

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.L (P1A0) POST *SECTIO*
CAESAREA POD 0 ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH DINI DI
RUANG JADE RSUD dr.SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi DIII Keperawatan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

REVI VIRGINIA

KHGA23004



**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT**

2026

**LEMBAR PERSETUJUAN
PERBAIKAN KTI**

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.L (P1A0) POST
SECTIO CAESAREA POD 0 ATAS INDIKASI
KETUBAN PECAH DINI DI RUANG JADE RSUD
dr.SLAMET GARUT

NAMA : REVI VIRGINIA

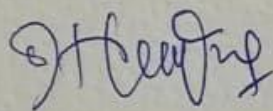
NIM : KHGA23004

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut sudah melaksanakan sidang dan
perbaikan karya tulis ilmiah

Garut, Juli 2026

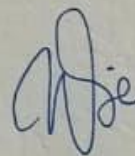
Menyetujui,

Penelaah I



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

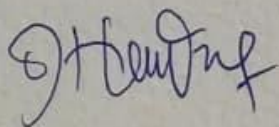
Penelaah II



Wieda Widyatry Q., S.Kep., Ns., M.Kep

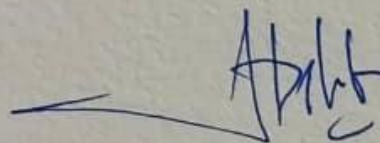
Mengetahui,

Ketua Prodi DIII Keperawatan



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

Pembimbing



K. Dewi Budiarti, M.Kep.

LEMBAR PENGESAHAN

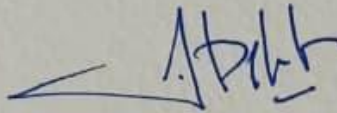
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.L (PIA0) POST *SECTIO CAESAREA*
POD 0 ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH DINI DI RUANG JADE
RSUD dr.SLAMET GARUT

Disusun oleh:
REVI VIRGINIA
KHGA23004

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis ilmiah ini telah disidangkan dihadapan Tim Penguji Program Studi
DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

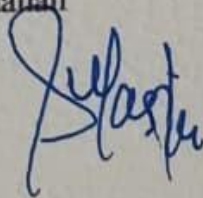
Menyetujui
Pembimbing



K. Dewi Budiarti, M.Kep.

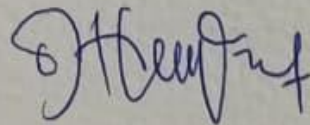
Tugas akhir ini telah diterima dan di sahkan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Dan Kebidanan



Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep

Mengetahui,
Ketua Prodi DIII Keperawatan



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

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya Tulis Ilmiah Akhir saya ini, adalah asli dan belum pernah di ajukan untuk mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep), baik dari Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Karsa Husada Garut maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya Tulis Imiah ini adalah murni gagasan, rumusan, dan analisis studi kasus saya sendiri tanpa bantuan pihak lain, kecuali dari arahan pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis Ilmiah Akhir ini terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan di cantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan atau ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dan lainnya, sesuai dengan norma yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Karsa Husada Garut.

Garut, September 2026

Revi Virginia
KHGA23004

ABSTRAK

IV BAB,94 Halaman,16 Tabel,1 Bagan,4 Lampiran

Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan salah satu komplikasi obstetri yang menjadi indikasi tindakan *Sectio Caesarea* (SC), dengan Angka Kematian Ibu di Indonesia yang masih tinggi dan Kabupaten Garut mencatat 50 kasus kematian ibu pada tahun 2023. Post *Sectio Caesarea* dapat menimbulkan berbagai masalah keperawatan seperti nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, risiko infeksi, menyusui tidak efektif, gangguan pola tidur, dan defisit perawatan diri. Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah penulis mampu melakukan Asuhan keperawatan pada Ny.L (P1A0) Post *Sectio Caesarea* POD 0 atas indikasi Ketuban pecah dini di ruang jade. Metode yang digunakan adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus, dengan teknik pengumpulan data berupa wawancara, pemeriksaan fisik, observasi, studi dokumentasi, dan studi kepustakaan. Asuhan keperawatan dilaksanakan pada Ny. L (P1A0) post *Sectio Caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut selama 3 hari (12–14 Mei 2026). Hasil pengkajian menemukan lima diagnosa keperawatan, yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, risiko infeksi, menyusui tidak efektif, dan defisit perawatan diri. Setelah dilakukan implementasi berupa manajemen nyeri, dukungan mobilisasi, pencegahan infeksi, edukasi menyusui, dan dukungan perawatan diri, didapatkan hasil Nyeri akut teratasi sebagian, gangguan mobilitas fisik teratasi, risiko infeksi teratasi sebagian, menyusui tidak efektif teratasi, dan defisit perawatan diri teratasi. Kesimpulannya, penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara utuh mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, hingga evaluasi dan dokumentasi. Rekomendasi ditujukan bagi pelayanan kesehatan/rumah sakit, perawat, serta klien dan keluarga guna meningkatkan kualitas asuhan keperawatan post *Sectio Caesarea*.

Kata Kunci : *Sectio Caesarea, Ketuban Pecah Dini, Asuhan Keperawatan*

Daftar Pustaka : 30 sumber (2017–2025)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini sesuai batas waktu yang telah diberikan kepada penulis. Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini merupakan tugas dan salah satu syarat yang menunjang kelulusan dari program pendidikan Diploma D III di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut, dengan judul yang diambil untuk Karya Tulis Ilmiah ini adalah: asuhan keperawatan pada Ny.L dengan (P1A0) *Post Sectio Caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini di ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut. selama pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak menghadapi kendala dan hambatan, namun berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak maka kendala tersebut dapat dilewati sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Dr.H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si, selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Rektor Institut Kesehatan Karsa Husada Garut
4. Ibu Eva Daniati,S.Kep.,Ners.,M.pd selaku Ketua Prodi D III Keperawatan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut
5. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, saran, dan bantuan kepada penulis dalam melakukan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Kepada Staf Dosen Institut Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga dan mendidik penulis selama 3 tahun.
7. Kepala ruangan beserta staf ruangan dan Cl di Ruang Jade di RSUD DR.

Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan dalam melakukan asuhan keperawatan.

8. Kepada klien Ny. L dan keluarga selaku klien yang telah memberikan bantuan dan kerja sama selama melakukan asuhan keperawatan
9. Kepada Kedua Orang tua Tercinta Ucapan terima kasih yang paling istimewa dan tak terhingga penulis persembahkan kepada Bapak Dede amirudin dan mamah Ai Nia tercinta. Terima kasih atas cinta dan kasih sayang yang tiada batas, yang telah diberikan sejak penulis dilahirkan hingga detik ini. Terima kasih atas setiap doa yang tak pernah putus dipanjatkan di sepertiga malam, yang menjadi kekuatan penulis dalam menjalani setiap langkah perkuliahan. Terima kasih atas segala pengorbanan, baik tenaga, waktu, maupun materi, yang telah dicurahkan tanpa mengenal lelah demi masa depan penulis. Terima kasih atas setiap nasihat, teguran, dan motivasi yang selalu diberikan di saat penulis merasa lelah dan hampir menyerah. Meskipun Bapak dan Mamah tidak mengenyam pendidikan tinggi dan tidak memiliki gelar, namun kalian selalu berjuang dan berusaha sekuat tenaga agar penulis dapat menjadi orang pertama di keluarga yang meraih gelar diploma ini. Perjuangan itu tidak akan pernah penulis lupakan seumur hidup. Tidak ada kata yang mampu menggambarkan betapa besar rasa syukur dan terima kasih penulis atas segala hal yang telah Bapak dan mamah berikan. Semoga Allah senantiasa memberikan kesehatan, umur panjang, serta membalas segala kebaikan Bapak dan mamah dengan kebahagiaan dunia dan akhirat. Karya kecil ini penulis persembahkan sebagai wujud bakti dan rasa terima kasih yang tulus.
10. Terima kasih kepada kakak Fery pratama dan Reni Mardiani serta sepupu kecil Freya Shanum Feriyani dan adik Atalla Perdian Putra yang selalu memberikan semangat, dukungan, serta menjadi tempat berkeluh kesah di kala penulis merasa jenuh. Kehadiran kalian menjadi salah satu alasan penulis untuk terus berjuang menyelesaikan tugas akhir ini.
11. kepada seluruh keluarga besar terimakasih atas doa, perhatian, dan

dukungan yang selalu diberikan, baik secara langsung maupun tidak langsung, selama penulis menempuh pendidikan.

12. Penulis ucapkan Terimakasih kepada guru mengaji Ustd.Dede Lukmanulhakim yang telah dengan sabar membimbing, mengajarkan ilmu agama, serta menanamkan nilai-nilai kebaikan sejak dini. Doa dan ilmu yang telah diberikan menjadi bekal berharga bagi penulis, tidak hanya dalam menempuh pendidikan, tetapi juga dalam menjalani kehidupan. Semoga Allah senantiasa membalas segala jasa dan kebaikan yang telah diberikan.
13. Ucapan terima kasih yang tulus penulis sampaikan kepada rekan-rekan dan teman-teman Bapak yang telah memberikan bantuan, khususnya dalam hal keuangan, selama proses perkuliahan berlangsung. Bantuan yang diberikan sangat berarti dan menjadi salah satu faktor pendukung sehingga penulis dapat menyelesaikan studi dengan lancar. Semoga segala kebaikan yang telah diberikan mendapatkan balasan yang berlipat ganda.
14. Ucapan terima kasih yang tulus penulis sampaikan kepada pasangan tercinta Mohammad Rafly Pancatama yang telah menjadi salah satu sumber kekuatan terbesar dalam menyelesaikan tugas akhir ini. Terima kasih atas kesabaran yang tiada henti dalam mendengarkan setiap keluhan penulis, baik di saat penelitian berjalan lancar maupun di saat menemui berbagai kendala yang membuat penulis merasa putus asa. Terima kasih atas setiap waktu yang telah diluangkan untuk sekadar menemani begadang, mendengarkan cerita, maupun memberikan semangat di setiap langkah pengerjaan. Terima kasih atas pengertian yang begitu besar, terutama di saat penulis harus mengorbankan waktu kebersamaan demi menyelesaikan tugas akhir ini. Terima kasih atas setiap kata-kata penyemangat yang selalu diberikan di saat penulis merasa lelah dan kehilangan arah, serta atas kepercayaan yang selalu ditanamkan bahwa penulis mampu menyelesaikan semua ini dengan baik. Kehadiran pasangan bukan hanya sebagai penyemangat, tetapi juga sebagai tempat

berlindung dan berbagi cerita di kala suka maupun duka. Semoga segala dukungan, kasih sayang, dan pengorbanan yang telah diberikan menjadi awal yang baik untuk melangkah bersama menuju masa depan yang lebih cerah.

15. Terima kasih kepada Fadilah, Aitia, Yuni, Camila, Rahma, Sri dan Natasha sahabat yang telah menemani perjalanan penulis selama kurang lebih tiga tahun terakhir ini. Terima kasih atas setiap tawa, dukungan, dan kebersamaan yang telah dilalui bersama, baik dalam suka maupun duka. Persahabatan ini menjadi salah satu hal berharga yang penulis dapatkan selama menempuh masa perkuliahan.

16. Terima kasih kepada Fadillah dan Syakira yang telah menemani dan berjuang bersama selama proses bimbingan tugas akhir berlangsung. Terima kasih atas segala bantuan, diskusi, serta motivasi yang saling diberikan sehingga proses bimbingan dapat dilalui dengan lebih ringan.

Penulis menyadari bahwa tugas akhir ini masih jauh dari kata sempurna dan tidak luput dari kekurangan. Oleh karena itu, penulis dengan segala kerendahan hati menerima kritik dan saran yang membangun demi perbaikan di masa yang akan datang. Akhir kata, penulis berharap semoga tugas akhir ini dapat memberikan manfaat bagi penulis pribadi maupun bagi pembaca pada umumnya.

Garut, Juli 2026

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	
LEMBAR PENGESAHAN	
ABSTRAK	
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR BAGAN.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Masalah	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
C. Metode dan Teknik Pengumpulan Data	4
1. Wawancara.....	5
2. Pemeriksaan Fisik	5
3. Observasi.....	5
4. Studi Dokumentasi	5
5. Studi Kepustakaan.....	5
D. Sistematika Penulisan.....	5

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini	7
1. Definisi.....	7
2. Etiologi.....	8
3. Patofisiologi	9
4. Tanda dan Gejala.....	10
5. Komplikasi	10
6. Pemeriksaan Penunjang	11
B. Konsep Dasar <i>Sectio Caesarea</i>	11
1. Definisi.....	11
2. Klasifikasi	12
3. Etiologi.....	13

4. Patofisiologi	14
5. Tanda dan Gejala.....	15
6. Komplikasi	16
7. Indikasi.....	16
8. Kontraindikasi	17
9. Pemeriksaan Penunjang	17
C. Konsep Dasar Post Partum	20
1. Definisi.....	20
2. Tahapan Masa Nifas.....	20
3. Kebutuhan Masa Post Partum Berdasarkan KDM.....	21
4. Perubahan Fisiologis Masa Nifas.....	23
5. Proses Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas.....	25
D. Dampak Post <i>Sectio Caesarea</i> atas Indikasi KPD terhadap KDM	26
1. Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri)	26
2. Kebutuhan Aktivitas dan Mobilitas	27
3. Kebutuhan Istirahat dan Tidur	27
4. Kebutuhan Keamanan dan Keselamatan.....	27
5. Kebutuhan Nutrisi dan Cairan.....	27
6. Kebutuhan Menyusui dan Peran Menjadi Ibu.....	28
7. Kebutuhan Psikologis dan Rasa Aman	28
E. Konsep Asuhan Keperawatan.....	28
1. Pengkajian Keperawatan.....	28
2. Diagnosa Keperawatan.....	43
3. Intervensi Keperawatan.....	43
4. Implementasi Keperawatan.....	50
5. Evaluasi Keperawatan.....	50

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus.....	51
1. Pengkajian.....	51
2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas	62
3. Proses Asuhan Keperawatan	65
4. Catatan Perkembangan.....	72
B. Pembahasan	83
1. Tahap Pengkajian.....	83

2. Tahap Diagnosa.....	84
3. Tahap Perencanaan	87
4. Tahap Pelaksanaan	89
5. Tahap Evaluasi	90

BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan	92
B. Rekomendasi	92
1. Pelayanan Kesehatan/Rumah Sakit.....	93
2. Bagi Perawat	93
3. Klien dan Keluarga	93

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Perbandingan Kejadian Kasus SC atau Indikasi Ketuban Pecah Dini...	3
Tabel 2.1 Perubahan Uterus	23
Tabel 2.2 Analisa Data	40
Tabel 2.3 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut	44
Tabel 2.4 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik	45
Tabel 2.5 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Risiko Infeksi.....	46
Tabel 2.6 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Menyusui Tidak Efektif.....	47
Tabel 2.7 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Gangguan Pola Tidur.....	48
Tabel 2.8 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Defisit Perawatan Diri	49
Tabel 3.1 Riwayat Persalinan Dahulu	53
Tabel 3.2 Pola Aktivitas Sehari-hari	58
Tabel 3.3 Pemeriksaan Penunjang	59
Tabel 3.4 Terapi Medis	60
Tabel 3.5 Analisa Data.....	61
Tabel 3.6 Proses Keperawatan	65
Tabel 3.7 Catatan Perkembangan.....	73

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Post *Sectio Caesarea* atas Indikasi Ketuban Pecah Dini14

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN I	: SAP MOBILISASI DINI POST SC
LAMPIRAN II	: LEAFLET MOBILISASI DINI POST SC
LAMPIRAN III	: SAP PIJAT OKSITOSIN
LAMPIRAN IV	: LEAFLET PIJAT OKSITOSIN
LAMPIRAN V	: LEMBAR BIMBINGAN
LAMPIRAN VI	: DAFTAR RIWAYAT HIDUP

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masa kehamilan, persalinan, dan nifas merupakan proses fisiologis yang di dalam prosesnya terdapat kemungkinan bisa mengancam jiwa ibu dan bayi bahkan dapat menyebabkan kematian. Angka Kematian Ibu (AKI) Di Indonesia, Kementerian Kesehatan mencatat sebanyak 4.129 kematian ibu pada tahun 2023, meningkat dibandingkan tahun sebelumnya yang berjumlah 4.005 kasus (Kemenkes RI, 2024). Berdasarkan catatan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, AKI di provinsi ini tercatat sebagai yang tertinggi secara nasional pada tahun 2023 dengan 792 kasus, di mana 22,47% (178 kasus) terjadi pada ibu hamil, 15% (120 kasus) saat proses persalinan, dan 61% (484 kasus) pada periode setelah melahirkan (Kemenkes RI, 2024). Di tingkat kabupaten, Kabupaten Garut melaporkan sebanyak 50 kematian ibu pada tahun 2023 dengan penyebab terbesar adalah perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (Satu Data Garut, 2023).

Tingginya angka kematian ibu tersebut sangat erat kaitannya dengan berbagai komplikasi obstetri yang terjadi selama masa kehamilan dan persalinan, salah satunya adalah Ketuban Pecah Dini (KPD). (Nurkhayati dkk.,2020). Ketuban Pecah Dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum pembukaan serviks mencapai 4 cm pada fase laten, yang dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktu melahirkan, dengan batasan waktu meliputi 2 hingga 4 atau 6 jam sebelum inpartu, pecah pada pembukaan serviks 3 cm atau 5 cm, serta pada prinsipnya yaitu ketuban yang pecah sebelum waktunya (Walyani, 2017). Prevalensi kejadian KPD berkisar antara 5–10% dari seluruh kehamilan, dan sekitar 30% di antaranya berisiko menyebabkan persalinan prematur yang membahayakan kondisi ibu dan janin (Nurhidayah & Kamala Dewi, 2023).

Tingginya prevalensi KPD tersebut membawa dampak serius, baik bagi janin maupun bagi ibu. Dampak pada janin meliputi lahir sebelum cukup bulan (prematuritas), posisi janin yang tidak normal (malpresentasi), prolaps tali

pusat, hingga kematian saat persalinan, sedangkan dampak bagi ibu mencakup partus lama, perdarahan pascapersalinan, disfungsi uterus (atonia uteri) (Prawirohardjo, 2022). Selain itu, infeksi pada area genital yang melemahkan membran amnion turut menjadi faktor predisposisi yang memperluas dampak morbiditas secara keseluruhan pada kasus KPD (Novitasari, Tihandrieanto, & Rahim, 2022).

Mengingat luasnya dampak yang dapat ditimbulkan, penanganan terhadap kasus KPD memerlukan pemantauan kondisi ibu dan janin secara ketat, serta penentuan strategi persalinan yang paling aman sesuai dengan kondisi klinis pasien. Apabila persalinan pervaginam dinilai tidak memungkinkan atau berisiko tinggi, salah satu tindakan yang dipilih adalah *Sectio Caesarea* (SC), yaitu prosedur pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuat insisi pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Lian Kamsila et al., 2023). KPD menjadi salah satu indikasi paling umum dilakukannya operasi sesar, karena keterlambatan penanganan dapat meningkatkan risiko infeksi, memperpanjang waktu persalinan, dan memicu gawat janin yang membutuhkan tindakan segera (Nurhidayah & Kamala Dewi, 2023).

World Health Organization(WHO) menetapkan bahwa angka persalinan *Sectio Caesarea* yang ideal berkisar antara 5–15% per 1.000 kelahiran, namun di Indonesia Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 mencatat prevalensinya telah mencapai 25,9%, meningkat signifikan dari angka 17,6% pada Riskesdas 2018 (Kemenkes RI, 2023). Provinsi Jawa Barat berada di peringkat ke-12 secara nasional dengan angka kelahiran sesar mencapai 24,9% (SKL, 2023), sedangkan berdasarkan data rekam medis RSUD Dr. Slamet Garut, presentasi persalinan *Sectio Caesarea* pada bulan Januari–Mei 2026 disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 1.1
Perbandingan Kejadian Kasus SC atau Indikasi Ketuban Pecah Dini
dengan Kasus SC lainnya di RSUD Dr.Slamet Garut dari Bulan
Januari-Mei 2026

No	Diagnosa	Jumlah	Presentase
1	SC Indikasi Gagal Induksi	32	27,2%
2	SC Indikasi Kala II Lama	19	16,4%
3	SC Indikasi Preeklampsia	11	9,5%
4	SC Indikasi Gawat Janin	11	9,5%
5	SC Indikasi Hipertensi Gestasional	8	6,9%
6	SC Indikasi KPD	8	6,9%
7	SC Indikasi Plasenta Previa Total	8	6,9%
8	SC Indikasi CPD	7	6,0%
9	SC Indikasi FEB	6	5,2%
10	SC Indikasi Sungsang	6	5,2%
	Jumlah	116	100%

Sumber:Rekam Medik RSUD Dr.Slamet Garut tahun 2026

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa prevalensi post *Sectio Caesarea* di RSUD Dr. Slamet Garut atas indikasi ketuban pecah dini berada pada urutan keenam dengan jumlah 8 kasus dengan presentase 6,9%. Adapun jumlah keseluruhan persalinan *Sectio Caesarea* di RSUD Dr. Slamet Garut tahun 2026 tercatat sebanyak 116 kasus, lebih tinggi dibandingkan persalinan spontan yang tercatat sebanyak 103 kasus. Mengingat jumlah kejadian *Sectio Caesarea* yang masih tinggi dengan resiko yang mungkin terjadi pada ibu post partum *Sectio Caesarea* yaitu perdarahan, ruptur uteri karena bekas luka rentan untuk robek, infeksi pada daerah insisi pembedahan yang mungkin akan membahayakan terhadap ibu. Ketuban pecah dini memiliki resiko yang mungkin terjadi pada ibu post partum *Sectio Caesarea* yaitu infeksi post partum yang dapat menginfeksi rahim, karena ketuban yang utuh merupakan barrier atau

penghalang terhadap masuknya penyebab infeksi. Dengan tidak adanya selaput ketuban seperti pada ketuban pecah dini maka akan rentan terjadi infeksi.

Berdasarkan hal tersebut maka penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan komprehensif pada klien post operatif *Sectio Caesarea* dengan menggunakan proses keperawatan dan didokumentasikan dalam Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. L (P1A0) Post *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini di Ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut”.

B. Tujuan Masalah

1. Tujuan Umum

- a. Tujuan secara umum ditulisnya karya ilmiah ini adalah untuk memperoleh Gambaran nyata dalam Asuhan Keperawatan pada Ny.L (P1A0) dengan post *sectio caesarea* atas indikasi KPD Di Ruang Jade RSUD dr. Slamar Garut.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian yang meliputi aspek biopsiko-sosial dan spiritual pada Ny.L (P1A0) dengan post *sectio caesarea* atas indikasi KPD
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah yang dialami oleh Ny.L (P1A0) dengan post *sectio caesarea* atas indikasi KPD
- c. Penulis mampu membuat rencana asuhan keperawatan pada Ny.L (P1A0) dengan post *sectio caesarea* atas indikasi KPD
- d. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny.L (P1A0) dengan post *sectio caesarea* atas indikasi KPD
- e. Penulis mampu mengevaluasi asuhan keperawatan pada Ny.L (P1A0) dengan post *sectio caesarea* atas indikasi KPD
- f. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny.L (P1A0) dengan post *sectio caesarea* atas indikasi KPD

C. Metode dan Teknik Pengumpulan Data

Metode penulisan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini Adalah dengan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus, sedangkan Teknik pengumpulan data pada studi kasus ini :

1. Wawancara

Wawancara Adalah Teknik pengumpulan data dengan melakukan tanya jawab langsung kepada klien dan keluarga untuk memperoleh informasi mengenai kondisi kesehatan dan keluhan yang dirasakan klien.

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik Adalah teknik pengumpulan data dengan melakukan pemeriksaan langsung pada tubuh klien dari ujung kepala sampai dengan ujung kaki untuk mengetahui kondisi Kesehatan pada klien.

3. Observasi

Observasi Adalah Teknik pengumpulan data dengan mengamati secara langsung kondisi fisik, perilaku, dan respons klien selama perawatan.

4. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi Adalah Teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara mempelajari data data klien, seperti rekam medis, hasil data pemeriksaan penunjang, dan dokumentasi keperawatan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

5. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan Adalah cara mendapatkan informasi dan teori-teori 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 yang menjelaskan tentang latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode telaahan dan sistematika penulisan.

BAB II menguraikan konsep dasar tentang asuhan keperawatan pada klien post *Sectio Caesarea* atas indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD), yang terdiri dari definisi, etiologi, tanda dan gejala, patofisiologi, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan dan konsep dasar *Sectio Caesarea*

BAB III menjelaskan tentang pelaksanaan Asuhan Keperawatan serta pembahasan permasalahan yang muncul dalam proses pemberian asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

BAB IV berisi tentang kesimpulan dan rekomendasi terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini

1. Definisi

Ketuban pecah dini (KPD) merupakan kondisi pecahnya selaput ketuban sebelum dimulainya proses persalinan, yang ditandai dengan belum adanya kontraksi uterus yang adekuat maupun tanda-tanda persalinan aktif setelah pecahnya ketuban. Kondisi ini dapat terjadi pada kehamilan cukup bulan (term) maupun kehamilan kurang bulan (preterm). KPD termasuk salah satu kasus kegawatdaruratan obstetri karena berpotensi menimbulkan berbagai komplikasi yang membahayakan kesehatan ibu dan janin (Mardiyanti & Hardiati, 2023).

Dalam terminologi medis, KPD dikenal sebagai *Premature Rupture of Membranes* (PROM), yaitu pecahnya selaput ketuban sebelum onset persalinan. Apabila kondisi tersebut terjadi pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu, maka disebut *Preterm Premature Rupture of Membranes* (PPROM). Keadaan ini memerlukan penanganan yang tepat karena dapat meningkatkan risiko infeksi, persalinan prematur, serta berbagai komplikasi perinatal lainnya (Indrasuari, Pariartha, & Wijaya, 2023).

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya/rupturnya selaput amnion sebelum dimulainya persalinan yang sebenarnya atau pecahnya selaput amnion sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu dengan atau tanpa kontraksi (Kennedy et al, 2019)

Berdasarkan dari beberapa pengertian diatas, penulis dapat menyimpulkan bahwa KPD adalah kondisi pecahnya selaput ketuban sebelum dimulainya proses persalinan, baik pada kehamilan cukup bulan maupun kurang dari 37 minggu, dengan atau tanpa kontraksi uterus, yang berpotensi menimbulkan berbagai komplikasi serius bagi ibu dan janin sehingga memerlukan penanganan yang tepat dan segera.

2. Etiologi

Ketuban pecah dini (KPD) dapat terjadi akibat melemahnya kekuatan selaput ketuban, peningkatan tekanan intrauterin, atau kombinasi dari kedua kondisi tersebut. Berbagai faktor dapat meningkatkan risiko terjadinya KPD, antara lain (Fahimah, 2020):

a. Pekerjaan

Kejadian ketuban pecah sebelum waktunya dapat disebabkan oleh kelelahan. Aktivitas fisik yang berat selama kehamilan dapat menyebabkan kelelahan yang berkontribusi terhadap terjadinya ketuban pecah dini. Oleh karena itu, ibu hamil dianjurkan untuk menghindari pekerjaan yang terlalu berat. Selain itu, jenis pekerjaan yang dilakukan selama kehamilan juga dapat memengaruhi kebutuhan energi dan kondisi kesehatan ibu secara keseluruhan.

b. Paritas

Paritas merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kejadian KPD. Kehamilan pada paritas kedua dan ketiga umumnya dianggap lebih aman karena kondisi uterus dan serviks masih mampu mempertahankan kehamilan dengan baik. Sebaliknya, ibu dengan paritas tinggi memiliki risiko lebih besar mengalami KPD akibat perubahan yang berulang pada dinding rahim dan serviks selama kehamilan sebelumnya.

c. Umur Ibu

Usia reproduksi yang ideal untuk menjalani kehamilan dan persalinan berada pada rentang 20–35 tahun. Pada usia tersebut, organ reproduksi telah berkembang secara optimal sehingga mampu mendukung proses kehamilan dengan baik. Kehamilan pada usia kurang dari 20 tahun maupun lebih dari 35 tahun berisiko lebih tinggi mengalami berbagai komplikasi, termasuk ketuban pecah dini.

d. Riwayat KPD

Ibu yang pernah mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalami kondisi serupa pada kehamilan berikutnya. Risiko kekambuhan KPD dilaporkan meningkat sekitar dua

hingga empat kali lipat. Hal ini diduga berkaitan dengan perubahan struktur membran ketuban, terutama penurunan kadar kolagen yang berperan dalam mempertahankan kekuatan selaput ketuban

e. Anemia

Anemia selama kehamilan dapat meningkatkan risiko terjadinya KPD karena kondisi tersebut menyebabkan penurunan kemampuan tubuh dalam mengangkut oksigen dan melawan infeksi. Selain itu, anemia dapat mengganggu proses metabolisme ibu sehingga pertumbuhan dan perkembangan janin tidak berlangsung secara optimal. Kondisi ini juga berhubungan dengan meningkatnya risiko persalinan prematur dan komplikasi kehamilan lainnya

f. Kehamilan

Kehamilan ganda atau kehamilan dengan dua janin atau lebih memiliki risiko komplikasi yang lebih tinggi dibandingkan kehamilan tunggal. Peningkatan volume intrauterin akibat adanya lebih dari satu janin dapat menyebabkan peregangan berlebih pada selaput ketuban sehingga meningkatkan risiko KPD

g. Presentasi Janin

Kelainan presentasi janin, seperti presentasi bokong atau sungsang, juga dapat meningkatkan risiko terjadinya KPD. Pada presentasi sungsang, distribusi tekanan di dalam uterus menjadi tidak seimbang sehingga menyebabkan peningkatan ketegangan pada selaput ketuban

3. Patofisiologi

Proses terjadinya KPD dimulai dengan terjadi pembukaan serviks secara prematur, yang kemudian diikuti devaskularisasi kulit ketuban. Devaskularisasi ini menyebabkan nekrosis, sehingga jaringan ikat yang menopang ketuban makin berkurang. Selain itu, melemahnya daya tahan ketuban dipercepat dengan adanya infeksi yang mengeluarkan enzim proteolitik dan kolagenase. Akibatnya, ketuban pecah secara spontan (Putri Alfionita dan Lestari 2022).

4. Tanda dan Gejala

Tanda-tanda KPD meliputi keluarnya cairan ketuban yang merembes melalui vagina, dengan aroma yang berbeda seperti berbau amis dan tidak seperti bau amoniak. Cairan ini dapat berwarna pucat, putih keruh, jernih, kuning, hijau atau kecoklatan. Produksi cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi hingga kelahiran. Saat ibu hamil duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah bisa menutup atau menyumbat kebocoran untuk sementara waktu. Gejala lain yang dapat terjadi termasuk demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, dan peningkatan denyut jantung janin (Sefin 2022).

5. Komplikasi

Adapun pengaruh KPD terhadap ibu dan janin penelitian Sefin (2022) yaitu:

a. Prognosis Ibu

Karena selaput ketuban yang pecah membuka "jalan masuk" bagi mikroorganisme dari vagina menuju rongga rahim, ibu berisiko mengalami:

- 1) Infeksi intrapartum (saat persalinan) dan pascapersalinan termasuk risiko korioamnionitis (infeksi selaput ketuban) dan endometritis.
- 2) Partus lama, karena tanpa ketuban sebagai "bantalan", proses pembukaan serviks bisa tidak efisien.
- 3) Perdarahan pasca Persalinan, akibat gangguan kontraksi uterus.
- 4) Peningkatan morbiditas bahkan mortalitas maternal pada kasus yang tidak tertangani cepat.

b. Prognosis Janin

Risiko pada janin sebagian besar berkaitan dengan prematuritas (jika KPD terjadi sebelum 37 minggu) dan infeksi asendens.

- 1) Sindrom distres pernapasan, hipotermia, kesulitan minum akibat organ janin belum matang.

- 2) Retinopati prematuritas, perdarahan intraventrikular, enterokolitis nekrotikans komplikasi khas bayi prematur.
- 3) Gangguan otak dan risiko cerebral palsy jangka panjang.
- 4) Hiperbilirubinemia dan asfiksia akibat gangguan oksigenasi/adaptasi neonatal.

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada ketuban pecah dini dilakukan untuk menegakkan diagnosis, menilai kondisi ibu dan janin, serta mendeteksi kemungkinan komplikasi yang dapat terjadi. Pemeriksaan yang dapat dilakukan meliputi (Sabitah, 2025).

- a. Ultrasonografi (USG) untuk menilai volume cairan amnion, usia kehamilan, presentasi janin, dan kesejahteraan janin
- b. Tes Nitrazin dilakukan untuk mengidentifikasi pH cairan vagina. Cairan ketuban yang bersifat basa akan mengubah warna kertas nitrazin menjadi biru
- c. Tes Ferning (Arborisasi) dilakukan dengan memeriksa pola kristalisasi cairan ketuban pada kaca objek yang menyerupai daun pakis (fern pattern)
- d. Pemeriksaan Fetal Fibronectin digunakan untuk membantu mengidentifikasi adanya kebocoran cairan amnion dan risiko persalinan prematur
- e. Pemeriksaan Laboratorium, meliputi hitung leukosit, C-Reactive Protein (CRP), serta kultur serviks atau vagina untuk mendeteksi adanya infeksi
- f. Kardiotokografi (CTG) digunakan untuk memantau denyut jantung janin dan aktivitas kontraksi uterus guna menilai kesejahteraan janin serta mendeteksi tanda gawat janin

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan KPD disesuaikan dengan usia kehamilan, ada tidaknya tanda infeksi, serta kondisi kesejahteraan ibu dan janin.

a. Penatalaksanaan Umum

Setiap pasien dengan kecurigaan KPD perlu dirawat untuk konfirmasi diagnosis, penilaian usia kehamilan, serta pemantauan tanda vital ibu

(suhu, nadi) dan kesejahteraan janin (DJJ). Pemeriksaan dalam (vaginal toucher) sebaiknya dibatasi atau dihindari bila belum ada indikasi terminasi, karena pemeriksaan berulang meningkatkan risiko infeksi asendens.

b. Penatalaksanaan Konservatif (Ekspektatif)

Diterapkan pada kehamilan preterm (biasanya di bawah 34–37 minggu) tanpa tanda infeksi, gawat janin, atau inpartu aktif, dengan tujuan memperpanjang usia kehamilan semaksimal mungkin. Tindakan yang dilakukan meliputi:

- 1) Rawat inap dengan observasi ketat suhu tubuh, denyut nadi, karakteristik dan jumlah cairan ketuban, serta pola denyut jantung janin.
- 2) Pemberian kortikosteroid (misalnya dexametason atau betametason) untuk mempercepat pematangan paru janin dan menurunkan risiko sindrom distres pernapasan neonatal.
- 3) Pemberian antibiotik profilaksis untuk memperpanjang periode laten dan menurunkan risiko infeksi maternal maupun neonatal.
- 4) Pertimbangan pemberian tokolitik pada kondisi tertentu untuk menunda kontraksi prematur, sesuai indikasi dokter.
- 5) Pemantauan kesejahteraan janin berkala melalui kardiotokografi (CTG) dan USG.

c. Penatalaksanaan Aktif (Terminasi kehamilan)

Dilakukan pada kondisi berikut:

- 1) Kehamilan aterm (≥ 37 minggu) bila dalam beberapa jam belum terjadi persalinan spontan, dilakukan induksi persalinan untuk mengurangi risiko infeksi akibat periode laten yang memanjang.
- 2) Terdapat tanda infeksi intrauterin (korioamnionitis), seperti demam, takikardia ibu/janin, cairan ketuban berbau, atau leukositosis pada kondisi ini terminasi kehamilan dilakukan segera terlepas dari usia kehamilan, disertai pemberian antibiotik spektrum luas.

3) Terdapat tanda gawat janin atau kondisi obstetri lain yang tidak memungkinkan persalinan pervaginam dilakukan *sectio caesarea* sesuai indikasi.

d. Pantauan Lanjutan

Selama masa perawatan, dilakukan pemantauan tanda-tanda infeksi secara berkala (suhu tubuh, hitung leukosit, C-Reactive Protein), pemantauan kesejahteraan janin, serta edukasi kepada ibu mengenai tanda bahaya yang harus segera dilaporkan seperti demam, keluarnya cairan berbau, atau penurunan gerakan janin.

B. Konsep Dasar *Sectio Caesarea*

1. Definisi

Sectio Caesarea atau persalinan sesaria adalah prosedur pembedahan untuk melahirkan janin melalui sayatan perut dan dinding rahim. Dengan syarat Rahim dalam keadaan utuh serta berat badan janin diatas 500 gram (Razak 2023).

Sectio Caesarea (SC) merupakan tindakan pembedahan untuk melahirkan janin dengan cara membuat sayatan untuk membuka dinding uterus atau suatu histerotomi untuk mengeluarkan janin yang berada didalam rahim ibu (Putra 2021).

Berdasarkan dari beberapa pengertian diatas, penulis dapat menyimpulkan bahwa *Sectio Caesarea* (SC) adalah prosedur pembedahan untuk melahirkan janin melalui sayatan pada dinding perut dan rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat badan janin diatas 500 gram.

2. Klasifikasi

Secara umum *Sectio Caesarea* dibagi menjadi *Sectio Caesarea* primer dan *Sectio Caesarea* sekunder. Sedangkan menurut tingkat urgensinya bedah sesar dibagi dua yaitu bedah cito dan elektif (Fadhilah & Sari, 2021) :

a. *Sectio Caesarea* primer

Tindakan prosedur *Sectio Caesarea* yang dilakukan kepada pasien yang baru pertama kali melakukan operasi bedah sesar.

b. *Sectio Caesarea* sekunder

Tindakan prosedur *Sectio Caesarea* yang dilakukan kepada pasien dengan riwayat *Sectio Caesarea* sebelumnya.

c. *Sectio Caesarea* cito

Prosedur *Sectio Caesarea* yang dilakukan setelah proses persalinan dimulai atau telah munculnya tanda-tanda inpartu.

d. *Sectio Caesarea* elektif

Tindakan bedah sesar yang telah direncanakan sebelumnya sebelum proses persalinan dimulai

Sedangkan menurut Batara I. Sirait (2022) klasifikasi Seksio Sesaria ada beberapa macam yaitu :

a. *Sectio Caesarea* transperitoneal profunda

Tindakan operasi dengan membuat insisi di segmen bawah yang panjangnya kira-kira 10 cm.

b. *Sectio Caesarea* corporal

Tindakan operasi dengan membuat insisi di segmen atas uterus dan korpus uteri ini dilakukan bila segmen bawah tidak dapat di capai dengan aman (contonya, karena perlekatan).

c. *Sectio Caesarea* yang disertai Histerektomi

Tindakan SC dengan indikasi Atonia Uteri, Plasenta Accreta, Myoma uteri dan infeksi Intra Uteri berat.

d. *Sectio Caesarea* ekstraperitoneal

SC yang dilakukan tanpa insisi peritoneum yang dilakukan dengan melipat bagian peritoneum ke atas dan kandung kemih kebawah atau ketngah kemudian uterus dibuka melalui segmen bawah.

3. Etiologi

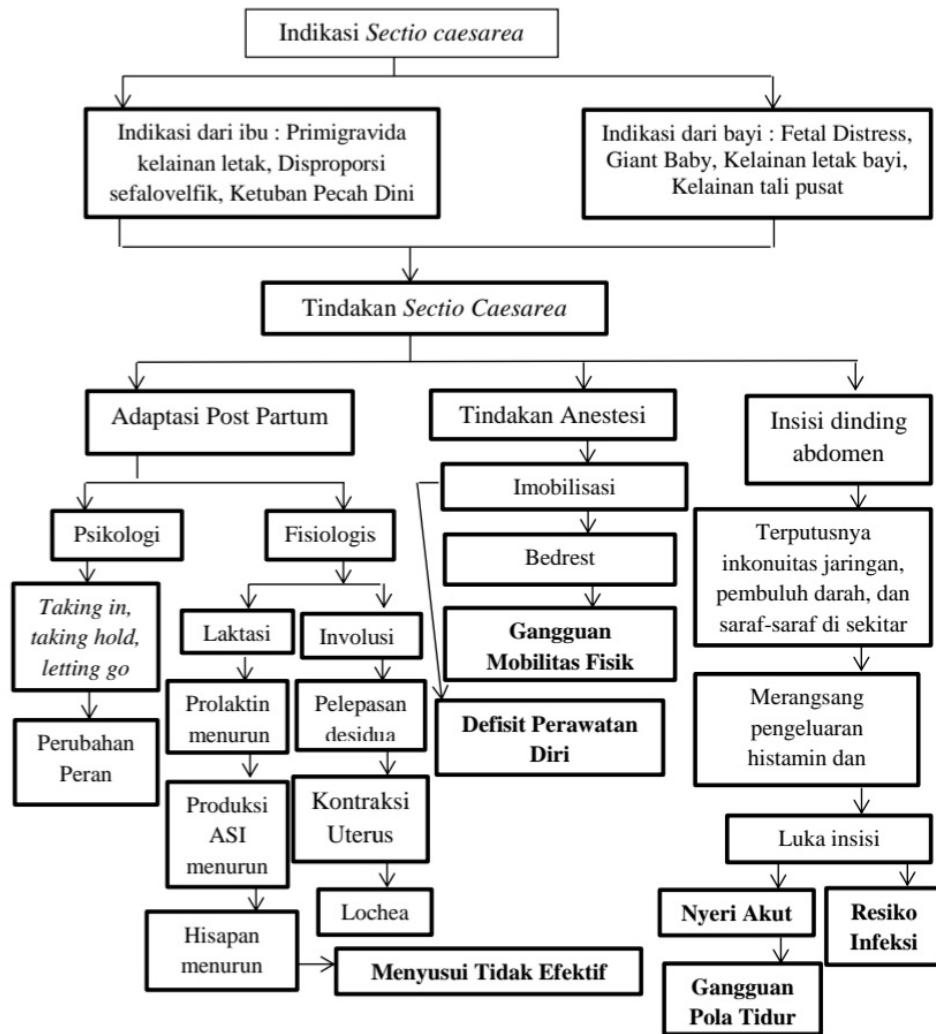
Menurut (Juliathi et al., 2020) riwayat *Sectio Caesarea* sebelumnya sangat mempengaruhi terjadinya *Sectio Caesarea*, beberapa yang menyebabkan terjadi pemicu diantaranya :

a. Indikasi dari ibu :

- 1) Disproporsi panggul ibu yang terlalu kecil dan sempit/ cephalopelvic disproportion (CPD)
 - 2) Partus lama
 - 3) Toksemia Gravidarum adanya hipertensi (Preeklamsia) proteinuria, dan edema yang timbul selama kehamilan atau 48 jam post partum.
 - 4) Penyakit penyerta lainnya seperti jantung, diabetes melitus, mata minus (hipermetropia) lebih dari 5 dll
 - 5) Kista ovarium dan mioma uteri yang mengganggu proses persalinan.
 - 6) Terdapat human immunodeficiency virus (HIV) atau herpes simplex virus (HSV)
 - 7) Plasenta previa yang menyebabkan kematian janin
 - 8) Persalinan SC terencana atau sebelumnya menurut
- b. Indikasi dari janin :
- 1) bayi besar >4000 gram,
 - 2) Malpresentasi dan malposisi janin misalnya presentasi sungsang, presentasi lintang, atau presentasi muka, kelainan kongenital
 - 3) Fetal distress /Gawat janin
 - 4) kegagalan persalinan vakum
 - 5) Prolaps tali pusat.
 - 6) Kehamilan ganda

4. Patofisiologi

Bagan 2.1
Pathway post section caesarea atas indikasi ketuban pecah dini



Sumber : (Cunningham et al., 2022), (Garg & Jaiswal., 2023), (PPNI, 2017)

Ketuban Pecah Dini (KPD) Merupakan kondisi pecahnya selaput ketuban sebelum timbulnya tanda-tanda persalinan. Pecahnya membran amnion dan korion menyebabkan hilangnya fungsi proteksi ketuban terhadap janin sehingga memudahkan masuknya mikroorganisme ke dalam kavum uteri dan meningkatkan risiko terjadinya infeksi intrauterin, seperti

korioamnionitis. Selain itu, berkurangnya volume cairan ketuban dapat mengganggu kesejahteraan janin dan meningkatkan risiko terjadinya asfiksia janin. Apabila kondisi ibu atau janin menunjukkan adanya tanda bahaya, maka dapat dilakukan terminasi kehamilan melalui tindakan *Sectio Caesarea* (Garg & Jaiswal, 2023)

Tindakan *Sectio Caesarea* melibatkan insisi pada kulit, jaringan subkutan, fasia, otot abdomen, dan uterus yang mengakibatkan terputusnya kontinuitas jaringan serta kerusakan sel dan pembuluh darah. Kerusakan jaringan tersebut akan memicu pelepasan mediator inflamasi seperti histamin, bradikinin, dan prostaglandin yang merangsang reseptor nyeri sehingga menimbulkan nyeri akut pascaoperasi (Cunningham et al., 2022). Adanya luka operasi juga meningkatkan risiko infeksi karena terbukanya pertahanan pertama tubuh terhadap masuknya mikroorganisme. Nyeri yang dirasakan pasien dapat menyebabkan keterbatasan mobilisasi, penurunan toleransi aktivitas, gangguan pola tidur, serta memperlambat proses pemulihan pascaoperasi (PPNI, 2017).

5. Tanda dan Gejala

Tanda gejala yang muncul diantaranya (Syaiful, 2020) :

a. Preeklamsia ringan

Preeklamsia ringan diikuti oleh beberapa gejala klinis antara lain : hipertensi antara 140/90 atau kenaikan systole dan diastole 30 mmHg/ 15 mmHg. Edema kaki tangan atau muka atau kenaikan berat badan 1 kg/ minggu. Proteinuria 0.3 gr/ 24 jam atau plus 1-0, Oliguria.

b. Preeklamsia berat

Preeklamsia berat ditandai dengan gejala klinis, hipertensi 160/110 mmHg, proteinuria 5gr/ 24 jam atau plus 4-5 oliguria 400cc/ 24 jam, edema paru dapat disertai sianosis, serta keluhan subjektif : nyeri kepala frontal, gangguan penglihatan, nyeri epigastrium.

c. Eklampsia

Eklampsia ditandai dengan gejala- gejala preeklamsia dan disertai koma ataupun konvulsi

6. Komplikasi

Morbiditas persalinan melalui SC lebih besar dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Komplikasi yang dapat terjadi adalah kerusakan organ seperti vesika urinaria dan uterus pada saat operasi berlangsung, komplikasi anastesi, perdarahan, infeksi pada luka, tromboemboli dan trauma pasca persalinan (Sulaksmi, 2022). Menurut Bernolian dkk (2021), komplikasi yang dapat terjadi dari SC yaitu perdarahan, cedera urologis, cedera usus dan sepsis pasca operasi.

7. Indikasi

e. Indikasi dari ibu

Pada primigravida atau kehamilan pertama dengan kelainan posisi, Cefalo Pelvix Disproportion (CPD), disproporsi janin dan panggul, riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, kehamilan disertai dengan penyakit (DM, jantung), ketidakseimbangan antara ukuran kepala bayi dan panggul ibu, gangguan perjalanan persalinan (mioma uteri, kista ovarium dan sebagainya), keracunan parah ketika hamil, komplikasi pada saat kehamilan seperti preeklampsia dan eklampsia berat, serta atas keinginan ibu sendiri (Agustin, 2022).

f. Indikasi dari janin

Gawat janin, kelainan tali pusat seperti terlilit tali pusat, prolapsus tali pusat, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin yaitu bayi yang besar (giant baby). Sedangkan faktor dari plasenta meliputi plasenta previa, solutio plasenta, vasa previa dan plasenta accreta, kegagalan persalinan vakum serta bayi kembar (Sitorus, S., 2021).

8. Kontraindikasi

Sectio Caesarea (SC) hanya memiliki kontraindikasi relatif, bergantung pada tingkat keparahan keadaan ibu dan bayi. SC dikontraindikasikan dalam dua skenario: ketika keselamatan ibu dan janin terancam, seperti pada kasus gangguan paru yang parah pada ibu, dan ketika janin didiagnosis dengan kelainan kariotipe atau anomali kongenital yang dapat menyebabkan kematian pasca kelahiran, seperti

aneInselfali (Ahilah, 2025)

9. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Wardhana et al., 2022) pemeriksaan penunjang yang harus dilakukan pada kondisi *Sectio Caesarea* :

a. Hemoglobin atau hematocrit (Hb/Ht)

Untuk menguji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan. Pada pasien post *Sectio Caesarea* mengalami penurunan kadar Hb dan Ht. Hb memiliki nilai normal 12,3-15,3 g/dL sedangkan Ht memiliki nilai normal 36,0-45,0%.

b. Leukosit (WBC)

Mengidentifikasi adanya infeksi, pada ibu dengan Post *Sectio Caesarea* biasanya mengalami resiko peningkatan kadar leukosit dalam darah, nilai normal leukosit yaitu 3.600-10.600 uL.

c. Urinalisis

Menentukan kadar albumin/glukosa, pada ibu post *Sectio Caesarea* biasanya mengalami penurunan kadar albumin, nilai normal kadar albumin yaitu 3,2-4,6 g/dL d. Kultur : mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II

d. Pemeriksaan elektrolit

Memastikan status uterus dan biasanya pada ibu post *Sectio Caesarea* mengalami kekurangan elektrolit yang bisa menyebabkan hipovolemi.

10. Penatalaksanaan

Menurut (Rohmania et al., 2023) ada beberapa penatalaksanaan medis Post *Sectio Caesarea*, yakni :

a. Pemberian Cairan

Pemberian cairan RL melalui intravena dengan jumlah 14 Tpm atau tergantung dengan kebutuhan. Kebutuhan cairan harus tercukupi yang mengandung elektrolit untuk meminimalisir terjadinya penurunan suhu tubuh secara drastis, kekurangan cairan, dan muncul komplikasi baru pada organ tubuh lain. Jika kadar Hb kurang dari batas normal maka sebaiknya dilakukan transfusi darah. Pada fase pre operasi dianjurkan untuk berpuasa

sampai pasca operasi

b. Diet

Melalui infus cairan yang diberikan akan dihentikan apabila klien sudah mengeluarkan flatus. Kemudian akan dimulai dengan diberi minum dan makan peroral. Minum dengan jumlah yang sedikit dapat dilakukan pada rentang 6 -10 jam pasca operasi, minuman dapat berupa air mineral ataupun air teh

c. Mobilisasi

Mobilisasi dini adalah aktivitas pergerakan yang dilakukan secara bertahap pada ibu beberapa jam pasca operasi sectio caesarea (SC), dengan tujuan mempercepat penyembuhan luka, mencegah trombosis, memperlancar sirkulasi darah, serta mempercepat pemulihan fungsi fisiologis dan kemandirian ibu.

Tahapan mobilisasi dianjurkan sebagai berikut:

- 1) 0–6 jam pertama, latihan pernapasan (teknik nafas dalam) dan latihan gerak sendi ringan (menggerakkan jari tangan/kaki, pergelangan tangan/kaki) sambil posisi tidur terlentang. Miring kanan-kiri mulai dilakukan sedini mungkin setelah ibu sadar penuh dari efek anestesi.
- 2) 6–12 jam, miring kanan dan kiri secara aktif, dilanjutkan latihan duduk secara bertahap (mulai duduk di tepi tempat tidur bila toleransi baik).
- 3) Hari ke-2 ($\pm$ 24 jam), duduk selama beberapa menit (misalnya 5 menit), mengubah posisi dari terlentang ke posisi setengah duduk (semi fowler), serta mulai latihan berdiri dengan bantuan bila kondisi memungkinkan, berjalan secara bertahap dengan atau tanpa bantuan, mulai dari jarak dekat (di sekitar tempat tidur) hingga dapat berjalan mandiri sesuai toleransi nyeri dan kondisi umum ibu.

d. Kateterisasi

Kateterisasi digunakan sebagai cara untuk meminimalisir rasa nyeri akibat kandung kemih yang penuh dan digunakan untuk mengetahui jumlah cairan yang keluar selama tindakan operasi untuk dilakukan observasi selanjutnya. Pelepasan kateter urin dilakukan sesegera mungkin jika ibu

sudah dapat mobilisasi. Jika urine jernih, kateter dilepas 8 hingga 24 jam setelah bedah dan jika urin tidak jernih/ masih keruh biarkan kateter terpasang sampai urine jernih.

e. Cek tanda- tanda vital

Setelah pemulihan dari anestesi, pemantauan umum tanda-tanda vital (frekuensi pernafasan, denyut nadi, tekanan darah, nyeri dan sedasi) serta pemantauan terhadap tanda-tanda kala 4 lain (kontraksi uterus, tinggi fundus uteri dan perdarahan pervaginam) harus dilanjutkan setiap setengah jam selama 2 jam pertama, dan setiap jam setelahnya. Jika pada pemantauan didapatkan kondisi yang tidak stabil, dianjurkan untuk lebih sering melakukan observasi dan pemeriksaan medis

f. Laboratorium

Hematokrit akan diukur secara rutin pasca operasi karena memastikan tidak adanya hipovolemia

g. Vesika urinaria dan Usus

Bising usus akan mulai terdengar pada hari ke 3 pasca operasi, stress inkontinensia urin (terjadi setelah seksio sesarea)

h. Therapy atau obat-obatan

- 1) Antibiotik
- 2) Analgetik, jenis obat yang dapat digunakan sebagai pelancar saluran pencernaan dan obat-obatan.

i. Perawatan Luka

- 1) Melepas balutan 24 jam setelah *Sectio Caesarea*
- 2) Pemantauan demam
- 3) Menilai luka untuk mencari tanda-tanda infeksi (seperti skala nyeri yang meningkat, kemerahan atau keluarnya cairan)
- 4) Menganjurkan untuk mengenakan pakaian yang longgar dan nyaman berbahan katun
- 5) Membersihkan dan mengeringkan luka dengan lembut setiap hari
- 6) Merencanakan pelepasan jahitan

C. Konsep Dasar Post Partum

1. Definisi

Post partum merupakan periode yang dimulai setelah bayi dan plasenta lahir dari rahim. Masa ini berlangsung selama kurang lebih enam minggu setelah proses persalinan. Pada periode tersebut tubuh ibu mengalami berbagai proses pemulihan, terutama pada organ-organ reproduksi. Organ reproduksi yang mengalami perubahan selama kehamilan dan persalinan akan berangsur-angsur kembali ke kondisi semula. Selain itu, berbagai perlukaan atau trauma yang terjadi akibat persalinan juga mengalami proses penyembuhan secara bertahap (Anwar & Safitri, 2022)

2. Tahapan Masa Nifas

Menurut Widyastutik et al. (2021), masa post partum dibagi menjadi beberapa tahapan berdasarkan waktu dan kondisi pemulihan ibu setelah melahirkan. Setiap tahapan memiliki karakteristik serta fokus perawatan yang berbeda untuk memastikan kondisi ibu tetap stabil dan proses pemulihan berlangsung dengan baik.

a. Periode *Immediate Post Partum*

Periode *immediate post partum* merupakan masa yang berlangsung sejak plasenta lahir hingga 24 jam pertama setelah persalinan. Tahap ini termasuk periode yang sangat penting karena ibu memiliki risiko tinggi mengalami berbagai komplikasi, terutama perdarahan pascapersalinan akibat atonia uteri atau kegagalan uterus berkontraksi dengan baik. Oleh karena itu, perlu melakukan pemantauan secara ketat terhadap kondisi ibu. Pengkajian yang dilakukan meliputi pemeriksaan kontraksi uterus, jumlah dan karakteristik lochea, tekanan darah, nadi, suhu tubuh, serta tanda-tanda vital lainnya. Pemantauan yang optimal pada fase ini bertujuan untuk mendeteksi secara dini adanya komplikasi sehingga dapat segera diberikan penanganan yang tepat.

b. Periode *Early Post Partum*

Periode *early post partum* merupakan fase lanjutan setelah 24 jam pertama pascapersalinan hingga beberapa hari berikutnya. Pada tahap ini,

fokus utama perawatan adalah memastikan bahwa proses involusi uterus atau kembalinya rahim ke ukuran sebelum hamil berlangsung secara normal. Selain itu, perlu dipastikan tidak terdapat perdarahan abnormal, lochea tidak berbau menyengat yang dapat mengindikasikan infeksi, serta ibu tidak mengalami peningkatan suhu tubuh atau demam. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan cairan juga menjadi perhatian penting untuk mendukung proses penyembuhan dan pemulihan tubuh ibu. Di samping itu, ibu perlu mendapatkan dukungan dalam proses menyusui agar pemberian ASI dapat berjalan dengan baik dan kebutuhan nutrisi bayi dapat terpenuhi secara optimal.

c. *Periode Late Post Partum*

Periode late post partum merupakan tahap pemulihan yang berlangsung hingga enam minggu setelah persalinan. Pada fase ini, pemantauan dilakukan terhadap kondisi fisik dan psikologis ibu melalui pemeriksaan rutin serta evaluasi perkembangan pemulihan. Perawatan yang diberikan bertujuan untuk memastikan bahwa seluruh sistem tubuh, khususnya organ reproduksi, telah kembali mendekati kondisi sebelum kehamilan. Selain itu, ibu juga diberikan edukasi mengenai perawatan diri, pola hidup sehat, serta tanda-tanda bahaya yang perlu diwaspadai selama masa nifas. Konseling mengenai keluarga berencana (KB) juga diberikan untuk membantu ibu dan keluarga menentukan metode kontrasepsi yang sesuai setelah persalinan. Dengan adanya pemantauan dan edukasi yang berkelanjutan, diharapkan kesehatan ibu dapat terjaga serta risiko terjadinya komplikasi pascapersalinan dapat diminimalkan.

3. Kebutuhan Masa Post Partum Berdasarkan KDM

Masa post partum merupakan periode pemulihan yang berlangsung sejak selesai persalinan hingga enam minggu setelah kelahiran. Pada masa ini, ibu memerlukan pemenuhan kebutuhan dasar manusia secara optimal untuk mendukung proses pemulihan fisik, psikologis, dan sosial. Pemenuhan kebutuhan tersebut berperan penting dalam mencegah komplikasi, meningkatkan kesehatan ibu, serta mendukung keberhasilan perawatan bayi

dan proses menyusui. Kebutuhan masa post partum berdasarkan KDM harus mencakup dukungan terhadap kebutuhan fisik, mental, nutrisi, aktivitas, dan kesehatan reproduksi ibu (WHO, 2022).

a. Kebutuhan Nutrisi dan Cairan

Ibu post partum memerlukan nutrisi dan cairan yang cukup untuk mempercepat pemulihan tubuh, mengganti kehilangan darah selama persalinan, serta mendukung produksi ASI. Asupan makanan bergizi seimbang dan cairan yang adekuat penting untuk menjaga kesehatan ibu selama masa nifas (Jusoh & Tengkuh, 2022).

b. Kebutuhan Istirahat dan Tidur

Istirahat yang cukup diperlukan untuk membantu proses pemulihan fisik dan mental setelah persalinan. Kurang tidur dapat menyebabkan kelelahan dan meningkatkan risiko gangguan emosional. Oleh karena itu, ibu perlu memanfaatkan waktu istirahat dengan baik (WHO, 2022).

c. Kebutuhan Aktivitas dan Mobilisasi

Mobilisasi dini membantu memperlancar sirkulasi darah, meningkatkan fungsi tubuh, dan mempercepat pemulihan pascapersalinan. Aktivitas dilakukan secara bertahap sesuai dengan kondisi dan kemampuan ibu (WHO, 2022).

d. Kebutuhan Eliminasi

Ibu perlu mempertahankan fungsi berkemih dan buang air besar yang normal setelah persalinan. Konsumsi cairan yang cukup, makanan berserat, dan mobilisasi dapat membantu mencegah gangguan eliminasi seperti konstipasi (WHO, 2022).

e. Kebutuhan Personal Hygiene

Menjaga kebersihan diri sangat penting untuk mencegah infeksi selama masa post partum. Ibu dianjurkan menjaga kebersihan tubuh, terutama area genital dan luka persalinan, serta rutin mengganti pembalut (WHO, 2022).

f. Kebutuhan Psikologis

Ibu memerlukan dukungan emosional dari keluarga dan tenaga kesehatan untuk membantu proses adaptasi terhadap peran barunya.

Dukungan yang baik dapat meningkatkan kepercayaan diri dan mengurangi risiko depresi post partum (WHO, 2022).

4. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Pada masa post partum, tubuh ibu mengalami berbagai perubahan fisiologis sebagai proses pemulihan setelah kehamilan dan persalinan. Perubahan ini terjadi pada berbagai sistem tubuh yang secara bertahap akan kembali ke kondisi sebelum hamil (Anwar & Safitri, 2022).

a. Uterus

Setelah persalinan, uterus mengalami proses involusi, yaitu kembalinya ukuran dan fungsi rahim seperti sebelum kehamilan. Proses ini dapat dipantau melalui pemeriksaan tinggi fundus uteri (TFU) yang akan menurun secara bertahap setiap harinya hingga kembali ke dalam rongga panggul (Anwar & Safitri, 2022).

Tabel 2.1
Perubahan Uterus

Waktu	TFU	Berat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Uri Lahir	2 jari di bawah pusat	750 gr
1 Minggu	$\frac{1}{2}$ pusat symphysis	500 gr
2 Minggu	Tidak teraba	350 gr
6 Minggu	Bertambah kecil	50 gr
8 Minggu	Normal	30 gr

Sumber: (Anwar & Safitri, 2022).

b. Lokhea

Lokhea merupakan cairan yang keluar dari uterus selama masa nifas sebagai hasil pembersihan sisa-sisa kehamilan. Lokhea memiliki bau khas dan jumlahnya berbeda pada setiap ibu. Perubahan warna dan jumlah lokhea menunjukkan proses involusi uterus yang sedang berlangsung. Berdasarkan warna dan waktu keluarnya, lokhea dibagi menjadi empat jenis, yaitu lokhea rubra, sanguinolenta, serosa, dan alba (Anwar & Safitri, 2022).

c. Serviks

Setelah persalinan, serviks mengalami perubahan bentuk menjadi lebih terbuka akibat proses kelahiran. Secara bertahap serviks akan mengalami involusi bersamaan dengan uterus. Dalam beberapa minggu setelah persalinan, ukuran dan bentuk serviks akan kembali mendekati keadaan sebelum hamil (Anwar & Safitri, 2022).

d. Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami peregangan yang cukup besar selama proses persalinan. Setelah melahirkan, kedua organ tersebut masih dalam keadaan kendur, namun secara bertahap akan kembali mendekati kondisi normal. Dalam beberapa minggu, tonus jaringan dan lipatan vagina akan mulai terbentuk kembali (Anwar & Safitri, 2022).

e. Perineum

Perineum mengalami peregangan selama proses persalinan sehingga menjadi lebih kendur setelah melahirkan. Seiring berjalannya waktu, tonus otot perineum akan berangsur pulih meskipun tidak sepenuhnya kembali seperti sebelum kehamilan (Anwar & Safitri, 2022).

f. Payudara

Payudara mengalami perubahan untuk mendukung proses laktasi. Produksi ASI dimulai akibat perubahan hormonal setelah persalinan. Pada masa awal post partum, perlu dilakukan pengkajian kondisi payudara, termasuk keadaan puting susu, produksi kolostrum, dan adanya tanda-tanda bendungan ASI atau mastitis (Anwar & Safitri, 2022).

g. Sistem Pencernaan

Pada masa post partum, ibu sering mengalami konstipasi. Kondisi ini dapat disebabkan oleh berkurangnya aktivitas fisik, perubahan pola makan, kehilangan cairan selama persalinan, serta adanya rasa nyeri pada daerah perineum atau hemoroid (Anwar & Safitri, 2022).

h. Sistem Perkemihan

Setelah melahirkan, sebagian ibu mengalami kesulitan berkemih dalam 24 jam pertama. Kondisi ini terjadi akibat edema dan spasme pada

kandung kemih yang muncul selama proses persalinan. Selain itu, terjadi peningkatan pengeluaran urin (diuresis) akibat penurunan kadar hormon estrogen setelah persalinan (Anwar & Safitri, 2022).

i. Sistem Muskuloskeletal

Sistem muskuloskeletal mengalami pemulihan secara bertahap setelah persalinan. Otot uterus berkontraksi untuk membantu menghentikan perdarahan, sedangkan ligamen, fasia, dan otot dasar panggul yang meregang selama kehamilan akan kembali mengencang secara perlahan. Proses pemulihan ini umumnya berlangsung selama 6–8 minggu (Anwar & Safitri, 2022).

j. Tanda-Tanda Vital

Perubahan tanda-tanda vital dapat terjadi pada masa post partum. Suhu tubuh dapat meningkat sedikit setelah persalinan, namun biasanya kembali normal dalam beberapa jam. Denyut nadi dan frekuensi pernapasan juga dapat mengalami perubahan sementara sebelum kembali ke kondisi normal. Pada beberapa ibu dapat ditemukan peningkatan tekanan darah sementara yang umumnya akan membaik tanpa pengobatan apabila tidak disertai komplikasi lain (Anwar & Safitri, 2022).

5. Proses Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

Menurut Febriati et al. (2022), proses adaptasi psikologis ibu pada masa nifas merupakan proses penyesuaian yang dialami ibu setelah melahirkan. Adaptasi ini terjadi secara bertahap seiring dengan perubahan peran, kondisi fisik, dan tanggung jawab baru sebagai seorang ibu. Adaptasi psikologis tersebut dibagi menjadi tiga periode, yaitu *taking in*, *taking hold*, dan *letting go*.

a. Periode *Taking In*

Periode *taking in* terjadi pada 1–2 hari pertama setelah persalinan. Pada fase ini, ibu cenderung masih berfokus pada kondisi dirinya sendiri dan pengalaman selama proses melahirkan. Ibu biasanya bersifat pasif serta masih membutuhkan bantuan dari orang lain dalam memenuhi kebutuhannya. Istirahat yang cukup sangat diperlukan untuk membantu

pemulihan kondisi fisik. Selain itu, pemenuhan nutrisi yang baik juga penting untuk mempercepat penyembuhan dan mendukung proses laktasi.

b. *Periode Taking Hold*

Periode *taking hold* berlangsung pada hari ke-2 sampai ke-4 setelah melahirkan. Pada tahap ini, perhatian ibu mulai beralih kepada bayinya dan kemampuan dalam menjalankan peran sebagai orang tua. Ibu mulai belajar merawat bayi serta meningkatkan tanggung jawab terhadap kebutuhan bayinya. Pada fase ini, ibu sering kali lebih sensitif secara emosional. Oleh karena itu, dukungan dari keluarga sangat dibutuhkan untuk meningkatkan rasa percaya diri ibu.

c. *Periode Letting Go*

Periode *letting go* merupakan tahap ketika ibu mulai menerima dan menyesuaikan diri dengan peran barunya sebagai seorang ibu. Pada fase ini, ibu mulai mandiri dalam melakukan perawatan bayi dan menjalankan tanggung jawabnya sehari-hari. Keberhasilan adaptasi pada tahap ini sangat dipengaruhi oleh dukungan keluarga dan lingkungan sekitar. Selain itu, periode ini juga menjadi masa yang rentan terhadap terjadinya depresi post partum. Oleh karena itu, perhatian dan dukungan dari keluarga sangat penting untuk membantu ibu beradaptasi dengan baik.

D. Dampak Post *Sectio Caesarea* atas Indikasi KPD terhadap KDM

Tindakan *Sectio Caesarea* atas indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) dapat memengaruhi berbagai aspek Kebutuhan Dasar Manusia (KDM), baik fisik maupun psikologis. Trauma pembedahan yang terjadi selama operasi menyebabkan kerusakan jaringan dan memicu respons inflamasi yang berdampak pada pemenuhan kebutuhan rasa nyaman, aktivitas, istirahat, keamanan, nutrisi, serta kebutuhan psikososial ibu postpartum (Duran & Vural, 2023).

1. Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri)

Nyeri merupakan masalah utama yang dialami ibu pasca *Sectio Caesarea*. Nyeri muncul akibat insisi pada kulit, jaringan subkutan, fasia, otot

abdomen, dan uterus yang menyebabkan pelepasan mediator inflamasi seperti prostaglandin, histamin, dan bradikinin. Nyeri yang tidak terkontrol dapat menurunkan kenyamanan, menghambat mobilisasi dini, serta memperlambat proses pemulihan pascaoperasi (Harini et al., 2020; Duran & Vural, 2023).

2. Kebutuhan Aktivitas dan Mobilitas

Nyeri pascaoperasi sering menyebabkan ibu membatasi gerakan karena takut jahitan terbuka atau nyeri bertambah berat. Kondisi ini mengakibatkan penurunan kemampuan mobilisasi, keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, serta meningkatkan risiko terjadinya komplikasi seperti trombosis vena dan keterlambatan penyembuhan luka. Mobilisasi dini terbukti berperan penting dalam mempercepat pemulihan pasien post SC (Elviani et al., 2023; Wahyuni, 2024).

3. Kebutuhan Istirahat dan Tidur

Nyeri luka operasi, perubahan hormonal, serta adaptasi terhadap peran baru sebagai ibu dapat menyebabkan gangguan pola tidur. Ibu post SC sering mengalami kesulitan tidur, sering terbangun pada malam hari, dan kualitas tidur yang buruk. Gangguan tidur yang berlangsung terus-menerus dapat menurunkan daya tahan tubuh dan memperlambat proses penyembuhan luka (Harini et al., 2020).

4. Kebutuhan Keamanan dan Keselamatan

Pada kasus KPD, risiko infeksi telah meningkat sejak sebelum persalinan akibat hilangnya fungsi proteksi membran ketuban. Setelah dilakukan *Seccio Caesarea*, adanya luka operasi semakin meningkatkan risiko infeksi luka operasi, endometritis, maupun infeksi puerperium. Oleh karena itu, pemantauan kondisi luka dan pencegahan infeksi menjadi aspek penting dalam perawatan ibu post SC (Rahmawati & Nailah, 2023; Garg & Jaiswal, 2023).

5. Kebutuhan Nutrisi dan Cairan

Pascaoperasi, ibu sering mengalami penurunan nafsu makan akibat nyeri, efek anestesi, maupun ketidaknyamanan fisik. Padahal, kebutuhan nutrisi

dan cairan yang adekuat sangat diperlukan untuk mendukung proses penyembuhan luka, mengganti kehilangan darah selama operasi, serta meningkatkan produksi ASI. Asupan nutrisi yang tidak adekuat dapat memperlambat pemulihan kondisi ibu (Duran & Vural, 2023; Viyana et al., 2023).

6. Kebutuhan Menyusui dan Peran Menjadi Ibu

Nyeri luka operasi dan keterbatasan mobilitas dapat menyebabkan ibu mengalami kesulitan dalam menyusui dan merawat bayinya pada periode awal postpartum. Kondisi ini dapat menghambat proses *bonding attachment* antara ibu dan bayi serta menurunkan kepercayaan diri ibu dalam menjalankan perannya sebagai seorang ibu (Duran & Vural, 2023).

7. Kebutuhan Psikologis dan Rasa Aman

Ibu yang menjalani *Seccio Caesarea* atas indikasi KPD sering mengalami kecemasan terkait kondisi bayi, proses pemulihan, maupun kemungkinan terjadinya komplikasi. Perasaan takut, khawatir, dan stres dapat memengaruhi kondisi psikologis ibu serta menghambat adaptasi terhadap peran baru setelah melahirkan. Dukungan keluarga dan tenaga kesehatan sangat diperlukan untuk membantu ibu beradaptasi selama masa postpartum (Duran & Vural, 2023; Rahmawati & Nailah, 2023).

E. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien sebagai tatanan pelayanan kesehatan (Nursalam, 2020). Proses keperawatan terdiri dari lima tahap, yaitu pengkajian, menentukan diagnosa, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan dokumentasi. Setiap tahap dari proses keperawatan saling terkait dan ketergantungan satu sama lain (Hidayat, 2021)

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan

keperawatan klien baik secara bio, psikis, sosial dan spiritual. Pengkajian keperawatan pada ibu post section caesarea menurut Rimadeni et al. (2022) adalah sebagai berikut:

a. Identitas Klien

Data identitas yang perlu didokumentasikan mencakup nama lengkap, usia, tanggal lahir, jenis kelamin, latar belakang pendidikan, pekerjaan, agama, serta tanggal masuk rumah sakit, tanggal dilakukannya operasi, tanggal pengkajian, diagnosis secara medis, dan data penanggung jawab pasien.

b. Keluhan Utama

Keluhan yang paling dominan pada pasien post *Sectio Caesarea* saat dilakukan pengkajian umumnya berupa rasa nyeri pada area bekas operasi, kondisi badan yang terasa lemas, serta keterbatasan dalam menggerakkan anggota tubuh (Riasmini, 2020).

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Kajian riwayat kesehatan saat ini meliputi waktu selesainya operasi, tingkat kesadaran, kondisi umum pasien, serta lokasi dan ukuran luka operasi. Pengkajian nyeri pada pasien post *Sectio Caesarea* dilakukan menggunakan pendekatan format PQRST:

P (Palliative/provokatif): hal yang memperberat dan memperingan. Pada ibu post partum *Sectio Caesarea* biasanya mengeluh nyeri pada luka bekas operasi. Nyeri bertambah berat apabila bergerak dan nyeri berkurang apabila diistirahatkan atau tidak bergerak;

Q (Quality/quantity): kualitas dan kuantitas nyeri seperti apa rasa nyeri yang dirasakan, biasanya rasa nyeri luka bekas operasi *Sectio Caesarea* seperti ditusuk-tusuk atau nyeri terbakar;

R (Region/penyebaran) : lokasi nyeri luka bekas operasi *Sectio Caesarea* di abdomen bagian bawah. apakah nyeri dirasakan adanya penyebaran atau tidak;

S (Severity/skala): keparahan nyeri berkisar antara 1-3 (nyeri ringan),

4-6 (nyeri sedang), 7-10 (nyeri berat);

T (Time/waktu): kapan keluhan nyeri dirasakan, seberapa sering nyeri tersebut dirasakan, nyeri dirasakan hilang timbul atau kadang-kadang (Riasmini, 2020).

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada riwayat kesehatan dahulu, dikaji apakah klien pernah menjalani *Sectio Caesarea* sebelumnya, memiliki riwayat panggul sempit, atau letak bayi sungsang. Selain itu, dikaji pula kebiasaan klien yang dapat memengaruhi kondisi kesehatan, seperti kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, atau pola hidup lainnya (Riasmini, 2020).

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pengkajian riwayat kesehatan keluarga bertujuan untuk mengetahui adanya penyakit keturunan atau genetik dalam keluarga yang dapat memengaruhi kondisi kesehatan klien. Penyakit yang dikaji meliputi hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, asma, Talasemia, serta riwayat kehamilan kembar dalam keluarga. Selain itu, perlu dikaji apakah dalam keluarga terdapat riwayat penyakit menular seperti TBC, karena berpotensi menular kepada klien maupun bayi selama masa nifas.

4) Riwayat Obstresi dan ginekologi

a) Riwayat Ginekologi

(1) Riwayat menstruasi

Menstruasi umumnya pertama kali dialami oleh remaja perempuan pada rentang usia 10 hingga 16 tahun. Siklus menstruasi yang tergolong normal memiliki durasi antara 28–35 hari dengan lama haid berkisar 3–7 hari; siklus di bawah 21 hari atau melebihi 40 hari dikategorikan tidak normal. Darah yang dikeluarkan biasanya bercampur dengan lendir dan sel epitel yang luruh, dengan volume per siklus sekitar 30–100 ml, meskipun pada beberapa kondisi dapat melebihi jumlah tersebut (Moulinda et al., 2023).

(2) Riwayat Perkawinan

Pengkajian riwayat perkawinan pada ibu post partum bertujuan untuk mengetahui status perkawinan klien, usia saat menikah, lama perkawinan, pernikahan yang ke berapa (Aspiani, 2017)

(3) Riwayat Kontrasepsi

Pengkajian riwayat KB dilakukan untuk mengetahui apakah klien pernah menggunakan alat kontrasepsi. Data yang dikaji meliputi jenis kontrasepsi yang digunakan, adanya keluhan selama penggunaan, serta rencana metode kontrasepsi yang akan dipilih setelah masa nifas (Hanifah, Dewanti, & Ernawati, 2021).

b) Riwayat Obstetri

(1) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Pengkajian riwayat kehamilan mencakup kehamilan-kehamilan sebelumnya, jumlah anak yang masih hidup, riwayat abortus, komplikasi yang pernah dialami pada kehamilan terdahulu maupun kehamilan saat ini, rencana kehamilan selanjutnya, hasil kunjungan antenatal care, serta imunisasi yang telah diberikan selama masa kehamilan (Rahmawati & Wulandari, 2020).

(2) Riwayat persalinan sekarang

Data yang perlu digali meliputi tanggal persalinan, durasi proses persalinan, posisi janin, jenis persalinan yang telah dilalui, penggunaan obat-obatan, komplikasi selama proses persalinan, ada tidaknya luka pada area perineum, serta risiko perdarahan yang terjadi (Hanifah, Dewanti, & Ernawati, 2021).

d. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan suatu proses memeriksa tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki untuk menemukan tanda klinis dari suatu penyakit.

- 1) Keadaan Umum, Pada ibu yang baru menjalani persalinan melalui *Sectio Caesarea*, kondisi fisik umumnya tampak lemah dan pergerakan

masih terbatas akibat pengaruh dari obat anestesi yang digunakan (Sari.L, 2020).

- 2) Kesadaran Secara umum, ibu setelah melahirkan memiliki kesadaran penuh (*composmentis*). Namun pada ibu post partum SC, tingkat kesadaran bergantung pada kondisi sebelumnya; pada kasus dengan kegawatan maternal, kesadaran bisa menurun hingga somnolen bahkan delirium (Riasmini, 2020).
- 3) Perubahan Berat Badan Setelah melahirkan, ibu umumnya mengalami penurunan berat badan sekitar 5–6 kg, yang kemudian diikuti penurunan tambahan sekitar 3–5 kg pada minggu pertama masa nifas (Ayati, 2019).
- 4) Tanda-Tanda Vital
 - a) Tekanan darah : Pada ibu dengan post partum SC, tekanan darah umumnya berada dalam batas normal. Akan tetapi, tekanan darah dapat mengalami penurunan akibat kehilangan darah selama tindakan operasi, efek anestesi spinal, atau hipovolemia. Sebaliknya, tekanan darah dapat meningkat karena nyeri pascaoperasi, kecemasan, maupun adanya riwayat hipertensi dalam kehamilan (Kemenkes RI, 2020; Cunningham et al., 2022).
 - b) Respirasi : Pada ibu dengan post partum SC, frekuensi respirasi umumnya berada dalam batas normal yaitu 16–24 kali/menit. Namun, respirasi dapat menjadi lebih cepat (*takipnea*) akibat nyeri pascaoperasi, efek kecemasan, atau komplikasi seperti perdarahan maupun infeksi. Sebaliknya, respirasi dapat melambat apabila masih dipengaruhi oleh efek obat anestesi dan analgesik yang digunakan selama tindakan operasi (Kemenkes RI, 2020; Cunningham et al., 2022).
 - c) Suhu : Pada ibu post partum SC, suhu tubuh dapat berada di bawah batas normal. Hal ini terjadi akibat gangguan pada mekanisme pengaturan suhu tubuh yang dipicu oleh efek anestesi spinal (Yuliana, 2021).

d) Nadi : Pada ibu dengan post partum SC, frekuensi nadi umumnya berada dalam batas normal yaitu 60–100 kali/menit. Peningkatan frekuensi nadi dapat terjadi akibat nyeri, kecemasan, perdarahan, atau infeksi. Sebaliknya, nadi dapat melambat sementara sebagai respons fisiologis pada masa nifas atau akibat pengaruh anestesi spinal (Lowdermilk et al., 2020; Cunningham et al., 2022).

5) Pemeriksaan Fisik *Head to toe*

c) Kepala

(1) Rambut : Pada pemeriksaan hari pertama setelah operasi, kondisi rambut umumnya tidak menunjukkan keluhan berarti. Kulit kepala tampak bersih, tidak terdapat benjolan, ketombe, maupun kerontokan berlebih. Kendati demikian, kerontokan rambut dapat muncul sekitar satu minggu pasca melahirkan sebagai dampak dari ketidakseimbangan hormon (Wulan, Tetty & Devi, 2023).

(2) Mata : Pada pemeriksaan mata setelah operasi sesar, kondisi mata ibu umumnya tampak simetris, sklera tidak ikterik (menguning) namun konjungtiva kadang terlihat pucat akibat kehilangan darah saat persalinan. Namun, Pembengkakan pada kelopak mata biasanya tidak ditemukan (Wulan, Tetty & Devi, 2023).

(3) Telinga : Pada Pemeriksaan telinga telinga akan tampak simetris, bersih, bebas dari serumen, dan tidak ditemukan gangguan pendengaran apabila tidak ada penyakit penyerta (Wulan, Tetty & Devi, 2023).

(4) Hidung : Pada pemeriksaan hidung, Lubang hidung biasanya simetris tanpa adanya polip. Keberadaan sekret bergantung pada kebersihan diri pasien, dan tidak ditemukan pernapasan melalui cuping hidung.

(5) Gigi dan Mulut : Kondisi mulut ibu pasca operasi sesar umumnya bersih dengan mukosa bibir yang lembab.

Kelengkapan gigi dan ada tidaknya karies bergantung pada riwayat kesehatan gigi masing-masing pasien, tetapi umumnya tidak ditemukan kelainan (Sari.L, 2020).

d) Leher

Pada pemeriksaan leher ibu post *Sectio Caesarea*, tidak akan ditemukannya pembesaran kelenjar tiroid ataupun distensi vena jugularis (Sari.L, 2020).

e) Thoraks (dada)

(1) Payudara

Pemeriksaan payudara akan ditemukan data hiperpigmentasi areola mammae serta penonjolan dari papila mammae efek dari hormon kehamilan dan persalinan. Adanya nyeri atau keras pada payudara bisa menggambarkan adanya proses produksi ASI pada payudara ibu (Wulan, Tetty, & Devi, 2023). Pada Post Op Day 0 setelah operasi sesar, ibu biasanya belum bisa mengeluarkan ASI karena proses laktasi yang masih belum optimal. Namun, dalam dua hari berikutnya, produksi ASI atau kolostrum biasanya mulai berjalan, sering kali disertai rasa penuh dan nyeri akibat peningkatan aliran darah ke payudara. Kolostrum, yang berwarna kuning, mulai diproduksi sejak usia kehamilan 12 minggu dan mengandung sel darah putih yang berperan penting dalam meningkatkan sistem imun bayi (Ayati & Sulistyawati, 2019).

(2) Paru-paru

Setelah persalinan, bentuk dada ibu tetap normal dengan pergerakan yang simetris dan pola napas yang bergantung pada kondisi pascapersalinan. Umumnya, tidak ditemukan retraksi dada atau nyeri tekan saat pemeriksaan. Pada ibu yang menjalani operasi sesar, efek anestesi dapat menyebabkan penurunan fungsi paru, sehingga terkadang ditemukan ronki saat auskultasi. Peningkatan sekresi di saluran napas dapat menyebabkan

penumpukan lendir, yang membuat ibu merasa ingin batuk setelah melahirkan (Silfianingsih, 2022).

(3) Jantung

Pemeriksaan jantung ibu setelah operasi sesar umumnya menunjukkan kondisi normal tanpa murmur atau suara jantung tambahan. Tidak ada nyeri dada abnormal, dan irama jantung tetap stabil kecuali jika ibu memiliki riwayat penyakit jantung sebelumnya. Pada hari pertama setelah persalinan, kadar fibrinogen dan plasma sedikit menurun, sementara faktor pembekuan darah meningkat, yang dapat menyebabkan peningkatan curah jantung. Denyut nadi ibu biasanya sedikit meningkat tetapi tetap dalam rentang normal (60-100 kali per menit). Jika nadi melebihi 100 kali per menit, perlu diwaspadai kemungkinan adanya infeksi (Wulan 2023).

f) Abdomen

Pada pemeriksaan abdomen ibu nifas pascaoperasi, luka jahitan biasanya tertutup perban. Bentuk luka tergantung pada jenis insisi: longitudinal menghasilkan luka vertikal, sedangkan transversal menghasilkan luka horizontal. Penting untuk mengevaluasi tanda-tanda infeksi, seperti pembengkakan (tumor), kemerahan (rubor), nyeri (dolor), dan gangguan fungsi (functio laesa). Striae gravidarum, atau stretch mark akibat peregangan kulit dan hiperpigmentasi selama kehamilan, sering ditemukan. Setelah persalinan, striae berubah menjadi striae albikan yang berwarna putih. Tidak semua ibu mengalaminya, tergantung gaya hidup dan elastisitas kulit. Linea alba, garis putih di sepanjang abdomen, memiliki lebar normal sekitar 15 mm di atas dan 16 mm di bawah umbilikus (Wulan 2023).

Palpasi uterus menunjukkan kontraksi yang baik jika terasa keras. Kontraksi yang lemah terasa lembek dan dapat menimbulkan nyeri tekan. Proses involusi uterus menyebabkan fundus uteri

menyusut setiap 24 jam. Sehari setelah persalinan, fundus berada setinggi atau satu jari di bawah pusat, dan pada hari keenam berada di antara umbilikus dan simfisis pubis. Distensi abdomen pascapersalinan dapat menyebabkan diastasis rectus abdominis, yaitu pemisahan otot perut lebih dari 2,5 cm di sekitar umbilikus akibat hormon dan peregangan. Pada ibu pasca *Sectio Caesarea*, distensi juga bisa disebabkan oleh penurunan fungsi gastrointestinal, yang ditandai dengan penurunan bising usus normalnya 5-35 kali per menit (Riza, et al 2022).

g) Genetalia

Pada pemeriksaan area genetalia ibu post partum, salah satu aspek yang perlu dikaji adalah pengeluaran lochea. Pada hari pertama setelah persalinan, lochea yang keluar masih tergolong lochea rubra, yang berwarna merah kehitaman. Volume lochea yang dikeluarkan dipengaruhi oleh tingkat perdarahan ibu. Selain itu, perineum ibu post partum cenderung kotor, sehingga penting untuk memberikan edukasi mengenai kebersihan perineum guna mengurangi risiko infeksi. Risiko terjadinya hemoroid pada ibu yang melahirkan melalui *Sectio Caesarea* lebih rendah dibandingkan dengan ibu yang melahirkan secara normal. Hal ini disebabkan oleh proses persalinan spontan yang mengharuskan ibu mengejan, sehingga menyebabkan pembuluh darah mengalami dilatasi (Kristianingsih 2020).

h) Ekstremitas

Setelah tindakan operasi, ibu dapat mengalami gangguan mobilisasi akibat efek anestesi yang masih berlangsung selama enam jam. Selain itu, nyeri di area operasi dapat menyebabkan ketakutan untuk bergerak. Pemeriksaan ekstremitas dilakukan secara menyeluruh meliputi ekstremitas atas dan bawah. Pada ekstremitas atas, pemeriksaan difokuskan pada penilaian kekuatan motorik dan pergerakan sendi tangan untuk memastikan efek

anestesi mulai berkurang. Selain itu, dilakukan pemantauan terhadap kelancaran aliran infus, deteksi ada tidaknya edema, serta pemeriksaan capillary refill time (CRT) pada kuku untuk mengevaluasi status hidrasi dan sirkulasi perifer ibu setelah operasi. Selanjutnya Pemeriksaan ekstremitas bawah dilakukan dengan menginspeksi kaki untuk mendeteksi adanya edema dan varises, yang dapat diamati secara visual dan dengan tekanan ringan selama beberapa detik. Pemeriksaan varises penting bagi ibu post partum karena mereka memiliki kecenderungan mengalami varises akibat perubahan hormonal setelah melahirkan. Selain itu, dilakukan pemeriksaan refleks patella dengan memukul lutut menggunakan tendon reflex hammer. Respon normal ditandai dengan gerakan plantar fleksinya kaki. Derajat refleks patella dikategorikan sebagai berikut:

- (1) 4+ : Respon sangat kuat, dengan klonus
- (2) 3+ : Respon lebih kuat dari normal (hiperrefleksia)
- (3) 2+ : Respon normal
- (4) 1+ : Respon yang sangat sedikit atau lemah (hiporeflesia)
- (5) 0 : Tidak ada refleks

Refleks lutut yang negatif dapat mengindikasikan kekurangan vitamin B1, sedangkan refleks yang berlebihan bisa menjadi tanda preeklampsia dan indikasi pemberian MgSO₄. Pemeriksaan tanda Human Sign dilakukan untuk mendeteksi risiko tromboflebitis yang dapat menghambat sirkulasi ke organ distal. Caranya adalah dengan memposisikan ibu terlentang dengan tungkai ekstensi, lalu melakukan dorsifleksi kaki. Jika ibu merasakan nyeri pada betis, maka tanda Human sign positif, dan ibu perlu dimotivasi untuk mobilisasi dini guna memperlancar sirkulasi darah (Asriani 2023).

e. Data Psikologi, Sosisl, dan Spiritual

1) Psikologi

Kemungkinan ibu postpartum SC pada hari pertama masih berada di fase taking in, ibu nifas akan berfokus terutama pada dirinya sendiri. Berulang kali akan menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir sebagai proses pengalaman yang membahagiakan (Riza, et al., 2022).

2) Sosial

Dikaji dengan hubungan sosialisasi antara klien dengan klien lain, tim kesehatan dan keluarga. Kemungkinan klien menarik diri, akibat rasa nyerinya (Sulistyawati 2019).

3) Spiritual

Dikaji tentang persepsi nyeri dan klien yang di hubungkan dengan kepercayaan yang dianut klien, apakah klien tampak tabah dalam situasi sekarang ini dengan berdoa kepada Tuhan Yang Maha Esa (Harum Ayatulla 2023).

f. Pola Aktivitas Sehari-hari

1) Pola nutrisi

Pada klien post *Sectio Caesarea*, biasanya mengalami mual dan muntah karena akibat dari efek obat anastesi (Asriani 2023).

2) Eliminasi

Pada pasien post *Sectio Caesarea*, kemungkinan mengalami gangguan eliminasi BAB berupa konstipasi akibat penurunan peristaltik usus, dapat juga mengalami gangguan eliminasi BAK berupa retensio urine (Asriani 2023).

3) Pola istirahat dan tidur

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

4) Personal Hygiene

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

g. Data Penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium

a) Hemoglobin (Hb) dan Hematokrit (Ht)

Pemeriksaan kadar hemoglobin dan hematokrit sangat penting dilakukan pascaoperasi *Sectio Caesarea* untuk mengevaluasi jumlah kehilangan darah selama pembedahan. Penurunan kadar Hb dan Ht yang signifikan di bawah nilai normal (anemia post partum) dapat terjadi akibat perdarahan intraoperasi maupun perioperasi, yang diperberat oleh adanya pengenceran darah (hemodilusi) akibat peningkatan volume plasma selama masa kehamilan (Cunningham et al., 2019; Fraser & Cooper, 2019).

b) Leukosit (White Blood Cell / WBC)

Pemeriksaan hitung leukosit digunakan sebagai indikator untuk mendeteksi dini adanya risiko infeksi bakteri atau komplikasi infeksi pada luka operasi SC (Surgical Site Infection). Meskipun peningkatan leukosit ringan (leukositosis) merupakan respons fisiologis normal tubuh akibat stres pembedahan dan proses inflamasi penyembuhan luka pascamelahirkan, kadar yang meningkat sangat tinggi ($>15.000\text{--}20.000/\mu\text{L}$) disertai gejala klinis lain patut dicurigai sebagai tanda infeksi akut (Lowdermilk et al., 2020; Prawirohardjo, 2020).

c) Trombosit (Platelet)

Pemeriksaan jumlah trombosit bertujuan untuk memantau sistem koagulasi (pembekuan darah) ibu. Hal ini krusial pada pasien pasca-SC karena masa nifas merupakan fase hiperkoagulabilitas (darah lebih mudah membeku). Pemantauan trombosit berfungsi untuk mengantisipasi gangguan pembekuan darah, meminimalkan risiko perdarahan sekunder, serta mendeteksi risiko terjadinya Deep Vein Thrombosis (DVT) atau komplikasi seperti sindrom HELLP jika ibu memiliki riwayat preeklamsia (Cunningham et al., 2019; Perry et al., 2018).

2) Pemeriksaan Urine (Urinalisis)

Dilakukan untuk:

Protein Urine: Mengevaluasi fungsi ginjal dan memantau sisa gejala preeklamsia/eklamsia yang mungkin belum resolusi sepenuhnya pascapersalinan (Perry et al., 2018). Sedimen dan Leukosit Urine Mengingat ibu pasca-SC umumnya terpasang kateter urine menetap (indwelling catheter) selama pembedahan hingga beberapa jam setelahnya, pemeriksaan ini penting untuk mendeteksi dini adanya tanda-tanda Infeksi Saluran Kemih (ISK) akibat trauma pemasangan alat (Lowdermilk et al., 2020).

h. Analisa Data

Analisa data merupakan proses menginterpretasikan dan menghubungkan data yang telah dikumpulkan dengan teori serta konsep yang relevan. Proses ini bertujuan untuk menarik kesimpulan sehingga dapat mengidentifikasi masalah kesehatan dan menetapkan masalah keperawatan yang dialami pasien.

Tabel 2.2
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 2) Mengeluh nyeri Objektif 1) Tampak meringis 2) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3) Gelisah 4) Frekuensi nadi meningkat sulit tidur Gejala dan Tanda Minor Subjektif <i>(tidak tersedia)</i> Objektif 1) Tekanan darah meningkat 2) Pola napas berubah 3) Nafsu makan berubah 4) Proses berpikir terganggu 5) Menarik diri	<i>Sectio Caesarea</i> merupakan tindakan pembedahan insisi yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan sehingga merangsang neuroreseptor kemudian mengeluarkan mediator nyeri dan menimbulkan nyeri	Nyeri Akut (D.0077)

No	Data	Etiologi	Masalah
	6) Berfokus pada diri sendiri 7) Diaforesis		
2	Gejala dan Tanda Mayor <i>Subjektif</i> 1) Mengeluh sulit Menggerakkan ekstremitas <i>Objektif</i> 1) Kekuatan otot Menurun 2) Rentang gerak (ROM) menurun Gejala dan Tanda Minor <i>Subjektif</i> 1) Nyeri saat bergerak 2) Enggan Melakukan pergerakan 3) Merasa cemas saat bergerak <i>Objektif</i> 1) Sendi kaku 2) Gerakan tidak terkoordinasi 3) Gerakan terbatas 4) Fisik lemah	Setelah dilakukan SC dengan menggunakan anestesi spinal terdapat luka insisi yang mengakibatkan jaringan dan ujung saraf terjadinya kerusakan. terputus dan menyebabkan nyeri. Karena terdapat nyeri klien mengalami kesulitan dalam melakukan mobilitas.	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
3	Faktor Risiko Efek prosedur invasif Ketidak adekuatan tubuh primer : Kerusakan integritas kulit	Post op <i>Seccio Caesarea</i> menyebabkan adanya luka jika proteksi kurang maka bakteri akan tumbuh dengan baik menimbulkan infeksi	Risiko Infeksi (D.0142)
4	Gejala dan Tanda Mayor <i>Subjektif</i> 1) Kelelahan maternal 2) Kecemasan maternal <i>Objektif</i> 1) Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu 2) .ASI tidak menetap/memancar 3) BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam 4) Nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua Gejala dan Tanda Minor <i>Subjektif</i> (tidak tersedia) <i>Objektif</i>	Kelenjar alveoli belum efektif mengeluarkan ASI, terjadinya ketidakefektifan pemberian ASI	Menyusui Tidak Efektif (D.0029)

No	Data	Etiologi	Masalah
	1) Intake bayi tidak adekuat 2) Bayi menghisap tidak terus menerus 3) Bayi menagis saat disusui 4) Bayi rewel dan menangis terus dalam jam-jam pertama setelah menyusui 5) Menolak untuk untuk menghisap		
5	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1) Mengeluh sulit tidur 2) Mengeluh sering terjaga 3) Mengeluh tidak puas tidur 4) Mengeluh pola tidur berubah 5) Mengeluh istirahat tidak cukup Objektif (tidak tersedia) Gejala dan Tanda Minor Subjektif 1) Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun Objektif (tidak tersedia)	Post partum nifas menyebabkan perubahan psikologi akibat adanya penambahan anggota baru dan tuntunan anggota baru karena bayi menangis menyebabkan gangguan pola tidur	Gangguan Pola Tidur (D.0055)
6.	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1) Menolak melakukan perawatan diri Objektif 1) Tidak mampu mandi /Mengenalan pakaian/makan/ketoilet/berhias secara mandiri 2) Minat melakukan perawatan diri Gejala dan Tanda Minor Subjektif (tidak tersedia) Objektif (tidak tersedia)	Tindakan post op yang meminimalkan nyeri. Sehingga pasien menjadi takut bergerak karena takut meningkatkan rasa nyeri dan gerakan pasien menjadi terbatas,tidak mampu ke toilet dan menyebabkan defisit perawatan diri.	Defisit Perawatan Diri (D.0109)

Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis terhadap respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan, risiko kesehatan, maupun proses kehidupan yang dialami. Diagnosis keperawatan menjadi dasar dalam menentukan asuhan keperawatan yang tepat untuk mencapai kondisi kesehatan yang optimal (SDKI, 2016). Diagnosa yang mungkin muncul adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri Akut b.d. agen pencedera fisik (insisi pembedahan/operasi *Section Caesarea*) (D.0077)
- b. Gangguan Mobilitas Fisik b.d. penurunan kekuatan otot dan ketidaknyamanan fisik pascaoperasi (D. 0054)
- c. Risiko Infeksi d.d. efek prosedur invasif, kerusakan integritas kulit, dan luka insisi pembedahan (D.0142)
- d. Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)
- e. Gangguan Pola Tidur b.d. hambatan lingkungan dan ketidaknyamanan fisik (nyeri luka operasi) (D.0055)
- f. Defisit Perawatan Diri b.d Kelemahan (D.0109)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah tindakan atau terapi yang dilakukan perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk meningkatkan, mempertahankan, mencegah masalah kesehatan, serta memulihkan kondisi klien. Dalam pelaksanaannya, perawat berwenang merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan, melakukan kolaborasi, edukasi, konseling, rujukan, serta tindakan lain sesuai kewenangannya (SIKI, 2018).

- a. Nyeri Akut b.d. agen pencedera fisik (insisi pembedahan/operasi *Section Caesarea*) (D.0077)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun

Kriteria Hasil: Tingkat Nyeri (L.08066)

- 1) Keluhan nyeri menurun.
- 2) Meringis menurun.

- 3) Gelisah menurun.
- 4) Sikap protektif menurun.
- 5) Frekuensi nadi membaik.
- 6) Pola napas membaik.
- 7) Tekanan darah membaik.
- 8) Kesulitan tidur menurun

Tabel 2.3

Perencanaan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut

Intervensi	Rasional
Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respons nyeri secara verbal dan nonverbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 5) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 6) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 7) Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 8) Jelaskan penyebab dan periode pemicu nyeri 9) Jelaskan strategi meredakan nyeri 10) Anjurkan teknik relaksasi napas dalam Kolaborasi 11) Kolaborasi pemberian analgesik	Observasi 1) Mengetahui tingkat dan karakteristik nyeri yang dialami pasien 2) Menentukan tingkat keparahan nyeri 3) Mengetahui respons pasien terhadap nyeri 4) Menentukan faktor pencetus dan pereda nyeri Terapeutik 5) Membantu mengurangi persepsi nyeri 6) Meningkatkan kenyamanan pasien 7) Mengurangi ketegangan dan nyeri Edukasi 8) Menambah pemahaman pasien mengenai kondisi yang dialami 9) Membantu pasien mengontrol nyeri secara mandiri 10) Membantu menurunkan intensitas nyeri Kolaborasi 11) Membantu mengurangi nyeri sesuai program

b. Gangguan Mobilitas Fisik b.d. penurunan kekuatan otot dan ketidaknyamanan fisik pascaoperasi (D. 0054)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan Mobilitas fisik meningkat

Kriteria Hasil: Mobilitas Fisik (L.05042)

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat.
- 2) Kekuatan otot meningkat.
- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat.
- 4) Kemampuan berpindah posisi meningkat.
- 5) Kemampuan berjalan meningkat.
- 6) Keluhan sulit bergerak menurun.
- 7) Ketergantungan terhadap bantuan orang lain menurun.
- 8) Aktivitas fisik meningkat.

Tabel 2.4

Perencanaan Diagnosa Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik

Intervensi	Rasional
Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1) Identifikasi tingkat kemampuan mobilisasi pasien. 2) Monitor kondisi umum selama mobilisasi. 3) Kaji kekuatan otot dan rentang gerak (ROM) Terapeutik 4) Fasilitasi perubahan posisi secara bertahap. 5) Bantu pasien duduk dan berjalan sesuai toleransi. 6) Lakukan latihan rentang gerak (ROM). Edukasi 7) Anjurkan mobilisasi dini secara bertahap. 8) Ajarkan teknik berpindah posisi yang aman. Kolaborasi 9) Kolaborasi dengan fisioterapis bila diperlukan.	Observasi 1) Menentukan kebutuhan bantuan mobilisasi 2) Mengetahui toleransi pasien terhadap aktivitas. 3) Mengetahui tingkat gangguan mobilitas. Terapeutik 4) Mencegah komplikasi akibat tirah baring 5) Meningkatkan kemampuan mobilitas secara bertahap 6) Mempertahankan fungsi otot dan sendi. Edukasi 7) Mempercepat pemulihan fisik. 8) Mengurangi risiko cedera dan nyeri. Kolaborasi 9) Membantu meningkatkan kemampuan mobilisasi pasien

- c. Risiko Infeksi d.d. efek prosedur invasif, kerusakan integritas kulit, dan luka insisi pembedahan (D.0142)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun

Kriteria Hasil: Tingkat Infeksi (L.14137)

- 1) Kemerahan pada area luka menurun.
- 2) Nyeri pada area luka menurun.
- 3) Bengkak pada area luka menurun.
- 4) Suhu tubuh dalam batas normal.
- 5) Drainase atau cairan luka menurun.
- 6) Luka operasi tampak bersih.
- 7) Proses penyembuhan luka meningkat.
- 8) Tidak terdapat tanda-tanda infeksi.

Tabel 2.5

Perencanaan Diagnosa Keperawatan Risiko Infeksi

Intervensi	Rasional
Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1) Monitor tanda dan gejala infeksi 2) Monitor kondisi luka operasi. 3) Monitor suhu tubuh. Terapeutik 4) Pertahankan teknik aseptik saat perawatan luka. 5) Lakukan perawatan luka sesuai prosedur. 6) Batasi paparan sumber infeksi. Edukasi 7) Anjurkan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan luka. 8) Ajarkan tanda dan gejala infeksi. 9) Anjurkan menjaga kebersihan diri dan lingkungan Kolaborasi 10) Kolaborasi pemberian antibiotik sesuai program terapi	Observasi 1) Mendeteksi dini terjadinya infeksi. 2) Menilai proses penyembuhan luka. 3) Demam dapat menjadi indikator infeksi. Terapeutik 4) Mencegah kontaminasi mikroorganisme. 5) Mempercepat proses penyembuhan 6) Mengurangi risiko masuknya mikroorganisme patogen. Edukasi 7) Mengurangi penyebaran mikroorganisme. 8) Membantu pasien mengenali infeksi sejak dini. 9) Menurunkan risiko infeksi Kolaborasi 10) Membantu mencegah dan mengatasi infeksi

- d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama 1x24 Jam diharapkan menyusui tidak efektif meningkat

Kriteria Hasil: Status menyusui (L.03029)

- 1) Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat
- 2) Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar
- 3) Tetesan/pancaran ASI meningkat
- 4) Suplai ASI adekuat
- 5) Puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan meningkat
- 6) Kepercayaan diri ibu meningkat

Tabel 2.6

Perencanaan Diagnosa Keperawatan Menyusui Tidak Efektif

Intervensi	Rasional
Edukasi Menyusui 1.12393 Observasi a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b) Identifikasi tujuan dan keinginan menyusui Terapeutik c) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan d) Jadwalkan kesehatan kesepakatan pendidikan sesuai e) Berikan kesempatan untuk bertanya f) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam Menyusui g) Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat Edukasi h) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi i) Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar j) Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas k) Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis, memerah ASI. pijat payudara, pijat oksitosin)	Observasi 1) Untuk mengetahui kesiapan pasien 2) Agar klien dapat mencapai tujuan menyusui Terapeutik 3) Agar pasien mengerti dan paham tentang ASI 4) Agar pasien paham mengenai apa yang disampaikan 5) Untuk memberikan kesempatan bertanya tentang hal yang belum dipahami 6) Kepercayaan diri ibu dalam menyusui meningkat 7) Untuk memotivasi pasien dalam memberikan ASI Edukasi 8) Untuk mengetahui manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 9) Perlekatan yang benar akan menghindari bayi menyusui lama dan sering 10) Menjaga kebersihan pada payudara dan memperbaiki bentuk puting susu sehingga bayi menyusui dengan baik 11) Agar pasien mengetahui perawatan payudara

- e. Gangguan Pola Tidur b.d. hambatan lingkungan dan ketidaknyamanan fisik (nyeri luka operasi) (D.0055)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan Pola tidur membaik

Kriteria Hasil: Pola Tidur (L.05045)

- 1) Keluhan sulit tidur menurun.
- 2) Keluhan sering terbangun menurun.
- 3) Kualitas tidur meningkat.
- 4) Durasi tidur meningkat.
- 5) Keluhan tidak puas tidur menurun.
- 6) Frekuensi terbangun di malam hari menurun.
- 7) Perasaan segar setelah bangun meningkat.
- 8) Kondisi lelah setelah bangun tidur menurun.

Tabel 2.7

Perencanaan Diagnosa Keperawatan Gangguan Pola Tidur

Intervensi	Rasional
Dukungan Tidur I.05174) Observasi 1) Identifikasi pola dan kebiasaan tidur pasien. 2) Identifikasi faktor yang mengganggu tidur. 3) Monitor jumlah jam tidur pasien. Terapeutik 4) Modifikasi lingkungan agar nyaman untuk tidur. 5) Kurangi kebisingan dan cahaya berlebihan. 6) Fasilitasi posisi tidur yang nyaman. Edukasi 7) Anjurkan istirahat yang cukup. 8) Ajarkan teknik relaksasi sebelum tidur. 9) Anjurkan menghindari aktivitas berat sebelum tidur. Kolaborasi 10) Kolaborasi pemberian terapi sesuai indikasi medis.	Observasi 1) Mengetahui perubahan pola tidur pasien. 2) Menentukan penyebab gangguan tidur. 3) Menilai kecukupan waktu tidur pasien. Terapeutik 4) Meningkatkan kualitas tidur. 5) Meminimalkan gangguan selama tidur. 6) Mengurangi ketidaknyamanan fisik. Edukasi 7) Membantu memenuhi kebutuhan istirahat. 8) Membantu pasien lebih rileks saat akan tidur. 9) Membantu tubuh lebih siap untuk beristirahat. Kolaborasi 10) Membantu mengatasi gangguan tidur secara optimal.

f. Defisit Perawatan Diri b.d Kelemahan (D.0109)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan Perawatan Diri Meningkat

Kriteria Hasil: Perawatan Diri (L.11103)

- 1) Kemampuan mandi meningkat
- 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
- 3) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat
- 4) Minat melakukan perawatan diri meningkat
- 5) Mempertahankan kebersihan diri meningkat

Tabel 2.8

Perencanaan Diagnosa Keperawatan Defisit Perawatan Diri

Intervensi	Rasional
Dukungan perawatan diri (1.11348) Observasi 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri 2) Monitor kemandirian tingkat 3) Identifikasi alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 4) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana, hangat, rileks, privasi) 5) Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, Sikat gigi, dan sabun mandi Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 6) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 7) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 8) Anjurkan perawatan melakukan diri secara konsisten sesuai kemampuan.	Observasi 1) Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas pasien 2) Untuk mengetahui tingkat kemandirian pada pasien 3) Untuk membantu menyiapkan alat kebersihan Terapeutik 4) Agar pasien nyaman dalam melaksanakan kebersihan diri 5) Untuk memfasilitasi alat yang diperlukan pasien 6) Agar perawatan diri pasien dapat terpenuhi 7) Agar pasien melakukan perawatan diri sesuai kebutuhan Edukasi 8) Untuk melatih kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap dalam proses keperawatan yang berfokus pada pelaksanaan tindakan atau intervensi yang telah direncanakan untuk membantu pasien mencapai tujuan dan luaran keperawatan yang telah ditetapkan. Pada tahap ini, perawat melaksanakan tindakan keperawatan secara langsung maupun tidak langsung, termasuk tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi sesuai kebutuhan pasien (Hidayat, A. A., 2021).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang dilakukan dengan membandingkan kondisi atau respons pasien setelah diberikan tindakan keperawatan dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Evaluasi bertujuan untuk menilai efektivitas intervensi keperawatan serta menentukan apakah rencana keperawatan perlu dihentikan, dilanjutkan, atau dimodifikasi (Ekaputri, M et al., 2024)

Hasil evaluasi yang menentukan apakah masalah teratasi. teratasi sebagian atau tidak teratasi, adalah dengan cara membandingkan antara SOAP (Subjektive-Objektive-Assesment-Planing) dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah di ciptakan (Nursalam, 2020)

Subjektive adalah informasi berupa ungkapan yang di dapat dari pasien setelah tindakan di berikan. Objektive adalah informasi yang di dapat berupa hasil pengamatan penilaian pengukuran yang di lakukan oleh perawat setelah tindakan di lakukan. Assesment adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan, dan kriteria hasil kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi teratasi sebagian atau tidak teratasi. Planning adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan di lakukan berdasarkan hasil analisis (Potter&perry, 2021)

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama	: Ny.L
Umur	: 23 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Kp.cidadap Bayongbong
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Status	: Menikah
Diagnosa Medis	: P1A0 Partus marutus SC+IUD Indikasi KPD
No.RM	: 01491860
Tanggal Masuk	: 11-05-2026
Tanggal Persalinan	: 12-05-2026
Tanggal Pengkajian	: 12-05-2026 Jam 14.00 WIB

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn.I
Umur	: 29 tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Alamat	: Kp.cidadap Bayongbong
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Buruh harian lepas
Hubungan dengan pasien	: Suami

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien Mengeluh nyeri pada luka post *Sectio Caesarea* di bagian bawah abdomen.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dikaji hari selasa, 12 Mei 2026 jam 10.00 WIB terdapat luka post SC tertutup di bagian bawah abdomen ± 10 cm tertutup perban, nyeri bertambah berat apabila bergerak dan nyeri berkurang apabila tidak bergerak, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6 dari (0-10), nyeri dirasakan hilang timbul. Klien tampak bersikap protektif saat akan dipegang perutnya.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit jantung, hipertensi, diabetes melitus, tuberkulosis maupun penyakit kelamin

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan anggota keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat persalinan kembar, dan anggota keluarga klien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi, diabetes melitus, tuberkulosis dan penyakit menular lainnya.

5) Riwayat Obstetri dan Ginekologi

a) Riwayat Ginekologi

(1) Riwayat Menstruasi

Klien mengatakan pertama haid pada umur 14 tahun, dengan siklus haid 28 hari Lamanya haid 6-7 hari, keluhan haid nyeri, HPHT 01 Agustus 2025 dan taksiran partus 08 Mei 2026

(2) Riwayat Perkawinan

Klien mengatakan pertama kali menikah pada usia 23 tahun dan lama perkawinan 1 tahun , pernikahan yang pertama

(3) Riwayat Kontrasepsi

Klien belum sempat menggunakan alat kontrasepsi sebelum hamil, jenis kontrasepsi setelah melahirkan klien menggunakan IUD , jumlah anak yang direncanakan keluarga yaitu 2 atau 3

b) Riwayat Obstetri

(1) Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang lalu
P1A0

Tabel 3.1
Riwayat Persalinan Dahulu

Kehamilan	Umur Kehamilan	Jenis Partus	Penolong	Jenis Kelamin	BBL	Keadaan
-	-	-	-	-	-	-

(2) Riwayat Kehamilan Sekarang

(a) Keluhan Waktu Hamil

Trimester 1 : klien mengeluh mual muntah

Trimester 2 : klien mengeluh mual dan muntah namun tidak berlebihan

Trimester 3 : pada usia kehamilan 40-41 minggu, tiba-tiba keluarnya ketuban

(b) Imunisasi : Imunisasi TT

(c) Perubahan BB Selama Hamil

BB Sebelum hamil : 64 kg

BB Setelah hamil : 75 kg

TB : 150 cm

(d) Pemeriksaan Pada Saat Hamil : Teratur

Trimester 1 : 1 kali

Trimester 2 : 2 kali

Trimester 3 : 3 Kali

(3) Riwayat Persalinaan Sekarang

Pasien datang ke RS pada tanggal 11 Mei 2026 pukul 19.40 WIB dengan keluhan ketuban sudah pecah. Setelah dilakukan pemeriksaan dalam, didapatkan pembukaan baru 1, sehingga pasien di induksi persalinan untuk merangsang pembukaan lebih dalam. Namun setelah dilakukan induksi sebanyak 2 kali, tidak ada perubahan pembukaan sama sekali, tetap pembukaan 1. Mengingat ketuban sudah pecah cukup lama >15 jam dan induksi tidak berhasil, maka diputuskan untuk dilakukan operasi Caesar pada hari Selasa 12 Mei 2026 demi keselamatan ibu dan bayi. klien dibawa ke ruang operasi untuk menjalani tindakan *Sectio Caesarea*. Bayi lahir dengan jenis kelamin perempuan, berat 2900 gram, panjang badan 45 cm, dalam keadaan sehat. Klien dan bayi tidak dirawat gabung, serta belum ada perlekatan antara ibu dan bayi.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

a) Kesadaran Umum : Composmentis E:4,M:6,V:5=GCS
15

b) Penampilan Umum :Klien tampak lemah

2) Tanda-tanda Vital

a) Tekanan Darah : 110/80 mmhg

b) Respirasi :20x/menit

c) Suhu : 36°C

d) Nadi : 82x/menit

3) Pemeriksaan Fisik Head to toe

a) Kepala dan Rambut

Bentuk kepala musocepal, kulit kepala bersih, tidak ada luka,

tidak ada lesi, rambut tampak rapih, kulit kepala bersih, warna rambut hitam, penyebaran/distribusi rambut merata, tidak adanya pembengkakan/penonjolan, tekstur rambut halus.

b) Wajah

Bentuk wajah simetris, tidak ada luka/lesi, tidak ada cloasma gravidarum, klien tampak meringis.

c) Mata

Bentuk kedua mata simetris antara kanan dan kiri, konjungtiva tidak anemis, sklera putih, refleks pupil isokor terbukti ketika diberi rangsangan cahaya pupil mengecil, fungsi penglihatan baik terbukti dapat membaca papan nama mahasiswa dengan jarak kurang dari 30 cm, tidak ada massa (benjolan), tidak ada peningkatan tekanan bola mata.

d) Hidung

Kedua lubang hidung simetris antara kanan dan kiri, tidak ada polip, fungsi penciuman baik terbukti dapat membedakan minyak wangi dan kayu putih dengan mata tertutup, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada sekret, tidak ada bengkak dan nyeri tekan.

e) Telinga

Bentuk telinga simetris antara kanan dan kiri, lubang telinga tidak ada kelainan, fungsi pendengaran baik terbukti dapat menjawab pertanyaan mahasiswa tanpa diulang, telinga tampak bersih, tidak terdapat serumen, tidak ada nyeri tekan pada kartilago dan tulang mastoid.

f) Mulut

Mukosa bibir tampak kering, tidak ada stomatitis, tidak ada lesi, gigi tampak bersih dan lengkap, tidak ada pendarahan/radang gusi, tidak ada kelainan pada lidah, refleks menelan baik terbukti klien tidak mengeluh pada saat

mencoba menelan.

g) Leher

Bentuk leher simetris dan bersih, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, pergerakan leher normal terbukti klien dapat menengok ke kanan dan kiri, tidak ada bengkak atau nyeri tekan, tidak ada peningkatan JVP.

h) Dada

(a) Jantung

Suara jantung S1S2 (lup/dup), irama jantung teratur

(b) Paru-paru

Bentuk dada simetris antara kanan dan kiri, tidak terdapat luka, tidak ada jejas, tidak ada otot bantu nafas, ada pengembangan pada paru maksimal, tidak ada nyeri tekan, bunyi nafas vesikuler.

(c) Payudara

Kulit daerah sekitar payudara tampak bersih, tidak ada lesi atau luka, puting menonjol, areola coklat kehitaman, payudara teraba lunak, ASI belum keluar, tidak ada benjolan atau nyeri tekan, tidak ada bengkak, klien mengatakan nyeri pada payudara, Belum ada perlekatan antara ibu dan bayi

i) Abdomen

Bentuk abdomen cembung, terdapat luka pembedahan SC 10 cm horizontal di bawah abdomen, terdapat linea nigra dan striae livide. Klien tampak bersikap protektif pada saat akan dipegang perutnya, bising usus 12x/menit, tidak terdapat nyeri tekan, TFU 1 jari di bawah pusat, konsistensi uterus teraba keras, tidak ada distensi abdomen, area vesika urinaria teraba tidak tegang, tidak ada nyeri tekan pada vesika urinaria.

j) Genetalia dan Anus

Terdapat lochea rubra keluar dari vagina, berwarna merah muda, bau amis, perineum utuh, belum ganti pembalut genetalia kotor, tidak ada oedema vulva, terpasang kateter, urine yang keluar 100 cc yang keluar dalam urine bag, tidak terdapat hemoroid

k) Ekstremitas

(a) Ekstremitas Atas

Bentuk kedua tangan simetris antara kanan dan kiri, jumlah jari tangan kanan dan kiri lengkap, kedua tangan bisa digerakan, tidak ada oedema, tidak ada lesi, tidak ada sianosis, turgor kulit kembali ke semula < 2 detik, CRT kembali ke semula < 2 detik, terpasang infus RL di tangan kiri, tidak ada benjolan, tidak ada pembengkakan.

(b) Ekstremitas Bawah

Bentuk kedua kaki simetris antara kanan dan kiri. klien mengatakan belum mampu menggerakkan kakinya, refleks patela (++), human sign (-), pergerakan klien terbatas, tidak ada oedema, tidak ada lesi, tidak ada benjolan

kekuatan otot:

5	5
4	4

d. Aspek Psikososial

1) Psikologis

Pasien masih berada di fase taking in dan masih cenderung pasif terhadap lingkungannya, pasien mengatakan senang persalinanya berjalan dengan lancar walaupun dilakukan dengan cara caesarea. Namun klien mengatakan tidak merasa nyaman dengan luka bekas operasinya sehingga hanya bisa bergantung pada keluarganya dalam melakukan semua aktivitas.

2) Persepsi Diri

klien berharap agar segera sembuh dan cepat pulang ke rumah.

3) Respon ibu terhadap kelahiran bayi,

klien mengatakan sangat bahagia atas kelahiran bayinya dan ingin segera bertemu dengan bayinya.

4) Respon keluarga terhadap kelahiran bayi,

keluarga mengatakan bahagia klien bisa melahirkan dengan selamat dan bayinya.

e. Aspek Sosial dan Spiritual

Hubungan pasien dengan keluarganya baik, terbukti banyak keluarga yang menjaga klien. Pola komunikasi klien baik, terbukti dapat berkomunikasi dengan baik dan benar. Klien beragama islam namun klien sedang tidak menjalankan shalat karena sedang masa nifas namun klien selalu berdoa kepada Allah SWT untuk kesembuhan dan kesehatan bayinya serta untuk anak dan keluarganya.

f. Aspek Pengetahuan

Pasien mengatakan sudah mengetahui beberapa hal tentang kesanggupannya dalam menjalani masa nifas namun Pasien mengatakan kurang mengetahui dan memahami perawatan untuk payudara karena ASI klien belum keluar.

g. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3.2

Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Jenis Aktivitas	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1.	Pola Nutrisi dan Cairan		
	a. Makan		
	1) Jenis makanan	Nasi,lauk pauk,sayur	Masih dalam kondisi
	2) Frekuensi makan	3x/hari	puasa
	3) Porsi	1 porsi habis	
	4) Cara	Mandiri	
	b. Minum		
	1) Jenis minum	Air putih,susu	Masih belum minum
	2) Frekuensi minum	7-8 gelas/hari	karena masih ada rasa
	3) Cara	Mandiri	mual

No	Jenis Aktivitas	Di Rumah	Di Rumah Sakit
	4) Keluhan	Tidak ada keluhan	
2.	Pola Eliminasi a. BAB 1) Warna feses 2) Konsistensi 3) Frekuensi 4) Keluhan b. BAK 1) Warna Urine 2) Frekuensi	Kuning kecoklatan Padat 1x/hari Tidak ada keluhan Kuning Sesuai Keinginan	Belum BAB setelah dilakukan op Sc Terpasang kateter Tidak ada keluhan
3.	a. Pola Istirahat dan Tidur 1) Lama tidur siang 2) Kualitas tidur siang 3) Lama tidur malam 4) Kualitas tidur malam 5) Keluhan	1-2 jam/hari Nyenyak 7-8 jam/hari Nyenyak Tidak ada keluhan	Belum tidur Belum terkaji Belum terkaji Tidak ada keluhan
4.	a. Personal Hygiene 1) Frekuensi mandi 2) Ganti pakaian 3) Gosok gigi 4) Keluhan	2x/hari 2x/hari 2x/hari Tidak ada keluhan	Terakhir mandi sebelum ke Rs, sudah ganti pakaian, belum gosok gigi, badan lengket

h. Pemeriksaan Penunjang

Nama : Ny. L

Umur : 23 tahun

Tanggal : Selasa, 12 Mei 2026

Tabel 3.3

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Hemoglobin	15.4	g/dl	13-18
Hematokrit	48	%	35-47
Jumlah eritrosit	5.10	Juta/mm ³	4.5-6.5
Jumlah trombosit	169.000	/mm ³	150.000-440.000
Jumlah leukosit	25.320	/mm ³	3.800-10.600

i. Terapi Medis

Nama : Ny.L

Tanggal : Selasa, 12 Mei 2026

Tabel 3.4**Terapi Medis**

No	Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian
1.	Cefotaxime	2x1 gram	IV
2.	Ketorolac	3x30 mg	IV
3.	Infus RL	20 tpm	IV
4.	Ondan Setron	8gr	IV
5.	Asam Mefenamat	3x1 gr	Oral

j. Analisa Data

Tabel 3.5**Analisa Data**

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : a. Klien mengatakan nyeri di abdomen luka bekas operasi b. Klien mengatakan nyeri bertambah berat pada saat bergerak dan berkurang pada saat tidak bergerak c. Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk d. Nyeri dirasakan hilang timbul DO : a. Terdapat luka post op SC dibagian bawah abdomen 10cm tertutup perban b. Klien tampak meringis menahan nyeri c. Klien tampak bersikap protektif pada saat dipegang perutnya d. Skala nyeri 6 dari (1-10) e. TTV TD : 110/80 mmhg R : 20x/menit N : 82x/menit	Setelah dilakukan SC terdapat luka insisi yang mengakibatkan terjadinya kerusakan jaringan dan ujung saraf terputus. Maka prostaglandin terlepas dan menghantarkan stimulus nyeri ke spinal cord dan cortex cerebri sehingga nyeri dapat di persepsi kan.	Nyeri Akut

No	Data	Etiologi	Masalah				
2.	DS : a. Klien mengatakan nyeri pada saat bergerak b. Klien mengatakan belum mampu untuk menggerakkan kakinya DO : a. Klien tampak Lemah berbaring di tempat tidur b. Pergerakan klien terbatas c. Aktivitas klien dibantu keluarga klien d. Terpasang kateter e. Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>4</td></tr></table>	5	5	4	4	Setelah dilakukan SC dengan menggunakan tindakan anestesi spinal terdapat luka insisi yang mengakibatkan terjadinya kerusakan jaringan dan ujung saraf terputus dan menyebabkan nyeri.karena terdapat nyeri klien mengalami kesulitan dalam melakukan mobilitas.	Gangguan Mobilitas Fisik
5	5						
4	4						
3.	DS : a. Klien mengatakan nyeri luka bekas operasi DO : a. Terdapat luka SC tutup perban b. Leukosit : 25.320/mm³ c. Suhu : 36,0°C	Setelah dilakukan SC terdapat luka insisi yang mengakibatkan adanya pintu masuk kuman	Risiko Infeksi				
4.	DS : a. Klien mengatakan baru pertama kali melahirkan belum ada pengalaman menyusui bayi b. Klien mengatakan tidak percaya diri karena belum pernah menyusui c. Klien mengatakan nyeri pada payudara DO : a. Puting susu menonjol b. Belum ada perlekatan antara bayi dan ibu c. Payudara teraba lunak d. ASI belum keluar	Kelenjar alveoli belum efektif mengeluarkan ASI,terjadinya ketidakefektifan pemberian ASI	Menyusui Tidak Efektif				
5.	DS: a. Pasien mengatakan tidak nyaman karena badannya lengket b. Klien mengatakan terakhir mandi sebelum ke rs,sekarang belum gosok gigi,belum keramas DO: a. Daerah genetalia tampak kotor	Tindakan post op yang meminimalkan nyeri. Sehingga pasten menjadi takut bergerak karena takut meningkatkan rasa nyeri dan gerakan pasien menjadi terbatas, tidak mampu ke toilet dan menyebabkan defisit perawatan diri.	Defisit Perawatan Diri				

No	Data	Etiologi	Masalah
	b. Keadaan umum pasien lemah c. Perawatan diri pasien masih di bantu oleh keluarga		

2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

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

DS :

- 1) Klien mengatakan nyeri di abdomen luka bekas operasi
- 2) Klien mengatakan nyeri bertambah berat pada saat bergerak dan berkurang pada saat tidak bergerak
- 3) Nyeri dirasakan seperti ditasuk-tusuk
- 4) Nyeri dirasakan hilang timbul
- 5) Klien mengatakan tidur siang tidak nyenyak

DO:

- 1) Terdapat luka poat op di bagian bawah abdomen 10 cm tertutup perban
- 2) Klien tampak meringis
- 3) Klien tampak bersikap protektif pada saat dipegang penimya
- 4) Skala nyeri 6 dari (0-10)
- 5) TTV TD: 110/80 MmHg
R: 20x/menit
N 82x/menit
- 6) Lama tidur siang jam

- b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri, ditandai dengan:

DS:

- 1) Klien mengatakan nyeri pada saat bergerak
- 2) Klien mengatakan belum mampu untuk menggerakan kakinya

DO:

- 1) Klien tampak lemah berbaring di tempat tidur
- 2) Pergerakan klien terbatas
- 3) Aktivitas klien dibantu keluarga klien
- 4) Terpasang DC
- 5) Kekuatan otot

5	5
4	4

- c. Risiko Infeksi dibuktikan dengan adanya luka post *Sectio Caesarea*, ditandai dengan:

DS:

- 1) Klien mengatakan nyeri Luka bekas operasi

DO:

- 1) Terdapat luka SC tertutup perban
- 2) Leukosit: /mm²
- 3) Suha 36°C

- d. Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, ditandai dengan:

DS:

- 1) Klien mengatakan baru pertama kali melahirkan belum ada pengalaman menyusui bayi
- 2) Klien mengatakan tidak percaya diri karena belum pernah menyusui
- 3) Klien mengatakan nyeri pada payudara

DO:

- 1) Payudara teraba lunak
- 2) ASI belum keluar
- 3) Puting susu menonjol
- 4) Belum ada perlekatan antara bayi dan ibu

- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, Ditandai dengan :

DS:

- 1) Pasien mengatakan tidak nyaman karena badannya lengket
- 2) Klien mengatakan terakhir mandi sebelum ke rs,sekarang belum gosok gigi,belum keramas

DO:

- 1) Daerah perineum tampak kotor
- 2) Keadaan umum pasien lemah
- 3) Perawatan diri pasien masih di bantu oleh keluarga

3. Proses Asuhan Keperawatan

Nama : Ny.L

Umur :23 tahun

No.RM : 01491860

Tabel 3.6
Proses Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1.	Nyeri Akut	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan selama 7x24jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan Kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Tampak meringis menurun 3. Skala nyeri berkurang 1-3 (ringan)	Manajemen Nyeri I.08238 Observasi 1. Observasi TTV 2. Identifikasi lokasi,karakteristik,du rasi, frekuensi,insensitas nyeri	Observasi 1. Untuk mengetahui keadaan umum pasien 2. Dengan mengidentifikasi tingkat nyeri diharapkan dapat mengetahui sejauh mana rasa nyeri menyebar atau tidak	Tanggal : 12-05-2026 Jam :11.00 WIB 1. Mengobservasi TTV Respon: TD:110/80 mmHg R: 20x/menit N:82x/menit 2. Mengidentifikasi lokasi,karakteristik durasi,frekuensi,intensitas nyeri Respon klien: Klien mengatakan nyeri di abdomen lika post op,nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk,nyeri dirasakan hilang timbul	Tanggal : 12-05-2026 Jam :11.00 WIB S : 1. Klien mengatakan nyeri di abdomen lika post op,nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk 2. Klien mengatakan nyeri bertambah berat apabila bergerak dan nyeri berkurang apabila tidak bergerak 3. Klien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul 4. Klien mengatakan tidur siang tidak nyenyak O : 1. Skala nyeri 6 dari (0-10) 2. Klien tampak meringis

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
		4. Sikap protektif menurun	3. Identifikasi skala nyeri 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 5. Berikan Teknik non farmakologi (Tarik nafas dalam,kompres hangat atau dingin) 6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 7. Fasilitasi istirahat dan tidur	3. Mengetahui skala nyeri klien dari 1-10 4. Untuk menghindari faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 5. Dengan memberikan Teknik non farmakologi diharapkan dapat mengurangi rasa nyeri 6. Untuk mengurangi rasa nyeri pada klien 7. Meningkatkan rasa nyaman pada pasien	3. Mengidentifikasi skala nyeri Respon klien : skala nyeri 6 dari (0-10) 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Respon klien: klien mengatakan nyeri bertambah berat apabila bergerak dan nyeri berkurang apabila tidak bergerak 5. Memberikan Teknik non farmakologi (Tarik nafas dalam) Respon klien: klien melakukan Teknik nafas dalam ketika nyeri dirasakan mulai sedikit berkurang 6. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (batasi pengunjung) Respon: klien tampak nyaman 7. Memfasilitasi istirahat dan tidur (menjadwalkan waktu tidur) Respon: Klien mengatakan tidur siang tidak nyenyak	3. Klien tampak bersikap protektif pada saat akan di pegang tubuhnya 4. TTV TD: 110/80 mmHg R:20x/menit S:36°C N:82x/menit 5. Lama tidur siang ½ jam A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			Edukasi 8. Jelaskan strategi meredakan nyeri Kolaborasi 9. Kolaborasi pemberian analgetik	Edukasi 8. Diharapkan dapat mengontrol nyeri ketika muncul Kolaborasi 9. Untuk membantu proses penyembuhan	lama tidur siang ½ jam 8. Menjelaskan strategi meredakan nyeri tentang Teknik distraksi dan relaksasi nafas dalam Respon klien : klien mengerti strategi meredakan nyeri dengan Teknik nafas dalam 9. Pemberian analgetik Respon: ketorolac 30mg IV	
2.	Gangguan Mobilitas Fisik	Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan selama 1x24jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan Kriteria hasil: 1. Nyeri menurun 2. Kelemahan fisik menurun 3. Kekuatan otot meningkat	Dukungan Mobilisasi I.050173 Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Terapeutik 2. Fasilitasi melakukan pergerakan	Observasi 1. Untuk mengidentifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya yang dirasakan oleh klien Terapeutik 2. Untuk membantu melakukan pergerakan	Tanggal :12-05-2026 Jam :12.00 WIB 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Respon klien : klien mengatakan masih nyeri pada saat melakukan pergerakan 2. Memfasilitasi melakukan pergerakan Respon klien : klien mengatakan keluarga klien membantu pergerakan pada saat beraktivitas	Tanggal :12-05-2026 Jam :12.00 WIB S : 1. Klien mengatakan masih nyeri pada saat melakukan pergerakan 2. Klien mengatakan kakinya sudah bisa digerakan, namun gerakan pelan O : 1. Aktivitas klien dibantu oleh keluarga pasien 2. Terpasang kateter 3. Klien tampak bisa menggerakkan kaki dan tangan

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi				
		4. Gerakan terbatas menurun 5. Pergerakan ekstremitas meningkat	3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 4. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 5. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 6. Ajarkan mobilisasi sederhana pada pasien post sc yaitu a. 0-6 jam latihan gerak tangan dan kaki b. 6-12 jam mobilisasi miring	3. Untuk membantu pasien dalam bergerak Edukasi 4. Pasien dapat mengerti tujuan dan prosedur mobilisasi 5. Membantu pergerakan pasien pada 6. Diharapkan dapat meningkatkan aktivitas klien	3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Respon klien : Aktivitas klien dibantu oleh keluarga pasien 4. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Respon klien : pasien tampak paham tentang tujuan dan prosedur mobilisasi yang harus dilakukan 5. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini Respon : klien melakukan latihan gerak ROM (menggerakkan kedua tangan, menggerakkan kaki dan pergelangan kaki) Jam : 6. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini pada pasien post sc Respon : Klien diajarkan secara bertahap tentang mobilisasi setelah 6 jam pasca op klien harus mampu miring kanan	4. Klien tampak sudah mencoba melakukan miring kanan dan miring kiri 5. Tampak pergerakan klien terbatas 6. Klien tampak lemah 7. Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>4</td></tr></table> A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	5	5	4	4
5	5									
4	4									

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			kanan dan miring kiri c. 12-24 jam latihan duduk di tempat tidur d. Setelah 24 jam latihan berjalan dari tempat tidur ke toilet		dan kiri, 12 jam mampu duduk dan setelah 24 jam mampu berjalan ke toilet.	
3.	Risiko Infeksi	Tingkat Infeksi (L.14137) Setelah dilakukan tindakan selama 7x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan Kriteria hasil: 1. Nyeri menurun 2. Tidak adanya tanda-tanda infeksi	Pencegahan Infeksi I.14539 Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak	Observasi 1. Untuk mengidentifikasi ada tidaknya tanda dan gejala infeksi Terapeutik 2. Diharapkan dapat mencegah bakteri yang dibawa pengunjung yang dapat menyebabkan infeksi pada klien 3. Mencegah infeksi dan penyebaran ke	Tanggal : 12-05-2026 Jam : 12.00 WIB 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Respon klien : klien mengatakan nyeri luka bekas operasi tidak ada rubor (kemerahan), kalor (panas), dan tumor (pembengkakan) 2. Membatasi jumlah pengunjung Respon klien : Pengunjung pasien hanya suaminya, pasien tampak nyaman dan tenang 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan	Tanggal : 12-05-2026 Jam : 12.00 WIB S : 1. Klien mengatakan nyeri luka bekas operasi O : 1. Luka post op tertutup perban 2. Suhu tubuh pasien 36°C 3. Tidak ada kemerahan ,panas dan bengkak A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi Kolaborasi 5. Kolaborasi pemberian antibiotik	jaringan sekitar luka operasi Edukasi 4. Agar klien mengetahui tanda dan gejala infeksi Kolaborasi 5. Untuk membantu proses penyembuhan	pasien dan lingkungan pasien Respon klien : perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Respon klien : Klien dapat menyebutkan kembali tanda dan gejala infeksi 5. Berkolaborasi pemberian 72ntibiotic Respon klien : Cefotaxime 1 gr IV	
4.	Menyusui Tidak Efektif	Status Menyusui (L.03029) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan menyusui tidak efektif teratasi dengan Kriteria hasil : 1. Perlekatan bayi pada	Edukasi Menyusui I.12393 Observasi 1. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik 2. Dukung ibu meningkat kepercayaan diri dalam menyusui	Observasi 1. Mengetahui tujuan dan keinginan dalam menyusui Terapeutik 2. Kepercayaan diri ibu dalam menyusui meningkat	Tanggal : 12-05-2026 Jam : 12.00 WIB 1. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui Respon klien : klien mengatakan belum berpengalaman dalam menyusui bayi 2. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui Respon klien : klien	Tanggal : 12-05-2026 Jam : 12.00 WIB S : 1. Klien mengatakan belum berpengalaman dalam menyusui bayi 2. Klien mengatakan tidak percaya diri karena belum pernah menyusui bayi 3. Klien mengatakan nyeri pada payudara O :

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
		payudara ibu meningkat 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat 3. Kepercayaan diri ibu meningkat 4. Pengeluaran ASI meningkat	Edukasi 3. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 4. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar	Edukasi 3. Untuk mengetahui manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 4. Perlekatan yang benar akan menghindari bayi menyusui lama dan sering	mengatakan tidak percaya diri karena belum pernah menyusui bayi 3. Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi Respon klien : klien paham mengenai manfaat menyusui 4. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar Respon : klien paham tetapi belum bisa melakukan perlekatan menyusui secara langsung kepada bayi	1. utting susu menonjol 2. Belum ada perlekatan antara bayi dan ibu 3. Payudara teraba lunak 4. ASI belum keluar A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi
5.	Defisit perawatan diri	Dukungan Diri (L.1134) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan kemampuan perawan. diri meningkat. Dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan mandi meningkat	Dukungan perawatan diri (1. 11348) Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia.	Observasi 1. Untuk mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia	Tanggal : 12-05-2026 Jam : 13.00 WIB 1. Mengkaji tingkat kemandirian Respon Klien : Pasien masih dalam fase taking in sehingga masih bergantung sepenuhnya ke keluarga dalam Pasien mengatakan nyeri sehingga cemas bergerak	Tanggal : 12-05-2026 Jam : 13.00 WIB S: 1. mengatakan merasa lebih nyaman setelah dipakaikan pakaian baru. 2. Pasien mengatakan badannya masih terasa lengket O : 1. Pasien tampak nyaman 2. Daerah perineum pasien tampak bersih 3. Rambut masih tampak lepek

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
		2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan ketoilet meningkat 4. Mempertahankan kebersihan diri meningkat	2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 4. Fasilitasi untuk melakukan tindakan personal hygiene pasca operasi 5. Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)	2. Untuk memonitor tingkat kemandirian 3. Untuk mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 4. Untuk kebutuhan personal hygiene klien 5. Agar pasien mudah dalam mengambil kebutuhan pribadi	2. Membereskan alat dan barang di dekat tempat tidur pasien Respon : Barang dan alat pasien mudah untuk di gapai pasien. 3. Membantu pasien memakai baju kembali setelah operasi Respon : Pasien mengatakan merasa lebih nyaman 4. Melakukan perawatan perineum dan membantu pasien memakai pembalut Respon : Pasien merasa nyaman 5. Menganjurkan pasien setelah 24 jam untuk pergi ke toilet dan tetap memperhatikan kebersihan diri Respon : Pasien tampak mengangguk dan akan mencoanya	4. Lingkungan pasien tampak rapih dan bersih 5. Perawatan diri pasien masih di bantu keluarga A : Defisit perawatan diri P : lanjutkan intervensi

4. Catatan Perkembangan

Nama : Ny.L

Umur : 23 tahun

No.RM :01491860

Tabel 3.7
Catatan Perkembangan

Tanggal/Jam	DX	Catatan Perkembangan	Paraf
Rabu, 13-05-2026 08.00 WIB	1.	S : 1. Klien mengatakan masih nyeri di abdomen luka bekas operasi 2. Klien mengatakan nyeri dirasakan seperti di tusuk-tusuk 3. Nyeri dirasakan hilang timbul 4. Klien mengatakan nyeri bertambah berat pada saat bergerak dan nyeri berkurang apabila tidak bergerak O : 1. Skala nyeri 5 dari (0-10) 2. Tampak meringis 3. Klien tampak bersikap protektif berkurang A : Nyeri akut teratasi sebagian	Revi virginia

Tanggal/Jam	DX	Catatan Perkembangan	Paraf
		P : Lanjutkan Intervensi I : Jam 08.00 WIB 1. Mengobservasi TTV Respon : TD: 110/70 mmhg N : 83x/menit R: 21x/m S : 36,5°C 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri Respon Klien : mengatakan masih nyeri di abdomen luka post op, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul 3. Mengidentifikasi skala nyeri Respon klien skala nyeri 5 dari (0-10) 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Respon klien: klien mengatakan nyeri bertambah berat apabila bergerak dan nyeri berkurang apabila tidak bergerak Jam 08.20 WIB 4. Memberikan Teknik non farmakologi (teknik nafas dalam)	

Tanggal/Jam	DX	Catatan Perkembangan	Paraf				
		Respon klien: klien melakukan teknik nafas dalam nyeri dirasakan mulai sedikit berkurang 5. Memfasilitasi istirahat dan tidur Respon: Klien mengatakan tidur siang nyenyak dengan lama tidur siang 1 jam Jam 10.00 WIB 6. Memberikan analgetik Respon: ketorolac 30 mg IV E: Masalah teratasi sebagian					
Rabu, 13-05-2026 09.00 WIB	2.	S : 1. Pasien mengatakan sudah bisa duduk dan mencoba berjalan secara perlahan O : 1. Pasien masih tampak meringis namun sudah mau melakukan pergerakan 2. Pasien tampak sedang belajar berjalan dibantu oleh keluarga 3. Kekuatan Otot <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td></tr></table> A : Gangguan mobilitas fisik Teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi	5	5	5	5	Revi virginia
5	5						
5	5						

Tanggal/Jam	DX	Catatan Perkembangan	Paraf
		Jam 08.20 I : 1. melatih pasien berjalan secara mandiri Respon : klien sudah bisa ke kamar mandi di bantu keluarga 2. melibatkan keluarga dalam mobilisasi Respon : keluarga selalu membantu klien 3. memonitor keadaan umum saat mobilisasi Respon : KU klien baik(cm) Jam : 08.25 E : Masalah Teratasi	
Rabu, 13-05-2026 3.0 WIB	3.	S : 1. Klien mengatakan masih nyeri luka bekas operasi O : 1. S : 36,5°C 2. Tidak ada kemerahan, panas dan bengkak 3. Lingkungan klien bersih A: Risiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	Revi virginia

Tanggal/Jam	DX	Catatan Perkembangan	Paraf
		I : Jam 10.00 WIB 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Respon klien: klien mengatakan masih nyeri luka hekas operasi, tidak ada tanda - tanda infeksi seperti rabor, dolor dan Tumor Jam 10.00 WIB 2. Memberikan antibiotik Respon klien: Cefotaxime 1 gr IV E: Masalah teratasi sebagian	
Rabu, 13-05-2026 12.00 WIB	4.	S : 1. Klien mengatakan percaya diri dan ingin menyusui 2. Kien mengatakan paham mengenai posisi menyusui dan perlekatan dengan benar 3. Klien mengatakan bisa melakukan perlekatan secara langsung kepada bayi 4. Klien mengatakan nyeri pada payudara berkurang O : 1. Pengeluaran ASI keluar sedikit 2. Bayi menghisap belum efektif 3. Bayi tampak rewel	Revi virginia

Tanggal/Jam	DX	Catatan Perkembangan	Paraf
		4. Puting susu menonjol A : Menyusui Tidak Efektif teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi I : Jam 12.00 WIB 1. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui Respon klien: klien mengatakan ingin menyusui 2. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui Respon: klien mengatakan percaya diri dan ingin menyusui Jam 12.30 WIB 1. Mengajarkan kembali 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar Respon klien: klien mengatakan pahan mengenai posisi menyusui dan perlekatan dengan benar. klien mengatakan bisa melakukan perlekatan secara langsung kepada bayi Jam 12.40 1. Mengajarkan perawatan payudara post partum Respon: klien bersedia dilakukan perawatan payudara pijat oksitosin E: Masalah teratasi sebagian	

Tanggal/Jam	DX	Catatan Perkembangan	Paraf
Rabu, 13-05-2026 13.00 WIB	5.	Pukul 09.25 WIB S : 1. Pasien mengatakan badannya sudah tidak lengket karena sudah mandi dibantu keluarga 2. Pasien mengatakan sudah membersihkan perineumnya dengan dibantu oleh keluarga. O : 3. Pasien tampak sudah bisa mengganti pakaian sendiri 4. Pasien tampak bersih dan rapi 5. Perawatan diri pasien tampak masih dibantu oleh keluarga A : Defisit perawatan diri teratasi P: Hentikan Intervensi I : - E: Masalah teratasi	Revi virginia
Kamis, 14-05-2026 14.00 WIB	1.	S : 1. Klien mengatakan nyeri masih ada 2. Klien mengatakan nyeri pada saat bergerak berkurang O : 1. Skala nyeri 4 dari (0-10)	Revi virginia

Tanggal/Jam	DX	Catatan Perkembangan	Paraf
		2. Tampak meringis berkurang A : nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi I : Jam 14.00 WIB 1. Mengobservasi TTV Respon: TD: 110/80 mmhg N 86x/m R 20x/m S 36,2 °C 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri Respon klien: Klien mengatakan nyeri di abdomen luka post op berkurang, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul 3. Mengidentifikasi skala nyeri Respon klien: skala nyeri nyeri 4 dari (0-10) Jam 14.20 WIB 4. Memberikan analgetik	

Tanggal/Jam	DX	Catatan Perkembangan	Paraf
		Respon : obat asam mefenamat 1gr Oral E: Masalah teratasi sebagian	
Kamis,14-05-2026 14.30	3.	S : 1. Klien mengatakan nyeri luka bekas operasi mulai sedikit berkurang O : 1. S : 36,2 2. Tidak ada kemerahan,panas dan bengkak 3. Lingkungan klien bersih A : Resiko infeksi teratasi sebagian P : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Berikan perawatan luka 3. Berikan antibiotic I : Jam 15.30 WIB 4. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Respon: Klien mengatakan nyeri luka operasi masih ada 5. Memberikan perawatan luka	Revi virginia

Tanggal/Jam	DX	Catatan Perkembangan	Paraf
		Respon klien : klien merasa nyaman tidak ada tanda infeksi rubor,kalor,dolor dan tumor 6. Memberikan antibiotik Respon klien : Obat ketorolac 3x30 mg IV E: Masalah teratasi sebagian R: Kontrol perawatan luka ganti perban setelah 1 minggu dilakukan operasi ke pelayanan kesehatan terdekat	
Kamis,14-05-2026	4.	S : 1. Klien mengatakan percaya diri dan ingin menyusui 2. Kien mengatakan paham mengenai posisi menyusui dan perlekatan dengan benar. O : 1. Pengeluaran ASI mulai meningkat 2. Tampak ibu sedang menyusui bayi 3. Ada perlekatan antara bayi dan ibu 4. Pada saat menyusui bayi tampak tidak rewel 5. Puting susu menonjol 6. Bayi menghisap sudah efektif A: Menyusui Tidak Efektif teratasi P : Hentikan Intervensi	Revi virginia

B. Pembahasan

Pada bab ini penulis akan membahas mengenai kasus yang telah diuraikan pada bab sebelumnya yaitu "Asuhan keperawatan pada Ny.L (P1A0) Post *Sectio Caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini di Ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut yang dilaksanakan pada tanggal 12 Mei 2026.

Pada pembahasan ini akan diuraikan kesenjangan antara tinjauan teoritis dengan kasus dalam pelaksanaan secara nyata sesuai dengan tahap-tahap proses keperawatan yaitu: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi, dan evaluasi.

Asuhan keperawatan dimulai pada tanggal 12 Mei 2026 sampai tanggal 14 Mei 2026, selama melaksanakan asuhan keperawatan penulis tidak menemukan hambatan apapun. Adapun kesenjangan yang terjadi dalam beberapa tahap proses keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Tahap Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan, dimana penulis mengkaji klien secara keseluruhan meliputi aspek bio-psiko-sosial-spiritual. Pada kasus Ny. L dengan post *Sectio Caesarea* indikasi ketuban pecah dini ditemukan adanya nyeri pada luka *Sectio Caesarea*, luka 10 cm horizontal, skala nyeri 6. klien tampak meringis, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri bertambah berat apabila bergerak dan berkurang apabila tidak bergerak. Luka post *Sectio Caesarea* mengakibatkan terputusnya jaringan sehingga merangsang pelepasan enzim serotonin, bradikinin, histamin, dan prostaglandin yang merangsang reseptor nyeri sehingga timbul nyeri (Fikri et al.,2024).

Pada kasus Ny. L dengan post *Sectio Caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini ditemukan bahwa aktivitas klien dibantu oleh keluarga sebagian, klien tampak lemah berbaring di tempat tidur, kekuatan otot 4/4, karena adanya luka post *Sectio Caesarea* yang merangsang reseptor nyeri sehingga mengakibatkan kemampuan untuk beraktivitas terbatas karena klien pergerakannya nyeri luka operasi (Wahyuningsih et al.,2022).

Pada kasus Ny. L dengan post *Sectio Caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini ditemukan luka post *Sectio Caesarea* dibagian perut bawah 10 cm horizontal, suhu 36°C, leukosit 25.320/mm³, dilakukan tindakan *Sectio Caesarea* dan terdapat luka post *Sectio Caesarea* yang mengakibatkan jaringan terbuka akibat proses pembedahan insisi dan proteksi akan menimbulkan invasi bakteri dan beresiko terjadi infeksi (Wahyuningsih et al.,2022).

Pada kasus Ny. L dengan post *Sectio Caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini ditemukan klien baru pertama kali melahirkan dan belum ada pengalaman menyusui bayi, tidak percaya diri karena belum pernah menyusui, puting susu menonjol, ada pengeluaran ASI sedikit, dan bayi tidak dirawat gabung dengan ibu. Rangsangan hisapan bayi belum ada akan membuat produksi hormon oksitosin dan hormon prolaktin terhambat yang akan mengakibatkan produksi ASI keluar hanya sedikit sehingga menyebabkan menyusui tidak efektif.(Linda,2019)

Akibat dari operasi, Ny. L mengeluhkan ketidak mampuan untuk membersihkan diri sendiri dan melakukan aktivitas fisik seperti biasanya seperti makan, minum, ke kamar mandi dan lain-lain karena mengalami keterbatasan dalam bergerak, sehingga menyebabkan kulit Ny.L menjadi lengket, parineum kotor dan rambut tampak berminyak. Oleh karena itu, pasien memerlukan bantuan dalam perawatan diri untuk kenyamanan dan pencegahan kemungkinan infeksi.

2. Tahap Diagnosa

Diagnosis yang muncul pada Ny.L adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik Nyeri pada luka operasi terjadi karena terputusnya kontinuitas jaringan akibat pembedahan yang merangsang reseptor kimia yang disampaikan ke thalamus dan korteks serebri dan dipersepsikan nyeri, nyeri juga dapat membuat tanda-tanda vital berubah (Wahyuningsih et al.,2022). Data yang penulis peroleh dari Ny. nyeri diakibatkan karena adanya luka insisi dengan luka insisi 10 cm dibagian

abdomen, skala nyeri 6 dari (0-10), nyeri bertambah berat pada saat bergerak dan berkurang pada saat tidak bergerak, nyeri dirasakan hilang timbul.

- b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri Gangguan pemenuhan kebutuhan dasar manusia dalam mobilisasi pada ibu post partum dapat disebabkan oleh trauma yang dimaksud adalah adanya luka bekas operasi yang menyebabkan ibu merasa nyeri dari luka yang dialami oleh ibu akan membuat mobilitas fisik ibu terganggu. Selain karena nyeri mobilitas fisik ibu disebabkan oleh kurang terpaparnya informasi tentang aktifitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, dan keengganan melakukan pergerakan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Karakteristik hambatan mobilitas fisik kesulitan membolak-balikan posisi, keterbatasan, kemampuan, melakukan keterampilan motorik halus, keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar, keterbatasan rentang pergerakan sendi.

Diagnosa di atas ditegakkan karena pada klien ditemukan tanda-tanda: Klien mengatakan masih belum beraktivitas seperti biasa, aktivitas dibantu, klien mengatakan takut untuk bergerak karena nyeri, klien tampak lemah berbaring di tempat tidur, Kekuatan Otot: 4/4

- c. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post section caesarea Resiko infeksi dapat terjadi karena adanya luka pembedahan *Sectio Caesarea* ini dapat terjadi jika adanya peningkatan leukosit dan adanya tanda-tanda infeksi (Wahyuningsih et al.,2022) leukosit merupakan sel darah yang melindungi tubuh terhadap kuman-kuman penyakit yang menyerang tubuh dengan cara fagosit, menghasilkan antibodi. Dan infeksi merupakan masuknya mikroorganisme yang memperbanyak diri dari jaringan tubuh yang menyebabkan peradangan, Infeksi luka operasi yaitu infeksi pada daerah operasi atau organ atau ruang

yang terjadi dalam 30 hari pada pasca operasi atau dalam kurun 1 tahun apabila terdapat Implant. Tanda-tanda infeksi rubor (kemerahan), calor (panas), dolor (nyeri), Tumor (bengkak), Fungsi Laesa. Diagnosa ini ditegakkan karena pada klien post *Sectio Caesarea* terdapat luka post *Sectio Caesarea* dibagian bawah abdomen 10 cm

- d. Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan ketidak adekuatansuplai ASI Menyusui Tidak Efektif adalah kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui. (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Hisapan mulut bayi akan menstimulus hipotalamus pada bagian hipofisis anterior dan posterior. Hipofisis anterior menghasilkan rangsangan (rangsangan prolaktin) untuk meningkatkan sekresi prolaktin. Prolaktin bekerja pada kelenjar susu (alveoli) untuk memproduksi ASI. Rangsangan hisapan bayi belum ada akan membuat produksi hormon oksitosin dan hormon prolaktin terhambat yang akan mengakibatkan produksi ASI keluar hanya sedikit. (Linda, 2019) Diagnosa ini ditegakkan karena pada klien ditemukan tanda-tanda : pengeluaran ASI sedikit, bayi tidak dirawat gabung dengan ibu
- e. Defisit perawatan diri (D.0109) berhubungan dengan kelemahan Menurut teori gangguan pemenuhan ADL atau defisit perawatan diri dapat terjadi setelah dilakukannya Tindakan post operasi *sectio caesarea* karena adanya efek anastesi, penurunan kemampuann untuk mobilisasi dan beraktivitas dibatasi klien khawatir pergerakannya akan menjadi fatal terhadap luka post operasi sehingga aktivitas klien terbatas terutama pada aktivitas perawatan diri. Pada Ny. L post operasi *sectio caesarea* POD 0 ditemukan adanya data-data yang menunjang masalah defisit perawat diri seperti secara subjektif ditemukan pasien mengeluh nyeri saat ingin ke toilet, dan pasien mengatakan tidak nyaman karena badannya lengket. Sedangkan secara objektif rambut Ny.L tampak lepek dan

daerah perineum tampak kotor(SDKI 2017)

3. Tahap Perencanaan

Perencanaan yang ditetapkan oleh penulis berdasarkan diagnose keperawatan (SIKI, 2017):

a. Intervensi diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Pada asuhan keperawaatan Ny. L intervensi yang dilakukan oleh penulis adalah manajemen nyeri nonfarmakologi teknik tarik nafas dalam. Prinsip yang mendasari penurunan nyeri oleh teknik relaksasi nafas dalam terletak pada fisiologi sistem saraf otonom yang merupakan bagian dari sistem saraf perifer yang mempertahankan homeostasis lingkungan internal individu (Ningsih&Adelia,2022). Teknik relaksasi napas dalam dapat mengendalikan nyeri dengan meminimalkan aktivitas simpatik dalam sistem saraf otonom. Ibu meningkatkan aktivitas komponen saraf parasimpatik vegetatif secara simultan. Teknik tersebut dapat mengurangi sensasi nyeri dan mengontrol intensitas reaksi ibu terhadap rasa nyeri.

Selain manajemen nyeri nonfarmakologi penulis juga melakukan manajemen nyeri farmakologi yaitu dengan kolaborasi pemberian analgetik. Manajemen nyeri farmakologis adalah suatu metode yang menggunakan obat-obatan dalam praktek manajemennya. Metode dan cara ini memerlukan instruksi medis dari dokter (Febriwati et al.,2023). Pada kasus ini analgetik yang direkomendasikan adalah ketorolac.

b. Intervensi diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Pada asuhan keperawaatan Ny. L intervensi yang dilakukan oleh penulis adalah dengan ajarkan mobilisasi dini. Manfaat dari mobilisasi adalah peningkatan sirkulasi darah yang dapat menyebabkan pengurangan rasa nyeri, memberi nutrisi pada daerah penyembuhan luka dan meningkatkan status pencernaan luka

(Rosnani et al.,2021)

- c. Intervensi diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post *Sectio Caesarea*

Pada asuhan keperawatan Ny. L intervensi yang dilakukan oleh penulis adalah dengan perawatan luka. Perawatan luka *Sectio Caesarea* karena dapat mengurangi resiko infeksi, mempercepat proses penyembuhan luka dan mengurangi nyeri ketika rawat luka ketika debridemen sehingga memberikan suatu nyaman bagi pasien post operasi *Sectio Caesarea* (Basri&Wibowo,2023)

- d. Intervensi diagnosa menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI

Pada asuhan keperawatan Ny. L intervensi yang dilakukan oleh penulis adalah dengan perawatan payudara dengan 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. Selain memberi kenyamanan pada ibu dan merangsang refleks oksitosin, pijat oksitosin juga memiliki manfaat lain, yaitu mengurangi pembengkakan payudara (engorgement), mengurangi sumbatan ASI, dan membantu mempertahankan produksi ASI ketika ibu dan bayi sakit (Armini dkk 2020).

- e. Intervensi diagnosa defisit perawatan diri, penulis merencanakan untuk membantu klien dalam pemenuhan ADL mulai dari nutrisi: makan dan minum personal hygiene. Hal tersebut dilakukan selama 24 jam dimana Ny. L diharapkan dapat mencapai kriteria hasil yaitu: kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat, dan kemampuan ke toilet meningkat. Perencanaan yang disusun oleh penulis adalah: lakukan vulva hygiene untuk

meningkatkan kenyamanan dan mencegah infeksi dan mendampingi Ny. L selama perawatan diri

4. Tahap Pelaksanaan

Pada tahap ini penulis berusaha melakukan tindakan yang telah direncanakan.

- a. Implementasi yang dilakukan pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik setelah memberikan teknik nonfarmakologi dengan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam klien mengatakan nyeri berkurang. Setelah memberikan manajemen nyeri menggunakan obat analgetik sesuai instruksi medis dari dokter berupa injeksi ketorolac 30 mg dan diberikan obat asam mafenamat pada saat akan pulang klien mengatakan setelah diberikan obat analgetik nyeri berkurang.
- b. Implementasi yang dilakukan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan, menganjurkan mobilisasi dini berupa latihan gerak kaki dan tangan, mengajarkan mobilisasi post *Sectio Caesarea* (0-6 jam latihan gerak kaki dan tangan, 6-10 jam latihan miring kanan dan kiri, 12-24 jam latihan duduk, 1 hari latihan berjalan dari tempat tidur ke toilet) klien dapat melakukan mobilisasi
- c. Implementasi yang dilakukan pada diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post *Sectio Caesarea* setelah dilakukan tindakan memberikan perawatan luka klien mengatakan nyaman
- d. Implementasi yang dilakukan pada diagnosa Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI setelah mengajarkan perawatan post partum pijat oksitosin, klien mengatakan ASI meningkat
- e. Implementasi yang dilakukan pada diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik post *Sectio Caesarea* setelah

dilakukan tindakan membantu dan mengajarkan klien melakukan perawatan diri (mandi, oral hygiene, dan berpakaian) secara bertahap sesuai kemampuan, klien mengatakan mampu melakukan perawatan diri secara mandiri

5. Tahap Evaluasi

Tahap evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang membandingkan antara kriteria tujuan dengan hasil yang dicapai setelah tindakan keperawatan. Dalam mengevaluasi hasil yang dicapai setelah tindakan keperawatan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny. L selama 3 hari dari tanggal 12 Mei 2026 sampai 14 Mei 2026, penulis secara langsung melakukan perkembangan klien.

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari nyeri menurun dengan skala nyeri 4 dan keluhan nyeri yang masih dirasakan klien. Penyembuhan luka pasca operasi *Sectio Caesarea* selama 1 minggu, sedangkan pemulihan rahim kira-kira 3 bulan. Rasa nyeri mungkin masih terasa sampai 6 bulan dengan intensitas ringan yang disebabkan oleh simpul benang pada fascia (sarung otot) sedangkan lama penyembuhan *Sectio Caesarea* berlanjut selama 1 tahun atau lebih hingga bekas luka merekat kuat (Damayanti&Nurrohmah,2023)

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam kelemahan fisik menurun, kekuatan otot meningkat masalah teratasi.

c. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post *Sectio Caesarea*

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari tidak ada tanda-tanda infeksi berupa rubor (kemerahan), calor (panas), dolor (nyeri), Tumor (bengkak), Fungsi Laesa, Klien mengatakan masih nyeri di luka bekas operasi *Sectio Caesarea*. Penyembuhan luka pasca operasi *Sectio Caesarea* selama 1 minggu, sedangkan

pemulihan rahim kira-kira 3 bulan. Rasa nyeri mungkin masih terasa sampai 6 bulan dengan intensitas ringan yang disebabkan oleh simpul benang pada fascia (sarung otot) sedangkan lama penyembuhan *Sectio Caesarea* berlanjut selama 1 tahun atau lebih hingga bekas luka merekat kuat (Damayanti&Nurrohmah,2023)

d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakefektifan suplai ASI

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari ASI meningkat, pada saat menyusui bayi tampak tidak rewel, ada perlekatan antara ibu dan bayi, ibu tampak menyusui bayi masalah teratasi. Perencanaan yang disusun dapat dilaksanakan, klien juga dapat menerima semua implementasi yang diberikan dan bersedia menerima terapi sesuai advis dokter. Pada tanggal 14 Mei 2026 untuk klien diperbolehkan pulang kerumah.

e. Hasil evaluasi pada diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan maternal didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 1x24jam, pasien sudah tampak bersih dan rapi karena dibantu oleh keluarga dalam melakukan perawatan diri. Pasien juga sudah mengatakan bisa melakukan perawatan perineum secara mandiri. Masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian karena pasien sudah dinilai mampu melakukan perawatan diri dan tujuan telah tercapai namun pasien belum bisa melakukan sepenuhnya secara mandiri.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny.L dengan (P1A0) Post *Sectio Caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini di ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut pada tanggal 12-14 Mei 2026 maka penulis dapat menyimpulkan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny.L dengan (P1A0) Post *Sectio Caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini di ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut
2. Penulis mampu menetapkan diagnosa keperawatan pada Ny.L dengan (P1A0) Post *Sectio Caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini di ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut
3. Penulis mampu membuat rencana keperawatan pada Ny.L dengan (P1A0) Post *Sectio Caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini di ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut
4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny.L dengan (P1A0) Post *Sectio Caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini di ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut
5. Penulis mampu mengevaluasi hasil dari pada Ny.L dengan (P1A0) Post *Sectio Caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini di ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut
6. Penulis mampu mendokumentasikan pada Ny.L dengan (P1A0) Post *Sectio Caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini di ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut

B. Rekomendasi

Berdasarkan kesimpulan di atas, maka penulis berusaha mencoba mengemukakan rekomendasi yang bisa dijadikan pertimbangan dan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan. Adapun saran tersebut adalah sebagai berikut:

1. Pelayanan Kesehatan/ Rumah Sakit

Bagi rumah sakit diharapkan untuk meningkatkan pelayanan pada pasien post *Sectio Caesarea* lebih memperhatikan penyembuhan luka post *Sectio Caesarea*, pemulihan pada masa post partum, dan manajemen laktasi untuk penyembuhan luka perlu adanya SOP perawatan luka dan SOP mobilisasi dini, memfasilitasi rawat gabung dan inisiasi menyusui dini untuk mengurangi resiko menyusui tidak efektif, serta menyediakan SOP bantuan perawatan diri (personal hygiene) bagi pasien post *Sectio Caesarea* yang mengalami keterbatasan mobilisasi akibat nyeri, guna mencegah dan mengatasi terjadinya defisit perawatan diri.

2. Bagi Perawat

Bagi perawat dalam memberikan pelayanan lebih memperhatikan dalam melaksanakan SOP perawatan luka dan mobilisasi, bisa menjadi fasilitator dalam manajemen laktasi, melakukan discharge planning (perencanaan pasien pulang) di rumah sakit untuk mengurangi resiko infeksi di rumah dan kegagalan laktasi, serta diharapkan mampu melakukan pengkajian secara dini terhadap kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri (mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi), memberikan bantuan sesuai tingkat ketergantungan pasien, dan melatih kemandirian secara bertahap agar defisit perawatan diri dapat teratasi.

3. Klien dan Keluarga

Kepada keluarga agar selalu memberi dukungan secara psikologis serta memberikan dorongan agar dapat membantu mempercepat penyembuhan klien, serta diharapkan keluarga dapat membantu memenuhi kebutuhan perawatan diri klien selama masa pemulihan, seperti membantu kebersihan diri, berpakaian, dan mobilisasi secara bertahap, tanpa membuat klien menjadi sepenuhnya bergantung, agar kemandirian klien dalam merawat diri dapat kembali secara optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, D. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum *Section Caesarea* Dengan Pemenuhan Kebutuhan Aman Dan Nyaman. *Braz Dent J*, 33.
- Ahillah, T. (2025). Determinan Faktor Yang Berhubungan Post Anesthesia Shivering (PAS) Pada Pasien Post Operasi *Section Caesarea* Dengan Spinal Anestesi Di IBS RSUD Ngudi Waluyo. Skripsi Thesis, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.
- Anwar, C., & Safitri, F. (2022). Perawatan masa nifas di Rumah Sakit Bhayangkara. *Pengabdian Masyarakat (Kesehatan)*, 4(1), 61–69
- Ayatulla, H. (2023). Persepsi Nyeri dan Dukungan Spiritual pada Klien Post Operasi. *Jurnal Karya Kesehatan*, 3(1), 45–54.
- Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. (2023). Hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023. <https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/hasil-ski-2023/> [Catatan: di naskah tertulis "SKL, 2023" — mohon dicek dan disamakan menjadi "SKI, 2023"]
- Basri, B., & Wibowo, H. P. (2023). Efektivitas Discharge Planning Tentang Perawatan Luka Terhadap Penyembuhan Luka Pada Pasien *Section Caesarea*. *Jurnal Keperawatan Priority*, 6(2), 29–39.
- Bernolian, N., Zulkifli, Ramadanti, A., Mutia, T., Putri, S. P. A., Kesty, C., Agustria, R., & Latifah, M. E. (2021). Enhance Recovery After Cesarean Section (ERACS), 82–85. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7921280/>
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Dashe, J. S., et al. (2022). *Williams Obstetrics* (26th ed.). McGraw-Hill Education.
- Damayanti, A. P., & Nurrohmah, A. (2023). Penerapan Terapi Foot Massage Untuk Mengurangi Nyeri pada Pasien Post *Section Caesarea* di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar. *Sehat Rakyat: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 2(3), 433–441. <https://doi.org/10.54259/sehatrakyat.v2i3.1951>
- Duran, S., & Vural, G. (2023). Problems Experienced by the Mothers in Post-Cesarean Period: A Narrative Review. *Iranian Journal of Public Health*, 52(10), 2036–2041. <https://doi.org/10.18502/ijph.v52i10.13878>
- Ekaputri, M., Susanto, G., Paryono, P., Kusumaningtiyas, D. P. H., Aisyah, A., Farisi, M. F. A., Naryati, N., Nur, S., & Kosim, M. Y. (2024). Proses Keperawatan: Konsep, Implementasi, dan Evaluasi. Penerbit Tahta Media.
- Elviani, Y., Hartati, S., Ningsih, R., & Sakira, A. (2023). Implementation of Nursing Education on Physical Exercise for Post-Section Caesarean Surgery Patients with Impaired Physical Mobility Problems. *Formosa Journal of Sustainable Research*, 2(12), 2921–2934. <https://doi.org/10.55927/fjsr.v2i12.7468>
- Fadhilah, G. F., & Sari, I. (2021). Analisis Perawatan Partus Sektio Caesarea Pasien Rawat Inap Jamkesmas INA-CBG's di RSU Muhammadiyah Cirebon. *Sosains*, 839.
- Febriati, L. D., Zakiah, Z., & Ratnaningsih, E. (2022). Hubungan Pendidikan dan

Pekerjaan terhadap Adaptasi Perubahan. Prosiding Seminar Nasional Universitas Respati Yogyakarta, 4(1), 287–294.

Fahimah. (2020). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD). . Jurnal Keperawatan Merdeka, 1(2), 122–127.

Garg, A., & Jaiswal, A. (2023). Evaluation and Management of Premature Rupture of Membranes: A Review Article. Cureus, 15(3), e36615. <https://doi.org/10.7759/cureus.36615>

Harini, R., Juwitasari, J., Setyowati, L., & Oktavia, R. D. (2020). Post-Caesarean Section Pain and Quality of Sleep Among Mothers Who Delivered by Caesarean Section Under Spinal Anesthesia. Malahayati International Journal of Nursing and Health Science, 3(2), 47–52.

Hidayat, A. A. (2021). Proses Keperawatan: Pendekatan NANDA, NIC, NOC dan SDKI. Health Books Publishing.

Indrasuari, N. W., Pariartha, I. M., & Wijaya, I. P. (2023). Karakteristik Ibu Hamil dengan Ketuban Pecah Dini (KPD). Jurnal Medika Udayana, 12(3), 45-52.

Juliathi, N. L. P., Marhaeni, G. A., & Mahayati, N. M. D. (2020). Gambaran Persalinan dengan *Seccio Caesarea* di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar Tahun 2020. Jurnal Ilmiah Kebidanan (The Journal of Midwifery), 9(1), 19–27.

Jusoh, N. N., & Tengku Ismail, T. A. (2022). A Review of Dietary Intake During Postpartum Period. IIUM Medical Journal Malaysia, 21(1). <https://doi.org/10.31436/imjm.v21i1.1943>

Kamsila, L., et al. (2023). Indikasi Persalinan *Seccio Caesarea* pada Kehamilan Komplikasi. Jurnal Kebidanan dan Kesehatan, 11(1), 30-38.

Kennedy, B. B., Baird, S. M., & Askin, D. F. (2019). Intrapartum Nursing Care (3rd ed.). Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.

Kementerian Kesehatan RI. (2024). Profil kesehatan Indonesia tahun 2023. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <https://kemkes.go.id/id/profil-kesehatan-indonesia-2024>

Mardiyanti, & Hardiati. (2023). Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal pada Kasus Ketuban Pecah Dini. Jurnal Kesehatan Kebidanan, 5(2), 88-95.

Ningsih, R., & Adelia, A. (2022). Teknik Relaksasi Nafas Dalam dan Aromaterapi Lavender Untuk Menurunkan Nyeri Post *Seccio Caesarea*. JKM: Jurnal Keperawatan Merdeka, 2(1), 52–59. <https://doi.org/10.36086/jkm.v2i1.1213>

Nurhidayah, & Dewi, K. (2023). Hubungan Ketuban Pecah Dini dengan Tindakan *Seccio Caesarea*. Jurnal Ilmiah Kesehatan, 15(2), 101-109.

Nurkhayati, dkk. (2020). Komplikasi Obstetri dan Faktor Risiko Kejadian Ketuban Pecah Dini. Jurnal Kesehatan Maternal, 8(1), 40-48.

- Novitasari, D., Tihandrieanto, & Rahim, A. (2022). Analisis Faktor Predisposisi Kejadian Ketuban Pecah Dini pada Ibu Hamil. *Jurnal Riset Kebidanan*, 4(1), 15-22.
- Prawirohardjo, S. (2022). Ilmu Kebidanan. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Putra, A. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Nifas Post Sectio Caesarea. Yogyakarta: Pustaka Media.
- Putri, A., & Lestari, S. (2022). Patofisiologi dan Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini. *Jurnal Keperawatan Klinis*, 3(2), 75-82.
- Rahmawati, A. L. D., & Nailah, N. (2023). Asuhan Keperawatan Post Partum *Sectio Caesarea* atas Indikasi Ketuban Pecah Dini. *Jurnal Karya Kesehatan*, 3(1), 45–54.
- Razak, A., Suharsono, & Santjaka, A. (2023). Quantum Touch Turunkan Nyeri dan Mempercepat Mobilisasi Pasien Post Operasi SC. Mitra Cendekia Media.
- Rimadeni, Y., Faisal, T. I., Halimatussakdiah, H., Afdhal, A., & Hartika, N. (2022). Asuhan Keperawatan Ibu Nifas dengan Post *Sectio Caesarea*: Studi Kasus. *Journal Keperawatan*, 1(2), 115–129. <https://doi.org/10.58774/jourkep.v1i2.10>
- Riza, M., et al. (2022). Adaptasi Psikologis Ibu Postpartum Fase Taking In. *Jurnal Keperawatan Maternitas*, 7(1), 20-28.
- Rosnani, Ningsih, R., & Arwani, D. (2021). Teknik Massage Intranatal Terhadap Pengurangan Nyeri Persalinan Kala I. *Jurnal Keperawatan Merdeka*, 1(2), 122–127.
- Satu Data Garut. (2023). Jumlah kematian ibu di Kabupaten Garut tahun 2023. <https://satudata.garutkab.go.id/data/jumlah-kematian-ibu-di-kabupaten-garut-3205/>
- Sabitah. (2025). Pemeriksaan Penunjang dan Diagnosis Ketuban Pecah Dini. Jakarta: Media Kesehatan.
- Sitorus, S. (2021). Pemberdayaan Ibu Hamil dalam Pemilihan Persalinan dalam Upaya Menurunkan *Sectio Caesarea* Indikasi Non Medis. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Sulaksmi, N. P. D. A. (2022). Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N): Asuhan Keperawatan Menyusui Efektif Pada Pasien Post *Sectio Caesarea* dengan Pemberian Intervensi Pijat Oksitosin di Rumah Sakit TK II Udayana Tahun 2022. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Poltekkes Kemenkes Denpasar Jurusan Keperawatan, 9, 356–363.
- Sefin. (2022). Tanda, Gejala, dan Komplikasi Ketuban Pecah Dini pada Janin dan Ibu. *Jurnal Kebidanan dan Kesehatan Reproduksi*, 6(1), 50-58.
- Sulistyawati, A. (2019). Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas. Yogyakarta: Andi Offset.
- Syaiful, Y. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Ibu Bersalin. Jakad Media Publishing.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik. Dewan Pengurus Pusat PPNI.

- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Viyana, A., Hanifa, F., & Darmi, S. (2023). Hubungan Pengetahuan, Status Gizi dan Mobilisasi Dini terhadap Penyembuhan Luka Post *Sectio Caesarea*. SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah, 2(7), 2855–2865. <https://doi.org/10.55681/sentri.v2i7.1644>
- Wardhana, M. P., Wiweko, B., Hestiantoro, A., & Irwinda, R. (2022). Seksio Sesarea. Panduan Klinis. Augustus.
- Walyani, E. S. (2017). Asuhan Kebidanan pada Kehamilan. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Widyastutik, D., Ernawati, Pratiwi, E. N., & Wulandari, R. (2021). Upaya Peningkatan Perilaku Ibu Postpartum Melalui Edukasi Family Centered Maternity Care (FCMC) Tentang Perawatan Masa Postpartum di Wilayah Kerja Puskesmas Gambirsari Surakarta. Salam Sehat Masyarakat, 2(2), 43–50.
- World Health Organization. (2022). WHO Recommendations on Maternal and Newborn Care for a Positive Postnatal Experience. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
- Wahyuningsih, S., Hayati, N., Fibriansari, R. D., & Ulfa, M. (2022). Mobilisasi Bertahap Pasca-*Sectio Caesarea*: Studi Kasus di RSUD dr. Haryoto Lumajang. Jurnal Persatuan Perawat Nasional Indonesia (JPPNI), 7(2).

SAP (SATUAN ACARA PENYULUHAN)
MOBILISASI DINI POST SC



Disusun Oleh :
REVI VIRGINIA
KHGA23004
3A D3 KEPERAWATAN

INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
2026

SATUAN ACARA PENYULUHAN
MOBILISASI DINI POST SC

Waktu : 20 menit
Tanggal : 12-05-2026
Tempat : Di Ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut
Sasaran : Ny. L dan keluarga
Pemateri : Revi Virginia

A. Tujuan Umum (TU)

Pendidikan kesehatan ini bertujuan agar masyarakat mampu memahami atau menambah pengetahuan tentang mobilisasi dini

B. Tujuan Khusus (TK)

Setelah penyuluhan diberikan kepada masyarakat dapat memahami :

1. Peserta mampu mengetahui tentang mobilisasi dini
2. Peserta mampu mengetahui tentang tujuan mobilisasi dini
3. Peserta mampu mengetahui tentang rentang gerak dalam mobilisasi
4. Peserta mampu mengetahui tentang manfaat mobilisasi dini
5. Peserta mampu mengetahui tentang kerugian tidak melakukan mobilisasi
6. Peserta mampu mengetahui tentang langkah-langkah mobilisasi

C. Metode Penyuluhan

1. Ceramah
2. Tanya Jawab

D. Media Penyuluhan

- Leaflet

E. Kegiatan Penyuluhan

No	Tahap Kegiatan	Kegiatan	Waktu
1.	Pembukaan	- Memberi salam - Memperkenalkan diri - Menjelaskan tujuan penyuluhan - Kontrak waktu	5 menit
2.	Pelaksanaan	- Menjelaskan pengertian mobilisasi dini - Menjelaskan tujuan mobilisasi dini - Menjelaskan rentang gerak dalam mobilisasi - Menjelaskan manfaat mobilisasi dini - Menjelaskan kerugian tidak melakukan mobilisasi - Menjelaskan langkah-langkah mobilisasi dini	10 menit
3.	Penutup	- Memberi kesempatan kepada klien untuk bertanya - Menanyakan kembali kepada audien tentang materi yang sudah disampaikan - Memberi penutup	5 menit

F. Kriteria Evaluasi

1. Evaluasi struktur

Ny. L dan keluarga ikut dalam penyuluhan yang dilakukan

2. Evaluasi Proses

a. Ny. L dan keluarga antusias terhadap pendidikan kesehatan

b. Keluarga Ny. L tidak meninggalkan tempat sebelum kegiatan selesai

3. Evaluasi Hasil

a. Peserta mampu mengetahui tentang mobilisasi dini

b. Peserta mampu mengetahui tentang tujuan mobilisasi dini

c. Peserta mampu mengetahui tentang rentang gerak dalam mobilisasi

d. Peserta mampu mengetahui tentang manfaat mobilisasi dini

e. Peserta mampu mengetahui tentang kerugian tidak melakukan mobilisasi

f. Peserta mampu mengetahui tentang langkah-langkah mobilisasi

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak dan melakukan aktivitas, sedangkan imobilisasi adalah kondisi di mana seseorang tidak bisa bergerak secara bebas. Mobilisasi pada ibu pasca operasi *Sectio Caesarea* merupakan upaya bergerak atau berubah posisi beberapa jam setelah melahirkan, yang bisa berbeda-beda tingkatannya tergantung kondisi fisik ibu (Fitrianingsih & Wahyuni, 2023).

B. Tujuan

- a. Mempertahankan fungsi tubuh
- b. Mempertahankan tonus otot
- c. Mempercepat prosespenutupan jahitan operasi
- d. Memperlancar peredaran darah
- e. Mengembalikan aktivitas tertentu agar klien dapat lebih cepat kembali memenuhi gerakharian

C. Rentan gerak dalam mobilisasi

Rentang gerak dalam mobilisasi pasca operasi *Sectio Caesarea* dibagi menjadi beberapa tahap yang dilakukan secara bertahap sesuai dengan kondisi fisik ibu. Pada tahap awal (0-6 jam), mobilisasi pasif dilakukan seperti menggerakkan jari tangan dan kaki untuk mencegah pembekuan darah. Kemudian pada 6-12 jam setelah operasi, ibu mulai melakukan mobilisasi semi-aktif, seperti mengubah posisi miring kanan dan kiri serta duduk dengan bantuan

Setelah 12-24 jam, ibu memasuki tahap mobilisasi aktif di mana ia mulai berdiri dan berjalan perlahan. Setelah 24 jam, mobilisasi penuh dapat dilakukan. di mana ibu sudah bisa berjalan mandiri dan melakukan aktivitas ringan seperti menyusui sambil duduk atau berjalan ke kamar mandi sendiri. Penelitian oich (Warmiyati & Ratnasari, 2022) menyebutkan bahwa dengan metode Enhanced Recovery After Cesarean Surgery (ERACS), mobilisasi aktif bisa dimulai sejak 6-10 jam pasca operasi,

D. Manfaat Mobilisasi

Menurut (Fitrianingsih & Wahyuni, 2023) Mobilisasi pasca persalinan. khususnya setelah operasi *Sectio Caesarea* (SC), memiliki berbagai manfaat penting untuk pemulihan ibu diantaranya:

1. Mencegah komplikasi pasca operasi

Mobilisasi membantu mencegah risiko komplikasi seperti trombosis vena dalam (DVT), emboli paru dan penumpukan cairan di paru-paru (pneumonia) karena tubuh tidak terlalu lama dalam posisi diam.

2. Mempercepat proses penyembuhan

Dengan bergerak lebih awal, sirkulasi darah meningkat, suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan luka operasi menjadi lebih lancar, sehingga mempercepat penyembuhan luka

3. Mengurangi nyeri dan kekakuan otot

Mobilisasi bertahap membantu mengurangi ketegangan otot, memperbaiki fleksibilitas, dan menurunkan sensasi nyeri atau kaku karena terlalu lama berbaring.

4. Melancarkan fungsi pencernaan dan perkemihan

Aktivitas fisik membantu merangsang kerja usus dan kandung kemih, sehingga mencegah konstipasi dan retensi urin, yang sering dialami ibu setelah SC.

5. Meningkatkan kesejahteraan psikologis

Mobilisasi memberikan rasa percaya diri, meningkatkan kemandirian, dan membantu mengurangi kecemasan atau stres karena ibu merasa lebih cepat pulih dan bisa merawat bayinya.

E. Kerugian jika tidak melakukan mobilisasi

1. Peningkatan suhu tubuh karena adanya involusi uterus yang tidak baik sehingga sisa darah tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan infeksi dan salah satu dari tanda infeksi adalah peningkatan suhu tubuh.

2. Perdarahan yang abnormal. Dengan mobilisasi dini kontraksi uterus akan baik sehingga fundus uterus keras, maka resiko perdarahan yang abnormal dapat dihindarkan, karena kontraksi membentuk penyempitan pembuluh darah yang terbuka.
3. Involusi uterus yang tidak baik. Tidak dilakukan mobilisasi secara dini akan menghambat pengeluaran darah dan sisa plasenta sehingga menyebabkan terganggunya kontraksi uterus.

F. Langkah-langkah

Menurut (Warmiyanti & Ratnasari) mobilisasi dini dilakukan secara bertahap. berikut ini akan dijelaskan tahap mobilisasi dini pada ibu post operasi *Sectio Caesarea*:

1. Setelah operasi, pada 6 jam pertama ibu pasca operasi *Sectio Caesarea* harus tirah baring dulu. Mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekut dan menggeser kaki
2. Setelah 6-10 jam, ibu diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan mencegah thrombosis dan trombo emboli apabila tubuh semakin kuat, tekuk kedua kaki lalu luruskan ulangi semampunya.
3. Setelah 24 jam ibu dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk tegak, tahan tubuh dengan kedua tangan, geserkan kaki ke pinggir tempat tidur kemudian turunkan kaki hingga menjuntai selama beberapa saat.
4. Setelah ibu dapat duduk, perlahan-lahan turunkan kedua kaki ke lantai sementara kedua tangan tetap memegang pinggir tempat tidur. Tegak dan kuatkan tubuh pada posisi berdiri sampai benar-benar stabil sebelum memulai berjalan. Jika posisi berdiri sudah cukup stabil dan kuat lanjutkan dengan mencoba melangkah sedikit demi sedikit

DAFTAR PUSTAKA

- Fitrianingsih, E. K., & Wahyuni, S. (2023). Mobilisasi dini pada ibu post operasi *Sectio Caesarea*. Universitas 'Aisyiyah Surakarta.
- Warmiyati, W., & Ratnasari, F. (2022). Pengaruh *Sectio Caesarea* metode ERACS terhadap percepatan mobilisasi pada ibu bersalin di RS Hermina Daan Mogot tahun 2022. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, (9), 821–829.

LEAFLET MOBILISASI DINI POST SC

Manfaat mobilisasi

- ✓ Membantu penyembuhan
- ✓ Menghindari terjadinya infeksi pada bekas luka sayatan setelah operasi
- ✓ Mengurangi resiko terjadinya konstipasi
- ✓ Mengatasi terjadinya gangguan sirkulasi darah, pernafasan, peristaltik maupun berkemih
- ✓ Mengurangi terjadinya kekakuan otot-otot pada tubuh

Mobilisasi Dini Post SC

Mobilisasi adalah suatu pergerakan dan posisi yang akan melakukan suatu aktivitas/kegiatan.

Mobilisasi ibu post partum adalah suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan dengan persalinan Sectio Caesarea

• Tujuan mobilisasi

- ✓ Memperlancar peredaran darah
- ✓ Mencegah komplikasi, seperti gangguan system pernafasan
- ✓ Mempercepat proses penyembuhan luka.
- ✓ Meningkatkan PD (kepercayaan diri) setelah operasi.
- ✓ Mengurangi lama rawat di rumah sakit



REVI VIRGINIA
KHGA23004



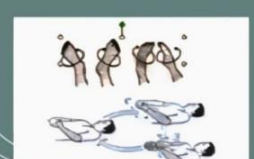
INSTITUT KESEHATAN
KARSA HUSADA GARUT
2026

Kerugian Tidak Melakukan Mobilisasi

- ✓ Peningkatan suhu tubuh
- ✓ Perdarahan yang abnormal
- ✓ Involusi uterus yang tidak baik

Langkah-langkah

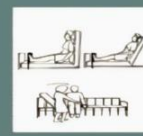
1. Setelah operasi, pada 6 jam pertama ibu pasca operasi sectio caesarea harus tirah baring dulu. Mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekut dan menggeser kaki.



2. Setelah 6-10 jam, ibu diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan mencegah thrombosis dan trombo emboli apabila tubuh semakin kuat, tekuk kedua kaki lalu luruskan ulangi semampunya.



3. Setelah 24 jam latihan tubuh untuk untuk duduk tegak, tahan tubuh dengan kedua tangan, geserlah kaki ke pinggir tempat tidur kemudian turunkan kaki hingga menjuntai selama beberapa saat



4. Setelah ibu dapat duduk perlahan-lahan. Jika posisi berdiri sudah cukup stabil dan kuat lanjutkan dengan mencoba melangkah sedikit demi sedikit.



SAP (SATUAN ACARA PENYULUHAN)
PIJAT OKSITOSIN



Disusun Oleh :
REVI VIRGINIA
KHGA23004
3A D3 KEPERAWATAN

INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
2026

SATUAN ACARA PENYULUHAN

PIJAT OKSITOSIN

Waktu : 30 menit
Tanggal : 13-05-2026
Tempat : Di Ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut
Sasaran : Ny. L dan keluarga
Pemateri : Revi virginia

A. Tujuan Umum (TU)

Pendidikan kesehatan ini bertujuan agar ibu post partum dan keluarga mampu memahami dan mempraktikkan pijat oksitosin untuk memperlancar produksi ASI.

B. Tujuan Khusus (TK)

Setelah penyuluhan diberikan kepada masyarakat dapat memahami :

1. Peserta mampu mengetahui tentang pengertian pijat oksitosin
2. Peserta mampu mengetahui tentang tujuan pijat oksitosin
3. Peserta mampu mengetahui tentang manfaat pijat oksitosin
4. Peserta mampu mengetahui tentang indikasi dan kontraindikasi pijat oksitosin
5. Peserta mampu mengetahui tentang langkah-langkah pijat oksitosin

C. Metode Penyuluhan

6. Ceramah
7. Tanya Jawab
8. Demonstrasi

D. Media Penyuluhan

- Leaflet

E. Kegiatan Penyuluhan

No	Tahap Kegiatan	Kegiatan	Waktu
1.	Pembukaan	- Memberi salam - Memperkenalkan diri - Menjelaskan tujuan penyuluhan - Kontrak waktu	5 menit
2.	Pelaksanaan	- Menjelaskan pengertian mobilisasi dini - Menjelaskan tujuan mobilisasi dini - Menjelaskan rentang gerak dalam mobilisasi - Menjelaskan manfaat mobilisasi dini - Menjelaskan kerugian tidak melakukan mobilisasi - Menjelaskan langkah-langkah mobilisasi dini	10 menit
3.	Penutup	- Memberi kesempatan kepada klien untuk bertanya - Menanyakan kembali kepada audien tentang materi yang sudah disampaikan - Memberi penutup	5 menit

F. Kriteria Evaluasi

1. Evaluasi struktur

Ny. L dan keluarga ikut dalam penyuluhan yang dilakukan

2. Evaluasi Proses

- a. Ny. L dan keluarga antusias terhadap pendidikan kesehatan
- b. Keluarga Ny. L tidak meninggalkan tempat sebelum kegiatan selesai

3. Evaluasi Hasil

- a. Peserta mampu mengetahui tentang pengertian pijat oksitosin
- b. Peserta mampu mengetahui tentang tujuan pijat oksitosin
- c. Peserta mampu mengetahui tentang manfaat pijat oksitosin
- d. Peserta mampu mengetahui tentang indikasi dan kontraindikasi pijat oksitosin
- e. Peserta mampu mengetahui tentang langkah-langkah pijat oksitosin

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian

Pijat oksitosin adalah suatu tindakan pemijatan tulang belakang mulai dari nervus ke 5-6 sampai scapula yang akan mempercepat kerja saraf parasimpatis untuk menyampaikan perintah ke otak bagian belakang sehingga oksitosin keluar (Hamranani, 2021). Pijat oksitosin merupakan salah satu cara yang efektif untuk merangsang pengeluaran ASI dan meningkatkan produksi ASI pada ibu post partum (Mardiyaningsih, 2022).

Pijat oksitosin dilakukan dengan cara memijat pada daerah punggung sepanjang kedua sisi tulang belakang sehingga diharapkan dengan pemijatan ini ibu akan merasa rileks dan kelelahan setelah melahirkan akan hilang. Jika ibu rileks dan tidak kelelahan dapat membantu hormon oksitosin keluar sehingga ASI pun lebih cepat keluar (Rahayu & Yunarsih, 2023).

B. Tujuan Pijat Oksitosin

1. Merangsang pengeluaran hormon oksitosin
2. Memperlancar pengeluaran ASI
3. Memberikan kenyamanan dan mengurangi rasa lelah pada ibu
4. Meningkatkan rasa percaya diri ibu dalam menyusui
5. Membantu ibu dalam mengatasi ketidaknyamanan akibat pembengkakan payudara (Kemenkes RI, 2022)

C. Manfaat Pijat Oksitosin

1. Meningkatkan produksi ASI secara signifikan
2. Mencegah terjadinya bendungan ASI
3. Mempersingkat lama rawat ibu post partum
4. Memberikan efek relaksasi bagi ibu
5. Mempererat ikatan batin antara ibu dan bayi melalui keberhasilan menyusui (Wulandari dkk, 2022)

D. Indikasi dan Kontraindikasi

1. Indikasi

- a. Ibu post partum yang mengalami kesulitan pengeluaran ASI
- b. Ibu dengan produksi ASI yang belum memadai
- c. Ibu yang mengalami bendungan ASI
- d. Ibu yang ingin meningkatkan produksi ASI (Rahayu & Yunarsih, 2023)

2. Kontraindikasi

- a. Ibu dengan luka operasi sesar yang belum sembuh di area Pemijatan
- b. dengan infeksi kulit atau dermatitis pada area punggung
- c. Ibu yang tidak bersedia dilakukan pemijatan (Kemenkes RI, 2022)

E. Langkah-Langkah Pijat Oksitosin

Persiapan:

1. Siapkan kursi yang nyaman untuk ibu duduk
2. Siapkan handuk kecil dan minyak kelapa/baby oil
3. Pastikan ibu dalam posisi duduk condong ke depan, kepala bersandar pada tangan yang dilipat di atas meja atau sanggahan bantal
4. Buka pakaian atas ibu hingga punggung terlihat

Pelaksanaan:

5. Tuangkan minyak kelapa/baby oil secukupnya pada telapak tangan
6. Letakkan kedua ibu jari di sepanjang sisi kanan dan kiri tulang belakang (vertebra)
7. Tekan kuat membentuk gerakan melingkar kecil ke arah luar dengan menggunakan kedua ibu jari
8. Pijat dari leher ke bawah sepanjang kedua sisi tulang belakang secara bersamaan hingga setinggi bra/garis payudara

9. Ulangi gerakan tersebut selama 2-3 menit atau sebanyak 30 kali gerakan
10. Lakukan pijat oksitosin 2 kali sehari, pagi dan sore (Hamranani, 2021; Mardiyarningsih, 2022)

DAFTAR PUSTAKA

- Hamranani, S. T. T. (2021). Pengaruh Pijat Oksitosin terhadap Pengeluaran ASI pada Ibu Post Partum. *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 12(1), 45-52.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Pedoman Pemberian ASI Eksklusif. Jakarta: Kemenkes RI.
- Mardiyaningsih, E. (2022). Efektivitas Pijat Oksitosin terhadap Produksi ASI Ibu Nifas. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 13(2), 110-118.
- Rahayu, D., & Yunarsih. (2023). Pengaruh Pijat Oksitosin terhadap Produksi ASI pada Ibu Post *Sectio Caesarea*. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 6(2), 1230-1238.
- Wulandari, F. T., Amalia, R., & Puspitasari, N. (2022). Pijat Oksitosin sebagai Upaya Peningkatan Produksi ASI: Studi Literatur. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 10(1), 55-63

LEAFLET PIJAT OKSITOSIN

• Hal yang dapat meningkatkan hormon oksitosin 1. Ibu dalam keadaan tenang 2. Mencium dan mendengarkan celotehan bayi atau tangisannya 3. Melihat dan memikirkan bayinya 4. Ayah menggendong bayi dan diberikan pada ibunya saat akan menyusui. 5. Ayah menggantikan popok dan memandikan • Manfaat perawatan payudara bagi ibu nifas dengan sectio caesarea 1. Membantu ibu secara psikologis 2. Memberikan ketenangan mengurangi stress 3. Meningkatkan rasa percaya diri dan berfikir positif akan kemampuan diri dalam memberikan Asi. 4. Memperlancar pengeluaran ASI 5. Membantu proses involusi uterus 6. Meningkatkan produksi hormon oksitosin	Pijat oksitosin adalah pemijatan pada sepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulang costae kelima dan keenam dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan • Tujuan perawatan payudara Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang refleks oksitosin Atau let down reflex. Selain untuk merangsang let down reflex manfaat pijat oksitosin adalah memberikan kenyamanan pada ibu, mengurangi bengkak, mengurangi sumbatan ASI, Merangsang pelepasan hormone oksitosin, mempertahankan produksi ASI.	Pijat Oksitosin  REVI VIRGINIA KHGA23004  INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT 2026
--	--	--

LANGKAH - LANGKAH Persiapan alat 1) Kursi 2) Meja 3) Minyak aroma terapi / minyak telon aroma terapi 4) BH khusus untuk menyusui. 5) Handuk 2. Langkah langkah pelaksanaan 1) Duduklah dengan nyaman sambil bersandar ke depan, bisa dengan cara melipat lengan di atas meja. 2) pasang kepala di atas lengan 3) Lepas bra dan baju bagian atas. Biarkan payudara tergantung lepas	 4) Lumuri kedua tangan dengan sedikit baby oil 5) Kepalkan kedua tangan dengan ibu jari menunjuk ke depan dimulai dari bagian tulang yang menonjol di tengkuk. Turun sedikit ke bawah kira-kira dua ruas jari dan geser ke kanan ke kiri, setiap kepalan tangan sekitar dua ruas jari  6) Dengan menggunakan kedua ibu jari, mulailah memijat membentuk gerakan melingkar kecil menuju tulang belikat atau daerah dibagian batas bawah bra ibu 7) Lakukan pijat ini sekitar 3 menit dan dapat diulangi sebanyak 3 kali. 8) Setelah selesai memijat sambil membersihkan sisa baby oil, kompres pundak-punggung ibu dengan handuk hangat
---	--

FORMAT BIMBINGAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.L (P1A0)
 POST *SECTIO CAESAREA* POD 0 ATAS INDIKASI
 KETUBAN PECAH DINI DI RUANG JADE RSUD
 dr.SLAMET GARUT**

NAMA : REVI VIRGINIA

NIM : KHGA23004

PEMBIMBING : K. DEWI BUDIARTI,M.KEP

No	Hari/Tanggal	Pokok Bahasan	Catatan	TTD Pembimbing	TTD Mahasiswa
1.	Rabu, 17 juni 2026	BAB I	Perbaiki latar belakang, jangan banyak kata kata yang diulang		
2.	Jumat, 19 juni 2026	BAB I	Perbaiki latar belakang,tambahkan jumlah persalinan normal dan lanjut bab II		
3.	Kamis, 25 juni 2026	BAB II	Perbaiki penulisan, di konsep askep masukan sesuai tinjauan teori		
4	Kamis, 30 juni 2026	BAB II	Perbaiki penulisan, dan penomoran, perbaiki di riwayat		

No	Hari/Tanggal	Pokok Bahasan	Catatan	TTD Pembimbing	TTD Mahasiswa
			kesehatan lanjut bab III & IV		
5	Kamis , 02 juli 2026	BAB III & IV	Perbaiki pemfis, riwayat persalinan, penulisan jangan ada symbol, tambah diagnosa, Perbaiki implementasi dan catatan perkembangan		
6	Jumat, 03 juli 2026	BAB III	Perbaiki Riwayat persalinan, pemfis lanjut buat draf		
7	Senin, 06 juli 2026	Abstrak	Perbaiki Abstrak		
8	Selasa, 07 juli 2026		Acc Sidang		

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1. Identitas

Nama : Revi Virginia
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat,tanggal lahir : Garut,30 Januari 2005
Alamat : Kp.Neglasari Des.Sukawangi
Kec.Tarogong kaler Garut

2. Riwayat Pendidikan

- a. SDN 1 Sukawangi : 2011-2017
- b. SMPN 1 Tarogong Kaler : 2017-2020
- c. SMKN 1 Garut : 2020-2023
- d. Institut Kesehatan Karsa Husada Garut : 2023-2026