

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.G (P1A0) DENGAN *POST SECTIO CAESAREA* POD 0 (8 jam) ATAS INDIKASI GAWAT JANIN DI RUANG MARJAN BAWAH RSUD dr. SLAMET GARUT

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Dalam Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
Di STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

CUCU PATIMAH

KHGA22089



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
2025**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.G(P1A0)8 JAM POST
SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI GAWAT JANIN DI
RUANG MARJAN BAWAH RSUD dr. SLAMET GARUT**

NAMA : CUCU PATIMAH

NIM : KHGA.22089

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Siap Untuk Diujikan
Dihadapan Penelaah Program Studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025

Menyetujui

Pembimbing,



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

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.G (P1A0)8 JAM
POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI GAWAT
JANIN DI RUANG MARJAN BAWAH RSUD dr. SLAMET
GARUT**

NAMA : CUCU PATIMAH

NIM : KHGA.22089

Garut, Juni 2025

Menyetujui,

Penguji I



K. Dewi Budiarti, M.Kep

Penguji II



Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si

Mengetahui.

Ketua Program Studu D III
Keperawatan STIKes Karsa Husada
Garut



K. Dewi Budiarti, M.Kep

Mengesahkan,
Pembimbing



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

ABSTRAK

IV BAB, 92 halaman, 13 tabel, 2 bagan, 4 lampiran

Karya tulis ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. G (P1A0) dengan *Post Sectio Caesarea* POD 0 (8 Jam) Atas Indikasi Gawat Janin Di Ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut”. Latar belakang dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah bahwa gawat janin (*fetal distress*) termasuk kedalam 8 besar kasus *post sectio caesarea* di RSUD dr. Slamet Garut dan menempati urutan ke 6 dengan jumlah kasus sebanyak 33 kasus. Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif dengan pendekatan keperawatan. Metode penulisan yang digunakan adalah metode deskriptif dalam bentuk studi kasus. Gawat janin (*fetal distress*) adalah kondisi janin mengalami hipoksia akibat kurangnya asupan oksigen yang ditandai oleh denyut jantung janin yang abnormal ($<120x/\text{menit}$ dan $>160x/\text{menit}$) tindakannya yaitu dengan operasi *sectio caesarea*. *Sectio caesarea* merupakan proses pembedahan untuk melahirkan bayi melalui penyayatan pada dinding abdomen dan uterus. Diagnosa yang muncul pada *sectio caesarea* adalah nyeri akut, resiko infeksi, menyusui tidak efektif. Intervensi yang dibuat berdasarkan standar yang sudah diterapkan dan implementasi dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan. Evaluasi menunjukan nyeri akut teratasi sebagian, resiko infeksi teratasi sebagian, menyusui tidak efektif teratasi. Kesimpulan yang dapat diambil adalah penulis mampu melaksanakan dan mendokumentasikan asuhan keperawatan. Adapun rekomendasi yang disampaikan adalah diperlukan adanya kerja sama antara klien dan keluarga dalam melakukan perawatan luka *post* operasi untuk mencegah terjadinya komplikasi pasca melahirkan seperti kemungkinan terjadi infeksi *post sectio caesarea*.

Kata kunci : Gawat janin (*fetal distress*), Asuhan Keperawatan *Post Sectio Caesarea*

Daftar Pustaka : 29 sumber (2016-2023)

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan pada Ny. G (P1A0) dengan *Post Sectio Caesarea* POD 0 (8 Jam) Atas Indikasi Gawat Janin Di Ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut”** yang merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi D-III Keperawatan dan memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menyadari sepenuhnya tidak terlepas dari segala dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Maka dari itu dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan rasa terimakasih yang sedalam - dalamnya kepada:

1. DR. H. Hadiat., M.A., selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. Engkus Kusnadi., S.Kep ., M.Kes., selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
3. K. Dewi Budiarti., M.Kep., selaku Ketua Prodi DIII-Keperawatan STIKes Karsa Huasada Garut.
4. Eva Daniati,S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku pembimbing penyusunan KTI yang selalu memberikan arahan, dukungan serta motivasi untuk terus belajar kepada penulis.

5. K. Dewi Budiarti., M.Kep., selaku penguji satu yang telah meluangkan waktunya untuk menguji penulis dalam melaksanakan karya tulis ilmiah
6. Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si selaku penguji dua yang telah meluangkan waktunya untuk menguji penulis dalam melaksanakan karya tulis ilmiah
7. Kepada kedua orang tua yang telah banyak memberikan banyak cinta dan kasih sayang yang begitu besar kepada penulis sehingga menjadi motivasi terbesar bagi penulis dalam menyelesaikan pendidikan ini. Semoga keringat dan air matanya dibalas dengan kebahagiaan yang haqiqi di dunia dan akhirat oleh Allah SWT.
8. Kepada adiku yang tercinta terima kasih telah memberikan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan pendidikan ini.
9. Kepada seluruh staf dan perawat yang ada di unit rawat inap Ruang Marjan Bawah RDUD dr. Slamet Garut, khususnya CI ruangan yang telah meluangkan banyak waktunya untuk memberikan pembelajaran serta pengalaman di lapangan kepada penulis demi kelancaran pembuatan karya tulis ilmiah ini.
10. Kepada Ny. G beserta keluarga yang bersedia bersilaturahmi dan bekerjasama dengan baik dengan penulis.
11. Kepada seluruh civitas akademika yang ada di STIKes Karsa Husada Garut umunya, beserta seluruh staf dosen Program Studi DIII-Keperawatan khususnya, yang telah memberikan bantuan berupa motivasi serta ilmunya selama penulis mengikuti pendidikan Program Studi DIII-Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut ini.

12. Kepada keluarga besar penulis yang selalu mendo'akan, memberikan dukungan serta semangat kepada penulis selama menyelesaikan Pendidikan.
13. Kepada para sahabat saha 3b yang telah memberi semangat dan dukungan dalam penyusunan karya tulis ilmiah.
14. Kepada semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, namun telah begitu banyak membantu selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna dikarenakan keterbatasan dan ketidakmampuan ilmu pengetahuan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Semoga karya tulis ilmiah ini bisa menambah wawasan dan bermanfaat khususnya bagi penulis dan umumnya bagi semua pihak serta mendapatkan keridhoan-Nya yang senantiasa selalu kita harapkan. Akhir kata penulis berharap semoga amal baik dari berbagai pihak mendapat balasan yang berlipat dari Allah SWT. Aamiin

Garut, Juni 2025

Penulis

Cucu Patimah

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	
LEMBAR PENGESAHAN	
ABSTRAK	
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR BAGAN	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	5
C. Metode Telaahan	6
D. Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN TEORI	9
A. Konsep Dasar Teori	9
1. Gawat Janin(<i>Fetal Distress</i>)	9
2. <i>Sectio Caesarea (SC)</i>	15
3. Post Partum	21
4. Dampak Post Sectio Caesarea terhadap Kebutuhan Dasar Manusia	30
B. Konsep Asuhan Keperawatan	32
1. Pengkajian	32
2. Diagnosa keperawatan	48
3. Perencanaan Keperawatan	48
4. Implementasi	55
5. Evaluasi	56
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	57
A. Tinjauan Kasus	57
1. Pengkajian	57
2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas.....	71
3. Intervensi, Implementasi, Dan Evaluasi	73

4. Catatan Perkembangan	80
B. Pembahasan	85
1. Tahap Pengkajian.....	85
2. Diagnosa Keperawatan.....	86
3. Tahap Perencanaan	89
4. Tahap Implementasi.....	89
5. Tahap Evaluasi.....	90
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	92
A. Kesimpulan	92
B. Rekomendasi	93
DAFTAR PUSTAKA.....	96

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Persentase Tindakan Sectio Caesarea Dengan Berbagai Indikasi di Ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut Periode Januari-April 2025	4
Tabel 2. 1 Analisa Data	44
Tabel 2. 2 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut.....	49
Tabel 2. 3 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Risiko Infeksi	51
Tabel 2. 4 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Defisit Perawatan Diri	52
Tabel 2. 5 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Gangguan Mobilisasi Fisik	54
Tabel 2. 6 Intervensi Keperawatan Menyusui Tidak Efektif.....	55
Tabel 3. 1 Poka Aktivitas Sehari-hari.....	66
Tabel 3. 2 Hasil Laboratorium.....	68
Tabel 3. 3 Therapy Medis.....	68
Tabel 3. 4 Analisa Data	69
Tabel 3. 5 Proses Keperawatan	72
Tabel 3. 6 Catatan Perkembangan	79

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Gawat Janin (Fetal Distress).....	13
Bagan 2.2 Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Gawat Janin (Fetal Distress).....	18

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I : SAP

Lampiran II : Leaflet

Lampiran III : Lembar Bingbingan

Lembar IV : Riwayat Hidup

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan adalah suatu keadaan kedudukan orang dalam tingkat sehat atau sakit. Konsep hidup sehat sampai saat ini masih relevan untuk diterapkan. Adapun kesehatan ibu hamil merupakan suatu proses yang butuh perawatan khusus agar dapat berlangsung dengan baik kehamilan mengandung unsur kehidupan ibu maupun janin. Resiko kehamilan bersifat dinamis karena ibu hamil yang pada mulanya normal, secara tiba-tiba dapat berisiko seperti pendarahan baik saat persalinan atau pasca persalinan, gangguan kesehatan dan resiko kematian (Putri, Purnomo, 2017).

Jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) yang dihimpun dari pencatatan program Kesehatan di Kementerian Kesehatan pada tahun 2021 menunjukkan 4.627 kematian di Indonesia. Jumlah ini menunjukkan peningkatan dibandingkan tahun 2020 sebesar 4.221 kematian. Berdasarkan penyebab, sebagian besar kematian ibu pada tahun 2021 disebabkan oleh pendarahan sebanyak 1.330 kasus, hipertensi dalam kehamilan sebanyak 1.110 kasus, dan gangguan sistem peredaran darah sebanyak 230 kasus (Kemenkes RI, 2018).

Kementerian Kesehatan telah menetapkan percepatan penurunan angka kematian ibu (AKI) per tahun sebesar 7,5% sehingga AKI pada tahun 2024 menjadi 151 per 100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi menjadi 12

per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2024. Kematian ibu terjadi paling banyak saat hamil dan nifas dengan spesifikasi ibu meninggal paling banyak pada usia reproduktif yaitu 20-35 tahun dan masih banyak yang di atas usia 35 tahun dengan presentase 36%. Sementara itu, kematian bayi tahun 2021 mengalami penurunan sejumlah 88 kasus dengan total 2.672 kasus dengan perbandingan tahun sebelumnya yaitu 2020 terdapat 2.760 kasus kematian bayi, salah satunya yang terjadi adalah gawat janin (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2022).

Gawat janin merupakan kondisi janin mengalami hipoksia akibat kurangnya asupan oksigen yang ditandai oleh denyut jantung janin yang abnormal ($<120x/\text{menit}$ dan $>160x/\text{menit}$). Gawat janin merupakan penyebab mortalitas dan morbiditas yang paling sering terjadi segera setelah lahir sehingga perlu diperlakukan identifikasi penyebab gawat janin. Intervensi dapat dilakukan segera untuk meminimalkan mortalitas dan morbiditas. Tindakan awal yang perlu dilakukan oleh petugas kesehatan adalah dengan pemasangan infus 20 tetes permenit, setelah dilakukan penatalaksanaan dengan ini tidak berhasil maka pertolongan pertama bisa dilakukan pemeriksaan dalam (PD), jika melahirkan pervagina tidak bisa dilakukan maka perlu tindakan *sectio caesarea* (Harahap, Siregar, 2019).

Sectio caesarea (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Tindakan *sectio caesarea* dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu dikarenakan bahaya atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervagina. Indikasi *sectio caesarea* secara garis besar dibagi menjadi dua

yaitu dari faktor ibu dan faktor janin. Faktor ibu yaitu ada riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat panggul sempit, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta, tingkat komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit jantung, diabetes melitus, gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, miom uteri, dan sebagainya), *Chepalo Pelvik Disproportio* (CPD), pre - eklamsi berat (PEB), ketuban pecah dini (KPD), bekas *sectio caesarea* sebelumnya, gawat janin (*Fetal Distress*), dan faktor hambatan jalan lahir. Penyebab dari faktor janin berupa gawat janin, malpresentasi, malposisi kedudukan janin, prolaps tali pusat dengan pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstrasi (Putu, Ayu, Made, 2020).

Angka persalinan *sectio caesarea* (SC) di Indonesia mencapai sekitar 30-80% dari total persalinan. menurut data Kemenkes RI menyatakan 927.000 dari 4.039.00 persalinan. Dari hasil survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017, angka persalinan SC Indonesia sebesar 17,02% namun angka tersebut diikuti dengan tidak meratanya pemanfaatan persalinan *sectio caesarea* dimana sebesar 66,5% persalinan *sectio caesarea* dilakukan oleh wanita perkotaan dan sebesar 75% persalinan *sectio caesarea* dilakukan oleh wanita golongan menengah keatas (Ferinawati & Hartati, 2019). Sedangkan di Kabupaten Garut sendiri untuk kasus *section caesarea* ini dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 1. 1 Persentase Tindakan Sectio Caesarea Dengan Berbagai Indikasi di Ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut Periode Januari-April 2025

No	Kasus	Jumlah	Persentase
1.	SC Indikasi PEB	327	41,18 %
2.	SC Indikasi KPD	214	26,95 %
3.	SC Indikasi Letak Sungsang	102	12,84 %
4.	SC Indikasi Partus Lama	77	9,69%
5.	SC Indikasi PPT	38	4,78 %
6.	SC Indikasi Gawat Janin	33	4,15 %
7.	SC Indikasi Plasenta Previa Marginalis	2	0,25 %
8.	SC Indikasi Presentasi Daggu	1	0,12 %
	Total	794	100 %

Sumber :Rekam Medis RSUD dr. Slamet Garut Tahun 2025

Berdasarkan tabel 1.1 dapat dilihat, tindakan *sectio caesarea* (SC) atas indikasi gawat janin dari bulan Januari-April 2025 dengan persentasi 4,15%, berada pada urutan ke-6 dengan jumlah kasus sebanyak 33 kasus (Rekam Medis RSUD dr. Slamet Garut Tahun 2025). Mengingat komplikasi yang dapat terjadi pada ibu *post sectio caesarea* (SC) yaitu infeksi, pendarahan, luka kandung kemih, embolim paru dan keluhan kandung kemih, maka penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan dengan judul “**Asuhan Keperawatan Pada Ny. G (P1a0) Dengan *Post Sectio Caesarea Pod 0* (8 Jam) Atas Indikasi Gawat Janin Di Ruang Marjan Bawah Rsud Dr. Slamet Garut**”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman secara nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan konferhensif pada ibu post sc atas indikasi gawat janin meliputi aspek bio fisiologis dengan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut:

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. G (P1A0) dengan *Post sectio caesarea POD 0* (8 Jam) atas indikasi gawat janin di Ruang Marjan bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. G (P1A0) dengan *post sectio caesarea POD 0* (8 Jam) atas indikasi gawat janin di Ruang Marjan bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- c. Penulis mampu menyusun rencana tindakan asuhan keperawatan pada Ny. G (P1A0) dengan *post sectio caesarea POD 0* (8 Jam) atas indikasi gawat janin di Ruang Marjan bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- d. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan pada Ny. G (P1A0) dengan *post sectio caesarea POD 0* (8 Jam) atas indikasi gawat janin di Ruang Marjan bawah RSUD dr. Slamet Garut.

- e. Penulis mampu melakukan evaluasi dari setiap tindakan yang telah dilakukan pada Ny. G (P1A0) dengan *post sectio caesarea POD 0* (8 Jam) atas indikasi gawat janin di Ruang Marjan bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- f. Penulis mampu mendokumentasikan pelaksana asuhan keperawatan pada Ny. G (P1A0) dengan *post sectio caesarea POD 0* (8 Jam) atas indikasi gawat janin di Ruang Marjan bawah RSUD dr. Slamet Garut.

C. Metode Telaahan

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

1. Wawancara

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

2. Pemeriksaan Fisik

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

3. Observasi

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

4. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara mempelajari data-data klien, seperti data hasil test laboratorium, data- data penunjang lain dan dokumentasi keperawatan klien saat dilakukan tindakan keperawatan sebelumnya.

5. Studi Perpustakaan

Studi kepustakaan adalah cara mendapatkan informasi dan teoriteori yang relevan dari literatur buku dan internet yang berhubungan dengan kasus sebagai dasar acuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini.

D. Sistematika Penulisan

Sistematika laporan studi kasus ini terdiri dari 4 BAB dengan sistematika penulisan sebagai berikut :

BAB I Pendahuluan menjelaskan tentang latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode telaahan dan sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan Teori menguraikan tinjauan teoritis yang membahas tentang konsep dasar gawat janin (*Fetal Distress*), konsep dasar *sectio caesarea*, konsep dasar *post partum* dan konsep dasar asuhan keperawatan.

BAB III Tinjauan Kasus dan Pembahasan menjelaskan tentang pelaksanaan asuhan keperawatan serta pembahasan permasalahan yang muncul dalam dalam proses pemberian asuhan keperawatan yang terdiri dari

pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

BAB IV Kesimpulan dan Rekomendasi berisi tentang kesimpulan dan rekomendasi terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan yang di lakukan.

DAPATAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Teori

1. Gawat Janin(*Fetal Distress*)

a. Pengertian Gawat Janin

Gawat janin merupakan kondisi hipoksia progresif yang di alami oleh janin yang diakibat oleh tidak kebutuhan oksigen ke janin. Kondisi gawat janin ini ditandai oleh beberapa hal diantaranya adalah perubahan pola denyut jantung janin (DJJ), perubahan jumlah gerak janin, pertumbuhan janin yang terlambat, maupun adanya pengeluaran mekonium selama proses persalinan (Iswanti, 2023).

Gawat janin adalah suatu kondisi yang menunjukkan adanya gangguan pada janin akibat kekurangan oksigen (hipoksia), yang dapat dikenali melalui pola denyut jantung janin yang tidak normal, yaitu di bawah 120 kali per menit (bradikardia) atau melebihi 160 kali per menit (takikardia). Keadaan ini merupakan salah satu penyebab utama tingginya angka kematian dan kesakitan neonatal, khususnya yang terjadi segera setelah proses persalinan. Oleh karena itu, penting untuk melakukan identifikasi dini terhadap faktor penyebab gawat janin, agar dapat dilakukan intervensi medis secara cepat dan tepat guna menurunkan risiko morbiditas dan mortalitas perinatal (Putri, Astuti, & Damaila, 2021).

Berdasarkan uraian sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa gawat janin (*fetal distress*) merupakan suatu keadaan di mana janin mengalami kekurangan oksigen (hipoksia) yang mengancam kelangsungan hidupnya, sehingga memerlukan tindakan persalinan segera guna mencegah komplikasi lebih lanjut.

b. Etiologi

Menurut Putri, Astuti & Damaila, (2021) penyebab gawat janin sebagai berikut :

- 1) Infeksi
- 2) Insufisiensi plasenta
- 3) Kehamilan posterm
- 4) Pendarahan
- 5) Persalinan berlangsung lama
- 6) Persalinan induksi
- 7) Pre - eklamsi

c. Tanda dan Gejala

Menurut Iswanti, (2023) tanda dan gejala gawat janin sebagai berikut:

- 1) Denyut Jantung Janin (DJJ) Abnormal
 - a) Bradikardi yaitu denyut jantung janin kurang dari 120 denyut permenit.
 - b) Takikardi yaitu denyut jantung janin yang lebih 160 permenit.

- 2) Mekonium keluar dari usus janin sehingga bercampur dengan air ketuban meningkatkan resiko infeksi perinatal, juga dapat mengiritasi kulit janin sehingga meningkatkan kejadian erythema toksikum.

d. Patofisiologi

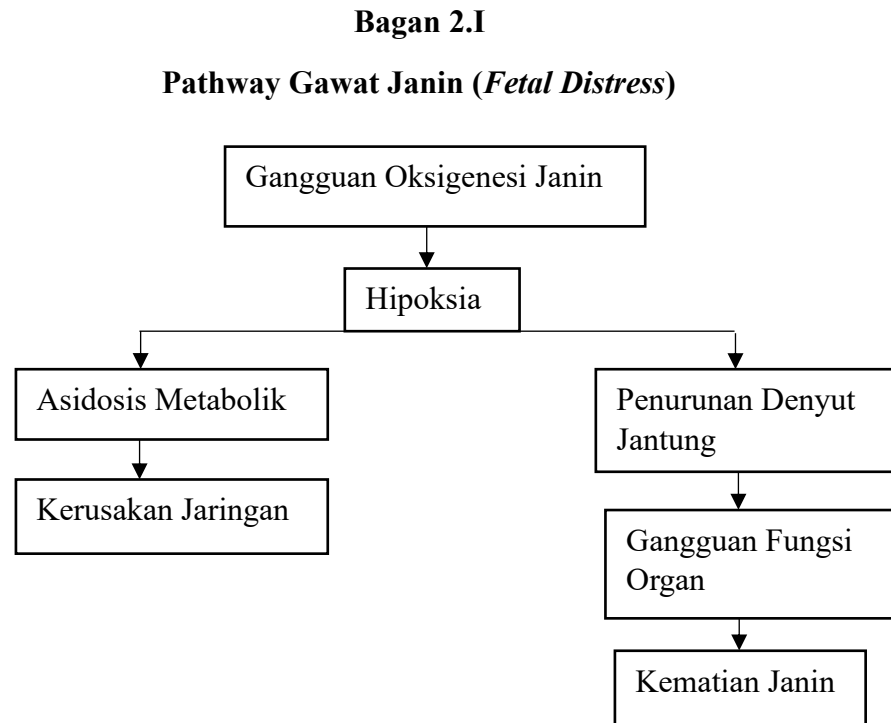
Gawat janin (*fetal distress*) merupakan indikator adanya gangguan oksigenasi, baik yang bersifat sementara maupun permanen, pada janin. Kondisi ini dapat menyebabkan hipoksia janin disertai dengan asidosis metabolik, yang berpotensi membahayakan kehidupan janin. Karena proses oksigenasi janin sangat bergantung pada oksigenasi maternal dan perfusi plasenta, maka gangguan pada sistem tersebut seperti penurunan oksigenasi ibu, aliran darah uteroplasenta yang tidak adekuat, gangguan transfer oksigen melalui plasenta, atau hambatan dalam transportasi gas dari dan ke janin dapat menyebabkan hipoksia dan kondisi non-reassuring fetal status. Beberapa faktor yang sering dikaitkan dengan kondisi ini mencakup penyakit kardiovaskular pada ibu, anemia, diabetes melitus, hipertensi, infeksi, solusio plasenta, presentasi janin yang tidak normal, pembatasan pertumbuhan intrauterin (IUGR), serta kompresi tali pusat. Faktor-faktor ini dapat berasal dari kondisi obstetri, maternal, maupun janin itu sendiri (Iswanti, 2023).

Penurunan kadar oksigen pada janin umumnya terjadi melalui tiga tahapan, yaitu: hipoksia sementara tanpa disertai asidosis metabolik, hipoksia jaringan dengan risiko terjadinya asidosis metabolik, serta hipoksia yang telah berkembang menjadi asidosis metabolik. Respons

fisiologis janin terhadap kekurangan oksigen dikendalikan oleh sistem saraf otonom, yang dimediasi oleh aktivitas sistem saraf simpatis dan parasimpatis. Selama kehamilan, janin memiliki mekanisme kompensasi yang memungkinkan untuk bertahan terhadap hipoksia jangka pendek. Namun, bila hipoksia berlangsung terus-menerus, maka dapat terjadi asidosis progresif yang mengarah pada kematian sel, kerusakan jaringan, gangguan fungsi organ vital, hingga kematian janin. Sebagai bentuk respons kompensasi terhadap hipoksia, janin akan melakukan beberapa penyesuaian fisiologis, meliputi: (1) penurunan denyut jantung, (2) pengurangan konsumsi oksigen melalui penghentian aktivitas yang tidak vital, seperti gerakan tubuh, (3) redistribusi aliran darah ke organ-organ penting, seperti otak, jantung, dan kelenjar adrenal, serta (4) peralihan metabolisme seluler dari aerobik ke anaerobik (Iswanti, 2023).

Selama kondisi hipoksia, metabolisme anaerob pada janin akan mengambil alih proses produksi energi. Proses ini menyebabkan glukosa dimetabolisme menjadi asam laktat dan piruvat, yang kemudian terakumulasi di dalam tubuh janin. Akumulasi senyawa ini memicu terjadinya asidosis, dan kemampuan tubuh janin untuk menetralkan kondisi asam tersebut menjadi terbatas. Akibatnya, pH darah janin menurun, yang dapat mengganggu proses metabolisme lebih lanjut, merusak fungsi organ vital, dan dalam kondisi berat dapat menyebabkan kematian janin (Iswanti, 2023).

e. Pathway



Sumber : (Iswanti, 2023)

f. Pemeriksaan Penunjang

Beberapa metode pemeriksaan digunakan untuk memantau kondisi janin secara menyeluruh.

- 1) Ultrasonografi (USG) merupakan salah satu alat diagnostik utama yang digunakan untuk memantau denyut jantung janin (DJJ), mengamati struktur jaringan abdomen dan organ internal, serta untuk menilai gerakan pernapasan dan aktivitas motorik janin.
- 2) Pemeriksaan dengan sinar-X dapat memberikan gambaran visual terhadap struktur tubuh janin secara lebih rinci.

3) Pemeriksaan laboratorium seperti evaluasi kadar hemoglobin dan hematokrit juga penting untuk mendeteksi kemungkinan anemia atau penurunan kapasitas pengangkutan oksigen dalam darah (Harahap & Siregar, 2019).

g. Komplikasi

Gawat janin dapat menimbulkan berbagai dampak serius baik bagi janin maupun ibu. Salah satu konsekuensi utama adalah terjadinya asfiksia pada bayi baru lahir, yaitu kondisi kekurangan oksigen yang dapat mengganggu fungsi vital tubuh (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Selain itu, situasi ini juga dapat mengancam keselamatan ibu dan janin selama proses persalinan (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Dalam jangka panjang, gawat janin yang tidak tertangani dengan baik berpotensi menyebabkan kecacatan permanen pada bayi, termasuk gangguan neurologis (Federico & Staton, 2018). Jika bayi mengalami asfiksia, dapat terjadi komplikasi lanjutan seperti hipotermia, melemahnya denyut jantung, hingga risiko kematian neonatal (Harahap & Siregar, 2019).

h. Penatalaksanaan

Menurut Harahap dan Siregar (2019), penanganan kasus persalinan dengan indikasi gawat janin (*fetal distress*) memerlukan tindakan yang cepat dan tepat. Langkah awal yang dilakukan adalah pemasangan infus dengan cairan dekstrosa 5% sebanyak 20 tetes per menit, serta pemberian obat antipiretik apabila ibu mengalami demam. Apabila denyut jantung

janin tetap menunjukkan pola abnormal, perlu dilakukan pemeriksaan dalam untuk menilai kondisi lebih lanjut. Jika ditemukan tanda-tanda jelas dari gawat janin, maka persalinan harus segera direncanakan. Apabila kondisi ibu memenuhi syarat untuk persalinan pervaginam, maka dapat dilakukan tindakan ekstraksi vakum. Namun, jika kepala bayi belum terlihat atau tidak memungkinkan untuk persalinan normal, maka perlu dilakukan tindakan *sectio caesarea* sebagai upaya penyelamatan ibu dan janin.

2. *Sectio Caesarea* (SC)

a. Pengertian *Sectio Caesarea* (SC)

Sectio caesarea (SC) merupakan prosedur medis yang dilakukan ketika persalinan secara normal tidak memungkinkan, baik karena adanya komplikasi kesehatan pada ibu maupun kondisi janin yang membahayakan. Prosedur ini melibatkan pembedahan melalui dinding abdomen dan uterus (atau dalam beberapa kasus melalui vagina) sebagai metode untuk mengeluarkan janin langsung dari rahim. Dengan kata lain, SC merupakan bentuk histerotomi yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan janin dalam situasi persalinan yang berisiko tinggi (Ayuningtyas, Dumilah, et al., 2018).

Operasi *Sectio Caesarea* (SC) merupakan prosedur bedah yang dilakukan untuk melahirkan bayi dengan membuat sayatan pada dinding perut dan rahim ibu guna mengeluarkan janin. Dalam beberapa tahun terakhir, sebagian kalangan masyarakat mulai menganggap bahwa

persalinan normal memiliki risiko yang tinggi serta proses yang lebih sulit, baik bagi ibu maupun bayi. Oleh karena itu, metode SC mulai dipilih sebagai alternatif yang dianggap lebih aman dalam proses persalinan (Putra, Sena dkk., 2021).

Berdasarkan definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa *Sectio Caesarea* (SC) merupakan prosedur medis yang dilakukan dengan membuat sayatan pada dinding perut (abdomen) dan rahim (uterus) untuk mengeluarkan janin, sebagai alternatif persalinan ketika proses melahirkan secara normal tidak memungkinkan akibat adanya gangguan kesehatan pada ibu atau kondisi tertentu pada janin.

b. Etiologi

Menurut Nurarif dan Kusuma (2016), terdapat dua faktor penyebab atau etiologi yang melatarbelakangi tindakan *Sectio Caesarea* (SC).

- 1) Faktor yang berasal dari ibu, seperti ukuran panggul yang sempit, kondisi plasenta previa, solusio plasenta, serta komplikasi kehamilan seperti preeklampsia dan eklampsia. Selain itu, penyakit penyerta seperti gangguan jantung, diabetes melitus, serta hambatan dalam proses persalinan yang disebabkan oleh keberadaan kista ovarium atau mioma uteri juga menjadi indikasi.
- 2) Faktor yang berasal dari janin, antara lain kondisi janin yang mengalami gangguan (distres janin), posisi janin yang tidak normal (malpresentasi dan malposisi), prolaps tali pusat, pembukaan serviks yang tidak

maksimal, serta kegagalan dalam proses persalinan menggunakan alat bantu seperti vakum.

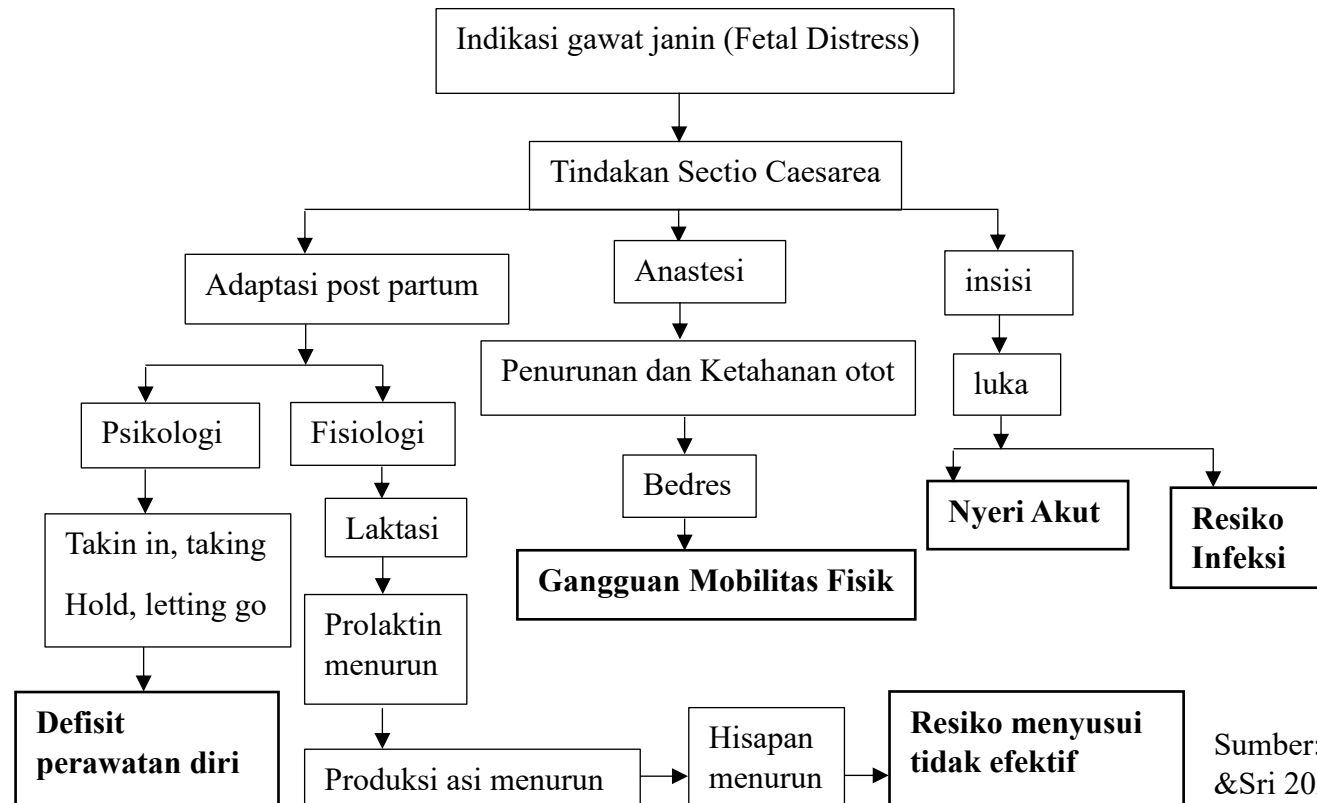
c. Patofisiologi

Sectio caesarea (SC) merupakan prosedur pembedahan yang dilakukan untuk melahirkan bayi dengan berat lebih dari 500 gram melalui sayatan pada dinding rahim yang masih utuh. Tindakan ini biasanya dilakukan berdasarkan indikasi dari kondisi ibu, seperti ketidaksesuaian antara ukuran kepala janin dan panggul ibu (disproporsi sefalopelvik), gangguan fungsi uterus, hambatan jaringan lunak, plasenta previa, dan kondisi lainnya. Sementara itu, pada janin, indikasi yang paling umum adalah gawat janin, ukuran janin yang besar, serta posisi lintang. Setelah menjalani prosedur SC, ibu akan mengalami proses adaptasi pada masa nifas, baik secara kognitif maupun fisiologis. Dari sisi kognitif, kurangnya informasi dapat menyebabkan ibu memiliki pengetahuan yang terbatas mengenai perawatan pascaoperasi. Secara fisiologis, produksi oksitosin yang tidak optimal dapat memengaruhi jumlah ASI yang diproduksi, dan luka bekas sayatan menjadi rentan terhadap infeksi bakteri. Oleh karena itu, penting diberikan antibiotik serta perawatan luka yang mengutamakan prinsip sterilitas (Aurelly & Yurike, 2016).

d. Pathway

Bagan 2.2

Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Gawat Janin (Fetal Distress)



Sumber: (Yanti
& Sri 2020)

e. Jenis – Jenis *Sectio Caesarea* (SC)

Menurut Aurelly dan Yurike (2016), terdapat beberapa jenis tindakan operasi *Sectio Caesarea* (SC) yang dikategorikan berdasarkan teknik dan arah sayatan.

- 1) Jenis SC transperitoneal, yaitu prosedur pembedahan melalui rongga Peritonem.
- 2) SC vaginalis, yang dibedakan berdasarkan arah sayatan pada Rahim Meliputi:
 - a) Sayatan memanjang secara vertikal (longitudinal)
 - b) Sayatan melintang secara horizontal (transversal)
 - c) Sayatan berbentuk huruf T (T-incision).

f. Komplikasi

Menurut Aspiani (2017), terdapat beberapa komplikasi yang umum terjadi setelah tindakan *Sectio Caesarea* (SC), di antaranya:

- 1) Infeksi pada masa nifas (puerperal)
- 2) Perdarahan yang dapat terjadi akibat prosedur pembedahan
- 3) Risiko cedera pada kandung kemih, emboli paru, dan gangguan fungsi kandung kemih yang dapat muncul apabila reperitonealisasi dilakukan terlalu tinggi
- 4) Pada kehamilan berikutnya, terdapat kemungkinan terjadinya ruptur uterus secara spontan.

g. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Aspiani (2017), terdapat sejumlah pemeriksaan yang perlu dilakukan sebelum tindakan *Seccio Caesarea* (SC) guna memastikan kondisi ibu dan janin. Pemeriksaan tersebut meliputi:

- 1) Pemeriksaan darah lengkap
- 2) Penentuan golongan darah ABO serta uji pencocokan silang dan tes Coombs
- 3) Urinalisis dilakukan untuk menilai kadar albumin dan glukosa
- 4) Pemeriksaan kultur juga penting untuk mendeteksi infeksi virus, khususnya virus herpes simpleks tipe II
- 5) Pemeriksaan ultrasonografi digunakan untuk menentukan letak plasenta, memantau pertumbuhan, posisi, dan presentasi janin
- 6) Amniosintesis dilakukan untuk menilai kematangan paru janin. Selanjutnya
- 7) Tes stres kontraksi bertujuan untuk mengevaluasi respons janin terhadap kontraksi uterus atau pola kontraksi yang tidak normal
- 8) Pemantauan elektronik lanjutan dilakukan untuk memastikan kondisi janin serta aktivitas uterus secara keseluruhan.

h. Penatalaksanaan

Menurut Aspiani (2017), penatalaksanaan medis pasca tindakan *Seccio Caesarea* (SC) mencakup beberapa langkah penting untuk mendukung pemulihan ibu.

- 1) Perdarahan pervaginam harus dipantau secara ketat untuk menghindari komplikasi
- 2) Pemberian analgesik dan antibiotik diperlukan untuk mengurangi nyeri dan mencegah infeksi
- 3) Aliran urin juga perlu diperiksa secara berkala, dengan volume minimal 30 ml per jam sebagai indikator fungsi ginjal yang adekuat
- 4) Pemberian cairan intravena sebanyak tiga liter dalam 24 jam pertama pascaoperasi dianggap cukup untuk memenuhi kebutuhan cairan tubuh.
- 5) Mobilisasi dini dianjurkan, di mana pasien dapat mulai bangun dari tempat tidur dengan bantuan setelah satu hari pascaoperasi
- 6) Perawatan luka bekas sayatan harus dilakukan secara steril untuk mencegah infeksi.
- 7) Pemeriksaan laboratorium dilakukan guna memantau kondisi umum pasien selama masa pemulihan.

3. Post Partum

a. Pengertian

Post partum atau puerperium merupakan periode setelah proses persalinan yang ditandai dengan terjadinya perubahan fisiologis pada tubuh ibu, termasuk proses pemulihan, penyembuhan, dan pengembalian fungsi organ-organ reproduksi ke kondisi sebelum kehamilan yang lamanya 6 minggu atau 40 hari pasca persalinan (Jannah, Miftahul, Azza, dkk 2020).

Menurut Hasanah dan Uswatun (2021), masa *post partum* dimulai setelah keluarnya plasenta dan berlangsung hingga organ reproduksi kembali ke kondisi seperti sebelum kehamilan. Periode ini umumnya berlangsung selama kurang lebih enam minggu. Berdasarkan pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa *post partum* merupakan fase pemulihan fisik dan fisiologis ibu yang dimulai setelah persalinan dan berakhir sekitar enam minggu kemudian.

b. Perubahan Fisiologi Pada Masa *Post Partum*

a. Sistem Reproduksi

1) Uterus

Setelah plasenta dikeluarkan, uterus mulai mengalami kontraksi dan retraksi otot sehingga secara bertahap mengeras dan mengecil hingga kembali ke ukuran sebelum hamil. Proses involusi ini berlangsung secara bertahap.

- a) Saat bayi baru lahir, fundus uteri berada setinggi pusat dan berat uterus sekitar 1000 gram
- b) Pada hari pertama pasca persalinan, tinggi fundus uteri (TFU) turun menjadi dua jari di bawah pusat.
- c) Setelah satu minggu, TFU teraba di pertengahan antara pusat dan simfisis pubis dengan berat sekitar 500 gram.
- d) Dua minggu setelah persalinan, TFU sudah tidak dapat diraba dan berat uterus menyusut menjadi sekitar 350 gram.

- e) Pada minggu keenam, ukuran uterus terus mengecil hingga mencapai berat 50 gram.
- f) Pada minggu kedelapan, uterus kembali ke kondisi normal dengan berat sekitar 30 gram.

2) *Lochea*

Lochea merupakan cairan yang keluar dari kavum uteri dan vagina selama masa nifas atau *post partum*, sebagai bagian dari proses pemulihan pasca persalinan. Terdapat beberapa jenis lochea berdasarkan warna dan kandungannya.

- a) *Lochea rubra* muncul pada dua hari pertama setelah persalinan, berwarna merah karena mengandung darah segar, sisa membran ketuban, jaringan desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium. Selanjutnya.
- b) *Lochea sanguilenta* yang berwarna merah kekuningan mengandung campuran darah dan berlangsung sekitar hari ke-3 hingga ke-7 pasca persalinan.
- c) *Lochea serosa*, yang muncul pada hari ke-7 hingga ke-14, memiliki warna kuning kecokelatan karena terdiri dari serum, jaringan desidua, leukosit, dan eritrosit.
- d) *Lochea alba* berwarna putih, tersusun atas leukosit dan sisa-sisa sel desidua, dan biasanya berlangsung mulai dari hari ke-14 hingga dua minggu berikutnya.

3) Endometrium

Setelah persalinan, terjadi perubahan fisiologis pada tempat implantasi plasenta, yang ditandai dengan pembentukan trombosit, proses degenerasi, serta nekrosis jaringan di area tersebut. Akibat kontraksi uterus, bekas implantasi plasenta akan menonjol ke dalam kavum uteri. Pada hari pertama pasca persalinan, ketebalan endometrium mencapai sekitar 2,5 mm, dan mulai mengalami perataan secara bertahap, hingga menjadi rata pada hari ketiga.

4) Serviks

Pasca persalinan, serviks mengalami perubahan dengan kondisi awal yang terbuka lebar. Sekitar tujuh hari setelah melahirkan, serviks mulai mengecil dan hanya dapat dilalui oleh satu jari. Dalam waktu kurang lebih empat minggu, bagian luar serviks umumnya telah kembali ke bentuk dan ukuran normal seperti sebelum kehamilan.

5) Vagina dan Perineum

Setelah persalinan, ukuran vagina secara bertahap akan menyusut, meskipun jarang dapat kembali sepenuhnya seperti pada wanita yang belum pernah melahirkan (nulipara). Pada minggu ketiga masa nifas, lipatan-lipatan dinding vagina (rugae) mulai tampak kembali. Sementara itu, perineum yang mengalami jahitan dan pembengkakan (edema) akan mengalami proses penyembuhan secara

bertahap dan umumnya pulih dalam waktu 6 hingga 7 hari, asalkan tidak terjadi infeksi.

6) Mamaea atau Payudara

Selama masa kehamilan, jaringan payudara mengalami pertumbuhan sebagai persiapan untuk menjalankan fungsinya dalam memproduksi makanan bagi bayi. Sekitar hari ketiga pasca persalinan, hormon prolaktin mulai memberikan pengaruh nyata terhadap kinerja payudara, di mana sel-sel acini mulai aktif memproduksi air susu ibu (ASI). Saat bayi menyusu pada puting, hormon oksitosin akan merangsang refleks let-down, yaitu proses ejeksi ASI dari payudara ke mulut bayi.

b. Sistem Pencernaan

Sekitar dua jam setelah persalinan, ibu umumnya mulai merasa lapar. Selama tidak terdapat komplikasi obstetrik, tidak ada alasan medis untuk menunda pemberian makanan. Konstipasi pasca persalinan sering kali terjadi, dan salah satu penyebabnya adalah faktor psikologis, yaitu rasa takut untuk buang air besar akibat adanya luka jahitan pada area perineum.

c. Sistem Perkemihan

Selama kehamilan, pelvis ginjal mengalami peregangan dan dilatasi sebagai respons terhadap perubahan fisiologis tubuh. Kondisi ini umumnya kembali ke keadaan normal pada akhir minggu keempat pasca

persalinan. Sekitar 40% wanita dalam masa nifas juga dapat mengalami proteinuria yang bersifat non-patologis, kecuali pada kasus dengan riwayat preeklamsia, di mana keberadaan protein dalam urin dapat mengindikasikan gangguan yang lebih serius.

d. Sistem Musculoskeletal

Selama kehamilan, ligamen, fasia, dan diafragma pelvis mengalami peregangan akibat penyesuaian terhadap perubahan anatomi tubuh. Setelah persalinan, struktur-struktur tersebut secara bertahap kembali ke kondisi semula seiring dengan proses pemulihan pasca melahirkan.

e. Sistem Endokrin

Beberapa hormon memiliki peran penting dalam proses pemulihan pasca persalinan.

- a) Hormon oksitosin berfungsi merangsang kontraksi uterus yang membantu menghentikan perdarahan serta mempercepat kembalinya uterus ke ukuran normal.
- b) Hormon prolaktin, yang disekresikan oleh kelenjar hipofisis, berperan dalam merangsang produksi air susu ibu (ASI). Pengeluaran prolaktin dipengaruhi oleh kerja hormon pituitrin (Wahyuningsih & Sri, 2019).

f. Perubahan Tanda-Tanda Vital

Tanda-tanda vital seperti denyut nadi, frekuensi pernapasan, suhu tubuh, dan tekanan darah merupakan indikator penting dalam menilai

kondisi kesehatan seseorang. Denyut nadi normal berkisar antara 60–80 kali per menit. Selama proses persalinan, denyut nadi umumnya mengalami peningkatan, namun pada masa nifas akan kembali ke kisaran normal. Frekuensi pernapasan yang normal adalah 18–24 kali per menit, dan setelah persalinan akan kembali stabil. Kondisi pernapasan ini umumnya berkaitan erat dengan suhu tubuh dan denyut nadi. Suhu tubuh dapat mengalami sedikit peningkatan, sekitar $0,5^{\circ}\text{C}$ dari suhu normal yaitu 36°C – $37,5^{\circ}\text{C}$, sebagai respons terhadap peningkatan metabolisme selama persalinan. Adapun tekanan darah normal berkisar antara 110–140 mmHg untuk sistolik dan 60–80 mmHg untuk diastolik. Setelah melahirkan, tekanan darah dapat sedikit menurun akibat kehilangan darah selama proses persalinan.

- g. Setelah melahirkan, adanya striae pada dinding abdomen tidak dapat dihilangkan sempurna dan berubah jadi putih (striae albicans).
- h. Evaluasi tonus otot abdomen penting dilakukan untuk menilai derajat pemisahan otot rectus abdominis, yang dikenal sebagai diastasis. Selama kehamilan, otot dan sendi mengalami relaksasi sebagai persiapan untuk proses persalinan, sehingga linea alba menjadi lebih lentur dan mudah meregang. Apabila otot rectus abdominis semakin melebar ke samping dan linea alba menipis secara signifikan, kondisi ini disebut sebagai diastasis (Wahyuningsih & Sri, 2019).

c. Adaptasi Psikologis *Post Partum*

Periode *post partum* merupakan fase kritis yang dapat menimbulkan tekanan emosional yang signifikan bagi ibu baru. Tekanan ini dapat semakin berat apabila ibu mengalami perubahan fisik yang drastis setelah melahirkan. Transisi menuju peran sebagai orang tua pada masa postpartum dipengaruhi oleh sejumlah faktor penting. Beberapa faktor yang berkontribusi terhadap keberhasilan adaptasi dalam masa transisi ini antara lain:

- 1) Respon dan dukungan dari keluarga dan teman dekat ,dukungan emosional dan praktis dari lingkungan sekitar sangat penting dalam membantu ibu menghadapi masa transisi. Kehadiran anggota keluarga atau teman yang suportif dapat memberikan rasa aman, mengurangi kecemasan, dan meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi.
- 2) Hubungan antara pengalaman melahirkan dengan harapan dan aspirasi pribadi, perbedaan antara ekspektasi ibu terhadap proses melahirkan dengan kenyataan yang dialami dapat menimbulkan perasaan kecewa, bahkan trauma. Sebaliknya, jika pengalaman melahirkan sesuai atau mendekati harapan, hal ini akan mendukung proses adaptasi yang lebih positif.
- 3) Pengalaman sebelumnya dalam melahirkan dan membesarkan anak Ibu yang telah memiliki anak sebelumnya cenderung memiliki bekal

emosional dan keterampilan yang lebih baik dalam menghadapi masa postpartum, sehingga proses transisi menjadi lebih lancar.

- 4) Pengaruh budaya dan proses emosional dalam fase postpartum budaya memiliki peran penting dalam membentuk pengalaman ibu pasca persalinan. Dalam dua hari pertama setelah melahirkan, ibu umumnya mengalami tiga fase emosional yang dikenal sebagai *Talking In*, *Talking Hold*, dan *Letting Go* (Wahyuningsih & Sri, 2019)

a) Fase *Talking In*

- (1) Terjadi pada hari ke-1 hingga ke-2 setelah persalinan. Ibu cenderung bersikap pasif dan bergantung pada orang lain. Fokus perhatian ibu umumnya tertuju pada kondisi tubuhnya, serta kekhawatiran akan proses pemulihan.
- (2) Ia juga cenderung mengulang-ulang cerita mengenai pengalaman persalinannya.
- (3) Istirahat yang cukup
- (4) Asupan nutrisi yang baik sangat dibutuhkan, mengingat meningkatnya selera makan dan kebutuhan energi ibu.

b) *Talking Hold*

- (1) Berlangsung dari hari ke-2 hingga ke-4 postpartum. Ibu mulai menunjukkan ketertarikan pada perannya sebagai orang tua dan mulai mengambil tanggung jawab terhadap bayinya.
- (2) perhatian terhadap fungsi tubuh seperti proses eliminasi

- (3) meningkat. Ibu mulai belajar dan menguasai keterampilan merawat bayi dengan lebih aktif.

c) *Letting Go*

- (1) Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan mulai menjalani rutinitas barunya. Pada tahap ini, peran keluarga sangat penting dalam mendukung proses adaptasi ibu terhadap perubahan besar dalam hidupnya.
- (2) Ibu mulai sepenuhnya mengambil alih tanggung jawab dalam perawatan bayi.
- (3) Risiko terjadinya depresi postpartum cukup tinggi dan perlu mendapat perhatian khusus.

4. Dampak Post Sectio Caesarea terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

a. Nyeri

Rasa sakit di daerah abdomen akibat luka operasi sering dirasakan oleh pasien. Untuk mengurangi ketidaknyamanan ini, disarankan agar pasien melakukan teknik relaksasi atau mengambil napas dalam. Selain itu, pemberian terapi dengan obat analgetik juga dapat membantu meredakan rasa sakit tersebut.

b. Nutrisi dan cairan

Pada ibu yang baru melahirkan dan menjalani operasi caesarea, masih dianjurkan untuk berpuasa jika belum mengeluarkan gas (flatus) dan suara usus belum terdengar, guna menghindari risiko aspirasi. Sebagai pengganti

makanan dan cairan, ibu diberikan infus cairan Setelah flatus keluar dan suara usus kembali normal, ibu diizinkan untuk minum satu sendok setiap jam, kemudian dicoba beralih ke diet lunak yang tinggi kalori dan protein (TKTP).

c. Aktivitas

Pasien pasca operasi mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari karena rasa nyeri dari luka dan penurunan kekuatan otot. Oleh karena itu, aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat untuk memastikan keselamatan dan pemulihan yang optimal.

d. Personal hygiene

Pada ibu yang baru melahirkan dan menjalani operasi caesarea, kebutuhan akan kebersihan pribadi mungkin tidak terpenuhi karena kondisi fisiknya yang lemah. Oleh karena itu, diperlukan bantuan untuk membersihkan tubuh, mulut, rambut, dan area vulva guna menjaga kebersihan dan mencegah infeksi.

e. Eliminasi urine

Banyak pasien dapat berkemih secara spontan dalam waktu 8 jam setelah melahirkan. Selama kehamilan, terjadi peningkatan cairan tubuh sebesar 50%. Setelah melahirkan, cairan ini dieliminasi dari tubuh melalui urine.

f. Emosi

Saat kelahiran mendekat, wanita biasanya mengalami peningkatan kegembiraan yang mencapai puncaknya saat melahirkan bayi. Emosi yang tinggi ini sering kali menurun dengan cepat setelah proses kelahiran selesai.

g. Istirahat tidur

Pada ibu yang telah menjalani operasi caesarea, umumnya terjadi gangguan tidur akibat rasa nyeri di daerah perut (Ayuningtyas, Oktarina, Nyoman dkk, 2018).

B. Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah serangkaian aktivitas praktik yang dilakukan secara sistematis dalam bidang keperawatan. Proses ini melibatkan penggunaan pengetahuan komprehensif untuk mengkaji masalah kesehatan pasien, membuat penilaian yang bijaksana, mendiagnosis, mengidentifikasi hasil akhir kesehatan, serta merencanakan, menerapkan, dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat untuk mencapai tujuan tertentu (Derm 2018).

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan awal dalam proses keperawatan yang melibatkan pengumpulan data secara sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan kondisi klien sangat penting untuk merumuskan diagnosis keperawatan dan memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan respon individu (Ahmad & Fitriani, 2023).

a. Identitas Klien

Nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, suhu, status perkawinan, alamat, diagnose medis, tanggal masuk, tanggal pengkajian, NO.RM.

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama, umur, pendidikan, suku, alamat, dan hubungan dengan klien.

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Pasien pasca operasi, keluhan utama yang sering muncul adalah rasa nyeri di area bekas operasi, rasa lelah pada tubuh, serta kurangnya keberanian untuk bergerak.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Dalam penilaian riwayat kesehatan saat ini, penting untuk mengkaji beberapa aspek seperti waktu selesai operasi, tingkat kesadaran pasien, kondisi umum, serta lokasi dan ukuran luka operasi. Selain itu, perlu juga menjelaskan tentang pengalaman penyakit pasien setelah operasi menggunakan format P (*Provokes*), Q (*Quality*), R (*Region*), S (*Severity*), dan T (*Time*).

a) P (penyebab): Apa penyebab rasa sakit atau nyeri yang dialami?

Apakah ada faktor yang menyebabkan kondisi memburuk atau membaik? Apa tindakan yang diambil ketika nyeri hilang atau timbul kembali? Apakah nyeri tersebut mengganggu tidur pasien?

- b) Q (*quality*/kualitas): Dapatkah pasien mendeskripsikan rasa sakit atau nyeri yang dialaminya? Apakah rasa sakit bersifat tajam, terasa seperti diremas, atau seperti ditusuk-tusuk?
 - c) R (*region*/penyebaran): Apakah nyeri yang dialami menyebar ke area yang lebih luas atau hanya terfokus pada satu titik?
 - d) S (*skala*) Nilai nyeri dalam skala 0-10, 0 berarti tidak nyeri, 6-7 nyerinya sedang, dan 10 paling sakit.
 - e) T (*time*/waktu) Kapan sakit muncul, apakah munculnya secara terus menerus atau kadang-kadang.
- 3) Riwayat Kesehatan Dahulu
- Apakah klien pernah sakit parah sebelumnya sampai mengalami pendarahan.
- 4) Riwayat Kesehatan Keluarga
- Keluarga atau faktor keturunan merupakan elemen penting yang perlu dipertimbangkan, yaitu riwayat penyakit serius yang pernah dialami anggota keluarga yang berhubungan dengan prosedur operasi, seperti TBC, diabetes mellitus, dan hipertensi.
- 5) Riwayat Obstetri dan Ginekologi
- 6) Riwayat Obstetri
- a) Riwayat Obstetri
- Dalam penilaian riwayat obstetri, mencakup riwayat kehamilan, persalinan, dan aborsi yang dinyatakan dengan kode GxPxAx (Gravida, Para, Abortus). Ini mencakup jumlah kali

seorang wanita hamil, pengalaman persalinan, metode persalinan, penyembuhan luka persalinan, kondisi bayi saat lahir, berat badan lahir anak jika masih diingat. Selain itu, riwayat menarche, siklus menstruasi, serta keberadaan nyeri haid atau gangguan haid lainnya juga perlu dipertimbangkan.

b) Keadaan Menstrusi

Perlu ditanyakan mengenai waktu datangnya menarche dan siklus haid, serta hari pertama haid terakhir untuk menentukan apakah keluarnya darah muda atau darah tua, encer atau menggumpal, serta keberadaan nyeri atau tidak, bau, dan lokasi untuk mendapatkan gambaran tentang kondisi rahim.

c) Perkawinan

Berapa kali kawin dan berapa lama dengan suami yang sekarang.

d) Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

Perlu ditanyakan mengenai kehamilan dan persalinan serta masa nifas sebelumnya, kondisi bayi yang dilahirkan, apakah kelahiran terjadi dalam waktu yang cukup lama atau tidak, apakah persalinan berjalan normal atau tidak, siapa yang membantu proses persalinan, dan di mana persalinan terjadi.

e) Riwayat kehamilan dan persalinan yang sekarang

Perlu ditanyakan mengenai kehamilan dan persalinan yang seberapa, kaji terhadap tanggal melahirkan, berat badan bayi dan APGAR score serta keadaan masa nifas.

f) Pemeriksaan Fisik

(1) Keadaan Umum

Secara umum, tidak ditemukan penurunan kesadaran pada klien, klien tampak diam, apatis, mengernyit, gelisah karena nyeri, serta menunjukkan penampilan yang lemah.

(2) Tanda-Tanda Vital

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

(a) Nadi dan suhu di atas normal dapat menunjukkan kemungkinan adanya infeksi.

(b) Tekanan darah mungkin sedikit meningkat karena upaya untuk persalinan dan keletihan.

(c) Respirasi keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan denyut nadi dan suhu.

(3) Pemeriksaan *Head To Toe*

(a) Kepala

Pengkajian kepala dalam bentuk dan fungsi kepala, dimulai dengan inspeksi kemudian palpasi. Saat inspeksi

amati kesimetrisan muka dan tengkorak, warna dan distribusi rambut kepala, palpasi kepala mengenai keadaan rambut, kulit kepala, adanya massa, pembengkakan dan nyeri tekan.

(b) Mata

Tujuannya untuk mengetahui efek anestesi masih ada atau sudah hilang. Respon buka mata belum stabil, pandangan kabur mengindikasikan efek anestesi belum hilang.

(c) 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 apakah ditemukan nyeri tekan dan dikaji fungsi penciuman.

(d) Telinga

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

(e) Mulut dan Gigi

Pengkajian mulut memerlukan pencahayaan yang memadai agar setiap bagian mulut dapat diamati dengan jelas. Inspeksi untuk mendeteksi kelainan konginetal seperti bibir sumbing, warna, kebersihan gigi, dan kondisi lidah. Selain itu, palpasi dilakukan untuk memeriksa adanya pembengkakan atau nyeri tekan. Fungsi pengecap juga dievaluasi untuk menentukan apakah berfungsi dengan baik atau tidak.

(f) Leher

Pemeriksaan dimulai dengan inspeksi untuk menilai warna kulit, serta memeriksa adanya pembengkakan dan pergerakan kelenjar tiroid. Setelah itu, palpasi dilakukan pada kelenjar limfe dan kelenjar getah bening. Pemeriksaan kemudian dilanjutkan dengan evaluasi mobilitas leher.

(g) Dada dan Payudara

(1) Jantung

Lakukan auskultasi bunyi jantung dan irama regular. Denyut jantung normal (60-100 detik/menit).

(2) Paru-Paru

Pemeriksaan dimulai dengan inspeksi untuk menilai kesimetrisan, kebersihan, serta

perkembangan dada kiri dan kanan. Diperhatikan juga frekuensi pergerakan dada. Palpasi dilakukan untuk memeriksa adanya nyeri tekan. Selanjutnya, perkusi digunakan untuk mengevaluasi suara nafas antara dada kiri dan kanan, di mana bunyi nafas biasanya vesikuler dan tidak ada suara tambahan seperti wheezing atau ronchi.

(3) Payudara

Pemeriksaan dimulai dengan inspeksi untuk menilai simetri bentuk, serta keberadaan hiperpigmentasi pada areola. Tanda-tanda pembendungan ASI mungkin terlihat, meskipun sedikit atau bahkan belum ada. Puting susu biasanya menonjol keluar, dan payudara tampak bersih. Palpasi dilakukan untuk memeriksa adanya benjolan atau nyeri tekan.

(h) Abdomen

Pemeriksaan dilakukan dengan inspeksi untuk menilai keadaan dan kebersihan abdomen, serta mencari tanda-tanda striae livide dan linea nigra. Pada luka post operasi SC, diperiksa apakah ada luka operasi, bentuk cembung, dan tanda-tanda infeksi seperti eritema dan bengkak. Keadaan balutan juga dievaluasi untuk melihat

apakah ada noda atau kering. Palpasi dilakukan dengan menempatkan dua jari di bawah pusat, perhatikan nyeri tekan pada luka operasi SC. Abdomen yang keras menunjukkan kontraksi uterus yang baik, sehingga perdarahan dapat diminimalkan, sementara abdomen yang lembek menunjukkan sebaliknya dan dapat dimasase untuk merangsang kontraksi. Palpasi juga dilakukan pada kandung kemih, dan perkusi digunakan untuk mendengar bunyi tympani. Auskultasi biasanya menghasilkan suara bising usus sekitar 12 kali per menit.

(i) Genitalia

Dilakukan dengan inspeksi adanya pengeluaran lochea rubra, bagaimana warnanya, banyaknya, bau serta adakah edema vulva.

(j) Ekstremitas

(1) Ekstremitas atas

Pemeriksaan melibatkan penilaian kesimetrisan, serta pemeriksaan ujung-ujung jari untuk menentukan apakah ada sianosis atau tidak. Diperhatikan juga adanya atau tidaknya edema. Pada pasien dengan post operasi, biasanya terpasang infus dan ada keterbatasan gerak yang perlu diperhatikan.

(2) Ekstremitas bawah

Pemeriksaan meliputi kesimetrisan dan pemeriksaan adanya atau tidaknya oedema. Perhatikan juga pergerakan pasien, karena mereka dengan post operasi sering kali takut menggerakkan kaki mereka. Diperiksa juga adanya varises, reflek patela, serta archilles positif. Pasien sering merasa kesemutan atau tidak.

1. Aspek Psikologis, Sosial dan Spiritual

a. Aspek Psikologis

Pada klien di hari pertama, biasanya mereka mengalami fase “*taking in*,” yaitu periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama hingga kedua setelah melahirkan. Pada fase ini, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering kali diceritakan kembali, dan kelelahan membuat ibu membutuhkan istirahat yang cukup untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung.

b. Aspek Sosial

Klien dengan post sectio caesarea akan merasakan nyeri yang menghambat aktivitas sehari-hari, sehingga perlu diperhatikan dampaknya terhadap proses sosialisasi klien. Selain itu, penting juga

untuk mengevaluasi hubungan interpersonal klien dengan keluarganya selama periode rawat inap.

c. Aspek Spiritual

Diperhatikan bagaimana pemulihan klien berhubungan dengan agama yang dianutnya, serta bagaimana aktivitas keagamaannya selama perawatan di rumah sakit.

2. Pola Aktivitas Sehari-Hari

a. Nutrisi

Pemenuhan nutrisi klien selama puasa dilakukan melalui infus setelah operasi. Setelah 6 jam, klien diberikan minuman secara bertahap, dan pada 8 jam diberikan makanan lunak. Namun, jika klien memiliki fungsi lumbal yang langsung, mereka diberikan makan dan minum seperti biasa, bahkan dianjurkan untuk banyak minum. Diperhatikan frekuensi makan, jenis makanan, nafsu makan, frekuensi minum, serta jenis dan jumlah minuman yang dikonsumsi.

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 section caesarea hari pertama mengalami gangguan istirahat tidur karena adanya rasa nyeri pada daerah operasi dan ada rasa yang tidak enak pada uretra akibat terpasangnya kateter.

Dikaji meliputi kebiasaan tidur, lamanya serta adanya gangguan atau tidak.

d. Personal Hygiene

Klien dengan post sectio caesarea hari pertama dan sebelum cateter dibuka klien membutuhkan organ 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.

3. Data penunjang

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

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

4. Analisa Data

Tabel 2. 1 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif:Mengeluh nyeri Objektif: 1) Tampak Meringis 2) Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) 3) Gelisah 4) Frekuensi nadi meningkat 5) Sulit tidur Minor Subjektif:- Objektif: 1) Tekanan darah meningkat 2) Pola napas berubah 3) Nafsu makan berubah 4) Proses berpikir terganggu 5) Menarik diri	Adanya luka operasi yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter bradikardin, serotine, histamin, dan serotonin rangsangan ini di hantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri yang di persepsikan sebagai nyeri	Nyeri Akut

No	Data	Etiologi	Masalah
	6) Berfokus pada diri sendiri 7) Diaforeses		
2.	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif:- Objektif:- Minor Subjektif:- Objektif:-	Post operasi menyebabkan adanya luka yang merupakan media yang baik untuk tubuh dan berkembang bakteri sehingga menimbulkan infeksi	Resiko Infeksi
3.	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: 1) Menolak melakukan perawatan diri Objektif: 1) Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri 2) Minat melakukan perawatan diri Kurang Minor	Adanya luka post op menyebabkan keterbatasan gerak dalam melakukan aktivitas sehingga ADL dibantu 40eficit perawatan diri terganggu	Defisit Perawatan Diri

No	Data	Etiologi	Masalah
	Subjektif:- Objektif:-		
4.	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: 1) Mengeluh sakit menggerakkan ekstermitas Objektif: 1) Kekuatan otot menurun 2) Rentang gerak (ROM) menurun Minor Subjektif: 1) Nyeri saat bergerak 2) Enggan melakukan pergerakan 3) Merasa cemas saat bergerak Objektif: 1) Sendi kaku 2) Gerakan tidak terkoordinasi 3) Gerakan terbatas 4) Fisik lemah	Pasien dengan post operasi sc mengalami penurunan kekuatan atau kelemahan fisik karena nyeri sehingga kebutuhan ADL nya harus dibantu	Gangguan Mobilitas Fisik

No	Data	Etiologi	Masalah
5.	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: 1) Kelelahan menurun 2) Gentang gerak (ROM) menurun Objektif: 1) Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu 2) Asi tidak menetes/memancar 3) BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam 4) Nyeri dan lecet terus menerus setelah minggu kedua Minor Subjektif:- Objektif: 1) Intake bayi tidak adekuat 2) Bayi menghisap tidak terus menerus 3) Bayi menangis saat disusui	Post partum atau SC hormone prolactin belum ada, kelenjar alveoli belum efektif mengeluarkan ASI ketidak efektifan pemberian asi	Menyusui Tidak Efektif

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian yang dibuat hanya setelah pengumpulan data yang sistematis dan menyeluruh. Diagnosis ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda atau gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien. Metode penulisan diagnosis ini dilakukan pada diagnosis aktual terdiri atas masalah, penyebab dan tanda atau gejala. Tujuan dari diagnosis keperawatan adalah mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2018). Kemungkinan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan post sectio caesarea adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik
- b. Resiko Infeksi dibuktikan dengan dengan kerusakan integritas kulit
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks oksitoksin

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien

berdasarkan analisis data dan diagnosis keperawatan (Dinarti dan Mulyanti, 2017).

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

1. Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan resiko infeksi
2. Kriteria Hasil:
 - a) Keluhan nyeri menurun
 - b) Meringis menurun
 - c) Tekanan darah membaik
 - d) Pola tidur membaik

Tabel 2. 2 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut

Intervensi	Rasional
Manajemen nyeri (1.08238) Observasi: 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4) Identifikasi pengaruh budaya terhadap reespon nyeri	1) untuk mengetahui lokasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri yang dirasakan pasien 2) dapat mengetahui skala nyeri 3) untuk mengetahui penyebab nyeri dan memperingan nyeri 4) untuk mengetahui pengaruh budaya terhadap manajemen nyeri, karena budaya mempengaruhi seseorang bagaimana toleransi terhadap nyeri, menginterpretasikan

Intervensi	Rasional
Terapetik: 1) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Tens, hipnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi berbimbing kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahaan, kebisingan) 3) Fasilitasi istirahat dan tidur 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemeliharaan strategi meredakan nyeri Edukasi: 1) Jelaskan penyebab, periode, dan penyebab nyeri 2) Anjurkan monitor nyeri secara Mandiri 3) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	nyeri, dan bereaksi secara verbal atau non verbal terhadap nyeri 1) Untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik nonfarmakologi 2) Untuk mengetahui caea mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan 3) Untuk mengetahui fasilitasi istirahat dan tidur 4) Untuk mengetahui jenis dan sumber nyeri dalam pemeliharaan strategi meredakan nyeri 1) agar dapat mengetahui penyebab, kurun waktu, dan aktivitas apa yang menyebabkan nyeri itu timbu 2) Agar bisa memonitor nyeri secara mandiri 3) Agar dapat merelaksasikan tubuh tidak nyaman menjadi nyaman sehingga dapat

Intervensi	Rasional
Kolaborasi: 1) Kolaborasi pemberian analgetik	mengurangi nyeri untuk membantu mengobati nyeri luka sc pada pasien 1) Untuk mengetahui pemberian analgetik

Sumber: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

b. Resiko infeksi dibuktikan dengan kerusakan integritas kulit (D.0142)

1. Tujuan: Setelah dilakukan Tindakan keperawatan risiko infeksi
2. Kriteria Hasil:
 - a) Nyeri menurun
 - b) Kemerahan menurun
 - c) Bengkak menurun
 - d) Kultur area luka membaik
 - e) Kultur darah membaik

Tabel 2. 3 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Risiko Infeksi

Intervensi	Rasional
Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi: 1) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik:	1) Untuk memonitor tanda dan gejala infeksi

Intervensi	Rasional
1) Batasi jumlah pengunjung 2) Berikan perawatan kulit di area luka 3) Pertahankan teknik aspetik pada pasien beresiko tinggi Edukasi: 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Kolaborasi: 1) Kolaborasi pemberian antibiotic	1) Untuk menghindari kontaminasi dari luar yang dapat membahayakan pasien 2) Untuk merawat kulit dan area yang beresiko infeksi 3) Untuk menjaga kebersihan dan mempertahankan area yang beresiko infeksi 1) Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi 1) Dapat mengurangi inokulasi bakteri hidup pada luka operasi

Sumber: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

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

- 1) Tujuan: Setelah dilakukan Tindakan perawatan selama defisit perawatan diri
- 2) Kriteria Hasil:
 - a) Kemampuan makan meningkat
 - b) Minat melakukan perawatan diri meningkat
 - c) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat

Tabel 2. 4 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Defisit Perawatan Diri

Intervensi	Rasional
Dukungan Perawatan Diri (I.11348) Observasi:	

Intervensi	Rasional
1) Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan Diri 2) Identifikasi jenis bantuan yg di butuhkan 3) Monitor kebersihan tubuh 4) Monitor integritas kulit Teravetik: 1) Pertahankan kebiasaan kebersihan diri 2) Berikan bantuan sesuai Tingkat kemandirian Edukasi: 1) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	1) Dengan membantu kebersihan diri dapat mengetahui tingkat ketergantungan klien 2) Mengidentifikasi kebutuhan spesifik dan jumlah bantuan yang diperlukan 3) Untuk mengetahui tingkat kebersihan tubuh klien 4) Untuk mengetahui keadaan integritas kulit klien 1) Dengan mempertahankan kebersihan diri klien akan 2) Dapat meningkatkan tingkat Kemandirian 1) Untuk mengetahui cara perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

Sumber: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan (D.0054)

- 1) Tujuan: Setelah dilakukan Tindakan keperawatan gangguan mobilisasi teratasi
- 2) Kriteria Hasil:
 - a) Pergerakan ekstremitas meningkat
 - b) Kekuatan otot meningkat
 - c) Rentang gerak (ROM) meningkat

Tabel 2. 5 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Gangguan Mobilisasi Fisik

Intervensi	Rasional
Dukungan Mobiliasi (I.05173) Teraperik 1) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 3) Fasilitasi aktivita mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) 4) Fasilitasi melakukan pergerakan Edukasi 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Edukasi: 1) Ajarkan melakukan mobilisasi dini	1) Agar mengetahui sejauh mana kemampuan klien dalam melakukan pergeran 2) Untuk mengetahui berhasil atau tidaknya intervensi dukung mobilisasi 3) Agar memudahkan klien 4) Agar klien terbaru 1) Agar klien tahun tujuan dari mibilisasi 1) Agar klien paham

Sumber: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai

ASI

1) Tujuan: Setelah dilakukan Tindakan keperawatan menyusui tidak efektif teratasi

2) Kriteria Hasil:

a) Tetesan ASI meningkat

b) Suplai asi adekuat meningkat

Tabel 2. 6 Intervensi Keperawatan Menyusui Tidak Efektif

Intervensi	Rasional
Edukasi Menyusui (I.12393) Observasi 1) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapetik 1) Jadwalkan penkes sesuai kesepakatan 2) Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 2) Ajarkan payudara post partum	1) Untuk mengetahui tujuan dan keinginan dalam menyusui 1) Untuk memberikan penkes secara terjadwal 2) Mengetahui sejauh mana pemahaman pasien atau keluarga tentang materi yang disamping 1) Supaya mengetahui manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 2) Klien dapat mengetahui perawatan payudara

Sumber: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status Kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi (Dinarti dan Mulyanti, 2017).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (Dinarti dan Mulyani, 2017).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Pengkajian Klien

Nama	: Ny.G
Tanggal Lahir	: 12-08-1997
Umur	: 28 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Status Pernikahan	: Menikah
Suku/Bangsa	: Sunda/Indonesia
Tanggal Masuk RS	: 22 April 2025
Tanggal Pengkajian	: 22 April 2025
NO.RM	: 01445958
Diagnosa Medis	: P1A0 <i>Post Sectio Caesarea</i> POD 0 (8 Jam) Atas Indikasi Gawat Janin
Alamat	: Pamengpek

2) Identifikasi Penanggung Jawab

Nama	:Tn.A
Umur	:35 Tahun
Agama	:Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	:Wiraswasta
Hubungan dengan Klien	:Suami
Alamat	:Pamengpek

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri pada luka *sectio caesarea* (SC) pada perut bagian bawah

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat pengkajian tanggal 22 April 2025 Pukul 12.00 WIB Ny. G terdapat luka oprasi *sectio caesare* (SC) luka masih tertutup perban dengan panjang 10 cm, saat dikaji pasien mengeluh nyeri pada luka operasi di bagian perut bawah nyeri dirasakan bertambah apabila pasien bergerak dan nyeri berkurang apabila istirahat, rasa nyeri seperti di sayat – sayat oleh pisau, nyeri hanya dirasakan dibagian abdomen yang terdapat luka *sectio caesarea* (SC) dengan skala nyeri 6 dari rentang (0 – 10), rasa nyeri hilang timbul dengan durasi 5 menit sekali.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat di RS apalagi sampai di operasi, tidak pernah 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 mengalami *section caesarea* (SC) dan keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit menular dan penyakit keturunan.

5) Riwayat Obsetri dan Ginekologi

a) Riwayat Menstruasi

Menarche	:13 Tahun
Lama	:6-7 hari
Siklus	:28 hari
Disminore	:Tidak
Teratur atau tidak	:Teratur
HPHT	:21-09-2024
TP	:28-06-2025

b) Riwayat Perkawinan

Klien mengatakan ini pernikahan pertama

Usia suami	:35 Tahun
------------	-----------

Usia istri :28 Tahun

Lama perkawinan :2 Tahun

c) Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang P1A0 ,usia kehamilan 9 bulan.
BB sebelum hamil 60kg BB saat hamil 72kg, klien mengalami kenaikan BB 12kg. TB klien 159 cm.

d) Keadaan Saat Hamil

- (1) Trimester I: Pada saat trimester I Klien mengeluh mual muntah
- (2) Trimester II: Pada saat trimester II Klien tidak mengeluh mual muntah
- (3) Trimester III: Pada saat trimester III Klien mengatakan mengeluh sakit pinggang
- (4) Riwayat *anteatal care* (ANC) Klien mengatakan rutin memeriksa kehamilannya ke bidan

e) Riwayat KB

Klien mengatakan sebelumnya belum pernah memasang jenis KB apapun, rencana KB sekarang KB suntik.

f) Riwayat Persalinan Sekarang

Pada tanggal 22 April 2025 klien dibawa ke ruang operasi untuk dilakukan tindakan *Sectio Caesarea*. Bayi lahir dengan jenis kelamin laki - laki dengan berat 2490 gr dan panjang badan

48cm. Sejak lahir klien belum memberikan bayinya ASI karena bayi dirawat di ruang perinatology dan ibu terpisah ruangan.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Kesadaran	:Compos mentis
GCS	:15 (E:4 V:5 M:6)
Keadaan Umum	:Tampak lemah
BB saat hamil	:72kg
TB	:159 cm

2) Tanda-Tanda Vital

TD	:130/80 mmhg
N	:80x/mnt
RR	:20x/mnt
S	:36,6C

3) Kepala

a) Kepala, Rambut &Wajah

Warna rambut hitam, rambut panjang dan tampak kusut, penyebaran rambut merata, kulit kepala tampak bersih, kepala klien simetris antara bahu kanan dan bahu kiri, bentuk kepala bulat, ekspresi meringis, tidak terdapat benjolan ataupun nyeri tekan pada kepala.

b) Mata

Kedua mata klien simetris antara kiri dan kanan, konjungtiva merah muda, sclera putih, bola mata dapat digerakan ke segala arah, reflek pupil baik terbukti ketika mata klien diberi rangsangan cahaya pupil mengecil, dapat melihat objek yang jauh dan dekat atau melihat kondisi di sekitar, keadaan mata bersih tidak ada kotoran, tidak ada nyeri tekan.

c) Hidung

Lubang hidung simetris antara kanan dan kiri, hidung bersih tidak ada secret, dapat mendeteksi bau dan aroma kayu putih, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada nyeri tekan.

d) Telinga

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

e) Mulut dan Gigi

Mukosa bibir merah muda dan lembab, gigi tampak bersih, tidak ada karang gigi, tidak memakai gigi palsu, dapat menelan dan mengunyah.

f) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada tumor, fungsi menelan berfungsi terbukti klien dapat menelan dengan baik. Saat di palpasi, tidak ada nyeri tekan.

4) Dada

Keadaan dada bersih, pengembangan dada simetris kiri dan kanan, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan.

a) Paru-Paru

Bunyi napas veskuler, irama nafas regular, frekuensi nafas 20x/menit.

b) Jantung

Bunyi S1 dan S2 (lup dup), irama jantung regular, tekanan darah 130/80 mmhg, nadi 80x/menit.

c) Payudara

Bentuk payudara simetris antara kiri dan kanan, puting menonjol, payudara tampak bersih, payudara klien tampak bengkak, areola berwarna hitam, ASI belum keluar, tidak ada benjolan.

d) Abdomen

Bentuk perut cembung, terdapat striae linea nigra terdapat luka operasi dengan panjang ± 10 cm, luka operasi tertutup perban, bising usus 12x/menit. TFU 2 jari di atas pusat, terdapat nyeri tekan, uterus teraba keras, tidak terdapat distensi kandung kemih.

e) Genitalia & Anus

Genetalia kotor, sudah ganti pembalut, terdapat lochea rubra, terpasang selang kateter, urin yang keluar 100 cc dalam urin bag. Perineum utuh, tidak ada hemoroid pada anus.

f) Ekstremitas

1) 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 turgor kulit saat di cubit kembali <3 detik.

2) Ekstremitas Bawah

Pada ekstremitas bawah tidak ada edema, tidak ada varises, reflex patella (++), human sign (-), kaki susah di gerakan, saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan tetapi kaki masih susah digerakan.

5	5
4	4

d. Konsep Diri

1) Identitas Diri

Klien seorang perempuan dengan usia 28 tahun, klien beragama islam.

2) Peran Diri

Klien berperan sebagai istri dari suaminya dan seorang ibu dari anak-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 Psikologi

- 1) Klien bergantung pada keluarga dan perhatian klien masih tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.
- 2) Persepsi diri, klien berharap agar segera sembuh dan segera pulang ke rumah.

- 3) Respon ibu terhadap kelahiran bayi, klien mengatakan sangat bahagia atas kelahiran bayinya dan ingin segera bertemu dengan bayinya.
- 4) Respon ibu bertanya kepada perawat kenapa ASI nya masih belum keluar dan kapan bisa bertemu dengan bayinya.
- 5) Respon keluarga terhadap kelahiran bayi, keluarga mengatakan bahagia klien bisa melahirkan dengan selamat dan bayinya yang 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 IUD.

j. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3. 1 Poka Aktivitas Sehari-hari

N0	Jenis Aktivitas	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1.	Nutrisi a. Makanan Frekuensi Jenis Porsi Cara Keluhan b. Minuman Jenis Frekuensi Cara	3x/Hari Nasi+lauk 1 porsi Mandiri Tidak ada Air putih 6-7 gelas/hari Mandiri	Baru 1x makan Nasi+lauk pauk ¼ porsi Di bantu Tidak ada keluhan Air putih ½ gelas Di bantu
2.	Eliminasi a. BAB Frekuensi Konsistensi Warna Bau b. BAK Frekuensi Warna Bau	1x/Hari Padat Khas Veses Khas Veses 5-6x/Hari Kuning jernih Khas urin	Belum BAB 100 cc pada urine bag Kuning pekat Khas urin
3.	Pola Istirahat a. Tidur siang Kuantitas Keluhan b. Tidur malem Kuantitas	1-2 jam/hari Baik Tidak ada 6-7 jam/hari Baik	Belum tidur Belum tidur

N0	Jenis Aktivitas	Di Rumah	Di Rumah Sakit
	Keluhan	Tidak ada	
4.	Personal hygiene		
	a. Mandi	2x/hari	Klien mengatakan belum mandi
	b. Gosok gigi	2x/hari	Belum gosok gigi
	c. Keramas	1 minggu 3x	Belum keramas
	d. Ganti baju	2x/hari	1x
	Cara	Mandiri	Dibantu

k. Data Penunjang

Nama :Ny.G

Alamat :Pamengpek

Umur :28 Tahun

Ruang :Marjan Bawah

Tanggal Masuk RS:22 April 2025

NO.RM :01445958

Tabel 3. 2 Hasil Laboratorium

PEMERIKSAAN	HASIL	UNIT	NILAI NORMAL
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	13,6	g/d	13-16
Hematokrit	39	%	35-47
Jumlah Leokosit	15.300	/mm ³	3,800-10.600
Jumlah Trombosit	270,000	/mm ³	150,000- 440,000
Jumlah Eritrosit	4,37	Juta/mm ³	36-5.8

1. Therapi Medis

Nama :Ny.G

Alamat :Pamengpek

Umur :28 Tahun

Ruang:Marjan Bawah

Tanggal Masuk RS :22 April 2025 NO.RM:01445958

Tabel 3. 3 Therapy Medis

No	Nama Obat	Dosis	Rute	Pemberian
1.	Infus RL	20 Tpm	IV	Cairan
2.	Cefotaxime	2x1 gr	IV	Parenteral
3.	Keterolac	3x30 mg	IV	Oral

m. Analisa Data

Tabel 3. 4 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS : Klien mengeluh nyeri pada luka operasi sectio caesarea (SC) DO: 1) Skala nyeri 6 (0-10) 2) Klien tampak meringis 3) Terdapat luka post op pada abdomen dengan	Adanya luka operasi yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter bradikardin, serotonin dan histamin, rangsang ini dihantarkan ke talamus dan	Nyeri akut

No	Data	Etiologi	Masalah
	panjang 10 cm 4) Terdapat nyeri tekan 5) TD: 130/80 mmHg 6) N: 80x/mnt 7) RR: 20 x/mnt	meneruskan ambang nyeri yang dipresepsikan sebagai nyeri	
2	DS:- DO: 1) Luka sc	Post operasi menyebabkan adanya luka yang merupakan media yang baik untuk tubuh dan berkembang bakteri sehingga menimbulkan infeksi	Resiko infeksi
3	DS: Klien mengatakan ASI belum keluar DO: 1) ASI belum keluar	Post partum atau SC hormone prolactin belum ada, kelenjar alveoli belum efektif mengeluarkan ASI ketidak efektifan pemberian asi	Menyusui tidak efektif
4	DS: Klien mengatakan nyeri saat bergerak DO: 1) Klien tampak lemah	Tindakan section caesarea menggunakan anastesi spinal dan adanya penurunan saraf ekstremitas bawah	Gangguan Mobilitas Fisik

No	Data	Etiologi	Masalah
	Kekuatan otot atas 5/5, bawah 4/4	sehingga mengakibatkan gangguan mobilitas fisik	

2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik di buktikan dengan:

DS: Klien mengatakan nyeri abdomen bagian bawah setelah Operasi

DO:

- 1) Skala nyeri 6 (0-10)
- 2) Klien tampak meringis
- 3) Terdapat luka post op pada abdomen dengan panjang ± 10 cm
- 4) Terdapat nyeri tekan
- 5) TD: 130/80 mmHg
- 6) N: 80x/mnt
- 7) RR: 20 x/mnt

- b. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

DS:-

DO: Luka sc

- c. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI di buktikan dengan:

DS: Klien mengatakan ASI belum keluar

DO: ASI belum keluar

d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri di buktikan dengan:

DS:

Klien mengatakan nyeri saat bergerak dan enggan melakukan pergerakan

DO:

- 1) Klien tampak lemah
- 2) Rentang gerak ROM menurun
- 3) Gerakan terbatas
- 4) Kekuatan otot atas 5/5, bawah 4/4

3. Intervensi, Implementasi, Dan Evaluasi

Nama :Ny.G

Umur :28 Tahun

Tanggal Masuk RS :22 April 2025

Alamat :Pamengpek

Ruang :Marjan Bawah

NO.RM :01445958

Tabel 3. 5 Proses Keperawatan

N0	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik DS:Klien mengeluh nyeri pada luka operasi sectio caesarea (SC) DO: 1) Skala nyeri 6(0-10) 2) Klien tampak meringis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri yang dirasakan pasien menurun (skala 33, 0-10) dengan kriteria hasil; 1) Keluhan nyeri menurun	Menejemen nyeri (1.08238) Tindakan Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri	Observasi 1) Untuk mengetahui Lokasi, karakteristik, durasi, prekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri yang dirasakan Pasien 2) Untuk mengetahui skala nyeri pasien	Tanggal 22 April 2025 Pukul 13.10 WIB 1) Melakukan identifikasi lokasi, karakteristik nyeri Dengan hasil: Nyeri di bagian abdomen bawah bekas operasi, nyeri seperti di sayat – sayat, nyeri hilan timbul 2) Mengidentifikasi skala nyeri Dengan	Tanggal 22 April 2025 Pukul 13.15 WIB S:Pasien mengeluh masih terasa nyeri O: 1) Skala nyeri 6 (0-10) 2) Wajah tampak rileks 3) Klien bisa melakukan tehnik relaksasi untuk mengurangi nyeri

	3) Terdapat luka post op pada abdomen dengan panjang 10 cm 4) Terdapat nyeri tekan 5) TD:130/80 mmhg 6) N:80x/ment 7) RR;20x/menit	2) Meringis menurun	3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapetik 4) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri(Misal, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.) Edukasi 5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	3) Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri pasien Terapetik 4) Untuk mengurangi nyeri dengan teknik nonfarmakologis Edukasi 5) Untuk kenyamanan pasien sekaligus memperingan Nyeri	hasil: Skala nyeri 6 (0 – 10) 3) Mengidentifikasi faktor yang memperberat Dengan hasil:Nyeribertambah saat bergerak dan nyeri berkurang saat beristirahat 4) Mengontrol lingkungan dengan cara membuat ruangan tidak bising dan mengatur pencahayaan Dengan hasil:Nyeri bertambah bilaruangan bising dan pencahaan terang 5) Mengajarkan taris napas dalam Dengan hasil:Klien mampu mendemostrasikan	4) TD:120/80 mmhg 5) N:70x/mntt 6) RR:20X/mnt 7) S:36,5C A:Masalah teratasi Sebagian P:Lanjutkan intervensi 1) Melatih tehnik relaksasi dan distrasi tarik napas dalam 2) Pemberian obat analgetic 30mg
--	---	----------------------------	---	--	--	---

			Kolaborasi 6) Kolaborasi pemberian analgetik	Kolaborasi 6) Untuk membantu mengurangi nyeri pasien dengan teknik nonfarmakologis	6) Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian keterolac 30mg dengan hasil klien nyaman Cucu Patimah	
2.	Resiko infeksi dibuktikan dengan kerusakan integrasi kulit DS: Klien mengeluh nyeri pada luka operasi sectio caesarea (SC) DO : 1) Terdapat luka post op pada abdomen	Setelah dilakukan tindakan keparawatan 3x8 jam diharapkan tingkat infeksi pada pasien menurun dengan kriteri hasil: 1) Demam menurun	Perawatan Luka (1.14564) Observasi 1) Monitor tanda-tanda infeksi Terapetik 2) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan	Observasi 1) Untuk mengetahui tanda – tanda infeksi Terapetik 2) Agar pasien tidak kesakitan	Tanggal 22 April 2025 Pukul 13.25 WIB 1) Memonitor adanya tanda dan gejala infeksi Dengan hasil : leukosit di atas normal 15,3000, nyeri pada luka operasi 2) Menjeaskan tanda – tanda infeksi dengan hasil: klien dan keluarga paham	Tanggal 22 April 2025 Pukul 13.30 WIB S: klien mengatakan masih terasa nyeri O: 1) Keadaan luka tertutup perban 2) Masih ada nyeri tekan 3) TD:120/80 mmHg 4) N: 70x/mnt 5) RR: 20 x/mnt 6) S: 36,5°C

	2) Leukosit 15,300/mm ³ 3) Terdapat nyeri tekan 4) TD: 130/80 mmHg 5) N: 80x/mnt 6) RR: 20 x/mnt 7) S: 36,6°C	2) Kemerahan menurun 3) Nyeri menurun 4) Bengkak menurun 5) Kadar sel darah Putih membaik	3) Bersihkan dengan cairan NACL 4) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase Edukasi 5) Jelaskan tanda-tanda infeksi Kolaborasi 6) Kolaborasi pemberian antibiotik	3) Supaya luka tidak infeksi 4) Agar luka tertutup dan terhindar dari bakteri Edukasi 5) Agar pasien dan keluarga tahu tanda-tanda infeksi Kolaborasi 6) Untuk mencegah terjadinya infeksi	3) Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian cefotaxime 1gr dengan hasil klien nyaman Cucu Patimah	A:Resiko infeksi belum teratasi P:Lanjutkan intervensi 1) Monitor tanda-tanda infeksi 2) Kolaborasi pemberian antibiotic cefotaxime 1gr
3.	Menyusui tidak efektif berhubungan ketidakadekuatan suplai ASI DS: Klien mengatakan ASI belum keluar keluar DO:	Setelah dilakukan tindakan keparawatan 3x8 jam diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil:	Edukasi Menyusui(1.12393) Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	Observasi 1) Untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan ibu dalam menyusui	Tanggal 22 April 2025 Pukul 13.35 WIB 1) Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan ibu dengan hasil: klien belum tahu tentang menyusui dikarenakan anak pertama	Tanggal 22 April 2025 Pukul 13.40 WIB S:Klien mengatakan asi belum keluar O: 1) ASI tampak masih belum keluar 2) TD:120/80 mmhg 3) N:70x/menit 4) RR;20x/

	1) Payudara klien tampak bengkak 2) Payudara klien tampak kemerahan 3) ASI belum keluar 4) Ada nyeri tekan 5) TD: 130/80 mmHg 6) N: 80x/mnt 7) RR: 20 x/mnt 8) S: 36,6°C	1) Tetesan atau pancaran ASI meningkat 2) Suplai ASI adekuat meningkat	2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik 3) Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, dan tenaga Kesehatan Edukasi 4) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 5) Ajarkan perawatan payudara (mis. Pijat oksitosin)	2) Untuk mengetahui keinginan ibu dalam menyusui Terapeutik 3) Untuk meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam menyusui Edukasi 4) Agar ibu tahu manfaat dari menyusui 5) Agar ASI keluar lancar	2) Mengidentifikasi keinginan ibu untuk menyusui dengan hasil ibu ingin segera menyusui bayinya 3) Memberikan dukungan ibu dalam menyusui dengan hasil: keluarga siap memberi dukungan 4) Menjelaskan manfaat menyusui dengan hasil: klien mengerti Cucu Patimah	Menit 5) S:36,5C A:Masalah belum teratasi P:Lanjutkan intervensi 1) Menjelaskan manfaat menyusui
4.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri DS:Klien mengatakan nyeri saat	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan mobilitas fisik	Dukungan mobilisasi Observasi 1) Identifikasi skala nyeri atau keluhan pada fisik lain	Observasi 1) Untuk mengetahui adanya nyeri pada pasien	Tanggal 22 April 2025 Pukul 13.45 WIB 1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	Tanggal 22 April 2025 Pukul 13.50 WIB S: Klien mengatakan sudah mulai bisa bergerak sedikit O:

	bergerak dan enggan melakukan pergerakan DO: 1) Klien tampak lemah	meningkat dengan kriteria hasil: 1) Kekuatan otot meningkat 2) Pergerakan ekstremitas meningkat 3) Rentang gerak ROM meningkat 4) Gerakan terbatas menurun	2) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 4) Jelaskan prosedur dan mobilisasi	2) Untuk mengetahui kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 3) Agar keluarga berperan dalam membantu proses penyembuhan Edukasi 4) Agar klien mengetahui tujuan dalam mobilisasi	Hasil:Klien mengatakan masih nyeri pada luka post sc 2) Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan Hasil:Keluarga klien antusias membantu klien dalam mobilisasi 3) Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Hasil:Klien mengerti setelah diberikan pentingnya mobilisasi untuk proses penyembuhan 4) Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan menggerakan	1) Klien mampu mencoba miring kanan miring kiri 2) Gerakan masih terbatas karena masih nyeri A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1,2,5
--	--	--	---	--	--	---

			5) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan post sc: a. 6-8 jam menggerakkan tangan, kaki dan jari jari b. 8-12 jam miring kanan kiri c. 12-24 jam duduk semi fowler d. >24 jam berjalan		kaki,tangan dan jari jari Hasil:Klien rileks	
--	--	--	--	--	--	--

No	Tanggal & waktu	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
2	23 April 2025 09.20 WIB 09.30 WIB 09.40 WIB	II	S:Klien masih mengeluh nyeri O: 1) Hasil TTV TD 120/90 mmhg N 72x/menit RR 20x/menitS 36,5C A:Resiko infeksi teratasi sebagian P:Lanjutkan intervensi 1) Monitor tanda-tanda infeksi 2) Kolaborasi pemberian analgetic cefotaxime 1gr I: 1) Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil : Tidak ada pus dan pembengkakan 2) Memberikan terapi antibiotic (cofotaxime 1gr IV) Hasil : Setelah pemberian obat infeksi berkurang E:Masalah teratasi Sebagian	Cucu
3	23 April 2025 09.30 WIB 09.45 WIB 09.55 WIB	III	S:Klien mengatakan ASI keluar sedikit O:Asi tampak keluar sedikit (hanya menetes) A:Menyusui tidak efektif teratasi sebagian P:Lanjutkan intervensi 1) Lakukan pijat oksitosin I: 1) Melakukan pijat oksitosin Hasil : klien merasa nyaman dan rilek E:Masalah teratasi Sebagian	Cucu

No	Tanggal & waktu	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
4	23 April 2025 10.00 WIB	IV	S:Klien mengatakan sudah bisa duduk mandiri, klien mengatakan masih nyeri ketika bergerak O: 1) Klien sudah mampu duduk secara mandiri 2) Kekuatan otot meningkat 3) Rentang otot meningkat A:Gangguan mobilisasi fisik teratasi sebagian P:Lanjutkan intervensi 1) Fasilitasi melakukan pergerakan 2) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan I: 1) Memfasilitasi melakukan mobilisasi dini (12-24 jam) Hasil : klien mampu melakukan mobilisasi (duduk/semifowler) 2) Melibatkan keluarga dalam melakukan pergerakan Hasil : klien melibatkan keluarga dalam melakukan pergerakan E:Masalah teratasi sebagian	Cucu
	10.20 WIB			
	10.35 WIB			
5	24 April 2025 13.25 WIB	I	S:Klien mengatakan masih nyeri di bagian perut bekas operasi O: 1) Klien sedikit tampak meringis 2) Skala nyeri 4(1-10) 3) Hasil TTV TD 120/90 mmhg	Cucu

No	Tanggal & waktu	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
	13.35 WIB		N 72x/menit RR 20x/menit S 36,5C A:Nyeri akut teratasi sebagian P:Lanjutkan intervensi 1) Melatih teknik relaksasi dan distraksi tarik napas dalam 2) Pemberian obat analgetic (ketorolac 30mg) I: 1) Melatih teknik relaksasi dan distraksi dengan cara tarik napas dalam dengan Hasil : klien merasa rilek 2) Memberikan terapi analgetic (ketorolac 30 mg IV) Hasil : Setelah pemberian obat nyeri berkurang E:Masalah teratasi Sebagian	
6	24 April 2025 13.45 WIB 13.55 WIB	II	S:Klien sedikit mengeluh nyeri O: 1) Hasil TTV TD 120/90 mmhg N 72x/menit RR 20x/menit S 36,5C A:Resiko infeksi teratasi sebagian P:Lanjutkan intervensi 1) Kolaborasi pemberian analgetic cefotaxime 1gr 2) Perawatan luka I: 1) Memberikan terapi antibiotic (cefotaxime 1 gr IV)	Cucu

No	Tanggal & waktu	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
	13.60 WIB		Hasil : Setelah pemberian obat infeksi berkurang 2) Melakukan perawatan luka Hasil : luka sudah bersih dan tertutup perban E:Masalah teratasi Sebagian	
7	24 April 2025 14.00 WIB 14.20 WIB 14.35 WIB	III	S:Klien mengatani asi keluar O:Asi tampak merembes keluar dari payudara klien A:Menyusui tidak efektif teratasi sebagian P: 1) Dukungan ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 2) Jelaskan perawatan payudara post partum I: 1) Mendukung ibu untuk meningkatkan diri dalam menyusui Hasil : klien lebih percaya diri 2) Menjelaskan perawatan payudara post partum Hasil : klien mengerti dan akan melakukannya E:Masalah teratasi Sebagian	Cucu
8	24 April 2025 14.40 WIB	IV	S:Klien mengatakan sudah bisa ke kamar mandi sendiri O: 1) Klien mampu berjalan secara mandiri dengan perlahan 2) Kekuatan otot meningkat	Cucu

No	Tanggal & waktu	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
			A:Gangguan mobilisasi fisik teratasi	

B. Pembahasan

Setelah melakukan asuhan keperawatan Pada Ny.G, dengan *post sectio caesarea* Hari Ke-1 atas indikasi gawat janin di ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut. Asuhan keperawatan dilaksanakan mulai tanggal 22 April 2025 sampai dengan tanggal 24 April 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, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Tahap Pengkajian

Pada saat pengumpulan data, penulis tidak menemukan banyak kendala karena Ny. G dan keluarga cukup kooperatif yang ditunjang dengan terbinanya kepercayaan antara penulis dan Ny. G serta keluarga Ny.G menjawab pertanyaan yang dilontarkan penulis tanpa terlihat adanya perasaan ragu dari mulai data identitas sampai data psikologisnya dan bersedia untuk dilakukan pemeriksaan fisik secara sistematis serta keluarganya pun membantu untuk memberikan data-data yang diperlukan.

Data pengkajian asuhan keperawatan yang ada pada teori post operasi *sectio caesarea* dengan indikasi gawat janin didapatkan bahwa klien

mengeluh nyeri pada luka post SC skal nyeri 6 (0-10), tampak luka post SC 10 cm di bagian perut bawah, klien tampak meringis. Hal ini disebabkan karena terputusnya kontinuitas jaringan, dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter, bradikinin, serotonin dan histamin, rangsangan ini diharapkan ke thalamus dan meneruskan ke ambang nyeri dipersepsikan sebagai nyeri, keluhan nyeri karena adanya luka insisi pembedahan yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan (Yanti & Sri 2020).

Pada Ny. G ditemukan tanda-tanda munculnya infeksi dengan tanda meningkatnya jumlah leukosit 13,300, proses penyembuhan luka mengalami 3 fase yaitu: Fase inflamasi, terjadinya 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, trombokson bahan kimia dan asam amino, kemudian terjadinya vasokonstriksi dan proses pembekuan darah. Fase proliferasi terjadi hari ke-3 sampai hari ke-14, serta kolagen tervebentuk menyebabkan adanya kekuatan untuk bertautannya tepi luka. Fase ini mulai terjadi granulasi, kontasminasi mikroorganisme maka kemungkinan besar akan terjadinya resiko infeksi (Perdanakusuma, 2018).

2. Diagnosa Keperawatan

Secara teori tidak semua bisa dirumuskan dalam diagnosa keperawatan secara nyata, karena hal ini harus ditunjang dari datadata hasil pegkajian

yang telah dilakukan. Masalah yang ada pada teori klien post SC dengan indikasi gawat janin adalah nyeri akut, resiko infeksi, gangguan mobilisasi fisik, defisit perawaran diri, menyusui tidak efektif, dari kelima masalah yang ditemukan hanya 3, 3 diantaranya terdapat dalam teori yaitu:

- a) Nyeri akut merupakan sensasi dan pengalaman yang tidak menyenangkan serta muncul secara aktual maupun potensial terhadap kerusakan jaringan, dengan rentan waktu tertentu dengan skala yang berbeda- beda. Alasan diagnosa tersebut diangkat karena saat pengkajian didapatkan data subjektif yaitu klien mengeluh nyeri dirasakan pada bagian perut bawah, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat. Skala nyeri 6 dari rentang (0 -10) nyeri dirasakan saat sedang bergerak dan hilang saat beristirahat. Data objektif yaitu klien tampak meringis, terdapat luka operasi pada abdomen, ada nyeri tekan. Diagnosa tersebut penulis prioritaskan karena keluhan yang dirasakan klien saat itu dan apabila masalah itu tidak segera ditangani akan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien dan bisa mengganggu aktivitas klien sehingga rasa kekutan untuk melakukan gerak (SDKI, 2018)
- b) Resiko infeksi adalah beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Dengan penyebab yang ada pada pasien adalah ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit akibat dari tindakan sectio caesarea. Ditemukan data faktor pendukung resiko infeksi yaitu objektif terdapat luka post SC dan didapatkan hasil

leukosit 13,300. Dimana jumlah tersebut meningkat dari nilai normal 10.400

- c) Menyusui tidak efektif adalah kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidak puasan atau kesukaran, pada proses menyusui. Alasan diagnosa diangkat karena saat pengkajian di dapatkan data subjektif klien mengeluh ASI belum keluar, payudara nyeri dan saat di tanyakan kelahiran sekarang merupakan kelahiran anak pertama sehingga belum ada pengalaman dalam menyusui sehingga mengangkat diagnosa menyusui tidak efektif.
- d) Gangguan mobilitas fisik Menurut teori hambatan mobilitas fisik ini terjadi karena adanya kelemahan fisik dan luka post operasi yang menimbulkan nyeri yang menyebabkan takut untuk bergerak sehingga meminimalkan gerakannya akibatnya terjadi gangguan mobilitas fisik dan menimbulkan kekuatan ototnya menjadi menurun. Kemudian alasan diangkatnya diagnosa tersebut ada pada data pengkajian yang didapatkan dari pasien, yaitu pasien mengeluh sulit menggerakkan kakinya karena nyeri di luka operasi dan nyeri saat bergerak Kekuatan otot menurun 55/44 dan pasien keadaan umumnya lemah. Dalam segala kegiatan pasien tampak dibantu keluarga. Pada kasus ini penulis menegaskan diagnosa gangguan mobilitas fisik sebagai prioritas keempat. Karena mobilitas fisik post se perlu dibimbing dalam melakukan aktivitas sampai pulih kembali seperti semula. Mobilisasi ini juga bisa menjadi penunjang

mempercepat penyembuhan luka yang berhubungan dengan kelancaran sirkulasi darah pasien (SDKI, 2017).

3. Tahap Perencanaan

Pada saat merencanakan penulis menggunakan standar yang sudah ditetapkan oleh (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) (PPNI) yaitu berdasarkan buku referensi Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Sehingga pada tahap perencanaan, penulis tidak mendapat kesulitan didukung juga dengan adanya kerjasama, bantuan dari pihak keluarga pasien dan juga petugas kesehatan dalam ruangan sehingga terlaksananya tahap perencanaan.

4. Tahap Implementasi

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

Pada diagnosa pertama, penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yang dibuat yaitu pada intervensi utama untuk masalah nyeri akut adalah dengan manajemen nyeri dengan melakukan observasi karakteristik nyeri pasien kemudian mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi untuk meredakan nyeri serta memberi terapi analgetik ketelolac 30mg IV.

Pada diagnosa kedua, penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yaitu intervensi utama resiko infeksi dengan tingkat infeksi monitor tanda-tanda infeksi didapatkan merasa nyeri dengan leukosiy

13,300. Penulis juga melakukan perawatan luka pada pasien dan memberikan obat antibiotik cefotaxime 1gr IV.

Pada diagnosa ke tiga, penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yaitu pada intervensi utama edukasi menyusui dengan melakukan pijat oksitosin dan mengajarkan kepada keluarga cara pijat oksitosin untuk membantu merangsang ASI keluar sekaligus untuk membyat ibu rileks.

Pada diagnosa ke empat, penulis melakukan tindakan melibatkan keluarga dalam melakukan pergerakan Pada klien dengan post operasi dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini sesuai dengan tahapan mobilisasi pada pasien post sectio cacsarsa, dengan hasil klien mampu melakukan mobilisasi secara bertahap.

5. Tahap Evaluasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari di rumah sakit, penulis mengevaluasi klien dan didapatkan hasil:

Hasil evaluasi pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 3x8 jam pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala 4 dari rentang (0-10) yang berarti nyeri klien berkurang yang tadinya berada pada skla 6 dari rentang (0-10). Sehingga masalah tertasai sebagian.

Hasil evaluasi pada resiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit didapatkan setelah dilakukan tindakan perawatan selama 3x8 jam pasien

masih merasa nyeri pada luka bekas operasi. Sehingga masalah tertasi sebagian.

Hasil evaluasi pada diagnosa menyusui tidak efektif berhubungan ketidakadekuatan suplai ASI didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 3x8 jam ASI sudah keluar. Sehingga masalahh teratasi.

Hasil evaluari pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 3x8 jam didapatkan data bahwa pasien sudah bisa duduk dan berdiri sendiri walaupun berjalan masih dibantu oleh keluarga dengan kekuatan otot 5/5.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. G (P1A0) dengan *post sectio caesarea* POD 0 (8 Jam) atas indikasi gawat jani (*fetal distress*) di ruang Marjan bawah RSUD dr. Slamet Garut dari tanggal 22 April 2025 sampai tanggal 24 April 2025, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian terhadap status kesehatan klien secara lengkap dan mampu menganalisis data yang timbul pada Ny. G (P1A0) dengan *post sectio caesarea* POD 0 (8 Jam) atas indikasi gawat janin. Dalam tahap pengkajian ini, penulis tidak menemukan kesulitan dikarenakan Ny. G bersikap kooperatif.
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan berdasarkan data yang muncul pada Ny. G (P1A0) dengan *post sectio caesarea* POD 0 (8 Jam) atas indikasi gawat janin. Adapun diagnosa keperawatan yang ditemukan adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik, resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit, menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidadaadekuatan suplai ASI.
3. Penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan pada Ny. G (P1A0) dengan *post sectio caesarea* POD 0 (8 Jam) atas indikasi gawat janin sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul dari hasil

pengkajian. Perencanaan ditujukan untuk mengatasi nyeri akut, resiko infeksi dan menyusui tidak efektif.

4. Penulis melakukan implementasi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan masalah keperawatan yang muncul pada Ny. G (P1A0) dengan *post sectio caesarea* POD 0 (8 Jam) atas indikasi gawat janin dan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat.
5. Penulis dapat melakukan evaluasi dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny. G (P1A0) dengan *post sectio caesarea* POD 0 (8 Jam) atas indikasi gawat janin. Setelah di evaluasi, penulis dapat menyimpulkan dari masalah-masalah yang muncul, diagnosa keperawatan semua dapat teratasi mulai dari nyeri akut, resiko infeksi dan menyusui tidak efektif.
6. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. G (P1A0) dengan *post sectio caesarea* POD 0 (8 Jam) atas indikasi gawat janin dalam bentuk karya tulis ilmiah.

B. Rekomendasi

Setelah penulis memberi asuhan keperawatan pada Ny. G (P1A0) dengan *post sectio caesarea* POD 0 (8 Jam) atas indikasi gawat janin secara sistematis dan komprehensif, maka penulis akan mengemukakan beberapa saran yang bisa dijadikan pertimbangan dan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan. Adapaun saran-saran tersebut diantaranya sebagai berikut:

1. Bagi Institusi Pendidikan

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

2. Bagi Rumah Sakit

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan sarana dan perasarana bagi pasien *post* SC, hal ini pentingnya sarana dan prasarana yang menunjang. Rumah sakit diharapkan sebagai pemberi pelayanann kesehatan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sesuai Standar Oprasional Prosedur (SOP).

3. Bagi Perawat

Bagi perawat diharapkan mampu meningkatkan kinerja melalui pelatihan-pelatihan sehingga mampu meningkatkan asuhan keperawatan. Dan mampu memberikan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu.

4. Bagi Klien dan Keluarga

Klien di harapkan mampu mengetahui tanda – tanda infeksi. Dan bagi keluarga mampu tertib dalam mendampingi ibu *post sectio caesarea*.

DAFTAR PUSTAKA

- Aspiani. (2017). Buku Ajar *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Trans Infos Media.
- Ahmad, Fifi Fitriani. *Asuhan Keperawatan Pada Ny. J Dengan Acute Lung Oedema (Alo) Melalui Pemberian Latihan Pursed Lips Breathing (Plb) Di Ruang Icu Rsud Kanjuruhan Kapanjen*. Diss. Universitas Muhammadiyah Malang, 2023.
- Aurelly, Yuriko. *Proses Asuhan Gizi Terstandar Pada Pasien Post Sc Glp0a040-41 Mgg Post Term, Insufisiensi Placenta, Ht Pra Induksi Di Rumah Sakit Bethesda Lempuyangwangi*. Diss. Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, 2021.
- Ayuningtyas, D., Oktarina, R., Nyoman, N., & Sutrisnawati, D. (2018). Etika Kesehatan Pada Persalinan Melalui Sectio Caesarea Tanpa Indikasi Medis Bioethics In Childbirth Through Sectio Caesaria Without Medical Indication. *Jurnal Mkmi*, 14(1), 9-16.
- Ayuningtyas, Dumilah, Et Al. "Etika Kesehatan Pada Persalinan Melalui Sectio Caesarea Tanpa Indikasi Medis Bioethics In Childbirth Through Sectio Caesaria Without Medical Indication." *Jurnal Mkmi* 14.1 (2018): 9-16.
- Chasanah, Siti Uswatun. "Peran Petugas Kesehatan Masyarakat Dalam Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu Pasca Mdgs 2015." *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas* 9.2 (2018): 73-79.
- Daryanti, Aprilina, Happy Dwi. Gambaran Yang Mempengaruhi Fetal Distress Pada Sectio Caesarea Di Rsud Banyumas. *Adi Husada Nursing Journal*, 2020, 6.1: 59-66.
- Ferinawati, Ferinawati; Hartati, Rita. Hubungan Mobilisasi Dini Post Sectio Caesarea Dengan Penyembuhan Luka Operasi Di Rsu Avicenna Kecamatan Kota Juang Kabupaten Bireuen. *Journal Of Healthcare Technology And Medicine*, 2019, 5.2: 318-329.
- Hasanah, Layli Uswatun. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas Pl1a0 Post Partum Hari Ke-5 Terhadap Ny. S Umur 21 Tahun Di Klinik Wilujeng Sukoharjo Pringsewu Lampung Tahun 2021 Tanggal Ujian Praktik 21 Juni 2021*. Diss. Universitas Muhammadiyah Pringsewu, 2021.
- Harahap Dan Siregar. 2019. *Gambaran Pengetahuan Ibu Tentang Persalinan Dengan Gawat Janin*. Jurnal Kebidanan Matorkis. 16-21.
- Hariyanti, Hariyanti, And Yunita Laila Astuti. "Antenatal Care Dan Komplikasi Persalinan Di Indonesia: Analisis Data Survei Demografi Dan Kesehatan Indonesia 2017: Antenatal Care And Childbirth Complications In Indonesia: Data Analysis Of Indonesia Demographic And Health Survey 2017." *Journal Of Midwifery Science And Women's Health* 1.2 (2021): 77-83.

- Iswanti, 2023. *Pathway Gawat Janin (Fetal Distress)*
- Jannah, Miftahul, A. Azza, And S. Kholifa. "Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y Post Partum Dengan Persalinan Spontan Indikasi Ketuban Pecah Dini Diruang Kenari Rumah Sakit Daerah Kalisat Kabupaten Jember." *Universitas Muhammadiyah Jember* (2020).
- Juliathi, Putu, Marhaeni, Ayu, Marahayati, Made. 2020. *Gambaran Persalinan Sectio Caesarea*. Jurnal Ilmiah Kebidanan. 19-27.
- Kemenkes, R. I. Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kementrian Kesehatan Ri*, 2018, 53.9: 1689-1699.
- Nurarif, Dan Hardhi Kusuma. "Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda Nic-Noc." *Yogyakarta: Mediation* (2018).
- Nurhayati, N., & Mulyanti, D. (2023). Peran Puskesmas Untuk Menurunkan Angka Kematian Ibu (Aki) Dan Angka Kematian Bayi (Akb) Provinsi Jawa Barat. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Dan Kesehatan*, 2(2), 108-116.
- Putri, And Agus Sidiq Purnomo. "Sistem Pakar Untuk Menentukan Status Kesehatan Ibu Hamil Dengan Metode Inferensi Fuzzy (Sugeno)." *Jurnal Teknologi* 10.1 (2017): 1-8.
- Putri, Astuti & Damaila. 2021. *Hubungan Persalinan Induksi Dan Gawat Janin Di Provinsi Jawa Barat*.
- Putra, I. B. G. S., Wandia, I. M., & Harkitasari, S. (2021). Indikasi Tindakan Sectio Caesarea Di Rsud Sanjiwani Gianyar Tahun 2017-2019. *Amj (Aesculapius Medical Journal)*, 1(1), 63-69.
- Rekam Medis Rsud dr. Slamet Garut Tahun 2025.
- Statistik, Badan Pusat. "Profil Perempuan Indonesia 2019." *Kementeri. Pemberdaya. Peremp. Dan Perlindungan Anak* (2019).
- Tim Pokja Sdki Dpp Ppni. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, Cetakan Iii (Revisi)*. 1st Edn. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat.
- Tim Pokja Siki Dpp Ppni. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, Cetakan Ii (Revisi)*. 1st Edn. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat.
- Tim Pokja Slki Dpp Ppni. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia, Cetakan Ii (Revisi)*. 1st Edn. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat.
- Tutik Iswanti, S. S. T., Et Al. *Buku Ajar Asuhan Kegawatdaruratan Pada Persalinan*. Mahakarya Citra Utama Group, 2023.
- Wahyuningsih. "Pengaruh Terapi Pijat Punggung Terhadap Skor Stres Pada Ibu Postpartum Di Rsia Sakina Idaman." *Jurnal Keperawatan Respati Yogyakarta* 6.3 (2019): 690-694.

- Wahyuningsih, Sri. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum Dilengkapi Dengan Panduan Persiapan Praktikum Mahasiswa Keperawatan*. Deepublish, 2019.
- Yanti, Sri. *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Kebutuhan Istirahatpada Kasuspostsectio Caesareaterhadap Ny. M Di Ruangkebidanan Rsd Mayjend Hmryacudu Kotabumi Lampung Utara 12-14 Maret 2019*. Diss. Poltekkes Tanjungkarang, 2020.

SAP (SATUAN ACARA PENYULUHAN)

Pokok Bahasan : Pijat Oksitosin
Sasaran : Pasien dan Keluarga Pasien
Hari/Tanggal : 23 April 2025
Tempat : Ruang Marjan Bawah
Waktu : 30 Menit
Penyuluh : Cucu Patimah

A. Tujuan

1. Tujuan Institusional Umum (TIU)

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

2. Tujuan Intruksional Khusus (TIK)

Setelah diberikan PENKES selama 20 menit, diharapkan Ny.G dan keluarganya akan mampu :

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

B. Materi

1. Pengertian Pijat oksitosin
2. Tujuan Pijat Oksitosin
3. Manfaat pijat oksitosin

4. Teknik / cara melakukan pijat oksitosin

C. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab

D. Media

1. Leaflet

E. Kegiatan Penyuluhan

NO	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
1.	5 menit	Pembukaan - Mengucapkan salam - Memperkenalkan diri - Menyampaikan tentang tujuan pokok materi - Menyampaikan pokok pembahasan - Menyampaikan kontrak waktu	- Menjawab salam - Mendengarkan dan menyimak - Bertanya mengenai perkenalan dan tujuan jika ada yang kurang jelas
2.	10 menit	Isi - Penyampaian Materi - Menggali pengetahuan peserta didik tentang pijat oksitosin - Menjelaskan pengertian pijat oksitosin - Menjelaskan tujuan pijat oksitosin - Menanyakan kembali persepsi peserta tentang tujuan pijat oksitosin - Menjelaskan manfaat pijat oksitosin - Menjelaskan Langkah - langkah pijat oksitosin	- Mendengarkan dan menyimak - Bertanya mengenai hal-hal yang belum jelas dan dimengerti - Melakukan demonstrasi yang diajarkan pengajar

		- Meredemonstrasikan langkah-langkah pijat oksitosin - Tanya Jawab - Memberikan kesempatan pada klien dan keluarga untuk bertanya	
3.	5 menit	Penutup - Melakukan evaluasi - Menyampaikan kesimpulan materi - Memberikan saran kepada klien dan keluarga. - Mengakhiri pertemuan dan menyampaikan salam	- Sasaran dapat menjawab tentang pertanyaan yang diajukan - Mendengar - Memperhatikan - Menjawab salam

F. Evaluasi

1. Evaluasi Hasil:

Setelah diberikan PENKES Ny.G dan Keluarganya mampu :

- Menjelaskan apa itu pijat oksitosin
- Menjelaskan tujuan pijat oksitosin
- Menjelaskan manfaat pijat oksitosin
- Mendemonstrasikan teknik pijat oksitosin

2. Evaluasi struktur :

- Pelaksana siap melakukan Penyuluhan kesehatan

3. Evaluasi Proses :

- Pelaksana dan sasaran (Ny.G dan keluarganya) mengikuti PENKES sampai selesai.
- Ny.G dan Keluarganya aktif dalam PENKES

- c. Ny.G dan Keluarganya mampu mendemonstrasikan teknik pijat oksitosin
- d. Ny.G dan Keluarganya mampu menjawab pertanyaan yang diajukan oleh pelaksana.
- e. Pelaksana menyajikan semua materi secara lengkap.

MATERI PENYULUHAN

A. Definisi Pijat Oksitosin

Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidاكلancaran produksi ASI. Pijat oksitosin adalah pemijatan pada sepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulang costae kelima-keenam dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan (Biancuzzo, 2003; Indiyani, 2006; Yohmi & Roesli, 2009).

B. Tujuan Pijat Oksitosin

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

C. Manfaat Pijat Oksitosin

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

D. Teknik Pijat Oksitosin

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

1. Melepaskan baju ibu bagian atas
2. Ibu miring ke kanan maupun kekiri, lalu memeluk bantal
3. Memasang handuk

4. Melumuri kedua telapak tangan dengan minyak telon atau baby oil / air hangat
5. Memijat sepanjang kedua sisi tulang belakang ibu dengan menggunakan dua kepalan tangan, dengan ibu jari menunjuk ke depan
6. Menekan kuat-kuat kedua sisi tulang belakang membentuk gerakan gerakan melingkar kecil-kecil dengan kedua ibu jarinya.
7. Pada saat bersamaan, memijat kedua sisi tulang belakang kearah bawah, dari leher kearah tulang belikat, selama 2-3 menit.
8. Mengulangi pemijatan hingga 3 kali
9. Membersihkan punggung ibu dengan waslap air hangat dan dingin secara bergantian.

E. Gambar Untuk Pijat Oksitosin



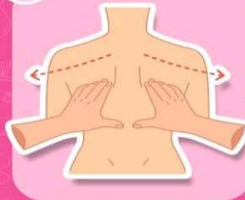
Pijat Oksitosin untuk Memperlancar ASI

3



Pijat dengan ibu jari yang digerakkan secara melingkar hingga turun ke pangkal tulang belakang. Lakukan selama 1 menit.

4



Usap bagian tubuh yang telah dipijat dengan gerakan ke luar secara perlahan.

5



Lakukan pijatan yang sama di pangkal tulang belakang setara bahu, hingga turun ke tulang belikat.

Mama's Choice

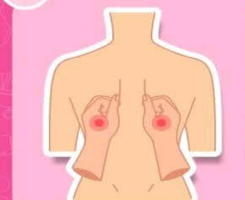
Pijat Oksitosin untuk Memperlancar ASI

6



Pijat punggung dengan ibu jari dengan gerakan memutar sepanjang poros tulang belakang dari atas hingga ke bawah. Setelah itu, ulangi dari arah bawah ke atas.

7



Gunakan kepala tangan untuk memijat seluruh punggung dengan tekanan yang lembut. Lakukan hingga ibu merasa rileks.

8



Setelah rileks, usap seluruh bagian punggung dengan sentuhan yang nyaman.

Mama's Choice



Pengertian Pijat Oksitosin
Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidaklancaran produksi ASI. Pijat oksitosin adalah pemijatan pada sepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulang costae kelima- keenam dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan



STIKes Karsa Husada Garut

Pijat Oksitoksin

Cucu Patimah
KHGA22089
3B DIII KEPERAWATAN



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





Manfaat Pijat Oksitosin

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

Teknik Pijat Oksitosin

1. Melepaskan baju ibu bagian atas
2. Ibu miring ke kanan maupun kekiri, lalu memeluk bantal
3. Memasang handuk
4. Melumari kedua telapak tangan dengan minyak telon atau baby oil/air hangat
5. Memijat sepanjang kedua sisi tulang belakang ibu dengan menggunakan dua kepala tangan, dengan ibu jari menunjuk ke depan
6. Menentukan kuat-kuat kedua sisi tulang belakang membentuk gerakan melingkar
7. Pada saat bersamaan, memijat kedua sisi tulang belakang kearah bawah, dari leher kearah tulang belikat, selama 2-3 menit
8. Mengulangi pemijatan
9. Membersihkan punggung ibu dengan waslap air hangat dan air dingin secara bergantian

Hi Papa, Bantu Mama Memperlancar ASI dengan Pijat Oksitosin, Yuk!



FORMAT BIMBINGAN

NAMA : Cucu Patimah

NIM : KHGA22089

JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Ny.G (P1A0) Dengan Post
Sectio Caesarea POD 0 (8 Jam) Atas Indikasi Gawat Janin
Di Ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut

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

No	Tanggal	Materi	Saran	TTD Pembimbing	TTD Mahasiswa
1.	2 juni 2025	1. Penyelesaian Penyusunan KTI 2. Kontrak waktu	1. Mulai nyusun BAB 1		
2.	5 juni 2025	BAB 1 Cover	1. Perbaiki penulisan 2. Lanjutkan BAB II		
3.	12 juni 2025	BAB II	ACC BAB 1 1. Perhatikan penulisan 2. Perbaiki dan lengkapi sumber materi		
4.	16 juni 2025	BAB II	1. Perhatikan penulisan		

No	Tanggal	Materi	Saran	TTD Pembimbing	TTD Mahasiswa
			2. Analisa data perbaiki		
5.	20 juni 2025	BAB III	ACC BAB II 1. Tabel diperbaiki 2. Tambahkan diagnosa		
6.	24 juni 2025	BAB III	BAB III 1. Pembahasan perbaiki 2. Penulisan perbaiki 3. Lengkapi data 4. Evaluasi diagnose, rencana, 5. Implementasi dan evaluasi		
7.	2 juli 2025	BAB IV	ACC BAB III 1. Perbaiki penulisan 2. Kesimpulan menjawab tujuan		
8.	8 juni 2025	BAB IV	ACC BAB IV ACC Sidang		

DAPTAR RIWAYAT HIDUP



A. DATA DIRI

Nama : Cucu Patimah

Jenis Kelamin : Perempuan

Tempat/Tanggal Lahir : Garut, 16 April 2004

Agama : Islam

Alamat : KP. Cibeunying RT.001/RW.010
Ds.Tanjungmulya Kec.Pakenjeng Kab.Garut

B. PENDIDIKAN

1. Tahun 2010-2016 : SDN Tnjungmulya 02
2. Tahun 2016-2019 : SMPN 02 Pakenjeng
3. Tahun 2019-2022 : SMAN 7 Garut
4. Tahun 2022-2025 : STIKes Karsa Husada Garut Program Studi DIII
Keperawatan