

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N (P1A0) DENGAN POST *SECTIO CAESAREA* POD 0 ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT
DIRUANG AGATE BAWAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
dr. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan

Disusun oleh:

RIFKA SALSABILA
KHGA22039



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

LEMBAR PERSETUJUAN

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

NAMA : RIFKA SALSABILA

NIM : KHGA22039

KARYA TULIS ILMIAH

Karya tulis ilmiah ini di setujui untuk di sidangkan di hadapan tim penguji
program studi DIII Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, 05 Juli 2025

Menyetujui

Pembimbing

K.Dewi Budiarti,M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N POST SECTIO CAESAREA ATAS
INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT DIRUANG AGATE BAWAH RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH Dr.SLAMET GARUT**

NAMA : RIFKA SALSABILA

NIM : KHGA22039

Garut, 08 Juli 2025

Menetujui

Penguji I

Penguji II

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

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

Mengetahui

Ka.Prodi DIII Keperawatan STIKES
Karsa Husada Garut

Pembimbing

K.Dewi Budiarti,M.Kep

K.Dewi Budiarti,M.Kep

ABSTRAK

IV BAB, 114 Halaman, 17 Tabel, 1 Bagan, 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 post SC hari pertama (POD 0) dengan 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. N ditemukan lima diagnosa keperawatan utama, yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, defisit perawatan diri, risiko infeksi, 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: 40 Sumber (2010-2023)

ABSTRACT

IV Chapters, 114 Pages, 17 Tables, 1 Chart, 4 Appendices

The high rate of cesarean section (CS) procedures at RSUD dr. Slamet Garut, with severe preeclampsia as the leading indication (41.18%), was the main reason for selecting this topic. This condition requires special attention in providing postoperative nursing care to prevent complications such as wound infection, bleeding, and impaired perfusion. This scientific paper aims to describe the application of nursing care for a patient on the first postoperative day (POD 0) after SC due to severe preeclampsia. The study uses a case study method with a nursing process approach, involving data collection through interviews, observation, physical examinations, and literature review. The results show five primary nursing diagnoses in the case of Mrs. N: acute pain, impaired physical mobility, self-care deficit, risk of infection, and ineffective breastfeeding. The interventions applied were proven to accelerate physical recovery, improve the patient's self-care ability, and support successful breastfeeding. In conclusion, systematic and targeted nursing care plays a vital role in the recovery of post-SC patients with severe preeclampsia. Active involvement from healthcare providers, students, and family members is essential to support optimal patient recovery.

Keywords : Severe Preeclampsia, Cesarean Section, Nursing Care, Postoperative, POD 0.

ibliography: 40 Sources (2010-2023)

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirahim

Assalamualaikum wr.wb

Puji dan Syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT yang memberikan Rahmat Nya, sehingga saya dapat menyelesaikan laporan kasus ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.N P1A0 Dengan Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi preeklamsia berat (PEB) Di Ruang Agate Bawah RSUD dr.Slamet Garut”.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Pendidikan Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

Dalam Penyusunan laporan kasus ini, saya menyadari ketidakmampuan dan keterbatasan ilmu pengetahuan yang dimiliki, oleh karena itu saya mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun sehingga penulisan ini dapat disempurnakan.

Dengan selesainya penyusunan laporan kasus ini, tidak terlepas dan bantuan, pengarahan dan dorongan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan ini saya mengucapkan terimakasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA., selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. Suryadi M.Si., selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. H. Engkus Kusnadi S.Kep., M.Kes, selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K.Dewi Budiarti,M.Kep., selaku ketua prodi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Ibu K.Dewi Budiarti,M.Kep., selaku pembimbing yang telah memberi dukungan serta arahan kepada penulis, dengan tulus serta ikhlas dalam pembuatan karya tulis ini.
6. Seluruh staf dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti Pendidikan.
7. Rumah Sakit Umum dr.Slamet Garut terutama kepada ibu Desi yang telah membimbing dan memberi kesempatan pada penulis dalam melaksanakan praktek maternitas.
8. Keluarga Ny.N yang lebih bersedia bekerja sama dalam bidang penelitian sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiahnya.
9. Terimakasih kepada Allah SWT yang telah memberikan kemudahan dan pertolongan sehingga saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan baik.

10. Cinta pertama, Superhero, dan panutanku, Ayahanda Hindun, Terimakasih selalu berjuang untuk kehidupan penulis, beliau memang tidak sempat merasakan Pendidikan sampai bangku perkuliahan, Namun beliau mampu mendidik penulis, memotivasi, memberikan dukungan hingga penulis mampu menyelesaikan studinya.
11. Pintu Surgaku, Ibunda Siti Saadah, yang tidak henti-hentinya memberikan kasih sayang dengan penuh cinta dan selalu memberikan motivasi serta do'a hingga penulis mampu menyelesaikan studinya.
12. Kepada kakak saya Ema Ratna Puri S.pd dan suami Setiana Afandi Wirapraja S.Psi, Terimakasih banyak atas dukungan secara moril maupun materil, Terimakasih juga atas segala motivasi dan dukungannya yang diberikan kepada penulis sehingga penulis mampu menyelesaikan studinya.
13. Kepada Keponakan saya, Kinanti Pramesti Wirapraja, Terimakasih sudah menjadi anak yang manis, ceria, dan selalu menghibur peneliti. Meskipun dia masih kecil dan belum mengerti setidaknya peneliti bisa mengucapkan terimakasih ini dengan harapan agar kelak dia bisa membaca karya sederhana ini dan menjadi motivasi untuk berkembang.
14. Kepada Kakak sepupu saya, Hilmy Hardianti, Terimakasih selalu menjadi sodara dan teman yang baik bagi penulis, terimakasih juga atas do'a dan dukungannya kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan studinya.

15. Kepada Keluarga Besar Peneliti Dengan tulus dan penuh rasa Syukur penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada kalian yang senantiasa memberikan perhatian, kasih sayang, do'a dan dukungan yang tiada hentinya, terimakasih selalu menjadi support system dalam setiap langkah bagi penulis.

16. Kepada teman-teman saya yang tak kalah penting kehadirannya, Shafira Yudistine, Windy Oktavia A, Winda Sriwiayu, Faizal Nurzaman, Terimakasih karna telah hadir dan menjadi bagian dari perjalanan hidup penulis, yang telah berkontribusi banyak dari awal hingga akhir penulisan, memberikan semangat, mendukung, menghibur, mendengarkan keluh kesah dan selalu ada untuk penulis, baik dalam suka maupun duka, Tetap semangat menjalani hari-hari yang menyenangkan ini.

“Our friendship is a treasure I will always hold dear. Thank you for being my rock.” “Love You All.”

17. Kepada Teman-teman Angkatan 2022 D3-Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut, terimakasih atas suka dan duka yang telah kita lalui.

18. Kepada Keluarga Maternitas yang selalu Bersama-sama bimbingan dan Bersama-sama pusing mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini yang telah membantu dalam mencari berbagai sumber buku kepada penulis.

19. Dan Terakhir untuk diri saya Rifka Salsabila, Terimakasih telah kuat sampai detik ini, yang sudah menepikan ego dan memilih untuk Kembali bangkit dan menyelesaikan semua ini. Terimakasih telah mengendalikan diri dari berbagai tekanan di luar keadaan dan tidak pernah mau

memutuskan untuk menyerah, kamu kuat, kamu hebat, sesulit apapun rintangan kuliah ataupun proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah, yang mampu berdiri tegak Ketika dihantam permasalahan yang ada. Terimakasih diriku semoga tetap rendah hati, ini baru awal dari permulaan hidup, tetap semangat, kamu pasti bisa.

Garut, 08 Juli 2025

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
<i>ABSTRACT</i>	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR BAGAN	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	4
C. Metode Telaah	5
D. Sistematika Penelitian	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS	8
A. KONSEP DASAR PREEKLAMPSIA	8
1. Definisi Preeklampsia	8
2. Klasifikasi preeklampsia.....	9
3. Etiologi Preeklampsia	10
4. Tanda dan Gejala	12
5. Manifestasi Klinis	13
6. Patofisiologi.....	15
7. Komplikasi preeklampsia.....	16
8. Pemeriksaan penunjang.....	17
9. Penatalaksanaan Medis.....	18
B. Konsep Dasar Sectio Caesarea	21
1. Definisi <i>Sectio Caesarea</i>	21
2. Jenis-jenis <i>Sectio Caesarea</i>	22
3. Etiologi <i>Sectio Caesarea</i>	22
4. Patofisiologi.....	23

5. Indikasi Sectio Caesarea	24
6. Komplikasi <i>Sectio Caesarea</i>	25
7. Keuntungan dan kerugian Sectio Caesarea	26
8. Klasifikasi <i>Sectio Caesarea</i>	27
9. Manifestasi Klinis <i>Sectio Caesarea</i>	28
10. Pemeriksaan penunjang.....	28
11. Pathway.....	30
C. Konsep Post Partum	31
1. Definisi Post Partum	31
2. Tahapan-tahapan post partum.....	31
3. Perubahan fisiologis post partum	32
4. Perubahan psikologis post partum.....	36
D. Dampak Post Sectio Caesarea Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia ..	36
E. Konsep Asuhan Keperawatan	38
1. Pengkajian Keperawatan	39
2. Analisa Data.....	52
3. Diagnosa Keperawatan.....	57
4. Perencanaan Keperawatan.....	58
5. Implementasi Keperawatan	69
6. Evaluasi Keperawatan.....	70
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	71
A. Tujuan kasus	71
1. Pengkajian	71
2. Analisa Data.....	83
3. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas	85
4. Proses Keperawatan	88
5. Catatan Perkembangan	99
B. Pembahasan	104
1. Tahap Pengkajian.....	105
2. Tahap Diagnosa Keperawatan	107
3. Tahap perencanaan keperawatan	111
4. Tahap Pelaksanaan	114
5. Tahap Evaluasi	114

BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	117
A. Kesimpulan.....	117
B. Rekomendasi.....	118
DAFTAR PUSTAKA.....	120

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Perbandingan kasus post Sectio Caesarea atas indikasi preeklamsia berat dengan indikasi lainnya di RSUD dr. Slamet Garut.....	3
Tabel 2.1	Standar Kadar Kekeruhan Urine.....	17
Tabel 2.2	Perubahan Uterus.....	32
Tabel 2.3	Analisa data.....	51
Tabel 2.4	Perencanaan keperawatan nyeri akut.....	57
Tabel 2.5	Perencanaan gangguan mobilitas fisik.....	59
Tabel 2.6	perencanaan keperawatan deficit perawatan diri.....	60
Tabel 2.7	perencanaan keperawatan Risiko infeksi.....	61
Tabel 2.8	Perencanaan keperawatan menyusui tidak efektif.....	63
Tabel 2.9	perencanaan keperawatan intoleransi aktivitas.....	65
Tabel 2.10	Perencanaan keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif...	66
Tabel 3.1	Aktivitas sehari hari	79
Tabel 3.2	hasil laboratorium.....	80
Tabel 3.3	Pengobatan/Program Therapy.....	81
Tabel 3.4	Analisa Data.....	81
Tabel 3.5	Proses Keperawatan.....	85
Tabel 3.6	Catatan Perkembangan	96

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 pathway Post SC.....	29
--------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Satuan Acara Penyuluhan Teknik Menyusui

Lampiran 2 Satuan Acara Penyuluhan Mobilisasi Dini

Lampiran 3 Lembar Bimbingan

Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* WHO (2019) angka kematian ibu (*maternal mortality rate*) merupakan jumlah kematian ibu akibat dari proses kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan yang dijadikan indikator derajat Kesehatan Perempuan. Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu target global Sustainable Development Goals (SGDS) dalam menurunkan angka kematian ibu (AKI) menjadi 70 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2030. 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 adalah Kumpulan gejala yang terjadi pada kehamilan, persalinan, dan masa nifas meliputi hipertensi, edema, dan proteinuria, tetapi tanpa adanya tanda kelainan vaskuler atau hipertensi sebelumnya, sedangkan gejala biasanya muncul setelah usia kehamilan 20 minggu atau lebih (Prawihardjo, 2018). Preeklamsia terjadi pada 3,9% dari semua Wanita hamil diseluruh dunia. Angka kejadian di beberapa rumah sakit di Indonesia juga cenderung meningkat, yaitu 1,0%-1,5% (Rahman et al., 2023). Penyebab preeklamsia baik preeklamsia awitan Dini (PEAD)

maupun preeklampsia Awitan Lambat (PEAL) belum diketahui secara pasti, namun studi-studi terkini sudah banyak yang mengembangkan teori terkait faktor-faktor risiko yang melatar belakangi patofisiologi preeklampsia, Faktor-faktor risiko tersebut meliputi faktor risiko berdasarkan karakteristik maternal seperti usia, gravida, Indeks Masa Tubuh (IMT), kehamilan ganda, jarak kehamilan, Riwayat keguguran, riwayat preeklampsia, serta riwayat hipertensi. Studi lain menyebutkan penyakit ginjal kronis dan penggunaan teknologi reproduksi berbantu menjadi faktor risiko preeklampsia. (Rana et al., 2019)

Penanganan preeklampsia dapat dilakukan dengan terapi konservatif dan terminasi kehamilan pada usia kehamilan preterm melalui tindakan sesar. Persalinan *sectio caesarea* yaitu suatu persalinan yang dilakukan tanpa melalui jalan lahir dengan cara menginsisi dinding perut atau secara spesifik biasa disebut dindin rahim, tindakan *sectio caesarea* dilakukan untuk menyelamatkan ibu dan janin yang dikandungannya (Sitorus FE. 2019). Menurut Rikesdas di Indonesia pada tahun 2021 angka Tindakan *sectio caesarea* 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%. Sedangkan untuk Provinsi Jawa Barat tingkat tindakan operasi bedah sesar tercatat sebesar 15,5% atau sekitar 2.332 kasus dari total kasus persalinan sekitar 15.000 kasus.

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 794 kasus dengan rincian sebagai berikut.

Tabel 1.1

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

No	Kasus	Jumlah	Persentase
1	SC Indikasi PEB	327	41,18%
2	SC Indikasi KPD	214	26,94%
4	SC Indikasi Letak Sungsang	102	12,84%
5	SC Indikasi Partus Lama	77	9,69%
6	SC Indikasi PPT	38	4,78%
7	SC Indikasi Gawat Janin	33	4,15%
8	SC Indikasi Plasenta previa marginalis	2	0,25%
9	SC Indikasi Presentasi dagu	1	%
TOTAL		794	100%

Sumber : Buku Register pasien RSUD dr.Slamet Garut

Berdasarkan hasil data yang didapat dari bagian Rekam Medik RSUD dr.Slamet Garut, *Sectio Caesarea* dengan indikasi preeklamsia berat ini menempati urutan pertama dengan presentasi 41,18% atau 327 kasus (Rekam Medik RSUD dr.Slamet Garut). Hal ini perlu dijadikan acuan untuk menerapkan pemantauan lebih kepada ibu dengan SC atas indikasi preeklamsia berat untuk menghindari komplikasi yang dapat ditimbulkan yaitu bisa terjadinya infeksi pada luka operasi, pendarahan, gangguan Trakus urinarius, dan kejadian tromboemboli (Sarait, 2022). 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.N

(P1A0) Dengan Post Operasi *Sectio Caesarea* Atas Indikasi Preeklamsia Berat Di Ruang Agate Bawah RSUD dr.Slamet Garut”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

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

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dalam penulisan ini adalah

- a. Mampu melakukan pengkajian pada Ny.N P1A0 Post Op *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat di Ruang Agate Bawah
- b. Mampu menegakkan diagnose keperawatan pada Ny.N P1A0 Post Op *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat di Ruang Agate Bawah
- c. Mampu menyusun perencanaan keperawatan pada Ny.N P1A0 Post Op *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat di Ruang Agate Bawah
- d. Mampu melakukan tindakan keperawatan yang sesuai dengan perencanaan keperawatan pada Ny.N P1A0 Post Op *Sectio*

Caesarea POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat di Ruang Agate Bawah

- e. Mampu melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada Ny.N P1A0 Post Op *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat di Ruang Agate Bawah
- f. Mampu mendokumentasikan Tindakan asuhan keperawatan pada Ny.N P1A0 Post Op *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat di Ruang Agate Bawah

C. Metode Telaah

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

1. Wawancara

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

2. Observasi

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

3. Pemeriksaan Fisik

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

4. Study kepustakaan

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

D. Sistematika Penelitian

Dalam penulisan karya tulis ilmiah terdiri dari 4 BAB dengan sistematika penulisan sebagai berikut:

BAB I PENDAHULUAN : Dalam bab ini penulis membahas tentang tentang latar belakang masalah , tujuan umum, dan tujuan khusus, metode telaahan, dan sistematika penulisan.

BAB II TINJAUAN TEORITIS : Dalam bab ini penulis membahas tentang landasan teori yang menguraikan tentang konsep dasar teori-teori yang relevan dengan judul post section caesarea atas indikasi preeklamsia berat.

BAB III TINJAUAN KHUSUS : Dalam bab ini penulis membahas tentang tinjauan khusus dan membahas menguraikan dokumentasi asuhan keperawatan pada klien post *sectio caesarea* atas indikasi preeklamsia berat yang meliputi: pengkajian diagnose keperawatan, perencanaan, dan evaluasi.

BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI : Dalam bab ini berisi tentang Kesimpulan pelaksanaan asuhan keperawatan serta rekomendasi yang operasional terhadap masalah yang di temukan.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. KONSEP DASAR PREEKLAMPSIA

1. Definisi Preeklampsia

Preeklampsia adalah Kumpulan gejala yang timbul pada ibu hamil, bersalin dan dalam masa nifas yang terdiri dari hipertensi proteinuria dan edema yang kadang-kadang disertai kejang sampai koma, ibu tersebut tidak menunjukkan tanda-tanda kelainan vascular atau hipertensi sebelumnya. Preeklampsia terjadi pada usia kehamilan > 20 Minggu dan terjadi hanya selama kehamilan jika dibiarkan tanpa pengobatan, preeklampsia akan memberikan ancaman serius ibu dan janin (Andi, 2023).

Preeklampsia sendiri merupakan kondisi tekanan darah ibu hamil meningkat lebih dari normal dan ditandai adanya proteinuria yang dapat menyebabkan komplikasi seperti kematian ibu dan solusio plasenta bila tidak ditangani. Preeklampsia biasanya terjadi diatas usia kehamilan 20 minggu (Andi 2023). Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan preeklampsia adalah keadaan ibu hamil lebih dari 20 minggu dengan tekanan darah meningkat dan ditemukannya data proteinuria lebih dari 1+.

2. Klasifikasi preeklamsia

Klasifikasi preeklamsia menurut Nuralif (2016) menjelaskan preeklamsia di bagi menjadi dua golongan, yaitu:

a. Preeklamsia Ringan

Pada kondisi ini terjadi peningkatan pada tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih yang di ukur dengan posisi berbaring terlentang atau kenaikan distolik mencapai 15 mmHg atau lebih atau kenaikan diastolic 30 mmHg atau lebih . Selanjutnya adalah di temukannya edema umum pada, kaki jari tangan, dan muka atau kenaikan berat badan mencapai 1kg atau lebih proteinuria pada kondisi ini juga bisa di temukan dengan kuantitatif 0,3 gr atau lebih per liyer, kuantitatif 1+ atau 2+ pada urin kateter miedstream.

b. Preeklamsia Berat

Pada kondisi ini bila salah satu diantara gejala atau tanda ditemukan pada hamil kemudian diikuti dengan adanya tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih dari 3/9 liter, oliguria dengan jumlah urine < 400 cc/24 jam, adanya gangguan serebral, gangguan penglihatan, nyeri kepala, dan rasa nyeri, dan nyeri pada epigastrium, terdapat edema paru dan sianosis, enzim meningkat di sertai icterus, pendarahan pada retina hingga trombosit menurun mencapai < 100.00/m.

3. Etiologi Preeklamsia

Sampai saat ini etiologi preeklamsia belum diketahui secara pasti. Akan tetapi ada beberapa faktor maternal yang dapat mempengaruhi terjadinya preeklamsia yaitu umur, paritas, riwayat hipertensi, hamil kembar, obesitas dan diabetes melitus (Rufaidah, 2018). Sedangkan menurut (Aulia, 2019) berpendapat bahwa faktor-faktor etiologic preeklamsia dapat diklasifikasikan menjadi 4 kelompok yaitu genetik, imunologik, gizi, serta infeksi.

Faktor maternal yang beresiko dalam preeklamsia yaitu usia, graviditas dan IMT. Periode usia yang aman untuk seseorang melahirkan yaitu 20-30 tahun. Pada Wanita yang berada pada usia awal dan akhir usia reproduksi memiliki kerentanan untuk mengalami komplikasi kehamilan khususnya hipertensi. Graviditas merupakan jumlah keseluruhan kehamilan yang juga dapat beresiko mengalami preeklamsia. Peningkatan Indeks masa Tubun (IMT) sangat erat kaitannya dengan kejadian preeklamsia (Radjamuda, 2014).

Walaupun belum ada teori yang pasti berkaitan dengan penyebab terjadinya preeklamsia dalam kehamilan, namun beberapa penelitian menyimpulkan bahwa sejumlah faktor yang mempengaruhi terjadinya preeklamsia dalam kehamilan meliputi:

- a. Riwayat hipertensi dalam kehamilan. Seseorang yang memiliki Riwayat hipertensi dalam kehamilan atau Riwayat keluarga dengan

hipertensi dalam kehamilan maka akan meningkatkan resiko terjadinya hipertensi dalam kehamilan.

- b. Primigravida. Karena pada primigravida pembentukan antibodi penghambat (blocking antibodies) belum sempurna sehingga meningkatkan resiko terjadinya hipertensi dalam kehamilan. Perkembangan hipertensi dalam kehamilan semakin meningkat pada umur kehamilan pertama dan kehamilan dengan umur yang ekstrem. Seperti terlalu muda atau terlalu tua.
- c. Obesitas. Obesitas pada ibu hamil adalah terdapat kenaikan BB pada ibu hamil yang lebih dari 12-16 kg selama kehamilan, hal ini tentunya akan berdampak buruk terhadap kehamilan, karena obesitas sedikit banyak akan mempengaruhi tekanan darah dalam tubuh menjadi hipertensi.
- d. Kehamilan ganda (gemelli). Hipertensi dalam kehamilan lebih sering terjadi pada Wanita yang mempunyai bayi kembar atau lebih.
- e. Riwayat penyakit tertentu, Wanita yang mempunyai Riwayat penyakit tertentu sebelumnya. Memiliki resiko terjadinya hipertensi dalam kehamilan. Penyakit tersebut meliputi hipertensi kronis, diabetes mellitus, penyakit ginjal atau penyakit degeneratif seperti rheumatoid (Yuliana & Hakim, 2020).

4. Tanda dan Gejala

Menurut Mitayani (2014), preeklamsia memiliki dua gejala yang sangat penting yaitu hipertensi dan proteinuria yang biasanya tidak disadari oleh Wanita hamil. Penyebab dari kedua masalah diatas yaitu sebagai berikut:

a. Tekanan darah

Peningkatan tekanan darah merupakan tanda peningkatan awal yang penting pada penyakit preeklamsia dengan tekanan darah $>140/90$ mmHg (yang di ukur selama 30 menit setelah pasien beristirahat).

b. Kenaikan berat badan

Peningkatan berat badan normal sekitar 0,5 kg per minggu. Adapun terjadi kenaikan berat badan 1kg dalam seminggu, maka kemungkinan terjadinya preeklamsia harus di curigai peningkatan berat badan terutama disebabkan karena retensi cairan serta dapat di temukan sebelum timbulnya gejala edema yang tampak jelas seperti kelopak mata yang bengkak atau jaringan tangan yang membesar.

c. Proteinuria

Pada preeklamsia ringan di dapatkan protein urin sebesar 0,3 g/dl dengan hasil pemeriksaan dipstic +1, sedangkan pada preeklamsia berat kadar protein urine lebih besar yaitu 5 g/dl dengan hasil pemeriksaan dipstic menunjukan angka +2.

d. Tanda Gejala

Lainnya adalah gangguan penglihatan, nyeri epigastrik, sakit kepala, mual dan muntah, penurunan gerakan janin dan ukuran janin lebih kecil tidak sesuai dengan usia kehamilan ibu.

5. Manifestasi Klinis

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

a. Hipertensi

Biasanya timbul lebih dahulu dari pada tanda-tanda lain. Bila peningkatan tekanan darah tercatat pada waktu kunjungan pertama kali dalam trimester pertama atau kedua awal, ini mungkin menunjukkan bahwa penderita menderita hipertensi kronik. Tetapi bila tekanan darah ini meninggi dan tercatat pada akhir trimester kedua dan ketiga. Mungkin penderita menderita preeklampsia. Peningkatan tekanan sistolik sekurang-kurangnya 30 mmHg, atau peningkatan tekanan diastolik sekurang-kurangnya 15 mmHg, atau adanya tekanan sistolik sekurang-kurangnya 140 mmHg, atau tekanan diastolik sekurang-kurangnya 90 mmHg atau lebih atau dengan kenaikan 20 mmHg atau lebih, ini sudah dapat dibuat sebagai diagnosa. Penentuan tekanan darah dilakukan minimal 2

kali dengan jarak waktu 6 jam pada keadaan istirahat. Tetapi bila diastolik sudah mencapai 100 mmHg atau lebih, ini sebuah indikasi terjadi preeklampsia berat.

b. Edema

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

c. Proteinuria

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

6. Patofisiologi

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

Vasokonstriksi merupakan dasar patogenesis preeklampsia 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 preeklampsia serum antioksidan kadarnya menurun dan plasenta menjadi sumber terjadinya peroksidase lemak sedangkan pada Wanita hamil normal serumnya mengandung tranferin, ion tembaga dan sulfhidril yang berperan sebagai antioksidan yang cukup kuat. Peroksidase lemak ini akan sampai kesemua komponen sel yang dilewati, termasuk sel-sel endotel tersebut.

Rusaknya sel-sel endotel tersebut akan mengakibatkan antara lain, adhesi dan agregasi trombosit, gangguan permeabilitas lapisan endotel terhadap plasma, terlepasnya enzim lisosom, tromboksan dan serotonin sebagai akibat rusaknya trombosit. Produksi tetraliskin terhenti, terganggunya keseimbangan prostakslin dan tromboksan, terjadi hipoksia plasenta akibat konsumsi oksigen dan peroksidase lemak (Nuraini, 2014).

7. Komplikasi preeklampsia

Menurut legawati & utama, (2017) preeklampsia dapat menimbulkan dampak yang sangat berbahaya jika tidak segera ditangani dengan baik, ibu hamil akan mengalami kejang yang berlanjut ke *eklamsia*. Begitu juga jika *eklamsia* tidak segera ditangani

secara cepat akan terjadi kehilangan kesadaran dan kematian karena bisa terjadi komplikasi bagi ibu , seperti gagal ginjal, kegagalan hati, perdarahan di otak dan sebagainya. Preeklampsia juga dapat menimbulkan komplikasi pada janin seperti, prematuritas, kematian janin, terhambatnya pertumbuhan janin, serta asfiksia neonatorum.

8. Pemeriksaan penunjang

Menurut Aminim et al.,(2016). Pemeriksaan yang dapat dilakukan pada preeklampsia adalah sebagai berikut:

a. Pemeriksaan Laboratorium

Pada umumnya pemeriksaan laboratorium adalah normal, kecuali hematocrit, serum kreatinin, pemecahan fibrin dan proteinuria. Hitung darah lengkap dengan apusan darah: hemoglobin (nilai referensi atau nilai normal hemoglobin untuk Wanita hamil adalah 12-14 gr%) peningkatan hematocrit (nilai rujukan 37-43 vol%). Trombositopenia (nilai rujukan 150-450 ribu/mm³), asam urat meningkat.

b. Urinalisis proteinuria meningkat >0,3 gr/it 24 jam

c. Standar kekeruhan urine

Tabel 2.1
Standar kekeruhan urin

No	Hasik Keterangan	Kadar Kekeruhan Protein
1	Negatif	Urine jernih
2	Positif 1 (+)	Ada Kekeruhan
3	Positif 2 (++)	Kekeruhan mudah di lihat dan ada endapan
4	Positif 3 (+++)	Urine lebih keruh dan endapan yang lebih jelas

5	Positif 4 (++++)	Urine sangat keruh dan di sertai ada endapan yang menggumpal
---	------------------	--

Sumber : (Ni'mah.,2017)

d. Tes Fungsi hati

Ditemukan bilirubin mengalami peningkatan (nilai normal <1mg/dl), serum glutamate piruvat transaminase mengalami peningkatan dari (nilai normal : 15-45 u/ml), aspartate aminotransferase (AST) > 60 ul, SGOT juga mengalami peningkatan (nilai normal : <13 u/l) maka total protein serum menurun.

e. Pemeriksaan Diagnostik

- 1) USG berfungsi untuk melihat gerakan janin bersifat subjektif, letak plasenta, denyut jantung, kontraksi uterus.
- 2) (Siagian et al.,2023 NST berfungsi untuk melihat kontraksi uterus, pergerakan janin, Denyut jantung janin. Denyut jantung janin (DJJ) normal (120-160 x/menit, bradikardia<120 x/menit).

9. Penatalaksanaan Medis

a. Pencegahan

- 1) Pencegahan/ANC yang baik: ukuran tekanan darah, timbangan berat
- 2) badan, ukur kadar proteinuria tiap minggu
- 3) Diagnosa dini/tepat: diet, kalau perlu pengakhiran kehamilan (Chunningham)

b. Penatalaksanaan Preeklampsia Ringan

- 1) Jika kehamilan < 37 minggu, dan tidak ada tanda-tanda perbaikan, penilaian 2 kali seminggu secara rawat jalan :
lakukan
 - a) Pantau tekanan darah, proteinuria, refleks, dan kondisi janin.
 - b) Lebih banyak istirahat
 - c) Diet biasa
 - d) Tidak perlu diberi obat-obatan (Chunningham, 2014)
- 2) Jika rawat jalan tidak mungkin, rawat di rumah sakit :
 - a) Diet biasa
 - b) Pantau tekanan darah 2 x sehari, proteinuria 1x sehari.
 - c) Tidak perlu diuretic, kecuali jika terdapat edema paru, dekompensasi kardis atau gagal ginjal akut (Chunningham, 2014)
- 3) Jika tekanan diastolik turun sampai normal pasien dapat dipulangkan :
 - a) Nasehatkan untuk istirahat dan perhatikan tanda-tanda preeklampsia berat.
 - b) Kontrol 2 kali seminggu.
 - c) Jika tekanan diastolik naik lagi rawat Kembali.
 - d) Jika tidak ada tanda-tanda perbaikan rawat Kembali.
 - e) Jika tidak ada tanda-tanda perbaikan tetap dirawat

- f) Jika terdapat tanda-tanda pertumbuhuan janin terhambat, pertimbangkan terminasi kehamilan (Chunningham, 2014)

c. Penatalaksanaan Preeklampsia Berat

1) Penanganan Umum

- a) Jika tekanan diastolik > 110 mmHg, berikan antipertensi, sampai tekanan diastolic di antara 90-100 mmHg.
- b) Pasang infus Ringer Laktat dengan jarum besar (16 gauge atau $>$)
- c) Ukur keseimbangan cairan, jangan sampai terjadi overload.
- d) Kateterisasi urin untuk pengeluaran volume dan proteinuria.
- e) Jika jumlah urin < 30 ml per jam :
 - (1) Infus cairan dipertahankan 1 1/8 jam.
 - (2) Pantau kemungkinan edema paru.
- f) Jangan tinggalkan pasien sendirian. Kejang disertai aspirasi dapat mengakibatkan kematian ibu dan janin
- g) Observasi tanda-tanda vital, refleks, dan denyut jantung janin setiap jam.
- h) Auskultasi paru untuk mencari tanda-tanda edema paru. Krepitasi merupakan tanda edema paru. Jika ada edema, stop pemberian cairan, dan berikan diuretik misalnya furosemide 40 mg IV.

i) Nilai pembekuan darah dengan uji pembekuan bedside.

Jika pembekuan tidak terjadi sesudah 7 menit, kemungkinan terdapat koagulapati (Hiratun, 2019)

B. Konsep Dasar Sectio Caesarea

1. Definisi *Sectio Caesarea*

Persalinan *sectio caesarea* adalah proses persalinan melalui operasi di mana sayatan dibuat di perut (Sitorus, 2021). Istilah persalinan *Sectio Caesarea* berasal dari Bahasa lain ceder yang memiliki arti memotong. Merujuk dalam operasi yang bertujuan melahirkan bayi dengan cara membuka dinding perut dan Rahim ibu (Sitorus, 2021).

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin melewati sisi pada dinding abdomen dan uterus persalinan buatan, sehingga janin dilahirkan melalui perut dan dinding Rahim agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat (Manuaba, 2014)

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa *Sectio Caesarea* (SC) merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah Kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini dilakukan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut untuk melahirkan janin dari dalam rahim.

2. Jenis-jenis *Sectio Caesarea*

Pada umumnya, section caesarea memiliki 2 tipe utama, yaitu segmen atas dan segmen bawah. Secara teknis, kedua tipe ini adalah sebagai berikut :

a. Segmen atas yaitu dengan pembedahan melalui sayatan vertical pada dinding perut (Abdomen) yang dikenal dengan sayatan klasik.

b. Segmen bawah, pada segmen bawah dibagi menjadi 2 jenis
Insisi melintang, yaitu sayatan mendatar. Jenis ini dibuat sayatan kecil melintang dibawah uterus Rahim.

Insisi membujur, posisinya hampir sama dengan sayatan pada posisi melintang, hanya saja letak sayatan menjadi vertical di bawah uterus Rahim.

Insisi membujur, posisinya hampir sama dengan sayatan pada dengan insisi melintang, hanya saja letak sayatan menjadi vertical di bawah uterus (Rahim) (Nisak et al., 2023).

3. Etiologi *Sectio Caesarea*

Menurut (Sopyan, 2019) indikasi dilakukannya SC diantaranya memiliki Riwayat SC sebelumnya, terdapat kelainan letak janin, gagal induksi preeklampsia berat, disproporsi kepala panggul DKP yaitu ukuran kepala janin tidak sesuai dengan ukuran panggul ibu, ketuban pecah dini (KPD), fetal distress, gawat janin, dan plasenta previa.

4. Patofisiologi

Terdapat beberapa kendala atau dalam proses persalinan, menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara spontan atau lahir normal, misalnya disebabkan oleh panggul sempit, plasenta previa, rupture uteri yang mengancam, persalinan lama, preeklampsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin sehingga dilakukan persalinan dengan section caesarea menyebabkan pasien mengalami imobilisasi, yang mana efeknya menyebabkan masalah dengan gangguan mobilitas fisik. Efek anastesi juga menyebabkan sembelit.

Kurangnya informasi tentang proses operasi, penyembuhan, dan perawatan pasca operasi akan menimbulkan kecemasan. Sedang dalam proses operasi juga dilakukan sayatan di dinding perut sehingga menyebabkan putusnya diskontinuitas jaringan merangsang area sensorik yang merangsang pelepasan histamin dan prostatglandin yang akan menimbulkan rasa tidak nyaman akibat nyeri (nyeri akut) yang timbul setelah proses operasi berakhir. Setelah proses pembedahan selesai area insisi di tutup akan menimbulkan luka post sectio caesarea yang dimana jika tidak ditangani dengan baik dan benar akan menimbulkan resiko infeksi. Setelah kelahiran bayi prolaktin dan oksitosin meningkat menyebabkan efektifitas ASI, efek ASI yang tidak adekuat menimbulkan masalah pemberian ASI yang tidak efektif pada bayi (Ferinawati dan Hartati, 2019).

5. Indikasi Sectio Caesarea

Menurut jumatrin (2022), ada beberapa alasan atau kondisi yang menunjukkan perlunya melakukan tindakan section caesarea, yaitu :

- a. Gawat janin, merupakan kondisi dimana janin perlu dengan segera dikeluarkan dari dalam lahir ibu. Penyebabnya bisa dikarenakan pendarahan antepartum atau kelainan lain yang dialami oleh ibu yang mengharuskan janin segera lahirkan.
- b. Posisi janin yang abnormal (letak sungsang atau melintang), posisi janin dalam Rahim yang tidak tepat seperti letak sungsang ataupun letak lintang membuat perlunya di lakukan tindakan SC karena akan sulit di lakukan untuk persalinan pervagina.
- c. Partus lama (tidak maju), persalinan normal pervagina yang tak kunjung mengalami kemajuan atau tidak adanya pembukaan maka perlu tindak lanjut yaiitu dengan tindakan section caesarea.
- d. Ketuban pecah dini (KPD), merupakan pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan sehingga memerlukan tindakan lanjut agar bayi dapat di selamatkan.
- e. Plasenta previa, letak plasenta yang berada di bagian bawah Rahim membuat terhalangnya jalan lahir dan di perlukannya tindakan section caesarea.

- f. Preeklampsia berat, merupakan penyumbang kematian materai pada ibu maupun janin sehingga di perlukan tindakan lanjutan untuk melahirkan.
- g. Cephalo pelvik disproportion (CPD), ukuran panggul yang tidak sesuai dengan ukuran kepala janin yang menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara normal.

6. **Komplikasi *Seccio Caesarea***

Menurut Sopyan (2019) komplikasi SC adalah sebagai berikut :

a. Kematian ibu

Tindakan SC dapat menyebabkan kematian sang ibu yang biasanya disebabkan sepsis. Kematian ibu dapat terjadi akibat dari komplikasi anestesi. Dibandingkan dengan kelahiran pervaginam, kematian ibu setelah operasi Caesar adalah tiga kali lebih tinggi.

b. Thromboembolism

Kejadian Thromboembolism dapat terjadi akibat ada indikasi dari SC itu sendiri yaitu obesitas materai yang menyebabkan Thromboembolism.

c. Perdarahan

Perdarahan rentan terjadi saat tindakan SC dibanding persalinan pervaginam. Biasanya terjadi akibat adanya laserasi pada pembuluh darah uterus yang disebabkan insisi yang kurang tepat pada uterus.

d. Infeksi

Infeksi ini merupakan salah satu komplikasi tersering pada saat tindakan SC. Penggunaan anti biotic profilaksis yang kurang tepat merupakan faktor pemicunya.

Pemriksaan diagnostic.

e. Cedera Bedah Incidental

Trauma pada kantong kemih sering terjadi setelah tindakan SC dikarenakan posisinya terletak dengan uterus.

f. Masa Rawat Inap Lebih Lama

Wanita yang melakukan persalinan dengan SC pervaginam karena ada hal-hal yang perlu dievaluasi pasca SC.

g. Histeroktomi

Tindakan ini biasanya dilakukan apabila terjadi perdarahan terus menerus yang tidak dapat ditangani meskipun sudah diberi oksitosin. Agar mengurangi risiko perdarahan yang lebih jauh, histeroktomi perlu dilakukan agar . tidak terjadi syok pada sang ibu.

h. Ruptur Uteri

Ruptur uteri ini lebih beresiko terjadinya pada Wanita yang sudah pernah melakukan persalinan SC disbanding dengan Wanita yang melakukan persalinan pervaginam.

7. Keuntungan dan kerugian Sectio Caesarea

a. Keuntungan

Adanya keuntungan tindakan *sectio caesarea* menurut Sartika (2014) adalah :

- 1) Menghindari terjadinya kerusakan pada alat kelamin
- 2) Rasa takut dalam persalinan
- 3) Waktu persalinan

b. Kerugian

- 1) Adapun kerugian pada tindakan *section caesarea* menurut Dani (2013) adalah :
- 2) Beresiko kematian 20 kali lebih besar dari persalinan normal

8. Klasifikasi *Sectio Caesarea*

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

- a. SC klasik atau *corporal* Insisi longitudinal digaris Tengah dibuat dengan scalpel ke dalam dinding anterior uterus dan di lebarkan ke atas serta kebawah dengan gunting yang berujung tumpul. Diperlukan luka insisi yang lebar karena bayi sering dilahirkan dengan bokong dahulu. Janin serta plasenta dikeluarkan dan uterus ditutup dengan jahitan tiga lapis.
- b. SC *Transperitomedis Profunda* Insisi pada segmen bawah Rahim, paling sering dilakukan, Adapun kekurangannya yaitu terdapat kesulitan saat mengeluarkan janin sehingga memungkinkan terjadinya perluasan luka insisi dan dapat menyebabkan pendarahan.

- c. Segmen bawah: Insisi melintang, Teknik ini dilakukan dengan cara insisi abdomen secara melintang dengan scalpel dan dilebarkan dengan gantung tumpul untuk menghindari cedera pada bayi.
- d. SC Hysterectomi dilakukan dengan beberapa indikasi seperti plasenta akreta, atonia uteri, myoma uteri dan infeksi intra uterin berat.

9. Manifestasi Klinis *Sectio Caesarea*

Manifestasi klinis section caesarea menurut Hiratun (2019) yaitu :

- a. Hilangnya darah selama prosedur pembedahan sebanyak 600-800 ml
- b. Terpasang DC urine kateter, urin berwarna jernih dan pucat
- c. Abdomen lunak dan tidak ada distensi
- d. Tidak ada bising usus
- e. Ketidakmampuan untuk menghadapi situasi baru
- f. Balutan abdomen tampak sedikit noda
- g. Aliran lochea sedang dan bebas bekuan, berlebihan dan banyak.

10. Pemeriksaan penunjang

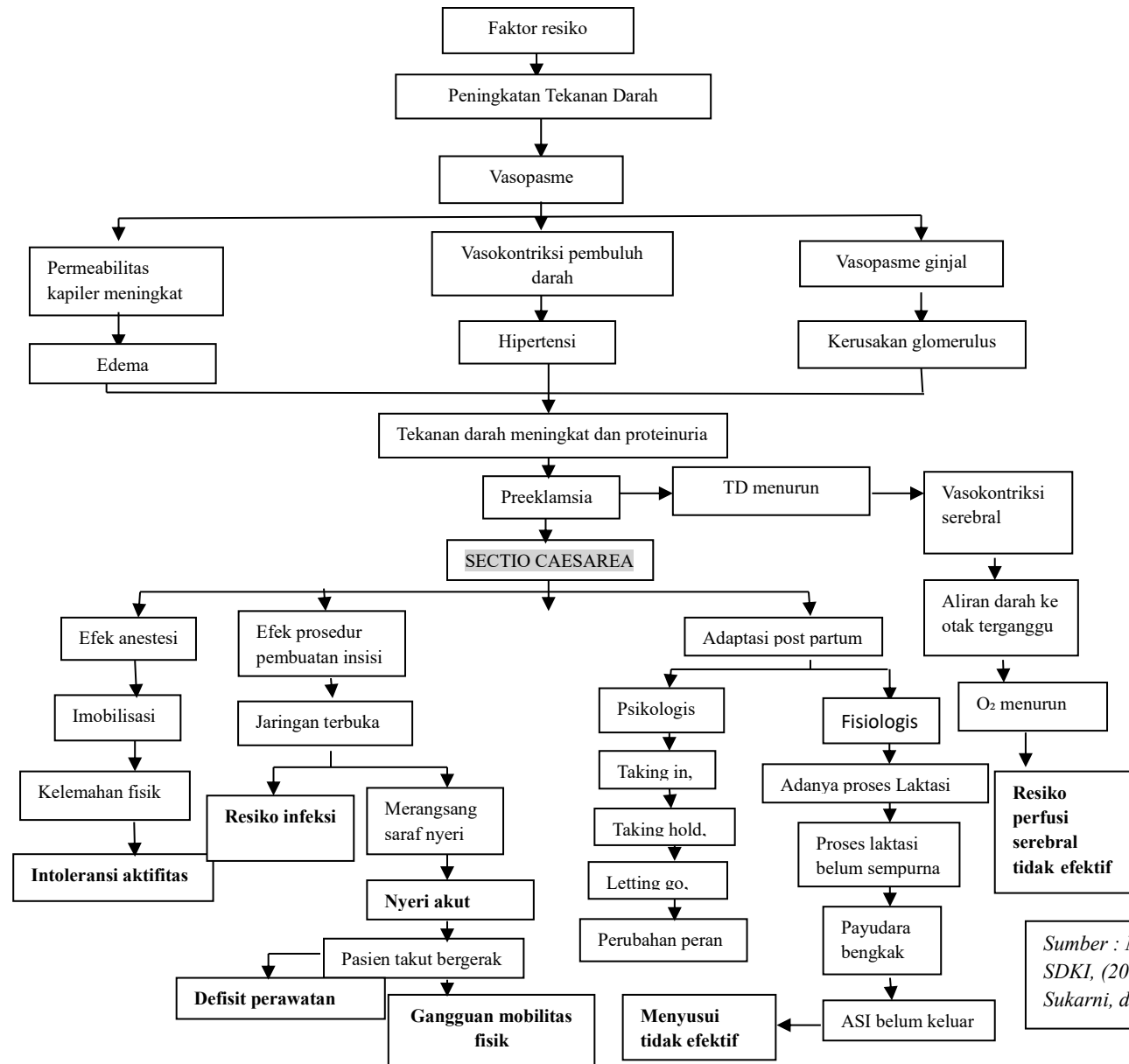
Menurut Nuralif dan Hardi, (2016) pemeriksaan penunjang pada pasien setelah operasi sesar meliputi :

- a. Hemoglobin atau hematokrit (Hb/Ht) untuk menguji perubahan dan kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan. Pada pasien post SC mengalami penurunan kadar Hb dan Ht. Hb memiliki nilai normal 36,0-45,0%.

- b. Leukosit mengidentifikasi adanya infeksi, pada ibu dengan post *Sectio Caesarea* biasanya mengalami resiko peningkatan kadar leukosit dalam darah, nilai normal leukosit yaitu 3.600-10.600 ul.
- c. Urinalisis : menentukan kadar albumin/glukosa, pada ibu post sc biasanya mengalami penurunan kadar albumin, nilai normal kadar albumin yaitu 3,2-4,6 g/dL
- d. Kultur : mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II
- e. Pemeriksaan elektrolit : memastikan status uterus dan biasanya pada ibu post sc mengalami kekurangan elektrolit yang bisa menyebabkan hipovolemia

11. Pathway

Bagan 2.1 Pathway Persalinan SC



C. Konsep Post Partum

1. Definisi Post Partum

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

2. Tahapan-tahapan post partum

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

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

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

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

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

- c. Late post partum (1-6 minggu setelah persalinan)
- d. Periode dimana ibu membutuhkan waktu untuk pulih sepenuhnya dan memproses Kesehatan yang optimal. Proses ini dapat berlangsung beberapa minggu, bulan, atau bahkan tahun.

3. Perubahan fisiologis post partum

a. Perubahan Tanda-Tanda Vital

Tanda tandaa vital Sebagian indikator bagi tubuh yang mengalami masalah Kesehatan adalah nadi, pernafasan, suhu dan tekanan darah. Denyut nadi normal 60-80x /menit. Pada proses persalinan biasanya akan mengalami peningkatan, tetapi pada masa nifas denyut nadi akan Kembali normal. Frekuensi pernafasan normal 18-24x /menit. Setelah persalinan, frekuensi pernafasan akan Kembali normal, keadaan pernafasan biasanya berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Suhu tubuh dapat meningkat sekitar 0,5°C dari keadaan normal 36°C – 37,5°C, hal ini disebabkan karena meningkatnya metabolisme tubuh pada saat proses persalinan. Tekanan darah normal sistol 110/140 mmHg dan untuk diastol 60-80 mmHg, setelah persalinan tekanan darah sedikit menurun karena terjadinya perdarahan pada saat proses persalinan.

b. Uterus

Setelah plasenta lahir, uterus akan mulai mengeras karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya. Uterus berangsur-angsur mengecil sampai keadaan sebelum hamil.

Tabel 2.2
Perubahan uterus

Waktu	TFU	Berat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Ari Lahir	2 jari dibawah pusat	750 gr
1 Minggu	$\frac{1}{2}$ pusat <i>symphysis</i>	500 gr
2 Minggu	Tidak teraba	350 gr
6 Minggu	Bertambah kecil	50 gr
8 Minggu	Normal	30 Gr

c. Lochea

Lochea yaitu cairan berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa post partum. Berikut ini beberapa jenis lochea:

- 1) Lochea Rubra berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, desidua, vernik kaseosa, lanugo, meconium berlangsung 2 hari post partum.
- 2) Lochea Sanguilenta berwarna merah kuning berisi darah dan berlangsung selama 3-7 hari post partum.
- 3) Lochea Serosa berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit berlangsung 7-14 hari post partum.
- 4) Lochea Alba berwarna putih terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua berlangsung 14 hari-2 minggu berikutnya 26.

d. Endometrium

Perubahan terjadi dengan timbulnya thrombosit, degenerasi dan nekrosis ditempat implamasi plasenta. Bekas implamasi plasenta karena kontraksi sehingga menonjol ke kavum uteri, hari ke 1 endometrium tebal 2,5 mm, endometrium akan rata setelah hari ke 3.

e. Serviks

Setelah persalinan serviks menganga, setelah 7 hari dapat dilalui 1 jari, setelah 4 minggu rongga bagian luar Kembali normal. Vagina secara berangsur-angsur luasnya berkurang, tetapi jarang sekali Kembali seperti ukuran nullipara. Minggu ke 3 rugae vagina Kembali. Perineum yang terdapat jahitan serta edema akan berangsur-angsur pulih sembuh 6-7 hari tanpa infeksi.

f. Payudara

Selama kehamilan jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya mempersiapkan makanan untuk bayi. Pada hari ketiga setelah melahirkan efek prolaktin pada payudara mulai dirasakan. Sel acini yang menghasilkan ASI mulai berfungsi. Ketika bayi menghisap putting, oksitosin merangsang ensit let down (mengalirkan) sehingga menyebabkan ejeksi ASI.

g. Sistem perkemihan

Pelvis ginjal teregang dan dilatasi selama kehamilan, Kembali normal akhir minggu ke 4 setelah melahirkan. Kurang di

40% Wanita post partum mengalami proteinuria non patologis, kecuali pada kasus preeklamsi.

h. Sistem muskuloskeletal

Ligamen, fascia, diafragma pelvis meregang saat kehamilan, berangsur-angsur seperti semula.

i. Sistem endokrin

- 1) Prolaktin, dikeluarkan oleh kelenjar dimana pituitrin merangsang pengeluaran prolactin untuk produksi ASI
- 2) Oksitosin berperan dalam kontraksi uterus mencegah perdarahan, membantu uterus Kembali normal.

j. Abdomen

Setelah melahirkan, adanya striae pada dinding abdomen tidak dapat dihilangkan sempurna dan berubah jadi putih (striae albicans). Evaluasi tonus otot abdomen untuk menentukan diastasis (derajat pemisah otot rektus abdomen) Pada saat hamil otot dan persendian menjadi relaks untuk persiapan melahirkan (linea alba menjadi sangat mudah mulur). Ketika otot rectus abdomen makin terpisah dan linea alba makin mulur ke samping dan menjadi sangat tipis, pemisahan otot ini disebut diastasis (Wahyuningsih, 2019).

4. Perubahan psikologis post partum

Fase perubahan psikologis masa nifas menurut Handayani & Pujiastuti, (2016)

- a. Fase Taking in, merupakan periode ketergantungan (dependent), yang berlangsung hari 1 sampai 2 hari pertama, dengan ciri khas ibu focus pada diri sendiri dan pasif terhadap lingkungan, menyatakan adanya rasa ketidaknyamanan yang dialami : rasa mules, nyeri luka jahitan, kurang tidur dan kelelahan.
- b. Fase Talking Hold, berlangsung dalam 3 hari sampai sepuluh hari setelah melahirkan, menunjukkan bahwa ibu mengalami kekhawatiran terhadap ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya, ibu lebih sensitive sehingga mudah tersinggung.
- c. Fase Letting go, merupakan fase dimana ibu mulai menerima tanggung jawab peran barunya, berlangsung setelah 10 hari setelah melahirkan, pada masa ini ibu mulai dapat beradaptasi dengan ketergantungan bayinya, terjadi peningkatan perawatan bayi dan dirinya, ibu merasa percaya diri, lebih mandiri terhadap kebutuhan bayi dan dirinya.

D. Dampak Post Sectio Caesarea Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

1. Nyeri

Biasanya dirasakan pada daerah abdomen akibat luka operasi. Untuk mengatasi rasa sakit pada klien maka anjurkan untuk melakukan Teknik relaksasi atau nafas dalam. Serta memberi therapy obat analgetik (Wahyuningsih, 2019).

2. Nutrisi

Pada ibu post partum section caesarea masih dianjurkan untuk puasa apabila ibu belum flatus dan bising usus belum terdengar untuk menghindari aspirasi. Sebagai pengganti dari makanan dan cairan, diberikan cairan infus RL, apabila klien sudah flatus dan bising usus normal klien diperbolehkan untuk minum 2 sendok tiap jam kemudian setelah itu dicoba untuk diet lunak Tinggi Kalori Tinggi Protein (TKTP) (Dian, 2020)

3. Aktivitas

Klien pasca bedah mengalami gangguan aktivitas disebabkan karena rasa nyeri yang ditimbulkan dari luka dan adanya penurunan dari kekuatan otot, sehingga aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat (Dian,2020).

4. Personal Hygiene

Menjaga kebersihan diri membantu mengurangi resiko infeksi dan memberikan kenyamanan. Ini mencakup mandi, perawatan luka, perawatan luka pasca operasi, dan perawatan gigi dan mulut, namun mungkin terbatas bagi ibu pasca operasi section caesarea (Sudarsih et al, 2023)

5. Mobilisasi

Ibu pasca operasi section caesarea dapat melakukan Gerakan grakan kaki, tangan, dan tubuhnya, serta duduk pada jam 8-12 berjalan pada 24 jam pasca operasi.

6. Resiko tinggi terjadinya infeksi

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

7. Laktasi

Setelah kelahiran bayi prolaktin dan oksitosin meningkat menyebabkan efektifitas ASI, efek ASI yang tidak adekuat menimbulkan masalah pemberian ASI yang tidak efektif pada bayi (Ferinawati dan Hartati, 2019).

8. 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 Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis, dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok dan Masyarakat yang berfokus pada identifikasi pemecahan masalah dari respon pasien terhadap penyakitnya. Komponen asuhan

keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistemis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status Kesehatan klien. Pengkajian yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Ahmad & Fitriani, 2023).

a. Identitas klien

Identitas klien meliputi : Nama, umur, alamat, Pendidikan, suku, status perkawinan, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnose medis, No Rekam Medis

b. Identitas penanggung jawab

Identitas penanggung jawab meliputi : Nama, Umur, Alamat, Pendidikan, suku, hubungan dengan pasien

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Merupakan keluhan yang paling menonjol pada saat dikaji, kemungkinan klien akan merasa nyeri di area luka operasi sc.

2) Riwayat Kesehatan sekarang

Pada Riwayat Kesehatan sekarang yang perlu dikaji yaitu jam selesai operasi, kesadaran klien, keadaan umum, letak dan ukuran dari luka operasi, juga menjelaskan tentang perjalanan penyakit yang dirasakan oleh klien post SC dengan penggunaan format P,Q,R,S,T.

P (*Paratif*/Penyebab): Apa yang menyebabkan rasa sakit atau nyeri, apakah hal yang menyebabkan kondisi memburuk atau membaik, apa yang dilakukan jika sakit atau nyeri hilang timbul, apakah nyeri mengganggu tidur.

Q (*Quality*/Kualitas): yaitu kualitas keluhan yang dirasakan klien. Keluhan yang dirasakan nyeri pada luka ibu luka post operasi sectio caesarea umumnya merasakan nyeri seperti tertusuk-tusuk atau tersayat-sayat.

R (*Region*/penyebaran): yaitu daerah dimana yang mengalami gangguan dan apakah ada penyebaran ke daerah 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*/Waktu): yaitu kapan timbulnya nyeri, bisa kadang-kadang, terus menerus, bahkan sampai beberapa lama keluhan bisa berlangsung, bisa hilang timbul.

3) Riwayat Kesehatan dahulu

Tanyakan kepada klien tentang faktor-faktor predisposisi, misalnya Riwayat penyakit yang sama dan dikaji pula Riwayat konsumsi obat-obatan.

4) Riwayat Kesehatan keluarga

Tanyakan kepada pasien apakah anggota keluarganya ada yang pernah dirawat RS atau mempunyai penyakit keturunan atau menular seperti TB paru, Diabetes, Hipertensi.

5) Riwayat obstetric dan Ginekologi

a) Riwayat obstetric

Pada pengkajian Riwayat obstetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan, maupun abortus yang dinyatakan dengan kode GPA (Gravida, Partus, Abortus), berapa kali ibu hamil, penolong persalinan, cara persalinan, penyembuhan luka persalinan, keadaan bayi saat baru lahir, berat badan lahir anak jika masih ingat. Riwayat menarche atau haid pertama kali, siklus haid apakah normal atau tidak

(normalnya 30 hari), ada tidaknya nyeri haid atau gangguan haid lainnya (Wahyuningsih, 2019).

b) Riwayat kehamilan dan persalinan

Yang perlu dinyatakan adalah usia perkawinan, ini perkawinan yang ke berapa, usia pertama kali menikah.

c) Riwayat kehamilan dan persalinan

Untuk mendapatkan data kehamilan, persalinan dan nifas perlu diketahui HPHT untuk menentukan tafsiran partus (TP), hamil pertama umur berapa, berapa kali pernah hamil, berapa kali pemeriksaan saat hamil, apakah pernah mengalami keguguran atau pendarahan, keluhan kehamilan saat ini, berapa kali imunisasi TT, umur kehamilan saat persalinan, berat badan anak saat lahir, jenis kelamin anak, keadaan anak saat lahir, keadaan ibu setelah melahirkan dan keluhan setelah melahirkan (Wahyuningsih, 2019).

6) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Pada umumnya tidak dijumpai penurunan kesadaran kemungkinan didapatkan klien tampak diam, apatis, meringis, gelisah karena nyeri serta penampilan biasanya lemah.

b) Tanda-Tanda vital

Pada klien post section caesarea, terkadang tekanan darah menurun akibat sectio caesarea, nadi kemungkinan cepat apabila klien cemas dan suhu meningkat jika terjadi infeksi (Akbar, 2023).

c) Kepala

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

d) Mata

Kaji kesimetrisan, kebersihan, warna sclera, konjungtiva dan pupil. Pada pasien dengan post SC 12 jam pertama konjungtiva tampak anemis karena telah terjadi pendarahan sebelumnya.

e) Hidung

Hidung dikaji dengan tujuan untuk mengetahui keadaan bentuk dan fungsi hidung dengan cara inspeksi dan palpasi. Inspeksi tentang kesimetrisan lubang hidung, warna kulit, adanya pembengkakan atau sumbatan dan secret. Palpasi senus maksilaris, frontalis, apakah ditemukan nyeri tekan dan dikaji fungsi penciuman.

f) Telinga

Bertujuan untuk mengetahui keadaan telinga luar, saluran telinga, gendung telinga/membrane timpani dan pendengaran. Dengan inspeksi dapat diketahui kesimetrisan telinga kiri dan kanan, warna kulit dan kebersihannya. Palpasi adanya nyeri tekan dan kaji juga pendengaran dengan menggunakan arloji dan bisikan.

g) Mulut dan gigi

Pengkajian mulut dilakukan dengan adanya pencahayaan yang baik sehingga semua bagian mulut dapat diamati dengan jelas. Inspeksi apakah ada kelainan konginetal seperti bibir sumbing, warna kebersihan gigi, dan lidah. Kemudian lakukan palpasi apakah ada pembengkakan atau nyeri tekan dan serta kaji juga tentang fungsi pengecapan baik atau tidak.

h) Leher

Pemeriksaan dimulai dengan inspeksi mengenai warna kulit, kaji adakah pembengkakan dan pergerakan kelenjar tiroid, kemudian lakukan palpasi mengenai kelenjar limfe dan kelenjar getah bening lalu lanjutkan dengan pemeriksaan mobilitas leher.

i) Dinding Dada

(1) Jantung

Lakukan auskultasi bunyi jantung lup dup, irama regular, denyut jantung normal (60-100 detak/menit).

(2) Paru-Paru

Pada paru-paru bentuk dada tidak akan yang berubah, dada pergerakannya simetris, pola nafas 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 pasca 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 nafas. Efek tersebutlah yang memungkinkan ibu akan merasa ingin batuk setelah melahirkan, saturasi akan menurun dan respirasi perafasan normal (Silfianingsih, 2022).

(3) 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 (Hayati & Sulistyawati, 2017).

h) 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 (bising usus tiap 15-20 detik), pada keadaan setelah makan maka bising usus meningkat sekitar 5-30x/menit. (Wahyuningsih, 2019).

i) Genetalia

Pada area genetalia data yang perlu dikaji adalah tentang pengeluaran lochea dimana ibu post partum pada hari pertama sampai hari ke-4 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 kateterisasi, lalu kaji lochea serosa pengeluaran secretm berwarna merah muda sampai dengan kekuning kuningan dan kemudian berubah menjadi kecoklatan terjadi pada hari ke 3 sampai hari ke 14 pasca persalinan. Selanjutnya kaji lochea alba yang terakhir, dimulai dari hari ke 14 kemudian makin lama semakin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai 1 atau 2 minggu berikutnya. Berbentuk seperti cairan putih, merupakan keluaran yang hampir tidak berwarna.

j) Ekstermitas

(1) Ekstermitas atas

Kesimetrisannya, ujung-ujung jari sianosis atau tidak, ada tidaknya oedema, klien dengan post operasi

biasanya terpasang infus dan ada keterbatasan gerak, kekuatan otot atau meningkat.

(2) Ekstermitas 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 preeklamsia setelah melahirkan, pemeriksaan varises juga 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 sectio caesarea, kekuatan otot 3 masih bisa bergerak namun terbatas. Kemudian dilakukannya pemeriksaan patella yang dilakukan pada lutut dipukul dengan tendon reflek hamer, respon normal berupa Gerakan plantar flexi kaki.

Dimana derajat reflek patella dipresentasikan secara simbolis dengan:

- (a.) 4+ : Hiperaktif dengan klonus terus-menerus
- (b.) 3+ : Hiperaktif
- (c.) 2+ : Normal
- (d.) 1+ : Hipoaktif

(e.) 0 : Tidak ada Refleks (Prawiroharjo, 2014).

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

7) Aspek psikologis, sosial, dan spiritual

a) Aspek psikologis

Pada klien hari ke 1 biasanya klien mengalami fase taking in, fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakan kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi positif terhadap lingkungan. Oleh karena itu, kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi dengan baik. Fase Talking Hold, berlangsung dalam 3 hari sampai sepuluh hari setelah melahirkan, menunjukkan bahwa ibu mengalami kekhawatiran terhadap ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya, ibu lebih sensitive sehingga mudah tersinggung.

Fase Letting go, merupakan fase dimana ibu mulai menerima tanggung jawab peran barunya, berlangsung setelah 10 hari setelah melahirkan, pada masa ini ibu mulai dapat beradaptasi dengan ketergantungan bayinya, terjadi peningkatan perawatan bayi dan dirinya, ibu merasa percaya diri, lebih mandiri terhadap kebutuhan bayi dan dirinya.

b) Aspek sosial

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

c) Spiritual

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

8) Pola aktivitas sehari-hari

a) Nutrisi

Klien setelah selesai operasi pemenuhan nutrisinya selama puasa melalui infus dan setelah 6 jam baru diberikan minum secara bertahap dan setelah 8 jam baru baru diberikan makanan lunak, tapi bila klien dengan lumbal fungsi langsung diberi makan, minum seperti biasanya,

bahkan anjurkan banyak minum. Kaji frekuensi makan, jenis makanan, nafsu makan, frekuensi minum, jenis serta jumlahnya.

b) Eliminasi BAB dan BAK

Meliputi beberapa kali BAB, konsistensi, warna, bau, dan klien dengan *post sectio caesarea* untuk BAK sudah memakai diapers.

c) Istirahat tidur

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

d) Personal Hygiene

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

e) Aktivitas

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

9) Data penunjang

Hasil pemeriksaan diagnostik dapat memberikan informasi tentang hal yang mendukung terhadap keadaan penyakit.

- a) Hemoglobin mungkin rendah akibat dari pengeluaran darah yang banyak sehingga terjadi volume plasma darah yang meningkat.
- b) Leukosit untuk mengetahui kemungkinan terjadinya infeksi atau kemungkinan terjadinya sepsis.
- c) Trombosit untuk mengetahui jumlah trombosit serta perannya dalam pembekuan darah, sehingga akan diketahui waktu pembekuan darah.
- d) Pemeriksaan jumlah tiroksin akibat pengaruh dan hormon estrogen.

2. Analisa Data

Tabel 2.3

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Gejala dan tanda mayor Subjektif: a. Mengeluh nyeri Objektif: a. Tampak meringis b. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) c. Gelisah	<i>Sectio caesarea</i> adalah tindakan insisi jaringan yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan yang merangsang reseptor nyeri untuk kemudian mengeluarkan mediator nyeri dan menimbulkan	(D.0077) Nyeri Akut

No	Data	Etiologi	Masalah
	d. Frekuensi nadi meningkat e. Sulit tidur f. Terdapat luka post SC Gejala dan tanda minor Subjektif: - Objektif: a. Tekanan darah meningkat b. Pola nafas berubah c. Nafsu makan berubah d. Proses berpikir terganggu e. Menarik diri f. Berfokus pada diri sendiri g. Diaforesis	nyeri	
2	Gejala dan tanda mayor Subjektif: a. Mengeluh sulit menggerakan ekstremitas Objektif: a. Kekuatan otot menurun b. Rentang gerak (ROM) menurun Gejala dan tanda minor Subjektif: a. Nyeri saat bergerak b. Enggan melakukan pergerakan c. Merasa cemas saat bergerak Objektif: a. Sendi kaku b. Gerakan tidak terkoordinasi c. Gerakan terbatas d. Fisik lemah	Tinadakan <i>sectio caesarea</i> menggunakan anastesi spinal dan adanya penurunan saraf ekstremitas bawah sehingga mengakibatkan gangguan mobilitas fisik	(D.0054) Gangguan Mobilitas Fisik
3	Gejala dan tanda mayor Subjektif: a. Menolak melakukan perawatan diri Objektif: a. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri	Setelah tindakan sc adanya luka post sc kemudian reseptor saraf nyeri dan menimbulkan rasa nyeri di area luka pasien menjadi takut bergerak dan membatasi pergerakan sehingga ADL	(D.0109) Defisit Perawatan Diri

No	Data	Etiologi	Masalah
	c. Minat melakukan perawatan diri kurang Gejala dan tanda minor Subjektif: - Objektif: -	terganggu dan menjadi defisit perawatan diri	
4	Definisi: Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Faktor Risiko: - Penyakit kronis (mis. Diabetes melitus) - Efek prosedur invasive - Malnutrisi - Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan - Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: - Gangguan peristaltik - Kerusakan integritas kulit - Perubahan sekresi Ph - Penurunan kerja siliaris - Ketuban pecah lama - Ketuban pecah sebelum waktunya - Merokok - Statis cairan tubuh - Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: - Penurunan hemoglobin - Imununosupresi - Leukopenia - Supresi respon inflamasi - Vaksinasi tidak adekuat Kondisi Klinis Terkait: - AIDS - Luka bakar - Penyakit paru obstruktif kronis	Luka post sectio caesarea menyebabkan adanya jaringan terbuka serta proteksi kurang lalu terjadi invasi bakteri yang menimbulkan resiko infeksi	(D.0142) Resiko Infeksi

No	Data	Etiologi	Masalah
	d. Diabetes melitus e. Tindakan invasif f. Kondisi penggunaan terapi steroid g. Penyalahgunaan obat h. Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW) i. Kanker j. Gagal ginjal k. Imunosupresi l. Lymphedema m. Leukositopenia n. Gangguan fungsi hati		
5	Gejala dan tanda mayor Subjektif: a. Kelelahan maternal b. Kecemasan maternal Objektif: a. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu b. ASI tidak menetes/memancar 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	Tindakan sectio caesarea ini akan mengalami keterlambatan proses kadar oksitoksin dan prolaktin untuk merangsang pengeluaran ASI sehingga asi tidak keluar dan terjadi Menyusui tidak efektif	(D.0029) Menyusui Tidak Efektif
6	Gejala dan Tanda mayor Subjektif: a. Mengeluh lelah Objektif: a. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat Gejala dan Tanda minor Subjektif:	Selama prosedur sc pasien diberi anestesi local, yang dapat menurunkan kesadaran dan kekuatan otot pasien sebagai efek samping. Pasien menjadi mudah lelah dan tidak bisa	D.0056 Intoleransi aktiivitas

No	Data	Etiologi	Masalah
	a. Dispnea saat/setelah aktivitas b. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas c. Merasa lemah Objektif: a. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat b. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas c. Gambaran EKG menunjukkan iskemia d. Sianosis	beraktifitas seperti sebelumnya	
7	Definisi: Beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak. Faktor Resiko: a. Keabnormalan masa prothrombin dan/atau masa tromboplastin parsial b. Penurunan kinerja ventrikel kiri c. Aterosklerosis aorta d. Diseksi arteri e. Fibrilasi atrium f. Tumor otak g. Stenosis karotis h. Miksoma atrium i. Aneurisma serebri j. Koagulopati (mis. Anemia sel sabit) k. Dilatasi kardiomiopati l. Koagulasi intravaskuler diseminata m. Embolisme n. Cedera kepala o. Hiperkolesteronemia p. Hipertensi q. Endokarditis infeksi r. Katup prostetik mekanis s. Stenosis mitral t. Neoplasma otak u. Infark miokard akut	Tekanan darah meningkat lalu ke vasokonstriksi serebral dan menyebabkan aliran darah ke otak terganggu sehingga oksigen menurun	D.0017 Resiko perfusi serebral tidak efektif

No	Data	Etiologi	Masalah
	v. Sindrom <i>sick sinus</i> w. Penyalahgunaan zat x. Terapi trombolitik y. Efek samping tindakan (mis. Tindakan operasi bypass) Kondisi Klinis Terkait: a. Stroke b. Cedera kepala c. Aterosklerotik aortic d. Infark miokard akut e. Diseksi arteri f. Embolisme g. Endokarditis infeksi h. Fibrilasi atrium i. Hiperkolesterolemia j. Hipertensi k. Dilatasi kardiomiopati l. Koagulasi intravaskular diseminata m. Miksoma atrium n. Neoplasma otak o. Segmen ventrikel kiri kinetik p. Sindrom sick sinus q. Stenosis carotid r. Stenosis mitral s. Hidrosefalus t. Infeksi otak (mis. Meningitis, ensefalitis, abses serebri)		

Sumber : (SDKI, 2017)

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung, actual, maupun potensial (SDKI, 2017). Menurut SDKI (2017) Kemungkinan diagnosa yang muncul pada pasien dengan post operasi *sectio caesarea* adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
- d. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (SC)
- e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan hormon oksitosin dan prolaktin adekuat
- f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
- g. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi

4. Perencanaan Keperawatan

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

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

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

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

Tabel 2.4 Perencanaan Keperawatan Nyeri akut

No	Intervensi	Rasional
----	------------	----------

No	Intervensi	Rasional
1	Intervensi utama: Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : 1) Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan mmperingan nyeri 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6) Idenfikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7) Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik: 8) Berikan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 9) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 10) Fasilitasi istirahat tidur 11) Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi: 12) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 13) Jelaskan strategi meredakan nyeri 14) Ajarkan Teknik nonfarmakologi Kolaborasi:	1) Untuk mengetahui Lokasi karakteristik nyeri 2) Untuk mengetahui skala nyeri 3) Untuk melihat respon 4) Untuk mengetahui faktor yang dapat memperberat dan memperingan nyeri 5) Untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan 6) Untuk mengetahui adakah gangguan yang disebabkan oleh nyeri 7) Untuk melihat efek samping analgetik 8) Untuk mengurangi rasa nyeri 9) Untuk menghindari atau menurunkan tingkat nyeri 10) Agar kebutuhan tidur terpenuhi 11) Agar strategi meredakan nyeri sesuai dengan kondisi pasien 12) Agar pasien mengetahui penyebab, periode dan pemicu nyeri 13) Agar pasien dapat meredakan nyeri secara mandiri 14) Agar pasien dapat menurunkan rasa nyeri dengan teknik nonfarmakologis 15) Untuk menghilangkan rasa

No	Intervensi	Rasional
	15) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu Intervensi utama lain: Pemberian analgetik	nyeri

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

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam

diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Nyeri menurun
- 4) Kaku sendi menurun
- 5) Gerakan terbatas menurun

Tabel 2.5 Perencanaan Keperawatan Gangguan mobilitas fisik

No	Intervensi	Rasional
1	Intervensi utama: Dukungan Mobilisasi (I.05173) 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 Terapeutik:	1) Untuk mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik yang mengganggu 2) Untuk mengetahui adanya toleransi fisik dalam melakukan Gerakkan 3) Untuk mengetahui frekuensi nadi dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4) Agar pasien terbantu saat

No	Intervensi	Rasional
	4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 5) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 6) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi: 7) Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi 8) Anjurkan melakukan mobilisasi dini 9) Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur) Intervensi utama: Dukungan Ambulasi Intervensi Pendukung: Dukungan kepatuhan program pengobatan edukasi Teknik ambulasi, manajemen nyeri, pemberian obat.	melakukan mobilisasi 5) Agar sendi sendi tidak kaku 6) Agar keluarga dapat membantu pasien dalam melakukan mobilisasi 7) Agar pasien tahu tujuan dan prosedur dari dilakukannya mobilisasi 8) Agar mobilisasi dilakukan sesuai kondisi pasien 9) Agar pasien bisa melakukan pergerakan sedikit-sedikit

c. Defisit Perawatan diri Berhubungan dengan kelemahan (D.0109)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam maka

diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Kemampuan mandi meningkat
- 2) Kemampuan menggerakkan pakaian meningkat
- 3) Kemampuan makan meningkat
- 4) Kemampuan ke toilet BAB/BAK meningkat
- 5) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat

Tabel 2.6 Perencanaan Keperawatan Defisit perawatan diri

No	Intervensi	Rasional
1	Intervensi utama: Dukungan Perawatan Diri (I.11348) Observasi: 1) Identitas kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Monitor tingkat kemandirian 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Terapeutik: 4) Sediakan lingkungan yang terapeutik 5) Siapkan keperluan pribadi 6) Dampingi dalam melakukan perawatan diri 7) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi: 9) Ajarkan melakukan diri secara konsisten sesuai kemampuan Intervensi utama lain: Dukungan perawatan Diri: BAB/BAK, berhias, Berpakaian, Makan/Minum, Mandi Intervensi Pendukung: Dukungan pemeliharaan rumah, edukasi pencegahan luka tekan, pengaturan posisi, perawatan luka, perawatan persalinan.	1) Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas sesuai usia pasien 2) Untuk mengetahui tingkat kemandirian pasien 3) Untuk mengetahui kebutuhan alat bantu 4) Agar pasien merasakan nyaman 5) Untuk menunjang dalam perawatan diri pasien 6) Agar pasien terbantu 7) Agar pasien memahami keadaan ketergantungan 8) Agar kebersihan diri terjaga 9) Agar perawatan diri terjadwal

d. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive (SC) (D.0142)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam

diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Demam menurun
- 2) Kemerahan menurun
- 3) Nyeri menurun
- 4) Bengkak menurun

Tabel 2.7 Perencanaan Keperawatan Resiko infeksi

No	Intervensi	Rasional
1	Intervensi utama: Pencegahan infeksi (I.14564) Observasi: 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik: 2) Batasi jumlah pengunjung 3) Berikan perawatan kulit pada daerah edema 4) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien 5) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi: 6) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7) Ajarkan cara mencuci tangan yang benar 8) Ajarkan etika batuk 9) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau operasi 10) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11) Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi:	1) Untuk mengetahui ada tidaknya infeksi yang terjadi 2) Untuk mencegah terjadinya penyebaran infeksi 3) Agar luka terawat 4) Untuk menghindari terjadinya infeksi 5) Agar tidak terjadi infeksi 6) Agar pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi 7) Untuk menghindari infeksi 8) Untuk menghindari infeksi 9) Agar pasien tahu cara memeriksa kondisi luka 10) Untuk menunjang Kesehatan 11) Untuk menunjang kesembuhan 12) Untuk membantu mengurangi infeksi bakteri

No	Intervensi	Rasional
	12) Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu	

e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan Hormon oksitosin dan prolaktin adekuat (D.0028)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam maka diharapkan kemampuan memberikan ASI secara langsung dari payudara kepada bayi membaik dengan kriteria hasil:

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

Tabel 2.8 Perencanaan Keperawatan Menyusui tidak efektif

No	Intervensi	Rasional
1	Intervensi utama: Edukasi menyusui (I.12393) Observasi: 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik: 3) Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 4) Jadwalkan Pendidikan Kesehatan	1) Untuk mengetahui kesiapan pasien 2) Agar mengetahui keinginan pasien terhadap menyusui bayinya 3) Untuk menunjang saat pelaksanaan Pendidikan Kesehatan 4) Agar pasien siap saat diberikan

No	Intervensi	Rasional
	5) Berikan kesempatan untuk bertanya 6) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 7) Libatkan sistem pendukung, suami, keluarga, tenaga Kesehatan Edukasi: 8) Berikan konseling menyusui 9) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 10) Ajarkan 4 posisi menyusui 11) Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. Memerah ASI, pijat oksitosin, pijat payudara) Intervensi utama lain: Konseling Laktasi Intervensi pendukung: Dukungan emosional, edukasi nutrisi bayi, edukasi orangtua: fase bayi, konseling nutrisi, pemberian kesempatan mengisap pada bayi, pemeriksaan payudara, perencanaan pulang, promosi perlekatan, reduksi ansietas, terapi relaksasi	Pendidikan Kesehatan 5) Agar pasien bisa bertanya 6) Agar pasien semangat untuk menyusui bayinya 7) Agar pasien merasa lebih percaya diri untuk menyusui bayinya 8) Agar pasien paham mengenai menyusui 9) Agar pasien mengetahui manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 10) Agar pasien tahu posisi menyusui yang baik dan benar 11) Agar produksi ASI meningkat

f. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan toleransi aktivitas meningkat.

- 1) Frekuensi nadi meningkat
- 2) SPO meningkat

- 3) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat
- 4) Kecepatan berjalan meningkat
- 5) Jarak berjalan meningkat
- 6) Kekuatan tubuh bagian atas meningkat
- 7) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat
- 8) Toleransi dalam menaiki tangga meningkat
- 9) Keluhan Lelah menurun
- 10) Dispnea saat aktivitas menurun
- 11) Dispnea setelah aktivitas menurun
- 12) Perasaan lemah menurun
- 13) Aritmia saat aktivitas menurun
- 14) Aritmia setelah aktivitas menurun
- 15) Sianosis menurun
- 16) Warna kulit membaik
- 17) Tekanan darah membaik
- 18) Frekuensi nafas membaik
- 19) EKG iskemia membaik

Tabel 2.9 Perencanaan Keperawatan Intoleransi Aktivitas

No	Intervensi	Rasional
1	Manajemen energy (I.12379) Observasi 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional	1) Untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang dialami pasien akibat kelelahan 2) Untuk mengetahui tingkat kelelahan fisik dan emosional pasien

No	Intervensi	Rasional
	3) Monitor pola tidur 4) Monitor Lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik: 5) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 6) Lakukan Latihan gerak rentang pasif dan aktif 7) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 8) Fasilitasi duduk disisi tempat tidur jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi: 9) Anjurkan tirah baring 10) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 11) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 12) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi: 13) Kolaborasi dengan ahli gizi tetntang cara meningkatkan asupan makanan	3) Untuk mengetahui pola tidur pasien 4) Untuk mengetahui Lokasi dan tingkat ketidaknyamanan pasien selama melakukan aktivitas 5) Untuk memberikan rasa nyaman bagi pasien 6) Untuk meningkatkan dan melatih massa otot dan gerak ekstremitas pasien 7) Untuk mengalihkan rasa ketidaknyamanan yang dialami pasien 8) Untuk melatih gerak mobilisasi pasien selama di rawat 9) Untuk memberikan kenyamanan pasien saat beristirahat 10) Untuk menunjang proses kesembuhan pasien secara bertahap 11) Agar perawat bisa dengan segera mengkaji dan merencanakan Kembali tindakan keperawatan yang bisa di berikan 12) Agar pasien dapat mengatasi kelelahannya 13) Untuk memaksimalkan proses penyembuhan pasien

g. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi (D.0017)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka

diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Tingkat kesadaran meningkat (5)

- 2) Tekanan intra kranial menurun (5)
- 3) Sakit kepala menurun (5)
- 4) Nilai rata-rata tekanan darah membaik (5)
- 5) Tekanan darah diastolic membaik (5)
- 6) Gelisah menurun (5)

Tabel 2.10 Perencanaan Keperawatan Perfusi serebral tidak efektif

No	Intervensi	Rasional
1	Manajemen peningkatan tekanan intra kranial (I.06198) Observasi 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) 3) Monitor MAP 4) Monitor CVP 5) Monitor PAWP 6) Monitor PAP 7) Monitor ICP 8) Monitor CPP 9) Monitor gelombang ICP 10) Monitor status pernafasan 11) Monitor intake dan output cairan 12) Monitor cairan serebro spinalis (mis. Warna, konsistensi)	1) Untuk mengetahui penyebab TIK 2) Agar mengetahui tanda dan gejala peningkatan TIK 3) Agar mengetahui nilai MAP 4) Agar mengetahui nilai CVP 5) Agar mengetahui nilai PAWP 6) Untuk mengetahui nilai PAP 7) Untuk mengetahui nilai ICP 8) Untuk mengetahui nilai CPP 9) Untuk mengetahui gelombang ICP 10) Untuk memantau respirasi 11) Untuk mengetahui intake dan output cairan klien 12) Untuk mengetahui cairan serebro spinalis 13) Pasien tampak

No	Intervensi	Rasional
	Terapeutik: 13) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 14) Berikan posisi semi fowler 15) Hindari maneuver valsava 16) Cegah terjadinya kejang 17) Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi: 18) Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 19) Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu 20) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	nyaman/tenang 14) Supaya klien tampak nyaman 15) Untuk menghindari potensi risiko serius pada system kardiovaskular 16) Untuk menghindari kejang 17) Untuk menjaga fungsi system saraf pusat 18) Untuk mengatasi kejang dan menenangkan 19) Untuk mengurangi edema serebral 20) Untuk mengatasi konstipasi atau mencegah konstipasi

5. Implementasi Keperawatan

Setelah rencana keperawatan tersusun, selanjutnya diterapkan tindakan yang nyata untuk mencapai hasil yang diharapkan berupa kekurangannya atau hilangnya masalah klien. Tahap implementasi ini terdiri dari beberapa kegiatan, yaitu validasi rencana keperawatan, menuliskan atau mendokumentasikan rencana keperawatan, serta melanjutkan pengumpulan data.

Saat melakukan implementasi keperawatan, tindakan harus mendetail dan jelas supaya semua tenaga keperawatan dapat menjalankannya dengan baik dalam waktu yang ditentukan. Perawat dapat

melaksanakan langsung atau bekerja sama dengan para tenaga pelaksana lainnya (Ratnawati, 2017).

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan akhir dari proses keperawatan, dimana perawat menilai hasil yang diharapkan terhadap perubahan dari klien dan menilai sejauh mana masalah klien dapat diatasi. Di samping itu, perawat juga memberikan umpan balik atau pengkajian ulang, seandainya tujuan yang ditetapkan belum tercapai, maka dalam hal ini proses keperawatan dapat dimodifikasikan (Ratnawati, 2017).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tujuan kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas klien

Nama	: Ny. N
Umur	: 23 Tahun
Tanggal lahir	: 23-11-2002
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Suku/bangsa	: Sunda
Tanggal masuk	: 01 Mei 2025
Tanggal pengkajian	: 01 Mei 2025
No Rm	: 01447126
Diagnosa Medis	: P1A0 Post SC PEB
Alamat	: Kp. Lawang biru

2) Identitas penanggung jawab

Nama	: Tn. Y
Umur	: 23 Tahun

Agama : Islam
Pekerjaan : Wiraswasta
Hubungan dengan pasien : Suami
Alamat : Kp. Lawang biru

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Klien mengeluh nyeri area luka post op diperut bagian bawah

2) Riwayat Kesehatan sekarang

Pada tanggal 01 Mei 2025 pukul 14.15, klien mengeluh nyeri pada luka sectio caesarea. Nyeri bertambah berat apabila pasien bergerak dan pasien tampak bersikap protektif pada daerah luka. Nyeri dirasakan klien seperti disayat-sayat. Nyeri hanya dirasakan dibagian perut saja pada luka post operasi. Skala nyeri 7 (0-10). Nyeri hilang timbul, nyeri dirasakan klien saat bergerak dan hilang saat diberi obat.

3) Riwayat Kesehatan dahulu

Menurut penuturan klien, klien belum pernah dirawat di RS apalagi sampai di operasi, klien juga mengatakan tidak menderita penyakit parah yang memerlukan perawatan khusus, dan klien tidak memiliki penyakit menular ataupun penyakit genetik/keturunan yang dapat memperberat masa kehamilan dan nifas.

4) Riwayat Kesehatan keluarga

Klien mengatakan bahwa dikeluarganya tidak ada yang pernah mengalami riwayat peb, klien mengatakan di keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit menular sexual dan penyakit keturunan seperti DM, hipertensi, jantung, dan lain-lain.

5) Riwayat obstetri dan Ginekologi

a) Riwayat Menstruasi

Menarche	: 11 Tahun
Lama	: 7 Hari
Siklus	: 28 Hari
Teratur atau tidak	: Teratur
HPHT	: 28-09-2024
HPL	: 01 Mei 2025
Taksiran Persalinan	: 05 Juni 2025

b) Riwayat perkawinan

Lama Pernikahan	: 1 Tahun
Pernikahan ke berapa	: Ke 1

c) Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang P1A0, usia kehamilan 32 minggu, BB sebelum hamil 80kg BB saat hamil 90kg, saat hamil klien mengalami kenaikan BB 10kg, TB klien 160cm.

d) Keadaan kehamilan saat ini

(1) Pada saat trimester I klien mengeluh sering mual dan muntah namun tidak berlebih

(2) Pada saat trimester II klien mengatakan mengeluh mual dan muntah tetapi tidak sesering pada trimester I

(3) Pada saat trimester III klien mengatakan tidak ada keluhan yang berat, hanya saja gelisah Ketika saat ingin tidur

(4) Riwayat *anteanatal care* (ANC)

Klien mengatakan sebelumnya rutin memeriksa kehamilannya ke bidan 2 kali 1 minggu, dalam setiap pemeriksaan baik tidak ada kekurangan nutrisi.

e) Riwayat KB

Klien mengatakan sebelumnya belum pernah memasang jenis KB apapun.

f) Riwayat persalinan

Pada tanggal 01 Mei 2025 Pasien datang ke puskesmas untuk melahirkan, saat dilakukan pemeriksaan, hasil tekanan darah pasien meningkat yaitu 170/100 mmHg, DJJ 130x/Menit kemudian puskesmas merujuk pasien ke RSUD dr. Slamet karena suspek preeklamsia. Saat di RSUD Tekanan darah pasien menurun yaitu 160/100 mmHg Namun hasil

lab menunjukkan adanya proteinuria 3+ Dokter memutuskan untuk operasi sc sehingga pasien dijadwalkan untuk operasi sc pada pukul 11.00.

g) Data kelahiran : pada tanggal 01 Mei 2025 klien dibawa ke ruang operasi untuk dilakukan tindakan Sectio Caesarea, dan Bayi lahir pada pukul 12.05 dengan jenis kelamin Perempuan dengan berat 1800 gram dan Panjang badan 49 cm. sejak lahir klien belum memberikan bayinya ASI karena bayi dirawat di ruang perinatology dan ibu terpisah ruangan.

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Kesadaran	: Composmentis
GCS	: 15 (E:4 V:5 M:6)
Keadaan umum	: Tampak lemah
BB saat hamil	: 90 kg
BB sebelum hamil	: 80 kg
TB	: 160 cm

2) Tanda-Tanda Vital

TD	: 160/100 mmHg
N	: 94x/menit
RR	: 21x/menit
S	: 36,4°C

SPO² : 97%

3) Kepala

a) Kepala, rambut, dan wajah

Warna rambut hitam, rambut sebau, rambut ikal dan tampak kusut, penyebaran rambut merata, kulit kepala tampak kotor, bentuk kepala bulat, tidak terdapat benjolan ataupun nyeri tekan pada kepala.

b) Mata

Kedua mata klien simetris antara kiri dan kanan, konjungtiva merah muda, seklera putih, bola mata dapat digerakan ke segala arah, reflex pupil baik terbukti Ketika mata klien diberi rangsangan Cahaya pupil mengecil, fungsi penglihatan berfungsi dapat melihat objek yang jauh dan dekat atau melihat kondisi di sekitar, keadaan mata bersih tidak ada kotoran. Saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan.

c) Hidung

Lubang hidung simetris antara kanan dan kiri, hidung bersih tidak ada secret, tidak ada sinus, fungsi penciuman berfungsi dengan baik, tidak ada pernafasan cuping hidung. Saat dipalpasi, tidak ada nyeri tekan.

d) Teling

Letak telinga simetris antara kiri dan kanan, tidak ada serumen, fungsi pendengaran berfungsi terbukti klien dapat menjawab pertanyaan yang dilontarkan perawat, tidak memakai alat bantu pendengaran.

e) Mulut dan gigi

Mukosa bibir lembab, gigi tampak bersih, jumlah gigi, lengkap, tidak terdapat stomatitis, refleks menelan baik.

4) Leher

Tidak terdapat nyeri tekan tidak terdapat benjolan, tidak ada peningkatan jvp, tidak ada peningkatan kelenjar tiroid, tidak terdapat getah bening, pergerakan leher baik dapat menengok ke kanan dan kiri.

5) Dinding Dada

a) Paru-paru

Pengembangan dada simetris kiri dan kanan, bentuk dada normal, tidak ada jejas, tidak ada retraksi dada, frekuensi nafas 20x/menit, tidak ada benjolan. Perkusi paru sonor, bunyi nafas vesikuler.

b) Jantung

Irama jantung reguler, terdengar bunyi jantung S1 dan S2.

c) Payudara

Payudara simetris kanan dan kiri, puting susu tidak menonjol, areola berwarna hitam, ASI belum keluar, tidak terdapat nyeri tekan, dan tidak terdapat benjolan.

6) Abdomen

Bentuk abdomen cembung, terdapat luka post sc horizontal yang ditutup perban dengan Panjang $\pm$ 12cm, tidak terdapat rembesan darah, terdapat nyeri tekan dan di kulit perut tidak terdapat *striae gravidarum*, terdapat linea nigra. Kontraksi uterus teraba keras, TFU berada 1 jari di bawah pusat, tidak terdapat distensi kandung kemih, bising usus 6x/menit, diastatis rectus abdominis dengan lebar kurang dari 2 jari atau sekitar 2,5 cm.

7) Genetalia

Genetalia, keadaan genetalia kotor, sudah ganti pembalut, 1 kali terdapat lochea rubra, klien terpasang selang kateter, urin yang keluar 100 cc dalam urin bag. Perineum dan anus tampak utuh. Pada anus tidak ada hemoroid.

8) Ekstremitas

a) Ekstremitas Atas

Klien tampak terbaring, pergerakan tangan dapat digerakan, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan dan tangan kanan terpasang infus RL 20tpm, kulit berwarna

sawo matang kekuatan otot penuh, CRT <3 detik, Turgor kulit <2 detik.

b) Ekstremitas Bawah

Pada ekstremitas bawah tidak ada edema, reflex patella (2+), human sign negative tidak ada varises, saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan tetapi kaki masih susah digerakan, kekuatan otot 4/4, pasien masih takut untuk bergerak karena merasa sakit, CRT <3 detik, Turgor kulit <2 detik.

d. Konsep diri

1) Identitas diri

Klien seorang Perempuan dengan usia 35 tahun, klien beragama islam.

2) Peran diri

Klien berperan sebagai istri dari suaminya dan seorang ibu dari anaknya.

3) Ideal diri

Klien mengatakan ingin cepat bertemu dengan anaknya dan ingin segera pulang agar bisa merawat anaknya.

4) Harga diri

Klien merasa sangat dihargai oleh suaminya, keluarga dan ingin segera pulang.

5) Gambaran diri

Klien merasa terdapat perubahan pada dirinya seperti peran baru klien memiliki 1 orang anak dan perubahan pada tubuhnya seperti peningkatan BB, perubahan bentuk tubuh dan lain-lain selama periode post operasi. Namun perubahan tersebut tidak berpengaruh pada perilaku dan adaptasinya terhadap pengasuhan bayi.

e. Aspek psikologis

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

f. Aspek sosial

Hubungan klien dengan keluarganya baik, terbukti banyak keluarga yang menjaga klien. Pola komunikasi klien baik, terbukti klien dapat berkomunikasi dengan baik dan benar.

g. Aspek spiritual

Klien adalah seorang muslim dan klien selalu berdoa untuk kesembuhannya.

h. Pola koping

Apabila klien mempunyai masalah, klien selalu memecahkan masalahnya dengan cara bermusyawarah Bersama suaminya dan keluarganya.

i. Kebiasaan seksual

Hubungan seksual sebelum masa nifas klien tidak memiliki gangguan dalam berhubungan suami istri, setelah masa nifas klien dan suami sepakat tidak melakukan hubungan suami istri setelah masa nifas selesai dan klien beserta suami sepakat merencanakan akan menggunakan alat kontrasepsi.

j. Pola aktivitas sehari-hari

Tabel 3.1 Pola aktivitas sehari-hari

No	Jenis Aktivitas	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1	Nurisi a. Makanan Jenis Frekuensi Porsi Cara Keluhan b. Minuman Jenis Frekuensi Cara	Nasi, lauk pauk, sayur 3x sehari 1 porsi Mandiri Tidak ada Air putih, susu, teh 6-8 gelas/hari Mandiri	Sedang puasa
2	Eliminasi a. BAB		

No	Jenis Aktivitas	Di Rumah	Di Rumah Sakit
	Frekuensi Konsistensi Warna Bau b. BAK Frekuensi Warna Bau	2x sehari Padat Coklat Khas feses 10x sehari Kuning jernih Khas urine	Belum BAB Terpasang kateter kuning keruh Khas urine
3	Pola Istirahat a. Tidur siang Berapa lama Keluhan b. Tidur malam Berapa lama Keluhan	1 jam Tidak ada 6-7 jam Tidak ada	Belum istirahat atau tidur
4	Personal Hygiene a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Ganti baju e. Cara	3x sehari 3x sehari 1 minggu sekali 3x sehari mandiri	Belum melakukan perawatan diri Di bantu
5	Mobilitas a. Aktifitas yang dilakukan b. Olahraga c. Keluhan	Ibu rumah tangga 1x/minggu Tidak ada	Beadrest - Nyeri saat bergerak, keterbatasan gerak

k. Data Penunjang

Tanggal Hasil Lab: 28 April 2025 14.00 WIB

Tabel 3.2 Hasil Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai normal
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	11,1	g/dl	13-16
Hematokrit	34	%	35-47
Jumlah leukosit	12,580	/mm ³	3.800-10.600
Jumlah trombosit	265,000	/mm ³	150.000-440.000

Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai normal
Jumlah eritrosit	4,01	Juta/mm ³	3,6-5,8
Nitrit	Negatif	-	Negatif
Protein	+1	-	Negatif
Glukosa	Negatif	-	Negatif
Keton	Negatif	-	Negatif
Urobilinogen	+1	-	Normal
Bilirium	Negatif	-	Negatif
Blood urine	+3	-	Negatif

1. Terapi medis

Tanggal: 28 April 2025

Tabel 3.3 Terapi Medis

No	Nama obat	Dosis	Pemberian	Kegunaan
1	Infus RL	20 tpm	IV	Cairan elektrolit
2	Ketorolac	3x30 mg	IV	Analgetik
3	Metronidazole	3x500 mg	IV	Antibiotik
4	Cefotaxim	2x1gr	IV	Antibiotik

2. Analisa Data

Tabel 3.4 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Data subjektif: 1) Klien mengeluh nyeri pada luka post Sc 2) Klien mengatakan nyeri seperti di sayat-sayat dan nyeri hilang timbul 3) Klien mengatakan nyeri bertambah Ketika klien bergerak	Sectio Caesarea adalah tindakan transisi jaringan yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan yang merangsang reseptor nyeri untuk kemudian mengeluarkan mediator nyeri dan menimbulkan nyeri	Nyeri akut

No	Data	Etiologi	Masalah
	Data objektif: 1) Pasien tampak meringis 2) Terdapat luka post sc dengan ukuran 9 cm skala nyeri 7 (0-10) 3) TD: 145/90 mmHg 4) N : 94x/menit		
2	Data subjektif: 1) Klien mengeluh sulit menggerakkan kakinya Data objektif: 1) Keadaan umum klien tampak lemah 2) Kekuatan otot ekstremitas atas 5/5 dan ekstremitas bawah 4/4 3) Klien masih takut untuk bergerak	Tindakan sectio caesarea menggunakan anastesi spinal dan adanya penurunan saraf ekstremitas bawah sehingga mengakibatkan gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik
3	Data subjektif: - Data objektif: 1) Terdapat luka post sc 2) Panjang luka ±12 cm 3) Leukosit 12,580	Luka post sectio caesarea menyebabkan adanya jaringan terbuka serta proteksi kurang lalu terjadi invasi bakteri yang menimbulkan resiko infeksi	Resiko infeksi
4	Data subjektif: 1) Klien mengatakan tidak mampu melakukan perawatan diri karena keterbatasan gerak Data objektif: 1) Klien tampak lemah, keterbatasan gerak pada ekstremitas bawah, serta kulit klien tampak kotor	Kontraksi uterus mengakibatkan involusi tidak adekuat menyebabkan perdarahan hemoglobin yang menurun dapat menyebabkan kurangnya O ₂ Sehingga terjadi kelemahan dan menyebabkan defisit perawatan diri	Defisit perawatan diri

No	Data	Etiologi	Masalah
	teraba lengket.		
5	Data subjektif: 1) Klien mengatakan air susunya belum keluar 2) Klien mengatakan tidak mengetahui cara menyusui yang benar Data objektif: 1) Payudara lembek 2) Puting tenggelam 3) ASI tidak memancar 4) Bayi rawat pisah 5) Bayi premature	Adanya proses laktasi, Proses tidak sempurna karena support system tidak mendukung dan suasana rumah sakit tidak mendukung psikologis ibu sehingga merangsang stress. Hal tersebut dapat mengganggu proses laktasi menyebabkan payudara bengkak, ASI sulit keluar dan menjadi menyusui tidak efektif	Menyusui tidak efektif

3. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Proritas

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

Data subjektif:

- 1) Klien mengeluh nyeri pada luka post sc
- 2) Klien mengatakan nyeri seperti di sayat-sayat dan nyeri hilang timbul
- 3) Klien mengatakan nyeri bertambah Ketika klien bergerak

Data objektif:

- 1) Pasien tampak meringis
- 2) Terdapat luka post sc dengan ukuran ± 12 cm skala nyeri 7 (0-10)
- 3) Td : 145/90 mmHg
- 4) N : 94x/menit

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

Data subjektif:

- 1) Klien mengeluh sulit menggerakkan kakinya

Data Objektif:

- 1) Keadaan umum klien tampak lemah
 - 2) Kekuatan otot ekstremitas atas 5/5 dan ekstremitas bawah 4/4
 - 3) Klien masih takut untuk bergerak
- c. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive (SC)
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan:

Data subjektif:

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

Data objektif:

- 1) Klien tampak lemah, keterbatasan gerak pada ekstremitas bawah, kulit klien tampak kotor dan teraba lengket.
- e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks oksitosin ditandai dengan :

Data subjektif:

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

Data objektif:

- 1) Payudara lembek
- 2) Putting tenggelam

3) ASI tidak memancar

4. Proses Keperawatan

Tabel 3.5 Proses Keperawatan Pada Ny.N

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intevensi	Rasional		
1	Nyeri akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1) Keluhan nyeri menurun (skala nyeri 5) 2) Meringis menurun	Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri Terapeutik 3) Berikan terapi non farmakologis (relaksasi nafas dalam) 4) Fasilitasi istirahat tidur Edukasi 5) Jelaskan penyebab periode dan	1) Untuk mengetahui lokasi, karakteristik nyeri 2) Untuk mengetahui skala nyeri pasien 3) Untuk mengetahui rasa nyeri 4) Untuk mengetahui kebutuhan istirahat tidur pasien 5) Agar pasien paham penyebab priode dan	01 Mei 2025 Pukul 16.00 WIB 1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik nyeri pasien dengan hasil: Pasien mengeluh nyeri pada perutnya bekas operasi sc, nyeri seperti tersayat-sayat, nyeri hanya bagian perut, nyeri hilang timbul saat bergerak dan hilang saat istirahat. 2) Mengidentifikasi skala nyeri pasien dengan hasil: Pasien mengatakan skala	01 Mei 2025 Pukul 17.30 WIB S: Pasien mengatakan merasa nyeri dan nyeri hilang saat diberi obat O: 1) Skala nyeri 6 (0-10) 2) Pasien tampak meringis namun sedikit tenang 3) Hasil TTV TD: 140/90 N: 94x/menit A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1-4

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intevensi	Rasional		
			pemicu nyeri Kolaborasi 6) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	pemicu nyeri 6) Untuk meredakan rasa nyeri	nyerinya 7 (0-10) Pukul 16.30 WIB 3) Memberikan teknik non farmakologis relaksasi nafas dalam dengan hasil: Pasien merasa sedikit rileks Pukul 16.50 WIB 4) Menganjurkan pasien untuk tidur dengan hasil: Pasien tidur setelah diberikan terapi obat Pukul 17.00 WIB 5) Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri dengan hasil: Pasien paham terhadap penjelasan yang diberikan	RIFKA SALSABILA

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intevensi	Rasional		
					Pukul 17.20 WIB 6) Memberikan obat analgetik Keterolac 30 mg Hasil: Respon pasien masih tampak meringis dan masih nyeri RIFKA SALSABILA	
2	Gangguan Mobilitas fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam maka diharapkan gangguan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat	Observasi 1) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	1) Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan pasien dalam melakukan pergerakan 2) Untuk mengetahui berhasil tidaknya intervensi dukungan mobilisasi	01 Mei 2025 Pukul 17.38 WIB 1) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: Pasien mengatakan masih takut untuk bergerak Pukul: 17.45 2) Memonitor kondisi umum selama melakukan	01 Mei Pukul 18.35 WIB S: Klien mengeluh sulit menggerakkan kakinya O: a. Klien tampak lemah b. Kekuatan otot 5 5

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
		3) Rentan gerak ROM meningkat	Terapeutik 3) Fasilitasi mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 4) Fasilitasi melakukan pergerakan: a) 0-6 jam : Menggerak an tangan, kaki, dan jari-jari b) 6-12 jam : miring kanan miring kiri c) 12-24 jam : duduk semi flower d) >24 jam berjalan Edukasi 5) Jelaskan	3) Agar memudahkan klien 4) Agar pasien mampu melakukan mobilisasi sederhana secara mandiri 5) Agar klien tau	mobilisasi Hasil: pasien tampak lemah Pukul: 17.55 WIB 3) Memfasilitasi mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) Pukul: 18.05 WIB 4) Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Hasil: Pasien dapat memahami apa yang disampaikan Pukul: 18.25 WIB 5) Mengajarkan	4 4 c. Kegiatan ADL masih di bantu A: masalah teratasi Sebagian P: Lanjutkan intervensi 1-6 RIFKA SALSABILA

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intevensi	Rasional		
			tujuan dan prosedur mobilisasi 6) Anjurkan melakukan mobilisasi Kolaborasi:-	tujuan dari Mobilisasi 6) Agar klien paham	melakukan mobilisasi Hasil: Pasien dapat mengikuti yang diperintahkan RIFKA SALSABILA	
3	Resiko infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan resiko infeksi menurun dengan kriteria hasil 1) Nyeri menurun 2) Kemerahan menurun 3) Bengkak menurun	Observasi 1) Monitor tanda dan gejala lokal sistemik Tetapeutik 2) Batasi jumlah pengunjung 3) Berikan perawatan	1) Untuk memonitor tanda dan gejala infeksi 2) Untuk menghindari kontaminasi dari luar yang dapat membahayakan pasien 3) Untuk merawat luka dan area	01 Mei 2025 Pukul: 18.50 WIB 1) Memonitor tanda dan gejala lokal sistemik Hasil: Leukosit di atas normal 12.580 2) Memberikan perawatan kulit di area luka Hasil: Untuk membersihkan luka agar tidak terjadinya infeksi	01 Mei 2025 Pukul: 19.15 S: a. Pasien mengeluh nyeri pada luka post sc O: a. Terdapat luka post sc b. Panjang luka 12 cm A: Masalah teratasi Sebagian P: Lanjutkan

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intevensi	Rasional		
			luka dari POD 2 4) Pertahankan tehnik aseptik pada pasien resiko tinggi Kolaborasi: 5) Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu	yang beresiko 4) Untuk menjaga kebersihan dan mempertahankan area beresiko infeksi 5) Untuk mencegah terjadinya infeksi	3) Mempertahankan tehnik aseptic pada pasien resiko tinggi Hasil: Mencuci tangan sebelum tindakan Pukul :19.00 4) Mengkolaborasi pemberian antibiotic Cefotaxime 1 gr IV Metronidazole 100 ml IV Hasil: - RIFKA SALSABIA	intervensi 1-4 RIFKA SALSABILA
4	Defisit perawatan diri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam maka diharapkan kemampuan perawatan diri meningkat dengan	Observasi: 1) Monitor tingkat kemandirian	1) Untuk mengetahui tingkat kemandirian pasien saat ini sehingga dapat	01 Mei 2025 Pukul: 19.30 WIB 1) Mengkaji tingkat kemandirian Respon: -Pasien tidak bisa melakukan perawatan diri	01 Mei 2025 Pukul:20.05 WIB S: a. Pasien mengatakan merasa lebih nyaman setelah

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intevensi	Rasional		
		kriteria hasil: 1) Kemampuan mandi meningkat 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3) Kemampuan ke toilet meningkat 4) Mempertahankan kebersihan diri meningkat	Terapeutik: 2) Sediakan lingkungan yang terapeutik 3) Siapkan keperluan pribadi 4) Dampingi dalam melakukan perawatan diri 5) Bantu pasien dalam melakukan	diidentifikasi 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 salah satu bentuk empati kepada pasien 5) Agar area perineum tidak lembab dan tetap	karena nyeri pada bagian perutnya Pukul: 19.45 WIB 2) Membereskan alat dan barang di dekat tempat tidur pasien Respon: Barang dan alat pasien mudah di gapai pasien Pukul: 19.50 WIB 3) Mendekatkan pakaian pasien Respon: Pasien mudah menggapai pakaiannya Pukul: 19.55 WIB 4) Membantu pasien memakai baju	dipakaikan pakaian baru b. Pasien mengatakan badannya masih terasa lengket O: a. Pasien tampak rapi dengan baju baru b. Daerah perineum pasien tampak bersih c. Rambut masih tampak lepek d. Lingkungan pasien tampak rapih dan

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intevensi	Rasional		
			perawatan perineum Edukasi: 6) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten Kolaborasi:-	bersih untuk mengurangi tinggi resiko tingkat infeksi 6) Agar pasien dapat melakukan perawatan diri secara konsisten	Kembali setelah operasi Respon: Pasien mengatakan merasa lebih nyaman Pukul: 19.57 WIB 5) Melakukan perawatan perineum dan membantu pasien memakai pembalut Respon: Pasien mengatakan lebih nyaman saat sudah perineum dibersihkan Pukul: 20.00 WIB 6) Menganjurkan pasien untuk melakukan perawatan diri	bersih e. Perawatan diri pasien masih dibantu keluarga A: Masalah defisit perawatan diri teratasi Sebagian P: Lanjutkan intervensi 1-6 RIFKA SALSABILA

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intevensi	Rasional		
					sedikit demi sedikit secara konsisten Respon: Pasien mengatakan akan mencobanya jika nyeri berkurang RIFKA SALSABILA	
5	Menyusui tidak efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam maka diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil 1) Tetesan ASI meningkat 2) Suplai ASI adekuat meningkat 3) Intake meningkat 4) Hisapan	Observasi 1) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik: 2) Jadwalkan penkes sesuai kesepakatan 3) Berikan kesempatan bertanya	1) Untuk mengetahui tujuan dan keinginan dalam menyusui 2) Untuk memberikan penkes secara terjadwal 3) Untuk mengetahui sejauh mana pemahaman	01 Mei 2025 Pukul: 20.15 WIB 1) Mengidentifikasi tujuan dan keinginan menyusui Hasil: Ibu ingin segera menyusui bayinya 2) Menjadwalkan penkes teknik perlekatan bayi saat menyusui sesuai kesepakatan Hasil: Pasien	01 Mei 2025 Pukul: 20. WIB S: a. Klien mengatakan air susunya belum keluar b. Klien mengatakan tidak mengetahui cara menyusui yang benar O:

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intevensi	Rasional		
		bayi meningkat 5) Kecemasan maternal menurun	Edukasi: 4) Berikan konseling menyusui 5) Lakukan teknik hoffman 6) Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (latch in) dengan benar 7) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 8) Ajarkan pijat payudara payudara	pasien atau keluarga tentang materi yang telah di sampaikan 4) Klien dapat mengetahui perawatan payudara 5) Agar puting susu ibu menonjol 6) Agar ASI keluar lancar	mengikuti penkes yang telah dijadwalkan 3) Memberikan kesempatan klien untuk bertanya 4) Menjelaskan manfaat menyusui bayi pada ibu 5) Melakukan teknik hoffman dengan cara menarik puting ke arah keluar Hasil: Puting terlihat sedikit menonjol 6) Melakukan pijat payudara post partum POD 1 (pijat oksitosin, pijat payudara, memerah ASI) Hasil: Klien rileks dan	a. Air susu belum memancar b. Putting payudara tenggelam c. Payudara teraba lembek A: Masalah teratasi Sebagian P: Lanjutkan intervensi 1-8 RIFKA SALSABILA

5. Catatan Perkembangan

Nama : Ny. N

Jenis Kelamin : Perempuan

Umur : 23 tahun

Ruangan : Agate bawah

No. Rm : 01447126

Dx. Medis : P1A0 Post SC

Tabel 3.6 Catatan Perkembangan

Hari/ tanggal	No/ diagnosa	Catatan Perkembangan	Pelaksana
Kamis 02 April 2025 Shift Malam	Nyeri Akut	Pukul : 08.30 WIB S : Klien mengatakan nyeri pada luka post sc O : 1. Skala nyeri 5 (0-10) 2. Klien masih tampak meringis 3. TD : 130/100 mmHg 4. Nadi : 83x/menit 5. RR : 20X/menit A : Nyeri akut belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan Pukul : 09.00 WIB I : 1. Mengidentifikasi Lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Hasil: pasien mengatakan nyeri berkurang 2. Mengidentifikasi skala Nyeri Hasil: Pasien mengatakan skala nyeri 5 (0-10) 3. Mengkolaborasi pemberian obat	RIFKA SALSABILA

Hari/ tanggal	No/ diagnosa	Catatan Perkembangan	Pelaksana
		analgetik Keterolac 30 gr Hasil: Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang E : Masalah belum teratasi	
	Gangguan mobilitas fisik	Pukul : 09.25 WIB S : 1. Klien mengatakan masih nyeri saat bergerak O : 1. Kekuatan otot 5 5 5 5 2. Pasien tampak sedang belajar berjalan A : Ganggaun mobilitas fisik teratasi P : Pertahankan intervensi	RIFKA SALSABILA
	Resiko Infeksi	Pukul : 09.40 WIB S : 1. Pasien mengatakan masih nyeri pada luka post op O : 1. Luka post op ±12 cm 2. Kondisi luka cukup baik A : Resiko infeksi belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan Pukul: 10.05 WIB I : 1. Mengidentifikasi tanda gejala infeksi Hasil: Tidak ada	RIFKA SALSABILA

Hari/ tanggal	No/ diagnosa	Catatan Perkembangan	Pelaksana
		tnada-tanda infeksi 2. Melakukan perawatan luka Hasil: Luka bagus tidak ada rembesan 3. Mengkolaborasi pemberian obat antibiotic Cefotaxime 1gr IV, Metronidazole 500 mg IV Hasil:- E : Masalah teratasi Sebagian	
	Defisit perawatan diri	Pukul : 10.05 WIB S : 1. Pasien mengatakan sudah bisa mandi sendiri 2. Pasien mengatakan sudah bisa membersihkan perineumnya secara mandiri O: 1. Pasien tampak sudah bisa mengganti pakaian sendiri 2. Pasien tampak bersih dan rapih A: defisit perawatan diri teratasi	
	Menyusui tidak efektif	Pukul : 10.35 WIB S : 1. Klien mengatakan air susunnya belum keluar 2. Klien mengatakan tidak mengetahui cara menyusui yang benar O :	RIFKA SALSABILA

Hari/ tanggal	No/ diagnosa	Catatan Perkembangan	Pelaksana
		1. Tidak ada pengeluaran produksi ASI A : Menyusui tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Pukul : 11.15 I : 1. Memonitor pengeluaran produksi ASI Hasil: Asi keluar sedikit-sedikit 2. Melakukan pijat oksitoksin Hasil: pasien rileks E : Masalah teratasi Sebagian	
Jum'at 03 Mei 2025 Lepas	Nyeri akut	Pukul : 12.00 WIB S : 1. Klien mengatakan nyeri sudah berkurang O : 1. Skala nyeri 3 (0-10) 2. Terdapat luka post sc ±12cm dengan tertutup perban 3. TD : 120/90 mmHg 4. Nadi : 93x/menit 5. RR : 20X/menit A: Nyeri akut teratasi Sebagian P: Hentikan intervensi Pukul : 12.30 WIB I : 1. Mengevaluasi Kembali keadaan umum pasien Hasil: Baik 2. Merencanakan pasien pulang Hasil:- 3. Memberikan analgetik	RIFKA SALSABILA

Hari/ tanggal	No/ diagnosa	Catatan Perkembangan	Pelaksana
		asam mefenamat 500 gr (PO) Hasil:- E: Masalah teratasi sebagian	
	Resiko infeksi	Pukul : 12.55 WIB S : 1. Pasien mengatakan nyeri bekas post sc sudah berkurang O : 1. Luka post op $\pm$12m 2. Luka tertutup perbsn 3. Leukosit 8500 U/l A : resiko infeksi teratasi sebagian P : Persiapan pulang Pukul : 13.05 WIB I : 1) Menerapkan kewaspadaan universal, Mencuci tangan, memakai masker Hasil: Pasien memahami cara mencuci tangan dengan tepat dan memakai masker d lingkungan yang tepat 2) Menganjurkan meningkatkan nutrisi Hasil: Porsi makan habis 3) Memberikan antibiotic cefixime 200 gr PO) Hasil:- E : Masalah teratasi Sebagian	RIFKA SALSABILA
	Menyusui tidak efektif	Pukul : 10.55 WIB S : 1. Klien mengatakan air	RIFKA SALSABILA

Hari/ tanggal	No/ diagnosa	Catatan Perkembangan	Pelaksana
		susnya belum keluar O : 1. Tidak ada pengeluaran produksi ASI 2. Bayi tidak dirawat gabung A : Menyusui tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Pukul : 11.55 WIB I : 1. Menganjurkan pasien untuk melakukan perlekatan setelah pulang Hasil: Pasien tampak bersemangat 2. Mengajarkan pasien 4 posisi menyusui yang tepat Hasil: Pasien paham apa yang sudah diajarkan E : Masalah belum teratasi	

B. Pembahasan

Setelah melakukan asuhan keperawatan Pada Ny. N, dengan post Sectio Caesarea Hari Ke-0 atas indikasi PEB di ruang ponok IGD RSUD dr.Slamet Garut. Asuhan keperawatan dilaksanakan mulai tanggal 01 Mei 2025 sampai dengan tanggal 03 mei 2025. Penulis menemukan masalah-masalah berupa kesenjangan kesenjangan antara teori yang didapatkan dengan tindakan keperawatan yang dilakukan. Adapun pembahasan ini

dibagi berdasarkan tahap proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Tahap Pengkajian

Data pengkajian Asuhan keperawatan pada Ny. N post sectio caesarea atas indikasi preeklamsia berat didapatkan data pasien mengeluh nyeri pada luka post sc, skala nyeri 7 (0-10), tampak luka post sc ± 12 cm di bagian bawah abdomen. Pasien tampak meringis dan bersikap protektif pada daerah luka. Hal ini disebabkan karena terputusnya kontinuitas jaringan yang merangsang saraf nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter, bradykinin, serotonin dan histamin. Rangsangan ini nantinya akan dihantarkan ke hipotalamus dan dipersepsikan sebagai nyeri. Kemudian secara fisiologis luka akan mengalami fase penyembuhan mulai dari fase destruktif poliperatif sampai maturase (Eva, 2022).

Menurut (Syaiful, 2020) Tindakan operasi sc akan mengakibatkan kelemahan fisik dan menimbulkan nyeri yang menyebabkan pasien takut bergerak. Ny. N mengatakan takut nyerinya bertambah apabila bergerak. Pasien bergerak secara bertahap hal ini dapat terjadi karena keadaan fisik yang lemah akibat post op mengakibatkan kemampuan beraktivitas perlu dibantu oleh keluarga, karena pasien khawatir pergerakannya membahayakan terhadap luka operasi sehingga aktivitas pasien akan terbatas.

Pada Ny. N ditemukan adanya luka post sectio caesarea dibagian abdomen Panjang luka ± 12 cm dengan sayatan vertical dengan kondisi adanya tanda-tanda infeksi ditandai dengan meningkatnya jumlah leukosit $12,580 /\text{mm}^3$, proses penyembuhan luka mengalami 3 fase yaitu: Fase inflamasi, terjadi dari hari pertama luka sampai hari ke -2, proses pembedahan mengakibatkan kerusakan jaringan dan pendarahan, darah akan mengisi daerah cedera dan paparan terhadap kolagen menimbulkan dreganulasi trombosit, trombosit mengeluarkan prostaglandin, trombosit bahan kimia dan asam amnion, kemudian terjadi vasokonstriksi dan proses pembekuan darah. Penyembuhan luka adalah proses dan perbaikan fungsi jaringan yang rusak. Lama penyembuhan luka berdasarkan fase yaitu, fase inflamasi, (berlangsung sampai hari ke-3 atau hari ke-4), fase proliferasi (berlangsung 3-24 hari), fase maturasi dimulai pada minggu ke-3 setelah perlukaan dan memerlukan waktu lebih dari 1 tahun (Setiawan et al, 2023).

Ny. mengeluh tidak bisa membersihkan diri secara mandiri, aktivitas sehari-hari seperti makan dan minum, ke kamar mandi. 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.T teraba lengket, rambut tampak lepek dan 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. N di temukan bahwa ASI belum keluar, hal ini dapat di sebabkan oleh puting tenggelam dan 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 penghambatan prolactin (Hormon plasenta) yang menghambat pembentukan ASI. Setelah plasenta lepas hormone plasenta tidak ada lagi sehingga air susu pun keluar. Sempurnanya ASI keluar 2-3 hari setelah melahirkan.

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil dari data pengkajian yang telah dilakukan masalah yang ada pada Ny. N post sectio caesarea dengan indikasi preeklamsia berat adalah nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, resiko infeksi, defisit perawatan diri, menyusui tidak efektif dan 5 masalah yang ditemukan, diantaranya terdapat dalam teori yaitu:

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)

Menurut teori nyeri ini muncul karena adanya luka operasi yang terjadi karena terputusnya kontinuitas jaringan akibat pembedahan yang merangsang reseptor kimia yang disampaikan ke thalamus dan

korteks serebri dan dipersepsikan nyeri, nyeri juga dapat membuat tanda-tanda vital berubah (Eva, 2022). Kemudian alasan diangkatnya diagnosa tersebut ada pada data pengkajian yang didapatkan dari pasien, didapatkan data subjektif pasien mengeluh nyeri pada luka sectio caesarea di perut bagian bawah. Nyeri bertambah saat pasien berusaha mengubah posisi tidurnya dan berkurang saat pasien rileks dan melakukan nafas dalam. Nyeri yang dirasakan pasien seperti tertusuk-tusuk dan dirasakan di area perut bawah menjalar ke simfisis pubis. Skala nyeri yang dirasakan 7 (0-10) dan nyeri dirasakan terus-menerus. Data objektifnya, pasien tampak meringis, terdapat luka operasi pada abdomen serta nyeri tekan saat dipalpasi. Diagnosa tersebut menjadi prioritas karena masalah tersebut sangat mengganggu dan apabila tidak ditangani akan menimbulkan ketidaknyamanan pada pasien.

b. Gangguan mobilitas fisik Berhubungan dengan nyeri (D.0054)

Asuhan keperawatan pada Ny. N post sectio caesarea ditemukan data pengkajian pasien mengeluh sulit digerakan kakinya karena nyeri diluka operasi dan nyeri saat bergerak. Pergerakan pasien terbatas, kekuatan 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 ekstremitas secara mandiri. Pada kasus ini penulis menegakkan diagnosa gangguan mobilitas fisik.

- c. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive (operasi SC) (D.0142)

Menurut SDKI (2017) resiko infeksi adalah beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Pada Ny. N penyebabnya adalah ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer kerusakan integritas kulit akibat dari tindakan sectio caesarea. Data yang ditemukan pada Ny. N ditemukan faktor pendukung resiko infeksi yaitu pasien mengeluh nyeri di luka post SC. Adanya luka insisi operasi SC yang masih tertutup perban dan Panjang luka ± 12 cm secara objektif tampak adanya peningkatan jumlah leukosit $12,580 /\text{mm}^3$ serta perineum tampak kotor.

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

Menurut teori gangguan pemenuhan ADL atau defisit perawatan diri dapat terjadi setelah dilakukannya tindakan post operasi sectio caesarea karena adanya efek anestesi, penurunan kemampuan untuk mobilisasi dan beraktivitas dibatasi pasien khawatir pergerakannya akan menjadi fatal terhadap luka post operasi sehingga aktivitas klien terbatas terutama pada aktivitas perawatan diri (Dian & Grasiona, 2022). Pada Ny. N post operasi sectio caesarea POD 0 ditemukan adanya data-data yang menunjang masalah defisit perawatan diri seperti secara subjektif ditemukan pasien mengeluh nyeri saat ingin ke

toilet, dan pasien mengatakan tidak nyaman karena badannya lengket. Sedangkan secara objektif rambut Ny. N tampak lepek dan daerah perineum tampak kotor.

- e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks oksitosin (D.0029)

Pada Ny. N post sectio caesarea POD 0 ditemukan adanya data-data yang menunjang masalah menyusui tidak efektif seperti secara subjektif ditemukan klien air susunya belum keluar, klien mengatakan tidak mengetahui cara menyusui yang benar, sedangkan secara objektif payudara lembek, puting tenggelam, ASI tidak memancar. Menyusui tidak efektif merupakan suatu keadaan dimana adanya ketidakmampuan ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui. Menyusui tidak efektif dapat disebabkan oleh keadaan fisiologi dan situasional. Pada fisiologis bisa terjadi karena kurangnya refleks oksitosin, ketidakadekuatannya refleks menghisap bayi, payudara bengkak, keadaan bayi kurang bisa menyusui sumbing dan anomali payudara. Sedangkan secara situasional yang dapat memengaruhi hambatan dalam proses menyusui adalah kondisi ibu tidak rawat gabung dengan bayinya, kurang terpapar informasi mengenai teknik menyusui dan kurangnya dukungan keluarga (SDKI, 2017).

3. Tahap perencanaan keperawatan

Penyusunan rencana tindakan keperawatan ini disesuaikan berdasarkan situasi dan kondisi serta sumber fasilitas yang ada. Masalah yang muncul pada Ny. N diantaranya ialah nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, defisit perawatan diri, resiko infeksi, dan defisit pengetahuan. Penulis menggunakan standar yang sudah ditetapkan oleh PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) yaitu berdasarkan buku referensi Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

Perencanaan yang ditetapkan oleh penulis berdasarkan diagnosa keperawatan yaitu untuk nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dilakukan manajemen nyeri. Dimana tujuan dilakukannya manajemen nyeri selama 3 x 24 jam kepada Ny. N diharapkan dapat mencapai kriteria hasil yang telah ditetapkan yaitu; keluhan nyeri menurun, tingkat nyeri menurun, dan meringis menurun serta frekuensi nadi membaik. Perencanaan yang disusun dalam mencapai tujuan adalah: atur posisi klien senyaman mungkin untuk menghilangkan stress pada otot-otot punggung kemudian meningkatkan sirkulasi darah dan mengurangi tekanan pada daerah nyeri. Anjurkan distraksi yakni mengalihkan perhatian ke stimulus lain seperti mendengarkan murotal dan dzikir. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengalihkan rasa nyeri dan berkolaborasi tindakan penghilang nyeri sesuai indikasi klien post operasi sectio caesarea atau farmakologis analgetik yang memungkinkan klien mengontrol nyeri. Pada

kasus ini dokter meresepkan obat ketorolace 30mg secara intravena sebagai analgetik.

Diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri yang dilakukan selama 1x24 jam yaitu penulis merencanakan tahapan mobilisasi pasien, setelah 6 jam operasi SC harus bedrest gerakan tangan dan jari-jari kaki serta pergelangan tangan. Setelah 6-12 jam ibu harus miring kiri miring kanan, setelah 24 jam setelah operasi sc ibu harus belajar duduk, setelah mampu duduk dianjurkan untuk belajar berjalan. Serta menganjurkan keluarga untuk mendampingi pasien dalam melakukan aktivitas untuk meminimalkan resiko jatuh (Arif & Atun. 2023) Perencanaan tersebut disusun untuk mencapai tuman setelah dilakukannya dukungan mocilisasi selama 24 jam Ny.N diharapkan dapat mencapai kriteria hasil kekuatan otot meningkat, pergerakan meningkat dan kelemahan fisik menurun.

Diagnosa resiko terhadap terjadinya infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif yaitu operasi sc yang dilakukan selama 3x24 jam dengan menyusun perencanaan sebagai berikut; observasi tanda-tanda infeksi, ganti balutan, dengan memperhatikan teknik steril, tekankan teknik mencuci tangan yang tepat sebelum dan sesudah perawatan atau kontak dengan benda yang kemungkinan terkontaminasi untuk pertahanan pertama terhadap infeksi terkait layanan kesehatan. Berikan antibiotik sesuai petunjuk dokter untuk membunuh kuman dan melemahkan kuman secara sistemik. Pada Ny. N diresepkan obat Cefotaxime 1 gr secara

intravena dan Metrodinazole 500mg secara intravena sebagai antibiotik pasien.

Sedangkan untuk diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan yang dilakukan selama 1x24 jam, penulis merencanakan untuk membantu klien dalam pemenuhan ADL mulai dari nutrisi: makan dan minum, personal hygiene. Hal tersebut dilakukan selama 24 jam diaman Ny. N diharapkan dapat mencapai kriteria hasil yaitu: kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat dan kemampuan ke toilet meningkat. Perencanaan yang disusun oleh penulis adalah: lakukan vulva hygiene untuk meningkatkan kenyamanan dan mencegah infeksi dan mendampingi Ny. N selama perawatan diri.

Pada diagnosa keperawatan terakhir adalah menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks oksitosin yang dilakukan selama 2x24 jam penulis lebih menekankan perencanaan edukasi menyusui pada Ny. N agar dapat mengurangi rasa cemas yang di alami dan Ny. N dapat mengetahui keadaan normal pada masa nifas, dan penulis menerapkan perencanaan untuk mengatasi puting tenggelam dengan melakukan teknik hoffman. Teknik hoffman sebagai cara agar puting susu keluar adalah dengan memberi stimulus pada puting (Wahyuningsih, 2019). Sehingga kecemasan maternal pada ibu bisa berkurang dan tidak memicu stress ibu yang dapat mengurangi produksi ASI. Selain itu perencanaan juga disusun untuk terus memotivasi ibu dalam meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui sehingga setelah diperbolehkan pulang

ibu dapat langsung melakukan Tindakan yang disarankan seperti posisi menyusui yang tepat untuk membantu dalam memperlancar pemberian nutrisi pada bayi.

4. Tahap Pelaksanaan

Pada tahap ini penulis berusaha melaksanakan tindakan yang telah direncanakan. Penulis tidak menemukan data atau respon yang menyimpang antara teori dan praktek lapangan. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan penulis selalu menjelaskan kepada klien sesuai prosedur sehingga klien kooperatif dan mendukung tindakan keperawatan yang dilakukan. Secara keseluruhan, pada tahap pelaksanaan asuhan keperawatan dapat terlaksana secara lancar sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan sebelumnya.

5. Tahap Evaluasi

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan post sc pada Ny. N penulis menemukan lima masalah dimana empat dari lima masalah keperawatan tersebut tidak teratasi karena keterbatasan waktu, yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, menyusui tidak efektif dan resiko infeksi. Adapun masalah yang teratasi, yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dan defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan sebab tujuan dan hasil asuhan keperawatan sudah mencukupi data untuk menetapkan kedua diagnose tersebut sebagai masalah yang sudah teratasi.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari di rumah sakit penulis mengevaluasi pasien dan didapatkan hasil:

Hasil evaluasi pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 3 (0-10) yang berarti nyeri pasien berkurang yang awalnya berada pada skala 7 (0-10). Sehingga masalah teratasi Sebagian masalah nyeri akut teratasi Sebagian karena pasien pulang di hari ke-3, dimana pada hari ke tiga tersebut dalam proses penyembuhan luka masih dalam fase inflamasi sehingga pasien akan masih merasakan nyeri pada luka operasi.

Hasil evaluasi pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri didapatkan data bahwa pasien sudah bisa duduk dan berdiri sendiri walaupun berjalan masih dibantu oleh keluarga dengan kekuatan otot 5/5. Hal tersebut sudah meningkat dari kondisi awal dimana saat awal masuk rumah sakit pasien masih belum bisa melakukan pergerakan dan kekuatan otot ekstremitas bawah 4/4. Masalah gangguan mobilitas fisik sudah dinilai teratasi karena sudah mencapai tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan. Klien sudaah bisa berjalan sendiri dan beraktivitas sendiri.

Hasil evaluasi pada resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive atau bekas luka bekas sc setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam pasien masih merasa sedikit nyeri pada luka bekas operasi.

Sedangkan data objektif yang didapatkan adalah jumlah leukosit menurun dari jumlah awal yaitu 12,580/mm³ menjadi 8,500/mm³. Sehingga masalah teratasi Sebagian. Masalah resiko infeksi teratasi Sebagian karena luka post operasi masih ada pada pasien dan masih berada di tahap fase inflamasi yang butuh waktu untuk sembuh sehingga resiko infeksi masih bisa ada jika perawatan tidak dilakukan dengan tepat.

Hasil evaluasi pada diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan maternal didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 1x24 jam, pasien sudah tampak bersih dan rapih karena sudah bisa melakukan perawatan diri secara mandiri. Pasien juga sudah mengatakan bisa melakukan perawatan perineum secara mandiri. Masalah defisit perawatan diri teratasi karena pasien sudah dinilai mampu melakukan sepenuhnya secara mandiri.

Hasil evaluasi pada menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleksi oksitosin dinilai masih belum teratasi. Hal itu disebabkan ASI Ny. N masih belum bisa memancar walaupun sudah dilakukan perawatan selama 2x24 jam. Tidak keluarnya ASI berhubungan dengan ibu dan bayi yang tidak dirawat gabung. Sehingga tidak ada rangsangan dari hisapan bayi dan tidak ada perlekatan antara ibu dan bayi. Selama dilakukannya proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi tidak ditemukannya data pada Ny. N yang mengharuskan penulis untuk merevisi atau Menyusun ulang intervensi yang telah disusun.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah Penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. N P1A0 Atas indikasi preeklamsia berat di ruang Agate bawah RSUD Dr.Slamet Garut pada tanggal 01 Mei 2025 sampai dengan 03 Mei 2025, maka penulis dapat mengambil Kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. N dengan post *cestio caesarea* (POD 0) atas indikasi preeklamsia di ruang Agate bawah RSUD Dr.Slamet Garut.
2. Penulis mampu menentukan diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah yang terjadi dengan Ny. N dengan post *section caesarea* (POD 0) atas indikasi preeklamsia.
3. Penulis mampu menyusun perencanaan keperawatan pada Ny. N dengan post *sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi preeklamsia.
4. Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pada Ny. N dengan post *sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi preeklamsia.

5. Perawat mampu melakukan evaluasi dari tindakan yang telah dilakukan kepada Ny. N post *sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi preeklamsia.
6. Penulis mampu mendokumentasikan tindakan keperawatan pada Ny. N dengan post *sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi preeklamsia.

B. Rekomendasi

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. N P1A0 Atas indikasi preeklamsia berat di ruang Agate bawah RSUD Dr.Slamet Garut. Secara sistematis dan komprehensif, penulis menyarankan:

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan bagi Institusi Pendidikan Keperawatan dapat terus mengembangkan teori penelitian terkait asuhan keperawatan pada ibu post *sectio caesarea*, khususnya tentang mobilisasi dini dan pentingnya peningkatan Perawatan maenyusui 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 di dinding ruangan untuk membantu pasien dalam melakukan terapi mobilisasi dini dan penyediaan ruang rawat gabung antara ibu dan bayi disemua 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 pasien 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

- Ahmad, H., & Fitriani, D. (2023). *Pengkajian Keperawatan Komprehensif: Teori dan Praktik*. Bandung: Nusa Media.
- Andi. (2022). *Pemeriksaan Fisik dalam Praktik Keperawatan*. Jakarta: Kesehatan Medika.
- Andi. (2023). *Preeklamsia dan Manajemen Kehamilan Berisiko*. Jakarta: Mitra Cendekia Press.
- Arif & Atun. (2023). *Praktik Klinik Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Andi Publisher.
- Aulia, F. (2019). *Faktor Risiko dan Etiologi Preeklamsia*. Yogyakarta: Deepublish.
- Chunningham, F.G. (2014). *Obstetri Williams*. Edisi 23. Jakarta: EGC.
- Dian & Grasiona. (2022). *Asuhan Keperawatan Pasca Operasi*. Yogyakarta: Fitramaya.
- DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- DPP PPNI. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*. Jakarta: DPP PPNI.
- DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*. Jakarta: DPP PPNI.
- Doengoes, E. Marilyn. (2010). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Eva. (2022). *Fisiologi Nyeri dan Luka Post Sectio Caesarea*. Bandung: Pustaka Kesehatan.
- Ferinawati & Hartati. (2019). *Laktasi dan Teknik Menyusui*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Hasselquist, M. (2006). *Challenges to Breastfeeding and Early Postpartum Support*. *Journal of Perinatal Education*, 15(2), 25–29.
- Jumatrin, J. (2022). *Indikasi dan Komplikasi Sectio Caesarea*. Jakarta: Pustaka Kesehatan.

- Manuaba, I.B.G. (2014). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta: EGC.
- Marliana, N., & Hani, A. (2018). *Pathway dan Proses Keperawatan Maternitas*. Bandung: Nuha Medika.
- Maribeth Hasselquist. (2006). *Maternal Child Health Nursing*. Jakarta: EGC.
- Nuralif, M. (2016). *Klasifikasi dan Penatalaksanaan Preeklamsia*. Surabaya: Literasi Medika.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2015). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. 8th ed. St. Louis: Elsevier Mosby.
- Prawihardjo, S. (2018). *Pelayanan Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Rahman, A., Lestari, R., & Munandar, A. (2023). *Epidemiologi Preeklamsia di Indonesia*. *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 15(1), 24–32.
- Ratnawati. (2017). *Implementasi dan Evaluasi Asuhan Keperawatan*. Bandung: Refika Aditama.
- Reeder, S.J., Martin, L.L., & Koniak, D.J. (2017). *Maternity Nursing: Perawatan Maternitas*. Edisi Bahasa Indonesia. Jakarta: EGC.
- Rozikhan, M. (2020). *Hipertensi dalam Kehamilan*. Jakarta: Media Medika.
- Rufaidah, R. (2018). *Risiko Maternal dan Kehamilan Berkomplikasi*. Jakarta: Medika Press.
- Sarait. (2022). *Komplikasi Post Operasi SC*. Data RSUD dr. Slamet Garut.
- Setiawan, R., et al. (2023). *Fisiologi Penyembuhan Luka Bedah*. Bandung: Media Nusa Creative.
- Sitorus, F.E. (2021). *Persalinan Sectio Caesarea: Indikasi dan Prosedur*. Jakarta: EGC.
- Siswani, N. (2021). *Sistem Saraf dan Fungsi Oksigen*. Jakarta: Pustaka Kesehatan.
- Sopyan, I. (2019). *Operasi Caesar dan Penanganannya*. Bandung: Refika Aditama.
- Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Kualitatif, Kuantitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

- Sugiyono. (2018). *Metode Penelitian Kombinasi (Mix Methods)*. Bandung: Alfabeta.
- Sudarsih, R., et al. (2023). *Perawatan Luka Pasca Operasi*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Sukarni, dkk. (2014). *Keperawatan Maternitas: Praktik Klinik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Wahyuningsih, S. (2019). *Konsep dan Asuhan Masa Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Widoyoko, E.P. (2014). *Evaluasi Program Pendidikan: Panduan Praktis untuk Mahasiswa dan Praktisi Pendidikan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- World Health Organization. (2019). *Maternal Mortality: Levels and Trends 2000 to 2017*. Geneva: WHO.
- Yuliarti, N. (2009). *Menyusui dan Tekniknya: Panduan Praktis untuk Ibu*. Jakarta: Gramedia.
- Yuliana, D., & Hakim, R. (2020). *Kesehatan Reproduksi Wanita*. Jakarta: Mitra Medika

LAMPIRAN

Lampiran 1

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

TEKNIK MENYUSUI

Pokok Bahasan : Post Natal Care (ANC)

Sub Pokok Bahasan : Teknik Menyusui Yang Baik dan Benar

Sasaran : Ny. N

Tempat : Agate Bawah

Hari/Tanggal : Jum'at 02 Mei 2025

Waktu : 30 Menit

Metode : Ceramah dan tanya jawab

1. Latar Belakang

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

Kendala terhadap pemberian ASI telah teridentifikasi, hal ini mencakup faktor-faktor seperti kurangnya informasi dari pihak perawat Kesehatan bayi, praktik-praktik rumah sakit yang merugikan seperti pemberian air dan

suplemen bayi tanpa kebutuhan medis, kurangnya perawatan tindak lanjut pada periode pasca kelahiran dini, kurangnya dukungan dari Masyarakat luas (Maribeth Hasselquist, 2006). Sehingga penulis Menyusun makalah satuan acara penyuluhan dengan tema Teknik Menyusui yang Baik dan Benar, agar ibu menyusui mampu menerapkan teknik menyusui yang baik dan benar pada bayi umur 0-2 tahun.

2. Tujuan

a. Tujuan Intruksional Umum

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

b. Tujuan Intruksional Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan, peserta dapat mengetahui tentang:

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

3. Sasaran

Pasien

4. Pembahasan

- a. Pengertian teknik menyusui yang benar
- b. Posisi dan perlekatan menyusui yang benar

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

5. Metode Penyuluhan

Ceramah dan Tanya Jawab

6. Kegiatan Penyuluhan

No	Waktu	Tahap Kegiatan	Kegiatan	
			Penyuluhan	Sasaran
1	5 Menit	Pembukaan	Memberi salam pembuka Memperkenalkan diri Kontrak waktu	Menjawab salam, mendengarkan, memberi respon
2	15 Menit	Kegiatan Inti	Penjelasan : 1. Menjelaskan pengertian perawatan payudara 2. Menjelaskan manfaat dan tujuan perawatan payudara 3. Menjelaskan akibat jika tidak dilakukan perawatan payudara 4. Menjelaskan waktu pelaksanaan perawatan payudara 5. Menjelaskan hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan perawatan	Mendengarkan Memperhatikan

No	Waktu	Tahap Kegiatan	Kegiatan	
			Penyuluhan	Sasaran
			payudara 6. Menjelaskan langkah-langkah perawatan payudara 7. Menjelaskan Teknik perawatan payudara 8. Menjelaskan perawatan payudara dengan Masalah	
3	10 Menit	Penutup	Tanya Jawab 1. Menyimpulkan hasil penyuluhan 2. Salam penutup	Mengajukan Pertanyaan, membalas salam

7. Media

Leaflet

8. Materi

Terlampir

9. Kriteria Pemantauan

a. Input

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

b. Proses

- 1) Pasien dan keluarga antusias dalam mengikuti kegiatan penyuluhan
- 2) Narasumber menguasai materi dengan baik

c. Output

Setelah dilakukan kegiatan penyuluhan peserta mengerti dan memahami materi penyuluhan.

d. Outcome

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

10. Evaluasi Hasil :

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

Jenis pertanyaan :

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

11. Daftar Pustaka

Vivian Nanny Lia Dewi, Tri Sunarsih, 2011. Asuhan kebidanan pada Ibu Nifas. Salemba Medika: Jakarta

TEKNIK MENYUSUI

A. Pengertian Teknik Menyusui yang Benar

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

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

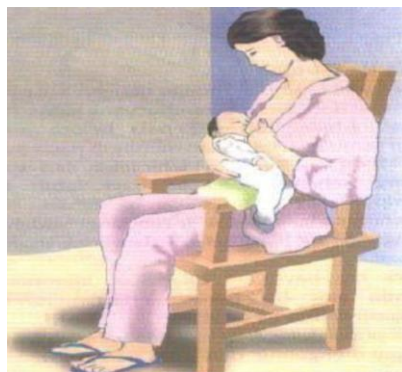
B. Posisi dan perlekatan menyusui

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

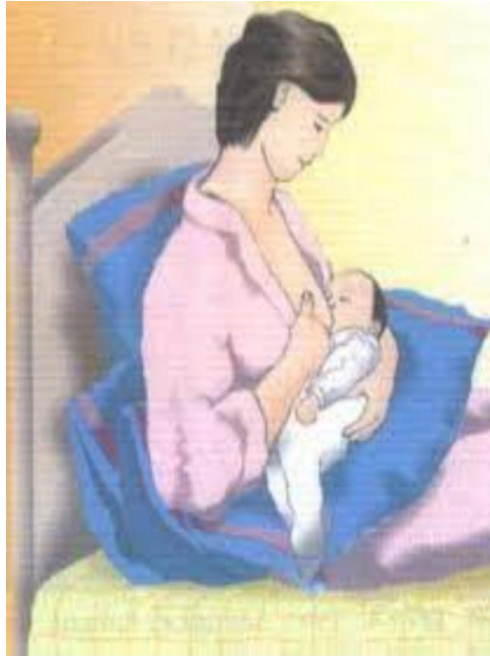
Gambar 1. Posisi menyusui sambil berdiri yang benar



Gambar 2. Posisi menyusui sambil duduk yang benar



Gambar 3. Posisi menyusui sambil rebahan yang benar



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

Gambar 4. Posisi menyusui balita pada kondisi normal



Gambar 5. Posisi menyusui bayi baru lahir yang benar di ruang perawatan



Gambar 6. Posisi menyusui bayi baru lahir yang benar di rumah



Gambar 7. Posisi menyusui bayi bila ASI penuh



Gambar 8. Posisi menyusui bayi kembar secara bersamaan



C. Persiapan memperlancar pengeluaran ASI

Persiapan memperlancar pengeluaran ASI dilaksanakan dengan jalan :

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

D. Langkah-langkah menyusui yang benar

1. Cuci tangan dengan air bersih dan menggunakan sabun.
2. Peras sedikit ASI dan oleskan di sekitar puting.
3. Duduk dan berbaring sesuai posisi yang nyaman untuk ibu. Jangan hanya leher dan bahunya saja, kepala dan tubuh bayi harus lurus dan hadapkan bayi ke dada ibu, sehingga hidung bayi berhadapan dengan puting susu, biarkan bibir bayi menyentuh puting susu ibu dan tunggu sampai terbuka lebar.
4. Segera dekatkan bayi ke payudara sedemikian rupa sehingga bibir bawah bayi terletak dibawah puting susu. Cara meletakkan mulut bayi dengan benar yaitu dagu menempel pada payudara ibu, mulut bayi terbuka lebar dan bibir bayi membuka lebar.

5. Bayi disusui secara bergantian dari payudara sebelah kiri lalu ke sebelah kanan sampai bayi merasa kenyang.
6. Setelah selesai menyusui, mulut bayi dan kedua pipi bayi dibersihkan dengan lap bersih yang telah direndam dengan air hangat.
7. Sebelum ditidurkan, bayi harus disendawakan dulu supaya udara yang terhisap bisa keluar.
8. Bila kedua payudara masih ada sisa ASI tahan putting susu dengan kain supaya ASI berhenti keluar.

Gambar 9. Cara meletakkan bayi



Gambar 10. Cara memegang payudara



Gambar 11. Cara merangsang mulut bayi



Gambar 12. Perlekatan benar



Gambar 13. Perlekatan salah



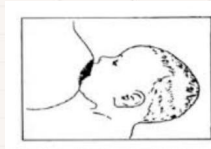
leaflet Teknik menyusui

Tanda tanda bayi nyaman saat menyusui

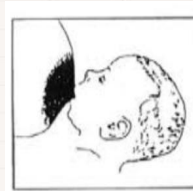
1. Bayi tampak tenang
2. Badan bayi menempel pada perut ibu
3. Mulut bayi terbuka lebar
4. Bagu bayi menempel pada payudara ibu
5. Sebagaia aerola masuk kedalam mulut bayi, aerola bawah lebih banyak yang masuk
6. Hidung bayi mendekati dan kadang-kadang menyentuh payudara ibu.
7. Mulut bayi mencangkup sebanyak mungkin aerola (tidak hanya putting saja), lingk ar aerola atas terlihat lebih banyak bila dibandingkan dengan lingk ar aerola bawah.
8. Lidah bayi menopang putting dan aerola bagian bawah
9. Bibir bawah bayi melengkung keluar
10. Bayi tampak menghisap kuat dengan iraha perlahan.
11. Putting susu tidak terasa nyeri.
12. Telinga dan tangan bayi terletak pada suatu garis lurus
13. Kepala bayi agak menengadah.
14. Bayi menghisap kuat dan dalam secara perlahan dan kadang disertai dengan berhenti sesaat

Perlekatan

Ibu dan bayi



Cara perlekatan yang salah



Teknik menyusui



By:

Rifka Salsabila

Teknik menyusui dengan benar adalah suatu cara pemberian ASI yang dilakukan oleh seorang ibu kepada bayinya demi memenuhi nutrisi bayi tersebut

Manfaat

Menyusui

Memenuhi nutrisi bayi

Mencegah komplikasi pada payudara

Membantu melancarkan sirkulasi ibu

Mencegah bayi stunting

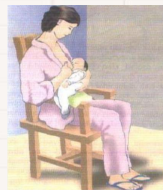
Menimbulkan rasa nyaman dan aman pada bayi

Posisi menyusu yang benar

1. Berdiri



2. Duduk



3. Berbaring



Cara menggendong bayi dengan benar



Cara menyusui bayi saat ASI penuh



Menyusui bayi kembar



Lampiran 2

SATUAN ACARA PENYULUHAN

MOBILISASI DINI POST SECTIO CAESAREA

Sasaran	: Ny. N
Pemberi Materi	: Rifka salsabila
Tempat	: Ruang Agate bawah RSUD dr.Slamet Garut
Waktu	: 30 Menit
Hari/Tanggal	: Jum'at 02 Mei 2025
Pokok Bahasan	: Mobilisasi dini pada pasien post operasi diruang Agate bawah
Sub pokok bahasan	: 1. Pengertian mobilisasi dini saat operasi sectio caesarea 2. Tujuan mobilisasi dini post sectio caesarea 3. Manfaat mobilisasi dini post operasi sectio caesarea 4. Kerugian-kerugian bila tidak melakukan mobilisasi dini post operasi sectio caesarea 5. Tahap-tahap mobilisasi dini post operasi sectio caesarea 6. Cara melakukan mobilisasi dini post operasi sectio caesarea

A. LATAR BELAKANG

Pengetahuan dan teknologi serta masyarakat dinamis, semakin memacu tenaga kesehatan untuk terus meningkatkan kuantitatif dan pelayanan dalam upaya mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Walaupun pengetahuan semakin berkembang tapi bisa saja dalam menangani suatu penyakit tidak begitu efisiensi, terutama dengan pasien post operasi baru memerlukan penanganan yang kompeten. Pada pasien post operasi sectio caesarea, misalnya seorang pasien memerlukan kesehatan perawatan yang maksimal demi mempercepat proses penyembuhan luka pasca bedah. Pengembalian fungsi fisik pasien post operasi.

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 di tempat tidur. Hal tersebut bisa membahayakan pasien post operasi SC karena dapat mengalami komplikasi yang bisa terjadi yaitu, sepsis berat, pendarahan, serangan tromboemboli, perlukan traktus urinarius dan infeksi pada luka operasi (Sirat, 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, tujuan dilakukannya mobilisasi 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 pernafasan dan mobilitas 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

2. Tujuan Khusus

Setelah melakukan penyuluhan selama 20 menit peserta di lakukan

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 post SC
- e. Melakukan rentang gerak (ROM)

C. Sasaran

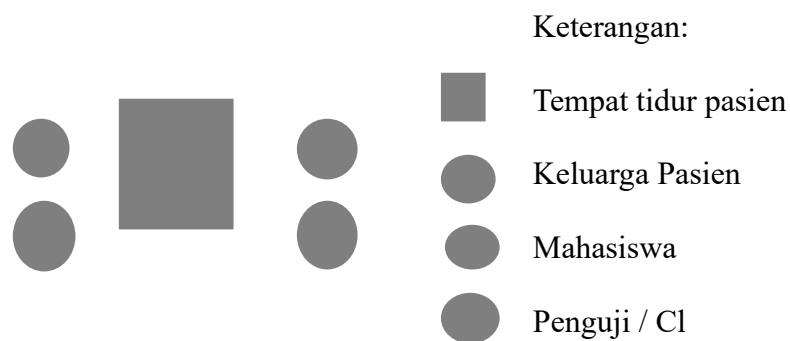
Sasaran penyuluhan adalah Ny. N dan keluarga Ny. N yang berada di ruangan Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

D. Metode

Metode yang di gunakan yaitu metode ceramah, demonstrasi dan Tanya jawab.

E. Setting Tempat

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



F. Media

Leaflet

G. Kegiatan penyuluhan

Kegiatan	Penyuluh	Audiance	Waktu	Metode
Pembukaan	a. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri b. Menjelaskan cakupan materi yang akan di sampaikan c. Melakukan appersepsi d. Menjelaskan manfaat dan tujuan penyuluhan	a. Menjawab salam dan mendengarkan	5 menit	Ceramah
Penyaji	a. Menjelaskan	a. Menyimak,	20	Ceramah

Kegiatan	Penyuluh	Audiance	Waktu	Metode
	pengertian mobilisasi dini b. Menjelaskan apa itu mobilisasi dini c. Menyebutkan apa saja manfaat mobilisasi dini d. Menjelaskan kerugian dari tidak melakukannya mobilisasi dini e. Menjelaskan tahapan mobilisasi dini f. Membantu pasien melakukan rentang gerak (ROM)	mendengarkan	menit	
Penutup	a. Menutup pertemuan dengan menyimpulkan materi yang telah di bahas b. Melakukan evaluasi c. Memberikan salam penutup	a.Mendengarkan menjawab dan menjawab salam	5 menit	ceramah

H. Materi (Terlampir)

I. Rencana Evaluasi

1. Evaluasi struktur

- a. Di harapkan terdapat keseimbangan dalam pelaksanaan kegiatan penyuluhan tentang mobilisasi dini dengan perencanaan yang di buat di proposal, setting tempat dan waktu sesuai dengan kontrak sebelumnya.
- b. Di harapkan mahasiswa dapat memfasilitasi kegiatan dan menjalankan tugas dan perannya dengan baik, tempat yang di gunakan nyaman dan mendukung.

2. Evaluasi proses

Seluruh peserta penyuluhan merasa tertarik terhadap materi penyuluhan, dan terlibat aktif dalam kegiatan penyuluhan dengan bertanya.

3. Hasil evaluasi

- a. Kegiatan berjalan sesuai dengan waktu yang telah di tentukan
- b. Peserta dapat memahami tentang mobilitas dini minimal 80% dari materi

J. Perorganisasian

1. Penanggung jawab: CI ruang Agate bawah

Tugas:

- a. Mempertanggung jawabkan keseluruhan acara
- b. Mengawasi jalannya acara

2. Penyuluh: Rifka salsabila

3. Tugas:

- a. Membuat SAP penyuluhan
- b. Mencatat jalannya acara dari awal sampai akhir

- c. Menjelaskan materi penyuluhan
- d. Membantu pasien dalam melakukan mobilisasi dini
- e. Menjawab pertanyaan diskusi

Lampiran Materi

1. Definisi mobilisasi dini

Mobilisasi dini adalah suatu kegiatan atau pergerakan atau perpindahan posisi yang dilakukan pasien setelah beberapa jam paska operasi. Mobilisasi diri 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 sebaik mungkin pada pasien paska operasi dengan membimbing pasien untuk melakukan aktivitas setelah proses pembedahan, dengan latihan pernafasan dan latihan ringan di atas tempat tidur (Hartini, 2021). Dari kedua definisi di atas 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 di atas tempat tidur dari gerakan sederhana sampai latihan duduk.

2. 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).

3. Kerugian tidak melakukan mobilisasi dini

Menurut (Isna, 2022) Sebagian besar pasien akan merasa keberatan jika di anjurkan melakukan pergerakan, namun perlu di ketahui bahwa beberapa hal bisa terjadi apabila tidak segera melakukan mobilisasi dini di antaranya:

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 metabolic
9. Pendarahan abnormal
10. Resiko infeksi pada luka operasi

4. Tahapan mobilisasi dini

Mobilisasi dini pada ibu pasca operasi caesarea harus di sesuaikan dengan kondisi dan kemungkinan yang mungkin terjadi. Berikut adalah langkah-langkah mobilisasi dini menurut Astutik, 2015 yang dapat di lakukan oleh ibu pasca operasi caesarea:

a. 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 di anjurkan untuk melakukan beberapa pergerakan seperti menggerakkan tangan dan lengan, menggerakkan jari kaki dan memutar pergelangan tangan. Tahapan ini dapat di lakukan 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 di lakukan saat ibu sedang berbaring atau sebelum ibu dapat duduk. Caranya dengan menekukan kaki, lalu di luruskan saat tubuh semakin kuat.

b. 6-12 jam pasca SC

Untuk mencegah thrombosis 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 di letakkan di atas perut.

c. 24 Jam pertama pasca SC

Di sarankan agar ibu post sc dapat mulai duduk, untuk menopang tubuhnya dan mengajaringa duduk tegak, ibu dapat meminta bantuan suami atau perawat.

d. 24 Jam berikutnya

Di sarankan agar ibu belajar berjalan setelah pasien mampu duduk. Latihan ini di lakukan jika pasien mampu untuk berdiri dengan stabil dan cukup kuat, kemudian bisa di awali dengan bergerak perlahan-lahan.

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.

Leaflet Mobilisasi dini

Manfaat mobilitas

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

Hal penting

- 1 Pasien harus memiliki keyakinan untuk scr cepat
- 2 gerakan tubuh yang tepat tidak akan menyebabkan jahitan lepas/ robek

Mobilitas setelah operasi

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



Tujuan

- MEMPERLANCAR PEREDARAN DARAH
- MEMPELANCAR TANYA OTOT
- MEMPERTAHANKAN FUNGSI TUBUH

Mobilitas dini pada pasien post operasi sc



RIFKA SALSABILA

Kerugian tidak melakukan mobilisaa dini



Penyembuhan luka menjadi lama



Memperlama perawatan di rumah sakit



Menambah rasa sakit



Badan menjadi pegal dan kaku



TAHAP-TAHAP MOBILITAS DINI SETELAH OPERASI

1 Pada 6 jam pertama
DALAM POSISI TIRAH BARING

Lalu menggerakan lengan tangan, ujung kaki mengangkat tumit menekuk dan menggeser kaki

2 Setelah 6-10 jam

PASIENT DIHARAPKAN DAPAT MIRING KE KIRI DAN KANAN



3 Setelah 18 jam

PASIENT
DIANJURKAN DAPAT MULAI BELAJAR DUDUK

4 Pada 24 jam pertama

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

5 Setelah pasien mampu berdiri

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



Lampiran 3.

LEMBAR BIMBINGAN

NAMA : Rifka Salsabila

NIM : KHGA22039

Pembimbing : K. Dewi Budiarti, M.Kep

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. N P1A0 Dengan
Post Sectio Caesarea POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia
Berat

No	Tanggal	Materi	Saran	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1	10 Juni 2025	Bab I	- Pokok Bahasan Saling terkait - Jangan banyak teori		
2	11 Juni 2025	Bab I	Keterkaitan antar Paragraph		
3	12 Juni 2025	Bab I	Data Terupdate ACC Bab I Lanjut Bab II		
4	13 Juni 2025	Bab II	Perbaiki Pathway		

5	19 Juni 2025	Bab II	- Pemfis - Askep		
6	24 Juni 2025	Bab II	- Perbaiki judul pathway - ACC Bab II Lanjut Bab III		
7	27 Juni 2025	Bab III	- Perbaiki pemfis - Perbaiki pembahasan		
8	01 Juni 2025	Bab III	- Perbaiki diagnosa Pembahasan - pwerbaiki juknis Perbaiki Rekomendasi		
9	05 Juni 2025	Bab I-Bab IV	ACC Sidang		

Lampiran 4

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. DATA DIRI

Nama : Rifka Salsabila

Jenis Kelamin : Perempuan

Tempat/Tanggal Lahir : Garut, 22 Desember 2003

Agama : Islam

Alamat : Kp. Cihanja II

B. PENDIDIKAN

- SDN Majapahit
- SMPN 1 Karangtengah
- SMAN 14 Garut
- STIKes Karsa Husada Garut Program Studi DIII Keperawatan