

LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Izin Penelitian



Jl. Soekarno Hatta No 754 Bandung
☎ 022 7830 760, 022 7830 768
🌐 bku.ac.id 📧 contact@bku.ac.id

Bandung, 10 Maret 2025

Nomor : 320/03.ANT/UBK/III/2025
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth:
Direktur RSUD Al- Ihsan Baleendah
Provinsi Jawa Barat
di
Tempat

Dengan hormat,

Salam sejahtera semoga Bapak/Ibu senantiasa dalam lindungan Allah SWT dan diberikan kesehatan. Sehubungan dengan adanya tugas mahasiswa untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif, bagi mahasiswa Tingkat IV Semester 8 Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan Anestesiologi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhakti Kencana maka dengan ini kami bermaksud memohon izin kepada Bapak / Ibu selaku pimpinan Rumah Sakit, untuk melakukan penelitian di RSUD Al- Ihsan Baleendah Provinsi Jawa Barat yang akan dilaksanakan pada Bulan Maret 2025.

Adapun nama mahasiswanya adalah :

N0	NPM	NAMA MAHASISWA	JUDUL
1	211FI03101	Rini Damayanti	Manajemen Asuhan Kepenataan Anestesi Untuk Sectio Caesarea Pada Pasien Preeklampsia Berat di IBS RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat

Demikian, surat permohonan izin ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Hormat kami,

Bandung, 10 Maret 2025

Universitas Bhakti Kencana
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan

Sri Lestari Kartikaswati, SST.,M.Keb
NIK 02003040113



Surat balasan dari Rumah Sakit

PEMERINTAH PROVINSI JAWA BARAT
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AL IHSAN
Jl. Kiastramanggala, Baleendah Kabupaten Bandung. Telp. (022)5940872, fax (022)5941709
www.rsudalhsan.jabarprov.go.id E-mail: rsudalhsan@jabarprov.go.id
BANDUNG 40381

Bandung, 26 Mei 2025

or : 070/3071/DR.00-RS Ihsan
: Segera
iran : -
: Jawaban Permohonan Izin Penelitian
a.n Rini Damayanti

Kepada Yth,
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Bakti Kencana
Di
Jl. Soekarno Hatta No.754, Cipadung
Kidul, Kec. Panyileukan, Kota Bandung,
Jawa Barat 40614

Menjawab Surat Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bakti Kencana Nomor : 320/03.ANT/UBK/III/2025 tanggal 10 Maret 2025 perihal Permohonan Izin Studi Penelitian, bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya tidak keberatan dan bersedia menerima :


Nama : Rini Damayanti
NIM : 211F103101
Program Studi : Sarjana Terapan Keperawatan Anestesiologi
Judul Penelitian : **Manajemen Asuhan Kependatan Anestesi Untuk Sectio Caesarea Pada Pasien Preeklampsia Berat di IBS RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat**

Untuk melaksanakan penelitian di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat yang dilaksanakan pada **Tanggal 17 Maret s/d 25 April 2025** dengan ketentuan yang berlaku sebagai berikut :

1. Melampirkan Pas Photo berwarna (berlatar belakang biru) ukuran 2x3 sebanyak 2 (dua) buah, berjilbab untuk wanita;
2. Bersedia mentaati segala peraturan yang ditetapkan di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat.
3. Berdasarkan Peraturan Gubernur Jawa Barat Nomor 9 Tahun 2023 Tentang Pola dan Tarif Layanan RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat, dibebankan biaya Administrasi penelitian per bulan sebesar Rp. 250.000, Pembayaran melalui Bank Jabar Banten (BJB) a.n. RSUD Al Ihsan dengan No. Rekening 065 001 001 2982;
4. Apabila telah selesai penelitian agar dapat memberikan laporan kegiatan melalui Kepala Bagian Pendidikan dan Penelitian RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat;
5. Pendamping di RSUD Al Ihsan Sdr/i. **Ageng Hendriyo Utomo, S.Kep.Ners..**

Adapun segala sesuatu yang menyangkut prosedur kegiatan tersebut, dapat menghubungi Bagian Diklit RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat setiap hari kerja Senin s.d. Jum'at Pukul 08.⁰⁰ - 14.⁰⁰ Tlp. (022) 5940872 Ext. 445.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Ditandatangani secara elektronik oleh:
PIR DIREKTUR RSUD AL IHSAN
PROVINSI JAWA BARAT,

dr. FERRY ACHMAD FIRDAUS MANSOER, MM., Sp. OG
Pembina Tingkat I

Lampiran 2 Surat Permohonan Menjadi Partisipan

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI PARTISIPAN

Kepada Yth :

Calon Partisipan

Di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Rini Damayanti

NIM : 211FI03101

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : Komplek Aria Graha

Bersama ini saya mengajukan permohonan kepada saudara untuk bersedia menjadi partisipan dalam penelitian saya yang berjudul “Manajemen Asuhan Kepenataan Anestesi Pada Pasien *Sectio caesarea* dengan Preeklampsia Berat di Ruang IBS RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat” yang pengumpulan datanya akan dilaksanakan pada bulan Maret sampai April 2025. Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui Gambaran Manajemen Asuhan Kepenataan Anestesi Pada Pasien *Sectio caesarea* dengan Preeklampsia Berat di Ruang IBS RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat. Saya akan tetap menjaga segala kerahasiaan data maupun informasi yang diberikan.

Demikian surat permohonan ini disampaikan, atas perhatian, Kerjasama dan kesediaannya saya mengucapkan terimakasih.

Bandung, Februari 2025

Peneliti

Rini Damayanti

NIM. 211FI03101

Surat Persetujuan Menjadi Partisipan

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Badria Tirtha Bahman, A.Md. Kep
Jenis kelamin : Laki-Laki
Pekerjaan : Perawat Anestesi
Alamat : A.H. Hasution No. 166 Kota Bandung

Setelah membaca lembar permohonan menjadi partisipan yang diajukan oleh saudari Rini Damayanti, mahasiswa semester VII Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan Anestesiologi – Universitas Bhakti Kencana Bandung, yang penelitiannya berjudul “Manajemen Asuhan Kepenataan Anestesi Pada Pasien *Seccio Caesarea* dengan Preeklampsia Berat di Ruang IBS RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat”, maka dengan ini saya menyatakan bersedia menjadi partisipan dalam penelitian tersebut, secara sukarela dan tanpa ada unsur paksaan dari siapapun.

Demikian persetujuan ini saya berikan agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Bandung, 10 April 2025

Partisipan


Badria Tirtha R

Lampiran 3 Instrumen Penelitian

Lembar Wawancara

A. Identitas informan

Nama	:
Usia	:
Lama bekerja di Instalasi Bedah Sentral	:
Jabatan	:

B. Daftar pertanyaan

1. Bagaimana pemeriksaan fisik pasien sebelum tindakan anestesi pada pasien dengan preeklampsia berat?
2. Bagaimana cara mengelola risiko oedema paru pada pasien preeklampsia berat?
3. Hal apa saja yang perlu dipersiapkan mengenai manajemen pra anestesi pada pasien dengan preeklampsia berat?
4. Apa saja pemeriksaan penunjang yang perlu ditambahkan dan wajib ada sebelum dilakukan pembedahan dengan pasien preeklampsia berat?
5. Obat-obatan apa saja yang harus disiapkan, dihentikan dan dilanjutkan saat pembedahan akan segera dimulai?
6. Apa saja premedikasi obat yang diberikan sebelum dilakukan anestesi?
7. Bagaimana koordinasi tim antara dokter anestesi dan penata anestesi dalam menentukan teknik, metode anestesi dan status kesehatan pasien berdasarkan ASA pasien dengan preeklampsia berat?
8. Parameter apa saja yang harus dimonitor secara ketat selama pemberian anestesi pada pasien preeklampsia?
9. Bagaimana strategi pencegahan dan penanganan hipotensi setelah anestesi spinal pada pasien preeklampsia?
10. Bagaimana pemberian cairan pada pasien preeklampsia di intra anestesi?
11. Apa peran cairan intravena dan terapi vasopresor dalam menjaga stabilitas haemodinamik pasien?
12. Apa strategi manajemen nyeri pascaoperasi yang optimal untuk pasien preeklampsia setelah *sectio caesarea*?
13. Apakah ada perbedaan dalam penggunaan obat analgesik pada pasien preeklampsia dibandingkan dengan pasien eklamsi?
14. Bagaimana penata anestesi menangani risiko eklamsia pada pasien preeklampsia berat di pasca anestesi?

ASSESMEN ANESTESI									
Riwayat kejang : Riwayat anestesi : Riwayat alergi :					Evaluasi jalan nafas				
					Bebas : Ya Tidak Obesitas : Ya Tidak Gigi palsu : Ya Tidak				
					Sulit ventilasi : Ya Tidak Buka mulut : Ya Tidak Jarak mentohyoid : Ya Tidak Jarak hyothyroid : Ya Tidak Gerak leher : Ya Tidak Mallampaty : Ya Tidak				
BB : Kg	TB : Cm			Pemeriksaan laboratorium					
Tanda Vital	TD :	Nadi :	S :	Hematologi					
	RR :	Suhu :		Hb : Leukosit : PPT : Hct : Trombosit : ApTT :					
Serum elektrolit				kesimpulan assesmen prasedasi / anestesi					
Na :	K :	Ca :	Cl :	PS ASA :					
Fungsi hati				Penyulit :					
SGOT :	Bil. Direk :	HBs Ag :	Rencana Anestesi						
SGPT :	Bil. Indirek :	Anti HCV :	Obat premedikasi		dosis	cara			
Alb :	Bil. Tot :								
Fungsi Ginjal				Teknik anestesi :					
Ureum :		S. Creatinin :							
ASSESMEN PRA INDUKSI									
TD :		RR :		SpO2 :					
N :		S :							
Persiapan darah :									
Kesadaran saat tiba di kamar operasi :									
Anestesi Regional : SAB									
Jenis Jarum : Quinke #									
Blok :									
Obat :		Dosis ... mg			Vol ...cc				
Kateter Intra Vena :									
Perifer # : Radialis									
Periper # : Femoralis									
CVC # :									

PASCA ANESTESI

CATATAN PASIEN DI RUANG PEMULIHAN :

Waktu masuk : _____ Penata anestesi pengirim : _____ Penata anestesi penerima : _____
 Tanda Vital : ☐ TD: _____ / _____ mmHg ☐ Nadi: _____ x/menit ☐ RR: _____ x/menit ☐ Temperatur : _____ °C
 Kesadaran : ☐ Sadar betul ☐ Belum sadar ☐ Tidur dalam
 Pernafasan : ☐ Spontan ☐ Dibantu ☐ VAS
 Penyulit Intra operatif : _____
 Instruksi Khusus : _____

Frekuensi napas	Frekuensi nadi	Tekanan darah														SKALA NYERI (Lingkar)	ALDRETTE SCORE	SCORE	STEWART SCORE	SCORE	BROMAGE SCORE	SCORE
28	220															0	Saturasi O ₂		Pergerakan		Gerakan penuh dari tungkai	
20	200															1						
26	180															2						
12	160															3	Pernapasan		Pernafasan		Tak mampu ekstensi tungkai	
8	180	140														4						
	160	120														5						
	140	100														6	Sirkulasi		Kesadaran		Tak mampu fleksi lutut	
	120	80														7						
	100	60														8	Aktifitas motorik				Tak mampu fleksi pergelangan kaki	
	80	40														9						
	60	20														10	Kesadaran					
	0																					

Lama masa pulih : _____

Menginformasikan keruangan untuk menjemput pasien :

1. Jam : _____ Penerima : _____ 2. Jam : _____ Penerima : _____ 3. Jam : _____ Penerima : _____

KELUAR KAMAR PEMULIHAN

Jam keluar dari RR : _____ ke ruang: ☐ rawat inap ☐ ICU ☐ Pulang ☐ lain-lain: _____

SCORE ALDRETTE : _____

SCORE STEWARD : _____

SCORE BROMAGE : _____

SCORE PADSS (untuk rawat jalan): _____ ☐ not applicable

SCORE SKALA NYERI: ☐ Wong Baker : _____

Nyeri : ☐ tidak ☐ ada

Risiko jatuh: ☐ tidak berisiko ☐ risiko rendah ☐ risiko tinggi

Risiko komplikasi respirasi : ☐ tidak ☐ ada

Risiko komplikasi kardiosirkulasi : ☐ tidak ☐ ada

Risiko komplikasi neurologi : ☐ tidak ☐ ada

Lainnya : _____

INSTRUKSI PASCA BEDAH:

Pengelolaan nyeri : _____

Penanganan mual/muntah : _____

Antibiotika : _____

Obat-obatan lain : _____

Infus : _____

Diet dan nutrisi : _____

Pemantauan tanda vital : setiap _____ selama _____

Lain-lain : _____

Hasil pemeriksaan penunjang/obat/barang milik pasien) yang diserahkan melalui perawat ruangan/ICU :

1) _____ 2) _____ 3) _____

Lampiran 4 Transkrip wawancara

HASIL WAWANCARA INFORMAN 1 (BADRIA RAHMAN)

P : "Hal apa saja yang perlu dipersiapkan mengenai manajemen pra anestesi pada pasien dengan preeklampsia berat?"

BR : "Untuk pra anestesi pertamakan pasti anamnesa dulu pasiennya, mulai dari pertama informed consent, identitas pasien terus lanjut pemeriksaan TTV, kepatuhan puasa, TTV dicek kan ini fokusnya ke preeklampsia berat kan biasanya tanda-tanda vitalnya dilihat dari tensi kan si tensinya tinggi ada riwayat hipertensi pasiennya. Anamnesa dulu pasiennya dari kapan hipertensinya apakah dari sebelum hamil atau sejak hamil baru hipertensi. Biasanya macam-macam pasiennya ada yang dari sebelum kehamilan ada yang dari saat kehamilan. Nah biasanya tuh kalo hipertensi dengan riwayat preeklampsia itu pasiennya gejala nya apa aja ada nyeri ulu hati kah biasanya, terus gara-gara hipertensi pandangannya burem, pusing terus mual muntah"

P : "Bagaimana pemeriksaan fisik pasien sebelum tindakan anestesi pada pasien dengan preeklampsia berat?"

BR : " pemeriksaan fisik Anamnesa aja biasa kita cek tensi segala macem saturasi, nadi terus kalo mau masuk operasi cek puasa juga cek puasa cek ada alergi obat ga cek asma ada ga. Nah tapi seenggaknya kalo hipertensi di pre op nya tanya sebelumnya gitu kalo emang udah darah tinggi tensi rutinnya eh kalo misal di tensi tiap di tensi tu selalu tinggi atau naik turun. Terus minum obat ga pasiennya, terus pasiennya udah tau belum punya riwayat darah tinggi atau belum tau. Nah kalo minum obat apa obat yang di minumnya misalnya amlodipin gitu terus rutin nya minum obat, teratur ga minum nya gitu. Terus ya konfirmasi ke dr anestesiya. Terus kita juga kan harus tau ini pasiennya peb dengan hipertensi konfirmasi ke dr nya dok ini dok pasien sc dengan preeklampsia berat gimana penangannya. Nah paling penting kalo pasien peb itu sebelumnya pernah kejang belum"

P : "Bagaimana cara mengelola risiko edema paru pada pasien preeklampsia berat?"

BR: Kalo edema paru kata ka ibad mah berartikan pasien pasien dengan risiko edema paru udah aja kita kalo misalnya pasiennya bagus mah udah aja di spinal kita

kasi terapi oksigen, dari pas pre op kita kasi terapi oksigen. Kalo misalnya dicek parunya bagus apa engga gitu. Tapi kalo pasiennya udah masuk ke eklampsia udah kejang mah tetep aja intubasi tapi lebih bagus intubasinya harus *smooth*. Siapin obat-obatannya, methylprednisolone, furosemid. Karena masuk furosemid itu kan diuretik jadi untuk penurunan tensi juga biar si perkemihannya juga lancar itu bisa ngebantu sih sebenarnya. Diuretik itu ngebantunya itu karena kan tensi turun kerja jantung nya ga begitu berat jadi pasiennya juga ga terlalu sesek biasanya, tapi tetep ke pemberian oksigen dulu. pernah saat itu ada 1 pasien peb cito dilakukan spinal anestesi namun saat intra operasi pasien tiba tiba merasa sesak nafas padahal sudah diberikan oksigen 2lpm dengan nasal canul. Kemudian a ibad menaikkan oksigen menjadi 4lpm tetapi pasien masih merasa sesak nafas dan terus memburuk sampai pasien pun dibantu nafas dengan facemask oksigen 8lpm dan dibagging 2 kali pasien nafas 1 kali bagging . hal ini mungkin saja terjadi karena bayi belum dikeluarkan atau bisa jadi karena risiko oedema paru dan saat pemeriksaan fisik tidak terkaji dengan baik. dokter anestesi pun memberikan terapi obat furosemid untuk mengurasi sesak nafas.

P :”Kalo pasiennya udah kejang mah berarti itu bukan preeklampsia lagi kan itu udah kejang?

BR : Heeh Kalo udah kejang mah udah bukan peb lagi tapi udah eklampsia. Biasanya tensinya udah 200/100 itu mah udah pasti kejang. Diliat juga kesadaran pasiennya biasanya kalo udah kejang udah gawat pasiennya udah mulai penurunan kesadaran.

P : Kalo gitu mah udah ga di spinal lagi kan a?

BR : Ga dispinal itu mah udah harus diumum, kalo masih pre masih belum gejalanya belum terlalu parah biasanya pasiennya masih kooperatif masih bisa di spinal, tapi kalo pasiennya udah kejang itu harus di intubasi dan persiapan icu. Takutnya pernah kejadian dengan preeklampsia karena pasiennya apa bagus gitu ya awalnya meskipun udah pernah kejang gitu tapi bagus pas mau di induksi tu udah operasinya bagus udah mulai di intubasi terus di post op kejang lagi di intubasi lagi. Jadi itu we resiko terberatnya paling cari aman mending di retensi masuk icu di pantau aja ttv nya sampai stabil

P : Berarti kalau masih peb belum kejang itu ga semua pasien ke icu dong?

BR: Engga, kalau pasiennya masih bagus belum pernah kejang ya pasiennya di spinal aja terus pindah ke ruang ranap biasa

P :Pemberian nicardipin itu kapan a?

BR :Tergantung masuk nicardipin itu kalo kata ka ibad mah mending sesudah di induksi atau di spinal jadi kalo misalnya di induksi tensinya turun ya gausa di kasi nicardipin kalo udah di induksi tensinya ga turun baru boleh di kasi nicardipin juga gapapa. Tapi masih 160/170 diliat diintra op nya perdarahannya banyak engga, kalo misalnya banyak terus tensinya masih tinggi biasanya ke pembuluh darahnya juga ngecernya banyak gitu perdarahannya pasti banyak. Tapi kalo dilapangannya masih aman mah masuk aja kalnex buat cegah perdarahannya. Kalo tensi tinggi tapi perdarahannya aman mah gajuga gapapa si tapi biar lebih amannya mah mending masuk aja kalnex mau perdarahannya banyak atau engga soalnya kan tensinya tinggi. Kalo mau masuk nicardipin juga buat nurunin tensinya gapapa sih coba aja dulu.

P :Kalo misalnya peb itu jantung kan keganggu kan a berarti pemberian cairannya juga kan harus hati hati

BR: Tergantung riwayat jantungnya, kondisi jantungnya kalo hipertensi mah berarti kan kerja jantung nya juga cepet soalnya kan sialiran si darahnya lebih banyak. Nah balik lagi ke pertanyaan yang asa kalo terkontrol masih asa 2 kalo tidak terkontrol mah 3. Pemberian cairanmah kalo ka ibad mah liatnya dilapangan diliat dulu lapang operasinya. Kalo banyak perdarahannya mah tetep aja mending diguyur. Terus kan biasanya pasiennya juga puasa juga nah sekalian untuk pengganti cairan juga. Karena yang preeklampsia mah kan kalo udah ngedrop juga ya tetep we ngedrop gitu kan. Kecuali kalo memang penyakit jantung nya udah berat nah baru itu harus lebih hati hati pemberian cairannya. Berarti kita mainnya di obat di efedrin biar tensinya naik kalo cairannnya mah biasa aja tapi tetep aja kita juga harus kolaborasi dengan sp.an gitu tapi kita juga harus punya wawa san kalo mau ngasi ya jangan asal ngasi.

P : “Apa strategi manajemen nyeri pascaoperasi yang optimal untuk pasien preeklampsia setelah *sectio caesarea*?”

BR: Tergantung kita ngebiusnya apa dulu kalo misalnya masih preeklampsia belum kejang di spinal kasi aja analgetik nya kaya biasa disini tramadol 2 keterolak 1 di drip sama rl. Kalo misalnya masih kurang bisa masuk pethidine. Kalo di intubasi mah bisa aja pake fentanyl juga. Atau kolaborasi sama sp.an bisa pake dexeto di syringpump.

P : “Bagaimana penata anestesi menangani risiko eklampsia pada pasien preeklampsia berat di pasca anestesi?”

BR: sebenarnya kejangnya itu kan gabisa di prediksiya. Kalo misalnya di post op itu ttv nya bagus tapi tiba-tiba kejang itu bisa apalagi kalo dengan misalnya kita coba ekstubasi gitu ya udah di post tiba-tiba kejang itu juga bisa kita tetap harus waspada post op nya, kita monitoring pasiennya. Pentingnya ada recovery room gitu post op ya buat itu gitu. Dengan pasien yang udah tau gitu kita udah overan sama yang di dalam ini pasien dengan eklampsia atau peb gitu itu kita harus waspada sih tapi lebih bagus mah tetep aja persiapan icu sih. Kan kita gatau ya amit-amit misal udah lah kita pindahkan aja ke ruangan lah telpon ruangan tau tau di ruangan pasiennya kejang lagi ujung ujung nya kan tetep kita yang salah. Nanti itu kenapa ga di obs dulu gitu. Kalo pemberian mgso4 mah itu ranah sp.og karna apalagi pasien yang udah kejang gitu ya di intubasi gitu nanti kan pasiennya di relaxan itu bisa jadi prolong ke relaxan nya. Nanti bakal susah bangun susah spontan. makanya dengan pasien masuk ke intra op itu pasiennya pasti diganti infusannya ke yg biasa.

HASIL WAWANCARA INFORMAN 2 (DS)

P : ” Hal apa saja yang perlu dipersiapkan mengenai manajemen pra anestesi pada pasien dengan preeklampsia berat?

DS: “Persiapan pra anestesi ya? Kalo untuk pasien peb itu kan biasanya cito ya, jadi kita gabisa persiapan dari h-1 jadi biasanya kita anamnesa secara cepat. Persiapan manajemen pra anestesi pada preeklampsia biasanya sih stabilitas hemodinamik kita utamakan, kalo pasien pertama kali datang ke meja operasi kita tensi dulu ya, baik tekanan darah nya apakah eeu termasuk kedalam kritis atau tidak, terus penanganan obat-obatannya kolaborasi dengan dr sp.an untuk kestabilan tekanan darah sebelum tindakan anestesi pada pasien peb kemudian juga peralatan resusitasi serta obat-obat emergensi harus eeuu jauh sebelumnya harus dipersiapkan dengan baik itu hingga bisa untuk siap di gunakan. Kemudian juga apayaa ohh ini evaluasi koagulasi, koagulan tersebut dari hasil pemeriksaan laboratorium dicek apakah memang perlu apa itu namanya trombositnya rendah dan sebagainya sehingga perlu dipersiapkan darah gitu kan karna kan apa namanya evaluasi koagulasi itu penting harus sedia darah. Pada pasienpasien preeklampsia itu harus dipersiapkan darah kita juga koordinasi sama tim medis lain untuk pasca tindakannya direncanakan ke icu atau ke ruang mana gitu kan. Itu juga kolaborasi dengan sp.an nya itu mungkin yaa. Oke lanjut”

P : “Pasien peb itu kan pasien cito ya pak jadi Bagaimana pemeriksaan fisik pasien sebelum tindakan anestesi pada pasien dengan preeklampsia berat?”

DS : iya cito jadi ya mau bagaimana lagi. Waktu adalah nyawa. Jadi, pemeriksaan fisik bukan 'seharusnya' lagi, tapi 'sebisanya'. Pemeriksaan fisik pada pasien preeklampsia berat biasanya yang sudah lazim itu ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dimana yang misalnya fokus ke tekanan darah awal. biasanya kalau preeklampsia itukan erat kaitannnya dengan eeu kondisi pasiennya mengalami hipertensi gitu kan, neurologisnya juga kita perhatikan dari susunan saraf pusat ada nyeri kepala ataupun ada penglihatan buram, dan lain sebagainya, selanjutnya eumm biasanya juga ada edema ya edema nah yang terjadi tuh bisa dari eeu apa namanya nya tuh ekstermitas, biasanya kalo ngecek edema tuh dari wajah dulu, jadi

perhatikan untuk kasus edema nya trus kemudian eeu apa namanya tuh pernafasan dan kardiovaskular juga, tadikan udah dijelaskan di awal kalo preeklampsia itu pasiennya sudah hipertensi, hal hal seperti itu harus diperhatikan. Eeu terakhir pemeriksaan jalan nafas ya berarti eeuu seperti biasa dinilai eeu kemudian evaluasi jalan nafas itu penting dalam rangka untuk perencanaan intubasi atau tindakan anestesi lain.

P : “Apa saja pemeriksaan penunjang yang perlu ditambahkan dan wajib ada sebelum dilakukan pembedahan dengan pasien preeklampsia berat?”

DS : Pemeriksaan penunjang yang wajib kalo yang saya ketahui ya ini ya koreksi kalau salah ada beberapa yang saya pahami mungkin eum ya darah lngkap seperti hb eeu dan sebagai nya, fungsi ginjal ureum kreatinin dan kadar elektrolit juga penting gitu kan terus tes fungsi hati trus tadi apa koagulasi ya di cek aptt sama inr juga dicek terus dari lab nya juga bisa dicek kadar protein ureum berarti dari urin ya

P : “Obat-obatan apa saja yang harus disiapkan, dihentikan dan dilanjutkan saat pembedahan akan segera dimulai”

DS : “Pemilihan obat2an yang tepat sangat sangat menentukan keberhasilan eeu apa namanya operasi atau tindakan anestesi pada pasien preeklampsia berat ya kalo untuk anestesi sih standarnya trias anestesi, ya tergantung lah ya kondisi dimana monitoring awal tadi hindari obat-obat trias anestesi yang nantinya memang merangsang peningkatan tekanan darah. Ada beberapa juga yang perlu diperhatikan kalo emang ada indikasi jika ada gangguan ginjal itu obat-obatan NSAID itu perlu dihentikan dulu ya untuk mencegah perburukan kondisi ginjal nya selanjutnya mungkin kaya apa ya ohiya anti hipertensii gitu kan kalo misalnya obat-obatan kalo memang pasiennya sudah hipertensi dari awal karna kan pasien preeklampsia pasti kan ya hipertensi, nah obat2an anti hipertensi itu biasanya dilanjut selama tindakan anestesi dilakukan di kamar operasi.”

P : “Apa saja premedikasi obat yang diberikan sebelum dilakukan anestesi?”

DS : Sesuai indikasi aja sih kalo premedikasi mah kalo dexta mah mungkin hubungannya kan dengan ini apa eeu di tindakan anestesi karna kan barangkali eu rangsangan pada saat intubasi bisa menyebabkan sedikit banyaknya eeu udema

laring gitu kan barangkali eeu dipertimbangkan untuk pemberian dexametason untuk tindakan anestesiya kalo untuk methylprednisolone liat situasi sih misalnya eeu apa namanya kearah perburukan terus sama ya tambahannya ya mungkin ranitidin atau ondansetron jika diperlukan disiapkan di premedikasi ya

P :” Bagaimana koordinasi tim antara dokter anestesi dan penata anestesi dalam menentukan teknik, metode anestesi dan status kesehatan pasien berdasarkan ASA pasien dengan preeklampsia berat?”

DS : Koordinasi ya jelas berarti diawali dengan pre anestesi ya itu berarti kita evaluasi biasanya si kalo dokter lebih paham ya menilai pasien preeklampsia mau gamau ya kita juga sebagai penata harus berperan aktif dalam rangka koordinasi eeu dalam menghadapi pasien dengan preeklampsia berat gitu kan ya apa memang perlu didiskusikan mengenai teknik anestesi yang paling aman digunakan untuk pasien preeklampsia berat ini jadi ya pemilihan anestesi ini memang cukup di spinal atau harus epidural atau terpaksa harus di kita anestesi umum itu kan yang menentukan dr sp.an. berdasarkan ASA juga iya pasien ini kesepakannya ASA berapa tapi kalo preeklampsia itu sudah masuk asa III gitu. Asa III sampai IV mungkin tergantung grade ya dan itu juga ada label emergensi ya misalnya IIIE atau IVE gitu. Ya intinya si kolaborasi anatara penata dengan dr sp.an itu penting ya untuk keselamatan pasien ya terutama pada pasien dengan preeklampsia berat.

P : “Bagaimana cara mengelola risiko oedema paru pada pasien preeklampsia berat?”

DS : pada pasien preeklampsia berat itu memang eeu kadang ditemukan beberapa kasus pada eu apa kondisi oedema paru, berarti manajemen ketika kondisi oedema paru yang kita tangani pada saat itu yang pertama mungkin jelas pembatasan cairan ya, pembatasan cairan itu harus diperhatikan eeuu harus di control kadang kita mau operasi cairan tidak terkontrol gitu jadi kebanyakan yang bisa memperburuk kondisi oedema paru nya, jadi harus pembatasan cairan nomor satu, selanjutnya mungkin monitoring keseimbangan cairan juga eeuu pemantauan keseimbangan cairan yang ketat kalo baiknya si memang kolaborasi dengan dr anestesi kalo hubungannya dengan oedema paru paling manajemen nya ya pemantauan saturasi oksigen ya sama fungsi paru terus yang penting juga mungkin apa eu diuretik

pemberian diuretik juga diperlukan gitu kan jadi eeuu jadi kita harus kolaborasi dengan dokter anestesi mengenai penggunaan diuretik jika memang diperlukan.

P : “Parameter apa saja yang harus dimonitor secara ketat selama pemberian anestesi pada pasien preeklampsia?”

DS : Parameter yang harus dimonitoring secara ketat ya selama pemberian anestesi parameter ya kalo parameter ya bisa dilihat dari monitoring ketat ya dimana tekanan darah saturasi oksigen HR nya tambahan mungkin urin output

P : Pak, kita tahu bahwa monitoring pasien secara kontinu selama intra-anestesi sangatlah krusial, terutama pada kasus PEB yang hemodinamiknya labil. Namun, dari observasi awal, saya menemukan ada kalanya penata anestesi tidak dapat berada di sisi pasien atau memonitor secara stay (terus-menerus) selama pembedahan. Menurut pandangan bapak, apa yang biasanya menjadi penyebab utama seorang penata anestesi tidak dapat stay memonitor pasien secara kontinu, terutama pada kasus sekompleks PEB?

DS: Kadang kita kan memang cuma berdua penata anestesi untuk beberapa ruang operasi. Nah, kalau lagi ada dua operasi bersamaan, apalagi yang satu *cito* juga, mau tidak mau kita harus bolak-balik. Atau kadang, ada alat yang tiba-tiba bermasalah di ruang sebelah, jadi kita harus bantu sebentar. Jadi, penyebab utamanya ya memang karena *workload* yang tinggi dan keterbatasan jumlah staf. Idealnya memang satu pasien satu penata, tapi kenyataannya tidak selalu begitu.

P: Menurut pandangan Bapak, bagaimana dampak dari kondisi di mana penata anestesi tidak dapat memonitor pasien secara stay terhadap deteksi dan penanganan hipotensi atau komplikasi lain secara cepat pada pasien PEB? Dan Apa yang Anda lakukan secara pribadi atau sebagai tim untuk memitigasi risiko tersebut jika Anda memang tidak bisa stay di sisi pasien sepanjang waktu?”

DS: Jelas dampaknya besar sekali. Pasien PEB itu bisa tiba-tiba drop tensinya, apalagi kalau pakai spinal. Kalau tidak segera kita tahu, ibunya sendiri bisa syok. Kita selalu usahakan stay 15 menit setelah dilakukan spinal atau selama bayi belum keluar, karena setelah menit menit awal dispinal itu tekanan darah kan pasti anjlok dan selama bayi belum keluar itu pasien belum bisa dianggap aman. Setelah bayi keluar barulah pasien bisa dianggap aman namun tetap saja kita harus monitoring

ketat untuk kemungkinan kemungkinan buruk seperti hipotensi dan lain lain. Jikalau kita diharuskan keluar Untuk mitigasinya, biasanya kalau ada asisten atau perawat lain di ruang operasi, kita titip pesan untuk minta mereka alert kalau ada perubahan signifikan di monitor. Atau kita setting alarm di monitor supaya lebih sensitif. Tapi ya, tetap saja beda rasanya kalau kita sendiri yang melihat langsung. kita juga coba siapkan obat-obatan darurat seperti efedrin jadi kalau tiba tiba pasien tensinya anjlok obat-obatan sudah siap sedia.

P : “Bagaimana strategi pencegahan dan penanganan hipotensi setelah anestesi spinal pada pasien preeklampsia?”

DS : Ouu kalo pencegahan dan penangan hipotensi yaa harus diperhatikan pre loading nya, pemberian pre load juga harus hati hati kemudian kan kita gaboleh memberikan terlalu banyak cairan ya, masalah utama nya adalah kalo misalnya di spinal itu kan vasodilatasi, kalo pasiennya kontra indikasi dengan pemberian cairan berarti masalah utama divasodilatasinya kita atasi dengan pemberian vasopresor seperti efedrin gitu. Posisi pasien juga itu mempengaruhi ya miring kanan atau miring kiri untuk mengurangi kompresi terutama miring kiri yah untuk mengurangi kompresi dari vena cava seperti itu.

P : “Apa strategi manajemen nyeri pascaoperasi yang optimal untuk pasien preeklampsia setelah *sectio caesarea*?”

DS : Eumm kalo bicara manajemen nyeri kao yang saya dapat itu betul memang tentang multimodal ya, bisa banyak yang dipakai, bisa single atau bisa juga combined ya. Pada kasus preeklampsia ini mungkin bukan single lagi ya tapi combined ya jadi bisa dikombinasikan dengan opioid atau non opioid. Untuk pemilihan seperti nsaid apa ya seperti paracetamol kalo memang sudah cukup dengan pct ya bisa dengan pct tapi kita menjaga kehati-hatian dengann kondisi fungsi ginjal dan hati. Jika itu bisa memperburuk kondisi ginjal kita bisa beri ya terapi yang lain bisa dengan fentanyl.

P : “Bagaimana penata anestesi menangani risiko eklampsia pada pasien preeklampsia berat di pasca anestesi?”

DS : Ya kalo selesai misalnya tidak ada indikasi ke icu pasiennya stabil ya dalam artian masih eeu apa namanya masih dalam batas eeu resiko eklampsia itu bisa

ditangani di post op gitu ya di pacu ya harus ketat di monitoring nya. TTV sampai dirasa stabil baru dipindahkan ke ruang rawat. Terus kolaborasi dengan dr sp.an untuk terapi $MgSO_4$ selama 1x24 jam untuk mencegah kejang.

HASIL WAWANCARA DR RIDHA Sp.An

P: Hal apa saja yang perlu dipersiapkan mengenai manajemen pra anestesi pada pasien dengan preeklampsia berat?

N: Perlu kita ketahui pada pasien preeklampsia ini kondisi pasien kan hamil ya, ada beberapa yang harus kita ketahui dari segi anatomi fisiologis nya pasien sebisa mungkin euu kita hindari tindakan anestesi umum kenapa karena di tindakan anestesi umum itu pasien fisiologisnya pengosongan lambung yang lambat karena hormon esterogen nya ya kemudian juga dengan adanya hamil manajemen nafas akan sulit pad pasien pasien hamil oke misalnya bdan yang besar itu akan menyulitkan kita pada manajemen airway yaitu kita harus lakukan intubasi kan ya, kenapa karena pasien kita anggap tidak puasa walaupun pasien itu puasa, terus yang perlu kita perhatikan bahwa pasien ini cito atau tidak, karna kan kalau elektif kita bisa persiapkan dari h-1 nya ya pra operasinya biasa kita anamnesis, riwayat alergi tidak nah kao pada pasien hamil ini ada pasien yang mengkonsumsi obatobatan anti koagulan biasanya tujuannya dari sp.og itu untuk uteri blood plow agar aliran darah ke bayi nya itu lancar. Nah itu kita harus perhatikan karena itu kan kontra indikasi dengan dilakukannya anestesi regional spinal karena neuroaxial itu kontra indikasi dengan obat-obatan aspilet atau obat-obatan yang anti agregasi trombosit. Terus past illnes ya tentunya pada pasien itu kan tensinya kan tinggi ya kalo tensinya tinggi bisa terjadi ttik tekanan tinggi pada intra kranial bila kita memutuskan untuk melakukan anestesi umum berarti kita harus hati-hati agar ttik nya tidak terjadi yang bisa menyebabkan misalnya stroke. Dan juga pada pasien preeklampsia kalo kita melakukan anestesi spinal itu harus sama yang sudah mahir.. kenapa ? karena tindakan neuroaxial juga kan bisa merangsang parasimpatis pasien ya twensi bisa tinggi ya. Kemudian last meal ya pasien harus puasa. Tapi meskipunpasien puasa harus tetap kita anggap tidak puasa atau puasanya kurang gitu ya okey dari segi.

P: Bagaimana pemeriksaan fisik pasien sebelum tindakan anestesi pada pasien dengan preeklampsia berat?

N: Kemudian dari pemeriksaan fisik ya biasa mulai dari head to toe pada pasien hamil ini sudah disebutkan ya tadi selain airway yang sulit kemudian akses infusan

bisa sulit karena terjadi oedema terus tindakan neuroaxial juga bisa sulit karena pasien yang besar jadi kita kan harus menggunakan jarum yang panjang. Terus kardiopulmonal jadi pada pasien pasien hamil itu biasanya terjadi hemodilusi yaa jadi seakan akan pasien itu anemi ya padahal normal- normal saja terus

P: Obat-obatan apa saja yang harus disiapkan, dihentikan dan dilanjutkan saat pembedahan akan segera dimulai?

N: Riwayat obat-obatan pada pasien preeklampsia biasanya kan suka diberikan protab mgso_4 ya itu juga dapat mempengaruhi jantung jadi jika adanya hipermagnesia maupun hipomagnesia itu bisa menyebabkan aritmia. Terus apabila kita memberikan muscle relaxan ya mgso_4 itu sifatnya relaksasi otot. Jadi jika kita berikan relaxan nanti bisa berpotensi pasien akan susah nafas spontan. Jadi pada pasien pasien dengan kadar magnesium yang tinggi dipertimbangkan untuk masuk ke icu karena kan pasien sulit bangun jadi kita ke icu untuk penggunaan ventilator yang lebih lama gitu ya.

Pre induksi kita sama ya ttv pasien, kalo tensi pasiennya masih di range 140-160 itu mungkin kita masih menolerir untuk menggunakan anestesi spinal ya. Tapi kalau sudah 200 itu mungkin perlu diturunkan menggunakan obat-obatan misalnya nicardipin ya. Terus kita pilih nih teknik indukasinya apakah kita mau regional atau mau anestesi umum nh biasanya jika pasien itu eklampsia pasti kan udah kejang kita lebih memilih menggunakan anestesi umum baik keadaan pasien di meja operasi itu cm atau sudah hilang kesadaran. Karena apabila pasien sudah kejang terus dilakukan anestesi spinal jarumnya bisa patah ya jadi kita lebih memilih anestesi umum aja terus prepare ke icu. Oke kita ini pasien preeklampsia kita lebih prepare ke anestesi spinal gitu ya sama kaya pasien biasa, terus kita perhatikan juga penggunaan metergin karena kan metergin itu bisa menaikkan tensi, pemberiannya harus hati-hati jangan terlalu cepat. Terus perlu diperhatikan juga pasien dengan preeklampsia itu meskipun bayi nya sudah dikeluarkan tetapi masih belum bebas kejang jadi biasanya tu 124 jam atau 1-48 jam itu masih bresiko kejang ya.

P: Bagaimana cara anda mengelola risiko oedema paru pada pasien preeklampsia berat?

N: Memang biasanya bisa terjadi oedema paru, itu karena disebabkan oleh tekanan darah yang tinggi ya jadi menghambat aliran darah ke paru ya karena tekanan di sistemik udaranya yang resistensinya yang meningkat jadi si blood flow nya bisa terganggu jadi bisa terkumpul di paru dan terjadilah oedema paru akut biasanya disebutnya. Gimana kita bisa taunya ya dari anamnesis dan pemeriksaan fisik nanti ditemukan ronchi di kedua paru ya berarti kita hilangkan si uedema parunya. Dengan apa? Ya dengan obat-obatan biasanya lasik seperti itu. drug of choice nya itu melebarkan vena dengan nitrogliserin. Bagusnya tetap dilanjutkan aja, untuk obat2an anti hipertensi

P: Bagaimana pemberian cairan pada pasien preeklampsia di intra anestesi?

N: Jadi hampir semua pada pasien hamil itu kondisinya itu hipervolum jadi dia itu hemodilusi jadi seolah-olah pasien itu anemi padahal karena volumenya intra vaskularnya itu banyak sehingga dia nampak seperti anemi. Jadi gimana penanganannya ya kita liat perdarahannya berapa perdarahannya misalnya 500 ya kita kasi aja maksimal 500 gitu ya kan sebelum kita mengganggu dengan darah kita berikan dulu cairan ya sesuai dengan kebutuhan.

P: Bagaimana penata anestesi menangani risiko eklampsia pada pasien preeklampsia berat di pasca anestesi?

N: Kalo peb si boleh ya keruangan tapi kalo mau ke semi intensif juga gapapa. Bedanya kan monitoring ya mereka kan ga mesti butuh ventilator kan tapi mereka itu butuh monitoring yang ketat gitu. Jadi sebaiknya si di rawat di ruangan yang ada monitor nya gitu.

P: Apakah ada perbedaan dalam penggunaan obat analgesik pada pasien preeklampsia dibandingkan dengan pasien eklampsia?

N: Analgetik mah sama aja gaada perbedaan. Sebenarnya pemberian anti nyeri pada pasien hamil hamil itu gaada yang spesial sih yang penting kita bisa menilai seberapa besar skala nyerinya. Kemudian kita beri analgetik yang sesuai ya. Karena kan kalo pada pasien pasien post op itu kan terbalik dengan tangga who ya. Kita beri dulu yang patenn gitu ya baru kita kurang-kurangi dosisnya. Namun kan yang perlu kita ketahui pada pasien pasien eklampsia ini kan punya ambang kejang yang cukup

rendah ya kita menghindari obat-obatan yang memicu kejang contohnya pethidine gitu ya.

1. Hasil observasi pasien 1

PRE ANESTESI

“Pasien 1 umur 26 tahun datang ke rumah sakit pukul 19.00 WIB. Pasien sedang hamil anak kedua dengan usia kehamilan 39 minggu. Pasien didiagnosa G2P1A0 39 minggu dengan preeklampsia berat. Hasil pengkajian AMPLE meliputi: pasien tidak memiliki riwayat alergi obat dan makanan, tidak mengonsumsi obat dan tidak memiliki riwayat penyakit sebelumnya, namun keluarga memiliki riwayat hipertensi tidak terkontrol, tidak memiliki riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya, pasien mengatakan makan terakhir 16.00 WIB. pengkajian dilakukan sesaat sebelum dilakukan Anestesi spinal.

Dari rekam medis pasien didapatkan bahwa Pasien datang dengan keluhan sakit perut hilang timbul yang dirasakan sejak pukul 11.00 WIB, adanya pembengkakan pada ekstremitas kaki dan tangan dan nyeri epigastrium. Dilakukan monitoring manajemen pra anestesi pada pasien SC dengan preeklampsia antara lain: monitoring tanda-tanda vital: TD: 156/108 mmHg, MAP: 124 mmHg, nadi 89x/menit, RR: 21x/menit, CRT < 2detik, SpO₂: 96%, Suhu 36°C. Pasien diberikan obat antihipertensi nifedipine satu jam sebelum operasi. Kebutuhan cairan untuk pasien 1 yaitu 90-110 cc/jam, sudah diberikan 400 cc cairan NaCl 0,9% selama 4 jam sebelum operasi dengan urine output 100cc, tidak ada muntah. Hasil pemeriksaan laboratorium antara lain: Hb: 9 g/dL, HCT: 39% WBC: 12,18 10³/uL, Urine: Proteinuria 2+ lainnya dalam batas normal. Pasien diberikan MgSO₄ dosis 4 gram dilarutkan dalam cairan NaCl 0,9 % 100ml 20 tetes per menit secara drip. Pasien mengatakan sesak sehingga diberikan O₂ dengan nasalcanul 2 liter per menit. Setelah dilakukan tindakan manajemen pra anestesi terhadap pasien 1 didapatkan TTV: TD: 133/89 mmHg, MAP: 103 mmHg, Nadi: 73x/menit, RR: 16x/menit, CRT < 2detik, Suhu: 36°C SpO₂: 99% dengan nasal canul 2 liter per menit, tidak ada tanda-tanda kejang pada pasien”

INTRA ANESTESI

Selama fase intra anestesi, penatalaksanaan anestesi dilakukan secara ketat dan terstruktur untuk menjaga kestabilan hemodinamik serta mencegah komplikasi obstetri pada pasien dengan preeklampsia berat. Pada pasien 1, anestesi dilakukan dengan teknik spinal anestesi menggunakan bupivakain 0,5% sebanyak 2,5 mL dan fentanyl 25mcg yang disuntikkan pada ruang intervertebra L3-L4. Setelah dilakukan penyuntikan, pasien dipantau secara ketat terhadap tekanan darah, frekuensi nadi, dan saturasi oksigen. Selama prosedur berlangsung, tekanan darah pasien tetap stabil dalam rentang 125–135/85–90 mmHg, dengan frekuensi nadi 72–78 x/menit dan SpO₂ 98–100%. Tekanan darah dimonitoring tiap 2 menit sekali. Perdarahan sebanyak 200cc urin output 100cc.

PASCA ANESTESI

Pada fase pasca anestesi, pemantauan dilakukan di ruang pemulihan anestesi (Recovery Room) selama kurang lebih 1 jam. Fokus utama adalah stabilitas hemodinamik, nyeri pasca bedah, dan deteksi dini komplikasi eklampsia serta efek samping anestesi. Pasien 1 menunjukkan kesadaran penuh dengan GCS E4V5M6, tekanan darah pasca operasi 130/88 mmHg, nadi 76 x/menit, dan SpO₂ 99%. Pasien tidak menunjukkan keluhan nyeri berlebihan (skor nyeri 3 dari 10) dan tidak ada mual muntah pasca anestesi. Urine output dicatat sebesar 120 cc selama observasi awal. Pasien dipindahkan ke ruang rawat inap. Dan diberikan analgetic post op yaitu tramadol 100mg dan ketorolac 30 mg yang dimasukkan ke dalam cairan infus RL 500cc. diberikan 20tpm. Intruksi khusus dari penata lakukan monitoring ketat ttv 5 menit sekali. Dan monitoring tanda-tanda kejang.

2. Hasil observasi pasien 2

PRE ANESTESI

“Pasien 2 umur 30 tahun datang ke rumah sakit pukul 14.00 WIB. Pasien sedang hamil anak ketiga dengan usia kehamilan 37 minggu. Pasien didiagnosa G3P2A0 UK 37 mg PEB. Dilakukan pengkajian AMPLE terhadap pasien, pasien tidak memiliki riwayat alergi obat dan makanan,

pasien tidak mengonsumsi obat, pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi tidak terkontrol, memiliki riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya. Pasien datang dengan keluhan sakit kepala dengan skala nyeri 4 (nyeri sedang 0-10) sejak pagi, pusing, sakit kepala yang berat, mual dan muntah dua kali, pasien juga mengeluh sakit perut, nyeri epigastrium, adanya pembengkakan pada ekstremitas kaki dan tangan, tidak ada tanda-tanda kejang. Dilakukan monitoring manajemen pra anestesi pada pasien SC dengan preeklampsia antara lain: monitoring tanda-tanda vital: TD: didapatkan TD: 168/102 mmHg, MAP: 124 mmHg, nadi 76x/menit, RR: 20x/menit, CRT < 2detik, SpO₂: 98%, suhu 36°C. Pasien diberikan obat antihipertensi nifedipin satu jam sebelum operasi. Kebutuhan cairan untuk pasien 2 yaitu 86-115 cc/jam, sudah diberikan 400 cc cairan NaCl 0,9% selama 3 jam sebelum operasi dengan urine output 150cc, tidak ada muntah. Hasil pemeriksaan laboratorium: Hb: 12, 5 g/dL, HCT: 31,1% WBC: 14,9010³/uL, Urine: Leukosit 3+, Proteuria 3+ lainnya dalam batas normal. Pasien diberikan MgSO₄ dosis 4 gram dilarutkan dalam cairan NaCl 0,9 % 100ml 20 tetes per menit, sebelumnya sudah diberikan dosis MgSO₄ 4mg/intra vena. Pasien diberikan oksigen menggunakan nasal canul 3 liter per menit. Setelah dilakukan Tindakan manajemen pra anestesi terhadap pasien 2 didapatkan tanda-tanda vital pasien: TD: 140/93 mmHg, MAP: 98mmHg, Nadi: 77x/menit, RR, 18x/menit, CRT < 2detik Suhu: 36°C, SpO₂: 99% dengan nasal canul 3 liter per menit, tidak ada tanda-tanda kejang pada pasien. Pasien juga diberikan ondansetron 4mg untuk mencegah mual muntah. Penata Anestesi menyiapkan efedrin untuk berjaga jika pasien mengalami hipotensi.

INTRA ANESTESI

Pasien 2 juga menjalani teknik spinal anestesi dengan bupivakain 0,5% sebanyak 2,5 mL. Sebelum dilakukan penyuntikan anestesi, pasien diberikan preload cairan NaCl 0,9% sebanyak 250 cc selama 15 menit. Monitoring ketat dilakukan setiap 5 menit. Tanda vital selama operasi menunjukkan tekanan darah relatif terkontrol pada kisaran 130–145/85–92 mmHg, frekuensi nadi 74–80 x/menit, dan saturasi oksigen 99%. Tekanan darah dimonitoring tiap 2

menit sekali. Tidak ditemukan reaksi anestesi seperti bradikardia, hipotensi berat, maupun kejang intraoperatif pada kedua pasien. Perdarahan 300cc. urin output 100cc.

PASCA ANESTESI

Pada pasien 2, setelah tindakan operasi dan anestesi selesai, dilakukan monitoring dengan hasil: tekanan darah 128/90 mmHg, frekuensi nadi 78 x/menit, suhu 36,5°C, SpO₂ 98%, dan urine output 100 cc. Pasien tidak menunjukkan tanda-tanda nyeri hebat atau efek anestesi yang berat. Pasien diberikan analgetic post op tramadol 100mg dan ketorolac 30mg di drip dengan RL 500cc diberikan dengan 20 tetes per menit. Pasien dipindahkan ke ruang rawat inap biasa.

Lampiran 5 Matriks Jadwal Penelitian

No	Kegiatan	Bulan							
		November	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni
1.	Pengajuan Judul Proposal								
2.	Acc Judul Proposal								
3.	Penyusunan Proposal								
4.	Studi Pendahuluan								
5.	Sidang Proposal								
6.	Pengumpulan data penelitian								
7.	Bimbingan skripsi								
8.	Penyusunan skripsi								
9.	Sidang skripsi								

Lampiran 6 kartu bimbingan

Rekap Percakapan Bimbingan

https://bku.siakadcloud.com/siakad/list_bimbingankonsultasi/printall/8057



UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA
Jl. Soekarno Hatta No.754, Cipadung Kidul, Kec. Panyileukan, Kota Bandung, Jawa Barat 40614
Website : www.bku.ac.id / e-Mail : sekretariat@bku.ac.id / Telepon : 022 7830 760

REKAP PERCAKAPAN BIMBINGAN

Judul Proposal : Manajemen Asuhan Kepenataan Anestesi (ASKAN) Untuk *Section Caesarea* Pada Pasien Preeklampsia Berat di IBS RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat

Sesi / Bahasan : ke-1 / konsultasi judul- judul dibuat menjadi manajemen asuhan kepenataan anestesi desain penelitian menjadi kualitatif
Mahasiswa : 211FI03101 - RINI DAMAYANTI **Pembimbing** : 8908430021 - TATA JUARTA

Tidak ada data percakapan

Sesi / Bahasan : ke-1 / bimbingan pengajuan judul
Mahasiswa : 211FI03101 - RINI DAMAYANTI **Pembimbing** : 0429078201 - MADINATUL MUNAWAROH

Tidak ada data percakapan

Sesi / Bahasan : ke-2 / menyusun bab 1 dan bab 2. perkuat fenomena, tambahkan pembahasan mengenai peran penata
Mahasiswa : 211FI03101 - RINI DAMAYANTI **Pembimbing** : 8908430021 - TATA JUARTA

Tidak ada data percakapan

Sesi / Bahasan : ke-2 / membuat bab 1 pendahuluan. kuatkan lagi fenomenanya
Mahasiswa : 211FI03101 - RINI DAMAYANTI **Pembimbing** : 0429078201 - MADINATUL MUNAWAROH

Tidak ada data percakapan

Sesi / Bahasan : ke-3 / konsultasi pengambilan data studi pendahuluan
Mahasiswa : 211FI03101 - RINI DAMAYANTI **Pembimbing** : 8908430021 - TATA JUARTA

Tidak ada data percakapan

Sesi / Bahasan : ke-3 / - tambahkan studi pendahuluan yang telah dilakukan - riset menjadi studi kasus - lanjutkan menyusun bab 3
Mahasiswa : 211FI03101 - RINI DAMAYANTI **Pembimbing** : 0429078201 - MADINATUL MUNAWAROH

Tidak ada data percakapan

Sesi / Bahasan : ke-4 /
Mahasiswa : 211FI03101 - RINI DAMAYANTI **Pembimbing** : 0429078201 - MADINATUL MUNAWAROH

Tidak ada data percakapan

Sesi / Bahasan : ke-4 /

Mahasiswa : 211FI03101 - RINI DAMAYANTI **Pembimbing** : 8908430021 - TATA JUARTA

Tidak ada data percakapan

Sesi / Bahasan : ke-5 /

Mahasiswa : 211FI03101 - RINI DAMAYANTI **Pembimbing** : 8908430021 - TATA JUARTA

Tidak ada data percakapan

Sesi / Bahasan : ke-6 /

Mahasiswa : 211FI03101 - RINI DAMAYANTI **Pembimbing** : 8908430021 - TATA JUARTA

Tidak ada data percakapan

Sesi / Bahasan : ke-7 / konsultasi hasil pengambilan data transkrip wawancara dan observasi masuk di lampiran

Mahasiswa : 211FI03101 - RINI DAMAYANTI **Pembimbing** : 8908430021 - TATA JUARTA

Tidak ada data percakapan

Sesi / Bahasan : ke-8 / bimbingan bab 4 dan bab 5 revisi penulisan

Mahasiswa : 211FI03101 - RINI DAMAYANTI **Pembimbing** : 8908430021 - TATA JUARTA

Tidak ada data percakapan

Sesi / Bahasan : ke-9 / revisi penulisan

Mahasiswa : 211FI03101 - RINI DAMAYANTI **Pembimbing** : 8908430021 - TATA JUARTA

Tidak ada data percakapan

Sesi / Bahasan : ke-10 / Acc Sidang

Mahasiswa : 211FI03101 - RINI DAMAYANTI **Pembimbing** : 8908430021 - TATA JUARTA

Tidak ada data percakapan

Sesi / Bahasan : ke-11 / konfirmasi penulisan bab 4

Mahasiswa : 211FI03101 - RINI DAMAYANTI **Pembimbing** : 8908430021 - TATA JUARTA

Tidak ada data percakapan

Sesi / Bahasan : ke-12 / bimbingan hasil penelitian

Mahasiswa : 211FI03101 - RINI DAMAYANTI **Pembimbing** : 0429078201 - MADINATUL MUNAWAROH

Tidak ada data percakapan

Sesi / Bahasan : ke-13 / bimbingan bab 4, pembahasan disesuaikan dengan tujuan khusus

Mahasiswa : 211FI03101 - RINI DAMAYANTI **Pembimbing** : 0429078201 - MADINATUL MUNAWAROH

Tidak ada data percakapan

Sesi / Bahasan : ke-14 / bimbingan bab 4 hasil penelitian dan pembahasan
Mahasiswa : 211FI03101 - RINI DAMAYANTI **Pembimbing** : 0429078201 - MADINATUL MUNAWAROH

Tidak ada data percakapan

Sesi / Bahasan : ke-15 / bimbingan bab 4 hasil penelitian dan pembahasan
Mahasiswa : 211FI03101 - RINI DAMAYANTI **Pembimbing** : 0429078201 - MADINATUL MUNAWAROH

Tidak ada data percakapan

Sesi / Bahasan : ke-16 / bimbingan bab 4 dan bab 5
Mahasiswa : 211FI03101 - RINI DAMAYANTI **Pembimbing** : 0429078201 - MADINATUL MUNAWAROH

Tidak ada data percakapan

Sesi / Bahasan : ke-17 / acc sidang
Mahasiswa : 211FI03101 - RINI DAMAYANTI **Pembimbing** : 0429078201 - MADINATUL MUNAWAROH

Tidak ada data percakapan

Lampiran 7 Hasil uji *typo*


Simpan Otomatis ☐ Beranda Sisipkan Gambar Desain Tata letak Referensi Surat **Peninjauan** Tampilan

Cari (Cmd + Ctrl + U) Komentari Pengeditan Bagi

Editor Baca Dengan Lantang Periksa Aksesibilitas Terjemahkan Bahasa Komentari Baru Hapus Berikutnya Selesaikan Sebelumnya Tampilkan Komentari Pelacakan Peninjauan Terima Tolak Bandingkan Proteksi Sembunyikan Tinta

MANAJEMEN ASUHAN KEPENATAAN ANESTESI (ASKAN) UNTUK
SECTIO CAESAREA PADA PASIEN PREEKLAMPSIA BERAT
DI IBS RSUD AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT

SKRIPSI



RINI DAMAYANTI
211F03101

PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA
BANDUNG
2025

Editor

Skor Editor **99%**

Koreksi

Ejaan 4

Grammar EN ☒

Penyempurnaan

Conciseness EN ☒

Kesamaan

Periksa kemiripan dengan sumber online.

Wawasan

Statistik dokumen

Halaman 115 dari 131 1 dari 26832 kata Bahasa Indonesia Aksesibilitas: Selidiki Fokus 113%

Lampiran 8 Hasil Cek Plagiasi

DRAFT_15_RINI_UJI_PLAGIAT_1-1751700217113

ORIGINALITY REPORT

16%

SIMILARITY INDEX

16%

INTERNET SOURCES

6%

PUBLICATIONS

4%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

repository.itekes-bali.ac.id

Internet Source

5%

2

erepo.unud.ac.id

Internet Source

2%

3

journal.universitaspahlawan.ac.id

Internet Source

2%

4

jurnalanestesiobstetri-indonesia.id

Internet Source

1%

5

anestesi.fk.ugm.ac.id

Internet Source

1%

6

perpustakaan.poltekkes-malang.ac.id

Internet Source

<1%

7

repository.universitalirsyad.ac.id

Internet Source

<1%

8

www.scribd.com

Internet Source

<1%

9

journal.poltekkesaceh.ac.id

Internet Source

<1%

Lampiran 9 Surat Layak Etik Penelitian



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA

Jl. Soekarno - Hatta 754. Bandung
Telp : 022-7830 760 / 022-7830-768
Email : komisi.etik@bku.ac.id



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA
BHAKTI KENCANA UNIVERSITY

KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
"ETHICAL APPROVAL"
078/09.KEPK/UBK/VI/2025

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by :

Peneliti Utama : Rini Damayanti
Principal in investigator

Nama institusi : Universitas Bhakti Kencana
Name of institution

Dengan judul :
Title

Manajemen Asuhan Kepenataan Anestesi Untuk Sectio Caesarea Pada Pasien Preeklampsia Berat


Anesthesia Care Management for Caesarean Section in Severe Preeclampsia Patients

Dinyatakan layak etik sesuai (tujuh) standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, dan 4) Risiko, 5) Bujukan atau eksploitasi, 6) Kerahasiaan atau Privacy, 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011standars, 1) Social Value, 2) Scientific Value, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Eksploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standards.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu 02 Juni 2025 sampai dengan tanggal 02 Juni 2026.

This declaration of ethics applies during the period 2 nd June 2025 until 2 nd June 2026.

02 Juni 2025
Professor and Chairperson

R. Nety Kustikayanti, S.Kp., M.Kep
NIK. 02019010336

Lampiran 10 Dokumentasi



Lampiran 11 Riwayat Hidup



RINI DAMAYANTI

0831 3497 2383 | 211fi03101@bku.ac.id

Tentang Saya

Mahasiswa aktif semester 8 Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan Anestesiologi Universitas Bhakti Kencana Bandung. Memiliki pengalaman dalam praktik klinik, organisasi mahasiswa, kegiatan pengabdian masyarakat, dan penelitian. Terampil dalam bekerja sama tim, komunikatif, adaptif, dan memiliki minat tinggi dalam pengembangan keilmuan anestesiologi.

Pendidikan

2018 - 2021 | SMK Bhakti Kencana Bandung | Jurusan Farmasi Klinis dan Komunitas

2021 - sekarang | Universitas Bhakti Kencana Bandung | Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan Anestesiologi

Pengalaman Klinik

- Praktik Klinik Dasar RSUD dr. Slamet Garut
- Praktik Klinik I RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya
- Praktik Klinik II - RSUD Cibabat
- Praktik Klinik III RSUD Subang
- Praktik Klinik IV RSUD Al-Ihsan Prov. Jawa Barat
- Praktik Klinik V - RSUD Al-Ihsan Prov. Jawa Barat

Pengalaman Penelitian

Terlibat dalam penelitian dosen mengenai Faktor Penyebab Post Operative Nausea Vomiting (Ponv) Pasien Post Operasi Sectio Caesarea (Sc) Pasca Anestesi Spinal. Bertugas dalam pengumpulan data, observasi pasien.

Pengalaman organisasi

Sekretaris BEM Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhakti Kencana Periode 2022-2024
