

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST SC INDIKASI PRE-EKLAMPSIA BERAT (PEB) DI RSUD DR SOEROTO NGAWI: STUDI KASUS

¹Rega Rindiana, ²Siti Maimunah, ³Rini Komalawati

^{1,2,3}Program Studi D-III Keperawatan Akademi Pemerintah Kabupaten Ngawi

*Email: zufi.imun@gmail.com

Kata Kunci:

*Asuhan
keperawatan,
Sectio caesarea,
Pre-eclampsia berat,
Studi kasus.*

Abstrak

Latar Belakang: Pre-eklampsia berat ditandai dengan tekanan darah mencapai 160/110 mmHg atau lebih tinggi. Ini juga disertai dengan proteinuria mencapai 5 gram atau lebih per liter. Adanya oliguria, yang berarti jumlah urin kurang dari 500 cc dalam periode 24 jam. Gejala lainnya mencakup gangguan pada otak, masalah penglihatan, serta rasa sakit di area epigastrium. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi asuhan keperawatan pascaoperasi sectio caesarea dengan indikasi preeklamsia berat di ruang Wijaya Kusuma RSUD Dr. Soeroto Ngawi. **Metode:** Metode yang diterapkan dalam penelitian ini adalah studi kasus, dengan subjek yang dijadikan responden adalah Ny. S yang telah memenuhi syarat yang ditentukan. **Hasil:** Data diperoleh dengan cara anamnesis, pemeriksaan fisik, observasi aktivitas, catatan dan laporan diagnostik, dan kolaborasi dengan tim medis. Setelah dilakukan analisis, ditemukan 6 diagnosis keperawatan meliputi: nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (terputusnya kontinuitas jaringan), risiko cedera berhubungan dengan terjadinya kejang (eklampsia), ansietas berhubungan dengan adaptasi psikologis masa nifas, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, menyusui tidak efektif berhubungan dengan asi tidak bisa keluar, defisit perawatan diri berhubungan dengan keterbatasan imobilisasi (kelemahan). Perawatan dilakukan selama tiga hari. Diagnosis keperawatan yang teratasi perlu dilakukan peningkatan mutu dan pelayanan dalam memberikan perawatan serta pengobatan Ibu POST SC dengan indikasi preeklampsia berat. **Kesimpulan:** Asuhan keperawatan pada Ny. S post SC indikasi preeklamsia berat dilakukan pada tanggal 9 Januari 2025 sampai dengan 11 Januari 2025.

NURSING CARE FOR A POST-CESAREAN SECTION PATIENT WITH SEVERE PREECLAMPSIA AT DR. SOEROTO NGAWI REGIONAL GENERAL HOSPITAL: A CASE STUDY

Keywords:

*Nursing care,
Sectio cesarea,
Severe pre-eclampsia,
Case study.*

Abstract

Background: Severe pre-eclampsia is characterized by blood pressure reaching 160/110 mmHg or higher. It is also accompanied by proteinuria reaching 5 grams or more per liter. The presence of oliguria, which means that the amount of urine is less than 500 cc in 24 hours. Other symptoms include disorders in the brain, vision problems, as well as pain in the epigastric area. **Objective:** This study

*aims to identify Postoperative Nursing Care with indications of Heavy Pre-Eclampsia in the Wijaya Kusuma room of Dr. Soeroto Ngawi Hospital. **Methods:** The method applied in this study is a case study, with the subject as a respondent being Mrs. S, who has met the specified requirements. **Results:** Data were obtained by means of anamnesis, physical examination, activity observation, diagnostic records and reports, and collaboration with the medical team. After analysis, 6 nursing diagnoses were found, including, Acute pain related to physical injury agents (disconnection of tissue connectivity), Risk of injury related to the occurrence of seizures (eclampsia), Anxiety related to Psychological Adaptation of the Postpartum Period, physical mobility disorders associated with decreased muscle strength, Ineffective breastfeeding related to breast milk not being able to come out, Deficit of self-care related to limited immobilization (weakness). Carried out for three days. Nursing diagnoses that are resolved need to be improved in quality and service in providing care and treatment for POST SC mothers with indications of Severe Pre-Eclampsia. **Conclusion:** Nursing care for Mrs. S post SC indication of Severe Pre-Eclampsia was carried out from January 9, 2025 to January 11, 2025.*

1. PENDAHULUAN

Tingginya angka kematian ibu hamil akibat komplikasi kehamilan di Indonesia masih menjadi sebuah permasalahan yang harus segera diselesaikan dan menjadi tanggung jawab semua pihak, hingga saat ini penyebab kematian ibu tertinggi masih didominasi oleh perdarahan dan hipertensi kehamilan termasuk preeklampsia (Wulandari et al., 2021). Pre-eklampsia berat (PEB) adalah salah satu komplikasi yang terjadi pada kehamilan, yang ditandai dengan tekanan darah 100–110 mmHg dan juga proteinuria (Pertiwi dkk., 2023). Komplikasi yang dapat terjadi antara lain gagal jantung, seperti edema, insufisiensi jantung. Disseminated Intravascular Coagulation (DIC), HELLP (Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelet), dan beberapa komplikasi lainnya yang bisa sangat berbahaya, sehingga memerlukan perawatan intensif (Wulandari dkk., 2021).

Menurut WHO (2019) dalam Purwati dkk, (2013), angka kejadian preeklampsia di berbagai negara di dunia bernilai antara 0,51-38,4%. Sementara itu, di Indonesia, kejadian preeklampsia terdapat antara 1,8–38%. Pre-eklampsia adalah faktor penyebab utama kematian ibu di Indonesia. Di Indonesia, pada tahun 2019, kejadian ibu hamil dengan hipertensi tercatat sebanyak 11. 100 kejadian, dan angka kematian ibu terkait penyakit ini mencapai 4.221 kasus (Kementerian Kesehatan RI, 2022) dalam Irawan dkk., 2023. Menurut Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, pada tahun 2023 jumlah ibu hamil dengan komplikasi preeklampsia sebanyak 16.095 kejadian. Sedangkan di daerah Kabupaten Ngawi sendiri terdapat 394 kejadian ibu hamil dengan preeklampsia (Dinkes Jawa Timur, 2023). Menurut data dari RSUD dr Soeroto Ngawi pada tahun 2023 didapatkan data total jumlah kejadian PEB sebanyak 17 orang, sedangkan dari bulan Januari – September tahun 2024 terdapat kejadian sebanyak 16 orang (Medical Record RSUD Ngawi).

Primigravida, primipaternitas, hiperplasentosis (mola hidatidosa, kehamilan kembar, diabetes melitus, hidrops fetalis, bayi besar), usia ekstrem, riwayat keluarga yang memiliki preeklampsia atau eklampsia, serta adanya penyakit ginjal dan hipertensi sebelum hamil, dan obesitas merupakan risiko untuk PEB pada wanita hamil. Dalam kondisi praeklampsia, ada perubahan pada keadaan darah, durasi, serta transformasi ini menandakan penurunan prostaglandin plasenta yang mengakibatkan kontraksi di rahim, yang juga menginduksi pelepasan hCG trofoblastik, mengarah pada proses hiperoksidasi lemak dan pengeluaran senyawa dari rahim. Trofoblastik mampu memicu terjadinya endoteliosis, yang mencegah pelunakan pembuluh tromboplastin, bersamaan dengan pelepasan tromboplastin yang menyebabkan pelepasan dan aktivitas apesi rombout serta penghambatan koagulasi dalam pembuluh yang berdampak pada penurunan perfusi dan kongesti konsumtif. Dampak pada janin akibat PEB pada ibu, berdasarkan teori vaskularisasi plasenta, invasi trofoblas ke dalam lapisan otot arteri spiralis tidak berlangsung. Hal ini disebabkan oleh iskemia dan hipoksia di plasenta yang mengakibatkan vasokonstriksi serta kegagalan dalam "remodeling arteri spinalis". Aliran darah uteroplasenta juga berkurang, yang berdampak pada hipoksia dan iskemia plasenta, yang pada akhirnya berisiko membuat bayi lahir dalam kondisi asfiksia. Problematika saraf karena bahan kimia yang dilepaskan selama prosedur atau akibat iskemia di jaringan berkontribusi pada tantangan perawatan nyeri akut.

Perawat memainkan peran krusial dalam merawat ibu setelah operasi caesar yang mengalami preeklampsia berat dengan empat strategi: promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Strategi promotif melibatkan peningkatan kesehatan dengan memberikan wawasan tentang konsumsi makanan kaya protein dan pembatasan asupan garam serta pengawasan pelayanan kesehatan secara berkelanjutan. Dalam aspek pencegahan, perawat harus meminimalkan potensi komplikasi dengan cara memonitor tekanan darah secara rutin, mengawasi perdarahan, memeriksa kontraksi rahim, memberikan dukungan dalam mobilisasi awal, dan merawat luka setelah operasi caesar. Dalam hal pengobatan, penerapan antihipertensi dilakukan melalui kerja sama dengan tim medis lainnya. Penanganan nyeri dapat dilakukan lewat pemberian obat pereda nyeri. Risiko infeksi bisa diminimalkan dengan memberikan antibiotik dan menerapkan perawatan yang steril. Untuk mengurangi kecemasan, teknik relaksasi seperti meditasi dapat dikenalkan, dan dalam mengatasi masalah mobilitas fisik, perawat dapat memberikan instruksi tentang mobilisasi sederhana. Untuk masalah perawatan diri yang terabaikan, perawat membantu dan mengajari keluarga cara merawat. Upaya yang diambil oleh perawat selama masa pemulihan dilakukan dengan cermat untuk membantu pasien menjadi mandiri, sehingga pasien dapat sembuh dan kembali melanjutkan aktivitas sehari-hari, serta mendorong pasien untuk aktif dalam pelayanan kesehatan dan memonitor tekanan darah secara rutin.

2. METODE

Penulisan hasil pengkajian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus, di mana subjek yang diteliti adalah Ny. S, yang mempelajari kondisi dan pengalaman perawatannya sejak masuk ke rumah sakit hingga evaluasi akhir. Studi ini bertujuan untuk memahami gambaran asuhan keperawatan pada pasien dengan Post SC indikasi preeklampsia berat (PEB) dengan parameter seperti kejang, nyeri, dan peningkatan tekanan darah. Dengan demikian, penelitian ini mencakup seluruh proses keperawatan mulai dari pemeriksaan awal sampai evaluasi akhir. Penelitian dilakukan di ruang perawatan penyakit kandungan dan nifas,

yaitu Ruang Wijaya Kusuma (nifas) RSUD Dr. Soeroto Kabupaten Ngawi. Subjek penelitian berinisial Ny. S, perempuan berusia 38 tahun dengan diagnosis Post SC indikasi preeklampsia Berat (PEB). Penelitian ini telah mendapatkan izin dari RSUD Dr. Soeroto Ngawi, dan peneliti melakukan pengkajian serta menentukan diagnosis, keperawatan, merencanakan melakukan tindakan keperawatan serta mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengkajian: Berdasarkan pengkajian post SC didapatkan hasil: Kesadaran Compos Mentis GCS : Eyes : 4, Verbal : 5, Motorik: 6; tanda-tanda vital didapatkan hasil: tekanan darah : 150/90 mmHg, denyut nadi : 75 x/menit, pernapasan: 21 x/menit, suhu : 36,7 x/menit. Ny. S mengeluh kaki susah digerakkan, terasa berat seperti mati rasa. Pasien tampak cemas, wajah tegang, mengeluh cemas akan keadaan bayinya. Pasien mengatakan sedikit pusing. Pada payudara terdapat hiperpigmentasi areola mammae, puting sedikit menonjol, belum keluar kolostrom, teraba keras, tidak rawat gabung dengan bayinya. Pada abdomen terdapat luka operasi, sepanjang ± 15 cm, luka horizontal tertutup kain kasa. Kasa bersih, kering dan tidak ada rembesan. tinggi fundus uteri terletak 2 jari di bawah pusat, kontraksi rahim terjadi dengan baik, konsistensi terasa keras dan berbentuk bulat, bising usus 12x/ menit, Pada genitalia tampak kotor, lochea rubra (berwarna merah) jumlah sedikit, klien menggunakan 1 pembalut, klien terpasang selang kateter dengan volume 200 cc, terjadi edema pada ekstremitas bawah, Pada pemeriksaan laboratorium dilakukan pemeriksaan proteinuria dengan hasil pemeriksaan +1, klien tampak berkeringat, bau badan, penampilan kusut, rambut berminyak dan berketombe, Klien mengatakan adanya rasa sakit di bagian bawah perut, rasa sakit tersebut muncul saat beraktivitas, terasa seperti ditusuk-tusuk, dengan tingkat rasa sakit 6 (dari skala 1-10), nyeri muncul dan menghilang, terdapat luka berbentuk horizontal sekitar 15 cm, tertutup dengan perban steril, dan klien menunjukkan ekspresi kesakitan yang jelas.

Diagnosis: Diagnosis pertama yang muncul yaitu diagnosis yang pertama yaitu risiko cedera pada ibu berhubungan dengan terjadinya kejang (eklampsia), menurut (Sukarni Icemi & Wahyu, 2013) Pada ibu post SC dengan indikasi PEB, jika tekanan darah masih tinggi, hal ini akan menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial di otak, menyebabkan pusing dan nyeri (kepala), yang meningkatkan risiko terjadinya kejang. Ny. S juga mengeluh kaki susah digerakkan dan terasa mati rasa, kemudian menyebabkan munculnya diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Hal ini disebabkan oleh prosedur efek anestesi SAB. Akibat dari penurunan kekuatan otot menyebabkan munculnya diagnosis Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan keterbatasan imobilisasi (kelemahan), kemudian muncul diagnosis keperawatan menyusui tidak efektif berhubungan dengan belum rawat gabung. Pada ibu post-SC terdapat luka sayatan yang menyebabkan munculnya diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (terputusnya kontinuitas jaringan).

Intervensi: Berdasarkan tinjauan teori dari Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2017, target waktu untuk diagnosis risiko cedera berhubungan dengan terjadinya kejang (eklampsia) diharapkan tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil tekanan darah membaik (120/70 mmHg), frekuensi nadi membaik, keadaan stabil, keadaan fisik tidak lemah, toleransi aktivitas meningkat. Intervensinya yaitu: observasi tanda-tanda vital, anjurkan mengurangi gerakan

berlebih, anjurkan istirahat cukup, jelaskan kepada pasien. Kemudian untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik. Intervensi yang dilakukan adalah menjelaskan sasaran serta langkah-langkah mobilisasi, memotivasi pasien untuk melakukan mobilisasi dini, mengajarkan kegiatan mobilisasi yang mudah seperti (duduk di atas ranjang, duduk di tepi ranjang, berpindah dari ranjang ke kursi), memberikan semangat kepada pasien untuk melakukan mobilisasi, serta melibatkan anggota keluarga dalam mendukung pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan. Pada diagnosis keperawatan defisit perawatan diri, intervensi untuk mengatasi masalah: identifikasi faktor yang memengaruhi penurunan perilaku hidup bersih; jelaskan pentingnya melakukan perawatan diri bagi ibu pasca-SC; berikan pendidikan kesehatan tentang cara melakukan perawatan diri; jelaskan manfaat kebersihan diri. Diagnosis menyusui tidak efektif berhubungan dengan bayi belum rawat gabung. Intervensi untuk mengatasi masalah: identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, berikan kesempatan untuk bertanya, ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa, ajarkan perawatan payudara postpartum (mis.: memerah asi payudara). Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (terputusnya kontinuitas jaringan). Intervensi untuk mengatasi masalah nyeri adalah identifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, faktor yang memperberat dan memperingan rasa nyeri), berikan teknik relaksasi napas dalam, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab nyeri, anjurkan memonitor rasa nyeri secara mandiri, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik.

Implementasi: implementasi yang dilakukan mengobservasi tanda-tanda vital klien, menganjurkan mengurangi gerakan berlebih agar tidak terjadi pusing, menganjurkan istirahat cukup, menjelaskan keadaan pasien saat ini, serta mengkolaborasikan pemberian terapi obat Mgso4 secara syringe pump, 50 ml selama 24 jam, rate 2,00. Untuk menghindari terjadinya peningkatan tekanan darah yang menyebabkan kejang. Pada diagnosis gangguan mobilitas fisik, dijelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, menganjurkan untuk bed rest sampai kondisi membaik, menganjurkan pasien untuk mobilisasi dini, mengajarkan mobilisasi dini sederhana (miring kanan dan miring kiri, duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur, belajar berjalan) jika keadaan sudah stabil, tekanan darah stabil, dan motivasi klien dalam melakukan mobilisasi secara bertahap, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam mobilisasi, mengevaluasi kemampuan klien dalam mobilisasi. Pada diagnosis keperawatan defisit perawatan diri, mengidentifikasi faktor yang memengaruhi penurunan perilaku hidup bersih, menjelaskan pentingnya melakukan perawatan diri bagi ibu pasca-SC, memberikan pendidikan kesehatan tentang cara melakukan perawatan diri, menjelaskan manfaat kebersihan diri, menganjurkan menjaga kebersihan diri terutama pada bagian luka operasi dan genitalia. Diagnosis menyusui tidak efektif. Langkah yang diambil adalah mengevaluasi kesiapan dan kemampuan untuk menerima informasi, menyediakan bahan serta media edukasi kesehatan, memberikan kesempatan untuk bertanya, mengajarkan perawatan payudara sebelum melahirkan dengan melakukan kompres menggunakan kapas yang telah diserap minyak kelapa, serta mengedukasi perawatan payudara setelah melahirkan (contoh: memerah ASI dari payudara), melaksanakan kompres pada payudara dengan air hangat, dan melakukan tindakan brescare pada pasien. Diagnosis keperawatan untuk nyeri akut berhubungan dengan faktor cedera fisik (terputusnya kontinuitas jaringan), Implementasi yang dilakukan melibatkan identifikasi

(lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, serta faktor-faktor yang memperburuk dan meringankan rasa sakit), serta mengajarkan teknik relaksasi nonfarmakologis seperti bernapas dalam untuk mengurangi nyeri. Selain itu, melaksanakan terapi dari dokter dalam pemberian obat analgetik asam mefenamat sebanyak 3 kali 500 mg per tablet secara oral

Evaluasi: Diagnosis risiko cedera berhubungan dengan terjadinya kejang (eklamsia) teratasi dalam 3 x 24 jam karena tindakan sesuai dengan rencana. Pada tanggal 10 Januari pukul 07.00 wib, klien masih mengeluh sedikit pusing, tekanan darah : 140/70 mmHg, nadi: 72 x/menit, pernapasan: 21 x/menit, suhu: 37,0 derajat, toleransi meningkat, terbaring di tempat tidur. Pada tanggal 11 Januari pukul 07.00, klien mengatakan pusing sedikit, tekanan darah: 130/80 mmHg, nadi didapat: 72 x/menit, pernapasan didapatkan: 21 x/menit, suhu: 37,0 derajat. Pada pukul 10.00, klien mengatakan sudah tidak merasa pusing, badan terasa membaik, didapatkan tekanan darah: 130/70 mmHg, nadi didapatkan: 75 x/menit, pernapasan didapatkan: 21 x/menit, suhu didapatkan: 36,5 derajat. Untuk masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik pada 10 Januari pukul 07.00 wib, klien mengatakan kaki sudah bisa digerakkan. Klien sudah bisa miring ke kanan dan kiri, tetapi belum kuat untuk mengangkat. Kekuatan otot 5533. Sensasi kaki mulai terasa. Pada tanggal 11 Januari pukul 07.00, klien mengatakan pusing sedikit. Didapatkan tekanan darah : 130/80 mmHg; nadi didapatkan: 72 x/menit; pernapasan didapatkan: 21 x/menit; suhu didapatkan: 37,0 derajat. Pada pukul 10.00, klien mengatakan sudah tidak merasa pusing; badan terasa membaik. TD : 130/70 mmHg, N: 75 x/menit, RR: 21 x/menit, S : 36,5 derajat. Pada diagnosis defisit perawatan diri tanggal 10 Januari 2025 pukul 07.00 WIB, klien mengatakan badannya terasa gerah, kotor, padahal sudah sibil 1 kali. Klien tampak berkeringat, berbau badan, berpenampilan kusut. Pada tanggal 11 Januari pukul 07.00 wib, pasien mengatakan sudah ganti baju, sudah sisiran dan memakai parfum, rambut berminyak, berketombe, gigi kotor, kateter sudah dilepas, klien sudah bisa ke kamar mandi dengan bantuan suaminya. Pada diagnosis menyusui tidak efektif, telah berhasil sebagian pada tanggal 10 Januari 2025, pukul 07.00 wib. Klien mengatakan nyeri pada daerah payudara. Payudara klien tampak kaku dan keras. asi belum keluar. Pada tanggal 11 Januari pukul 07.00 Wib, klien mengatakan nyeri pada daerah payudara berkurang ,payudara sedikit teraba lunak, tidak keras. Pada tanggal 11 Januari pukul 11.00 Wib, klien mengatakan nyeri pada payudara berkurang, puting sedikit mulai menonjol, asi sudah keluar sedikit. Klien diperbolehkan pulang oleh dokter. Discharge planning menganjurkan klien untuk melakukan kompres dan pijat pada payudara, seperti yang sudah diajarkan. Pada diagnosis nyeri akut, pada tanggal 11 Januari pukul 07.00 wib, klien masih mengeluh nyeri skala 4, tampak meringis, bersikap protektif, terbaring di tempat tidur. Pada tanggal 11 Januari pukul 10.00, klien mengatakan masih nyeri skala 3, tapi sudah dapat memonitor nyeri secara mandiri, tidak tampak meringis, TTV : TD : 130/75 mmHg, N : 75 x/menit, RR: 20 x/menit, S : 36,5 derajat Celsius.

4. KESIMPULAN DAN SARAN

Usai peneliti melakukan asuhan keperawatan untuk Ny. S dengan POST SC Indikasi PEB di Ruang Perawatan RSUD Dr. Soeroto, disimpulkan bahwa melalui pengkajian yang dilakukan terhadap Ny. S teridentifikasi beberapa diagnosis yakni: Risiko cedera yang berkaitan dengan kemungkinan kejang (eklamsia), Gangguan Mobilitas Fisik yang terkait dengan penurunan kekuatan otot, Menyusui yang tidak efektif akibat bayi belum dirawat secara gabung, Defisit

Perawatan Diri yang berhubungan dengan batasan imobilisasi (kondisi lemah), serta Nyeri akut yang disebabkan oleh faktor cedera fisik (terputusnya kontinuitas jaringan). Setelah melakukan tindakan asuhan keperawatan, masalah keperawatan yang dihadapi oleh Ny. S telah teratasi, kecuali untuk diagnosis mengenai menyusui yang tidak efektif.

5. REFERENSI

- Irawati, C., Budiati, E., & Rahayu, D. (2023). Analisis Faktor Risiko Kejadian Preeklampsia Berat di Kabupaten Mesuji Tahun 2023. *MAHESA : Malahayati Health Student Journal*, 3(5), 1339–1354. <https://doi.org/10.33024/mahesa.v3i5.9858>
- Pertiwi, R., Hermawati, D., & Ardhia, D. (2023). Asuhan Keperawatan Post-Partum Sectio Caesarea Dengan PEB (Pre-Eklampsia Berat): Suatu Studi Kasus Nursing Care of Post-Partum Sectio Caesarea with Severe Pre-Eclampsia : A Case Study. *JIM FKep*, VII, 84–91.
- Prawirohardjo, S. (2010). *ILMU KEBIDANAN SARWONO PRAWIROHARDJO* (abdul bari Saifuddin (ed.)). PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, jalan Kramat Sentiong no 49A, Jakarta 10450.
- Sukarni Icemi, & Wahyu. (2013). *buku ajaran KEPERAWATAN MATERNITAS*.
- Sukyati, I., & Novianti Dwi Perwitasari. (2020). Asuhan Keperawatan Pasca Partum Tindakan Sectio Caesarea Atas Indikasi Hipertensi Dalam Kehamilan. *Buletin Kesehatan: Publikasi Ilmiah Bidang Kesehatan*, 4(2), 124–137. <https://doi.org/10.36971/keperawatan.v4i2.76>
- Wulandari, E. S., Ernawati, E., & Nuswantoro, D. (2021). Risk Factors of Preeclampsia With Severe Features and Its Complications. *Indonesian Midwifery and Health Sciences Journal*, 5(1), 29–37. <https://doi.org/10.20473/imhsj.v5i1.2021.29-37>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2017). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. 79 Jakarta: DPP PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2017). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI