

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Preeklampsia

Preeklampsia adalah kumpulan gejala dari trias: hipertensi, proteinuria dan edema yang timbul pada ibu hamil, bersalin dan dalam masa nifas; terkadang disertai konvulsi sampai koma (Fatkhiyah et al., 2018).

1. Klasifikasi Preeklampsia

a. Preeklampsia ringan

Preeklampsia ringan ditandai dengan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg setelah kehamilan 20 minggu dan ekskresi protein dalam urin ≥ 300 mg/24 jam atau $\geq +1$ dipstik atau rasio protein kreatinin ≥ 30 mg/mmol. Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg pada umur kehamilan > 20 minggu, tes celup urin menunjukkan proteinuria 1+ atau pemeriksaan protein kuantitatif menunjukkan hasil > 300 mg/24 jam.

b. Preeklampsia berat

Sedangkan disebut Preeklampsia berat jika terdapat gejala seperti tekanan darah $\geq 160/110$ mmHg dan proteinuria ≥ 5 g/24 jam atau $\geq +2$ dipstik. Selain gejala tersebut terdapat gejala lain yang biasa terjadi pada PEB yaitu trombositopenia ($< 100.000/\text{ul}$), peningkatan SGOT (*serum glutamic oxaloacetic transaminase*) dan SGPT (*serum glutamic pyruvic transaminase*), nyeri epigastrik atau kuadran kanan atas, sakit kepala persisten, skotoma penglihatan, oliguria (≤ 500 ml/24 jam),

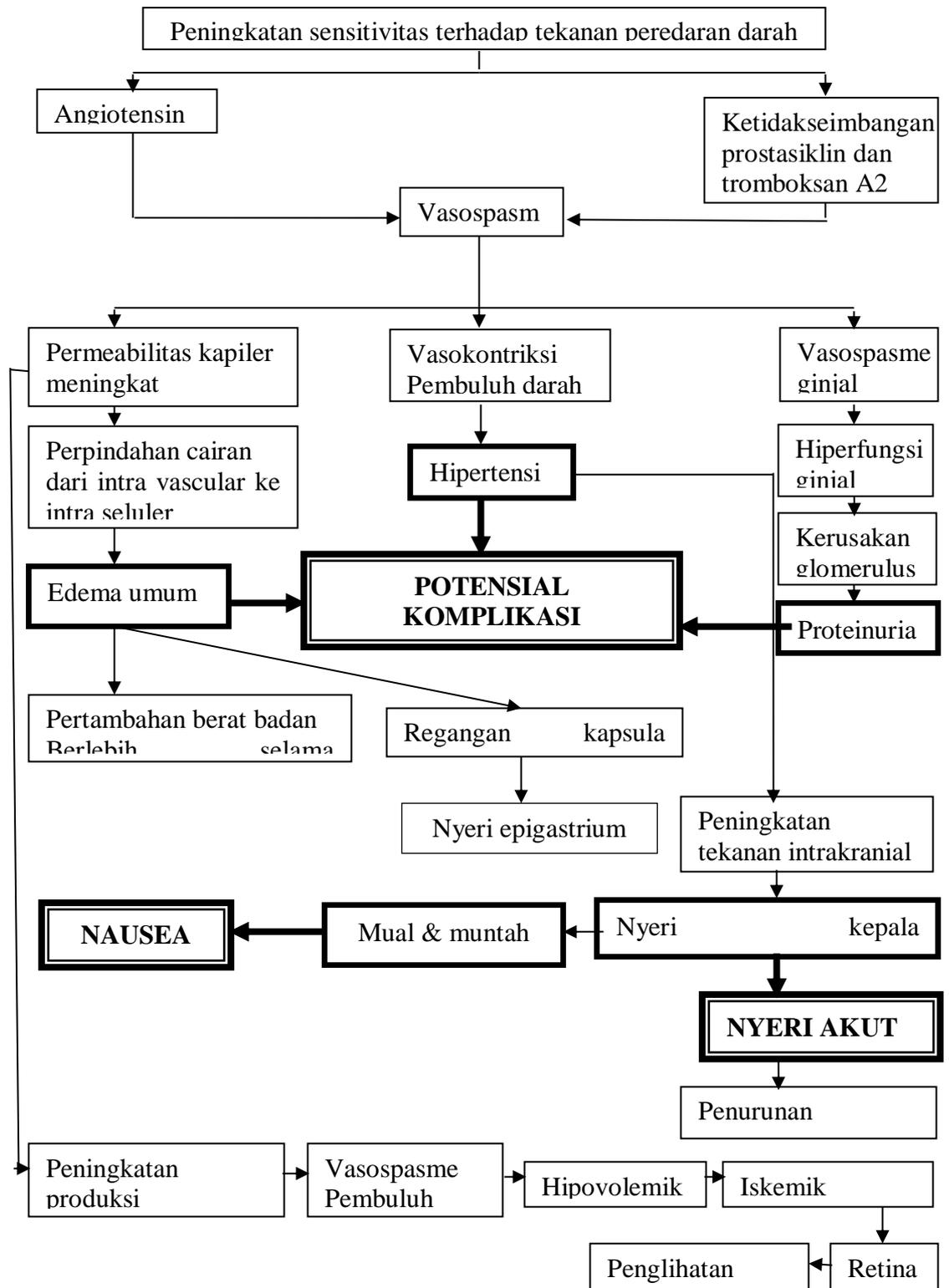
kreatinin $\geq 1,2$ mg/dL, edema paru dan gagal jantung kongestif (Pujiyani, 2019).

2. Etiologi

Ada beberapa penelitian yang dapat menjelaskan tentang penyebab preeklampsia, yaitu: bertambahnya frekuensi pada primigravida, kehamilan ganda, kehamilan molahidatidosa, penambahan berat badan selama hamil, usia kehamilan, usia ibu dengan (usia <18 atau >35 tahun), pendidikan ibu, penyakit keturunan, stress, aktifitas fisik, adanya proses penyakit kronis: diabetes mellitus, hipertensi, penyakit ginjal, preeklamsia pada kehamilan sebelumnya (Khayati & Veftisia, 2018).

Ibu hamil yang usianya ≥ 35 tahun mengalami banyak komplikasi, karena pada usia tersebut kelemahan fisik dan terjadi perubahan pada jaringan dan alat kandungan serta jalan lahir tidak lentur lagi. Salah satu penyakit yang timbul pada usia tersebut biasanya hipertensi dan juga hampir semua ibu hamil mengalami preeklamsia ringan dengan usia ≥ 35 tahun (Yogi et al., 2014).

3. Pathway Preeklampsia : Kebutuhan Rasa Nyaman



4. Manifestasi Klinis

Gejala-gejala preeklampsia sebagai berikut: penambahan berat badan yang berlebihan bila terjadi kenaikan 1 kg seminggu beberapa kali. Edema terlihat sebagai peningkatan berat badan, pembengkakan kaki, jari tangan dan muka. Hipertensi tekanan darah $>140/90$ mmHg atau tekanan sistolik meningkat >30 mmHg atau tekanan diastolik >50 mmHg yang diukur setelah pasien beristirahat selama 30 menit. Tekanan diastolik pada trimester kedua yang lebih dari 85 mmHg, Proteinuria (bila terdapat protein 0.3g/ liter dalam air kencing 24 jam atau pemeriksaan kualitatif menunjukkan +1 atau +2, atau kadar protein >1 g/liter dalam urine yang dikeluarkan dengan kateter, diambil minimal 2 kali dengan jarak waktu 6 jam). Gejala-gejala subyektif: Nyeri kepala sering terjadi pada daerah frontal dan oksipital dan tidak sembuh dengan pemberian analgesik biasa. Nyeri epigastrium disebabkan karena peregangan kapsula hepar akibat edema atau perdarahan dan gangguan penglihatan (Aspiani, 2017)

Gejala penting saat kehamilan yang dapat mengindikasikan adanya preeklampsia adalah nyeri kepala, nyeri perut, nafas pendek atau sensasi terbakar dibelakang sternum, mual dan muntah, bingung, peningkatan kecemasan dan/atau penglihatan kabur (Norwitz, 2013).

5. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium, Pemeriksaan darah lengkap dengan hapusan darah: penurunan hemoglobin (nilai rujukan atau kadar normal hemoglobin untuk wanita hamil adalah 12-14 gr%), hemotokrit meningkat (nilai rujukan 37-43 vol%), trombosit menurun (nilai rujukan 150-450

ribu/mm³). Urinalis ditemukan protein dalam urine. Pada pemeriksaan fungsi hati, Bilirubin meningkat ($N = \leq 1$ mg/dl), LDH (laktat dehidrogenase) meningkat, Aspartat aminotransferase (AST) ≥ 60 ul, Serum glutamat piruvat transaminase (SGPT) meningkat ($N = 15-45$ u/ ml), Serum glutamat oxaloacetic transaminase (SGOT) meningkat ($N = < 31$ u/l), Total protein serum menurun ($N = 6,7-8,7$ g/dl). Tes kimia darah, asam urat meningkat ($N = 2,4-2,7$ mg/dl). Pemeriksaan radiologi dilakukan pemeriksaan Ultrasonografi ditemukan retardasi pertumbuhan janin intra uterus, pernafasan in utero lambat, aktivitas janin lambat, dan volume cairan ketuban sedikit. Pemeriksaan Kardiotografi yaitu untuk mengetahui denyut jantung bayi lemah atau tidak.

6. Pencegahan Preeklamsia

Pemeriksaan secara antenatal yang teratur dan bermutu secara teliti, mengenali tanda-tanda sedini mungkin (preeklamsi ringan), lalu diberikan pengobatan yang cukup supaya penyakit tidak menjadi lebih berat. Harus selalu waspada terhadap kemungkinan terjadinya preeklamsia kalau ada faktor-faktor predisposisi. Berikan penerangan tentang manfaat istirahat dan tidur, ketenangan, serta pentingnya mengatur diet rendah garam, lemak, serta karbohidrat dan tinggi protein, juga menjaga kenaikan berat badan yang berlebihan.

7. Komplikasi Preeklamsia

Komplikasi pada ibu: Solusio plasenta (lepasnya plasenta dari dinding rahim), hemolisis (gejala kliniknya berupa ikterik, diduga terkait nekrosis periportal hati pada penderita preeklamsia), perdarahan otak, kelainan

mata (kehilangan penglihatan sementara dapat terjadi, perdarahan pada retina dapat ditemukan dan merupakan tanda gawat yang menunjukkan adanya apopleksia serebri), edema paru (karena bronkopneumonia sebagai akibat aspirasi, kadang-kadang ditemukan abses paru-paru), nekrosis hati, sindrom HELLP (*Hemolysis, Elevated, Liver Enzymes, Dan Low Platelet*), kelainan ginjal, DIC (*Disseminated Intravascular Coagulation*), dan komplikasi pada janin berhubungan akut atau kronisnya insufisiensi uteroplasental, misalnya pertumbuhan janin terhambat dan prematuritas.

8. Penatalaksanaan

Ibu hamil dengan preeklampsia harus segera dirujuk ke rumah sakit, tatalaksana kejang: (1) Bila terjadi kejang, perhatikan jalan nafas, pernafasan (oksigen), dan sirkulasi (cairan intravena); (2) $MgSO_4$ diberikan secara intravena kepada ibu dengan eklampsia (sebagai tatalaksana kejang) dan preeklampsia berat (sebagai pencegahan kejang); (3) Pada kondisi di mana $MgSO_4$ tidak dapat diberikan seluruhnya, berikan dosis awal (*loading dose*) lalu rujuk ibu segera ke fasilitas kesehatan yang memadai; (4) Lakukan intubasi jika terjadi kejang berulang dan segera kirim ibu ke ruang ICU (bila tersedia) yang sudah siap dengan fasilitas ventilator tekanan positif; (5) Lakukan pemeriksaan fisik tiap jam, meliputi Tekanan darah, Frekuensi nadi, Frekuensi pernafasan, refleks patella, dan jumlah urine; (6) Bila frekuensi pernafasan $<16x$ /menit, dan atau tidak didapatkan refleks tendon patella, dan atau terdapat oliguria (produksi urine $< 0,5$ ml/kg Bb/jam), segera hentikan pemberian $MgSO_4$; (7) Jika terjadi depresi

nafas, berikan Ca glukonas 1 g IV (10 ml larutan 10%) bolus dalam 10 menit (Moegni & Ocviyanti, 2014).

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia : Kebutuhan rasa nyaman

1. Definisi kebutuhan rasa nyaman

Kenyamanan/ rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman, kelegaan dan transenden. Kenyamanan mesti dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek antara lain. Fisik: yaitu rasa nyaman yang berhubungan dengan apa yang dirasakan oleh badan seseorang atau sensasi tubuh. Lingkungan: yaitu rasa nyaman yang berhubungan dengan lingkungan, atau latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti, bunyi, temperatur, warna, dan unsur lainnya. Sosial: yaitu rasa nyaman yang berhubungan dengan hubungan interpersonal, hubungan sosial sesama pengguna jasa lainnya. Psikospiritual, yaitu rasa nyaman yang berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, konsep diri, seksualitas, makna kehidupan, hingga hubungan terhadap kebutuhan lebih tinggi.

2. Definisi nyeri

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Eriyani and Shalahuddin, 2018).

Menurut *Internasional Association For Study Of Pain* (IASP), nyeri adalah sensori subjektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang didapat terkait dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan. Reaksi nyeri merupakan bentuk respon seseorang terhadap nyeri seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis (Samiun, 2019).

Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subjektif dan sangat bersifat individual. Stimulus nyeri dapat berupa stimulus yang bersifat fisik dan mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego seorang individu (Indri et al., 2014).

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri, yaitu:

a. Usia

Usia mempunyai peranan yang penting dalam mempersepsikan dan mengekspresikan rasa nyeri. Pasien dewasa muda memiliki respon yang berbeda terhadap nyeri dibandingkan pada lansia. Orang tua membutuhkan intensitas lebih tinggi dari rangsangan nyeri dibandingkan orang usia muda. Pada pasien dewasa tua menganggap bahwa nyeri merupakan komponen alamiah yang harus mereka terima dari respon penuaan, sehingga keluhan sering diabaikan. Biasanya kondisi nyeri hebat pada dewasa muda dapat dirasakan sebagai keluhan ringan pada dewasa tua. Intensitas nyeri terkait dengan usia didominasi atau lebih banyak disebabkan oleh kesalahan persepsi, emosi yang labil,

prasangka, dan sikap defensif, sehingga individu menutupi sensasi nyeri yang sebenarnya dirasakan (Wijaya et al., 2018).

b. Jenis kelamin

Menurut Anggriani (2015), perbedaan jenis kelamin yang menunjukkan bahwa wanita lebih nyeri dari laki-laki ini dapat dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu laki-laki memiliki sensitifitas yang lebih rendah dibandingkan wanita atau kurang merasakan nyeri dan wanita kurang toleransi terhadap stimulus nyeri dari pada laki-laki. Saat mengalami nyeri pengobatan ditemukan lebih sedikit pada perempuan, perempuan lebih suka mengkomunikasikan rasa sakitnya, sedangkan laki-laki menerima analgesik opioid lebih sering sebagai pengobatan untuk nyeri.

c. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan mempunyai hubungan negatif dengan persepsi nyeri, semakin rendah pendidikan menyebabkan peningkatan intensitas nyeri dan disabilitas akibat nyeri. Di dalam pengkajian keperawatan tingkat pendidikan diperlukan karena erat kaitannya terhadap tingkat pengetahuan pasien tentang pengelolaan nyeri. Tingkat pendidikan sering dihubungkan dengan pengetahuan, oleh sebab itu seseorang berpendidikan tinggi diasumsikan lebih mudah untuk menyerap informasi, sehingga dalam pemberian asuhan keperawatan dapat disesuaikan dengan tingkat pendidikan.

d. Pengalaman sebelumnya

Pengalaman masa lalu terhadap penyakit baik yang positif maupun negatif dapat mempengaruhi perkembangan keterampilan dalam menggunakan koping. Pengalaman sebelumnya yang menyebabkan nyeri mempunyai implikasi terhadap pengkajian keperawatan. Jika pasien tidak pernah merasakan nyeri, maka persepsi negatif pertama nyeri yang timbul dapat mengganggu koping terhadap nyeri. Apabila pasien tidak menyadari hal ini pasien akan memandang awitan nyeri sebagai komplikasi yang serius dan menjadi stressor di dalam dirinya. Sedangkan pasien yang pernah mengalami nyeri sebelumnya maka persepsinya adalah hal umum bagi pasien untuk mengalami nyeri insisi selama beberapa hari. Sehingga ini akan membantu pasien untuk lebih siap dalam melakukan tindakan.

e. Mekanisme koping

Koping yang adaptif akan menghasilkan adaptasi yang menetap yang merupakan kebiasaan baru dan perbaikan dari situasi lama, sedangkan koping yang tidak efektif berakhir dengan maladaptif yaitu perilaku yang menyimpang dari keinginan normatif dan dapat merugikan diri sendiri maupun orang lain atau lingkungannya. Umumnya pasien belum mengetahui cara yang bisa dilakukan untuk mengurangi nyeri selain dengan obat-obatan, dalam hal ini erat kaitannya dengan penggunaan mekanisme koping pasien. Sehingga ini menyebabkan pasien sering bereaksi terhadap nyeri secara salah atau dengan kata lain pasien umumnya menggunakan mekanisme koping yang maladaptif dalam usaha untuk mencegah serangan nyeri yang

dirasakannya, hal tersebut akan menambah nyeri karena rasa nyeri menjadi pusat perhatiannya padahal sebenarnya pasien dapat berpartisipasi aktif dalam latihan pernafasan untuk mengurangi nyeri pasca operasi.

f. Dukungan keluarga

Dukungan dari orang yang terdekat merupakan bentuk dukungan sosial yang dapat digunakan sebagai motivasi untuk meningkatkan aktivitas fisik. Individu yang mengalami nyeri sering kali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk mendapatkan dukungan dan perlindungan. Individu yang sedang mengalami nyeri lebih sering bergantung kepada keluarga untuk membantu dalam aktifitas, memperoleh dukungan dan bisa melindunginya. Tidak adanya dukungan dari keluarga atau teman dekat lebih memungkinkan untuk nyeri yang dirasakan individu tersebut menjadi bertambah. Dukungan keluarga dapat menimbulkan efek penyangga yaitu dukungan keluarga menahan efek-efek negatif dari stres terhadap kesehatan.

4. Definisi Nyeri Kepala

Nyeri kepala didefinisikan sebagai suatu sensasi nyeri atau perasaan tidak nyaman pada daerah orbital dan oksipital yang muncul dari struktur peka nyeri. Nyeri kepala dalam kehamilan bersifat jinak dan dapat menyebabkan ketidaknyamanan yang sepele terhadap debilitasi yang cukup signifikan. Sakit kepala adalah gejala preeklampsia berat dan terjadi pada sekitar 75% wanita dengan eklampsia di mana selalu mendahului kejang (Ropper et al., 2014).

5. Nyeri kepala yang berkaitan dengan preeklampsia

Nyeri kepala terkait preeklampsia adalah nyeri kepala yang memiliki karakteristik bilateral dan berdenyut, terjadi pada wanita yang sedang hamil atau puerperium dengan diagnosis preeklampsia. Pada preeklampsia nyeri kepala dapat terjadi dengan tekanan diastolik kurang dari 120 mmHg. Nyeri kepala jenis ini akan berakhir setelah preeklampsia sudah dalam tahap resolusi (Olesen et al., 2013).

Terdapat beberapa karakteristik atau profil klinis pasien preeklampsia berat yang dapat mempengaruhi nyeri kepala, yaitu usia matenal, pekerjaan, paritas, dan derajat keparahan preeklampsia (ditinjau dari tekanan darah dan kadar proteinuria) (Santos et al., 2014).

Paritas terbagi menjadi nulipara, primipara, dan multipara. Ibu hamil yang multipara lebih cenderung menderita nyeri kepala primer dengan tipe terbanyak adalah *tension type headache*. Terdapat perbedaan tekanan darah yang signifikan antara kelompok ibu hamil penderita nyeri kepala primer dengan yang bukan penderita nyeri kepala primer, dan terdapat hubungan nyeri kepala primer dengan hipertensi dalam kehamilan (Pujiastuti et al., 2013).

Usia maternal yang kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun merupakan usia rentan maternal mengalami komplikasi dalam kehamilan yang salah satunya ditandai dengan nyeri kepala hebat (nyeri kepala derajat berat). Menurut penelitian Maryatun wanita yang menikah atau hamil pada usia dini memiliki kelemahan yaitu ketidaksiapan secara psikis

dalam menghadapi masalah yang mungkin timbul saat proses kehamilan atau persalinan. Salah satunya preeklampsia berat. (Maryatun, 2013)

C. Proses Keperawatan Preeklampsia

Proses keperawatan adalah suatu pendekatan sistemis untuk mengenal masalah-masalah pasien, merupakan proses pemecahan masalah yang dinamis dalam memperbaiki dan meningkatkan kesehatan pasien sampai ke tahap maksimum, merupakan pendekatan ilmiah, terdiri dari 5 tahap: pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Suarni & Apriyani, 2017).

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Suatu proses kolaborasi melibatkan perawat, ibu, dan tim kesehatan lainnya. Pengkajian dilakukan melalui wawancara dan pemeriksaan fisik. Dalam pengkajian dibutuhkan kecermatan dan ketelitian agar data yang terkumpul lebih akurat, sehingga dapat dikelompokkan dan dianalisis untuk mengetahui masalah dan kebutuhan ibu terhadap perawatan.

Adapun pengkajian yang didapatkan pada ibu dengan gangguan kebutuhan rasa nyaman pada kasus Preeklampsia yang sesuai dengan patofisiologi dan manifestasi klinik yang di atas seperti: hipertensi, oedema, protein urine, nyeri kepala frontal/oksipital, nyeri epigastrium, mual dan muntah.

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah data terkumpul dan kemudian dianalisis, sehingga diagnosa yang mungkin ditemukan pada ibu dengan gangguan kebutuhan rasa nyaman pada V Bkasus Preeklampsia adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut (nyeri kepala)
- b. Potensial komplikasi hipertensi
- c. Nausea

3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan tugas lanjut dari perawatan setelah mengumpulkan data yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan ibu sesuai dengan pengkajian yang telah dilakukan. Pada tahap ini ditetapkan tujuan dan alternatif tindakan yang akan dilakukan pada tahap implementasi dalam upaya memecahkan masalah atau mengurangi masalah pada ibu dengan gangguan kebutuhan rasa nyaman pada kasus Preeklampsia. Seperti pada tabel 2.1

Tabel 2.1
Perencanaan Keperawatan Kasus Preeklampsia

Diagnosa keperawatan	SLKI (Tujuan)	SIKI (Intervensi)
1	2	3
Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (mis. tekanan darah yang abnormal)	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri yang dilaporkan menurun 2. Meringis sudah menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi nadi membaik 5. Pola nafas membaik 6. Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 6. Monitor efek samping penggunaan analgetik 7. Fasilitasi istirahat dan tidur 8. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 9. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 10. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat

1	2	3
		11. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 12. Kolaborasi pemberian analgetik jika diperlukan
Potensial komplikasi hipertensi berkenaan dengan kehamilan	Keparahan Hipertensi (Preeklampsia) <ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan tekanan darah systole tidak terjadi 2. Peningkatan tekanan darah diastole tidak terjadi 3. Protein urine dalam batas normal 4. Oedem berkurang 	Perawatan Preeklampsia <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau tekanan darah dan bandingkan hasilnya dengan yang diambil sebelumnya pada kehamilan 2. Pantau edema, khususnya pada pergelangan, jari jemari dan wajah 3. Pantau hasil laboratorium tentang proteinuria 4. Kaji: edema, gangguan penglihatan, dispnea, penurunan haluaran urine, sakit kepala, pandangan kabur, mual muntah, perubahan tingkat kesadaran, nyeri epigastrium 5. Pantau keluaran urine (volume, warna urine) 6. Lakukan tirah baring total dengan posisi miring ke kiri 7. Ajarkan pasien membatasi kegiatan dan istirahat di tempat tidur setiap hari 8. Ajarkan pasien meningkatkan

1	2	3
		<p>masukan diet protein untuk mengkompensasi kehilangan dalam urine</p> <p>9. Kolaborasi pemberian magnesium sulfat</p>
<p>Nausea berhubungan dengan kehamilan</p>	<p>Tingkat Nausea (L.08065)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perasaan ingin muntah menurun 2. Perasaan asam dimulut menurun 3. Pucat membaik 	<p>Manajemen Mual (I.03117)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pengalaman mual 2. Identifikasi faktor penyebab mual 3. Monitor mual (mis. frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) 4. Monitor asupan nutrisi dan kalori 5. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual 6. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual 7. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 8. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual 9. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak 10. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (relaksasi) 11. Kolaborasi pemberian obat mual.

4. Implementasi keperawatan

Setelah rencana keperawatan tersusun, selanjutnya diterapkan tindakan yang nyata untuk mencapai hasil yang diharapkan berupa berkurangnya atau hilangnya masalah pada ibu. Pada tahap implementasi ini terdiri atas beberapa kegiatan, yaitu validasi rencana keperawatan, menuliskan atau mendokumentasikan rencana keperawatan, serta melanjutkan pengumpulan data. Dalam implementasi keperawatan, tindakan harus cukup mendetail dan jelas supaya semua tenaga keperawatan dapat menjalankannya dengan baik dalam waktu yang telah ditentukan. Perawat dapat melaksanakan langsung atau bekerja sama dengan para tenaga pelaksana lainnya.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan akhir dari proses keperawatan, di mana perawat menilai hasil yang diharapkan terhadap perubahan diri ibu dan menilai sejauh mana masalah ibu dapat diatasi. Di samping itu, perawat juga memberikan umpan balik atau pengkajian ulang, seandainya tujuan yang ditetapkan belum tercapai, maka dalam hal ini proses keperawatan dapat dimodifikasi.