

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D (P1A0) *POST SECTIO*  
*CAESAREA* POD 0 ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT DI RUANG  
JADE RSUD DR SLAMET GARUT**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan  
Pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan Di Sekolah Tinggi  
Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

RIVA NURLITASARI

KHGA22113



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA  
GARUT PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

**2025**

## LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D (P1A0)  
*POST SECTIO CAESAREA* POD 0 ATAS INDIKASI  
PRE- EKLAMSIA BERAT DI RUANG JADE RSUD  
DR SLAMET GARUT

NAMA : RIVA NURLITASARI

NIM : KHGA22113

Karya Tulis Ini sudah disetujui untuk disidangkan dalam akhir Program  
Studi Diploma III Keperawatan STikes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025

Menyetujui,

Pembimbing

Eti Suliyawati, S.Kep., Msi

## LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D (P1A0)  
*POST SECTIO CAESAREA* POD 0 ATAS INDIKASI  
PRE- EKLAMPSIA BERAT DI RUANG JADE RSUD  
DR SLAMET GARUT

NAMA : RIVA NURLITASARI

NIM : KHGA22113

Garut, Juni 2025

Mengesahkan,

Penguji I

Penguji II

K. Dewi Budiarti, M.Kep

Eva Daniati, S.Kep.,Ners.,M.Pd

Mengetahui,

Ketua Prodi D-III  
Keperawatan Stikes Karsa  
Husada Garut

Pembimbing Karya Tulis Ilmiah

K. Dewi Budiarti, M.Kep

Eti Suliyawati, S.Kep.,M.Si

## ABSTRAK

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. D (P1A0) Post Sectio Caesarea POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut. Latar belakang dalam pengambilan kasus ini ialah masih tingginya Angka Kematian Ibu salah satunya adalah Preeklamsia Berat. Berdasarkan dari hasil data pengkajian di RSUD dr. Slamet Garut dari bulan Januari sampai April 2025, Preeklamsia berat ada 290 kasus. Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. D secara langsung dan komprehensif dengan pendekatan keperawatan meliputi biologi, psikologi, sosial, dan spiritual. Metode penulisan yang digunakan adalah metode deskriptif dalam bentuk studi kasus. Sectio caesarea merupakan proses pembedahan untuk melahirkan bayi melalui sayatan pada dinding abdomen dan uterus. Hasil dari proses asuhan keperawatan kepada Ny. D selama 4 hari didapatkan 2 masalah teratasi, 2 teratasi sebagian. Adapun diagnosa yang teratasi yaitu gangguan mobilitas fisik dan menyusui tidak efektif, sedangkan diagnosa yang teratasi sebagian yaitu nyeri akut dan resiko infeksi. Kesimpulan yang dapat diambil adalah penulis mampu melaksanakan dan mendokumentasikan asuhan keperawatan. Adapun rekomendasi yang disampaikan adalah diperlukan adanya kerja sama antara pasien dan keluarga dalam melakukan perawatan luka post operasi untuk mencegah terjadinya komplikasi pasca melahirkan seperti kemungkinan terjadi infeksi post sectio caesarea.

Kata kunci: Preeklamsia berat, Sectio Caesarea, Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea

Daftar Pustaka: 41 buah (2015-2024)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis sampaikan kehadirat Allah SWT atas segala limpahan berkat rahmat serta hidayah-nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny. D (P1A0) *Post Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut”**. Kesempatan kali ini, penulis sampaikan terimakasih sebesar – besarnya dan penghargaan setinggi – tingginya kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, M.A selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
3. Ibu K.Dewi Budiarti, M.Kep selaku Ketua Program studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu Eti Suliyawati, S.Kep.M.Si, selaku pembimbing dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini telah memberi dukungan, serta arahan kepada penulis dengan tulus dan ikhlas.
5. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep., selaku penguji I Karya Tulis Ilmiah.
6. Ibu Eva Daniati, S.Kep., Ners.,M.Pd., selaku penguji II Karya Tulis Ilmiah.
7. Kepada seluruh civitas akademika yang ada di STIKes Karsa Husada Garut, beserta seluruh staff dosen yang telah memberikan ilmunya selama penulis mengikuti pendidikan ini.

8. Kepada seluruh staff dan perawat di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut, khususnya CI ruangan yang telah meluangkan banyak waktunya untuk memberikan pembelajaran serta pengalaman di lapangan kepada penulis demi kelancaran pembuatan karya tulis ilmiah ini.
9. Kepada Ny.D beserta keluarga yang bersedia bersilaturahmi dan kesediannya bekerjasama baik dengan penulis dalam melakukan asuhan keperawatan.
10. Teristimewa kepada orang tua penulis, terutama kepada mamah sebagai motivator terbesar dalam hidup penulis yang telah membesarkan penulis dengan penuh kasih sayang serta pengorbanan yang tak ternilai harganya, memberikan dukungan moral dan material serta do'a yang tidak pernah putus.
11. Teruntuk diri saya Riva Nurlitasari terimakasih telah kuat sampai detik ini, yang mampu mengendalikan diri dari tekanan luar. Yang tidak menyerah sesulit apapun rintangan kuliah ataupun penyusunan karya tulis ilmiah, yang mampu berdiri tegak ketika di hantam permasalahan yang ada. Terimakasih diriku semoga tetap rendah hati, ini baru awal permulaan hidup tetap semangat kamu pasti bisa.
12. Teruntuk seseorang yang tak kalah penting kehadirannya. Yaitu pemilik nama Apin Abdul Rohman terimakasih telah menjadi bagian dari perjalanan hidup penulis yang menjadi salah satu penyemangat karena selalu ada dalam suka maupun duka. Berkontribusi dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, baik tenaga, waktu, maupun materi. Termakasih telah menjadi rumah pendamping dalam segala hal menemani dan mendukung, mendengarkan keluh kesah, memberi semangat untuk pantang menyerah. Semoga Allah selalu memberi

keberkahan dalam segala hal yang kita lalui.

13. Teruntuk silmi, riska, manal dan semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, namun telah begitu banyak memberikan bantuan, motivasi, dan dukungan selama penyusunan karya tulis ilmiah.
14. Tidak ada imbalan yang dapat penulis berikan sebagai pengganti jasa dan ketulusannya, hanyalah doa yang tulus, mudah-mudahan segala bantuan yang telah diberikan menjadi ibadah dan mendapatkan balasan yang setimpal dari Allah SWT.

Semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat khususnya bagi penulis, umumnya bagi pembaca. Dalam pengerjaan karya tulis ilmiah ini penulis menyadari masih banyak kekurangan yang perlu diperbaiki dalam penyajian maupun isinya, maka dari itu penulis menyambut baik terhadap kritik dan saran dari semua pihak.

Garut, Juni 2025

Riva Nurlitasari

## DAFTAR ISI

|                                       |             |
|---------------------------------------|-------------|
| <b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>       | <b>i</b>    |
| <b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>        | <b>ii</b>   |
| <b>ABSTRAK .....</b>                  | <b>iii</b>  |
| <b>KATA PENGANTAR.....</b>            | <b>iv</b>   |
| <b>DAFTAR ISI.....</b>                | <b>vi</b>   |
| <b>DAFTAR TABEL .....</b>             | <b>xi</b>   |
| <b>DAFTAR BAGAN .....</b>             | <b>xii</b>  |
| <b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>          | <b>xiii</b> |
| <b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>         | <b>1</b>    |
| A. Latar Belakang.....                | 1           |
| B. Tujuan Penulisan .....             | 5           |
| 1. Tujuan Umum.....                   | 5           |
| 2. Tujuan Khusus .....                | 5           |
| C. Metode Penulisan .....             | 6           |
| D. Sistematik Penulisan .....         | 7           |
| <b>BAB II TINJAUAN TEORITIS .....</b> | <b>9</b>    |
| A. Konsep Dasar Preeklamsia.....      | 9           |
| 1. Definisi Preeklamsia .....         | 9           |
| 2. Klasifikasi Preeklamsia .....      | 10          |
| 3. Etiologi.....                      | 10          |
| 4. Tanda dan Gejala Preeklamsia ..... | 11          |
| 5. Patofisiologis preeklamsia .....   | 11          |

|                                                     |    |
|-----------------------------------------------------|----|
| 6. Komplikasi.....                                  | 12 |
| 7. Pemeriksaan Penunjang .....                      | 13 |
| 8. Penatalaksanaan Preeklamsia.....                 | 15 |
| B. Konsep dasar Sectio Caesarea .....               | 16 |
| 1. Definisi Sectio Caesarea.....                    | 16 |
| 2. Klasifikasi Sectio Casarea.....                  | 17 |
| 3. Indikasi Sectio Casarea.....                     | 18 |
| 4. Etiologi.....                                    | 19 |
| 5. Fatofisiologi .....                              | 20 |
| 6. <i>Pathway</i> .....                             | 21 |
| 7. Komplikasi.....                                  | 22 |
| 8. Pemeriksaan Penunjang.....                       | 22 |
| 9. Dampak Sectio Caesarea terhadap KDM .....        | 23 |
| C. Konsep Dasar Post Partum.....                    | 24 |
| 1. Definisi Post Partum. ....                       | 24 |
| 2. Tahapan-Tahapan Post Partum. ....                | 25 |
| 3. Perubahan fisiologis pada masa post partum. .... | 26 |
| 4. Perubahan psikologis post partum .....           | 30 |
| D. Konsep Asuhan Keperawatan.....                   | 31 |
| 1. Pengkajian .....                                 | 32 |
| 2. Analisa data .....                               | 41 |
| 3. Diagnosa keperawatan .....                       | 44 |
| 4. Intervensi keperawatan.....                      | 45 |

|                                                    |            |
|----------------------------------------------------|------------|
| 5. Implementasi Keperawatan.....                   | 53         |
| 6. Evaluasi Keperawatan.....                       | 53         |
| <b>BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....</b>  | <b>55</b>  |
| A. Tinjauan Kasus .....                            | 55         |
| 1. Pengkajian.....                                 | 55         |
| 2. Pemeriksaan Fisik. ....                         | 59         |
| 3. Pola aktivitas sehari hari .....                | 62         |
| 4. Data Fisiologis, Sosial da Spiritual. ....      | 63         |
| 5. Pemeriksaan Penunjang .....                     | 66         |
| 6. Pengobatan/Program Therapy.....                 | 66         |
| 7. Analisa data .....                              | 67         |
| 8. Diagnosa Keperawatan berdasarkan Prioritas..... | 68         |
| 9. Intervensi Keperawatan.....                     | 71         |
| 10.Catatan perkembangan. ....                      | 79         |
| B. Pembahasan.....                                 | 92         |
| 1. Tahap Pengkajian.....                           | 92         |
| 2. Tahapan diagnosa.....                           | 94         |
| 3. Tahap perencanaan.....                          | 99         |
| 4. Tahap implementsi .....                         | 101        |
| 5. Evaluasi .....                                  | 103        |
| <b>BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI .....</b>     | <b>106</b> |
| A. Kesimpulan. ....                                | 106        |
| B. Rekomendasi.....                                | 107        |

|                      |     |
|----------------------|-----|
| DAFTAR PUSTAKA ..... | 110 |
|----------------------|-----|

**LAMPIRAN - LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

|                                           |    |
|-------------------------------------------|----|
| Tabel 1 Presentase Sectio Caesarea .....  | 4  |
| Tabel 2 Standar Kadar Kekeruham Urin..... | 15 |
| Tabel 3 Involusi Uterus.....              | 27 |
| Tabel 4 Analisa Data.....                 | 41 |
| Tabel 5 Intervensi Keperawatan.....       | 45 |
| Tabel 6 Pola aktivitas sehari-hari.....   | 62 |
| Tabel 7 Pemeriksaan penunjang.....        | 66 |
| Tabel 8 Pengobatan.....                   | 66 |
| Tabel 9 Analisa data .....                | 67 |
| Tabel 10 Intervensi keperawatan.....      | 71 |
| Tabel 11 Catatan perkembangan.....        | 79 |

## DAFTAR BAGAN

|                      |    |
|----------------------|----|
| Bagan 1 Pathway..... | 36 |
|----------------------|----|

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran I Satuan Acara Penyuluhan Pijat Oksitosin

Lampiran II Materi Penyuluhan Pijat Oksitosin

Lampiran III Leaflet Pijat Oksitosin

Lampiran IV Lembar Bimbingan

Lampiran V Daftar Riwayat Hidup

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Upaya Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) adalah upaya dibidang kesehatan yang menyangkut pelayanan dan pemeliharaan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu menyusui dan anak balita serta anak usia pra sekolah. Kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu perhatian dari World Health Organization (WHO) karena ibu merupakan komponen penting dalam pembangunan setiap bangsa untuk mempersiapkan generasi berkualitas dimasa yang akan datang (Kemenkes Republik Indonesia, 2021). Penilaian status kesehatan ibu dan anak menjadi salah satu indikator baik buruknya pelayanan kesehatan suatu negara. Penilaian tersebut dapat dilihat melalui Angka Kematian Ibu dan Bayi (AKI dan AKB). Angka Kematian Ibu (AKI) adalah banyaknya kematian perempuan pada saat hamil atau selama 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang lama dan tempat persalinan, yang disebabkan karena kehamilannya atau pengelolaannya dan bukan karena sebab-sebab lain per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2019).

Di Indonesia angka kematian ibu (AKI) pada tahun 2020 sebanyak 91,45/100.000 kelahiran hidup (kemenkes RI, 2020), pada tahun 2021 angka kematian ibu sebanyak 305 per 100.000 kelahiran hidup (kemenkes RI, 2021) dan pada tahun 2022 angka kematian ibu mengalami penurunan sebesar 230/100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2022). Penyebab selama 3 tahun

2020-2023 angka kematian ibu di sebabkan hipertensi dalam kehamilan, pendarahan, covid 19, dan penyakit jantung ( Kemenkes RI, 2023).

Menurut data dinas kesehatan jawa barat pada tahun 2020 AKI sebesar 416 kasus dan penyebab kematian ibu pada tahun 2021 adalah pendarahan, preeklamsia/eklamsia dan infeksi. ( Dinkes jabar, 2021). Menurut WHO angka kematian ibu (AKI) disebabkan oleh beberapa komplikasi selama atau setelah kehamilan dan pada saat persalinan. Komplikasi yang paling utama menyebabkan hamper 75% kematian ibu yaitu pendarahan, infeksi, preeklamsia dan eklamsia, komplikasi dari persalinan dengan aborsi yang berbahaya dan beberapa di sebabkan oleh penyakit kronis seperti jantung dan diabetes ( WHO, 2019).

Preeklamsia adalah terjadinya peningkatan tekanan darah yaitu lebih dari 140/90 mmHg yang di sertai proteinuria dan edema pada kehamilan setelah usia 20 minggu atau segera setelah melahirkan (Rahmadhanti et al, 2024). Faktor resiko umum preeclampsia yaitu faktor internal (usia ibu, obesitas, paritas, jarak kehamilan, riwayat keturunan, riwayat preeklamsia, stres dan kecemasan serta riwayat hipertensi ) dan faktor eksternal ( paparan asap rokok, riwayat antenatal care/ANC serta pengaruh zat gizi yang di konsumsi ibu ) (katriatum dkk, 2019). Preeklamsia pada ibu dapat menyebabkan beberapa dampak yaitu kelahiran prematur, oliguria, ( produksi urin yang sedikit ) dan resiko kematian pada bayinya dapat menghambat pertumbuhan janin, menyebabkan olihidramnion ( jumlah cairan ketuban yang rendah ), serta meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas. Adapun komplikasi

preeklamsia jika tidak segera ditangani yaitu intra uterine growth restriction (IUGR), eklampsia, sindrom, HELLP, dan gagal ginjal akut ( lasiaprillianty & ernawati,2015 ). Dalam penatalaksanaa preeklmasia yaitu pemberian obat anti hipertensi untuk menurunkan tekanan darah dan mencegah serebrovaskular pada ibu serta penatalaksanaan konservatif dapat dilakukan dengan rawat jalan. Namun perlu ada observasi ketat terhadap kondisi ibu dan janin, termasuk pengukuran tekanan darah. Detak jantung janin ( DJJ ). Apabila keadaan ibu dan janin semakin memburuk maka persalinan di upayakan untuk dilakukan pervagina tetap di utamakan kecuali jika terdapat indikasi lain maka di sarankan untuk section caesarea.

Section caesarea merupakan tindakan medis yang diperlukan ketika persalinan normal tidak memungkinkan karena masalah kesehatan ibu atau kondisi janin, prosedur section caesarea yaitu membuka dinding perut dan dinding rahim. Persalinan section caesarea memiliki risiko kematian 25 kali lebih besar di bandingkan dengan persalinan pervagnam ( Prawirohardjo, 2018). WHO Health Organization ( WHO) memberikan rekomendasi rentang jumlah populasi untuk persalinan section caesarea berdasarkan jumlah bagi setiap Negara yaitu 5-15% data riset kesehatan dasar ( RISKESDAS) 2021, menunjukan bahwa kejadian persalinan dengan tindakan section caesarean di Indonesia mencapai 19,8% dari total 31,764 kelahiran sepanjang tahun 2021 sedangkan di jawa barat section caesarea sekitar 19,8%. Berdasarkan data dari Medical Record Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Garut pada periode

Januari-April tahun 2025 terdapat kasus ibu melahirkan dengan tindakan *sectio caesarea* sebagai berikut:

Tabel 1, Presentase *Sectio Caesarea* dengan berbagai indikasi dari bulan Januari sampai bulan april 2025 di RSUD dr. Slamet Garut.

| No | Kasus                                  | Jumlah     | Persentase   |
|----|----------------------------------------|------------|--------------|
| 1  | SC INDIKASI PEB                        | 327        | 41,18 %      |
| 2  | SC INDIKASI KPD                        | 214        | 26,95%       |
| 3  | SC INDIKASI LETAK SUNGASANG            | 102        | 12,84 %      |
| 4  | SC INDIKASI PARTUS LAMA                | 77         | 9,69 %       |
| 5  | SC INDIKASI PPT                        | 38         | 4,78 %       |
| 6  | SC INDIKASI GAWAT JANIN                | 33         | 4,15 %       |
| 7  | SC INDIKASI PLASENTA PREVIA MARGINALIS | 2          | 0,25 %       |
| 8  | SC INDIKASI PRESENTASI DAGU            | 1          | 0,12 %       |
|    | <b>Total</b>                           | <b>794</b> | <b>100 %</b> |

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa angka kasus *sectio caesarea* dengan berbagai indikasi dari bagian peloporan dan pencatatan di RSUD dr. Slamet Garut tahun 2025 dapat disimpulkan bahwa kejadian Persalinan dengan metode *sectio caesarea* atas indikasi preeklmasia berat menepati urutan ke 1 dengan jumlah 327 dan presentase 41,18% .persalinan dengan metode *section caesarea* memiliki resiko terhadap kesehatan ibu dan janin. Resiko bisa terjadi pada ibu, dimana pada persalinan dengan metode SC bisa menimbulkan infeksi pasca pembedahan, nyeri pasca melahirkan, ruptur uteri, waktu pemulihan lebih lama dan biaya persalinan yang lebih mahal (Putra, Wandia, Harkitasari, 2021).

Berdasarkan resiko-resiko tersebut maka diperlukan asuhan keperawatan yang professional serta perlu diberikan pelayanan yang berkualitas dan harus fokus pada kebutuhan adaptasi fisik dan psikologis ibu serta fokus pada kebutuhan dasar manusia.

Berdasarkan data diatas maka penulis merasa tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan post sectio caesarea dalam bentuk karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. D (P1A0) Post Sectio Caesarea POD 0 atas indikasi preeklamsia berat (PEB) di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut”.

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Memperoleh pengalaman secara nyata dan mampu melakukan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada pasien dengan post sectio caesarea atas indikasi preeklamsia menggunakan pendekatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan.

### **2. Tujuan Khusus**

Adapun tujuan khusus dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah agar penulis mampu:

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada Ny. D (P1A0) Post Sectio Caesarea POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat Di Ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut.

- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. D (P1A0) Post Sectio Caesarea POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat Di Ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut.
- c. Menyusun intervensi keperawatan pada Ny. D (P1A0) Post Sectio Caesarea POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat Di Ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut.
- d. Melakukan tindakan keperawatan pada Ny. D (P1A0) Post Setio Caesarea POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat Di Ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. D (P1A0) Post Sectio Caesarea POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat Di Ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut.
- f. Mendokumentasikan pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. D (P1A0) Post Sectio Caesarea POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat Di Ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut.

### **C. Metode Penulisan**

Metode penulisan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah dengan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus. Adapaun teknik pengumpulan data pada studi kasus ini sebagai berikut:

#### **1. Wawancara**

Wawancara adalah teknik pengumpulan data dengan dengan cara menggali informasi tentang keluhan dan keselamatan dilakukan pada pasien dan keluarga.

## 2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah teknik pengumpulan data dengan cara melakukan pemeriksaan pada pasien dari ujung rambut hingga telapak kaki.

## 3. Observasi

Observasi adalah teknik pengumpulan data dengan mengamati perilaku dan keadaan untuk memperoleh data tentang perkembangan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

## 4. Studi Dokumentasi

Mempelajari data data pasien dan catatan medis dan catatan yang berhubungan dengan masalah pasien.

## 5. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan adalah cara mendapatkan informasi dan teori-teori yang relevan dari literatur buku dan internet yang berhubungan dengan kasus post sectio caesrea atas indikasi preeklamsia berat sebagai dasar acuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini.

### **D. Sistematik Penulisan**

Untuk memberikan gambaran secara singkat dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

#### a. BAB I

Meliputi pendahuluan yang berisi latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode penelitian serta sistematika penulisan.

b. BAB II

Meliputi tinjauan teoritis bersifat konsep dasar preeklamsia berat, konsep dasar post sectio caesarea, konsep postpartum, dampak post sectio caesarea terhadap kebutuhan dasar manusia, serta proses keperawatan maternitas.

c. BAB III

Tinjau kasus dan pembahasan tentang asuhan keperawatan pada pasien post sectio caesarea atas indikasi preeklamsia berat (PEB) yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, evaluasi dan catatan perkembangan, serta pembahasan yang berisikan ulasan naratif dan setiap tahapan proses keperawatan yang dilakukan.

d. BAB IV

berisi kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan serta rekomendasi yang operasional terhadap masalah yang ditemukan.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORITIS**

#### **A. Konsep Dasar Preeklamsia**

##### **1. Definisi Preeklamsia**

Preeklampsia adalah kondisi yang terjadi akibat tekanan darah yang baru ada setelah usia kehamilan mencapai 20 minggu (Lokki dan Hekkinen Elontara, 2021). Disertai dengan penambahan berat badan ibu yang cepat akibat tubuh membengkak. Preeklampsia adalah kondisi yang terjadi akibat tekanan darah yang baru ada setelah usia kehamilan mencapai 20 minggu (Lokki dan Hekkinen Elontara, 2021). Disertai dengan Preeklamsia merupakan adalah kondisi yang terjadi akibat tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol pada ibu hamil. Kondisi preeklampsia pada ibu hamil harus segera ditangani jika tidak akan berisiko bagi ibu maupun janin (Wahyuningsih, 2019).

Preeklamsia juga merupakan komplikasi pada kehamilan yang spesifik dan salah satu penyebab utama kematian ibu dan janin dan morbiditas (IUGR). Jika dibiarkan tidak terkendali, preeklamsia dapat menyebabkan ibu kejang, stroke, kegagalan multiorgan dan kematian (Goulopoulou, S., & Davide, S. T, 2015).

Berdasarkan pengertian diatas dapat di simpulkan bahwa preeklamsia adalah kondisi akibat dari tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol pada ibu hamil. Kondisi preeklamsia pada ibu hamil harus segera ditangani. Jika tidak,

kondisi preeklamsia dapat berkembang menjadi eklamsia dan memiliki komplikasi yang lebih fatal baik bagi ibu maupun janin.

## **2. Klasifikasi Preeklamsia.**

Menurut penelitian (Rahyani, 2020) dalam bukunya menjelaskan bahwa klasifikasi preeklamsia terbagi menjadi dua kategori, yaitu:

### **a. Preeklamsia ringan**

Preeklamsia ringan merupakan timbulnya darah tinggi yang disertai dengan proteinuria ringan juga edema setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera setelah kehamilan.

### **b. Preeklamsia berat**

Preeklamsia berat merupakan suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya tekanan darah yang sangat tinggi dengan disertai proteinuria yang signifikan, serta gangguan organ lainnya seperti gangguan fungsi hati, gangguan hematologi dan gangguan pada ginjal.

## **3. Etiologi**

Preeklamsia Penyebab timbulnya preeklamsia pada ibu hamil belum diketahui secara pasti, tetapi pada umumnya disebabkan oleh vasospasme arteriola. Faktor-faktor lain yang diperkirakan akan mempengaruhi timbulnya preeklamsia adalah primigravida, usia kehamilan, kehamilan ganda, hidramnion, mola hidatidosa, multigravida, malnutrisi berat, usia ibu kurang dari 18 tahun atau lebih dari 35 tahun serta anemia (Maritim, 2019).

#### 4. Tanda dan Gejala Preeklamsia

Tanda dan gejala preeklamsia berdasarkan klasifikasi dibagi menjadi 2, yaitu preeklamsia ringan dan preeklamsia berat. Tanda dan gejala preeklamsia ringan antara lain peningkatan tekanan darah sistolik antara 140-160 mmHg dan tekanan diastolic 90-110 mmHg. Proteinuria secara kuantitatif 0,3 gr/l dalam 24 jam, edema pada pretibial, dinding perut, lumbosakral wajah atau tangan, tidak adanya gangguan fungsi organ. Tanda dan gejala preeklamsia berat antara lain tekanan darah sistolik  $\geq 110$  mmHg, trombosit 3gr/liter/24 jam) atau positif 3 atau 4, pada pemeriksaan kuantitatif bisa disertai dengan adanya oliguria (urine  $< 400$  ml/ jam), keluhan serebral, gangguan penglihatan, nyeri abdomen, gangguan fungsi hati, gangguan perkembangan intra uterine (Rukiyah, Lia & Yulianti, 2020).

#### 5. Patofisiologis preeklamsia

Pada preeklamsia terdapat penurunan plasma dalam sirkulasi dan terjadi peningkatan hematoksi, perubahan ini menyebabkan penurunan perfusi keorgan termasuk ke uterus plasenta fatal unit. Vasospasme merupakan dasar dari timbulnya proses preeklamsia. Konstriksi vaskuler menyebabkan retensi aliran darah dan timbulnya hipertensi arterial. Vasospasme dapat diakibatkan karena adanya peningkatan sensitifitas dan sirkulasi pressors. Preeklamsia yang berat dapat mengakibatkan kerusakan organ tubuh yang lain. Gangguan perfusi plasenta dapat sebagai pemicu timbulnya gangguan pertumbuhan plasenta sehingga dapat berakibat terjadinya intra uterin. (Padila & Agustien, 2019).

## 6. Komplikasi.

Menurut Marianti, (2017), Komplikasi yang terberat dari preeklamsia adalah kematian ibu dan Janin. Namun, beberapa komplikasi yang dapat terjadi baik pada ibu maupun janin adalah sebagai berikut:

### a. Bagi ibu

- 1). Sindrom HELLP (Hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count), adalah sindrom rusaknya sel darah merah, meningkatnya enzim liver, dan rendahnya jumlah trombosit.
- 2). Eklamsia, preeklamsia bisa berkembang menjadi eklamsia yang ditandai dengan kejang-kejang.
- 3). Penyakit kardiovaskuler, risiko terkena penyakit yang berhubungan dengan fungsi jantung dan pembuluh darah akan meningkat jika mempunyai riwayat preeklamsia.
- 4). Kegagalan organ, preeklamsia bisa menyebabkan disfungsi beberapa organ seperti paru, ginjal dan hati.
- 5). Gangguan pembekuan darah, komplikasi yang timbul dapat berupa perdarahan karena kurangnya protein yang diperlukan untuk pembekuan darah, atau sebaliknya, terjadi penggumpalan darah yang menyebar karena protein tersebut terlalu aktif.
- 6). Solusio plasenta, lepasnya plasenta dari dinding rahim sebelum kelahiran dapat mengakibatkan perdarahan serius dan kerusakan plasenta, yang akan membahayakan keselamatan wanita hamil dan janin.

7). Stroke hemoragik, kondisi ini ditandai dengan pecahnya pembuluh darah otak akibat tingginya tekanan di dalam pembuluh tersebut. Ketika seseorang mengalami perdarahan di otak, sel-sel otak akan mengalami kerusakan karena adanya penekanan dari gumpalan darah, dan juga karena tidak mendapatkan pasokan oksigen akibat terputusnya aliran darah, kondisi inilah yang menyebabkan kerusakan otak atau bahkan kematian.

b. Bagi Janin

- 1). Prematuritas
- 2). Kematian janin.
- 3). Terhambatnya pertumbuhan janin.
- 4). Asfiksia neonatrum.

## 7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Saifuddin (2016), Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada preeklamsia adalah sebagai berikut:

a. Pemeriksaan Laboratorium

Pada umumnya pemeriksaan laboratorium adalah normal, kecuali hematokrit, serum kreatinin, pemecahan fibrin dan proteinuria.

1) Hitung darah lengkap dengan apusan darah.

Penurunan hemoglobin (nilai referensi atau nilai normal haemoglobin untuk wanita hamil adalah 12-14 gr%). Peningkatan hematokrit (nilai rujukan 150-450 ribu/mm<sup>3</sup>), asam urat meningkat.

## 2) Fungsi hati

Peningkatan bilirubin ( $N = <1> 60,1$  peningkatan serum glutamat piruvat transaminase (SGPT) ( $N=15-45u/ml$ ), peningkatan serum glutamat oksaloasetat transaminase (SGOT) ( $N=2.4) \sim 2,7)mg/dl$ ).

## 3) Pemeriksaan Khusus

Pemeriksaan oftalmoskop mungkin menunjukkan papil edema, edema retina (peningkatan penglihatan berkilau), pelepasan retina, spasme vascular, tatik arteriovenosa dan perdarahan. Pemeriksaan berulang membantu menentukan perbaikan atau kegagalan terapi preeklamsia.

## 4) Urinalis proteinuria $> 0,3$ grlt/24jam

Ditemukan protein dalam urine.

## b. Pemeriksaan radiologi

Ultrasonografi, reterdasi pertumbuhan intrauterine dan keterlambatan pernapasan intrauterine dicatat, dengan aktivitas janin yang lambat dan volume cairan ketuban yang rendah, elektrokardiogram detak jantung janin diketahui lemah.

## c. Pemeriksaan diagnostik

1) USG (Ultrasonografi), berfungsi untuk melihat gerakan janin bersifat subjektif, letak plasenta, denyut jantung janin, kontraksi uterus.

2) NST (Non Stress Test), berfungsi untuk melihat kontraksi uterus, pergerakan janin, denyut jantung janin. Denyut jantung janin (DJJ): normal 120-160 x/menit, takikardia  $>160x/menit$ .

## 1) Pemeriksaan kadar kekeruhan urin

Tabel 2 Standar Kadar Kekeruhan Urin

| No | Hasil            | Kadar kekeruhan protein                                 | Keterangan                                                                                                        |
|----|------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Negatif          | Urine jernih                                            | --                                                                                                                |
| 2  | Positif 1 (+)    | Ada kekeruhan                                           | Menunjukkan pada kebocoran protein dalam urine, yang disebabkan adanya gangguan ginjal                            |
| 3. | Positif 2 (++)   | Kekeruhan mudah dilihat dan endapan                     | Menunjukkan adanya kebocoran pada ginjal karena darah tinggi                                                      |
| 4. | Positif 3 (+++)  | Urine lebih keruh dan endapan yang lebih jelas          | Menunjukkan proses penyaringan pada ginjal menurun                                                                |
| 5. | Positif 4 (++++) | Urine sangat keruh dan disertai endapan yang menggumpal | Menunjukkan ginjal sudah dalam kondisi kronis karena hanya bisa menjalankan fungsinya sebatas 15 hingga 29 persen |

**8. Penatalaksanaan Preeklamsia**

Menurut (Pratiwi, 2017) penatalaksanaan pada preeklamsia adalah sebagai berikut :

- a. Tirah Baring miring ke satu posisi.
- b. Monitor tanda-tanda vital, reflex dan DJJ
- c. Diet tinggi kalori, tinggi protein, rendah karbohidrat lemak dan garam.
- d. Pemenuhan kebutuhan cairan : jika jumlah urine kurang dari 30 ml/jam pemberian cairan infus Ringer Laktat 60-125 ml/jam.

- e. Monitor keadaan janin (Aminoscopi, Ultrasonografi).
- f. Monitor tanda-tanda kelahiran persiapan kelahiran dengan induksi partus pada usia kehamilan diatas 37 minggu.
- g. Pada pasien preeklamsia dengan gejala berat sebaiknya dilakukan segera tindakan sectio caesarea.

## **B. Konsep dasar *Sectio Caesarea***

### **1. Definisi *Sectio Caesarea***

*Sectio caesarea* (SC) merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau suatu histerektomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Ayuningtyas, Dumilah, et al, 2018).

*Sectio casaraea* ialah proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan diperut ibu (laparotomi) dan rahim. (histerektomi) untuk mengeluarkan bayi. *Sectio casarea* umumnya dilakukan ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan karena beresiko kepada komplikasi medis lainnya (Purwoastuti, 2015).

*Sectio Caesarea* (SC) adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin melewati sisi pada dinding abdomen dan uterus persalinan buatan, sehingga janin di lahirkan melalui perut dan dinding rahim agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat (Anjarsari, 2018).

Dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa sectio casarea adalah suatu pembedahan untuk melahirkan janin melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus Ibu dan dengan cara membuat sayatan pada dinding perut dan rahim yang bertujuan untuk mengeluarkan janin dari dalam rahim.

## **2. Klasifikasi *Sectio Casarea*.**

Dapat diklasifikasikan menjadi 3 jenis, yaitu:

- a. *Sectio Casarea Transperitonealis Profunda*, Merupakan jenis pembedahan yang paling banyak dilakukan dimana dokter nantinya akan membedah perut ibu dengan cara menginsisi di segmen bagian bawah uterus. Jenis ini memberikan beberapa keuntungan seperti perdarahan luka insisi yang tidak banyak, risiko peritonitis yang tidak besar, jaringan perut saat proses penyembuhan pada uterus umumnya kuat sehingga risiko rupture uteri dikemudian hari tidak besar karena dalam masa nifas ibu pada segmen bagian bawah uterus tidak banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna (Prawihardjo, 2016).
- b. *Sectio Casarea Klasik atau Sectio Casarea Corporal*, Tindakan pembedahan ini dilakukan dengan cara membuat insisi pada bagian tengah dari korpus uteri sepanjang 10-12 cm dengan ujung bawah di atas batas plika vesio uterine. Tujuannya dibuat hanya jika ada halangan untuk melakukan proses *Sectio Casarea Transperitonealis Profunda*. Halangan yang dimaksud misal karena uterus melekat pada dinding perut karena riwayat persalinan sc sebelumnya dan risiko

perdarahan yang besar apabila di insisi di segmen bawah uterus dimana ada kondisi plasenta previa (plasenta menempel menutupi jalan lahir). Kerugian dari jenis ini adalah risiko peritonitis dan rupture uteri 4 kali lebih bahaya pada kehamilan selanjutnya. Biasanya setelah dilakukan tindakan sc klasik ini, dilakukan sterilisasi atau histerektomi untuk menghindari risiko yang ada (Prawihardjo, 2016).

- c. *Sectio Casarea Ekstraperitoneal*, dokter akan menginsisi dinding dan fascia abdomen dan musculus rectus yang nantinya dipisahkan. Lalu vesika urinaria akan diretraksi ke bawah sedangkan lipatan peritoneum akan dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus, jenis pembedahan ini dilakukan untuk mengurangi bahaya dari infeksi puerperal, namun dengan adanya kemajuan pengobatan terhadap infeksi, pembedahan sectio caesarea ini tidak banyak lagi dilakukan karena tekniknya yang sulit dilakukan (Prawihardjo, 2016).

### 3. **Indikasi *Sectio Casarea***

Menurut Jumatrin (2022), ada beberapa penyebab atau indikasi dilakukannya tindakan sectio caesarea, yaitu diantaranya sebagai berikut:

- a. Gawat janin, merupakan kondisi dimana janin perlu dengan segera dikeluarkan dari dalam Rahim ibu. Penyebab nya bisa dikarenakan perdarahan antepartum atau kelainan lain yang dialami oleh ibu yang mengharuskan janin segera dilahirkan.

- b. Posisi janin yang Abnormal (letak sungsang atau melintang), posisi janin dalam Rahim yang tidak tepat seperti letak sungsang ataupun letak lintang membuat perlunya dilakukan tindakan sc karena akan sulit dilakukan untuk persalinan pervagina.
- c. Partus Lama (tidak maju), persalinan normal pervagina yang tak kunjung mengalami kemajuan atau tidak adanya pembukaan maka perlu tindak lanjut yaitu dengan tindakan sectio caesarea.
- d. Ketuban pecah dini (KPD), merupakan pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan sehingga memerlukan tindakan lanjutan agar bayi dapat diselamatkan
- e. Plasenta previa, letak plasenta berada di bagian bawah Rahim membuat terhalangnya jalan lahir dan diperlukannya tindakan sectio caesarea
- f. Preeklamsia berat, merupakan penyumbang kematian maternal pada ibu maupun janin sehingga diperlukan tindakan lanjutan untuk melahirkan.
- g. Cephalo pelvic disproportion (CPD), ukuran panggul yang tidak sesuai dengan ukuran kepala janin yang menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara normal pervagina.

#### **4. Etiologi.**

Menurut Nurarif dan Hardhi, 2015 etiologi sectio caesarea (SC)

- a. Etiologi yang berasal dari ibu, Yaitu terdapat panggul sempit, plasenta previa, solutio plasenta, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsia

eklamsia, kehamilan yang disertai penyakit jantung, penyakit DM, gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dsb).

- b. Etiologi yang berasal dari janin, Gawat janin malpresentasi, malposisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum.

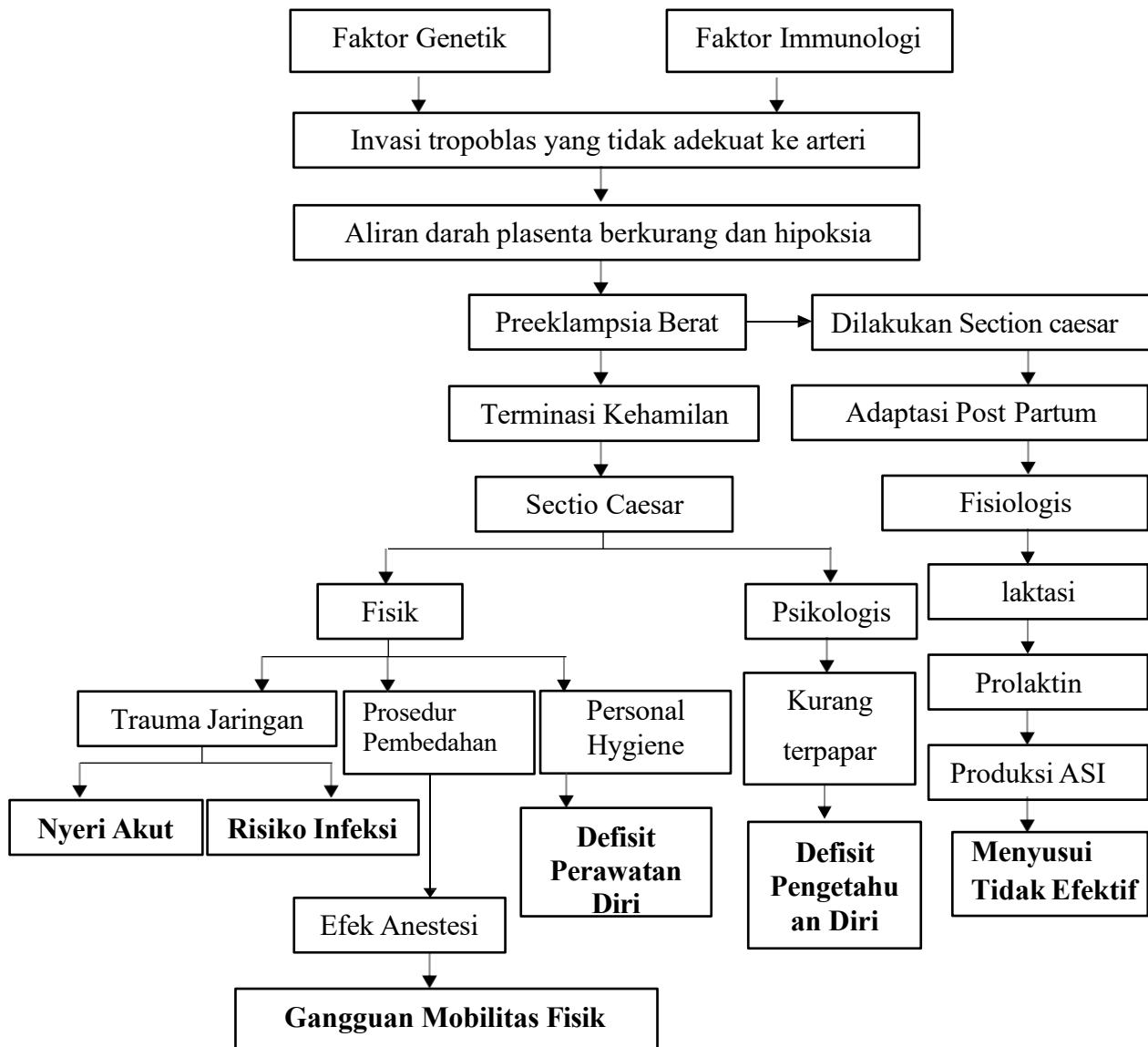
## 5. Fatofisiologi

Akibat dari kelainan pada ibu dan janin menyebabkan dilakukannya *Sectio Caesarea* (SC) dan tidak dilakukan dengan persalinan (Solehati, 2017). Tindakan alternatif untuk dilakukannya persalinan adalah menggunakan *sectio caesarea* dengan berat diatas 500gram dan adanya bekas sayatan yang masih utuh. Penyebab atau indikasi dilakukannya *Sectio Caesarea* (SC) ini adalah karena distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsia jaringan lunak, Plasenta previa dan lain-lain. Untuk ibu sedangkan untuk gawat janin, janin besar dan letak lintang setelah dilakukan *sectio caesarea* (SC) ibu akan mengalami adaptasi postpartum. Perlu anestesi yang bersifat regional dan umum sebelum dilakukannya operasi pasien. Namun anestesi mengakibatkan banyaknya pengaruh terhadap janin dan ibu, sehingga bayi kadang-kadang lahir dalam keadaan tidak dapat diatasi dengan mudah. Dan bisa berakibat pada kematian janin sedangkan pengaruh anestesi bagi ibu sendiri yaitu terhadap tonus uteri yang menyebabkan darah banyak yang keluar. Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas yang tidak efektif akibat secret yang berlebihan karenan kerja

otot nafas silia yang menutup anastesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus (Anjarsari, 2018).

## 6. *Pathway*

Bagan 2.1 Pathway *Post Sectio Caesarea* Atas Indikasi Preeklampsia Berat



Sumber : Nurarif dan Hardhi,2015

## **5. Komplikasi**

Terdapat komplikasi jangka pendek maupun jangka panjang yang dapat terjadi jika dilakukan sectio caesarea. Adapun komplikasi jangka pendek terjadi segera setelah prosedur dilakukan, yaitu perdarahan selama operasi jika cabang arteri terbuka dapat terjadi pendarahan hebat. Darah hilang pada saat sectio caesarea dua kali lipat dibandingkan persalinan normal. Kedua, infeksi puerperal/sepsis, merupakan salah satu komplikasi yang sering terjadi pada sectio caesarea. Penggunaan antibiotik profilaksis yang tidak sesuai adalah penyebabnya, terdapat gejala ringan maupun berat yang dihasilkan infeksi. Gejala ringan seperti kenaikan suhu bagi sebagian orang selama nifas dan gejala berat seperti peritonitis, sepsis, dan lain lain. Ketiga, luka kandung kemih. Keempat, embolisme paru. Kelima, kurangnya kekuatan bekas luka di dinding rahim, mengakibatkan kehamilan. Selain itu, pecah dapat terjadi. Kejadian ini sering ditemui setelah sectio caesarea klasik. Keenam, beberapa organ di perut seperti usus besar, ureter sudah cukup rentan terhadap cedera (Sulfianti et al., 2021).

## **6. Pemeriksaan Penunjang**

Menurut Indriyani, (2018), Pemantauan janin terhadap kesehatan janin:

- a. Pemantauan EKG.
- b. Jumlah darah lengkap dengan diferensial.
- c. Elektrolit.
- d. Hemoglobin/Hematokrit.
- e. Golongan dan pencocokan silang darah.

- f. Urinalis.
- g. Amnionsentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi.
- h. Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi.
- i. Ultrasound sesuai kebutuhan.

## **7. Dampak Sectio Caesarea terhadap KDM**

Tindakan Sectio Caesarea juga berdampak pada kebutuhan dasar manusia menurut Hartati dan Maryunani, 2015 yaitu:

- a. Nyeri, Ibu post sectio caesarea akan merasakan nyeri di area pembedahan atau nyeri pada bekas luka operasi.
- b. Eliminasi BAK/BAB, Efek anastesi pada saat tindakan sectio caesarea dapat membuat BAB tertunda selama 2-3 hari setelah persalinan BAB biasanya akan mengalami kesulitan sesudah pemasangan kateter.
- c. Nutrisi dan Cairan, Setelah 6 jam pasca bedah maka dapat diberikan minum sedikit demi sedikit, pasien dapat makan makanan yang lunak atau biasa pada hari pertama.
- d. Mobilisasi, Ibu post sectio caesarea dapat mengerakkan kaki, tangan serta tubuhnya, kemudian dapat duduk pada jam 8-12 dan dapat berjalan pada 24 jam pasca operasi.
- e. Personal Hygiene, Kebersihan diri ibu akan mengurangi sumber infeksi, memberikan rasa nyaman, kebersihan yang harus dilakukan yaitu: Mandi, perawatan luka post operasi, perawatan gigi dan mulut, ibu post op sectio caesarea akan terbatas melakukan kebersihan diri.

f. Mobilisasi

Mobilisasi dini pada ibu post SC yaitu:

- 1) 0-6 jam latihan gerak tangan dan kaki
- 2) 6-12 jam mobilisasi miring kanan miring kiri
- 3) 12-24 jam latihan duduk di tempat tidur
- 4) Setelah 24 jam latihan berjalan dari tempat tidur ke toilet.

g. Istirahat, Ibu post sectio caesarea harus istirahat dengan cukup, istirahat yang cukup sekitar 8 jam pada malam hari

h. Seksual atau Reproduksi, Pada ibu post sectio caesarea hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika lochea sudah berhenti, hendaknya 40 hari setelah persalinan, dan ibu post sectio caesarea dapat hamil kembali dengan jarak kurang lebih 2 tahun dari sectio caesarea.

### **C. Konsep Dasar Post Partum.**

#### **1. Definisi Post Partum.**

Post partum adalah masa di mulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidaknyamanan pada awal post partum, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik (Yuliana & Hakim, 2020).

Post partum atau masa nifas atau disebut juga masa puerperium merupakan waktu yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ reproduksinya seperti saat sebelum hamil atau disebut involusi terhitung dari selesai persalinan hingga dalam jangka waktu kurang lebih 42 hari (Maritalia, 2017) dengan 6 minggu atau 42 hari setelah (Dewi & Sunarsih 2012 dalam Aprilianti, 2019).

Dari definisi yang diuraikan diatas, maka dapat disimpulkan bahwa post partum adalah masa pemulihan yang dimulai setelah persalinan selesai dan berakhir kira-kira 6 minggu. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis.

## **2. Tahapan-Tahapan Post Partum.**

Tahapan-tahapan yang terjadi pada post partum Menurut Widyastutik et al., (2021) adalah sebagai berikut :

- a. Periode Immediat Post Partum yaitu (0-24 jam setelah melahirkan), Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya pendarahan karena atonia uteri. Dengan itu, bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah, suhu.
- b. Periode Early Post Partum yaitu (1-7 hari setelah melahirkan), Pada fase ini bidan memastikan involusio uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak ada demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

- c. Periode Late Post Partum (1-6 minggu setelah melahirkan), Pada periode ini perawat tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling keluarga berencana (KB).

### **3. Perubahan fisiologis pada masa post partum.**

Ketika hamil, ibu mengalami beberapa perubahan pada bentuk tubuhnya. Begitu juga pasca melahirkan akan terjadi banyak sekali perubahan dari kondisi saat hamil. Menurut Bobak dalam Indriyani, (2018) perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu post partum antara lain:

#### **a. Sistem Reproduksi dan Struktur Terkait.**

##### **1). Uterus**

- a) Proses Involusi, Proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus.
- b) Kontraksi, Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respons terhadap penurunan volume intra uterin yang sangat besar.
- c) Afterpains, Kondisi ini banyak terjadi pada primipara, tonus uterus meningkat sehingga fundus pada umumnya tetap kencang. Relaksasi dan kontraksi yang periodic sering dialami multipara dan bisa menimbulkan nyeri yang bisa bertahan sepanjang awal puerperium.

Tabel 3 Involusi Uterus

| <b>Involusi Uterus</b> | <b>TFU</b>             |
|------------------------|------------------------|
| Hari ke 1              | Setinggi Pusat         |
| Hari ke 2              | 1-2 jari dibawah pusat |
| Hari Ke 3              | Pertengahan simpisis   |
| Hari Ke 7              | 3 jari diatas simpisis |
| Hari Ke 9              | 1 jari diatas simpisis |
| Hari Ke 10-12          | Tidak teraba dari luar |

d) Tempat Plasenta, Setelah plasenta dan ketuban dikeluarkan, kontraksi vaskuler dan thrombosis menurunkan tempat plasenta ke suatu area yang meninggi dan bernodul dan tidak teratur. Pertumbuhan endometrium ke atas menyebabkan pelepasan jaringan nekrotik dan mencegah pembentukan jaringan parut yang menjadi karakteristik penyembuhan luka.

## 2) Lochea

Lochea adalah cairan/secret yang berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa nifas. Terbagi menjadi beberapa jenis, yaitu:

- a) Lochea Rubra, Cairan ini muncul pada hari ke 1-4 masa Post Partum. Cairan yang keluar berwarna merah berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks caseosa, lanugodan mekonium.
- b) Lochea Sanguilenta, Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir berlangsung selama 3-7 hari Post Partum.

c) Lochea Serosa, Cairan ini berwarna kuning karena mengandung serum, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit. Muncul pada hari ke 7-14 Post Partum.

d) Lochea Alba, Cairan ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. Lochea ini bisa berlangsung selama 2-6 minggu post partum.

### 3) Serviks

Setelah persalinan serviks menganga dan dalam 4 minggu rongga bagian luarnya baru kembali normal.

### 4) Vagina dan Perineum

Estrogen pasca partum yang menurun berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae.vagina yang semula sangat meregang akan kembali bertahap ke ukuran sebelum hamil, 6 sampai 8 minggu setelah bayi lahir, rugae akan kembali terlihat pada sekitar minggu ke 4. Mukosa akan tetap atropik pada wanita yang menyusui sekurang-kurangnya sampai menstruasi dimulai kembali.

### 5) Topangan otot panggul

Struktur penopang uterus dan vagina bisa mengalami cedera sewaktu melahirkan dan masalah ginekologi dapat timbul dikemudian hari.

### 6) Sistem Endokrin

a) Hormone Plasenta, Dengan terjadi perubahan hormon yang menyebabkan penurunan hormon-hormon yang diproduksi oleh organ tersebut.

b) Hormone Hipofisis dan Fungsi Ovarium, Waktu dimulainya ovulasi dan menstruasi pada wanita menyusui dan tidak menyusui berbeda. Kadar prolactin serum yang tinggi pada wanita menyusui dampaknya berperan dalam menekan ovulasi.

#### 7) Abdomen

Abdomen akan terlihat menonjol ketika wanita berdiri di hari pertama setelah melahirkan dan tampak seperti masih hamil. Diperlukan sekitar 6 minggu untuk dinding abdomen kembali ke keadaan sebelum hamil.

#### 8) Sistem urinarius

Perubahan hormonal pada masa hamil menyebabkan fungsi ginjal meningkat, sedangkan penurunan kadar steroid setelah wanita melahirkan menurunkan fungsi ginjal selama post partum. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu 1 bulan setelah melahirkan. Diperlukan kira-kira 8 minggu supaya hipotonia pada kehamilan dan dilatasi pada ureter serta pelvis ginjal kembali ke keadaan sebelum hamil.

Konsentrasi hormon yang menstimulasi perkembangan payudara selama wanita hamil (estrogen, progesterone, human chorionic gonadotropin, prolaktin, kortisol dan insulin) menurun dengan cepat setelah bayi lahir. Waktu yang dibutuhkan oleh hormone-hormon ini untuk kembali ke keadaan sebelum hamil sebagian ditentukan oleh ibu apakah menyusui atau tidak.

a) Ibu tidak menyusui, Payudara biasanya teraba nodular (pada wanita tidak hamil teraba granular). Nodularitas bersifat bilateral dan difus. pada wanita tidak menyusui sekresi dan ekskresi kolostrum menetap selama beberapa hari pertama setelah melahirkan. Pada saat hari ke 3 atau ke 4 post partum bisa terjadi pembengkakan (engorgement). Payudara teregang (bengkak), keras, nyeri bila ditekan dan hangat bila diraba (kongesti pembuluh darah menimbulkan rasa hangat).

b) Ibu menyusui, Ketika laktasi terbentuk teraba suatu massa (benjolan). Tetapi kantong susu yang terisi berubah posisi dari hari ke hari. Sebelum laktasi dimulai, payudara teraba lunak dan suatu cairan kekuningan, yaitu kolostrum, dikeluarkan dari payudara. Setelah laktasi dimulai payudara teraba keras dan hangat bila disentuh. Rasa nyeri akan menetap selama sekitar 48 jam. Susu putih kekuningan (tampak seperti susu krim) dapat dikeluarkan dari puting susu. Puting susu harus dikaji erektilitasnya, sebagai kebalikan dari inverse dan untuk menemukan adanya fisura atau keretakan.

#### **4. Perubahan psikologis post partum**

Menurut Aritonang & Simanjuntak (2021), fase-fase yang akan dialami oleh ibu Post Partum antara lain:

- a. Menurut Aritonang & Simanjuntak (2021), Fase Ketergantungan (*Taking In*), Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung selama satu sampai dua hari setelah melahirkan. Pada fase ini, perhatian ibu hanya berfokus pada dirinya sendiri sehingga

cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ibu sangat membutuhkan orang lain untuk membantu kebutuhannya yang utama adalah istirahat, tidur dan makan untuk proses pemulihannya. Gangguan psikologi yang dialami oleh ibu pada fase ini yaitu : kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan fisik yang di alami, rasa bersalah karena Asi belum keluar.

- b. Fase antara Ketergantungan dan Mandiri (*Taking Hold*) , Fase ini terjadi selama hari ketiga hingga hari kesepuluh pasca melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan 15 dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Jika Ibu merawat bayinya, maka Ia harus memperhatikan kualitas dan kuantitas produksi asinya.
- c. Fase Penerimaan Peran Baru ( *Letting Go*), Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Disarankan agar ibu belajar berjalan setelah pasien mampu duduk. Latihan ini dilakukan jika pasien mampu untuk berdiri dengan stabil dan cukup kuat, kemudian bisa diawali dengan bergerak perlahan-lahan.

#### **D. Konsep Asuhan Keperawatan.**

Proses keperawatan adalah metode dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan pada individu, kelompok dan yang berfokus pada identifikasi

dan pemecahan masalah dari respon pasien terhadap penyakitnya. (Budyono, 2016).

## **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosa keperawatan. Diagnosa yang diangkat akan menentukan perencanaan yang ditetapkan. Selanjutnya, tindakan keperawatan dan evaluasi mengikuti perencanaan yang dibuat (Aspiani, 2017).

- a. Identitas Pasien, terdiri dari identitas pasien dan penanggung jawab, Pengkajian identitas meliputi: nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, alamat, tanggal masuk, tanggal pengkajian, no rekam medis.
- b. Identitas Penanggung Jawab, terdiri dari nama, umur, pendidikan, pekerjaan, suku, alamat dan hubungan dengan pasien
- c. Riwayat Kesehatan
  - 1). Keluhan utama, Pada pasien post operasi keluhan utamanya yaitu pasien mengeluh nyeri pada bekas operasi, badannya lemah, tidak berani bergerak.
  - 2). Riwayat Kesehatan sekarang, pada riwayat kesehatan sekarang yang perlu dikaji yaitu jam selesai operasi, kesadaran pasien, keadaan umum, letak dan ukuran dari luka operasi juga keluhan

utama yang dirasakan pada pasien post SC yaitu nyeri yang dapat dijabarkan dengan menggunakan format P, Q, R, S, T yaitu:

(a) P (*Propokatif*) merupakan apakah ada penyebab keluhan yang dirasakan pasien yang memperberat dan memperingan keluhan tersebut.

(b) Q (*Quality*) merupakan penjelasan pasien yang menggambarkan kualitas nyeri. Apakah rasanya seperti ditusuk-tusuk, disayat, ditimpa beban berat, diremas atau terasa panas.

(c) R (*Region*) apakah rasa sakit atau nyeri tersebut menyebar pada organ lain atau tidak.

(d) S (*Skala*) merupakan penilaian pasien terhadap rasa sakit atau nyeri yang dirasakannya. Menggunakan rentang nilai 0-10 dengan 0 berarti tidak terasa nyeri dan 10 merupakan rasa yang nyeri yang paling berat.

(e) T (*Time*) merupakan waktu terasanya nyeri atau sakit yang dialami pasien, apakah nyeri muncul terus-menerus atau hilang timbul atau nyeri datang secara tiba-tiba.

### 3). Riwayat kesehatan dahulu.

Kaji terhadap adanya riwayat penyakit keturunan seperti, jantung, hipertensi, diabetes melitus, infeksi kronik, penggunaan obat-obatan kebiasaan pasien seperti merokok, minum alkohol dan

mengonsumsi minuman berkafein. Apakah pasien memiliki riwayat alergi, apakah pasien mendapatkan imunisasi, apakah pasien pernah kecelakaan, adakah riwayat operasi.

#### 4). Riwayat kesehatan keluarga

Adakah penyakit turunan dalam keluarga seperti jantung, hipertensi, TBC, Diabetes Melitus, penyakit kelamin, yang mungkin penyakit tersebut diturunkan kepada pasien.

#### 5). Riwayat Obstetri Ginekologi

##### a) Riwayat Ginekologi

- (1) Riwayat menstruasi, Meliputi siklus haid, kaji terhadap lamanya haid, sifat darah (warna, bau, cair, gumpalan), dismenorhea, HPHT, dan taksiran persalinan.
- (2) Status perkawinan, Status perkawinan, kaji terhadap unsur pada waktu menikah, lama perkawinan dan berapa kali menikah.
- (3) Riwayat keluarga berencana, Jenis kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil, waktu dan lamanya penggunaan, masalah yang dihadapi selama penggunaan, jenis kontrasepsi yang direncanakan setelah melahirkan dan jumlah anak yang direncanakan.

##### b) Riwayat Obstetri.

- (1) Riwayat kehamilan, kaji terhadap persalinan dan nifas yang lalu meliputi umur kehamilan, tanggal melahirkan, jenis persalinan,

tempat persalinan, berat badan anak waktu lahir, masalah yang terjadi dan kesehatan anak.

- (2) Riwayat kehamilan sekarang, kaji terhadap keluhan selama hamil, gerakan anak pertama yang dirasakan oleh pasien yang berisikan mengenai keluhan atau gangguan yang terjadi pada pasien saat mengalami kehamilan dan persalinan nya yang sekarang.
- (3) Riwayat persalinan sekarang merupakan persalinan yang seberapa bagi pasien, kaji terhadap tanggal persalinan, jenis persalinan, lamanya persalinan, jenis kelamin, apakah terjadi pendarahan, banyaknya perdarahan, berat badan bayi dan APGAR score serta keadaan masa nifas.
- (4) Riwayat persalinan lalu meliputi kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, berapa kali ibu hamil, penolong jumlah persalinan, dimana ibu bersalin, cara bersalin, apakah pernah abortus, dan keadaan nifas post operasi Sectio Caesarea (SC) yang lalu.

#### 6). Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yaitu melakukan pemeriksaan fisik pasien untuk menentukan masalah keperawatan pasien (Ratnawati, 2017).

- a) Keadaan umum, kaji kondisi ibu secara umum, apakah ibu merasa keletihan, merasa tenang, pada preeklamsia berat kondisi ibu secara umum biasanya terlihat lemas dan pusing akibat tekanan darah tinggi, respirasi meningkat, denyut nadi meningkat dan mengalami gangguan pengaturan suhu tubuh.

- b) Tanda – tanda vital, dikaji tekanan darah, nadi, suhu dan repirasi, biasanya tanda – tanda vital tidak mengalami gangguan, pada pasien dengan preeklamsia ditemukan peningkatan tekanan darah sistolik 160 mmHg dan diastolik 110 mmHg atau lebih.

7) Pemeriksaan Fisik Head to Toe.

Ada empat prinsip dalam melakukan pemeriksaan fisik yaitu, melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi) dan mendengarkan (auskultasi).

a) Kepala

Kaji terhadap kesimetrisan, nyeri, penyebaran rambut, benjolan, dan apakah muncul keluhan pusing.

b) Mata

Kaji kesimetrisan antara mata kanan dan kiri, kebersihan mata, fungsi penglihatan, refleks kedip mata, konjungtiva apakah anemis atau tidak, bentuk pupil saat dirangsang cahaya, sclera apakah ikterik atau tidak, adanya nyeri tekan atau tidak. Pada pasien dengan post sc konjungtiva tampak pucat akibat dari pendarahan yang terjadi sebelumnya.

c) Hidung

Kaji kesimetrisan lubang hidung, bentuk, kebersihan dan fungsi penciuman, terdapat polip atau tidak, adanya nyeri tekan atau tidak.

d) Telinga

Kaji kesimetrisan lubang hidung, bentuk, kebersihan dan Kaji terhadap kesimetrisan, kebersihan apakah ada serumen atau tidak, adanya nyeri tekan atau tidak, dan kaji fungsi pendengaran. Penciuman, terdapat polip atau tidak, adanya nyeri tekan atau tidak.

e) Mulut dan gigi

Kaji terhadap kesimetrisan bentuk bibir, mukosa bibir, jumlah gigi, caries gigi, jumlah gigi, lidah, fungsi pengecapan dan fungsi menelan.

f) Leher

Kaji terhadap kebersihan leher, lalu palpasi apakah ada pembesaran kelenjar tyroid dan peningkatan vena jugularis (JVP).

g) Dada

Kaji kesimetrisan, irama nafas, bunyi jantung SI/S2 (Lupdup, tidak ada bunyi tambahan), tidak terdengar suara tambahan wheezing (-), ronkhi (-), tidak terdapat benjolan pada saat ditekan.

h) Payudara

Kaji keadaan payudara, bentuk hyperpigmentasi aerola, keadaan puting susu dan kesimetrisan serta pengeluaran asi.

i) Abdomen

Kaji bentuk abdomen, kaji linea nigra dan striae gravidarum, kaji luka bekas SC, serta kebersihan abdomen, auskultasi bising usus, palpasi tinggi fundus uteri (TFU) untuk mengecek adanya involusi

uteri. Pada ibu post sc terdapat nyeri luka bekas operasi, raba tinggi fundus uteri normalnya setelah persalinan 2 jari dibawah pusat. (Wahyuningsih, 2019).

j) Genitalia

Kaji apakah ada kelainan, pembengkakan atau lesi, lihat kebersihan vulva, kaji pengeluaran lochea, pada hari ke-1 biasanya terdapat lochea rubra, kaji banyaknya lochea keluar dan baunya seperti apa, kaji apakah terpasang kateter atau tidak.

k) Ekstremitas atas dan bawah

(1) Ekstermitas atas

Inspeksi : kesimetrisan ujung-ujung jari tangan, adanya sianosis, ada tidaknya edema, kekuatan otot dan ROM. Pada Pasien post *section caesarea* hari pertama biasanya terpasang infus, CRT kembali ke semula < 2 detik, turgor kulit kembali ke semua < 2 detik.

Palpasi : ada tidaknya nyeri tekan, ada tidaknya benjolan/ pembengkakan.

(2) Ekstermitas bawah

Inspeksi : kesimetrisan adanya sianosis, oedema kekuatan otot dan ROM. Reflek patella, human sign pergerakan terbatas atau tidak. Pada Pasien post *section caesarea* hari pertama biasanya kekuatan otot akan terjadi kelemahan.

Palpasi : ada tidaknya nyeri tekan, ada tidanya benjolan.

## 8) Pola aktivitas sehari-hari.

### a) Pola nutrisi

Kaji kesimetrisannya, ada tidaknya edema, bagaimana dengan pergerakannya. Kaji kebiasaan makan dan minum pasien sebelum dan sesudah dirawat mencakup frekuensi, jenis makan, nafsu makan, frekuensi minum, jenis serta jumlahnya. Biasanya pada ibu post partum ibu mengalami anoreksia dan penurunan porsi makan. a, biasanya pasien dengan post operasi sering takut menggerakkan kakinya.

### b) Pola eliminasi

Pada pasien dengan post partum, kemungkinan mengalami gangguan eliminasi BAB, berupa konstipasi yang disebabkan oleh penurunan peristaltik usus. Selain itu juga akan mengalami gangguan eliminasi BAK berupa retensi urine yang terdapat akibat dirensi pada kandung kemih. Adapun yang dikaji mencakup BAB (frekuensi, warna, bau, konsistensi, masalah dan keluhan masalah).

### c) Pola aktivitas tidur

Meliputi kebiasaan tidur, lamanya serta adanya gangguan atau tidak. Biasanya ibu post partum mengalami gangguan tidur dikarenakan perasaan kurang nyaman dengan luka atau pada bagian perineum.

d) Personal hygiene

Mencakup kebersihan rambut, mulut dan gigi, pakaian dan vulva hygiene. Biasanya personal hygiene ibu tidak rapih karena ibu biasanya mengalami intoleransi aktivitas sehingga sulit.

9) Aspek Psikologis, sosial, dan spiritual

- a) Pada pasien hari ke 1 biasanya pasien mengalami fase taking in, fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri.
- b) Pasien dengan post sectio caesarea akan merasakan adanya rasa nyeri yang menghambat aktivitas sehari-hari sehingga perlu di kaji akibat penyakitnya terhadap proses sosialisasi pasien. Kaji juga terhadap hubungan interpersonal pasien dengan keluarganya selama pasien dirawat.
- c) Dikaji bagaimana pasien akan kesembuhannya berhubungan dengan agama yang dianut, bagaimana aktivitas keagamaannya pasien selama perawatan di rumah sakit.

10) Data Penunjang

Hasil pemeriksaan diagnostik seperti memeriksa darah, urine, dan rontgen dan memberikan informasi tentang hal-hal yang mendukung keadaan penyakit pasien serta terapi medis untuk membantu proses penyembuhan. Biasanya pemeriksaan darah rutin seperti hematocrit, eritrosit, trombosit cenderung normal, akan tetapi hemoglobin dan

leukosit mengalami sedikit peningkatan.

## 2. Analisa data

Tabel 4 Analisa Data

| No | Data                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Etiologi                                                                                                                                               | Masalah                  |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1  | <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif</p> <p>a) Mengeluh nyeri</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak meringis</li> <li>2. Bersikap pretektif (misal : Waspada dan posisi menghindari nyeri)</li> <li>3. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>4. Sulit tidur</li> </ol> <p>Gejala tanda minor</p> <p>subjektif : -</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tekanan darah meningkat</li> <li>2) Pola nafas berubah</li> <li>3) Nafsu makan berubah</li> <li>4) Proses berfikir terganggu</li> <li>5) Menarik diri</li> <li>6) Berfokus pada diri sendiri</li> <li>7) Diaphoresis</li> </ol> | <p>Adanya luka post op yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan lalu merangsang area sensori dan menimbulkan reaksi nyeri atau nyeri akut</p> | Nyeri akut               |
| 2  | <p>Gejala tanda mayor</p> <p>Subjektif</p> <p>Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kekuatan otot menurun</li> <li>2) Rentan gerak (ROM) Menurun</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>Adanya luka post op yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan lalu merangsang area sensori dan menimbulkan reaksi nyeri atau nyeri akut</p> | Gangguan mobilitas fisik |

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                        |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|   | <p>Gejala tanda minor subjektif.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nyeri saat bergerak</li> <li>2) Enggan melakukan pergerakan</li> <li>3) Merasa cemas saat bergerak</li> </ol> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sandi kaku</li> <li>2) Gerakan tidak terkoordinasi</li> <li>3) Gerakan terbatas</li> <li>4) Fisik lemah</li> </ol> |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                        |
| 3 | Tindakan Invasif (Luka Post SC)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Adanya luka Post op menyebabkan jaringan terbuka, sehingga proteksi menjadi kurang dan bisa menyebabkan masuknya mikroorganisme asing masuk kedalam tubuh dan mengakibatkan post op terkontaminasi dan terjadi infamasi sehingga akan menimbulkan resiko infeksi | Resiko infeksi         |
| 4 | <p>Gejala dan tanda mayor subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menolak melakukan perawatan diri</li> </ol> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/ makan</li> <li>2. Minat melakukan perawatan diri kurang</li> </ol> <p>Gejala dan tanda minor Subjektif (-)</p>                              | Proses persalinan post sc menyebabkan kebutuhan energi meningkat kelemahan sehingga aktivitas terganggu menyebabkan kurangnya perawatan diri                                                                                                                     | Defisit perawatan diri |

|   | Objektif (-)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                        |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 5 | <p>Gejala dan tanda mayor subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menanyakan masalah yang dihadapi</li> </ol> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurunkan perilaku tidak sesuai anjuran</li> <li>2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah</li> </ol> <p>Gejala dan tanda Minor subjektif</p> <p>-</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat</li> <li>2. Menunjukkan perilaku berlebihan (misal : Apatitis, bermusuhan, agitasi, histeria)</li> </ol> | Kurang terpaparnya informasi tentang perawatan bayi (anak pertama)                                                                                                                                                                                                                                               | Defisit pengetahuan    |
| 6 | <p>Gejala dan tanda mayor Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kelelahan mental</li> <li>2. kecemasan mental</li> </ol> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. bayi tidak mampu melekat pada ibu</li> <li>2. asi tidak menetes</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>Post partum menyebabkan Perubahan fisiologi salah satunya laktasi ketika proses laktasi karakter berubah menyebabkan estrogen sehingga menimbulkan gkat pembentukan ASI tetapi terjadi penyempitan pada ductus inteverus yang menyebabkan ASI tidak keluar sehingga menimbulkan ketidakefektifan menyusui</p> | Menyusui tidak efektif |

### 3. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada resiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Meningkatkan pentingnya, diagnosa keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan, maka dibutuhkan standar diagnosa keperawatan yang dapat diterapkan secara nasional di Indonesia dengan mengacu pada standar diagnosis internasional yang telah dilakukan sebelumnya. (SDKI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik post sectio caesarea.
- b. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif post operasi sectio caesarea.
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis post sectio caesarea
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan akibat post sectio caesarea.
- e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi mengenai perawatan luka post *sectio caesarea*.
- f. Menyusi tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI

#### 4. Intervensi keperawatan.

Tabel 5 Intervensi Keperawatan

| No | DX Kep                                                      | Tujuan dan Kriteria                                                                                                                                                                                                                                               | Intervensi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri berkurang dengan kriteria hasil :<br>1. Keluhan nyeri menurun<br>2. Meringis menurun<br>3. Tekanan darah membaik<br>4. Frekuensi nadi membaik<br>5. Gelisah menurun<br>6. Kesulitan tidur menurun | Intervensi Utama nyeri<br>Observasi ;<br>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, intensitas nyeri<br>2. Identifikasi skala nyeri<br>3. Identifikasi respon nonverbal<br>4. Identifikasi faktor memperberat dan meringankan nyeri<br>5. Identifikasi respon nonverbal<br>6. Identifikasi faktor memperberat dan meringankan nyeri<br>7. Identifikasi pengetahuan keyakinan tentang nyeri<br>8. Identifikasi<br>9. Identifikasi pengaruh nyeri<br>10. Monitoring penggunaan analgesik | Observasi<br>1. Untuk mengetahui karakteristik nyeri<br>2. Untuk mengetahui perkembangan nyeri pasien menurun atau tidak<br>3. Untuk mengetahui respon nyeri nonverbal seperti ekspresi pasien<br>4. Untuk mengetahui faktor apa saja yang memperberat dan memperingan nyeri<br>5. Untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan<br>6. Untuk mengetahui adakah gangguan yang disebabkan oleh nyeri<br>7. Untuk melihat efek samping analgesik |

|  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  | <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan non farmakologis untuk mengurangi nyeri mengurangi nyeri</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi istirahat tidur</li> <li>2. jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> </li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan streategi nyeri</li> <li>3. Anjurkan teknik nonfarmakologis</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian analgetik</li> </ol> | <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dengan memberikan teknik ini nyeri pasien dapat teralihkan</li> <li>2. Untuk menurunkan stimulasi nyeri sehingga pasien merasa nyaman</li> <li>3. Agar kebutuhan tidur terpenuhi</li> <li>4. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dengan memberikan arahan tentang penyebab, Periode , dan pemicu nyeri</li> <li>2. meredakan nyeri secara mandiri</li> <li>3. Dengan teknik relaksasi</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <p>Untuk mengurangi nyeri</p> |
|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|   |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D. 0054) | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> <li>4. Nyeri berkurang</li> <li>5. Kelemahan fisik menurun</li> </ol> | <p>Intervensi utama Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi aktifitas melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung tekanan darah sebelum mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misl. Pagar tempat tidur)</li> <li>2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> </ol> | <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui ada atau tidaknya nyeri atau keluhan fisik pada pasien</li> <li>2. Untuk mengetahui Frekuensi</li> <li>3. Untuk merelaksasikan tubuh pasien</li> <li>4. Untuk mengetahui jenis latihan sesuai kondisi kesehatan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberi bantuan kepada pasien saat akan melakukan mobilisasi</li> <li>2. Meningkatkan status mobilisasi pasien</li> <li>3. Agar keluarga berperan dalam membantu</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui jenis latihan yang sesuai dengan kondisi kesehatan pasien</li> </ol> |
|---|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|   |                                                                           |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 | Resiko infeksi<br>dibuktikan dengan<br>tindakan invasif (luka<br>post SC) | Setelah dilakukan tindakan<br>keperawatan diharapkan<br>infeksi pasien tidak terjadi<br>dengan kriteria hasil:<br>1. Tidak ada pembengkakan<br>nyeri<br>2. Nyeri menurun | Intervensi utama Pencegahan<br>infeksi (I.14539)<br>Observasi<br>1. Monitor tanda dan gejala<br>infeksi<br><br>Terapeutik<br>1. Batasi jumlah pengunjung<br>2. Cuci tangan sebelum<br>dan sesudah kontak dengan<br>pasien<br>3. Pertahankan teknik aseptik<br>pada pasien beresiko tinggi<br><br>Kolaborasi<br>1. Pemberian antibiotik<br><br><b>Intervensi pendukung</b><br>Dukungan perawatan diri:<br>mandi, edukasi pencegahan<br>luka tekan, manajemen<br>lingkungan, perawatan<br>Luka | Observasi<br>1. Untuk mengetahui ada<br>atau tidaknya tanda dan<br>gejala infeksi<br><br>Terapeutik<br>1. Untuk meningkatkan<br>kenyamanan<br>2. Menjaga kulit tetap<br>bersih<br>3. Untuk mencegah infeksi<br>nosokomial<br><br>Kolaborasi<br>1. Meningkatkan<br>penyembuhan dan<br>menghindari infeksi<br>pada luka<br><br><b>Intervensi pendukung</b><br>Dapat meningkatkan sistem<br>imun, dimana imun yang<br>lemah dapat beresiko terjadi<br>infeksi |
| 4 | Defisit perawatan diri<br>berhubungan dengan<br>kelemahan (D.0109)        | Setelah dilakukan<br>tindakan keperawatan jam<br>diharapkan perawatan diri                                                                                               | Intervensi utama<br>Dukungan perawatan diri<br>(I.11348)<br>Observasi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Observasi<br>1. Untuk mengetahui<br>kebiasaan pasien                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | <p>meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi meningkat</li> <li>2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat</li> <li>3. Kemampuan makan meningkat</li> <li>4. Kemampuan ketoilet meningkat, Minat melakukan perawatan diri meningkat</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</li> <li>2. Monitor tingkat kemandirian</li> <li>3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan.</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan terapeutik</li> <li>2. Siapkan keperluan pribadi</li> <li>3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</li> <li>4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</li> <li>5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</li> <li>6. Jadwalkan Rutinitas rutin</li> </ol> <p><b>Perawatan diri Edukasi</b></p> <p>Anjurkan melakukan perawatan secara konsisten sesuai kemampuan intervensi</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>2. mengetahui tingkat kemandirian pasien</li> <li>3. membantu kebutuhan dasar pasien</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar pasien nyaman</li> <li>2. Untuk membantu kebutuhan dasar manusia</li> <li>3. Agar pasien dapat ri secara melakukan perawatan dimandiri</li> <li>4. Agar dapat memenuhi kebutuhan dasar pasien</li> <li>5. Agar bisa membimbing pasien</li> <li>6. Agar pasien dapat melakukan perawatan diri sesuai jadwal yang dibuat</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membiasakan pasien melakukan perawatan diri</li> </ol> |
|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|   |                                                        |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |                                                        |                                                                                                                                                                                                      | Pendukung dukuungan tanggung jawab pada diri sendiri, perawatan perineum.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 5 | Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar | Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pengetahuan merawat bayi meningkat dengan kriteria hasil :<br>1. Kemampuan Ibu merawat bayi meningkat<br>2. Verbalisasi minat belajar merawat bayi | Intervensi Utama Edukasi Kesehatan<br>Observasi<br>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi<br>2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat<br><br>Terapeutik<br>1. Sediakan makan dan media pendidikan<br>2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan<br>3. Berikan kesempatan untuk bertanya<br><br>Edukasi<br>1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan | Observasi<br>1. Agar pasien siap menerima informasi<br>2. Untuk mengetahui faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat<br><br>Terapeutik<br>1. Agar pasien paham terhadap penjelasan yang diberikan<br>2. Agar rutinitas pasien terjadwal<br>3. Agar pasien dapat mengerti apa yang belum dimengerti pasien<br><br>Edukasi<br>1. Agar mengetahui faktor risiko yang dapat mempengaruhi |

|   |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                          | 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat<br>3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat                                                                                                                                                                                                                                                                                   | kesehatan<br>2. Agar hidup sehat dan bersih<br>3. Untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 6 | Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai asi | Setelah dilakukan tindakan keperawatan jam Diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil:<br>1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat<br>2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat<br>3. Tetesan/pelancar ASI meningkat | Intervensi utama Edukasi menyusui Observasi<br>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi<br>2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui<br><br>Terapeutik<br>1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan<br><br>Intervensi pendukung<br>1. Jadwalkan pendidikan sesuai kesepakatan kesehatan<br>2. Berikan kesempatan untuk bertanya<br>3. Dukung Ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui | Observasi<br>1. Untuk mengetahui kesiapan Pasien<br>2. Agar Pasien mengerti tentang tujuan menyusui<br><br>Terapeutik<br>1. Agar mempermudah untuk memberikan pendidikan kesehatan terhadap Pasien<br><br>Intervensi pendukung<br>1. Untuk memberikan penkes secara terjadwal<br>2. Agar Pasien mengerti apa yang belum diketahui Pasien<br>3. Untuk meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam menyusui |

|  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  | <p>4. Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan konseling menyusui</li> <li>2. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</li> <li>3. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perletakan (latch on) dengan benar</li> <li>4. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa</li> <li>5. Ajarkan payudara post partum (pijat oksitosin, perawatan payudara)</li> </ol> | <p>4. Agar Pasien dapat semangat melakukan kegiatan</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar Pasien dapat mengerti menyusui</li> <li>2. Agar Pasien mengetahui menyusui bagi ibu dan bayi dalam tentang manfaat</li> <li>3. Agar Pasien dapat mengetahui cara posisi menyusui dan perletakan dengan benar</li> <li>4. Agar Pasien dapat mengetahui cara perawatan payudara</li> <li>5. Agar Pasien mengetahui perawatan payudara</li> </ol> |
|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## **5. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. (Dinarti dan Mulyanti, 2017).

## **6. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan rencana keperawatan dan impelentasinya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan. Proses evaluasi terdiri dari 2 tahap sebagai berikut :

- a. Mengukur pencapaian tujuan perawat menggunakan keterampilan pengkajian untuk mendapatkan yang akan digunakan dalam evaluasi faktor yang dievaluasi dalam status kesehatan pasien, yang terdiri dari beberapa komponen, meliputi : kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi, tanda dan gejala yang spesifik.
- b. Membandingkan data yang terkumpul dengan tujuan dan pencapaian tujuan. Setelah data terkumpul status keadaan pasien, maka perawat membandingkan dengan kriteria hasil, selanjutnya membuat keputusan.
- c. Tentang pencapaian pasien terhadap kriteria hasil, ada tiga kemungkinan keputusan pada tahap ini, sebagai berikut :

1) Tujuan Tercapai

Pasien menunjukkan perubahan sesuai standar yang telah ditetapkan.

2) Tujuan tercapai sebagian

Pasien menunjukkan perubahan sebagian dari standar dan dari kriteria yang telah ditetapkan.

3) Tujuan tidak tercapai

Pasien tidak menunjukkan perubahan dan kemampuan sama sekali.

Selain hal diatas terdapat 2 komponen untuk mengetahui kualitas tindakan keperawatan sebagai berikut :

a) Proses (Formatif).

Evaluasi formatif dilakukan setelah perencanaan keperawatan dilaksanakan dengan tujuan untuk menilai keefektifan terhadap tindakan yang dilaksanakan sistem penulisan pada tahap ini menggunakan sistem “SOAP”.

b) Evaluasi sumatif adalah suatu metode dalam menilai kualitas dan efisiensi tindakan yang diberikan (Dinarti dan Mulyanti, 2017).

### **BAB III**

#### **TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN**

##### **A. Tinjauan Kasus**

###### **1. Pengkajian**

###### **a. Identitas pasien**

|                    |                                               |
|--------------------|-----------------------------------------------|
| Nama               | : Ny.D                                        |
| Umur               | : 23 Tahun                                    |
| Jenis Kelamin      | : Perempuan                                   |
| Agama              | : Islam                                       |
| Pendidikan         | : SMA                                         |
| Suku Bangsa        | : Sunda                                       |
| Status Pernikahan  | : Menikah                                     |
| Alamat             | : Kp. Pasanggrahan tonggoh                    |
| Tanggal Masuk      | : 23 April 2025                               |
| Tanggal Pengkajian | : 23 April 2025                               |
| Diagnosa Medis     | : P1A0 Partus Prematurus dengan<br>SC a/i PEB |
| No.RM              | : 01396135                                    |

###### **b. Identitas Penanggung Jawab**

|               |             |
|---------------|-------------|
| Nama          | : Ny. H     |
| Umur          | : 45 Tahun  |
| Jenis Kelamin | : Perempuan |

Agama : Islam  
 Pendidikan : SMA  
 Pekerjaan : IRT  
 Hub dengan pasien : Ibu  
 Alamat : Kp. Pasanggrahan Tonggoh

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Pasien mengeluh nyeri pada luka post sectio caesarea dibagian perut bawah.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 23 April 2024 pukul 10.30 WIB, Pasien mengeluh nyeri pada bagian abdomen bawah karena luka post sectio caesarea. Nyeri dirasakan ketika pasien bergerak, nyeri berkurang ketika pasien beristirahat, kualitas nyeri seperti di sayat-sayat. Nyeri hanya dirasakan dibagian abdomen bawah saja yang terdapat luka post sectio caesarea dengan skala nyeri 6 (0-10) nyeri dirasakan hilang timbul.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu.

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi ataupun penyakit penyerta lainnya yang memerlukan perawatan khusus, dan pasien tidak memiliki penyakit menular.

#### 4) Riwayat kesehatan keluarga

Menurut penuturan pasien, didalam anggota keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti diabetes mellitus dan hipertensi maupun penyakit menular seperti hepatitis, tb paru, dan lain lain.

#### 5) Riwayat Ginekologi

##### a) Riwayat Menstruasi

Pasien pertama kali haid pada usia 12 tahun, dengan siklus haid 28 hari, dengan lama haid 7 hari. Dismenore pada hari pertama haid (HPHT) pada tanggal 28 Juli 2024. Hari perkiraan lahir ( HPL ) pada tanggal 4 Mei 2025

##### b) Riwayat Perkawinan.

Pasien mengatakan ini pernikahan yang pertama, pasien menikah pada usia 20 tahun dan suaminya berusia 24 tahun, lama pernikahan 3 tahun

##### c) Riwayat Kehamilan Sekarang

Riwayat kehamilan sekarang G1P0A0, usia kehamilan 9 bulan, penambahan BB saat hamil 12 kg, BB sebelum hamil 60 kg, BB setelah hamil 72 kg, TB pasien 157 cm.

##### d) Keadaan Saat Hamil

Selama masa kehamilan sekarang, Pasien mengalami beberapa keluhan yang berbeda pada setiap trimester. Pada trimester pertama, pasien mengatakan pada awal kehamilan

mual muntah. Memasuki trimester ke dua, pasien mengeluh mual muntah disertai adanya pusing. Kemudian pada trimester ke tiga pasien mengatakan mual muntah tetapi tidak berlebihan/ tidak sesering trimester 1 dan 2, disertai adanya pusing dan gelisah pada saat mau tidur. Tepatnya saat usia kehamilan memasuki minggu ke 29 pasien mengalami tekanan darah yang sangat tinggi secara tiba-tiba.

e) Riwayat Keluarga Berencana.

Awal pernikahan pasien tidak memakai KB apapun karena sedang merencanakan momongan, namun setelah melahirkan pasien menggunakan KB IUD.

f) Riwayat kehamilan sekarang

Data kelahiran : pada tanggal 22 april 2025, pasien dibawa ke IGD kebidanan RSUD dr Slamet Garut karena pasien merasa mules sejak 9 jam sebelum dibawa ke RSUD dr Slamet Garut, lalu dibawa keruangan bedah untuk dilakukan tindakan SC karena setelah dilakukan pemeriksaan tekanan darah pasien tinggi 180/100 mmhg yang terjadi sejak usia kehamilan 9 bulan. Bayi lahir berjenis kelamin perempuan dengan BB 2040 gram dan PB 45 cm.

## 2. Pemeriksaan Fisik.

### 1) Keadaan umum

Kesadaran : Compos Mentis GCS: 15 (E4, M5, V6)

Penampilan : Pasien tampak lemah, Pasien tampak meringis

### 2) Tanda – tanda vital

Tekanan darah : 130/80 mmHg

Nadi : 100x/menit

Suhu : 36°C

Respirasi : 21x/menit

Spo2 : 97%

### 3) Kepala dan wajah

Warna rambut hitam, panjang rambut sebahu, tidak terdapat lesi maupun benjolan, kepala tampak bersih, tidak adanya closma gravidarum, ekspresi wajah tampak meringis.

### 4) Mata

Mata simetris, konjungtiva berwarna merah muda, sklera putih, bola mata dapat bergerak ke segala arah, refleks pupil saat diberi rangsangan cahaya mengecil dan melebar saat rangsangan cahaya di jauhkan, pasien dapat membaca papan nama perawat dengan jarak 30cm. Tidak ada keluhan pada daerah mata.

5) Telinga

Telinga simetris, tidak terdapat serumen, tidak ada lesi, fungsi pendengaran baik terbukti dengan pasien dapat menjawab pertanyaan yang diajukan perawat.

6) Hidung

Lubang hidung simetris, hidung bersih tidak ada kotoran, pasien dapat membedakan bau kopi dan kayu putih, tidak ada nyeri tekan dan keluhan.

7) Mulut, Gigi dan Lidah

Mukosa bibir lembab, gigi tampak bersih, lidah tampak bersih, tidak ada caries, tidak terdapat kelainan ataupun keluhan.

8) Leher

Tidak ada infeksi pada bagian leher, tidak ada lesi, pergerakan leher baik dapat menengok ke kanan dan ke kiri.

9) Dada

Warna kulit sawo matang, pengembangan dada simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat kelainan, ataupun keluhan.

10) Jantung

Tekanan darah 140/100 mmHg, N: 112x/menit, bunyi jantung regular, terdengar bunyi S1 dan S2 lup dup.

11) Paru-paru

Irama regular, bunyi nafas vesikuler, frekuensi nafas 140/100 mmHg, N: 112x/menit, RR:21x/menit, S : 36.3 C, SPO2 : 98%,.

## 12) Payudara

Bentuk payudara simetris antara kiri dan kanan, puting susu menonjol, payudara tampak bersih, aerola berwarna hitam, Tidak ada pengeluaran ASI, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, payudara teraba lunak dan hangat.

## 13) Abdomen

Pada pemeriksaan abdomen, ditemukan adanya linea nigra dan striae, ada luka post *section caesarea* horizontal sepanjang 10 cm. Luka operasi tertutup dengan preban dan terasa nyeri tekan di area bekas operasi. Tinggi fundus uteri (TFU) sepusat, kontraksi uterus kuat terbukti teraba keras, kandungan kemih teraba lembek, bising usus 12x/menit.

## 14) Genetalia dan anus

Terpasang catheter urine, dengan urine output 600 cc dan pasien memakai pembalut sehari 1x lochea rubra, warna merah kehitaman, bau amis, konsistensi encer, perineum utuh, tidak hemoroid.

## 15) Ekstremitas

### a) Ekstremitas atas

Bentuk kedua tangan simetris antara kanan dan kiri, jumlah jari tangan kanan dan kiri lengkap, kedua tangan bias digerakan, tidak ada oedema. Tidak ada lesi, tidak ada

sianosis, turgor kulit kembali selama < 2 detik. CRT kembali ke semula. Kekuatan otot 5/5.

b) Ekstermitas bawah

Bentuk kedua kaki simetris antara kanan dan kiri, klen belum mampu mengangkat belum mampu menggerakkan kakinya, reflek patella (-), human sign (+), pergerakan Pasien terbatas, tidak ada oedema, tidak ada lesi. Tidak ada benjolan, kekutan otot 4/4. Pasien mengeluh susah saat menggerakkan kaki.

### 3. Pola aktivitas sehari hari

Tabel 6 Pola aktivitas sehari-hari

| No | Jenis Aktivitas                                                                                 | Di rumah                                                                          | Di rumah sakit                                                                                                                    |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Pola nutrisi<br>a. Makan<br>Frekuensi Porsi<br>Jenis<br>b. Minum<br>Frekuensi Jenis             | 3x sehari 1 porsi<br>Nasi dan lauk<br>pauk<br>6-7 gelas/hari<br>Air putih         | Saat pengkajian pasien masih puasa post sc karena belum 4 jam                                                                     |
| 2. | Pola istirahat tidur<br>a. Siang<br>Frekuensi<br>Kualitas<br>b. Malam<br>Frekuensi<br>Kualitas  | 2 jam sehari<br>Nyenyak<br><br>7 jam sehari<br>Nyenyak                            | Saat pengkajian Pasien baru tidur ½ jam dari jam 07.00-07.30 dengan kualitas tidak nyenyak dengan keluhan nyeri pada luka operasi |
| 3. | Pola eliminasi<br>a. BAK Frekuensi<br>Warna Bau<br>b. BAB Frekuensi<br>Konsistensi<br>Warna Bau | 4-5x/hari Kuning<br>jernih Khas urine<br>1-2x/hari Padat<br>Khas feses Khas feses | Terpasang DC (600 cc)<br>Kuning kemerahan Khas urine<br><br>Belum BAB                                                             |

|   |                                                                        |                               |                                |
|---|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 4 | Pola personal hygiene<br>a. Mandi<br>b. Gosok gigi<br>c. Ganti pakaian | 2x/hari<br>2x/hari<br>2x/hari | Dibersihkan menggunakan waslap |
|---|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|

#### 4. Data Fisiologis, Sosial da Spiritual.

##### 1) Pola pikir dan persepsi

Pasien masih berfokus pada dirinya sendiri dan masih bergantung pada keluarga, pasien dan keluarga menerima kehadiran bayi.

##### 2) Persepsi diri

Pasien mengatakan yang dipikirkan saat ini hanya ingin sembuh dan segera pulang kerumahnya. Hubungan keluarga dengan pasien baik.

##### 3) Aspek spiritual

Pasien seorang muslim dan beribadah sesuai dengan kepercayaanya, pasien tampak selalu berdoa untuk kesembuhannya.

##### 4) Aspek psikologi

Pasien berada pada fase taking in, pasien masih ketergantungan aktivitas masih dibantu keluarga Pasien, pergerakan Pasien terbatas.

## 5) Konsep diri

### a) Identitas diri

Pasien mengatakan dirinya sama dengan yang lain meskipun terdapat bekas luka *sectio caesarea* di perutnya, merasa sebagai seorang perempuan yang sempurna karena bisa hamil dan melahirkan seorang anak.

### b) Peran diri

Pasien mengatakan belum dapat menjalankan perannya sebagai seorang ibu karena belum bisa merawat anaknya dan menyusuinya, sebagai seorang istri dan ibu rumah tangga perannya juga ikut terganggu.

### c) Ideal diri

Pasien menyadari bahwa dalam keadaan sekarang sangat membutuhkan bantuan dan dukungan dari keluarga untuk memenuhi kebutuhan hidupnya.

### d) Harga diri

Pasien sangat senang dengan kelahiran anaknya dan bangga sebagai seorang wanita karena sekarang sudah menjadi seorang ibu dari ke dua orang anaknya.

### e) Gambaran diri

Pasien merasakan perubahan pada dirinya, seperti bertambahnya berat badan, perubahan bentuk tubuh,

bertambahnya peran, tetapi apapun perubahannya pasien tetap bahagia dengan kelahiran anaknya.

6) Pola koping

Apabila ada yang tidak dimengerti oleh pasien, pasien selalu bertanya langsung kepada perawat ataupun dokter yang memeriksanya

7) Kebiasaan seksual

Sebelum masa nifas pasien tidak memiliki gangguan dalam berhubungan suami istri, pasien dalam masa nifas, setelah masa nifas selesai pasien beserta suami sepakat merencanakan akan menggunakan alat kontrasepsi KB IUD

## 5. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 7 Pemeriksaan penunjang

| Pemeriksaan      | Hasil<br>( tanggal<br>pemeriksaan<br>22 -04-2025) | Flag Satuan          | Nilai Normal      |
|------------------|---------------------------------------------------|----------------------|-------------------|
| Hematologi rutin |                                                   |                      |                   |
| Hemoglobin, HGB  | 11.4                                              | g/dL                 | 13 – 16           |
| Hematokrit, HCT  | 35                                                | %                    | 35 ~ 47           |
| Leukosit         | 11,430                                            | /mm <sup>3</sup>     | 3,800 ~ 10,600    |
| Trombosit        | 303,000                                           | /mm <sup>3</sup>     | 150,000 ~ 440,000 |
| Eritrosit        | 3,79                                              | Juta/mm <sup>3</sup> | 3.6 ~ 5.8         |
| Urinologi        |                                                   |                      |                   |
| Berat jenis      | 1.025                                             |                      | 1,002 ~ 1,030     |
| PH               | 7.0                                               |                      | 4,8 ~ 7,4         |
| Protein          | +1                                                |                      | Negatif           |

## 6. Pengobatan/Program Therapy

Tabel 8 Pengobatan

| No | Obat         | Dosis     | Cara      |
|----|--------------|-----------|-----------|
| 1. | Cefotaxime   | 2x1 gr    | Intravena |
| 2. | Keterolac    | 3x1 gr    | Intravena |
| 3. | Nifedipine   | 3x10 mg   | Oral      |
| 4. | Metronidazol | 2x 500mg  | Oral      |
| 5. | Dopamet      | 3x500mg   | Oral      |
| 6. | Infus RL     | 15 tpm IV | Intravena |

## 7. Analisa data

Tabel 9 Analisa data

| No | Data                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Etiologi                                                                                                                                        | Masalah                  |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. | <p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Pasien mengeluh nyeri pada luka post sc</li> <li>b) Pasien mengeluh nyeri seperti di sayat-sayat dan terasa hilang timbul</li> <li>c) Pasien mengeluh makin terasa nyeri pada saat melakukan pergerakan.</li> <li>d) Skala nyeri 6 (0-10)</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Terdapat luka insisi pada abdomen bagian bawah</li> <li>b) Terdapat luka sc dengan panjang</li> <li>c) TTV<br/>TD: 130/90 mmHg<br/>N: 100x/menit<br/>RR :21x/menit</li> </ul> | Adanya luka post op yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan lalu merangsang area sensori dan menimbulkan reaksi nyeri atau nyeri akut | Nyeri akut               |
| 2. | <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Pasien mengatakan nyeri ketika bergerak dan berkurang ketika tidak bergerak</li> <li>b) Pasien mengatakan merasa lemah</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Terdapat luka insisi pada abdomen bagian bawah</li> <li>b) Kekuatan otot atas 5/5<br/>kekuatan otot bawah 3/3</li> </ul>                                                                                                                                                                         | Adanya luka post op yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan lalu merangsang area sensori dan menimbulkan reaksi nyeri atau nyeri akut | Gangguan Mobilitas Fisik |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 3. | <p>DS:<br/>Pasien mengatakan nyeri pada luka oprasi</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Terdapat luka post sc tertutup perban dengan panjang <math>\pm 10\text{cm}</math></li> <li>b) Luka tertutup perban</li> <li>c) Terdapat nyeri tekan pada abdomen</li> </ul> | Adanya luka Post op menyebabkan jaringan terbuka, sehingga proteksi menjadi kurang dan bisa menyebabkan masuknya mikroorganisme asing masuk kedalam tubuh dan mengakibatkan post op terkontaminasi dan terjadi infamasi sehingga akan menimbulkan resiko infeksi                                      | Risiko infeksi         |
| 4  | <p>DS :<br/>Pasien mengatakan ASI belum keluar</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Asi tampak belum keluar</li> <li>b) Payudara terasa lembek</li> <li>c) Putting menonjol</li> </ul>                                                                              | Post partum menyebabkan Perubahan fisiologi salah satunya laktasi ketika proses laktasi karakter berubah menyebabkan estrogen sehingga meningkatkan pembentukan ASI tetapi terjadi penyempitan pada ductus inteverus yang menyebabkan ASI tidak keluar sehingga menimbulkan ketidakefektifan menyusui | Menyusui tidak efektif |

## 8. Diagnosa Keperawatan berdasarkan Prioritas.

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

setelah melahirkan ditandai dengan :

Data Subjektif:

- 1) Pasien mengeluh nyeri pada luka post sc
- 2) Pasien mengeluh nyeri seperti di sayat-sayat dan terasa hilang timbul
- 3) Pasien mengeluh makin terasa nyeri pada saat melakukan pergerakan.

Data Objektif:

- 1) Terdapat luka insisi pada abdomen bagian bawah
- 2) Skala nyeri 6 ( 0-10 )
- 3) Pasien tampak meringis
- 4) TTV

TD : 130/80 mmHg

N : 100x/menit

RR : 21x/menit

SPO2 : 97 %

S : 36 C

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan:

Data Subjektif:

- 1) Pasien mengeluh nyeri saat bergerak
- 2) pasien merasa lemah
- 3) pasien mengatakan enggan melakukan pergerakan karena nyeri

Data Objektif:

- 1) Tampak lemah
  - 2) Kekuatan otot atas 5/5 kekuatan otot bawah 4/4
- c. Resiko infeksi dibuktikan dengan tindakan invasif (luka post SC)

Data Subjektif:

- 1) Pasien mengeluh nyeri pada luka post sectio caesarea

Data Objektif:

- 1) Terdapat luka post sc tertutup perban dengan panjang  $\pm 10\text{cm}$
  - 2) Terdapat nyeri tekan pada abdomen
  - 3) Luka tertutup preban
- d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidak adekuatan suplai ASI ditandai dengan :

Data subjektif :

Pasien mengatakan ASI belum keluar

Data objektif :

- 1) Asi tampak belum keluar
- 2) Putting menonjol
- 3) Payudara terasa lembek

## 9. Intervensi Keperawatan.

Tabel 10 Intervensi keperawatan

| No | Diagnosa Keperawatan                                                                                                                                                                                                                                                                          | Tujuan dan kriteria hasil                                                                                                                                                                              | Intervensi                                                                                                                                                                                                                 | Rasional                                                                                                                                                                                                                        | Implementasi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Evaluasi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik post section caesarea di tandai dengan :<br>DS :<br>1. pasien mengeluh nyeri pada luka operasi.<br>2. pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti disayat sayat.<br>3. pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul.<br>4. pasien mengatakan | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam gangguan rasa nyaman nyeri teratasi.dengan kriteria hasil:<br>1. keluhan nyeri<br>2. menurun dengan skala nyeri 0-3 (0<br>3. meringis berkurang | <b>Manajemen nyeri (I.08238) Tindakan Obsevasi</b><br>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas dan intensitas nyeri.<br>2. Identifikasi skala nyeri.<br>3. Identifikasi respons nyeri non verbal. | <b>Manajemen nyeri (L.08238) Observasi</b><br>1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik dan frekuensi nyeri.<br>2. Untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan<br>3. Mengetahui respons pasien terhadap nyeri yang dirasakan. | <b>Rabu 2 april 2025</b><br><br>Jam:14:30<br>1. Mengidentifikasi lokasi nyeri pada abdomen bawah, karakteristi nyeri, frekuensi nyeri hilang timbul.<br>Respon:<br>Pasien mengatakan nyeri pada abdomen seperti disayat-sayat.<br><br>Jam : 14.35<br>2. Mengidentifikasi skala nyeri<br>Respon :<br>Skala nyeri 6 (0-10)<br><br>Jam : 14.40<br>3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal<br>Respon :<br>Pasien tampak meringis | <b>Rabu 24 april 2025</b><br><br>jam 20.15 wib<br>S:<br>Pasein mengatakan masih merasa nyeri<br>O:<br>1. Pasien tampak meringis<br>2. Skla nyeri 6 ( 0-10 )<br>A: masalah belum teratasi 71endidik<br>P: lanjutkan intervensi<br>1. Pantau tanda-tanda vital selama periode nyeri<br>2. Lakukan pengkajian nyeri pasien yang mencakup lokasi,karakteristik frekuensi,dan skla nyeri<br>1. Anjurkan untuk berlatih tehnik nafas dalam dan distraksi<br>2. Kolaborasi dalam pemberian terapi farmakologis<br><br>RIVA |

|  |                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | <p>nyeri bertambah apabila melakukan aktivitas atau bergerak</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat luka insisi pada abdomen bagian bawah.</li> <li>2. Skala nyeri 6 (0-10)</li> </ol> |  | <p>4. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri.</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Berikan tehnik Nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan tehnik, relaksasi nafas dalam.</li> <li>6. distraksi dan relaksasi Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri seperti kebisingan.</li> </ol> | <p>4. Untuk mengetahui factor yang memperberat dan memperingan nyeri.</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Mengurangi rasa nyeri dengan tehnik nafas dalam</li> <li>6. Untuk memberikan kenyamanan pada pasien.</li> </ol> | <p>Jam : 14.45</p> <p>4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</p> <p>Respon :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri dirasakan apabila pasien bergerak, dan nyeri berkurang saat pasien tidak bergerak.</p> <p>Jam : 15.50</p> <p>5. Memberikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan tehnik nafas dalam</p> <p>Respon :</p> <p>Pasien melakukan nafas dalam 5 kali dalam 1 menit.</p> <p>Jam : 14.55</p> <p>6. Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri</p> <p>Respon :</p> <p>Meminta keluarga pasien menciptakan lingkungan yang nyaman dengan mengurangi kebisingan.</p> |  |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|   |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Edukasi</b><br>7. Jelaskan strategi meredakan nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam.<br><br><b>Kolaborasi</b><br>8. Kolaborasi pemberian analgetik. | <b>Edukasi</b><br>7. Untuk mengalihkan perhatian dari rasa nyeri yang dirasakan.<br><br><b>Kolaborasi</b><br>8. Untuk mengurangi rasa nyeri                            | Jam : 15.05<br>7. Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam.<br>Respon :<br>Pasien mempraktekkan teknik relaksasi nafas dalam.<br><br>Jam : 15.10<br>8. Memberikan terapi analgetik keterolak 1x30 mg intravena.<br>Respon :<br>Pasien tampak lebih tenang. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 2 | Gangguan mobilitas fisik berhubungan nyeri post operasi sectio caesarea.<br>DS :<br>1. Pasien mengatakan nyeri ketika bergerak dan berkurang ketika tidak bergerak.<br>2. Pasien mengatakan merasa lemah | Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan gangguan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:<br>1. Kekuatan otot meningkat.<br>2. Nyeri berkurang<br>3. Gerakan terbatas Menurun<br>4. Pergerakan ekstremitas meningkat<br>Kelemahan fisik menurun | <b>Dukungan mobilisasi (I.05173)</b><br><b>Tindakan Observasi</b><br>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.<br><br>2. Monitor kondisi    | <b>Dukungan mobilisasi Observasi</b><br>1. Untuk mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya<br><br>2. Agar kondisi dan tekanan jantung pasien dapat terkontrol | <b>Rabu 24 april 2025</b><br><br>14.45 WIB<br>Jam : 20.00 WIB<br>1. Mengidentifikasi adanya nyeri pada abdomen bagian bawah.<br>Respon :<br>Pasien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah.<br><br>Jam : 20.02<br>2. Memonitor kondisi jantung dan tekanan                              | <b>Rabu 24 april 2025</b><br><br>Jam 20.30 WIB<br>S:<br>Pasien mengatakan enggan beregerak karena nyeri<br>O:<br>1. Tekanan darah 130/90 mmhg<br>2. Pasien tampak lemas<br>3. Pasien terpasang kateter urine<br>A: masalah belum teratasi<br>P: lanjutkan intervensi<br>1. Monitor tekanan darah |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                         |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>3. Pasien mengatakan enggan melakukan pergerakan karena nyeri</p> <p>4. Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga.</p> <p>DO :</p> <p>1. Terdapat luka insisi pada abdomen bagian bawah.</p> <p>2. Pasien tampak lemah.</p> <p>3. Kekuatan otot ekstremitas bawah Menurun 2/2</p> <p>4. Pasien tampak susah Melakukan aktivitas.</p> |  | <p>jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi</p> <p>3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>4. Fasilitasi melakukan Pergerakan</p> <p>5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> | <p>3. Untuk mengetahui kondisi umum pasien.</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>4. Mempermudah pasien dalam melakukan pergerakan</p> <p>5. Untuk membantu pasien melakukan pergerakan jika perawat tidak ada.</p> | <p>darah sebelum melakukan mobilisasi.</p> <p>Respon :<br/>Didapatkan tekanan darah 140/95 mmHg</p> <p>Jam : 20.05</p> <p>3. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.</p> <p>Respon :<br/>Pasien tampak meringis saat melakukan mobilisasi</p> <p>Jam : 20.06</p> <p>4. Memfasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>Respon :<br/>Pasien mampu melakukan mobilisasi dini dengan menggerakkan tangan dan pergelangan kaki.</p> <p>Jam 20.08</p> <p>5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam</p> <p>Respon : keluarga pasien tadapt membantu</p> | <p>2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>3. Fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>RIVA</p> |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|   |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                     |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                            | <b>Edukasi</b><br>6. Memberikan informasi tentang manfaat dari prosedur mobilisasi dini yang harus dilakukan seperti melakukan pergerakan pada tangan dan pergelangan kaki:<br>Setelah 6 jam pertama operasi sc | <b>Edukasi</b><br>6. Memberikan informasi tentang manfaat dari prosedur mobilisasi. Untuk mencegah kekakuan otot dan memperlancar kekakuan otot       | 6. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi untuk mencegah kekakuan otot dan memperlancar aliran darah<br>Respon : Pasien dan keluarga sudah mengetahui manfaat dari mobilisasi dini                                       |                                                                                                                                                                                                                     |
| 3 | Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif <i>post section caesarea</i><br>DS :<br>1. Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi<br>DO :<br>1. Terdapat luka insisi pada | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi. Dengan kriteria hasil :<br>1. Tidak ada tanda demam, kemerahan, nyeri dan bengkak.<br>2. Kadar sel darah putih dalam batas normal | <b>Pencegahan Infeksi Observasi</b><br>1. Monitor tanda dan gejala infeksi<br><br><b>Terapeutik</b><br>2. Batasi jumlah                                                                                         | <b>Pencegahan Infeksi Observasi</b><br>1. Untuk mengetahui ada tidaknya tanda tanda infeksi.<br><br><b>Terapeutik</b><br>2. Memberikan kenyamanan dan | <b>Rabu 24 april 2025</b><br>14.35 WIB<br>Jam : 20.25 WIB<br>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi.<br>Respon :<br>Luka <i>post sectio caesarea</i> masih tertutup kain kasa<br>Jam 20.26<br>2. Membatasi jumlah pengunjung. | <b>Kamis 24 april 2025</b><br>Jam 20.30 WIB<br>S:<br>Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi<br>O:<br>1. Keadaan luka tertutup perban<br>A: Resiko infeksi belum teratasi<br>P:<br>1. Membatasi jumlah pengunjung |

|  |                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                     |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>abdomen bagian bawah, luas luka post operasi <math>\pm 14</math> cm.</p> <p>Suhu tubuh <math>36^{\circ}\text{C}</math></p> <p>Leukosit <math>17,340/\text{mm}^3</math></p> |  | <p>pengunjung n.</p> <p>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.</p> <p>4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi.</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> | <p>Menghindari kontaminasi dari pengunjung</p> <p>3. Menjaga kebersihan diri dan mencegah pasien terkontaminasi Mikroorganisme patogen.</p> <p>4. Untuk mencegah terjadinya komplikasi pada pasien</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>5. Memberikan pengetahuan pada pasien jika ada tanda infeksi segera diperiksakan.</p> | <p>Respon :<br/>Pasien ditemani suaminya saja.</p> <p>Jam : 20.27</p> <p>3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.</p> <p>Respon :<br/>Pasien memahaminya.</p> <p>Jam : 20.30</p> <p>4. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p>Respon :<br/>Mengganti seprai pasien</p> <p>Jam : 20.32</p> <p>5. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi yaitu nyeri, bengkak kemerahan, dan panas (dolor, tumor rubor, calor)</p> <p>Respon :<br/>Pasien sudah mengetahui tanda dan gejala infeksi.</p> | <p>2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien menggunakan air</p> <p>3. Berikan informasi tentang cara mengurangi potensi nyeri pasca operasi Berikan antibiotic sesuai anjuran dokter</p> <p>RIVA</p> |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|    |                                                                                                  |                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                     |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                  |                                                                                                                                     | <p>6. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.</p> <p>7. Anjurkan meningkatkan asupan cairan.</p> <p><b>Kolaborasi</b><br/>8. Kolaborasi pemberian antibiotic.</p> | <p>6. Untuk menjaga kebersihan area luka.</p> <p>7. Untuk mempercepat proses penyembuhan luka dengan bantuan asupan cairan dengan seimbang.</p> <p><b>Kolaborasi</b><br/>8. Mengurangi resiko penyakit yang terjadi</p> | <p>Jam : 20.35</p> <p>6. Mengajarkan cara mencuci tangan 6 langkah menggunakan sabun dan air mengalir.</p> <p>Respon :<br/>Pasien sudah mengetahui cara mencuci tangan dengan benar.</p> <p>Jam : 20.27</p> <p>7. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>Respon :<br/>Pasien dan keluarga memahaminya, pasien terpasang infus RL 20 tpm</p> <p>8. Berkolaborasi pemberian antibiotik</p> <p>Respon :<br/>Memberikan obat cefotaxime 1 gr IV</p> |                                                                                                                                     |
| 4. | Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidak adekuatan suplai ASI ditandai dengan :<br>DS : | Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam status menyusui membaik dengan kriteria hasil:<br>1. Tetesan atau pancaran ASI meningkat | <p><b>Edukasi menyusui</b><br/>Observasi :</p> <p>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan</p>                                                                        | <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Untuk mengetahui kesiapan kline untuk menerima informasi</p>                                                                                                                            | <p><b>Kamis 24 april 2025</b></p> <p>Jam: 14:30</p> <p>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan ibu</p> <p>Respon:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p><b>Kamis 24 april 2025</b></p> <p>Jam : 18:00</p> <p>S: Pasien mengatakan ASI belum keluar</p> <p>O:<br/>1. ASI belum keluar</p> |

|  |                                                                                                                                                                                     |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                               |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>Pasien mengatakan ASI belum keluar DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asi belum keluar</li> <li>2. Payudara teraba lembek</li> <li>3. Putting menonjol</li> </ol> | <p>2. Suplai ASI adekuat meningkat</p> | <p>menerima informasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Dukungan ibu meningkat kepercayaan diri dalam menyusui</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</li> <li>5. Ajarkan perawatan payudara pijat oksitosin</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Untuk mengetahui keinginan ibu dalam menyusui</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Untuk meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam menyusui</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Agar Pasien tahu manfaat dari menyusui</li> <li>5. Agar ASI keluar lancar</li> </ol> | <p>Pasien belum tahu tentang menyusui dikarenakan anak pertama</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Mengidentifikasi keinginan ibu untuk menyusui</li> </ol> <p>Respon :<br/>Ibu ingin segera menyusui bayinya.<br/>Materi disiapkan untuk penkes</p> <p>Jam 14:35</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Memberi dukungan ibu dalam menyusui</li> </ol> <p>Respon :<br/>Keluarga siap memberi dukungan</p> <p>Jam : 14:40</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Menjelaskan manfaat menyusui</li> </ol> <p>Respon:<br/>Pasien mengerti</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Melakukan pijat oksitosin dan mengajarkan keluarga pijat oksitoksin</li> </ol> <p>Respon :<br/>Pasien rilex dan keluarga paham</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Payudara teraba lembek</li> <li>3. Putting menonjol</li> </ol> <p>A:<br/>Menyusui tidak efektif<br/>P:<br/>Lanjutkan intervensi</p> |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 10. Catatan perkembangan.

Nama : Ny.D  
 No RM : 01396135  
 Umur : 23 tahun  
 Diagnosa medis : P1A0 Partus Martus SC Indikasi FEB  
 Jenis kelamin : Perempuan

Tabel 11 Catatan perkembangan

#### Catatan Perkembangan POD I

| Hari/tanggal                        | No DX | Catatan perkembangan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Pelaksanaan |
|-------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Kamis 24 April<br>2025<br><br>POD 1 | DX 1  | <p>Pukul : 14.30 WIB</p> <p><b>S :</b></p> <p>1). Pasien mengatakan nyeri luka post sectio caesarea di abdomen bagian bawah sedikit berkurang</p> <p><b>O :</b></p> <p>1).Pasien tampak meringis<br/>           2).Skala nyeri 5 (0-10)<br/>           3).Tekanan darah : 130/80 mmHg<br/>           4).Nadi : 80x/menit<br/>           5).Respirasi : 20x/menit<br/>           6). Suhu tubuh : 36°C</p> <p><b>A :</b> Nyeri akut teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan intervensi</p> <p>1).Pantau tanda-tanda vital selama periode nyeri</p> <p>2).Lakukan pengkajian nyeri Pasien yang mencakup lokasi,karakteristik, frekuensi dan skala nyeri.</p> <p>3)Anjurkan untuk berlatih teknik relaksasi nafas dalam dan distraksi</p> <p>4)Kolaborasi dalam pemberian terapi analgetik keterolak 30 mg IV</p> <p><b>I :</b></p> <p>Pukul : 14.45 WIB</p> <p>1). Memantau tanda-tanda vital selama periode nyeri</p> <p>Respon :</p> | RIVA        |

| Hari/tanggal | No DX | Catatan perkembangan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Pelaksanaan |
|--------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|              |       | <p>- Tekanan darah : 130/80 mmHg<br/>         - Nadi : 80x/menit<br/>         Respirasi : 20x/menit<br/>         - Suhu tubuh : 36°C</p> <p>2). Mengkaji tingkat nyeri Pasien yang mencakup lokasi, karakteristik, frekuensi dan skala nyeri<br/>         Respon :<br/>         Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, nyeri timbul ketika bergerak dan nyeri berkurang saat Pasien istirahat nyeri dirasakan seperti disayat-sayat nyeri dirasakan diperut bagian bawah, nyeri tidak menyebar ke daerah lain, skala nyeri 5 (0-10), nyeri dirasakan hilang timbul.</p> <p>3). Mengajarkan untuk berlatih teknik relaksasi nafas dalam dan distraksi<br/>         Respon :<br/>         Mengajarkan Pasien untuk nafas dalam 5 kali dalam 1 menit.</p> <p>4). memberikan obat analgetik keterolak 30 mg IV<br/>         Respon : pasien mengatakan nyeri berkurang<br/>         E : Masalah teratasi sebagian</p> |             |
|              | DX 2  | <p>Pukul : 17.00 WIB<br/> <b>S :</b><br/>         1) Pasien mengatakan masih merasa sedikit nyeri saat bergerak<br/> <b>O :</b><br/>         2) Tekanan darah 130/80 mmHg<br/>         3) Kateter urin sudah dilepas<br/> <b>A :</b> Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian<br/> <b>P :</b> Lanjutkan intervensi<br/>         1) Monitor tekanan darah<br/>         2) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi<br/>         3) Fasilitasi melakukan pergerakan.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | RIVA        |

| Hari/tanggal | No DX | Catatan perkembangan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Pelaksanaan |
|--------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|              |       | <p>4) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan<br/>Pukul : 17.30 WIB<br/><b>I :</b><br/>1) Memonitor tekanan darah<br/>Respon :<br/>Tekanan darah 130/80 mmHg<br/>2) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi<br/>Respon :<br/>Pasien tampak meringis saat melakukan mobilisasi<br/>3) Memfasilitasi melakukan pergerakan.<br/>Respon :<br/>Pasien sudah bisa miring kiri dan kanan, dan sudah belajar duduk dengan menggunakan sandaran 2 bantal<br/>4) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan<br/>Respon :<br/>Pasien dibantu keluarga melakukan mobilisasi<br/><b>E :</b> Masalah teratasi sebagian</p> |             |
|              | DX 3  | <p>Pukul : 14.20 WIB<br/><b>S :</b><br/>1) Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi <i>sectio caearea</i><br/><b>O :</b><br/>1) Terdapat luka post operasi section caesarea di abdomen bagian bawah <math>\pm</math> 10 cm<br/>2) Tidak ditemukan kemerahan, bengkak, ataupun cairan nanah pada luka, luka tampak kering.<br/><b>A :</b> Resiko infeksi teratasi sebagian<br/><b>P :</b> Lanjutkan intervensi<br/>1) Batasi jumlah pengunjung.<br/>2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien menggunakan air</p>                                                                                                                                                    | RIVA        |

| Hari/tanggal | No DX | Catatan perkembangan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Pelaksanaan |
|--------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|              |       | <p>3) Berikan antibiotik sesuai anjuran dokter.<br/>Pukul : 15.00 WIB</p> <p><b>I :</b></p> <p>1) Membatasi jumlah pengunjung<br/>Respon :<br/>Pasien hanya ditemani oleh suaminya</p> <p>2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien menggunakan air mengalir dan sabun.<br/>Respon :<br/>Pasien dan keluarga mengikuti instruksi yang diberikan oleh perawat</p> <p>3) Berikan antibiotik sesuai anjuran dokter.<br/>Respon :<br/>Memberikan cefotaxime 1 gr dan metronidazole 500 mg intravena.<br/><b>E :</b>Masalah belum teratasi</p> |             |
|              | DX 4  | <p>Pukul :14:00</p> <p><b>S :</b><br/>Pasien mengatakan asi sudah keluar namun sedikit</p> <p><b>O :</b></p> <p>1) ASI tampak keluar sedikit<br/>2) I menojol<br/>3) Payudara tidak bengkak</p> <p><b>A :</b>Menyusui efektif teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> Lanjutlan intervensi</p> <p><b>I :</b><br/>Pukul 15:15</p> <p>1) Melakukan pijat oksitoksin<br/>Respon :<br/>Pasien merasa terbantu karena ASI nya telah keluar sedikit</p> <p><b>E :</b>Masalah teratasi sebagian</p>                                                                   | RIVA        |

### Catatan perkembangan POD II

| Hari/tanggal                         | No DX | Catatan perkembangan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Pelaksanaan |
|--------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Jumat 25 april<br>2025<br><br>POD II | DX 1  | <p>Pukul : 15.15</p> <p><b>S :</b></p> <p>1) Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang</p> <p><b>O :</b></p> <p>1) Meringis menurun</p> <p>2) Skala nyeri 4 (0-10)</p> <p>3) Tekanan darah 130/90 mmHg</p> <p>4) Nadi : 90x/menit</p> <p>5) Respirasi : 22x/menit</p> <p>6) Suhu tubuh : 36,5°C</p> <p><b>A :</b> Nyeri akut teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan intervensi</p> <p>1) Pantau tanda-tanda vital selama periode nyeri</p> <p>2) Lakukan pengkajian nyeri Pasien yang mencakup lokasi, karakteristik, frekuensi dan skala nyeri.</p> <p>3) Anjurkan untuk berlatih teknik relaksasi nafas dalam dan distraksi</p> <p>4) Kolaborasi dalam pemberian terapi</p> <p>Pukul : 17.10</p> <p><b>I :</b></p> <p>1) Memantau tanda-tanda vital selama periode nyeri</p> <p>Respon :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, nyeri timbul ketika bergerak dan nyeri berkurang saat Pasien istirahat nyeri seperti disayat-sayat, nyeri dirasakan diperut bagian bawah, nyeri tidak menyebar ke daerah lain, skala nyeri 4 (0-10), nyeri dirasakan hilang timbul.</p> <p>2) Menganjurkan untuk berlatih teknik relaksasi nafas dalam dan distraksi</p> | RIVA        |

| Hari/tanggal | No DX | Catatan perkembangan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Pelaksanaan |
|--------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|              |       | <p>Respon :</p> <p>Mengajarkan Pasien untuk nafas dalam 5 kali dalam 1 menit.</p> <p>3) Berkolaborasi dalam pemberian terapi.memberikan obat analgetic</p> <p>Respon :</p> <p>keterolak 30 mg intravena</p> <p>E : Masalah teratasi sebagian.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |
|              | DX 2  | <p>Pukul : 16.15</p> <p><b>S :</b></p> <p>1) Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang saat bergerak.</p> <p>2) Pasien mengatakan sudah bisa duduk tegak diatas tempat tidur dan berjalan kekamar mandi.</p> <p><b>O :</b></p> <p>1) Pasien sudah melakukan pergerakan dan aktivitas secara bertahap</p> <p>2) Tekanan darah 130/90mmHg</p> <p><b>A :</b> Gangguan mobilitas fisik teratasi</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan intervensi</p> <p>1) Kaji tingkat perkembangan Pasien,keterampilan motorik,kemampuan dan kemudahan saat bergerak</p> <p>2) Monitor tekanan darah</p> <p>3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>4) Fasilitasi melakukan pergerakan.</p> <p>5) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p><b>I :</b></p> <p>1) Mengkaji tingkat perkembangan Pasien, keterampilan motorik,kemampuan dan kemudahan saat bergerak</p> | RIVA        |

| Hari/tanggal | No DX | Catatan perkembangan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Pelaksanaan |
|--------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|              |       | <p>Respon :<br/>           Pasien sudah bisa duduk tegak diatas tempat tidur tanpa sandaran bantal dan berjalan kekamar mandi</p> <p>2) Monitor tekanan darah</p> <p>Respon :<br/>           Tekanan darah 130/90 mmHg</p> <p>3) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Respon :<br/>           Pasien tampak sedikit meringis saat melakukan mobilisasi</p> <p>4) Memfasilitasi melakukan pergerakan.</p> <p>Respon :<br/>           Pasien memegang alat disekitar untuk melakukan mobilisasi</p> <p>5) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Respon :<br/>           Pasien dibantu keluarga melakukan mobilisasi</p> <p>E : Masalah teratasi 85endidik</p> |             |
|              | DX 3  | <p>Pukul : 16.15 WIB</p> <p>S :</p> <p>1) Pasien mengatakan nyeri berkurang pada luka operasi</p> <p>O :</p> <p>1) Terdapat luka post operasi <i>section caesarea</i> di abdomen bagian bawah <math>\pm</math> 10 cm</p> <p>2) Tidak ditemukan kemerahan, bengkak, ataupun cairan nanah pada luka, luka tampak kering</p> <p>3) Luka tertutup perban anti air</p> <p>A : Resiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1) batasi jumlah pengunjung.</p> <p>2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien menggunakan air</p>                                                                                                                                                           | RIVA        |

| Hari/tanggal | No DX | Catatan perkembangan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Pelaksanaan |
|--------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|              |       | <p>3) Lakukan perawatan luka pada abdomen bagian bawah <i>post sectio caesarea</i></p> <p>4) Berikan informasi tentang cara mengurangi potensi infeksi pasca operasi</p> <p>5) Berikan antibiotik sesuai anjuran dokter.</p> <p><b>I :</b></p> <p>1) Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>Respon :</p> <p>Pasien hanya ditemani suaminya</p> <p>2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien menggunakan air mengalir dan sabun.</p> <p>Respon :</p> <p>Pasien dan keluarga mengikuti instruksi yang diberikan oleh perawat</p> <p>3) Melakukan perawatan luka pada abdomen bagian bawah <i>post sectio caesarea</i></p> <p>Respon :</p> <p>Tidak ditemukan kemerahan, bengkak, ataupun cairan nanah pada luka, luka tampak kering</p> <p>4) Berikan informasi tentang cara mengurangi potensi infeksi pasca operasi</p> <p>Respon :</p> <p>Pasien sudah memahaminya</p> <p>5) Berikan antibiotik sesuai anjuran dokter.</p> <p>Respon :</p> <p>Memberikan cefotaxime 1 gr</p> <p><b>E :</b> Masalah belum tertasi</p> |             |
|              | DX 4  | <p>Pukul : 14:30</p> <p><b>S:</b></p> <p>Pasien mengatakan ASI sudah keluar</p> <p><b>O :</b></p> <p>1) ASI tampak sudah keluar dari payudara</p> <p>2) Puting menonjol</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | RIVA        |

| Hari/tanggal | No DX | Catatan perkembangan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Pelaksanaan |
|--------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|              |       | 3) Payudara tidak bengkak<br><b>A :</b><br>Menyusui tiak efektif teratasi<br><b>P :</b><br>Lanjutkan itvervensi<br><b>I :</b><br>Pukul : 17:00<br>1) Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui<br>Respon :<br>Ibu percaya diri dan tidak ragu menyusui bayinya<br>2) Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi<br>Respon :<br>Ibu mengetahui manfaat menyusui bagi ibu dan bayi<br><b>E:</b> Menyusui tidak efektif teratasi |             |

### Catatan Perkembangan POD III

| Hari/tanggal                          | No DX | Catatan perkembangan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Pelaksanaan |
|---------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Sabtu 26 april<br>2025<br><br>POD III | DX 1  | Pukul : 16.15<br><b>S :</b><br>1) Pasien mengatakan nyeri berkurang<br><b>O :</b><br>1) Meringis menurun<br>2) Skala nyeri 3 (0-10)<br>3) Tekanan darah 125/96 mmHg<br>4) Nadi : 88x/menit<br>5) Respirasi : 17x/menit<br>6) Suhu tubuh : 36,5°C<br><b>A :</b> Nyeri akut Teratasi sebagian<br><b>P :</b> Lanjutkan intervensi<br>1) Pantau tanda-tanda vital selama periode nyeri<br>2) Lakukan pengkajian nyeri Pasien yang mencakup lokasi, karakteristik, frekuensi dan skala nyeri. | RIVA        |

| Hari/tanggal | No DX | Catatan perkembangan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Pelaksanaan |
|--------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|              |       | <p>3) Anjurkan untuk berlatih tehnik relaksasi nafas dalam dan distraksi</p> <p>4) Kolaborasi dalam pemberian terapi</p> <p>Pukul : 17.10</p> <p><b>I :</b></p> <p>1) Memantau tanda-tanda vital selama periode nyeri</p> <p>Respon :</p> <p>1) Tekanan darah : 125/90 mmHg</p> <p>2) Nadi : 90x/menit</p> <p>3) Respirasi : 22x/menit</p> <p>4) Suhu tubuh : 36,5°C</p> <p>2) Mengkaji tingkat nyeri Pasien yang mencakup lokasi, karakteristik, frekuensi dan skala nyeri</p> <p>Respon :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi berkurang, namun masih ngilu, skala nyeri 3 (0-10), nyeri dirasakan hilang timbul.</p> <p>3) Menganjurkan untuk berlatih tehnik relaksasi nafas dalam dan distraksi</p> <p>Respon :</p> <p>Mengajarkan Pasien untuk nafas dalam 5 kali dalam 1 menit.</p> <p>4) Berkolaborasi dalam pemberian terapi. memberikan obat analgetic</p> <p>Respon :</p> <p>keterolak 30 mg intravena</p> <p><b>E :</b> Masalah teratasi sebagian.</p> |             |
|              | DX 2  | <p>Pukul : 17.15</p> <p><b>S :</b></p> <p>1) Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang saat bergerak.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | RIVA        |

| Hari/tanggal | No DX | Catatan perkembangan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Pelaksanaan |
|--------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|              |       | <p>2) Pasien mengatakan sudah bisa duduk tegak diatas tempat tidur dan berjalan kekamar mandi.</p> <p><b>O :</b></p> <p>1) Pasien sudah melakukan pergerakan dan aktivitas secara bertahap</p> <p>2) Tekanan darah 125/90mmHg</p> <p><b>A :</b> Gangguan mobilitas fisik teratasi</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan intervensi</p> <p>1) Kaji tingkat perkembangan Pasien,keterampilan motorik,kemampuan dan kemudahan saat bergerak</p> <p>2) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>3) Fasilitasi melakukan pergerakan.</p> <p>4) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p><b>I :</b></p> <p>1) Mengkaji tingkat perkembangan Pasien, keterampilan motorik,kemampuan dan kemudahan saat bergerak<br/>Respon :<br/>Pasien sudah dapat berjalan mondar mandir ke kamar mandi</p> <p>2) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi<br/>Respon :<br/>Pasien tampak biasa saja tidak ada meringis saat melakukan mobilisasi</p> <p>3) Memfasilitasi melakukan pergerakan.</p> |             |

| Hari/tanggal | No DX | Catatan perkembangan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Pelaksanaan |
|--------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|              |       | <p>Respon :<br/> Pasien sudah tidak memerlukan alat disekitar untuk melakukan mobilisasi</p> <p>4) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Respon :<br/> Pasien dipantau keluarga melakukan mobilisasi</p> <p><b>E :</b><br/> Masalah teratasi</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |
|              | DX 3  | <p>Pukul : 19.15 WIB</p> <p><b>S :</b></p> <p>1) Pasien mengatakan nyeri berkurang pada luka operasi</p> <p><b>O :</b></p> <p>1) Terdapat luka post operasi <i>section caesarea</i> di abdomen bagian bawah <math>\pm</math> 10 cm</p> <p>2) Tidak ditemukan kemerahan, bengkak, ataupun cairan nanah pada luka, luka tampak kering</p> <p>3) Luka tertutup perban anti air</p> <p><b>A :</b> Resiko infeksi teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan intervensi</p> <p>1) batasi jumlah pengunjung.</p> <p>2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien menggunakan air</p> <p>3) Lakukan perawatan luka pada abdomen bagian bawah <i>post sectio caesarea</i> dan mengganti dengan perban anti air</p> <p>4) Berikan informasi tentang cara mengurangi potensi infeksi pasca operasi</p> <p><b>I :</b></p> <p>1) Membatasi jumlah pengunjung</p> | RIVA        |

| Hari/tanggal | No DX | Catatan perkembangan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Pelaksanaan |
|--------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|              |       | <p>Respon :<br/> Pasien hanya ditemani suaminya</p> <p>2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien menggunakan air mengalir dan sabun.</p> <p>Respon :<br/> Pasien dan keluarga mengikuti instruksi yang diberikan oleh perawat</p> <p>3) Melakukan perawatan luka pada abdomen bagian bawah <i>post sectio caesarea</i></p> <p>Respon :<br/> Tidak ditemukan kemerahan, bengkak, ataupun cairan nanah pada luka, luka tampak kering</p> <p>4) Berikan informasi tentang cara mengurangi potensi infeksi pasca operasi</p> <p>Respon :<br/> Pasien sudah memahaminya</p> <p><b>E : Masalah belum tertasi</b></p> |             |

## **B. Pembahasan**

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny.D (P1A0) Post Sectio Caesarea POD 0 atas indikasi Preeklamsia berat di ruang Jade RSUD dr.Slamet Garut. Asuhan keperawatan di laksanakan mulai tanggal 24 April 2025 sampai dengan tanggal 28 April 2025. Penulis menemukan masalah masalah berupa kesenjangan kesenjangan antara teori yang di dapatkan dengan tindakan keperawatan. Adapun pembahasan ini dibagi berdasarkan tahap proses keperawatan yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### **1. Tahap Pengkajian**

Pada saat pengumpulan data, penulis tidak menemukan banyak kendala karena Ny.D ditunjang dengan terbina nya kepercayaan antara penulis dan Ny.D serta keluarga Ny.D menjawab pertanyaan yang di lontarkan penulis tanpa terlihat adanya perasaan ragu dari mulai dari data identitas sampai data psikologi nya dan bersedia untuk dilakukan pemeriksaan fisik secara sistematis serta keluarganya pun membantu untuk memberikan data data yang di perlukan.

Data pengkajian asuhan keperawatan yang ada pada teori Post Sectio Caesarea dengan indikasi preeklamsia berat di dapatkan bahwa Ny.D mengeluh nyeri pada luka Post Sectio Caesarea di bagian abdomen bawah skala nyeri 6 (0-10), tampak luka Post Sectio Caesarea  $\pm$  10cm, pasien tampak meringis. Hal ini disebabkan karena terputusnya kontinuitas jaringan, dan merangsang reseptor nyeri untuk

mengeluarkan neurotransmitter, beradikinin perotinin dan histamin, rangsangan ini di hantarkan ke talamus dan meneruskan ambang nyeri karena adanya luka insisi pembedahan yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan (Nurarif, 2015).

Tindakan operasi Sectio Caesarea akan mengakibatkan gangguan pasien takut bergerak. Ny.D menyatakan takut bergerak karena adanya nyeri pada luka operasi. Pasien bergerak secara bertahap hal ini dapat terjadi karena keadaan fisik yang lemah akibat post operasi mengakibatkan kemampuan beraktivitas di batasi karena pasien khawatir pergerakan nya membahayakan terhadap luka operasi sehingga aktivitas pasien terbatas (Simkin, 2014)

Pada Ny.D ditemukan tanda munculnya infeksi dengan tanda meningkatnya jumlah leukosit  $11.430/\text{mm}^3$  proses penyembuhan luka mengalami 3 fase yaitu fase inflamasi, terjadi dari hari pertama luka sampai hari kedua. Proses pembedahan mengakibatkan kerusakan jaringan dan pendarahan, darah akan mengisi daerah luka dan paparan terhadap kolagen menimbulkan degranulasi trombosit, trombosit mengeluarkan prostaglandin, tromboxan bahan kimia dan asam amino, kemudian terjadi pasokan darah dan proses pembekuan darah. Fase proliferasi terjadinya hari ketiga sampai hari ke 14, serat kolagen terbentuk menyebabkan adanya kekuatan untuk bertautnya tepi luka. Fase ini mulai terjadi granulasi kontaminasi mikroorganisme maka kemungkinan besar akan terjadi resiko infeksi (Perdana kusuma, 2015).

## 2. Tahapan diagnosa

Secara teori tidak semua dirumuskan dalam diagnosa keperawatan secara nyata, karena hal ini ditunjang dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan. Diagnosa keperawatan yang ada pada teori pasien post section caesarea dengan indikasi pre eklampsia berat adalah sebagai berikut ;

- a. Nyeri akut merupakan sensasi dan pengalaman yang tidak menyenangkan serta muncul secara aktual maupun potensial terhadap jaringan, dengan rentan waktu tertentu dengan skala yang berbeda beda. Alasan diagnosa tersebut diangkat karena saat pengkajian didapat data subjektif yaitu pasien mengeluh nyeri pada luka *post sectio caesarea* pada abdomen bawah, nyeri dirasakan seperti di sayat sayat. Skala nyeri 6 (0-10) nyeri dirasakan saat bergerak dan hilang saat diberi obat. Data objektif nya yaitu pasien tampak meringis, terdapat luka *post sectio caesarea* pada abdomen bawah, dan adanya nyeri tekan. Diagnosa tersebut penulis prioritaskan karena keluhan yang dirasakan pasien saat itu dan apabila masalah itu tidak segera ditangani akan menimbulkan ketidak nyamanan bagi pasien dan bisa mengganggu aktivitas pasien sehingga timbul rasa ketakutan untuk melakukan gerakan (SDKI, 2018).

b. Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Alasan penulis mengangkat diagnosa gangguan mobilitas fisik di karenakan dari hasil pengkajin terdapat data data yang menunjukkan pada diagnosa ini. Yaitu data subjektif pasien mengeluh nyeri saat bergerak dan data objektif pasien tampak lemah kekuatan otot pada ekstremitas bawah 3/3, gerak terbatas dan aktivitas dibantu oleh keluarga.

c. Resiko infeksi adalah beresiko mengalami peningkatan organisme patogen. Dengan adanya penyebab yang ada pada pasien adalah ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit akibat dari tindakan *sectio caesarea*. Ditemukan data faktor pendukung resiko infeksi yaitu secara objektif terdapat luka *post sectio caesarea* dan di dapatkan hasil leukosit  $13.810/\text{mm}^3$  dimana jumlah tersebut meningkat dari nilai normalnya. Diagnosa resiko infeksi ini merupakan diagnosa resiko dimana masalah infeksi belum terjadi namun bisa terjadi jika tidak dilakukan perawatan luka pada pasien.

d. Defisit perawatan diri adalah kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan perawatan diri seperti kurangnya kebersihan diri. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena tidak ada tanda – tanda yang merujuk pada defisit perawatan diri dari pasien.

e. Menyusui tidak efektif merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai kondisi dimana ibu dan bayi mengalami

ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien mengatakan bahwa asi sudah keluar dan payudara tidak ada pembengkakan.

f. Defisit pengetahuan dalam asuhan keperawatan merujuk pada kondisi dimana pasien atau keluarganya kurang memiliki informasi atau pemahaman yang memadai tentang kondisi kesehatan mereka, pengobatan yang diresepkan, atau perawatan yang diperlukan. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien paham dan tau cara penyembuhan kondisinya.

Pada N.y D terdapat empat diagnosa yang muncul yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

Alasan di angkatnya diagnosa ini ada pada data pengkajian yang didapatkan dari pasien. Didapatkan data subjektif Pasien mengeluh nyeri pada luka section caesarea. Nyeri bertambah berat apabila Pasien bergerak dan Pasien tampak berrisikap pretektif pada daerah luka. Nyeri dirasa Pasien seperti disayat-sayat. Nyeri hanya dirasakan dibagian perut saja pada luka post operasi. Skala nyeri 6( 0-10 ). Nyeri hilang timbul,nyeri dirasakan Pasien saat sedang bergerak dan nyeri berkurang setelah Pasien di beri obat antinyeri. Data objektifnya, Pasien tampak meringis, terdapat luka operasi pada abdomen serta nyeri tekan saat di palpasi. Diagnosa tersebut menjadi prioritas karena masalah tersebut sangat menggagu dan apabila tidak ditangani akan menimbulkan

ketidaknyamanan pada Pasien. Nyeri yang dirasakan pada ibu post section caesarea berasal dari luka yang terdapat pada abdomen. Post section caesarea akan menimbulkan nyeri hebat dan proses pemulihannya berlangsung lebih lama dibandingkan dengan persalinan normal.

## 2. gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Asuhan keperawatan pada Ny.D post section caesarea hari ke-1 ditemukan data Pasien mengatakan enggan untuk bergerak karena nyeri, gerakan terbatas, ROM menurun dan aktivitas dibantu oleh keluarganya. Sejalan dengan teori dalam buku SDKI (2017) dimana menjelaskan tentang gangguan mobilitas fisik yang merupakan suatu keterbatasa gerakan fisik dari satu atau lebih ektermitas secara mandiri. Keluhan yang muncul adalah Pasien enggan untuk bergerak karena nyeri dan aktivitas dibantu pada diagnosa kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri setelah dilakukan intervensi selama 3 hari hasil evaluasi menunjukan setelah >24 jam Pasien sudah mampu melakukan aktivitas secara mandiri terbukti bahwa Pasien sudah mampu duduk dan berjalan-jalan di area sekitar sehingga dapat di simpulkan bahwa pada diagnose ini masalah teratasi sebagian.

## 3. Resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif

Asuhan keperawatan pada Ny.D post section caesarea hari ke-1 ditemukan data Pasien terdapat luka operasi dibagian

abdomen diatas umbilicus dengan sayatan vertical panjang 10cm, dan juga ditemukan adanya peningkatan jumlah leukosit 11,430/mm<sup>3</sup>. Resiko infeksi merupakan sesuatu yang berisiko mengalami peningkatan tentang organisme patogenik dengan beberapa faktor risiko yaitu penyakit kronis, efek prosedur invasive, malnutrisi, peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer, dan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder ( SDKI, 2017). Pada Pasien ditemukan adanya luka operasi dengan di tandai peningkatan jumlah leukosit 11,430/mm<sup>3</sup> sehingga penulis mengangkat diagnosa resiko infeksi.

#### 4. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidak adekuatan suplai ASI

Merupakan kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidak puasan atau kesulitan dalam peroses menyusui ( SDKI 2018). Data yang diperoleh oleh penulis yaitu Pasien mengeluh ASI belum keluar, diketahui bahwa putting susu menonjol, payudara tidak bengkak. Selain itu diketahui bahwa kelahiran saat ini merupakan anak pertama, sehingga belum ada pengalaman sebelumnya dalam menyusui, yang menjadi alasan untuk mengangkat diagnosis menyusui tidak efektif

## 2. Tahap perencanaan

Analisa intervensi dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik pada pasien preeklmasia berat post section caesarea berdasarkan ( SIKI, 2018) adalah sebagai berikut :

### a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Pada asuhan keperawatan Ny. D intervensi utama yang diberikan yaitu manajemen nyeri nonfarmakologis berupa tehnik nafas dalam. Tehnik nafas dalam merupakan terapi yang digunakan untuk menurunkan intensitas nyeri yaitu dengan cara menarik nafas melalui hidung dan menghembuskan nafas secara perlahan melalui mulut. Intervensi ini diterapkan karena menurut hasil penelitian agung, andriyani & sari (2014) menunjukan bahwa tehnik relaksasi nafas dalam ini mampu dilakukan oleh semua orang kemudian sebagian besar tingkat nyeri yang dirasakan setelah diberikan tehnik relaksasi nafas dalam menjadi berkurang.

### b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Pada asuhan keperawatan Ny.D intervensi utama yang diberikan penulis yaitu dukungan mobilisasi dengan melakukan tindakan melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Mobilisasi adalah kemampuan menggerakkan anggota tubuh secara bebas dan

normal sebagai hasil daripada energy dan sebagai kebutuhan dasar bagi manusia ( Kozier, 2015 ). Tahap mobilisasi post SC pada 0-6 jam Pasien menggerakkan anggota tubuh secara bebas dan normal sebagai hasil daripada energy dan sebagai kebutuhan dasar bagi manusia ( Kozier, 2015 ). Tahap mobilisasi post SC pada 0-6 jam Pasien menggerakkan tangan, kaki dan jari-jari, 6-12 jam duduk/semi fowler,>24 jam Pasien dapat berjalan secara mandiri. Intervensi ini diterapkan karena menurut hasil penelitian ,K, D, & Marlina R, (2014) membuktikan bahwa mobilisasi akan membantu proses penyembuhan luka lebih cepat dan rata rata proses penyembuhan luka dengan melakukan mobilisasi 3 hari sedangkan proses penyembuhan luka tanpa mobilisasi yaitu 7 hari.

c. Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif

Pada asuhan keperawatan Ny. D intervensi utama yang diberikan penulis yaitu perawatan luka dengan melakukan tindakan lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan Nacl, bersihkan jaringan nekrotik, berikan salep yang sesuai kulit, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka. Perawatan luka adalah suatu tindakan untuk membersihkan luka, mengobati luka serta menutup luka dengan balutan basah dan kering sehingga

terhindar dari infeksi. Intervensi ini diterapkan karena menurut hasil penelitian Devi & Wijayanti (2014 ) proses penyembuhan luka pasca operasi akan memiliki risiko infeksi pada luka, hal tersebut menurut handi et al, ( 2017 ) semakin baik perawatan luka dilakukan maka kemungkinan terjadi infeksi dan perdarahan luka post oprasi semakin kecil, tetapi sebaliknya semakin buruk perawatan luka dilakukan semakin tinggi kemungkinan terjadinya infeksi dari perdarhan luka operasi.

d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidak adekuatan suplai ASI.

Pada asuhan keperawatan Ny. D intervensi utama yang diberikan penulis yaitu edukasi menyusui dengan cara pijat oksitoksin yaitu dapat merangsang pelepasan hormone oksitoksin, yang penting untuk produksi dan let-down reflex ASI. Ini membantu ibu yang melahirkan melalui SC untuk memulai dan mempertahankan menyusui dengan lebih efektif.

#### **4. Tahap implementasi**

Pada tahap pelaksanaan, penulis tidak mendapatkan hambatan atau kesulitan karena adanya kerjasama, dukungan bantuan dari keluarga pasien dan petugas kesehatan dalam ruangan sehingga terlaksananya pelaksanaan. Pada diagnosa pertama, nyeri akut

dilakukan sesuai dengan masalah yang dialami pasien, mengobservasi ttv, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri 6 (0-10), mengidentifikasi respon nyeri non verbal Pasien tampak meringis kesakitan, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan menggunakan relaksasi nafas dalam. Berkolaborasi pemberian obat keterolac 1 ampul IV. Setelah dilakukan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan, respon pasien baik, ttv normal, nyeri berkurang dengan skala nyeri 4 (0-10) dan masalah tidak teratasi karena masih merasakan nyeri dan proses penyembuhan pada post sc memerlukan waktu yang lama.

Pada diagnosa ke dua penulis mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, memfasilitasi aktivitas mobilisasi, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, menganjurkan mobilisasi dini miring kanan miring kiri, mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan seperti duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi. Respon pasien baik, pasien mau melakukan mobilisasi, Pasien sudah sedikit demi sedikit bisa melakukan pergerakan secara mandiri sehingga pada diagnosa ini masalah teratasi sebagian

Pada diagnosa ke tiga penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yaitu pada intervensi utama resiko infeksi memonitor tanda tanda infeksi, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi,

melakukan perawatan luka, menjelaskan cara perawatan luka, penulis juga memberikan obat antibiotik cefotaxime 1 gr IV. Setelah dilakukan tindakan keperawatan sesuai perencanaan, tidak terdapat adanya tanda – tanda infeksi dan nyeri sedikit berkurang dengan masalah teratasi sebagian.

Pada diagnosa ke empat penulis memberikan tindakan sesuai dengan perencanaan yaitu edukasi menyusui dengan melakukan pijat oksitosin untuk membantu merangsang ASI keluar sekaligus untuk membuat ibu rileks.

## **5. Evaluasi**

Tahap ini merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang membandingkan antara kriteria tujuan dan hasil yang dicapai setelah tindakan keperawatan dan dalam mengevaluasi hasil yang dicapai. Setelah dilakukan keperawatan selama 4 hari di rumah sakit, penulis mampu melakukan evaluasi terhadap Pasien Ny. D dan mendapatkan hasil :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik post section caesare.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari nyeri menurun dengan skala nyeri 4 dan keluhan nyeri masih dirasakan oleh Pasien, hanya teratasi sebagian. Penyembuhan luka pasca operasi section caesarea selama 1 minggu, sedangkan pemulihan rahim sekitar 4 bulan. Rasa nyeri mungkin masih terasa sampai 6 bulan.

Penyembuhan section caesarea berlanjut selama 1 tahun atau lebih hingga bekas luka melekat kuat.

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari hasil evaluasi setelah 24 jam Pasien sudah mampu melakukan aktivitas secara mandiri terbukti bahwa Pasien sudah mampu duduk dan berjalan – jalan di area sekitar sehingga dapat disimpulkan pada diagnose ini masalah teratasi.

c. Resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasive

Setelah dilakukan intervensi selama 4 hari evaluasi menunjukan tampak tidak ada tanda-tanda infeksi berupa rubor ( kemerahan), kolor (panas), tumor (pembengkakan), fungsio laesa, Pasien mengatakan masih merasa sedikit nyeri pada luka bekas operasi section caesarea, masalah belum teratasi. Penyembuhan luka pasca operasi section caesarea selama 1 minggu atau lebih, sedangkan pemulihan rahim sekitar 4 bulan lebih, rasa nyeri mungkin terasa sampai 6 bulan, dengan intensitas ringan yang disebabkan oleh simpul benang pada fascia ( sarung otot) sedangkan lama penyembuhan section caearea berlanjut selama 1 tahun atau lebih hingga bekas luka merekat kuat.

d. Menyusui tidak efektif

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam, pada hari ke tiga Pasien mengatakan ASI nya keluar dan data objektif tampak ASI keluar dari payudara Ny.D sehingga masalah teratasi.

Denga hasil evaluasi ini, dapat disimpulkan bahwa asuhan keperawatan yang diberikan telah memberikan dampak positif terhadap pemulihan Ny. D pasca operasi *section caesarea* dengan indikasi preeklmasia berat. Evaluasi yang sistematis membantu penulis untuk menyesuaikan rencana asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan Pasien selama masa perawatan dirumah sakit.

## **BAB IV**

### **KESIMPULAN DAN REKOMENDASI**

#### **A. Kesimpulan.**

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. D (P1A0) post sectio caesarea POD 0 atas indikasi Preeklamsia Berat di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut pada tanggal 24 April 2025 sampai dengan 28 April 2025 , maka penulis dapat mengambil kesimpulan secara umum bahwa asuhan keperawatan pada Ny.D (P1A0) post sectio caesarea POD 0 atas indikasi Preeklamsia Berat memerlukan tindakan yang benar dan cepat :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. D (P1A0) Post Sectio Caesarea POD 0 atas indikasi preeklamsia berat di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
2. Penulis mampu menegakan diagnosa keperawatan pada Ny. D (P1A0) Post Sectio Caesarea POD 0 atas indikasi preeklamsia berat di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
3. Penulis mampu membuat rencana asuhan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan pada Ny.D (P1A0) post sectio caesarea POD 0 di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny.D (P1A0) post sectio caesarea POD 0 atas indikasi Preeklamsia Berat di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien mengacu pada rencana keperawatan yang telah

dibuat pada rencana keperawatan. Pada tindakan ini semuanya dapat diimplementasikan pada 4 hari perawatan dengan memberikan tindakan non farmakologis dan farmakologis.

5. Penulis mampu mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny.D (P1A0) post sectio caesarea POD 0 atas indikasi Preeklamsia Berat di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
6. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny.D (P1A0) post sectio caesarea POD 0 atas indikasi Preeklamsia Berat di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut. Dalam bentuk karya tulis ilmiah.

## **B. Rekomendasi**

Setelah penulis memberikan asuhan keperawatan pada Ny.D (P1A0) post sectio caesarea POD 0 atas indikasi Preeklamsia Berat secara sistematis dan komprehensif, maka penulis dapat memberikan beberapa rekomendasi sebagai berikut:

### **1. Bagi mahasiswa**

Diharapkan mahasiswa dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien post section caesarea hendaknya melakukan manajemen nyeri untuk diagnosa nyeri akut yaitu seperti mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam ataupun distraksi dengan mengajak bercang-bincang, untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik lakukan mobilisasi dini yaitu 0-6 jam terlentang, 6-12 jam miring kanan miring kiri, 12-24 jam belajar duduk, > 24 jam latihan berjalan, serta untuk diagnosa resiko infeksi melakukan perawatan luka sesuai SOP serta memperhatikan

keseterilan alat-alat perawatan luka, dan untuk diagnose terakhir yaitu menyusui tidak efektif melakukan pijat oksitosin dan diharapkan mahasiswa lebih dapat meningkatkan kemampuan dan pengetahuan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien post section caesarea.

## 2. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan pengajaran tidak hanya dilakukan oleh pengajar atau dosen tetapi melibatkan perawat profesional untuk memberikan ilmu kepada mahasiswa karena pada saat dilahan praktek sering terjadi beberapa kesenjangan antara teori dan fakta di lapangan sehingga mahasiswa mampu menyesuaikan dan mampu melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan standar operasional serta untuk menunjang dalam hal proses belajar bagi mahasiswa diharapkan perpustakaan memiliki referensi sumber yang lengkap dan update untuk dijadikan bahan kajian dalam pembuatan karya tulis ilmiah ataupun penelitian.

## 3. Bagi rumah sakit

Bagi perawat dalam meningkatkan perawatan pada pasien post section caesarea lebih memperhatikan keseterilan dan kebersihan alat ketika melakukan perawatan luka diharapkan dapat ditingkatkan pelaksanaan asuhan keperawatan harus memandang standar operasional prosedur (SOP).

#### 4. Bagi keluarga

Diharapkan bagi keluarga dapat menjadi support system bagi pasien guna menunjang penyembuhan luka post section caesarea dan adaptasi post partum

## DAFTAR PUSTAKA

- Anjarsari, Dian. ( 2018 ). Asuhan Keperawatan Pada Ny. B dan Ny. E Pasien Post Sectio Caesarea Indikasi Preeklampsia Berat dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2017. Program Studi D3 Keperawatan, Fakultas Keperawatan: Universitas Jember.
- Aprilianti, Aris. ( 2019 ). Asuhan Keperawatan Keluarga Ibu Post Partum pada NY. F dan NY. S dengan Masalah Keperawatan Kesiapan Meningkatkan Pemberian ASI di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Kabupaten Lumajang. Fakultas Keperawatan Universitas Jember, Jember
- Aspiani, Yuli, R. 2017. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas. Jakarta: Trans Info Media.
- Aritonang, J., & Simanjuntak, Yunida, T., ( 2021 ). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas Disertai Kisi-Kisi Soal Ujian Kompetensi. Yogyakarta: Deepublish
- Arif, I., & Atun, R. ( 2024 ). Asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien post section caesarea. *Journal of management nursing*. 178-182.
- Ayuningtyas, Dumilah, Oktarina, R., Misnaniarti, M., & Dwi Sutrisnawati, N. N. 2018. Etika Kesehatan pada Persalinan Melalui *Sectio Caesarea* Tanpa QQIndikasi Medis. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 14(1), 9-16.<https://doi.org/10.30597/mkmi.v14i1.2110>.
- Dinarti, & Muryanti, Y. ( 2017 ). Bahan Ajar Keperawatan: Dokumentasi Keperawatan.
- Dinkes, J. ( 2021 ). Data Dinkes Provinsi Jawa Barat. Jawa Barat.
- Diskominfo Jabar. 2023. *Open Data Jabar*. Tersedia pada link yang tertera dengan alamat link <https://opendata.jabarprov.go.id>
- Goulopoulou, S., & Davide, S. T, 2015. Stroke in Pregnancy and Preeclampsia: Effect of Low-Dose Aspirin Treatment on Collateral Flow Velocity and Cerebral Blood Flow Autoregulation During Ischemia in Rats dalam *Journal of the American Heart Association*. Di akses pada 13 September 2024
- Hartati dan Maryunani ( 2015 ). Asuhan Keperawatan Ibu Postpartum Sectio Caesarea (Pendekatan Teori Model Selfcare dan Comfort). Jakarta: TIM
- Indriyani Diyan. ( 2018 ). Keperawatan Maternitas Pada Area Perawatan Antenatal. Yogyakarta: Graha Ilmu.

- Jumatrin, N. F., Herman, H., & Pane, M. D. ( 2022 ). Gambaran Indikasi Persalinan Sectio Caesarea di RSUD Kota Kendari Tahun 2018. *Jurnal Keperawatan*, 6(01), 01–05.<https://doi.org/10.46233/jk.v6i01.870>
- Kemkes RI.2023. Profil Kesehatan Indonesia 2023. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Kemkes RI. 2020. Pedoman Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) Bagi Ibu Hamil Pada Masa Pandemic COVID-19 Bagi Tenaga Kesehatan. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Kemkes RI. 2021. Buku Kesehatan Ibu Dan Anak. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Kemkes RI. 2022. Profil Kesehatan Indonesia 2022. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
- Kemkes RI. 202. Profil Kesehatan Indonesia 202. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
- Kasriatun, K., Kartasurya, M. I., & Nugraheni, S. A. ( 2019 ). Faktor Risiko Internal dan Eksternal Preeklampsia di Wilayah Kabupaten Pati Provinsi Jawa Tengah. *Kesehatan Jurnal Manajemen Indonesia*, 7(1).
- Latenoh, Diana C. 2018. Preeklampsi Berat & Eklampsia : Tatalaksana Anestesia Perioperatif Edisi 1. Yogyakarta : Deepublish.
- Mangole, E. J., S. Rompas dan A. Y. Ismanto. 2015. Hubungan perilaku perawat dengan pendokumentasian asuhan keperawatan di cardiovascular and brain center RSUP prof. R.D. Kandou, (online), *E-Journal Keperawatan (e-KP)* Volume 3, No. 2, October 2015, tersedia dalam link <https://media.neliti.com/media/publications/109372-ID-hubungan-perilaku-perawat-dengan-pendoku.pdf>.
- Marianti. ( 2017 ). Dalam website Alodokter – Preeclampsia. Tersedia dalam Retrieved from dengan beralamat <https://www.alodokter.com/preeklampsia>
- Nurarif , 2016. Asuhan Keperawatan Praktis. Yogyakarta: Mediaction.
- Nurarif & Hardhi. ( 2015 ). Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA. Mediaction Publishing.
- Prawirohardjo, Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. ( PT Bina Pustaka, 2018 ).
- Purwoastuti & Walyani. ( 2015 ). Ilmu Obstetri & Ginekologi Sosial untuk Kebidanan. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Putra, I. B. G. S., Wandia, I. M., Harkitasari S. 2021. Indikasi Tindakan Sectio Caesarea di RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2017-2019. *Aesculapius Medical Journal*, 63-68.

- Rahyani Yuni Ni Komang, Ni Komang Lindayani , Ni Wayan Suarniti, Ni Made Dwi Mahayati, Ni Komang Astiti Erni, D. N. I. ( 2020 ). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Patologi Bagi Bidan ( D. Arum (ed.) ). Penerbit ANDI.
- Rahmandhani, W., Kusumajya, H., & agustin 2024. Faktor-faktor yang berhubungan dengan angka kejadian preeclampsia Berat. Jurnal Altra Nusamedika, 1 (1)
- Rana S, Karumanchi SA. Preeclampsia: Pathophysiology, Challenges, and Perspectives. Circ Res. 2019;124(7):1094–112.
- Ratnawati E. 2017. Keperawatan Komunitas. Yogyakarta: TIM.
- Riskesdes.2021. Metode persalinan dengan Section Caesarea Tertinggi pada Provinsi Jawa Barat
- Rukiyah Ay dan Lia Yulianti, Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal. CV. Trans Info Media; 2020
- Saifuddin, A. B. ( 2016 ). Buku panduan praktis pelayanan kesehatan maternal dan Neonatal. Jakarta: YBP-SP.
- Situmorang, T. ( 2016 ). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian PreEklampsia pada Ibu Hamil di Poli KIA RSUD Anutapura Palu. Healthy Tadulako Journal (Jurnal Kesehatan Tadulako), 2(1).
- Solehati. ( 2017 ). Konsep Keperawatan Maternitas. Bandung: PT Refika Aditama.
- Sulfianti, D. ( 2020 ). Asuhan Kebidanan Pada persalinan. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Surayasa, K. ( 2020 ). Strategi Menurunkan Angka Kematian IBU ( AKI ) Di Indonesia ( Dwi Novidiantoko (ed.) ). DeePublish.
- Wahyuningsih, sri. ( 2019 ). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum Di Lengkapi Dengan Panduan Persiapan Praktikum Mahasiswa Keperawatan. Yogyakarta : Deepublish Publisher.
- Widyastutik, D., Ernawati, E., Pratiwi, E. N., & Wulandari, R. ( 2021 ). Upaya Peningkatan Perilaku Ibu Postpartum Melalui Edukasi Family Centered Maternity Care ( Fcmc ) Tentang Perawatan Masa Postpartum di Wilayah Kerja Puskesmas Gambirsari Surakarta. Jurnal Salam Sehat Masyarakat ( JSSM ), 2( 2 ), 43-50.
- World Health Organization. (2019). A global brief on Hypertension-World Health Day 2013. World Health Organization, 1-40. Retrieved tersedia dalam website WHO alamat <http://doi.org/10.1133/bmj.1.4815.882-a/>
- Yuliana, W., & Hakim, B. N. ( 2020 ). Emodemo Dalam Asuhan Kebidanan Masa Nifas. Yayasan Ahmar Cendekia Indonesia.

## **SATUAN ACARA PENYULUHAN PIJAT OKSITOSIN**

|                |                           |
|----------------|---------------------------|
| Pokok bahasan  | : Pijat oksitosin         |
| Sasaran        | : Pasien dan Keluarga     |
| Waktu          | : 20 Menit, 27 April 2024 |
| Tempat         | : Rumah sakit             |
| Pemberi materi | : Riva Nurlitasari        |

### **A. Latar Belakang**

Air Susu Ibu merupakan makanan terbaik bayi pada awal usia kehidupannya. ASI terbukti mempunyai keunggulan yang tidak dapat digantikan oleh makanan dan minuman manapun karena ASI mengandung zat gizi yang paling tepat, lengkap dan selalu menyesuaikan dengan kebutuhan bayi setiap saat (Ambarwati, 2009). Kenyataan dilapangan menunjukkan produksi dan ejeksi ASI yang sedikit pada hari-hari pertama setelah melahirkan menjadi kendala dalam pemberian ASI secara dini. Salah satu solusi dari ketidaklancaran ASI adalah pijat oksitosin. Dimana pijat oksitiosin dapat merangsang homnon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan sehingga sangat berperan dalam produksi ASI.

Pijatan atau rangsangan pada tulang belakang, neuro transmitter akan merangsang medulla oblongata langsung mengirim pesan ke hypothalamus di hypofise posterior untuk mengeluarkan oksitosin sehingga menyebabkan buah

dada mengeluarkan air susunya. (Rustam, 2011). Berdasarkan latar belakang diatas, perawat tertarik untuk melakukan pendidikan kesehatan tentang teknik menyusui yang benar dan pijat oksitosin di Ruang Perawatan Post Partum

## **B. Tujuan Umum**

Setelah mendapatkan penyuluhan kesehatan selama 20 menit, diharapkan Ny.N dan Keluarganya mampu melakukan teknik menyusui dengan benar dan pijat oksitosin untuk memperlancar produksi ASI yang telah diajarkan.

## **C. Tujuan Intruksional Khusus (TIK)**

Setelah diberikan PENKES selama 20 menit, diharapkan Ny.N dan Keluarganya akan mampu :

- a. Menjelaskan apa itu Teknik Menyusui yang benar dan pijat oksitosin
- b. Menjelaskan tujuan Teknik Menyusui yang benar dan pijat oksitosin
- c. Menjelaskan manfaat Teknik Menyusui yang benar dan pijat oksitosin

Mendemonstrasikan Teknik Menyusui yang benar dan pijat oksitosin

## **D. Materi (Terlampir)**

- a. Pokok bahasan:

Teknik menyusui yang benar dan Pijat oksitosin

- b. Sub pokok bahasan:

1. Pengertian Teknik Menyusui yang Benar dan Pijat oksitosin
2. Tujuan Teknik Menyusui yang Benar dan Pijat Oksitosin

3. Manfaat Teknik Menyusui yang Benar dan pijat oksitosin
4. Teknik / cara melakukan Menyusui dengan benar dan pijat oksitosin

#### **E. Metode**

1. Ceramah
2. Diskusi

#### **F. Media/ Alat**

1. Leaflet

#### **G. Kegiatan Penyuluhan**

| <b>NO</b> | <b>Tahap</b>  | <b>Waktu</b> | <b>Kegisatsn Penyuluh</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Kegiatan Sasaran</b>                                                                                                                                                                                 |
|-----------|---------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1         | Pembukaan     | 5 menit      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengucapkan salam</li> <li>• Memperkenalkan diri</li> <li>• Menyampaikan tentang tujuan pokok materi</li> <li>• Meyampakaikan pokok pembahasan</li> <li>• Menyampaikan kontrak waktu</li> </ul>                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menjawab salam</li> <li>• Mendengarkan dan menyimak</li> </ul> <p>Bertanya mengenai perkenalan dan tujuan jika ada yang kurang jelas</p>                       |
| 2         | Kegiatan inti | 10 menit     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyampaian Materi</li> <li>• Menggali pengetahuan peserta didik tentang teknik menyusui dan pijat oksitosin</li> <li>• Menjelaskan pengertian teknik menyusui dengan benar dan pijat oksitosin</li> <li>• Menjelaskan tujuan teknik menyusui</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mendengarkan dan menyimak</li> <li>• Bertanya mengenai hal-hal yang belum jelas dan dimengerti</li> </ul> <p>Melakukan demonstrasi yang diajarkan pengajar</p> |

|   |           |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                     |
|---|-----------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |           |         | <p>dengan benar dan pijat oksitosin</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menanyakan kembali persepsi peserta tentang tujuan teknik menyusui dengan benar dan pijat oksitosin</li> <li>• Menjelaskan manfaat teknik menyusui dengan benar dan pijat oksitosin</li> <li>• Menjelaskan langkah – langkah teknik menyusui dan pijat oksitosin</li> <li>• Meredemonstrasikan langkah-langkah pijat oksitosin</li> <li>• Tanya Jawab. Memberikan kesempatan pada Pasien dan keluarga untuk bertanya</li> </ul> |                                                                                                                                                                                     |
| 3 | Penutupan | 5 menit | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan evaluasi</li> <li>• Menyampaikan kesimpulan materi</li> <li>• Memberikan saran kepada Pasien dan keluarga.</li> </ul> <p>Mengakhiri pertemuan dan menyampaikan salam</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sasaran dapat menjawab tentang pertanyaan yang diajukan</li> <li>• Mendengar</li> <li>• Memperhatikan</li> <li>• Menjawab salam</li> </ul> |

## H. Evaluasi

### a. Evaluasi Hasil :

Setelah diberikan PENKES Ny.N dan Keluarganya mampu :

1. Menjelaskan apa itu teknik menyusui dengan benar dan pijat oksitosin

2. Menjelaskan tujuan teknik menyusui dengan benar dan pijat oksitosin
3. Menjelaskan manfaat teknik menyusui dengan benar dan pijat oksitosin
4. Mendemonstrasikan teknik menyusui dan teknik pijat oksitosin

**b. Evaluasi struktur :**

1. Pelaksana siap melakukan Penyuluhan kesehatan

**c. Evaluasi Proses :**

1. Pelaksana dan sasaran (Ny.N dan keluarganya) mengikuti PENKES sesuai waktu atau sampai selesai.
2. Ny.N dan Keluarganya aktif dalam PENKES
3. Ny.N dan Keluarganya mampu mendemonstrasikan teknik menyusui dengan benar dan tehnik pijat oksitosin
4. Ny.N dan Keluarganya mampu menjawab pertanyaan yang diajukan oleh pelaksana.
5. Pelaksana menyajikan semua materi secara lengkap.

**1. Dftar Pustaka**

muna, I. (2019). SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP) PIJAT OKSITOSIN. *kadal*, 07.

## **MATERI PENYULUHAN**

### **A. Definisi Teknik Menyusui Benar dan Pijat Oksitosin**

Tekhnik menyusui yang benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar (Saminem,2009)

Tekhnik menyusui yang benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar (Suradi dan Hesti, 2010.)

Tekhnik menyusui yang benar adalah kegiatan yang menyenangkan bagi ibu sekaligus memberikan manfaat yang tidak terhingga pada anak dengan cara yang benar (Yuliarti, 2010)

Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidaklancaran produksi ASI. Pijat oksitosin adalah pemijatan pada sepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulang costae kelima dan keenam dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan (Bobak et al, 2012), Pijat oksitosin juga dapat didefinisikan sebagai tindakan yang dilakukan oleh keluarga, terutama suami pada ibu menyusui yang berupa pijatan pada punggung ibu untuk meningkatkan produksi hormone oksitosin sehingga dapat mempercepat penyembuhan luka bekas implantasi plasenta, mencegah perdarahan, serta memperbanyak produksi ASI.Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang reflex oksitosin atau reflex let down. Selain untuk merangsang reflex let down manfaat pijat oksitosin adalah memberikan kenyamanan pada ibu, mengrusangi bengkak (engorgement), mengurangi

sumbatan ASI, merangsang pelepasan hormone oksitosin, mempertahankan produksi ASI ketika ibu dan bayi sakit (Rahayu, 2016).

#### **B. Tujuan Teknik Menyusui Dengan Benar dan Pijat Oksitosin**

Tujuan menyusui yang benar adalah untuk merangsang produksi susu dan memperkuat refleks menghisap bayi. Jadi, Teknik Menyusui Yang Benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan posisi ibu yang benar, sehingga memudahkan bayi untuk menyusu

Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang refleks oksitosin atau *reflex let down*. Atau yang biasa disebut sebagai reaksi pengeluaran ASI.

#### **C. Manfaat Teknik Menyusui dengan Benar dan Pijat Oksitosin**

Selain untuk merangsang *refleks let down* manfaat pijat oksitosin adalah memberikan kenyamanan pada ibu, mengurangi bengkak (engorgement), mengurangi sumbatan ASI, merangsang pelepasan hormon oksitosin, mempertahankan produksi ASI ketika ibu dan bayi sakit (Depkes RI, 2015).

1. Mencegah terjadinya perdarahan post partum
2. Dapat mempercepat terjadinya proses involusi uterus
3. Meningkatkan produksi ASI
4. Meningkatkan rasa nyaman pada ibu menyusui
5. Meningkatkan hubungan psikologis antar ibu dan keluarga

#### **D. PELAKSANAAN TEKNIK MENYUSUI DENGAN BENAR DAN PIJAT OKSITOSIN**

##### **Teknik Menyusui dengan Benar**

1. Cuci tangan dengan air bersih dan menggunakan sabun.

2. Peras sedikit ASI dan oleskan disekitar puting.
3. Duduk dan berbaringi posisi yang nyaman untuk ibu. Jangan hanya leher dan bahunya saja, kepala dan tubuh bayi harus lurusn hadapkanbayi kedada ibu, sehingga hidung bayi berhadapan dengan putting susu, biarkan bibir bayi menyentuh putting susu ibu dan tunggu sampai terbuka lebar
4. Segera dekatkan bayi kepayudara sedemikian rupa sehingga bibir bawahbayi terletak dibawah puting susu. Cara meletakkan mulut bayi denganbenar yaitu dagu menempel pada payudara ibu, mulut bayi terbuka lebar dan bibir bayi membuka lebar.
5. Bavi disusui secara bergantian dari payudara kiri ke kanan hingga bayi merasa kenyang.
6. Setelah selesai menyusui, mulut bayi dan kedua pipi bayi dibersihkan dengan kain bersih yang dibasahi air hangat.
7. Sebelum ditidurkan, bayi harus disendawakan dulu supaya udara yang terhisap bisa keluar.
8. Bila kedua payudara masih ada sisa ASI tahan puting susu dengan kain agar ASI berhenti keluar.

### **Pijat Oksitosin**

1. Persiapan alat :
  - a. Kursi dengan sandaran
  - b. Bantal
  - c. Baby oil/minyak kelapa
  - d. Handuk besar

- e. Handuk kecil/waslap
- f. Kom berisi air hangat
- g. BH khusus untuk menyusui

## 2. Pelaksanaan tindakan

- a. Mencuci tangan 6 langkah dengan sabun dibawah air mengalir
- b. Mengatur posisi ibu :
  - 1) Ibu duduk bersandar kedepan dan bagian dada disangga dengan bantal
  - 2) Lipat lengan atas ibu dan taruh di atas bantal
  - 3) Letakkan kepala ibu di atas lengan ibu dengan kepala miring ke arah kiri atau kanan
  - 4) Meminta ibu untuk duduk dengan rileks dan nyaman mungkin
  - 5) Payudara tergantung lepas, tanpa baju dan bra, handuk dibentangkan diatas pangkuan ibu
- c. Oleskan telapak tangan dengan baby oil/minyak kelapa sampai terasa licin
- d. Atur posisi tangan pemijat menjadi mengpal dengan kedua ibu jari menunjuk kearah depan
- e. Memijat sepanjang kedua sisi tulang belakang ibu dengan menggunakan dua kepalan tangan dengan ibu jari menunjuk kedepan
- f. Menekan kuat – kuat kedua sisi tulang belakang membentuk gerakan – gerakan melingkar kecil – kecil dengan kedua ibu jarinya
- g. Pada saat bersamaan, memijat kedua sisi tulang belakang kearah bawah, dari leher kearah tulang belikat selama 2 – 3 menit

- h. Mengulangi pemijatan hinggat 3 kali
- i. Membersihkan punggung ibu dengan waslap dan air hangat secara bergantian
- j. Memabntu ibu memakai pakaian merapikan peralatan dan rangan
- k. Cuci tangan 6 langkah dengan air mengalir dan sabun
- l. Melakukan pendokumentasian.
- m. Pijat oksitasion





## Definisi

Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidاكلانaran produksi ASI. Pijat oksitosin adalah pemijatan pada sepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulang costae kelima dan keenam dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan (Bobak et al, 2012). Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang refleks oksitosin atau reflex let down. Atau yang biasa disebut sebagai reaksi pengeluaran ASI



## Manfaat

- Mencegah terjadinya perdarahan post partum
- Dapat mempercepat terjadinya proses involusi uterus
- Meningkatkan produksi ASI
- Meningkatkan rasa nyaman pada ibu menyusui
- Meningkatkan hubungan psikologis antar ibu dan keluarga

# PIJAT OKSITOSIN

RIVA NURLITASARI



## TEKNIK PIJAT OKSITOSIN

### 1. Persiapan alat :

- Kursi dengan sandaran
  - Bantal
  - Baby oil/minyak kelapa
  - Handuk besar
  - Handuk kecil/waslap
  - Kom berisi air hangat
- BH khusus untuk menyusui



### Pelaksanaan tindakan

- Mencuci tangan 6 langkah dengan sabun dibawah air mengalir
- Mengatur posisi ibu :
  - Ibu duduk bersandar kedepan dan bagian dada disangga dengan bantal
  - Lipat lengan atas ibu dan taruh di atas bantal
  - Letakkan kepala ibu di atas lengan ibu dengan kepala miring ke arah kiri atau kanan
  - Meminta ibu untuk duduk dengan rileks dan nyaman mungkin

Payudara tergantung lepas, tanpa baju dan bra, handuk dibentangkan diatas pangkuan ibu



- Oleskan telapak tangan dengan baby oil/minyak kelapa sampai terasa licin
- Atur posisi tangan pemijat menjadi mengpal dengan kedua ibu jari menunjuk kea rah depan
- Memijat sepanjang kedua sisi tulang belakang ibu dengan menggunakan dua kepalan tangan dengan ibu jari menunjuk kedepan
- Menakan kuat – kuat kedua sisi tulang belakang membentuk gerakan – gerakan melingkar kecil – kecil dengan kedua ibu jarinya
- Pada saat bersamaan, memijat kedua sisi tulang belakang kea rah bawah, dari leher kea rah tulang belikat selama 2 – 3 menit
- Mengulangi pemijatan hinggai 3 kali
- Membersihkan punggung ibu dengan waslap dan air hangat secara bergantian
- Membantu ibu memakai pakaian merapikan peralatan dan rangan
- Cuci tangan 6 langkah dengan air mengalir dan sabun
- Melakukan pendokumentasian.
- Pijat oksitasion

**LEMBAR BIMBINGAN**

Nama : Riva Nurlitasari

NIM : KHGA22113

Pembimbing : Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si

Judul : Asuhan Keperawatan pada Ny. D (P1A0)

*Post Sectio Caesarea* POD 0 atas indikasi

Preeklamsia Berat di ruang Jade RSUD dr.

Slamet Garut

| No | Tanggal    | Materi | Saran                                                                                | TTD Mahasiswa | TTD Pembimbing |
|----|------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|
| 1  | 3/6/2025   | Judul  | 1) Acc judul<br>2) Lanjut BAB I                                                      |               |                |
|    | 3/6/2025   | BAB I  | 1) Perbaiki penempatan data dilatar belakang<br>2) Perbaiki rata kanan dan penulisan |               |                |
| 2  | 11/06/2025 | BAB I  | 1) Perbaiki penulisan kata yang salah<br>2) Lanjut BAB II                            |               |                |
| 3  | 18/06/2025 | BAB II | 1) Perbaiki penulisan kata yang salah<br>2) Rapihkan rata kanan dan kiri             |               |                |

|   |            |                         |                                                                                                          |  |  |
|---|------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 4 | 23/06/2025 | BAB II                  | 1) Rapihkan data tambahan materi mobilisasi dini                                                         |  |  |
| 5 | 25/06/2025 | BAB II, BAB III         | 1) ACC BAB II<br>2) Sesuaikan data pengkajian dan analisa data<br>3) Perbaiki penulisan tabel            |  |  |
| 6 | 30/06/2025 | BAB III                 | 1) Rapihkan penulisan<br>2) Sesuaikan data dengan pengkajian<br>3) Perbaiki materi yang ada dipembahasan |  |  |
| 7 | 04/07/2025 | BAB III, BAB IV Abstrak | 1) Perbaiki pembahasan diagnosa<br>2) Perbaiki bagian rekomendasi                                        |  |  |
| 8 | 7/7/2025   | BAB III BAB IV          | 1) ACC BAB III<br>2) ACC BAB IV<br>3) ACC sidang                                                         |  |  |

## **DAFTAR RIWAYAT HIDUP**



### **A. Data Diri**

Nama : Riva Nurlitasari

Jenis Kelamin : Perempuan

Tempat Tanggal Lahir : 22 April 2004

Agama : Islam

Alamat : Kp. Kadongdong RT 02 RW 02 Desa  
Kadongdong Kec Banjarwangi Kab Garut

### **B. Riwayat Pendidikan**

1. TK Nurul Iman
2. SDN Banjarwangi 02
3. MTS Atta'awun
4. SMA Negeri 15 Garut
5. STIKes Karsa Husada Garut