

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.C (P1A0)
DENGAN POST SECTIO CAESAREA POD 0 ATAS INDIKASI
PREEKLAMPSIA BERAT DI RUANG JADE
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr.SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi salah satu syarat
Dalam menyelesaikan program Diploma III Keperawatan
Di STIKes Karsa Husada Garut

Disusun oleh :

WINDA SRIWIAYU

KHGA22042



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
KARSA HUSADA GARUT PROGRAM STUDI
DIPLOMA III KEPERAWATAN
TAHUN 2025**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL :ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.C POST SECTIO
CAESAREA ATAS INDIKASI PREEKLAMSI BERAT DI RUANG
JADE RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SLAMET GARUT**

NAMA : WINDA SRIWIAYU

NIM : KHGA22042

Telah di setujui untuk disidangkan
Pada Sidang Karya Tulis ilmiah Prodi DIII Keperawatan

Garut, 05 juli,2025
Menyetujui

Pembimbing

(K.Dewi Budiarti, M.Kep)

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL :ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.C POST SECTIO
CAESAREA ATAS INDIKASI PREEKLAMSI BERAT DI RUANG
JADE RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SLAMET GARUT**

NAMA : WINDA SRIWIAYU

NIM : KHGA22042

Garut, 08 Juli 2025

Mengesahkan

Penguji I

Penguji II

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

Eti Suliyawati, S.Kep.,M.Si

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M.Kep

K. Dewi Budiarti, M.Kep

ABSTRAK

Terdiri dari IV BAB, 148 Halaman, 17 Tabel, 1 Bagan, 6 Lampiran

Karya Tulis Ilmiah di latar belakang oleh tingginya Angka Kematian ibu (AKI) yang di sebabkan oleh beberapa komplikasi paling utama yang menyebabkan 75% kematian ibu yaitu pendarahan, infeksi, preeklamsia dan eklamsia. Angka kejadian preeklamsia berat di RSUD Garut salah satu kasus kegawat daruratan yang menempati urutan ke 1 dengan presentase 41,18%. Tujuan umum karya tulis ilmiah ini yaitu mampu melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada Ny.C P1A0 *post sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi preeklamsia berat dengan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus melalui proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Hasil dari studi kasus yang di dapatkan menunjukan bahwa setelah di lakukannya asuhan keperawatan selama 3x24 jam kepada Ny.C nyeri akut menurun dari skala nyeri 7 menjadi skala 2, setelah dilakukan manajemen nyeri. Gangguan mobilitas fisik juga menurun dan resiko infeksi masih belum teratasi karena masih harus di monitor selama masa penyembuhan luka, defisit perawatan diri teratasi, namun menyeusui masih belum efektif. Kesimpulan karya tulis ilmiah ini sangat efektif yaitu penulis dapat melaksanakan pengkajian secara komprehensif, membuat rencana Tindakan, melaksanakan asuhan keperawatan, mengevaluasi setiap Tindakan keperawatan dan melibatkan peran keluarga.

Kata kunci : *Preeklamsia Berat, Sectio caesarea, Post Partum*

Daftar Pustaka : 39 sumber (2014-2023)

ABSTRACT

IV CHAPTER, 148 Pages, 17 Tables, 1 Chart, 6 Attachments

The background of this study is the high maternal mortality rate (MMR), which is primarily caused by four major complications accounting for approximately 75% of maternal deaths: hemorrhage, infection, preeclampsia, and eclampsia. At RSUD dr. Slamet Garut, severe preeclampsia is the leading obstetric emergency, accounting for 41.18% of cases. The general objective of this scientific paper is to provide comprehensive nursing care to Mrs. C, P1A0, on the first day post-caesarean section (POD 0) due to severe preeclampsia, using a descriptive case study method through the nursing process, which includes assessment, diagnosis, planning, implementation, and evaluation. The results of this case study indicate that after 72 hours (3×24 hours) of nursing care, the patient's acute pain decreased from a pain scale of 7 to 2 following appropriate pain management interventions. Impaired physical mobility was also reduced. However, the risk of infection remains unresolved and requires continued monitoring during the wound healing phase. Self-care deficit was addressed successfully, although breastfeeding remains ineffective. Conclusion: This scientific paper proved to be highly effective, as the writer was able to carry out comprehensive assessments, develop a nursing care plan, implement nursing actions, evaluate each intervention, and involve the patient's family throughout the care process.

Keywords: *Severe Preeclampsia, Caesarean Section, Postpartum*

References: *39 sources (published between 2014–2023)*

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan tepat waktu. Karya tulis ilmiah ini di susun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan Pendidikan program Diploma III keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Penulis mengambil judul ”Asuhan Keperawatan Pada Ny.C (P1A0) Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Preeklamsia Berat Di Ruang Ponek IGD Rumah Sakit Umum Daerah dr. Slamet Garut”.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih belum sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Mengingat banyaknya pihak yang berperan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Bapak Dr. H. Hadiyat MA, selaku ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. Suryadi M.Si., selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kp., M.Kes., selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K.Dewi Budiarti, M.Kep Selaku ketua prodi DIII Keperawatan Karsa Husada Garut.

5. Ibu K.Dewi Budiarti, M.Kep Selaku pembimbing yang telah memberi dukungan serta arahan kepada penulis dengan tulus serta ikhlas dalam pembuatan karya tulis ini.
6. Seluruh staf dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti Pendidikan.
7. Rumah Sakit Umum dr.Slamet Garut terutama kepada ibu Desi yang telah membimbing dan memberi kesempatan pada penulis dalam melaksanakan praktek maternitas.
8. Keluarga Ny.C yang lebih bersedia bekerja sama dalam bidang penelitian sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiahnya.
9. Kepada cinta pertama dan panutanku Ayahanda Ali surahman dan pintu surgaku Ibunda masitoh. Beliau memang tidak sempat merasakan Pendidikan dibangku perkuliahan, namun mereka mampu senantiasa memberikan perhatian dan dukungan. Penulis mengucapkan banyak-banyak terimakasih telah memberikan curahan kasih sayang yang begitu besar serta memberikan dorongan doa moril, dan materil kepada penulis.
10. Kepada Keluarga Maternitas yang selalu bersama-sama bimbingan dan bersama-sama pusing mengerjakan KTI yang telah membantu dalam mencari berbagai sumber buku kepada penulis.
11. Kepada Allah SWT jugalah saya serahkan semua puji dan syukurnya. Akhir kata kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan laporan asuhan keperawatan ini, saya mengucapkan banyak terimakasih. Semoga Allah

senantiasa melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua.

Aamiin

Garut,08 Juli 2025

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR BAGAN.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penelitian	4
C. Metode Telaah.....	6
D. Sistematika Penelitian	7
BAB II TINJAUAN TEORI.....	8
A. Konsep Dasar Preeklamsia.....	8
1. Definisi	8
2. Etiologi Preeklamsia.....	10
3. Klasifikasi.....	11
4. Tanda dan gejala.....	11
5. Manifestasi klinis	13
6. Patofisiologia preeklamsia.....	15
7. Pemeriksaan penunjang	16

8. Komplikasi preeklamsia	18
9. Penatalaksanaan Preeklamsia	19
B. Kosep Dasar <i>Sectio Caesarea</i>	21
1. Definisi <i>Sectio Cesarea</i>	21
2. Etiologi <i>Sectio Caesarea</i>	22
3. Patofisiologi.....	22
4. Indikasi <i>Sectio Caesarea</i>	23
5. Komplikasi <i>Sectio Caesarea</i>	24
6. Klasifikasi <i>Sectio Caesarea</i>	25
7. Pemeriksaan penunjang	26
8. Manisfestasi Klinis <i>Sectio Caesarea</i>	26
9. Keuntungan dan kerugian section caesarea	27
10. Jenis-jenis <i>Sectio Caesarea</i>	27
11. Pathway.....	29
C. Konsep post partum	30
1. Definisi post partum	30
2. Patofisiologi.....	30
3. Tahap-Tahapan post partum	31
4. Perubahan fisiologis post partum	31
5. Perubahan psikologis post partum.....	37
6. Kebutuhan Masa Post Partum	38
D. Dampak Section Caesarea terhadap kebutuhan Dasar Manusia	40
E. Konsep Asuhan Keperawatan	43

1. Pengkajian keperawatan	43
2. Analisa Data.....	59
3. Diagnosa Keperawatan.....	64
4. Perencanaan keperawatan.....	65
5. Implementasi Keperawatan	73
6. Evaluasi Keperawatan.....	73
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	75
A. Tinjauan Kasus.....	75
1. Pengkajian Keperawatan	75
2. Analisa Data	88
3. Diagnosa keperawatan Berdasarkan prioritas	90
4. Proses Asuhan Keperawatan	93
5. Catatan Perkembangan	106
B. Pembahasan.....	112
1. Tahap pengkajian	112
2. Diagnosa keperawatan.....	114
3. Tahap Perencanaan.....	117
4. Tahap pelaksanaan	119
5. Tahap evaluasi.....	121
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	124
A. Kesimpulan	124
B. Rekomendasi.....	125
DAFTAR PUSTAKA	127

LAMPIRAN.....	132
----------------------	------------

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Jumlah kasus section caesarea dengan berbagai indikasi di RSUD dr.Slamet Garut, periode bulan januari sampai bulan April 2025	3
Tabel 2. 1 Perubahan Uterus	32
Tabel 2. 2 Analisa Data	59
Tabel 2. 3 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 1	65
Tabel 2. 4 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 2	66
Tabel 2. 5 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 3	67
Tabel 2. 6 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 4	68
Tabel 2. 7 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 5	69
Tabel 2. 8 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 6	70
Tabel 2. 9 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 7	71
Tabel 3. 1 Pola Aktivitas sehari-hari.....	85
Tabel 3. 2 Pemeriksaan Laboratorium	87
Tabel 3. 3 Therapy Medis	88
Tabel 3. 4 Analisa Data	88
Tabel 3. 5 Perencanaan Keperawatan	93
Tabel 3. 6 Catatan Perkembangan.....	106

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Pathway sectio caesarea atas indikasi preeklamsia.....	29
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Satuan Acara Penyuluhan Mobilisasi Dini Post SC

Lampiran 2 Leaflet Mobilisasi Dini Post Operasi SC

Lampiran 3 Lembar bimbingan

Lampiran 4 Satuan Acara Penyuluhan Teknik Menyusui

Lampiran 5 Leaflet Teknik menyusui perlekatan

Lampiran 6 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan adalah rangkaian peristiwa keluarnya bayi yang sudah cukup berada dalam Rahim ibunya dengan usia kehamilan (37-38) minggu, yang disusul oleh keluarnya plasenta dan selaput janin dan selaput janin dari tubuh ibu, yang dimana proses persalinan ini berlangsung selama 12 sampai 14 jam. Meskipun persalinan merupakan peristiwa fisiologis atau pervagina namun setiap proses persalinan terjadi, beresiko mengalami komplikasi selama persalinan berlangsung. Hal ini menimbulkan komplikasi bagi ibu bahkan menyebabkan kematian ibu dan bayi. (mustika,2021)

Menurut *World Health Organization* WHO(2019) angka kematian ibu akibat dari proses kematian ibu (*Maternal Mortality rate*) merupakan jumlah kematian ibu akibat dari proses kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan yang dijadikan indikator derajat Kesehatan perempuan. Angka kematian ibu (AKI) merupakan salah satu target *global Sustainable Development Goals* (SGDS) dalam menurunkan angka kematian ibu (AKI) menjadi 70 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2030.

Jumlah angka kematian ibu (AKI) sangat tinggi di Indonesia, hingga tahun 2018-2019, angka kematian ibu masih tetap tinggi mencapai 305 per 1000 kelahiran hidup. Pada tahun 2019, (Kementrian Kesehatan RI, 2021).

Angka kematian ibu berdasarkan data laporan di provinsi Jawa Barat pada tahun 2023 tercatat sebanyak 147 per 1000 kelahiran hidup dengan target penurunan AKI 18-84% dari 1000 kelahiran hidup salah satunya Kota Bogor. termasuk urutan ke-9 Penyumbang AKI dari beberapa kota dan kabupaten Provinsi Jawa Barat. Sedangkan data menurut Dinkes Kabupaten Garut kematian ibu pada tahun 2018 yaitu sebanyak 51 kasus dari total kelahiran sebanyak (55.881). Penyebab kematian ibu terbanyak adalah perdarahan dengan 1.280 kasus, diikuti oleh hipertensi dalam kehamilan dengan 1.006 kasus, dan kasus infeksi sebanyak 207 kasus. Salah satu faktor meningkatnya kematian ibu di Kabupaten Garut disebabkan oleh Preeklamsia. (Dinas Kesehatan Garut, 2018).

Preeklamsia adalah penyakit dengan gejala klinis berupa hipertensi dan proteinuria yang timbul karena kehamilan akibat vasospasme dan aktivasi endotel saat usia kehamilan diatas 20 minggu. Preeklamsia terjadi pada 3,9% dari semua wanita hamil di seluruh dunia. Angka kejadian di beberapa rumah sakit di Indonesia juga cenderung meningkat, yaitu 1,0%-1,5% (Rahman et al., 2023). Penyebab preeklamsia secara pasti masih belum diketahui, namun preeklamsia sering terjadi pada primigravida, tuaanya kehamilan dan kehamilan ganda, kondisi yang terjadi pada kasus preeklamsia juga menimbulkan resiko yang membahayakan ibu dan janin melalui plasenta. Jika preeklamsia berat tidak ditangani secara cepat maka akan mengalami kejang dan berkelanjutan ke eklampsia demikian pula jika eklampsia tidak ditangani dengan cepat maka akan menimbulkan kehilangan kesadaran yang menimbulkan bahaya bagi janin sehingga perlu dilakukan Tindakan. Dalam menangani preeklamsia ialah

pedoman terapi konservatif preeklamsia ialah melakukan terminasi kehamilan di usia kehamilan yang masih perterm berupa Tindakan *Sectio Caesarea* (Heriana et al., 2023)

Sectio Caesarea adalah prosedur persalinan dimana bayi dikeluarkan melalui sayatan pada dinding perut dan Rahim (Josephine Darmawan, 2022). Menurut penelitian terbaru dari organisasi Kesehatan dunia (WHO, 2021), pengguna operasi *Sectio Caesarea* terus meningkat secara global, kini menyumbang lebih dari 1 dari 5 (21%) dari semua kelahiran. Menurut data RISKESDAS tahun 2018 Angka kematian persalinan secara SC di Indonesia adalah sebesar 17,6% tertinggi di DKI Jakarta sebesar 31,3% sedangkan di Jawa Barat sebanyak 15,48%. Angka tersebut melebihi standar WHO, yaitu bahwa angka kelahiran dengan metode SC sebanyak 5-15% dari seluruh jumlah persalinan di Indonesia. (Riskesdesa, 2018).

Menurut data Rekam Medik yang diperoleh di RSUD dr. Slamet Garut, jumlah kasus *section caesarea* dengan berbagai indikasi dari bulan Januari sampai dengan bulan April tahun 2025 dapat diketahui bahwa data kasus *section caesarea* sebanyak 794 kasus dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 1. 1 Jumlah kasus section caesarea dengan berbagai indikasi di RSUD dr. Slamet Garut, periode bulan Januari sampai bulan April 2025

No	Kasus	Jumlah	Presentase
1	SC Indikasi PEB	327	41,18%
2	SC Indikasi KPD	214	26,95%
3	SC Indikasi Letak Sungsang	102	12,84%
4	SC Indikasi Partus Lama	77	9,69%
5	SC Indikasi PPT	38	4,78%
6	SC Indikasi Gawat Janin	33	4,78%

No	Kasus	Jumlah	Presentase
7	SC Indikasi Plasenta Previa Marginalis	2	0,25%
8	SC Indikasi Presentasi dagu	1	0,12%
TOTAL		794	100%

Sumber: Buku Register pasien RSUD dr. Slamet Garut

Berdasarkan hasil data yang di dapat dari bagian Rekam Medik RSUD dr.Slamet Garut tercatat bahwa jumlah persalinan dengan *section caesarea* dengan indikasi preeklamsia berat ini menempati urutan pertama dengan presentasi 41,18% atau 327 kasus (Rekam Medik RSUD dr.Slamet Garut). Hal ini perlu dijadikan perhatian untuk menerapkan pemantauan lebih kepada ibu dengan post SC atas indikasi preeklamsia berat untuk menghindari komplikasi yang dapat ditimbulkan yaitu bisa terjadinya infeksi pada luka operasi, pendarahan, gangguan Trakus urinarius, dan kejadian trombeomboli (sarait,2022).

Berdasarkan permasalahan dan uraian data di atas maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dan Menyusun laporan tugas akhir pada kasus “Asuhan keperawatan pada Ny.C (P1A0) Dengan post Operasi *section caesarea* (POD 0) Atas indikasi Preeklamsia Berat Di Ruang Jade RSUD dr.Slamet Garut”.

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Secara umum penulisan ini di laksanakan untuk memberikan Gambaran nyata penerapan asuhan keperawatan pada NY.C P1A0 *Post Op Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat di ruang Jade RSUD dr.Slamet GARUT.

2. Tujuan khusus

Adapun Tujuan Khusus dalam penulisan ini adalah

1. Mampu melakukan pengkajian pada Ny.C P1A0 *Post Op Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat di Ruang Jade
2. Mampu menegakan diagnose keperawatan pada Ny.C P1A0 *Post Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat di Ruang Jade
3. Mampu Menyusun perencanaan Keperawatan pada Ny.C P1A0 *Post Op Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat di Ruang Jade
4. Mampu melakukan Tindakan keperawatan yang sesuai dengan perencanaan keperawatan pada Ny.C P1A0 *Post op Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat di Ruang Jade
5. Mampu melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada Ny.C P1A0 *Post Op Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat di Ruang Jade
6. Mampu mendokumentasikan Tindakan asuhan keperawatan pada Ny.C P1A0 *Post Op Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Pre eklamsia Berat di Ruang Jade

C. Metode Telaah

Metode yang di gunakan dalam Menyusun karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus dengan menggunakan proses asuhan keperawatan Adapun Teknik yang digunakan dalam pengumpulan data adalah sebagai berikut:

1. Wawancara

Wawancara adalah pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab. Sehingga dapat di konstruksikan makna dalam suatu topik tertentu (Sugyono, 2017)

2. Observasi

Obsevasi merupakan pengamatan dan pencatatan secara sistematis terhadap unsu-unsur yang Nampak dalam suatu gejala pada objek penelitian (Widoyoko, 2014)

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan tubuh untuk mengetahui adanya kelainan-kelainan dari suatu organ bagian tubuh dengan cara melihat (inspeksi),meraba(palpasi) mendengar (auskultasi) dan mengetuk (perkusi) (Andi, 2022)

4. Study Kepustakaan

Study kepustakaan berkaitan dengan kajian secara teori melalui reperensi-reperensi terkait dengan nilai budaya dan norma yang berkembang pada situasi social yang di teliti (Sugyono, 2018)

D. Sistematika Penelitian

Sistematika laporan studi kasus ini terjadi dari IV BAB dengan sistematika penulisan sebagai berikut:

- BAB I : Pendahuluan, berisi latar belakang masalah, tujuan
Manfaat penelitian ,sitematika penulisan studi kasus
- BAB II : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut
Medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnose post
Post section caesarea atas indikasi preeklamsia berat serta
Keragka teori masalah.
- BAB III : Tinjauan kasus, berisi tentang deskripsi data hasil
Pengkajian, diagnose, perencanaan, dan evaluasi dan
Pembahasan berisi tentang perbandingan antar teori dengan
Kenyataan yang ada di lapangan.
- BAB IV : Penutup berisi tentang simpulan dan saran. Bagian akhir
Terdiri dari daftar Pustaka dan lampiran.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Preeklamsia

1. Definisi

Preeklamsia Merupakan tekanan darah tinggi yang terjadi pada ibu hamil dengan usia kehamilan 20 minggu atau selesai persalinan dengan adanya tanda meningkatnya tekanan darah menjadi 140/90 mmHg (Sitomorang & dkk, 2016). Preeklamsia adalah peningkatan tekanan darah yang baru ada setelah usia kehamilan mencapai 20 minggu, disertai dengan penambahan berat badan ibu yang cepat akibat tubuh membengkak (Sahid et al, 2021). Preeklamsia adalah kondisi yang terjadi akibat tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol pada ibu hamil. Kondisi preeklamsia pada ibu hamil harus segera ditangani jika tidak akan beresiko bagi ibu maupun janin (Winancy, 2019). Disertai adanya gangguan organ, salah satu indikator terjadi gangguan organ Sebagian besar adanya protein urin, sehingga dikatakan preeklamsia apabila ditemukan protein urin dan hipertensi pada ibu hamil dengan usia kehamilan 20 minggu. (POGI,2016)

Dari ketiga definisi diatas dapat disimpulkan bahwa preeklamsia adalah meningkatnya tekanan darah lebih dari 140/90mmHg dan bisa terjadi pada usia kehamilan diatas 20 minggu

dengan ditandai penambahan berat badan yang cepat akibat adanya pembengkakan di area tubuh dan adanya protein urin, apabila tidak

segera ditangani maka preeklamsia ini akan beresiko tinggi bagi ibu dan janin.

2. Etiologi Preeklamsia

Penyebab Preeklamsia Penyebab preeklamsia hingga saat ini belum diketahui banyak teori yang memerangkan penyebab penyakit ini, namun tidak ada yang memberikan jawaban yang memuaskan. Teori yang dapat diterima menerangkan :

- a. Penyebab preeklamsia yaitu bertambahnya frekuensi pada *primigravitas* kehamilan ganda ,hidramnion,dan mola hidatidosa.
- b. Bertambahnya frekuensi karena semakin tua kehamilan
- c. Dapat terjadi perbaikan keadaan penderita dengan kehamilan janin dalam uterus
- d. Terjadi hipertensi,proteinuria,edema,kejang,dan koma
- e. Prakiraan etiologi

Beberapa teori menyatakan,prakiraan etiologi dari kelainan tersebut,sehingga kelainan ini sering dikenal sebagai *the disease of theory*.

Adapun teori itu diantara lain :

- 1) Faktor imunologis adalah sebuah studi yang berkaitan dengan system kekebalan
- 2) Faktor genetik adalah suatu kondisi tubuh yang bisa terjadi yang disebabkan karena adanya pengaruh dari leluhur kita terdahulu yang termasuk dalam garis keturunan keluarga

3) Faktor predisposisi.

(Ratmawati 2021).

3. Klasifikasi

Menurut (Sukami, 2017 dibagi menjadi 2 golongan yaitu) : dalam buku menjelaskan bahwa hipertensi dalam kehamilan

a. Preeklamsia Ringan

Pada kondisi ini terjadi peningkatan pada tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih yang di ukur dengan posisi pengukuran tekanan darah pada ibu baik saat duduk maupun terlentang. Proteinuria 0,3 gr/lit atau +1/+2. Edema pada ekstremitas dan muka serta diikuti kenaikan berat badan > 1kg/minggu

b. Preeklamsia Berat

Kondisi dimana terjadi peningkatan tekanan darah 160/110mmHg atau lebih. Proteinuria 5 gr/lit atau lebih, terdapat *oliguria* (Jumlah urine kurang dari 500 cc per jam) serta adanya edema pada paru serta *cyanosis*. Adanya gangguan serebral, gangguan visus dan rasa nyeri pada epigastrium.

4. Tanda dan gejala

Menurut Ratnawati (2021) bahwa tanda & gejala preeklamsia adalah:

Penyebab hipertensi dan proteinuria

a. Tekanan darah

Peningkatan tekanan darah merupakan tanda peningkatan awal yang penting pada preeklamsia. Tekanan diastolik merupakan tanda

prognostic yang lebih akurat dibandingkan dengan tekanan sistolik. Tekanan diastolic sebesar 90 mmHg atau lebih yang terjadi terus menerus menunjukkan keadaan abnormal.

b. Kenaikan berat badan

Ada beberapa kenaikan berat badan pada ibu hamil preeklamsia yaitu:

- 1) Peningkatan berat badan yang tiba-tiba mendahului serangan preeklamsia dan bahkan kenaikan berat badan yang berlebihan merupakan tanda pertama preeklamsia pada Sebagian besar ibu hamil.
- 2) Peningkatan berat badan normal adalah 0,5 kg perminggu. Bila terjadi kenaikan 1kg perminggu, maka perlu dicurigai preeklamsia.
- 3) Peningkatan berat badan terutama disebabkan retensi cairan dan ditemukan timbul gejala edema yang terlihat jelas seperti kelopak mata yang bengkak atau jaringan tangan yang membesar.

c. Proteinuria

Pada kasus berat, proteinuria hanya ditemukan dan dapat mencapai 10 d/dl. Proteinuria hampir selalu timbul kemudian dibandingkan hipertensi dan kenaikan BB yang berlebihan

d. Gejala Subjektif Preeklamsia

- 1) Nyeri kepala

Nyeri kepala jarang terjadi pada preeklamsia ringan, tetapi preeklamsia berat sering terjadi, nyeri kepala sering terjadi pada daerah frontal dan oksipital, dan tidak akan sembuh jika diberi analgetik biasa.

2) Nyeri epigastrium

Nyeri epigastrium sering terjadi pada preeklamsia berat karena tekanan pada kapsula hepar akibat edema pendarahan.

3) Gangguan penglihatan(Ratnawati, 2021)

5. Manifestasi klinis

Tanda klinis utama dari preeklamsia adalah tekanan darah yang terus meningkat, peningkatan tekanan darah mencapai 140/90 mmHg atau lebih atau sering ditemukan nilai tekanan darah yang tinggi dalam 2 kali pemeriksaan rutin yang terpisah. Menurut Rozikhan (2020) tanda dan gejala preeklamsia adalah sebagai berikut:

a. Hipertensi

Biasanya timbul lebih dahulu dari pada tanda-tanda lain. Bila peningkatan tekanan darah tercatat pada waktu kunjungan pertama kali dalam trimester pertama atau kedua awal, ini mungkin menunjukkan bahwa penderita menderita hipertensi kronik. Tetapi bila tekanan darah meningkat dan tercatat pada akhir trimester kedua dan ketiga. Mungkin penderita menderita preeklamsia. Peningkatan tekanan systolic sekurang-kurangnya 30 mmHg. Atau peningkatan tekanan diastolic sekurang-kurangnya 15 mmHg, atau adanya

tekanan systolik sekurang-kurangnya 140 mmHg. Atau tekanan diastolik sekurang-kurangnya 90 mmHg atau lebih atau dengan kenaikan 20 mmHg atau lebih. Ini sudah dapat dibuat sebagai diagnosa, penentuan tekanan darah dilakukan minimal 2 kali dengan jarak waktu 6 jam pada keadaan istirahat. Tetapi bila diastolik sudah mencapai 100 mmHg atau lebih. Ini disebut indikasi terjadi preeklamsia berat.

b. Edema

Edema adalah penimbunan cairan secara umum dan kelebihan dalam jaringan tubuh. Dan biasanya dapat diketahui dari kenaikan berat badan serta pembengkakan pada ekstremitas dan muka. Edema pretibial yang ringan sering ditemukan pada kehamilan biasa, sehingga tidak seberapa berarti untuk penentuan diagnose preeklamsia. Kenaikan berat badan $\frac{1}{2}$ kg setiap minggu dalam kehamilan masih dianggap normal, tetapi bila kenaikan 1 kg seminggu beberapa kali atau 3 kg dalam sebulan preeklamsia harus dicurigai. Atau bila terjadi pertambahan berat badan lebih 2,5 kg tiap minggu pada akhir kehamilan, mungkin merupakan tanda preeklamsia. Bertambahnya berat badan disebabkan retensi air dalam jaringan dan kemudian oedema. Nampak dan edema tidak hilang dengan istirahat. Hal ini perlu menimbulkan kewaspadaan terhadap timbulnya preeklamsia. Edema dapat terjadi pada semua derajat PIH (Hipertensi dalam kehamilan) tetapi hanya mempunyai nilai sedikit diagnostic kecuali jika edemanya general.

c. Proteinuria

Yang berarti konsentrasi protein dalam air kencing yang melebihi 0,3 g/liter dalam air kencing 24 jam atau pemeriksaan kualitatif menunjukkan 1+ atau 2+ (menggunakan metode turbidimetric standard) atau 1 g/liter atau lebih dalam air kencing yang dikeluarkan dengan kateter atau midstream untuk memperoleh urin yang bersih diambil minimal 2 kali dengan jarak 6 jam. Proteinuria biasanya timbul lebih lambat dan hipertensi dan tambah berat badan proteinuria ditemukan pada preeklamsia, Karena vasospasme pembuluh-pembuluh darah ginjal. Karena itu harus dianggap sebagai tanda yang ringan.

6. Patofisiologia preeklamsia

Pada preeklamsia terjadi spasme pembuluh darah yang disertai dengan retensi air dan garam. Pada biopsi ginjal ditemukan spasme hebat arteriola glomerulus. Pada beberapa kasus lumen arteriola sedemikian sempitnya sehingga nyata dilalui oleh satu sel darah merah. Jadi jika semua arteriola di Dalam tubuh mengalami spasme maka tekanan darah naik, sebagai usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigen jaringan dapat dicukupi. Sedangkan kenaikan berat badan edema yang disebabkan oleh penumpukan air yang berlebih dalam ruangan interstisial belum diketahui penyebabnya, mungkin karena retensi air dan garam. Proteinuria dapat disebabkan oleh spasme arteriola sehingga terjadi perubahan pada glomerulus. Vasokonstriksi merupakan dasar pathogenesis preeklamsia yang dapat menimbulkan peningkatan total perifer resisten dan menimbulkan hipoksia pada endotel setempat, sehingga terjadi

kerusakan endotel, kebocoran arteriola disertai pendarahan mikro tempat endotel.

Pada preeklamsia serum antioksidan kadarnya menurun dan plasenta menjadi sumber terjadinya proksidase lemak sedangkan pada Wanita hamil normal serumnya mengandung transferrin, ion tembaga dan sulfhidril yang berperan sebagai antioksidan yang cukup kuat. Preoksidase lemak beredar dalam aliran darah melalui Ikatan lipoprotein. Peroksiidase lemak ini akan sampai ke semua komponen sel yang dilewati, termasuk sel-sel endotel tersebut. Rusaknya sel-sel endotel tersebut akan mengakibatkan antara lain, adhesi dan agregasi trombosit, gangguan permeabilitas lapisan endotel terhadap plasma, terlepasnya enzim lisosom, tromboksan dan serotonin sebagai akibat rusaknya trombosit. Produksi tetralisin terhenti, terganggunya keseimbangan prostaklinin dan tromboksan, terjadi hipoksia plasenta akibat konsumsi oksigen dan peroksidase lemak (Nuraini, 2014).

7. Pemeriksaan penunjang

Menurut Pemeriksaan penunjang yang harus dilakukan pada ibu hamil adalah:

- a. Pemeriksaan laboratorium urin untuk kemungkinan terjadi proteinuria
 - b. Pengumpulan urine selama 24 jam untuk pembersihan kreatinin dan protein
 - 1) Pemeriksaan darah lengkap untuk memeriksa hemoglobin dan hematokrit yang rendah akibat hemolysis
 - 2) USG seri dan tekanan kontraksi untuk menentukan status janin
 - 3) Evaluasi aliran doppler darah untuk menentukan status janin dan ibu
- (Jhonson 2014)

Menurut Ratnawati (2021). Pemeriksaan penunjang yang dilakukan :

- 4) Pemeriksaan laboratorium
- 5) Pemeriksaan darah lengkap dengan hapusan darah
- 6) Pemeriksaan Hb (nilai rujukan atau kadar normal Hb untuk Wanita hamil 12-14 g/dl)
- 7) Hematokrit meningkat (nilai rujukan 37-43 vol%)
- 8) Trombosit menurun (nilai rujukan 150-450 ribu/mm³)
- 9) Urinalis

Ditemukan protein dalam urine.

- 10) Pemeriksaan fungsi hati
 - a) Bilirubin meningkat (N=< 1 mg/dl)
 - b) LDH (Laktat dehydrogenase) meningkat
 - c) Aspartat aminotransferase (AST)>60 U/l
 - d) Serum glutamat piruvat transaminase (SGPT) meningkat (N=15-45 u/mL)
 - e) Serum glutamat oxaloacetic transaminase (SGOT) meningkat (N=<31 u/L)
- 11) Tes kimia darah

Asam urat meningkat (N=2,4-2,7 mg/dl)
- 12) Tes Radiologi
 - a) Ultrasonografi (USG)

Ditemukan retardasi pertumbuhan janin intrauterine, pernapasan janin lambat, aktivitas janin lambat, dan volume cairan ketuban sedikit.

b) Kardiografi

Diketahui denyut jantung bayi lemah.(Ratnawati 2021)

8. Komplikasi preeklamsia

Komplikasi yang terberat dari preeklamsia adalah kematian ibu dan janin, namun beberapa komplikasi yang dapat terjadi adalah sebagai berikut (Marianti, 2017) :

a. Bagi ibu

- 1) Sindrom HELLP (*Haemolysis, elevated liver enzymes, and low platetcount*)

Adalah sindrom rusaknya sel darah merah, meningkatnya enzim liver dan rendahnya jumlah trombosit.

- 2) Eklamsia, pada preeklamsia ini 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, preekalmsia bisa menyebabkan disfungsi beberapa organ seperti ginjal, paru dan hati. Gangguan pembekuan darah, komplikasi yang timbul ini dapat berupa pendarahan karena kurangnya protein yang diperlukan untuk

pembekuan darah, atau sebaliknya terjadi penggumpalan darah yang menyebar karena protein tersebut terlalu aktif.

- 5) Solusio plasenta, lepasnya plasenta dari dinding Rahim sebelum kelahiran dapat mengakibatkan pendarahan serius dan kerusakan Plasenta yang akan membahayakan keselamatan Wanita hamil dan janin.
- 6) Stroke hemoragik, kondisi ini ditandai dengan pecahnya pembuluh darah otak akibat tingginya tekanan darah di dalam pembuluh tersebut. Ketika seseorang mengalami pendarahan 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.

e. Bagi janin

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

9. Penatalaksanaan Preeklamsia

Menurut Adriani & Wirjatmadi (2016) Penatalaksanaan preeklamsia memiliki beberapa prinsip dan beberapa penatalaksanaan dengan tingkat klasifikasinya, yaitu:

a. Penatalaksanaan preeklamsia ringan

- 1) Lakukan istirahat yang cukup
- 2) Jika tekanan tidak menurun, anjurkan beri obat anti hipertensi
- 3) Diet rendah garam
- 4) Jika maturitas janin masih lama, lanjutkan kehamilan, priksa setiap satu kali dalam seminggu
- 5) Persalinan pada preeklamsia ringan dapat dilakukan induksi dengan oksitosin.

b. Penatalaksanaan preeklamsia berat

Penatalaksanaan pada preeklamsia berat adalah mencegah timbulnya kejang. Mengendalikan hipertensi guna mencegah perdarahan intracranial serta kerusakan dari organ-organ vital, pengelolaan cairan untuk persalinan, Tindakan ini yang tepat untuk menangani preeklamsia berat sebagai berikut:

1) Tindakan farmakologi

- a) Jika tekanan darah >110 mmHg berikan obat anti hipertensi sampai tekanan diastolic di antara 90-80 mmHg.
- b) Pemberian terapi *magnesium sulfat* ($MgSO_4$) untuk menurunkan tekanan darah.
- c) Pemberian obat analgetic, untuk mengatasi nyeri.

2) Tindakan keperawatan

- a) Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri seperti Teknik relaksasi nafas dalam.

- b) Anjurkan mengkonsumsi makanan rendah garam.
- c) Monitor tanda-tanda vital pasien secara berkala
- d) Pasang dower cateter untuk pengeluaran volume dan proteinuria.
- e) Persalinan

Pada preeklamsia berat, persalinan harus terjadi dalam 24 jam.

Jika persalinan tidak dapat terjadi 24 jam, maka harus dilakukan Tindakan *section caesarea*, supaya tidak terjadi kejang/*eklampsia* karena dapat membahayakan bafi ibu dan menyebabkan kematian bagi janin.

B. Kosep Dasar *Sectio Caesarea*

1. Definisi *Sectio Cesarea*

Sectio caesarea adalah suatu Tindakan pembedahan guna melahirkan anak melalui insisi dinding perut abdomen dan uterus (Oxom dan forte. 2010). Persalinan dengan *sectio caesarea* dilakukan atas indikasi medis baik dari sisi ibu maupun janin yang dapat membahayakan nyawa ibu dan janin (Cunningham, 2018). *Sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding Rahim dengan sayat Rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Prawiharjo, 2013).

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa *section caesarea* adalah suatu Tindakan persalinan buatan dengan cara

dilakukan pembedahan dengan membuat sayatan pada dinding depan perut guna mengeluarkan janin yang dilakukan atas indikasi medis yang dapat membahayakan ibu dan janin.

2. Etiologi *Sectio Caesarea*

a. Etiologi ibu

- 1) Penyakit ibu yang parah, seperti penyakit jantung berat, diabetes melitus, preeklamsia berat atau eklamsia, kanker serviks, atau infeksi berat (yaitu virus herpes simpleks tipe II atau herpes genitalia dalam 2 minggu penyakit aktif atau pasif).
- 2) Operasi Rahim sebelumnya, termasuk *memektomi*, pelahiran caesarea sebelumnya dengan insisi klasik, sebelumnya atau rekonstruksi Rahim
- 3) Obstruksi jalan lahir karena adanya mioma atau tumor ovarium

b. Etiologi janin

- 1) Kegawatan janin, seperti janin dengan kasus prolaps tali pusat, insufisiensi uteroplasenta berat
- 2) Malpresentasi, seperti danya letak melintang, janin dengan presentasi dahi
- 3) Kehamilan kembar dengan bagian terendah janin kembar adalah pada posisi melintang bokong (NURARIF, 2015).

3. Patofisiologi

Sectio caesarea adalah Tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat lebih 500 gram, sayatan di dinding Rahim yang masih utuh. Indikasi

untuk operasi ini adalah deformasi kepala-panggul, disfungsi uterus, deformasi jaringan lunak, plasenta previa, dll, untuk ibu bagi janin. Itu adalah gawat janin. Ibu dari janin yang menjalani operasi caesarea akan mengalami adaptasi postpartum yang baik. Dari aspek kognitif, pengetahuan yang kurang. Karena kurangnya informasi dan aspek fisiologis yaitu kurangnya produk oksitosin hanya sedikit. Air susu akan keluar, dan luka pada sayatan akan menjadi pintu masuk kuman. Oleh karena itu, antibiotik dan perawatan luka harus diberikan secara aseptik. Nyeri merupakan salah satu penyebab utama ketidaknyamanan sayatan. Sebelum operasi pasien membutuhkan anestesi lokal umum, tetapi anestesi umum memiliki dampak yang lebih besar pada janin dan ibu. Akibatnya janin bisa mati (Nurarif & Hardi, 2015).

4. Indikasi Sectio Caesarea

Menurut Jumartin (2022), ada beberapa alasan atau kondisi yang menunjukkan perlunya melakukan Tindakan *section caesarea*, yaitu:

- a. Gawat janin merupakan kondisi dimana janin perlu dengan segera dikeluarkan dari dalam lahir ibu. Penyebabnya bisa dikarenakan pendarahan 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 lanjut agar bayi dapat di selamatkan.
- e. Plasenta previa. Letak plasenta yang berada di bagian bawah Rahim membuat terhalangnya jalan lahir dan diperlukan Tindakan *section caesarea*.
- f. Preeklamsia berat, merupakan penyumbang kematian materai pada ibu maupun janin sehingga di perlukan Tindakan lanjutan untuk melahirkan.
- g. Cephalo pelvik, disproportion (CPD). Ukuran panggul yang tidak sesuai dengan ukuran kepala janin yang menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara normal.

5. **Komplikasi *Sectio Caesarea***

Menurut penelitian nisma dari timnya (2022), ada korelasi antara komplikasi kehamilan pada ibu yang bersalin dan penerapan Tindakan *section caesarea* hasil penelitian yang menyimpulkan bahwa letak janin preeklamsia dan ketuban pecah dini merupakan beberapa komplikasi kehamilan yang dapat memicu penerapan Tindakan *section caesarea*. Berikut adalah beberapa komplikasi yang sering dialami oleh ibu setelah menjalankan Tindakan *sectio caesarea*:

- a. Infeksi pada ibu dapat timbul setelah operasi sesar jika prosedur tidak steril atau perawatan luka tidak memadai gejalanya meliputi peningkatan suhu tubuh, kemerahan, pembengkakan dan terdapat pus pada luka
- b. Pendarahan juga merupakan risiko selama operasi yang dapat menyebabkan syok hipovolemik akibat kehilangan darah
- c. Pada bayi, salah satu komplikasi yang mungkin terjadi adalah asfiksia terutama pada bayi premature karena paru-parunya belum sepenuhnya berkembang.

6. Klasifikasi Sectio Caesarea

Menurut (sopyan,2019) terdapat beberapa klasifikasi SC yaitu:

- a. SC klasik atau corporal insisi longitudinal digaris tengah dibuat dengan scalpel ke dalam dinding anterior uterus dan di lebarkan ke atas serta kebawah dengan gunting yang berujung tumpul. Diperlukan luka insisi yang lebar karena bayi sering dilahirkan dengan bokong dahulu. Janin serta plasenta dikeluarkan dan uterus di tutup dengan jahitan tiga lapis.
- b. SC transperiomedis profunda insisi pada segmen bawah Rahim, paling sering dilakukan. Adapun kekurangan yaitu terdapat kesulitan saat mengeluarkan janin sehingga memungkinkan terjadinya perluasan luka insisi dan dapat menyebabkan pendarahan.
- c. Segmen bawah:insisi melintang. Teknik ini dilakukan dengan cara insisi abdomen secara melintang dengan scalpel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cidera pada bayi.

- d. SC Hysterectomi dilakukan dengan beberapa indikasi seperti plasenta akerta, atonia uteri, myoma uteri dan infeksi intra utri berat.

7. Pemeriksaan penunjang

Menurut Hiratun (2019) Pemeriksaan yang dapat dilakukan untuk Tindakan *section caesarea* adalah:

- a. Pemeriksaan Laboratorium meliputi :
 - 1) Hemoglobin atau hematokrit untuk mengkaji perubahan dari pra operasi dan mengevaluasi efek kejilangan darah pada pembedahan
 - 2) Leukosit (WBC) untuk mengidentifikasi adanya infeksi
 - 3) Tes golongan darah, lama pendarahan waktu pembekuan darah
 - 4) Urinalisis atau kultur urine
 - 5) Pemeriksaan elektrolit
- b. Pemeriksaan ECG
- c. Pemeriksaan USG
- d. Pemeriksaan amiosentesis terhadap maturitas pada janin sesuai indikasi.
- e. Pemantauan terhadap Kesehatan janin.

8. Manifestasi Klinis Sectio Caesarea

Manifestasi klinis *section caesarea* menurut Hiratun (2019) yaitu:

- a. Hilangnya darah selama prosedur pembedahan sebanyak 600-800 ml
- b. Terpasang DC urine kateter, urine berwarna jernih dan pucat
- c. Abdomen lunak dan tidak ada distensi
- d. Tidak ada bising usus
- e. Ketidakmampuan untuk menghadapi situasi baru

- f. Balutab abdomen tampak sedikit noda
- g. Aliran lochea sedang dan bebas bekuan, berlebihan dan banyak.

9. Keuntungan dan kerugian section caesarea

a. Keuntungan

Adapun keuntungan Tindakan *sectio caesarea* menurut sartika (2014) adalah:

- 1) Mengindari terjadinya kerusakan pada alat kelamin
- 2) Rasa takut dalam persalinan
- 3) Waktu persalinan bisa di atur

b. Kerugian

Adapun kerugian pada Tindakan *sectio caesarea* menurut Dani (2013) adalah:

- 1) Beresiko kematian 20 kali lebih besar dari persalinan normal
- 2) Beresiko infeksi 80 kali lebih besar dari persalinan normal.

10. Jenis-jenis Sectio Caesarea

Sectio caesarea dapat diklasifikasikan menjadi 3 jenis, yaitu:

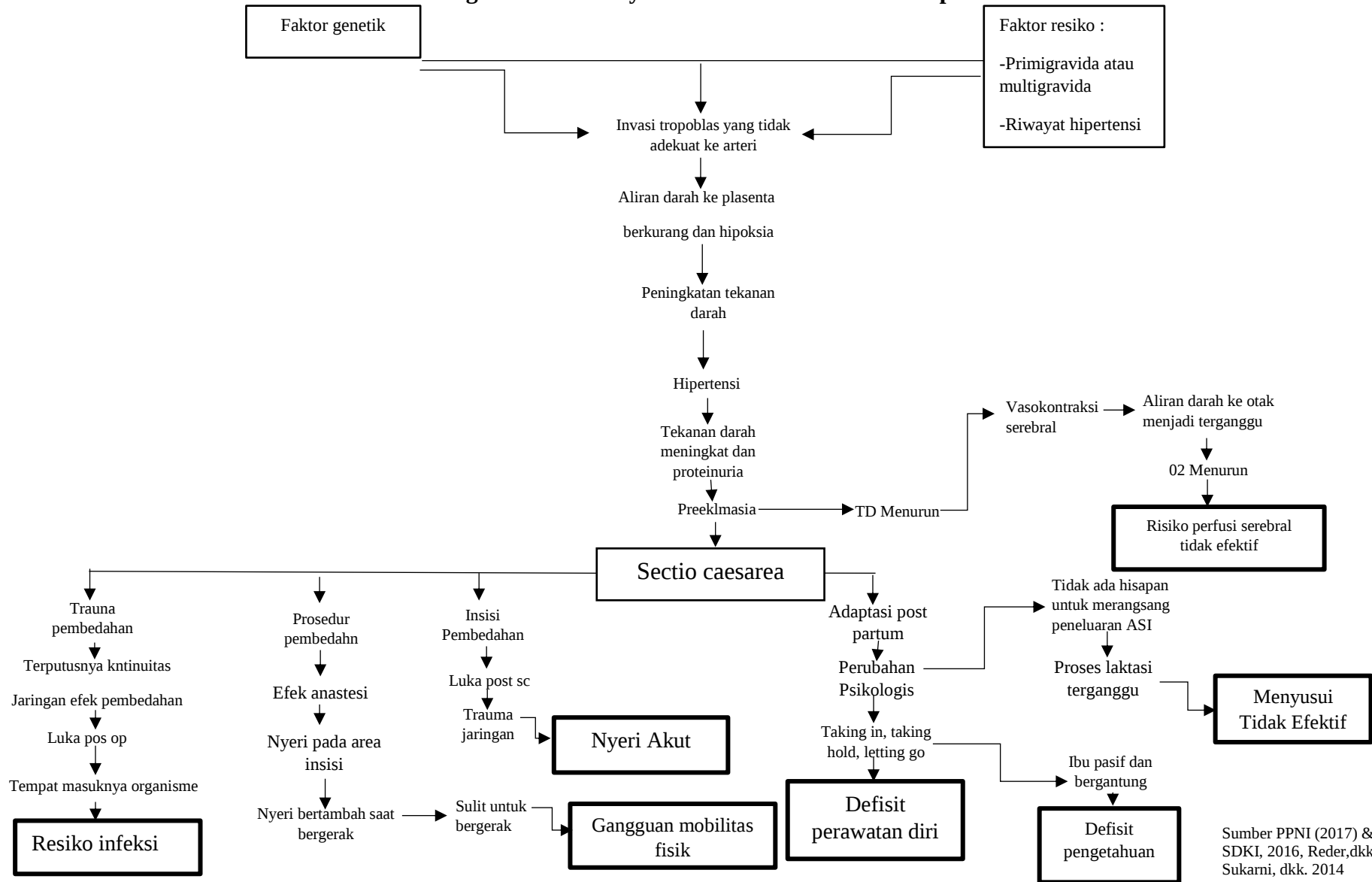
- a. *Sectio caesarea* Transperitonealis profunda merupakan jenis pembedahan yang paling banyak dilakukan dimana dokter nantinya akan membedah perut ibu dengan cara menginsisi di segmen bagian bawah uterus, jenis ini memberikan beberapa keuntungan seperti perdarahan luka insisi yang tidak banyak, risiko, peritonitis yang tidak besar, jaringan parut saat 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, 2017).

- b. *Sectio caesarea* klasik atau *section caesarea* 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 jika ada halangan untuk melakukan proses SC transperitonealis profunda halangan yang dimaksud misal karena uterus melekat pada dinding perut karena Riwayat persalinan SC sebelumnya dan risiko perdarahan yang besar apa bila 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 histerrktomi untuk menghindari risiko yang ada (prawihardjo,2017).
- c. *Sectio caesarea* Ekstraperitoneal Dokter akan meninsisi dinding dan fascia abdomen dan musculus retus yang nantinya dipisahkan. Lalu vesika urinaria akan di reteraksi ke bawah sedangkan lipatan peritoneum akan dipotong kearah kepala untuk memparkansegmen bawah uterus. Jenis pembedahan ini dilakukan untuk mengurangi nahaya dari infeksi puerperal, namun dengan adanya kemjuan pengobatan terhadap infeksi, pembedahan SC ini tidak anyak dilakukan karena tekniknya yang sulit dilakukan (prawihardjo,2017).

11. Pathway

Bagan 2. 1 Pathway sectio caesarea atas indikasi preeklamsia



C. Konsep post partum

1. Definisi post partum

Masa nifas (post partum) adalah masa dimulai 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 akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidaknyamanan pada awal post partum. Yang menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik (Yuliana& Hakim,2020).

2. Patofisiologi

Pada kasus post partum spontan akan terjadi perubahan fisiologis dan psikologis pada perubahan fisiologis terjadi proses involusi yang menyebabkan terjadi peningkatan kadar oksitoksin, peningkatan kontraksi uterus sehingga muncul masalah keperawatan nyeri akut, dan perubahan pada vagina dan perineum terjadi ruptur jaringan terjadi trauma mekanis, personal hygiene yang kurang baik, pembuluh darah rusak menyebabkan sehingga muncul masalah keperawatan resiko infeksi. Perubahan laktasi akan muncul struktur dan karakter payudara. Laktasi di pengaruhi oleh hormone estrogen dan peningkatan prolaktin, sehingga terjadi pembentukan ASI, tetapi terkadang terjadi juga aliran darah di payudara berurai dari uterus (involusi dan retensi darah di pembuluh payudara maka akan terjadi

bengkak dan penyempitan pada duktus intiverus, sehingga ASI tidak keluar dan muncul masalah keperawatan menyusui tidak efektif.

3. Tahap-Tahapan post partum

Menurut Wahyuningsih.S (2019) tahapan post partum terbagi kedalam 3 bagian yaitu:

a. *Immediate* post partum (0-24 jam setelah persalinan)

Pada tahapan ini, ibu diizinkan untuk berdiri atau berjalan, sementara pemeriksaan rutin termasuk evaluasi kontraksi Rahim, pengeluaran lochea, tekanan darah ibi, dan suhu tubuh.

b. *Early* post partum (1-7 hari pasca persalinan)

Selama 6-7 hari pertama pasca persalinan. Ibu mengalami pemulihan menyeluruh pada organ reproduksi. Penting bagi ibu untuk memastikan tidak ada tanda-tanda pendarahan berlebihan, lochea normal, tidak adanya demam, serta asupan makanan dan cairan yang mencukupi.

c. *Late* post partum (1-6 minggu setelah persalinan)

d. Periode dimana ibu membutuhkan waktu untuk pulih sepenuhnya dan memproses. Kesehatan yang optimal. Proses ini dapat berlangsung beberapa minggu, bulan, atau bahkan tahun.

4. Perubahan fisiologis post partum

Menurut Risa dan Rika (2014) system tubuh ibu akan Kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi post partun. Organ-organ

tubuh ibu akan mengalami perubahan setelah melahirkan antara lain seperti:

a. Sistem reproduksi

1) Involusi uterus

Involusi uterus merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana tinggi fundus uteri (TFU). Pada akhir kala III persalinan, uterus akan berada digaris tengah kira-kira 2 cm dibawah umbilicus dengan fundus bersandar pada promontorium sakralis. Pada saat ini besar uterus kira-kira sama dengan uterus pada waktu kehamilan usia 16 minggu dengan berat 1000 gram. Peningkatan kadar ekstrogen dan prohesteron bertanggung jawab untuk pertumbuhan massif uterus selama masa hamil.

Tabel 2. 1 Perubahan Uterus

Waktu	TFU	Berat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi pusat	100 gr
Ari lahir	2 Jari dibawah pusat	750 gr
1 Minggu	$\frac{1}{2}$ pusat <i>sympisis</i>	500 gr
2 Minggu	Tidak teraba	350 gr
6 Minggu	Bertambah kecil	50 gr
8 Minggu	Normal	30 gr

2) Lochea

Lochea adalah ekstresi cairan Rahim selama masa nifas. Lochea berbau amis dengan volume yang berbeda-beda pada setiap Wanita, lochea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochea mempunyai perubahan warna dan volume karena adanya proses involusi. Adanya

beberapa macam lochea berdasarkan warna dan waktu pengeluarannya yaitu diantaranya:

a) Lochea Rubra

Lochea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-empat masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena tersisi darah segar, jaringan sisa plasenta, dinding Rahim, lemak bayi, lanugo(rambut bayi), dan meconium.

b) Lochea Sanguinolenta

Lochea ini berwarna merah kecoklatan dan berelendir. Pengeluaran lochea ini berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 masa post partum.

c) Lochea Serosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Pengeluaran lochea ini pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

d) Lochea Alba

Lochea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu post partum. Lochea alba atau serosa yang berlanjut akan dapat menandakan adanya endometritis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi akan keluar cairan nanah yang berbau, yang disebut dengan

lochea purulenta. Pengeluaran lochea yang tidak lancer disebut “lochea statis”.

3) Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina secara berangsur angsur akan muncul Kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol.

4) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum akan menjadi kendur karena kurangnya aktivitas tubuh karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post partum hari ke-5, perineum sudah mendapatkan Kembali Sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.

5) Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan makan, hemoroid dan kurang aktivitas tubuh.

6) Perubahan system prekemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil (BAK) dalam 24 jam pertama. Penyebab dari keadaan

ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih setelah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Kadar hormone estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut dinamakan diuresis.

7) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Pada saat setelah partus otot-otot uterus berkontraksi, pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan pendarahan ligament-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang. Pada waktu persalinan secara berangsur-angsur menjadi kecil dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada waktu 6-8 minggu setelah persalinan.

8) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Setelah pasca persalinan, shunt akan hilang tiba-tiba, volume darah bertambah sehingga akan menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitum cordial. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokompensasi sehingga volume darah kembali seperti semula. Pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai ke-5 post partum.

9) Perubahan Tanda-tanda Vital

Pada masa nifas ini tanda-tanda vital yang harus dikaji antara lain:

a) Suhu tubuh

Pada waktu 24 jam post partum, suhu tubuh akan naik sedikit kurang lebih (37,5-38 C) hal ini akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Lalu pada hari ke-3 suhu tubuh akan meningkat dikarenakan adanya pembentukan Air Susu Ibu (ASI). Bila suhu tidak menurun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium.

b) Denyut Nadi

Denyut nadi normal pada dewasa adalah 60-80 x per menit. Biasanya denyut nadi setelah melahirkan akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 x/menit, dan harus waspada kemungkinan ibu mengalami dehidrasi, infeksi atau pendarahan post partum.

c) Tekanan Darah

Tekanan darah kemungkinan tidak berubah dan mungkin akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena adanya pendarahan. Tekanan darah yang tinggi pada saat melahirkan yang menandakan terjadinya preeklampsia post partum.

d) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu tidak normal maka pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran pernafasan. Bila pernafasan pada masa post partum lebih cepat kemungkinan adanya tanda-tanda syok.

5. Perubahan psikologis post partum

Setelah persalinan yang merupakan pengalaman unik yang dialami ibu, masa nifas juga merupakan salah satu fase yang memerlukan adaptasi psikologis. Ikatan antara ibu dan bayi yang sudah lama terbentuk sebelum kelahiran akan semakin mendorong wanita untuk menjadi ibu yang sebenarnya. Inilah pentingnya rawat gabung atau rooming in pada ibu nifas agar ibu dapat leluasa menumbuhkan rasa kasih sayang kepada bayinya tidak hanya dari segi fisik seperti menyusui, mengganti popok saja tapi juga dari segi psikologis seperti menatap, mencium, menimang sehingga kasih sayang ibu dapat terus terjaga. Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase sebagai berikut :

a. *Fase taking in* (Periode ketergantungan)

Fase ini dimulai hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir. Pada fase ini Ibu juga membutuhkan perlindungan dan pelayanan.

b. *Fase taking hold*

Fase yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai 33 perasaan sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah. Kita perlu berhati-hati menjaga komunikasi dengan ibu. Dukungan moral sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu.

c. *Fase letting go*

Periode menerima tanggung jawab akan peran barunya ini dimulai 10 hari setelah kelahirannya, ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap terjaga untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini. Ibu akan percaya diri dalam menjalani peran barunya. Sistem keluarga telah menyesuaikan diri dengan anggotanya yang baru. Tubuh pasien telah sembuh, perasaan rutinya telah Kembali dan kegiatan hubungan seksualnya telah dilakukan Kembali (Setyaningrum, 2015)

6. Kebutuhan Masa Post Partum

Menurut Wahyuningsih (2019) menegaskan kebutuhan masa post partum yaitu sebagai berikut:

a. Nutrisi dan cairan

Kebutuhan nutrisi perlu diperhatikan karena apabila kebutuhan nutrisi

terpenuhi dan baik akan dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi pengelolaan ASI. Berikut adalah kebutuhan gizi yang baik saat ibu menyusui :

- 1) Konsumsi tambahan kalori 500 kalori setiap hari
- 2) Diet seimbang, protein, mineral dan vitamin
- 3) Minum sedikitnya 2 liter/hari (kurang lebih 8 gelas)

- 4) Konsumsi tablet tambah darah sampai 40 hari pasca persalinan.
- 5) Konsumsi vitamin A 200.000 unit.

b. Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah proses penyembuhan dengan cara tenaga kesehatan membimbing ibu post partum untuk bangun dari tidur sampai berjalan. Ibu post partum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam pasca persalinan. Hal ini harus dilakukan secara bertahap. Ambulasi dini tidak disarankan pada ibu post partum dengan masalah misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru- paru, demam dan lainnya.

Adapun keuntung dari ambulasi dini yaitu:

- 1) Ibu merasa lebih sehat
- 2) Fungsi usus dan kandung kemih lebih baik
- 3) Memungkinkan untuk mengajarkan ibu cara merawat bayi
- 4) Tidak ada pengaruh buruk terhadap proses pasca persalinan, tidak mempengaruhi penyembuhan luka, tidak menyebabkan pendarahan, tidak memperbesar kemungkinan prolaps atau retrotextio uteri.

c. Eliminasi

Setelah 6 jam post partum, diharapkan ibu dapat berkemih. Jika kandung kemih belum penuh atau lebih dari 8 jam belum berkemih disarankan melakukan kateringisasi. Hal-hal ini yang menyebabkan kesulitan berkemih (retensi urine) pada post partum seperti:

- 1) Berkurangnya tekanan intrakrania
- 2) Otot-otot perut masih lemah
- 3) Edema dan uretra
- 4) Dinding kandung kemih kurang sensitive
- 5) Ibu post partum diharapkan bias defekasi atau buang air besar setelah hari ke-2 post partum, jika hari ke-3 belum bias defekasi bisa diberi obat pencahar oral atau rektal.

d. Kebersihan diri

Pada masa post partum seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi, oleh karena itu keberhasilan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan yang sangat penting untuk tetap terjaga. Langkah-langkah yang dilakukan adalah:

- 1) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh terutama perineum
- 2) Mengajarkan ibu cara membersihkan alat kelamin dengan sabun dan air dari depan ke belakang. kelamin, menyarankan untuk tidak menyentuh daerah tersebut.

c. Istirahat dan Tidur

Ibu post partum dianjurkan beristirahat cukup dan melakukan kegiatan rumah secara bertahap. Kurangnya istirahat dapat mengurangi produksi ASI, memperlambat proses involusi dan depresi pasca persalinan.

D. Dampak Section Caesarea terhadap kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Maryunani (2015) Tindakan section caesarea ini sangat berdampak pada kebutuhan dasar manusia seperti :

1. Nyeri

Karena adanya luka post section caesarea menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan kerusakan sel sehingga merangsang pengeluaran enzim serotonin dan bradykinin yang akan merangsang reseptor impuls nyeri ke thalamus sampai ke serebri dan di persepsikan nyeri (Dongoes,E Marilyn, 2010)

2. Aktivitas

Klien pada post operasi section caesarea memiliki kemungkinan gangguan aktivitas, yang disebabkan luka setelah operasi, sehingga perlu dilakukannya mobilisasi dini untuk memulihkan kekuatan otot.(Maryunani, 2015)

3. Nutrisi dan cairan

Setelah 6 jam paska pembedahan maka ibu diberikan minum sedikit demi sedikit, klien dapat makan makanan yang lunak atau bisa pada hari pertama, (Maryunani, 2015)

4. Mobilisasi

Ibu dengan post operasi section caesarea sudah disarankan untuk melakukan mobilisasi dini dengan dapat menggerakkan kaki, tangan serta tubuhnya, kemudian dapat duduk pada jam ke 8-12 dan dapat berjalan setelah 24 jam pasca operasi, (Maryunani, 2015)

5. Personal Hygiene

Kebersihan diri ibu akan mengurangi sumber infeksi, memberi rasa nyaman, kebersihan yang harus dilakukan untuk menjaga kebersihan

yaitu dengan mandi, perawatan luka post operasi, perawatan gigi dan mulut, ibu post operasi section caesarea akan terbatas melakukan kebersihan diri, (Maryunani, 2015)

6. Resiko terjadinya infeksi

Karena adanya luka post sectio caesarea merupakan medium yang baik untuk pertumbuhan dan perkembangan bakteri yang akan menyebabkan infeksi, (Dongoes,E Marilyn, 2010)

7. Laktasi

Perubahan laktasi akan muncul struktur dan karakter panyudara. Laktasi di pengaruhi oleh hormon esterogen dan peningkatan prolaktin, sehingga terjadi pembentukan ASI, tetapi terkadang terjadi juga aliran darah di panyudara berurai dari uterus (involusi dan retensi darah di pembuluh panyudara maka akan terjadi bengkak dan penyempitan pada duktus intiverus, sehingga ASI tidak keluar dan muncul masalah keperawatan menyusui tidak efektif. (Nurarif&hardi, 2015)

8. Psikologis

Karena kurangnya pengetahuan klien tentang penyakitnya merupakan stressor yang merangsang saraf psikologis sehingga klien cemas, (Doengoes,E Marilyn, 2010)

9. Oksigen

Otak sangat bergantung dengan oksigen dalam darah, jika aliran darah pada tiap bagian otak terlambat, karena thrombus dan embolus dalam jaringan otak akan mengalami kekurangan oksigen, dalam 1 menit

kekurangan oksigen dapat mengarah pada gejala yang menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron (Siswanti, 2021).

E. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan suatu rangkaian kerja sistematis yang dilakukan oleh perawat dan pasien dalam upaya memenuhi kebutuhan pasien. Standar asuhan yang tercantum dalam standar Praktik Klinis Keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnose, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi (Purba, 2016).

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan pada post operasi *sectio caesarea* (SC) menurut sagita (2019) adalah sebagai berikut :

a. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, Pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnose medis

b. Identitas penanggung jawab

Pada bagian ini meliputi nama, umur, jenis kelamin, Pendidikan, pekerjaan, alamat, hubungan dengan klien.

c. Riwayat Kesehatan

1) Keuhan utama

Pada umumnya Ibu dengan Post Sectio Caesarea mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi, nyeri dikaji dengan istilah PQRST (Amin et al., 2017). Yaitu:

P (*palliative/provokatif*): apakah nyeri berkurang apabila beristirahat, apakah nyeri bertambah apabila beraktivitas, serta faktor apa yang meredakan nyeri (mis: Gerakan, istirahat, obat-obatan dan sebagainya). Biasanya pada ibu nifas dengan post section caesarea akan merasakan nyeri bertambah apabila banyak bergerak, batuk dan berubah posisi tidur dan nyeri berkurang apabila ibu istirahat.

Q (*quantity/quality*): merupakan kualitas keluhan yang dirasakan klien. Keluhan yang dirasakan nyeri pada luka ibu post operasi section caesarea umumnya merasakan nyeri seperti tertusuk-tusuk atau tersayat-sayat

R (*region/radiation*): merupakan penyebaran dari keluhan yang dirasakan menjalar, yaitu daerah dimana yang mengalami gangguan dan cenderung merasakan nyeri di area insisi bekas operasi section caesarea atau di bawah abdomen dan terkadang juga menyebar sampai pada simpisis pubis.

S (*Skala/severity*): merupakan intensitas nyeri yang dirasakan pada klien section caesarea dari rentang 0-10 dengan keterangan, tidak nyeri (0), nyeri ringan (1-3), nyeri sedang (4-6), nyeri berat (7-10)

T (*time*): merupakan waktu timbulnya keluhan, seperti apakah nyeri timbul kadang- kadang, terus menerus bahkan sampai beberapa lama keluhan bisa berlangsung, bisa hilang timbul, (Wijayanti, 2014).

2) Riwayat Kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi *Sectio Casesarea*, yang nantinya akan membantu membuat rencana tindakan terhadap pasien. Riwayat pada saat sebelum inpartus di dapatkan cairan yang keluar pervaginam secara spontan kemudian tidak di ikuti tanda-tanda persalinan.

3) Riwayat Kesehatan dahulu

Didapatkan data klien pernah memiliki riwayat *Sectio Caesarea* (SC) sebelumnya, panggul sempit, serta letak bayi sungsang. Meliputi penyakit yang lain juga dapat mempengaruhi penyakit sekarang, seperti adanya penyakit Diabetes Melitus, jantung, hipertensi, hepatitis, abortus, dan penyakit kelamin.

4) Riwayat Kesehatan keluarga

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

5) Riwayat perkawinan

Pada Riwayat perkawinan hal yang dikaji adalah menikah sejak usia berapa, lama pernikahan, berapa kali menikah, status pernikahan saat ini.

6) Riwayat obstetric dan ginekologi

a) Riwayat ginekologi

Mengkaji kandungan diluar kehamilan seperti menarche atau menstruasi, siklus haid, banyaknya haid, keluhan apakah ada dismenore atau tidak, sifat darah, kemudian Riwayat kontrasepsi apakah sebelumnya pernah memakai KB atau belum, dan jenis KB apa yang digunakan. (Atin, 2016)

b) Riwayat obstetric

Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, Riwayat persalinan sebelumnya, kehamilan beberapa, usia melahirkan, usia kehamilan, BB/PB, anak beberapa, tempa persalinan

7) Riwayat persalinan yang 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* yang lalu.

8) Riwayat persalinan sekarang

Meliputi tanggal persalinan, jenis persalinan, lama persalinan, jenis, kelamin anak, keadaan anak.

9) Riwayat keluarga berencana (KB)

Pengkajian Riwayat KB dilakukan untuk mengetahui apakah klien pernah ikut program KB, jenis kontrasepsi, apakah terdapat keluhan dan masalah dalam penggunaan kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas ini akan menggunakan alat kontrasepsi apa.

d. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Pada umumnya pada klien dengan post operasi tidak dijumpai dengan penurunan kesadaran, kemungkinan ditemui klien tampak meringis, gelisah karena nyeri serta penampilan biasanya lemah.

2) Kesadaran

Normal ibu saat melahirkan kesadarannya masih composmentis. Namun kesadaran pada ibu post partum SC tergantung pada kondisi ibu bisa berada di kesadaran somnolen sampai delirium (Wahyuningsing, 2019).

3) Perubahan berat badan

Normalnya ibu setelah melahirkan akan kehilangan berat badan sekitar 5-6 kg dan akan kehilangan 3-5 kg lagi dalam minggu pertama masa nifas (Ayati& Sulityawati, 2017).

4) Tanda tanda vital

Pada klien post section caesarea (SC), terkadang tekanan darah menurun akibat *sectio caesarea*, nadi kemungkinan cepat apabila klien cemas dan suhu meningkat jika terjadi infeksi.

- a) Nadi dan suhu diatas normal dapat menunjukkan kemungkinan adanya infeksi
- b) Tekanan darah mungkin sedikit meningkat karena upaya untuk persalinan dan kelelahan, tekanan darah yang menurun perlu di waspadai kemungkinan adanya pendarahan

5) Pemeriksaan fisik (*Head To Toe*)

a) Kepala

Pengkajian kepala dalam bentuk dan fungsi kepala, dimulai dengan inspeksi kemudian palpasi. Saat inspeksi amati kesimetrisan muka dan tengkorak, warna dan distribusi rambut, kulit kepala, adanya massa, pembekakan dan nyeri tekan.

c) Wajah

(1) Mata

Pada pemeriksaan mata pada ibu post SC inspeksi eksternal mata seperti pemeriksaan bola mata biasanya didapatkan data mata yang simetris sklera mata tidak ikterik, pembengkakan kelopak mata, perhatikan apakah ada edema periorbita terkadang konjungtiva anemis dikarenakan proses persalinan yang mengalami pendarahan, dan tanyakan keluhan visual dengan cara mengkaji visus/ketajaman mata pasien apakah penglihatan menjadi kabur/tidak, pemeriksaan reflex cahaya sensitive atau tidaknya terhadap cahaya, (Sari. L, 2020)

(2) Hidung

Inspeksi tentang kesimetrisan lubang hidung, warna kulit, adanya pembekakan atau sumbatan, secret popil dan kaji pernapasan cuping hidung. Palpasi senus maksilaris,

frontalis, apakah ditemukan nyeri tekan dan kaji fungsi penciuman.

(3) Telinga

Pada pemeriksaan telinga akan tampak simeteris, bersih tidak ada kotoran telinga atau serumen, dan tidak ada keainan pendngaran jika tidak ada penyakit yang bekaitan, (Sari.L, 2020).

(4) Mulut, gigi dan lidah

Pada pemeriksaan mulut dan gigi biasanya ibu post section caesarea mulut akan tampak bersih, mukosa bibir lembab, kelengkapan gigi dan karies gigi tergantung pada riwayat ibu mengenai kesehatan giginya dan umumnya ibu tidak akan mengalami kelainan bicara, (Sari,L.2020).

c) Leher

Kaji kesimetrisan, warna kulit leher, pergerakan leher, apakah ada pembesaran tyroid, pembesaran kelenjar getah bening dan peningkatan vena jugularis.

d) Dinding dada

Kaji kebersihan, warna kulit, apakah ada retraksi dinding dada, apakah ada nyeri tekan

(1) Jantung

Pada pemeriksaan jantung ibu post section caesarea biasanya tidak ada tanda-tanda murmur jantung atau adanya

suara jantung tambahan. Bentuk jantung biasanya normal dan tidak ada nyeri dada yang abnormal pada ibu. Denyut nadi akan sedikit meningkat namun masih teraba direntang normal yaitu 60-100x/menit. Jika denyut nadi lebih dari 100x/menit harus di waspadai adanya infeksi (Wulan, Tetty, & Devi, 2023).

(2) Paru-paru

Pada paru-paru bentuk dada tidak ada yang berubah, dada pergerakannya simetris, pola nafas tergantung pada keadaan ibu saat setelah persalinan dan umumnya tidak ada reteraksi dada serta saat di palpasi juga biasanya tidak ada nyeri tekan. Perkusi sonor dan saat di lakukan auskultasi kemungkinan ada ronkhi. Hal ini di sebabkan pada ibu post section caesarea mengalami penurunan fungsi paru selama proses operasi berlangsung karena efek anastesi yang dilakukan. Sekret yang meningkat akan menyebabkan penumpukan secret dalam jalan napas. Efek tersebutlah yang memungkinkan ibu akan merasa ingin batuk setelah melahirkan, saturasi akan menurun dan respirasi pernapasan normal, (Silfianingsih, 2022)

(3) Payudara

Pada pemeriksaan payudara akan ditemukan data hiperpigmentasi areola mammae serta penonjolan dari papilla

mamae efek dari hormon kehamilan dan peralihan. Adanya nyeri atau keras pada payudara biasanya menggambarkan adanya proses produksi ASI pada payudara ibu. Pada post Op day 0 paska bedah caesarea kemungkinan ibu masih belum mengeluarkan ASI karena laktasi yang belum sempurna. Namun setelah 2 hari kemudian atau kolostrum biasanya akan keluar, kadang-kadang akan terasa penuh dan sakit. Hal ini disebabkan bertambahnya peredaran darah ke payudara serta mulainya laktasi yang sempurna. Kolostrum atau ASI pertama yang keluar yaitu akan berwarna kuning. Kolostrum diproduksi oleh tubuh di usia kehamilan sekitar 12 minggu. Kolostrum ini mengandung sel darah putih yang bermanfaat untuk system imun pada bayi (Ayati & Sulistyawati, 2017).

(4) Abdomen

Pada pasien post section caesarea, terdapat luka operasi yang tertutup verban, kaji bentuk luka, biasanya bentuk atau jenis luka sayatan post section caesarea adalah horizontal, sayatan vertical, sayatan kombinasi. Lakukan pula pengkajian tanda-tanda infeksi seperti : tumor, rubor, dolor, dan fungsiolesa pada ibu post section caesarea. Saat di infeksi terdapat *linea nigra*, *striae gravidarum* (gurat peregangan) yang ditimbulkan karena adanya

hiperpigmentasi karena proses hormonal dan peregangan semasa hamil. Lakukan palpasi TFU pada 12 jam setelah melahirkan sejajar dengan pusat, POD 1 TFU akan turun 1 jari dibawah pusat dan POD 2 akan turun 2 jari dibawah pusat. TFU akan menurun secara bertahap setelah melahirkan karena uterus Kembali ke ukuran dan posisi semula (Wahyuningsih, 2019). Keadaan perut yang keras menunjukkan kontraksi uterus yang baik dan dapat membantu mengurangi risiko pendarahan, sementara perut yang lembek menunjukkan sebaliknya dan dapat merangsang kontraksi dengan pijatan. Saat dilakukan bunyinya thympani, kandung kemih teraba kosong karena terpasang kateter, auskultasi bising usus pada pasien SC biasanya terdengar dalam waktu 4-14 jam dengan frekuensi 4-5x/menit keadaan puasa (1 bising usus tiap 15-20 detik), pada keadaan setelah makan maka bising usus akan meningkat skitar 5-30x/menit, (Wahyuningsih, 2019).

(5) Genetalia dan anus

Inspeksi pengeluaran lochea rubra, bagaimana warnanya, banyaknya, bau, serta adakah edema vulva, biasanya pasien masih menjalankan perawatan kateter dengan urine yang bercampur darah pada 24 jam post section caesarea. Dan pada anus biasanya terjadi hemoroid karena tekanan

pembuluh darah yang ada di sekitar Rahim dan dubur. Pada 12 jam setelah melahirkan terdapat pengeluaran lochea rubra yang berwarna merah ke hitaman. Pada 12 jam pasien post SC masih menjalankan perawatan kateter urine karena pasien belum bisa meakukan aktivitas secara mandiri (Wahyuningsih, 2019).

(6) Ekstremitas

a. Ekstremitas atas

Kaji kesimetrisan antara kanan dan kiri, terpasang infus pada salah satu ekstremitas kiri atau kanan, warna kulit, apakah ada varises, periksa kelengkapan jari, sianosis, kekuatan otot menurun, turgor kulit, CRT, apakah ada edema, reflek bisep dan trisep ROM menurun, pada post SC terpasang infus dan mengalami keterbatasan gerak

b. Ekstremitas bawah

Inspeksi kesimetrisan antara kanan dan kiri, wana kulit, apakah ada varises, periksa kelengkapan jari, sianosis, kekuatan otot, turgor kulit, CRT, kekuatan otot akan menurun. ROM juga menurun karena adanya nyeri. Hal ini mengakibatkan pasien mengalami kelemahan dan keterbatasan gerak. *Reflek patella* (++), *Human sign* (-), jika *Human sign* (+) mengindikasikan pasien

mengalami tromboflebitis. *Reflek patella* (++) Dimana derajat refleks patella dikelaskan dengan nilai 0 sampai 4+

(a) 4+ : Hiperaktif dengan klonus terus menerus

(b) 3+ : Hiperaktif

(c) 2+ : Normal

(d) 1+ : Hipoaktif

(e) 0: Tidak ada refleks

Hasil 2+ untuk ibu pos SC dinilai normal, jika lebih dari 2+ pasien harus di pantau karena kemungkinan ada resiko tpksifikasi pemberian obat atau adanya tanda preeklamsia yang masih ada

e) Pola fungsi Kesehatan

(1) Pola persepsi dan konsep diri

Gambaran diri : Kaji gambaran diri klien apakah klien senang atas kelahirannya saat ini atau tidak

Ideal diri : Kaji ideal diri klien, tanyakan apa harapan saat ini setelah kelahirannya.

Harga diri : Kaji penilaian pribadi, terhadap dirinya sendiri, apakah klien malu atau tidak dengan perubahan fisiknya

setelah melahirkan operasi *section caesarea*

Peran diri : Kaji penilaian klien terhadap, diri sendiri sebagai seorang istri bagi suaminya dan ibu bagi anaknya.

Identitas diri : Biasanya klien akan mengatakan identitas dirinya sebagai perempuan

f) Pola hubungan dan peran

Kaji bagaimana hubungan klien dengan suami dan keluarganya apakah harmonis atau tidak, apakah klien dan keluarga kooperatif dengan semua Tindakan keperawatan

g) Pola reproduksi dan seksual

Kaji apakah selama hamil klien melakukan hubungan suami istri atau tidak, serta apakah setelah melahirkan nanti akan menggunakan alat kontrasepsi apa.

h) Pola penanggulangan stress

Kaji apakah klien ada masalah apakah selalu membicarakannya kepada orang terdekatnya atau tidak.

i) Aspek psikologi, sosial dan spiritual

a) Pada hari ke 1 biasanya klien mengalami

(1) *fase taking in*, fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakan kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi posesif terhadap lingkungan. Oleh karena itu, kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik.

(2) *Fase taking hold*

Fase yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai 33 perasaan sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah. Kita perlu berhati-hati menjaga komunikasi dengan ibu. Dukungan moral sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu.

(3) *Fase letting go*

Periode menerima tanggung jawab akan peran barunya ini dimulai 10 hari setelah kelahirannya, ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap terjaga untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini. Ibu akan percaya diri dalam menjalani peran barunya.

Sistem keluarga telah menyesuaikan diri dengan anggotanya yang baru. Tubuh pasien telah sembuh, perasaan rutinya telah Kembali dan kegiatan hubungan seksualnya telah dilakukan Kembali (Setyaningrum, 2015)

- b) Klien dengan *post section caesarea* akan merasakan adanya rasa nyeri yang menghambat aktivitas sehari-hari sehingga perlu dikaji akibat penyakitnya terhadap proses sosialisasi klien. Kaji juga terhadap hubungan interpersonal klien dengan keluarganya selama klien di rawat.
- c) Kaji agama yang di anut oleh klien, apakah selama klien dirumah sakit tetap menjalankan ibadahnya atau tidak.
- d) Pola aktivitas sehari-hari (ADL)

(1) Pola nutrisi

Klien setelah operasi pemenuhan nutrisinya selama puasa melalui infus dan setelah 6 jam baru diberikan minum secara bertahap dan setelah 8 jam baru diberikan makanan lunak, tapi bila klienn dengan lumbal fungsi langsung di beri makan, minum seperti biasanya, bahkan anjurkan banyak minum, nafsu makan, frekuensi minum, jenis serta jumlahnya

(2) Pola eliminasi (BAK dan BAB)

Meliputi beberapa kali BAB, konsistensi, warna bau, da klien dengan post section caesarea untuk BAK sudah memki diapers.

(3) Istirahat tidur

Pada klien dengan post section caesarea pada hari pertama mengalami gangguan istirahat tidur karena adanya rasa nyeri pada daerah operasi dan ada rasa yang tidak enak pada uretra akibat terpasangnya dower cateter. Kaji kebiasaan tidur, lamanya serta adanya gangguan atau tidak.

(4) Personal hygiene

Klien dengan post section caesarea pada hari pertama dan sebelum cateter dibuka klien membutuhkan orang lain untuk membersihkan diri dalam hal ini klien harus dimandikan. Kaji meliputi kebersihan kulit, rambut, mulut dan gigi, pakaian dan vulva hygiene.

(5) Aktivitas

Pola aktivitas dapat terganggu dengan adanya rasa nyeri pada daerah operasi sehingga klien membatasi Gerakan dan aktivitas dibantu oleh keluarganya.

e) Data penunjang

(1) Hitung darah lengkap

(a) Hemoglobin mungkin rendah akibat dari pengeluaran darah yang banyak sehingga terjadinya volume plasma darah yang meningkat.

(b) Leukosit untuk mengetahui kemungkinan terjadinya infeksi atau kemungkinan terjadinya sepsis.

(c) Trombosit untuk mengetahui jumlah trombosit serta

peranya dalam pembekuan darah, sehingga akan diketahui waktu pembekuan darah.

(d) Pemeriksaan jumlah tiroksin akibat pengaruh dan hormone Estogren.

(2) Urinalis : Untuk menentukan kadar albumin/glukosa

2. Analisa Data

Analisa data merupakan tingkat akhir dalam tahap pengkajian setelah dilakukan validasi data, melalui identifikasi pola atau masalah dapat diketahui gangguan atau masalah keperawatan yang terdapat pada fungsi kesehatan, seperti pada persepsi, tatalaksana kesehatan, pada aktivitas, pola nutrisi metabolisme, dll.

Tabel 2. 2 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Diagnosa
1.	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif mengeluh nyeri Objektif 1) Tampak meringis 2) Bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri) 3) Gelisah 4) Ffrekuensi nadi meningkat 5) Frekuensi darah meningkat 6) Pola nafas berubah 7) Sulit tidur Gejala dan tanda minor Subjektif Tidak tersedia Objektif 1) Tekanan darah meningkat 2) Pola nafas berubah	Adanya luka operasi yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter bradikardin, serotonin, histamin, dan serotonin rangsangan ini di hantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri yang di persepsikan sebagai nyeri	(D. 0077) Nyeri akut

No	Data	Etiologi	Diagnosa
	3) Nafsu makan berubah 4) Proses berfikir terganggu 5) Menarik diri 6) Berfokus pada diri sendiri 7) Diaphoresis		
2.	Definisi Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik Faktor Risiko : a. Penyakit kronis (mis. Diabetes melitus b. Efek prosedur invasive c. Malnutrisi d. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan e. Ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer: 1) Gangguan peristaltic 2) Kerusakan integritas kulit 3) Perubahan sekresi Ph 4) Penurunan kerja silirasi 5) Ketuban pecah lama 6) Ketbunan pecah sebelum waktunya 7) Merokok 8) Status cairan tubuh f. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder 1) Penurunan hemoglobin 2) Imunosupresi 3) Supresi respon inflamasi 4) Vaksinasi tidak adekuat Kondisi klinis terkait a. AIDS b. Luka bakar c. Penyakit paru obstruktif kronis d. Diabetes melitus e. Tindakan invasive	Luka post operasi menyebabkan adanya luka yang merupakan media yang baik untuk tubuh dan berkembang bakteri sehingga menimbulkan infeksi	(D. 0142) Resiko infeksi

No	Data	Etiologi	Diagnosa
	f. Kondisi penggunaan terapi steroid g. Penyalahgunaan obat h. Ketuban pecah sebelum waktunya(KPSW) i. Kanker j. Gagal ginjal k. Imunosupresi l. Lympedema m. Leukositopenia n. Gangguan fungsi hati		
3.	Gejala dan tanda mayor Subjektif Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif 1) Kekuatan otot menurun 2) Rentang gerak (ROM) menurun Gejala dan tanda minor 1) Nyeri saat bergerak 2) Enggan melakukan pergerakan 3) Merasa cemas saat bergerak Objektif 1) Sendi kaku 2) Gerakan tidak terkoordinasi 3) Gerakan terbatas	Pasien dengan pos sc mengalami penurunan kekuatan atau kelemahan fisik karena nyeri sehingga kebutuhan ADL nya harus dibantu	(D. 0054) Gangguan mobilitas fisik
4.	Gejala tanda mayor Subjektif 1) Menolak melakukan perawatan diri Objektif 2) Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri 3) Minat melakukan perawatan diri kurang Gejala tanda minor subjektif tidak tersedia Objektif tidak tersedia	Kontraksi uterus mengakibatkan involusi tidak adekuat menyebabkan perdarahan, hemoglobin yang menurun dapat menyebabkan kurangnya O ₂ sehingga terjadi kelemahan dan menyebabkan deficit perawatan diri	(D. 0109) Defisit Perawatan diri
5.	Gejala dan tanda mayor Subjektif: 1. Kelelahan maternal	Tindakan <i>61ection caesarea</i> ini akan mengalami	(D.0029) Menyusui tidak efektif

No	Data	Etiologi	Diagnosa
	2. Kecemasan maternal Objektif: 1) Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu 2) ASI tidak menetes 3) BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam 4) Nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua Gejala dan tanda minor Subjektif: (Tidak tersedia) Objektif: 1. Intake bayi tidak adekuat 2. Bayi menghisap tidak terus menerus 3. Bayi menangis saat disusui	keterlambatan proses kadar oksitosin dan prolactin untuk merangsang pengeluaran ASI sehingga asi tidak keluar dan terjadi menyusui tidak efektif	
6.	Gejala dan tanda mayor Subjektif : 1) Menanyakan masalah yang dihadapi Objektif 2) Menunjukkan perilaku yang tidak sesuai 3) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah Gejala dan tanda minor Subjektif (Tidak tersedia) Objektif Menjalani pemeriksaan yang tepat menunjukkan perilaku berlebihan(mis. Apatis, bermusuhan, agitasi, hysteria)	Adanya luka post section caesarea, muncul tanda dan gejala nyeri pada daerah luka, sehingga klien tidak tahu apa yang harus di lakukan, kurang terpapar informasi tentang operasi deficit pengetahuan	Defisit pengetahuan (D. 0111)
7.	Definisi Beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak. Faktor Risiko 1) Keabnormalan masa prothrombin dan/atau masa tromboplastin parsial 2) Penurunan kinerja ventrikel kiri	Tekanan darah meningkat lalu ke vasokontraksi serebral dan menyebabkan aliran darah ke otak terganggu sehingga oksigen menurun	Resiko perfusi serebral tidak efektif (D. 0017)

No	Data	Etiologi	Diagnosa
	3) Aterosklerosis aorta 4) Diseksi arteri 5) Fibrilasi atrium 6) Tumor otak 7) Stenosis karotis 8) Miksoma atrium 9) Aneurisma serebri 10) Koagulopati (mis. Anemia sel sabit) 11) Dilatasi kardiopati 12) Cedera kepala 13) Koagulasi intravaskuler diseminata 14) Embolisme 15) Hiperkolesteromia 16) Hipertensi 17) Endokarditis infeksi 18) Katup prostetik mekanis 19) Stenosis mitral 20) Neoplasma otak 21) Infark miokard akut 22) Sindrom <i>sick</i> sinus 23) Penyealahgunaan zat 24) Terapi trombolitik 25) Efek samping Tindakan (mis. Tindakan operasi <i>bypass</i>) Kondisi klinis terkait 1) Stroke 2) Cedera kepala 3) Aterosklerotik aortic 4) Infark miokard akut 5) Diseksi arteri 6) Embolisme 7) Endokarditis infeksi 8) Fibrilasi atrium 9) Hiperkolesterolemia 10) Hipertensi 11) Dilatasi kardiomiopati 12) Koagulasi intravaskular diseminata 13) Miksoma atrium 14) Neoplasma otak 15) Segmen ventrikel kiri akinetic 16) Sindrom sick sinus 17) Stenosis carotid 18) Stenosis mitral 19) Hidrosefalus		

No	Data	Etiologi	Diagnosa
	20) Infeksi otak (mis, meningitis, ensefalitis, abses serebri)		

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian yang dibuat hanya setelah pengumpulan data yang sistematis dan menyeluruh. Diagnosis ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi Kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah Kesehatan. Tanda dan gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien. Metode penulisan diagnosis ini dilakukan pada diagnosis aktual terdiri atas masalah, penyebab dan tanda gejala. Tujuan dari diagnosis keperawatan adalah mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga, komunitas, terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017).

Kemungkinan diagnose keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan *post section caesarea* adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D. 0077)
- b. Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive SC (D. 0142)
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D. 0054)
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D. 0109)
- e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan prosedur infasive (D. 0028)
- f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D. 0111)
- g. Risiko perfusi serebral tidak efektif di buktikan dengan hipertensi (D. 0017)

4. Perencanaan keperawatan

Menurut SIKI (2018) intervensi keperawatan adalah segala perawatan yang dikerjakan oleh perawat yang di dasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan yang diharapkan.

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Tujuan : setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Tekanan darah membaik
- 4) Pola tidur membaik
- 5) Sikap protektif menurun

(SLKI, 2018)

Tabel 2. 3 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 1

Intervensi	Rasional
Intervensi utama Manajemen nyeri (I.08238) Observasi 1) Identifikasi skala nyeri 2) dentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3) Identifikasi respon nyeri non verbal 4) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5) Identifikasi budaya terhadap respon nyeri 6) Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 7) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan 8) Monitor efek samping penggunaan obat Terapeutik	Observasi 1) Untuk mengetahui perkembangan nyeri klien menurun atau tidak 2) Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3) Untuk mengetahui bagaiman respon nyeri non verbal 4) Untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5) Untuk mengetahui budaya terhadap respon nyeri 6) Untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7) Untuk mengetahui dan menilai keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan

Intervensi	Rasional
1) Berikan Teknik non farmakologis (Teknik nafas dalam) 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3) Fasilitasi tidur 4) Pertimbangkan jenis dan sumber dalam pemilihan startegi meredakan nyeri Edukasi 1) Ajarkan Teknik relaksaksi untuk mengurangi nyeri 2) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 3) Jelaskan strategi meredakan nyeri 4) Anjurkan memonitor nyeri secara berkala 5) Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat Kolaborasi 1) Pemberian analgetik jika perlu.	8) Untuk melihat dan mengetahui efek samping penggunaan obat. Terapeutik 1) Untuk menurunkan tingkat nyeri 2) Agar lingkungan dapat terkontrol dan dapat memberikan kenyamanan 3) Untuk memberikan istirahat tidur 4) Untuk mengetahui perbedaan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1) Agar mengetahui cara meredakan nyeri 2) Untuk mengetahui penyebab, periode, dan pemicu nyeri 3) Untuk mengetahui strategi meredakan nyeri 4) Dapat mengetahui Teknik untuk meredakan nyeri secara non farmakologis 5) Untuk membantu meredakan nyeri Kolaborasi 1) Untuk meredakan nyeri

b. Resiko infeksi di buktikan dengan efek prosedur invasive SC (D. 0142)

Tujuan : Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan

infeksi klien tidak terjadi dengan kriteria hasil:

- 1) Tidak ada pembengkakan nyeri
- 2) Nyeri menurun kadar sel darah putih membaik

Tabel 2. 4 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 2

Intervensi	Rasional
Intervensi utama Perawatan luka (I. Observasi 1) Memonitor Karakteristik luka 2) Memonitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 1) Batasi jumlah pengunjung 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien 3) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan	Observasi 1) Untuk mengetahui karakteristik luka 2) Untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda dan gejala infeksi Terapeutik 1) Untuk meningkatkan kenyamanan klien 2) Untuk mencegah infeksi nosocomial 3) Untuk membantu proses keperawatan 4) Untuk membantu membersihkan luka

Intervensi	Rasional
4) Bersihkan dengan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 5) Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 6) Pasang balutan sesuai jenis luka 7) Pertahankan Teknik steril saat memerlukan perawatan luka Edukasi 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri. Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu	5) Untuk membantu proses pemulihan luka 6) Untuk membantu melindungi luka 7) Untuk mencegah infeksi pada area luka. Edukasi 1) Dengan menjelaskan tanda dan gejala infeksi diharapkan klien mengetahui tanda dan gejala infeksi 2) Untuk membantu proses pemulihan 3) Agar klien bisa merawat luka secara mandiri Kolaborasi 1) Untuk membantu mengurangi infeksi bakteri.

c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D. 0054)

Tujuan : Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan

mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat
- 4) Nyeri berkurang
- 5) Kelemahan fisik menurun

Tabel 2. 5 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 3

Intervensi	Rasional
Intervensi utama Dukungan mobilisasi (I. 05173) Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi aktifitas melakukan pergerakan 3) Monitor frekuensi jantung tekanan darah sebelum mobilisasi 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	Observasi 1) Untuk mengetahui ada atau tidaknya nyeri atau keluhan fisik pada klien 2) Untuk mengetahui frekuensi 3) Untuk mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah klien sebelum mobilisasi

Intervensi	Rasional
Terapeutik 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3) Ajarakan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal: duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi). Intervensi pendukung Dukungan perawatan diri, edukasi Latihan fisik Latihan otogenik, manajemen program Latihan, pencegahan jatuh, Teknik Latihan penguatan otot.	4) untuk mengetahui jenis Latihan sesuai kondisi kesehatan 5) Untuk merelaksasikan tubuh klien Terapeutik 1) Memberi bantuan kepada pasien saat akan melakukan mobilisasi 2) Meningkatkan status mobilisasi klien 3) Agar keluarga berperan dalam membantu klien dalam proses penyembuhan Edukasi 1) Untuk mengetahui jenis Latihan yang sesuai dengan kondisi kesehatan klien 2) Untuk mengurangi resiko kekakuan dan kelemahan otot 3) Melatih kekuatan otot dan pergerakan klien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi.

d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D. 0109)

Tujuan : setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan

perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Kemampuan mandi meningkat
- 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
- 3) Kemampuan ke toilet meningkat
- 4) Minat melakukan perawatan diri meningkat

Tabel 2. 6 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 4

Intervensi	Rasional
Intervensi utama Dukungan perawatan diri (I. 11103) Observasi 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Monitor tingkat kemandirian 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian berhias, dan makan. Terapeutik	Observasi 1) Untuk mengetahui kebiasaan klien 2) Untuk mengetahui tingkat kemandirian klien 3) Untuk membantu kebutuhan dasar klien Terapeutik 1) Agar klien tidak dibutuhkan 2) Agar bisa membingbing klien 3) Membantu klien dalam melakukan perawatan diri

1) Dampingi Dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 2) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu 3) Jadwalkan rutinitas rutin perawatan diri Edukasi 1) Anjurkan melakukan perawatan secara konsisten sesuai kemampuan Intervensi pendukung Dukungan tanggung jawab pada diri sendiri, manajemen lingkungan, perawatan perineum	4) Agar klien dapat melakukan perawatan diri sesuai jadwal yang dibuat Edukasi 1) Membiasakan klien melakukan perawatan diri.
--	--

e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan hormone oksitosin dan prolactin adekuat (D. 0028)

Tujuan : Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan kemampuan memeberikan ASI secara payudara kepada bayi membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Tetesan/pancaran ASI meningkat
- 2) Suplai ASI adekuat meningkat
- 3) Intake bayi meningkat
- 4) Hisapan bayi meningkat

Tabel 2. 7 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 5

Intervensi	Rasional
Intervensi utama: Edukasi menyusui (I. 12393) Observasi : 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik 1) Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 2) Jadwalkan Pendidikan Kesehatan pasien 3) Berikan kesempatan untuk bertanya	Observasi : 1) Untuk mengetahui kesiapan diri 2) Agar mengetahui keinginan pasien terhadap menyusui bayinya Terapeutik 1) Untuk menunjang kegiatan Pendidikan kesehatan 2) Agar klien siap saat diberikan Pendidikan Kesehatan 3) Agar klien bisa bertanya 4) Agar klien merasa lebih percaya diri untuk menyusui bayinya

Intervensi	Rasional
4) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 3) Libatkan system pendukung, suami, keluarga, tenaga kesehatan Edukasi 1) Berikan konseling menyusui 2) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 3) Ajarkan 4 posisi menyusui 4) Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. Memerah ASI, pijat oksitosin, pijat payudara) Intervensi utama lain : Konseling laktasi Intervensi pendukung Dukungan emosional, edukasi, nutrisi bayi, edukasi orangtua: fase bayi, konseling nutrisi, pemeberian kesempatan menghisap pada bayi, pemeriksaan payudara, perencanaan payudara, perencanaan peluang, pronosi perelaktan, reduksi ansietas, terapi relaksasi.	Edukasi 1) Agar klien paham mengenai menyusui 2) Agar klien mengetahui manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 3) Agar klien tahu posisi menyusui yang baik dan benar 4) Agar produksi ASI meningkat

f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D. 0111)

Tujuan : Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x24 jam

dirahapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang topik meningkat
- 2) Verbalisasi minat dalam belajar meningkat
- 3) Pertanyaan tentang masalah yang di hadapi menurun

Tabel 2. 8 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 6

Intervensi	Rasional
Intervensi utama Edukasi Kesehatan (I. 12383) Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 2) Siapkan materi dan media Pendidikan Kesehatan	Observasi 1) Untuk mengetahui kesiapan klien menerima informasi Terapeutik 2) Agar mempermudah menyampikan materi supaya menarik klien untuk belajar

3) Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 4) Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1) Jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 2) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat Intervensi pendukung Edukasi perawatan luka post <i>section caesarea</i>	3) Dengan adanya kesepakatan waktu Pendidikan kesehatan klien lebih siap menerima informasi tersebut 4) Meningkatkan pemahaman pasien tentang materi Pendidikan kesehatan Edukasi 1) Agar klien dapat mengetahui hal yang dapat memperbaiki dan memperburuk kesehatan 2) Untuk meminimalisir komplikasi yang timbul Serta meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.
--	---

g. Risiko perfusi serebral tidak efektif di buktikan dengan hipertensi (D. 0017)

Tujuan : Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan

perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Tingkat kesadaran meningkat (5)
- 2) Tingkat kranial menurun (5)
- 3) Sakit kepala menurun (5)
- 4) Nilai rata-rata tekanan darah membaik (5)

Tabel 2. 9 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 7

Intervensi	Rasional
Manajemen peningkatan tekanan intracranial (I. 06194) Observasi 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK 3) Monitor MAP 4) Monitor CVP 5) Monitor PAWP jika perlu 6) Monitor LCP jika tersedia 7) Monitor CPP 8) Monitor gelombang LCP 9) Monitor status pernapasan 10) Monitor intake dan output cairan Terapeutik 1) Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2) Berikan posisi semi powler	Observasi 1) Untuk mengetahui penyebab TIK 2) Agar mengetahui tanda dan gejala peningkatan TIK 3) Untuk mengetahui nilai dari MAP 4) Untuk mengetahui CVP 5) Untuk mengetahui nilai LCP 6) Untuk mengetahui gelombang LCP 7) Untuk mengetahui nilai dari CPP 8) Untuk mengetahui gelombang LCP 9) Agar mengetahui respirasi klien 10) Untuk mengetahui status intake dan output cairan Terapeutik 1) Agar klien merasa nyaman dan tenang

Intervensi	Rasional
3) Cegah terjadinya kejang 4) Atur ventilator agar PaCo ₂ optimal Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsi jika perlu 2) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis jika perlu.	2) Untuk menghindari kejang 3) Agar klien nyaman 4) Agar PaCo ₂ tetap terpantau optimal Kolaborasi 1) Untuk mengatasi fungsi system saraf dan kejang/epilepsy 2) Untuk mengatasi peningkatan produksi urine

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan pelaksanaan rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditujukan untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan untuk kesuksesan implementasi keperawatan supaya sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus mempunyai keahlian kognitif, hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Hadinata & Abdillah, 2021).

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan dan perbaikan. Dalam evaluasi, perawat menilai reaksi pasien terhadap intervensi yang telah diberikan dan menetapkan apa yang menjadi sasaran dari rencana keperawatan dapat diterima. Perawat menetapkan kembali informasi baru yang diberikan kepada pasien untuk mengganti atau menghapus diagnosa keperawatan, tujuan atau intervensi keperawatan.

Evaluasi juga membantu perawat dalam menentukan target dari suatu hasil yang ingin dicapai berdasarkan keputusan bersama antara perawat dan pasien.

(Hadinata & Abdillah, 2021).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama	: Ny.C
Umur	: 22 tahun
Alamat	: kp,cibarengkok, kec, Bungbulang
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Suku Bangsa	: Sunda
Status Perkawinan	: Kawin
Tanggal masuk	: 21 April 2025
Tanggal pengkajian	: 21 April 2025
Tanggal operasi	: 21 April 2025
Jam operasi	: 09.20 WIB
Diagnosa medis	: Post Op SC PEB
No Rekam Medik	: 01445790

2) Identitas penanggung jawab

Nama	: Tn. y
Umur	: 25 tahun

Agama : Islam
 Jenis Kelamin : Laki-Laki
 Alamat : kp,cibarengkok kec,Bungbulang
 Pendidikan : SMA
 Status Perkawinan : Kawin
 Hubungan dengan klien : Suami

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Klien mengatakan nyeri pada luka post op sc di bagian abdomen bawah.

2) Riwayat Kesehatan sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 21 april 2025 pukul 14.00 WIB, klien mengeluh nyeri pada bagian luka bekas operasi SC, nyeri bertambah berat apabila klien bergerak dan nyeri berkurang Ketika diistirahatkan, nyeri dirasakan seperti di sayat-sayat, nyeri hanya terasa di sekitar luka operasi, tidak menjalar kebagian punggung atau lainnya. Skala nyeri 7 (0-10) nyeri di rasakan hilang timbul, klien tampak meringis, saat di palpasi terdapat luka post operasi sc pada bagian abdomen bawah dengan Panjang luka + 11 cm *horizontal*.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan tidak menderita penyakit seperti diabetes melitus, dan hipertensi. Dan tidak memiliki penyakit menular seperti hepatitis, TB paru dan lain-lain.

4) Riwayat Kesehatan keluarga

Klien mengatakan dalam anggota keluarganya tidak ada yang pernah mengalami operasi section caesarea ini, dan tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan dan menular, seperti hipertensi, DM, Asma, TBC, HIV dan lainnya sebagainya.

5) Riwayat obstetrik dan ginekologi

a. Riwayat menstruasi

Menarce	: 13 tahun
Lama	: 1 minggu
Siklus	: 30 hari
Banyaknya	: 3x ganti pembalut
Teratur atau tidak	: teratur
HPHT	: 07 Agustus 2024
HPL	: 14 Mei 2025

b. Riwayat perkawinan

Pernikahan ke	: 1 (satu)
Usia suami saat menikah	: 20 tahun
Usia istri saat menikah	: 18 tahun
Lama pernikahan	: 4 tahun
Jumlah anak yang direncanakan	: 2

6) Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

a) Riwayat kehamilan sekarang G1P1A0

Riwayat kehamilan sekarang G1P1A0 dengan usia kehamilan 38 minggu. Klien mengatakan rutin memeriksa kehamilannya ke bidan. Klien melakukan pemeriksaan Ultrasono Grafi (USG) oleh dokter sebanyak 2 kali pada usia kehamilan 4 bulan dan usia kehamilan 7 bulan. Saat kehamilan klien sudah diberikan imunisasi TT sebanyak 2 kali. Keadaan saat hamil klien mengeluh pada trimester ke I klien sering mengeluh sering mual dan muntah, pada trimester ke II klien mengeluh sedikit mual muntah tetapi tidak sering pada saat trimester I, dan trimester ke III klien mengatakan tidak ada keluhan yang berat. Klien memiliki berat badan sebelum hamil 70 kg dan berat badan setelah hamil 77 kg, klien mengalami kenaikan berat badan 7 kg, TB klien 162cm.

b) Riwayat persalinan sekarang P1A0

Klien masuk pada tanggal 21 April 2025 klien mengatakan datang ke IGD RSUD dr. Slamet Garut, rujukan dari puskesmas di karenakan tekanan darah tinggi yaitu TD: 160/110 mmHg. DJJ:162x/menit,terdapat Proteinuria (3+), Setelah di observasi klien dianjurkan untuk di lakukan Tindakan persalinan *sectio caesarea* klien di bawa ke ruang operasi pukul 09.20 WIB dilakukan Tindakan *sectio caesarea* jenis operasi *transversal*

dengan menggunakan anastesi *spinal*. Bayi lahir pada puku 10.30 WIB dengan jenis kelamin perempuan, berat badan 2.900 gram, Panjang badan 51 cm.

c) Riwayat KB

Awal pernikahan klien memakai kotrasepsi KB suntik selama 2 tahun, karena ingin menunda terlebih dahulu setelah 2 tahun, klien merencanakan ingin mendapatkan momongan, sehingga berhenti menggunakan KB, setelah melahirkan klien berencana menggunakan kontrasepsi IUD

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum : klien tampak lemas

GCS : 15 (E4M6V5)

2) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 140/110mmHg

Nadi : 109x/menit

Respirasi : 22x/menit

Suhu : 36,2 C

Spo2 : 95%

d. Pemeriksaan *Head to toe*

1) Kepala,dan Rambut

Letak simetris,warna rambut hitam,rambut Panjang lurus, rambut tampak kusut, pada area kulit kepala teraba sedikit lengket, tidak

terdapat benjolan atau lesi, tidak ada nyeri, dan klien mengatakan tidak ada keluhan.

2) Wajah

Bentuk wajah bulat, tidakk terdapat flek hitam atau cloasma epidarum, ekspresi wajah tampak meringis.

a) Mata

Letak simetris, konjungtiva warna merah muda, sklera putih, bola mata dapat digerakan kesegala arah, pupil mengecil saat di berikan rangsangan cahaya dan melebar saat cahaya dijauhkan. Klien dapat membaca papan nama perawat dengan jarak 4 meter , dan klien mengatakan tidak ada keluhan pada daerah mata.

b) Hidung

Lubang hidung simetris antara kanan dan kiri hidung bersih tidak ada kotoran dan secret, fungsi penciuman baik, terbukti dengan klien dapat membedakan bauk ayu putih dan kopi, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada nyeri tekan.

c) Telinga

Letak telinga simetris antara kanan dan kiri, tidak ada serumen, fungsi pendengaran baik, trbukti dengan klien dapat menjawab pertanyaan perawat dengan baik tanpa

meminta pengulangan dan klien mengatakan tidak ada keluhan.

d) Mulut, gigi dan lidah

Mukosa bibir lembab, gigi tampak bersih, lidah tampak bersih dan tampak bisa membedakan rasa asin dan manis, tidak ada stomatis, tidak ada caries dan tidak ada keluhan.

3) Leher

Warna kulit bersih, terdapat keringat dan teraba lengket tidak ada kelenjar getah bening, tidak ada pembengkakan kelenjar thyroid, tidak ada peningkatan jvp, tidak ada tumor, tidak ada nyeri tekan, klien dapat menggerakkan leher ke kanan dan ke kiri, dan klien mengatakan tidak ada keluhan pada bagian leher.

4) Dinding dada

Letak simetris tidak ada reteraksi dinding dada, warna kulit sawo matang, tampak ada keringat dan lengket, tidak ada fraktur, tidak ada nyeri tekan.

a) Paru-paru

Bunyi napas vesikuler, tidak ada bunyi napas tambahan.

Frekuensi napas :24x/menit, irama napas eupneu/teratur.

b) Jantung

Tekanan darah 140/110 mmHg, nadi 85x/menit suara jantung S1 dan S2 lup dup dengan irama jantung reguler.

c) Payudara

Bentuk payudara simetris antara kanan dan kiri, Puting susu tidak menonjol, payudara tampak kotor, areola berwarna coklat, ASI/*colostrum* belum keluar, tidak terdapat pembengkakan di area payudara, payudara teraba lembek, keluhan di area payudara tidak ada.

5) Abdomen

Bentuk perut cembung, terdapat *striae gravidarum*, terdapat linea nigra, terdapat luka post *sectio caesarea* dengan Panjang + 11 cm *horizontal* di atas simpisis pubis, luka operasi tampak bersih, luka tertutup, saat di auskultasi bising usus 6x/menit. TFU 1 jari diatas pusat, kontraksi uterus teraba keras, bunyi abdomen tympani, diastasis rektus abdominis 2,5 cm pada umbilicus, sekitar dua jari, dan klien mengeluh nyeri pada luka post sc.

6) Genetalia & anus

Klien terpasang Dower cateter, genetalia tampak kotor, terdapat lochea rubra, satu kali ganti pembalut, urine keluar + 100 cc/ jam tertampung dalam urine bag. Dan pada anus tidak ada hemoroid dan klien mengatakan tidak ada keluhan.

7) Ekstremitas

a) Ekstremitas atas

Turgor kulit baik, Kulit tampak lengket, letak simetris, lien terpasang inf RL 20 tpm di sebelah kanan, crt Kembali dalam <2 detik, jumlah jari lengkap, keadaan kuku pendek dan bersih, tangan kanan dapat digerakan ke segala arah dan tangan kiri dapat di Gerakan ke segala arah, tidak ada nyeri tekan, tidak ada edema, tidak ada lesi, refleks bisep (+). Refleks trisep (+), dan klien mengatakan tidak ada keluhan.

Kekuatan otot 5/5

b) Ekstremitas bawah

Letak simetris, jumlah jari lengkap, crt <2 tidak ada varises, Gerakan terbatas karena post op, sendi tampak kaku, tidak ada edema, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, refleks patella (++), human sign (-). Klien mengeluh kurang bisa menggerakan akibat post SC nya.

Kekuatan otot 4/4

e. Konsep diri

1) Identitas diri

Klien seorang perempuan berusia 22 tahun, klien beragama islam, klien sangat senang dengan kelahiran anak pertamanya.

2) Peran diri

Klien berperan sebagai istri dan ibu, klien berharap semoga dengan peranya bisa menjadi istri dan ibu yang baik bagi suami dan anaknya. Walaupun untuk saat ini masih dibantu oleh suami atau keluarganya karena harus menjalani perawatan pasca operasi sehingga membuat peran tersebut sedikit terganggu

3) Ideal diri

Klien mengatakan ingin segera bertemu dengan anaknya, ingin segera berkumpul Bersama keluarga.

4) Harga diri

Klien merasa dihargai dan di sayangi oleh keluarganya, terbukti banyak yang mengunjungi klien untuk menengok.

5) Gambaran diri

Klien merasa perubahan dirinya, seperti bertambahnya berat badan, perubahan bentuk tubuh, bertambahnya peran. Tapi apapun perubahanya klien tetap Bahagia dengan kelahiranya

f. Aspek psikologis

Pada *fase taking in* aktivitas klien bergantung pada keluarga dan perhatian klien masih tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya, klien berharap agar segera sembuh dan ingin segera pulang ke rumah. Klien mengatakan sangat Bahagia dengan kelahiran bayinya dan ingin segera bertemu dengan bayinya, dan keluarga mengatakan Bahagia klien bisa melahirkan dengan selamat dan bayinya sehat.

g. Aspek sosial dan spiritual

Klien mengatakan hubungan dengan orang terdekatnya, tidak ada masalah dan klien selalu berhubungan baik. Klien tampak bersosialisasi dengan keluarga dengan pasien lain, dan klien juga dapat bersosialisasi dengan perawat dan tenaga Kesehatan lainnya. Klien beragama islam, klien sedang tidak menjalankan sholat karena sedang masa nifas, klien tampak selalu berdoa kepada Allah SWT untuk kesembuhan dan Kesehatan baginya, anak dan keluarganya.

h. Kecemasan

Klien tampak tenang

i. Aspek koping

Apabila klien mengalami permasalahan, klien selalu memecahkan masalahnya dengan cara bercerita pada orang terdekat baik itu suami atau anggota keluarganya yang lain untuk meminta solusi.

j. Kebiasaan seksual

Pada masa kehamilan, sesekali klien dan suami melakukan hubungan suami istri, namun, setelah melahirkan, klien dan suami sepakat untuk tidak berhubungan badan selama masa nifas.

c. Pola Aktivitas sehari-hari

Tabel 3. 1 Pola Aktivitas sehari-hari

NO	ADL	Sebelum dirawat	Saat dirawat
1.	Nutrisi a. Makan Jenis menu Frekuensi	Nasi, sayur, daging, buah 3x sehari	Sedang Puasa

NO	ADL	Sebelum dirawat	Saat dirawat
	Porsi Pantangan Keluhan b. Minum Jenis minuman Jumlah Pantangan Keluhan	1 porsi dewasa Tidak ada Tidak ada Air putih, susu, the 6-8 gelas/hari Tidak ada Tidak ada	
2.	Istirahat dan tidur a. Malam durasi tidur Keluhan b. Siang durasi tidur Keluhan	6-7 jam/hari Tidak ada 1-2 jam/hari Terkadang	6-7 jam/hari Tidak ada 1-2 jam/hari Terkadang
3.	Eliminasi a. BAB Frekuensi konsistensi warna bau keluhan b. BAK Frekuensi jumlah warna Bau Keluhan	1x2/hari Padat Kuning kecolatan Khas feses Tidak ada 5-6x/hari Normal Kuning jernih Khas urine Tidak ada	Belum BAB - - - - Terpasang DC 100cc Kuning kemerahan Khas urine Tidak ada
4.	Personal hygiene a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Berganti pakaian e. Keluhan	2x/hari 2x/hari 2hari sekali 2x/hari Tidak ada	Tidak mandi 1x/hari Tidak keramas 1x/hari Tidak ada
5.	Mobilisasi a. Aktivitas yang di lakukan b. Olahraga c. Keluhan	Ibu rumah tangga 1x/minggu Tidak ada	Beadrest -

NO	ADL	Sebelum dirawat	Saat dirawat
			Nyeri saat bergerak, keterbatasan gerak

b. Data penunjang

Pemeriksaan hari ke-1

Nama : Ny.C

No RM : 01445790

Tanggal : 22 April 2025

Tabel 3. 2 Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Flag satuan	Nilai Normal
Hematologi tanpa diff			
Hemoglobin	16.6	g/dl	13-16
Jumlah leukosit	25.700	/mm ³	3.800-10.600
Jumlah Eritrosit	5.39	Juta/mm ³	3.6-5.8
Hematokrit	48	%	35-47
Jumlah trombosit	82.000	/mm ³	150.000-440.000
igG dan igm			
lengue igG	Negatif	-	Negatif
lengue igm	Negatif	-	Negatif
Albumin	3.18	Gr/dl	3.5-5

c. Therapy Medis

Nama : Ny. C

Umur : 22 Tahun

Tanggal : 22 April 2025

Alamat : Kp, Cibarengkok kec, bungbulang

Ruang : Jade

No RM : 01445790

Tabel 3. 3 Therapy Medis

Jenis obat	Dosis	Rute	Golongan	Kegunaan
Infus ringer laktat	20 tpm	IV	Kristaloid	Memenuhi kebutuhan cairan.
Metronidazole	3x500ml	IV	Antibiotik/Antiprotozoa	Efektif untuk mengobati infeksi bakteri
Cefotaxime	2x1 gr	IV	Antibiotik sefalosporin	Mencegah infeksi bakteri
keterolac	3x30mg	IV	Antiinflamasi	Mengatasi nyeri
Dopamet	1x250mg	PO	Antihipertensi	Menurunkan tekanan darah

2. Analisa Data

Tabel 3. 4 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	Ds: 1) Klien mengatakan nyeri pada luka post section caesarea 2) Nyeri yang dirasakan seperti di sayat-sayat 3) Nyeri hanya terasa di bagian perut bawah 4) Nyeri berkurang Ketika di berikan terapi obat 5) Klien mengeluh tidur sering terbangun karena nyeri luka post sc. Do : 1) Skala nyeri 7 (0-10) 2) Klien tampak meringis 3) Terdapat luka post op caesarea + 11 cm <i>horizontal</i>, tertutup perban 4) Klien tampak bersikap protektif (sikap posisi menghindari nyeri) 5) Terdapat nyeri tekan pada abdomen	Tindakan <i>sectio caesarea</i> menyebabkan jaringan terputus dan merangsang area sensorik mengakibatkan gangguan rasa nyaman dan menimbulkan masalah nyeri akut.	Nyeri akut

No	Data	Etiologi	Masalah
	6) TD: 140/110 mmHg 7) Nadi:106x/menit		
2.	Ds : 1) Klien mengatakan perut terasa nyeri saat bergerak Do : 1) Kekeuatan ekstremitas 5 5 4 4 2) Klien tampak lemah 3) ADL dibantu keluarga	Pasien dengan post sc mengalami penurunan kekuatan atau kelemahan fisik karena nyeri sehingga kebutuhan ADL nya harus dibantu.	Gangguan mobilitas fisik
3.	Ds : 1) Klien mengeluh nyeri pada luka post section caesarea Do : 1) Terdapat luka post op +11 cm <i>horizontal</i> tertutup perban 2) Luka tampak sedikit basah Leukosit: 25,700mm/3	Luka post sc menyebabkan jaringan terbuka sehingga, proteksi menjadi kurang dan bisa menyebabkan masuknya mikroorganisme asing masuk ke dalam tubuh, dan mengakibatkan luka post sc terkontaminasi sehingga akan menimbulkan resiko infeksi	Resiko Infeksi
4.	Ds : 1) Klien mengatakan tidak mampu melakukan perawatan diri karena keterbatasan gerak Do : 1) Klien tampak lemah, keterbatasan gerak pada ekstremitas bawah, serta kulit klien tampak kotor teraba lengket.	Kontraksi uterus mengakibatkan involusi tidak adekuat menyebabkan perdarahan hemoglobin yang menurun dapat menyebabkan kurangnya O ₂ sehingga terjadi kelemahan dan menyebabkan defisit perawatan diri	Defisit perawatan diri
5.	Ds :	Adanya proses laktasi, proses	Menyusui Tidak Efektif

No	Data	Etiologi	Masalah
	1) Klien mengatakan tidak mengetahui cara menyusui yang benar 2) Klien mengatakan air susunya belum keluar Do : 1) Payudara lembek 2) Putting menonjol 3) ASI tidak memancar	tidak sempurna karena support system tidak mendukung dan suasana rumah sakit tidak mendukung psikologis ibu, sehingga merangsang stress. Hal ini dapat mengganggu proses laktasi dan menyebabkan payudara bengkak, ASI sulit keluar dan menjadi menyusui tidak efektif	

3. Diagnosa keperawatan Berdasarkan prioritas

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan:

Ds:

- 1) Klien mengatakan nyeri pada luka *post sectio caesarea*
- 2) Nyeri yang dirasakan seperti di sayat-sayat
- 3) Nyeri hanya terasa di bagian perut bawah
- 4) Nyeri berkurang Ketika di berikan terapi obat

Do:

- 1) Skala nyeri 7 (1-10)
- 2) Klien tampak meringis
- 3) Terdapat luka post sc + 11 cm *horizontal*
- 4) Terdapat nyeri pada abdomen

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri di tandai dengan:

Ds:

- 1) Klien mengeluh nyeri saat bergerak

Do :

- 1) Gerakan terbatas, klien tampak lemah, kekuatan otot atas 5/5
kekuatan otot bawah 4/4

c. Resiko infeksi di buktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh

Primer : kerusakan integritas kulit

d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan di buktikan dengan :

Ds :

- 1) Klien mengatakan tidak mampu melakukan perawatan diri karena keterbatasan gerak

Do :

- 1) Klien tampak lemah, keterbatasan gerak pada ekstremitas bawah, kulit klien tampak kotor dan teraba lengket.

e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan efek prosedur infasive di tandai dengan :

Ds :

- 1) Klien mengatakan tidak mengetahui cara menyusui yang benar
- 2) Klien mengatakan air susunya belum keluar

Do :

- 1) Payudara lembek

2) Putting menonjol

4. Proses Asuhan Keperawatan

Nama : Ny. C
 Usia : 22 Tahun
 No Rm : 01445790
 Ruang : Jade

Tabel 3. 5 Perencanaan Keperawatan

Diagnosa	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional		
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Tindakan <i>section caesarea</i>) di buktikan dengan : Ds : Klien mengatakan nyeri luka post section caesarea, nyeri terasa seperti di sayat-sayat,	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1) Keluhan nyeri menurun dengan skala 4 (1-10) 2) Meringis menurun 3) Kemampuan menggunakan teknik	Manajemen nyeri Observasi 1) Identifikasi skala nyeri 2) dentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3) Identifikasi respon nyeri non verbal	Observasi 1) Untuk mengetahui perkembangan nyeri klien menurun atau tidak 2) Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan	Tanggal 21 April 2025 Pukul 16.00 WIB 1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik nyeri pasien Hasil : Pasien mengeluh nyeri pada luka post sc, nyeri seperti di sayat-sayat, nyeri hanya di bagian perut, nyeri hilang timbul saat bergerak dan hilang saat diistirahatkan. 2) Mengidentifikasi skala nyeri Hasil :	Tanggal 21 April 2025 Pukul 19.00 WIB S : Klien masih mengeluh nyeri luka post sc dibagian perut bawah, nyeri berkurang Ketika di berikan terapi obat O : 1) Klien tampak meringis 2) Skala nyeri 6 (0-10)

Diagnosa	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional		
nyeri hanya terasa di perut bagian bawah, nyeri hilang timbul, nyeri berkurang Ketika di berikan terapi obat, klien mengeluh tidur sering terbangun karena nyeri luka post sc.	nonfarmakologis menurun	4) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5) Identifikasi budaya terhadap respon nyeri 6) Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 7) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan 8) Monitor efek samping penggunaan obat Terapeutik 1) Berikan Teknik non farmakologis (Teknik nafas dalam) 2) Kontrol lingkungan yang	memperingan nyeri 3) Untuk mengetahui bagaiman respon nyeri non verbal 4) Untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5) Untuk mengetahui budaya terhadap respon nyeri 6) Untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7) Untuk mengetahui dan menilai keberhasilan terapi komplementer	Pasien mengatakan skala nyeri 7 (1-10) 3) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil : Nyeri bertambah Ketika pasien bergerak dan nyeri berkurang Ketika klien diberikan terapi obat anlgetik. Pukul 16.10 WIB 4) Menjelaskan strategi meredakan nyeri distraksi dan relaxsasi (Tarik nafas dalam) Hasil : Klien mampu memahami dan mempraktikan (Teknik nafas dalam) 5) Memberikan Teknik nonfarmakologis/melatih (Teknik nafas dalam) Hasil : Klien mengatakan nyaman dan rilex	3) Luka tertutup perban 4) N : 92X/menit 5) TD ; 130/80 mmHg A : Nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1) Monitor skala nyeri 2) Fasilitasi istirahat tidur 3) Berikan Teknik non farmakologis/ melatih teknik nafas dalam 4) Berikan obat analgetic. Pelaksana : WINDA SRIWIAYU

Diagnosa	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional		
		memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3) Fasilitasi tidur 4) Pertimbangkan jenis dan sumber dalam pemilihan startegi meredakan nyeri Edukasi 1) Ajarkan Teknik relaksaksi untuk mengurangi nyeri 2) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 3) Jelaskan strategi meredakan nyeri 4) Anjurkan memonitor nyeri secara berkala 5) Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat	yang sudah di berikan 8) Untuk melihat dan mengetahui efek samping penggunaan obat Terapeutik 1) Untuk menurunkan tingkat nyeri 2) Agar lingkungan dapat terkontrol dan dapat memberikan kenyamanan 3) Untuk memberikan istirahat tidur 4) Untuk mengetahui perbedaan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi	6) Menjelaskan strategi meredakan nyeri distraksi dan relaxsasi Hasil : Klien dapat melakukan Teknik nafas dalam Pukul 16.15 WIB 7) Mengkolaborasikan pemberian obat analgetik ketorolac 30 mg (IV) Hasil : Klien di berikan obat ketorolac 30 mg IV Pada pukul 16.15 WIB Setelah diberikan therapy obat klien mengatakan nyeri berkurang 8) Memonitor efek samping penggunaan obat Hasil : Tidak terdapat tanda-tanda alergi obat. Pelaksana : WINDA SRIWIAYU	

Diagnosa	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional		
		Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu.	1) Agar mengetahui cara meredakan nyeri 2) Untuk mengetahui penyebab, periode, dan pemicu nyeri 3) Untuk mengetahui strategi meredakan nyeri 4) Dapat mengetahui Teknik untuk meredakan nyeri secara non farmakologis 5) Untuk membantu meredakan nyeri Kolaborasi		

Diagnosa	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional		
			1) Untuk mengurangi nyeri.		
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan : Ds : Klien mengeluh nyeri saat bergerak Do: Kekuatan otot atas 5/5, kekuatan otot bawah 4/4, Gerakan terbatas, klien tampak lemah	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1) Kekuatan otot meningkat 2) Pergerakan ekstremitas meningkat menjadi 5 3) Kelemahan fisik membaik	Dukungan mobilitas Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri/faktor lain 2) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Terapeutik 1) Libatkan keluarga untuk membantu klien 2) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu	Observasi 1) Untuk mengetahui faktor gangguan mobilisasi 2) Untuk mengetahui kondisi umum selama melakukan mobilisasi 3) Untuk melihat dan mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi 4) Untuk mengetahui toleransi aktivitas fisik dalam melakukan pergerakan	Tanggal 21 April 2025 Pukul 16.20 WIB 1) Mengidentifikasi adanya nyeri/faktor lain Hasil: Klien mengatakan masih takut untuk bergerak 2) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil: Pasien masih terlihat masih meringis Pukul 16.25 WIB 3) Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan mobilisasi dini Hasil : Keluarga nampak dapat membantu klien dalam melakukan, miring kanan miring kiri, klien dapat melakukan miring kanan kiri.	Tanggal 22 April 2025 Pukul 19.30 WIB S : Klien mengatakan sudah bisa miring kanan miring kiri sedikit-sedikit O : 1) Klien masih meringis Ketika bergerak 2) Kekuatan otot ekstremitas bawah 4/4 A : Gangguan mobilitas fisik P : 1) Monitor kondisi umum 2) Fasilitasi melakukan pergerakan 3) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam

Diagnosa	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional		
		3) Fasilitasi melakukan pergerakan Edukasi 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3) Ajarkan mobilisasi sederhana (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi).	Terapeutik 1) Agar keluarga membantu mobilisasi klien 2) Dapat memfasilitasi aktivitas mobilisasi menggunakan alat bantu 3) Dapat mempermudah dalam melakukan pergerakan. Edukasi 1) Agar klien paham Tindakan yang di lakukan 2) Untuk mempercepat proses penyembuhan 3) Agar pasien mampu melakukan mobilisasi	4) Memfasilitasi mobilisasi dengan alat bantu (Pagar tempat tidur) Hasil : Klien menggunakan fasilitas (pagar tempat tidur). Pukul 16.30 WIB 5) Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dini Hasil : Klien dapat memahami penjelasan tentang mobilisasi dini 6) Mengajarkan melakukan mobilisasi sederhana Hasil : Klien dapat menggerakan kaki, tangan dan jari-jari, tetapi belum mampu melakukan pergerakan miring kanan kiri. Pelaksana : WINDA SRIWIAYU	melakukan pergerakan Pelaksana : WINDA SRIWIAYU

Diagnosa	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional		
			sederhana secara mandiri		
Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive ditandai dengan : Ds : Klien mengeluh nyeri bagian luka post section caesarea Do : Terdapat luka post caesarea di daerah abdomen <i>vertical</i>+ 12 cm tertutup perban, leukosit	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1) Nyeri menurun 2) Kadar sel darah putih membaik	Perawatan luka Observasi 1) Memonitor Karakteristik luka 2) Memonitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 1) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2) Bersihkan dengan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 3) Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 4) Pasang balutan sesuai jenis luka 5) Pertahankan Teknik steril saat memerlukan perawatan luka	Observasi 1) Untuk mengetahui karakteristik luka 2) Untuk mengetahui tanda-tanda infeksi Terapeutik 1) Untuk membantu proses keperawatan 2) Untuk membantu membersihkan luka 3) Untuk membantu proses pemulihan luka 4) Untuk membantu melindungi luka 5) Untuk mencegah infeksi pada area luka. Edukasi	Tanggal 21 April 2025 Pukul 16.35 WIB 1) Memonitor tanda dan gejala lokal sitemik Hasil : Area luka tertutup perban, tidak ada rembesan darah ataupun cairan, klien bersedia untuk dilihat area luka abdomen. Terdapat luka pst sc dan hasil pemeriksaan laboratorium, leukosit di atas normal 25,700mm/3 Pukul 16.36 WIB 2) Memberikan perawatan kulit di area luka Hasil : Untuk membersihkan luka agar tidak terjadi infeksi 3) Memberikan perawatan luka pada (POD 2) 4) Mempertahankan Teknik aseptik pada pasien resiko tinggi	Tanggal 21 April 2025 Pukul 19.35 WIB S : Klien masih mengeluh nyeri bekas luka post sc O : Leukosit 25,700mm/3 A : Resiko infeksi belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan 1) Monitor tanda-tanda infeksi 2) Pemberian antibiotic Pelaksana : WINDA SRIWIAYU

Diagnosa	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional		
		Edukasi 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri. Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian antibiotic , jika perlu.	1) Untuk memberikan informasi mengenai infeksi 2) Untuk membantu proses pemulihan 3) Untuk membantu perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 1) Untuk membantu mengurangi infeksi bakteri.	Hasil : Mencuci tangan sebelum dan sesudah Tindakan. Pukul 16.38 WIB 5) Mengkolaborasi pemberian antibiotic cefotaxime 1 gr (IV), mrtonidazole 100 ml (IV) Hasil : Klien di berikan therapy obat, Cefotaxime 1 gr (IV), Metronidazole 100 ml (IV) di berikan pada pukul 16.39 WIB Pelaksana : WINDA SRIWIAYU	
Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan Ds: Klien mengatakan kurang mampu dalam melakukan perawatan diri karena ada luka	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : 1) Kemampuan mandi meningkat	Dukungan perawatan diri Observasi 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usi 2) Monitor tingkat kemandirian	Observasi 1) Untuk mengetahui kebiasaan klien 2) Untuk mengetahui tingkat	Tanggal 21 April 2025 Pukul 16.40 WIB S : 1) Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri klien Hasil: Klien mandi hanya di spon, dan belum gosok gigi	Tanggal 2 April 2025 Pukul 19. 40 WIB S : Klien mengatakan kurang mampu dalam melakukan perawatan diri karena keterbatasan gerak. O : 1) Klien tidak mampu melakukan

Diagnosa	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional		
<i>post sectio caesarea</i> sehingga pergerakan menjadi terbatas. Do : Klien tampak lemah, keterbatasan gerak pada ekstremitas bawah, kulit klien teraba kotor dan lengket.	2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3) Kemampuan ke toilet meningkat 4) Minat melakukan perawatan diri meningkat	3) Identifikasi Kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian berhias dan makan Terapeutik 1) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 2) Jadwalkan rutinitas rutin perawatan diri 3) Sediakan lingkungan yang terapeutik 4) Siapkan keperluan pribadi 5) Bantu pasien dalam melakukan perawatan perineum Edukasi 1) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten	kemandirian klien 3) Untuk membantu kebutuhan berhias klien Terapeutik 1) Agar klien tidak dibutuhkan 2) Membantu klien dalam melakukan perawatan diri 3) Lingkungan yang sesuai untuk melakukan perawatan diri akan membantu pasien dalam meningkatkan motivasi untuk melakukan perawatan diri. 4) Agar pasien mudah mengambil kebutuhan pribadi	Pukul 16.41 WIB 2) Memonitor tingkat kemandirian klien Hasil : Pasien masih belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri, ADL klien masih tampak di bantu keluarga. (Klien beadrest selama 6 jam pasca post operasi) Pukul 16.43 WIB 3) Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri berpakaian, berhias dan makan Hasil : Kebersihan diri dibantu oleh keluarga Pukul 17.30 WIB 4) Mendampingi dalam melakukan perawatan diri Hasil : Klien dibantu oleh keluarga dan perawat	perawatan diri secara mandiri 2) Gerakan terbatas, terlihat kotor, dan kulit teraba lengket. A : Defisit perawatan diri P : 1) Monitor tingkat kemandirian 2) Dampingi melakukan perawatan diri 3) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Pelaksana : WINDA SRIWIAYU

Diagnosa	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional		
		sesuai kemampuan	5) Agar area perineum tidak lembab dan tetap bersih untuk mengurangi tinggi resiko tingkat infeksi. Edukasi 1) Agar tubuh klien bersih.	dalam melakukan perawatan diri 5) Menjadwalkan perawatan diri seperti mandi, vulva hygiene dan gosok gigi Hasil: Klien dan keluarga dapat memahami 6) Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan Hasil : Klien mengatakan iya Pelaksana : WINDA SRIWIAYU	
Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI ditandai dengan : Ds :	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 2x24 jam maka status menyusui membaik dengan kriteria hasil : 1) Tetesan atau pancaran ASI meningkat	Edukasi menyusui Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui	Observasi 1) Untuk mengetahui kesiapan klien untuk menerima informasi 2) Untuk menjelaskan tujuan dan manfaat menyusui	Tanggal 21 April 2025 Pukul 16.50 WIB 1) Mengidentifikasi tujuan dan keinginan menyusui Hasil : Ibu ingin segera menyusui bayinya. Pukul 16.51 WIB	Tanggal 21 April 2025 Pukul 19.45 WIB S : 1) Pasien mengatakan ASI belum keluar 2) Pasien mengatakan tidak mengetahui cara menyusui yang benar O :

Diagnosa	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional		
Klien mengatakan ASI nya susah keluar Klien mengatakan payudara terasa keras dan bengkak Do : Payudara teraba keras Putting menonjol ASI sulit keluar	2) Suplai ASI adekuat meningkat 3) Intake bayi meningkat	Terapeutik 1) Sediakan materi dan media Pendidikan kesehatan 2) Jadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3) Berikan kesempatan untuk bertanya 4) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 5) Libatkan system pendukung suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat Edukasi 1) Berikan konseling menyusui 2) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi	Terapeutik 1) Untuk memberikan edukasi kepada klien 2) Untuk mengetahui kesediaan klien menerima informasi 3) Untuk memberikan kesempatan untuk klien jika ada yang belum mengerti mengenai materi yang sudah dipaparkan 4) Untuk membantu ibu dalam melakukan proses menyusui	2) Menjadwalkan penkes (Teknik menyusui) sesuai kesepakatan Hasil : Pasien bersedia mengikuti penkes yang telah di jadwalkan 3) Memberikan kesempatan klien untuk bertanya Pukul 16.55 WIB 4) Menjelaskan manfaat menyusui bayi pada ibu Hasil : Pasien dapat memahami 5) Melakukan pijat payudara post partum Hasil : Klien rileks dan keluarga paham Pelaksana : WINDA SRIWIAYU	1) ASI belum keluar 2) Areola berwarna coklatt 3) Putting payudara tengelam 4) Payudara teraba lembek A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1-5 Pelaksana : WINDA SRIWIAYU

Diagnosa	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional		
		3) Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatkan (lanch on) dengan benar 4) Ajarkan perawatan payudara post partum (mis: memeras ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)	5) Untuk memberikan motivasi ibu dalam menyusui. Edukasi 1) Untuk memberikan informasi kepada ibu tentang menyusui 2) Untuk memberikan informasi kepada ibu mengenai manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 3) Untuk mengajarkan ibu posisi menyusui yang benar 4) Untuk mengajarkan ibu mengenai perawatan payudara		

Diagnosa	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional		
			5) Mengajarkan ibu mengenai perawatan payudara untuk merangsang pengeluaran ASI		

5. Catatan Perkembangan

Nama : Ny. C

Umur : 22 Tahun

Alamat : kp, Cibarengkok, kec bungbulang

Tabel 3. 6 Catatan Perkembangan

Hari/Tanggal	No DX	Catatan Perkembangan	Pelaksana
22 April 2025 Shif pagi	Nyeri akut	Pukul 07.50 WIB S :Klien mengatakan masih nyeri di bagian bekas luka post sc nyeri berkurang Ketika diistirahatkan dan di beri terapi obat O : 1) Klien masih tampak meringis 2) Skala nyeri 5 (0-10) 3) Luka di abdomen tertutup perban dengan Panjang luka +11cm <i>horizontal</i> 4) N :92x/menit 5) TD : 130/80 mmHg 6) RR : 20x/menit A : masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi I : Pukul 08.00 WIB 1) Mengevaluasi kembali teknik, relaksasi tarik nafas dalam dan menganjurkan untuk selalu dalam posisi yang nyaman untuk pasien Hasil : Klien dapat melakukan Teknik relaksasi (nafas dalam) dengan posisi nyaman. Pukul 08.10 WIB	Winda sriwiayu

Hari/Tanggal	No DX	Catatan Perkembangan	Pelaksana
		1) Memberikan therapy obat analgetik sesuai advice dokter ketorolac 30 mg (IV) Hasil : Nyeri klien berkurang setelah diberikan terapi obat E : Masalah teratasi sebagian	
22 April 2025 Shif pagi	Gangguan mobilitas fisik	Pukul 08.30 WIB S : 1) Pasien mengatakan sudah bisa duduk dan mencoba belajar berjalan 2) Klien mengatakan masih nyeri saat bergerak. O : 1) Keadaan pasien membaik 2) Kekuatan otot meningkat $\begin{array}{r} 5 \quad 5 \\ \hline 5 \quad 5 \end{array}$ 3) Pasien tampak sedang belajar berjalan. 4) Gerakan terbatas menurun A : masalah gangguan mobilitas fisik teratasi	Winda sriwiayu
22 April 2025 Shif pagi	Resiko infeksi	Pukul 08.40 WIB S : Klien mengatakan nyeri di bagian bekas luka post sc sudah berkurang O : 1) Luka post op +11 <i>horizontal</i> 2) Kondisi luka cukup baik A : Masalah resiko Resiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutka intervensi	Winda sriwiayu

Hari/Tanggal	No DX	Catatan Perkembangan	Pelaksana
		Pukul 08.42 WIB I : 1) Menerapkan kewaspadaan universal(mis.mencuci tangan,) Hasil : Klien tampak menjaga kebersihannya. 2) Membatasi jumlah pengunjung Hasil : Perawat membatasi jumlah pengunjung 3) Menganjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein Hasil : Klien mengatakan iya 4) Memberikan therapy obat antibiotik Hasil : Klien di berikan therapy obat cefotaxime 1 gr (IV) pada pukul 08.45 WIB 5) Melakukan perawatan luka pada (POD 2) Hasil : Setelah dilakukan perawatan luka, klien tampak nyaman. E : masalah teratasi sebagian	
22 April 2025 Shif pagi	Defisit perawatan diri	Pukul 08.50 WIB S : Klien mengatakn sudah bisa melakukan perawatan diri O : 1) Klien mampu melakukan perawatan diri 2) Pasien tampak sudah bisa mengganti pakaian sendiri 3) Pasien tampak bersih dan rapi A : Masalah defisit perawatan diri teratasi	Winda sriwiayu

Hari/Tanggal	No DX	Catatan Perkembangan	Pelaksana
22 April 2025 Shif pagi	Menyusui tidak efektif	Pukul 09.00 WIB S : 1) Klien mengatakan air susunya belum keluar 2) Klien mengatakan tidak mengetahui cara menyusui yang benar O : 1) Tidak ada pengeluaran produksi ASI A : Menyusui tidak efektif P : Lanjutkan intervensi Pukul 09.10 WIB I : 1) Memonitor pengeluaran produksi ASI Hasil : Tidak ada pengeluaran produksi ASI 2) Melakukan pijat oksitosin Hasil : Klien tampak nyaman dan rileks E : Masalah teratasi sebagian	Winda sriwiayu
23 April 2025 Shif siang	Nyeri akut	Pukul 13.59 WIB S : Klien mengatakan nyeri bekas post sc berkurang O : 1) Klien tampak tenang 2) Skala nyeri 2 (0-10) 3) Terdapat luka post sc +11cm A : Nyeri akut P : Hentikan intervensi I : Pukul 14.00 WIB 1) Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD : 120/80 mmHg N : 98x/menit RR : 20x/menit SPO2 : 98% S : 36,2C 2) Mengajarkan Teknik relaksasi (nafas dalam)	Winda sriwiayu

Hari/Tanggal	No DX	Catatan Perkembangan	Pelaksana
		Hasil : Klien dapat melakukannya Ketika merasakan nyeri. 3) Merencanakan pasien pulang 4) Memberikan analgetik obat asam mefenamat 500 gr (PO). E : Masalah teratasi sebagian	
23 April 2025 Shif siang	Resiko infeksi	S : klien mengatakan nyeri bekas luka post sc sudah berkurang O : 1) Leukosit 10,9mm/3 2) Luka tertutup perban A : Resiko infeksi P : Persiapan pulang Pukul 14.30 WIB 1) Menerapkan kewaspadaan universal(mis.mencuci tangan) Hasil : Klien dapat menerapkannya 2) Menganjurkan meningkatkan nutrisi Hasil : Klien mengatakan iya 3) Memberikan obat antibiotik cefixime 200gram (PO) E : Masalah teratasi sebagian	
23 April 2025 Shif siang	Menyusui tidak efektif	Pukul 15.20 WIB S : Klien mengatakan ASI sudah keluar namun tidak terlalu banyak. O : 1) ada pengeluaran produksi ASI 2) Putting menonjol 3) Payudara tidak tampak bengkak 4) Intake bayi meningkat 5) Bayi di rawat gabung A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	Winda sriwiayu

Hari/Tanggal	No DX	Catatan Perkembangan	Pelaksana
		I : 1) Menganjurkan pasien untuk melakukan perletakan setelah pulang. Hasil : Klien paham 2) Mengajarkan pasien posisi menyusui yang tepat. Hasil : Setelah diajarkan oleh perawat tentang posisi menyusui yang tepat, klien tampak sudah bisa melakukannya. E : Masalah teratasi sebagian	

B. Pembahasan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. C (P1A0) dengan *post sectio caesarea* POD 0 atas indikasi preeklamsia berat di Jade RSUD dr. Slamet Garut”. Asuhan keperawatan dilaksanakan mulai tanggal 21 April 2025 sampai tanggal 23 April 2025. Penulis menemukan masalah-masalah berupa kesenjangan antara teori yang didapatkan dengan Tindakan keperawatan yang di lakukan. Adapun pembahasan ini dibagi berdasarkan tahap proses keperawatan yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Tahap pengkajian

Pada saat pengkajian pada Ny.C, atas indikasi preeklamsia berat di temukan data bahwa klien mengeluh nyeri pada luka *post sectio caesarea* skala nyeri 7 (0-10), dengan Panjang luka +11cm *horizontal* dibagian perut bawah, klien tampak mengindar, enggan untuk bergerak, klien tampak meringis. Hal ini di sebabkan karena terputusnya kontinutas jaringan, dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan *neurotransmitter*, bradikin. Serotin dan histamin, rangsangan ini di hantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri di presepsikan sebagai nyeri, keluhan nyeri karena adanya luka insisi pembedahan yang menyebabkan terputusnya kontunitas jaringan (Nurarif, 2015).

Kelemahan otot terjadi karena keadaan fisik lemah akibat adanya nyeri luka post section caesarea sehingga mengakibatkan aktivitas terganggu dan gerakan menjadi terbatas, (Doengoes, 2015). Menurut Purwanti (2014). Pasien yang telah dilakukan *post sectio caesarea* akan merasakan takut dan malas untuk melakukan mobilisasi atau menggerakkan badan dengan alasan takut jahitannya lepas. Pada Ny.C di temukan data bahwa klien enggan bergerak karena nyeri, aktivitas dibantu oleh keluarganya karena adanya keterbatasan gerak sehingga timbul gangguan mobilitas fisik.

Pada Ny. C ditemukan adanya luka *post sectio caesarea* di bagian abdomen Panjang luka +11cm dengan sayatan *horizontal*, tidak tampak push, tidak tampak kemerahan, tidak ada rembesan darah, tidak ada tanda-tanda infeksi, hasil pemeriksaan laboratorium di temukan adanya peningkatan jumlah leukosit 25,700mm/3. Menurut setiawati et al (2023). Proses penyembuhan luka meliputi 3 fase yaitu : fase inflamasi, terjadi dari hari pertama luka sampai hari ke-2. Proses pembedahan mengakibatkan kerusakan jaringan dan perdarahan, darah akan mengisi daerah cedera dan paparan kolagen menimbulkan dreganulasi trombosit, trombosit mengeluarkan prostaglandin, tromboskan pembekuan darah. Penyembuhan luka adalah proses pergantian dan perbaikan fungsi jaringan yang rusak. Lama penyembuha luka berdasarkan fase yaitu. Fase imflamasi (berlangsung sampai hari ke-3 atau hari ke-4), fase proliferasi (berlangsung sampai hari ke 3-24 hari),

fase maturase dimulai pada minggu ke-3 setelah perlukaan dan memerlukan waktu lebih dari 1 tahun (Setiawati, et al., 2023)

Berdasarkan data pengkajian di dapatkan Ny.C mengeluh nyeri pada area luka *post section caesarea* dan mengalami keterbatasan gerak di bagian ekstremitas bawah, sehingga klien tidak mampu untuk melakukan perawatan diri secara mandiri. Pada saat di palpasi kulit klien teraba lengket dan klien dalam keadaan berkeringat.

Pada Ny. C ditemukan bahwa ASI belum keluar, hal ini di karenakan pada Tindakan operasi section caesarea akan menyebabkan nyeri dan mengakibatkan perubahan kontinuitas jaringan karena adanya pembedahan. Nyeri tersebut akan menimbulkan berbagai masalah serta mempengaruhi laktasi. Selain itu pada persalinan SC juga terjadi penurunan reflek let down yang dapat menghambat pengeluaran kolostrum. Pada persalinan dengan Tindakan SC mungkin belum mengeluarkan kolostrum dalam 24 jam pertama setelah melahirkan, kadang juga memerlukan waktu hingga 48 jam. Walau demikian, bayi tetap dianjurkan untuk diletakan pada payudara ibu untuk membantu merangsang produksi ASI(Suardi, 2010:Almatsier,2011:Pratiwi,2011).

2. Diagnosa keperawatan

Menurut Dermawan (2012), diagnose keperawatan adalah suatu kesimpulan yang di hasilkan dari Analisa data. Diagnose keperawatan diambil dari penilaian klinik tentang respon individu keluarga dan komunitas terhadap masalah kesehatan. Pada kasus section caesarea tidak semua diagnose

keperawatan muncul sesuai dengan teori yang ada karena dalam merumuskan masalah keperawatan ini harus berdasarkan keluhan-keluhan yang di dapatkan dari hasil pengkajian dan pemeriksaan. Adapun diagnose yang di dapat yaitu :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, merupakan suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan. Alasan diagnosa ini di angkat karena berdasarkan pengamatan bahwa klien mengeluh nyeri pada bagian bawah perut, nyeri terasa seperti di sayat-sayat dan memiliki skala 7(0-10), nyeri muncul saat bergerak dan berkurang setelah di berikan terapi obat analgetik. Selain itu data objektif terdapat tanda-tanda seperti meringis, pasien tampak menghindar (protektif), luka operasi di abdomen, dan nyeri tekan dan sering terbangun saatr tidur. Diagnos tersebut penulis prioritaskan karena keluhan yang di rasakan klien saat itu dan apabila masalah itu tidak segera ditangani akan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien dan bisa mengganggu aktivitas klien sehingga timbul rasa ketakutan untuk melakukan Gerakan (SDKI,2018).
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, adalah keterbatasan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Alasan diagnose diangkat karena saat pengkajian didapatkan data subjektif klien mengeluh nyeri saat bergerak dan data subjektif klien mengeluh nyeri saat bergerak data subjektif kekuatan otot 4, Gerakan terbatas, adl

dibantu keluarga. Penulis menetapkan diagnose gangguan mobilitas fisik pada diagnose kedua karena adanya respon nyeri sehingga terjadi kelelahan fisik yang diakibatkan nyeri bertambah apabila banyak gerak, klien takut bergerak dan aktivitas dibantu keluarga (SDKI,2018).

- c. Resiko infeksi berhubungan dengan efek Tindakan invasif, adalah beresiko mengalami peningkatan organisme patogenik. Dengan penyebab yang ada pada pasien adalah ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit akibat dari Tindakan post section caesarea. Ditemukan data faktor pendukung resiko infeksi yaitu secara objektif terdapat luka post section caesarea dan didapatkan hasil leukosit 25,700mm³. Diagnosa resiko infeksi menjadi diagnose ketigakarena diagnose ini merupakan diagnose resiko infeksi dimana masih belum terjadi pada pasien namun bisa saat terjadi jika dilakukan perawatan luka pada pasien.

- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
Defisit perawatan diri merupakan ketidakmampuan seseorang dalam melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri (SDKI,2016). Penulis menetapkan diagnosa pada Ny.C yaitu defisit perawatan diri, dengan munculnya tanda dan gejala ketidak mampuan melakukan perawatan diri karena keterbatasan gerak, hal ini mengacu pada buku standar diagnose keperawatan (SDKI, 2016), bahwa defisit perawatan diri ditandai dengan adanya kelemahan atau kekuatan pada salah satu ekstremitas atas maupun bawah.

e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan efek prosedur infasive

Pada Ny.C Post op *sectio caesarea* ditemukan data pasien mengatakan ASI belum keluar, putting menonjol, areola berwarna coklat, payudara lembek. Menyusui tidak efektif dimana kondisi ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesulitan pada saat menyusui (SDKI, 2018). Pada pasien post section caesarea perubahan kadar hormone oksitosin dan prolactin dapat berbeda pada ibu dengan persalinan section caesarea dengan persalinan normal, hormone oksitosin berperan dalam pengeluaran ASI dan kadar hormone prolactin hanya naik sedikit pada ibu yang di lakukan persalinan SC sehingga menyebabkan proses pengeluaran ASI terlambat dan penulis menangkat diagnose menyusui tidak efektif karena ASI belum keluar.

3. Tahap Perencanaan

Pada saat merencanakan penulis mengikuti standar yang telah ditetapkan oleh PPNI (persatuan perawat Nasional Indonesia), sesuai dengan buku referensi standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI). Penyusunan rencana Tindakan ini di sesuaikan berdasarkan masalah yang muncul pada Ny.C diantaranya yaitu :

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, rencana Tindakan yang akan di lakukan yaitu manajemen nyeri, non farmakologis, Teknik distraksi Tarik nafas dalam. Nyeri merupakan gejala tidak menyenangkan yang di alami oleh pasien post section caesarea. Salah satu terapi yang dapat di berikan untuk mengurangi

nyeri Teknik relaksasi nafas dalam yaitu dengan memposisikan tubuh secara rileks dan menarik nafas dalam agar mengalirkan oksigen ke darah dan mengeluarkan hormone endorphen. Hasil penelitian (Kartaatmadja,Suherman 2023), menunjukan bahwa terdapat pengaruh Teknik relaksasi nafas dalam terdapat penurunan intensitas nyeri pasien post section caesarea.

Diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri rencana Tindakan utama adalah melakukan mobilisasi dini pasien post sc dengan tahapan : melatih mobilisasi dini 0-6 jam klien mampu bergerak, 6-12 jam klien tampak bisa berjalan, >24 jam klien tampak beraktivitas normal, menurut, (SIKI 2017).

Diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur Tindakan invasif, penulis melakukan Tindakan sesuai dengan rencana yang telah di susun. Intervensi utama untuk mengurangi risiko infeksi adalah dengan, memantau tanda-tanda infeksi, yang di temukan pada pasien dengan keluhan nyeri dan hasil tes darah menunjukan jumlah leukosit sebesar 25,700mm/3 selain itu, penulis juga melakukan prinsip perawatan luka yang dilakukan harus mempertahankan Teknik aseptik & antiseptic, dan memberikan terapi obat antibiotic cefotaxime 1 gr melalui infus intravena.

Pada tahapan diagnose defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, penulis merencanakan untuk membantu klien dalam pemenuhan ADL mulai dari nutrisi : makan dan minum, personal

hygiene. Hal tersebut dilakukan selama 1x24 jam dimana Ny. C diharapkan dapat mencapai kriteria hasil yaitu : kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat dan kemampuan ke toilet meningkat. Perencanaan yang disusun oleh penulis adalah : lakukan vulva hygiene untuk meningkatkan kenyamanan dan mencegah infeksi dan mendampingi Ny. C selama perawatan diri.

Menyusui tidak efektif berhubungan dengan efek prosedur invasif, dengan diberikan Pendidikan kesehatan mengenai perawatan payudara, ajarkan Teknik menyusui, ajarkan Teknik breast care, dan pijat oksitosin, dengan melakukan Teknik breast care yang tepat akan membantu proses pengeluaran ASI, pijat oksitosin dapat membuat ibu menjadi nyaman sehingga otot-otot menjadi rileks, perasaan ibu menjadi tenang, hormone laktasi meningkat yang menimbulkan pengeluaran ASI

4. Tahap pelaksanaan

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan klien bisaberpartisipasi dalam pelaksanaan Tindakan keperawatan. Dengan adanya Kerjasama, dukungan dan bantuan dari petugas kesehatan, mahasiswa, pembimbing dan keluarga serta keterbukaan klien dalam menerima asuhan keperawatan, sehingga asuhan keperawatan dapat berjalan dengan lancar.

Pada tahap diagnosa nyeri akut sehubungan dengan agen pencedera fisik, penulis melakukan Tindakan sesuai rencana yang telah disusun. Intervensi utama untuk mengatasi masalah nyeri akut adalah dengan

mengamati karakteristik nyeri pasien, memberikan pelatihan mengenai Teknik distraksi dan relaksasi untuk meredakan nyeri, pasien mampu melakukannya dengan respon nyeri klien berkurang, menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri, serta memberikan terapi obat analgetic ketorolac 30mg melalui infus intravena.

Pada tahap diagnose gangguan mobilitas fisik sehubungan dengan nyeri, setelah dilakukan intervensi Tindakan yaitu melakukan mobilisasi dini pada pasien post sc dengan tahapan : melatih mobilisasi dini 0-6 jam klien mampu bergerak, 6-12 jam klien mampu miring kiri miring kanan, 12-24 jam klien tampak bisa berjalan dan setelah >24 jam klien beraktivitas normal.

Pada tahap diagnosa resiko infeksi sehubungan dengan efek tindakan invasif, penulis melakukan Tindakan sesuai rencana yang telah disusun. Intervensi utama untuk mengurangi resiko infeksi adalah dengan keluhan nyeri dan hasil tes darah menunjukkan jumlah leukosit klien menurun 11,910mm³ selain itu, penulis juga melakukan perawatan luka pada klien dan memberikan terapi obat antibiotic cefotaxime 1 gram melalui infus intravena.

Pada tahap diagnosa defisit perawatan diri sehubungan dengan kelemahan, penulis melakukan Tindakan sesuai dengan rencana yang telah di susun, intervensi utama untuk defisit perawatan diri adalah dengan memonitor tingkat kemandirian klien, mendampingi klien melakukan perawatan diri, yang ditemukan pada klien adanya

keterbatasan gerak dan kelemahan pada extremitas bawah, sehingga tidak mampu untuk melakukan perawatan diri secara mandiri.

Pada tahap diagnos menyusui tidak efektif sehubungan efek prosedur infasive, penulis memberikan Tindakan penyuluhan kesehatan mengenai pemijatan oksitosin untuk membantu memperlancar pengeluaran ASI dengan hasil pasien mengerti apa yang di sampaikan, dan bertanya mengenai apa yang belum paham dan juga mampu mendemonstrasikan ulang cara pijat oksitosin.

5. Tahap evaluasi

Merupakan akhir dari proses keperawatan setelah intervensi dan implementasi. Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 hari di rumah sakit, penulis mengevaluasi klien dan di dapatkan dengan hasil :

Hasil evaluasi pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, di dapatkan setelah dilakukan perawatan selama 3x24jam, pasien mengatakan penurunan intensitas nyeri menjadi skala 4 (dari rentang 0-10) dari skala sebelumnya yang mencapai 7. Dengan demikian masalah nyeri pasien berhasil diatasi Sebagian.

Hasil evaluasi pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri didapatkan setelah di lakukan perawatan selama 1x24 jam, data objektif didapatkan pasien tampak bisa berjalan-jalan dan miring kanan dan kiri belum bisa bergerak dengan mandiri pasien masih perlu dibantu saat melakukan mobilisasi. Sehingga masalah teratasi.

Hasil evaluasi resiko infeksi ditandai dengan prosedur invasif di dapatkan setelah di lakukan perawatan selama 3x24 jam pasien masih merasa nyeri pada luka bekas *post sctio caesarea* serta data objektif yang di dapatkan hasil jumlah leukosit 11,910mm³. Sehingga masalah teratasi Sebagian.

Hasil evaluasi defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan di dapatkan setelah dilakukan perawatan selama 1x24 jam, data objektif pasien sudah bisa melakukan perawatan diri secara mandiri, sehingga masalah teratasi.

Hasil evaluasi menyusui tidak efektif, setelah dilakukan intervensi selama 3 hari, hasil evaluasi di dapatkan pasien mengatakan ASI sudah keluar dan dapat di simpulkan bahwa diganosa menyusui tidak efektif masalah teratasi Sebagian.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny,C (P1A0) post section caesarea (POD 0) atas indikasi preeklamsia berat di ruang Jade RSUD dr. slamet Garut pada tanggal 21 April 2025 sampai dengan 23 April 2025, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny, C *post sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi preeklamsia berat (PEB) di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
2. Penulis mampu menegakan diagnose keperawatan pada Ny, C (P1A0) *post sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi preeklamsia berat (PEB) di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
3. Penulis mampu merencana Tindakan keperawatan pada Ny,C (P1A0) *post sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi preeklamsia berat (PEB) di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
4. Penulis mampu melakukan evaluasi pada Ny, C (P1A0) *post sectio caesarea* (POD 0) atas idnikasi preeklamsia berat (PEB) di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
5. Penulis mampu mengevaluasi Tindakan keperawatan yang telah di lakukan pada Ny,C (P1A0) *post sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi preeklamsi berat (PEB) di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.

6. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. C (P1A0) *post sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi preeklamsia berat (PEB) di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.

B. Rekomendasi

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. C P1A0 setelah post op section caesarea atas indikasi preeklamsia berat. Secara sistematis dan komprehensif, penulis menyarankan kepada :

1. Bagi institusi Pendidikan

Diharapkan bagi institusi Pendidikan keperawatan dapat terus mengembangkan teori penelitian terkait asuhan keperawatan pada ibu post section caesarea, khususnya tentang mobilisasi dini dan pentingnya peningkatan nutrisi pada ibu post sc.

2. Bagi perawat

Diharapkan bagi setiap perawat untuk selalu menerapkan standar prosedur Tindakan yang telah ditetapkan oleh rumah sakit tanpa membedakan status pasien. Khususnya dalam melakukan perawatan luka terhadap ibu post partum, diharapkan semua perawat dapat selalu menerapkan konsep aseptik dan steril pada alat-alat yang digunakan

3. Bagi Rumah Sakit

Bagi rumah sakit diharapkan untuk menyediakan fasilitas lebih lengkap untuk menunjang penerapan asuhan keperawatan yang optimal. Khususnya ruangan untuk membantu pasien dalam melakukan terapi mobilisasi dini dan penyediaan ruang rawat gabung antara ibu dan bayi

disemua kelas fasilitas kesehatan, tanpa membedakan status sosial pasien. Diharapkan pula rumah sakit dapat menetapkan standar prosedur Tindakan perawatan luka, mobilisasi pasien post partum sc, Teknik menyusui untuk menunjang standarisasi Tindakan keperawatan pada pasien post sc.

4. Bagi pasien dan keluarga

Dalam upaya meningkatkan asuhan keperawatan diharapkan pasien dan keluarga dapat bekerja sama dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Keluarga juga diharapkan mampu memberi dukungan pada pasien sebagai bentuk support system, sehingga pasien dapat termotivasi dalam melakukan control nyeri dan mobilisasi dini yang dapat membantu mempercepat masa pemulihan pada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Mustika. (2021). Keperawatan Maternitas: Asuhan Persalinan dan Postpartum. Bandung: Nuha Medika.
- WHO. (2021). World Health Statistics 2021. Geneva: World Health Organization.
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019. Jakarta: Kemenkes.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Garut. (2018). Kabupaten Garut dalam Angka 2018 [Profil kesehatan daerah]. Dinas Kesehatan Kabupaten Garut.
- Josephine Darmawan. (2022). Dasar Ilmu Bedah Kebidanan. Jakarta: Mitra Cendekia.
- Riskesdas. (2018). Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI.
- Rekam Medik RSUD dr. Smaet Garut.
- Andi. (2022). Pemeriksaan Fisik Dasar untuk Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2015). Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien. Jakarta: EGC.
- Prawirjo, T. (2013). Ilmu kebidanan untuk pendidikan bidan. Salemba Medika.
- Prawirdjo, T. (2017). Dasar-dasar obstetri dan ginekologi. Salemba Medika.

- POGI. (2016). Panduan praktik klinis obstetri dan ginekologi. Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia.
- Setiawati, E., Sari, L. I., & Putri, A. (2023). Asuhan keperawatan maternitas terpadu. Bumi Medika.
- Setyaningrum, E. (2015). Asuhan kebidanan pada masa nifas. Salemba Medika.
- Kartaatmadja, S., & Suherman. (2023). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam terhadap Intensitas Nyeri Pasien Post Sectio Caesarea. Jurnal Ilmiah Keperawatan, 15(1), 45–52.
- Nurarif, M. (2015). Pengantar Proses Keperawatan: Teori dan Aplikasi dalam Praktik Klinis. Yogyakarta: Mediaction Publishing.
- Perhimpunan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI). (2016). Panduan Praktik Klinis Obstetri dan Ginekologi. Jakarta: POGI.
- Prawihardjo, S. (2017). Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Purwanti, I. (2014). Mobilisasi Pasca Operasi Sectio Caesarea. Jurnal Keperawatan Maternitas, 2(2), 77–84.
- Hiratun, N. (2019). Asuhan keperawatan pada pasien post sectio caesarea. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Silfianingsih, D. (2022). Kesehatan ibu dan anak. CV Media Sains Indonesia.
- Jumatrin. (2022). Manajemen nyeri pada ibu post operasi sesar. Jakarta: Salemba Medika.
- Nisma, N. (2022). Konsep dasar keperawatan maternitas. Bandung: Refika Aditama.

- Rozhikan, A. (2020). Pencegahan preeklampsia pada kehamilan risiko tinggi. Surabaya: Airlangga University Press.
- PPNI. (2016). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2017). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Jakarta: DPP PPNI.
- Sitomorang, F., dkk. (2016). Asuhan Keperawatan Kehamilan dengan Komplikasi Preeklampsia. Jakarta: Trans Info Media.
- Sugiyono. (2017). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2018). Metode Penelitian Kombinasi (Mix Methods). Bandung: Alfabeta.
- Pratiwi, N. (2011). ASI Eksklusif dan Tantangan Menyusui di Era Modern. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Wijayanti, N. (2014). Konsep Nyeri dan Penanganannya dalam Keperawatan Maternitas. Jakarta: Trans Info Media.
- Setyaningrum, R. (2015). Psikologi Keperawatan: Masa Nifas dan Adaptasi Peran Ibu. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Dermawan, D. (2012). Diagnosa Keperawatan: Teori dan Aplikasi. Jakarta: Salemba Medika.
- Amin, A., et al. (2017). Asuhan Keperawatan Ibu Post Operasi SC. Jakarta: Mitra Ilmu.

- Atin. (2016). Konsep Dasar Kebidanan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Cunningham, F.G. (2018). Williams Obstetrics 25th Edition. New York: McGraw-Hill Education.
- Hadinata, R., & Abdillah, F. (2021). Implementasi dan Evaluasi Keperawatan. Yogyakarta: Deepublish.
- Rahman, A., dkk. (2023). Preeklampsia dan Risiko Kematian Ibu. Jurnal Kebidanan dan Kesehatan, 9(1), 35–42.
- Ratmawati. (2021). Hipertensi dalam Kehamilan. Jakarta: Trans Info Media.
- Sahid, R., dkk. (2021). Asuhan Keperawatan Preeclampsia pada Ibu Hamil. Jurnal Keperawatan Indonesia, 24(2), 102–110.
- Setiawati, D., et al. (2023). Proses Penyembuhan Luka Operasi dan Peran Perawat dalam Pencegahan Infeksi. Jurnal Keperawatan Indonesia, 21(2), 110–117.
- Widoyoko, E. P. (2014). Teknik Evaluasi Program Pendidikan. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Winancy. (2019). Preeklampsia dan Penanganannya dalam Praktik Kebidanan. Jakarta: Mitra Cendekia.
- Wulan, T., & Devi, N. (2023). Panduan klinik asuhan keperawatan maternal. Salemba Medika.
- Yuliana, Y., & Hakim, A. (2020). Asuhan kebidanan komunitas. CV Media Sains Indonesia.
- Ayati, F., & Sulistyawati, N. (2017). Asuhan kebidanan pada kehamilan risiko Tinggi Salemba Medika.
- Maryunani, A. (2015). Asuhan kebidanan pada kehamilan.

Trans Info Media.

Nisma, Y., & Tim. (2022). Asuhan kebidanan patologis.

Mitra Cendekia.

Nuraini, R. (2014). Keperawatan maternitas. EGC

Lampiran 1

LAMPIRAN

SAP MOBILISASI DINI POST OPERASI

Sasaran : Ny. C

Tempat : Ruang Jade Rumah sakit Umum Daerah Garut

Hari/Tanggal : 23 April 2025

Waktu : Pukul 14.00-14.30 (30 menit)

Penyuluh : Winda sriwiayu

Pokok Bahasan : Mobilisasi dini pada pasien post operasi Di Ruang Jade Rumah sakit Umum Daerah Garut.

Sub Pokok Bahasa :

1. Pengertian mobilisasi dari *post operasi section caesarea*
2. Tujuan mobilisasi dini *post operasi section caesarea*
3. Manfaat mobilisasi dini *post operasi section caesarea*
4. Kerugian-kerugian bila tidak melakukan mobilisasi dini *post section caesarea*
5. Tahap-tahap mobilisasi dini *post section caesarea*
6. Cara melakukan mobilisasi dini *post section caesarea*

A. Latar belakang

1. Latar Belakang

Masalah kesehatan terus berkembang dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi terutama dalam keahlian medis yang berhubungan dengan operasi sehingga pasien operasi baik sesudah maupun sebelum operasi memerlukan perawatan untuk mempercepat penyembuhan. Melihat kondisi pasien post section caesarea yang memerlukan perawatan maka perlu dilakukannya intervensi dengan maksud untuk mengurangi rasa sakit melalui Latihan pernapasan dan mobilisasi diri untuk mempercepat proses penyembuhan dan kepulangan pasien serta dapat memberikan kepuasan atas perawatan yang diberikan.

2. Tujuan intruksional umum

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan diharapkan mengetahui tentang mobilisasi dini post operasi.

3. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan diharapkan peserta akan mampu

- a. Menjelaskan pengertian mobilisasi dini
- b. *Post operasi sectio caesarea*
- c. Menjelaskan manfaat mobilisasi dini *post operasi section caesarea*
- d. Menjelaskan tujuan mobilisasi dini *post operasi sectio caesarea*
- e. Menjelaskan kerugian-kerugian jika tidak melakukan mobilisasi *post operasi sectio caesarea*.
- f. Menjelaskan tahap-tahap mobilisasi dini *post operasi section caesarea*
- g. Dapat melakukan mobilisasi *dini post operasi section caesarea*.

4. Materi (Terlampir)

- a. Pengertian mobilisasi dini *post operasi section caesarea*.
- b. Tujuan mobilisasi dini *post operasi section caesarea*.
- c. Manfaat mobilisasi dini *post operasi section caesarea*.
- d. Kerugian bila tidak melakukan mobilisasi dini *post operasi section caesarea*.
- e. Tahap-tahap mobilisasi dini *post operasi section caesarea*.
- f. Dapat melakukan mobilisasi dini *post operasi section caesarea*.

5. Metode Penyuluhan

Dilakukan dengan metode demonstrasi dan tanya jawab.

6. Media

Tempat tidur

Leaflet

7. Kegiatan penyuluhan

N o	Tahapan	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan sasaran	Media dan metode	Waktu
1.	Pembukaan	a. Memberikan salam b. Perkenalan c. Menyampaikan tentang pokok materi dan kontrak waktu. d. Menyebutkan materi yang akan diberikan.	a. Menjawab salam b. Mendengarkan dan memperhatikan c. Mendengarkan dan memperhatikan	Metode ceramah	3 Menit
2.	Pelaksanaan	a. Menjelaskan pengertian mobilisasi dini b. Menjelaskan tujuan	a. Menjawab b. Mendengarkan dan memperhatikan, bertanya dan	Leaflet, ceramah dan tanya jawab.	20 Menit

		mobilisasi dini post operasi c. Menjelaskan manfaat mobilisasi dini d. Menjelaskan kerugian-kerugian jika tidak melakukan mobilisasi dini e. Tahap-tahap mobilisasi dini f. Demonstrasi mobilisasi dini g. Redemonstrasi	berpartisipasi aktif		
3.	Evaluasi	a. Bertanya dan mengklarifikasi b. Penguatan mengenai materi mobilisasi dini post sc	a. Sasaran dapat menjawab pertanyaan yang diajukan b. Mendengarkan dan memperhatikan	Diskusi dan ceramah	5 Menit
4.	Penutupan	a. Kesimpulan dari materi b. Mengucapkan salam dan mengakhiri pertemuan	a. Mendengarkan dan memperhatikan b. Menjawab salam.	Ceramah	2 Menit

A. Pengertian Mobilisasi Dini

Mobilisasi setelah operasi yaitu proses aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari Latihan ringan diatas tempat tidur sampai dengan bisa

turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar (Brunner & Suddarth, 2020).

C. Tujuan Mobilisasi Dini

Tujuan dari mobilisasi dini adalah untuk mempertahankan fungsi tubuh, memperlancar peredaran darah, membantu pernapasan menjadi lebih baik, memperlancar eliminasi urine, mengembalikan urine, mengembalikan aktifitas tertentu, sehingga pasien dapat kembali normal dan dapat memenuhi kebutuhan gerak harian, memberikan kesempatan perawat dan pasien berinteraksi atau komunikasi (Fitriyalsari, 2019).

D. Manfaat Mobilisasi Dini

Manfaat mobilisasi bagi post operasi section caesarea adalah :

1. Melancarkan sirkulasi
2. Membantu Proses pemulihan
3. Mencegah terjadinya infeksi yang timbul karena varises dan mencegah pendarahan lebih lanjut.

E. Kerugian Bila Tidak Melakukan Mobilisasi dini Menurut (Sukarni & Margareth, 2014)

Ibu post section caesarea yang tidak melakukan mobilisasi dini dapat mengalami pendarahan yang tidak normal. Pendarahan setelah persalinan adalah kehilangan darah melebihi 500 ml yang dapat terjadi setelah bayi lahir. Dengan mobilisasi dini rangsangan pada rahim akan menjadi keras, maka risiko pendarahan yang tidak normal dapat dihindarkan, selain dapat terjadi pendarahan yang tidak abnormal, ibu post section caesarea juga dapat

mengalami peningkatan suhu tubuh karena adanya perubahan rahim ke bentuk normal sehingga sisa darah tidak dapat di keluarkan dan menyebabkan infeksi.

Seorang ibu jika tidak melakukan mobilisasi dapat mengganggu energi yang di hasilkan dalam tubuh manusia yaitu kecepatan tubuh untuk mengurangi karbohidrat, lemak dan protein. Ketidak seimbangan kalsium dan gangguan pencernaan. Pada pasien yang mengalami infeksi karena tidak melakukan mobilisasi dini memerlukan asupan kalori yang tinggi setiap hari di akibatkan demam atau proses penyembuhan luka.

F. Tahap-tahap Mobilisasi Dini

Menurut Kasdu (2015) mobilisasi dini dilakukan secara bertahap berikut ini:

1. Setelah operasi, pada 6 jam pertama pasien harus tirah baring dahulu. Mobilisasi dini yang bisa di lakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki.
2. Setelah 6-10 jam, pasien di haruskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan, untuk mencegah gumpalan darah pada pembuluh darah.
3. Setelah 24 jam pasien di anjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk dengan bantuan seperti mengatur posisi tempat tidur atau menggunakan bantal. Setelah pasien dapat duduk, dianjurkan pasien untuk turun dari tempat tidur dan jika kondisinya stabil bantu pasien untuk berdiri dan jika sudah stabil Latihan berjalan.

4. Dengan di bantu oleh keluarga klien untuk berpegangan pada benda yang kokoh dan jaraknya pun tidak terlalu jauh, (3-5 hari).

Lampiran 2 Leaflet Mobilisasi Dini Post Operasi SC

Manfaat mobilisasi

- Meningkatkan kekuatan otot
- Mempercepat pemulihan
- Mencegah susah buang air besar
- Mencegah tekanan darah rendah

Hal penting

01 Pasien harus memiliki keyakinan untuk mobilisasi scr cepat

02 Gerakan tubuh yang tepat tidak akan menyebabkan jahitan lepas/robek

Mobilisasi setelah operasi

Aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari latihan ringan di atas tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan keluar



Tujuan

- Memperlancar peredaran darah
- Mempertahankan tonus otot
- Mempertahankan fungsi tubuh

Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi SC



**Winda sriwiayu
khga22042**

Kerugian Tidak Melakukan Mobilisasi Dini

- Penyembuhan luka menjadi lama
- Memperlama perawatan di rumah sakit
- Menambah rasa sakit
- Badan menjadi pegal dan kaku



Tahap-Tahapan Mobilisasi Dini Setelah Operasi

01 Pada 6 jam pertama

Dalam posisi tirah baring

Lalu menggerakkan lengan, tangan, ujung jari kaki, memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menekuk dan menggeser kaki

02 Setelah 6-10 jam

Pasien diharapkan dapat miring ke kiri dan kanan





03 Setelah 18 jam

Pasien dianjurkan dapat mulai belajar duduk



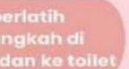
04 Pada 24 jam pertama

Pasien dianjurkan dapat belajar berdiri di samping tempat tidur & sekitar kamar



05 Setelah pasien mampu berdiri

Pasien dapat berlatih berjalan 3-4 langkah di sekitar kamar dan ke toilet



DAFTAR PUSTAKA

- Brunner, L. S., & Suddarth, D. S. (2020). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 14. Jakarta: EGC.
- Fitriyahsari, S. (2019). Mobilisasi Dini pada Pasien Post Operasi: Pendekatan Keperawatan. Yogyakarta: Medika Cendekia Press.
- Sukarni, E., & Margareth, N. (2014). Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Operasi. Jakarta: Kurnia Medika.
- Kasdu, D. (2015). Panduan Praktis Penanganan Pasien Post Operasi. Jakarta: Kedokteran EGC.

Lampiran 3

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Winda Sriwiayu

NIM : KHGA22042

Pembimbing : K. Dewi Budiarti, M.Kep

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Ny. C P1A0 Dengan *post Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat.

NO	Tanggal	Materi	Sasaran	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	10 Juni 2025	BAB I	- Baca Kembali juknis - Latar belakang. - Cara penulisan		
2.	11 Juni 2025	BAB I	- Paragraf - Data		
3.	12 Juni 2025	BAB I	- Tambahkan angka kejadian preeklamsia - buang jenis-jenis preeklamsia		
4.	13 Juni	BAB I	ACC BAB I		

	2025		Dengan perbaikan		
5.	19 Juni 2025	BAB II	- Satukan definisi - tambahkan, perbaiki pathway - Ubah ukuran tabel - Tabel jangan menggantung - Ubah pempis pada pasien sc.		
6.	24 Juni 2025	BAB II	ACC BAB II Lanjut BAB III - Hilangkan p di cp - Tambahkan dx - lengkapi intervensi		
7.	27 Juni 2025	BAB III	- Tambahkan djj di pemeriksaan - ubah pembahasan - perbaiki cp		
8.	01 Juli 2025	BAB III BAB IV	- Perbaiki yang ketikan yang typo - perbaiki perencanaan BAB IV - Perbaiki rekomendasi		
9.	05 Juli 2025	BAB I- BAB IV	ACC Sidang		

Lampiran 4

SATUAN ACARA PENYULUHAN

TEKNIK MENYUSUI

Pokok Bahasan	: Post Natal care (ANC)
Sub Pokok Bahasan	: Teknik Menyusui Yang Baik dan Benar
Sasaran	: Ny.C
Tempat	: Jade
Hari/Tanggal	: 23 April 2025
Waktu	: 20 Menit
Metode	: Ceramah dan tanya jawab

1. Latar Belakang

Menyusui merupakan kegiatan yang menyenangkan bagi ibu sekaligus memberikan manfaat yang tidak terhingga pada anak (Xuliarti. 2009). Keberhasilan menyusui harus diawali dengan kepekaan terhadap waktu yang tepat saat pemberian ASI. Kalau diperhatikan sebelum sampai menangis bayi sudah bisa memberikan tanda-tanda kebutuhan akan ASI berupa Gerakan-gerakan memainkan mulut dan lidah atau tangan dimulut.

Kendala terhadap pemberian ASI telah teridentifikasi, hal ini mencakup faktor-faktor seperti kurangnya informasi dari pihak perawat Kesehatan bayi, praktik-praktik rumah sakit yang merugikan seperti pemberian air dan suplemen bayi tanpa kebutuhan medis, kurangnya perawatan tindak lanjut pada periode pasca kelahiran dini, kurangnya dukungan dari Masyarakat luas (Maribeth Hasselquist, 2006). Sehingga penulis Menyusun makalah satuan acara penyuluhan dengan tema Teknik Menyusui yang Baik dan Benar, agar ibu menyusui mampu menerapkan teknik menyusui yang baik dan benar pada bayi umur 0-2 tahun.

2. Tujuan

a. Tujuan intruksional Umum

Setelah dilakukan penyuluhan, peserta mengerti tentang cara menyusui yang baik dan benar.

b. Tujuan Inturksional Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan, peserta dapat mengetahui tentang:

- 1) Pengertian teknik menyusui yang benar
- 2) Posisi dan perlekatan menyusui yang benar
- 3) Persiapan memperlancar pengeluaran ASI
- 4) Langkah-langkah menyusui yang benar
- 5) Cara pengamatan teknik menyusui yang benar

5. Lama dan frekuensi menyusui

3. Sasaran

Pasien

4. Pembahasan

- a. Pengertian teknik menyusui yang benar
- b. Posisi dan perlekatan menyusui yang benar
- c. Persiapan memperlancar pengeluaran ASI
- d. Langkah-langkah menyusui yang benar
- e. Cara pengamatan teknik menyusui yang benar
- f. Lama dan frekuensi menyusui

5. Metode Penyuluhan

Ceramah dan Tanya Jawab

6. Kegiatan Penyuluhan

No	Waktu	Tahap Kegiatan	Kegiatan	
			Penyuluhan	Sasaran
1.	5 Menit	Pembukaan	Memberi salam pembuka memperkenalkan diri kontrak waktu	Menjawab salam, mendengarkan, memberi respon
2.	15 Menit	Kegiatan	Penjelasan : 1. Menjelaskan pengertian 2. Menjelaskan manfaat dan tujuan 3. Menjelaskan akibat jika tidak dilakukan perawatan payudara 4. Menjelaskan waktu pelaksanaan perawatan payudara 5. Menjelaskan hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan perawatan payudara 6. Menjelaskan Langkah-langkah perawatan payudara 7. Menjelaskan Teknik perawatan payudara 8. Menjelaskan perawatan payudara dengan masalah	Mendengarkan memperhatikan

3.	10 Menit	Penutup	Tanya Jawab 1. Menyimpulkan hasil penyuluhan 2. Salam penutup	Mengajukan pertanyaan, membalas salam

7. Media

Leaflet

8. Materi

Terlampir

9. Kriteria pemantauan

a. Input

- 1) Kegiatan Penyuluhan
- 2) Media penyuluhan yang digunakan adalah leaflet
- 3) Paket penyuluhan sesuai SOP dan Up to Date
- 4) Waktu kegiatan Penyuluhan adalah 20 Menit
- 5) Tempat penyuluhan adalah diruang perawatan jade

b. Proses

- a. Pasien dan keluarga antusias dalam mengikuti kegiatan penyuluhan
- b. Narasumber menguasai materi dengan baik

c. Output

Setelah dilakukan kegiatan penyuluhan peserta mengerti dan memahami materi penyuluhan

d. Outcome

Setelah dilakukan kegiatan penyuluhan ada perubahan perilaku Kesehatan yang lebih baik berkaitan dengan materi yang disampaikan.

10. Evaluasi Hasil :

- a. Pasien mengetahui pengertian teknik menyusui yang benar
- b. Pasien mengetahui posisi dan perlekatan menyusui yang benar
- c. Pasien mengetahui persiapan memperlancar pengeluaran ASI
- d. Pasien mengetahui langkah-langkah menyusui yang benar
- e. Pasien mengetahui cara pengamatan teknik menyusui yang benar
- f. Pasien mengetahui lama dan frekuensi menyusui

Jenis Pertanyaan :

- 1. Jelaskan cara menyusui yang baik dan benar?
- 2. Jelaskan posisi bagaimana cara menyusui bayi yang baik dan benar?
- 3. Sebutkan Langkah-langkah menyusui yang baik dan benar?

11. Daftar Pustaka

Vivian Nanry Lia Dewi, Tri Sunarsih, 2011. Asuhan Kebidanan pada ibu Nifas, salemba Medika: jakarta

TEKNIK MENYUSUI

A. Pengertian Teknik Menyusui yang Benar

Teknik menyusui yang benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar (Saminem, 2009). Teknik menyusui yang benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar (Sunardi, dan Hesti, 2010)

B. Posisi dan perlekatan menyusui

Terdapat berbagai macam posisi menyusui. Cara menyusui yang tergolong biasa dilakukan adalah dengan duduk, berdiri atau berbaring.



Gambar 1. Posisi menyusui sambil berdiri yang benar

Gambar 2. Posisi menyusui sambil duduk yang benar



Gambar 3. Posisi menyusui sambil rebahan yang benar

Ada posisi khusus yang berkaitan dengan situasi tertentu seperti ibu pasca operasi sesar. Bayi diletakkan disamping kepala ibu dengan posisi kaki diatas. Menyusui bavi kembar dilakukan dengan cara seperti memegang bola bila disusui bersamaan, dipayudara kiri dan kanan. Pada ASI yang memancar (penuh), bayi ditengkurapkan diatas dada ibu, tangan ibu sedikit menahan kepala bayi, dengan posisi ini bayi tidak tersedak (Vivian Nanny Lia Dewi, Tri Sunarsih, 2011)

C. Langkah-Langkah memperlancar pengeluaran ASI

Persiapan memperlancar pengeluaran ASI dilaksanakan dengan jalan :

1. Membersihkan puting susu dengan air atau minyak, sehingga epital yang lepas tidak menumpuk.
2. Puting susu di tarik-tarik setiap mandi, sehingga menonjol untuk memudahkan isapan bayi.

3. Bila putting susu belum menonjol dapat memakai pompa susu.

D. Langkah-langkah menyusui yang benar

1. Cuci tangan dengan air bersih dan menggunakan sabun.
2. Peras sedikit ASI dan oleskan di sekitar putting.
3. Duduk dan berbaring sesuai posisi yang nyaman untuk ibu. Jangan hanya leher dan bahunya saja, kepala dan tubuh bayi harus lurus dan hadapkan bayi ke dada ibu, sehingga hidung bayi berhadapan dengan putting susu, biarkan bibir bayi menyentuh putting susu ibu dan tunggu sampai terbuka lebar.
4. Segera dekatkan bayi ke payudara sedemikian rupa sehingga bibir bawah bayi terletak dibawah putting susu. Cara meletakkan mulut bayi dengan benar yaitu dagu menempel pada payudara ibu, mulut bayi terbuka lebar dan bibir bayi membuka lebar.
5. Bayi disusui secara bergantian dari payudara sebelah kiri lalu ke sebelah kanan sampai bayi merasa kenyang.
6. Setelah selesai menyusui, mulut bayi dan kedua pipi bayi dibersihkan dengan lap bersih yang telah direndam dengan air hangat.
7. Sebelum ditidurkan, bayi harus disendawakan dulu supaya udara yang terhisap bisa keluar.
8. Bila kedua payudara masih ada sisa ASI tahan putting susu dengan kain supaya ASI berhenti keluar.



Lampiran 5 Lealfet Teknik menyusui perlekatan

CARA MENYUSUI YANG BENAR

**Winda sriwiayu
khga22042**



CARA MENYUSUI BAYI YANG BENAR

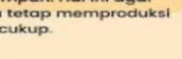
- Susui bayi sesering mungkin, semau bayi, paling sedikit 8 kali sehari
- Bila bayi tidur lebih dari 3 jam, bangun, lalu susui
- Susui sampai payudara terasa kosong, lalu pindah ke payudara sisi yang lain
- Bila bayi sudah kenyang, tapi payudara masih terasa penuh/kencang, perlu dikosongkan dengan diperah untuk disimpan. Hal ini agar payudara tetap memproduksi ASI yang cukup.

PERSIAPAN SEBELUM MENYUSUI

- Terlebih dulu mencuci tangan dengan sabun dan dibilas dengan air mengalir sampai bersih
- Kedua puting dibersihkan dengan kapas yang direndam air hangat
- Olesi puting dengan ASI agar tidak lecet/mengurangi risiko lecet saat menyusui

Cara Melakukan Gerakan Mengisap yang Benar





POSISI DAN PERLEKATAN MENSUSUI YANG BENAR

●

Pastikan posisi ibu ada dalam posisi yang nyaman

●

Kepala dan badan bayi berada dalam garis lurus

●

Wajah bayi menghadap payudara, hidung berhadapan dengan puting

●

Ibu harus memeluk badan bayi dekat dengan badannya

●

Sebagian besar areola masuk kedalam mulut bayi, mulut terbuka lebar, bibir bawah melengkung keluar dan dagu menyentuh payudara ibu

SEMANGAT MEN"ASI"HI IBU HEBAT♥

Tips Menyusui Sambil Rebahan

- Tempatkan bayi sehingga di tengah-tengah dada
- Berbaringlah menyamping di samping bayi dengan kepala di atas bantal
- Selain bayi di atas, bunda juga dapat berbaring dengan kepala di atas bantal
- Berbaringlah menghadap ke samping Bunda & tarik payudara ke arah mulut bayi. Baringkan badannya menghadap perut ibu dengan bantal
- Atas Bunda memang lebih nyaman, cukup posisi bayi yang baik, sesuai kebutuhan ibunya lebih penting
- Gunakan bantal ke samping Bunda & tarik payudara ke arah mulut bayi. Baringkan badannya menghadap perut ibu dengan bantal
- Bunda dapat memposisikan perutnya di samping Bunda & tarik payudara ke arah mulut bayi. Baringkan badannya menghadap perut ibu dengan bantal
- Atas Bunda memang lebih nyaman, cukup posisi bayi yang baik, sesuai kebutuhan ibunya lebih penting

TIPS BUNDA

- Bayi dapat melubangi lidah di antara ibu & payudara agar nyaman
- Bayi dapat melubangi lidah di antara ibu & payudara agar nyaman
- Bayi dapat melubangi lidah di antara ibu & payudara agar nyaman
- Bayi dapat melubangi lidah di antara ibu & payudara agar nyaman

Lampiran 6

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas Diri

Nama : Winda Sriwiayu
NIM : KHGA22042
Tempat tanggal lahir : Garut, 24 April 2004
Agama : Islam
Alamat : Mekarmukti

B. Riwayat Pendidikan

SDN 1 Cijayana
SMP PGRI Mekarmukti
SMAN 29 Garut
STIKes Karsa Husada Garut