

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

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Program
Diploma III Keperawatan Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:

YUNI SRIMULYANI

KHG. A22063



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

2025

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S P1A0
POST *SECTIO CAESAREA* POD 0 (8 jam) ATAS
INDIKASI GAWAT JANIN DI RUANG JADE
RSUD DR. SLAMET GARUT**

NAMA : **YUNI SRIMULYANI**

NIM : **KHGA.22063**

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ini Telah Siap Untuk Diujikan

Dihadapan Penelaah Program Studi D III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, 8 Juli 2025

Menyetujui,

Pembimbing

Eva Daniati, S.Kep., Ners., MPd.

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S P1A0
POST *SECTIO CAESAREA* POD 0 (8 jam) ATAS
INDIKASI GAWAT JANIN DI RUANG JADE
RSUD DR. SLAMET GARUT
NAMA : YUNI SRIMULYANI
NIM : KHGA.22063

Karya Tulis Ilmiah ini telah disidangkan
Dihadapan penguji dan telah dilakukan perbaikan.
Garut, Juli 2025
Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

K.Dewi Budiarti, M.Kep.

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

Mengetahui,
Ketua Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Kaersa Husada Garut

Mengesahkan,
pembimbing

K.Dewi Budiarti, M.Kep.

Eva Daniati, S.Kep., Ners., MPd.

ABSTRAK

IV BAB, 108 Halaman, 14 Tabel, 2 Bagan, 4 Lampiran

Karya tulis ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. S P1A0 Post *Sectio Caesarea* Pod 0 (8 jam) Atas Indikasi Gawat Janin di Ruang Jade RSUD dr. Slame Garut.” Latar belakang pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah tingginya kasus Gawat Janin yang termasuk dalam 8 besar Indikasi di RSUD Dr. Slamet Garut, menempati urutan ke-6 dengan 33 kasus. Bertujuan untuk meningkatkan kemampuan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biologis, psikososial, dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan. Menggunakan metode dekstriptif yang berbentuk studi kasus. Hasil diagnosa yang muncul dari proses asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari kepada Ny. S terdapat 2 masalah teratasi yaitu gangguan mobilitas fisik dan menyusui tidak efektif, 3 masalah teratasi sebagian yaitu nyeri akut, resiko infeksi, dan defisit perawatan diri. Kesimpulan dan rekomendasi yang diperoleh yaitu penulis mampu melakukan asuhan keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Bagi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan pelayanan pada post *sectio caesarea* dapat memperhatikan standar operasional perawatan luka dan mobilisasi, untuk keluarga agar memberi dukungan secara psikologis agar membantu mempercepat penyembuhan pasien.

Kata kunci : *Gawat Janin (fetal distress)*
Daftar Pustaka : (2017-2025)

KATA PENGANTAR

Dengan penuh rasa syukur, penulis mengucapkan terima kasih kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul "**Asuhan Keperawatan pada Ny. S (P1A0) POD 0 (8 jam) *Post Sectio caesarea* atas Indikasi Gawat Janin Di Ruang Jade RSUD dr. Slamet**". Karya ini merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi D-III keperawatan dan meraih gelar Ahli Madya Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Penulis menyadari bahwa dalam proses penyusunan karya tulis ilmiah ini masih terdapat banyak kekurangan. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang konstruktif dari para pembaca demi perbaikan di masa mendatang. Penulis juga ingin menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dan bantuan, baik secara langsung maupun tidak langsung, dalam proses penyusunan Karya Tulis ini. Secara khusus, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiyat MA, selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani garut.
2. Bapak Drs. H Suryadi, Msi, selaku ketua umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kep, Ners., M.Kep selaku ketua Program studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.

5. Ibu Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Pd. selaku dosen pembimbing dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, yang telah menyempatkan waktu dan bimbingannya kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis ini.
6. Dosen-dosen serta staf Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
7. Ny. S beserta keluarga yang telah bersedia untuk bekerjasama dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
8. Kepada kedua orang tua penulis Bapak Nana dan Ibu Suryati, dua orang yang sangat berjasa dalam hidup penulis, dua orang yang selalu mengusahakan anak bungsunya ini menempuh pendidikan setinggi-tingginya meskipun mereka berdua sendiri hanya bisa menempuh pendidikan sampai tahap dasar. Kepada bapak penulis, terimakasih atas setiap cucuran keringat dan kerja keras yang engkau tukarkan menjadi sebuah nafkah demi anakmu bisa sampai kepada tahap ini. Untuk ibu penulis, terimakasih atas segala motivasi, pesan, doa, dan harapan yang selalu mendampingi setiap langkah dan ikhtiar anakmu untuk menjadi seseorang yang berpendidikan, terimakasih atas kasih sayang tanpa batas yang tak pernah lekang oleh waktu, atas kesabaran dan pengorbanan yang selalu mengiringi perjalanan hidup penulis, terimakasih telah menjadi sumber kekuatan dan inspirasi, serta pelita yang tak pernah padam dalam setiap langkah yang penulis tempuh. Terakhir, terimakasih atas segala hal yang kalian berikan yang tak terhitung jumlahnya.

9. Kedua kakak kesayangan penulis terimakasih atas do`a dan dukungannya, yang telah berhasil membawa penulis sampai sejauh ini sehingga akhirnya mampu menyelesaikan studi DIII Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.
10. Kepada patner special Aditiya Syahputra yang selalu menemani dan selalu menjadi support system penulis pada hari yang tidak mudah selama proses pengerjaan Karya Tulis Ilmiah. Terimakasih telah mendengarkan keluh kesah, berkontribusi banyak dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, memberikan dukungan, semangat, tenaga, pikiran maupun bantuan dan senantiasa sabar menghadapi penulis, terimakasih telah menjadi bagian perjalanan penulis hingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Kepada kucing peliharaan penulis Cio dan Coki yang selalu menemani dan menghibur penulis disaat putus asa.
12. Kepada sahabat penulis dibangku perkuliahan yang selalu membersamai dalam tiga tahun ini yang banyak membantu penulis dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah dan tak pernah henti saling menyemangati. *See you on top, guys!*
13. Kepada seluruh rekan-rekan seperjuangan D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut angkatan XXIX dan khususnya untuk kelas B terimakasih atas kebersamaan, kerja sama, dan dukungan yang telah diberikan selama proses perkuliahan. Semangat dan solidaritas menjadi bagian penting dalam perjalanan penulis.
14. Yuni Srimulyani, ya! diri saya sendiri. Apresiasi sebesar-besarnya yang telah berjuang untuk menyelesaikan apa yang telah dimulai. Sulit bisa bertahan sampai dititik ini, terimakasih untuk tetap hidup dan merayakan dirimu sendiri,

walaupun sering kali putus asa atas apa yang sedang diusahakan. Tetaplah jadi manusia yang mau berusaha dan tidak lelah untuk mencoba.

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

Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi penulis khususnya, dan bagi semua pembaca pada umumnya, serta mendapatkan keridhoan-nya yang senantiasa selalu kita harapkan. Akhir kata penulis berharap semoga amal baik dari berbagai pihak mendapat balasan yang berlipat dari Allah SWT. Aaamiin.

Garut, Juli 2025

Yuni Srimulyani

DAFTAR ISI

ABSTRAK	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR BAGAN.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	6
C. Metode Penulisan	7
D. Sistematika Penulisan	9
BAB II TINJAUAN MATERI.....	10
A. Konsep Dasar Teori	10
1. Gawat Janin (<i>Fetal Distress</i>).....	10
2. Konsep Dasar <i>Sectio Caesarea</i>	15
3. Konsep Dasar Postpartum	23
4. Dampak <i>Post Sectio caesarea</i> terhadap Kebutuhan dasar	31
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	31
1. Pengkajian	31
2. Diagnosa Keperawatan.....	46
3. Perencanaan Keperawatan.....	46
4. Implementasi	55
5. Evaluasi	56
BAB III TINJAUAN KASUS	57
A. Tinjauan Kasus	57
1. Pengkajian	57
2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas	71
3. Proses Keperawatan	74

4. Catatan Perkembangan	86
B. Pembahasan.....	92
1. Tahap Pengkajian	92
2. Diagnosa Keperawatan.....	95
3. Perencanaan.....	98
4. Tahap pelaksanaan	99
5. Tahap Evaluasi	101
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	104
A. Kesimpulan.....	104
B. Rekomendasi	105
DAFTAR PUSTAKA.....	107
LAMPIRAN	
Error! Bookmark not defined.	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Presentasi Sectio Caesarea dengan berbagai indikasi di RSUD dr. Slamet Garut Periode Januari-April 2025	5
Tabel 2.1 <i>Involusi Uterus</i>	25
Tabel 2.2 Analisa Data	42
Tabel 2.3 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut.....	47
Tabel 2.4 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Risiko Infeksi	49
Tabel 2.5 Perencanaan Diagnosa keperawatan Defisit Perawatan Diri.....	50
Tabel 2.6 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik.....	52
Tabel 2.7 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Risiko menyusui Tidak efektif...	53
Tabel 2.8 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Gangguan Pola Tidur	55
Tabel 3.1 Pola Aktivitas Sehari-hari.....	65
Tabel 3.2 Hasil Laboratorium	68
Tabel 3.3 Therapy Medis.....	68
Tabel 3.4 Analisa Data	69
Tabel 3.5 Proses Keperawatan	74
Tabel 3.6 Catatan Perkembangan Hari ke-1.....	86
Tabel 3.7 Catatan Perkembangan Hari ke-2.....	90

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Gawat Janin (<i>Fetal Distress</i>).....	13
Bagan 2.2 Pathway Sectio Caesarea atas indikasi Gawat Janin (Fetal Distress)	20

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran II Leaflet

Lampiran III Lembar Bimbingan

Lampiran IV Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator penting dalam menentukan tingkat kesehatan masyarakat, karena dapat menggambarkan kesehatan penduduk secara umum, dimana AKI dan AKB sangat sensitif terhadap perubahan tingkat kesehatan dan kesejahteraan (Jamaluddin 2024). AKI adalah jumlah kematian ibu sebagai akibat dari komplikasi kehamilan, persalinan, dan masa nifas setiap 100.000 kelahiran hidup, sedangkan AKB adalah jumlah kematian bayi yang berusia 0 sampai 12 bulan per 1000 kelahiran hidup (Nurhafni et al., 2021). Berdasarkan hasil *Sample Registration System (SRS) Litbangkes* Tahun 2016, penyebab utama kematian bayi adalah prematur, komplikasi kejadian persalinan asfiksia, gawat janin, infeksi dan cacat lahir (Permata Sari et al. 2023).

Angka kematian ibu di dunia berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2017 setiap harinya adalah 817 jiwa. Berdasarkan data UNICEF pada tahun 2020 AKB di dunia mencapai 2,5 juta kematian sebelum usia satu bulan. Kematian ibu dan bayi sebagian besar terjadi di negara-negara berkembang (Nurhafni et al. 2021). AKI di Indonesia masih terkategori tinggi untuk cakupan Asia Tenggara.

AKI di Indonesia tahun 2022 masih di kisaran 305/100.000 KH, hal ini belum mencapai target rencana strategi Kementerian Kesehatan pada

tahun 2020-2024, dalam misi presiden di bidang kesehatan yang menargetkan penurunan AKI yaitu 183/100.000 KH (Utami. et Al. 2024). Secara nasional AKB telah menurun dari 24 kematian per 1.000 KH menjadi 17 kematian per 1.000 KH. Hasil tersebut menunjukkan penurunan yang signifikan, bahkan melampaui target di tahun 2022 yaitu 18,6% kematian per 1.000 Kelahiran Hidup. Hal tersebut harus tetap dipertahankan guna mendukung target di Tahun 2024 yaitu 16 kematian per 1.000 Kelahiran Hidup dan 12 kematian per 1.000 Kelahiran Hidup di Tahun 2030 (Utami. et Al. 2024).

Tingkat Provinsi Jawa Barat, berdasarkan data Profil Kesehatan, tercatat 678 kasus kematian ibu pada tahun 2022. Angka ini meningkat sebesar 114 kasus menjadi 792 kasus pada tahun 2023 atau setara dengan 97 per 100.000 KH. Rincian kematian tersebut meliputi 178 kasus pada masa kehamilan, 120 kasus saat persalinan, 484 kasus pada masa nifas, serta 10 kasus yang belum diketahui penyebabnya. Sementara itu, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat mencatat bahwa pada tahun 2023 terjadi kematian bayi sebesar 6 per 1.000 KH, dengan sebagian besar 4.501 kasus terjadi pada masa neonatal. Penyebab utama kematian pada masa neonatal adalah Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan prematuritas disusul oleh asfiksia dan gawat janin serta penyebab lainnya (Amanda, 2024).

Gawat janin merupakan suatu keadaan dimana janin tidak menerima oksigen yang cukup, sehingga mengalami sesak atau kekurangan asupan nutrisi di dalam kandungan. Gawat janin ditandai

dengan frekuensi denyut janin kurang dari 120x/menit atau lebih dari 160x/menit, berkurangnya gerakan janin, air ketuban berwarna kehijauan atau berbau. Dalam keadaan gawat janin ibu hamil memiliki indikasi untuk melakukan persalinan *Sectio Caesarea*, dikarenakan gawat janin mengakibatkan resiko kematian janin apabila tidak ditangani dengan benar (Khamisya, 2023). Salah satu penyebab gawat janin adalah gangguan pada oksigenasi janin yang bisa dipicu oleh berbagai kondisi seperti infeksi, gangguan aliran darah plasenta, atau kelainan pada tali pusat (Shariff & Annisa, 2025).

Gawat janin atau *fetal distress* bisa terjadi karena berbagai faktor, misalnya kontraksi rahim yang terlalu kuat atau terjadi terlalu cepat sebelum waktunya. Selain itu, masalah pada plasenta yang menyebabkan pasokan oksigen dan nutrisi ke janin berkurang juga bisa jadi penyebab. Kehamilan kembar, komplikasi seperti preeklamsia, usia kehamilan yang lewat dari 42 minggu, atau hamil di usia di atas 35 tahun juga meningkatkan risiko terjadinya gawat janin. Kondisi kesehatan ibu seperti hipertensi, diabetes, anemia, asma, atau gangguan tiroid (seperti hipertiroidisme) juga bisa berpengaruh. Gawat janin juga bisa disebabkan oleh perdarahan sebelum persalinan (*antepartum*), contohnya kalau plasenta terlepas dari rahim karena trauma atau cedera. Untuk menangani kondisi ini, biasanya dilakukan resusitasi dalam kandungan, mempersiapkan proses persalinan, dan memantau kondisi bayi dengan ketat. Persalinan bisa dilakukan secara normal melalui vagina, dibantu

dengan alat vakum untuk menarik kepala bayi, atau lewat operasi SC (*Sectio Caesarea*) (Putri, Astuti & Damaila, 2021).

Sectio Caesarea (SC) adalah persalinan bayi melalui sayatan perut terbuka (*laparotomi*) dan sayatan di dalam rahim (*histerektomi*). Metode persalinan dengan *sectio caesarea* dilakukan atas indikasi medis, jika kelahiran melalui vagina beresiko pada ibu maupun pada janin. Indikasi *sectio caesarea* terdiri atas dua yaitu indikasi medis dan non indikasi. Indikasi merupakan syarat-syarat yang harus dipenuhi yang menentukan perlu tidaknya tindakan dilakukan. Ada dua faktor yang mempengaruhi indikasi medis dilakukannya *sectio caesarea* yaitu faktor janin dan faktor ibu. Faktor janin terdiri dari bayi terlalu besar, kelainan letak, ancaman gawat janin, janin abnormal, faktor plasenta, kelainan tali pusat dan bayi kembar. Sedangkan faktor ibu terdiri dari usia, jumlah anak yang dilahirkan (*paritas*), keadaan panggul, penghambat jalan lahir, kelainan kontraksi rahim, ketuban pecah dini (KPD), dan Preeklampsia (Tambuwun, 2023)

World Health Organization (WHO) memberikan rekomendasi rentang jumlah populasi untuk persalinan *sectio caesarea* berdasarkan jumlah populasi bagi setiap negara yaitu 5-15%. Data dari Riset Kesehatan Dasar, menunjukkan bahwa kejadian persalinan dengan tindakan *sectio caesarea* di Indonesia mencapai 19,8% dari total 31.764 kelahiran sepanjang tahun 2021 sedangkan di Jawa Barat kejadian *sectio caesarea* sekitar 19,8%. Berdasarkan data dari Medical Record Rumah Sakit Umum

daerah (RSUD) Garut pada periode Januari-April tahun 2025 terdapat kasus ibu melahirkan dengan tindakan *sectio caesarea* sebagai berikut:

Tabel 1.1 Presentasi Sectio Caesarea dengan berbagai indikasi di RSUD dr. Slamet Garut Periode Januari-April 2025

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

Sumber : Data Rekam Medik RSUD dr. Slamet Garut Januari-April 2025

Berdasarkan tabel 1.1 yang dapat dilihat bahwa jumlah persalinan dengan *sectio caesarea* pada bulan Januari-April adalah 794 dengan *sectio caesarea* atas indikasi Gawat Janin ini menempati urutan ke enam dengan presentase 4,15%. (Rekam medik di RSU dr. Slamet Garut 2024). Persalinan dengan metode *sectio caesarea* memiliki risiko terhadap kesehatan ibu dan janin. Risiko yang bisa terjadi pada ibu meliputi infeksi *pasca* pembedahan, ruptur uteri, waktu pemulihan yang lebih lama, serta biaya persalinan yang lebih mahal (Putra, Wandia, & Harkitasari 2021).

Berdasarkan hal tersebut maka penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan dengan judul “**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S (P1A0) POST SECTIO CAESAREA POD 0 (8 jam) ATAS INDIKASI GAWAT JANIN DI RUANG JADE RSUD dr. SLAMET GARUT**”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman secara nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada ibu dengan post *sectio caesarea* atas indikasi gawat janin secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biologi, psikologi, sosial dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

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

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. S (P1A0) dengan *Post Sectio Caesarea POD 0* (8 jam) atas indikasi gawat Janin diruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
- b. Penulis mampu menetapkan diagnosis keperawatan pada Ny. S (P1A0) dengan *Post Sectio Caesarea POD 0* (8 jam) atas indikasi gawat Janin diruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
- c. Penulis mampu menyusun rencana tindakan asuhan keperawatan dengan tepat pada Ny. S (P1A0) dengan *Post Sectio Caesarea POD 0* (8 jam) atas indikasi gawat Janin diruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
- d. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan dengan terampil pada Ny. S (P1A0) dengan *Post Sectio Caesarea POD 0* (8 jam) atas indikasi gawat Janin diruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.

- e. Penulis mampu melakukan evaluasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny. S (P1A0) dengan *Post Sectio Caesarea POD 0* (8 jam) atas indikasi gawat Janin diruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
- f. Penulis mampu mendokumentasikan pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. S (P1A0) dengan *Post Sectio Caesarea POD 0* (8 jam) atas indikasi gawat Janin diruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.

C. Metode Penulisan

Metode penulisan pada Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan metode deskriptif. Metode ini mencakup studi kepustakaan yang melibatkan pengumpulan dan pembahasan data melalui pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

1. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

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

b. Pemeriksaan Fisik

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

c. Observasi

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

2. Sumber Data

a. Data Primer

Data Primer adalah data yang diperoleh langsung dari klien.

b. Data Sekunder

Data Sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medis, perawat, hasil pemeriksaan lainnya, dan tim kesehatan lainnya.

3. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah mempelajari buku sumber yang terkait dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

4. Partisipasi Aktif

Partisipasi dari pasien dan keluarga yang memberikan informasi terkait kondisi pasien serta bekerja sama selama dilakukannya proses asuhan keperawatan.

D. Sistematika Penulisan

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

BAB I: Menjelaskan tentang latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode telaahan dan sistematika penulisan.

BAB II: Menguraikan tinjauan teoritis yang membahas tentang konsep dasar gawat janin (*Fetal Distress*), konsep dasar *Sectio Caesarea*, konsep dasar *post partum*, dan konsep dasar asuhan keperawatan.

BAB III: 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 MATERI

A. Konsep Dasar Teori

1. Gawat Janin (*Fetal Distress*)

a. Pengertian Gawat Janin

Gawat janin merupakan suatu keadaan dimana janin tidak menerima oksigen yang cukup, sehingga mengalami sesak atau kekurangan asupan nutrisi di dalam kandungan (Khamisya, 2023).

Gawat janin (*fetal distress*) merupakan suatu keadaan patologis yang terjadi ketika janin mengalami hipoksia akibat ketidakseimbangan antara kebutuhan oksigen dengan pasokan yang diterima melalui plasenta (Wijayanti, 2023).

Menurut Yuliani, et al (2021), gawat janin adalah kondisi di mana terjadi gangguan pertukaran oksigen antara ibu dan janin, yang ditandai dengan gangguan irama jantung janin, perubahan gerakan janin, dan/atau tanda klinis lain yang menunjukkan hipoksia atau janin mengalami kelebihan asam dalam darahnya saat masih berada di dalam rahim (*asidosis intrauterin*).

Berdasarkan pengertian yang sudah dipaparkan dapat disimpulkan bahwa gawat janin adalah kondisi janin yang mengalami kekurangan oksigen atau hipoksia sehingga janin harus segera dilahirkan.

b. Etiologi

Etiologi gawat janin sangat kompleks dan *multifaktorial*. Faktor-faktor yang menyebabkan gangguan oksigenasi janin meliputi gangguan pada ibu, plasenta, tali pusat, maupun janin itu sendiri. membagi penyebab utama *fetal distress* sebagai berikut:

- 1) Faktor maternal: hipertensi dalam kehamilan, preeklamsia, anemia berat, diabetes melitus gestasional.
- 2) Faktor plasenta: insufisiensi plasenta, solusio plasenta, plasenta previa.
- 3) Faktor tali pusat: lilitan tali pusat, simpul tali pusat, prolaps tali pusat.
- 4) Faktor janin: pertumbuhan janin terhambat (IUGR), kehamilan lebih 42 minggu (post-term), kelainan bawaan sejak lahir (kongenital).

Gangguan-gangguan tersebut akan menurunkan perfusi darah oksigenasi ke janin dan mengganggu *metabolisme* normal, sehingga menyebabkan gangguan keseimbangan asam-basa *intrauterin* (Yuliani, et al 2021)

c. Tanda dan Gejala

Menurut Lestari, et al (2020), tanda dan gejala gawat janin dapat dikenali melalui pemantauan denyut jantung janin (DJJ), aktivitas janin, serta kondisi cairan ketuban. Manifestasi klinis umum pada fetal distress meliputi:

- 1) *Bradikardi* janin: DJJ <110 x/menit
- 2) *Takikardi* janin: DJJ >160 x/menit
- 3) *Variabilitas* DJJ minimal atau tidak ada
- 4) *Deselerasi* lambat atau variabel
- 5) Keluarnya *mekonium* dalam cairan ketuban
- 6) Penurunan gerakan janin yang dirasakan ibu

Deteksi dini sangat penting karena keterlambatan penanganan meningkatkan risiko komplikasi berat bagi janin.

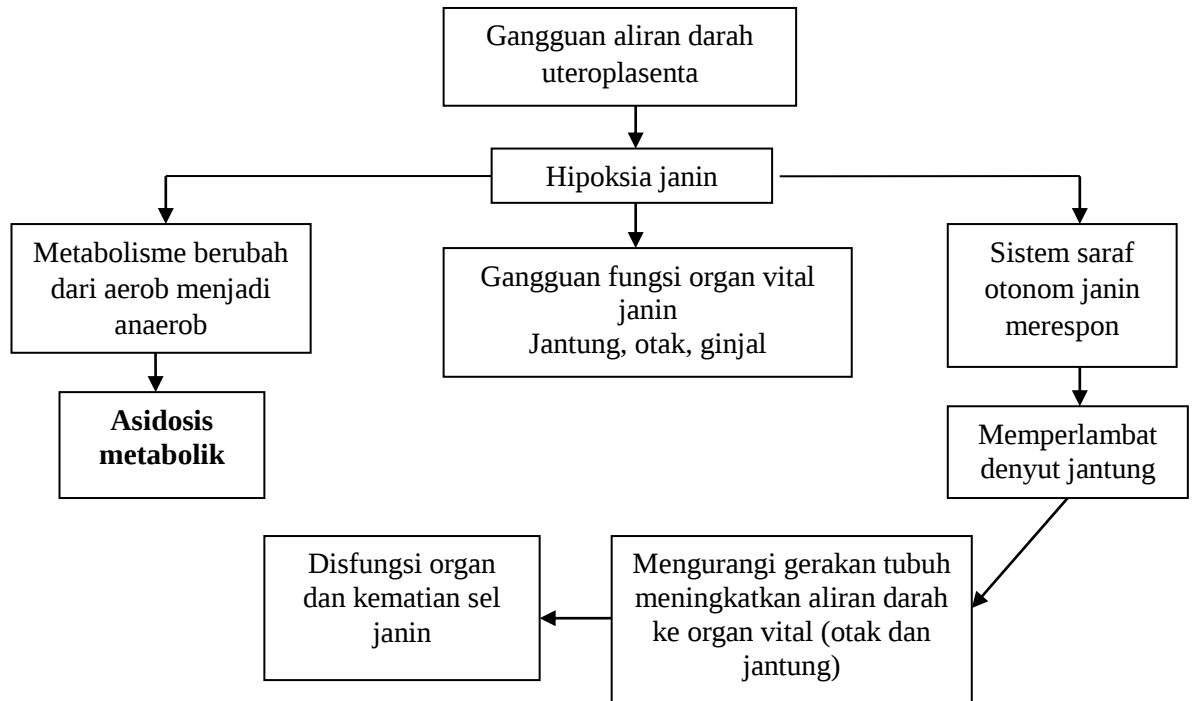
d. Patofisiologi

Dalam kondisi normal, oksigen dari ibu ditransfer ke janin melalui plasenta dan tali pusat. Gangguan aliran darah *uteroplasenta* menyebabkan hipoksia janin. Widodo, et al (2021) menjelaskan bahwa hipoksia menyebabkan perubahan metabolisme dari membutuhkan oksigen (*aerob*) menjadi tidak memerlukan oksigen (*anaerob*), menghasilkan asam laktat yang memicu *asidosis metabolik*. Jika berlanjut, terjadi gangguan fungsi organ vital janin seperti jantung, otak, dan ginjal.

Sistem saraf otonom janin merespons hipoksia dengan memperlambat denyut jantung, mengurangi gerakan tubuh, dan meningkatkan aliran darah ke organ vital (otak dan jantung). Namun, kemampuan kompensasi ini terbatas dan hanya efektif jangka pendek. Hipoksia berlanjut menyebabkan disfungsi organ dan kematian sel janin (Yuliani, et al 2021).

e. Pathway

Bagan 2.1 Pathway Gawat Janin (*Fetal Distress*)



Yuliani, et al (2021)

f. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang bertujuan memastikan diagnosis *fetal distress* dan menilai kesejahteraan janin secara objektif (Lestari et al. 2022) menyebutkan pemeriksaan yang umum digunakan:

- 1) Cardiotocography (CTG): monitoring denyut jantung janin dan kontraksi uterus secara terus menerus. CTG abnormal menunjukkan *bradikardi*, *takikardi*, atau *deselerasi*.
- 2) Profil Biofisik Janin (PBF): kombinasi USG dan CTG untuk menilai gerakan janin, tonus otot, pernapasan, cairan ketuban, dan reaktivitas denyut jantung.

- 3) USG Doppler: menilai aliran darah arteri umbilikalis dan vena umbilikalis.
- 4) Amnioskopi atau pemeriksaan lakmus air ketuban: mendeteksi keberadaan *mekonium* atau infeksi intrauterin.

g. Komplikasi

Fetal distress yang tidak tertangani dengan cepat dapat menyebabkan komplikasi serius seperti:

- 1) Asfiksia neonatorum: kegagalan bernapas spontan setelah lahir.
- 2) Ensefalopati hipoksik-iskemik: kerusakan otak akibat kekurangan oksigen.
- 3) Cacat neurologis permanen, misalnya kelainan gerak akibat gangguan otak saat bayi (*cerebral palsy*).
- 4) Kematian janin intrauterin akibat hipoksia berkepanjangan Retno, et al (2020).

h. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan gawat janin bersifat emergensi dan harus dilakukan segera. Widodo, et al (2021) menguraikan langkah penatalaksanaan sebagai berikut:

- 1) Posisi ibu dimiringkan ke kiri untuk meningkatkan perfusi *uteroplasenta*.
- 2) Pemberian oksigen melalui masker.
- 3) Hentikan pemberian obat *uterotonik* (misalnya oksitosin) jika sedang diberikan.

- 4) Pemberian hidrasi intravena untuk meningkatkan volume plasma.
- 5) Pemeriksaan dalam untuk menilai pembukaan serviks dan posisi janin.
- 6) Bila kondisi janin memburuk, dilakukan tindakan *Sectio caesarea* darurat untuk menyelamatkan janin.

2. Konsep Dasar *Sectio Caesarea*

a. Pengertian *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea merupakan salah satu tindakan bedah obstetri yang paling sering dilakukan untuk menyelamatkan ibu dan janin ketika persalinan pervaginam mengalami kendala atau berisiko tinggi. Prosedur ini melibatkan pembuatan insisi pada dinding abdomen (*laparotomi*) dan rahim (*histerotomi*) untuk mengeluarkan bayi, plasenta, dan membran janin secara cepat dan aman (Putri, et al, 2022)

Menurut Sari, et al (2023) *Sectio caesarea* dapat dikategorikan menjadi elektif dan emergensi. *Sectio caesarea* elektif adalah tindakan yang dijadwalkan sebelumnya, biasanya karena indikasi medis yang diketahui sejak awal, sedangkan *Sectio caesarea* emergensi dilakukan secara mendadak sebagai respons terhadap keadaan gawat yang mengancam keselamatan ibu atau janin. Dalam kedua kasus tersebut, keputusan harus didasarkan pada

keseimbangan risiko dan manfaat dengan mempertimbangkan kondisi klinis terkini.

b. Etiologi

Etiologi atau penyebab yang melatar belakangi kebutuhan tindakan *Sectio caesarea* sangat beragam dan berhubungan dengan kondisi ibu, janin, dan faktor obstetrik. Faktor etiologis utama meliputi:

- 1) Gangguan persalinan seperti *distosia* bahu, ketuban pecah dini tanpa kontraksi, dan persalinan macet.
- 2) Komplikasi plasenta seperti plasenta previa, solusio plasenta, dan insufisiensi plasenta yang menghambat kelancaran persalinan normal.
- 3) Kelainan letak janin seperti sungsang atau melintang yang sulit atau berisiko tinggi jika dilakukan persalinan pervagina.
- 4) Gawat janin akibat hipoksia atau distres janin yang tidak membaik dengan intervensi *konservatif*
- 5) Riwayat operasi rahim sebelumnya yang berisiko menyebabkan ruptur uterus pada persalinan berikutnya.
- 6) Kondisi maternal seperti preeklamsia berat, infeksi genital aktif, dan penyakit kronis yang memperberat proses persalinan (Sari, et al, 2023).

c. Indikasi

Indikasi *Sectio caesarea* bervariasi dan kompleks, tergantung pada kondisi ibu, janin, dan proses persalinan. Indikasi absolut menunjukkan kondisi yang sangat berbahaya jika persalinan normal tetap dipaksakan, sedangkan indikasi relatif adalah kondisi yang dapat dilakukan persalinan normal dengan risiko tertentu tetapi tetap mempertimbangkan *Sectio caesarea* sebagai pilihan terbaik (Putri, et al, 2022)

1) Indikasi absolut:

- a) Gawat janin yang tidak dapat diatasi dengan metode lain, misalnya hipoksia janin berat.
- b) Previa plasenta, yaitu plasenta yang menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir sehingga persalinan normal tidak mungkin dilakukan.
- c) Kelainan letak janin seperti letak sungsang atau melintang dengan usaha persalinan normal yang berisiko tinggi.
- d) Obstruksi jalan lahir seperti tumor serviks atau fibroid besar.
- e) Riwayat operasi rahim sebelumnya yang berisiko mengalami ruptur rahim.

2) Indikasi Relatif

- a) Persalinan macet (distosia) yang tidak merespons dengan baik terhadap intervensi persalinan.

- b) Hipertensi dalam kehamilan, preeklamsia berat dengan komplikasi yang membahayakan.
- c) Makrosomia janin (berat bayi besar) yang berisiko mengalami distosia bahu.
- d) Infeksi genital aktif seperti herpes genital yang dapat menular ke bayi melalui jalan lahir.

d. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala yang mengarah pada perlunya *Section caesarea* biasanya berkaitan dengan kondisi klinis ibu dan janin yang mengindikasikan risiko tinggi atau kegawat persalinan. Tanda-tanda tersebut meliputi:

- 1) Penurunan atau perubahan denyut jantung janin yang tidak normal pada pemantauan CTG, seperti *bradikardi* (<110 bpm), *deselerasi* lambat, dan *variabilitas* denyut jantung minimal.
- 2) Perdarahan vagina yang tidak normal, seperti pada plasenta previa atau solusio plasenta.
- 3) Nyeri perut yang hebat dan mendadak, yang dapat menandakan ruptur uterus atau solusio plasenta.
- 4) Tidak adanya kemajuan dalam persalinan walaupun terjadi kontraksi uterus kuat, menandakan persalinan macet
- 5) Keluhan maternal seperti hipertensi berat, kejang, atau tanda-tanda preeklamsia yang tidak terkontrol.

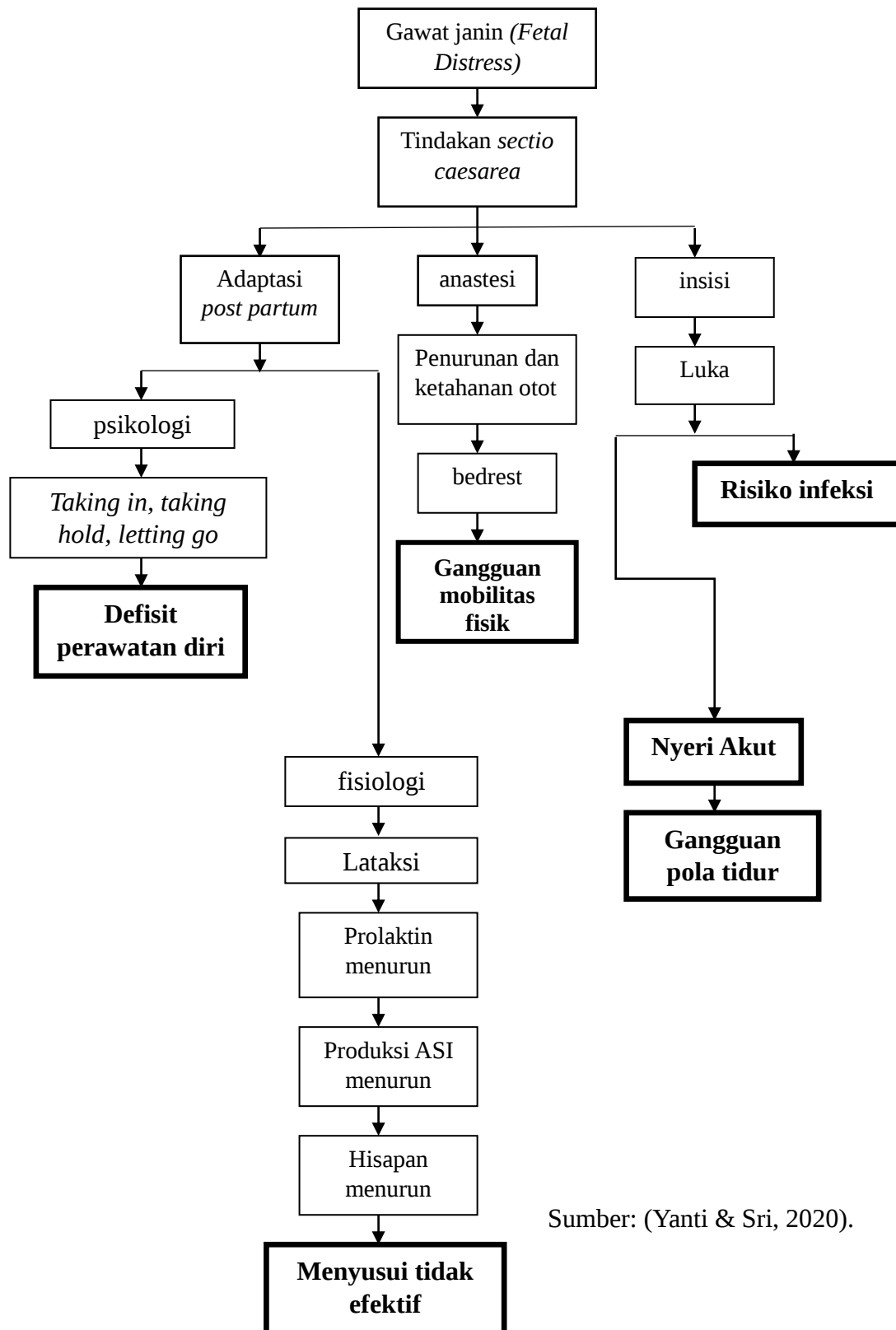
6) Infeksi genital aktif dengan luka atau lesi yang mengancam penularan ke bayi jika dilakukan persalinan normal (Sari, et al, 2023).

e. Patofisiologi

Sectio caesarea sebagai prosedur operasi membawa dampak fisiologis yang cukup signifikan bagi ibu, khususnya terkait dengan respons stres, perubahan hemodinamik, dan potensi komplikasi infeksi. Selama operasi, tekanan intraabdominal meningkat, dan *anestesi* yang digunakan dapat menimbulkan hipotensi serta depresi respirasi yang harus dipantau ketat.

Selain itu, operasi caesar mengganggu integritas dinding rahim dan jaringan sekitarnya, sehingga proses penyembuhan luka menjadi krusial untuk mencegah komplikasi seperti infeksi atau ruptur rahim pada kehamilan berikutnya (Sari, et al, 2023).

f. Pathway

Bagan 2.2 Pathway *Section Caesarea* atas indikasi Gawat Janin (*Fetal Distress*)

Sumber: (Yanti & Sri, 2020).

g. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang *esensial* sebelum dan selama persiapan SC meliputi pemeriksaan *ultrasonografi* untuk memastikan posisi janin, letak plasenta, dan volume cairan ketuban. Pemeriksaan laboratorium seperti hitung darah lengkap, *koagulasi*, dan fungsi ginjal penting untuk menilai kondisi ibu sebelum menjalani operasi.

Monitoring fetal dengan CTG juga dilakukan untuk memantau status kesejahteraan janin secara real-time. Selain itu, pemeriksaan *elektrokardiogram* (EKG) ibu dan pemeriksaan pra anestesi menjadi bagian penting dalam mempersiapkan operasi sesar agar risiko komplikasi anestesi dapat diminimalkan (Utami. et al. 2024)

h. Komplikasi

Komplikasi *Sectio caesarea* tidak jarang terjadi dan dapat memengaruhi morbiditas jangka pendek maupun jangka panjang bagi ibu dan bayi. Menyebutkan komplikasi utama meliputi:

- 1) Perdarahan *postpartum*: Baik intraoperatif maupun pascaoperatif yang dapat menyebabkan anemia atau memerlukan transfusi darah.
- 2) Infeksi luka operasi: Endometritis, infeksi luka kulit, atau abses intraabdominal.
- 3) *Tromboemboli*: Risiko trombosis vena dalam dan emboli paru meningkat karena imobilitas pascaoperasi.

- 4) *Adhesi peritoneal*: Dapat menyebabkan nyeri kronis dan gangguan fertilitas.
- 5) Risiko gangguan pernapasan neonatal: Bayi yang lahir melalui *Sectio caesarea* lebih berisiko mengalami sindrom gangguan pernapasan karena tidak mendapatkan tekanan dari jalan lahir saat persalinan normal (Santoso, et al, 2022).

i. Penataklaksanaan

Menurut Putri et al, (2022) Penatalaksanaan *Sectio caesarea* memerlukan pendekatan multidisiplin dan persiapan menyeluruh yang dimulai dari praoperasi hingga pemulihan pascaoperasi. Menggaris bawahi pentingnya edukasi dan persiapan psikologis ibu serta monitoring ketat terhadap kondisi fisiologis selama proses ini.

1) Praoperasi:

- a) Pemeriksaan laboratorium lengkap seperti hemoglobin, hitung darah lengkap, dan golongan darah.
- b) Puasa minimal 6-8 jam untuk mengurangi risiko aspirasi saat anestesi.
- c) Pemberian antibiotik profilaksis untuk mencegah kecemasan ibu.

2) Intraoperasi

- a) Penentuan jenis anestesi yang tepat (umumnya spinal atau epidural).

b) Pengaturan posisi ibu dalam posisi dorsal dengan sedikit kemiringan ke kiri untuk menghindari kompresi vena kava inferior.

c) Monitoring tanda vital ibu dan janin secara kontinu.

3) Pascaoperasi

a) Pemantauan tanda vital, perdarahan, dan tanda infeksi.

b) Penanganan nyeri dengan analgetik sesuai kebutuhan.

c) Perawatan luka operasi dengan menjaga kebersihan dan penggantian perban.

d) Mobilisasi dini untuk mencegah tromboemboli.

e) Edukasi tentang perawatan diri dan tanda-tanda komplikasi yang harus diwaspadai

3. Konsep Dasar Postpartum

a. Pengertian *Post Partum*

Menurut Cunningham, et al, (2022), masa postpartum adalah periode setelah kelahiran yang dimulai segera setelah plasenta lahir hingga sekitar 6 minggu pasca persalinan, ketika organ reproduksi dan fisiologi ibu secara bertahap kembali ke keadaan pra-kehamilan. *Postpartum* merupakan masa pemulihan yang kompleks, mencakup aspek fisiologis, psikologis, dan sosial, yang membutuhkan perhatian dan pemantauan ketat.

Masa ini seringkali disebut masa nifas, dan secara medis terbagi menjadi beberapa tahapan yang memerlukan intervensi keperawatan untuk mencegah komplikasi dan mendukung proses adaptasi ibu terhadap peran barunya (Simkin, et al, 2021)

b. Periode *Postpartum*

Postpartum dibagi menjadi tiga fase, yaitu:

- 1) *Postpartum* dini (0–24 jam): Masa ini ditandai dengan penyesuaian *hemodinamik* dan *hormonal* secara cepat. Pengawasan ketat dilakukan untuk mendeteksi perdarahan *postpartum*, *hipotensi*, atau syok.
- 2) *Postpartum* lanjut (24 jam–7 hari): Periode ini mencakup proses *invulusi uterus*, pengeluaran *lochia*, dan pembentukan pola menyusui. Ibu mulai belajar merawat bayi dan melakukan penyesuaian terhadap rutinitas baru.
- 3) *Postpartum* akhir (7 hari–6 minggu): Perubahan *hormonal* berlanjut, siklus menstruasi dapat mulai kembali (pada ibu yang tidak menyusui), dan adaptasi psikososial mencapai kestabilan (Lowdermilk, et al, 2022).

c. Perubahan Fisiologis Masa *Postpartum*

Menurut (Cunningham,et al. 2022) Perubahan fisiologis pada masa *postpartum* perubahan yang terjadi pada ibu *postpartum*, yaitu:

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

(1) Involusi Uterus

Involusi uterus, yaitu proses pengecilan ukuran uterus kembali ke ukuran sebelum hamil. Proses ini dibantu oleh *kontraksi uterus* yang dipicu oleh hormon oksitosin.

(2) Kontraksi

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respons terhadap penurunan volume intra uterin yang sangat besar.

(3) Afterpains

Kondisi ini banyak terjadi pada *primipara*, tonus uterus meningkat sehingga fundus pada umumnya tetap kencang. Relaksasi dan kontraksi yang periodic sering dialami *multipara* dan bisa menimbulkan nyeri yang bisa bertahan sepanjang awal puerperium.

Tabel 2.1 Involusi Uterus

Involusi Uterus	TFU
Hari ke 1	Setinggi Pusat
Hari ke 2	1-2 jari dibawah pusat
Hari ke 3	Pertengahan simpisis
Hari ke 7	3 Jari diatas simpisis
Hari ke 9	1 Jari diatas simpisis
Hari ke 10 atau 12	Tidak teraba dari luar

b) Tempat Plasenta

Setelah plasenta dan ketuban dikeluarkan, kontraksi *vaskuler* dan *thrombosis* menurunkan tempat plasenta ke suatu area yang meninggi dan *bernodul* dan tidak teratur. Pertumbuhan *endometrium* ke atas menyebabkan pelepasan jaringan *nekrotik* dan mencegah pembentukan jaringan parut yang menjadi karakteristik penyembuhan luka.

c) *Lokhea*

Lokhea adalah cairan secret yang berasal dari vacuum uteri dan vagina selama masa nifas. Terbagi menjadi 3 yaitu:

- (1) *Lochia rubra* (hari ke 1-4): *Lokhea* yang terjadi pada hari ke 1-4 setelah persalinan, warna merah terang sampai dengan merah tua. Merupakan darah segar dan terdapat sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel *desidua*, *vetriks caseora*, *lanugo* dan *mechonium*. Cairan ini berbau amis.
- (2) *Lokhea serosa* (hari ke 5-10): *Lokhea serosa* adalah pengeluaran secret berwarna merah muda sampai dengan kekuning-kuningan dan kemudian berubah menjadi kecoklatan terjadi pada hari ke 3 sampai hari ke 10 pasca persalinan.
- (3) *Lokhea alba* (hari ke 10-21): *Lokhea alba* *lokhea* yang terakhir. Dimulai dari hari ke 10 kemudian makin lama semakin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai 1 atau

2 minggu berikutnya. Berbentuk seperti cairan putih, merupakan keluaran yang hampir tidak berwarna.

d) Serviks

Serviks menjadi lunak segera setelah ibu melahirkan, 18 jam pasca partum, serviks memendak dan konsistensinya menjadi padat dan kembali ke bentuk semula.

e) Vagina dan Perineum

Estrogen pasca partum yang menurun berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae vagina yang semula sangat meregang akan kembali bertahap ke ukuran sebelum hamil, 6 minggu sampai 8 minggu setelah bayi lahir, rugae akan kembali terlihat pada sekitar minggu ke 4. Mukosa akan tetap *atropik* pada wanita yang menyusui sekurang-kurangnya sampai menstruasi dimulai kembali.

2) Sistem Endokrin

Kadar hormon *estrogen* dan *progesteron* menurun drastis pasca persalinan, sehingga hormon prolaktin meningkat untuk mendukung laktasi. Perubahan hormonal ini juga berpengaruh pada suasana hati dan emosi ibu (Simkin, et al, 2021).

3) Sistem Kardiovaskuler

Relaksasi ligamen dan sendi yang terjadi selama kehamilan berangsur-angsur membaik, namun keluhan nyeri punggung masih mungkin terjadi.

4) Sistem Pencernaan

Adanya sayatan atau robekan pada kulit akibat SC yang dapat menyebabkan gangguan pada kenyamanan *perineum* serta ibu akan merasa lapar dan haus secara terus menerus yang disebabkan oleh penurunan *motilitas usus*.

5) Sistem *Urinarius*/Perkemihan

Perubahan hormonal pada masa hamil menyebabkan fungsi ginjal meningkat, sedangkan penurunan kadar *steroid* setelah wanita melahirkan menurunkan fungsi ginjal selama *postpartum*. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu 1 bulan setelah melahirkan. Diperlukan kira-kira 8 minggu supaya *hipotonia* pada kehamilan dan dilatasi pada *ureter* serta *pelvis* ginjal kembali ke keadaan sebelum hamil.

6) Sistem Neorologi

Pada periode ini ibu akan mengalami stress dan nyeri kepala akibat pemberian anastesi nyeri serta akan mengalami gatal dan mati rasa.

7) Sistem Muskuloskletal

Pada masa kehamilan otot perut akan kencang yang menyebabkan hilangnya kekenyalan otot. Perut juga akan kembali lembek dan kendur seperti semula dalam kurun waktu 1 bulan.

d. Perubahan Tanda-tanda Vital

- 1) Suhu tubuh: dapat sedikit meningkat dalam 24 jam pertama karena dehidrasi dan proses laktasi. Peningkatan lebih dari 38°C setelah 24 jam harus dicurigai sebagai infeksi.
- 2) Tekanan darah: Kembali ke nilai sebelum hamil dalam beberapa hari, namun perlu waspada terhadap hipertensi *postpartum*.
- 3) Nadi: *Bradikardi* ringan (50-70 bpm) bisa terjadi akibat peningkatan tonus *parasimpatis*.
- 4) Pernapasan: Umumnya stabil, tetapi tetap perlu pemantauan untuk deteksi dini *emboli* paru pasca persalinan (Al., Perry et. 2021.)

e. Perubahan Psikologis Postpartum

Menurut Rubin dalam (Simkin, 2021), adaptasi psikologis ibu melalui tiga fase, yaitu:

- 1) *Taking-in*: Ibu fokus pada dirinya dan pengalaman melahirkan. Umumnya berlangsung 1-2 hari pasca persalinan.
- 2) *Taking-hold*: Ibu mulai mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi, biasanya terjadi pada hari ke-2 hingga minggu ke-2.
- 3) *Letting-go*: Ibu menerima peran baru sebagai orang tua dan mulai melepaskan identitas lamanya.

Kondisi seperti *baby blues* hingga depresi *postpartum* dapat muncul dalam masa ini, dan memerlukan intervensi tepat.

f. Tanda Bahaya Masa *Postpartum*

Menurut WHO (2021), tanda bahaya yang harus diwaspadai pada masa postpartum:

- 1) Perdarahan hebat (lebih dari satu pembalut per jam)
- 2) Nyeri abdomen hebat
- 3) Demam $>38^{\circ}\text{C}$
- 4) Keputihan berbau
- 5) Payudara merah, nyeri, dan bengkak (*mastitis*)
- 6) Gangguan eliminasi
- 7) Tanda-tanda tromboemboli seperti nyeri betis dan sesak nafas

g. Kebutuhan Masa *Postpartum*

- 1) Nutrisi dan Cairan: Ibu menyusui membutuhkan tambahan 500 kkal per hari dibandingkan kebutuhan normal, serta minum air yang cukup untuk mendukung produksi ASI.
- 2) Ambulasi: Mobilisasi dini penting untuk mencegah *tromboemboli* dan mempercepat pemulihan.
- 3) Eliminasi: Retensi urin dan konstipasi dapat terjadi, terutama setelah SC, sehingga diperlukan pemantauan eliminasi.
- 4) Kebersihan Diri: Kebersihan area perineum dan luka operasi harus dijaga untuk mencegah infeksi
- 5) Tidur dan Istirahat: Ibu perlu tidur cukup, meskipun terganggu oleh aktivitas menyusui bayi (Cunningham, et al, 2022).

4. Dampak *Post Sectio caesarea* terhadap Kebutuhan dasar

- a. Nyeri: Luka insisi dapat menyebabkan nyeri sedang hingga berat yang mengganggu mobilisasi dan menyusui
- b. Nutrisi dan Cairan: Asupam makanan umumnya dimulai setelah bunyi usus kembali normal. Cairan intravena diberikan selama fase awal pemulihan.
- c. Aktivitas Diri: Perlu bantuan dalam perawatan luka dan perineum.
- d. Eliminasi: Retensi urin atau kesulitan berkemih bisa terjadi akibat efek anestesi.
- e. Istirahat: tidur sering terganggu karena nyeri dan kebutuhan merawat bayi.
- f. Psikososial: Kecemasan terhadap luka operasi, peran ibu baru, dan ketidakmampuan melakukan aktivitas secara mandiri dapat memengaruhi kondisi emosional (Simkin, et al, 2021)

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan serangkaian tindakan sistematis yang diberikan oleh perawat secara langsung kepada pasien untuk memenuhi kebutuhan kesehatan dan mendukung proses penyembuhan (Potter, 2023)

1. Pengkajian

Pengkajian awal adalah langkah awal yang dilakukan perawat segera setelah pasien masuk ke ruang perawatan. Tujuannya adalah

untuk mengidentifikasi kondisi umum pasien, status medis, dan respon awal terhadap proses perawatan yang sedang atau akan dijalani. Pengkajian ini menjadi landasan awal dalam menyusun rencana keperawatan yang tepat dan terarah (Potter, 2023).

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Pasien

Data identitas meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, pekerjaan, agama, tanggal masuk, tanggal pengkajian, status perkawinan, diagnosis medis, nomor rekam medik, serta informasi penanggung jawab pasien.

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Pasien pasca operasi cenderung mengeluhkan rasa nyeri di area sayatan operasi, badanya lemah, dan keterbatasan mobilitas pada hari pertama setelah tindakan

b) Riwayat Penyakit Saat Ini

Riwayat penyakit saat ini menjelaskan kondisi dan perjalanan penyakit hingga memerlukan tindakan operasi. Pengkajian menggunakan metode PQRSST:

P (Provokatif/Paliatif): faktor yang memperberat atau meringankan keluhan. Nyeri biasanya berkurang saat pasien beristirahat dan bertambah saat aktivitas berat.

Q (*Kualitas/Kuantitas*): Karakteristik nyeri, seperti tajam atau tumpul, intensitas nyeri.

R (*Region*): Lokasi nyeri dan penyebarannya, umumnya diarea bawah perut pada operasi sesar.

S (*Skala Nyeri*): Intensitas nyeri dinilai dengan skala 0-10.

T (*Time*): Durasi dan pola nyeri, apakah konstan atau hilang timbul.

c) Riwayat Penyakit Sebelumnya

Kaji adanya penyakit kronis seperti diabetes mellitus, hipertensi, atau penyakit jantung yang dapat memengaruhi proses penyembuhan.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat penyakit keluarga perlu dikaji untuk mengidentifikasi risiko penyakit genetik atau menular.

e) Riwayat Obstetri dan Ginekologi

(1) Riwayat menstruasi: informasi tentang menarche, siklus menstruasi, sifat darah haid, dan taksiran hari pertama haid terakhir (HPHT).

(2) Riwayat perkawinan: status perkawinan, usia menikah, dan lamanya.

(3) Riwayat kontrasepsi: penggunaan alat kontrasepsi sebelum dan sesudah kehamilan.

(4) Riwayat kehamilan dan persalinan: kehamilan saat ini, komplikasi, pemeriksaan antenatal, dan status imunisasi (Smeltzer, 2017)

b. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Pasien biasanya dalam kondisi sadar, namun mungkin menunjukkan tanda-tanda ketidaknyamanan seperti gelisah akibat nyeri.

2) Tanda Vital

Tekanan darah dapat normal atau menurun, nadi meningkat, frekuensi napas meningkat, dan suhu tubuh dapat sedikit meningkat akibat proses inflamasi pasca operasi.

3) Pemeriksaan Fisik *Head-to-Toe (Teoretis)*

Pemeriksaan fisik secara menyeluruh dari kepala hingga kaki bertujuan untuk menilai kondisi anatomi dan fungsi tubuh pasien secara umum. Pada pasien *post sectio caesarea*, pemeriksaan *head-to-toe* berfokus pada deteksi dini komplikasi, respon tubuh terhadap tindakan pembedahan, serta kesiapan fisiologis dalam proses pemulihan.

a) Kepala

Pengkajian kepala dimulai dengan inspeksi kesimetrisan kepala, warna dan distribusi rambut kepala. Perawat juga harus mengevaluasi kebersihan kulit kepala dan rambut. Pada pasien

pasca operasi, kelemahan fisik sering membuat pasien belum mampu melakukan kebersihan rambut secara mandiri, sehingga membutuhkan bantuan. Palpasi dilakukan untuk menilai keadaan rambut, kulit adanya benjolan, nyeri tekan, atau kelainan lain pada tulang tengkorak.

b) Wajah

Meliputi simetris wajah, ekspresi wajah, warna kulit, kelembapan, adanya lesi atau edema, serta gerakan otot wajah. Simetris wajah penting untuk mengidentifikasi kemungkinan adanya gangguan neurologis seperti stroke atau *Bell's palsy*. Ekspresi wajah dapat mencerminkan kondisi emosional atau nyeri. Warna kulit pada wajah juga diamati untuk melihat adanya pucat, sianosis, atau ikterus.

(1) Mata

Dilakukan inspeksi terhadap kesimetrisan mata, konjungtiva anemis, sklera putih kemerahan, ketajaman penglihatan, pupil isokor, apakah ada benjolan atau peningkatan tekanan bola mata. Tujuannya untuk mengetahui efek anestesi masih ada atau sudah hilang. Respon buka mata belum stabil, pandangan kabur meengidikasikan efek anestesi belum hilang.

(2) Hidung

Pengkajian hidung dengan cara inspeksi dan palpasi mencakup kesimetrisan lubang hidung, warna kulit, adanya pembengkakan atau sumbatan dan secret. Kaji apakah ditemukan nyeri tekan serta kemampuan penciuman.

(3) Telinga

Inspeksi telinga mencakup bentuk kesimetrisan telinga kanan dan kiri, warna kulit dan kebersihannya. Perawat juga harus menilai adanya nyeri tekan, kaji juga pendengaran dengan menggunakan *arloji* dan bisikan.

(4) Mulut dan Gigi

Inspeksi apakah ada kelainan *konginetal* seperti bibir sumbing, warna, kebersihan gigi, dan lidah. Palpasi adanya pembengkakan atau nyeri tekan dan kaji tentang fungsi pengecap.

c) Leher

Inspeksi mengenai warna kulit, kaji adakah pembengkakan dan pergerakan kelejar tiroid, kemudian palpasi mengenai pembesaran kelenjar limfe dan kelenjar getah bening serta pemeriksaan mobilitas leher.

d) Dada

Inspeksi mencakup kesimetrisan dada kanan dan kiri, kebersihan dada, lihat pengembangan dada. Palpasi dilakukan untuk mendeteksi adanya nyeri tekan (RI, Kemenkes. 2022).

(1) Jantung

Pemeriksaan meliputi auskultasi bunyi jantung S1 dan S2, irama (regular/irregular), dan denyut jantung normal (60/100 detak/menit).

(2) Paru-paru

Lakukan auskultasi apakah terdengar sonor, bunyi nafas biasanya vesikuler, tidak ada suara tambahan seperti wheezing, ronchi dan sebagainya.

(3) Payudara

Inspeksi bentuk payudara simetri atau tidak, biasanya terdapat hiperpigmentasi areola, kemungkinan terdapat tanda-tanda pembendungan ASI sedikit atau belum ada, Putting menonjol keluar, payudara tampak bersih, palpasi adakah benjolan dan nyeri tekan, payudara teraba lembek.

e) Abdomen

Kaji keadaan abdomen dan kebersihannya, adakah striae livide dan linea nigra. Pada luka post SC harus dikaji apakah terdapat luka operasi, bentuk abdomen, tanda-tanda infeksi seperti tumor, rubor, dolor dan secret, kaji juga keadaan balutan

apakah ada noda atau kering dan utuh. Auskultasi bising usus dengan normal 6-30x/menit. Palpasi TFU pada 12 jam setelah melahirkan sejajar pusat, POD 1 TFU akan turun 1 jari dibawah pusat dan POD 2 akan turun 2 jari dibawah pusat. TFU akan menurun secara bertahap setelah melahirkan karena uterus kembali ke ukuran dan posisi semula. Terdapat nyeri tekan pada luka post SC, abdomen yang keras menunjukkan kontraksi uterus bagus sehingga perdarahan dapat diminimalkan, abdomen yang lembek menunjukkan sebaliknya dan dapat di masase untuk merangsang kontraksi, palpasi juga kandung kemih, perkusi bunyi *tympani*.

f) Genitalia dan Anus

Lakukan inspeksi terhadap pengkajian lochea (pengeluaran dari uterus) dilakukan dari segi:

- (1) Warna: rubra (merah segar), serosa (kecoklatan), atau alba (kekuningan).
- (2) Jumlah: sedikit, sedang, banyak.
- (3) Bau: khas atau menyengat (bila infeksi).

Adanya lochia dengan bau busuk atau disertai gumpalan besar menunjukkan kemungkinan komplikasi seperti *endometritis*. Kaji juga adakah oedema vulva dan adanya hemorid pada anus.

g) Ekstremitas

(1) Ekstremitas atas

Kaji meliputi kesimetrisan, tanda sianosis, ada tidanya oedema. Pada klien dengan post operasi biasanya terpasang infus dan ada keterbatasan gerak.

(2) Ekstremitas bawah

Kaji terhadap kesimetrisan, ada tidaknya oedema, bagaimana dengan pergerakannya biasanya klien dengan post operasi sering takut menggerakkan kakinya. Kaji adanya varises, refleks *patella* dimana derajat refleks *patella* dipresentasikan secara simbolis dengan:

- (a) +4: Respon sangat kuat, dengan klonus
- (b) +3: Respon lebih kuat dari normal (*hiperrefleksia*)
- (c) +2: Respon normal
- (d) +1: Respon yang sangat sedikit atau lemah (*hiporefleksia*)
- (e) 0: Tidak ada respon (*arefleksia*)

Apabila refleks *patella* +1 kemungkinan pasien mengalami kekurangan vitamin B1 yaitu menyebabkan kerusakan pada sistem saraf dan otot. Kaji kekuatan otot dan tanda *homans sign* (nyeri betis saat *dorsofleksi* kaki), normal human sign (-), jika human sign (+) mengindikasikan pasien mengalami *tromboflebitis* yaitu terjadi ketika pembuluh

darah vena mengalami peradangan yang disertai dengan pembentukan bekuan darah (*trombus*).

c. Pola Aktivitas Sehari-hari

1) Pola Nutrisi

Kaji kebiasaan makan dan minum klien sebelum dan sesudah dirawat mencakup frekuensi, jenis makan, nafsu makan, frekuensi minum, jenis minum, serta jumlahnya. Biasanya pada ibu *postpartum* ibu mengalami anoreksia dan penurunan porsi makan.

2) Pola Eliminasi

Pada ibu *postpartum* kemungkinan mengalami gangguan eliminasi BAB, berupa konsipasi yang disebabkan oleh penurunan *peristaltik* usus. Selain itu akan mengalami gangguan eliminasi BAK berupa *retensi urine* yang terdapat akibat dirensi pada kandung kemih. Kaji mencakup BAB (frekuensi, warna, bau, konsistensi, masalah dan keluhan)

3) Pola Istirahat Tidur

Meliputi kebiasaan tidur, lamanya serta adanya gangguan atau tidak. Biasanya klien *postpartum* mengalami gangguan tidur dikarenakan perasaan kurang nyaman dengan luka atau pada bagian perineum.

4) Personal Hygiene

Meliputi kebersihan rambut, mulut dan gigi, pakaian dan vulva hygiene. Biasanya personal hygiene ibu tidak rapih karena ibu biasanya mengalami intoleransi aktivitas sehingga sulit untuk melakukannya.

d. Aspek Psikososial dan Spritual

1) Psikologis

Perubahan hormon dan pengalaman pembedahan dapat menimbulkan stres emosional. Ibu biasanya berada pada fase *taking in*, yaitu fase pasif, fokus pada dirinya sendiri, dan membutuhkan banyak istirahat. Gangguan psikologis dapat berupa kecemasan, ketakutan melihat luka, hingga kesulitan dalam bonding dengan bayi.

2) Sosial

Perlu dikaji dukungan dari pasangan, orang tua, dan keluarga terdekat. Dukungan sosial yang baik berdampak positif terhadap proses penyembuhan luka, pemulihan emosional, dan keberhasilan menyusui. Isolasi atau kurangnya dukungan dapat memicu kelelahan emosional dan postpartum blues.

3) Spritual

Keyakinan pasien terhadap takdir, rasa syukur atas kelahiran bayi, dan harapan akan kesembuhan sangat penting sebagai bagian dari coping spiritual. Bagi sebagian pasien, doa dan ibadah rutin dapat

meningkatkan ketenangan dan memperkuat semangat penyembuhan.

d. Data Penunjang

Pemeriksaan penunjang adalah pemeriksaan laboratorium dan radiologis yang bertujuan mendukung data pengkajian dan memperkuat analisis diagnosa keperawatan. Beberapa pemeriksaan penting pasca SC antara lain:

- 1) *Hemoglobin dan Hematokrit*: untuk menilai derajat anemia akibat kehilangan darah selama operasi.
- 2) Leukosit: meningkat pada kondisi infeksi.
- 3) Trombosit: menilai kemampuan pembekuan darah.
- 4) *Urinalisis*: menilai fungsi ginjal dan mendeteksi infeksi saluran kemih.
- 5) C-Reactive Protein (CRP): sebagai penanda inflamasi sistemik.
- 6) USG Abdomen: jika dicurigai ada perdarahan dalam atau subinvolusi uterus.
- 7) *Kultur luka/lochia*: bila terdapat tanda-tanda infeksi luka atau endometritis.

Tabel 2.2 Analisa Data

NO	Data	Etiologi	Masalah
1	Gejala Tanda Mayor Subjektif: 1) Pasien mengeluh nyeri hebat di area luka bekas operasi. Objektif:	Pemotongan jaringan selama tindakan pembedahan menimbulkan rangsangan nyeri akibat aktivasi reseptor nosiseptif, yang memicu pelepasan	Nyeri Akut

NO	Data	Etiologi	Masalah
	1) Pasien tampak meringis. 2) Bersikap protektif (mis. Waspada, menghindari nyeri) 3) Peningkatan denyut nadi. 4) Kesulitan tidur. Gejala tanda minor Subjektif: - Objektif: 1) Tekanan darah meningkat 2) Pola napas berubah 3) Nafsu makan berubah 4) Proses berpikir terganggu 5) Menarik diri 6) Berfokus pada diri sendiri 7) Diaphoresis	mediator nyeri seperti prostaglandin dan bradikinin yang dihantarkan ke thalamus lalu dipersepsikan sebagai nyeri.	
2	Gejala Tanda Mayor Subjektif: Mengeluh nyeri pada abdomen yang terdapat luka post sc Objektif: 1) Adanya luka post sc ± 10 cm 2) Luka tertutup perban 3) Nilai leukosit di atas batas normal ($>10.600/L$)	Luka operasi menciptakan area terbuka yang rentan terhadap kolonisasi bakteri. Jika kebersihan dan perawatan luka kurang optimal, terjadi proses inflamasi lokal yang dapat berkembang menjadi infeksi.	Risiko infeksi
3	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: Menolak melakukan perawatan diri Objektif: 1) Tidak	Adanya nyeri dan keterbatasan gerak akibat sayatan bedah menurunkan kemampuan fisik pasien dalam melakukan aktivitas perawatan diri.	Defisit Perawatan Diri.

NO	Data	Etiologi	Masalah
	mampu/mengenakan pakaian/makan/ketelitian/berhias secara mandiri. 2) Tidak bersemangat melakukan aktivitas personal. Gejala tanda minor Subjektif : - Objektif: -		
4	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif: 1) Kekuatan otot menurun 2) Rentang gerak (ROM) menurun Gejala tanda minor Subjektif: 1) Nyeri saat bergerak 2) Enggan melakukan pergerakan 3) Merasa cemas saat bergerak Objektif: 1) Sendi kaku 2) Gerakan tidak terkoordinasi 3) Gerakan terbatas 4) Fisik lemah	Nyeri dan trauma jaringan setelah operasi menyebabkan spasme otot dan imobilitas sementara yang membatasi gerakan serta mengurangi kekuatan otot.	Gangguan mobilitas fisik
5	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: 1) Kelelahan maternal 2) Kecemasan maternal Objektif: 1) Bayi tidak mampu melekat pada	Setelah tindakan SC, keterlambatan inisiasi menyusui dan pengaruh hormonal (rendahnya prolaktin dan oksitosin) menghambat refleks let down sehingga ASI tidak	Menyusui tidak efektif

NO	Data	Etiologi	Masalah
	payudara ibu 2) ASI tidak keluar. 3) Produksi urin bayi kurang dari 8x/24 jam. 4) Puting payudara lecet/nyeri menetap. Gejala tanda minor Subjektif: - Objektif: 1) Itake bayi tidak adekuat 2) Bayi menghisap tidak terus menerus 3) Bayi menangis saat disusui	keluar optimal.	
6.	Gejala 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: - Gejala tanda minor Subjektif: 1) Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun Objektif:-	Proses penyakit yang terjadi, seperti peradangan menyebabkan munculnya nyeri di area luka operasi. Nyeri ini menyebabkan individu sering terbangun di malam hari karena rasa tidak nyaman. Hal ini mengakibatkan waktu tidur tidak terpenuhi secara optimal dan akhirnya menimbulkan gangguan pada pola istirahat tidur.	Gangguan pola tidur

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah hasil evaluasi berdasarkan pengumpulan data yang sistematis dan komprehensif mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau kondisi hidup yang memengaruhi kesehatannya (Carpenito 2020). Diagnosa ini menilai bagaimana pasien menyesuaikan diri atau bereaksi terhadap masalah medis dan sosial yang dialami, serta mengidentifikasi tanda dan gejala yang terlihat secara objektif maupun subjektif. Penulisan diagnosa keperawatan menggunakan format PES (*Problem, Etiology, Signs/Symptoms*) yang membantu perawat dalam merencanakan intervensi yang tepat.

Pada pasien pasca operasi *sectio caesarea*, beberapa diagnosa keperawatan yang umum ditemukan meliputi:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik
- b. Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI
- f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah proses sistematis yang terdiri dari penentuan prioritas masalah, perumusan tujuan, pemilihan

intervensi, dan evaluasi hasil sebagai upaya untuk mengatasi diagnosa keperawatan yang sudah ditetapkan. Perencanaan harus disesuaikan dengan kondisi pasien serta mempertimbangkan faktor penyebab dan tanda klinis yang muncul.

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

Tujuan:

Dalam waktu 3x24 jam setelah intervensi, pasien diharapkan melaporkan penurunan tingkat nyeri dan menunjukkan tanda-tanda vital yang stabil.

Kriteria Hasil:

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Tanda vital, terutama tekanan darah, dalam batas normal
- 4) Gelisah menurun
- 5) 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 - Identifikasi skala nyeri 2) Identifikasi skala nyeri menggunakan alat ukur 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan meringankan	1) Untuk mengetahui lokasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri yang dirasakan pasien 2) Mengetahui pencetus nyeri dan strategi coping pasien 3) Untuk mengetahui penyebab nyeri dan memperingan nyeri

Intervensi	Rasional
nyeri Terapeutik: 4) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 5) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 6) Fasilitasi istirahat tidur 7) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi : 8) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 9) Jelaskan strategi meredakan nyeri 10) Ajarkan teknik nonfarmakologi Kolaborasi : 11) Kolaborasi pemberian analgesik sesuai resep	4) Untuk mengurangi rasa nyer 5) Untuk menghindari atau menurunkan tingkat nyeri 6) Agar kebutuhan tidur terpenuhi 7) Agar strategi meredakan nyeri sesuai dengan kondisi pasien 8) Agar dapat mengetahui penyebab, kurun waktu, dan aktivitas apa yang menyebabkan nyeri itu timbul 9) Untuk membantu pasien mengontrol dan mengurangi persepsi nyeri 10) Agar dapat merelaksasikan tubuh tidak nyaman mejadi nyaman sehingga dapat mengurangi nyeri 11) Membantu mengurangi nyeri secara efektif dan cepat

Sumber: SDKI 2017

- b. Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (D.0142)

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, klien tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi.

Kriteria Hasil:

- 1) Suhu tubuh dalam batas normal (36,5–37,5°C)
- 2) Luka operasi tampak bersih, tidak merah, tidak bengkak

- 3) Tidak terdapat cairan purulen dari luka
- 4) Kultur luka menunjukkan hasil negatif
- 5) Leukosit dalam batas normal

Tabel 2.4 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Risiko Infeksi

Intervensi	Rasional
Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi: 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik (misalnya: kemerahan, nyeri, demam). 2) Monitor karakteristik luka Terapeutik: 3) Batasi jumlah pengunjung yang kontak dengan pasien. 4) Berikan perawatan kulit dan area luka menggunakan teknik steril. 5) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien 6) Pertahankan teknik aseptik saat melakukan tindakan keperawatan. Edukasi: 7) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 8) Ajarkan cara mencuci tangan yang benar 9) Ajarkan etika batuk 10) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 11) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi	1) Untuk mendeteksi dini kemungkinan terjadinya infeksi agar segera dapat dilakukan penanganan. 2) Untuk mencegah terjadinya penyebaran infeksi 3) Mengurangi risiko kontaminasi silang dari luar yang dapat membahayakan pasien. 4) Menjaga kebersihan luka dan mencegah pertumbuhan mikroorganisme penyebab infeksi. 5) Untuk menghindari terjadinya infeksi 6) Teknik aseptik mencegah masuknya mikroorganisme patogen ke dalam luka operasi atau tubuh pasien. 7) Agar pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi 8) Untuk menghindari infeksi 9) Untuk menghindari infeksi 10) Agar pasien tahu cara memeriksa kondisi luka 11) Untuk menunjang kesehatan

Intervensi	Rasional
12) Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi: 13) Kolaborasi pemberian antibiotik sesuai indikasi medis.	12) Untuk menunjang kesembuhan 13) Antibiotik membantu menghambat atau membunuh bakteri penyebab infeksi, terutama pada luka post operasi.

Sumber: SDKI 2017

c. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109)

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, klien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri sesuai kemampuan.

Kriteria Hasil:

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

Tabel 2.5 Perencanaan Diagnosa keperawatan Defisist Perawatan Diri

Intervensi	Rasional
Dukungan Perawatan Diri (I.11348) Observasi: 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Monitor tingkat kemandirian	1) Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan klien dalam merawat diri. 2) Dorongan dan edukasi dapat meningkatkan motivasi klien untuk mandiri.

Intervensi	Rasional
3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Terapeutik: 4) Sediakan lingkungan yang terapeutik 5) Siapkan keperluan pribadi 6) Dampingi dalam melakukan perawatan diri 7) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8) Jadwalkan rutinitas perawatan Edukasi: 9) Ajarkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	3) Bantuan sementara membantu klien agar kebutuhan dasar terpenuhi tanpa risiko cedera. 4) Agar pasien merasakan nyaman 5) Untuk menunjang dalam perawatan diri pasien 6) Agar pasien terbantu 7) Agar pasien memahami keadaan ketergantungan 8) Agar kebersihan diri terjaga 9) Agar perawatan diri terjadwal

Sumber: SDKI 2017

d. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, kemampuan mobilitas klien meningkat secara bertahap.

Kriteria Hasil:

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

Tabel 2.6 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik

Intervensi	Rasional
Dukungan Mobilitas (I.05173) Observasi: 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Terapeutik: 4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 5) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 6) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi: 7) Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi 8) Anjurkan melakukan mobilisasi dini 9) Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur)	1) Untuk mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik yang mengganggu 2) Untuk mengetahui adanya toleransi fisik dalam melakukan pergerakan 3) Untuk mengetahui frekuensi nadi dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4) Agar pasien terbantu saat melakukan mobilisasi 5) Agar sendi-sendi tidak kaku 6) Agar keluarga dapat membantu pasien dalam melakukan mobilisasi 7) Agar pasien tahu tujuan dan prosedur dari dilakukannya mobilisasi 8) Agar mobilisasi dilakukan sesuai kondisi pasien 9) Agar pasien bisa melakukan pergerakan sedikit-sedikit

Sumber: SDKI 2017

- e. Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, efektivitas menyusui meningkat sesuai kebutuhan bayi.

Kriteria Hasil:

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

Tabel 2.7 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Menyusui Tidak efektif

Intervensi	Rasional
Edukasi menyusui (I.12393) Observasi: 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik: 3) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4) Jadwalkan pendidikan kesehatan 5) Berikan kesempatan untuk bertanya 6) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 7) Libatkan sistem pendukung, suami, keluarga, tenaga kesehatan Edukasi: 8) Berikan konseling menyusui 9) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu	1) Untuk mengetahui kesiapan pasien 2) Agar mengetahui keinginan pasien terhadap menyusui bayinya 3) Untuk menunjang saat pelaksanaan pendidikan kesehatan 4) Agar pasien siap saat diberikan pendidikan kesehatan 5) Agar pasien bisa bertanya 6) Agar pasien semangat untuk menyusui bayinya 7) Agar pasien percaya merasa lebih percaya diri untuk menyusui bayinya 8) Agar pasien paham mengenai menyusui 9) Agar pasien mengetahui manfaat menyusui bagi ibu dan

Intervensi	Rasional
10) Ajarkan 4 posisi menyusui 11) Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. Memerah ASI, pijat oksitosin, pijat payudara)	bayi 10) Agar pasien tahu posisi menyusui yang baik dan benar 11) Agar produksi ASI meningkat

Sumber: SDKI 2027

f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur membaik.

Kriteria Hasil:

- 1) Keluhan sulit tidur menurun
- 2) Keluhan sering terjaga menurun
- 3) Keluhan tidak puas tidur menurun
- 4) Keluhan pola tidur berubah menurun
- 5) Keluhan istirahat tidak cukup menurun
- 6) Kemampuan beraktivitas meningkat

Tabel 2.8 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Gangguan Pola Tidur

Intervensi	Rasional
Dukungan tidur (1.05174) Observasi 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, the, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik: 5) Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan) 6) Batasi waktu tidur siang, jika perlu 7) Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 8) Tetapkan jadwal tidur rutin 9) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 10) Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga	1) Untuk mengetahui identifikasi pola aktivitas dan tidur 2) Untuk mengidentifikasi faktor pengganggu tidur 3) Untuk mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4) Untuk mengidentifikasi obat tidur yang yang dikonsumsi 5) Untuk memodifikasi lingkungan agar pasien nyaman 6) Untuk meningkatkan kenyamanan pada pasien 7) Agar pasien bisa tidur dengancepat 8) Untuk melatih agar tidur terjadwal 9) Untuk meningkatkan kenyamanan pasien 10) Agar pasien tidur dan tidak terganggu oleh nyeri yang dirasakan

Sumber: SDKI 2027

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian tindakan yang dilaksanakan oleh perawat guna membantu pasien dalam mengatasi

masalah kesehatan dan mencapai kondisi kesehatan optimal sesuai dengan standar hasil yang diharapkan. Pelaksanaan tindakan harus memperhatikan kebutuhan individu pasien, faktor pendukung dan penghambat, strategi pelaksanaan yang efektif, serta komunikasi yang baik antara perawat dan pasien. Implementasi juga harus bersifat dinamis dan adaptif terhadap perubahan kondisi pasien selama proses perawatan berlangsung (Potter, 2023)

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari siklus keperawatan yang bertujuan menilai efektivitas tindakan yang telah dilakukan dalam mencapai tujuan perawatan. Proses evaluasi melibatkan pengumpulan data dan analisis hasil untuk menentukan apakah intervensi yang diberikan berhasil atau perlu disesuaikan (Doenges, 2021). Evaluasi juga berfungsi sebagai dasar untuk merencanakan tindak lanjut, sehingga perawatan pasien dapat terus ditingkatkan sesuai kebutuhan dan perkembangan kondisi pasien.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Pasien

Nama	: Ny. S
Umur/Tgl Lahir	: 21 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Suku Agama	: Sunda
Status Perkawinan	: Menikah
Alamat	: Kp. Negla
No. RM	: 01446677
Tgl Masuk	: 30 April 2025, jam 01.00 WIB
Tgl Operasi	: 29 April 2025, jam 23.00 WIB
Tgl Pengkajian	: 30 April 2025, jam 08.00 WIB
Diagnosa	: <i>Post SC</i> atas Indikasi Gawat Janin

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. S
Umur	: 24 Tahun

Pendidikan : SMA
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Pekerjaan : Buruh harian lepas
 Hub. Dengan Klien : Suami
 No. Telepon : 083139324694

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri pada luka *Post SC* di perut bagian bawah

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat pengkajian tanggal 30 April 2025 Pukul 08.00 WIB diruang Jade RSUD dr Slamet, klien mengatakan nyeri pada luka operasi di abdomen bagian bawah, nyeri dirasakan apabila klien bertambah bergerak dan nyeri berkurang apabila tidak bergerak, nyeri seperti di sayat-sayat, nyeri hanya dirasakan dibagian abdomen yang terdapat luka *Sectio caesarea* (SC) dengan skala nyeri 6 (0-10), Nyeri dirasakan hilang timbul dan klien tampak meringis.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan bahwa sebelumnya belum pernah dirawat di rumah sakit, apalagi menjalani operasi. Klien juga tidak pernah mengalami penyakit serius yang memerlukan perawatan khusus, dan tidak memiliki penyakit menular atau penyakit

genetik/keturunan yang dapat memperburuk masa kehamilan dan nifas.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keturunan dalam keluarganya, dan tidak ada anggota keluarganya yang memiliki riwayat melahirkan *Sectio Caesarea*.

c. Riwayat Obstetric dan Ginekologi

1) Riwayat Menstruasi

Menarche	: 12 Tahun
Lama	: 5-7 hari
Siklus	: 28 hari
Banyaknya	: Normal
Sifat darah	: Warna merah pekat
Teratur atau tidak	: Teratur
HPHT	: 12 Juli 2024
Tafsiran Persalinan	: 19 April 2025

2) Riwayat Perkawinan

Pernikahan Ke	: 1 (Satu)
Usia suami saat menikah	: 23 Tahun
Usia istri saat menikah	: 21 Tahun
Lama pernikahan	: 1 Tahun
Jumlah anak yang direncanakan	: 2 anak

3) Riwayat Kehamilan Sekarang

Riwayat persalinan P1A0, usia kehamilan 9 bulan. Berat badan sebelum hamil 55 kg, berat badan saat hamil 65 kg. Klien mengalami kenaikan berat badan selama hamil 10 kg, dengan tinggi badan 158 cm.

4) Keadaan Saat hamil

Klien mengatakan dari Trimester 1 sampai trimester 3 tidak ada keluhan yang dirasakan, klien juga rutin memeriksa kehamilannya setiap bulan ke bidan

5) Riwayat Keluarga Berencana

Pada awal pernikahannya, klien tidak menggunakan alat kontrasepsi apapun karena sedang merencanakan untuk memiliki anak. Setelah melahirkan, klien berencana akan menggunakan IUD.

6) Riwayat Persalinan Sekarang

Satu hari sebelum tindakan *Sectio caesarea* klien mengeluh kontraksi yang awalnya dianggap belum kuat oleh bidan, sehingga klien diminta pulang. Namun, kontraksi semakin hebat pada malam hari, memaksa klien kembali ke bidan. Disana, pembukaan jalan lahir baru mencapai 3 dan tidak ada kemajuan hingga pagi. Klien kemudian di rujuk ke rumah sakit RSUD dr. Slamet Garut. Di rumah sakit, induksi dilakukan dan berhasil meningkatkan pembukaan hingga 5 dengan pecahnya ketuban,

namun setelah itu pembukaan berhenti. Klien di diagnosa gawat janin dengan indikasi bayi telah mengeluarkan mekonium, sehingga diputuskan untuk melakukan operasi SC dengan tindakan anastesi spinal yang dilaksanakan pada pukul 23.00-00.00 WIB. Bayi lahir dengan jenis kelamin laki-laki, berat 3195 gr dan panjang badan 50 cm.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Kesadaran	: Compos Mentis
GCS	: E4 M6 V5
Keadaan	: Lemah
BB saat hamil	: 65 kg
BB sebelum hamil	: 55 kg
Tinggi badan	: 158 cm

2) Tanda- Tanda Vital

Tekanan darah	:134/98 mmHg
Nadi	: 85x/menit
Respirasi	: 20x/menit
Suhu	: 36,9 c
SPO2	: 98%

3) Pemeriksaan *Head To Toe*

a) Kepala

Bentuk kepala simetris, warna rambut hitam, rambut panjang tampak lurus, penyebaran rambut merata, tampak bersih pada area kulit kepala, penyebaran rambut merata, bentuk kepala bulat, tidak terdapat benjolan, atau nyeri tekan dikepala.

b) Wajah

Muka tampak pucat, ekspresi wajah tampak meringis, kulit warna sawo matang, tidak ada oedema dan tidak ada nyeri tekan.

(1) Mata

Kedua mata klien simetris antara kiri dan kanan, kongjungtiva anemis, sklera putih, bola mata dapat digerakan kesegala arah, reflek pupil bereaksi terhadap ransangan cahaya, dapat melihat objek yang jauh dan dekat atau melihat kondisi di sekitar, keadaan mata bersih, tidak ada nyeri tekan.

(2) Hidung

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

(3) Telinga

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

(4) Mulut dan Gigi

Mukosa bibir merah muda dan lembab, gigi tampak bersih, tidak ada karang gigi, tidak memakai gigi palsu, dapat menelan dan mengunyah, tidak ada bengkak disekitar mulut dan gigi, tidak ada perdarahan di gusi serta tidak ada nyeri.

c) Leher

Terdapat keringat, pergerakan leher baik dapat menengok kiri dan kanan, tidak adanya pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada kelejar getah bening, tidak ada peningkatan JVP, fungsi menelan baik, tidak ada nyeri tekan.

d) Dada

Tampak bersih, Pengembangan dada simetris antara kanan dan kiri, tidak ada lesi, tidak tampak retraksi dinding dada, tidak ada nyeri tekan

(1) Paru-paru

Bunyi nafas vesikuler, irama reguler, respirasi 20x/menit.

(2) Jantung

Bunyi s1 dan s2 (lup dup), tekanan darah 134/98 mmHg, nadi 85x/menit.

(3) Payudara

klien mengatakan ASI belum keluar, bentuk payudara simetris antara kiri dan kanan, puting menonjol, payudara tampak bersih, areola berwarna hitam, ASI belum keluar, payudara teraba lembek, tidak ada benjolan, tidak terdapat nyeri tekan, ibu dan bayi belum rawat gabung.

e) Abdomen

Bentuk perut cembung, terdapat *linea nigra*, terdapat *striae gravidarum*, terdapat luka operasi dengan panjang ± 10 cm horizontal, luka tertutup verban, tidak ada rembesan darah atau cairan, bising usus 10x/menit, TFU 1 jari diatas pusat, terdapat nyeri tekan pada abdomen, uterus teraba keras, tidak terdapat distensi kandung kemih.

f) Genetalia dan anus

Klien terpasang *Dower Cateter*, genetalia tampak kotor, terdapat *Lochea Rubra* sudah 1 kali ganti pempers, tidak terdapat oedema vulva, urine berwarna kuning keruh, urine keluar ± 100 cc tertampung dalam urine bag, perineum utuh, pada anus tidak ada hemoroid.

g) Ektremitas

(1) Ektremitas Atas

Tangan simetris antara kanan dan kiri, tangan dapat digerakan, pergerakan bebas, tidak terdapat oedema, tidak ada sianosis, keadaan kuku pendek bersih, CRT <2 detik, turgor kulit <2 detik, tidak ada nyeri tekan, tangan kanan terpasang infus RL 20 Tpm, kekuatan otot 5/5.

(2) Ekstremitas Bawah

Kaki simetris antara kanan dan kiri, tidak terdapat oedema, tidak ada varises, pergerakan sedikit kaku tidak ada nyeri tekan, tidak teraba benjolan, Kekuatan otot 4/4, *human Sign(-), Reflek patella(++).*

Kekuatan otot:

5	5
4	4

e. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3.1 Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Jenis Aktivitas	Di Rumah	Dirumah Sakit
1.	Nutrisi		
	a. Makanan		
	Frekuensi	3x/hari	3x/hari
	Jenis	Nasi +lauk pauk	Bubur
	Porsi	1 porsi	½ porsi
	Cara	Mandiri	Dibantu
	Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
	b. Minuman		
	Jenis	Air putih	Air putih
	Frekuensi	6-7 gelas/hari	2-3 gelas secara bertahap
	Cara	Mandiri	Dibantu

No	Jenis Aktivitas	Di Rumah	Dirumah Sakit
2.	Eliminasi a. BAB Frekuensi Konsistensi Warna Bau b. BAK Frekuensi Jumlah Warna Bau	1x/hari Padat Khas vases Khas vases 5-6x/hari Normal Kuning jernih Khas urine	Belum BAB Terpasang DC 100cc pada urine bag Kuning pekat Khas urine
3.	Pola Istirahat a. Tidur siang Kuantitas Keluhan b. Tidur malam Kuantitas Keluhan	1-2jam/hari Tidak ada 6-7jam/hari Tidak ada keluhan	±1 jam/hari Tidak ada 3-5 jam/hari
4.	Personal Hygiene a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Ganti baju Cara	2x/hari 2x/menit 1 minggu 3x 2x/hari mandiri	belum mandi Belum gosok gigi Belum keramas 1x ganti baju Dibantu

f. Konsep Diri

1) Identitas Diri

Klien seorang perempuan berusia 21 tahun, klien beragama islam
dank lien sangat senang dengan kelahiran anaknya.

2) Peran Diri

Klien berperan sebagai seorang istri dari Tn. S, sekarang perannya
bertambah menjadi seorang ibu.

3) Ideal Diri

Klien mengatakan ingin segera bertemu dengan anaknya, dan ingin segera pulang berkumpul bersama keluarga.

4) Harga Diri

Klien merasa dirinya dihargai oleh suaminya, keluarga maupun lingkungan disekitarnya, terbukti banyak yang peduli terhadapnya.

5) Gambaran Diri

Klien merasa perubahan pada dirinya, seperti bertambahnya berat badan, perubahan bentuk tubuh, bertambahnya peran. Tapi apapun perubahannya pasien tetap bahagia dengan kelahiran anaknya.

g. Aspek Psikologis

1) Aktivitas

Pada hari ke 1-2 aktivitas klien bergantung pada keluarga dan perhatian klien masih tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.

2) Persepsi diri

klien berharap agar segera sembuh dan segera pulang ke rumah.

3) Respon ibu terhadap kelahiran bayi

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

4) Respon ibu bertanya kepada perawat kenapa ASI nya masih

belum keluar dan kapan bisa bertemu dengan bayinya.

5) Respon keluarga terhadap kelahiran bayi

1. Therapy Medis

Tabel 3.3 Therapy Medis

No	Nama Obat	Dosis	Rute	Kegunaan
1.	Infus RL	20 Tpm	IV	Untuk memenuhi kebutuhan cairan.
2.	Cefotaxime	2x1gr	IV	Untuk mencegah infeksi bakteri
3.	Katerolac	3x30mg	IV	Untuk meredakan nyeri

m. Analisa Data

Tabel 3.4 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS: 1) Klien mengeluh nyeri pada area luka bekas operasi di abdomen bagian bawah 2) Klien mengatakan nyeri seperti di sayat-sayat 3) Klien mengatakan nyeri hilang timbul 4) Skala nyeri 6 (0-10) DO: 1) Klien tampak meringis 2) Terdapat luka post SC $\pm$ 10 cm horizontal di abdomen bagian bawah 3) Terdapat nyeri tekan 4) TTV TD: 134/90 mmHg N:124x/menit	Pemotongan jaringan selama tindakan pembedahan menimbulkan rangsangan nyeri akibat aktivitas reseptor nosiseptif, yang memicu pelepasan mediator nyeri seperti prostagladin dan bradikinin yang dihantarkan ke thalamus lalu dipersepsikan sebagai nyeri	Nyeri Akut

No	Data	Etiologi	Masalah
	RR: 23x/menit		
2.	DS: - DO: 1) Kekuatan otot ekstremitas 5 5 — — 4 4 2) Klien tampak lemah 3) Gerakan ekstremitas bawah terbatas 4) Aktivitas dibantu keluarga 5) POD)Post Op Day) 0	Nyeri dan trauma jaringan setelah operasi menyebabkan spasme otot dan imobilitas sementara yang membatasi gerakan serta mengurangi kekuatan otot.	Gangguan Mobilitas Fisik
3.	DS: DO: 1) Adanya luka post sc 2) Luka tertutup perban ±10 cm 3) Sayatan luka horizontal	Luka operasi menciptakan area terbuka yang rentan terhadap kolonisasi bakteri. Jika kebersihan dan perawatan luka kurang optimal, terjadi proses inflamasi lokal yang dapat berkembang menjadi infeksi.	Risiko Infeksi
4.	DS: Klien mengatakan ASI belum keluar DO: 1) ASI tidak/belum menetes 2) Payudara terasa lembek 3) POD)Post Op Day) 0 4) Tidak rawat gabung dengan bayinya	Setelah tindakan SC, keterlambatan inisiasi menyusui dan pengaruh hormonal (rendahnya prolaktin dan oksitosin) menghambat refleks let down sehingga ASI tidak keluar optimal.	Menyusui tidak efektif

No	Data	Etiologi	Masalah
5.	DS: 1) Pasien mengatakan tidak bisa melakukan perawatan diri secara mandiri DO: 1) Pasien tampak tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri karena terdapat nyeri pada abdomen post operasi 2) Kulit teraba lengket saat di palpasi	Adanya luka post op <i>sectio caesarea</i> yang merangsang saraf sensorik sehingga menimbulkan nyeri. Pasien menjadi takut bergerak karena takut meningkatkan rasa nyeri sehingga gerakan pasien menjadi terbatas, tidak mampu ke toilet dan menyebabkan defisit perawatan diri.	Defisit perawatan diri

2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

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

DS:

- 1) Klien mengeluh nyeri pada area luka bekas operasi
- 2) Klien mengeluh nyeri seperti di sayat-sayat
- 3) Klien mengeluh nyeri hilang timbul
- 4) Skala nyeri 6 (0-10).

DO:

- 1) Klien tampak meringis
- 2) Terdapat luka post SC $\pm$ 10cm horizontal di abdomen bagian bawah

3) Terdapat nyeri tekan pada abdomen

4) TD: 134/98 mmHg

N: 85x/menit

RR: 20x/menit

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan:

DS: klien mengatakan sulit menggerakkan tubuh bagian bawah dan sakit saat melakukan pergerakan

DO:

1) Kekuatan otot menurun

5	5
4	4

2) Klien tampak lemah

3) Gerakan terbatas

4) Aktivitas di bantu keluarga

5) POD (Post Op Day) 0

c. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

DS:

DO:

1) Adanya luka post sc

2) Luka tertutup perban $\pm$ 10 cm

3) Sayatan luka horizontal

d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai

ASI

DS: klien mengatakan Asi belum keluar

DO:

- 1) ASI tidak/belum menetes
- 2) Payudara terasa lembek
- 3) POD (Post op Day) 0

e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

DS:

- 1) Pasien mengatakan tidak bisa melakukan perawatan diri secara mandiri

DO:

- 1) Pasien tampak tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri karena terdapat nyeri pada abdomen post operasi
- 2) Kulit terasa lengket saat di palpasi

3. Proses Keperawatan

Nama : Ny. S

NO. RM : 01446677

Usia : 21 tahun

Ruangan : Jade

Tabel 3.5 Proses Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik DS: 1) klien mengatakan nyeri pada luka post operasi di abdomen bagian bawah 2) Skala nyeri 6 (0-10) 3) Nyeri seperti	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri yang dirasakan pasien menurun dengan kriteria hasil: 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Frekuensi nadi membaik	Manajemen nyeri (1.08238) Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	1) Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri yang dirasakan pasien	Tanggal 30 April 2025 Pukul 08.00 WIB 1) Melakukan identifikasi lokasi, karakteristik nyeri R: nyeri dibagian abdomen bawah bekas operasi, nyeri seperti disayat-sayat, nyeri hanya pada bagian perut, nyeri hilang timbul dan dirasakan saat bergerak.	Tanggal 30 April 2025 Pukul 11.10 WIB S: Pasien mengeluh masih merasa nyeri pada luka post sc O: 1) Klien tampak meringis 2) Skala nyeri 6 (0-10) 3) TD: 113/63 mmHg 4) N: 80x/menit

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	disayat-sayat 4) Nyeri hilang timbul DO: 1) Klien tampak meringis 2) Terdapat luka post op pada abdomen dengan panjang ± 10cm horizontal 3) Terdapat nyeri tekan 4) TD: 134/98 mmhg N:85x/m RR:20x/m		2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 4) Berikan teknik non farmakologis (teknik distraksi dan relaksasi nafas dalam)	2) Untuk mengetahui skala nyeri pasien 3) Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri pasien 4) Untuk mendistraksi rasa nyeri klien sehingga	Pukul 08.05 WIB 2) Mengidentifikasi skala nyeri R: Skala 6 (0-10) Pukul 08.08 WIB 3) Mengidentifikasi faktor yang memperberat R: nyeri bertambah saat bergerak dan nyeri berkurang saat beristirahat Pukul 08.10 WIB 4) Memberikan teknik distraksi relaksasi nafas dalam R: Klien lebih tenang dan nyeri sedikit	5) RR: 20x/menit A: Masalah belum teratasi P:Lanjutkan intervensi 1) Identifikasi skala nyeri 2) Melatih teknik relaksasi dan distraksi tarik napas dalam 3) Pemberian obat analgetik keterolac 30mg dan ceftriaxone 1gr

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			Edukasi 5) Jelaskan strategi meredakan nyeri Kolaborasi 6) Kolaborasi pemberian analgetik keterolac	berkurang 5) Untuk menambah wawasan pasien tentang strategi meredakan nyeri 6) Untuk membantu mengurangi nyeri pasien dengan teknik nonfarmakologis	berkurang Pukul 08.15 WIB 5) Menjelaskan strategi meredakan nyeri R: Klien mengerti dan paham apa yang dijelaskan oleh perawat Pukul 09.20 WIB 6) Memberikan pemberian keterolac 1x30mg dengan cara IV	

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi				
					Yuni Srimulyani					
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri DS: klien mengatakan sulit menggerakkan tubuh bagian bawah dan sakit saat melakukan pergerakan DO: 1) Kekuatan otot ekstremitas <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>4</td></tr></table> 2) Gerakan terbatas 3) Klien tampak	5	5	4	4	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1) Pergerakan ekstremitas bawah meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Gerakan terbatas menurun	Dukungan mobilisasi (1.05173) Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan pada fisik lain 2) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	1) Untuk mengetahui penyebab gangguan mobilisasi 2) Untuk mengetahui keadaan klien, apakah mobilisasi perlu dilanjutkan atau dihentikan	Tanggal 30 April 2025 Pukul 08.20 WIB 1) Memonitor keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya R: klien mengatakan nyeri dibagian perut apabila bergerak Pukul 08.22 WIB 2) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R: klien tampak kesulitan dan kesakitan	Tanggal 30 April 2025 Pukul 11.10 WIB S: 1) klien mengatakan sudah bisa bergerak sedikit-sedikit 2) klien mengatakan sudah bisa miring kanan miring kiri O: 1) Klien mampu miring kanan miring kiri 2) Klien tampak berhati-hati saat
5	5									
4	4									

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	lemah 4) Aktivitas dibantu keluarga 5) POD (Post Op day) 0		Terapeutik 3) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) 4) Libatkan keluarga dalam membantu klien meningkatkan pergerakan Edukasi 5) Jelaskan tujuan dan prosedur	3) Untuk membantu dan mempermudah mobilisasi klien 4) agar keluarga berperan dalam membantu proses penyembuhan 5) agar klien mengetahui	Pukul 08.25 WIB 3) Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu. R: selama melakukan pergerakan pasien mencoba memanfaatkan pagar tempat tidur Pukul 08.27 WIB 4) Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan. R: keluarga turut membantu dalam proses peningkatan pergerakan klien Pukul 08.30 WIB 5) Menjelaskan tujuan dan prosedur	bergerak 3) Klien dibantu oleh keluarganya ketika melakukan mobilisasi 4) Klien tampak lemah 5) Gerakan masih terbatas karena nyeri 6) TD: 113/63 mmHg N: 80 x/menit RR: 20x/menit Spo2: 98% A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1) Monitor kondisi umum selama melakukan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			mobilisasi 6) Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan post sc : 0-6 jam menggerakkan tangan, kaki dan jari-jari, 6-12 jam miring kanan kiri, 12-24 jam duduk semi fowler, > 24 jam berjalan kaki	tujuan dalam mobilisasi 6) Agar klien bisa terbiasa beradaptasi dengan keadaannya saat ini	mobilisasi R: klien dan keluarga paham penjelasan dari perawat Pukul 08.35 WIB 6) Mengajarkan mobilisasi dini R: a) Klien paham tahapan mobilisasi dini b) Klien melakukan gerakan mobilisasi dini tahap 2 yaitu miring kanan miring kiri Yuni Srimulyani	mobilisasi 2) Fasilitasi aktivitas dengan alat bantu 3) Libatkan keluarga dalam membantu menaikan pergerakan 4) Menganjurkan mobilisasi dini

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
3.	Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif ditandai dengan: DS: Klien mengatakan nyeri pada abdomen yang terdapat luka post sc DO: 1) Adanya luka post sc 2) Luka tertutup perban ±10 cm 3) Sayatan luka horizontal	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan risiko infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1) Nyeri menurun 2) Kerusakan jaringan menurun 3) Kadar sel putih membaik 4) Kultur area luka membaik	Perawatan luka (1.14564) Observasi 1) Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik: 2) Lakukan perawatan luka Edukasi: 3) Jelaskan tanda dan gejala infeksi	1) Untuk mengetahui adanya tanda-tanda infeksi 2) Untuk membantu proses perawatan luka 3) Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi	Tanggal 30 April 2025 Pukul 08.37 WIB 1) Monitor adanya tanda dan gejala infeksi R: Area luka tertutup perban Pukul 08.40 WIB 2) Merencanakan perawatan luka pada POD 2 Pukul 08.45 WIB 3) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi R: klien dan keluarga mengerti mengenai tanda dan gejala infeksi pada luka	Tanggal 30 april 2025 Pukul 11. 15 WIB S: klien mengatakan masih terasa nyeri pada luka post sc dibagian perut bawah O: 1) Keadaan luka tertutup perban 2) Masih ada nyeri tekan 3) TTV TD: 103/55 mmHg N: 131x/menit RR: 22x/menit SPO2: 96%

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			4) Anjurkan konsumsi tinggi protein dan kalori Kolaborasi 5) Kolaborasi pemberian antibiotik	4) Agar membantu mempercepat penyembuhan luka 5) Untuk memberikan informasi mengenai tanda infeksi	Pukul 08.50 WIB 4) Menganjurkan konsumsi tinggi kalori dan tinggi protein Pukul 09.00 WIB 5) Mengkolaborasi pemberian cefotaxime 1gr IV R: klien nyaman Yuni Srimulyani	S: 35,6C A; masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1) Monitor tanda-tanda infeksi 2) Lakukan perawatan luka 3) Berikan terapi antibiotik Cefotaxime 2x1gr

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
4.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan supply ASI DS: klien mengeluh asi belum keluar DO: 1) ASI tidak/belum menetes 2) POD (post op Day) 0 3) Tidak rawat gabung dengan bayinya	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil: 1) Tetesan atau pancaran ASI meningkat 2) Supply ASI adekuat meningkat	Edukasi menyusui (I. 12393) Tindakan Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik 3) Sediakan materi dan media penkes (pijat oksitosin)	1) Untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan ibu dalam menyusui 2) Untuk mengetahui keinginan ibu dalam menyusui 3) Untuk memberikan edukasi	Tanggal 30 April 2025 Pukul 09.10 WIB 1) Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan ibu R: klien belum tahu tentang menyusui dikarenakan anak pertama Pukul 09.12 WIB 2) Mengidentifikasi keinginan ibu untuk menyusui R: ibu ingin segera menyusui bayinya 3) Menyediakan materi dan media untuk penyuluhan	Tanggal 30 April 2025 Pukul 18.00 WIB S: klien mengatakan ASI belum keluar O: 1) ASI tampak belum keluar 2) Payudara teraba lembek A: masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1) Perawatan payudara (pijat oksitosin)

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	4) Payudara teraba lembek 5) Kurang pengetahuan		Edukasi 4) Ajarkan perawatan payudara (pijat oksitosin) pada tanggal 01 Mei 2025 pukul 09.20	kepada klien 4) Mengajarkan ibu mengenai perawatan payudara untuk merangsang pengeluaran ASI	R: Klien bersedia diberikan penkes pijat oksitosin 4) Melakukan pijat oksitosin dan mengajarkan kepada keluarga pijat oksitosin (POD 0) R: klien rilex dan keluarga paham Yuni srimulyani	
5.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan	Perawatan diri (I.11103) Diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam perawatan	Dukungan perawatan diri (I.11348) Observasi 1) Monitor tingkat kemandirian	1) Untuk mengetahui	Tanggal 30 April 2025 Pukul 10.00 WIB 1) Memonitor tingkat kemandirian pasien	Tanggal 30 April 2025 Pukul 12.00 WIB S: Pasien mengatakan nyaman setelah

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	dengan: DS: Klien mengatakan tidak bisa melakukan perawatan diri secara mandiri DO: 1) Pasien tampak tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri karena terdapat nyeri pada abdomen post operasi 2) Kulit teraba	diri membaik dengan kriteria hasil: 1) Kemampuan mandi meningkat 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3) Kemampuan ke toilet meningkat 4) Minat melakukan perawatan diri meningkat	pasien 2) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian berhias dan makan Terapeutik 3) Siapkan keperluan pribadi	kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri saat sakit 2) Untuk membantu kebutuhan berhias klien 3) Agar pasien mudah dalam mengambil kebutuhan pribadi	R: Pasien tidak bisa melakukan perawatan diri karena nyeri pada bagian perutnya Pukul 10.05 WIB 2. Membereskan alat dan barang didekat tempat tidur pasien R: barang dan alat pasien mudah untuk digapai pasien Pukul 10.10 WIB 3) Melakukan vulva hygiene dan memandikan pasien R: Klien merasa nyaman dan senang karena telah dibantu melakukan perawatan	dimandikan namun belum bisa melakukan secara mandiri karena nyeri masih terasa O: Pasien tampak lebih segar dan bersih A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	lengket saat di palpasi		4) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 5) Anjurkan perawatan diri sesuai kemampuan	4) Agar kebersihan tubuh pasien terjaga 5) Agar pasien dalam melakukan perawatan diri secara konsisten	diri Pukul 10.20 WIB 4) Menganjurkan pasien setelah 24 jam untuk pergi ke toilet dan tetap memperhatikan kebersihan diri R: pasien mengatakan akan mencobanya jika nyeri berkurang Yuni Srimulyani	

4. Catatan Perkembangan

Nama: Ny. S

Alamat: Kp. Negla

Umur : 21 tahun

Ruangan: Jade

Tanggal masuk RS: 29 April 2025

NO RM: 01446677

Tabel 3.6
Catatan Perkembangan Hari ke-1

No	Tanggal dan Waktu	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
1.	Kamis , 01 Mei 2025 Pukul 08.30 WIB	I	S: Klien mengatakan masih nyeri dibagian perut bekas operasi O: 1) Pasien tampak meringis 2) Skala nyeri 5 (0-10) 3) Hasil TTV TD 120/84 mmHg N: 126x/menit RR 21x/menit A: Nyeri akut teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1) Identifikasi skala nyeri 2) Anjurkan teknik non farmakologis (tarik nafas dalam) 3) Kolaborasi pemberian analgetik keterolak I: 1) Memonitor skala nyeri R: 5 (0-10) 2) Melatih teknis nafas dalam R: klien merasa rileks 3) Memberikan terapi analgetik (katerolac 1x30mg) lewat IV R: Nyeri klien berkurang E: Masalah teratasi Sebagian	Yuni Srimulyani
	09.15 WIB			
	15.30 WIB			

No	Tanggal dan Waktu	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
2.	01 Mei 2025 Pukul 08.30 WIB	II	S: 1) klien mengatakan masih merasa nyeri saat bergerak 2) klien mengatakan bisa bergerak miring kanan kiri dan dapat duduk ditempat tidur O: 1) klien mampu melakukan teknik mobilisasi (miring kanan dan miring kiri) 2) gerakan terbatas menurun A: Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1) libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan I: 1) Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan R: Keluarga dapat membantu klien dalam melakukan mobilisasi E: Masalah teratasi sebagian	Yuni Srimulyani
	09.30 WIB			
	15.40 WIB			

No	Tanggal dan Waktu	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
	09.50 WIB		I: 1) Mengevaluasi pengeluaran ASI R: ASI sudah keluar sedikit 2) Mengevaluasi penkes mengenai pijat oksitosin R: klien sudah mulai mengerti tentang pijat oksitosin 3) Mengevaluasi tentang pijat oksitosin R: klien sudah mengerti dan bisa melakukannya dibantu oleh keluarganya 15.50 WIB E: Masalah teratasi	
5	Kamis, 01 Mei 2025 Pukul 08.30 WIB	V	S: 1) Pasien mengatakan badannya sudah tidak lengket karena sudah mandi di bantu keluarga 2) Pasien mengatakan sudah membersihkan perineumnya dibantu oleh keluarga. O: 1) Pasien tampak sudah bisa mengganti pakaian sendiri dibantu oleh keluarga 2) Pasien tampak bersih dan rapi A: Defisit perawatan diri teratasi P: Intervensi dihentikan	Yuni Srimulyani

Tabel 3.7
Catatan Perkembangan Hari ke-2

[illegible]

No	Tanggal dan Waktu	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
	09.30 WIB		I: 1) Memonitor tanda-tanda infeksi R: klien tidak terdapat tanda-tanda infeksi 2) Melakukan perawatan luka R: luka klien tampak baik, tidak ada pus, tidak ada rembesan darah atau cairan, sayatan luka $\pm$ 10 cm E: masalah teratasi sebagian	
	14.00 WIB			
			14.30 WIB Klien ACC pulang	

B. Pembahasan

Setelah melakukan asuhan keperawatan Pada Ny. S (P1A0) dengan *post sectio caesarea* POD 0 (8 jam) atas indikasi gawat janin diruang Jade RSUD dr. Slamet Garut. Asuhan keperawatan dilaksanakan mulai tanggal 30 April 2025 sampai 02 Mei 2025. Penulis menemukan masalah-masalah berupa kesenjangan-kesenjangan antara teori yang didapatkan dengan tindakan keperawatan yang dilakukan. Adapun pembahasan ini dibagi berdasarkan tahap proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Tahap Pengkajian

Pada tahap pengkajian ini penulis membandingkan antara teori dengan hasil pengkajian. Pada saat pengumpulan data, penulis tidak menemukan banyak kendala karena Ny. S dan keluarga cukup

kooperatif terbukti dengan terbinanya kepercayaan antara penulis dan Ny. S serta keluarga Ny. S menjawab pertanyaan yang dilontarkan penulis tanpa terlihat adanya perasaan ragu dari mulai data identitas sampai data psikologisnya dan bersedia untuk dilakukan pemeriksaan fisik secara sistematis serta keluarganya pun membantu untuk memberikan data-data yang diperlukan.

Data pengkajian asuhan keperawatan yang ada pada teori *post sectio caesarea* dengan indikasi gawat janin didapatkan bahwa klien mengeluh nyeri pada luka *post SC* skala nyeri 6 (0-10), tampak luka *post SC* $\pm$ 10 cm di bagian perut bawah, klien tampak meringis. Hal ini disebabkan karena terputusnya kontinuitas jaringan, dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter, bradikinin, serotonin dan histamin. Rangsangan ini akan di hantarkan ke thalamus dan dipersepsikan sebagai nyeri, sehingga pasien akan merasakan nyeri terutama setelah efek anastesi habis (Yanti & Sri, 2020).

Menurut (Hidayah, 2024) pasien yang telah melakukan tindakan SC akan merasakan takut dan malas untuk melakukan mobilisasi atau menggerakkan badan dengan alasan takut jahitan lepas. Pada Ny. S ditemukan data bahwa klien mengatakan enggan bergerak karena nyeri, aktivitas dibantu oleh keluarganya karena adanya keterbatasan gerak sehingga timbul gangguan mobilitas fisik.

Pada Ny. S ditemukan adanya luka post operasi dibagian abdomen panjang $\pm$ 10 cm dengan sayatan horizontal, tidak tampak

pus, tidak tampak kemerahan dan tidak ada rembesan darah. Hasil pemeriksaan laboratorium ditemukan adanya peningkatan jumlah leukosit 17,240/mm³. Infeksi adalah invasi tubuh pathogen atau mikroorganisme yang mampu menyebabkan sakit. Persalinan dengan *sectio caesarea* mempunyai resiko 5 kali lebih besar mengalami infeksi pasca persalinan dibandingkan dengan persalinan normal. Infeksi daerah operasi dapat terjadi dengan cepat dengan waktu 24-48 jam post operasi dan bisa sampai 30 hari post operasi (Parwihardjo, 2017).

Pada perubahan fisiologis ibu post SC yaitu kadar estrogen dan progesterone serum menurun sejak 3 hari pasca persalinan dan mencapai nilai pra-kehamilan pada hari ke-7. Nilai tersebut akan menetap bila ibu tidak memberikan ASI maka estradiol akan mulai meningkat dan menyebabkan pertumbuhan folikel, proses laktasi timbul setelah plasenta lepas. Plasenta mengandung penghambat prolaktin (hormon plasenta) yang menghambat pembentukan ASI. Setelah plasenta lepas hormone plasenta tidak ada lagi sehingga air susu pun keluar. Sempurnanya ASI keluar 2-3 hari setelah melahirkan. Namun, Ny S tidak mengetahui mekanisme produksi ASI tersebut hingga merasa cemas pada kondisi payudaranya yang masih belum mengeluarkan ASI setelah melahirkan.

Secara teori data-data tersebut merupakan masalah yang bisa muncul pada pasien *post sectio caesarea*. Adapun data yang tidak ditemukan pada kasus Ny. S yaitu menyusui tidak efektif. Menyusui

tidak efektif pada 24 jam pertama ASI belum keluar merupakan keadaan normal yang bisa dialami oleh ibu *post partum* karena setelah melahirkan ibu bisa mengalami kelelahan maternal sehingga hormon prolaktin belum bekerja sehingga pada hari pertama ASI belum keluar dan umumnya ASI akan mulai keluar pada hari kedua dan seterusnya. Cemas pada ibu karena ASI yang belum keluar menunjukkan adanya kekurangan informasi yang diterima Ny. S.

Akibat tindakan operasi, Ny. S mengalami kesulitan dalam merawat diri secara mandiri. Kegiatan sehari-hari seperti makan, minum, pergi ke kamar mandi, dan mengganti pakaian harus dilakukan dengan bantuan orang lain. Hambatan ini disebabkan oleh luka pascaoperasi yang membatasi pergerakannya, sehingga mengganggu aktivitas harian (Dian, H., & Grasiona, 2020). Selama proses pengkajian juga ditemukan bahwa kulit tubuh Ny. S terasa lengket dan rambut terlihat lepek, sehingga ia memerlukan bantuan dalam merawat kebersihan diri guna mencegah risiko infeksi.

2. Diagnosa Keperawatan

Secara teori tidak semua bisa dirumuskan dalam diagnosa keperawatan secara nyata, karena hal ini harus ditunjang dari data-data hasil pengkajian yang telah dilakukan. Masalah yang ada pada teori klien *post operasi caesarea* dengan indikasi gawat janin adalah: nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, risiko infeksi, defisit perawatan diri,

risiko menyusui tidak efektif dan gangguan pola tidur. Dari enam masalah yang ditemukan, empat diantaranya terdapat dalam teori yaitu:

- a. Nyeri akut merupakan sensasi dan pengalaman yang tidak menyenangkan serta muncul secara aktual maupun potensial terhadap kerusakan jaringan, dengan rentan waktu tertentu dengan skala yang berbeda-beda. Alasan diagnosa tersebut diangkat karena saat pengkajian didapatkan data subjektif yaitu klien mengeluh nyeri pada perut bagian bawah, nyeri dirasakan dibagian perut, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat. Skala nyeri 7 (0-10) nyeri dirasakan saat sedang bergerak dan hilang saat diberi obat. Data objektif nya yaitu klien tampak meringis, terdapat luka operasi pada abdomen, adanya nyeri tekan. Diagnosa tersebut penulis prioritaskan karena keluhan yang dirasakan klien saat itu dan apabila masalah itu tidak segera ditangani akan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien dan bisa mengganggu aktivitas klien sehingga timbul rasa ketakutan untuk melakukan gerakan (SDKI, 2018).
- b. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Alasan diagnosa diangkat karena saat pengkajian didapatkan data subjektif klien mengeluh nyeri saat bergerak data subjektif kekuatan otot 3, gerakan terbatas, adl dibantu keluarga. Penulis menetapkan diagnosa kedua dikarenakan adanya reseptor nyeri sehingga terjadi kelemahan fisik

yang diakibatkan nyeri bertambah apabila banyak bergerak, klien takut bergerak dan aktivitas dibantu keluarga (SDKI, 2018).

- c. Risiko infeksi adalah beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Pada Ny. S penyebab adalah ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer kerusakan integritas kulit akibat dari tindakan *sectio caesarea*. Data yang ditemukan pada Ny.S ditemukan faktor pendukung resiko infeksi yaitu Pasien mengeluh nyeri di luka post SC. Adanya luka insisi operasi SC yang masih tertutup perban panjang luka ± 10 cm secara objektif tampak adanya peningkatan jumlah leukosit 17,240/mm³. Serta perineum tampak kotor. Diagnosa resiko infeksi menjadi diagnosa ketiga karena diagnosa ini merupakan diagnosa resiko dimana masalah belum terjadi pada pasien namun bisa saja terjadi jika tidak dilakukan perawatan luka pada pasien (SDKI, 2017)
- d. Menyusui tidak efektif menurut (Astawa IM 2020), manajemen menyusui efektif terjadi karena pengeluaran ASI akan terjadi pada hari ke 2-3 hari setelah melahirkan, tetapi pemberian ASI pada saat awal persalinan memberikan rangsangan untuk mempercepat pengeluaran ASI. Pada Ny. S data yang ditemukan belum adanya pengeluaran ASI, Klien mengeluh tidak IMD dan payudara tidak terdapat nyeri tekan. Diagnosa keperawatan yang ditemukan penulis yang tidak sesuai dengan teori dan terdapat kesenjangan pada tinjauan kasus didapatkan bahwa penulis tidak mendapatkan

data-data yang menunjukkan pada diagnosa defisit perawatan diri dan gangguan pola tidur, pada diagnosa defisit perawatan diri dan gangguan pola tidur penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut karena tidak terdapat tanda-tanda yang merujuk pada diagnosa tersebut.

- e. Defisit perawatan diri menurut teori gangguan pemenuhan ADL atau defisit perawatan diri dapat terjadi setelah dilakukannya tindakan post operasi sectio caesarea karena adanya efek anastesi, penurunan kemampuan untuk mobilisasi dan beraktivitas dibatasi klien khawatir pergerakannya akan menjadi fatal terhadap luka post operasi sehingga aktivitas klien terutama pada aktivitas perawatan diri. Pada Ny. S post operasi sectio caesarea POD 0 ditemukan adanya data-data yang menunjang masalah defisit perawatan diri seperti secara subjektif ditemukan pasien mengeluh nyeri saat ingin ke toilet, dan pasien mengatakan tidak nyaman karena badannya lengket. Sedangkan secara objektif rambut Ny. S tampak lepek dan daerah perineum tampak kotor.

3. Perencanaan

Pada saat merencanakan penulis menggunakan standar yang sudah ditetapkan oleh PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) yaitu berdasarkan buku referensi Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Sehingga pada tahap perencanaan, penulis tidak mendapat kesulitan didukung juga dengan adanya kerjasama, bantuan

dari pihak keluarga pasien dan juga petugas kesehatan dalam ruangan sehingga terlaksanakannya tahap perencanaan.

4. Tahap pelaksanaan

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

Pada diagnosa pertama, penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yang dibuat yaitu pada intervensi utama untuk masalah nyeri akut adalah dengan manajemen nyeri dengan melakukan observasi karakteristik nyeri pasien kemudian mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi untuk meredakan nyeri, menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri serta memberi terapi obat analgetik keterolac 1x30mg IV.

Pada diagnosa kedua, penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yang dibuat yaitu pada intervensi utama gangguan mobilitas dengan dukungan mobilitas fisik dengan melakukan observasi memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama bergerak atau beraktivitas, mengajarkan klien untuk ambulasi sederhana yaitu miring kanan/ miring kiri dan berjalan sedikit demi sedikit, menjelaskan pentingnya ambulasi dini pada *post SC*.

Pada diagnosa ketiga penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yaitu pada intervensi utama resiko infeksi dengan tingkat infeksi memonitor tanda-tanda infeksi didapatkan pasien merasa nyeri dengan hasil leukosit 17.240mm/3. Penulis memberikan tindakan melakukan perawatan luka setelah POD 2. Sebelum dilakukan tindakan perawatan luka keadaan luka tertutup perban dan memberikan obat antibiotik cefotaxime 1 gram IV.

Pada diagnosa keempat, penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yang dibuat yaitu pada intervensi utama menyusui tidak efektif dengan memberikan pendidikan kesehatan mengenai perawatan payudara. Mengajarkan teknik pijat oksitosin sehingga membuat ibu merasa nyaman dan otot-otot menjadi rileks, perasaan ibu menjadi tenang, hormon laktasi meningkat yang menimbulkan pengeluaran ASI

Pada diagnosa kelima, penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yang dibuat yaitu pada intervensi utama defisit perawatan diri dengan mengkaji status kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas perawatan diri. Kemudian penulis membantu pasien dalam melakukan perawatan diri yaitu *vulva hygiene* dan juga mandi serta mengganti pakaian.

5. Tahap Evaluasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada Ny. S selama 3 hari mulai tanggal 29 April 2025 sampai 01 Mei 2025 menunjukkan adanya perkembangan yang baik setiap hari nya dari setiap masalah keperawatan yang ditetapkan. Penulis menemukan 4 masalah keperawatan, diantaranya :

a. Nyeri Akut

Hasil evaluasi pada diagnose nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 8 jam pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala 4 (0-10) yang berarti nyeri pasien berkurang yang awalnya pada skala 7 (1-0-10). Sehingga masalah nyeri akut teratasi sebagian.

b. Gangguan Mobilitas Fisik

Hasil evaluasi pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 3x8 jam didapatkan data bahwa pasien sudah bisa duduk dan berdiri sendiri walaupun berjalan masih dibantu oleh keluarga dengan kekuatan otot 5/5. Hal tersebut sudah meningkat dari kondisi awal di mana saat awal masuk rumah sakit pasien masih belum bisa melakukan pergerakan dan kekuatan otot ekstremitas bawah 3/3. Sehingga masalah gangguan mobilitas fisik teratasi.

c. Risiko Infeksi

Hasil evaluasi pada resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif atau bekas luka bekas sc setelah dilakukan perawatan selama 3x8 jam pasien masih merasa sedikit nyeri pada luka bekas operasi. Sedangkan data objektif yang didapatkan adalah jumlah leukosit menurun dari jumlah awal yaitu dari 17.240/mm³ menjadi 10.350/mm³ . Sehingga masalah teratasi sebagian.

d. Menyusui Tidak Efektif

Hasil evaluasi pada menyusui tidak efektif didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 3x8 jam, data objektif didapatkan pasien tampak ASI sudah keluar sehingga masalah teratasi.

e. Defisit perawatan diri

Hasil evaluasi pada diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 1x8 jam, data objektif didapatkan pasien tampak bersih dan segar hanya saja pasien belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri sepenuhnya, pasien masih perlu dibantu saat melakukan perawatan diri. Masalah defisit perawatan diri teratasi karena pasien sudah dilakukan perawatan diri dan tujuan telah tercapai namun pasien belum bisa melakukan perawatan diri sepenuhnya secara mandiri. Pasien pulang pada hari

ketiga yang masih dalam tahap ketergantungan (*taking in*) sehingga perlu dukungan dari orang lain.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. S (P1A0) dengan *Post sectio caesarea* POD 0 (8 jam) atas indikasi gawat janin di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut pada tanggal 30 April 2025 sampai dengan 02 Mei 2025, maka penulis dapat menyimpulkan hal-hal berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. S (P1A0) dengan *Post sectio caesarea* POD 0 (8 jam) atas indikasi gawat janin di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. S (P1A0) dengan *Post sectio caesarea* POD 0 (8 jam) atas indikasi gawat janin di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut. Diagnosa keperawatan yang ditemukan meliputi nyeri akut terkait dengan pencederaan fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik, risiko infeksi ditandai dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer dan menyusui tidak efektif terkait dengan ketidakadekuatan suplai ASI.
3. Penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan bagi Ny. S (P1A0) dengan *Post sectio caesarea* POD 0 (8 jam) atas indikasi gawat janin di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut, sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul dari hasil pengkajian.

4. Penulis mampu melaksanakan tindakan (implementasi) keperawatan sesuai dengan masalah keperawatan pada Ny. S (P1A0) dengan *Post sectio caesarea* POD 0 (8 jam) atas indikasi gawat janin di ruang Jade RSUD dr. slamet Garut serta sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan.
5. Penulis dapat mengevaluasi asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada Ny. S (P1A0) dengan *Post sectio caesarea* POD 0 (8 jam) atas indikasi gawat janin di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
6. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan yang diberikan kepada Ny. S (P1A0) dengan *Post sectio caesarea* POD 0 (8 jam) atas indikasi gawat janin di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut dalam bentuk karya tulis ilmiah.

B. Rekomendasi

Setelah penulis memberikan asuhan keperawatan pada Ny. S (P1A0) dengan *Post sectio caesarea* POD 0 (8 jam) atas indikasi gawat janin secara sistematis dan komprehensif, penulis menyampaikan beberapa saran untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan. Saran-saran tersebut adalah sebagai berikut:

1. Bagi Institusi Pendidikan

Pengajaran sebaiknya tidak hanya dilakukan oleh dosen, tetapi juga melibatkan perawat profesional agar mahasiswa dapat menjembatani kesenjangan antara teori dan praktik lapangan. Hal ini

akan membantu mahasiswa menyesuaikan diri dan melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan standar operasional. Selain itu, perpustakaan sebaiknya menyediakan referensi yang lengkap dan terbaru untuk mendukung proses belajar mahasiswa, terutama dalam pembuatan karya tulis ilmiah atau penelitian.

2. Bagi Rumah Sakit

Untuk meningkatkan mutu pelayanan bagi pasien *post sectio caesarea*, penting untuk menyediakan sarana dan prasarana yang memadai. Rumah sakit diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sesuai dengan standar Operasional Prosedur (SOP).

3. Bagi Perawat

Perawat diharapkan dapat meningkatkan kinerja melalui pelatihan-pelatihan yang akan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan. Selain itu, perawat juga harus mampu memberikan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu.

4. Bagi Klien dan Keluarga

Klien diharapkan dapat mengenali tanda-tanda infeksi, sementara keluarga diharapkan dapat mendampingi ibu *post sectio caesarea* dengan disiplin dan penuh perhatian.

DAFTAR PUSTAKA

- Al., Perry et. 2021. “Maternal Child Nursing Care.” In *Elsevier*.
- Amanda. 2024. “ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY Y DI PMB BIDAN N DESA PEJATEN KECAMATAN CIBUAYA KABUPATEN KARAWANG” 12 (1): 132–41.
- Astawa IM. 2020. *Asuhan Keperawatan Dasar*. Jakarta: Salemba Medika.
- Carpenito, L. J. 2020. “Handbook of Nursing Diagnosis.” In *Wolters Kluwer*, (16th ed.).
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., et al. 2022. *Williams Obstetrics. McGraw-Hill Education*. Vol. (15th ed.).
- Dian, H., & Grasiana. (2020). Asuhan keperawatan maternitas: Teori dan aplikasi praktik. Yogyakarta: Pustaka Kesehatan.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. 2021. “Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care across the Life Span.” In *F.A. Davis Company*, (11th ed.).
- Hidayah. (2024). Asuhan keperawatan pada pasien *post sectio caesarea*. Jakarta: Penerbit Kesehatan.
- Jamaluddin. 2024. “Pemodelan Data Angka Kematian Bayi Menggunakan Regresi Robust.” *SAINTEK: Jurnal Sains, Teknologi & Komputer* 1 (1): 1–7. <https://doi.org/10.56495/saintek.v1i1.326>.
- Khamisya, Mawaddah Tul. 2023. “Hubungan Usia, Partus Lama Dan Gawat Janin Pada Ibu Hamil Dengan Sectio Caesarea Di Rsud H. Abdul Manap Kota Jambi.” *Mawaddah Tul Khamisya , Reni Hariyanti , Silvia Mariana* 7 (1): 109–13.
- Lestari, R. A., Puspasari, I. D., & Hartati, I. 2020. “Deteksi Dini Fetal Distress Melalui CTG Dan Pemeriksaan Klinis.” *Jurnal Kesehatan Reproduksi* 9(1):25–31.
- Lestari, et al. 2022. “Hubungan Nilai Religius Terhadap Pemulihan Emosi Post Partum.” *Jurnal Psikologi Kesehatan* 4(2).
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., & Alden, K. R. 2022. “Maternity and Women’s Health Care.” In *Elsevier*, (12th ed.).
- Nurhafni et al. 2021. “Analisis Faktor Risiko Terhadap Angka Kematian Bayi Di Wilayah Kerja Puskesmas Johan Pahlawan (Rundeng) Kabupaten Aceh Barat.” *Jurnal Jurmakemas* 1 (1): 1–12.
- Parwihardjo, S. (2017). Ilmu kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

- Permata Sari, Intan, Citra Afny Sucirahayu, Shafira Ainun Hafilda, Siti Nabila Sari, Vani Safithri, Jana Febriana, Hamzah Hasyim, Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, and Universitas Sriwijaya. 2023. "Faktor Penyebab Angka Kematian Ibu Dan Angka Kematian Bayi Serta Strategi Penurunan Kasus (Studi Kasus Di Negara Berkembang): Sitematic Review." *PREPOTIF Jurnal Kesehatan Masyarakat* 7 (3): 2023.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. 2023. "Fundamentals of Nursing." In *Elsevier*.
- PPNI, T. P. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. jakarta selatan: dewan pengurus pusat persatuan perawat nasional indonesia.
- PPNI, T. P. (2017). *Standar diagnosa keperawatan indonesia*. jakarta selatan: persatuan perawat nasional indonesia.
- Putra, ida Bagus Giri Sena, Made Wandia, and Saktivi Harkitasari. 2021. "Indikasi Tindakan Sectio Caesarea Di RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2017-2019." *Aesculapius Medical Journal* 1 (1): 63–64.
- Putri, A., Hasanah, U., & Rahmawati, L. 2022. "Indikasi Dan Prosedur Sectio Caesarea." *Jurnal Obstetri Dan Ginekologi* 8(3):45–53.
- Putri, Astuti & Damailia. 2021. "Hubungan Antara Persalinan Induksi Dan Gawat Janin Di Rumah Sakit Umum Daerah Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat Tahun 2020–2021 Meitariani." *Bandung Conference Series: Medical Science* 3 (1): 953–57. <https://doi.org/10.29313/bcsms.v3i1.6935>.
- Rekam Medik RSUD dr. Slamet Garut. (2025). *Presentasi Angka Kejadian Kasus SC*
- Retno, I., Suryati, T., & Nurlaelawati. 2020. "Komplikasi Masa Nifas Dan Penanganannya." *Jurnal Ilmu Kebidanan Indonesia* 12(3):157–165.
- RI, Kemenkes. 2022. "Panduan Praktik Klinik Keperawatan Maternitas." *Direktorat Keperawatan Dan Keteknisian Medis*.
- Santoso, F., Nugraha, B., & Widodo, A. 2022. "Komplikasi Sectio Caesarea Dan Penatalaksanaannya." *Jurnal Kesehatan Reproduksi* 10(2):75–83.
- Sari, D., Anggraini, M., & Firmansyah, R. 2023. "Prosedur Operasi Caesar Dan Tindak Lanjut." *Jurnal Kebidanan Modern* 9(1):50–59.
- Shariff, Fonda Octarianingsih, and Maria Annisa. 2025. "G3p2a0 38 Minggu Inpartu Gawat Janin Dengan Riwayat Pengobatan Tuberkulosis (TB)" 4 (3): 105–11.
- Simkin, P., Whalley, J., & Keppler, A. 2021. "Pregnancy, Childbirth, and the Newborn: The Complete Guide." In *Harvard Common Press*.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. 2017. "Brunner &

Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing." In *Lippincott Williams & Wilkins*.

Tambuwun. 2023. "Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Sectio Caesarea Di Instalasi Bedah Sentral RSUD Kota Tanjungpinang." *Jurnal Pendidikan Tambusai* 7 (3): 24371–79. <https://jptam.org/index.php/jptam/article/view/10465>.

Utami et Al. 2024. "Studi Kasus Asuhan Kebidanan Komprehensif." *Jurnal Ilmiah Obsgin* 1 (3): 330–37.

World Health Organization. 2021. "Postnatal Care for Mothers and Newborns: Highlights from the World Health Organization 2021 Guideline."

Widodo, D. A., Pertiwi, R. D., & Samadikun, A. 2021. "Penatalaksanaan Gawat Janin Di Ruang Bersalin." *Jurnal Ilmiah Kesehatan* 5(1):64–72.

Wijayanti, D., Nugroho, R., & Marlina, I. 2023. "Manajemen Fetal Distress Intrauterin." *Jurnal Bidan Cerdas* 8(1):45–52.

Yanti, & Sri. (2020). *Asuhan keperawatan post sectio caesarea*. Jakarta: Penerbit Kesehatan.

Yuliani, A., Wulandari, E., & Sari, M. 2021. "Penanganan Gawat Janin Dalam Praktik Kebidanan." *Jurnal Kebidanan* 10(2):88–97.

Lampiran I

LAMPIRAN SAP (SATUAN ACARA PENYULUHAN)

Pokok Bahasan	: Pijat Oksitosin
Sasaran	: Pasien dan Keluarga Pasien
Hari/Tanggal	: 01 Mei 2025
Tempat	: Ruang Jade
Waktu	:35 Menit
Penyuluh	: Yuni Srimulyani

A. Latar Belakang

Air Susu Ibu (ASI) merupakan makanan terbaik bagi bayi, terutama selama enam bulan pertama kehidupan. ASI mengandung zat gizi yang lengkap, mudah dicerna, dan memiliki antibodi alami yang melindungi bayi dari berbagai infeksi dan penyakit. WHO dan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menganjurkan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama, dilanjutkan dengan makanan pendamping hingga usia 2 tahun atau lebih (Kemenkes RI, 2022).

Namun, berbagai hambatan dapat mengganggu kelancaran pemberian ASI, termasuk rendahnya produksi dan refleks pengeluaran ASI yang tidak optimal. Salah satu cara alami yang efektif untuk membantu mengatasi hambatan tersebut adalah melalui pijat oksitosin. Pijat oksitosin merupakan teknik pijatan lembut di sepanjang tulang belakang bagian atas hingga area sekitar tulang belikat, yang berfungsi untuk merangsang

hormon oksitosin. Hormon ini sangat penting dalam memperlancar aliran ASI dari payudara ibu ke bayi (Ambarwati et al., 2023).

Penelitian menunjukkan bahwa pijat oksitosin dapat meningkatkan pengeluaran ASI secara signifikan dan menurunkan tingkat stres ibu nifas (Ningsih et al., 2021). Selain itu, teknik ini memberikan efek relaksasi, mengurangi nyeri payudara, mencegah bendungan ASI (engorgement), serta meningkatkan ikatan emosional antara ibu dan bayi.

Sayangnya, tidak semua ibu menyusui dan keluarganya mengetahui atau mampu melakukan pijat oksitosin secara mandiri. Oleh karena itu, edukasi melalui penyuluhan kesehatan sangat penting untuk memberikan pemahaman dan keterampilan dasar tentang manfaat serta teknik pijat oksitosin. Diharapkan dengan pelatihan ini, ibu pasca persalinan dan keluarganya dapat lebih percaya diri dalam menyusui serta mendukung keberhasilan program ASI eksklusif.

B. Tujuan

1. Tujuan Institusional Umum (TIU)

Setelah mendapatkan penyuluhan kesehatan selama 45 menit, diharapkan Ny. S dan Keluarganya mampu melakukan pijat oksitosin untuk memperlancar produksi ASI yang telah diajarkan di RS.

2. Tujuan Intruksional Khusus (TIK)

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

- a. Menjelaskan apa itu pijat oksitosin

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

C. Materi

- 1. Pengertian Pijat oksitosin
- 2. Tujuan Pijat Oksitosin
- 3. Manfaat pijat oksitosin
- 4. Teknik / cara melakukan pijat oksitosin

D. Metode

- 1. Ceramah
- 2. Tanya jawab

E. Media

- 1. Leaflet

F. Denah



Keterangan:



: perawat



: Keluarga pasien



: Pasien

G. Kegiatan Penyuluhan

NO	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
1.	5 menit	Pembukaan - Mengucapkan salam - Memperkenalkan diri - Menyampaikan tentang tujuan pokok materi - Menyampaikan pokok pembahasan - Menyampaikan kontrak waktu	- Menjawab salam - Mendengarkan dan menyimak - Bertanya mengenai perkenalan dan tujuan jika ada yang kurang jelas
2.	25 menit	Isi - Penyampaian Materi - Menggali pengetahuan peserta didik tentang pijat oksitosin - Menjelaskan pengertian pijat oksitosin - Menjelaskan tujuan pijat oksitosin - Menanyakan kembali persepsi peserta tentang tujuan pijat oksitosin - Menjelaskan manfaat pijat oksitosin - Menjelaskan Langkah-langkah pijat oksitosin - Meredemonstrasikan langkah-langkah pijat oksitosin - Tanya Jawab - Memberikan kesempatan pada klien dan keluarga untuk bertanya	- Mendengarkan dan menyimak - Bertanya mengenai hal-hal yang belum jelas dan dimengerti - Melakukan demonstrasi yang diajarkan pengajar
3.	5 menit	Penutup - Melakukan evaluasi - Menyampaikan kesimpulan materi	- Sasaran dapat menjawab tentang pertanyaan yang

		- Memberikan saran kepada klien dan keluarga. - Mengakhiri pertemuan dan menyampaikan salam	diajukan - Mendengar - Memperhatikan - Menjawab salam
--	--	--	---

H. Evaluasi

1. Evaluasi Hasil:

Setelah diberikan PENKES Ny.S dan Keluarganya mampu :

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

2. Evaluasi struktur :

- Pelaksana siap melakukan Penyuluhan kesehatan

3. Evaluasi Proses :

- Pelaksana dan sasaran (Ny.S dan keluarganya) mengikuti PENKES sampai selesai.
- Ny.S dan Keluarganya aktif dalam PENKES
- Ny.S dan Keluarganya mampu mendemonstrasikan teknik pijat oksitosin
- Ny.S dan Keluarganya mampu menjawab pertanyaan yang diajukan oleh pelaksana.
- Pelaksana menyajikan semua materi secara lengkap.

MATERI PENYULUHAN

A. Definisi 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 (Ambarwati et al., 2023; Ningsih et al., 2021).

B. Tujuan Pijat Oksitosin

Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang refleks oksitosin atau reflex let down. Atau yang biasa disebut sebagai reaksi pengeluaran ASI (Kemenkes RI, 2022).

C. Manfaat Pijat Oksitosin

Selain untuk merangsang refleks let down manfaat pijat oksitosin adalah memberikan kenyamanan pada ibu, mengurangi bengkak (engorgement), mengurangi sumbatan ASI, merangsang pelepasan hormon oksitosin, mempertahankan produksi ASI ketika ibu dan bayi sakit (Ambarwati et al., 2023; WHO, 2021).

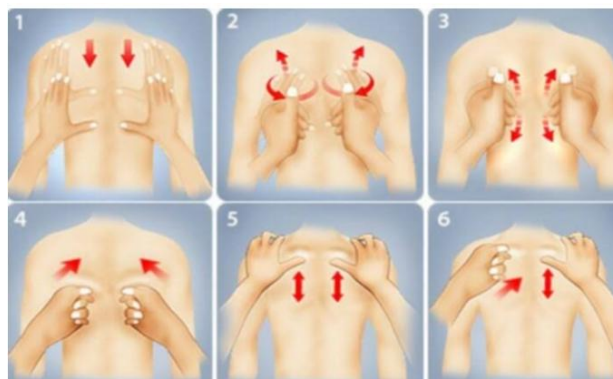
D. Teknik Pijat Oksitosin

Langkah-langkah melakukan pijat oksitosin sebagai berikut (Depkes RI, 2022) :

1. Melepaskan baju ibu bagian atas

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

E. Gambar Untuk Pijat Oksotosin



DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, R., Dewi, K. P., & Widyawati, M. N. (2023). The effectiveness of oxytocin massage on breast milk production among postpartum mothers: A quasi-experimental study. *Belitung Nursing Journal*, 9(1), 21–28. <https://doi.org/10.33546/bnj.2451>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Pedoman pemberian makan bayi dan anak (PMBA)*. Direktorat Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak.
- Ningsih, R. N., Putri, M. P., & Safitri, I. (2021). Pengaruh pijat oksitosin terhadap produksi ASI pada ibu nifas. *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 12(2), 95–102. <https://doi.org/10.31289/jki.v12i2.5173>
- World Health Organization. (2021). *Breastfeeding*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breastfeeding>

Lampiran II Leaflet

MAMFAAT PIJAT LAKTASI 1. Melancarkan aliran ASI 2. Mengurangi pembengkakan payudara (engorgement) 3. Mengurangi sumbatan ASI 4. Memberikan kenyamanan dan relaksasi 5. Menjaga produksi ASI saat ibu dan bayi sakit 	APA ITU PIJAT OKSITOSIN?  Pijat oksitosin adalah pemijatan di sepanjang tulang belakang sampai tulang rusuk kelima-keenam. Teknik ini dilakukan setelah melahirkan untuk membantu merangsang hormon prolaktin dan oksitosin agar ASI keluar lebih lancar. TUJUAN 1. Merangsang keluarnya ASI (let down reflex) 2. Memberikan rasa nyaman pada ibu 3. Meningkatkan ikatan ibu dan bayi	PIJAT OKSITOSIN Teknik Mudah Merangsang Hormon ASI  Yuni Srimulyani KHGA22063 3B D III KEPERAWATAN 
--	---	--

TEKNIK / CARA MELAKUKAN PIJAT OKSITOSIN 1. Buka baju ibu bagian atas 2. Ibu miring ke kanan/kiri sambil memeluk bantal 3. Letakkan handuk di punggung ibu 4. Oleskan minyak telon/baby oil/air hangat 5. Pijat sepanjang sisi tulang belakang 6. Tekan dengan ibu jari gerakan melingkar kecil 7. Pijat dari leher ke arah belikat selama 2-3 menit 8. Ulangi 3 kali 9. Bersihkan punggung dengan waslap hangat & dingin	CATATAN DAN ILUSTRASI ✓ Lakukan dengan lembut dan penuh kasih ✓ Bisa dilakukan oleh suami atau keluarga ✓ Waktu terbaik: setelah mandi saat ibu rileks  PIJAT OKSITOSIN RUTIN DAPAT MERANGSANG PENGELUARAN ASI  	DAFTAR PUSTAKA Ambarwati, R., Dewi, K. P., & Widyawati, M. N. (2023). The effectiveness of oxytocin massage on breast milk production among postpartum mothers: A quasi-experimental study. <i>Belitung Nursing Journal</i>, 9(1), 21-28. https://doi.org/10.33546/bnj.2451 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Pedoman pemberian makan bayi dan anak (PMB). Direktorat Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak. Ningsih, R. N., Putri, M. P., & Safitri, I. (2021). Pengaruh pijat oksitosin terhadap produksi ASI pada ibu nifas. <i>Jurnal Kebidanan Indonesia</i>, 12(2), 95-102. https://doi.org/10.31289/jki.v12i2.5173 World Health Organization. (2021). <i>Breastfeeding in Indonesia</i>. & sugandini, w. (2023). Asuhan Masa Nifas dan Menyusui. PT. RajaGrafindo Persada-Rajawali. pers. https://www.google.co.id/books/editon/Asuhan_Masa_Nifas_dan_Menyusui/9zrdEAAQBAJ?hl=id&gbpv=1 
---	---	--

Lampiran III Lembar Bimbingan

LEMBAR BIMBINGAN

KARYA TULIS ILMIAH STIKES KARSA HUSADA GARUT

Nama : Yuni Srimulyani

NIM : KHGAA22063

Pembimbing : Eva Danianti, S.Kep., Ners., M.Pd.

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. S (P1A0) dengan *Post Sectio*

Caesarea POD 0 (6 Jam) Atas Indikasi Gawat Janin Di Ruang Jade

RSUD dr. Slamet Garut

No	Tanggal Bimbingan	Materi yang dikonsulkan	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1.	02 Juni 2025	1. Penjelasan dan pengarahana KTI 2. Kontrak waktu	Susunan BAB 1		
2.	05 Juni 2025	BAB 1	1. Penulisan diperbaiki 2. Penulisan sumber diperbaiki 3. Susunan kalimat		

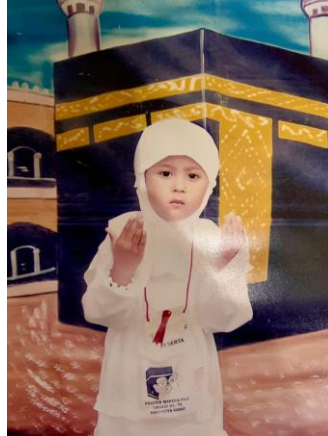
			diperbaiki 4. Perbaiki judul tabel untuk spasi 5. Masukkan dampak dari Gawat janin 6. Lanjutkan BAB II		
3.	09 Juni 2025	BAB I	Perbaiki tulisan dalam menyusun paragrafh		
4.	12 Juni 2025	BAB II	1. Perbaiki penulisan 2. Evaluasi isi paragrafh 3. Perbaiki evaluasi pathway Sc		
5.	16 Juni 2025	BAB III	1. Lengkapi dan perbaiki data 2. Evaluasi penurunan DX keperawatan		

6.	19 Juni 2025	BAB IV	ACC Buatkan draf lengkap		
7.	22 Juni 2025	BAB II	Lengkapi/perbaiki untuk materi adaptasi fisiologi ibu post partum, buat berdasarkan sistem yang ada		
8.	23 Juni 2025	BAB II	Lengkapi data		
9.	25 Juni 2025	BAB III	Lengkapi data		

10.	26 Juni 2025	BAB IV	ACC Buatkan draf lengkap		
11.	27 Juni 2025	BAB I, II, III, IV	ACC Sidang		

Lampiran IV

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. DATA DIRI

Nama : Yuni Srimulyani

Jenis Kelamin : Perempuan

Tempat/Tanggal Lahir : Garut, 06 Desember 2004

Alamat : Kp. Pangsor RT. 02/RW. 09 Desa
Cangkuang Kec. Leles

B. PENDIDIKAN

1. Tahun 2008-2010 : TK
2. Tahun 2010-2016 : SDN Cangkuang 02
3. Tahun 2016-2019 : SMPN 3 Leles
4. Tahun 2019-2022 : SMKS Al Farisi
5. Tahun 2022-2025 : STIKes Karsa Husada Garut Program Studi
D III Keperawatan