis.*

## Pendahuluan

Menurut Junaidi (2010) Ibu hamil yang mengalami hipertensi biasanya terjadi pada bulan terakhir kehamilan atau lebih setelah 20 minggu usia kehamilan pada wanita yang sebelumnya normotensif, dengan tekanan darah mencapai nilai 140/90 mmHg, atau kenaikan tekanan sistolik 30 mmHg dan tekanan diastolik 15 mmHg di atas normal. Menurut Prawirohardjo (2013), klasifikasi hipertensi dalam kehamilan terdiri dari: hipertensi kronik, preeklampsia, eklampsia, hipertensi kronik dengan superimpose preeklampsia, hipertensi gestasional (*transient hypertension*). Sedangkan penyebab ibu hamil mengalami hipertensi belum jelas, akan tetapi ada faktor resiko yaitu primigravida, primiparitas, hiperplasentosis, misalnya: mola hidatidosa, kehamilan multipel, diabetes melitus, hidrops fetalis, bayi besar, umur (>35 tahun), riwayat keluarga yang pernah pre eklampsia/eklampsia, penyakit-penyakit ginjal dan hipertensi yang sudah ada sebelum hamil dan obesitas. Beberapa teori yang mengemukakan terjadinya hipertensi dalam kehamilan diantaranya adalah teori kelainan vaskularisasi plasenta, terjadi kekakuan dan keras pada lapisan otot spiral.

Terdapat 839 juta kasus hipertensi pada ibu hamil tahun 2012 (WHO). Menurut Tarigan et al (2018) penyebab kematian ibu hamil yaitu disebabkan karena terjadi perdarahan (25%) biasanya perdarahan pasca persalinan, hipertensi pada ibu hamil (12%), partus macet (8%), aborsi (13%) dan karena sebab lain (7%) (Tarigan et al. 2018). Dalam Profil kesehatan Indonesia tahun 2015 diketahui bahwa hipertensi (27,1%) adalah persentasi tertinggi kedua penyebab kematian ibu setelah perdarahan (30,3%) (Depkes RI, 2015). Lalu mengalami kenaikan pada tahun 2018 prevalensi hipertensi pada wania hamil di Indonesia sebesar 33% (Riskesmas, 2018). Prevalensi hipertensi ibu hamil sebesar 6,18% dengan jumlah hipertensi paling banyak di Provinsi Jawa Barat (10,57%).

Dengan melihat tingginya prevalensi dari hipertensi dalam kehamilan, dan komplikasi yang serius akibat masaah ersebu jika tidak segera ditangani maka peran perawat sangatlah dibutuhkan dalam merawat klien. Peran perawat meliputi empat aspek, diantaranya peran promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Peran promotif yaitu upaya pada peningkatan kesehatan dengan cara memberikan pendidikan kesehatan tentang cara mengontrol tekanan darah agar tetap stabil dan informasi tentang kesehatan

reproduksi salah satunya yaitu pemakaian kontrasepsi sehingga diharapkan klien dapat memilih sendiri jenis kontrasepsi yang sesuai dengan keinginan klien. Peran preventif yaitu pencegahan dan meminimalisasi potensi risiko agar tidak terjadi komplikasi dengan cara menganjurkan klien untuk mengontrol tekanan darah secara teratur, kontrol terjadinya perdarahan, dan kontrol kontraksi uterus. Peran kuratif pada ibu pasca partum yaitu pemberian obat antibiotik, analgetik, dan antihipertensi dengan cara berkolaborasi dengan tim medis lainnya yang bertujuan untuk mengatasi tanda dan gejala ibu pasca partum dengan hipertensi dalam kehamilan. Peran rehabilitatif yaitu upaya yang dilakukan perawat dalam masa pemulihan klien dalam aspek biopsikososial dengan cara memandirikan klien sehingga klien dapat pulih, mampu dalam beraktivitas sehari-hari, memotivasi klien untuk minum obat secara teratur dan selalu kontrol ke pelayanan Kesehatan.

Menurut Kemenkes RI (2013), Tindakan medis yang dapat dilakukan pada ibu pasca partum dengan hipertensi dalam kehamilan, antara lain: pemberian obat antihipertensi, terapi sedatif misal fenobarbital 30 mg, dianjurkan untuk segera melakukan tubektomi, mengurangi asupan

natrium ( $<100$  mmol Na/2,4 gr, Na/6 gr NaCl/hari), menurunkan berat badan bila terdapat kelebihan (IMT  $\geq 27$ ). istirahat cukup pada tidur malam (7-8 jam), dan tidur siang ( $\leq 2$  jam).

## **Asuhan keperawatan**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Menurut Prawirohardjo (2013), Pengkajian pada pasien dengan kasus hipertensi dalam kehamilan meliputi: identitas umum ibu, data riwayat kesehatan sekarang, dahulu, dan keluarga, riwayat perkawinan, riwayat obstetrik, aktivitas/istirahat, sirkulasi, integritas ego, eliminasi, makanan/cairan, neurosensori, nyeri/ketidaknyamanan, pernapasan, keamanan, pembelajaran/penyuluhan

### **Metode penulisan**

Sistem penulisan yang digunakan penulis yaitu menggunakan metode pendekatan kasus untuk memperoleh data informasi. Penulis mengambil data dan informasi klien melalui wawancara secara langsung kepada klien, keluarga dan perawat ruangan. Observasi terhadap klien dilakukan dengan mengamati klien secara langsung untuk mengetahui gambaran secara nyata kondisi klien pasca partum tindakan sectio caesarea atas indikasi Hipertensi Dalam Kehamilan (HDK), dan

penulis melakukan pemeriksaan fisik “head to toe” seperti inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi bertujuan untuk mendapatkan data yang objektif.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Purwaningsih dan Fatmawati (2010) dan NIC NOC (2014-2016) menyebutkan beberapa kemungkinan diagnosa yang terjadi pada ibu pasca partum tindakan SC atas indikasi hipertensi dalam kehamilan diantaranya adalah:

- a. Kelebihan volume cairan interstisial berhubungan dengan penurunan tekanan osmotik, perubahan permeabilitas pembuluh darah.
- b. Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi iskemi miokard, hipertrofi ventikular.
- c. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan kurang suplai oksigen ke jaringan.
- d. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, peningkatan tekanan vaskular serebral.
- e. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
- f. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive.
- g. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan anomali payudara, kurang pengetahuan ibu tentang teknik menyusui, reflek hisap bayi buruk, keletihan.

## 3. Perencanaan Keperawatan

- a. Kelebihan volume cairan interstisial berhubungan dengan penurunan tekanan osmotik, perubahan permeabilitas pembuluh darah. Kriteria hasil: tanda-tanda vital dalam batas normal tekanan darah: 110/70-120/80 mmHg, nadi: 60-80x/menit, pernapasan: 16-20x/menit, suhu: 36,5-37,5°C, intake dan output seimbang, tidak terjadi asites dan edema ekstremitas, berat badan kembali normal, nilai hematokrit dalam batas normal (37-43%), nilai BUN dalam batas normal (7-20 mg/dl).

Intervensi keperawatan:

- 1) Pantau dan catat intake output setiap hari.
- 2) Monitor tanda-tanda vital, catat waktu pengisian kapiler (CRT).

- 3) Pantau atau timbang BB klien.
  - 4) Observasi keadaan edema.
  - 5) Kaji distensi vena jugularis dan perifer.
  - 6) Kolaborasi dengan dokter pemberian obat diuretik.
- b. Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi iskemi miokard, hipertrofi ventikular.
- Kriteria hasil : tanda-tanda vital dalam batas normal tekanan darah: 110/70-120/80 mmHg, nadi: 60-80x/menit, pernapasan: 16-20x/menit, suhu: 36,5-37,5°C, nadi perifer teraba dan teratur, intake output balance, tidak ada sianosis, dapat mentoleransi aktivitas (tidak ada kelelahan), tidak ada edema.
- Intervensi keperawatan :
- 1) Kaji dan dokumentasikan tekanan darah, adanya sianosis, status pernapasan, dan status mental.
  - 2) Pantau tanda kelebihan cairan.
  - 3) Pantau denyut perifer, pengisian ulang kapiler, dan suhu serta warna ekstremitas.
  - 4) Pantau asupan dan haluaran, haluaran urine, dan BB klien.
  - 5) Kaji toleransi aktivitas klien.
  - 6) Pantau dan dokumentasikan frekuensi jantung, irama, dan nadi.
- c. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan kurang suplai oksigen ke jaringan.
- Kriteria hasil: pengisian kapiler normal (CRT < 2 detik), kekuatan denyut nadi karotis normal, edema perifer tidak ada, tanda-tanda vital dalam batas normal tekanan darah: 110/70-120/80 mmHg, nadi: 60-80x/menit, pernapasan: 16-20x/menit, suhu: 36,5-37,5°C.
- Intervensi keperawatan :
- 1) Monitor tanda-tanda vital.
  - 2) Monitor status hidrasi klien.
  - 3) Berikan posisi semi fowler, kepala tinggikan 15-30°.
  - 4) Kaji capillary refill, GCS, warna dalam kelembapan kulit.
  - 5) Berikan oksigen tambahan sesuai dengan indikasi.
- d. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, peningkatan tekanan vaskular serebral.
- Kriteria hasil: tanda-tanda vital dalam batas normal tekanan darah:

110/70-120/80 mmHg, nadi: 60-80x/menit, pernapasan: 16-20x/menit, suhu: 36,5-37,5°C, tidak meringis, tidak menunjukkan raut wajah kesakitan, skal nyeri berkurang (0-3), klien mampu mengontrol nyeri dengan teknik non farmakologis, dan klien tampak rileks dan nyaman.

Intervensi Keperawatan :

- 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekwensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus.
  - 2) Monitor tanda-tanda vital.
  - 3) Ajarkan teknik non farmakologi seperti teknik relaksasi, distraksi, imajinasi, dan tarik napas dalam.
  - 4) Berikan posisi nyaman, tidak bising, dan ruangan terang.
  - 5) Kolaborasi dengan dokter terkait pemberian obat analgetik.
- e. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Kriteria hasil: klien mampu beraktivitas, klien tampak bersemangat, TTV

dalam batas normal TD: 110/70 – 120/80 mmHg, N: 60 – 80 x/menit, S: 36,5 – 37,5°C, RR: 16 – 20 x/menit, Hemoglobin dalam batas normal (12-14 g/dl).

Intervensi Keperawatan :

- 1) Kaji tingkat kemampuan untuk berpindah dari tempat tidur, berdiri, dan ambulasi.
  - 2) Monitor tanda-tanda vital.
  - 3) Evaluasi motivasi dan keinginan klien untuk meningkatkan aktivitas.
  - 4) Bantu klien untuk mengubah posisi secara berkala, bersandar, duduk, berdiri, dan ambulasi sesuai toleransi.
  - 5) Pantau asupan nutrisi untuk memastikan sumber-sumber energi yang adekuat.
- f. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Kriteria Hasil: tidak ada tanda-tanda infeksi (kalor, dolor, rubor, tumor, dan fungsiolaesa), leukosit dalam batas normal (5-10 ribu/uL), TTV dalam batas normal TD: 110/70 – 120/80 mmHg, N: 60-80x/menit, S: 36,5-37,°C, RR: 16-20x/menit, luka operasi tampak bersih.

Intervensi Keperawatan :

- 1) Kaji tanda-tanda infeksi.
- 2) Monitor TTV, terutama suhu.
- 3) Kaji keadaan luka post SC, keadaan jahitan.
- 4) Pertahankan teknik septik dan aseptik.
- 5) Lakukan perawatan luka.
- 6) Kolaborasi dengan dokter terkait pemberian obat antibiotik.
- 7) Lakukan pemeriksaan laboratorium (leukosit).

g. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan anomali payudara, kurang pengetahuan ibu tentang teknik menyusui, reflek hisap bayi buruk, kelelahan. Kriteria Hasil : menggambarkan peningkatan kepercayaan diri terkait pemberian ASI, mempertahankan keefektifan pemberian ASI selama yang diinginkan bayinya, ASI keluar, bayi mau menyusu, klien mengetahui cara merawat payudara bagi ibu menyusui.

Intervensi Keperawatan :

- 1) Kaji pengetahuan dan pengalaman ibu dalam pemberian ASI.

- 2) Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting.
- 3) Instruksikan ibu dalam teknik menyusui.
- 4) Anjurkan ibu untuk menggunakan kedua payudara setiap kali menyusui.
- 5) Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI.
- 6) Ajarkan klien tentang teknik menyusui yang benar.

#### 4. Pelaksanaan Keperawatan

Menurut Potter & Perry (2010) implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung terhadap klien. Menurut Setiadi (2010), Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Tahap akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi, yang memiliki tujuan apakah intervensi keperawatan telah berhasil meningkatkan kondisi klien (Potter & Perry, 2010).

Evaluasi keperawatan merupakan tahap penilaian atau perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya (Setiadi, 2010).

Hasil yang diharapkan pada klien dengan hipertensi dalam kehamilan yaitu :

- a. Volume cairan kembali normal.
- b. Tidak terjadi penurunan curah jantung.
- c. Klien menunjukkan keefektifan perfusi jaringan perifer.
- d. Nyeri dapat berkurang pada klien.
- e. Klien dapat menunjukkan toleransi dalam beraktivitas.
- f. Infeksi tidak terjadi.
- g. Menyusui kembali efektif.

## **Tinjauan kasus**

### **Pengkajian Keperawatan**

#### **1. Identitas Klien**

Nama klien Ny. D, usia 42 tahun, suku bangsa Betawi/Indonesia, agama Islam, pendidikan SMP, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat Kaliabang Tengah Rt.02 Rw. 12. Klien tinggal bersama suaminya Tn. R, usia 42 tahun, suku bangsa Betawi/Indonesia, agama Islam, pendidikan STM, pekerjaan tenaga

honorar, status perkawinan kawin, lama perkawinan 24 tahun, dan menikah 1 kali.

#### **2. Resume**

Klien datang ke IGD poli kebidanan RSUD dr. Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi pada tanggal 2 Maret 2020 pada pukul 05.46 WIB dengan keluhan mulas-mulas sejak pagi hari sebelum masuk ke Rumah Sakit. Klien mengatakan ini kehamilan ke-5, tidak ada riwayat keguguran, klien mengatakan di usia kehamilan 7 bulan tekanan darah mencapai 150/90 mmHg. Klien dilakukan pemeriksaan fisik dengan hasil tekanan darah 160/100 mmHg, nadi 70x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,2°C, saturasi 98%, TFU 29 cm, kontraksi uterus his 1x/menit, DJJ 122x/menit, pemeriksaan dalam bagian terendah kepala kaput, terdapat lendir darah, usia kehamilan 41-42 minggu, TBJ 2700 gram lebih. Konsul dokter dengan hasil G5 P4 A0 Hamil 41-42 minggu dengan kontraksi dan HDK rencana dilakukan operasi caesar. Tindakan yang dilakukan yaitu klien diberikan terapi IVFD RL 500ml/8 jam 20 tpm, nifedipine 3x10 mg, dan pengambilan sample darah. Persiapan operasi: surat ijin operasi, dokumen medik klien, obat hypobac, klien

terpasang kateter. Pada pukul 09.00 WIB klien dibawa ke ruang operasi, lalu pada pukul 09.45 WIB telah dilakukan operasi dan lahir satu orang bayi yang berjenis kelamin laki-laki, berat badan 3100 gram, dengan panjang badan 53 cm, lingkar kepala 35cm, lingkar dada 34cm, lingkar perut 32cm, APGAR Score menit ke1: 8, menit ke5: 9 dan anus positif. Lalu klien dipindahkan ke ruang recovery dilakukan pemeriksaan kesadaran compos mentis, warna kulit kemerahan, tekanan darah 150/90 mmHg, nadi 90x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36°C. luka operasi tertutup, lokasi luka abdomen, terpasang cairan RL 500ml/8 jam 20tpm, jumlah urine 200ml warna kuning keruh. Lalu klien dipindahkan ke ruang Dahlia pada pukul 11.00 WIB dengan diagnosa masuk P5 A0 post sc H1 atas indikasi HDK Post Matur. Tindakan yang dilakukan di ruang dahlia yaitu pemeriksaan fisik post partum dengan hasil keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 150/90 mmHg, nadi, 90x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,2°C, pernapasan vesikuler, bunyi jantung 1 dan 2 reguler, bising usus positif, TFU 2 jari dibawah pusat, lochea merah, akral hangat, crt <2 detik. Telah diberikan obat injeksi

hypobach 100 mg (iv) dan katelovac 30mg (drip). Lalu dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil leukosit 13,6 ribu/ul, hemoglobin 11, 2 g/dl, hematokrit 36,3%, trombosit 365 ribu/ul. GDS 80 mg/dl, HbsAg non reaktif, dan anti HIV non reaktif.

### **Prosedur dan pengumpulan data**

Pengumpulan data dilakukan dengan mengumpulkan data dengan wawancara langsung pada klien, observasi dari pemeriksaan fisik secara langsung kepada klien, hasil pemeriksaan diagnostik dan data-data yang dikumpulkan. Sehingga penulis mendapatkan data subjektif dan data objektif.

### **Pengolahan dan data fokus**

Pengolahan data dilakukan dengan tahapan sebagai berikut: Data Subjektif; klien mengatakan pernah mengalami tekanan darah tinggi pada usia kehamilan 7 bulan mencapai 150/90 mmHg, klien mengatakan nyeri bagian perut pada bekas luka SC, nyeri muncul saat bergerak, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, klien mengeluh nyeri di area perut, skala nyeri 5, nyeri muncul selama ±1 menit dan hilang timbul, klien mnegatakan lemas, klien mengatakan sulit bergerak karena perut terasa sakit, klien mengatakan bayi menolak untuk menghisap, klien

mengatakan bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu, klien mengatakan ASI yang keluar sedikit, Klien mengatakan tidak mengetahui cara menyusui yang benar. Data Obyektif; klien tampak meringis, ketika bergerak tampak hati-hati, terdapat luka post SC, terpasang infus, terpasang DC, Hb: 11,2 g/dl, leukosit: 13,6 ribu/ul, kebutuhan klien selama di RS dibantu, TD: 140/90 mmHg, nadi: 86x/menit, bayi menangis saat disusui, klien tampak kurang informasi tentang cara menyusui yang benar, ASI yang keluar sedikit.

## **Hasil penelitian dan pembahasan**

### **Hasil penelitian**

Hasil analisis penelitian yang dilaksanakan pada tanggal 03 Maret 2020 – 04 Maret 2020 adalah sebagai berikut : risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik (luka insisi operasi *section caesarea*), risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri luka insisi operasi, kelelahan, menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang cara menyusui yang benar.

## **Pembahasan**

### **Pengkajian**

Pembahasan pengkajian meliputi klasifikasi, etiologi, manifestasi klinis, komplikasi, pemeriksaan penunjang, dan penatalaksanaan medis. Dari hasil pengkajian penyakit hipertensi dalam kehamilan disebabkan oleh umur dan obesitas. Manifestasi klinis yang pada kasus yaitu mengalami hipertensi di berbagai level. Seluruh komplikasi yang terdapat pada teori tidak ditemukan pada kasus. Pada kasus pemeriksaan penunjang yang sudah sesuai dengan teori, yaitu pemberian obat antihipertensi, istirahat yang cukup, mengurangi asupan natrium, menganjurkan ibu untuk menurunkan berat badan. Penatalaksanaan medis yang telah diberikan dan sesuai dengan teori, yaitu pemeriksaan darah lengkap, pemeriksaan urinalisis, pemeriksaan fungsi hati, dan pemeriksaan radiologi.

### **Diagnosa Keperawatan**

Dalam tinjauan teori ada 7 diagnosa keperawatan, dari 7 diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus hanya 5 diagnosa keperawatan yaitu risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik (luka insisi operasi SC), risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, intoleransi aktivitas

berhubungan dengan nyeri luka insisi operasi, kelelahan, dan menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurangnya pengetahuan ibu tentang cara menyusui yang benar.

Diagnosa keperawatan yang ada pada teori tetapi tidak muncul pada kasus adalah kelebihan volume cairan interstisial berhubungan dengan penurunan tekanan osmotik, perubahan permeabilitas pembuluh darah, ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan kurang suplai oksigen ke jaringan. Penulis tidak menegakkan diagnosa keperawatan kelebihan volume cairan interstisial berhubungan dengan penurunan tekanan osmotik, perubahan permeabilitas pembuluh darah karena edema tidak terjadi pada klien dikarenakan pada kasus tidak adanya penimbunan cairan di dalam jaringan sehingga tidak terjadi pembengkakan. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan kurang suplai oksigen karena tekanan darah klien sudah menurun, dan CRT <2 sehingga klien tidak berisiko terjadinya penurunan sirkulasi darah menuju perifer.

### **Perencanaan Keperawatan**

Hal yang perlu diperhatikan dalam merencanakan tujuan dan kriteria hasil harus mengandung SMART (Specific,

Measureable, Achivable, reasonable dan Time) yaitu dapat diukur, dapat dilakukan dan dilaksanakan, relita yang ada sesuai dengan batas waktu yang penulis tetapkan dalam kasus. Perencanaan dibuat berfokus kepada kebutuhan klien, fasilitas yang tersedia di rumah sakit dan sesuai etiologi yang ada pada klien. Rencana tindakan yang terdapat dalam kasus pada dasarnya sudah sama dengan teori yang ada dikarenakan penyesuaian baik terhadap kebutuhan klien, fasilitas yang tersedia dan kondisi klien. Pedoman menentukan prioritas utama dengan menggunakan teori Hierarki Maslow yaitu kebutuhan fisiologi, keamanan dan kenyamanan, cinta mencintai, harga diri rendah dan aktualisasi diri. Dari 5 diagnosa keperawatan yang muncul sudah sesuai antara teori dan kasus sehingga tidak terjadi kesenjangan.

### **Pelaksanaan keperawatan**

Pelaksanaan keperawatan adalah tindakan nyata dari intervensi keperawatan yang telah disusun untuk mencapai tujuan dan hasil yang diharapkan dari asuhan. Pada diagnosa keperawatan risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik (luka insisi operasi SC), risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif,

intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri luka insisi operasi, kelelahan, dan menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurangnya pengetahuan ibu tentang cara menyusui yang benar. Hanya ada satu diagnosa keperawatan yaitu risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, penulis menemukan kesenjangan, hal ini dikarenakan pada perencanaan kolaborasi dengan dokter terkait pemeriksaan laboratorium yaitu nilai leukosit tidak dilakukan karena pada klien tidak terjadi tanda-tanda infeksi.

### **Evaluasi Keperawatan**

Dari 5 (lima) diagnosa pada kasus hanya 4 (empat) diagnosa keperawatan yang sudah teratasi yaitu diagnosa risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik (luka insisi operasi sectio caesarea), risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri luka insisi operasi, kelelahan. Adapun diagnosa keperawatan yang belum tercapai yaitu menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurangnya pengetahuan ibu tentang cara menyusui yang benar.

### **Simpulan**

Pada pengkajian, etiologi yang ada pada kasus sesuai dengan teori yaitu umur (>35 tahun) dan obesitas. Hal ini dibuktikan dengan usia klien yang berusia 42 tahun, serta berat badan berlebih dengan IMT 32,46 yaitu obesitas II. Sedangkan manifestasi klinik yang tidak terdapat pada Ny. D dan terdapat di teori adalah spasme pembuluh darah serta sirkulasi dan nutrisi yang buruk dapat mengakibatkan kelahiran dengan berat badan kurang dan kelahiran prematur, protein dalam urine yang berkisar dari +1 hingga +4, gejala neurologi seperti pandangan kabur, sakit kepala dan hiperrefleksi, berpotensi gagal hati, kemungkinan akan mengalami nyeri di kuadran kanan atas, meningkatnya enzim hati, dan jumlah trombosit menurun. Sedangkan komplikasi yang ada dalam teori tidak ditemukan pada kasus yaitu, pada ibu: pre eklampsia, eklampsia, solusio plasenta, kelainan ginjal, perdarahan subkapsula hepar, dan blasio retina. Sedangkan pada janin: terhambatnya pertumbuhan janin dalam uterus, kelahiran prematur, asfiksia neonatorum, dan kematian janin.

Sedangkan penatalaksanaan medis yang ada pada teori namun tidak dilakukan pada kasus Ny. D yaitu terapi sedatif, dan dianjurkannya ibu untuk segera melakukan

tubektomi bila jumlah anak sudah cukup. Pemeriksaan penunjang yang ada pada teori namun tidak dilakukan pada kasus adalah tes kimia darah untuk mengetahui nilai peningkatan asam urat.

Berdasarkan teori Hipertensi Dalam Kehamilan (HDK) terdapat 7 diagnosa keperawatan, dari 7 diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus hanya 5 diagnosa keperawatan yaitu, risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik (luka insisi operasi *section caesarea*), risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri luka insisi operasi, kelelahan, dan menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurangnya pengetahuan ibu tentang cara menyusui yang benar. Perencanaan keperawatan sudah sesuai antara teori dan kasus sehingga tidak terjadi kesenjangan.

Pada tahap pelaksanaan keperawatan diagnosa ketiga risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, penulis menemukan kesenjangan, hal ini dikarenakan pada perencanaan kolaborasi dengan dokter terkait pemeriksaan laboratorium yaitu nilai leukosit tidak dilakukan karena pada klien tidak terjadi tanda-tanda infeksi.

Evaluasi keperawatan Dari 5 (lima) diagnosa pada kasus hanya 4 (empat) diagnosa keperawatan yang sudah teratasi yaitu diagnosa risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik (luka insisi operasi *section caesarea*), risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri luka insisi operasi, kelelahan. Adapun diagnosa keperawatan yang belum tercapai yaitu menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurangnya pengetahuan ibu tentang cara menyusui yang benar.

### Daftar Pustaka

- Junaidi, I. (2010). *Hipertensi, pengenalan, pencegahan, dan pengobatan*. Jakarta : BIP Kelompok Gramedia.
- Kemendes RI. (2013). *Pedoman teknis penemuan dan tatalaksana hipertensi*. Jakarta : Kementerian kesehatan Republik Indonesia.
- Kemendes RI. (2015). *Profil kesehatan Indonesia tahun 2015*. Jakarta : Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemendes RI. (2018). *Riset kesehatan dasar 2018*. Jakarta : Kementerian kesehatan Republik Indonesia.
- Mitayani. (2011). *Asuhan keperawatan maternitas*. Jakarta: Salemba Medika.

Prawirohardjo, S. (2013). *Hipertensi dalam kehamilan dalam : ilmu kebidanan* edisi 4. Jakarta : PT Bina Pustaka.

Purwaningsih W, Fatmawati S. (2010). *Asuhan keperawatan maternitas*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Tarigan AR, Zulhaida L, Syarifah. 2018. Pengaruh pengetahuan, sikap, dan dukungan keluarga terhadap diet hipertensi di Desa Hulu Kecamatan Pancur Batu tahun 2016. *Jurnal Kesehatan*. 11(1): 9-17.

Wilkinson, Judith. (2014-2016). *Diagnosis keperawatan : NANDA-I, intervensi NIC, hasil NOC*. Alih bahasa : Esty Wahyuningsih, dkk. Jakarta : EGC.

Yohana, Yovita, & Yessica. (2011). *Kehamilan & persalinan*. Surabaya: Graha Media.