

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.O P5A0 POST SECTIO CAESAREA
POD 0 ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT DI RUANG AGATE
BAWAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr.SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan

Pendidikan Diploma III Keperawatan

Di Stikes Karsa Husada Garut

Di susun oleh:

WINDY OKTAVIA ANDRIYANI

KHGA22036



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

2025

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.O (P5A0)
POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI
PREEKLAMPSIA BERAT DI RUANG AGATE
BAWAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
dr.SLAMET GARUT**

NAMA : WINDY OKTAVIA ANDRIYANI

NIM : KHGA22036

Telah di setujui untuk di sidangkan

Pada Sidang Karya Ilmiah Prodi DIII Keperawatan

Garut, 05 Juli 2025

Menyetujui,

Pembimbing

K.Dewi Budiarti, M.Kep.

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.O (P5A0)
POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI
PREEKLAMPSIA BERAT DI RUANG AGATE
BAWAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
dr.SLAMET GARUT**

NAMA : WINDY OKTAVIA ANDRIYANI

NIM : KHGA22036

Garut , 08 Juli2025

Mengesahkan,

Penguji I

Penguji II

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

Eti Suliyawati, S.Kep.,M.Si

Mengetahui,

Ketua Progam Studi DIII Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M.kep

K. Dewi Budiarti, M.Kep

ABSTRAK

IV BAB, 139 Lembar, 16 tabel, 1 Bagan, 2 Gambar, 4 Lampiran

Tingginya angka tindakan persalinan sectio caesarea (SC) di RSUD dr. Slamet Garut, dengan preeklamsia berat sebagai penyebab utama sebesar 41,18%, menjadi dasar pemilihan judul karya tulis ini. Kondisi tersebut memerlukan perhatian khusus dalam pemberian asuhan keperawatan pasca operasi untuk mencegah komplikasi seperti infeksi luka, perdarahan, dan gangguan perfusi. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menggambarkan penerapan asuhan keperawatan pada pasien Ny. O post SC hari pertama (POD 0) atas indikasi preeklamsia berat. Penelitian menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang mencakup pengumpulan data melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi kepustakaan. Hasil menunjukkan bahwa pada Ny. O ditemukan lima diagnosa keperawatan utama, yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, risiko infeksi, defisit perawatan diri, dan menyusui tidak efektif. Intervensi yang diberikan mampu mempercepat pemulihan fisik, meningkatkan kemandirian pasien dalam merawat diri, dan mendukung keberhasilan proses menyusui. Disimpulkan bahwa asuhan keperawatan yang terstruktur dan tepat sasaran sangat penting untuk mendukung pemulihan ibu post SC dengan indikasi preeklamsia berat. Diperlukan keterlibatan aktif tenaga kesehatan, mahasiswa, dan keluarga dalam proses perawatan pasien.

Kata kunci : Preeklamsia berat, sectio caesarea, asuhan keperawatan, post operasi, POD 0.

Kepustakaan : 39 Sumber (2016-2023)

ABSTRACT

IV Chapters, 139 pages, 16 table, 1 Chart, 2 Figures, 4 Appendices

The high number of caesarean section (CS) deliveries at dr. Slamet Garut Regional Hospital, with severe preeclampsia as the main cause of 41.18%, is the basis for choosing the title of this paper. This condition requires special attention in providing post-operative nursing care to prevent complications such as wound infection, bleeding, and perfusion disorders. The purpose of this study was to describe the application of nursing care to post-CS patients on the first day (POD 0) with indications of severe preeclampsia. The study used a case study method with a nursing process approach that included data collection through interviews, observations, physical examinations, and literature studies. The results showed that in Mrs. O five main nursing diagnoses were found, namely acute pain, impaired physical mobility, self-care deficit, risk of infection, and ineffective breastfeeding. The interventions provided were able to accelerate physical recovery, increase patient independence in self-care, and support the success of the breastfeeding process. It was concluded that structured and targeted nursing care is very important to support the recovery of post-CS mothers with indications of severe preeclampsia. Active involvement of health workers, students, and families is needed in the patient care process.

Keywords : Severe preeclampsia, cesarean section, nursing care, postoperative, POD 0.

Library : 39 source (2016-2023)

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Puji syukur ke hadirat Allah Subhana wa ta'ala Yang Maha Esa. Atas rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan tugas penyusunan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.O (P5A0) Dengan Post Operasi Sectio Caesarea Atas Indikasi Preeklamsia Berat (PEB) Di Ruang Ponsek IGD RSUD dr.Slamet Garut”. Sholawat serta salam senantiasa tercurah limpahkan kepada nabi Muhammad Salallahu a'laihisalam,berserta segenap keluarganya dan sahabatnya yang setia setia hingga akhir zaman.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini di maksud kan untuk memenuhi salasatu syarat dalam menyelesaikan Pendidikan Progam Studi DIII – Keperawatan di STIKes Karsa Husda Garut. Dalam penyusunan karya ilmiah ini penulis menyadari bahwa sepenuhnya tidak terlepas dari segala dukungan dan bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karna itu dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan rasa terima kasih yang sedalam – dalamnya kepada ;

1. Bapak Dr.H.Hadiyat,MA., selaku Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs.H.Suryadi ,M.Si selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.kes, selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Kepada Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku ketua Progam Studi DIII-Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut dan selaku pembimbing yang

telah memberikan arahan dan bimbingan dengan sabar sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat selesai dengan baik.

5. Seluruh Staf Dosen STIKes Karsa Husada Garut terutama Progam Studi DIII-Keperawatan yang telah memberi ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti Pendidikan.
6. Seluruh staf dan karyawan tata usaha dan perpustakaan yang telah memberi bantuan dalam penyediaan buku sumber.
7. Seluruh staf dan CI klinik ruangan Ponak di Rumah Sakit dr.Slamet Garut yang telah memberikan arahan dan bimbingan selama penulis melakukan Asuhan Keperawatan.
8. Ny.O dan keluarga selaku klien, yang sudah kooperatif sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah
9. Kepada Nenek, ibunda, ayahanda dan keluarga tercinta yang telah memberikan banyak sekali do'a , perhatian serta dukungan moril maupun material. Yang selalu menjadi *support system*, selalu memberikan motivasi dan selalu menjadi pendengar baik dalam segala hal, serta menjadi alasan utama penulis dalam menyelesaikan perkuliahan hingga sampai pada tahap akhir pembuatan karya tulis ilmiah. Terima kasih atas pengorbanan dan usaha yang tak terbatas, serta untuk kasih sayang yang melimpah.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Akhir

kata penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi penulis maupun pembaca.

Garut, Juni 2025

Windy Oktavia Andriyani

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
C. Metode Telaah.....	6
D. Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Konsep Dasar Preeklamsia.....	9
1. Definisi Preeklamsia.....	9
2. Etiologi Preeklamsia.....	10
3. Klasifikasi.....	11
4. Manifestasi Klinis Preeklamsia	11
5. Patofisiologi Preeklamsia Berat	13
6. Pemeriksaan Penunjang.....	14
7. Komplikasi	16
8. Penatalaksanaan.....	17
B. Konsep Dasar Section Caesarea.....	18
1. Definisi	18
2. Klasifikasi.....	18
3. Patofisiologi.....	19

4. Indikasi	20
5. Komplikasi	21
6. Pemeriksaan Penunjang.....	22
7. Penatalaksanaan post section caesarea	22
8. Pathway	25
C. Konsep Dasar Post Partum.....	26
1. Definisi post partum	26
2. Patofisiologi.....	26
3. Tahapan masa post partum	28
4. Perubahan fisiologis pada ibu post partum.....	29
5. Perubahan Psikologis Ibu Post Partum.....	34
6. Kebutuhan masa post partum	35
D. Dampak Sectio Caesarea Terhadap Kebutuhan Manusia	38
E. Konsep dasar asuhan keperawatan.....	40
1. Pengkajian keperawatan	40
2. Analisa Data	53
3. Diagnose keperawatan.....	62
4. Perencanaan	62
5. Implementasi Keperawatan	77
6. Evaluasi Keperawatan	77
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	78
1. Pengkajian Keperawatan	78
2. Analisa Data	88
3. Diagnose keperawatan.....	91
5. Perencanaan Asuhan keperawatan.....	95
6. Catatan Perkembangan	108
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	127
A. Kesimpulan.....	127
B. Rekomendasi	128

DAFTAR PUSTAKA.....	130
LAMPIRAN.....	134

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 perbandingan kasus Post Sectio Caesarea atas indikasi Preeklamsia Berat (PEB) dengan indikasi lainnya di RSUD dr.Slamet Garut.....	4
Tabel 2.2 Involus Uteri	29
Tabel 2.3 Analisa Data	53
Tabel 2.4 Perencanaan Diagnosa Nyeri Akut	63
Tabel 2.5 Perencanaan Diagnosa Gangguan Mobilisasi Fisik	66
Tabel 2.6 Perencanaan Diagnosa Resiko Infeksi	67
Tabel 2.7 Perencanaan Diagnosa Menyusui Tidak Efektif	69
Tabel 2.8 Diagnosa Defisit Perawatan Diri.....	71
Tabel 2.9 Diagnose resiko perfusi serebral tidak efektif.....	73
Tabel 3.1 Riwayat Persalinan.....	81
Tabel 3.2 Aktivitas Sehari-hari	85
Tabel 3.3 Pemeriksaan Labolatorium.....	88
Tabel 3.4 Terapi Medis	88
Tabel 3.5 Analisa Data	88
Tabel 3.6 Perencanaan Keperawatan	95
Tabel 3.7 Catatan Perkembangan.....	108

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Insisi Operasi Sectio Caesarea (Siddik, 2019)	19
Gambar 2.3 Tinggi Fundus Uteri	30

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 pathway	25
--------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 SAP Mobilisasi Dini
- Lampiran 2 SAP Pijat Oksitoksin
- Lampiran 3 Lembar Bimbingan
- Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kehamilan serta persalinan merupakan suatu peristiwa alamiah dan hal yang sangat dinanti setiap ibu yang sedang menunggu proses kelahiran bayinya. Meskipun persalinan merupakan peristiwa fisiologis namun setiap proses persalinan yang terjadi beresiko mengalami komplikasi selama persalinan. Hal tersebut dapat memperburuk kondisi ibu maupun bayi selama persalinan berlangsung sehingga berdampak terjadinya kematian pada ibu dan bayi (Winancy, 2019).

Menurut *World Health Organization* (WHO) Angka Kematian Ibu (AKI) masih sangat tinggi, sekitar 810 wanita meninggal akibat komplikasi terkait kehamilan atau persalinan diseluruh dunia setiap hari, sekitar 295.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan. Angka kematian ibu di negara berkembang mencapai 462/100.000 kelahiran hidup. Sedangkan di negara maju sebesar 11/100.000 kelahiran hidup (WHO,2020). Berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2020 angka kematian ibu (AKI) sebesar 4.627 kasus. Penyebab kematian ibu masih didominasi oleh tiga penyebab utama yaitu perdarahan sebanyak 1.330 kasus, hipertensi atau preeklamsia sebanyak 1.110 kasus dan gangguan sistem peredaran darah sebanyak 230 kasus (Profil Kesehatan Indonesia, 2020).

Preeklamsia sebagai salah satu komplikasi persalinan didefinisikan sebagai satu kumpulan gejala pada ibu hamil di tandai dengan peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140/90mmHg, dan tingginya kadar protein pada urine (proteinuria) yang sering muncul pada usia lebih dari 20 minggu. Kedua kriteria ini masih menjadi definisi klasik preeklamsia, sedangkan untuk edema tidak lagi di pakai sebagai kriteria diagnostic karena sangat banyak ditemukan pada wanita dengan kehamilan normal (POGI, 2016).

Penyebab preeklamsia hingga saat ini belum diketahui . teori yang dapat diterima menerangkan yaitu bertambahnya frekuensi pada primigraviditas, kehamilan ganda, bertambahnya frekuensi karena semakin tua kehamilan, dapat terjadi perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dalam uterus, timbulnya hipertensi, edema, proteinuria, kejang, dan koma (Ratnawati, 2020). Gambaran klinis preeklamsia biasanya timbul dalam urutan bertambahnya berat badan yang berlebihan diikuti edema, hipertensi, dan akhirnya proteinuria. Pada preeklamsi berat didapatkan sakit kepala didaerah frontal, penglihatan kabur, ada edema selaput mata pada funduskopi, nyeri daerah epigastrium, mual dan muntah (Aditya, 2019).

Adapun penatalaksanaan preeklamsia yaitu dengan pemberian obat antihipertensi bertujuan untuk menurunkan tekanan darah serta mencegah komplikasi pada ibu. Penatalaksanaan konservatif dapat dilakukan dengan rawat jalan dengan catatan harus ada observasi ketat terhadap kondisi ibu

serta janin, dan melakukan dengan pengukuran tekanan darah, detak jantung janin (DJJ), USG. Apakah keadaan ibu janin semakin memburuk maka persalinan di upayakan untuk dilakukan sesegera mungkin setelah kondisi ibu stabil. Cara persalinan pervaginam tetap diutamakan kecuali jika terdapat terjadi indikasi lain maka disarankan untuk *sectio caesarea*.

Angka persalinan dengan metode *sectio caesarea* telah meningkat di seluruh dunia dan melebihi batas kisaran 10%-15% yang direkomendasikan *World Health Organization* (WHO) dalam upaya penyelamatan nyawa ibu dan bayi. *Sectio Caesarea* merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini di artikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau suatu *histerotomi* untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Arda & Hartaty,2021). Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukan angka tindakan *Sectio Caesarea* (SC) pada persalinan meningkat yaitu sebesar 17,6% atau sekitar 13.860 kasus dari total persalinan 78.746 kasus. Dimana pada tahun 2013 masih tercatat sekitar 15,3%. Hal ini menunjukan bahwa tingkat persalinan di Indonesia sudah melawati batas maksimal standar WHO 5-15%. Sedangkan untuk provinsi Jawa Barat tingkat tindakan oprasi bedah sesar tercatat sebesar 15,5%. Menurut data rekam medik RSUD dr.Slamet Garut yang diperoleh dari bulan Januari sampai

dengan bulan April tahun 2025 dapat diketahui bahwa data kasus *Sectio Caesarea* sebanyak 1.312 kasus dengan rincian berikut.

Tabel 1.1 Perbandingan kasus Post *Sectio Caesarea* atas indikasi Preeklamsia Berat dengan indikasi lainnya di RSUD dr.Slamet Garut

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	4,15%
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 didapat dari bagian Rekam Medik RSUD dr.Slamet Garut tercatat bahwa jumlah persalinan dengan *Sectio Caesarea* (SC) adalah 794 dan *Sectio Caesarea* dengan indikasi preeklamsia berat (PEB) ini menempati urutan pertama dengan presentasi 41,18% atau 327 kasus (Rekam Medik RSUD dr.Slamet Garut). Hal ini perlu dijadikan acuan untuk menerapkan pemantauan lebih kepada ibu dengan post SC atas indikasi preeklamsia berat (PEB) untuk menghindari komplikasi yang dapat ditimbulkan yaitu bisa terjadinya infeksi pada luka operasi, pendarahan, gangguan Trakus urinarius, dan kejadian trombeomboli (Sarait, 2022). Adapun dampak yang terjadi pada anak adalah adanya keterbatasan untuk melakukan perawatan kepada anak juga

adanya keterlambatan insisi menyusui sehingga dapat mengganggu ibu dalam proses pendekatan antara ibu dan anak. Untuk menghindari komplikasi tersebut maka peran perawat sangat diperlukan, perawat harus memberikan perawatan komprehensif dengan memberikan asuhan keperawatan pada ibu pasca persalinan (Rusniati, 2017).

Berdasarkan permasalahan dan uraian data diatas maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dan menyusun laporan tugas akhir pada kasus asuhan keperawatan yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny.O (P5A0) Dengan Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat Di Ruang Agate Bawah IGD RSUD dr.Slamet Garut”**.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan secara umum di tulisnya karya ilmiah ini diharapkan penulis dapat memperoleh gambaran nyata dalam Asuhan Keperawatan Pada Ny.O (P5A0) Dengan Post *Sectio Caesarea* Atas Indikasi Preeklamsia Berat (PEB) Di Ruang Ponak IGD RSUD dr.Slamet Garut”.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny.O (P5A0) post *sectio caesarea* atas indikasi preeklamsia berat.

- b. Penulis mampu menegakan diagnosa keperawatan sesuai dengan SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) pada Ny.O post *section caesarea* atas indikasi preeklamsia berat.
- c. Penulis mampu menyusun intervensi keperawatan secara menyeluruh sesuai SDKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) kepada Ny.O post *sectio caesarea* atas indikasi preeklamsia berat
- d. Penulis mampu mengimplementasikan intervensi yang telah tersusun untuk mencapai kriteria hasil yang di tetapkan pada Ny.O post *sectio caesarea* atas indikasi preeklamsia berat.
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi kemajuan keadaan penatalaksanaan asuhan keperawatan secara efesien pada Ny.O post *sectio caesarea* atas indikasi preeklamsia berat.
- f. Penulis dapat mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah di berikan pada Ny.O post *section caesarea* atas indikasi preekalamsia berat.

C. Metode Telaah

Metode penulisa karya ilmiah ini menggunakan metode deskriptif yang berberbentuk studi kasus. Teknik data, pengumpulan data pada kasus meliputi :

1. Wawancara

Penulis melakukan komunikasi secara langsung, dengan melakukan metode tanya jawab dengan pasien, keluarga dan juga

bidan untuk membantu memberikan informasi yang di butuhkan penulis.

2. Pemeriksaan Fisik

Penulis melakukan pemeriksaan fisik secara sistematis mulai dari kepala hingga kaki dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi untuk memeriksa keadaan fisik pasien.

3. Dokumentasi atau Catatan Perawat

Yaitu pengumpulan data dengan cara mempelajari status pasien yang bersumber pada catatan dokter dan bidan untuk dijadikan salah satu dasar melaksanakan asuhan keperawatan.

4. Studi Pustaka

Yaitu menggunakan buku-buku literatur yang berkaitan untuk menunjang landasar teoritis.

5. Partisipasi Aktif

Dalam pengumpulan data tidak terlepas dari peran pasien dan keluarga. Pasien dan keluarga yang mau menerima asuhan keperawatan dengan baik hingga dapat membantu penulis dalam mengumpulkan data dan melakukan tindakan keperawatan.

D. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan studi kasus ini pada awal memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, lembar pengesahan, kata pengantar dan daftar isi, dan terdiri dari IV BAB dengan sistematis penulisan sebagai berikut:

BAB I Pendahuluan, merupakan bab pertama yang menguraikan tentang Latar belakang, rumusan masalah, tujuan, metode telaah, dan sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan Teoritis, berisi tentang teori medis meliputi : Konsep dasar preeklamsia, konsep dasar *Sectio Caesarea*, serta konsep dasar asuhan keperawatan pada ibu post partum.

BAB III Tinjauan Kasus, yang berisi tentang pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi, evaluasi, dan pembahasan.

BAB IV Kesimpulan dan Saran, berisi tentang kesimpulan pada pelaksanaan asuhan keperawatan dan saran mengenai masalah yang di temukan.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Preeklamsia

1. Definisi Preeklamsia

Preeklamsia merupakan peningkatan darah tinggi yang terjadi pada ibu hamil dengan usia kehamilan 20 minggu atau selesai persalinan dengan adanya tanda tanda meningkatnya tekanan darah (Sitomorang & dkk, 2016). Menurut WHO, preeklamsia adalah kondisi hipertensi atau tekanan darah tinggi pada ibu hamil yang baru timbul (tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg, dan diastolic lebih dari 90mmHg) yang terkait dengan proteinuria, disfungsi organ ibu (hati, neurologis, hematologis, atau ginjal), atau disfungsi uteroplasenta pada kehamilan.

Preeklamsia adalah kondisi yang terjadi akibat tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol pada ibu hamil. Kondisi preeklamsia pada ibu hamil harus segera di tangani jika tidak akan beresiko bagi ibu maupun janin (Winancy, 2019). Disertai adanya gangguan organ, salah satu indikator terjadinya gangguan organ sebagai besar adanya protein urin, sehingga dikatakan preeklamsia apabila di temukan protein urin dan hipertensi pada ibu hamil dengan usia kehamilan 20 minggu. (POGI, 2016).

Dapat di simpulkan bahwa pengertian preeklamsia adalah meningkatnya tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg dan biasanya terjadi pada usia kehamilan di atas 20 minggu, di katakana preeklamsia karna adanya peningkatan tekanan darah atau hipertensi dan adanya protein urin. Apabila tidak segera di tangani maka preeklamsia ini akan beresiko tinggi bagi ibu dan juga janin.

2. Etiologi Preeklamsia

Sampai saat ini penyebab preeklamsia masih belum di ketahui secara pasti. Beberapa ahli percaya bahwa preeklamsia diawali dengan adanya kelainan pada plasenta, yaitu organ berfungsi menerima suplai darah dan nutrisi bagi bayi selama masih di dalam kandungan.

Menurut Miranti (2017), selain Primigravida, kehamilan ganda serta riwayat preeklamsia. Beberapa factor lainnya yang bisa meningkatkan resiko preeklamsia antara lain adalah:

- a. Malnutrisi berat
- b. Riwayat penyakit seperti; Diabetes Melitus, Lupus , Hipertensi dan Penyakit Ginjal
- c. Jarak kehamilan yang cukup jauh dari kehamilan pertama
- d. Usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun
- e. Obesitas
- f. Riwayat keluarga dengan preeklamsia

3. Klasifikasi

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

a. Preeklamsia Ringan

Kondisi dimana terjadi nya peningkatan tekanan darah 140/90mmHg atau lebih dengan posisi pengukuran tekanan darah pada ibu baik duduk maupun terlentang. Proteinuria 0,3 gr/lit atau +1/+2. Edema pada ekstremitas dan muka serta di ikuti kenaikan berat badan >1 kg/minggu.

b. Preeklamsia Berat

Kondisi dimana terjadi peningkatan tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih. Proteinuria 0,5 gr/lit atau lebih, terdapat oliguria (jumlah urine kurang dari 500 cc per 2jam) serta adanya edema pada paru serta cyanosis. Adanya gangguan selebral , gangguan visus dan rasa nyeri pada epigastrium.

4. Manifestasi Klinis Preeklamsia

a. Penyebab Preeklamsia

Hipertensi dan proteinuria merupakan dua gejala penting pada preeklamsia, tetapi ibu hamil jarang menyadari hal ini. Penyebab dua masalah ini adalah:

1) Tekanan Darah

Peningkatan tekanan darah merupakan tanda awal gejala penting pada preeklamsia. Tekanan diastolic merupakan tanda

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

2) Kenaikan Berat Badan

Penilaian kenaikan berat badan pada ibu hamil preeklamsia, yaitu:

- a) Peningkatan berat badan yang tiba-tiba mendahului serangan preeklamsia dan bahkan merupakan tanda pertama preeklamsia pada sebagian besar ibu hamil.
- b) Peningkatan BB normal adalah 0,5 kg/minggu. Bila 1kg dalam seminggu, maka kemungkinan akan terjadinya preeklamsia harus di curigai.
- c) Peningkatan berat badan terutama di sebabkan retensi cairan dan ditemukan sebelum timbul gejala edema yang terlihat jelas seperti kelopak mata yang bengkak atau jaringan tangan yang membesar.

3) Proteinuria

Pada preeklamsia ringan, proteinuria hanya minimal positif satu, positif dua atau tidak sama sekali. Pada kasus berat, proteinuria dapat di temukan dan dapat mencapai 10gr/dL. Proteinuria hampir selalu timbul kemudian di bandingkan BB yang berlebihan. (Cunningham, F. Gary, et al, 2018)

b. Gejala-gejala subjektif preeklamsia

Beberapa gejala subjektif preeklamsia menurut Cunningham et al, (2018) antara lain:

1) Nyeri kepala

Nyeri kepala jarang ditemukan pada kasus preeklamsia ringan, tetapi sering terjadi pada kasus-kasus yang berat. Nyeri kepala sering terjadi pada daerah frontal dan oksipital. Gangguan ini tidak akan bisa sembuh dengan pemberian analgesic biasa.

2) Nyeri epigastrium

Nyeri epigastrium merupakan keluhan yang sering ditemukan pada preeklamsia berat. Keluhan ini disebabkan karena tekanan pada kapsula hepar akibat edema atau pendarahan.

3) Gangguan penglihatan

Keluhan penglihatan yang terganggu dapat disebabkan oleh spasma arterial, iskemis, dan edema retina. Adapun dalam kasus-kasus yang langka disebabkan oleh ablosio retina.

5. Patofisiologi Preeklamsia Berat

Menurut Ratnawati (2020) Patofisiologi preeklamsia yaitu, Pada preeklamsia terjadi spasme pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Pada biopsi ginjal, ditemukan spasme yang hebat pada arteriola glomerulus. Pada beberapa kasus, lumen arteriola sedemikian sempitnya, sehingga hanya dapat dilalui satu sel darah merah. Jika semua arteriola dalam tubuh mengalami spasme, maka

tekanan darah dengan sendirinya akan naik sebagai usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigenasi jaringan dapat tercukupi. Pada mata, akan terjadi spasmae arteriola selanjutnya menyebabkan *oedem diskus optikus* dan retina. Keadaan ini akan menyebabkan terjadinya diplopia dan memunculkan diagnosis keperawatan resiko cedera dan gangguan persepsi sensori.

Kenaikan berat badan dan edema yang disebabkan penimbunan air yang berlebihan dalam ruangan interstisial belum diketahui sebabnya, ada yang menyatakan hal itu disebabkan oleh retensi air dan garam. Proteinuria di duga disebabkan oleh spasme arteriola, sehingga terjadi perubahan pada glomerulus. Vasokontraksi 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 plasenta, penurunan perfusi akan menyebabkan hipoksia/anoksia sebagai pemicu timbulnya gangguan pertumbuhan plasenta sehingga dapat berakibat terjadinya intra uterin *Growth Retardation* serta munculnya diagnose keperawatan resiko gawat janin.

6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (N.Ayu, 2016), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan diantaranya:

a. Penatalaksanaan Labolatorium

1) Pemeriksaan Darah Lengkap

- a) Ureum darah (untuk melihat kerusakan pada ginjal)
- b) Penurunan hemoglobin (nilai rujukan 12-14gr%).
- c) Hematokrit meningkat (nilai rujukan 37-43 vol%).
- d) Trombosit menurun (nilai rujukan 150.000-450.000/mm

2) Pemeriksaan Fungsi Hati

- a) Bilirubin meningkat ($N < 1 \text{ MG/Dl}$)
- b) LDH (*Laktat Dehidrogenase*) meningkat
- c) *Aspartat aminotransferase* (AST) $> 60 \text{ UI}$
- d) Serum *Glutamate Piruvat Transaminase* (SPGT) meningkat
($N = 15-45 \text{ u/ml}$)
- e) Serum *Glutamate Oxaloacetic Transaminase* (SGOT)
meningkat ($N < 3 \text{ lu/ml}$)
- f) Total protein serum menurun ($N = 6,7-8,7 \text{ mg/Dl}$)

3) Tes Kimia Darah

Asam urat meningkat (normalnya yaitu 2,4-2,7 mg/Dl)

4) Pemeriksaan retina untuk mendeteksi perubahan pembuluh darah retina

5) Pemeriksaan kadar human lactogen plasenta (HPL) dan esteriol didalam plasma serta urine untuk menilai fetoplasenta.

a. Pemeriksaan Radiologi

Elektrokardiogram (EKG) dan foto dada menunjukkan pembesaran vertikal dan kardiomegali.

b. Ultrasonografi

Ditemukan retardasi pertumbuhan janin intra uterus, pernafasan intra uterus lambat, dan volume cairan ketuban sedikit.

7. Komplikasi

Komplikasi yang terberat dari preeklamsia adalah kematian ibu dan janin , namun beberapa komplikasi yang dapat terjadi adalah sebagai berikut

(Miranti, 2017):

a. Bagi ibu

- 1) Sindrom HELLP (*Haemolysis , elevated liver enzymes, and low platet count*) adalah sindrom rusaknya sel darah merah, meningkatnya enzim liver dan rendahnya jumlah trombosit.
- 2) Eklamsia, pada preeklamsia ini bisa berkembang menjadi eklamsia yang di tandai dengan kejang.
- 3) Penyakit kardiovaskuler , resiko terkena penyakit yang berhubungan dengan penyakit jantung dan pembuluh darah akan meningkat jika mempunyai riwayat preeklamsia.
- 4) Kegagalan organ, preeklamsia bisa menyebabkan difungsi beberapa organ seperti ginjal, paru, dan hati.
- 5) Solusio plasenta, lepasnya plasenta dari dinding rahim sebelum kelahiran dapat menyebabkan 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.

b. Bagi janin

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

8. Penatalaksanaan

Menurut (Pratiwi,2017) penatalaksanaan pada preeklamsia adalah:

- a. Tirah baring miring ke satu posisi
- b. Monitor tanda-tanda vital, reflex dan DJJ
- c. Diet tinggi protein, tinggi kalori, rendah karbohidrat lemak dan garam
- d. Pemenuhan kebutuhan cairan,;jika jumlah urine < 30 ml/jam pemberian cairan infus ringer laknat 60-125 ml/jam
- e. Monitor keadaan janin dengan melakukan pemeriksaan amonoscopy dan USG.
- f. Monitor tanda-tanda kehamilan persiapan kelahiran dengan induksi partus pada usia kehamilan diatas 37 minggu.

B. Konsep Dasar Section Caesarea

1. Definisi

Istilah *Sectio Caesarea* berasal dari Bahasa latin *Caedere* yang artinya memotong (Selung, *et.,al* 2022). Persalinan dengan section caesarea dilakukan atas indikasi medis baik dari sisi ibu maupun janin yang dapat membahayakan nyawa ibu dan janin (Cunningham, 2018).

Sectio Caesarea adalah mengeluarkan hasil kontrepsi melalui pembuatan sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut. *Sectio Caesarea* secara umum diartikan sebagai proses pengeluaran janin dengan dilakukannya insisi pada dinding abdomen (laparotomi) dan pada dinding uterus (histerotomi) (Ulfa,2021).

Berdasarkan definisi di atas dapat di simpulkan bahwa *section caesarea* adalah suatu tindakan persalinan buatan dengan cara pembedahan dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut untuk mengeluarkan janin.

2. Klasifikasi

Menurut Reder , ddk (2014), kalasifikasi section caesarea ada dua, diantaranya

a. Persalinan Caesarea Melintang

Pelahiran caesarea melintang atau segmen bawah, merupakan kelahiran caesarea pada umumnya di pilih karna berbagai alesan. Insasi di buat pada segmen bawah uterus, yang merupakan bagian paling tipis dengan aktifitas paling sedikit, maka pada tipe insisi

secara segmen bawah ini kehilangan darah dapat di minimalkan. Area ini juga lebih mudah mengalami pemulihan, dan mengurangi kemungkinan terjadinya rupture jaringan perut pada kehamilan berikutnya. Selain itu juga insidensi periontis, ileus paralisis, dan perlekatan usus lebih rendah.

b. Persalinan Caesarea Klasik

Sebuah insisi tegak lurus dibuat langsung pada dinding korpus uterus, janin dan plasenta di keluarkan, dan insisi ditutup dengan tiga lapisan jahitan. Tindakan ini dilakukan dengan menembus lapisan uterus yang paling tebal pada korpus uterus. Hal ini bermanfaat ketika kandung kemih dan segmen bawah mengalami perlekatan yang ekstensif akibat section caesarea sebelumnya.



Gambar 2.1 Insisi Operasi Sectio Caesarea (Siddik, 2019)

3. Patofisiologi

Section Caesarea adalah suatu proses persalinan buatan yang dilakukan melalui pembedahan dengan cara melakukan insisi pada dinding perut dan dinding rahim ibu, dengan syarat rahim harus dalam keadaan utuh, serta janin memiliki bobot badan diatas 500 gram. Jika bobot janin dibawah 500 gram, maka tidak perlu dilakukan tindakan

persalinan section caesarea (Marcillo, 2022). Sebelum dilakukan operasi pasien perlu melakukan anastesi, bisa bersifat regional maupun umum. Namun anastesi umum lebih banyak pengaruhnya terhadap janin maupun ibu, sehingga kadang bayi lahir dalam keadaan apneu yang tidak dapat diatasi dengan mudah. Sedangkan pengaruh anastesi pada ibu sendiri yaitu darah banyak keluar akibat dari tonus uteri berupa atonia uteri, untuk pengaruh pada nifas yaitu silia yang menutup. Anastesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus (Syafifudin dan Prawiroharjo, 2013 dalam Aspiani 2013). Dampak fisiologis yang sering muncul dirasakan oleh pasien section caesarea ini terutama nyeri akibat efek pembedahan tersebut, nyeri yang sering dirasakan timbul setelah dilakukan tindakan section caesarea terjadi akibat adanya torehan jaringan yang mengakibatkan kontinuitas jaringan terputus, nyeri juga terjadi akibat adanya stimulasi ujung saraf oleh bahan kimia yang dilepas pada saat operasi atau karena iskemi jaringan akibat gangguan aliran darah ke satu bagian jaringan (Marcillo, 2022).

4. Indikasi

Indikasi ialah syarat yang harus dipenuhi untuk menentukan perlu atau tidaknya tindakan yang dilakukan. Ada dua factor yang mempengaruhi indikasi medis dilakukannya *section caesarea* yaitu factor janin dan factor ibu (Tambuwun, *et al.*, 2023). Factor dari janin diantaranya adalah bayi terlalu besar, kelainan letak janin, ancaman

gawat janin, janin abnormal, factor plasenta, kelainan tali pusat, dan bayi kembar. Sedangkan factor ibu terdiri dari usia, jumlah anak yang dilahirkan keadaan panggul, pemnghambat jalan lahir, kelainan kontraksi lahir, ketuban pecah dini (KPD), dan *pre eklamsia* (Wulandari, *el al.*, 2020).

5. Komplikasi

Komplikasi dapat terjadi pada pasien post section caesarea, menurut (Utami, 2021) komplikasi yang dapat terjadi yaitu:

a. Infeksi puerperal (nifas)

Infeksi puerperal dapat terjadi secara ringan, sedang, dan berat. Pada infeksi puerperal ringan terjadi karna kenaikan suhu dalam beberapa hari, pada infeksi puerperal sedang kenikan suhu terjadi lebih tinggi serta dehidrasi dan terjadi kembung pada perut. Infeksi puerperal berat disertai dengan peritonitis, sepsis dan ileus paratilik.

b. Pendarahan

Penyebab terjadinya pendarahan diantaranya adalah banyaknya pembuluh darah yang terbuka dan terputus, atonia uteri, dan pendarahan pada placentar bed. Placentar bed merupakan istilah yang menggambarkan antara muka ibu dan janin yaitu area dimana plasenta menempel di rahim.

c. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan pada kandung kemih jika reperitonialisasi terlalu tinggi

- d. Terdapat kemungkinan rupture uteri secara spontan pada kehamilan mendatang.

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan yang dapat dilakukan untuk tindakan *sectio caesarea* adalah:

a. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Hemoglobin atau hematokrit untuk mengkaji perubahan dari pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan
- 2) Leukosit (WBC) untuk mengidentifikasi adanya infeksi
- 3) Tes golongan darah, lama pendarahan, waktu pembekuan
- 4) Urinalisis atau kultur urine
- 5) Pemeriksaan elektrolit
- 6) Pemeriksaan ECG
- 7) Pemeriksaan USG
- 8) Pemeriksaan amniosentesis bertahap maturitas pada janin sesuai indikasi.

7. Penatalaksanaan post section caesarea

a. Pemberian cairan

Karena 24 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan intravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan

biasanya DS 10%, garam fisiologi dan RL. Secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfuse darah sesuai kebutuhan (Octaviasari, 2023).

b. Diet

Pemberian cairan infus biasanya dihentikan setelah penderita flatulensi lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6-10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh (Octaviasari, 2023).

c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi, miring kanan miring kiri, dapat dimulai sejak 6-10 jam setelah operasi. Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah lahir. Hari ke 2 post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya. Dan selanjutnya selama berturut-turut hari demi hari pasien dianjurkan belajar duduk lalu belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri, pada kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca operasi (Octaviasari, 2023).

d. Kateterisasi

Kateterisasi kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada penderita yang akan mengahalagi involusi uterus dan menyebabkan pendarahan. Kateter biasanya terpasang

24-48 jam/lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita (Octavisari, 2023).

e. Pemberian Obat-Obatan

Pemberian antibiotik, analgetik atau obat untuk memperlancar pencernaan

f. Perawatan Luka

Kondisi balutan luka dilihat pada hari pertama post operasi, jika basah dan berdarah harus dibersihkan dan diganti

g. Perawatan Rutin

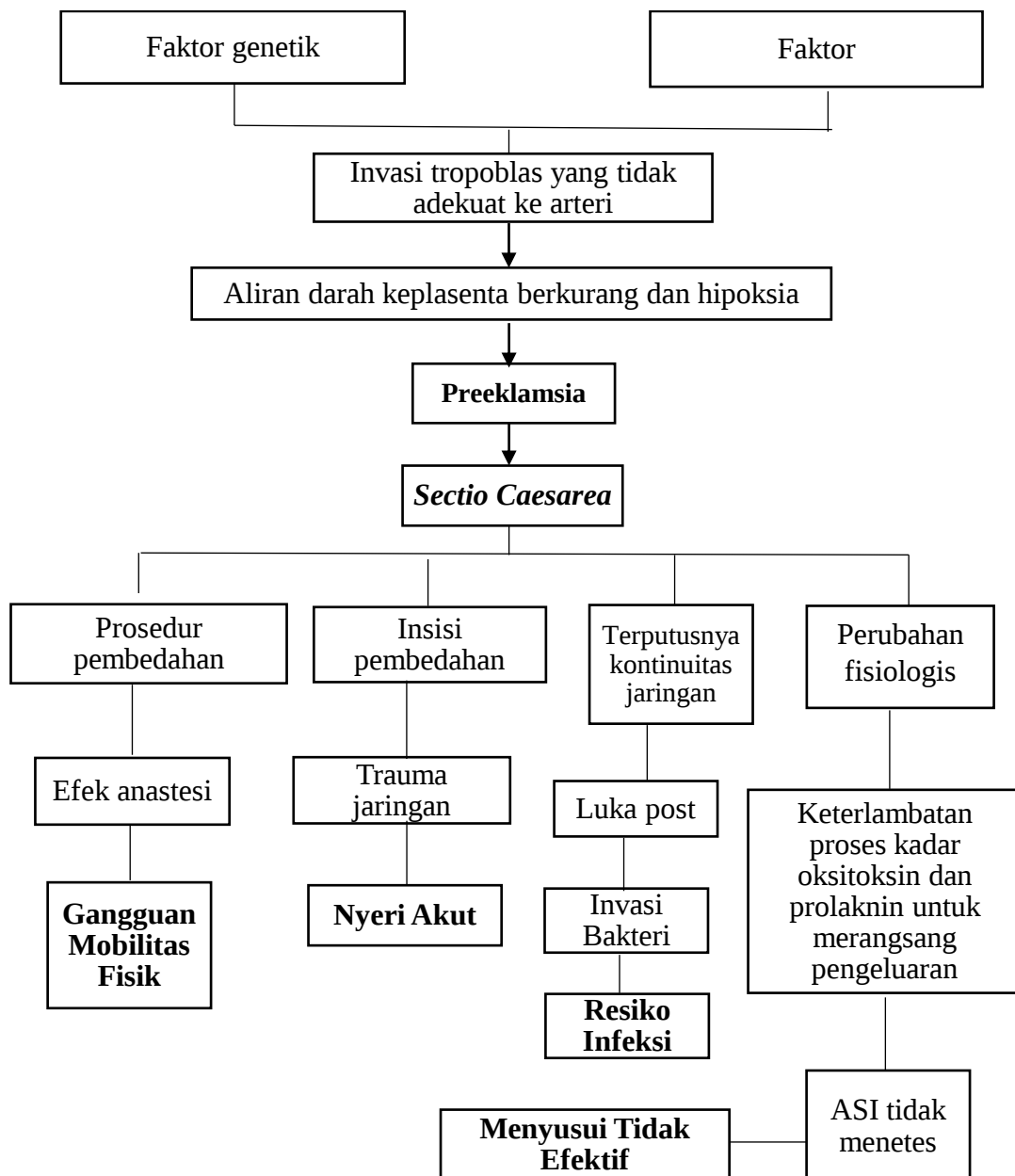
Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi dan respirasi.

h. Perawatan Payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi rasa nyeri. (Octavisari, 2023)

8. Pathway

Bagan 2. 1 pathway



Sumber : Marlina & Hani, 2018

C. Konsep Dasar Post Partum

1. Definisi post partum

Post partum adalah masa sesudah persalinan dapat juga disebut masa nifas (puerperium) yaitu masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pulihnya kembali alat kandungan yang lamanya 6 minggu. Post partum adalah masa 6 minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi sampai kembali ke keadaan normal sebelum hamil (Ariguna Dira & Wahyuni, 2016).

Post partum adalah masalah sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Supriyanti, 2017).

Dapat disimpulkan bahwa post partum adalah masa sesudah persalinan yaitu setelah pengeluaran bayi, plasenta serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil, kurang lebih 3 minggu, dan pada masa nifas ibu akan mengalami banyak perubahan, baik secara fisik maupun fisiologis (Maritalia, 2017).

2. Patofisiologi

Dimulai dari kehamilan yang berusia normal (37- 42 minggu), saat ibu mulai merasakan tanda-tanda kontraksi melahirkan (inpartu) hingga bayi dan plasenta keluar, ibu kemudian disebut dalam fase postpartum. Setelah fase ini, ibu mengalami banyak perubahan, baik

fisiologis maupun emosional. Pada perubahan psikologis setelah persalinan, umumnya terjadi trauma pada jalan lahir serta pada ligament,fasia, dan otot-otot ibu. Hal ini dapat mengganggu aktivitas sehari-hari karena ibu masih memerlukan bantuan dari keluarga dan dapat menimbulkan masalah keperawatan, seperti intoleransi terhadap aktivitas. Gangguan ini dapat menurunkan Gerakan peristaltic dan mengurangi tonus otot diusus, yang berpotensi menyebabkan konstipasi. Ketika pengeluaran janin dilakukan dengan episiotomi (pembedahan bedah) pada perineum untuk memberlebar vagina demi membantu proses kelahiran, jaringan di perineum dapat terputus. Ini menyebabkan rangsangan pada area sensorik yang mengeluarkan hormon bradykinin, histamin, dan serotine, yang kemudia diteruskan ke medula spinalis dan batang otak, akhirnya mencapai thalamus. Proses ini menyebabkan nyeri dikerteks serebri, memicu gangguan kenyamanan yang berujung pada nyeri akut.

Selama persalinan, biasanya terjadi pendarahan sekitar 300-400 cc, yang dapat membuat organ ginjal ibu menjadi kotor setelah kelahiran. Jika tidak diatasi dengan baik, luka dan robekan pada perineum dapat mengalami infeksi, selain itu trauma pada kandug kemih bisa terjadi setelah jalan lahir mengakibatkan ibu tidak dapat berkemih. Kondisi ini juga dapat disertai edema dan memar pada uretra akibat dilatasi, yang menyebabkan keluarnya urin yang berlebihan dan residu urin,

sehingga muncul masalah keperawatan terkait gangguan eliminasi urin.

Setelah melahirkan, banyak ibu merasa cemas tentang peran baru mereka sebagai orang tua dan merawat, yang dapat menyebabkan ansietas dan memengaruhi kesiapan mereka. Setelah kelahiran, laktasi alami biasanya terjadi akibat perubahan hormon ekstrogen dan peningkatan prolaktin, yang merangsang pembentukan kolostrum dalam ASI namun terkadang suplai darah kepayudara dapat meningkat karena uterus yang berkontraksi, menyebabkan retensi darah di pembuluh payudara, yang mengakibatkan pembengkakan, kekerasan, dan penyempitan pada daktus. Hal ini dapat menghambat keluarnya ASI dan menimbulkan masalah keperawatan terkait menyusui yang tidak efektif (Wahyuningsih, 2019).

3. Tahapan masa post partum

Menurut Wahyuni (2019) ada beberapa tahapan masa post partum diantaranya:

a. *Immediate Post Partum* (setelah plasenta lahir 24-jam)

Masa segera setelah plasenta lahir 24 jam, adapun masalah yang sering terjadi pendarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu perlu melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah dan suhu.

b. *Early Post Partum* (24-1 minggu)

Harus dipastikan involusio uteri normal, tidak ada pendarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapat makanan dan cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik.

c. *Late Post Partum* (1 minggu -6 minggu)

Tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling atau pendidikan kesehatan Keluarga Berencana (KB)

4. Perubahan fisiologis pada ibu post partum

Menurut (Mitayani, 2017) mengatakan pada ibu nifas banyak sekali perubahan-perubahan baik secara fisiologis maupun psikologis pada ibu, diantaranya yaitu:

a. Involusio uterus

Involusio uterus suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU (Tinggi Fundus Uteri), sekitar 4 minggu setelah kelahiran uterus kembali ke ukuran sebelum hamil (Dewi and Sunarsih, 2018).

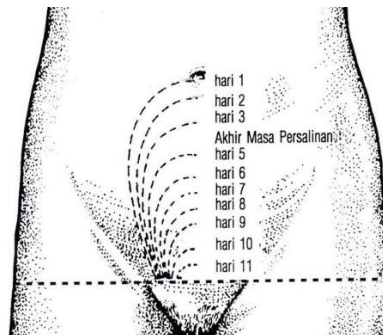
Tabel 2.2 Involus Uteri

Involusi	TFU	Berat Uterus	Diameter Bekas Plasenta Melekat	Keadaan Serviks
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000	12,5	Lembek
1 minggu	Pertengahan	500	3-4	Beberapa hari

Involusi	TFU	Berat Uterus	Diameter Bekas Plasenta Melekat	Keadaan Serviks
	pusat-simfisis			setelah post partum dapat dilalui 2 jari
2 minggu	Tak teraba diatas simfisis	350	1-2	Akhir minggu pertama dapat dilalui 1 jari
6 minggu	Bertambah kecil	50-60	-	
8 minggu	Sebesar normal	30	-	

Sumber (Dewi and Sunarsih, 2018)

Gambar 2.2 Tinggi Fundus Uteri



Sumber (Prawiroharjo, 2014)

b. Involusio tempat perletakan plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata, dan kira-kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil pada akhir minggu ke-2 hanya

sebesar 3-4cm dan pada akhir nifas 1-2cm. pengeluaran lengkap tempat pelekatan plasenta memerlukan waktu sampai 6 minggu.(Cunningham *et al.*, 2016).

c. Uterus

Setelah kelahiran plasenta, uterus menjadi massa Panjang yang hamoir padat. Dinding belakang dan depan uterus yang tebal saling menutup, yang menyebabkan rongga bagian tengah merata. Ukuran uterus akan tetap sama selama 2 hari pertama setelah proses melahirkan, namun kemudian secara cepat ukurannya berkurang oleh proses involusi (Reeder, Marin and Koniak, 2017).

d. Serviks

Serviks mengalami involusi Bersama uterus, setelah persalinan ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tengah, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

e. Vulva dan vagina

Pada proses persalinan pervaginam, vulva dan vagina mengalami pembengkakan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dalam beberapa hari pertama setelah partus keadaan vulva dan vagina masih kendur, setelah 3 minggu secara perlahan akan kembali ke keadaan sebelum hamil

f. Perineum

Pada persalinan normal, perineum akan menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi dan tampak terdapat

robekan jika dilakukan episiotomi yang akan terjadi masa penyembuhan selama 2 minggu.

g. Lokhea

Lokhea adalah cairan rahim selama masa nifas, lolhea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lokhea terus keluar sampai 3 minggu. Bau normal seperti menstruasi, jumlah meningkat saat berdiri. Jumlah berkeluaran rata-rata 240-270 ml. pengeluaran lokhea dibagi berdasarkan jumlah dan warnanya sebagai berikut:

- 1) Lokhea purba: lokhea ini keluar pada pertama sampai hari ke-4 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar. Jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan meconium.
- 2) Lokhea sanguniolenta : lokhea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum.
- 3) Lokhea serosa : lokhea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau leserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.
- 4) Lokhea alba : lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks, dan serabut jaringan yang mati,

berupa cairan putih. Lokhea alba dapat berlangsung selama 2-6 minggu postpartum.

5) Lokhea perulenta : lokhea ini disebabkan karena terjadinya infeksi, cairan yang keluar seperti nanah yang berbau busuk.

6) Lochiostatis : merupakan pengeluaran lokhea yang tidak lancar

h. Payudara

Suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vascular sementara air susu saat diproduksi disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara dihisap baoleh bayi untuk pengadaan dan keberlangsungan laktasi. Air susu yang keluar pada hari ke dua pasca persalinan belum mengandung susu, melainkan mengandung colostrum. Colostrum adalah cairan kuning yang mengandung banyak protein dan garam.

i. Dinding perut dan rongga peritoneum

Setelah persalinan perut menjadi longgar karena terregang begitu lama tetapi biasanya pulih kembali dalam 6 minggu. Pada persalinan SC, tentunya akan dijumpai adanya jahitan dari bekas sayatan SC pada abdomen bawaah ibu , untuk itu diperlukan edukasi kepada ibu untuk menjaga kebersihan balutan luka agar tetap kering dan bersih juga untuk sering mengontrol dengan baik. Akan terjadi penyembuhan selama kurang lebih 2-4 minggu.

j. Afterpains (nyeri setelah melahirkan)

Merupakan kontraksi uterus yang intermiten setelah melahirkan dengan berbagai intensitas. *afterpains* sering kali terjadi bersamaan dengan menyusui, saat kelenjar hipofisis posterior melepaskan oksitosin yang disebabkan oleh isapan bayi. Oksitosin menyebabkan kontraksi saluran laktal pada payudara yang mengeluarkan kolostrum air susu, dan menyebabkan otot-otot uterus berkontraksi. Sensasi *afterpains* dapat terjadi selama kontraksi uterus aktif untuk mengeluarkan bekuan-bekuan darah dari rongga uterus (Reeder, Martin, dan Koniak, 2017)

5. Perubahan Psikologis Ibu Post Partum

setelah persalinan yang merupakan pengalaman unik yang dialami ibu masa nifas juga merupakan salah satu fase yang memerlukan adaptasi psikologis. Perubahan psikologis pada ibu nifas menurut (Purwoastuti and Walyani, 2017), yaitu:

a. *Fase taking in* (istirahat atau penghargaan)

Fase taking in yaitu periode ketergantungan, berlangsung dari hari ke-1 sampai ke-2 setelah melahirkan, pada fase ini ibu sedang berfokus terutama kepada dirinya sendiri. Disebut *taking in* karena dalam fase ini ibu memerlukan perlindungan dan perawatan. Fase ini ibu lebih mudah tersinggung dan cenderung pasif terhadap lingkungannya disebabkan karena faktor kelelahan. Oleh karena itu ibu memerlukan istirahat yang cukup untuk mencegah gejala kurang tidur.

b. *Fase talking hold* (dibantu tetapi di latih)

Fase talking hold adalah periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan, pada fase ini timbul rasa khawatir akan kemampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Pada fase ini respon ibu dengan penuh semangat untuk memperoleh kesempatan belajar dan berlatih tentang cara perawatan bayi dan ibu memiliki keinginan untuk merawat bayinya secara langsung.

c. *Talking letting go* (berjalan sendiri dilingkungannya)

Fase letting go adalah periode menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai orang tua, fase ini berlangsung setelah 10 hari melahirkan. Pada saat ini ibu mengambil tugas dan tanggung jawab terhadap perawatan bayi sehingga harus beradaptasi terhadap kebutuhan bayi yang menyebabkan kekurangannya hak ibu, kebebasan dan hubungan social.

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 tempat tidur sampai berjalan. Ibu post partum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam pasca persalinan. Hal ini harus diperhatikan ambulasi dini tidak disarankan pada ibu post partum dengan masalah misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam dan lainnya.

Adapun ketergantungan 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.

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 yang menyebabkan kesulitan berkemih (retensi urine) pada post partum seperti:

- 1) Berkurangnya tekanan intracranial
- 2) Otot-otot perut masih lemah
- 3) Edema dan uretra
- 4) Dinding kandung kemih kurang sensitive

d. Kebersihan diri

Pada masa post partum seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi, oleh karena itu kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk terjaga.

Langkah-langkah yang dilakukan adalah:

- 1) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh terutama perineum
- 2) Mengajarkan ibu untuk membersihkan alat kelamin dengan sabun dan air bersih dari depan hingga belakang
- 3) Membersihkan tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan alat kelamin
- 4) Jika ibu memiliki luka episiotomy lalu laserasi luka jahitan pada kelamin, menyarankan untuk tidak menyentuh daerah tersebut.

e. Istirahat dan tidur

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

D. Dampak Sectio Caesarea Terhadap Kebutuhan Manusia

Kebutuhan fisiologis adalah tingkat pertama dan paling dasar dari kebutuhan manusia. Kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan utama yang harus dipenuhi oleh manusia sebelum kebutuhan lainnya. Ada berbagai kondisi tubuh yang dapat mempengaruhi tidak seimbangnya kebutuhan fisiologis. Contohnya pada ibu nifas post sectio caesarea, dimana pasien akan mengalami beberapa perubahan fisiologis akibat efek prosedur paska bedah yang akan mempengaruhi kebutuhan dasar manusia yaitu:

1. Nyeri

Luka operasi yang cukup besar pada dinding perut dan rahim akibat pembedahan akan menyebabkan rasa nyeri. Rasa nyeri merupakan mekanisme bagi tubuh yang timbul ketika jaringan tubuh rusak dan menyebabkan individu untuk bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri. Rasa nyeri pada luka post sc biasanya terjadi 12-36 jam setelah operasi dan akan membaik pada hari ketiga setelah operasi (Dewi, Nunung, & Asri, 2019).

2. Mobilisasi dan aktivitas fisik

Mobilisasi dini sangat penting bagi ibu post caesarea karena mempengaruhi proses penyembuhan luka. Namun luka post op caesarea yang cukup besar didinding perut dan rahim mengakibatkan rasa nyeri. Rasa nyeri itu menyebabkan ibu merasa khawatir untuk bergerak sehingga menyebabkan ibu

cenderung menolak untuk melakukan mobilisasi. Hal tersebut dapat menimbulkan masalah seperti kaku persendian, prosedur yang buruk dan mengakibatkan tidak lancarnya sirkulasi yang dapat mempengaruhi penyembuhan luka dan involusi uteri (Arif & Atun, 2023).

3. Personal Hygiene

Ibu dengan luka post operasi sectio caesarea akan merasakan nyeri sehingga ibu cenderung memilih untuk tidak bergerak karena ketakutan ibu akan luka bekas operasi yang bertambah nyeri. Ibu akan kesulitan dalam melakukan *activity of daily living* secara mandiri salah satunya meliputi; mandi, oral hygiene, eliminasi, dan berdandan/berhias. Personal hygiene sangat penting dilakukan untuk mengurangi tinggi resiko pada luka operasi (Dian & Grasiana, 2022).

4. Nutrisi

Pada pasien post caesarea mengalami perubahan pada system pencernaan diperlukan 3-4 hari pemulihan nafsu makan sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar estrogen dan progesterone menurun setelah melahirkan asupan makanan juga mengalami penurunan satu sampai dua hari. Nutrisi merupakan salahsatu kebutuhan dasar nifas yang harus dipenuhi, maka dari itu perlu dibutuhkan lebih banyak nutrisi

untuk ibu agar dapat digunakan untuk membantu dalam penyembuhan luka dan proses produksi ASI (Lulia, 2020).

5. Laktasi

Laktasi alami biasanya terjadi akibat perubahan hormon ekstrogen dan peningkatan prolaktin, yang merangsang pembentukan kolostrum dalam ASI namun terkadang suplai darah kepayudara dapat meningkat karena uterus yang berkontraksi, menyebabkan retensi darah di pembuluh payudara, yang mengakibatkan pembengkakan, kekerasan, dan penyempitan pada daktus. Hal ini dapat menghambat keluarnya ASI dan menimbulkan masalah keperawatan terkait menyusui yang tidak efektif (Wahyuningsih, 2019).

6. 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 (Siswani, 2021).

E. Konsep dasar asuhan keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian adalah ide dasar proses keperawatan, yang bertujuan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang

pelanggan untuk mengidentifikasi dan mengidentifikasikan masalah fisik, psikologis, social, spiritual, kesehatan dan kebutuhan keperawatan pelanggan (Dermawan, 2016).

a. Identitas klien

Terdiri dari identitas klien, pengkajian identitas melalui: nama, umur, jenis kelamin, alamat, tanggal masuk, agama, status perkawinan, Pendidikan, pekerjaan, tanggal pengkajian, diagnose medis, nomor rekam medik.

b. Identitas penanggung jawab

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

c. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan utama yaitu yang dirasakan kepada ibu dengan post oprasi sectio caesarea hari ke-1 biasanya akan mengeluh nyeri pada luka post oprasi.

2) Riwayat penyakit sekarang

Pada bagian ini menjelaskan tentang perjalanan penyakit yang dirasakan oleh klien post oprasi section caesarea dengan menggunakan PQRST dengan keterangan

P : Paliatif : apakah nyeri berkurang apabila beristirahat, apakah nyeri bertambah apabila beraktifitas, serta factor apa yang meredakan nyeri (misalnya; Gerakan, istirahat, obat-

obatan dan sebagainya). Biasanya pada ibu nifas dengan post SC akan merasakan nyeri bertambah apabila banyak gerak, batuk dan berubah posisi tidur dan nyeri berkurang apabila ibu istirahat.

Q : Quantitas , yaitu kualitas keluhan yang rasakan klien. keluhan yang dirasakan nyeri pada luka ibu luka post oprasi section caesarea umumnya merasakan nyeri seperti tertusuk-tusuk atau tersayat-sayat.

R : Region , yaitu daerah dimana yang mengalami gangguan dan apakah ada penyebaran kedaerah lain. Pada klien post SC cenderung merasakan nyeri diarea insisi bekas operasi sectio caesarea atau dibawah abdomen dan terkadang menyebar sampai simpisis pubis.

S : Skala , yaitu intensitas nyeri yang dirasakan pada klien sc dari rentang 0-10 dengan keterangan , tidak nyeri (0), nyeri ringan (1-3), nyeri sedang (4-6), nyeri berat (7-10)

T : Time , yaitu kapan timbulnya nyeri, bisa kadang-kadang, terus menerus, bahkan sampai beberapa lama keluhan bisa berlangsung, bisa hilang timbul.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Berisi tentang penyakit yang pernah di derita sebelumnya dan ada hubungan dengan penyakit yang sekarang, pernah dirawat di rumah sakit atau tidak, kaji tentang alergi terhadap makanan

dan obat-obatan, pada klien post sc biasanya memiliki riwayat sc sebelumnya.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Dalam keluarga pasien mungkin ditemukan adanya penyakit yang dalam penyakit dengan pasien yang di derita pasien saat ini, atau adanya penyakit menular atau turunan dalam keluarga.

5) Riwayat obstetric dan ginekologi

a) Riwayat ginekologi

Mengkaji kandungan di luar kehamilan seperti Menarche atau menstruasi, siklus haid, banyaknya darah haid yang keluar, keluhan apakah ada dismenore atau tidak, sifat darah, kemudian riwayat pernikahan, lamanya pernikahan, pernikahan yang beberapa, riwayat kontrasepsi, apakah sebelumnya pernah memakai KB atau belum, dan jenis KB apa yang digunakan (Anit, 2016).

b) Riwayat obstetric

Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, riwayat persalinan sebelumnya, kehamilan berapa, usia melahirkan, usia kehamilan, BB/PB, anak ke berapa, tempat persalinan.

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 adanya serta penampilan biasanya lemah.

2) Kesadaran

Normal ibu saat melahirkan kesadarannya masih composmentis. Namun kesadaran pada ibu post partum SC tergantung pada kondisi ibu sebelumnya. Biasanya ibu dalam kegawat maternal kesadaran ibu bisa berada di kesadaran somnolen sampai derilium (Wahyuningsing, 2019).

3) Perubahan berat badan

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

4) Tanda-tanda vital

Pada klien post section caesarea, terkadang tekanan darah menurun akibat SC, nadi kemungkinan cepat apabila klien cemas dan suhu meningkat jika terjadinya infeksi, cek respirasi.

5) Kepala

a) Rambut

Saat pemeriksaan fisik pada hari pertama post op di daerah rambut tidak ada keluhan spesifik. Kulit kepala bersih, rambut tidak rontok dan tidak ada ketombe. Namun kemungkinan keluhan rambut rontok akan muncul pada

seminggu setelah melahirkan. Hal tersebut berhubungan dengan ketidak stabilan hormone setelah melahirkan (Wulan, Tetty, & Devi, 2023).

b) Mata

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

c) Hidung

Pada hidung biasanya lubang hidung simetris, tidak ada polip, kemungkinan ada secret atau tidaknya tergantung pada kebersihan ibu dan tidak ada pernafasan cuping hidung (Sari.L, 2020).

d) Telinga

Pada pemeriksaan telinga telinga akan tampak simetris, bersih tidak ada kotoran telinga atau serumen, dan tidak ada

kelainan pendengaran jika tidak ada penyakit yang berkaitan (Sari.L, 2020).

e) Mulut dan Gigi

Pada pemeriksaan mulut dan Gigi biasanya ibu post Sectio Caesar 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).

6) Leher

Inspeksi warna kulit, bentuk leher, lalu palpasi apakah ada pembesaran tyroid dan peningkatan vena jugularis (JVP).

7) Dada

a) Jantung

Pada pemeriksaan jantung ibu post Sc 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 diwaspadai adanya infeksi (Wulan, Tetty, & Devi, 2023).

b) Paru-paru

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

c) Payudara

Pemeriksaan payudara akan ditemukan data hiperpigmentasi aerola mammae serta penonjolan dari papila mammae efek dari hormon kehamilan dan persalinan. Adanya nyeri atau keras pada payudara bisa menggambarkan adanya proses produksi ASI pada payudara ibu (Wulan, Tetty, & Devi, 2023). Pada Post Op Day 0 paska bedah sesar kemungkinan ibu masih belum bisa mengeluarkan ASI karena laktasi yang belum sempurna. Namun setelah dua hari kemudian ASI atau

kolostrum biasanya akan keluar, kadang-kadang akan terasa penuh dan sakit disebabkan oleh bertambahnya peredaran darah ke payudara serta mulainya laktasi yang sempurna. Kolostrum atau ASI pertama yang keluar akan berwarna kuning. Kolostrum diproduksi oleh tubuh di usia kehamilan sekitar 12 minggu. Kolostrum ini mengandung sel darah putih yang bermanfaat untuk sistem imun bayi (Ayati & Sulistyawati, 2017).

8) Abdomen

Inspeksi bentuk abdomen, kaji luka pembedahan apakah terdapat tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, lalu lihat kondisi balutan apakah kotor atau tidak dan kaji kebersihan abdomen. Raba tinggi fundus uteri 0-6 jam biasanya TFU sejajar dengan pusat, dan TFU akan turun sekitar kurang lebih 1cm/hari, 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 meningkat sekitar 5-30x/menit. (Wahyuningsih, 2019).

9) Genetalia

Pada area genetalia data yang perlu dikaji adalah tentang pengeluaran lochea di mana ibu post partum pada hari pertama sampai hari ke-3 itu masih tergolong lochea rubra yang

berwarna merah kehitaman. Banyaknya pengeluaran lochea akan dipengaruhi oleh pendarahan ibu, biasanya perineum cenderung kotor hal ini perlu diperhatikan untuk kebersihan perineum untuk mengurangi resiko infeksi, dan biasanya ibu post operasi sectio caesarea terpasang katerisasi. Lalu adanya pengeluaran lochea serosa pada hari ke 3-14 pasca persalinan dengan warna merah muda sampai dengan kekuning-kuningan hingga kecoklatan. Selanjutnya lochea alba keluar pada hari ke-14 yang semakin lama semakin sedikit hingga berhenti samapi 1-2 minggu berikutnya, seperti cairan putih, merupakan keluar yang hampir tidak berwarna.

10) Ekstrimitas

a) Ekstrimitas atas

Kaji kesimetrisan tangan, ujung jari sianosis atau tidak, kaji adanya edema. Oedem yang positif untuk ibu post partum dengan PEB harus diwaspadai karena bisa menjadi tanda masih adanya preeklampsia setelah melahirkan. biasanya terpasang infus sehingga adanya keterbatasan gerak, kekuatan otot 4 masih bisa digerakan namun terbatas.

b) Ekstrimitas bawah

Kaji kesimetrisan kaki, ada atau tidaknya edema pada area kaki. Oedem yang positif untuk ibu post partum dengan PEB harus diwaspadai karena bisa menjadi tanda masih

adanya preeklampsia setelah melahirkan, pemeriksaan varises jugal penting untuk ibu post partum dengan cara dilihat dan ditekan beberapa detik, karena ibu setelah melahirkan memiliki kecenderungan untuk mengalami varises dan biasanya keterbatasan gerak atau enggan gerak karena masih terasa sakit akibat luka post operasi section caesarea, kekuatan otot 3 masih bisa bergerak namun terbatas. Kemudian dilakukannya pemeriksaan patella yang dilakukan pada lutut dipukul dengan tendon refleks hamer, respon normal berupa gerakan plantar flexi kaki.

Dimana derajat refleks patella dipresentasikan secara simbolis dengan:

- (1) 4+ : Hiperaktif dengan klonus terus-menerus
- (2) 3+ : Hiperaktif
- (3) 2+ : Normal
- (4) 1+ : Hipoaktif
- (5) 0 : Tidak ada Refleks (Prawiroharjo, 2014).

Bila refleks lutut negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan vitamin B1 dan bila berlebihan maka bisa jadi tanda preeklampsia dan bisa menjadi indikasi untuk pemberian MgSO₄.

e. Pola aktivitas sehari-hari (ADL)

1) Nutrisi

Pada klien post section caesarea, biasanya mengalami mual dan muntah karena akibat dari efek obat anastesi (Melina & Aisyah, 2019).

2) Eliminasi

Pada pasien post section caesarea, kemungkinan mengalami gangguan eliminasi BAB berupa konstipasi akibat penurunan peristaltik usus, dapat juga mengalami gangguan eliminasi BAK berupa retensio urine (Melina & Aisyah, 2019).

3) Istirahat tidur

Kemungkinan didapatkan data klien yang mengeluh tidak bisa tidur karena mengalami nyeri, terjadi perubahan pola tidur dan lainnya (Agustin, 2022).

4) Personal hygiene

Personal hygiene kemungkinan akan terganggu karena nyeri yang mengakibatkan keterbatasan gerak (Agustin, 2022).

f. Aspek Psikologis

Pada ibu post op section caesarea biasanya mengalami fase *talking in*, fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke-2 pasca melahirkan. pada saat itu pengalaman selama proses persalinan sering terulang diceritakan kelelahan dan membuat ibu harus cukup istirahat tujuannya untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggng, hal ini membuat ibu cenderung menjadi positif

terhadap lingkungan. Oleh karena itu, kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi dengan baik. Pada fase talking hold , berlangsung dalam 3-10 hari melahirkan, menunjukkan bahwa ibu mengalami kekhawatiran terhadap ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan banyinya, ibu akan lebih sensitive dan mudah tersinggung. Fase latting go, merupakan fase berlangsung 10 hari setelah melahirkan pada masa ini ibu mulai menerima tanggung jawab peen barunya, ibu mulai bisa beradaptasi dengan ketergantungan bayinya, terjadi peningkatan perawatan bayi dan dirinya, ibu merasa percaya diri, lebih mandiri terhadap kebutuhan bayinya dan dirinya.

g. Aspek social

Memperhatikan segala kelebihan yang di miliki klien, dan menanyakan bagaimana sosialisasi dengan anggota keluarga, masyarakat yang lainnya (Wahid & Hanifah, 2019).

h. Spiritual

Mencari tahu atau menanyakan kepercayaan agama yang dianut klien (Wahid & Hanifah, 2019)

i. Data penunjang

Hasil pemeriksaan diagnostic dapat memberikan informasi tentang hal-hal yang mendukung terhadap keadaan penyakitnya.

1) Hemoglobin

Dalam pemeriksaan ini mungkin hasil akan rendah dari nilai normal karena akibat dari pengeluaran darah yang banyak sehingga terjadi volume plasma darah yang meningkat.

2) Leukosit

Dalam pemeriksaan ini tujuannya untuk mengetahui kemungkinan terjadi infeksi atau kemungkinan terjadi sepsis.

3) Trombosit

Dalam pemeriksaan ini tujuannya untuk mengetahui jumlah trombosit serta perannya dalam pembekuan darah, sehingga akan di ketahui waktu pembekuan darah.

2. Analisa Data

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

Tabel 2.3 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : a. Mengeluh nyeri Objektif: a. Tampak meringis	Section caesarea adalah Tindakan insisi jaringan yang menyebabkan	(D.0077) Nyeri Akut

No	Data	Etiologi	Masalah
	b. Bersikap protektif (mis;waspada posisi menghindari nyeri) c. Gelisah d. Frekuensi nafas Meningkat e. Sulit tidur Gejala dan Tanda Minor Subjektif : - Objektif : a. Tekanan darah meningkat b. Pola nafas berubah c. Nafsu makan berubah d. Proses berfikir terganggu e. Menarik diri f. Berfokus pada diri sendiri g. Diaforisis	terputusnya kontinuitas jaringan yang merangsang reseptor nyeri kemudian mengeluarkan mediator nyeri dan menimbulkan nyeri	
2	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : a. Mengeluh sulit menggerakkan eksterimitas Objektif :	luka post op section caesarea yang merangsang saraf sensorik sehingga menimbulkan nyeri. Pasien menjadi takut	(D.0054) Gangguan Mobilitas Fisik

No	Data	Etiologi	Masalah
	a. Kekuatan otot menurun b. Rentang gerak (ROM) menurun Nyeri saat bergerak Gejala dan Tanda Minor Subjektif : a. Nyeri saat bergerak b. Engan melakukan pergerakan c. Merasa cemas saat bergerak Objektif : a. Sendi kaku b. Gerakan tidak terkoordinasi c. Gerakan terbatas d. Fisik lemah	bergerak meningkatkan rasa nyeri sehingga gerak pasien terbatas dan menyebabkan gangguan mobilitas fisik	
3	Definisi: Beresiko mengalami peningkatan tereserang organisme patogenik. Faktor Risiko: 1. Penyakit kronis (mis. Diabetes melitus) 2. Efek prosedur invasive 3. Malnutrisi	Luka post op section caesarea menyebabkan adanya jaringan terbuka serta proteksi kurang lalu terjadi invasi bakteri yang menimbulkan resiko infeksi	(D.0029) Resiko Infeksi

No	Data	Etiologi	Masalah
	4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: a. Gangguan peristaltik b. Kerusakan integritas kulit c. Perubahan sekresi Ph d. Penurunan kerja siliaris e. Ketuban pecah lama f. Ketuban pecah sebelum waktunya g. Merokok h. Statis cairan tubuh 6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder a. Penurunan hemoglobin b. Imunosupresi		

No	Data	Etiologi	Masalah
	c. Leukopenia d. Supresi respon inflamasi e. Vaksinasi tidak adekuat Kondisi Klinis Terkait 1. AIDS 2. Luka bakar 3. Penyakit paru obstruktif kronis 4. Diabetes melitus 5. Tindakan invasive 6. Kondisi penggunaan terapi steroid 7. Penyalahgunaan obat 8. Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW) 9. Kanker 10. Gagal ginjal		
4	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : a. Kelelahan maternal b. Kecemasan maternal	Tindakan cesario caesarea ini akan mengalami keterlambatan proses kadar oksitoksin dan	(D.0029) Menyusui Tidak Efektif

No	Data	Etiologi	Masalah
	Objektif : a. ASI tampak tidak menetes/ memancar b. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu c. BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam d. Nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua Gejala dan Tanda Minor Subjektif : - Objektif : a. Intake bayi tidak adekuat b. Bayi menghisap tidak terus menerus c. Bayi menangis saat disusui	prolactin untuk merangsang pengeluaran ASI sehingga ASI sulit keluar dan payudara bengkak sehingga dapat menyebabkan menyusui tidak efektif	
5	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif ; a. Menolak melakukan perawatan diri Objektif :	Tindakan sectio caesarea ini adanya luka post op sectio caesarea yang merangsang saraf	(D.0109) Defisit Perawatan Diri

No	Data	Etiologi	Masalah
	a. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri b. Minat melakukan perawatan diri kurang Gejala dan Tanda Minor Subjektif : - Objektif : -	sensorik sehingga menimbulkan nyeri. Pasien takut bergerak karna dapat meningkatkan rasa nyeri sehingga Gerakan pasien menjadi terbatas, tidak mampu ke toilet dan menyebabkan deficit perawatan diri.	
6	Definisi : Beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak Factor resiko : a. Keabnormalan masa prothrombin dan/atau masa tromboplastin persial b. Penurunan kinerja ventrikel kiri c. Aterosklerosis aorta d. Diseksi arteri e. Fibrilasi aterium f. Tumor otak	Preeklamsia yang tak terkontrol menjadi komplikasi yang serius, kondisi dimulai mempengaruhi pembuluh darah diseluruh tubuh, termasuk otak, kemudia terjadi edema (pembengkakan otak) memungkinkan cairan masuk ke jaringan otak dan menyebabkan sakit	(D.0017) Resiko perfusi serebral tidak efektif

No	Data	Etiologi	Masalah
	g. Stenosis karotis h. Miksoma aterium i. Aneurisma serebri j. Koagulopati (mis.anemia sel sabit) k. Embolisme l. Cidera kepala m. Hiperkolesteronemi a n. Hipertensi o. Endocarditis infektif p. Katup prosetetik mekanis q. Stenosis mitral r. Neoplasma otak s. Infark miokard akut t. Sindrom sick sinus u. Penyalahgunaan zar v. Terapi tombolitik w. Efek samping tindakan (mis. Tindakan operasi <i>bypass</i>) Kondisi Klinis Terkait a. Stroke b. Cedera kepala c. Aterosklerotik aortic	kepala, kemudian terjadi kejang, peningkatan tekanan darah, intrakanial (TIK), sehingga terjadinya resiko perfusi serebral tidak efektif	

No	Data	Etiologi	Masalah
	d. Infark miokard akut e. Diseksi ateri f. Embolisme g. Endocarditis infektif h. Fibrilasi aterium i. Hiperkolesterolemia j. Hipertesi k. Dilaktasi kardiomiopsti l. Kaogulasi intravascular diseminata m. Miksoma uterum n. Neoplasma otak o. Segmen vertikel kiri akinetic p. Sindrom sick sinus q. Stenosis carotid r. Stenosis mitral s. Hidrosefalus t. Infeksi otak (mis. Meningitis, ensefalitas, abses serebri)		

3. Diagnose keperawatan

Menurut SDKI (2017) diagnose yang mungkin muncul pada ibu post partum Sectio Caesarea dengan indikasi preeklamsia berat (PEB) sebagai berikut:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik di tandai dengan pasien mengeluh nyeri pada bagian luka post Sectio Caesarea
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan pasien cemas bergerak
- c. Resiko infeksi ditandai dengan prosedur invasif
- d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan reflex oksitosin ditandai dengan ASI yang tidak memancar
- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri
- f. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi

4. Perencanaan

Menurut SIKI (2018) Intervensi Keperawatan adalah segala perawatan yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan yang diharapkan.

- a. Diagnosa 1 : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
Tingkat Nyeri (L.08066)

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

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Tampak meringis menurun
- 3) Sikap protektif menurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Kesulitan tidur menurun

(SLKI

Tabel 2.4 Perencanaan Diagnosa Nyeri Akut

Intervensi (SIKI)	Rasional
Manajemen Nyeri (I.08238) Tindakan Observasi 1) Identifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri non verbal 4) Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan rasa nyeri 5) Identifikasi pengehatuan dan keyakinan tentang nyeri 6) Identifikasi budaya terhadap respon nyeri 7) Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup	Observasi 1) Untuk menentukan dan membedakan karakteristik khususnya nyeri 2) Untuk mengetahui tingkat nyeri 3) Untuk mengetahui bagaimana respon nyeri non verbal 4) Untuk mengetahui factor yang memberberat dan memperingan rasa nyeri 5) Untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6) Untuk mengetahui budaya terhadap respon nyeri 7) Untuk mengetahui

Intervensi (SIKI)	Rasional
8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9) Monitor efek samping penggunaan obat Terapeutik 1) Berikan Teknik non farmakologis 2) Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis; suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3) Fasilitasi tidur 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri 3) Anjurkan memonitor nyeri	pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8) Untuk mengetahui dan menilai keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9) Untuk melihat dan mengetahui efek samping penggunaan obat Terapeutik 1) Mengalihkan perhatian dan sensasi nyeri sehingga klien lupa terhadap nyeri 2) Agar lingkungan dapat terkontrol dan dapat memberikan kenyamanan 3) Untuk memberikan istirahat dan tidur 4) Untuk mengetahui perbedaan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1) Untuk mengetahui penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2) Untuk mengetahui strategi meredakan nyeri

Intervensi (SIKI)	Rasional
secara berkala 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5) Ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.	3) Dapat mempercepat dan konsisten dalam proses terapi 4) Dapat mengetahui Teknik untuk meredakan nyeri secara non farmakologis Kolaborasi 1) Untuk membantu meredakan nyeri

b. Diagnose 2 : Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri

Mobilitas fisik (L.05042)

Tujuan :setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam maka diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Kekuata otot meningkat
- 2) Rentang gerak (ROM) meningkat
- 3) Nyeri menurun
- 4) Kelemahan fisik menurun
- 5) Gerakan terbatas menurun

(SLKI, 2018)

Tabel 2.5 Perencanaan Diagnosa Gangguan Mobilisasi Fisik

Intervensi (SIKI)	Rasional
Dukunga Mobilisasi (I.05173) Tindakan Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2) Fasilitasi melakukan pergerakan 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1) Jelaskan tujuan mobilisasi	Observasi 1) Untuk mengetahui adanya nyeri pada pasien 2) Untuk mengetahui toleransi aktivitas fisik dalam melakukan pergerakan 3) Untuk melihat dan menegetahui frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum aktivitas 4) Untuk mengetahui kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1) Dapat memfasilitasi aktivitas mobilisasi menggunakan alat bantu 2) Dapat mempermudah dalam melakukan pergerakan 3) Agar keluarga berperan dalam membantu proses penyembuhan Edukasi 1) Agar klien mengetahui

Intervensi (SIKI)	Rasional
dini	tujuan dalam mobilisasi
2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini	2) Untuk mempercepat proses penyembuhan
3) Ajarkan mobilisasi sederhana (mis; duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi)	3) Agar pasien mampu melakukan mobilisasi sederhana secara mandiri

c. Diagnose 3 : resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

Tingkat Infeksi (L.14137)

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

- 1) Nyeri menurun
- 2) Kemerahan menurun
- 3) Bengkak menurun
- 4) Kultur area luka membaik
- 5) Kadar sel darah putih membaik

(SLKI, 2018)

Tabel 2.6 Perencanaan Diagnosa Resiko Infeksi

Intervensi (SIKI)	Rasional
Perawatan luka : I.14564	
Tindakan	
Observasi	Observasi
1) Memonitor karakteristik luka	1) Untuk mengetahui

Intervensi (SIKI)	Rasional
2) Memonitor tanda- tanda infeksi 3) 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 saatsi 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 antibiotic, jika perlu.	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 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

g. Diagnose 4 : Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan reflex oksitosin

Status Menyusui (L.03029)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam maka di harapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Tetesan atau pancaran ASI meningkat
- 2) Suplai ASI adekuat meningkat
- 3) Intake bayi meningkat

(SLKI, 2018

Tabel 2.7 Perencanaan Diagnosa Menyusui Tidak Efektif

Intervensi (SIKI)	Rasional
Edukasi menyusui (I.12393) Tindakan Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui 3) Terapeutik 1) Sediakan materi dan media Pendidikan kesehatan 2) Jadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3) Berikan kesempatan untuk	Observasi 1) Untuk mengetahui kesiapan klien untuk menerima informasi 2) Untuk menjelaskan tujuan dan manfaat menyusui Terapeutik 1) Untuk memberikan edukasi kepada klien 2) Untuk mengetahui kesediaan klien menerima informasi untuk memberikan

Intervensi (SIKI)	Rasional
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 3) Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (lanceth on) dengan benar 4) Ajarkan perawatan payudara post partum (mis; memeras ASI, pijat payudara, pijat oksitoksin) (SIKI, 2018)	kesempatan untuk klien jika ada yang belum mengerti mengenai meteri yang sudah dipaparkan 3) Untuk memberikan motivasi ibu dalam menyusui 4) Untuk membantu ibu dalam melakukan proses 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 5) Mengajarkan ibu perawatan payudara untuk merangsang pengeluaran ASI

d. Diagnose 5 : Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Perawatan Diri (L.11103)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam maka diharapkan perawatan diri meningkat

Kriteria hasil :

- 1) Kemampuan mandi meningkat
- 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
- 3) Kemampuan ke toilet meningkat
- 4) Mempertahankan kebersihan diri meningkat

(SLKI, 2018)

Tabel 2.8 Diagnosa Defisit Perawatan Diri

Intervensi (SIKI)	Rasional
Dukungan perawatan diri (I.11348) Tindakan Observasi 1) Monitor tingkat kemandirian	Observasi 1) Untuk mengetahui tingkat kemandirian pasien saat ini sehingga dapat didefinisikan interpretasi yang akan dilakukan pada pasien
Terapeutik 1) Sediakan lingkungan	Terapeutik 2) Lingkungan yang sesuai

Intervensi (SIKI)	Rasional
yang terapeutik	untuk melakukan
2) Siapkan keperluan pribadi	perawatan diri akan membantu pasien dalam
3) Damping dalam melakukan perawatan diri	meningkatkan motivasi untuk melakukan perawatan diri
	3) Agar pasien mudah dalam mengambil keputusan pribadi
	4) Sebagai salah satu bentuk empati kepada pasien
	5) Agar pasien dapat melakukan perawatan diri secara konsisten

e. Diagnose 6 : resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi

Tujuan : (L.02014)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan perfusi serebral meningkat dengan

Kriteria hasil :

- 1) Tingkat kesadaran meningkat
- 2) Tekanan intra kranial
- 3) Sakit kepala menurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Agitasi menurun

- 6) Nilai rata-rata tekanan darah membaik
- 7) Tekanan darah sistolik membaik
- 8) Tekanan darah diastolik membaik

Tabel 2.9 Diagnose resiko perfusi serebral tidak efektif

Intervensi (SKI)	Rasional
Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) Tindakan Observasi : 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2) Memitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) 3) Monitor MAP (<i>mean arterial pressure</i>) 4) Monitor CVP (<i>central venous pressure</i>) 5) Monitor PAWP jika perlu 6) Monitor PAP , jika perlu 7) Monitor ICP (<i>intra cranial perfusion pressure</i>)	Observasi : 1) Untuk mengetahui peningkatan TIK 2) Untuk mengetahui potensial peningkatan TIK 3) Menghitung tekanan rata-rata arteri 4) CVP adalah kateter polyethylene dari vena terpi sehingga ujungnya berada didalam atrium kanan atau muara vena cava, CVP sangat berarti pada penderita yang mengalami shock 5) Pengukuran PAWP diperoleh dengan mengembangkan balon secara perlahan 1.5 ml udara sambil mengamati

Intervensi (SKI)	Rasional
8) Monitor CCP (<i>cerebral perfusion Pressure</i>) status pernafasan	penuluruhan tekanan lumen distal.PAWP meningkat pada kegagalan vertical kiri dan tamponade perkardial, dan menurun berarti pasien mengalami hipovolemik
9) Monitor gelombang ICP	6) Mengatur tekanan arteri pulmonal
10) Monitor status pernafasan	7) Pemantauan tekanan intracranial digunakan dalam merawat pasien cedera kepala parah dengan metode pengukuran klinis yang tersedia saat ini bersifat invasive dan menggunakan system trasduser
11) Monitor intake output cairan	8) Agar dapat memantau peningkatan tekanan intracranial
12) Monitor cairan serebrospinalis (mis. Warna, konsistensi)	9) Gelombang tekanan intracranial dilakukan agar dapat memantau peningkatan tekanan darah intrakranial
	10) Pemantauan sesak nafas atau berhenti nafas
	11) Untuk mengetahui tanda-

Intervensi (SKI)	Rasional
Terapeutik : 1) Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2) Berikan semi flower 3) Hindari maneuver valsava 4) Cegah terjadinya kejang 5) Hindari penguatan PEEP 6) Hindari penggunaan cairan IV hipotonik 7) Atur ventilator agar PaCO₂ optimal 8) Pertahankan suhu tubuh normal	tanda dehidrasi dan mencegah shock hipovolemik 12) Untuk mengetahui cairan yang keluar dari kepala Terapeutik 1) Agar klien tidak mengalami depresi diaman terjadi depresi maka tekanan darah akan menjadi naik maka jantung memompa begitu cepat ke seluruh tubuh dan menekan otak yang akan menyebabkan tekanan intracranial 2) Memberikan posisi nyaman 3) Bila ekspirasi paksa dengan menutup bibir dan menutup hidung dapat meningkatkan TIK, maneuver valsava dilakukan berdeging 4) Kejang data meningkatkan TIK sehingga menjadi shock 5) Pemasangan PEEP tekanan tinggi dapat meningkatkan resiko

Intervensi (SKI)	Rasional
Kolaborasi : 1) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, <i>jika perlu</i> 2) Kolaborasi pemberian osmosis, <i>jika perlu</i> 3) Kolaborasi pelunak tinja, <i>jika perlu</i>	6) Dimana bila terjadi pemberian cairan phi cairan kurang dari plasma darah atau biasa disebut hipotonik 7) Dimana bila PaCO₂ meningkat terjadi vasodilatasi pembuluh darah veskular, dan bila menurun menyebabkan vasokonstriksi. PaCO₂ dipertahankan dalam rentang 20-30 mmHg. 8) Suhu tubuh yang normal tidak membuat cara kerja otak menjadi berat dan tubuh akan rileks dengan suhu yang normal Kolaborasi : 1) Sebagai terapi anti kejang 2) Sebagai terapi untuk menghambat reabsorpsi air dan natrium dan meningkatkan osomolaritas darah dan jantung 3) Sebagai terapi bila mana terjadi permasalahan pada system pencernaan

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahapan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan meliputi tindakan-tindakan yang merupakan suatu proses yang telah direncanakan oleh perawat maupun hasil kolaborasi tim kesehatan lainnya untuk mengatasi masalah-masalah yang ditemukan sesuai kebutuhan klien. Diharapkan juga tenaga kesehatan mampu berkerja sama dengan klien, keluarga serta anggota tim kesehatan yang terkait. Sehingga asuhan keperawatan yang diberikan dapat optimal dan komprehensif (Wahyuningsih, 2019).

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi pada ibu post partum meliputi : dimulainya ikatan keluarga, berkurangnya nyeri, terpenuhi kebutuhan psikologi, mengekspresikan harapan diri yang positif, komplikasi tercegah atau teratasi, bebas dari infeksi, pola eliminasi optimal, mengungkapkan pemahaman tentang perubahan fisiologis dan kebutuhan ibu post partum(Wahyuningsih,2019).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas

1) Identitas pasien

Nama	: Ny.O
Umur	: 43 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Alamat	: Kp. pananggung
Status Perkawinan	: Kawin
Agama	: Islam
Suku	: Sunda
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT
No.RM	: 01447102
Diagnose Medis	: P5A0 Post SC PEB
Tanggal Masuk	: 28 April 2025
Tanggal Persalinan	: 28 April 2025
Tanggal Pengkajian	: 28 April 2025

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn.K
 Umur : 50 tahun
 Jenis kelamin : Laki-lai
 Pekerjaan : Buruh
 Alamat : Kp.pananggung
 Hubungan dengan pasien : Suami

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Klien mengatakan nyeri pada luka post op sc dibagian abdomen bawah

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat pengkajian pada tanggal 28 april 2025 pukul 17.00 WIB, klien mengeluh nyeri pada luka operasi SC, pada saat di kaji pasien mengatakan nyeri bertambah pada saat bergerak. Nyeri dirasakan seperti disayat-sayat dibagian bawah abdomen,dengan sayatan vertical dengan skala nyeri 7 (0-10) dan nyeri yang dirasakan hilang timbul. Klien tampak protektif terhadap lukanya dan pasien tampak meringis.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya klien belum pernah mengalami operasi sesar dan juga tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Menurut penuturan pasien bahwa anggota keluarga ada yang memiliki penyakit hipertensi yaitu dari ayah klien, untuk anggota lainnya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang sama dan juga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit menular. Klien juga mengatakan bahwa dalam keluarga tidak ada yang pernah mengalami operasi secar.

c. Riwayat Obstetri

1) Riwayat Menstruasi

Menarche	: Pada usia 13 tahun
Lamanya siklus	: 5-7 hari
Banyaknya	: normal
Sifat darah	: berwarna merah
HPHT	: 7 Agustus 2024
HPL	: 14 Mei 2025
Dysmnorrhea	: Terkadang

2) Riwayat perkawinan

Usia perkawinan	: 25 tahun
Pernikahan yang ke	: 1

3) Riwayat Kontrasepsi : IUD

4) Riwayat Kehamilan Sekarang

Riwayat kehamilan sekarang G5P4A0 dengan usia kehamilan 36 minggu. Imunisasi selama kehamilan sudah lengkap pasien mengatakan sering memeriksa kehamilannya baik ke bidan maupun ke dokter, pasien tidak mengkonsumsi obat-obatan atau jamu-jamuan saat hamil. Pasien memiliki berat badan sebelum hamil 72 kg dan berat badan setelah hamil 80 kg, klien mengalami kenaikan berat badan 8 kg.

5) Riwayat Persalinan sekarang

Pada tanggal 28 april 2025 klien dibawa ke RSUD dr.Slamet Garut rujukan dari puskesmas, saat diobservasi pasien mengalami kenaikan tekanan darah 162/100mmHg, DJJ: 146 dan pasien diharuskan untuk dilakukan tindakan operasi sectio caesarea, pasien dibawa keruang operasi pada pukul 12.30 WIB , dan ibu melahirkan anak perempuan dengan berat badan 2,3 kg dan Panjang badan 46cm pada pukul 13.25 WIB.

No	Tgl/ Thn	Persalinan Ke	Penolong	Cara Melahirkan	BB Lahir	Jk	Keadaan
1	2025	5	Dokter	SC	2300g	P	Sehat

Tabel 3.1 Riwayat Persalinan

No	Tgl/ Thn	Persalinan Ke	Penolong	Cara Melahirkan	BB Lahir	JK	Keadaan
1	2004	1	Bidan	Spontan	3000g	L	Sehat
2	2007	2	Bidan	Spontan	2500g	P	Sehat
3	2009	3	Bidan	Spontan	3000g	P	Sehat
4	2018	4	Bidan	Spontan	2800g	P	Sehat

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Kesadaran : Composmentis
 Berat badan : Sebelum hamil 71kg , saat hamil 80kg
 Tinggi badan : 157cm

2) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 130/80 mmHg
 Nadi : 91x/menit
 Respirasi : 22x/menit
 SpO2 : 98%
 Suhu : 36,6c

3) Kepala

a) Rambut

Rambut berwarna hitam dan lurus sepanjang bahu. Rambut tampak bersih diarea kulit kepala tidak ada benjolan, dan tidak ada nyeri tekan

b) Mata

Mata tampak simetris ,konjungtiva merah muda dengan sklera mata putih, bola mata dapat digerakan ke segala arah, reflek pupil baik ketika dirangsang cahaya pupil mengecil, fungsi penglihatan baik, Terbukti dengan pasien dapat membaca nama

perawat dengan jarak 50cm. keadaan mata bersih, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, edema periorbital (-).

c) Hidung

Lubang hidung tampak simetris, tidak ada secret ataupun polip. Tidak ada nyeri tekan pada area sinus, fungsi penciuman baik terbukti pasien dapat membedakan aroma kayu putih dan aroma parfume.

d) Telinga

Telinga tampak simetris dan bersih tidak ada serumen. Tidak ada masalah pendengaran terbukti dengan pasien mampu mendengar panggilan perawat dengan jarak 1-2 meter.

e) Mulut dan tenggorokan

Mukosa bibir tampak kering, warna bibir merah muda, tidak ada keluhan nyeri menelan reflek menelan baik. Gigi tampak bersih, dan tidak ada yang berlubang

4) Leher

Warna kulit kuning langsung, bentuk leher normal, keadaan umum bersih, tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada peningkatan JVP, tidak ada benjolan, fungsi menelan baik, tidak ada nyeri tekan, tidak ada nyeri gerak, nadi karotis teraba.

5) Dada

a) Paru-paru

Bentuk dada normal, pengembangan dada simetris antara kanan dan kiri, nafas teratur, bunyi nafas veskuler, frekuensi nafas 21x/menit, tidak ada pernafasan cuping hidung ataupun otot bantu pernafasan. Suara perkusi sonor, suara nafas vesikuler.

b) Jantung

Bunyi jantung S1 S2 lup dup, irama jantung regular, tidak ada cyanosis, tekanan darah 144/80mmHg, nadi 91x/menit.

c) Payudara

Bentuk payudara simetris antara kanan dan kiri, payudara tampak bersih, terdapat hiperpigmentasi di aerola dan puting, aerola berwarna coklat kehitaman, puting menonjol, payudara teraba lembek, ASI belum keluar

6) Abdomen

Bentuk perut cembung, terdapat linea nigra, terdapat striae gravidarim, terdapat diastesis rektus abdominis kurang lebih 2 jari atau 2,5 cm, terdapat luka operasi kurang lebih 12 cm, luka tertutup perban, dengan sayatan luka vertical, tinggi fundus uteri (TFU) 1 jari dibawah pusat, kandung kemih teraba kosong, kontraksi uterus teraba keras, bising usus 6x/menit.dan suara perkusi tympani.

7) Genetalia dan Anus

Keadaan genetalia tampak kotor terdapat lochea rubra $\frac{1}{4}$ pampers, pasien terpasang kateter, urine berwarna kuning bercampur darah pengeluaran urine 250cc.

8) Ekstremitas

a) Ekstremitas atas

Tangan simetris antara kanan dan kiri, pergerakan tangan baik dapat diserakan kesegala arah, tidak ada edema CRT <2 detik, turgor kulit elastis normal kembali dalam <2 detik, tangan kanan terpasang infus dengan cairan RL 20tpm, pergerakan baik namun sedikit lemas

b) Ekstremitas bawah

Kaki simetris antara kanan dan kiri, tidak ada edema , turgor kulit elastis normal <2 dektik, tidak ada nyeri tekan, tidak ada varises, pergerakan kaku dan terbatas, humon sign(-), reflex patella 2+.

Kekuatan otot

5	5
4	4

e. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3.2 Aktivitas Sehari-hari

No	ADL	Sebelum dirawat	Saat dirawat
----	-----	-----------------	--------------

No	ADL	Sebelum dirawat	Saat dirawat
1	Nutrisi a. Makan - Jenis menu - Frekuensi - Porsi - Pantangan - Keluhan b. Minum - Jenis minuman - Jumlah - Pantangan - Keluhan	Nasi, sayur, daging, buah 3x sehari 1 porsi dewasa Tidak ada Tidak ada	Puasa
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
3	Eliminasi a. BAB - frekuensi - konsistensi - warna - bau - keluhan b. BAK - Frekuensi - Jumlah - Warna - Bau - Keluhan	1-2x/hari Padat Kuning kecoklatan Khas feses Tidak ada 5-6x/hari Normal Kuning jernih Khas urine Tidak ada	Belum BAB 1 hari - - - - Terpasang DC 250cc 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 2 hari sekali 2x/hari Tidak ada	Tidak mandi Tidak gosok gigi Tidak keramas 1x/hari Tidak ada

No	ADL	Sebelum dirawat	Saat dirawat
5	Mobilitas a. aktifitas yang dilakukan b. olah raga c. keluhan	Ibu rumah tangga 1x/minggu Tidak ada	Bedress - Nyeri saat Bergerak, keterbatasan gerak

f. Aspek psikososial

1) Psikologis

Pasien masih cenderung pasif terhadap lingkungannya, aktivitas klien bergantung pada keluarga, pasien mengatakan senang dan bersyukur persalinannya berjalan dengan lancar walaupun dengan cara *Caesarea*. Pasien mengatakan merasa tidak nyaman dengan luka oprasinya dan pasien berharap agar segera sembuh dan segera pulang kerumah.

2) Aspek social

Hubungan pasien dan keluarga sangat baik , terbukti keluarga selalu menjaga pasien, berkomunikasi baik dan sopan kepada keluarga juga kepada perawat

3) Aspek spiritual

Pasien beragama islam dan pasien selalu beribadah pada saat dirumah sakit pasien tetap menjalankan ibadahnya mekipun

terdiam di tempat tidur seperti berdzikir dan ber do'a untuk kesembuhannya.

4) Pola koping

Pasien mengatakan apabila pasien mempunyai masalah, pasien selalu mencari jalan keluar dengan bermusyawarah dan mencari solusi terutama bersama suaminya.

g. Data penunjang

Tabel 3.3 Pemeriksaan Labolatorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Hematologi rutin :		
Hemoglobin	13,7	P = 12-16 g/dl
Hematocrit	37,9	P = 35-45%
Leokosit	11,6	Dws = 5-10 Bayi = 7-17
Trombosit	202	150-450 10 ⁶ /Ul

Tabel 3.4 Terapi Medis

No	Terapi	Dosis	Rute	Keterangan
1	Cairan infus RL	500cc	IV	Kristaloid
2	Ceftriaxone	2 x 1 gram	IV	Antibiotik (membunuh bakteri penyebab infeksi)
3	Ketorolac	3 x 30 gram	IV	Analgetik (obat untuk meredakan nyeri)

2. Analisa Data

Tabel 3.5 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS: - Pasien mengatakan	<i>Sectio caesarea</i> adalah tindakan	Nyeri Akut

No	Data	Etiologi	Masalah
	nyeri pada abdomen bawah yang terdapat luka operasi - nyeri bertambah ketika bergerak - Skala nyeri 7(0-10) - Nyeri seperti seperti di sayat-sayat - Nyeri hilang timbul DO: - pasien tampak meringis - pasien bersikap protektif terhadap nyeri - terdapat luka post SC kurang lebih 12 cm - TTV TD : 130/80 MmHg N : 91x/menit S : 36,6 C R : 22x/menit SPO2 : 99%	insisi jaringan yang menyebabkan terputusnya konstinuitas jaringan yang merangsang reseptor nyeri untuk kemudian mengeluarkan mediator nyeri dan menimbulkan nyeri	(D.0077)

No	Data	Etiologi	Masalah
2	DS : - Pasien mengeluh nyeri saat bergerak - Pasien mengatakan takut saat bergerak DO : - Pasien tampak lemah - Gerakan pasien terbatas - Aktivitas pasien dibantu - Kekuatan otot menurun 5 5 4 4	Tindakan <i>sectio caesarea</i> menggunakan anastesi spinal dan adanya penurunan saraf ekstremitas bawah sehingga mengakibatkan gangguan mobilitas fisik	Gangguan Mobilisasi Fisik (D.0054)
3	DS : - DO : - Terdapat luka post operasi kurang lebih 12cm dengan sayatan luka vertikal leukosit 11,6mm/3	Luka post operasi <i>sectio caesarea</i> menyebabkan adanya jaringan terbuka serta proteksi kurang lalu terjadi invasi bakteri yang menimbulkan resiko infeksi	Resiko Infeksi (D.0142)
4	DS: - Pasien mengatakan tidak bisa melakukan perawatan diri secara mandiri DO: - Rambut tampak lepek - Daerah perineum tampak kotor - Keadaan umum	Adanya luka post op <i>sectio caesarea</i> yang merangsang saraf sensorik sehingga menimbulkan nyeri. Pasien menjadi takut bergerak karena takut meningkatkan rasa nyeri sehingga gerakan pasien menjadi terbatas, tidak mampu ke	Deficit Keperawatan Diri

No	Data	Etiologi	Masalah
	pasien lemah - Pasien tampak tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri karena terdapat nyeri di abdomen post operasi	toilet dan menyebabkan defisit perawatan diri.	
4	DS : - pasien mengatakan ASI nya susah keluar DO : - payudara terasa lembek - puting menonjol - ASI sulit keluar	Post operasi <i>sectio caesarea</i> akan mengalami proses kadar oksitoksin dan prolamin untuk merangsang pengeluaran ASI sehingga ASI tidak keluar dan terjadi menyusui tidak efektif	Menyusui Tidak Efektif (D.0029)

3. Diagnose keperawatan

Diagnosa yang muncul pada pasien dengan post operasi *sectio caesarea* adalah :

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan :

DS :

- Pasien mengatakan nyeri pada abdomen bawah yang terdapat luka operasi
- nyeri bertambah ketika bergerak
- Skala nyeri 7 (0-10)
- Nyeri seperti seperti di sayat-sayat
- Nyeri hilang timbul

DO:

- pasien tampak meringis
- pasien bersikap protektif terhadap nyeri
- terdapat luka post SC kurang lebih 12 cm
- TTV

TD : 130/80 MmHg

N : 91x/menit

S : 36,6 C

R : 22x/menit

SPO2 : 99%

b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan :

DS :

- Pasien mengeluh nyeri saat bergerak
- Pasien mengatakan takut saat bergerak

DO :

- Pasien tampak lemah
- Gerakan pasien terbatas
- Aktivitas pasien dibantu
- Kekuatan otot menurun

5	5
4	4

c. Resiko Infeksi dibuktikan dengan prosedur invasive ditandai dengan :

DS :

-

DO :

- Terdapat luka post operasi kurang lebih 12 cm dengan sayatan luka vertikal
- Luka tertutup perban
- Perban tampak bersih
- Tidak ada rembesan darah
- leukosit 11,6mm/3

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

DS:

- Pasien mengatakan tidak bisa melakukan perawatan diri secara mandiri

DO:

- Rambut tampak lepek
- Daerah perineum tampak kotor
- Keadaan umum pasien lemah
- Pasien tampak tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri karena terdapat nyeri di abdomen post operasi

e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan reflex oksitoksin ditandai dengan :

DS :

- pasien mengatakan ASI nya susah keluar

DO :

- payudara terasa lembek
- puting menonjol
- ASI sulit keluar

5. Perencanaan Asuhan keperawatan

Nama : Ny. O

No.RM : 01447102

Usia : 43 Tahun

Ruangan : Agate bawah

Tanggal operasi : 28 April 2025

Tanggal pengkajian : 28 April 2025

Tabel 3.6 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional		
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan : DS: - Pasien mengatakan nyeri pada abdomen bawah yang terdapat luka	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Tampak meringis menurun 3. Sikap protektif menurun	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi : 1) Identifikasi lokasi nyeri , durasi, dan frekuensi nyeri	1) Untuk mengetahui lokasi nyeri dan frekuensi nyeri	Tanggal : 28 April 2025 Pukul : 17.00 WIB 1) Memonitor lokasi nyeri, durasi dan frekuensi nyeri Respon : pasien megatakan nyeri pada luka post sc dibagian abdomen, nyeri berkurang saat sedang istirahat/tidak banyak gerak	Tanggal : 28 April 2025 Pukul : 17.30 WIB S: Pasien mengatakan nyeri pada luka post sc O : - Pasien tampak meringis - Skala nyeri 7 (0-10) - Pasien tampak protektif - terhadap nyeri pada luka post

	operasi nyeri bertambah ketika bergerak - Skala nyeri 6 (0-10) - Nyeri seperti seperti di sayat-sayat - Nyeri hilang timbul DO: - pasien tampak meringis - pasien bersikap protektif terhadap nyeri - terdapat luka post SC kurang lebih 16cm - TTV TD : 150/100 MmHg N : 91x/menit		2) Monitor skala nyeri 3) Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan rasa nyeri 4) Monitor efek samping penggunaan analgetik	2) Untuk mengetahui tingkat nyeri 3) Untuk mengetahui factor yang memperberat dan memperingan nyeri 4) Untuk mengetahui pengaruh analgetik terhadap pasien	Pukul : 17.05 WIB 2) Memonitor skala nyeri Respon : Skala nyeri 7 (0-10), pasien meringis nyeri Pukul : 17.07 WIB 3) Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan rasa nyeri Respon : Pasien mengatakan nyeri bertambah apabila pasien bergerak dan nyeri berkurang apabila klien istirahat dan tidak banyak bergerak Pukul : 17.10 WIB 4) Memonitor efek samping penggunaan analgetik Respon : - Tidak ada gejala toksifikasi obat analgetik	sc - Ttv TD : 130/80 S : 36,6c N ; 91x/menit R : 21x/menit Spo2 : 98% A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi Pelaksana : Windy Oktavia
--	---	--	---	---	--	--

	S : 36,6 C R : 22x/menit SPO2 : 99%		Terapeutik : 5) Kontrol lingkungan dan fasilitas istirahat dan tidur Edukasi : 6) Ajarkan Teknik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri (nafas dalam) Kolaborasi : 7) Kolaborasi pemberian analgetik	5) Untuk mempermudah pasien istirahat 6) Untuk Membantu meredakan nyeri 7) Untuk membantu proses pemulihan	Pukul : 17.18 WIB 5) Merapikan alat, barang, dan tempat tidur pasien Respon : pasien tampak nyaman Pukul : 17.20 WIB 6) Mengajarkan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri Respon : Pasien dapat melakukan Teknik nafas dalam Pukul ; 17.25 WIB 7) Memberikan analgetik ketorolac 30gram (IV) Respon : Pasien mengatakan nyeri berkurang	
--	--	--	--	---	--	--

2	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan : DS : - Pasien mengeluh nyeri saat bergerak - Pasien mengatakan takut saat bergerak - DO : - Pasien tampak lemah - Gerakan pasien terbatas - Aktivitas dibantu - Kekuatan otot menurun	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) 4. Nyeri menurun 5. Kelemahan fisik menurun 6. Gerakan terbatas menurun	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi : 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan pada fisik lain 2) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik : 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dlam meningkatkan	1) Untuk mengetahui adanya nyeri pada pasien 2) Untuk mengetahui kondisi umum selama melakukan mobilisasi 3) Agar keluarga berperan dalam membantu proses	Tanggal 29 April 2025 Pukul : 17.30 1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan pada fisik lainnya Respon : Pasien mengatakan adanya nyeri pada luka operasi Pukul : 17.32 WIB 2) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Respon ; TD : 144/80 S : 36,6C R : 21x/menit N : 81x/menit Spo2 : 98% Pukul : 17.35 WIB 3) Melibatkan keluarga pasien dalam mobilitas mobilisasi dini	Tanggal 29 April 2025 Pukul : 17.50 WIB S : - Pasien mengatakan nyeri saat bergerak - Pasien mengatakan takut saat bergerak O : - Pasien tampak lemah - Gerakan terbatas - Pasien tampak masih dibantu dalam beraktivitas - ROM menurun <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>4</td></tr></table>	5	5	4	4
5	5									
4	4									

			pergerakan Edukasi : 4) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	penyembuhan 4) Agar klien mengetahui tujuan dalam mobilisasi	Respon ; Keluarga bersedia untuk membantu pasien dalam pergerakan Pukul ; 17.40 4) Menjelaskan tujuan mobilisasi dan tahapan mobilisasi - 0-6 jam menggerakkan tangan, kaki, dan jari-jari - 6-12 jam miring kanan miring kiri - 12-24 jam duduk demi flower - >24 jam berjalan Respon ; - Pasien dan keluarga mampu memahami apa yang di jelaskan - Pasien mampu menyebutkan tahapan mobilisasi	A : masalah belum teratasi P ; lanjutkan intervensi Pelaksana ; Windy Oktavia
--	--	--	--	--	---	---

			5) Ajarkan mobilisasi harus dilakukan post sc a) 0-6 jam menggerakkan tangan, kaki, dan jari-jari b) 6-12 jam miring kanan miring kiri c) 12-24 jam duduk demi flower d) >24 jam berjalan	5) Agar pasien mampu melakukan mobilisasi sederhana secara mandiri	Pukul : 17.45 5) Megajarkan pasien untuk bisa melakukan mobilisasi dari tahapan pertama (menggerakkan kaki dan tangan , menekuk lutut, menggerakkan sendi-sendi) Respon : Pasien mampu melakukan pergerakan kecil diatas tempat tidur dan mampu miring kanan miring kiri secara perlahan	
3	Resiko Infeksi dibuktikan dengan prosedur invasive ditandai dengan : DS : - Pasien mengeluh nyeri pada luka oprasi tepatnya pada	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka derajat tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. nyeri menurun 2. kultur area luka membaik 3. kerusakan jaringan	Prosedur luka (I.14564) Observasi : 1) monitor tanda-tanda infeksi	1) untuk mengetahui	Tanggal : 28 April 2025 Pukul : 18.30 WIB 1) memonitor tanda-tanda infeksi Respon ; Luka tertutup perban, keadaan perban bersih tidak ada rembesan darah ataupun cairan	Tanggal : 28 April 2025 Pukul : 18.55 WIB S : - O : - adanya luka insisi operasisc yang tertutup perban

			5) batasi jumlah pengunjung 6) anjurkan konsumsi tinggi protein dan kalori	5) Untuk meminimalisir terjadinya port the entry dari pengunjung luar 6) untuk menambah wawasan pasien dan	nyeri yang meningkat, keluarnya nanah atau cairan berbau) Respon : Pasien mampu menjelaskan kembali tanda dan gejala infeksi pada luka post sc Pukul: 18.45WIB 5) Menganjurkan pasien dan keluarga pasien untuk membatasi jumlah pengunjung Respon : Penjaga pasien hanya ada 2 orang yaitu suami dan kaka pasien Pukul : 18.47 WIB 6) menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan setelah	
--	--	--	--	--	---	--

			Kolaborasi : 7) kolaborasi pemberian antibiotik	menambah kewaspadaan pasien terhadap kondisi tubuhnya 7) untuk membantu mempercepat pemulihan luka untuk mencegah infeksi	diperbolehkan makan Respon ; Pasien memahami pentingnya meningkatkan nutrisi Pukul : 18.50 WIB 7) Memberikan antibiotic diberikan Ceftriaxon 1g (IV) respon ; -	
4	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan di tandai dengan: DS: - Pasien mengatakan tidak bisa melakukan perawatan diri secara	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan kemampuan perawan diri meningkat. Dengan kriteria hasil: 1) Kemampuan mandi meningkat	<u>Dukungan perawatan diri</u> Observasi 1) Monitor kemandirian pasien	1) Untuk mengetahui tingkat kemandirian pasien saat ini sehingga dapat diidentifikasi	Pukul : 19.00 1) Mengkaji tingkat kemandirian Respon : Pasien mengatakan belum mampu melakukan perawatan diri secara mandiri karena pergerakan pasien masih terbatas serta nyeri saat	Pukul ; 19.20 WIB DS: - Pasien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dipakaikan pakaian baru. - Pasien mengatakan badannya masih terasa lengket DO:

	mandiri DO: - Rambut tampak lepek - Daerah perineum tampak kotor - Keadaan umum pasien lemah - Pasien tampak tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri karena terdapat nyeri di abdomen post operasi	2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3) Kemampuan ketoilet meningkat 4) Mempertahankan	2) Sediakan lingkungan yang terapeutik 3) Siapkan keperluan pribadi 4) Dampingi pasien dalam melakukan	intervensi yang akan dilakukan pada pasien 2) Lingkungan yang sesuai untuk melakukan perawatan diri akan membantu pasien dalam meningkatkan motivasi untuk melakukan perawatan diri 3) Agar pasien mudah dalam mengambil kebutuhan pribadi 4) Sebagai salasatu bentuk empati	bergerak Pukul : 19.05 WIB 2) Menyediakan lingkungan yang terpautik Membereskan alat, barang di dekat tempat tidur pasien Respon : Barang dan alat pasien mudah untuk di gapai pasien. Pukul : 19.07 WIB 3) Mendekatkan pakaian pasien Respon : Pasien mudah mengambil pakaiannya Pukul : 19.10WIB 4) Membantu pasien memakai baju kembali setelah	- Pasien tampak rapi dengan baju baru - Daerah perineum pasien tampak bersih - Lingkungan psien tampak rapih dan bersih - Perawatan diri pasien masih di bantu keluarga A: masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian P:lanjutkan intervensi
--	---	--	---	--	--	---

			perawatan diri 5) Bantu pasien dalam melakukan perawatan perinium Edukasi : 6) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten	kepada pasien 5) Agar area perineum pasien tidak kotor dan tetap bersih untuk mengurangi tinggi resiko infeksi 6) Agar pasien dapat melakukan perawatan diri secara konsisten	operasi Respon : Pasien merasa nyaman Pukul : 19.13 WIB 5) Melakukan perawatan perineum dan membantu pasien memakai pampers Respon : - Pasien mengatakan lebih nyaman saat perineum sudah dibersihkan Pukul : 19.17 WIB 6) Menganjurkan pasien untuk melakukan perawatan diri secara konsisten	
--	--	--	---	--	--	--

					Respon : - Pasien mengatakan akan melakukan perawatan diri sesuai kemampuan gerak pasien	
4	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI ditandai dengan : DS : - pasien mengatakan ASI nya susah keluar DO : - payudara terasa lembek - puting menonjol - ASI sulit keluar	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam maka status menyusui membaik dengan kriteria hasil : 1. Tetesan atau pancaran ASI meningkat 2. Suplai ASI adekuat meningkat 3. Intake bayi meningkat	Edukasi Menyusui (I.12393) Observasi : 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan ibu menerima informasi Terapeutik : 2) Sediakan materi dan media penkes	1) Untuk mengetahui kesiapan pasien untuk menerima informasi 2) Untuk memberikan edukasi kepada klien	Tanggal : 28 April 2025 Pukul : 19.20 WIB 1) Menidentifikasi kesiapan dan kemampuan ibu menerima informasi Respon ; Pasien bersedia diberikan penkes Pukul : 19.30 WIB 2) Menyediakan materi dan media untuk penyuluhan mengenai pijat oksitoksin Respon ; Pasien bersedia untuk	Pukul : 19.35 WIB S : - Pasien mengatakan ASI belum Keluar O : - ASI belum keluar - Aerola berwarna coklat - Putting menonjol A : masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi

	- Bayi tidak rawat gabung - Bayi premature - Tidak ada pelekatan ASI pada bayi		Edukasi : 3) Ajarkan perawatan payudara	3) Mengajarkan ibu mengenai perawatan payudara untuk merangsang pengeluaran ASI	diberikan penkes mengenai pijat oksitoksin 3) mengajarkan ibu mengenai perawatan payudara secara mandiri	Pelaksana : Windy Oktavia
--	--	--	--	---	---	------------------------------

6. Catatan Perkembangan

Nama : Ny.O Ruangan : Agate bawah
 Jenis Kelamin : P No.RM : 01447102
 Umur : 43 tahun Dx.Medis : PEB SC

Tabel 3.7 Catatan Perkembangan

Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	TTD Pelaksana
29/04/2025	Dx 1. Nyeri akut	S : - Pasien mengatakan masih nyeri pada luka post op sc - Pasien mengatakan sudah dapat mengontrol nyeri pada luka sc dengan Teknik relaksasi nafas dalam O : - Pasien masih tampak meringis - Skala nyeri 5 (0-10) - Klien masih protektif terhadap nyeri - Terdapat luka sc ± 12 cm dengan sayatan vertical tertutup perban - TTV TD : 120/80 mmHg S : 36,6C N : 82x/menit R : 20x/menit Spo2 : 98% A : Nyeri Akut teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi Pukul : 14.10 WIB I : - Menganjurkan kembali Teknik relaksasi nafas dalam dan menganjurkan selalu dalam posisi yang nyaman - Kolaborasi pemberian analgetik sesuai resep dokter Keterolac 30mg (IV) E : Masalah nyeri akut teratasi Sebagian	Windy Oktavia
29/04/2025	Dx 2. Mobilitas fisik	S : - Pasien mengatakan masih nyeri saat bergerak tetapi sudah mampu duduk, dan mencoba berjalan - Pasien mengatakan dapat mengontrol	Windy Oktavia

Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	TTD Pelaksana
		rasa nyerinya O : - Pasien mampu duduk - Pasien dibantu oleh keluarga - Pasien tampak meringis saat bergerak - Kekuatan otot (5) A : Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P : Pertahan Intervensi Pukul : 14.20WIB I : - Melatih pasien berjalan secara mandiri R : pasien mampu melangkah secara mandiri sedikit demi sedikit - Melibatkan keluarga dalam mobilisasi R : keluarga dapat membantu dan memantau pasien dalam melakukan mobilisasi E : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi	
29/04/2025	Dx 3. Resiko infeksi	S : - O : - Terdapat luka ±16cm dengan sayatan vertical - Luka tertutup perban - Leukosit : 11.6/mm A : Resiko infeksi teratasi sebagian P : lanjutkan Intervensi Pukul : 14.40WIB I : - Menonitor tanda-tanda infeksi R : perban tampak bersih, tidak ada rembesan darah/cairan pada perban - Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein R : pasien mampu meningkatkan asupan nutrisinya - Kolaborasi pemberian ceftriaxone 1g (IV) E : masalah teratasi Sebagian	Windy Oktavia
29/04/2025	Dx. 4 Deficit Perawatan diri	S : - Pasien mengatakan badannya sudah tidak lengket - Pasien mengatakan mampu membersihkan dirinya secara mandiri	Windy Oktavia

Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	TTD Pelaksana
		- Pasien mengatakan sudah membersihkan perineumnya O : - Pasien sudah mengganti pakaiannya - Keadaan pasien tampak bersih dan rapi - Perawatan diri pasien sebagian masih dibantu oleh keluarganya A : deficit keperawatan diri teratasi	
29/04/2025	Dx 5. Menyusui tidak efektif	S : - Pasien mengatakan ASI nya sudah keluar namun sedikit - Pasien mengatakan ingin segera memberikan ASI kepada bayinya O : - ASI keluar sedikit dan belum memancar - Putting menonjol - Bayi tidak rawat gabung A : menyusui tidak efektif teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan Pukul : 15.00WIB I : - Memberikan penyuluhan kesehatan mengenai pijat oksitoksin R : pasien mampu mengikuti cara pijat oksitoksin - Mengajarkan perawatan payudara R : pasien dapat mengikuti cara pijat oksitoksin - Memberikan kesempatan untuk bertanya R : pasien bertanya mengenai hal-hal yang kurang dimengerti E : masalah teratasi Sebagian	Windy Oktavia
30/04/2025	Dx 1. Nyeri akut	S : - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang - Pasien mengatakan sudah dapat mengontrol rasa nyeri pada luka sc nya O : - Pasien tampak tenang - Skala nyeri 4 (0-10) - Terdapat luka sc $\pm$ 12 cm dengan sayatan vertical tertutup perban TD : 120/80 mmHg	Windy Oktavia

Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	TTD Pelaksana
		N : 86x/menit S : 36,5c R : 20x/menit Spo2 : 98% A : Nyeri akut teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan Pukul : 08.00 WIB I : - Mengkaji skala nyeri R : skala nyeri 4 - Menganjurkan kembali Teknik relaksasi nafas dalam dan menganjurkan selalu dalam posisi yang nyaman R : pasien dapat melakukan Teknik relaksasi nafas dalam - Kolaborasi memberikan analgetik ketorolac 30 mg (IV) E : masalah teratasi sebagian	
30/04/2025	Dx 3. Resiko infeksi	S : - Pasien mengatakan nyeri berkurang O : - Terdapat luka post sc dibagian bawah abdomen - Sayatan luka vertical kurang lebih 12cm - Pasien meringis saat lukanya ditekan - Luka tampak mengering - Tidak ada pus - Tidak ada edema A : resiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi Pukul : 08.25 WIB I : - Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein R : pasien mampu meningkatkan asupan nutrisinya - Menerapkan kewaspadaan universal R : mencuci tangan sebelum tindakan, memakai sarung tangan, dan melakukan perawatan luka dengan Teknik steril - Melakukan perawatan luka dan mengganti perban R : luka pasien tampak membaik,	Windy Oktavia

Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	TTD Pelaksana
		tidak ada pus/edema, tidak ada rembesan darah atau cairan, sayatan luka vertical 12cm - Penyuluhan mengenai perawatan luka dirumah R ; pasien dan keluarga paham mengenai perawatan luka dirumah E : - Masalah teratasi sebagian	
30/04/2025	Dx 4. Menyusui tidak efektif	Pukul : 09.00 WIB S : - Pasien mengatakan ASI nya sudah keluar namun belum banyak O : - Pasien tampak tenang - ASI tampak sudah keluar - Bayi tidak rawat gabung A : menyusui tidak efektif teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi I : - Mengajarkan untuk pijat oksitoksin R : pasien dapat melakukan cara pijat oksitoksin dibantu oleh suaminya untuk memperlancar pengeluaran ASI - Mengajarkan pasien untuk langsung melakukan perlekatan dan menyusui setelah pulang R : pasien mampu memahami edukasi yang diberikan E : Masalah menyusui tidak efektif teratasi sebagian (pasien pulang pukul 10.15WIB)	Windy Oktavia

A. Pembahasan

Pada bab ini penyusun akan membahas mengenai kasus yang telah diuraikan pada bab sebelumnya yaitu “ Asuhan Keperawatan Pada Ny.O (P5A0) Dengan Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi

Preeklamsi Berat”. Yang dilaksanakan mulai dari tanggal 28 April 2025 s/d 1 Mei 2025 di ruang Agate Bawah RSUD dr.Slamet Garut. Berikut ini akan diuraikan mengenai penatalaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.O sesuai dengan tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnose keperawatan, intervensi implementasi dan evaluasi.

1. Tahap pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dimana dalam tahap ini penulis dapat mengumpulkan data-data klien, keluarga, petugas kesehatan maupun dari pendokumentasian yang ada diruangan. Data yang diperoleh merupakan data subjektif dan objektif. Preeklamsia kemungkinan disebabkan oleh beberapa hal factor seperti primigravida, obesitas, usia kehamilan, riwayat hipertensi, dan gen keluarga. (Khairani, 2017). Dari hasil pengkajian riwayat keluarga ditemukan Ny.O memiliki riwayat preeklamsia sehingga penyebab preeklamsia pada Ny.O disebabkan factor genetic keluarga.

Pada saat pengkajian Ny. O post sectio caesarea atas indikasi preeklamsia berat ditemukan data yaitu pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri yang dialami pasien post operasi terjadi setelah pembedahan, hal ini, disebabkan karena terputusnya konstituitas jaringan yang merangsang saraf nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter, bradykinin, serotonin dan histamin. Rangsangan ini nantinya akan dihantarkan ke hipotalamus dan dipresepsikan sebagai

nyeri. Kemudian secara fisiologis luka akan mengalami fase penyembuhan mulai dari fase destruktif poliperatif sampai maturase (Eva, 2022).

Pada saat pengkajian Ny. O post sectio caesarea atas indikasi preeklamsia berat pasien mengatakan nyerinya bertambah apabila bergerak dan takut untuk bergerak. Menurut (Syaiful, 2022) tindakan operasi sc akan mengakibatkan kelemahan fisik nyeri yang menyebabkan pasien takut bergerak. Pasien bergerak secara bertahap hal ini dapat terjadi karena keadaan fisik yang lemah akibat post sc mengakibatkan kemampuan beraktifitas perlu dibantu dengan keluarga, karena pasien khawatir pergerakannya membahayakan terhadap luka operasi sehingga aktivitas dan pergerakan pasien terbatas sehingga timbul gangguan mobilitas fisik.

Pada Ny. O ditemukan adanya luka post operasi sectio caesarea dibagian bawah abdomen dengan sayatan vertical kurang lebih 12cm. luka tertutup perban dan keadaan perban bersih saat dilakukan perawatan luka terjadi tidak tampak pus, tidak tampak kemerahan, tidak ada pembengkakan dan tidak ada tanda-tanda infeksi, hasil pemeriksaan laboratorium ditemukan adanya peningkatan jumlah leukosit 11,6mm/3. Dan hasil pemeriksaan nadi 91x/menit , suhu 36,6c. Menurut (Syaiful, 2020) fase penyembuhan luka akan mengalami fase inflamasi yang terjadi pada hari pertama sampai hari ke lima. Pada fase ini terjadi vasokonstriksi pembuluh darah dan

pembentukan jala-jala fibrin yang mengantivasi reaksi pembekuan darah. Sehingga sel darah putih akan menghancurkan kuman dan bakteri di area luka sehingga terjadi peningkatan jumlah leukosit. Sehingga peningkatan leukosit salah satu kondisi wajar pada ibu post sc namun harus tetap dimonitor sebagai resiko terjadinya infeksi.

Setelah post SC, Ny. O mengeluh tidak bisa membersihkan diri secara mandiri, aktivitas sehari-hari seperti makan dan minum, ke kamar mandi, dan ganti pakaian dibantu, hal ini disebabkan karena adanya luka post op menyebabkan keterbatasan gerak dalam melakukan aktivitas sehingga ADL terganggu. Saat pengkajian juga ditemukan data kulit tubuh Ny.O teraba lengket, pasien mengeluh tidak nyaman dengan tubuhnya yang terasa lengket. Sehingga pasien perlu untuk dibantu dalam hal perawatan diri karena untuk menjaga kebersihan diri serta untuk mencegah terjadinya infeksi.

Pada Ny. O ditemukan bahwa ASI belum keluar, hal ini dapat disebabkan oleh perubahan fisiologis ibu post SC yaitu kadar estrogen dan progesterone serum menurun sejak 3 hari pasca persalinan dan mencapai nilai pra-kehamilan pada hari ke-7. Nilai tersebut akan menetap bila ibu tidak memberikan ASI maka estradiol akan mulai meningkat dan menyebabkan pertumbuhan folikel, proses laktasi timbul setelah plasenta lepas, plasenta mengandung penghambat prolaktin, (hormone plasenta) yang menghambat pembentukan ASI. Setelah plasenta lepas hormone plasenta tidak ada lagi sehingga air

susu pun keluar. Secara teori data-data tersebut merupakan masalah yang biasa muncul pada pasien sectio caesarea. Adapun data yang tidak ditemukan pada kasus Ny. O yaitu menyusui tidak efektif.

2. Diagnosa keperawatan

Secara teori tidak semua bisa di rumuskan dalam diagnosa keperawatan secara nyata, karna hal ini harus di tunjang dengan tanda tanda pengkajian yang telah di lakukan. Berdasarkan hasl pengkajian masalah yang ada pada pasien post secticaesarea dengan indikasi pre eklamsia berat pada kasus Ny O yaitu:

a. Nyeri akut (D.0077)

Menurut (EVA 2022) nyeri ini muncul karna adanya luka oprasi yang terjadi karna terputusnya konstinuitas jaringan akibat pembedahan yang merangsang resptor kimia yang di sampaikan ke thalamus dan korteks serebri dan di persepsikan nyeri, nyeri juga dapat membuat tanda tanda vital berubah. Alasan di angkat nya diagnosa tersebut di temukan data klien mengatakan nyeri pada luka sc yang di rasakan seperti di sayat sayat dengan skala nyeri 7 (0-10). Nyeri yang di rasakan ibu post sectio caesarea berasal dari luka yang terdapat pada abdomen nyeri bertambah saat pasien melakukan pergerakan dan nyeri berkurang saat pasien istirahat dan melakukan relaksasi nafas dalam. Data objektif nya pasien tampak meringis, terdapat luka oprasi pada abdomen serta nyeri tekan saat di palpasi. Sejalan dengan teori (SDKI, 2017) Diagnose

tersebut menjadi prioritas karna masalah tersebut sangat mengganggu dan apabila tidak di tangsni akan menimbulkan ke tidak nyamanan pasien. Keluhan utama pada pasien pasca oprasi section caesarea adalah nyeri pada luka oprasi sehingga penulis mengangkat diagnose nyeri akut

b. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

Asuhan keperawatan pada Ny. O post sectio caesarea ditemukan data pengkajian pasien mengeluh sulit tenggerkan kakinya karena nyeri diluka operasi dan nyeri saat bergerak. Pergerakan pasien terbatas, Kekutan otot menurun 55/44 dan keadaan umum pasien lemah, dalam segala kegiatan pasien dibantu oleh keluarganya. Sejalan dengan teori buku SDKI (2017) dimana menjelaskan tentang gangguan mobilitas fisik yang merupakan suatu keterbatasan gerak fisik dari satu atau lebih ekstrimitas secara mandiri. Pada kasus ini penulis menegakan diagnose gangguan mobilitas fisik.

c. Resiko Infeksi (D.0142)

Asuhan keperawatan pada Ny. O post sectio caesarea ditemukan data pasien terdapat luka operasi dibagian bawah abdomen dengan sayatan luka vertical kurang lebih 12cm, dan juga ditemukan adanya peningkatan jumlah leukosit 11,6mm/3. Resiko infeksi merupakan sesuatu yang beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik dengan beberapa factor resiko yaitu

penyakit kronis, efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer, dan ketiadekuatan pertahanan tubuh sekunder (SDKI, 2017). Pada pasien ditemukan adanya luka operasi dengan ditandai peningkatan jumlah leukosit 11,6mm³ sehingga penulis mengangkat diagnose resiko infeksi.

d. Defisit Perawatan Diri (D.0109)

Asuhan keperawatan pada Ny. O ditemukan data pasien mengatakan tidak nyaman karena badannya lengket. daerah perineum tampak kotor, dan tidak bisa melakukan perawatan diri secara mandiri. Defisit perawatan diri dimana kondisi ibu tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri secara mandiri (SDKI, 2017). Menurut (Dian & Grasiona, 2022) gangguan pemenuhan ADL atau defisit perawatan diri dapat terjadi setelah dilakukannya tindakan post operasi *sectio caesarea* karena adanya efek anastesi, penurunan kemampuan untuk mobilisasi dan beraktivitas di batasi pasien khawatir pergerakannya akan menjadi fatal terhadap luka post operasi sehingga aktivitas klien terbatas terutama pada aktivitas perawatan diri sehingga penulis mengangkat diagnose deficit perawatan diri. Sehingga penulis mengangkat diagnose defisit perawatan diri.

e. Menyusui tidak efektif (D.0029)

Asuhan keperawatan pada Ny. O sectio caesarea ditemukan data pasien mengatakan ASI belum keluar, puting menonjol, aerola berwarna coklat, payudara sedikit keras dan bengkak. Menyusui tidak efektif dimana kondisi ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesulitan pada saat menyusui (SDKI, 2018). Pada pasien post sectio caearea perubahan kadar hormone oksitoksin dan prolaktin dapat berbeda pada ibu dengan persalinan sectio caearea dengan persalinan normal, hormone oksitoksin berperan dalam pengeluaran ASI dan kadar hormone prolaktin hanya naik sedikit pada ibu yang dilakukan persalinan SC sehingga menyebabkan proses pengeluaran ASI terhambat dan penulis mengangkat diagnose menyusui tidak efektif karena ASI belum keluar.

3. Tahapan perencanaan

Analisi intervensi dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik pada pasien preeklamsia berat sectio caesarea berdasarkan (SIKI, 2018) adalah sebagai berikut :

a. Nyeri akut

Pada asuhan keperawatan NY. O merencanakan yang ditetapkan oleh penulisan berdasarkan diagnose keperawatan yaitu untuk nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik lakukan manajemen nyeri. tujuan dilakukan manajemen nyeri selama 3x 24 jam diharapkan dapat mencapai kriteria hasil yang telah ditetapkan

yaitu: keluhan nyeri menurun, tingkat nyeri menurun, dan meringis menurun, serta frekuensi nadi membaik. perencanaan ini disusun dalam mencapai tujuan yaitu manajemen nyeri non farmakologis berupa Teknik relaksasi nafas dalam merupakan terapi yang digunakan untuk menurunkan intensitas nyeri dan berkolaborasi tindakan penghilang nyeri sesuai indikasi klien post operasi sc atau farmakologis analgetik yang memungkinkan klien mengontrol nyeri, pada kasus ini dokter meresepkan obat ketorolac 3x30 gram secara IV sebagai analgetik . Menurut (Noviyanti, 2023), Teknik relaksasi pernafasan mendorong tubuh untuk melepaskan opioid endogen, seperti endorphen dan cephalin. Pada pasien yang mengalami nyeri relaksasi adalah Teknik yang efektif untuk mengurangi rasa sakit. Latihan pernafasan mengurangi konsumsi oksigen, frekuensi nafas, frekuensi jantung, serta menghentikan siklus nyeri, ansietas dan ketegangan otot.

b. Gangguan Mobilitas Fisik

Pada asuhan keperawatan Ny. O penulis merencanakan tahapan mobilisasi pasien setelah 6 jam operasi sc harus bedrest Gerakan tangan dan jari kaki setelah 6-12 jam ibu harus miring kanan miring kiri dan ajarkan duduk atau semi fowler, setelah 24 jam operasi sc klien dianjurkan untuk belajar berjalan serta menganjurkan keluarga untuk mendampingi pasien dalam melakukan aktivitas untuk meminimalkan resiko jatuh (Arif & Atun,

2023) Perencanaan tersebut di susun untuk mencapai tujuan setelah di lakukan nya dukungan mobilisasi selama 24 jam Ny. O di harapkan dapat mencapai kriteria hasil kekuatan otot meningkat pergerakan otot meningkat dan kelemahan fisik menurun.

c. Resiko infeksi

Diagnosa resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif yaitu operasi sc dengan menyusun perencanaan sebagai berikut: observasi tanda tanda infeksi, ganti balutan, perawatan luka dengan melakukan tindakan pelepasan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan NaCl, bersihkan jaringan nekrotik, dengan memperhatikan teknik steril, tekankan teknik mencuci tangan yang tepat sebelum dan sesudah perawatan atau kontak dengan benda yang memungkinkan terkontaminasi untuk pertahanan pertama terhadap infeksi terkait layanan kesehatan. Berikan antibiotic sesuai petunjuk dokter untuk membunuh kuman dan melemahkan kuman secara sistematis untuk mengurangi resiko infeksi. Ny. O di resepkan obat ceftriaxone 2 x 1 gram secara intravena sebagai antibiotic pasien

d. Sedangkan untuk diagnosa defisit perawatan diri, penulis merencanakan untuk membantu klien dalam pemenuhan ADL mulai dari nutrisi: makan dan minum, personal hygiene. Hal tersebut dilakukan selama 1x24 jam diaman Ny. O diharapkan dapat mencapai kriteria hasil sesuai dengan SLKI (2018) 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. O selama perawatan diri sehingga Ny. O dapat melakukan perawatan diri secara mandiri.

e. Menyusui tidak efektif

Pada asuhan keperawatan Ny O intervensi yang di berikan penulis yaitu edukasi menyusui dengan melakukan tindakan menyediakan materi dan media penyuluhan kesehatan, jadwalkan penyuluhan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya. Intervensi ini di terapkan karena menurut Rahayu (2016) pijat ASI merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidak lancaran produksi ASI dan di buktikan dengan hasil penelitian menunjukan bahwa di berikannya pijat oksitoksin sangat berpengaruh terhadap ibu post partum sectio caesarea untuk meningkatkan produksi ASI (Permana, G. G. S., Budiarti, K. D., & Puspita, T., 2018).

4. Tahap implementasi keperawatan

Pada tahapan implementasi ini adalah pengelolaan dari suatu rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012).

Pada intervensi diagnosa pertama yaitu nyeri akut, penulis memberikan tindakan Teknik non farmakologis (Teknik relaksasi

nafas dalam) dengan hasil pasien mampu melakukan teknik nafas dalam sehingga skala nyeri berkurang dan kolaborasi pemberian analgetik ketolorac 3x30 gram secara intravena sebagai antibiotic untuk meredakan nyeri.

Pada diagnosa kedua yaitu gangguan mobilitas fisik, penulis memberikan tindakan melibatkan keluarga dalam melakukan pergerakan. Pada pasien post operasi di anjurkan untuk melakukan mobilisasi dini sesuai dengan tahapan mobilisasi pada pasien post operasi sectio caesarea dengan hasil pasien mampu melakukan mobilisasi secara bertahap.

Pada diagnose ketiga yaitu resiko infeksi, penulis memberikan tindakan melakukan perawatan luka setelah POD 2. Sebelum dilakukan tindakan perawatan luka keadaan luka tertutup perban, tidak ada rembesan darah maupun cairan, pada saat pembersihan luka memperhatikan Teknik steril saat melakukan perawatan luka.

Pada diagnose keempat yaitu deficit perawatan diri penulis memberikan tindakan perawatan diri kepada pasien yaitu mengganti pakaian, membersihkan perineum pasien, serta merapikan tempat tidur pasien sehingga pasien merasa nyaman dan pasien terlihat bersih dan rapi, serta mengedukasi untuk melakukan perawatan diri secara mandiri dan konsisten apabila pasien sudah mampu untuk melakukan pergerakan.

Pada diagnose kelima yaitu menyusui tidak efektif, penulis memberikan tindakan penyuluhan kesehatan mengenai pemijatan oksitoksin 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 terkait cara pijat oksitoksin.

5. Tahap evaluasi

- a. Pada diagnose nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, setelah di lakukan intervensi selama 3 hari hasil evaluasi di dapatkan pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 4 (0-10) yang berarti nyeri pasien berkurang pada awal pengkajian berada pada skala nyeri 7 (0-10). Sehingga masalah teratasi sebagian karena pasien pulang di hari ke-4, dimana pada hari ke -4 dalam fase inflamasi sehingga pasien akan masih merasakan nyeri pada luka operasi.
- b. Pada diagnosa kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri setelah di lakukan intervensi selama 2 hari hasil evaluasi menunjukan setelah lebih dari 24 jam pasien sudah mampu duduk dan berjalan secara bertahap walaupun berjalan terkadang di bantu oleh keluarga dengan kekuatan otot 5/5. Hal tersebut sudah meningkat dari kondisi awal pengkajian dimana saat awal masuk rumah sakit pasien masih belum bisa melakukan pergerakan, kekuatan otot ekstremitas bawah 5/5. Dapat di

simpulkan pada gangguan mobilitas fisik masalah teratasi. Karena sudah mencapai tujuan kriteria hasil yang di harapkan. Walaupun pasien masih di bantu dalam setiap aktivitas karena masih perlu dukungan keluarga berhubungan dengan psikologis pasien yang masih berada pada tahap *talking in*.

- c. Pada diagnosa ketiga hasil evaluasi pada resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive atau bekas luka sc setelah di lakukan perawatan selama 3 hari pasien masih merasakan sedikit nyeri pada luka operasi, setelah di lakukan perawatan luka di dapatkan hasil luka tampak baik tidak ada kemerahan, tidak ada edema, tidak ada tanda-tanda infeksi, balutan perban sudah di ganti leukosit 11,6 mm³. Sehingga dapat disimpulkan pada diagnosa ini masalah teratasi sebagian. Menurut Aminudin (2020) resiko infeksi dalam jangka waktu 3 hari baru menginjak fase koagulasi dan inflamasi yang membutuhkan waktu 2-24 hari untuk masuk fase proliferasi atau rekontruksi apabila tidak infeksi atau kontaminasi pada fase inflamasi ini maka proses penyembuhan selanjutnya memasuki tahap proliferasi atau rekontruksi atau masuk ke fase remodeling atau maturasi yaitu penyembuhan dari 24 hari- 1 tahun. Fase ini merupakan fase terakhir dan terpanjang pada proses penyembuhan luka karna pasien masih masuk dalam kategori koagulasi dan inflamasi sebagai resiko infeksi kemungkinan masih terjadi, sehingga perawat perlu discharge planning untuk mencegah

terjadi infeksi di rumah dengan memberikan edukasi mengenai cara perawatan luka post operasi di rumah.

- d. Hasil evaluasi pada diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan maternal didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 2 hari, pasien sudah tampak bersih dan rapi karena dibantu oleh keluarga dalam melakukan perawatan diri. Pasien juga sudah mengatakan bisa melakukan perawatan perineum secara mandiri. Masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian karena pasien sudah dinilai mampu melakukan perawatan diri dan tujuan telah tercapai namun pasien belum bisa melakukan sepenuhnya secara mandiri.
- e. Pada diagnosa kelima yaitu menyusui tidak efektif, setelah dilakukan intervensi selama 3 hari hasil evaluasi di dapatkan pasien mengatakan ASI sudah keluar dan dapat di simpulkan bahwa diagnosa menyusui tidak efektif masalah teratas

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. O P5A0 post *sectio caesarea* atas indikasi Preeklamsia Berat di ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut pada tanggal 28 April 2025, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny.O dengan post op *sectio caesarea* atas indikasi Preeklamsia Berat di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
2. Penulis mampu menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah yang terjadi pada Ny. O dengan post op *sectio caesarea* atas indikasi Preeklamsia Berat.
3. Penulis mampu menetapkan perencanaan keperawatan pada Ny.O dengan post op *sectio caesarea* atas indikasi Preeklamsia Berat berdasarkan diagnosa prioritas yang telah disusun.
4. Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pada Ny. O dengan post op *sectio caesarea* atas indikasi Preeklamsia Berat sesuai rencana yang telah ditetapkan.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi dari tindakan yang telah dilakukan pada Ny.O dengan post op *sectio caesarea* atas indikasi Preeklamsia Berat

6. Penulis mampu membuat dokumentasi keperawatan pada Ny.O dengan post op *sectio caesarea* atas indikasi Preeklamsia Berat di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut dalam bentuk karya tulis ilmiah.

B. Rekomendasi

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. O P5A0 setelah post op *sectio caesarea* atas indikasi Preeklamsia Berat. Secara sistematis dan komprehensif, penulis menyarankan kepada:

1. Institusi Pendidikan

Diharapkan bagi Institusi Pendidikan Keperawatan dapat terus mengembangkan penelitian terkait asuhan keperawatan pada ibu post *sectio caesarea*, khususnya tentang mobilisasi dini dan pentingnya peningkatan nutrisi pada ibu post sc.

2. Bagi Rumah Sakit

Bagi rumah sakit diharapkan untuk menyediakan fasilitas lebih lengkap untuk menunjang penerapan asuhan keperawatan yang optimal. Khususnya fasilitas perawatan bagi ibu post partum sc, seperti pegangan dinding ruangan untuk membantu pasien dalam melakukan terapi mobilisasi dini dan penyediaan ruang rawat gabung antara ibu dan bayi di semua kelas faskes, 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.

3. 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 akan digunakan.

4. Bagi Pasien dan Keluarga

Dalam upaya meningkatkan kualitas 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 kontrol nyeri dan mobilisasi dini yang dapat membantu mempercepat masa pemulihan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditya, M. (2019). *Asuhan Kebidanan Patologi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Agustin, R. (2022). *Asuhan Keperawatan Masa Nifas*. Yogyakarta: Deepublish.
- Anit, N. (2016). *Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Arda, D., & Hartaty, M. (2021). *Kehamilan dan Persalinan Risiko Tinggi*. Bandung: Pustaka Cendekia.
- Arif, F., & Atun, S. (2023). *Asuhan Keperawatan Post Operasi SC*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Ariguna, D., & Wahyuni, S. (2016). *Kebidanan Masa Nifas*. Jakarta: EGC.
- Aspiani, D. (2013). *Keperawatan Maternitas 1*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Ayati, L., & Sulistyawati, A. (2017). *Manajemen Laktasi dan Asuhan Keperawatan*. Malang: UB Press.
- Cunningham, F.G., et al. (2018). *Obstetri Williams*. Edisi 24. Jakarta: EGC.
- Dewi, N., & Sunarsih, T. (2018). *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas*. Yogyakarta: Pustaka Baru.
- Dewi, N., Nunung, & Asri, Y. (2019). *Asuhan Keperawatan Ibu Nifas Post SC*. Bandung: Refika Aditama.
- Dermawan, D. (2016). *Proses Keperawatan dan Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dian, S., & Grasiona, R. (2022). *Kebutuhan Dasar Manusia dalam Keperawatan*. Bandung: Alfabeta.
- Lulia, F. (2020). *Gizi untuk Ibu Hamil dan Menyusui*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Marcillo, C. (2022). *Keperawatan Bedah SC dan Peran Perawat*. Yogyakarta: Mitra Cendekia.
- Melina, A., & Aisyah, N. (2019). *Asuhan Keperawatan Bedah Post SC*. Bandung: Nuha Medika.

- Miranti, R. (2017). *Komplikasi Kehamilan dan Penanganannya*. Bandung: Refika Aditama.
- Mitayani, N. (2017). *Asuhan Kebidanan Nifas dan Laktasi*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- N. Ayu, R. (2016). *Pemeriksaan Penunjang dalam Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Octaviasari, D. (2023). *Manajemen Post Operasi Sectio Caesarea*. Jakarta: CV Mitra Ilmu.
- POGI. (2016). *Pedoman Pelayanan Medik Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia.
- Pratiwi, Y. (2017). *Asuhan Kebidanan Patologi*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Profil Kesehatan Indonesia. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- PPNI. (2019). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan indikator Diagnostik, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan kriteria hasil keperawatan, Edisi 1* jakarta: DPP PPNI
- PPNI. (2019). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1* Jakarta: DPP PPNI
- Prawiroharjo, S. (2014). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Purwoastuti, I., & Walyani, E. (2017). *Psikologi Kebidanan*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Ratnawati, R. (2020). *Asuhan Keperawatan pada Kehamilan Berisiko Tinggi*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Reeder, S.J., Martin, L.L., & Koniak, D. (2017). *Keperawatan Maternitas*. Edisi 21. Jakarta: EGC.
- Riskesdas. (2018). *Riset Kesehatan Dasar 2018*. Jakarta: Badan Litbangkes, Kemenkes RI.
- Rusniati. (2017). *Peran Perawat dalam Asuhan Postpartum*. Bandung: Pustaka Cendekia.

- Sarait, N. (2022). *Komplikasi Post SC dan Manajemen Keperawatan*. Medan: Universitas Sumatera Utara Press.
- Selung, M., et al. (2022). *Ilmu Bedah Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Silfianingsih, A. (2022). *Fisiologi Sistem Pernapasan pada Post Operasi SC*. Bandung: Graha Medika.
- Sitomorang, H., et al. (2016). *Komplikasi Kehamilan*. Medan: Universitas Sumatera Utara Press.
- Sukarni, R. (2017). *Asuhan Keperawatan Maternal*. Jakarta: Salemba Medika.
- Supriyanti. (2017). *Asuhan Keperawatan Postpartum Normal dan Abnormal*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Siddik, R. (2019). *Operasi Sectio Caesarea dan Teknik Insisi*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sari, D., & Fransiska, A. (2020). *Preeklamsia pada Trimester Kedua*. Jurnal Kebidanan Nusantara, 11(1), 15–20.
- Tambuwun, F., et al. (2023). *Indikasi Medis Sectio Caesarea dan Manajemen Post Operasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ulfa, N. (2021). *Keperawatan Kebidanan Berbasis Bukti*. Bandung: Alfabeta.
- Utami, R. (2021). *Manajemen Komplikasi Pasca Sectio Caesarea*. Jakarta: Salemba Medika.
- Wahid, A., & Hanifah, D. (2019). *Keperawatan Holistik dan Spiritualitas*. Surabaya: Airlangga Press.
- Wahyuningsih, A. (2019). *Perubahan Fisiologis dan Psikologis Masa Nifas*. Malang: UB Press.
- Winancy, R. (2019). *Preeklamsia dan Komplikasi Kehamilan*. Bandung: Refika Aditama.
- WHO. (2020). *Maternal Mortality: Levels and Trends*. Geneva: World Health Organization.
- Wulandari, E., et al. (2020). *Kehamilan Risiko Tinggi dan Tindakan Sectio Caesarea*. Jakarta: Salemba Medika.

Wulan, Tetty., & Devi, L. (2023). *Pemeriksaan Fisik Ibu Post SC*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

LAMPIRAN

Lampiran 1

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Hari / Tanggal	: Senin, 28 April 2025
Waktu	: 17.00 -17.15 WIB
Durasi	: 15 menit
Tempat / Ruang	: Ruang Agate Bawah
Sasaran	: Ny.O dan Keluarga
Pelaksana	: Windy Oktavia A
Topik	: Mobilisasi Dini

A. Latar Belakang

Pengetahuan dan teknologi serta masyarakat yang dinamis, semakin memacu tenaga kesehatan untuk terus meningkatkan kuantitatif dna pelayanan dalam upaya mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Walaupun pengetahuan semakin berkembang tapi bisa saja dalam menangani suatu penyakit tidak begitu efisien, terutama dengan pasien post operasi haru memerlukan penanganan yang kompeten. Pada pasien post operasi *sectio caesaraea* misalnya, seorang pasien memerlukan perawatan yang maksimal demi mempercepat proses penyembuhan luka paska bedah. Pengembalian fungsi fisik pasien post operasi *sectio caesarea* dilakukan segera setelah operasi dengan melatih napas dan batuk efektif serta latihan mobilisasi dini (Dewi, Nunung, & Astri, 2019).

Masalah yang sering terjadi pada post operasi adalah pasien yang merasa terlalu sakit atau nyeri dan faktor lain yang menyebabkan mereka tidak mau melakukan mobilisasi dini dan memilih untuk istirahat ditempat tidur. Hal tersebut bisa membahayakan pasien post operasi sc karena dapat mengalami komplikasi dari efek pembedahan. Ada beberapa komplikasi yang bisa terjadi yaitu sepsis berat, perdarahan, serangan tromboemboli, perlukaan traktus urinarius dan infeksi pada luka operasi (Sirait, 2022). Menurut Arif & Atun, (2023) mobilisasi dini sangatlah penting bagi ibu post operasi *sectio caesarea* karena mempengaruhi proses penyembuhan luka.

Mobilisasi dini dilakukan segera 6 jam setelah pasien sadar. Namun luka post operasi sc yang cukup besar di dinding perut dan rahim mengakibatkan rasa nyeri. Walaupun mengakibatkan nyeri pada pasien rujukan dilakukannya mobilisasi dini adalah mengurangi komplikasi dan meminimalkan nyeri setelah berhasil membantu percepatan penyembuhan luka. Sebab jika tidak dilakukan mobilisasi dini penyembuhan luka akan semakin lambat sehingga akan mengakibatkan nyeri yang lebih hebat atau bahkan sampai terjadi infeksi karena tidak lancarnya sirkulasi area luka (Handi, Sriwidodo, & Soraya, 2020). Dengan melihat kondisi pasien post operasi yang memerlukan perawatan maka perlu dilakukannya intervensi dengan maksud untuk mengurangi tegangan melalui latihan pernapasan dan mobilisasi dini untuk mempercepat proses kesembuhan dan

kepulangan pasien serta dapat memberikan kepuasan atas perawatan yang diberikan.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi dini

2. Tujuan Khusus

Setelah melakukan penyuluhan selama 15 Menit peserta diharapkan dapat :

- a. Menyebutkan Pengertian mobilisasi dini
- b. Menyebutkan manfaat mobilisasi dini
- c. Menyebutkan kerugian tidak dilakukannya mobilisasi dini
- d. Menyebutkan tahapan mobilisasi dini post operasi pada ibu sc
- e. Melakukan rentang gerak (ROM)

C. Sasaran

Sasaran Penyuluhan adalah Ny. O dan keluarga Ny. O yang berada di ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

D. Metode

Metode yang digunakan yaitu metode ceramah, demonstrasi dan tanya jawab

E. Setting tempat

Tempat disamping tempat tidur pasien dimana keluarga berada di sisi lain tempat tidur.

F. Media Penyuluhan

Leaflet

G. Kegiatan

No	Tahap Kegiatan	Waktu	Penyuluh	Kegiatan sasaran
1	Pembukaan	5 menit	a. Mengucapkan salam b. Memperkenalkan diri c. Menyampaikan tentang tujuan pokok materi d. Menyampaikan pokok bahasan e. Menyampaikan kontak waktu	a. Menjawab salam b. Mendengarkan dan menimak c. Bertanya mengenai perkenalan dan tujuan jika ada yang kurang jelas
2	Isi	10 menit	a. penyampaian materi b. menjelaskan pengertian mobilisasi dini c. menjelaskan tujuan mobilisasi d. menjelaskan manfaat mobilisasi dini e. menjelaskan tahapan mobilisasi f. mendemonstrasikan tahapan mobilisasi dini g. membantu pasien untuk melakukan rentang gerak ROM	a. mendengarkan dan menyimak b. bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti c. melakukan demonstrasi yang diajarkan
3	Penutup	5 menit	a. menyampaikan kesimpulan materi b. melakukan evaluasi c. mengakhiri pertemuan dan menyampaikan salam	a. sasaran dapat menjawab tentang pertanyaan yang diajukan b. mendengarkan, memperhatikan c. menjawab salam

H. Evaluasi

a. Evaluasi hasil :

a. Kegiatan berjalan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan

b. Peserta dapat memahami tentang mobilisasi dini

b. Evaluasi struktur :

1) Diharapkan pelaksana dapat memfasilitasi Kegiatan dan menjalankan tugas dan perannya dengan baik, tempat yang digunakan nyaman dan mendukung

2) Pelaksana siap untuk melakukan penyuluhan kesehatan

c. Evaluasi proses :

1) Pelaksana dan sasaran (Ny. O dan keluarganya) melaksanakan penkes sesuai waktu

2) Ny. O dan keluarga aktif dalam kegiatan penyuluhan

3) Ny. O dan keluarga mampu menjawab pertanyaan yang diajukan oleh pelaksana

4) Pelaksana menyajikan semua materi secara lengkap.

Lampiran Materi

A. Definisi Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini adalah suatu kegiatan atau pergerakan atau perpindahan posisi yang dilakukan pasien setelah beberapa jam paska operasi. Mobilisasi dini dapat dilakukan di atas tempat tidur dengan melakukan pergerakan sederhana (seperti miring kanan-kiri dan latihan duduk) sampai dengan bisa turun dari tempat tidur dan berlatih berjalan (Banamtum, 2021). Mobilisasi dini merupakan suatu upaya yang dilakukan secepat mungkin pada pasien paska operasi dengan membimbing pasien untuk melakukan aktivitas setelah proses

pembedahan, dengan latihan pernapasan dan latihan ringan di atas tempat tidur (Hartini, 2021).

Dari kedua definisi diatas dapat disimpulkan bahwa mobilisasi dini adalah proses kegiatan latihan fisik atau gerak pada pasien post operasi. mobilisasi dini dilakukan sekurang kurangnya 6 jam setelah pasien sadar dari operasinya, dengan tujuan melatih pasien untuk dapat melakukan aktivitas sehari-harinya, Mobilisasi dini ini dapat dilakukan diatas tempat tidur dari gerakan sederhana sampai latihan duduk.

B. Manfaat Mobilisasi Dini

Bagi ibu post SC sangat penting untuk segera melakukan pergerakan atau melakukan mobilisasi dini karena mobilisasi dini dapat mempercepat proses penyembuhan luka operasi, memperlancar peredaran darah, mempercepat involusi uterus, memperlancar pengeluaran lochea, mempercepat pembuangan sisa metabolisme, meningkatkan fungsi paru serta mengurangi resiko pembentukan bekuan darah yang akhirnya dapat menurunkan angka kematian ibu (Isna, 2022).

C. Kerugian tidak melakukan mobilisasi

Sebagian besar pasien akan merasa keberatan jika dianjurkan melakukan pergerakan, namun perlu diketahui bahwa beberapa hal bisa terjadi apabila tidak segera melakukan mobilisasi dini diantaranya :

1. Penyembuhan luka menjadi lama
2. Kulit punggung menjadi lecet akibat terlalu lama berbaring
3. Badan mudah lelah

4. Memperlambat penyembuhan luka
5. Involusi buruk
6. Gangguan fungsi otot
7. Peningkatan intensitas nyeri
8. Mengganggu fungsi metabolik
9. Perdarahan abnormal
10. Resiko infeksi pada luka operasi (Isna, 2022).

D. Tahapan Mobilisasi

Mobilisasi dini pada ibu pasca operasi caesar harus disesuaikan dengan kondisi dan kemungkinan yang mungkin terjadi. Berikut adalah langkahlangkah mobilisasi dini menurut Astutik (2015) yang dapat dilakukan oleh ibu pasca operasi caesarea:

1. 6 jam pertama pasca SC

Setelah menjalani operasi sc, ibu diwajibkan untuk beristirahat terlebih dahulu dengan berbaring. Namun pada tahap mobilisasi dini 6 jam pertama ibu dianjurkan untuk melakukan beberapa pergerakan seperti menggerakkan tangan dan lengan, menggerakkan jari kaki dan memutar pergelangan tangan. Tahapan ini dapat dilakukan tanpa rasa sakit dengan menyangga punggung menggunakan bantal dalam posisi setengah duduk. Ibu dapat menggerakkan kakinya ke depan dan belakang, serta memutar ke kanan dan kiri. Bahkan, gerakan kaki ini dapat dilakukan saat ibu sedang berbaring atau sebelum ibu dapat

duduk. Caranya dengan menekukan kaki, lalu diluruskan dan tubuh semakin kuat.

2. 6-12 jam pasca SC

Untuk mencegah trombosis dan tromboemboli, ibu post sc harus memiringkan tubuh ke kiri dan ke kanan. Setiap dua jam, pasien membutuhkan miring kanan dan kiri, batuk serta menarik napas dalam untuk meredakan nyeri di tempat sayatan saat batuk, bantal kecil diletakkan di atas perut.

3. 24 jam pertama pasca SC

Disarankan agar ibu post sc dapat mulai duduk. Untuk menopang tubuhnya dan mengajarnya duduk tegak, ibu dapat meminta bantuan suami atau perawat.

4. 24 jam berikutnya

Disarankan agar ibu belajar berjalan setelah pasien mampu duduk. Latihan ini dilakukan jika pasien mampu untuk berdiri dengan stabil dan cukup kuat, kemudian bisa diawali dengan bergerak perlahan-lahan.

KERUGIAN TIDAK DILAKUKAN MOBILISASI DINI



Penyembuhan luka menjadi lama



Menambah rasa sakit



Badan menjadi pegal & kaku



Memperlama perawatan di rumah sakit



Hal penting tentang mobilisasi dini

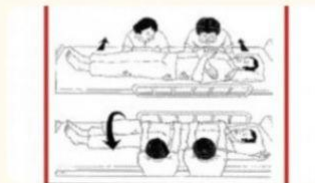
- 1 Pasien harus memiliki keyakinan untuk dapat melakukan mobilisasi dengan cepat
- 2 Mobilisasi dilakukan dengan sesegera mungkin dengan cara yang tepat
- 3 Gerakan tubuh yang tepat tidak akan menyebabkan jahitan lepas atau robek



Tahapan Mobilisasi Dini Setelah Operasi



- 1 6 jam pertama setelah operasi pasien harus tirah baring dahulu. Mobilisasi yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki
- 2 Setelah 6-10 jam, pasien diharapkan dapat miring ke kiri dan kanan untuk mencegah penyumbatan pembuluh darah



- 3 Setelah 24 jam pasien dianjurkan untuk dapat memulai belajar duduk secara bertahap
- 4 Pasien didudukkan selama 5 menit dengan sandaran, lalu beristirahat jika lelah, durasi duduk ditingkatkan secara bertahap menjadi 10 menit, 15 menit dan seterusnya sesuai kemampuan pasien
- 5 Setelah pasien dapat duduk, dianjurkan pasien dapat belajar berdiri di samping tempat tidur



- 6 Setelah mampu berdiri di samping tempat tidur dalam beberapa menit, dianjurkan pasien belajar berjalan di sekitar kamar, ke kamar mandi, dan keluar kamar sendiri



Windy Oktavia A
Khga22036

DAFTAR PUSTAKA

- Arif, I., & Atun, R. (2023). Asuhan Keperawatn gangguan Mobilitas fisik pada pasien post sectio caesarea. *Journal Of Management Nursing*, 178-182.
- Banamtum. (2021). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Jakarta*. Jakarta: Salemba.
- Dewi, M., Nunung, N., & Astri, M. (2019). Pain Intesity among Women with Post Caesarean Section. *Knowledge E*, 657-660.
- Eva, D. S. (2022). *Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan Sectio Caesarea Dirumah Sakit Colombia Asia Medan 2020*. Medan: Insitut Kesehatan Helvetia.
- Handi, P., Sriwidodo, & Soraya. (2020). Proses Penyembuhan dan Perawatan Luka. *Farmaka*, 251-260.
- Hartini. (2021). Pengaruh Mobilisasi dini terhadap Kemandirian fungsi gerak fisik pasien pasien 6 jam sectio caesarea diruang Amarilys. *Mega Buana Jurnal of Nursing*, 3.
- Isna. (2022). Pengetahuan dan motivasi ibu post operasi sectio caesarea dalam mobilisasi dini. *Jurnal Psikologi Jambi*, 258-260.
- Sirait, D. B. (2022). *Seksio sesaria*. Jakarta: Universitas Kristen Indonesia.

Lampiran 2

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Hari / Tanggal	: Selasa, 29 April 2025
Waktu	: 15.30 – 15.45 WIB
Tempat / Ruang	: Ruang Agate Bawah
Sasaran	: Ny.O dan Keluarga
Pelaksana	: Windy Oktavia A
Topik	: Pijat Oksitosin
Diagnosa keperawatan	: Kurang pengetahuan klien dan keluarga tentang Pijat oksitosin yang dapat memperlancar produksi ASI.

1. Tujuan Institusional Umum (TIU)

Setelah mendapatkan penyuluhan kesehatan selama 20 menit, diharapkan Ny.Y dan Keluarganya mampu melakukan pijat oksitosin untuk memperlancar produksi ASI yang telah diajarkan di RS

2. Tujuan Intruksional Khusus (TIK)

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

- a. Menjelaskan apa itu pijat oksitosin
- b. Menjelaskan tujuan pijat oksitosin
- c. Menjelaskan manfaat pijat oksitosin
- d. Mendemonstrasikan teknik pijat oksitosin

3. Materi

a. Pokok bahasan

Pijat oksitoksin

b. Sub pokok bahasan

- Pengertian pijat oksitoksin
- Tujuan pijat oksitoksin
- Manfaat pijat oksitoksin
- Teknik/cara pijat oksitoksin

4. Metode

a. Ceramah

b. Simulasi

5. Media

Leaflet

6. Kegiatan

No	Tahapan kegiatan	Waktu	Penyuluh	Kegiatan sasaran
1	Pembukaan	5 menit	a. Mengucapkan salam b. Memperkenalkan diri c. Menyampaikan tentang tujuan pokok materi d. Menyampaikan pokok pembahasan e. Menyampaikan kontrak waktu	a. Menjawab salam b. Mendengarkan dan menyimak c. Bertanya mengenai perkenalan dan tujuan jika ada yang kurang jelas
2			a. Penyampaian Materi b. Menggali pengetahuan peserta didik tentang pijat oksitoksin c. Menjelaskan pengertian pijat oksitoksin d. Menjelaskan tujuan pijat oksitoksin e. Menanyakan kembali persepsi peserta tentang	a. Mendengarkan dan menyimak b. Bertanya mengenai hal-hal yang belum jelas dan dimengerti c. Melakukan demonstrasi yang diajarkan

			tujuan pijat oksitosin f. Menjelaskan manfaat pijat oksitosin g. Menjelaskan langkah - langkah pijat oksitosin h. Meredemonstrasikan langkah-langkah pijat oksitosin i. Tanya Jawab. Memberikan kesempatan pada klien dan keluarga untuk bertanya	
3	Penutup	5 menit	a. Menyampaikan kesimpulan materi b. Melakukan evaluasi c. Memberikan saran kepada klien dan keluarga d. Mengakhiri pertemuan dan mengucapkan salam	a. Sasaran dapat menjawab pertanyaan yang diajukan b. Mendengarkan c. Memperhatikan d. Menjawab salam

7. Evaluasi

a. Evaluasi Hasil :

Setelah diberikan PENKES Ny.O dan Keluarganya mampu :

- 1) Menjelaskan apa itu pijat oksitosin
- 2) Menjelaskan tujuan pijat oksitosin
- 3) Menjelaskan manfaat pijat oksitosin
- 4) Mendemonstrasikan teknik pijat oksitosin

b. Evaluasi struktur

- 1) Pelaksana siap untuk melakukan penyuluhan kesehatan

c. Evaluasi proses

- 1) Pelaksana dan sasaran (Ny.O dan keluarganya) mengikuti PENKES sesuai waktu atau sampai selesai.
- 2) Ny.O dan Keluarganya aktif dalam PENKES

- 3) Ny.O dan Keluarganya mampu mendemonstrasikan tehnik pijat oksitosin
- 4) Ny.O dan Keluarganya mampu menjawab pertanyaan yang diajukan oleh pelaksana.
- 5) Pelaksana menyajikan semua materi secara lengkap

Lampiran Materi

A. Pengertian

Pijat oksitoksin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidaklancaran produksi ASI. Pijat oksitoksin adalah pemijatan pada sepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulang cecae kelima dan keenam dan merupakan usaha untuk merangsang hormone prolaktin dan oksitoksin setelah melahirkan (Bobak et al, 2012).

Pijat oksitoksin juga dapat didefinisikan sebagai tindakan yang dilakukan oleh keluarga, terutama suami pada ibu menyusui yang berupa pijatan pada punggung ibu untuk meningkatkan produksi hormone oksitoksin sehingga dapat mempercepat penyembuhan luka bekas plasenta, mencegah pendarahan, serta memperbanyak produksi ASI pijat oksitoksin ini dilakukan untuk merangsang reflex oksitoksin atau reflex let down. Selain untuk merangsang reflex let down manfaat pijat oksitoksin adalah memberikan kenyamanan ibu, mengurangi bengkak (engorgement), mengurangi sumbatan ASI, merangsang pelepasan hormone oksitoksin, mempertahankan produksi ASI ketika ibu dan bayi sakit (Rahayu, 2016).

B. Tujuan Pijat Oksitosin

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

C. Manfaat Pijat Oksitosin

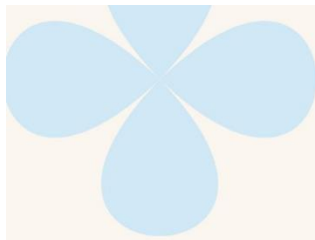
Selain untuk merangsang refleks let down manfaat pijat oksitosin adalah memberikan kenyamanan pada ibu, mengurangi bengkak (engorgement), mengurangi sumbatan ASI, merangsang pelepasan hormon oksitosin, mempertahankan produksi ASI ketika ibu dan bayi sakit (Depkes RI, 2007).

D. Tehnik Pijat Oksitosin

Langkah-langkah melakukan pijat oksitosin sebagai berikut (Depkes RI, 2007) :

- a. Melepaskan baju ibu bagian atas
- b. Ibu miring ke kanan maupun kekiri, lalu memeluk bantal
- c. Memasang handuk
- d. Melumuri kedua telapak tangan dengan minyak telon atau baby oil / air hangat
- e. Memijat sepanjang kedua sisi tulang belakang ibu dengan menggunakan dua kepalan tangan, dengan ibu jari menunjuk ke depan
- f. Menekan kuat-kuat kedua sisi tulang belakang membentuk gerakangerakan melingkar kecil-kecil dengan kedua ibu jarinya
- g. Pada saat bersamaan, memijat kedua sisi tulang belakang kearah bawah, dari leher kearah tulang belikat, selama 2-3 menit

- h. Mengulangi pemijatan hingga 3 kali
- i. Membersihkan punggung ibu dengan waslap air hangat dan dingin secara bergantian.



APA ITU PIJAT OKSITOSIN?

Pijatan yang dilakukan untuk membantu ibu menyusui melakukan relaksasi dan menikmati kegiatan menyusui bayinya

Tujuan Pijat Oksitosin

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



PIJAT OKSITOSIN

Teknik Pijat Oksitosin

- Melepaskan baju ibu bagian atas
- Ibu miring ke kanan maupun kekiri, lalu memeluk bantal
- Memasang handuk
- Melumuri kedua telapak tangan dengan minyak telon atau baby oil / air hangat.
- Memijat sepanjang kedua sisi tulang belakang ibu dengan menggunakan dua kepalan tangan, dengan ibu jari menunjuk ke depan
- Menekan kuat-kuat kedua sisi tulang belakang membentuk gerakan- gerakan melingkar kecil-kecil dengan kedua ibu jarinya.
- Pada saat bersamaan, memijat kedua sisi tulang belakang kearah bawah, dari leher kearah tulang belikat, selama 2-3 menit.
- Mengulangi pemijatan hingga 3 kali
- Membersihkan punggung ibu dengan waslap air hangat dan dingin secara bergantian.



Manfaat Pijat Oksitosin

Memberikan kenyamanan pada ibu
Mengurangi bengkak engorgement
Mengurangi sumbetan ASI
Merangsang pelepasan hormon oksitosin
Mempertahankan produksi ASI ketika ibu dan bayi sakit

Alat dan Bahan

- Minyak oil/body lotion kelapa/baby
- Waslap/handuk mandi
- Waskom berisi air hangat
- Waskom berisi air dengan suhu ruangan

Nama : Windy Oktavia Andriyani
NIM : KHGA22036

Lampiran 3

Lampiran 4

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. DATA DIRI

Nama : Windy Oktavia Andriyani
Jenis kelamin : Perempuan
Tempat/Tanggal lahir : Garut, 16 Oktober 2004
Alamat : Jl.warung peuteuy

B. PENDIDIKAN

- SDN Sukaraja 1
- SMP IT Siliwangi
- SMKN 1 Garut
- STIKes Karsa Husada Garut